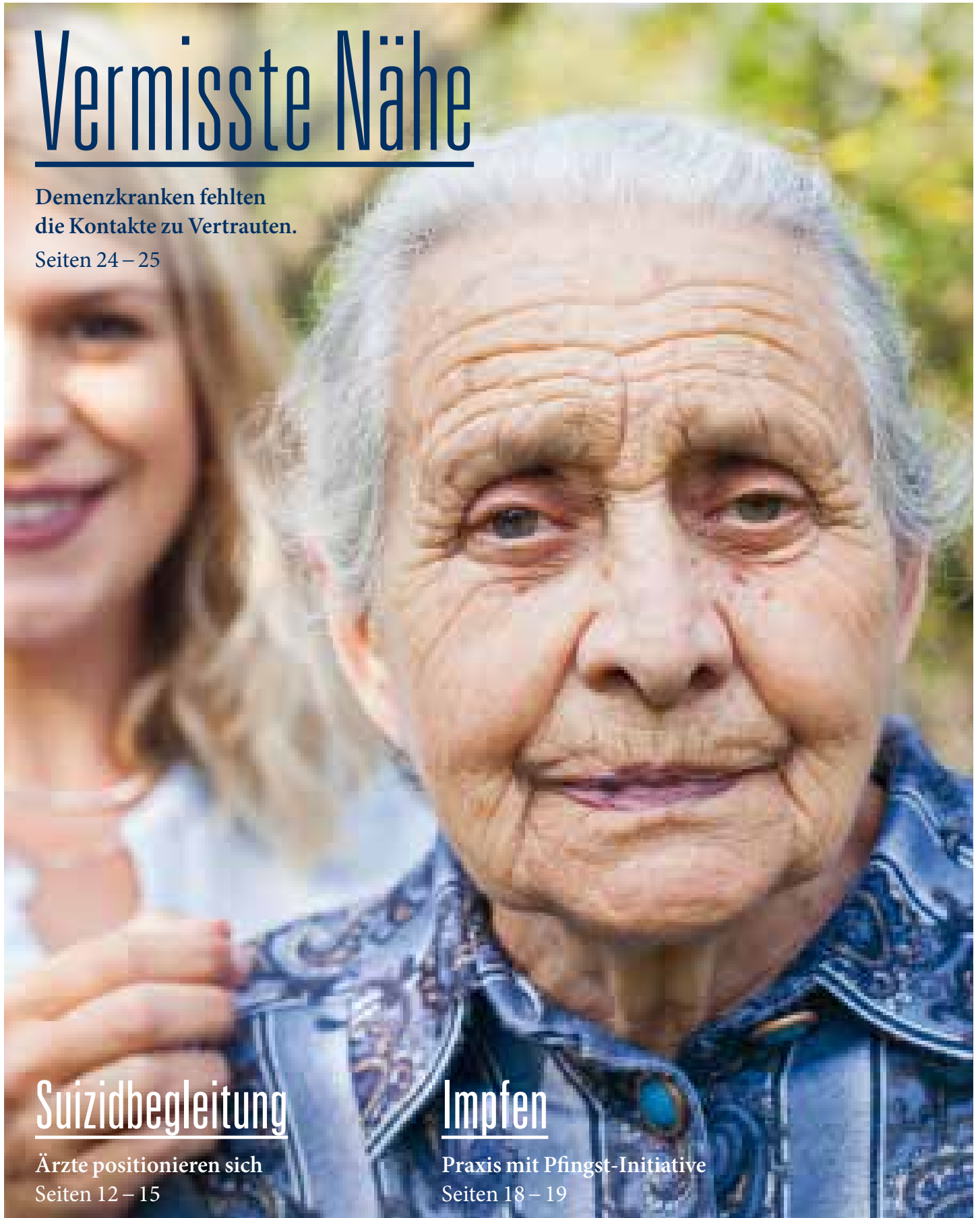




# Vermisste Nähe

Demenzkranken fehlten  
die Kontakte zu Vertrauten.

Seiten 24 – 25



Suizidbegleitung

Ärzte positionieren sich  
Seiten 12 – 15

Impfen

Praxis mit Pfingst-Initiative  
Seiten 18 – 19



**SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT**  
**Schleswig-Holsteins Werbeträger für Ärzte**

In 11 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](mailto:anzeigen@elbbuero.com)

**elbbüro**   
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2 | 20259 Hamburg | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

# Ärztliche Aufgaben und ihre Grenzen

Der 124. Deutsche Ärztetag war ein besonderer, da er rein digital abgehalten wurde. Für alle Beteiligten eine neue Situation, die technisch gut gemeistert wurde und wegen der Themen viel Disziplin verlangte. Neben der Aufarbeitung der Corona-Pandemie stand die Debatte um die Konsequenzen des Urteils des Bundesverfassungsgerichts zum § 217 des Strafgesetzbuches im Vordergrund.

Am 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch das Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasst und dass dieses Recht die Freiheit einschließt, sich selber zu töten und hierbei auf die freiwillig geleistete Hilfe Dritter zurückzugreifen. Diese Hilfe könnte demnach auch eine ärztliche sein, sodass zehn Jahre nach dem Ärztetag in Kiel eine erneute Diskussion zum ärztlichen Umgang mit Suizidalität und Todeswünschen notwendig wurde. Die Aussprache dazu war trotz der ungewohnten digitalen Form ernsthaft sowie durch persönliche Erfahrungen und ethische Argumente geprägt. Es wurde festgehalten, dass die Mitwirkung der Ärztin und des Arztes bei der Selbsttötung keine ärztliche Aufgabe sei, wohl aber das Gespräch und die Beratung über Anlass, Motive und Hintergründe für den Wunsch zu sterben.

Keine Ärztin, kein Arzt kann verpflichtet werden, an einer Selbsttötung mitzuwirken, dürfte dies aber nach dem Urteil. Damit ist es eine individuelle Entscheidung der einzelnen Ärztin und des einzelnen Arztes, ob dem geäußerten Wunsch nach assistiertem Suizid ärztlicherseits nachgekommen wird oder nicht.

Die Fragen dabei sind: Bin ich bereit, Suizidhilfe zu leisten? Kann ich ein solches Handeln mit meinem Gewissen und Selbstverständnis vereinbaren? Auf jeden Fall ist in unserer Musterberufsordnung in § 16 Beistand für Sterbende Satz 3: „Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten“ nun entfallen. Unsere Kammerversammlung wird am 1. September in Bad Segeberg ausführlich zu diesem Themenkomplex diskutieren, wir freuen uns auf diesen urärztlichen, ethischen, unsere Profession tragenden Diskurs.

In diesem Zusammenhang passt auch gut ein weiteres Schwerpunktthema aus diesem Ärzteblatt (Seiten 24 - 25): der Bericht über die Norddeutsche Fachwoche Demenz. Bei Menschen mit kognitiven Einschränkungen und Demenz zeigt sich exemplarisch, wie eine Gesellschaft Unterstützung und Teilhabe gewährt und welche ethischen Maßstäbe sie anlegt. Es geht um die Würde eines jeden Menschen, auch der Schwächsten in unserer Gesellschaft. Sie zu wahren ist der Anspruch, den wir an uns stellen müssen.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

»Wir freuen uns auf diesen urärztlichen, ethischen, unsere Profession tragenden Diskurs.«



## Inhalt

<b>NACHRICHTEN</b>	<b>6</b>	Pflege wirbt um Nachwuchs	21	Interview: Dr. Marina Rogacev	39
Kurz notiert	6	MQR testet Lungen-App	22	Update zum Hautkrebs-Screening	40
Sprachhilfen zum Download	6	COPD ist ungleich verteilt	23	Termine	42
Kosten für Medikamente steigen	6	<b>Norddeutsche Fachwoche Demenz</b>	<b>24</b>	<b>ANZEIGEN</b>	<b>43</b>
Allgemeinmediziner tagen in Lübeck	7	Die Folgen eines Importstopps für ein Medikament	26	<b>TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM</b>	<b>50</b>
Videosprechstunde boomt	7	Praxis trotz schwerer Erkrankung	27		
Kurz notiert	7				
<b>TITELTHEMA</b>	<b>8</b>	<b>LESERBRIEFE</b>	<b>28</b>		
124. Deutscher Ärztetag	8	<b>PERSONALIEN</b>	<b>30</b>		
<b>Ärzteschaft positioniert sich zum begleiteten Suizid</b>	<b>12</b>	<b>MEDIZIN &amp; WISSENSCHAFT</b>	<b>32</b>		
Gastbeitrag: Prof. Claudia Bozarro	14	Live bei der Zellteilung zugeschaut	32		
<b>GESUNDHEITSPOLITIK</b>	<b>16</b>	<b>FORTBILDUNGEN</b>	<b>34</b>		
Neue Impfportale	16	Interview: Dr. Anette Friedrichs	34		
Symposium zu den Pandemiefolgen	17	Neue OP-Robotertechnik in Henstedt-Ulzburg vorgestellt	36		
Impf-Sonderaktion einer Hausarztpraxis zu Pfingsten	18	Oft übersehen: Invasive Mykosen	38		
Norddeutscher Dialog der Barmer	20				

34

**Festgehalten**

von Dirk Schnack

## „Großes Optimierungspotenzial“

Antibiotika-Resistenzen rücken auch berufsübergreifend immer stärker in den Blickpunkt und damit die Frage, wie vorgebeugt werden kann. Infektiologin Dr. Anette Friedrichs aus dem UKSH, Campus Kiel, erklärt im Interview, warum es zu Resistenzen kommt und was sie sich für die Zusammenarbeit mit anderen Berufsgruppen wünscht. Das Thema wird auch im Mittelpunkt einer Fortbildung am 18. August in der Akademie der Ärztekammer stehen, zu der auch andere Heilberufe eingeladen sind.

## KURZ NOTIERT

### Lübecker Studium in Spitzengruppe

Die beiden schleswig-holsteinischen Medizinfakultäten haben beim CHE-Ranking 2021 unterschiedlich abgeschnitten. Für die untersuchten Kriterien Allgemeine Studiensituation, Unterstützung am Studienanfang, Studienorganisation und wissenschaftliche Veröffentlichungen landete die Lübecker Hochschule (1.580 Medizinstudierende) ohne Ausnahme in der Spitzengruppe. Kiel (2.090 Studierende) wird für die ersten drei genannten Kriterien in der Mittelgruppe geführt, für wissenschaftliche Veröffentlichungen in der „Schlussgruppe“. Die Daten wurden im Auftrag des Centrums für Hochschulentwicklung (CHE) von der Zentralbibliothek des Forschungszentrums Jülich erhoben und für 39 Universitäten bundesweit analysiert. (PM/RED)

### Keine Verlegung bei Thrombektomien

Die vergangenen Monat gemeldete radiologische Kooperation zwischen dem Helios Klinikum Schleswig und der Klinik für Radiologie und Neuroradiologie des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH) richtet sich in erster Linie an Patienten mit Thrombektomien. Durch die Kooperation müssen Patienten mit Thrombektomien nicht mehr nach Kiel verlegt werden, stattdessen kommen die UKSH-Experten nach Schleswig. Andere Schlaganfallpatienten wurden auch zuvor schon in der Stroke Unit in Schleswig behandelt. (PM/RED)

### Landesförderung für Fraunhofer IMTE

Für den Aufbau der Fraunhofer-Einrichtung für Individualisierte und Zellbasierte Medizintechnik IMTE erhält die Fraunhofer-Gesellschaft vom Land eine Förderung in Höhe von rund 12,1 Millionen Euro. Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) überreichte Ende Mai einen entsprechenden Förderbescheid an Prof. Thorsten Buzug als geschäftsführenden Direktor von Fraunhofer IMTE sowie an IMTE-Direktor Prof. Philipp Rostalski. Das geförderte Projekt markiert die erste Phase eines auf sieben Jahre angelegten Ausbauplans für die Lübecker Fraunhofer-Einheit. Der Plan sieht neben einer Erweiterung der Forschungs-Infrastruktur auch die Aufstockung des Personals um 25 Stellen bis 2023 bzw. 36 Stellen bis 2027 vor. Günther sagte, die Einbeziehung individueller Daten in Diagnose, Therapie und Nachsorge biete große Chancen für eine verbesserte Patientenversorgung. Die Fraunhofer-Einrichtung werde zugleich einen Beitrag zum Ausbau der Gesundheitswirtschaft in Schleswig-Holstein leisten. „Wir haben ein großes Interesse daran, dass mit Fraunhofer IMTE in Lübeck perspektivisch ein zweites Fraunhofer-Institut in Schleswig-Holstein heranwächst“, so Günther. Das Land stehe voll hinter diesem Vorhaben. Er erwartet, dass sich IMTE als Partner in der Region verstehe und aktiv auch in den Wissenstransfer zwischen den regionalen Akteuren investiere. (PM/RED)

## Sprachhilfen für Ärzte

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und die Diakonie Schleswig-Holstein unterstützen ihre Mitglieder mit medizinischen Kommunikationshilfen. Diese werden vom schleswig-holsteinischen Mandl & Schwarz-Verlag als Auszüge aus den „MedGuide Corona“ bereitgestellt. Die Fragebögen sind interkulturell illustriert und erleichtern die Anamnese von Symptomen rund um COVID-19.

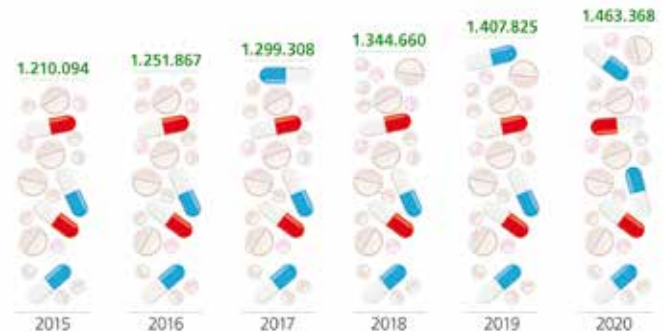
Insbesondere bei Menschen mit Migrationsgeschichte, Geflüchteten und sozial Benachteiligten entstehen in der Kommunikation oftmals Missverständnisse. Dies beruht auch auf kulturell oder sozial bedingten Herausforderungen. Deswegen haben die Partner eine Online-Plattform „Corona-Taskforce“ geschaf-

fen, um das Miteinander zwischen Ärzten, Pflegekräften und Patienten zu erleichtern.

Über die Internet-Adresse [www.corona-taskforce.de](http://www.corona-taskforce.de) lassen sich die Kommunikationshilfen herunterladen. Enthalten sind dabei professionelle Übersetzungen in Hocharabisch, Farsi/Persisch, Tigrinya (Eritrea, Afrika), Kurmandschi/Kurdisch, Türkisch und Russisch.

Mitglieder der Ärztekammer Schleswig-Holstein oder Mitarbeitende der Diakonie Schleswig-Holstein können im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit bzw. ihres Engagements diese Hilfen kostenfrei herunterladen. Nach Registrierung und Bestätigung der Mitgliedschaft sind die jeweiligen PDF direkt einsetzbar. (PM/RED)

## Arzneimittelkosten steigen



So stark stiegen seit dem Jahr 2015 die Kosten für Arzneimittel für GKV-Versicherte in Schleswig-Holstein: von 1,21 Mrd. Euro auf 1,46 Mrd. Euro. Laut AOK gab es im vergangenen Jahr einen „Corona-Effekt“.

Die Kosten für Arzneimittel zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) sind in Schleswig-Holstein im vergangenen Jahr auf 1,46 Mrd. Euro gestiegen. Dies waren 56 Mio. Euro mehr als im Jahr zuvor. Die Steigerung um 3,9 Prozent alarmierte die AOK Nordwest, die patentgeschützte Arzneimittel – wie schon in den Vorjahren – als Hauptverursacher des Anstiegs sieht.

Allerdings zeigt sich ein wichtiger Unterschied zu den Vorjahren: Allein im März 2020, dem ersten „Pandemie-Monat“, stiegen die Ausgaben um 18,5 Prozent gegen-

über dem Vorjahr. AOK-Chef Tom Ackermann führt dies in erster Linie auf eine Bevorratung mit Medikamenten durch chronisch Kranke in der ersten Pandemiephase zurück. „Viele wollten den Arztbesuch vermeiden und damit das Infektionsrisiko mit dem Coronavirus möglichst gering halten“, sagte Ackermann. Dieser Vorzieheffekt habe sich im Jahresverlauf aber relativiert.

Im Durchschnitt bekamen gesetzlich Versicherte in Schleswig-Holstein im vergangenen Jahr Medikamente für über 586 Euro verordnet, bundesweit lag dieser Wert bei 683 Euro. (PM/RED)

# Allgemeinmediziner tagen in Lübeck



In Lübeck findet im September der 55. Kongress für Allgemeinmedizin und Familienmedizin statt.

Digitalisierung – Chancen und Risiken für die Allgemeinmedizin“ lautet das Motto des 55. Wissenschaftlichen Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin, der in diesem Jahr vom 16. bis 18. September in Lübeck stattfinden wird.

„Durch die Digitalisierung bilden sich Teile der Versorgungslandschaft neu. Hier sollte der Facharzt für Allgemeinmedizin zentral platziert werden“, begründete der gastgebende Prof. Jost Steinhäuser die

Auswahl des Themas. Der ganzheitliche Zugang, die Kontinuität der Versorgung und die Beziehungsmedizin als wesentliche Bestandteile der Allgemeinmedizin könnten so auch in den neu entstehenden Versorgungsangeboten etabliert werden.

Auch die Optimierung der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin wird ein zentrales Thema in Lübeck sein. Mehr zum Programm unter <https://www.degam-kongress.de/2021/> (PM/RED)

## Psychotherapie per Videosprechstunde

Videosprechstunden werden in Schleswig-Holsteins Arztpraxen in erster Linie von Psychotherapeuten angeboten und genutzt. Über die Hälfte aller Sprechstunden entfielen nach Angaben der Barmer im vergangenen Jahr auf diese Fachgruppe.

Bis Ende des dritten Quartals hatten insgesamt 1.190 Ärzte in Schleswig-Holstein Videosprechstunden angeboten, 2019 hatten dagegen erst ganze fünf Ärzte im Land die Videosprechstunde mit der Ersatzkasse abgerechnet. Nach den

Psychotherapeuten, die 54 Prozent der telemedizinischen Sprechstunden abhielten, folgen Allgemeinmediziner mit 16 Prozent. „Die Videosprechstunde ergänzt die Gesundheitsversorgung in Schleswig-Holstein sehr sinnvoll. Sie wird deshalb auch nach der Pandemie eine zunehmend wichtige Rolle spielen“, sagte Barmer-Landeschef Dr. Bernd Hillebrandt. Die Zahlen der Barmer belegen einen bundesweiten Trend. Wie berichtet, sehen viele Ärzte aber noch Potenzial für Verbesserungen etwa in der Honorierung. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### Aktives Transplantationsprogramm

Am Kieler Transplantationszentrum der UKSH-Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie haben im vergangenen Jahr 62 Erwachsene eine postmortal gespendete Leber erhalten – mehr als in jedem anderen Zentrum in Deutschland. In diesem Jahr erfolgten bis Mai 15 Lebertransplantationen am Campus Kiel. Die Patienten warteten darauf im Mittel vier Monate. „Hervorgehoben werden muss hier insbesondere die gute Arbeit und permanente Bereitschaft der Transplantationskoordinatoren, die an 365 Tagen rund um die Uhr für Organangebote zur Verfügung stehen“, sagte Prof. Felix Braun, Leiter der Sektion Klinische Transplantationsmedizin in Kiel. Häufigster Grund für eine Lebertransplantation ist Leberkrebs. (PM/RED)

### Neurochirurginnen gesucht

Die Arbeitsgruppe „Frauen in der Neurochirurgie“ der Ständigen Kommission „Geschichte“ der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) versucht, sich ein genaues Bild von der Zahl der Neurochirurginnen in Deutschland und der Entwicklung ihres Anteils an der Gesamtzahl der Neurochirurgen zu machen. Nicht alle sind Mitglieder der Fachgesellschaft oder des Berufsverbandes, sodass die bisherigen Recherchen der Gesellschaft nicht alle erfassen konnten. Die Arbeitsgruppe interessiert sich für die Lebenswege der Neurochirurginnen – ob noch aktiv oder nicht – und möchte die besonderen Hindernisse, die Frauen auf dem Weg in dieses Fach überwinden mussten/müssen, sichtbar machen, genauso aber auch Erfolge darstellen. Die Gruppe sucht vor allem Namen, Daten und Orte der Berufstätigkeit und möglichst auch sonstige biografische Angaben. Dies gilt auch für verstorbene Neurochirurginnen, an die sich vielleicht noch jemand erinnert. Die Beachtung von Persönlichkeitsrechten und Datenschutzprinzipien wird von der Gesellschaft garantiert. Rückmeldungen werden erbeten per E-Mail an: [kommision.geschichte@dgnc.de](mailto:kommision.geschichte@dgnc.de). (PM/RED)

### 10 Jahre BG Nordsee Reha-Klinik

Die BG Nordsee Reha-Klinik in St. Peter-Ording besteht seit zehn Jahren. Die Tochter des BG Klinikums Hamburg bietet Reha-Maßnahmen nach operativer Wiederherstellung, Arbeits- und Wegeunfällen sowie nach operativen Eingriffen wie Knie- oder Hüftgelenks-Endoprothesen. Ziel ist eine möglichst vollständige Rückkehr in Beruf und Alltag. Eine Besonderheit des Hauses ist eine Musterwohnung für Rehabilitanden, in der durch ein Aktivitätstraining alltägliche Aufgaben in der Reha geübt oder neu erlernt werden. Nach Angaben des ärztlichen Leiters Jörg Schmidt sind Weiterentwicklungen im Angebot geplant. In der Klinik arbeiten 170 Menschen. (PM/RED)

# Ärztetag im Arbeitszimmer

**DEUTSCHER ÄRZTETAG** Pandemie, Weiterbildung, begleiteter Suizid – an wichtigen Themen mangelte es dem 124. Deutschen Ärztetag nicht. Erstmals musste er rein online und an nur zwei Tagen abgehalten werden. Wichtige Aussprachen und entsprechende Beschlüsse gelangen dennoch.

Es war die wohl am meisten gestellte Frage auf dem 124. Deutschen Ärztetag: „Bin ich zu hören?“ Nicht immer konnte das bejaht werden. Bei manchen Delegierten blieb die Übertragung aus dem heimischen Arbeitszimmer stumm, andere waren unkenntlich verzerrt. Abgesehen von solchen Einzelfällen aber lief der erstmals als Online-Veranstaltung durchgeführte Deutsche Ärztetag weitgehend reibungslos ab. Die pandemiebedingte Premiere wurde aus einem Berliner Hotel heraus übertragen, sie ersetzte die geplante Präsenzveranstaltung in Rostock.

Dass besondere Zeiten herrschen, zeigte sich außer an Form und Inhalten auch an einem Grußwort: Bundeskanzlerin Angela Merkel (CDU) wandte sich in einer Videobotschaft an die Ärzte, sie bedankte sich bei den Medizinerinnen für ihren „aufopferungsvollen Einsatz“ und bescheinigt ihnen: „Sie geben auch in der dritten Welle der Pandemie tagtäglich alles.“ Merkel betonte, dass das Gesundheitswesen neben der Bekämpfung der Corona-Pandemie auch die Versorgung aller anderen Patienten gewährleisten muss. Für sie zeigt das, wie wichtig die Fachkräftesicherung in diesem Bereich ist.

Neben dem Vorstand der Bundesärztekammer war zeitweilig auch Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vor Ort. In einer moderierten Diskussion ging es u. a. um die Digitalisierung im Gesundheitswesen. Der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, hatte bei diesem Thema Gründlichkeit vor Tempo angemahnt. Schon erprobte Anwendungen mit erkennbarem Patientennutzen möchte Reinhardt schnell im Versorgungsalltag integriert sehen, etwa den elektronischen Medikationsplan oder den Notfalldatensatz. Bei Anwendungen wie dem elektronischen Rezept und der elektronischen Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung dagegen kann



»Es ist gut, dass wir nicht polarisierend unterwegs sind, sondern konstruktiv über Defizite und Verbesserungsmöglichkeiten sprechen.«

PROF. HENRIK HERRMANN

er sich eine Verschiebung vorstellen. Kein Verständnis hat Reinhardt für die angeordneten Sanktionen des Gesetzgebers wie beispielsweise beim elektronischen Heilberufsausweis, weil die Verzögerungen bei dessen Auslieferung nicht den Ärzten anzulasten seien. Spahn stellte klar, dass Ärzte keine Sanktionen befürchten müssten, wenn die Gründe für Verzögerungen nicht bei ihnen liegen.

Unzufrieden zeigte sich Reinhardt mit der Politik beim Thema Gebührenordnung. Dass die GOÄ-Novelle noch immer nicht verabschiedet worden sei, nannte Reinhardt einen „kleinen Skandal“. Er verwies in diesem Zusammenhang auf die neue Gebührenordnung für Rechtsanwälte, die mit

einer linearen Erhöhung um zehn Prozent bereits in Kraft ist, obwohl die letzte Novelle deutlich kürzere Zeit zurückliegt. Nachdem die ärztlichen Berufsverbände trotz Pandemie ihre Version fertiggestellt haben, sieht Reinhardt nun die Politik am Zug.

Zentral aber war das Thema Pandemie. Die Diskussion über das seit mehr als einem Jahr alles beherrschende Thema hob sich wohltuend von den zum Teil überhitzten Debatten in den Medien mit gegenseitigen Schuldzuweisungen ab. Schleswig-Holsteins Kammerpräsident Prof. Henrik Herrmann zog anschließend ein positives Fazit: „Es ist gut, dass wir nicht polarisierend unterwegs sind, sondern konstruktiv über Defizite und Verbesserungsmöglich-





keiten sprechen.“ Dass sich der Bundesgesundheitsminister in den vergangenen Monaten immer wieder rechtfertigen musste, zeigte sich an einer Aussage in der Diskussion, in der Spahn über die Pandemiebewältigung in Deutschland sagte: „Wir sind auch besser geworden. Es war nicht alles Fiasko und Debakel.“

Diesen Eindruck vermittelte auch Reinhardt nicht, als er eine Zwischenbilanz zum Thema zog. Seine zentrale Aussage: „Das Gesundheitswesen in Deutschland ist in der Corona-Pandemie enorm belastet. Es war aber zu keinem Zeitpunkt überlastet.“

Dennoch: Ein kritischer Blick auf das Pandemie-Management ist erforderlich und Reinhardt war nicht der erste, der Deutschland nicht ausreichend vorbereitet sah und dies offen ansprach. Mit Verweis auf Szenarien, die schon im Jahr 2012 durchgespielt wurden, sagte Reinhardt: „Völlig unvorhersehbar war die Pandemie nicht. Das nächste Mal können und sollten wir besser vorbereitet sein.“ Damit das gelingt, müssen jetzt Lehren gezogen werden. Aus Sicht Reinhardts sind dies:

- ▶ Leistungsstarke Strukturen im Gesundheitswesen sichern, statt sie auszudünnen und sich bei der Betrachtung rein auf Kostenaspekte zu konzentrieren.
- ▶ Bessere Ausstattung des ÖGD: Die geplante personelle und technische Ausrüstung mit rund vier Milliarden Euro sei ein richtiges Signal. Um mehr Ärzte

## »Wir sind auch besser geworden. Es war nicht alles Fiasko und Debakel.«

JENS SPAHN

für den ÖGD zu gewinnen, sei aber auch eine eigene arzt spezifische Vergütung für Amtsärzte geboten, um das zusätzlich benötigte Personal zu bekommen.

- ▶ Die Klinikplanung muss bundesweit abgestimmt werden, länderübergreifende Kooperationen sind gefordert. Damit hofft Reinhardt u. a., in Notfällen Reservecapazitäten nutzen zu können.
- ▶ Mehr Tempo bei der Digitalisierung. Das Potenzial von Telemedizin und Videosprechstunden als Ergänzung zu herkömmlichen Versorgungsformen hat sich laut Reinhardt gezeigt – aber auch, wie weit einzelne Bereiche des Gesundheitswesens von einem sinnvollen, bedarfsgerechten und standardisierten Informationsfluss in medizinischen Versorgungsprozessen entfernt sind. Zugleich warnte der BÄK-Präsident vor einer „Digitalisierung als reinem Selbstzweck“.

