



Rente: Thema für jung und alt

Das Versorgungswerk plädiert für eine frühe Auseinandersetzung mit der Altersvorsorge. Interview mit der Spitze des Versorgungswerkes zu den Leserbriefen.

Seiten 10 – 17

Ärztezentrum

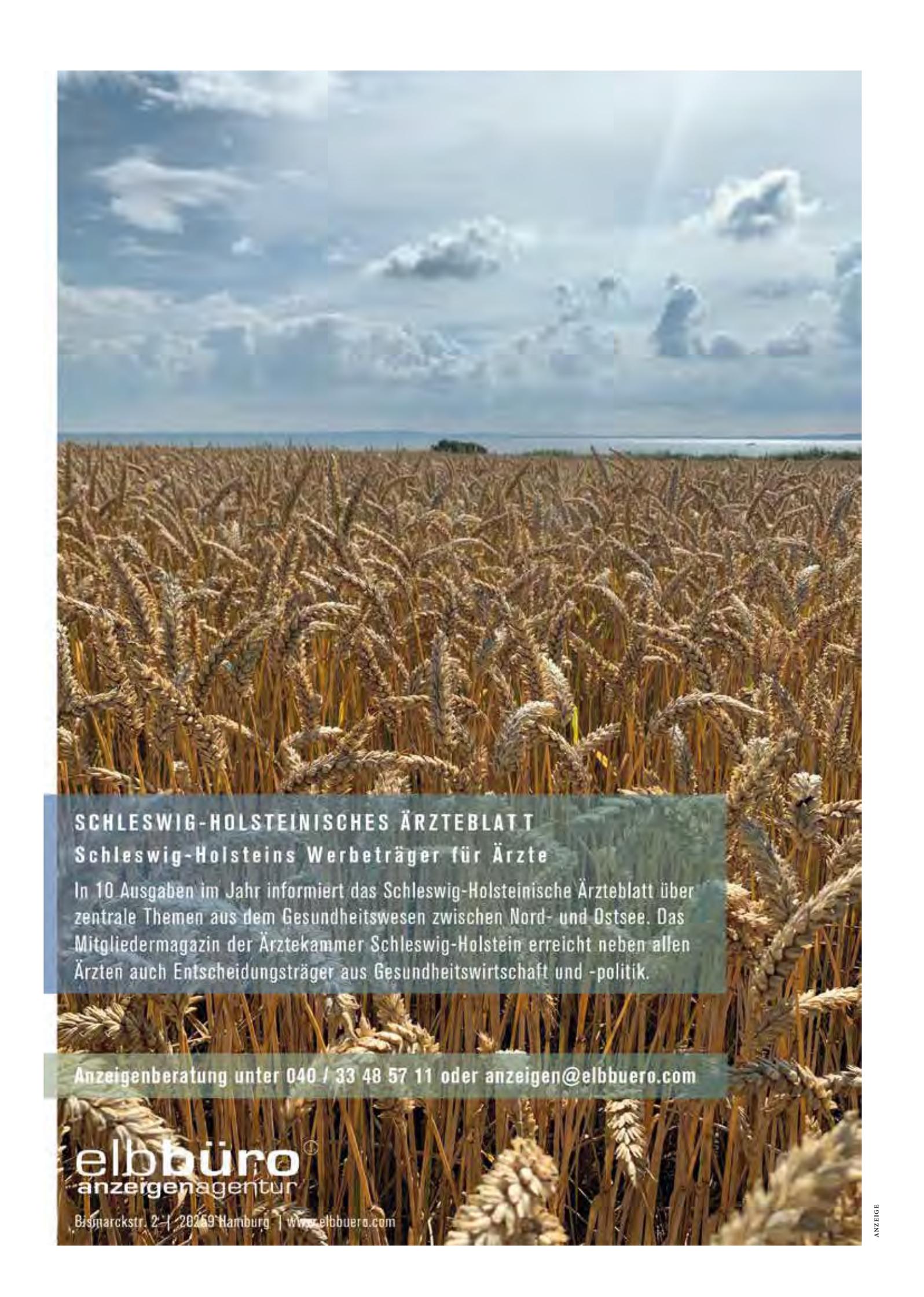
Die kommunale Eigeneinrichtung in Büsum ist privatisiert
Seiten 20 – 21

KVSH

Abgeordnetenversammlung wählt ein Vorstandstrio
Seite 19

Gynäkologie

Jahrestagung des Berufsverbandes in Rendsburg
Seiten 40 – 41



SCHLESWIG-HOLSTEINISCHES ÄRZTEBLATT
Schleswig-Holsteins Werbeträger für Ärzte

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

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

elbbüro ©
anzeigenagentur

Bismarckstr. 2 | 20269 Hamburg | www.elbbuero.com

Gegen jede Ausgrenzung

Vor drei Jahren sind wir in der Märzausgabe unseres Ärzteblatts ausführlich im Rahmen der Internationalen Wochen gegen Rassismus auf Formen der Diskriminierung auch im ärztlichen Kontext eingegangen. Wir haben damit ein deutliches Zeichen gegen jede Form der Ausgrenzung gesetzt und uns klar als Ärztekammer positioniert.