In der Diskussion bestätigte sich viel aus Reinhardts Bilanz, die Abgeordneten machten auch Vorschläge, wie Defizite behoben werden könnten. So forderten sie

mit großer Mehrheit, das Pandemie-Management und die Krisenreaktionsfähigkeit zu optimieren. Dafür sollten u. a. im Infektionsschutzgesetz feste Krisenstäbe der Bundesländer unter Einbeziehung der Landesärztekammern angelegt und die Pandemiepläne auf dem aktuellen Stand gehalten werden. Außerdem forderten sie, Reserven für wichtige Medizinprodukte, Arzneimittel und Impfstoffe anzulegen und in- und europäische Produktionsstandorte für Medizinprodukte und wichtige Arzneimittel auszubauen.

Dem ÖGD bescheinigte der Ärztetag, „Herausragendes“ geleistet zu haben – u. a. in der Kontaktpersonennachverfolgung, im Quarantänenmanagement von Infizierten und Verdachtsfällen, bei den Testungen, in der Kontrolle von Hygienekonzepten und in der Organisation des Meldewesens. Der Ärztetag stellte fest: „Es ist dem großen persönlichen Engagement der Beschäftigten im ÖGD zu verdanken, dass die Gesundheitsämter trotz unzureichender personeller und technischer Ausstat-



*Dr. Klaus Reinhardt, Präsident der Bundesärztekammer, beim 124. Deutschen Ärztetag. Wie der gesamte Vorstand der Bundesärztekammer sprach er von Berlin aus mit den Abgeordneten, die die Versammlung erstmals in der Geschichte des Deutschen Ärztetages nur online verfolgen konnten – ihre Wortbeiträge und ihre Entscheidungen konnten dennoch berücksichtigt werden.*

tung diesen Aufgaben weitgehend nachgekommen sind.“

Zur Behebung der aufgetretenen Defizite ist nach Ansicht des Ärztetages – neben dem beschlossenen Paket von Bund und Ländern – eine grundsätzliche Strukturreform erforderlich, die auch eine zentrale Stelle zur Koordination der Aktivitäten der einzelnen Gesundheitsämter und zur Entwicklung von technischen und inhaltlich-fachlichen Standards beinhaltet. Wichtig ist den Abgeordneten auch, dass eine ärztliche Leitung gewährleistet ist, was in der Vergangenheit keinesfalls selbstverständlich war. Ärzte in Weiterbildung im ÖGD sollten durch regionale Weiterbildungsverbände unterstützt werden.

Die bedeutende Rolle der niedergelassenen Ärzte bei der Pandemiebewältigung wurde ebenfalls hervorgehoben – immerhin werden über 90 Prozent der Covid-19-Patienten in den Arztpraxen betreut. Hinzu kommen die Leistungen der Vertragsärzte in der Testung und Impfung, alles neben der normalen Patientenbetreuung. Damit die Praxen weiterhin auch in Krisenzeiten leistungsfähig bleiben, ist aus Sicht der Abgeordneten der eingeführte Schuttschirm für künftige Bedarfsfälle im SGB V dauerhaft zu verankern. Auch hal-

**»Völlig unvorhersehbar war die Pandemie nicht. Das nächste Mal sollten wir besser vorbereitet sein.«**

**DR. KLAUS REINHARDT**

ten sie finanzielle Ausgleichsmechanismen für die weitere Digitalisierung für erforderlich. Um die Leistungen der Medizinischen Fachangestellten zu würdigen, unterstrich der Ärztetag die Forderung des Verbands Medizinische Fachberufe nach einem steuerfinanzierten Bonus nach Vorbild der Pflege.

Um jungen Ärzten den Schritt in die Niederlassung zu erleichtern, forderte der Ärztetag eine nachhaltige Finanzierung und stabile Rahmenbedingungen für die

Praxen. In einem ersten Schritt sei die extrabudgetäre Vergütung ärztlicher Grundleistungen im ambulanten Bereich zu realisieren. Ziel müsse ein entbudgetiertes System mit festen sowie kostendeckenden Preisen für ärztliche Leistungen sein.

Um den ärztlichen Nachwuchs zu sichern, halten die Abgeordneten u. a. ausreichende Studienplatzkapazitäten für erforderlich. Sie unterstützen zwar das Ziel der Bundesregierung, das Medizinstudium mit einer Reform der ärztlichen Approbationsordnung an die sich wandelnden Versorgungsstrukturen und an die demografische Entwicklung anzupassen. Sie warnen aber auch vor einer kontraproduktiven Verdichtung der Ausbildung. Im Zuge der Reform, mahnten die Abgeordneten, müsse eine Aufwandsentschädigung für die von den Studierenden erbrachten Leistungen im Praktischen Jahr verankert werden.

Neben Pandemie, begleitetem Suizid (siehe Seiten 12 und folgende) und der allgemeinen Gesundheitspolitik war die Weiterbildung eines der zentralen Themen des nur zweitägigen Ärztetages. Prof. Henrik Herrmann und Dr. Johannes Gehle, Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, präsentierten als gemeinsame Vorsitzende der Ständigen Konferenz „Ärztliche

Weiterbildung“ der Bundesärztekammer Ausgangslage und Weiterentwicklungsbedarf.

Zur Ausgangslage: Zwei Drittel der Landesärztekammern haben die (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) von 2018 bislang in das jeweilige Landesrecht umgesetzt. Basierend darauf hat der Ärztetag verschiedene Änderungen diskutiert und mehrheitlich beschlossen. Herrmann betonte: „Das neue Weiterbildungssystem ist ein lebendiges und lernendes System“ – weshalb verschiedene Änderungswünsche eingebracht wurden, die in einen „Themenspeicher“ aufgenommen, priorisiert und bearbeitet wurden. Dazu gehört u. a. die Aufnahme der „Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit“ in die Allgemeinen Inhalte der Weiterbildung. Damit gilt der Abschnitt für alle Weiterbildungen. „Die Allgemeinen Inhalte müssen ebenso nachgewiesen werden wie fachspezifische Inhalte, denn sie definieren unser gesamtes ärztliches Berufsbild“, sagte Gehele.

Neu eingeführt wurde die Facharztweiterbildung „Innere Medizin und Infektiologie“ als vertiefende klinische Facharztkompetenz im Gebiet Innere Medizin. Die Facharztweiterbildung war zuvor intensiv mit involvierten Fachgesellschaften und Berufsverbänden sowie in den Gremien der Bundesärztekammer diskutiert worden. Zusammen mit den Gebieten „Hygiene und Umweltmedizin“ und „Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie“ sowie der Zusatz-Weiterbildung „Infektiologie“ ist infektiologisches Wissen nunmehr in Breite und Tiefe in der MWBO verankert. Die neue Facharztweiterbildung wird nicht nur wegen der aktuellen Pandemie eingeführt, sondern aus der Erkenntnis heraus, dass Infektionskrankheiten weltweit auf dem Vormarsch sind und sich daraus zahlreiche Fragen ergeben, die ein entsprechend weitergebildeter Arzt den Kollegen beantworten könnte. Einzelne Abgeordnete verwiesen auf den Bedarf u. a. auch wegen HIV. Allgemein stellte der Ärztetag eine strukturelle Unterversorgung insbesondere bei schweren und komplikativ verlaufenden Infektionskrankheiten fest. Nach Angaben Herrmanns ist die Facharztbezeichnung in Rheinland-Pfalz bereits in der regionalen Weiterbildungsordnung etabliert.

Ein Kernstück der MWBO ist das eLogbuch, das 2018 neu eingeführt wurde. Es soll Ärzte in der Weiterbildung dabei unterstützen, Weiterbildungen digital und kontinuierlich zu dokumentieren. Das eLogbuch startete am 1. Juli 2020 und wird in mehr als der Hälfte der Ärztekammern – auch in Schleswig-Holstein – genutzt. Künftig werden die Unterschiede zwischen den kammerspezifischen Weiterbildungsordnungen visuell – auf der Grundlage des neuen Kompetenzkataloges – dargestellt, sodass diese leicht erkennbar sein werden.

Über das eLogbuch werden Weiterzubildende ihre erworbenen Kompetenzen oder Richtzahlen dokumentieren und diese durch Weiterbildungsbefugte anschließend bestätigen lassen. Das eLogbuch und seine Anwendungen werden in den kommenden Jahren stetig weiterentwickelt. Dazu findet regelmäßig ein Erfahrungsaustausch mit den Kammern statt. Anpassungen werden durch eine Lenkungsgruppe aus Kammervertretern begleitet. Darüber hinaus hat die Bundesärztekammer für die Anwender einen sogenannten „First-Level-Support“ eingerichtet, der telefonisch und über ein Kontaktformular erreichbar ist.

DIRK SCHNACK

ANZEIGE



**Besuchen Sie uns  
auf der Dental  
Summer 2021**

# Mein Fluorid für gesunde Praxis- finanzen

**Die mediserv Bank bietet  
schnelle und unbürokratische  
Finanzierungsangebote und  
übernimmt auch noch die Privat-  
abrechnung meiner Praxis.**

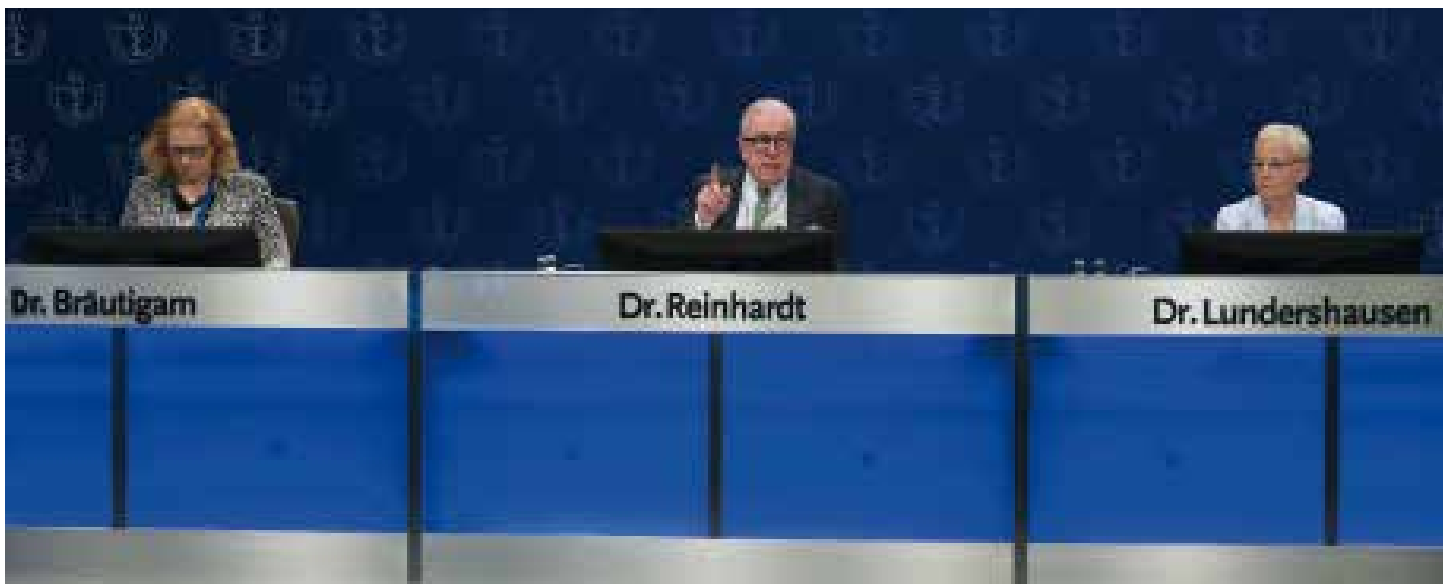
Sebastian Koller, Zahnarzt, 41.  
mediserv Bank Kunde seit 2021

Sie wollen mehr zu den Angeboten der  
mediserv Bank erfahren?  
Besuchen Sie uns unter [mediservbank.de](https://www.mediservbank.de)

 **mediserv Bank**

# Keine Tötung auf Verlangen

**SUIZIDHILFE** Die Diskussion um die Konsequenzen des Bundesverfassungsgerichtsurteils von Februar 2020 war ein mit Spannung erwarteter Tagesordnungspunkt auf dem Deutschen Ärztetag. Nach intensivem Austausch entschieden sich die Delegierten für eine Änderung der Musterberufsordnung. Den Gesetzgeber forderte der Ärztetag auf, die Suizidprävention stärker in den Fokus zu nehmen, sie zu unterstützen, auszubauen und zu verstetigen.



Die ärztliche Geschäftsführerin der BÄK, Dr. Katrin Bräutigam, Präsident Dr. Klaus Reinhardt und Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen bei der Debatte des 124. Deutschen Ärztetages, für den die Delegierten online zugeschaltet waren.

Als Konsequenz aus dem viel diskutierten Urteil des Bundesverfassungsgerichts von Februar 2020 zum assistierten Suizid hat der Deutsche Ärztetag die berufsrechtlichen Regelungen für Ärzte zur Suizidhilfe geändert und den Paragraphen 16 Satz 3 der (Muster-)Berufsordnung (MBO) aufgehoben. Darin hieß es bislang: „Sie (Ärztinnen und Ärzte) dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Der Ärztetag begründete seine Entscheidung mit der „ganz überwiegenden Auffassung, dass Paragraph 16 Satz 3 der MBO in seiner bisherigen Fassung aus verfassungsrechtlichen Gründen nicht aufrechterhalten werden könne“.

In einem Beschluss formulierte der Ärztetag zudem Eckpunkte, deren Umsetzung er vom Gesetzgeber erwartet, wenn dieser die Rechte von Menschen stärkt, die von fachkundigen Dritten Hilfe für ei-

nen sicher und schmerzfrei umzusetzen den Suizid erwarten:

- ▶ Eine Verpflichtung zum ärztlich assistierten Suizid darf es nicht geben.
- ▶ Ärzte dürfen keinem Strafbarkeitsrisiko ausgesetzt werden.
- ▶ Eine Tötung auf Verlangen durch Ärzte darf es weiterhin nicht geben.

Die Delegierten verknüpften ihren Beschluss mit dem Wunsch nach verschiedenen Schutzbestimmungen für Suizidwillige. Sie fordern etwa von Politik und Gesetzgeber, die Aktivitäten zur Suizidprävention und zur Beratung Suizidwilliger zu stärken. Zu diesem Punkt hatte der Präsident der Bundesärztekammer, Dr. Klaus Reinhardt, vor der Diskussion gemahnt, die Ursachen von Suizidalität wie Einsamkeit, Depressionen und andere schwere Erkrankungen stärker in den Blick zu nehmen und den Betroffenen bessere Lebensumstände zu bieten. Wenn dies gelänge,

würde nach seiner Überzeugung bei vielen Menschen der Wunsch nach Suizid gar nicht aufkommen.

Der Ärztetag forderte zudem, die Möglichkeiten der Inanspruchnahme der Palliativmedizin zu verbessern, bei einer Beratung auf alternative Handlungsoptionen zu verweisen, dabei konkrete Hilfsangebote sowie Behandlungsmöglichkeiten zu unterbreiten.

Suizidwillige müssen nach Auffassung des Ärztetages ihren Willen zudem frei und unbeeinflusst von einer psychischen Störung und ohne unzulässige Einflussnahme oder Druck bilden können. Instanzen, die den Suizidwunsch bewerten, und die, die ihn umsetzen, müssen klar getrennt sein. Wenn Ärzte an Entscheidungen über die Gewährung einer Suizidassistenz beteiligt sind, dann sollte dies keine alleinige Verantwortung sein, sondern von interdisziplinär zusammengesetzten

Gremien. Der Prozess der Bewertung und der Umsetzung des Suizidwunsches muss nach Auffassung des Ärztetages transparent vollzogen und dokumentiert werden. Im Nachgang muss eine retrospektive Bewertung des Vorgangs stattfinden.

Nachdem diese aus Hamburg vorgeschlagenen Forderungen verabschiedet waren, zeigte sich der Präsident der Hamburger Ärztekammer, Dr. Pedram Emami, „erfreut über die differenzierte und unaufgeregte Diskussion“. Den Beschluss wertete er als „Zeichen, die unterschiedlichen Strömungen innerhalb der Ärzteschaft zu diesem Thema zusammenführen zu wollen“. Emami sagte: „Wir wollen damit nicht nur den gesetzlichen Anforderungen, sondern auch den Veränderungen in der Gesellschaft gerecht werden.“

Zum Hintergrund: Das Bundesverfassungsgericht hatte in seinem Urteil den Paragraphen 217 Strafgesetzbuch, der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung unter Strafe stellte, für nicht mit dem Grundgesetz vereinbar und damit für nichtig erklärt. Damit war die geschäftsmäßige Förderung eines Suizides nicht mehr strafbar. Das Gericht hatte aus dem allgemeinen Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ abgeleitet.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass das ärztliche Berufsrecht nicht Gegenstand der Verfassungsbeschwerde war und nur insofern in Bezug genommen wurde, als es der Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten „weitere Grenzen jenseits oder gar entgegen der individuellen Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes“ setze.

Weiter hatte das Gericht ausgeführt: „Die in den Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern festgeschriebenen berufsrechtlichen Verbote ärztlicher Suizidhilfe unterstellen die Verwirklichung



*Dr. Pedram Emami, Präsident der Hamburger Ärztekammer, bewertete den Beschluss als Zeichen, die unterschiedlichen ärztlichen Strömungen zusammenführen zu wollen.*

der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht nur geografischen Zufälligkeiten, sondern wirken zumindest faktisch handlungsleitend. Der Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung darf aber nicht davon abhängen, dass Ärzte sich bereit zeigen, ihr Handeln nicht am geschriebenen Recht auszurichten, sondern sich unter Berufung auf ihre eigene verfassungsrechtlich verbürgte Freiheit eigenmächtig darüber hinwegsetzen. Solange diese Situation fortbesteht, schafft sie einen tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe.“ Diese Ausführungen waren Anlass, die einschlägige Regelung der MBO zu überprüfen.

Die Streichung des Paragraphen ändert nach Überzeugung des Ärztetages nichts daran, dass „ärztliches Handeln von ei-

ner lebens- und gesundheitsorientierten Zielrichtung geprägt ist“. Nach Paragraph 1 Abs. 2 der MBO ist es Aufgabe von Ärzten, das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken. „Mithin zählt es nicht zu dem Aufgabenspektrum der Ärzteschaft, Hilfe zur Selbsttötung zu leisten“, betonte die Bundesärztekammer nach der Entscheidung. Es könne niemals Aufgabe der Ärzteschaft sein, für Nichterkrankte eine Indikation, Beratung oder gar Durchführung eines Sterbewunsches zu vollziehen.

DIRK SCHNACK

ANZEIGE

## Die Kompetenzzentren der mediserv Bank

Gebündelte Wirtschaftsberatung rund um die Praxis.

 mediserv Bank



„Optimieren Sie gemeinsam mit uns die Positionierung Ihrer Praxis. Anhand von Branchenvergleichen, Standort- und Wettbewerbsanalysen identifizieren wir die Potentiale Ihres Praxisumfelds, erreichen die passenden Patienten und steigern den Praxisumsatz.“

Als Spezialist für attraktive Privatabrechnungs- und Finanzdienstleistungen, konzentriert die mediserv Bank GmbH jetzt ihre Expertise in bundesweiten „Kompetenzzentren für Heilberufe“ für eine umfassende Wirtschaftsberatung von Arztpraxen.

Finanzierungs- und Abrechnungsfragen, Betriebswirtschaft, Steuer und Marketingthemen sind komplex und zeitraubend. Im hektischen Berufsalltag bleibt dafür meist wenig Raum. In den Kompetenzzentren der mediserv Bank spart der Arzt Zeit und Geld, da hier die gebündelte Beratung von verschiedenen Spezialisten eine individuelle Komplettlösung ermöglicht. Neben den vielfältigen Dienstleistungen im Rahmen der Privatabrechnung bietet die mediserv, als Bank, auch passende Finanzierungs-lösungen: Günstige Dispokredite und individuelle Investitionskredite können, ebenso wie KfW Fördermittel, direkt über die mediserv Bank in Anspruch genommen werden. Unter der Leitung von Florian Hell, einem langjährigen Finanzexperten für Heilberufler, stehen kompetente Berater

mit Expertise in der Finanzberatung und speziellen Kenntnissen im Bereich der Heilberufe bereit.

Kompetenzzentren ergänzen dieses Angebot mit dem Know-how eines bundesweiten Experten-Netzwerks. Finanz-, Wirtschafts- und Steuerberater ebenso wie Fachanwälte und Marketingprofis erarbeiten hier, moderiert von der mediserv Bank gemeinsam mit dem Arzt, bedarfsgerechte Lösungen. So wird ein optimales Liquiditätsmanagement der Praxis und attraktive Möglichkeiten für Existenzgründer, Praxiserweiterungen, -modernisierungen oder -übergaben ermöglicht. Und der Mediziner hat den Kopf frei für das Wesentliche – die optimale Betreuung der Patienten.

Das Team des „Kompetenzzentrums für Heilberufe“ berät individuell: ganz nach Wunsch telefonisch, per Videokonferenz, vor Ort in der Praxis oder, in den eigens dafür vorgesehenen Räumlichkeiten, der Kompetenzzentren. Mehr Details, sowie alle Kontaktdaten, finden Sie auf der Internetseite [www.mediserv.de](http://www.mediserv.de). Alle Kompetenzzentren sind seit 01.04.2021 aktiv. Save the date: Dental Summer 16.-19.06.21, Timmendorf Strand.



# „Die gesamte Botschaft hören“

**GASTBEITRAG** Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts hat nicht nur in der Ärzteschaft eine Diskussion über die Folgen ausgelöst. Prof. Dr. phil. Claudia Bozarro, Leiterin des Arbeitsbereichs Medizinethik an der Kieler Christian-Albrechts-Universität, beschreibt in einem Gastbeitrag für das Schleswig-Holsteinische Ärzteblatt, wie sie das Urteil einordnet.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Urteil vom 26. Februar 2020 die „Sterbehilfe-Debatte“ in neuem Licht gedeutet. Das Urteil verweist darauf, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht ein Recht auf ein selbstbestimmtes Sterben umfasse. Dieses wiederum schließe die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen. Die Beweggründe für diese Entscheidung seien, sofern sie einen Akt autonomer Selbstbestimmung darstellen, von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Darüber hinaus umfasse die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit, sich hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und diese Hilfe, soweit sie angeboten werde, auch in Anspruch zu nehmen. Das bedeutet im Klartext, dass auch ein gesunder, junger Mensch grundsätzlich ein Recht auf Inanspruchnahme von Hilfe beim Suizid seitens Dritter hat.

Die Frage, die sich nun stellt, ist, ob und ab wann sich eine Ärztin bzw. ein Arzt als Ärztin oder Arzt angesprochen fühlen sollte, einer Anfrage zur Hilfe beim Suizid zuzustimmen. Diese Frage möchte ich aufgreifen mit Blick auf zwei Szenarien:

## *Anfragen gesunder suizidwilliger Menschen*

Mit Blick auf die Musterberufsordnung § 2 (2) ergibt sich bezüglich autonomer Suizidwünsche gesunder Menschen ein klares Bild: Solche Wünsche sollten nicht Gegenstand ärztlichen Tuns sein, denn ihnen



mangelt jegliche Verbindung zu den Zielen und Aufgaben der Medizin. Die Ärzteschaft sollte sich nicht für Belange außerhalb ihres Kernauftrags instrumentalisieren lassen.

Das Argument, dass Ärztinnen und Ärzte diejenigen sind, die aufgrund ihrer spezifischen Expertise am besten vorbereitet seien, Menschen bei ihrem Suizid zu assistieren, scheint mir dabei nicht einsichtig. In der Schweiz ist seit vielen Jahren eine Suizidhilfepraxis bekannt, in der Ärztinnen und Ärzte zwar als Gutachter zur Feststellung der Urteilsfähigkeit des Sterbewilligen und als Gatekeeper für das Natriumpentobarbital fungieren, bei der sie aber nur bedingt in die Hilfeleistung beim Suizid selbst involviert sind. Hier besteht offensichtlich durchaus Spielraum, um den Anforderungen des BVerfG zu entsprechen, auch ohne die Ärzteschaft an entscheidender Stelle in die Pflicht zu nehmen.

#### *Anfragen kranker suizidwilliger Menschen*

Schwieriger gestaltet sich die Frage nach dem Umgang mit Anfragen um Beihilfe zum Suizid von Menschen, die krank sind und unter ihrer Situation schwer leiden. Hilfeleistung im Fall von Krankheit und Leiden ist genuiner Bestandteil des ärztlichen Auftrags und des ärztlichen Ethos. Allerdings ist die Frage, ob die Linderung eines Krankheits- bzw. Leidenszustands durch Hilfe zum Suizid geschehen sollte, eine ethisch schwierige. Letztlich hängt sie

von der Frage der moralischen Bewertung des Suizids selbst ab. Da dieses Urteil in einer pluralistischen Gesellschaft durchaus unterschiedlich ausfällt, bleibt es in diesem Fall letztlich bei einer Gewissensentscheidung des einzelnen Arztes oder der einzelnen Ärztin. Daher ist es richtig und wichtig, dass im Urteil des BVerfG explizit unterstrichen wird, dass niemand zur Beihilfe zum Suizid verpflichtet werden darf. Die Ärzteschaft muss dafür Sorge tragen, dass dieser Freiraum für Gewissensentscheidungen gewährleistet ist und bleibt.

Dies vorausgesetzt, sollte aus meiner Sicht Folgendes bedacht werden:

► Ärzte sollten darin unterstützt werden, eine eigene, moralisch fundierte und reflektierte Haltung zu entwickeln, um sich in der Konfrontation mit Anfragen nach Hilfe zum Suizid orientieren zu können. Dafür ist es unerlässlich, Reflexions- und Diskussionsräume in Bezug auf so grundlegende Fragen wie den Umgang mit Leiden, Krankheit und Tod und deren Stellenwert im Leben zu gewährleisten. Diese Anstöße sollten im Studium beginnen und im weiteren Verlauf des Berufslebens immer wieder ermöglicht werden. Dieses sollte nicht als ein privates Anliegen, sondern als berufliche Aufgabe verstanden sein und durch entsprechende Fortbildungsangebote, aber auch über Supervisions- und Beratungsangebote sichergestellt werden.

► In Anbetracht der Entwicklungen in anderen Ländern ist davon auszugehen – unabhängig davon, welche Regelung das Bundesparlament finden wird – dass Ärztinnen und Ärzte in Deutschland in Zukunft vermehrt Anfragen um Hilfe zum Suizid von Menschen erhalten werden, die sich beispielsweise mit Ängsten vor einer demenziellen Erkrankung, Pflegebedürftigkeit oder einem isolierten Leben konfrontiert sehen. Diese Menschen werden auf ihr Leiden durch diese Ängste verwiesen, für das sie sich, auch wenn es nicht unmittelbar krankheitsbedingt ist, ärztliche Hilfe erwarten und erhoffen. Hier ist frühzeitig eine Diskussion in der Ärzteschaft und in der breiten Öffentlichkeit zu führen, wie gesellschaftliche Versorgungsstrukturen ausgestaltet werden können und sollten, damit Menschen überhaupt nicht in die Situation geraten, aufgrund ihrer Ängste, ihres Alters oder ihrer Einsamkeit oder sozialen Isolation einen Suizidwunsch zu entwickeln. Es mag den autonomen, rational wohlüberlegten Bilanzsuizid geben, aber es gibt auch sozial und gesellschaftlich bedingte Zustände, die Menschen faktisch in Situationen führen, in denen der Suizid der einzige Ausweg zu sein scheint. Sich als Gesellschaft damit zufriedenzugeben, die Freiwilligkeit des Suizids festzustellen, wäre nicht nur zynisch, sondern eine Gefahr zunächst für vulnerable Menschen und letztlich für die gesamte Gesellschaft.

Eine abschließende Bemerkung: Der Fokus des Bundesverfassungsgerichtsurteils auf der Selbstbestimmung mag prinzipiell berechtigt sein, doch zugleich muss auch deutlich gemacht werden, dass Autonomie und Selbstbestimmung nicht solipsistisch zu verstehen sind. Anders gesagt: Menschen leben, handeln und entscheiden in Lebenskontexten, welche sie mit anderen Menschen teilen und gemeinsam gestalten. Menschen entwickeln ihre Persönlichkeit und Autonomie in Beziehung zu und in Auseinandersetzung mit anderen Menschen. Menschen, die einen anderen um Hilfe bitten, und sei es um Assistenz beim Suizid, gehen auf diese Weise eine Beziehung ein. Eine Antwort auf solche Anliegen, sei es durch Ärztinnen und Ärzte, sei es durch die Gesellschaft, kann und darf sich nicht darauf beschränken, die Freiwilligkeit des Suizidwunsches zu eruieren und zu attestieren. Sie muss bereit sein, die gesamte Botschaft zu hören und die Gesellschaft für alle menschlich zu gestalten.

# Neue Portale und neue Lieferungen

**IMPFFEN** Seit kurzem können sich Menschen in Schleswig-Holstein für einen Termin im Impfzentrum registrieren lassen. Für die Arztpraxen wurde schon im Mai ein entsprechendes Portal eingerichtet. Entwicklung beim Impfen sorgt für Optimismus.

Viele Schleswig-Holsteiner bemühten sich in den vergangenen Monaten erfolglos um einen Impftermin: Telefonische Versuche in den Arztpraxen endeten wegen der zahlreichen anderen Anrufer mit einem Besetztzeichen und wer auf einen Termin im Impfzentrum hoffte, musste sich im Anmeldeportal mit einer sechsstelligen Zahl an Mitbewerbern einen immer gleichen Bildschirm teilen, um am Ende ohne Termin auszuschalten.

Neue Registrierungsmöglichkeiten für die Arztpraxen und für die Impfzentren haben diesen Zustand kürzlich beendet. Das neue Anmeldeportal der KV ([www.praxisimpfliste-sh.de](http://www.praxisimpfliste-sh.de)) lässt Arztpraxen und Impfwillige in Schleswig-Holstein leichter zusammenfinden und verringert zugleich das Anrufaufkommen in den Praxen.

„Wir sehen im Moment sehr großen Bedarf, den Anmeldeprozess zu erleichtern und den Impfstoff zu den Menschen zu bringen“, sagte KV-Chefin Dr. Monika Schliffke zum Start des Portals am 19. Mai. Die Warteliste löste die Impflisten in den einzelnen Praxen ab. Bis dahin hatten die impfenden Praxen nach der geltenden Priorisierung eigene Listen geführt, ohne zu wissen, ob die entsprechende Person nicht bereits geimpft wurde.

Nach einem ersten Aufruf der KV waren zum Start 122 Praxen landesweit verzeichnet, aus denen Impfwillige seitdem auswählen können. Die KV erwartete, dass sich weitere Praxen anschließen, wenn diese ihre bestehenden Wartelisten abgearbeitet haben. Das kostenlose Angebot konnten zunächst nur Menschen nutzen, die 60 Jahre oder älter sind und sich mit AstraZeneca impfen lassen möchten.

Dafür werden die Anmelde Daten an die ausgewählte Praxis weitergeleitet, diese teilt den Impfwilligen dann einen Termin mit. Das Portal informiert die Impfwilligen dar-



*Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) hofft, dass die Impfquoten in Schleswig-Holstein weiter steigen. Er sieht eine gute Ausgangslage für Lockerungen.*

über, dass bis zum Anruf rund eine Woche vergehen kann. Ihren Platz auf der Warteliste können die Registrierten anschließend mit einem Barcode verfolgen. Das Portal hält auch weitere Informationen bereit, damit schon vor dem Praxisbesuch möglichst viele Fragen geklärt sind.

Für die 28 Impfzentren in Schleswig-Holstein gibt es seit diesem Monat ebenfalls eine Registrierungsmöglichkeit. Zuvor wurden Termine über das Portal [www.impfen-sh.de](http://www.impfen-sh.de) direkt vergeben, sobald Impfstoff vorrätig war – was bei den leer ausgegangenen Impfwilligen für Verärgerung gesorgt hatte. Da auch keine Registrierungsmöglichkeit für eine Warteliste geboten wurde, mussten sie wiederholt auf die Seite gehen

und neue Versuche starten. Diese „Lotterie“ wurde von vielen Menschen als Zumutung empfunden.

Landesgesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg kündigte neben der künftigen Registrierungsmöglichkeit auch an, dass die Impfzentren mindestens bis Ende September weiter impfen und dass auch die mobilen Teams im Einsatz bleiben werden, um in Flüchtlings- und Obdachlosenunterkünften zu impfen. Mit den Kommunen strebe das Land eine Abstimmung darüber an, welche Anlaufstellen in sozialen Brennpunkten für Impfkationen infrage kommen. Als mögliche Standorte nannte Garg Tafeln und Stadtteilcafés.

An den Schulen will Garg möglichst noch vor Beginn der Sommerferien mit den Impfungen beginnen lassen – sobald der Impfstoff für Jüngere zugelassen ist. Garg betonte, dass deshalb nicht weniger Impfstoff für andere Altersgruppen zur Verfügung steht.

In einer Pressekonferenz am 18. Mai war Garg auch auf den bisherigen Pandemieverlauf in Schleswig-Holstein eingegangen und hatte auf die im Bundesvergleich niedrigen Inzidenzwerte hingewiesen. „Wir sind dankenswerterweise das Bundesland mit den niedrigsten Inzidenzen pro 100.000 Einwohner“, betonte Garg. Er sah darin eine „gute Ausgangslage, um Lockerungen auf den Weg zu bringen“.

Mitte Mai hatten mehr als eine Million Menschen in Schleswig-Holstein eine Erstimpfung erhalten. Garg zeigte sich optimistisch, dass die Impfquote in den Folgewochen weiter deutlich gesteigert werden könnte – wenn die zugesagten Impfstofflieferungen eintreffen. Er erinnerte daran, dass die Knappheit der Impfstoffe der Grund dafür ist, dass bislang noch nicht jeder Impfwillige einen Impftermin bekommen konnte.



# Finanzierung bleibt „auf Kante genäht“

**PANDEMIE** Medizinische, juristische und wirtschaftliche Folgen der Corona-Pandemie wurden im 50. Symposium für Ärzte und Juristen der Berliner Kaiserin-Friedrich-Stiftung aufgearbeitet.

Das Online-Symposium der Kaiserin-Friedrich-Stiftung (KFS) für Ärzte und Juristen in Berlin beleuchtete u. a. die Folgen der Pandemie für Kliniken und Operateure. Dabei wurde auch die nicht dem Bundestrend entsprechende Entwicklung in Schleswig-Holstein angesprochen.

Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein (KGSH), unterstrich in diesem Zusammenhang auch die bedeutende Rolle der Kliniken bei der Bewältigung der Pandemie: Rund 200.000 Covid-Patienten hatten sie bis Mitte Mai behandelt, davon über 40.000 Intensivpatienten – zum bisherigen Höchststand am 4. Januar waren es 5.781 an einem Tag.

Die Belastungen allerdings waren extrem ungleich verteilt, wie Reimund zu bedenken gab. So prallte die dritte Welle zum Beispiel am stationären Leistungsgeschehen in unserem Bundesland weitgehend ab, dafür waren die Inzidenzen in anderen Bundesländern wie etwa Thüringen deutlich höher. Unterschiedlich verlief auch der Rückgang der Regelversorgung. So brach in der ersten Welle die Behandlung von Herzinfarkten um 16 Prozent und in der zweiten Welle um 13 Prozent ein, die Zahl der operativen Entfernungen von Darmkrebs sank um 17 bzw. 20 Prozent, während bei der Operation einer Hüftfraktur nur Rückgänge um ein bzw. drei Prozent zu verzeichnen waren.

Damit die Kliniken diese ungewöhnlichen Zeiten überstehen, wurden u. a. die Zahlungsfrist der Kassen verkürzt, die vorläufigen Pflegeentgeltwerte erhöht und Leerstandspauschalen beschlossen – 560 Euro pro Tag und Bett für jedes Krankenhaus in Deutschland. Später wurde stärker gestaffelt und seit 18. November werden die Ausgleichszahlungen an die lokale Inzidenz gekoppelt, womit Krankenhäuser



*Patrick Reimund, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Schleswig-Holstein, machte beim Symposium auf die hohen Vorhaltekosten im stationären Sektor aufmerksam, die aber erforderlich sind und eine gesicherte Finanzierung verlangen.*

in Regionen mit niedriger Inzidenz finanziell benachteiligt wurden. Insgesamt flossen bundesweit über 14 Milliarden Euro an Leerstandspauschalen und weiteren Mitteln zum Ausgleich an die Kliniken.

Diese Mittel sollten nach Reimunds Ansicht weder Anlass für Neid auf der einen, noch für Dankbarkeit auf der anderen Seite sein und auch nicht zur Verrechnung mit anderen Bedarfen herangezogen werden, denn: „Ausgleichszahlungen sind keine Anerkennungsprämien für die Behandlung von Covid-19-Patienten, sondern dienen der Kompensation von Erlösausfällen aufgrund der Pandemie, von denen alle Krankenhäuser betroffen sein können.“

Für ihn steht fest, dass die Finanzierung des stationären Leistungsgeschehens insgesamt „auf Kante genäht“ ist und eine bedarfsnotwendige Vorhaltung finanziert werden muss. Was diese bedarfsnotwendige Vorhaltung umfassen sollte, darüber sollte aus seiner Sicht dringend eine Abstimmung erfolgen.

Denn fest steht auch aus Sicht von Dr. Jörg-Andreas Rüggeberg: „Das Geld der Krankenkassen kann nur einmal ausgegeben werden.“ Der Vize-Präsident des Berufsverbandes Deutscher Chirurgen (BDC) sieht Abstimmungsprobleme für die Leistungserbringung an der Schnittstelle ambulant-stationär und forderte sektorenübergreifende Pauschalen, die „aus Sicht des Patienten gedacht“ werden, und nicht allein auf einen Sektor ausgerichtet. Rüggeberg präsentierte bundesweite OP-Fallzahlen aus dem Jahr 2020 aus 144 Kliniken, die insbesondere im April einen deutlichen Knick zeigten, sich danach schnell erholten und dann in der zweiten Welle erneut, aber abgeschwächt abfielen. Der erste Knick erklärt sich als „undifferenzierter massiver OP-Stopp aufgrund behördlicher Vorgaben“, beim zweiten sprach Rüggeberg von einem „deutlich erkennbaren differenzierten Umgang je nach Inzidenzlage“. In Regionen mit Inzidenzen über 200 fiel der Rückgang der OP-Zahlen mit 38 Prozent am stärksten aus, in Regionen mit Inzidenzen unter 100 gab es dagegen nur einen Rückgang von rund 14 Prozent. Die Tendenz gilt für alle Versorgungsstufen, allerdings auf unterschiedlichen Niveaus. Faustregeln: Je größer das Haus, desto geringer der Rückgang an Operationen. In kleineren Einheiten führt der Abzug von Personal in die Versorgung von Covid-Patienten eher zur Reduktion des Regelbetriebs. Besonders betroffen waren ambulante Einrichtungen an den Häusern und Fächern mit einem hohen Anteil elektiver Eingriffe.

DIRK SCHNACK

# „Ganz gechillt“ zur Impfung

**IMP FEN** Mit einer Sonderaktion über Pfingsten sorgte eine Schacht-Audorfer Hausarztpraxis dafür, dass zahlreiche Menschen ihre Erstimpfung mit AstraZeneca bekamen. Ohne Termin konnte sich jeder anstellen – was ausgiebig genutzt wurde.

Erst das Kind morgens in den Kindergarten gebracht, dann von Damp schnell nach Schacht-Audorf gefahren. Als Vanessa Hanke dort morgens eintrifft, ergattert sie den Platz ganz vorn vor der Praxistür der hausärztlichen Gemeinschaftspraxis. Für sie ist das wichtig, weil damit sicher ist: Sie wird heute geimpft. Allerdings heißt es jetzt erst einmal warten.

Es ist der Freitag vor Pfingsten. Die Gemeinschaftspraxis von Dr. Wulf Hochmann, Dr. Ralf-Martin Ludwig, Dr. Sönke Timm-Tegethoff, Hakim Jaballah, Dr. Juliane Goebel und Dr. Andreas Füger macht gerade landesweit Schlagzeilen. Sie bieten eine offene Impfsprechstunde an. Mittwoch, Freitag, Sonnabend und Pfingstmontag wollen sie jeweils mehrere hundert Menschen impfen, insgesamt werden es am Pfingstmontag 2.006 sein, die sich mit dem Impfstoff von AstraZeneca haben impfen lassen. 499 haben sie am Mittwoch geschafft, heute steht der zweite große Einsatz bevor. Dass Menschen wie Vanessa Hanke schon so früh vor der Praxistür warten, obwohl die Impfung erst am Nachmittag nach der normalen Sprechstunde beginnt, findet Dr. Andreas Füger bemerkenswert.

Während er nach der Sprechstunde die Spritzen aufzieht, ist die Menschenmenge auf der Straße auf mehrere hundert angewachsen. Sie haben sich Stühle, Proviant und Lesestoff mitgebracht, von Ungeduld, Drängeln oder Unruhe keine Spur. „Typisch Schleswig-Holstein, die Menschen sind ganz gechillt“, sagt Füger. Tatsächlich kommen die Menschen aus dem ganzen Bundesland, schon am ersten Tag reichte die räumliche Spreizung von Husum bis Bad Oldesloe und vereinzelt stiegen auch Menschen aus Autos mit Kennzeichen aus anderen Bundesländern.

Für Füger, seine Praxispartner, für ihr Team und einige freiwillige Helfer ist tagelanger Großeinsatz, weil Füger im Fa-



*Dr. Andreas Füger ist einer von sechs impfenden Ärzten in der großen hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in Schacht-Audorf. Über Pfingsten impften er und seine Kollegen, um die lange Warteliste in der Praxis kleiner werden zu lassen – kommen durfte aber jeder.*

milienkreis von der langen Warteliste an Impfwilligen in der Praxis berichtete. 2.000 Impfwillige stehen auf der Liste und im Normalbetrieb arbeitet die Praxis rund 150 ab – zu wenig, um den Andrang zu befriedigen.

Seine Tochter Lisa, Krankenschwester im benachbarten imland Krankenhaus Rendsburg, machte ihn auf die Massenimpfung in Köln-Chorweiler aufmerksam und fragte, ob das nicht auch bei ihnen zu realisieren sei. Von der Idee bis zur Umsetzung brauchte die Praxis nur wenige Tage. Die sechs impfberechtigten Praxispartner und ihr motiviertes Team rannten mit ihrem Plan überall offene Türen ein – bei Bürgermeisterin Beate Nielsen, bei der Freiwilligen Feuerwehr, aber auch bei anderen ärztlichen Kollegen.

Die Gemeinde erteilte ihnen unbürokratisch die Genehmigungen für die notwendige Straßensperrung, Helfer von der Freiwilligen Feuerwehr und vom Bauhof sorgten für die Absperrungen. Ein Patient schaltete seinen Arbeitgeber ein, der einen Toilettenwagen zur Verfügung stellte. Andere sorgten für die Verköstigung des Teams. Auch Fügers Familie ist dabei: Die beiden Töchter Lisa und Lena gehen vor dem Impfstart durch die wartenden Menschenreihen, kontrollieren die ausgefüllten Dokumente und tragen so dazu bei, dass in der Praxis kein Stau wegen offener bürokratischer Fragen entsteht.

*Rechts: Die ersehnte Nummer zum Eintritt in die Praxis: Lisa Füger gibt Vanessa Hanke (links) das „Go“ zur Impfung. Sie hatte stundenlang ausgeharrt, mit ihr warteten mehrere hundert weitere Impfwillige (unten) auf der Straße in Schacht-Audorf. Sie nahmen die Wartezeiten in Kauf, um das Anmelden über das Impfportal zu umgehen.*

Weil gleich sechs Ärzte impfberechtigt sind, konnten sie für die Aktion 1.100 Impfdosen erhalten. Weitere 600 steuerte ein benachbarter Apotheker bei. Und wenn der Andrang noch größer wird?

„Wir haben noch ein wenig Reserve. #Und es ist sichergestellt, dass auch die Zweitimpfung in zwölf Wochen erfolgen kann“, sagt Füger. Anerkennend berichtet er auch von Anrufen mehrerer Kollegen, die bei Bedarf noch mehr Impfstoff von AstraZeneca zur Verfügung stellen würden.

Die ersten Wartenden haben draußen inzwischen mehr als vier Stunden Wartezeit hinter sich. Die Medien, längst auf die ungewöhnliche Aktion in der 4.000 Einwohner-Gemeinde aufmerksam geworden, befragen die Menschen zu ihrer Motivation – schließlich könnten sie sich stattdessen auch bequem vom heimischen PC über das Impfportal des Landes für einen Termin im Impfzentrum einbuchen.

Aber genau das, berichtet Füger, treibt sie zu dieser Aktion: „Die Menschen wollen sich nicht mehr ständig vor den Rech-

ner setzen und am Ende lesen, dass sie leer ausgegangen sind. Lieber sechs Stunden vor der Praxis warten und am Ende geimpft sein, als vier Stunden vor dem PC und nichts erreicht haben“, fasst er die Reaktion vieler Menschen zusammen. Das bestätigt auch Vanessa Hanke. „Ich bemühe mich schon lange um einen Termin bei Ärzten und in Impfzentren – ohne Erfolg“, berichtet sie. Wegen einer Erkrankung möchte sie so schnell wie möglich geimpft werden und nimmt dafür auch lange Wartezeiten in Kauf: „Hauptsache geimpft“, sagt sie.

In ihrem Buch hat sie trotz der Wartezeit kaum gelesen: „Ich konnte mich nicht konzentrieren, weil ich so aufgeregt war. Es scheint jetzt tatsächlich zu klappen“, sagt sie noch ein wenig ungläubig. Dann drückt Lisa Füger ihr die Nummer in die Hand, die ihr gleich den Weg in die Praxis und damit zur Impfung ebnet wird. In zwölf Wochen sind sie und die zahlreichen weiteren Geimpften dann wieder in Schacht-Audorf.

DIRK SCHNACK



# Die Mauern in der Medizin

**SEKTORENGRENZEN Norddeutscher Dialog der Barmer: Politiker und Fachleute kritisieren die Grenzen zwischen ambulanter und stationärer Versorgung. Unterschiedliche Vergütungssysteme erschweren eine Zusammenführung.**

Die Mauer muss weg!“ So hatte die Barmer den achten Norddeutschen Dialog, zu dem die Ersatzkasse wegen der Pandemie nicht wie üblich nach Lübeck, sondern ins Internet gebeten hatte, betitelt. Etwa 80 Interessierte, überwiegend aus Fachkreisen, hatten sich am 11. Mai eingeloggt und in diversen eingestreuten Online-Umfragen mit deutlichen Mehrheiten dieser Forderung nach einem Abbau von Systembarrieren angeschlossen.

Zugeschaltet zur jährlichen Veranstaltung der Barmer war zunächst Reinhard Busse, Professor für Management im Gesundheitswesen an der Technischen Universität Berlin und Kenner der medizinischen Versorgungslandschaft nicht nur in Deutschland. Fazit seines Kurzvortrags: Es gibt zu viele Krankenhäuser mit zu vielen Patienten, die für zu viel Geld mit zu wenig Erfolg behandelt werden.

Unter anderem verwies er darauf, dass hierzulande eine Klinik auf 50.000 Menschen kommt, das Verhältnis bei den Nachbarn in Dänemark dagegen 1:200.000 beträgt. Gravierende Diskrepanzen sieht der Wissenschaftler auch bei den Notaufnahmen. 35 Hilfesuchende suchen durchschnittlich pro Tag und Krankenhaus eine solche Einrichtung auf, allerdings handelt es sich dabei laut Busse nur selten um einen „echten Notfall“. Heruntergebrochen auf den 50.000-Einwohner-Einzugskreis tritt zum Beispiel in Deutschland nur jeden dritten Tag ein Herzinfarkt auf, kaum anders verhält es sich nach Angaben des Professors beim Schlaganfall.

Busse verweist außerdem auf den „international extrem hohen Wert“, wonach in Deutschland von besagten 35 Notaufnahmen am Ende 15 in einem Krankenhausbett landen. Dennoch, so heißt es in einer Schrift Busses, ist die 30-Tage-Sterblichkeit nach Aufnahme bei akutem Herzinfarkt

in Deutschland fast doppelt so hoch wie in Dänemark. Und das, obwohl dort die Notaufnahmen umgerechnet auf die Bevölkerungszahl noch nicht einmal halb so häufig in Anspruch genommen werden.

Im Umkehrschluss bedeutet das, dass den meisten Leuten, die zur Notaufnahme kommen, auf andere Weise besser und kostengünstiger geholfen werden könnte. Das jedenfalls glaubt Busse, der als Alternative ein dreistufiges System vorschlägt. Integriert arbeitende ambulant-stationäre Zentren sollten nach seinen Vorstellungen die Grundversorgung übernehmen und sich auf die wohnortnahe (Nach-)Behandlung häufig auftretender Krankheiten konzentrieren.

Angeschlossen wäre einem solchen Zentrum idealerweise eine stationäre Pflegeeinheit mit Möglichkeiten bis hin zur Palliativversorgung. Die zweite Einheit in Busses Modell würde die regionale Regelversorgung und die Therapie der wesentlichen akuten Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall übernehmen. Auch integrierte Notfallversorgung, Intensivmedizin sowie Diagnostik und Therapie wären Aufgaben dieser Krankenhäuser, über denen in der dritten Stufe die Maximalversorgung nach dem Muster des Universitätsklinikums mit seinen Standorten Kiel und Lübeck stehen.

Grundsätzlich vernünftig wäre eine solche Struktur nach Meinung des schleswig-holsteinischen Gesundheitsministers Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP). „Wenn man die Menschen mitnimmt auf diese Reise und ihnen glaubhaft machen kann, dass zuallererst ihre eigene Gesundheit davon profitiert, ist das Türschild relativ egal“, verwies er darauf, dass ein Zentrum für die Grundversorgung nicht unbedingt Krankenhaus heißen muss. Ziel Gargs ist es, in der nächsten Legislaturperiode zumindest als Modellprojekt eine Einrichtung zu schaffen, die ohne einen vollstationären Be-

reich auskommt und auf regionaler Ebene die wichtigsten medizinischen Bedürfnisse abdeckt.

Politische Bestandsgarantien für Kliniken mag Garg unterdessen nicht abgeben. Schon wegen des immer drückenderen Personalmangels wäre das aus seiner Sicht weder seriös noch gut für die Menschen. Für kleinere Krankenhäuser sieht der Gesundheitsminister dabei durchaus eine Überlebenschance, und zwar dann, „wenn sie die Grundversorgung übernehmen“.

Einhellig kritisierten Garg, seine Hamburger Amtskollegin Melanie Leonhard (SPD) und Susanne Roca-Heilborn, die als Abteilungsleiterin ihren Minister Harry Glawe (CDU) aus Mecklenburg-Vorpommern beim Norddeutschen Dialog vertrat, dass der fließende Übergang zwischen ambulanter und stationärer Medizin auf hohe formale Hürden stößt. Besonders die unterschiedlichen Vergütungssysteme für die beiden Bereiche wirken sich nach Einschätzung des Trios tatsächlich wie eine Mauer aus. Gargs Wunsch wäre, dass die Länder stärker als bislang in leistungsfähige Krankenhäuser oder andere Versorgungseinheiten investieren und der Bund die bislang auf Fallpauschalen basierende Krankenhausfinanzierung mit der Gebührenordnung für Ärzte im niedergelassenen Bereich in Einklang bringt.

Selbst wenn das gelänge, müssten aber wohl immer noch reichlich Widerstände überwunden werden. Zwar sprachen sich in einer der Online-Umfragen 92 Prozent der Abstimmenden bei dieser Veranstaltung dafür aus, dass die Qualität einer Klinik wichtiger sei als deren Erreichbarkeit, doch wenn es ernst wird, könnte es anders laufen, fürchtet Schleswig-Holsteins Gesundheitsminister Garg: „Die meisten Leute wollen eine exzellente Qualität um die Ecke haben.“

# Bewerbung in der Pflege umgekehrt

**PFLEGE** Der Mangel an Pflegekräften gilt als eines der größten Probleme im Gesundheitswesen. Das Land Schleswig-Holstein hat deshalb im Februar eine Kampagne aufgelegt, die vergangenen Monat um einen weiteren Baustein ergänzt wurde. „PROPS“ sorgt für ein schnelles Matching.

Ein neues Portal erleichtert den Kontakt zwischen Pflegeeinrichtungen und Jobsuchenden in Schleswig-Holstein. Mit „PROPS“ setzt das Land auf ein „Revers Recruiting“ – Interessierte müssen einen möglichen Arbeitgeber auf einer Landkarte nur anklicken, damit dieser sich mit dem Jobsuchenden in Verbindung setzt.

„Motivierte Menschen für die Pflegeberufe in Schleswig-Holstein zu gewinnen bleibt ein wichtiges Ziel und ein Projekt mit allerhöchster Priorität – auch über die Pandemie hinaus“, betonte Landesminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) bei der Vorstellung des neuen Portals. Von der neuen Plattform verspricht er sich schnell und unkompliziert Hilfe für die Vernetzung zwischen Arbeitgebern und Interessierten. Die können insbesondere Krankenhäuser, Pflegeheime und ambulante Pflegedienste über das Portal per Klick erreichen. Bis zum Tag der Pflege am 12. Mai, als das neue Portal der Öffentlichkeit vorgestellt wurde, beteiligten sich landesweit 419 Arbeitgeber, als Ziel gab das Ministerium eine Ausweitung auf bis zu 1.250 Einrichtungen aus.

„PROPS“ steht als Akronym für die primäre Mission des Tools „Pflegekräfte regional, online, problemlos suchen“. Der Begriff symbolisiert als geläufige Abkürzung für den englischen Terminus „proper respect“, also angemessener Respekt, Wertschätzung gegenüber den Pflegenden. Diesen haben Pflegekräfte wie mehrfach berichtet nicht erst seit der Corona-Pandemie eingefordert. Garg ließ keinen Zweifel daran, dass diese Wertschätzung nach seiner Ansicht geboten ist: „Ich bin überzeugt, dass alle, die eine wirklich sinnstiftende Tätigkeit suchen, in der Pflege genau richtig aufgehoben sind.“

Anhand einer Schleswig-Holstein-Karte und entsprechender Filterfunktionen können auf einer Internetseite (<https://pflegeausbildung-in.sh>) Schulen und Einrichtungen an konkreten Standorten oder per Lokalisierung im direkten Umkreis gesucht werden.



*Mit diesem und weiteren Motiven macht die Landesregierung derzeit auf die temporär begrenzte Sonderkampagne zur Gewinnung von Pflegekräften aufmerksam.*

Wer einen weiteren Kontakt- und Bewerbungsprozess mit einer passenden Einrichtung initiieren möchte, hat die Möglichkeit, der Einrichtung mit nur einem Klick auf „Anstupsen“ Interesse zu signalisieren. Von diesem Moment an ist es an der jeweiligen Einrichtung, sich bei der interessierten Person zu melden, sie mit weiteren Informationen auszustatten und sie in den weiteren Einstellungsprozess zu leiten.

Dieser im Pflegebereich nach Wortlaut des Ministeriums „bislang einzigartige, umgekehrte Bewerbungsprozess“ baut

auf Kandidatenseite etwaige Bewerbungshürden ab, indem es mit einfachen Mitteln eine Kontaktaufnahme ermöglicht. Zugleich soll er Betriebe entlasten, weil Bewerber direkt über eine zentrale Kampagnenplattform „vermittelt“ werden, ohne dass diese selbst einen großen Recruiting-Aufwand betreiben müssen. Auf der Internetseite werden auch allgemeine Fragen zur Ausbildungsdauer, Vergütung, Zugangsvoraussetzungen, Entwicklungschancen und komplementäre Berufsbilder beantwortet.

„PROPS“ ist als temporäre Ergänzung zur landesweiten Kampagne „Echte Pflege. Im echten Norden“ angelegt, das nach Angaben des Ministeriums seit seinem Start im Februar mehr als 250 Erstkontakte herstellen konnte.

Das Portal gibt Einblicke in den Pflegeberuf und stellt seine positiven Seiten in den Vordergrund, etwa mit: „Dafür bekommst Du in der Pflege etwas, was es in vielen anderen Berufen viel seltener oder gar nicht gibt: Echte Momente. Momente, die es eben nur in der Pflege gibt. In denen Du Menschen von ihrer ganz persönlichen, echten, authentischen Seite kennlernst, sie in ihrer Situation unterstützt, ihnen das gibst, was sie benötigen und dafür von ihnen das bekommst, was dich erfüllt: Dankbarkeit.“

Daneben kommen junge Menschen zu Wort, die über ihre persönlichen Erfahrungen in der Pflege berichten, und es werden Informationen vermittelt über die verschiedenen Bereiche der Ausbildung, die Verdienstmöglichkeiten, die Vorteile der neuen Pflegeausbildung, die möglichen Abschlüsse und Spezialisierungen sowie weitere Karrieremöglichkeiten beispielsweise über den Bachelorstudiengang Pflege an der Lübecker Universität. Für Interessierte aus anderen Bundesländern wird die Region vorgestellt.