Drei Jahre später ist das Thema in Deutschland aktueller denn je vor dem Hintergrund einer zunehmenden gesellschaftlichen Polarisierung bis hin zu extremistischen Zügen. Erst eine Pressemeldung schaffte ein Bewusstsein, dass solche extremen Haltungen für eine Demokratie nicht hinnehmbar sind. Seitdem setzen sich sehr viele Menschen offen und nachhaltig für unsere freiheitliche demokratische Grundordnung und gegen jegliche extremistischen Entwicklungen ein.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein und ihr Vorstand unterstützen aus dem ärztlichen Selbstverständnis und Wertekanon heraus ausdrücklich den Einsatz für unsere Demokratie und gegen jegliche Ausgrenzung. Wir werden nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren unsere ärztlichen Pflichten beeinflussen.

Das gilt nicht nur unseren Patientinnen und Patienten gegenüber, sondern auch allen Mitarbeitenden im Gesundheitswesen. Wir sind froh, dass uns viele Fachkräfte aus der ganzen Welt in der stationären und ambulanten Versorgung unterstützen, sie alle sind uns sehr willkommen und integraler Bestandteil unserer Wertegemeinschaft. Dazu gehören die unverletzlichen Menschenrechte und Menschenwürde, die in unserer Verfassung hinterlegt sind und Ausdruck unserer ärztlichen Ethik und Profession darstellen.

Jegliche Form von Diskriminierung, Extremismus, Fremdenfeindlichkeit und Hass ist für uns nicht vereinbar mit unseren Wertevorstellungen und demokratischem Verständnis. Das gilt auch im besonderen Maße für unsere demokratisch legitimierte ärztliche Selbstverwaltung. Zu dieser eindeutigen Positionierung steht unsere Ärztekammer jetzt und in Zukunft.

Freundliche Grüße

Ihr



Prof. Henrik Herrmann

PRÄSIDENT



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

„Wir sind froh, dass uns viele Fachkräfte aus der ganzen Welt in der stationären und ambulanten Versorgung unterstützen, sie alle sind uns sehr willkommen.“



Inhalt

NEWS	6	GESUNDHEITSPOLITIK	18	Therapie mit CAR-T-Zellen	38
Day Care Unit am UKSH	6	KV Abgeordnetenversammlung	18	FORTBILDUNGEN	40
Debatte um Versorgungssicherungsfonds	6	Der neue KV-Vorstand ist gewählt	19	Jahrestagung der Gynäkologen	40
Drug-Checking überzeugt Ausschuss	6	Das Ärztezentrum Büsum ist privatisiert	20	Externe Fortbildungstermine	42
Neuer Standort für die Luftrettung	7	Erste Beschlüsse der GMK in 2024	22	Termine aus der Akademie	43
Land will Regio Kliniken unterstützen	7	Gesundheitspolitik im Sozialausschuss	23	MITTEILUNGEN DER ÄRZTEKAMMER	44
AKTUELLES	8	Kardiologen über ihren Wechsel zu Asklepios nach Bad Oldesloe	24	ANZEIGEN	46
TITELTHEMA	10	Palliativtagung in Ostholstein	26	TELEFONVERZEICHNIS/IMPRESSUM	50
Interview zum Versorgungswerk: Petra Struve und Bertram Bartel	10	Interview: Dr. Klaus Böhme	28		
Gastbeitrag von Harald Spiegel	14	Tag des Gesundheitsamtes	30		
LESERBRIEFE	17	PERSONALIEN	32		
		MEDIZIN UND WISSENSCHAFT	35		
		Herzkongress in Hamburg	35		
		Neues aus der Diabetesforschung	36		