DIRK SCHNACK

# „Wir können eine Lücke schließen“

**COPD Ein Modellprojekt mit einer „Lungen-App“ startet im Kreis Rendsburg-Eckernförde. Alle Hausarztpraxen der Region können sich beteiligen.**

Hilfe für COPD-Patienten per App: Die Medizinische Qualitätsgemeinschaft Rendsburg (MQR) testet ein neues telemedizinisches Angebot und lädt Hausarztpraxen der Region zum Mitmachen ein.

Auf einmal bleibt die Luft weg – Atemnot droht, es hilft nur die Einweisung ins Krankenhaus. Wer an COPD, der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung, leidet, gerät schnell in diesen kritischen Bereich, weiß Dr. Henrik Schönbohm, Vorsitzender für die Hausärzte in der MQR. „Im fortgeschrittenen Stadium der Krankheit bleibt nicht viel Restvolumen an Luft in der Lunge, und bei Anstrengung ist das schnell aufgebraucht.“

COPD hat sich seit einigen Jahren zu einer Volkskrankheit entwickelt, aktuell steigen die Zahlen noch: „Es ist zu merken, dass vor einigen Jahrzehnten die Zahl der rauchenden Frauen stark gestiegen ist. Die spüren jetzt die Langzeitwirkung“, sagt Schönbohm. Zwar sei zu erwarten, dass die Welle sich abschwächt, weil weniger Angehörige jüngerer Generationen rauchen. Sie richtig zu betreuen und im bestmöglichen Moment an die Fachpraxen zu überweisen, war bisher schwierig, denn ohne Untersuchung ist kaum zu erkennen, in welchem Zustand die Lunge ist. „Es gibt für diese Patientengruppe eine Unterversorgung“, sagt Schönbohm. „Daher bin ich von unserem Konzept so begeistert, weil wir eine Lücke schließen können.“

Das Rendsburger Praxisnetz hat sich mit einer Firma mit Standorten in Kiel und Münster zusammengetan, die ein „digitales Lungenportal“ anbietet. Patienten können zuhause mit einem Heimspirometer, das ihnen über das Projekt zur Verfügung gestellt wird, ihre Lungenfunktion messen und die Daten im Portal hinterlegen. Wenn sie der Praxis den Zugriff erlauben, könnten die Werte sofort eingesehen werden. „Damit können wir frühzeitig auf drohende Verschlechterungen reagieren,

die Medikamente anpassen oder den Patienten zum Facharzt weiterschicken“, sagt Schönbohm. Er hofft, dass sich so Notfallbehandlungen im Krankenhaus vermeiden lassen: „Ein Mehrwert für den Patienten, aber auch für die Kassen interessant, weil das Kosten sparen kann. Und aus ärztlicher Sicht ist es erfreulich, dass wir hier die Versorgung tatsächlich merkbar verbessern können.“

Besonders in der Corona-Pandemie sei dieser neue Behandlungspfad sinnvoll: „Bisher müssen die Patienten, wenn es ihnen schlechter geht, in die Praxis kommen, sitzen dann lange im Wartezimmer und tragen ein Risiko, sich anzustecken“, sagt Schönbohm. „Das können wir vermeiden, wenn der Arzt sich ihre Lungenwerte gleich ansehen kann.“

Dieses Argument überzeugte auch das Kieler Gesundheitsministerium, das für eine Testphase der „Telemedizinischen Lungenfunktions-App mit Vernetzung“ (TeLAV) 500.000 Euro aus dem Versorgungssicherungsfonds des Landes bereitstellte. „Wir fördern dieses Projekt, damit diese vulnerablen Patientinnen und Pati-

enten im Kreis Rendsburg-Eckernförde niedrigschwelliger versorgt werden können“, sagte Gesundheitsminister Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP). „Dadurch werden die Ärztinnen und Ärzte entlastet, zugleich wird die Versorgung weiterentwickelt.“ Ob diese Hoffnungen wirklich so eintreten, soll die Evaluation zeigen, mit der das Institut für Allgemeinmedizin am UKSH in Lübeck die dreijährige Modellphase begleitet.

Beteiligen können sich alle Hausarztpraxen im Kreis Rendsburg-Eckernförde: „Wir sind offen, nicht nur für Mitglieder des MQR“, betont Schönbohm. Bei einer Veranstaltung in Rendsburg soll das Projekt den möglichen Interessenten vorgestellt werden. Geplant ist, dass jede teilnehmende Praxis einige wenige Patienten in die Liste aufnimmt. Dabei geht es um die Kranken, die häufiger Krisen durchmachen oder deren Werte schwanken. „Ich denke, jedem Arzt fallen zwei, drei seiner Patienten ein, die in dieses Muster passen“, sagt Schönbohm.

Wichtig sei, dass die Patienten verlässlich mitmachen, ihre Werte regelmäßig eintragen und das zur Verfügung gestellte Spirometer korrekt bedienen: „Ich kann so hineinblasen, dass mich jeder Arzt sofort ins Krankenhaus schickt“, sagt Schönbohm.

Damit sich auch genug Praxen beteiligen, sollen alle Abläufe und die technische Bedienbarkeit möglichst alltagsnah und simpel sein, verspricht der MQR-Vorsitzende: „Viele neue Ideen scheitern, weil die Umsetzung kompliziert ist. Das wollen wir hier vermeiden.“

Für die beteiligten Ärzte gibt es eine Vergütung, und „das gute Gefühl, für diese Patientengruppe endlich etwas wirklich Sinnvolles anbieten zu können“. Perspektivisch könnte das Projekt auch auf Patienten mit Asthma und Mukoviszidose ausgeweitet werden, teilte das Ministerium mit.

ESTHER GEISSLINGER

## Info

*Der Fonds zur Sicherung medizinischer Versorgungskonzepte insbesondere in der Fläche ist im Koalitionsvertrag festgehalten. Mit seinen Mitteln werden innovative und zukunftsweisende Konzepte, die eine flächendeckende und gut erreichbare, bedarfsgerechte Versorgung erhalten, stärken oder diese unter veränderten Rahmenbedingungen weiterentwickeln, gefördert. Übersicht der geförderten Projekte: [https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits\\_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html](https://www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte/G/gesundheits_dienste/Versorgungssicherungsfonds.html)*

# AOK an Ärzte: „Wir müssen reden.“

**COPD** Mehr als 100.000 Schleswig-Holsteiner haben eine COPD-Diagnose. Über regionale Unterschiede und die Einschreibequoten für das DMP informierte die AOK Nordwest am 19. Mai in einer online abgehaltenen Pressekonferenz.

Der kürzlich vorgestellte Gesundheitsatlas der AOK soll Transparenz über Ursachen, Verbreitung und Folgen der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung COPD schaffen. Die Daten der Versicherten ab 40 Jahren (Basis: 2019) zeigen, dass die Verbreitung in Schleswig-Holstein sehr unterschiedlich ist: Im Kreis Pinneberg weisen nur 5,39 Prozent der Einwohner ab 40 Jahren eine COPD auf, in Neumünster dagegen 7,82 Prozent. Zwischen diesen beiden Werten rangieren die übrigen Kreise und kreisfreien Städte in Schleswig-Holstein, das mit einem landesweiten Wert von 6,5 Prozent unter dem bundesweiten Durchschnitt von 7,1 Prozent liegt.

Wie AOK-Vorstandschef Tom Ackermann in der Pressekonferenz deutlich machte, sind folgende Zusammenhänge mit COPD besonders deutlich:

- ▶ Tabakrauchen ist der bedeutsamste Risikofaktor für COPD. Wer Zigaretten raucht, hat im Vergleich zu einem Nichtraucher ein 13-fach erhöhtes Risiko, eine COPD zu entwickeln. Die Prävention des Rauchens ist deshalb für ihn die wichtigste Strategie zur Vermeidung von COPD-Erkrankungen.
- ▶ Eingatmete Luftschadstoffe spielen ebenfalls eine wesentliche Rolle, bedeutendste Expositionsquelle ist die Luftverschmutzung. Auch bei bestimmten beruflichen Tätigkeiten kann es zu einer hohen Exposition kommen.
- ▶ In epidemiologischen Studien ist ein deutlicher Zusammenhang mit dem sozioökonomischen Status gefunden worden.



*Nichtraucher haben eine deutlich größere Chance als Raucher, eine gesunde Lunge zu behalten und kein COPD zu entwickeln.*

Therapiemöglichkeiten, die kausal in das Krankheitsgeschehen eingreifen und Patienten heilen könnten, existieren nicht. Medikamentöse Maßnahmen können zwar Symptome mildern, aber nicht die Auswirkungen jahrelanger Lungenschädigungen beseitigen. Umso wichtiger sind aus Sicht Ackermanns das Krankheitsmanagement mit aktiver Einbindung der Betroffenen und die ärztliche Betreuung im Disease-Management-Programm (DMP). Nur: Die Zahl der eingeschriebenen Patienten ist bescheiden – von den insgesamt 38.600 in Schleswig-Holstein an COPD erkrankten AOK-Versicherten nehmen nur 8.400 am DMP teil.

Ackermann kündigte an, mit Ärzten in Schleswig-Holstein verstärkt über das DMP und die Möglichkeiten, mehr Patienten für das Programm zu gewinnen, zu sprechen: „Wir werden die Zahlen zum Anlass nehmen, mit den Ärzten darüber zu reden.“ Die Krankenkasse kann dabei auf

eine regionale Auswertung zurückgreifen. Der DMP-Anteil an AOK-Versicherten mit COPD beträgt in Neumünster nur 16 Prozent, in Lübeck und im Kreis Pinneberg dagegen liegt er bei rund einem Drittel.

Auch bei den Schulungsmaßnahmen sieht die AOK noch Potenzial für bessere Teilnahmequoten. Nach Erfahrungen der Kasse können die Teilnehmer bei Umsetzung der Empfehlungen ihre Lebensqualität steigern, den Arzneimittelgebrauch an oralem Kortison senken und Krankenhausweisungen verringern. Ackermann will erreichen, dass die Kasse sich intensiver um mehr Teilnehmer für die Schulungen kümmert: „Das ist klar unsere Aufgabe.“

Derzeit wird davon ausgegangen, dass COPD-Patienten im Fall einer SARS-CoV-2-Infektion ein moderat erhöhtes Risiko für schwere Verläufe einer Covid-19-Erkrankung haben, aber kein erhöhtes Infektionsrisiko im Vergleich zu Patienten ohne COPD.

DIRK SCHNACK

# „Unvernunft ist ein Stück Lebensqualität“

**DEMENZ** Digitale Norddeutsche Fachwoche Demenz:  
Welche Lehren lassen sich aus dem Corona-Jahr ziehen?

Demenzkranke und ihre Angehörigen trafen die Corona-Maßnahmen besonders hart: In den Heimen galten Besuchsverbote, und wer zu Hause lebte, musste auf Tagespflege und andere Hilfen verzichten. Was lässt sich daraus lernen, wie könnte die Lage bei einer künftigen ähnlichen Krise besser geregelt werden? Um diese Fragen ging es bei der Norddeutschen Fachwoche Demenz, zu der die Alzheimer Gesellschaften Schleswig-Holstein, Hamburg, Mecklenburg-Vorpommern und Niedersachsen eingeladen hatten.

Emma hat ein freundliches Lächeln, perfekt frisiertes graues Haar und auf alles eine Antwort – zumindest soll es so sein, wenn der Chatbot der Alzheimergesellschaft Mecklenburg-Vorpommern fertig ist. Beratung rund um die Uhr, am besten selbst lernend und später auch als Sprachprogramm, so könnte die digitale Zukunft aussehen, die Armin Keller vom dortigen Landesverband beschrieb. Aber die automatisierten Antworten „können nur eine Assistenz sein und nie ein Beratungsgespräch ersetzen“, sagte Keller. Zurzeit wird das Chatprogramm, das hinter Emmas freundlichem Gesicht steckt, mit Antworten gefüttert: Welcher Arzt stellt eine Alzheimer-Diagnose? Wo befindet sich die nächste Beratungsstelle, und welche finanziellen Hilfen gibt es? „So können sich Angehörige oder Betroffene anonym, schnell und unkompliziert Zugang zu Informationen verschaffen“, sagte Keller. Das Ziel ist, den Chat Ende des Jahres zu starten.

Digitalisierung war ein großes Thema der Norddeutschen Fachwoche Demenz, die erstmals selbst über eine Online-Plattform stattfand. Bis zu 120 Teilnehmende aus dem ganzen Norden hörten zu und diskutierten mit. Im ersten Teil der Veranstaltung ging es darum, das vergangene Corona-Jahr aus der Sicht der Alzheimer Gesellschaften noch einmal Revue passieren zu lassen.

Sabine Jansen vom Bundesverband der Alzheimer Gesellschaften berichtete von einer Flut verzweifelter Anrufe beim Beratungstelefon. Diese Hilferufe der Angehörigen hätten die Gesellschaften in ihrer Öffentlichkeitsarbeit und in Gesprächen mit der Politik weiterverbreitet, um „den Menschen Gehör zu verschaffen“ und auf ihre Sorgen hinzuweisen. Ein Ziel war, pflegenden Angehörigen schnell Zugang zu Impfungen zu verschaffen, immerhin werden die meisten Demenzkranken zu Hause versorgt und sind darauf angewiesen, dass die Angehörigen nicht ausfallen.



Wie schwierig deren Lage war, berichtete stellvertretend für viele Familien in ähnlicher Lage Elisabeth Kettwig, die ihren demenzkranken Mann pflegt. Bevor Corona den Alltag umkrempelte, war der Mann noch allein mit Hund unterwegs, er besuchte mehrmals die Woche die Tagespflege – eine deutliche Alltagserleichterung für die Ehefrau. „Das war mit Beginn der Pandemie vorbei, die Tagespflege war geschlossen, und er konnte nicht allein aus dem Haus, weil er die Abstandsregeln immer wieder vergessen hat“, berichtete Kettwig. Die Zeit zu zweit zu Hause verstärkte die Krankheit: „Ich konnte ihn nicht so fordern, wie es in der Tagespflege geschah. Ich habe Spiele mit ihm gespielt, bin mit ihm im Auto spazieren gefahren, aber er hat furchtbar nachgelassen.“ Auch für sie war die Zeit schwer: Hilfen habe es kaum gegeben, Rat wusste niemand. Zu Hause werde der Alltag durch die Krankheit bestimmt: „Ich kann gut allein sein, aber wenn mein Mann da ist, bin ich einsam.“

Die Sicht der zuständigen Behörden schilderten Nicole Trenkner und Frank Dreßler vom Fachbereich Familie, Jugend und Soziales des Landkreises Goslar, in dem es überdurchschnittlich viele Hochbetagte gibt. Allein 3.000 Menschen leben mit Pflegebedarf in den 42 Alten- und Pflegeheimen des Kreises. Die besonderen Probleme seien ihnen durchaus bewusst gewesen, sagte Dreßler. Schließlich seien auch er selbst und alle Beschäftigten der Kreisverwaltung genauso betroffen gewesen: „Auch wir haben Eltern, Verwandte im Heim oder Kinder im Studium. Wir wissen, wie die Pandemie von innen aussieht.“

Dennoch war für den Corona-Stab des Kreises klar, dass Einschränkungen notwendig seien. Denn zu Beginn der Pandemie gab es einen Ausbruch mit Toten in einem Pflegeheim in Niedersachsen. „Das war ein mahnendes Negativbeispiel, wir hatten Schiss davor“, erinnerte sich Dreßler. Nicole Trenker erinnerte an die Probleme der ersten Stunde: „Es fehlten Infos, es fehlten Schutzkleidung und Desinfektion.“ Lösungen mussten gefunden werden, etwa wenn Pflegebedürftige neu aufgenommen werden oder aus dem Krankenhaus zurück in die Einrichtung gehen sollten. Der Landkreis setzte für die Betreuung von Demenzkranken auf Freiwillige, die über einen „Schutzengel-Pool“ koordiniert wurden. Eine Lehre, die der Kreis aus dem Corona-Jahr zieht, betrifft die Struktur der Heime, so Trenker: „Häuser mit Einzelzimmern hatten es einfacher als die älteren Gebäude, in denen Doppelzimmer überwiegen.“ Von

Vorteil für die Arbeit und den Zwiespalt zwischen bestmöglichem Schutz und dennoch guter Lebensqualität erwiesen sich kleinere Einheiten, also Etagen, Flügel und kleine Gruppen. „Hier lässt sich das Personal besser zuordnen.“

Sigrid Graumann, Professorin an der Hochschule Bochum und Mitglied im Ethikrat, erinnerte an den Zwiespalt, den die Pandemie für die Pflege brachte: „Es war eine Güterabwägung zwischen Gesundheit und Freizügigkeit unter unsicheren Bedingungen.“ Härten – wie Besuchsverbote – seien zu Beginn der Krise gerechtfertigt gewesen, doch je mehr Wissen im Umgang mit der Krankheit dazukam, desto mehr Freiheiten müsse es wieder geben, forderte die Philosophin. „Individuelle Menschen- und Grundrechte dürfen nicht für das Gemeinwohl geopfert werden.“ Um ähnliche Situationen in Zukunft zu vermeiden, forderte sie strukturelle Änderungen in den Heimen, etwa kleinere Gruppen mit festen Betreuungsteams. Egal wie schwierig die Lage sei: „Menschen müssen auch mal Dinge tun, die unvernünftig sind – das ist ein Stück Lebensqualität.“

Aktuell sollten zwar so gut wie alle Menschen in den Heimen geimpft sein und damit auch wieder mehr Besuche möglich sein, „aber wir sehen, dass es nicht überall geschieht“, kritisierte Graumann. Sie forderte eine Datenerhebung und Auswertung, um zu prüfen, welche Maßnahmen gewirkt hätten. Bei einer weiteren ähnlichen Lage sollten nur diese angewendet werden.

Dass die Tagespflege für Demenzkranke und vor allem zur Entlastung der Angehörigen sehr sinnvoll sind, ist bekannt; daher hat „der Wegfall der Angebote alle Be-

teiligten sehr getroffen“, sagte Swen Staack von der Alzheimer Gesellschaft Schleswig-Holstein. Auch für die Anbieter war die eilige Schließung schwierig, berichtete Heidi Juhl-Damberg, Leiterin der Tagespflege für Lübeck und Bad Schwartau: „Der Bescheid kam, dass wir am nächsten Tag schließen mussten – das hieß erstmal, 60 Angehörige anzurufen.“ Seit einigen Monaten dürfen die Gruppen mit beschränkter Teilnehmerzahl öffnen. Ab Sommer endet der finanzielle Rettungsschirm, dann sollten auch die Teilnehmerzahlen wieder steigen.

Im Saarland stellte die Tagespflege während des Lockdowns auf Hausbesuche um, dieses Modell stellte Andreas Sauder von der Landesfachstelle Demenz Saarland vor. Dabei gingen die Pflegeprofis und Freiwillige aus einem Helferkreis stundenweise zu Demenzkranken, boten ihnen Spiele und Gespräche an. „Besser zwei Stunden als gar nichts“, sagte Sauder.

Auch in Schleswig-Holstein ist eine mobile Versorgung geplant. Angedacht ist dabei, in kleineren Orten stundenweise, aber regelmäßig Gruppenangebote zu machen. „Das ist bisher an den Krankenkassen gescheitert, aber wir werden weiter nerven“, versprach Staack.

Insgesamt sei auch die Arbeit der Alzheimer Gesellschaften und generell die Betreuung der Demenzkranken „mobiler und digitaler geworden“, fasste Sabine Jansen von der Deutschen Alzheimer Gesellschaft zusammen. So ist neben dem geplanten Chatbot-Programm Emma auch ein ähnliches Projekt des Deutschen Zentrums für Neurodegenerative Erkrankungen in Arbeit. Hinter dem Titel eDem-Connect verbirgt sich eine Plattform, über die pflegenden Angehörige sich informieren können. So soll das Programm, das 2023 starten könnte, interaktiv Fragen beantworten und Rat geben können. Projektmitarbeiterin Dr. Iris Hochgraeber berichtete aber noch von einer Vielzahl von technischen Problemen.

Mit großem Erfolg läuft dagegen ein Angebot der Alzheimer Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern: Viola Härtelt, Informatikerin und Ehefrau eines Demenzkranken, bietet einen Live-Chat für Angehörige oder Frühbetroffene an. Ein Problem gibt es dabei noch: Nicht alle Mitglieder der Zielgruppe sind vertraut genug mit dem Internet: „Nachdem ein Zeitungsbericht über meine Arbeit erschienen war, bekam ich eine Menge Anrufe von Leuten, die Beratung brauchten, aber nicht wussten, wie sie mit mir in den Chat gehen konnten“, so Härtelt.

ESTHER GEISSLINGER

## Info

- ▶ **Rund 62.000 Menschen in Schleswig-Holstein leben mit einer Demenz.**
- ▶ **Das sind über 9 Prozent der Bevölkerung über 65 Jahre. In Lübeck liegt der Anteil mit 9,9 Prozent am höchsten, gefolgt vom Kreis Herzogtum-Lauenburg mit 9,7 Prozent.**
- ▶ **In Schleswig-Holstein hat sich die Zahl Demenzkranker seit 2003 um fast 30.000 Menschen erhöht.**
- ▶ **Deutschlandweit sind es rund 1,7 Millionen, pro Jahr werden 300.000 Fälle neu diagnostiziert. Weltweit wurde im Jahr 2015 die Zahl der Menschen mit Demenz auf 46,8 Millionen geschätzt.**

# Importstopp für „Mittel der Wahl“

**ABRUPTIO** Medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche werden erschwert, weil ein Präparat vom Markt genommen wird. Fachgesellschaften sehen Frauen in Notsituationen gefährdet.

Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch vornehmen lassen, können zwischen operativen und medikamentösen Methoden wählen. Für einen medikamentösen Schwangerschaftsabbruch sind normalerweise zwei Medikamente erforderlich, die der Schwangeren nacheinander im Abstand von 36 bis 48 Stunden unter Aufsicht der Frauenärztin gegeben werden. Mifepriston (Mifegyne®) blockiert die Wirkungen des Hormons Progesteron, das zur Erhaltung der Schwangerschaft erforderlich ist. Für den Abbruch der Schwangerschaft wird ein Prostaglandin wie Misoprostol (Cytotec®) verabreicht, das die Kontraktion der Gebärmutter verstärkt und den Muttermund entspannt. Das Präparat ist seit Jahren nur über den Importhandel verfügbar, da es in Deutschland nicht hergestellt wird.

Laut Fachinformation enthält Cytotec® 200 µg Misoprostol, einen synthetisch hergestellten Abkömmling des natürlich vorkommenden Gewebehormons Prostaglandin E<sub>1</sub>. Cytotec® und ist für die Vorbeugung medikamentenbedingter Magenschleimhautschädigungen und die Behandlung von Magen-Darm-Geschwüren zugelassen. In den vergangenen 20 Jahren hat sich Misoprostol im off-label-use, weltweit auch in der Geburtshilfe zur Reifung des Gebärmutterhalses bzw. zur Geburtseinleitung bewährt, allerdings in geringerer Dosis von 25–50 µg oral oder vaginal. Misoprostol wird im off-label-use auch für den Abbruch einer Schwangerschaft in den ersten Schwangerschaftswochen eingesetzt. Aktuell ist die Versorgung mit Cytotec® in Gefahr, da ein Importstopp für alle drei Importeure droht.

„Der Importstopp für Cytotec® ist ein Problem für den medikamentösen Abbruch“, sagt Doris Scharrel, Landesvorsitzende des Berufsverbands der Frauenärzt-

te (BVF). Laut Statistischem Bundesamt wurden im Jahr 2020 in Schleswig-Holstein insgesamt 3.073 Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt, davon 1.464 medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche. Nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (2) stellen die Länder ein ausreichendes Angebot ambulanter und stationärer Einrichtungen zur Vornahme von Schwangerschaftsabbrüchen sicher. Dabei hat jedes Bundesland seine eigene Verteilung. In Schleswig-Holstein wurden 1.252 Schwangerschaftsabbrüche ambulant im Krankenhaus vorgenommen und 1.776 in gynäkologischen Praxen oder OP-Zentren. Im Vergleich dazu wurden im selben Jahr in Berlin nur 202 Schwangerschaftsabbrüche ambulant in der Klinik durchgeführt und 9.932 in der Praxis von insgesamt 10.362 bei ähnlicher Verteilung von operativen und medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen. Zwar muss jede Einrichtung, die Schwangerschaftsabbrüche anbietet, eine Genehmigung für das ambulante Operieren haben, um nach dem Schwangerschaftskonfliktgesetz „den Notfall beherrschen zu können“, aber der organisatorische, zeitliche und personelle Aufwand für die Durchführung eines medikamentösen Schwangerschaftsabbruches verlangt eine andere Infrastruktur als für einen operativen Schwangerschaftsabbruch mit OP-Zeiten, Anästhesisten, medizinischem Personal und Räumlichkeiten.

Darüber hinaus, gibt Scharrel zu bedenken, ist der medikamentöse Schwangerschaftsabbruch die schonendere Methode für die Frau. Jeder operative Eingriff in der Gebärmutter kann die Gebärmutter schleimhaut verletzen und bei weiterem Kinderwunsch die Schwangerschaftsrate einschränken, bzw. die Rate der Fehlgeburten erhöhen.

Andere europäische Länder haben deshalb wesentlich höhere Raten an medika-

mentösen Schwangerschaftsabbrüche – ein Trend, dem Deutschland hinterherhinkt.

Insgesamt ist die Versorgungssituation für Frauen mit dem Wunsch nach Schwangerschaftsabbruch in Schleswig-Holstein problematisch. Einerseits besteht das Versorgungsproblem mit Arzneimitteln, andererseits sinkt die Zahl an anerkannten Einrichtungen zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches. Durch den Generationswechsel in den ärztlichen Praxen gehen die Frauenärzte, die bisher die Genehmigung für das ambulante Operieren hatten, in den Ruhestand. Die Praxen werden häufig von mehreren Kolleginnen übernommen, die diese Leistungen nicht mehr anbieten. Bei der bekannten Altersstruktur wird dieser Trend weitere Jahre anhalten.

Im Arbeitskreis zur Umsetzung des Schwangerschaftskonfliktgesetzes im Landessozialministerium ist die Versorgungslage bekannt und man entwickelt Lösungsvorschläge für Fortbildungen zur Schwangerschaftskonfliktberatung, zur Methodik von Schwangerschaftsabbrüchen und Genehmigungen von anerkannten Einrichtungen.

Es geht vor allem darum, Lösungen für den Norden des Landes zu schaffen: Im neuen Zentralkrankenhaus in Flensburg wird es künftig bis auf Notfallbehandlungen keine Abbrüche mehr geben. Darunter werden absehbar auch die angrenzenden Kreise Schleswig-Flensburg und Nordfriesland leiden. „Wichtig ist, sachlich und pragmatisch daran zu arbeiten, damit es Lösungen für alle gibt“, sagt Scharrel. „Wir sind an verschiedenen Ebenen dran.“

Da ist der drohende Importstopp für Cytotec® ein Signal zur falschen Zeit. In einer Informationsbroschüre des pro-familia-Bundesverbandes wird das Mittel als „Prostaglandin der Wahl“ zur Durchführung eines medikamentösen und Vorbereitung eines operativen Schwangerschaftsabbruches vorgeschlagen. Nur: Das weltweit dafür verwendete Cytotec® hat gar keine Zulassung für den gynäkologischen Bereich. Der Hersteller Pfizer habe weitere Lizenzen „nur aus ökonomischen Gründen“ nie beantragt, heißt es in der pro-familia-Broschüre.

Scharrel hofft weiter darauf, dass medikamentöse Schwangerschaftsabbrüche in Schleswig-Holstein häufiger ermöglicht und angeboten werden: „Bleibt nur zu hoffen, dass die fehlende Arzneimittelversorgung in Zukunft nicht zur Steigerung operativer Abbrüche führt.“

ESTHER GEISSLINGER

# Krank zum Praxisstart: „Es gab keine Alternative“

**PORTRAIT** Der Mietvertrag für die Praxis ist unterschrieben. In drei Monaten können die Räumlichkeiten bezogen werden. Dann folgt die Diagnose: Multiples Myelom.

In der Praxis surren Raumluftfilter, dreimalige Handdesinfektion ist Pflicht für jeden Besucher und jedem Patienten steht ein kostenloser Schnelltest zur Verfügung – Corona ist in der Psychotherapeutischen Praxis von Gerhard Leinz angekommen. Dass der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Facharzt für Psychiatrie nicht nur aufgrund seines Alters zur Risikogruppe gehört, macht ihn vorsichtig. Denn zum zehnjährigen Praxisbestehen jährt sich in diesem Jahr noch ein weiteres, ein nicht feierliches Jubiläum: die Diagnose Multiples Myelom.

Angefangen hatte es mit Rippenschmerzen. Die Ergebnisse seiner Blutuntersuchung waren schließlich so alarmierend, dass ihn sein Arzt noch abends anrief und ihm einen sofortigen Klinikaufenthalt nahelegte.

„Ich hatte gerade den Mietvertrag für die Praxis unterzeichnet“, erinnert sich Leinz. Das war im Januar 2011. Drei Monate später waren die Räumlichkeiten bezugsbereit. Mit der Diagnose ging Leinz direkt in Behandlung. Im Juni desselben Jahres begann er eine Stammzellentherapie. Das drückte die Blutwerte wieder in den grünen Bereich. Erst im Herbst konnte er anfangen zu arbeiten.

„Es gab keine Alternative. Eine Berufsunfähigkeitsrente hätte zum Leben nicht gereicht. Es war auch das schönste Jahr meines Lebens. Ich habe in dem Jahr auch geheiratet“, so Leinz. Dass die Praxis bis heute funktioniert, ist auch das Werk seiner Frau, die ihn immer unterstützte und die Praxis einrichtete. Dankbar ist Leinz auch einer Kollegin gegenüber, die ihn zu Beginn der Praxiszeit vertrat. Sie war Ansprechpartnerin für alle angestellten Psychotherapeutinnen.

Nach der Chemotherapie folgten die Medikation mit Thalidomid, später eine Umstellung auf Bortezomid, das Multiple Myelom war unter Kontrolle. Ein Fatigue-Problem sollte ihn dennoch begleit-



*Gerhard Leinz, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Psychiatrie, vor seinem Lebenswerk: der Praxis Leinz – Praxis für Psychotherapie und Verhaltenstherapie in Kiel.*

ten. Bis 2015 wies Leinz die Befunde eines Gesunden auf, dann kam der Rückfall. Behandlung diesmal mit Kortison und Revlimid, mitten im Hausbau. Nach Besserung der Werte kämpfte er sich zurück. Das dauerte mit einer Rehabilitationsbehandlung fast ein Jahr, danach ging es ihm wieder besser.

Seit einem halben Jahr nimmt Leinz keine Medikamente ein und trotzdem halten sich die Werte. Die Idee einer Pause verdanke er seiner behandelnden Ärztin im Dr. Mildred Scheel Haus in Kiel. „Eigentlich ging es um den Versuch, meine Fatigue zu verbessern“. Er vergleicht die Aussetzung der Medikamenteneinnahme mit der Antibiotikagabe. Das nehme man schließlich auch nicht unendlich weiter. „Sollten die Werte schlechter werden, werde ich die Medikamente wieder nehmen“, so Leinz. Sein Fatigue-Syndrom habe er letztendlich durch Fahrradfahren zur Praxis in den Griff bekommen. Aktiv bleiben, ausprobieren und ins Risiko gehen – Ansichten, die Leinz seit

der Diagnose immer wieder umsetzte. Als Macher verstand sich Leinz schon immer. Die Diagnose habe das aber noch verstärkt. „Am Anfang war da sehr viel Getriebenheit. Im Laufe der Zeit lernte ich, mich besser zu fokussieren.“

Ans Aufhören denkt Leinz nach zehn Jahren „Pionierpraxis Leinz“ (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 4/2012) nur ungerne. Er hat sich ein Limit gesetzt: Ende September 2023 will er seine Praxis abgeben. Seine Erfahrung ist, dass eine Niederlassung und Kooperation in der Psychotherapie Zukunft hat.

Neben den sechs Ärzten sind noch zwei Weiterzubildende „als Minijobber“ (Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt 1/2021 „Verdienen statt bezahlen“) in der Praxis tätig. Zwei weitere Weiterzubildende könnte er nach demselben Modell einstellen, ein weiterer Kollege könnte zudem allein für Privatpatienten tätig werden.

Es bleibt viel zu tun.

STEPHAN GÖHRMANN

## „Artikel überzeugt mich nicht“

**RASSISMUSDEBATTE** SH-Ärzteblatt Nr. 4 / 2021, S. 14

Seit der Rassengesetzgebung der Nazis tun wir uns schwer mit der sauberen begrifflichen Aufarbeitung des Begriffes. Der Artikel im Ärzteblatt überzeugt mich in keiner Weise. Beim Anblick eines „man of colour“ denke ich in erster Linie nicht an sein Genom, sondern ich sehe seine Erscheinung. Die Stellungnahme der Humangenetiker beleuchtet nur einen Teil des Problems. Früher griff man zum „Großen Brockhaus“, um die Definition eines Begriffes zu akquirieren, heute schaut man bei Wikipedia nach. Der im Artikel benutzte Begriff der „Population“ wird dort wie folgt definiert: „Anthropologie: Eine menschliche Fortpflanzungsgemeinschaft in einem abgrenzbaren Gebiet“. Hier stocke ich schon. Entweder ist der Begriff falsch definiert oder der Begriff ist als Ersatz für Rasse falsch gewählt. Als Alternative wurde auch schon der Begriff „Ethnie“ die Diskussion eingeführt. Der Landtag in Kiel hat sich einen Vormittag lang in „einer Sternstunde des Parlaments“ mit dem Thema beschäftigt. In einem Leserbrief in den Kieler Nachrichten hatte

Prof. Hubert Speidel aus Kiel seinerzeit getitelt: „Der Landtag ist auf dem Holzweg!“

Zieht man das oben erwähnte Medium zu Rate, wird „Ethnie“ wie folgt definiert:

„Menschengruppe (insbesondere Stamm oder Volk) mit einheitlicher Kultur“. Hier stocke ich das nächste Mal. Die „Sioux“ oder „Apachen“ sind Stämme mit jeweils einheitlicher Kultur. Man kann allerdings die indigene Bevölkerung Nord- oder auch Südamerikas nicht unter einer „einheitlichen Kultur“ subsumieren.

Treffender wäre in diesem Beispiel tatsächlich der Begriff „indigene Rasse“ für die Einheitlichkeit der Phänotypen.

Ergo: Wir müssen nur den Begriff „Rasse“ neu denken und von dem historischen missbräuchlichen Ballast befreien. Nicht neue Begriffe prägen, sondern den althergebrachten Begriffen wieder ihre ursprüngliche Bedeutung ohne Assoziationen zurückgeben.

DR. HERBERT PORT, KRONSHAGEN

## „Dem Zeitgeist geschuldet“

**RASSISMUSDEBATTE** SH-Ärzteblatt Nr. 4 / 2021, S. 14

Ein Fortbildungsangebot für Ärzte durch die Ärztekammer zu Rassismus, womöglich noch finanziert durch unsere ärztlichen Kammerbeiträge, halte ich für überflüssig. Ich habe den Eindruck, die Ärztekammer meint, sie sei es dem Zeitgeist schuldig, sich dieses Modethemas anzunehmen. Gut gedacht bedeutet aber meistens das Gegenteil von gut gemacht.

Unseren aus dem Ausland stammenden Kollegen würde ich jedenfalls nicht empfehlen, jedes Wort auf die Goldwaage zu legen und sich immer gleich an die Ärztekammer zu wenden. Wie schnell kann so eine, zugegeben vielleicht unglückliche, aber doch vor allem wohlmeinende Bemerkung wie Lieblingsausländer, aus dem Kontext gerissen, einen falschen Zungenschlag und übertriebene Dimension bekommen. Strukturellen Rassismus in der schleswig-holsteinischen Ärzteschaft sehe ich nicht und möchte mir gar nicht erst vorstellen, mit wieviel Unverständnis so ein Vorgehen im Kollegen- und Vorgesetztenkreis aufgenommen würde. Die richtigen Ratgeber sind nämlich diejenigen, die die Kollegen und die Situation viel besser beurteilen können.

Auch im Falle patientenseitiger Ablehnung, weil der Arzt zu jung und unerfahren scheint, oder befürchtet wird, der Mediziner mit der anderen Hautfarbe habe keine dem deutschen Stan-

dard entsprechende Ausbildung, kommt man mit einer Eskalation eher nicht weiter. Solche Sorgen können doch nicht selten mittels ruhiger Nachfrage schnell ausgeräumt werden.

Überempfindlichkeit, mangelnde Kommunikation und Fehlinterpretation halte ich grundsätzlich für ein Hauptübel im sozialen Miteinander. Gruppenbezogene Vorsicht im kollegialen Gespräch hört sich erstmal gut an, führt aber zu Ende gedacht zu Sprachlosigkeit und Verkrampfung im Team, denn wie viele Gruppenzugehörigkeiten sind da dann zu beachten? So geht es bei Smalltalk doch darum, schnell miteinander ins Gespräch zu kommen. Deshalb knüpft man üblicherweise an Offensichtliches an. Bei einem Kollegen mit bayerischem Dialekt interessiert man sich natürlich dafür, was ihn denn in den Norden getrieben hat. Um nichts anderes handelt es sich bei der Nachfrage nach dem Herkunftsland oder den Wurzeln. Einem Deutschen deshalb Alltagsrassismus und abwertende Vorurteile zu unterstellen, halte ich für geradezu abstrus und unredlich. Könnte es sich nicht stattdessen vielmehr um ein Vorurteil beim Gesprächspartner handeln, das er schleunigst entsorgen sollte? Wie sagt Herr Bisiriyu so treffend; „Wir wollen akzeptiert werden, müssen aber auch bereit sein, uns einzulassen“.

DR. SILKE SCHULTZE, KIEL

## „Sehr interessant und wichtig“

**RASSISMUSDEBATTE** SH-Ärzteblatt Nr. 4 / 2021, S. 14

Herzlichen Dank für die Beiträge anlässlich der internationalen Wochen gegen Rassismus. Besonders berührt hat mich das Interview auf Seite 12 des Ärzteblattes, welches Frau Dr. Andresen m. E. sehr empathisch geführt hat und wo es auch um Mikroaggressionen („Es sind viele kleine Stiche, die alleine nicht weh tun, aber in Summe schon“) geht.

Insgesamt sehr interessant und wichtig! Danke!

DR. PARVANEH MARSALEK, LINDEN

## „Das wird man ja wohl noch sagen dürfen?!“

**ZU DEN LESERBRIEFEN** Ausgabe 4 / 2021, S.14. Eigentlich hätte man die Leserbriefe zum Titelthema für sich stehen lassen können, sprechen sie doch für sich und machen deutlich, wieso es sinnvoll ist, dass die Ärztekammer das Thema „Rassismus im Gesundheitswesen“ auf die Agenda gesetzt hat. Dennoch verlangen die Leserbriefe nach Antworten.

*Wieso wir den Rassebegriff nicht brauchen:*

*In der Wissenschaft verspricht man sich durch die Bildung von Kategorien, Korrelationen aufzudecken und Messbarkeiten herzustellen, um so Vorhersagen treffen zu können. Dass sich von der Zugehörigkeit einer „Rasse“ auch nur im Ansatz Merkmale ableiten lassen, ist spätestens seit der dunkelsten Stunde der deutschen Geschichte widerlegt. Die Verwendung des Rassebegriffs zielt ferner darauf ab, Menschen zu sortieren und zu kategorisieren. Hierbei wird versucht, Menschen aufgrund äußerer Merkmale zu hierarchisieren, ihnen eine unterschiedliche Wertigkeit und Funktion in der Gesellschaft zuzusprechen. Mit der Untersuchung des menschlichen Erbgutes ist die Debatte abermals entfacht.*

*Wie Prof. Malte Spielmann in seinem Beitrag darstellt, gibt es auch aus einer erbbiologischen Perspektive keine Argumente, an einem Begriff wie „Rasse“ festzuhalten. In der Wissenschaft gilt das Falsifikationsprinzip: Hat sich eine Theorie oder eine Annahme als irreführend oder falsch herausgestellt, wird sie verworfen. Lassen sich Zusammenhänge durch bestimmte Kategorien nicht erklären, wird auch auf sie verzichtet. In den letzten Jahrzehnten verlagerte sich so die Argumentationslinie. Die Begründung für die Differenzierung und Hierarchisierung von Menschen wandelte sich von einer biologischen Argumentation hin zu einer kulturalistischen. Ja, „Kulturkreis“ und „Ethnie“ sind ebenso problematische Begriffe, da sie auf ähnlichen, wenn nicht denselben Differenzmarkierungen basieren wie der Rassebegriff. In den Geisteswissenschaften wird daher seit Längerem von „sozialen Milieus“ gesprochen. Menschen aus einem bestimmten Milieu weisen eigene spezifische Merkmale (Sprache, Bildungsstand, Einkommen, Freizeitaktivitäten etc.) auf. Sicherlich lassen sich hierdurch eher soziale Konstrukte wie etwa politische Einstellungen erklären. Für eine wertfreie Debatte über erbbiologische Zusammenhänge ist der neutrale Begriff „Population“ aber treffender.*

*Für die Geisteswissenschaften wie auch für die Medizin steht fest: Der Rassebegriff wird nicht gebraucht. Aus ihm geht kein Mehrwert für die Klärung wissenschaftlicher, medizinischer Fragen hervor. Im Gegenteil, wissenschaftlich betrachtet ist er interpretativ unsauber, fehleranfällig und begründet diskriminierende, rassistische Wertevorstellungen. Er ist überholt.*

*„Dem Zeitgeist geschuldet“*

*„Man darf ja gar nichts mehr sagen!“ – „Die sollen sich mal nicht so anstellen!“ – „Rassismus? Den gibt’s hier gar nicht. Hab ich ja noch nie gesehen.“ Sätze, die man immer wieder im Zusammenhang hört. Alltagsrassismus äußert sich oft gerade im Smalltalk, auch mit der Frage „Wo kommst du denn eigentlich her?“ (Übersetzt: „Du bist keiner von uns? Du bist anders als ich, wieso? Du siehst anders aus, also kannst du nicht von hier sein!“). Eine solche Frage als Eisbrecher zu verstehen mit der*

*„gut gemeinten“ Intention, ein Gespräch ins Rollen zu bekommen oder einander kennenzulernen, spricht für die Etablierung eines Fortbildungsangebotes zu Antirassismus. Rassistische Äußerungen, die gut gemeint sind, machen die Äußerung nicht weniger rassistisch.*

*Solche Angebote könnten helfen, die eigene gesellschaftliche Position zu hinterfragen. Dies kann durch einen Perspektivwechsel erreicht werden. Stellen Sie sich vor: Bei jedem Treffen mit Menschen aus der Mehrheitsgesellschaft werden Sie gefragt: „Wo kommst Du denn her?“ Damit würde man Sie jedes Mal auf Ihr Äußeres oder Ihren Dialekt oder Ihren Akzent beschränken. Sie kämen damit in Erklärungszwang, wie es sein kann, dass ausgerechnet Sie hier in diesem Land, in dieser Stadt sind und in dieser Tätigkeit arbeiten.*

*Bei einer Fortbildung zu Antirassismus ginge es nicht darum, entgleiste Patientengespräche oder Teamrunden mit Kollegen auf eine Stufe der Eskalation zu hieven. Ebenso wenig sollen Menschen „zum Schweigen gebracht werden“.*

*Vielmehr ginge es darum, Menschen aus der privilegierten Gruppe der Bevölkerung, die keinen Rassismus erfahren können, für das Thema zu sensibilisieren. In gewisser Weise ist ein solches Training ein Augenöffner, ein Seminar, das den Blick schärft, damit die verschiedenen Formen von Rassismus auch von den Menschen gesehen oder wahrgenommen werden, die ihn nicht erfahren, da er nicht auf sie abzielt. Es können Strategien zum Umgang mit rassistischen Situationen und Menschen erarbeitet werden, um eben nicht zu schweigen, sondern um angemessen zu reagieren.*

*Jeder kann sich die Frage stellen: Sind meine Äußerungen diskriminierend und führen dazu, dass Menschen diskreditiert werden, obwohl das nicht meiner Intention entspricht? Dann ändere ich meine Wortwahl so, dass meine Intention klar wird und niemand diskriminiert wird. Denn neben dem Bewusstmachen gehört auch eine nichtdiskriminierende Sprache zu einem Verhalten, das das gesellschaftliche Miteinander fördert und nicht auf Unterschiede hinweist.*

*Wichtig ist, im Gespräch zu bleiben, für das Thema sensibilisiert und bereit zu sein, gegen Rassismus einzuschreiten. Um aber reagieren zu können, müssen rassistische Erfahrungen geteilt werden.*

STEPHAN GÖHRMANN  
PR-REFERENT (POLITOLOGE)  
ÄRZTEKAMMER SCHLESWIG-HOLSTEIN

## Preis für innovative Lehridee

Prof. Regine Gläser von der Medizinischen Fakultät der Kieler Christian-Albrechts-Universität (CAU) hat den Lehrpreis der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft erhalten. Gläser ist wissenschaftliche Angestellte der Hautklinik des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Kiel, und auch niedergelassen tätig. Sie teilt sich den Preis mit der Erlanger PD Cornelia Erfurt-Berge. Mit der Auszeichnung wurden in diesem Jahr erstmalig Lehrende und Lehrkonzepte gewürdigt, die innovativ und erfolgreich die akademische Lehre bereichern. Gläser's 'Toolkit Dermatologie für kleine operative Eingriffe' bietet den Studierenden auch während der Einschränkungen des Lehrbetriebes praktische Erfahrungen. Dafür bekommen die Studierenden ein Praxisset mit Nahtpad, Instrumente wie Kürette, Stanze für Hautbiopsien, Nadel und Faden, Nadelhalter, Pinzette und Schere sowie den Zugang zum Videotutorial und den Lehrfilmen als QR-Code für das Üben zu Hause. Proben konnten die Studierenden das Vorgehen dann an selbst besorgten Orangen sowie dem mitgelieferten Nahtpad. 100 Toolkits waren vorbereitet worden und innerhalb weniger Tage vergriffen. Die Idee der 'Toolkits' wurde bereits an anderen Standorten aufgegriffen. (PM/RED)



Prof. Regine Gläser

## Führungsduo folgt auf Andresen

Dr. Christoph Kopetsch und Dr. Fabian Scheer haben zu Monatsbeginn die Leitung des Instituts für Diagnostische und Interventionelle Radiologie/Neuroradiologie an den Westküstenkliniken in Heide übernommen. Mit dem Chefarzt-Duo wollen die Westküstenkliniken der zunehmenden Spezialisierung des Bereichs und den wandelnden Anforderungen an Führungspositionen gerecht werden. In diesem Zusammenhang verwiesen die WKK auf die Veränderungen in dem Fach, die Radiologen zum Bestandteil der Behandlungsteams gemacht haben. Die beiden Mediziner waren zuvor seit zwei Jahren die Leitenden Oberärzte des Instituts. Sie folgen auf den bisherigen Chefarzt Prof. Reimer Andresen, der sich aus Altersgründen in die zweite Reihe zurückzieht. Andresen hatte seine Nachfolger in den zurückliegenden Jahren systematisch an ihre neuen Aufgaben herangeführt und mit der Bestellung der beiden zu Leitenden Oberärzten auch Teile der Führungsverantwortung übertragen. Wichtige Entscheidungen wurden nach Angaben des WKK bereits als Team getroffen. Andresen tritt zwar aus Altersgründen kürzer, unterstützt seine Nachfolger aber noch als Oberarzt. (PM/RED)

## Neuer Pflegedirektor im Klinikum Itzehoe

Franz Josef Kravanja ist neuer Pflegedirektor im Klinikum Itzehoe. Der 54-Jährige folgt auf Michael Müller, der das Klinikum nach sieben Jahren auf eigenen Wunsch verlassen hat. Kravanja war Pflegemanager am UKSH Campus Kiel und Pflegedirektor an der Asklepios Klinik St. Georg in Hamburg. Zuletzt hatte er die Funktion des Pflegedirektors an den Ameos Kliniken in Bremerhaven und Geestland inne. Als Ziele für seine Tätigkeit in Itzehoe nannte er, möglichst viel Entscheidungsfreiheit in die einzelnen Bereiche und Stationen zu geben. Vieles lasse sich von den Handelnden vor Ort besser beurteilen, als wenn es von oben vorgegeben wird, so Kravanja. Von mehr Mitsprache erhofft er sich eine positive Stimmung, die noch zu einem anderen Ziel beitragen könne: Mindestens 80 Prozent der im Klinikum Itzehoe ausgebildeten Pflegeschüler zu übernehmen. (PM/RED)

## GEBURTSTAGE

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

Dr. Sven-Uwe Kroehnert, Travemünde, feiert am 01.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Joachim Gundlach, Husum, feiert am 01.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Joachim Schulze, Eutin, feiert am 02.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Heiner Klostermann, Eutin, feiert am 03.07. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Christian Kramm-Freydag, Glückstadt, feiert am 03.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Horst Mosler, Heidekamp, feiert am 04.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Lutz Wettwer, Preetz, feiert am 04.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Clemens Kröger, Travemünde, feiert am 05.07. seinen 75. Geburtstag.

Reinhard Dimaczek, Mönkeberg, feiert am 05.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Francisco Lameiras, Heiligenhafen, feiert am 06.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Anneliese Christiansen, Husum, feiert am 06.07. ihren 80. Geburtstag.

Henning Lübke, Kellinghusen, feiert am 06.07. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Alard Stolte, Alt Duvenstedt, feiert am 08.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Jochen Hümpel, Lübeck, feiert am 08.07. seinen 80. Geburtstag.

Priv.-Doz. Dr. Jürgen Voigt, Altenholz, feiert am 10.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Bernd Henningsen, Norderstedt, feiert am 12.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Rolf Thielsen, Flintbek, feiert am 13.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Hinrich Sömmer, Travemünde, feiert am 15.07. seinen 75. Geburtstag.

Jens Vosgerau, Flensburg, feiert am 15.07. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Joachim Bloem, Kiel, feiert am 16.07. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hartmut Alpers, Lübeck, feiert am 17.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Ulrich Drerup, Mönkeberg, feiert am 22.07. seinen 70. Geburtstag.

Szilárd Szücs, Holm, feiert am 23.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Christine Fiedler, Bad Schwartau, feiert am 24.07. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Peter Ude, Ellerau, feiert am 26.07. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Heidi Lührs-Höper, Reinbek, feiert am 27.07. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Rainer Gaedt, Mölln, feiert am 28.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Lutz-Folke Rösler, Groß Grönuau, feiert am 29.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Renée Buck, Wees, feiert am 29.07. ihren 70. Geburtstag.

Dietrich Kiausch, Neustadt, feiert am 30.07. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Hans-Ulrich Pieper, Harrislee, feiert am 30.07. seinen 70. Geburtstag.

## DRG-Präsident aus Lübeck



Prof. Jörg Barkhausen

Prof. Jörg Barkhausen, seit 2008 Direktor der Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin am Campus Lübeck des Universitätsklinikums Schleswig-Holstein, hat im Mai sein Amt als Präsident der Deutschen Röntgen-gesellschaft (DRG) angetreten. Schwerpunkte seiner zweijährigen Prä-sidentschaft werden die Sichtbarkeit der Radiologie in der Patientenversor-gung und die Stärkung des berufspolitischen Engagements sein. Auch das Thema Vielfalt möchte er in der Radiologie stärker verankern. Barkhausen, der Prof. Gerald Antoch vom Universitätsklinikum Düsseldorf in dieser Funktion abgelöst hat, betonte zum Amtsantritt die Bedeutung bildgebender Verfahren, die zur kontinuierlichen Verbesserung der Versorgungsqualität beitragen. Als Beispiel nannte er die nicht-invasiven bildgebenden Verfahren zur Diagnostik der Koronaren Herzerkrankung (KHK). Obwohl die Compu-tertomografie und die Magnetresonanztomografie in allen aktuellen Leitlini-en die diagnostischen Methoden der ersten Wahl sind, werden sie nach sei-nen Angaben im klinischen Alltag noch zu selten eingesetzt. Das größte Hin-dernis sei derzeit die fehlende Vergütung. „Wir müssen es schaffen, deutlich mehr KHK-Patienten leitliniengerecht zu untersuchen. Dazu brauchen wir ein starkes berufspolitisches Engagement, den interdisziplinären Austausch mit den behandelnden Kollegen und den direkten Kontakt zu den Patienten“, sagte Barkhausen, der sich auch für eine Organisationskultur einsetzen will, die von gegenseitigem Respekt und berufsübergreifender Wertschätzung ge-prägt ist. (PM/RED)

## VPKSH bestätigt Verbandsspitze

Der Verband der Privatkliniken in Schleswig-Holstein (VPKSH) hat die bisherige Vorsitzende Dr. Cordelia Andreßen (Kuratoriums-Mitglied der Lubinus Stiftung in Kiel) und ihren Stellvertreter Dr. Christian Rotering (Beirat GSBG Klinik Manhagen) einstimmig wiedergewählt. Als Beisitzer bestätigte die Versammlung Astrid Reincke (VAMED Klinik Geesthacht und Rehaklinik Lehmrade), Thomas Fettweiß, (Ostseeklinik Schönberg-Holm) und Gerald Meyes (Klinik Dr. Winkler, Husum). Dem Vorstand gehören au-ßerdem Angela Bartels (Sana) sowie Marcus Baer (Schön Klinik Neustadt) an. „Diese Wahlen gewährleisten weiterhin die gute, ausgewogene Interes-senvertretung der Mitglieder in ihrem Verband. Sowohl Vertreter von Beleg-häusern, Reha-Einrichtungen, Fachkliniken als auch von Klinik-Konzernen bleiben im Vorstand vertreten“, sagte Andreßen. Sie betonte, dass die gute Zusammenarbeit mit den öffentlichen und gemeinnützigen Krankenhaus-trägern im Land fortgesetzt werden solle. (PM/RED)

## KURZ NOTIERT

### Am FEK löst Dr. Gerrit Christian Prange Dr. Michael Fuchs ab

Dr. Gerrit Christian Prange übernimmt am Friedrich-Ebert-Krankenhaus (FEK) in Neumünster die Leitung der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie. Prange folgt auf PD Dr. Michael Fuchs, der nach über 16 Jahren am FEK in den Ruhestand geht. Der 42-Jährige Prange hat vor seiner Tätigkeit in Neumünster u. a. als Oberarzt am Kieler Lubinus Clinicum und am UKSH gearbeitet, hatte aber auch schon Teile seiner Weiterbildung am FEK absolviert. Fuchs war Ende 2004 als Chefarzt ans FEK gekommen, nachdem er zuvor am Universitätsklinikum Göttingen gearbeitet hatte. (PM/RED)

### Dr. Wolfgang Klauser ist neuer Ärztlicher Direktor in Damp



Dr. Wolfgang Klauser

Dr. Wolfgang Klauser ist seit Monatsbeginn neuer Ärztlicher Direktor der Vamed Ostseeklinik Damp. Er folgt auf Dr. Otto Kloppenburg, der das Amt 15 Jahre ausgeübt hatte. Als Chefarzt bleibt Kloppenburg an der Klinik. Orthopäde und Unfallchirurg Klauser kam 2015 nach Damp, wo er die Abteilung gemeinsam mit Kloppenburg leitet. Der 57-jährige Klauser hatte sich in den USA, an dem Kieler Lubinus Clinicum sowie an der Hamburger Endo-Klinik spezialisiert. Der gebürtige Stuttgarter bil-det nun gemeinsam mit Pflegedirektorin Angelika Flüge und Geschäftsführer Christian Kreische die Kliniklei-tung in Damp. (PM/RED)

## WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

Dr. Egon Werner Nowak, Pinneberg,  
geboren am 29.08.1938, verstarb am 15.01.2021.

Dr. Edith Wandelt-Freerksen, Itzstedt,  
geboren am 20.10.1936, verstarb am 09.04.2021.

Priv.-Doz. Dr. Armin Bauermeister, Elmshorn,  
geboren am 31.03.1927, verstarb am 21.04.2021.

Cornelia Cames, Hoisdorf,  
geboren am 08.04.1958, verstarb am 27.04.2021.

Dr. Brigitte Scheuer, Eckernförde,  
geboren am 28.12.1934, verstarb am 01.05.2021.