20



Festgehalten

von Dirk Schnack

Eigene Praxis statt angestellt bei der Kommune

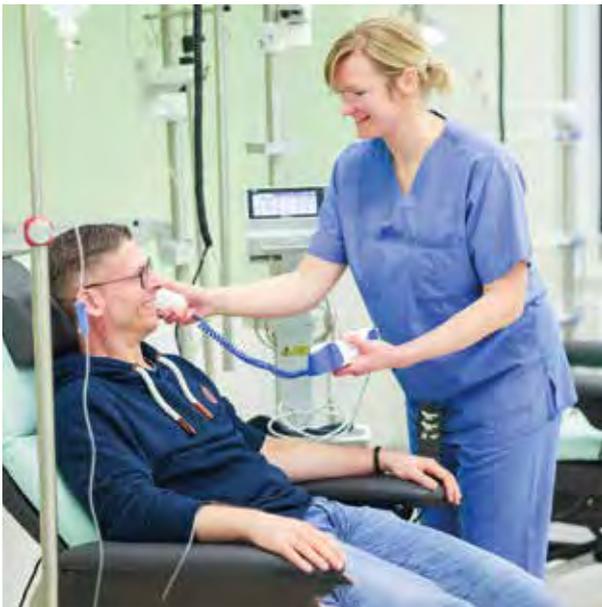
Dr. Klaas Lindemann hat den Schritt in die Selbstständigkeit gewagt. Zusammen mit seinen Kolleginnen Astrid Ewald und Kerstin Weiser-Hagelstein übernahm der Allgemeinmediziner die Kassenarztsitze in der kommunalen Eigeneinrichtung Büsum. Damit sorgten sie für eine Re-Privatisierung des Ärztezentrums und für ein bundesweites Novum. Für Lindemann ist der Schritt noch aus einem anderen Grund besonders: Schon sein Vater Dr. Arno Lindemann war an gleicher Stelle niedergelassen – damals noch in Einzelpraxis. Sein Sohn bevorzugt die Teamarbeit.

Day Care Unit am UKSH

Das UKSH startet als eine der ersten Kliniken in Deutschland mit der Krankenhaustagesbehandlung. Patienten am UKSH-Campus in Kiel können jetzt das stationäre Leistungsspektrum in Anspruch nehmen, ohne in der Klinik zu übernachten.

„Damit reagieren wir auf den medizinischen Fortschritt, in dessen Folge viele Erkrankungen ohne längeren Aufenthalt in der Klinik versorgt werden können“, sagte UKSH-Chef Prof. Jens Scholz. Sein Haus sieht in seiner „Day Care Unit“ eine Möglichkeit, sich flexibel an Patientenbedürfnisse anzupassen und zugleich die Pflegekräfte zu entlasten.

Die Krankenhaustagesbehandlung soll nur nach intensiver Aufklärung empfohlen werden. Auch Mischformen sind möglich: Patienten können zunächst vollstationär versorgt werden und anschließend in die tagesstationäre Behandlung wechseln. Die Behandlungsqualität soll sich nicht ändern. Bei Komplikationen werden Patienten unverzüglich wieder vollstationär aufgenommen. Eine Potenzialanalyse des UKSH ergab, dass theoretisch jeder zehnte Patient im Haus für die Krankenhaustagesbehandlung in Frage kommt. (PM/RED)



Umstrittene Kürzungen am Versorgungssicherungsfonds

Die Landesregierung plant, die im Versorgungssicherungsfonds zur Verfügung stehende Summe ab 2026 um rund die Hälfte zu kürzen, die Opposition ist dagegen. Nach einer Landtagsdebatte wurde allerdings keine Entscheidung getroffen. Stattdessen will man sich in Ausschüssen weiter beraten. Deutlich wurde in der Debatte, dass alle Parteien hinter dem Fonds stehen. „Das war eine wirklich gute Idee und die tatsächliche Umsetzung durch die Jamaika-Koalition ein kluger Schritt“, sagte CDU-Gesundheitspolitiker Hauke Hansen, der auch Zahlen nannte: 2023 standen 5,95 Millionen Euro zur Verfügung, von denen 3,7 Millionen Euro nicht abgerufen wurden. Zur Begründung der Kürzungen sagte Hansen: „Wir haben ein gewaltiges Haushaltsdefizit. In diesem Jahr müssen insgesamt 100 Millionen Euro eingespart werden.“ Jasper Balke von den Grünen nannte die geplanten Kürzungen „selbstverständlich und ohne Frage schmerzhaft, aber im Verhältnis noch vertretbar“. Dr. rer. pol. Heiner Garg (FDP) dagegen warnte vor Kürzungen und erinnerte an Projekte wie eQuaMaDi, die Ausbildung der ersten Physician Assistants oder die virtuelle Diabetesambulanz für Kinder, die alle als Erfolgsmodell gelten und aus dem Fonds gefördert wurden. (PM/RED)

Chancen für Drug-Checking steigen

Die Politik in Schleswig-Holstein steht einem Modellvorhaben zum „Drug-Checking“ aufgeschlossen gegenüber. Bei einer Anhörung im Sozialausschuss des Landtages blieb offen, wann und zu welchen Kosten ein Modellversuch starten wird. Die Anhörung war nach einem Antrag der Fraktionen von FDP und SSW für ein entsprechendes Modellvorhaben erfolgt.