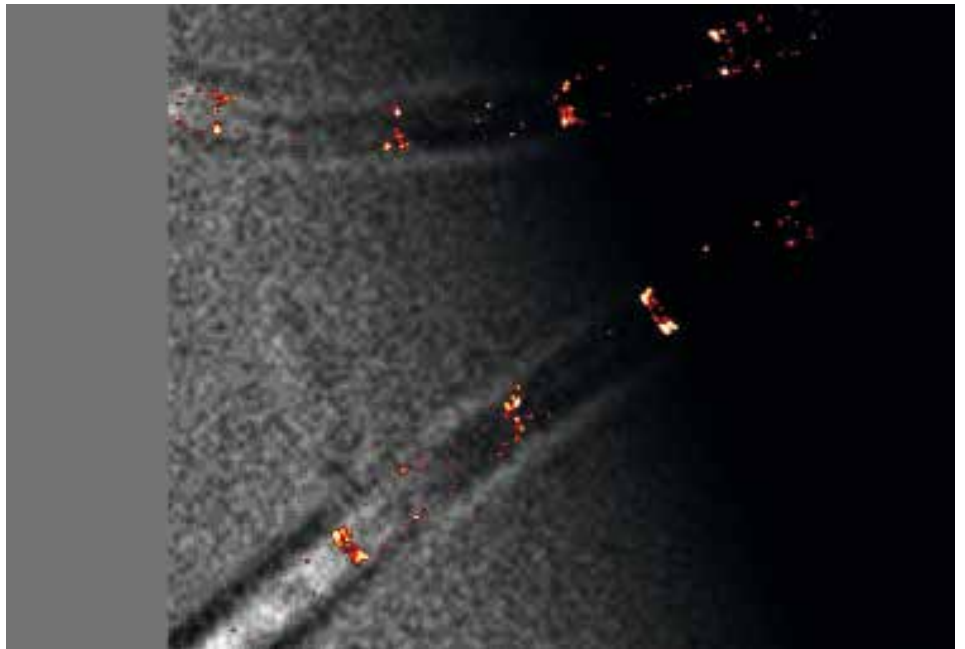
Dr. Dr. med. dent. Hans Soyka, Flensburg,  
geboren am 23.03.1935, verstarb am 10.05.2021.

# Live bei der Zellteilung zugeschaut

**MIKROBIOLOGIE** CAU-Forschungsteam aus der Mikrobiologie liefert neue Erkenntnisse über bakterielle Zellteilungsmechanismen am Beispiel des Modellorganismus *Bacillus subtilis*.

**B**akterien als einzellige Lebewesen vermehren sich normalerweise durch eine binäre Zellteilung, also die Vervielfältigung des gesamten einzelligen Organismus. Dies erlaubt eine besonders schnelle Vervielfältigung, wie die von Krankheitserregern bekannte exponentielle Vermehrung, und erfordert die Auftrennung und Verteilung von zwei identischen Kopien des bakteriellen Erbguts.

Eine wichtige Rolle bei der Zellteilung spielt für eine Bakterienzelle dabei die Position, an der sie sich teilt und dabei die Erbinformationen verteilt. Für viele Bakterienarten wie beispielsweise das Stäbchenbakterium *Escherichia coli* ist dieser Prozess gut erforscht: Als Steuerungseinheit fungiert hier eine Gruppe von Proteinen, die als das Min-System bezeichnet wird und in Bakterien normalerweise dafür sorgen, dass sich die Zellen genau in der Mitte teilen. An der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU) beschäftigt sich die Arbeitsgruppe Mikrobielle Biochemie und Zellbiologie um Prof. Marc Bramkamp u. a. mit bakteriellen Organisations- und Reproduktionsmechanismen, anhand derer sie allgemeingültige Prinzipien der biologischen Musterbildung untersuchen. Diese Musterbildung ist in der Biologie von zentraler Bedeutung, etwa bei der Entstehung komplexer vielzelliger Lebewesen. In einer neuen Forschungsarbeit konnten Bramkamp und sein Team vom CAU-Institut für Allgemeine Mikrobiologie am Beispiel des Bakteriums *Bacillus subtilis* neue Erkenntnisse darüber gewinnen, wie die Proteine des Min-Systems infolge evolutionärer Anpassungen ihre Funktionsweise in der Zellteilung anpassen können. Dank neuartiger hochauflösender Bildgebungsverfahren und der Anwendung mathematischer



*Bestimmte fluoreszierend markierte Proteine des Min-Systems (in rot) sind an ihren Positionen in einer B. subtilis-Zelle zu erkennen. Die mithilfe der Einzelmolekül-Lokalisationsmikroskopie erreichte Protein-Lokalisation ist etwa zehnmal genauer als mit herkömmlicher Lichtmikroskopie.*

## Originalarbeit

*Helge Feddersen, Laeschkir Würthner, Erwin Frey, Marc Bramkamp (2021): Dynamics of the Bacillus subtilis Min system. Mbio Published: 13.04.2021 DOI: 10.1128/mBio.00296-21*

## Weitere Informationen

Institut für Allgemeine Mikrobiologie, CAU:  
[www.mikrobio.uni-kiel.de/de/institut-fuer-allgemeine-mikrobiologie](http://www.mikrobio.uni-kiel.de/de/institut-fuer-allgemeine-mikrobiologie)

Modellierungen konnten sie zeigen, dass das Min-System bei *B. subtilis* nicht die Positionierung der Zellteilung reguliert, sondern diese nach einer erfolgreichen Teilung stoppt – anders als bei vielen anderen Stäbchenbakterien. Die neuen Ergebnisse veröffentlichten die Kieler Forschenden kürzlich gemeinsam mit Kooperationspartnern an der Ludwig-Maximilians-Universität München in der wissenschaftlichen Fachzeitschrift *mBio*.

### *Unterschiedliche Dynamik der Zellteilungs-Proteine*

Um nachvollziehen zu können, wie die Proteine des Min-Systems in *B. subtilis*-Zellen

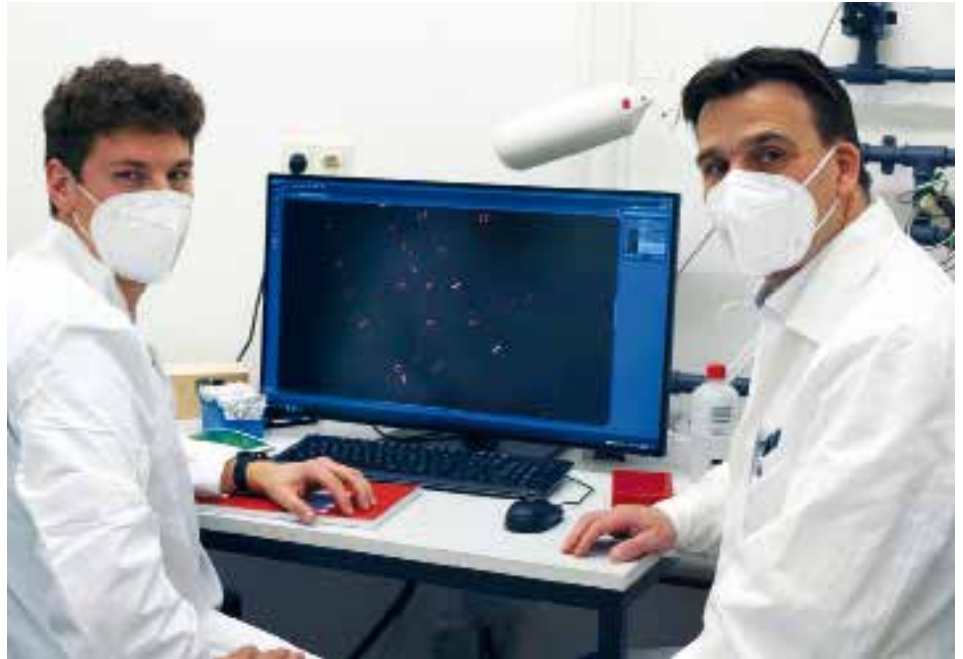


agieren, wählte das Kieler Forschungsteam zunächst einen zweistufigen Ansatz. Ergebnisse aus vorangegangenen Experimenten ließen vermuten, dass die an der Zellteilung beteiligten Proteine nicht statisch sind, sondern sich je nach Aktivitätszustand dynamisch in der Zelle bewegen.

Die Forschenden haben sie daher im Experiment zunächst mit einem fluoreszierenden Eiweiß markiert. Mit einem speziell ausgestatteten Fluoreszenzmikroskop konnten sie dann die Bewegungen der Proteine in der Zelle in Echtzeit verfolgen. „Bei *E. coli* gibt es eine sogenannte Oszillation der Min-Proteine. Ihr Vorkommen wandert dabei in wenigen Sekunden von einem Ende der Zelle zum anderen. Daher ist die Verteilung in der genauen Mitte der Zelle am geringsten. Genau dort entsteht dann in *E. coli* das Septum, also eine neu entstehende Trennwand“, erklärt Dr. Helge Feddersen, wissenschaftlicher Mitarbeiter in Bramkamps Gruppe. „Bei *B. subtilis* konnten wir mit unseren Messungen jedoch keine solche Oszillation feststellen. Unsere Beobachtungen zeigten aber, dass die Min-Proteine von den Zellpolen zur Mitte wandern, sobald dort die Zellteilung beginnt. Eine Dynamik der Proteine ist in *B. subtilis* also erhalten, aber das System legt nicht die Zellmitte fest“, so Feddersen.

Um eine genaue Vorstellung von der Geschwindigkeit der Proteine in der Zelle zu bekommen, wandte das Kieler Team in einem zweiten Schritt ein Verfahren zur lokalen Entfernung der fluoreszierenden Markierung an. Die Fluoreszenz wurde also beispielsweise gezielt bei den Proteinen, die sich am Teilungs-Septum der Zelle befanden, mittels eines Lasers durch Bleichung dauerhaft ausgeschaltet. Trotzdem fanden sich kurz darauf an derselben Position erneut fluoreszierende Proteine – diese konnten also nur von einem anderen Ort der Zelle dorthin nachgewandert sein.

„Daraus konnten wir ganz genau ableiten, mit welcher Geschwindigkeit sich die Min-Proteine bei *B. subtilis* in der Zelle bewegen. Diese quantitativen Daten sind sehr wichtig, um ein mathematisches Modell der Min-Dynamik zu erstellen“, sagt Feddersen. Um die in den lebendigen Zellen beobachteten Vorgänge zu bestätigen, haben die Kieler Forschenden mit der Arbeitsgruppe des Physikers Professor Erwin Frey an der LMU zusammengearbeitet. In einem theoretischen Modell konnten die Münchener Kooperationspartner die Bewegungsmuster des Min-Systems auch theoretisch bestätigen – ein wichtiges Zei-



*Prof. Marc Bramkamp (rechts) und Dr. Helge Feddersen konnten mittels moderner Bildgebungsverfahren neue Erkenntnisse darüber gewinnen, wie Bacillus subtilis die Funktionsweise seines Zellteilungssystems anpassen konnte.*

chen, dass bereits in den Beobachtungen alle für die Funktion wesentlichen Teile des Proteinsystems erkannt wurden.

#### *Höchstauflösende Einblicke in lebende Zellen*

Dass die neuen Erkenntnisse über die abweichende Funktion des Min-Systems bei *B. subtilis* erst jetzt gefunden wurden, liegt auch daran, dass die Auflösung in der Bildgebung für solche Beobachtungen bisher nicht ausreichte. An der CAU steht mit der Einzelmolekül-Lokalisations-Mikroskopie seit Kurzem eine hochleistungsfähige Technologie zur Verfügung, welche die bisher beste Auflösung in lebenden Zellen ermöglicht. Damit ist es möglich, auf der Nanometer-Skala einzelne Moleküle wie die Min-Proteine in lebenden Zellen zu lokalisieren. Anders als bei statischen Verfahren lässt sich so zudem die Dynamik verfolgen, also die Bewegung einzelner Proteine im Zeitverlauf nachvollziehen. „Erst mit unserem höchstauflösenden Mikroskop konnten wir nun im nächsten Schritt feststellen, dass es zu einer Clusterbildung bei den Zellteilungs-Proteinen von *B. subtilis* kommt“, betont Bramkamp, Leiter der Arbeitsgruppe Mikrobielle Biochemie und Zellbiologie. „Mit der neuen Mikroskopie-Technologie ist die CAU in der biologischen Bildgebung nun exzellent aufgestellt. Im Rahmen der Zentralen Mikroskopie (ZM) am Biologiezentrum steht sie auch

anderen Nutzern aus diversen Disziplinen an der Landesuniversität zur Verfügung“, so Bramkamp. „Diese in der Biologie noch selten genutzte Technik hat uns in der nun vorgelegten Arbeit gezeigt, dass ein scheinbar bekanntes Proteinsystem bei dem konkret untersuchten Bakterium möglicherweise wesentlich anders funktioniert als bisher angenommen“, sagt er. Obwohl also beispielsweise bei *E. coli* und *B. subtilis* dieselben Proteinsysteme vorliegen, führen sie völlig andere Funktionen aus.

„Wir vermuten, dass das Min-System bei *B. subtilis* bewirkt, dass die Zellteilung nach einem erfolgreichen Durchgang blockiert wird – es beeinflusst also den aktiven Zellteilungsapparat und sorgt dafür, dass dieser nach erfolgreicher Teilung nicht weiterarbeitet“, fasst Bramkamp zusammen. Der Grund für diese Anpassung liegt möglicherweise darin, dass *B. subtilis* eine besondere Überlebensstrategie verfolgt und – im Gegensatz etwa zu *E. coli* – gegen schädliche Umwelteinflüsse resistente Dauerstadien in Form von Sporen bildet. Damit sich diese Sporen ausbilden können, muss sich die Zelle nahe am Zellpol teilen, also der Stelle, an der normalerweise keine Teilung stattfinden soll.

Diese Anforderung erreicht *B. subtilis* also offenbar durch die Modifikation des Min-Systems und ermöglicht so diese einfache Form der Zelldifferenzierung bei der Sporulation. (PM/RED)

# „Großes Optimierungspotenzial“

**ANTIBIOTIKA-RESISTENZEN** spielen sektor-, aber auch berufsübergreifend eine immer größere Rolle. Infektiologin Dr. Anette Friedrichs aus dem UKSH im Interview mit Dirk Schnack.

**Frau Dr. Friedrichs: Wie häufig werden Antibiotika in Deutschland verordnet, kennen Sie Zahlen?**

**Dr. Anette Friedrichs:** Antibiotika kommen in verschiedenen Sektoren zum Einsatz, in der ambulanten und in der stationären Humanmedizin sowie in der Veterinärmedizin. Man schätzt die Gesamtverordnungsmenge in der Humanmedizin auf 600-700 Tonnen im Jahr, ähnlich viel wird in der Veterinärmedizin verordnet. In der Humanmedizin werden ca. 85 % aller verordneten Antibiotika im ambulanten Sektor verordnet, wohingegen nur 15 % im stationären Sektor verordnet werden.

Die vorliegenden Zahlen erfassen also immer nur Teilbereiche der Gesamtverordnungsmenge an Antibiotika in Deutschland, sodass keine allumfassende Aussage getroffen werden kann.

Im ambulanten Bereich besteht erfreulicherweise eine rückläufige Verordnungstendenz: Nach Veröffentlichung der Versorgungsatlas-Studie (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, ZI) wurden im Jahr 2018 insgesamt 446 Verordnungen über Antibiotika pro 1.000 Versicherte zulasten der GKV ausgestellt. 2010 waren es noch 562 Verordnungen. Das entspricht einem Rückgang von 21 Prozent.

Der durchschnittliche Gesamtverbrauch von antibakteriellen Mitteln für die systemische Anwendung in der EU/im EWR (im ambulanten und Krankenhaussektor zusammen) lag im Jahr 2018 bei 20,1 Definierten Tagesdosen (DDD) pro 1.000 Einwohner pro Tag. Deutschland liegt mit 11,9 DDD eher im niedrigen Bereich, dennoch werden auch in Deutschland noch zu viele Antibiotika verordnet.

**Wie oft beobachtet man bei Patienten im UKSH in Kiel eine Antibiotikaresistenz und wie sieht diese Entwicklung im Zeitablauf aus?**

**Friedrichs:** Das lässt sich schwer pauschal beantworten. Wir unterscheiden zwi-



*Dr. Anette Friedrichs ist Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie am UKSH, Campus Kiel. Sie führt regelmäßig Visiten zur Antiinfektiva-Therapieberatung durch.*

## Fortbildung 18.8.2021

*Antibiotikaresistenzen gehen alle Heilberufe an – deshalb veranstaltet die Interessengemeinschaft der Heilberufe (IDH) in Schleswig-Holstein am 18. August für Ärzte, Zahnärzte, Apotheker und Veterinäre an der Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein die Fortbildung „Résistance gegen Resistenz – ist NACH der viralen VOR der bakteriellen Pandemie?“ Neben Dr. Anette Friedrichs werden Referenten aus allen angesprochenen Professionen sowie aus der Industrie zu den Vortragenden bzw. Diskussionsteilnehmern zählen. Die Anmeldungen erfolgen über die jeweiligen Körperschaften, für Ärzte über die Akademie unter [www.aeksh.de/akademie/fortbildungsangebote/interprofessionelle-fortbildungen](http://www.aeksh.de/akademie/fortbildungsangebote/interprofessionelle-fortbildungen)*

schen intrinsischen Resistenzen von Bakterien gegen eine bestimmte Antibiotikastoffsubstanz und erworbenen Resistenzen. Ersterere sind als stabile genetische Eigenschaft eines Bakteriums zu bezeichnen, die chromosomal codiert wird und bei allen Vertretern einer Spezies zu finden sind. Beispielsweise ist *Proteus mirabilis* intrinsisch resistent gegenüber Imipenem. Die erworbene Resistenz wird, wie der Name schon sagt, durch eine Veränderung des Genoms erworben. Diese erworbenen Resistenzen sind klinisch die relevanteren, weil die Bakterien auch mehrere Resistenzen erwerben können und dann kumulativ weniger Substanzen zur Therapie zur Verfügung stehen. Manche resistenten Bakterien wie z. B. der methicillinresistente *S. aureus* (MRSA) werden nicht mehr so häufig diagnostiziert wie noch vor einigen Jahren, andere wie z. B. vancomycinresistente Enterokokken (VRE) oder gramnegative Stäbchenbakterien mit Resistenzen gegen drei wichtige Antibiotikaklassen (3-MRGN) nehmen zu.

**Welche Therapieoptionen haben Sie in solchen Fällen?**

**Friedrichs:** Im Falle von Antibiotikaresistenzen kann aktuell noch auf andere Antibiotikaklassen und Reserveantibiotika zurückgegriffen werden. Das Mikrobiom des Patienten wird durch ein solches Reserveantibiotikum aber häufig stärker beeinträchtigt, als es ohne eine Resistenz mit einem zielgerichteteren, schmaleren Antibiotikum der Fall gewesen wäre.

**Welche Folgen hat die Resistenz für betroffenen Patienten in Einzelfällen?**

**Friedrichs:** Neben der schon erwähnten Schädigung des Mikrobioms durch Breitband- und Reserveantibiotika ist bei einer eingeschränkten Auswahlmöglichkeit von Antibiotika häufig die Wahl von Wirkstoffen mit größerem Nebenwirkungspotenzial erforderlich. Diese haben beispielsweise eine erhöhte Nephrotoxizität oder sen-

ken in stärkerem Maße die Krampfschwelle als Antibiotika mit schmalere Wirkungsspektrum. In anderen Resistenzfällen ist nur noch die Gabe intravenöser Antibiotika im Rahmen einer stationären Versorgung möglich. Eine verlängerte stationäre Versorgung ist wiederum mit einer erhöhten Morbidität und Mortalität verbunden.

#### Warum kommt es überhaupt zu Antibiotikaresistenzen?

**Friedrichs:** Antibiotikaresistenzen kommen natürlicherweise in Bakterien vor, um sich gegen andere Mikroorganismen wie z. B. Pilze zu schützen. Sie entstehen durch natürliche Mutationen im Erbgut der Bakterien oder durch Aufnahme von Resistenzgenen aus der Umgebung, die Bakterien untereinander wie in einem Netzwerk austauschen und weiterreichen. Bakterien können dabei mehrere Resistenzgene erwerben, sodass sie sich einer Vielzahl von Antibiotika widersetzen können.

Der prophylaktische oder therapeutische Einsatz von Antibiotika bedingt einen Selektionsdruck mit nachfolgender Änderung des Mikrobioms: Bakterienstämme, die eine Resistenz gegenüber dem Antibiotikum besitzen, überleben und breiten sich aus. Dies wird durch eine lange Therapiedauer, eine unsachgemäße Indikationsstellung und Dosierung begünstigt. Resistente Erreger können durch direkten oder indirekten Kontakt zwischen Menschen, zwischen Menschen und Tieren und aus der Umwelt übertragen werden. Bakterien, die viele Resistenzgene aufgenommen haben, die multiresistenten Erreger (MRE), können Patienten ohne Krankheitswert besiedeln, aber auch für schwerwiegende Infektionen verantwortlich sein. Um die Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen zu minimieren, ist der sachgemäße und klar indizierte Einsatz von Antibiotika essenziell.

#### Sind Ärzte über diese Entwicklung ausreichend informiert und was können Ärzte in Praxen und in Kliniken dagegen tun?

**Friedrichs:** Ärzte wissen um diese Problematik. Ein Problem ist allerdings, dass im Falle der Antibiotikaverordnung nur der aktuell betroffene Patient dem Behandler gegenübersteht, und zwar mit seinen Beschwerden, welche man lindern, bestenfalls kurieren möchte; aber auch mit seiner Erwartungshaltung. Mit jeder Antibiotikaverordnung wird aber auch das Umfeld, die übrige Gesellschaft, behandelt. Jede einzelne Antibiotikaeinnahme fördert die Ausbreitung von resistenten Erregern. Der Patient, welcher das Antibiotikum eingenom-

men hat, ist ggf. nicht beeinträchtigt durch einen resistenten Keim, kann diesen aber auf eine andere Person übertragen, die dann unter Umständen erkrankt. Die Entscheidung, ein Antibiotikum nicht zu verschreiben, ist genauso eine ärztliche Maßnahme, ein Handeln, wie eine Verordnung. Dies dem Patienten zu vermitteln bedarf des ausführlichen Aufklärungsgesprächs, damit Patient und Arzt sich auf Augenhöhe treffen und der Patient die Sinnhaftigkeit einer Nicht-Verordnung, welche u. U. initial als ärztliches Unterlassen oder Nicht-Kümmern empfunden wird, mit Verständnis annehmen kann.

#### Was wünschen Sie sich aus ärztlicher Sicht von anderen Berufsgruppen?

**Friedrichs:** Der weitere Ausbau und die regelmäßige Aktualisierung von interdisziplinären Leitlinien, um einheitliche Therapieempfehlungen zu gleichen Krankheitsbildern geben zu können, ist wünschenswert. Ich denke dabei z. B. an den Harnwegsinfekt. Eine sogenannte asymptomatische Bakteriurie wird aktuell noch zu häufig antibiotisch behandelt, ohne dass diese von Krankheitsrelevanz ist.

Aber nicht nur in der Humanmedizin, sondern auch und gerade die Verordnung von Antibiotika in der Veterinärmedizin und schließlich auch der Konsument selbst haben großen Einfluss auf die Entwicklung von Antibiotikaresistenzen. Landwirte und Tierärzte sind häufiger mit resistenten Erregern besiedelt als der Rest der Bevölkerung. Auch ihre Familienmitglieder haben im Verhältnis zur allgemeinen Bevölkerung ein erhöhtes Risiko, mit multiresistenten Erregern wie MRSA besiedelt zu sein.

#### Wird interprofessionell zusammengearbeitet, um das Problem zu lösen?

**Friedrichs:** Ja. Die Antibiotic-Stewardship (ABS)-Initiative zur Optimierung des Antiinfektivaesinsatzes ist inzwischen anerkannt und wird von den unterschiedlichsten Fachdisziplinen dankend angenommen und erbeten. Gemäß Leitlinie arbeiten im Rahmen von ABS optimalerweise Infektiologen, Mikrobiologen und Apotheker interdisziplinär zusammen, um die Antibiotikatherapie so patientenoptimiert wie möglich zu gestalten. Zudem werden immer mehr Netzwerke auf regionaler und nationaler Ebene gegründet, um themenfokussiert zusammenzuarbeiten. Viele Landesärztekammern bieten zudem curriculare Fortbildungen an, um dem weiterhin großen Bedarf an ABS-Fortbildungen entgegenzukommen. Trotz aller Bemühungen gibt es aber

in den meisten Häusern noch nicht ausreichend ABS-Stellen, um den Bedarf in den einzelnen Kliniken zu decken.

#### Was muss aus Ihrer Sicht außerdem – z. B. politisch – geschehen, um die Entwicklung positiv zu beeinflussen?

**Friedrichs:** Weltweit sind in vielen Ländern Antibiotika gar nicht rezeptpflichtig, sodass hier eine wichtige Kontrollinstanz der Antibiotikaverordnung fehlt, was konsekutiv eine bakterielle Resistenzentwicklung fördert. Für den Erwerb von ESBL bildenden Bakterien ist die Relevanz von Auslandsreisen, z. B. nach Asien und auf den indischen Subkontinent, nachgewiesen: Bis zu 30 % der Reiserückkehrer aus Regionen mit hoher ESBL-Prävalenz sind mit ESBL bildenden E. coli kolonisiert.

Da die Kenntnis des rationalen Antibiotikaeinsatzes auch Teil der klinischen Infektiologie ist, ist die gerade vom Deutschen Ärztetag beschlossene Einführung eines Schwerpunktfacharztes für Innere Medizin und Infektiologie wichtig, um die Bedeutung dieses Querschnittsfaches hervorzuheben und Ärzte mit hervorragender Expertise in der Antiinfektivverordnung ausbilden zu können. Weiteres politisches Engagement für eine Fortführung der bereits bestehenden Förderprogramme für die Ausbildung von Infektiologen und ABS-Experten ist wünschenswert, natürlich auch, um für Krankenhäuser die Hemmschwelle zur Finanzierung dieser Arztstellen abzubauen.

Bisher beschränkt sich ABS vornehmlich auf den stationären Bereich. Da der Hauptanteil der Verordnungen aber im ambulanten Bereich erfolgt, ist die Ausweitung der Maßnahmen und die Einbeziehung der ambulant tätigen Ärzte unbedingt notwendig. Des Weiteren bedarf es intensiver Dialogs mit der Veterinärmedizin, um auch in diesem Sektor noch mehr Bewusstsein für die Konsequenzen des Antibiotikaeinsatzes zu schärfen und interdisziplinäre sektorenübergreifende Strategien zu entwickeln.

Jedes mikrobiologische Labor ist verpflichtet, regelmäßig Resistenzstatistiken seinen Einsendern zukommen zu lassen. In der Regel werden aber keine laborübergreifenden regionalen Resistenzstatistiken erstellt, obwohl diese für regionale fachübergreifende Antibiotikatherapieempfehlungen beispielsweise für Harnwegsinfektionen notwendig wären. Hier sehe ich großes Optimierungspotenzial.

Vielen Dank für das Gespräch.

# Für eine höhere Genauigkeit im OP

**OP-ROBOTER** Neue Technologie in der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg.  
Ziele: Kürzere Reha und weniger Revisionen durch größere Präzision.

Die Digitalisierung im Krankenhaus macht sich immer stärker auch im Operationsaal bemerkbar. Zwar ist das Geschick der Chirurgen nach wie vor maßgeblich für den Behandlungserfolg verantwortlich, doch die mit Robotertechnologie ausgestatteten Unterstützungssysteme helfen bei der OP-Planung, übernehmen komplexe Handgriffe und bügeln mögliche Schnitzer des Operateurs aus, indem sie bei Planabweichungen ihre Arbeit einstellen. Die neuesten Entwicklungen der jüngeren Vergangenheit:

- ▶ Die Uniklinik Rostock vermeldete im Februar, dass das Model Rosa (Robotic Surgery Assistent) künftig in der Neurochirurgie eingesetzt werde. Statt mit Röntgenstrahlen misst der Roboter das Gesicht des Patienten per Laser aus und führt den Operateur exakt an die Stelle im Gehirn, an der Implantate eingesetzt oder Proben entnommen werden sollen. Die bildgebende Diagnostik könne gutartige von bösartigen Tumoren unterscheiden, so die Uni; Patienten mit Hirntumoren, Epilepsien, Parkinson oder anderweitigen Bewegungsstörungen würden von dem Roboter profitieren.
- ▶ Im Herzzentrum der Uniklinik Freiburg werden seit April Infarktpatienten mit einem Herzkatheter-Roboter behandelt. Das Unterstützungssystem weitet verengte Kranzgefäße oder setzt Stents ein. Der Roboterarm wird mit Hilfe von Sensoren über eine Steuerungskonsole gelenkt, die in beliebiger Entfernung vom Behandlungstisch steht. Ähnlich funktioniert das seit Jahren in der Inneren Medizin sowie in Urologie und Gynäkologie im Einsatz befindliche OP-Robotersystem Da Vinci. Chirurgen müssen künftig also nicht mehr zwingend am Tisch stehen; dank Robotertechnologie ist der Weg für telemedizinische Eingriffe geebnet.
- ▶ Die Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg setzt bei der Kniegelenkersatzchirurgie ab sofort auf die Unterstützung

durch einen OP-Roboterarm – als erstes Krankenhaus im Großraum Hamburg, in Mecklenburg-Vorpommern und in Schleswig-Holstein, wie die Klinik betont. Die MAKO genannte Technologie ermögliche den Einsatz eines künstlichen Kniegelenks mit idealer und millimetergenauer Positionierung. Ein optimaler Sitz der Prothese könne auf diese Weise mit hoher Sicherheit erreicht werden – „Voraussetzung für ein schmerzfreies Leben mit einem künstlichen Gelenk“, wie Dr. Johannes Erler, Sektionsleiter Endoprothetik, im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt betonte.

Eine OP-Planung auf Grundlage eines CT-Bildes gehört auch bei den bisherigen Gelenkersatzoperationen zum Standard. Die Planungssoftware des MAKO-Systems errechne jedoch auf Basis der Röntgenbilder ein 3D-Modell und mache Vorschläge zur Wahl der Prothesengröße und Positionierung der Sägeschnitte, so die Paracelsus-Klinik in einer Mitteilung. Der Operateur könne die Vorschläge optimieren

## Info

*Jährlich werden in Deutschland rund 200.000 künstliche Kniegelenke implantiert. Der Eingriff selbst dauert nach Angaben von Dr. Johannes Erler rund 60 Minuten, ein etwa einwöchiger Klinikaufenthalt und eine dreiwöchige Reha schließen sich an. Am häufigsten zum Einsatz kommt eine Oberflächenprothese. Dabei werden defekte Gelenkanteile entfernt und die Knochen an Ober- und Unterschenkel überkront. Seltener sind Schlittenprothesen und gekoppelte Prothesen. Die Standzeit künstlicher Kniegelenke ist lang, einer Lancet-Studie von 2019 zufolge halten 82 Prozent der Prothesen 25 Jahre.*

und während der OP auf nötige Veränderungen reagieren. Neben der präzisen Planung ergeben sich die eigentlichen Vorteile für den Operateur während des Eingriffs mit dem Roboterarm: Das System gibt dem Arzt beim Sägen des Knochens eine Echtzeitrückmeldung durch grüne oder rote Leitlinien. Die elektronisch gesteuerte Säge arbeitet mit ausgesprochen hoher Präzision auf einen Millimeter beziehungsweise ein Grad genau. „Diese Genauigkeit ist von Hand nicht zu erreichen“, erklärte Erler.

Gleichwohl bleibt der Chirurg der wichtigste Akteur im OP, die elektronische Säge lässt sich nur durch Muskelkraft führen. Der Roboterarm ist gleichzeitig jedoch auch eine Art Korrektiv: Weicht der Operateur beim Knochenschnitt von der gespeicherten Planung ab, stoppt der Sägevorgang automatisch. Präzision und Patientensicherheit stünden im Vordergrund dieser neuen Operationstechnik, so die Paracelsus-Klinik. Die Vorteile für die Patienten seien deutlich spürbar: das künstliche Gelenk ist beweglicher, Schmerzen nach der Operation verringern sich und die Patienten sind schneller wieder auf den Beinen. „Studien zufolge können Patienten, die mit einem MAKO operiert wurden, schneller wieder ihre Alltagstätigkeiten aufnehmen“, sagte Dr. Jürgen Ropers, Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie. Laut Untersuchungen insbesondere aus den USA, wo das System bereits seit rund zehn Jahren etabliert ist, verkürzt sich auch die Reha-Zeit und das Risiko für Revisionsoperation verringert sich. Weltweit gibt es rund 220 MAKO-OP-Roboter, in deutschen Kliniken sind schätzungsweise 25 Geräte dieser Art im Einsatz.

Die Paracelsus-Klinik Bremen operiere seit März 2020 mit einem solchen System, das seitdem bei rund 150 Patienten eingesetzt wurde, erläutert Dr. Erler. „Nach Auskunft des Kollegen vor Ort sind viele Patienten so zufrieden mit Eingriff und Heilungsverlauf, dass sie keine Reha mehr be-



*Dr. Jürgen Ropers (li.), Chefarzt der Abteilung für Orthopädie, Unfallchirurgie und Wirbelsäulenchirurgie, und Sektionsleiter Endoprothetik Dr. Johannes Erler demonstrieren die MAKO-Technologie. Am Modell rechts wird die Funktions- und Arbeitsweise des Roboterarms sichtbar.*



nötigen. Das ist ein Quantensprung in der Versorgung, da wollen wir auch hin.“ Selbstverständlich dürfe das neue System nicht zu einer übereilten Entscheidung zur Implantation führen, die Indikation werde nur nach Ausschöpfung aller konservativer Maßnahmen in Abstimmung mit dem Patienten gestellt. „Die wenigsten Patienten haben zunächst den Wunsch, ein künstliches Gelenk zu erhalten. Wenn der Leidensdruck jedoch zu groß wird, ist eine Operation oft unausweichlich.“

Ob sich die Investition – Anschaffungskosten im hohen sechsstelligen Bereich, dazu regelmäßige Wartungs- und Materi-

alkosten – für die Paracelsus-Klinik lohnt, lässt sich heute noch nicht sagen. Grundsätzlich begrüßen Gesundheitsexperten die digitale Entwicklung in den Kliniken und in den Operationssälen. Gemäß Krankenhausstrukturfonds-Verordnung (§ 19, Abs. 1, Nr. 9) gehören robotikbasierte Anlagen und Systeme zu den förderfähigen Digitalisierungsvorhaben; die Bundesregierung will damit Investitionshürden für Kliniken schmälern.

Laut Erler werden die Kosten bei rund 35 operierten Patienten pro Jahr gedeckt. Klinikintern rechne man zunächst mit 50 Patienten jährlich, Tendenz steigend.

„Wenn es gut läuft, wollen wir das OP-Programm mit dem MAKO-System ausweiten, etwa auf Hüftendoprothesen. Für dieses Jahr ist das allerdings noch nicht vorgesehen.“ Klinikmanagerin Anke Franzke erklärte dazu: „Als moderne Klinik wollen wir unseren Patienten die bestmögliche und qualitativ hochwertigste medizinische Versorgung bieten. Wenn medizinische Innovationen das Beste des Menschen mit dem Besten der Künstlichen Intelligenz verknüpfen, dann ist das genau der Weg, den wir hier an der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg einschlagen möchten.“

UWE GROENEWOLD

# Häufig übersehen: Invasive Pilzinfektionen

**INVASIVE MYKOSEN** Sie sind selten, aber gefährlich: Invasive Pilzinfektionen. Atemwege und Verletzungen können Eintrittspforten sein. Für die Diagnose ist eine interdisziplinäre Zusammenarbeit hilfreich. Unklare Datenlage zur Verbreitung.

Invasive Pilzinfektionen sind eine oft unterschätzte Gefahr für hospitalisierte und immunsupprimierte Patienten. Die Diagnose ist eine klinische Herausforderung und erfordert eine interdisziplinäre Kooperation. Dabei müssen unter anderem klinische, radiologische und mikrobiologische Befunde berücksichtigt werden, wie Dr. Marina Rogacev vom Universitätsklinikum Schleswig-Holstein (UKSH), Campus Lübeck, im Interview erklärt (nebenstehende Seite). Einer Untersuchung des in Jena angesiedelten Nationalen Referenzzentrums für Invasive Pilzinfektionen (NRZMyk) zufolge werden nur rund 50 Prozent der invasiven Mykosen zu Lebzeiten des Patienten diagnostiziert; die Infektionen zählen zu den am häufigsten übersehenen Todesursachen bei Intensivpatienten (DOI: 10.3238/arztebl.2019.0271).

Invasive Pilzinfektionen, etwa durch Hefe- oder Schimmelpilze hervorgerufen, sind im Vergleich zu Mykosen der Haut oder der Schleimhäute selten, aber ungleich gefährlicher. Eintrittspforte für Pilze sind die Atemwege, verletzte Haut oder Schleimhäute. Wie weit verbreitet invasive Mykosen sind, ist unklar; das Nationale Referenzzentrum bezieht sich auf eine Untersuchung aus Frankreich und kommt auf eine Gesamtinzidenz von 5,9 pro 100.000 Fälle und Jahr. Inzidenz und Sterblichkeit haben sich demzufolge während des Beobachtungszeitraums von 2001 bis 2010 erhöht.

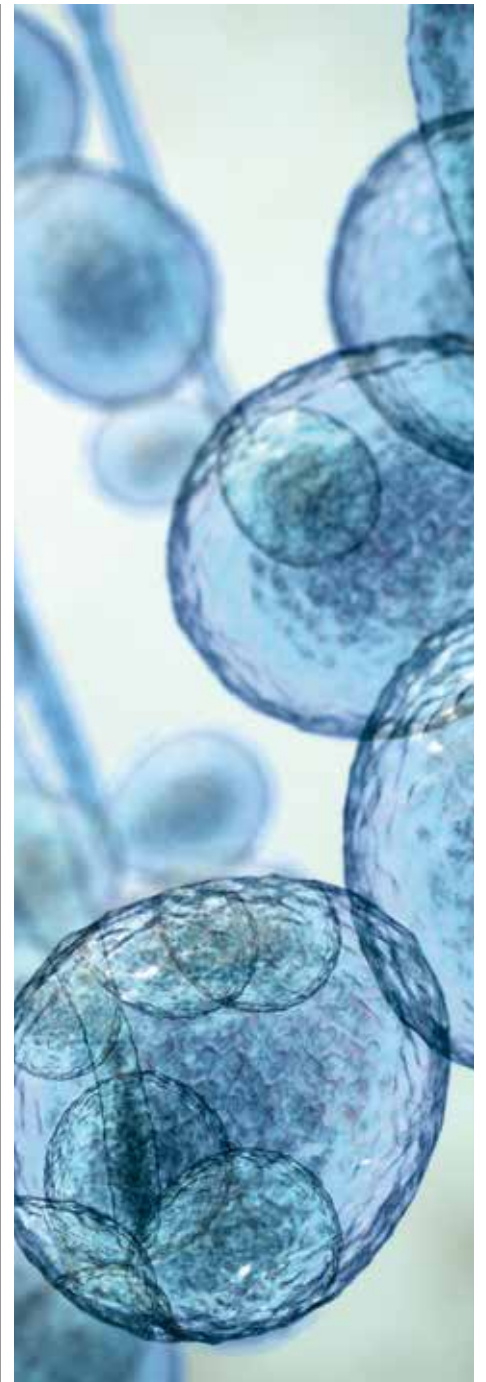
Dies gilt auch für Anzahl und Heterogenität der Risikopatienten. Beispielsweise habe sich in Europa die Zahl der Stammzelltransplantationen zwischen 2000 und 2016 nahezu verdoppelt. Gleichzeitig wurden neue Risikokohorten identifiziert, etwa hospitalisierte Patienten mit schwerer Influenza oder chronisch obstruktiver Lun-

generkrankung, so das Referenzzentrum. Gefährdet sind insbesondere Patienten, deren Immunabwehr erheblich geschwächt ist, etwa durch Immunsuppressiva nach Organtransplantation, angeborene Immundefekte, eine anhaltende Therapie mit Prednison, eine HIV-Infektion, bei schweren Verletzungen sowie bei Erkrankungen, die eine intensivmedizinische Behandlung erfordern. Auch fortgeschrittene Diabeteserkrankungen können das Risiko für eine invasive Mykose erhöhen.

Die Therapie stützt sich insbesondere auf drei antimykotische Substanzklassen: Polyene, Azole und Echinocandine. Die Behandlungsschemata richten sich nach Grunderkrankung und Organbeteiligung, bei der Auswahl helfen mehrere Leitlinien. Eine antimykotische Prophylaxe ist für hämatologische und onkologische Patienten empfehlenswert, sinnvoll kann sie für Patienten mit komplexen abdominalen Eingriffen, für intensivpflichtige Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren sowie für Patienten nach Lungentransplantation sein. Allerdings ist die Datenlage hierfür derzeit nicht eindeutig. Problematisch sei, so das Referenzzentrum, dass in den vergangenen Jahren weltweit vermehrt resistente Erreger nachgewiesen worden sind, in Deutschland allerdings sei die Resistenzlage derzeit noch unproblematisch. Konkrete Resistenzraten konnten bislang auch hier aufgrund fehlender Daten nicht ermittelt werden.

Das vom Robert Koch-Institut (RKI) und dem Bundesministerium für Gesundheit geförderte Nationale Referenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen ist Ansprechpartner bei Fragen zur Diagnostik und Therapie invasiver Mykosen. Kontakt und weitere Infos auf der Website des Zentrums unter: [www.nrz-myk.de](http://www.nrz-myk.de).

UWE GROENEWOLD



# „Letalität einzelner Infektionen liegt trotz Therapie bei bis zu 50 Prozent“

**Wie lassen sich die wesentlichen invasiven Mykosen kurz charakterisieren?**

**Dr. Marina Rogacev:** Generell unterscheidet man bei invasiven Pilzinfektionen zwischen Infektionen durch Hefepilze (Candida) und Schimmelpilze (zum Beispiel Aspergillen, Mucorales). Während erstere vor allem bei nosokomialen Blutstrominfektionen relevant sind und im Rahmen der Blutkulturdiagnostik diagnostiziert werden, treten letztere meist bei Patienten mit zellulären Immundefekten auf und betreffen häufig die Lunge, aber auch andere Organe. Schimmelpilze sind die problematischeren Erreger im Hinblick auf die frühzeitige und korrekte Diagnosestellung.

**Laut Nationalem Referenzzentrum für Invasive Pilzinfektionen wird lediglich jede zweite invasive Mykose zu Lebzeiten entdeckt. Was macht die Diagnostik so schwer?**

**Rogacev:** Die Diagnose fußt auf klinischen, radiologischen, mikrobiologischen und histopathologischen Befunden und erfordert häufig eine interdisziplinäre Kooperation; Voraussetzung für eine Diagnostik ist ein klinischer Verdacht, auf den eine entsprechende Fragestellung ans Labor folgt.

- ▶ Die mikrobiologische Diagnostik auf Pilze erfolgt nur auf spezielle Anforderung und erfordert besondere Kulturbedingungen, zum Beispiel spezielle Nährmedien und eine verlängerte Bebrütungsdauer.
- ▶ Manche Pilze lassen sich schlecht kulturell anzüchten oder wachsen sehr langsam, sodass die mikrobiologische Diagnose für den Patienten bei klinisch akuten Verläufen zu spät kommt.
- ▶ Besonders bei bereits unter antimykotischer Therapie stehenden Patienten ist die molekulare Pilzdiagnostik sensitiver als die Kultur, allerdings bisher meist Speziallaboren vorbehalten.
- ▶ Die korrekte Identifizierung insbesondere bei seltenen Schimmelpilzen ist wichtig, da sich anhand der Spezies häufig bereits Rückschlüsse auf die Wirksamkeit von Antimykotika ziehen lassen. Viele Spezies besitzen intrinsische Resistenzen gegen bestimmte Substanzklassen.



*Dr. Marina Rogacev, Klinik für Infektiologie und Mikrobiologie am Campus Lübeck des UKSH.*

**Eine frühzeitige Diagnose vorausgesetzt: Wie erfolgreich ist die Therapie mit Antimykotika angesichts der von Ihnen angesprochenen zunehmenden Resistenzen?**

**Rogacev:** Invasive Aspergillosen und Candidämien sind lebensbedrohliche Erkrankungen, die Letalität liegt trotz Therapie bei bis zu 50 Prozent, bei anderen invasiven Schimmelpilzinfektionen teils noch höher. Der Therapieerfolg hängt meist nicht primär von der Resistenz des Erregers ab, sondern auch davon, wie schnell zum Beispiel eine Immunrestitution, eine erfolgreiche Therapie der Grunderkrankung oder eine (operative) Fokussanierung erreicht werden können.

Generell spielt die Resistenzentwicklung bei Pilzen bisher eine deutlich geringere Rolle als bei Bakterien. Zwar wurden in den letzten Jahren multiresistente Erreger wie Candida auris im Zusammenhang mit nosokomialen Infektionen beschrieben, diese sind aber in Deutschland bisher selten. Die in einigen Regionen beschriebene zunehmende Azol-Resistenz von Aspergillen ist in Schleswig-Holstein bisher ebenfalls nicht verbreitet. Dennoch bleiben die Resistenz-

testung und regelmäßige statistische Auswertung der Daten wichtig, um eine Ausbreitung von Resistenzen nicht zu verpassen.

**Sind auch bei COVID-19-Patienten invasive Mykosen nachgewiesen und behandelt worden?**

**Rogacev:** Wie Influenza erhöht auch COVID-19 das Risiko für mykotische Superinfektionen. Vor allem bei COVID-19-Patienten, die eine invasive Beatmung benötigen, besteht durch längere Aufenthalte auf der Intensivstation, zentrale Venenkatheter, sowie Therapien mit Breitpektrum-Antibiotika und antiinflammatorischen Medikamenten ein erhöhtes Risiko für das Auftreten von Candidämien. Die COVID-19-assoziierte pulmonale Aspergillose, kurz CAPA, wurde in einer prospektiven multizentrischen Studie (DOI: 10.1093/cid/ciaa1065) bei 30 von 108 Intensivpatienten unter invasiver Beatmung diagnostiziert. Die CAPA trat im Median nach vier Tagen invasiver Beatmung auf. Patienten mit CAPA hatten im Vergleich zu Patienten ohne CAPA eine deutlich erhöhte Mortalität.

**Wie schätzen Sie die Versorgungssituation in Schleswig-Holstein ein?**

**Rogacev:** Leider gibt es keine belastbaren Daten über die Häufigkeit von invasiven Mykosen in Schleswig-Holstein beziehungsweise in Deutschland. Es gibt keine Meldepflicht und kein offizielles Register. Auch aufgrund von Nachweisraten im Labor können keine Rückschlüsse auf die Erkrankungshäufigkeit gezogen werden, da Pilze einerseits häufig als Kontaminanten in Patientenproben vorkommen, andererseits aus den genannten Gründen oft unterdiagnostiziert werden. Der Anteil von Candida-Nachweisen bezogen auf alle Erregernachweise aus Blutkulturen bei hospitalisierten Patienten liegt meist im niedrigen einstelligen Prozentbereich. Diagnose und Therapie von invasiven Infektionen erfordern die interdisziplinäre Zusammenarbeit verschiedener Fachbereiche. Für die Koordination der oft komplexen und langwierigen Therapie ist die Zusammenarbeit mit Spezialisten – zum Beispiel in einem Antibiotic Stewardship Team – von Vorteil.

**Vielen Dank für das Gespräch.**

# Hautkrebsscreening: Past, Present, Future

**DERMATOLOGIE** Demografischer Wandel trägt zur Zunahme der Hautkrebsinzidenz und -prävalenz bei. Hautkrebsscreening kann Mortalität senken und Lebensqualität steigern.



**H**autkrebsscreening: Past, Present, Future“, mit diesem Thema eröffnete Prof. Matthias Augustin, Direktor des Instituts für Versorgungsforschung in der Dermatologie und bei Pflegeberufen (IVDP), UKE Hamburg, den Reigen der Vorträge des Hautkrebs-Updates der MedKomAkademie am 6. Mai dieses Jahres. Die Rationale der Gesetzlichen Früherkennung auf Hautkrebs (gHKS), eingeführt zum 1. August 2008, beinhaltet 1. leichte Erkennbarkeit suspekter Befunde, 2. reproduzierbare klinische Kriterien und 3. wenig Aufwand für die Diagnostik (klinischer Befund, Auflichtmikroskopie, Gewebeprobe). Eingeführt wurde das gHKS insbesondere wegen der stark gestiegenen Inzidenz des Hautkrebses in den vorausgegangenen zwei Jahrzehnten. Bis heute liegen jedoch noch keine kontrollierten klinischen Studien zum gHKS vor, und die gewonnenen Ver-

sorgungsdaten lassen sich nicht zweifelsfrei interpretieren, wenn die Mortalität als Endpunkt betrachtet wird. Augustin zitierte aus einer Arbeit, erschienen im New England Journal of Medicine, in der sich die Autoren kritisch zum Anstieg der Inzidenz des malignen Melanoms (MM) in den USA äußern. Unter anderem stellen sie den Anstieg der Inzidenz des MM um den Faktor 6 dem Anstieg des Risikofaktors UV-Exposition um den Faktor 2 in ein- und demselben Zeitraum kritisch gegenüber und vermuten eine „Überdiagnosen-Flut“ [1]. Ausgehend von der Frage, ob diese Interpretation auch auf Deutschland übertragbar sei, erklärte der Vortragende die Lage in unserem Land und nahm Bezug auf Bedarfsanalyse, Situationsanalyse und Nutzenanalyse. ► Bedarfsanalyse bezüglich Früherkennung: Gemäß einer Hochrechnung der Barmer wurden für Deutschland 676 Todesfälle infolge eines Plattenepithel-Kar-

zinoms und 2.826 Todesfälle infolge eines MMs für das Jahr 2012 geschätzt. Für 2014 entfielen in der Statistik für alle Krebsneuerkrankungen in Deutschland (abgesehen vom nicht melanotischem Hautkrebs, nonmelanoma skin cancer, NMSC) 4,4 % (männlich) und 4,5 % (weiblich) auf das MM der Haut. Allerdings wurden 2014 bei einer Melderate von etwa 230.000 Fällen an die Krebsregister circa 590.000 operierte Hautkrebs-Fälle – ICD-10 C43 (MM) und C44 (NMSC) codiert. Für die stationären Hautkrebsfälle wurde für die Zeitspanne von 2000–2015 ein Zuwachs auf mehr als 250 % gefunden. Die Diskrepanz zwischen den als inzidente Fälle an die Krebsregister gemeldeten und den tatsächlich versorgten Hautkrebsfällen liegt daran, dass viele Krebsregister keine Basalzellkarzinome und grundsätzlich keine Zweitumoren erfassen, was insbeson-



dere die epithelialen Tumoren sehr häufig betrifft. Krebs-Melderegister erfassen somit nur einen Teil der zu versorgenden Tumorlast des Hautkrebses in Deutschland.

- ▶ Situationsanalyse der derzeitigen Versorgung: Daten der DAK für die Jahre 2008–2015 ergaben, dass 33,5 % der Versicherten innerhalb ihres Berechtigungszeitraums von zwei Jahren am gHKS teilgenommen haben. Schleswig-Holstein nimmt hierbei mit 37 % Platz 2 ein. Ab dem Alter von circa 64 Jahren nehmen mehr Männer als Frauen am gHKS teil. Von 2009 bis 2015 betrug gemäß dem Volldatensatz aller GKV-Versicherten in Deutschland der relative Zuwachs an MM in den verschiedenen Regionen Deutschlands (Großstädte, urbane, eher ländliche und dünn besiedelte Gebiete) zwischen 28,8 und 38,0 %, der an NMSC zwischen 49,5 und 54,7 %. Hautkrebs wurde auf Landkreisebene häufiger beobachtet, wenn ein höherer Akademikeranteil, ein höheres Haushaltseinkommen, eine geringere Sonnenlichtexposition und ein höherer Anteil Älterer zu verzeichnen waren. Die Assoziation mit der Inanspruchnahme des gHKS durch den Hautarzt ergab: Je höher die Bildung, desto mehr, je ländlicher die Region, desto weniger gHKS wurden durchgeführt. Die Häufigkeit der Hautkrebscreenings auf Kreisebene war dabei nicht mit einer Zunahme der Diagnose des Melanoms assoziiert. Je länger die Fahrt zum Hautarzt gewesen wäre, umso mehr wurde die hausärztliche Praxis für das Screening aufgesucht. Auch hier zeigte sich ein mit den in der Hautarztpraxis gewonnenen Erfahrungen vergleichbares Bild.

- ▶ Nutzenanalyse, Outcome versus intendierter Nutzen: DAK-Daten von 2010–2015 zeigen, dass durch das gHKS die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von „High-Risk“-MM um 65 %, diejenige für das Auftreten von „High-Risk“-NMSC um 50 % reduziert wird. Die Kostenanalyse für die Behandlung der im gHKS erkannten MM-Fälle ergab um 47 % niedrigere Fallkosten; rechnet man erkannte MM- und NMSC-Fälle zusammen, lagen die Fallkosten um 10 % niedriger. Bezieht man jedoch die Kosten der Prävention mit ein, so ergeben die saldierten Gesamtkosten der Hautkrebs-Versorgung Zusatzkosten von 71,0 Euro pro HK-Fall, beziehungsweise 2,70 Euro Mehrkosten pro Versicherten.

Als Nutzen müssen dabei gemäß GBA-Beschluss jedoch nicht nur die Mortalität und



die Kostenveränderungen, sondern auch die Reduzierung der Morbidität und die Verbesserungen der Lebensqualität durch eine frühe Erkennung von Hauttumoren mit der Folge einer besseren Prognose für die Betroffenen berücksichtigt werden. Für das gHKS spricht auch die Tatsache, dass in den Niederlanden, wo es die Früherkennung des Hautkrebses durch niedergelassene Dermatologen nicht gibt, bei ansonsten vergleichbaren klimatischen und sozioökonomischen Verhältnissen der Anteil der

diagnostizierten und behandelten MM-Patienten, bei denen ein risikoärmeres MM ( $\leq 1$  mm Tumordicke) diagnostiziert wurde, signifikant geringer gefunden wurde als in unserem Land. Entsprechend findet man dort auch eine höhere Letalität und Mortalität des Melanoms.

Vor allem der demografische Wandel trägt zur Zunahme der Hautkrebsinzidenz und -prävalenz bei, von einer anhaltenden „Überdiagnosen-Flut“ durch das gHKS in Deutschland kann nicht gesprochen werden. Eine Kostensenkung bei der Hautkrebsversorgung – eines der erklärten Ziele – konnte nicht erreicht werden. Gelungen ist es dagegen, die Mortalität zu senken, vermutlich als Folge verbesserter Therapien; auch ein Gewinn an Lebensqualität für die Betroffenen wurde erreicht. Zudem muss der erwiesene primär-präventive Effekt des gHKS bei der Gesamtbeurteilung angemessen berücksichtigt werden [2]. Das „Schadenspotenzial“ des gHKS (Belastung durch Warten auf einen Termin, durch die Untersuchung sowie durch eine Operation) ist nach den vorliegenden Studiendaten als gering zu werten, die Akzeptanz des gHKS in der Bevölkerung dagegen als hoch einzuschätzen.

## Info

1. Welch HG, Mazer BL, Adamson AS (2021) *The Rapid Rise in Cutaneous Melanoma Diagnoses*. *N Engl J Med* 384(1): 72-79
2. Krensel M, Schäfer I, Zander N, Augustin M (2019) *Primärprävention im Rahmen des Hautkrebscreenings [Primary Prevention in the Context of Skin Cancer Screening]*. *Hautarzt* 70 (6): 432-4

## FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

### NäPa in fünf Wochen – Bildungsurlaub –

Blockweiterbildung Nicht-ärztliche Praxisassistent/-in – Sie möchten delegationsfähige Leistungen in der ambulanten Praxis an Ihre Medizinischen Fachangestellten abgeben? Aufgrund der großen Nachfrage in diesem Jahr, bieten wir diese Ausbildung vom 28. Juni bis 31. Juli 2021 ebenfalls als Blockunterricht an. Innerhalb von einem Monat erwirbt die oder der Medizinische Fachangestellte so das Zertifikat und kann Sie entlasten.

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

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

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

Dieser Kurs ist in Schleswig-Holstein als Bildungsurlaub anerkannt.

**Nächster Starttermin:** 28. Juni 2021 (Fortbildungsstunden: 165)

### Intensivmedizin – Theoretische und Praktische Grundlagen der allgemeinen Intensivmedizin

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

Vermittlung praktischer Kenntnisse in Kleingruppen:

- ▶ Atemwegsmanagement
- ▶ ACLS-Training
- ▶ Thoraxdrainage
- ▶ Respiratoren
- ▶ Bronchoskopie
- ▶ CVVH

Spezifische Themen der Intensivmedizin: invasives und nicht-invasives Monitoring, invasive und nicht-invasive Beatmung, Hämodynamik, Katecholamin- und Volumentherapie, Zugänge, Rhythmologie, Atemwegsmanagement, Gerinnungsstörungen, Hirntoddiagnostik, ALI/ARDS, BGA und Säure-Basen-Haushalt, Pharmakotherapie, Intoxikationen, enterale und parenterale Ernährung, SIRS, Sepsis, MOV, Infektiologie, Röntgenbefundung, Patientenverfügung, Betreuungsverfahren, Nachsorge von Wiederbelebten. In Zusammenarbeit mit der Sektion Interdisziplinäre Intensivmedizin der Sana Kliniken Lübeck GmbH und der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin der Schön Klinik Neustadt. Dieser Kurs ist in Schleswig-Holstein als Bildungsurlaub anerkannt.

**Nächster Termin:** 16. August bis 20. August 2021 oder 15. bis 19. November 2021 (Fortbildungspunkte: 61, Fortbildungsstunden: 53)

### Praxisverkauf/Praxisverkauf – Arzt und Recht –

Die Veranstaltung informiert über das gesamte Verfahren bei Praxisübergabe und Praxisübernahme. Themenschwerpunkte sind das Recht der vertragsärztlichen Versorgung, zulassungsrechtliche Aspekte, die Möglichkeit der Beschäftigung von angestellten Ärzten, Job-sharern, Assistenten. Das besondere Verfahren bei der vertragsärztlichen Nachbesetzung in gesperrten Planungsbereichen und die Möglichkeiten der verschiedenen Kooperationsformen werden behandelt. Im Rahmen des steuerrechtlichen Teils geht das Seminar ein auf die Niederlassungsplanung, Finanzierungsmodelle und Versicherungen, Steuerstrategien, Praxisbewertung und die einzelnen Steuerarten einer Arztpraxis. In dem rechtlichen Vortrag werden die verschiedenen arbeitsrechtlichen, mietrechtlichen und gesellschaftsrechtlichen Fallstricke behandelt.

**Nächster Termin:** 1. September 2021 (Fortbildungspunkte: 5, Fortbildungsstunden: 5)



#### Kontakt

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



#### **HINWEIS DER REDAKTION:**

Alle Anzeigen beruhen auf Angaben der Anzeigenkunden und werden nicht von der Redaktion geprüft. Herausgeber und Redaktion können keine Gewähr dafür übernehmen, dass die Angaben (auch zu den Weiterbildungsbefugnissen) korrekt sind. Unter [www.aeksh.de](http://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](mailto:anzeigen@elbbuero.com) · [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)**

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft Nr. 07/08 21. Juni 2021**

## STELLENANGEBOTE

Für unsere Vorwerker Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie am Standort Lübeck suchen wir zum nächstmöglichen Termin Verstärkung (m/w/d):



## Arzt/Ärztin in Weiterbildung

30-35 h/Woche

Ausschreibungsnummer: **A128-12125-2021**

(Bitte bei Bewerbungen stets angeben.)

Eingruppierung gemäß AVR-EKD Diakonie Deutschland, Stufe 1, Ärzte

Darüber hinaus suchen wir für unsere Institutsambulanzen der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie an den Standorten Lübeck und Eutin zum nächstmöglichen Zeitpunkt Verstärkung (m/w/d):

## Arzt/Ärztin Institutsambulanz

20-40 h/Woche

Ausschreibungsnummer: **A126-12210-2021**

(Bitte bei Bewerbungen stets angeben.)

Eingruppierung gemäß AVR Diakonie Deutschland, Stufe 1, Ärzte EG II

Weitere Informationen finden Sie unter: [www.vorwerker-diakonie.de/karriere](http://www.vorwerker-diakonie.de/karriere)  
Bewerbungen bis zum **31. Juli 2021 (Weiterbildung)** bzw. **31. Oktober 2021 (Institutsambulanz)** am besten per E-Mail an: [bewerbung@vorwerker-diakonie.de](mailto:bewerbung@vorwerker-diakonie.de)

Große sozialpsychiatrische **Praxis für Kinder- und Jugendpsychiatrie** mit therapeutischem Schwerpunkt in **Bad Segeberg** bietet **Weiterbildungsstelle bis zu 24 Monaten** in Teil- oder Vollzeit (keine Dienste) und auf Wunsch Praxiseinstieg auf zunächst ½ Sitz nach bestandener Facharztprüfung.

**Dr. med. Elke Mohme-Bannert**

Am Markt 1 - 23795 Bad Segeberg - Tel: 04551 - 94 36 40 - [uwe.bannert@t-online.de](mailto:uwe.bannert@t-online.de)

### AUGEN

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

Bewerbung bitte an [bewerbung@augenklinik-kempten.de](mailto:bewerbung@augenklinik-kempten.de)

## elbbüro

[anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com)

[www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

**Suche ärztliche Verstärkung** für meine **Allgemeinarztpraxis** mit **Angestelltenstelle**. Übernahme/Anstellung **in Ahrensburg** möglich!

**Weitere ganzheitliche Spezialisierungen sind für unser Team sehr willkommen!**

Wir freuen uns auf Austausch weiterer Details unter:

**GesundheitspraxisDOC@gmx.de**

## NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN Heft Nr. 07/08 21. Juni 2021

**Wir suchen** für den geplanten Ausbau unserer Abteilung Orthopädie eine/n

## Ärztin/Arzt

zum **1. Juni 2021** in **Voll- oder Teilzeit**

**Wir sind** eine moderne Rehabilitationsklinik in öffentlicher Trägerschaft im Herzen von Schleswig-Holstein und auf die Behandlung von psychosomatischen und orthopädischen Erkrankungen spezialisiert. Zu unseren besonderen Kompetenzen gehört die fächerübergreifende Rehabilitation von Patientinnen und Patienten, die sowohl körperlich, als auch seelisch erkrankt sind.

**Wir wünschen uns** für unser orthopädisches Team eine Kollegin / einen Kollegen mit Spaß an multiprofessioneller Zusammenarbeit und Interesse an ganzheitlicher Medizin.

**Wir bieten** eine langfristige berufliche Perspektive, die Einbindung in ein motiviertes und kollegiales Team, die Förderung Ihrer persönlichen Entwicklungsziele, gute Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten, flexible Arbeitszeit- und ggf. Teilzeitmodelle und Bezahlung nach TV-TgDRV. Aufgrund der vor-handenen Weiterbildungsermächtigungen ist u. a. der Erwerb der Facharztbezeichnungen Physikalische & Rehabilitative Medizin möglich, ebenso wie der Zusatzbezeichnungen Schlafmedizin und Sozialmedizin. Die Bereitschaft zur Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst ist Voraussetzung für diese Stelle.

Für Rückfragen steht Ihnen der stellv. Ärztliche Direktor Herr Dr. med. Usdrowski oder unsere Leitende Bereichsärztin der Orthopädie Frau Raun gerne unter der Telefonnummer 04873 - 90 97 261 oder -265 zur Verfügung.

**Wir freuen uns** auf Ihre aussagekräftige Bewerbung per E-Mail an Frau Katja Staschik ([katja.staschik@drv-nord.de](mailto:katja.staschik@drv-nord.de)) oder per Post an die nebenstehende Adresse.



Eine Klinik der Deutschen Rentenversicherung Nord

Tönsheide 10 - 24613 Aukrug

[www.fachklinik-aukrug.de](http://www.fachklinik-aukrug.de)

## STELLENANGEBOTE

abts + partner.

Die a&pMVZ GmbH ist eine Ärztesozietät mit gynäkologischem Schwerpunkt. Mit über 170 Mitarbeitern an derzeit 13 Praxisstandorten in Schleswig-Holstein bieten wir unseren Patienten eine wohnortnahe Basisversorgung, ambulant-spezialärztliche Leistungen und ein stationäres Leistungsspektrum aus einer Hand.

Für unsere Praxen in **Neumünster, Mittelangeln, Niebüll und Flensburg** suchen wir:

- **Fachärzte/ Fachärztinnen für Gynäkologie und Geburtshilfe** m/w/d
- **Ärzte/ Ärztinnen in Weiterbildung** m/w/d mit abgeschlossener geburtshilflicher Ausbildung

Bitte bewerben Sie sich schriftlich bei uns:

a&p MVZ GmbH  
Herr Dr. Martin Völckers  
Prüner Gang 7 | 24103 Kiel

[www.abts-partner.de](http://www.abts-partner.de)

Ertragsstarke Allgemeinarztpraxis im nördlichen Hamburger Umland mit großem Wachstumspotential sucht dringend eine(n)

### FA/FÄ für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin, zur Kooperation oder Anstellung.

Es erwartet Sie entspanntes Arbeiten in guter Work-Life-Balance. KV-Sitz vorhanden.

Kontakt: [Allgemeinartzpraxis-hu@gmx.de](mailto:Allgemeinartzpraxis-hu@gmx.de)



## SCHLOSS WARNSDORF PRIVATKLINIK

Sie arbeiten gern in wunderschöner Umgebung mit sehr motivierten Patienten in einem engagierten Team?

Wir suchen für die private Fastenklinik Schloss Warnsdorf eine/n

### FA/FÄ für Innere oder Allgemeinmedizin

mit Kenntnissen in Naturheilverfahren und Ernährungsmedizin in Teilzeit.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an  
Schloss Warnsdorf Klinik  
Dr. Scheele GmbH, Heike Mohr,  
Schlossstr. 10, 23626 Warnsdorf  
E-Mail: [hmohr@schloss-warnsdorf.de](mailto:hmohr@schloss-warnsdorf.de)

Vorabinformation unter Telefon: 04502 - 840 100

# ICH WILL DABEI SEIN, WENN WIR KRANKENHAUS NEU DENKEN.

Klinik Bad Oldesloe

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

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen

## Arzt in Weiterbildung oder Facharzt (w/m/d)

**Innere Medizin/Allgemeinmedizin für die Geriatrie in Voll- oder Teilzeit**

### Wir sind

ein Krankenhaus der Grund- und Regelversorgung und versorgen mit rund 300 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern über 35.000 Patientinnen und Patienten jährlich. Unsere modern ausgestattete Klinik verfügt über die Fachabteilungen Innere Medizin, Kardiologie und Geriatrie, Chirurgie und Intensivmedizin. Die Klinik ist als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin Lübeck anerkannt.

### Ihr Aufgabengebiet

Sie übernehmen die Versorgung der geriatrischen Patienten auf der Station und leiten das Team aus Pflege, Physiotherapeuten, Ergotherapeuten, Logopäden und Neuropsychologen.

### Ihr Profil

Assistenzarzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin mit mindestens 2-jähriger Berufserfahrung | Facharzt für Innere Medizin/Allgemeinmedizin | Sie sind gut strukturiert, teamfähig, motiviert, belastbar und zuverlässig | Interesse an der Versorgung älterer multimorbider Menschen

### Wir bieten

Ihnen eine Tätigkeit in Voll- oder Teilzeit ohne Nachtdienste, alle Facetten der Altersmedizin am Krankenhaus mit dem direkt der Geriatrie zugeordneten therapeutischen Team, die Mitgestaltung des weiteren Ausbaus der geriatrischen Klinik (derzeit 42 stationäre und 10 teilstationäre Plätze), die Weiterbildung Geriatrie (18 Mo./volle WB), Innere Medizin/Allgemeinmedizin (im Verbund im Hause) sowie eine leistungsgerechte Vergütung nach TV Ärzte Asklepios.

Für Rückfragen stehen Ihnen gerne Herr Dr. Dr. Ulrich Kuipers, Chefarzt Geriatrie, unter Tel.: (0 45 31) 68-10 21, E-Mail: [u.kuipers@asklepios.com](mailto:u.kuipers@asklepios.com) oder Frau Urda Tiedemann von Gizycki, ltd. Oberärztin, unter Tel.: (0 45 31) 68-24 97, E-Mail: [u.tiedemann@asklepios.com](mailto:u.tiedemann@asklepios.com) zur Verfügung.

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

### Asklepios Klinik Bad Oldesloe

Personalabteilung  
Schützenstraße 55 · 23843 Bad Oldesloe

## STELLENANGEBOTE



Gestalten Sie mit **uns** die Zukunft in Preetz!

Für das **AMEOS Klinikum Preetz** suchen wir einen

## Oberarzt (m/w/d) für den Bereich Psychiatrie und Psychotherapie

### Ihre Vorteile

- Eine abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Tätigkeit
- Ein Aufgabengebiet mit viel Gestaltungs- und Entwicklungspotenzial
- Eine sehr kollegiale und wertschätzende Arbeitsatmosphäre mit flachen Hierarchien
- Eine leistungsgerechte Vergütung
- Großzügige Förderung von Fort- und Weiterbildungen
- Ein umfangreiches Angebot an Mitarbeitendenrabatten
- Zuschuss zu den Kinderbetreuungskosten
- Maßnahmen zur Prävention und Förderung Ihrer Gesundheit

### Ihre Aufgaben


- Oberärztliche Leitung einer Station
- Aktive Mitgestaltung und Weiterentwicklung der Klinik
- Teilnahme am fachärztlichen Hintergrunddienst

### Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Psychiatrie und Psychotherapie
- Sozial kompetente und engagierte Persönlichkeit
- Ein motivierender Führungsstil

Detaillierte Auskünfte erteilt Ihnen gern die Chefärztin, Frau Dr. Verena Hilmer-Krywka, unter Tel. +49 (0)431-78053-0.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung, vorzugsweise über unser Online-Bewerberportal.

 **Folge uns auf Instagram**  
@ameos\_gruppe



Vor allem Gesundheit

ameos.eu

Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams einen  
**Facharzt (m/w/d) für Allgemeinmedizin**  
oder **Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin**  
Ihre Bewerbung senden Sie bitte schriftlich oder per Mail z.Hd. Frau Lüth.

**Dokterhaus**   
Gesundheits   
SILBERSTEDT Zentrum *Ihre Gesundheit im Mittelpunkt.*

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

**HA-Praxis in Norderstedt sucht FA/FÄ für Allgemeinmedizin/ Innere Medizin zur Anstellung in TZ oder VZ.**

Spätere Übernahme erwünscht.

**Hausarztpraxis Waldstraße** Kontakt Tel: 0163 180 98 88

### Facharzt für Allgemeinmedizin (w/m/d)

halbtags für Hausarztpraxis in Mölln gesucht. Bewerbungen an:

Praxis Dr. Bauer u. Fr. Cora Kube  
Hauptstr. 49, 23879 Mölln,  
Tel.: 04542-83 76 76

**Nette Patienten - tolles Team**  
Suche hausärztl. Verstärkung

### FÄ/FA Allgem./Innere

in Teil- oder Vollzeitanstellung  
www.internisten-neugraben.de

Mail: klaus.borelbach@t-online.de

**elbbüro**

anzeigen@elbbuero.com

www.elbbuero.com

### WBA Pädiatrie in Teil- oder Vollzeit

von Landkinderpraxis zwischen HH und HL gesucht.

Wir bieten ein breites Spektrum von Vorsorgen und Impfungen über viel Sozialpädiatrie bis zur heimparenteralen Ernährung!

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung an kipradeicher@gmail.com

### Facharzt/-ärztin Allgemeinmedizin/Innere Medizin

von familiärer Praxis in HH-Lohbrügge in Voll- oder Teilzeit gesucht.

Wir sind ein Team aus zwei Allgemeinmedizinerinnen und freuen uns sehr über Ihre Kontaktaufnahme unter info@hamburg-hausarzt.com

Wir suchen für unsere Abteilung Chirurgie zum nächstmöglichen Termin einen

### Facharzt Chirurgie (m/w/d)

Nähere Informationen zur Aufgabe und zur Bewerbung finden Sie unter [www.klinik-preetz.de/karriere](http://www.klinik-preetz.de/karriere)

Für Fragen senden Sie eine E-Mail an: [personalabteilung@klinik-preetz.de](mailto:personalabteilung@klinik-preetz.de)

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN Heft Nr. 07/08 21. Juni 2021**

## STELLENANGEBOTE

Zur Ausdehnung des bestehenden Spektrums und Erweiterung der interdisziplinären Zusammenarbeit suchen wir für unsere Praxisklinik Travemünde gemäß § 103 Abs. 7 SGB V zum 01.07.2021 einen

## Belegarzt (m/w/d)

im Fachgebiet Orthopädie mit der Schwerpunktbezeichnung bzw. Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie

Voraussetzung ist eine fachlich breite Qualifikation der Fachärztin/ des Facharztes mit mehrjähriger operativer Erfahrung.

Neben der Behandlung degenerativer Gelenkerkrankungen sollte die konservative und operative Therapie von rheumatischen Gelenkerkrankungen zum Spektrum gehören.

Es wird eine enge Kooperation mit der von uns in der Praxisklinik Travemünde etablierten Schmerzklinik sowie die kollegiale Zusammenarbeit mit dem zweiten orthopädischen Belegarzt angestrebt.

Falls ein Belegarztvertrag mit einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsarzt (m/w/d) nicht zustande kommt, kann der Krankenhausträger mit einem nicht niedergelassenen geeigneten Arzt (m/w/d) einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

Für Ihre Bewerbung geht es unter Angabe der Kennziffer Ä-6 hier entlang:

Komm-ins-Team@Sana.de  
**Sana Kliniken Lübeck GmbH**  
 Abteilung Personal & Organisation  
 Kronsforder Allee 71-73  
 23560 Lübeck



**Sana Kliniken  
 Lübeck**

Bitte beachten Sie unsere Datenschutzhinweise unter [sana.de/luebeck](http://sana.de/luebeck)

## MVZ NordOst

Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Pädiatrie, Arbeitsmedizin

Das ärztlich geleitete MVZ NordOst betreibt Haus- und Kinderarztpraxen im Dreieck zwischen Lübeck, Hamburg und Lüneburg.

Für unsere hausärztliche Praxis in Lauenburg suchen wir einen engagierten und verantwortungsbewussten

**Facharzt für Allgemeinmedizin (m/w/d)** oder  
**Facharzt für Innere Medizin (m/w/d)**  
 in Voll- oder Teilzeit

für eine unbefristete Anstellung mit geregelten Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddiensten. Mit einem engagierten und eingespielten Team versorgen Sie einen etablierten Patientenstamm und bringen gerne Ihre eigenen Ideen und Ansätze mit ein.

**Haben wir Ihr Interesse geweckt?**

Dann senden Sie Ihre Bewerbung per Mai an: [r.hirnstein@mvz-nordost.de](mailto:r.hirnstein@mvz-nordost.de)

oder per Post:

MVZ NordOst  
 z.H. Ralf Hirnstein  
 Zwischen den Brücken 1  
 21514 Büchen

Für ein erstes Gespräch oder Ihre Fragen steht Ihnen Herr Hirnstein auch gerne telefonisch zur Verfügung: 04155 - 8233050 oder +49 170 7035011.

**Wir freuen uns auf Sie!**

## 30 Jahre MANHAGEN

Die Klinik der Spezialisten

Die Klinik Manhagen ist eine Fachklinik für Orthopädie, Unfallchirurgie, Augenheilkunde und Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie.

### FACHÄRZTE ORTHOPÄDIE UND UNFALLCHIRURGIE (W/M/D) IN VZ ODER TZ

#### DIE AUFGABENBESCHREIBUNG:

- Eigenverantwortliche Durchführung von Sprechstunden in einem MVZ mit breitem Leistungsspektrum
- Fachärztliche Unterstützung des Teams der Unfallambulanz der Klinik Manhagen
- Möglichkeit des ambulanten Operierens
- Einbringen von eigenen therapeutischen oder diagnostischen Zusatzqualifikationen

#### IHR PROFIL:

- Facharzt für Orthopädie/ Unfallchirurgie
- Ggf. abgeschlossene Zusatzqualifikationen (z.B. Manuelle Therapie, Akupunktur)
- Idealerweise D-Arzt-Zulassung (keine Voraussetzung)
- Kollegiale und aufgeschlossene Persönlichkeit mit Organisationgeschick und Bereitschaft zur interdisziplinären Zusammenarbeit



#### WIR BIETEN:

- Hochflexible Gestaltung der Arbeitszeit mit der Möglichkeit von langen Wochenenden und freien Wochentagen
- Keine Nachtdienste
- Volle fachliche Unterstützung durch erfahrenes Ärzteteam und spezialisierte Medizinische Fachangestellte
- Vielseitiger Arbeitsplatz mit Tätigkeit in MVZ und Klinik mit großem Gestaltungsspielraum
- Möglichkeit der Entwicklung eigener Spezialisierungen
- Größtmögliche Entlastung von arztfernen Tätigkeiten
- Unbefristeter Arbeitsvertrag mit guter Verdienstmöglichkeit
- Wir unterstützen die Vereinbarkeit von Beruf und Familie

#### ANSPRECHPARTNER:

- Bei weiteren Fragen kontaktieren Sie gerne:  
**Dr. Matthias Gebhardt** unter [dr.matthias.gebhardt@manhagen.de](mailto:dr.matthias.gebhardt@manhagen.de)

## VERTRETUNGEN

**Schwangerschaftsvertretung ab sofort**

in moderner hausärztlicher Praxis mit großartigem Team für 1 Tag/Woche im Zentrum von Norderstedt gesucht.  
Kontakt unter Chiffre SH 51087

**Praxiserfahrene, engagierte hausärztliche Internistin**

übernimmt Urlaubs-, Krankheitsvertretung, auch tageweise Mitarbeit in einer Praxis/ einem MVZ zw. Flensburg und Eckernförde.  
Kontakt unter Chiffre SH 51098

## PRAXISÜBERNAHME

**Kardiologe/Pneumologe**

sucht ab sofort in Küstennähe Praxis zur Übernahme.

Kontakt unter Chiffre SH 51101

## KV-SITZ

**KV-Sitz Chirurgie**

in Schleswig-Holstein und Umgebung zur ärztlichen-kollegialen Übernahme gesucht.

Kontakt unter Chiffre SH 51090

## PRAXISABGABE

**Urologe/-in zu guten Konditionen**

als Nachfolger/-in für einen Gesellschafter einer sehr erfolgreichen Gemeinschaftspraxis mit 2 Standorten **im nahen Umfeld von Hannover gesucht.**

Der Einstieg kann auf verschiedenste Art gestaltet werden und bietet eine sofortige sichere Existenz.  
Kontaktaufnahme bitte unter [urologe.inRegioH@t-online.de](mailto:urologe.inRegioH@t-online.de)

**TOP Praxis in Plau am See**

3 BHZ, 140 m<sup>2</sup>, digitales Röntgen, Steri neu 2017 nach RKI-R, zentrale Lage, Parkplätze, Preis 35 T€, **Übergabe August 21.**

Kontakt: [info@ernst-matheis.de](mailto:info@ernst-matheis.de) oder 0172-2054109

## SONSTIGES

Suche Erfahrungsaustausch mit KollegInnen, die sich intensiv mit der **Medialen Medizin (Anthony William)** beschäftigt haben.

**Dr. Volker Warnke**  
[seminare@dr-volker-warnke.de](mailto:seminare@dr-volker-warnke.de)  
[www.dr-volker-warnke.de](http://www.dr-volker-warnke.de)

**elbbüro**

fon (040) 33 48 57 11 | fax (040) 33 48 57 14 | [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com) | [www.elbbuero.com](http://www.elbbuero.com)

SIERRA LEONE: Wir helfen in einem Land, in dem viele Kinder bereits vor ihrem fünften Geburtstag an Krankheiten sterben.  
© Peter Bräunig

**SPENDEN SIE GEBORGENHEIT FÜR SCHUTZLOSE MENSCHEN**

Mit Ihrer Spende schenkt **ÄRZTE OHNE GRENZEN** Schutz:  
Mit **51 Euro** können wir zum Beispiel 22 Kinder gegen Diphtherie, Keuchhusten und Wundstarrkrampf impfen.

Private Spender\*innen ermöglichen unsere unabhängige Hilfe – jede Spende macht uns stark!



Spendenkonto:  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00  
BIC: BFSWDE33XXX

[www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden](http://www.aerzte-ohne-grenzen.de/spenden)



**MEDECINS SANS FRONTIERES**  
**ÄRZTE OHNE GRENZEN e.V.**  
Träger des Friedensnobelpreises





  
 Spende und werde  
 ein Teil von uns.  
[seenotretter.de](http://seenotretter.de)

Einsatzberichte, Fotos, Videos und  
 Geschichten von der rauen See erleben:


 #teamseenotretter

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

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

elbbüro Stefanie Hoffmann **Chiffre** (Nr. der Anzeige entnehmen)  
 Bismarckstr. 2 • 20259 Hamburg oder [anzeigen@elbbuero.com](mailto:anzeigen@elbbuero.com).

## MEDIZINTECHNIK

**AMT**  
 Abken Medizintechnik



**Die größte Markenvielfalt  
 Norddeutschlands vereint  
 unter einem Dach!**

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



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

### Das AMT Abken-Team freut sich auf Sie!

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

**AMT Abken Medizintechnik GmbH**  
 Langenharmer Weg 219 • 22844 Norderstedt  
 Tel.: 040 - 180 102 82 • [info@amt-abken.de](mailto:info@amt-abken.de)

**PHILIPS**

**SAMSUNG**

**SIEMENS**  
 Healthineers

**NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN Heft Nr. 07/08 21. Juni 2021**

## 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](mailto:mail@kanzleidelta.de)  
[www.kanzleidelta.de](http://www.kanzleidelta.de)

**meditaxa**  
 Group

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](mailto:mail@kk-recht.de)  
[www.kk-recht.de](http://www.kk-recht.de)

## KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

### IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:  
Esther Geisslinger, Martin Geist, Uwe Groenewold,

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

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

Anzeigenmarketing und -verwaltung  
elbbüro anzeigenagentur,

Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg  
Telefon 040 33 485 711

Fax 040 33 485 714

anzeigen@elbbuero.com

www.elbbuero.com

Anzeigenleitung: Stefanie Hoffmann

Zurzeit ist die Anzeigenpreisliste  
Nr. 7/2021 gültig.

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

#### Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

#### Vorstand

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

#### Geschäftsführung

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

#### Ärztliche Weiterbildung

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

#### Rechtsabteilung

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

#### Qualitätsmanagement

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

#### Akademie der Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

#### Ärztliche Angelegenheiten

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

#### Facility Management und Gästehaus

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

#### Schleswig-Holsteinisches Ärzteblatt

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

#### Mitgliederverzeichnis/Ärzttestatistik

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

#### Finanzbuchhaltung

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

#### IT-Abteilung

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

#### Personalabteilung

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

#### Strahlenschutz/Ärztliche Stellen

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

#### Krebsregister Schleswig-Holstein Vertrauensstelle

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

#### Versorgungswerk der

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

Vorsitzender des Verwaltungsrates  
Bertram Bartel

Vorsitzender des Aufsichtsrates  
Dr. Dr. jur. Hans-Michael Steen

#### Geschäftsführung

Harald Spiegel  
Telefon 04551 803 911  
sekretariat@vaesh.de  
Mitgliederservice  
Telefon 04551 803 900  
Fax 04551 803 939  
mitglieder@vaesh.de

# AKIS

Der Service Ihrer  
Ärztekammer  
online:

Das Ärztekammer-  
Informations-System  
(„AKIS“) ist eine On-  
line-Kommunikations- und Service-  
Plattform der 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](http://www.aeksh.de) unter  
Login. Bei Fragen wenden Sie sich gern  
telefonisch an das Mitgliederverzeichnis  
oder per Mail an [mitglied@aeksh.de](mailto:mitglied@aeksh.de)

## FACHBERATER

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



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

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



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

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

Rechtsanwälte  
Barth u. Dischinger  
Kanzlei für Medizinrecht  
PartG mbB

**RA Hans Barth**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtenauer Straße 94  
24105 Kiel  
Tel.: 0431-564433

**RA Jan Dischinger**  
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

**RAin Sabine Barth**  
Fachwältin f. Medizinrecht

info@medrechtspartner.de  
www.medrechtspartner.de

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

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

**Rohwer & Gut**

Partnerschaftsgesellschaft mbB,  
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



## Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

# Uneingeschränkte Aufmerksamkeit: Stellenanzeigen im Ärzteblatt