Vertreter aus der Suchtberatung und weitere Experten sprachen sich im Ausschuss für die Möglichkeit kostenloser und anonymer Drogentests als Präventionsmaßnahme aus. Aus Sicht der Landesarbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein unterstreicht die Zahl der Drogentoten den Handlungsbedarf. 56 Drogentote gab es 2022 in Schleswig-Holstein, zehn Jahre zuvor waren es noch 26. Von den Tests erhoffen sich die Antragsteller, dass die Risiken für die Konsumenten sinken, weil damit gestreckte Drogen oder Überdosierungen erkannt werden. Der Kieler Verein Odyssee bietet solche mobilen Tests etwa auf Festivals bereits in Thüringen an und könnte dies auch in Schleswig-Holstein umsetzen. Deutlich wurde in der Anhörung, dass es bei den Tests stets nur um die einzelne Droge des jeweiligen Konsumenten gehe. (PM/RED)

KAMMERNEWS

Der Newsletter der Ärztekammer Schleswig-Holstein

- ✓ Politik & Kammerlandschaft
- ✓ Seminare für Ärztinnen und Ärzte
- ✓ Seminare für Medizinisches Assistenzpersonal
- ✓ Ausbildung der Medizinischen Fachangestellten
- ✓ Notfallmedizin

www.aeksh.de/kammernews



Vierter Standort für Luftrettung

Schleswig-Holstein bekommt einen zusätzlichen Standort für die Luftrettung. Ab 1. Juli 2024 soll die ADAC Luftrettung vom Flugplatz „Hungriger Wolf“ in der Nähe von Itzehoe den Tagflugbetrieb sicherstellen. Es wäre der vierte Luftrettungsstandort im Bundesland. Weitere Rettungshubschrauber starten von Niebüll, Rendsburg und Siblin aus. Wie das Kieler Gesundheitsministerium mitteilte, sollen außerdem die Einsatzzeiten an der Station am Krankenhaus in Niebüll ausgeweitet werden. Dort wird der Hubschrauber künftig rund um die Uhr im Einsatz sein. Bislang ist der Rendsburger Standort der einzige im Land mit durchgängigen Einsatzzeiten gewesen. Beide 24/7-Standorte werden von der Deutschen Rettungsflugwacht (DRF) betrieben. In Siblin ist ein vom Bundesinnenministerium betriebener Zivilschutz-Hubschrauber im Einsatz. „Gerade bei Patientinnen und Patienten mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung, wie einem Herz-Kreislauf-Stillstand oder einem Schädel-Hirn-Trauma, ist eine schnelle klinische Versorgung notwendig. Hier kann die Luftrettung zur Versorgung und Überbrückung längerer Transportwege in eine geeignete Behandlungseinrichtung beitragen“ begründete Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken (CDU) die schon im Koalitionsvertrag angekündigte Ausweitung.

Träger der Luftrettung ist das Land Schleswig-Holstein, das damit auch über die Standorte der Rettungshubschrauber zu entscheiden hat. In diesem Jahr war die Leistungserbringung neu ausgeschrieben worden. Das Land stützte sich bei seiner Entscheidung auf ein externes Gutachten zur Luftrettung. Die Festlegung erfolgte im Benehmen mit den Kostenträgern und den bodengebundenen Rettungsdienstträgern. (PM/RED)



Schnelle Hilfe aus der Luft: Künftig starten die fliegenden Gelben Engel der gemeinnützigen ADAC Luftrettung vom neu in Schleswig-Holstein geschaffenen Luftrettungsstandort „Hungriger Wolf“ bei Itzehoe zu ihren Einsätzen.

Elmshorn kann mit Landesunterstützung rechnen

Die Landesregierung Schleswig-Holstein wird den geplanten Neubau des Zentralklinikums der Regio Kliniken in Pinneberg-Nord unterstützen. Dies sagte Ministerpräsident Daniel Günther (CDU) im Februar bei einem Besuch der Regio Kliniken zu (Foto unten). Günther sprach bei seinem ersten Besuch in dem Haus mit der Geschäftsleitung, Mitarbeitenden und Patienten. „Ich habe ein sehr engagiertes und motiviertes Team erlebt und eine zukunftsorientierte medizinische Versorgung, die im bevölkerungsreichsten Kreis Schleswig-Holsteins eine ganz wichtige und entscheidende Rolle spielt“, sagte Günther anschließend. Er versicherte: „Die Landesregierung steht hinter den Plänen für ein Zentralklinikum, die wir in jedem Fall unterstützen werden. Wir

investieren vorausschauend in Innovationen und die Infrastruktur unseres Landes – dazu gehört auch die Verwirklichung des geplanten neuen Klinikums für die Region.“

Klinikgeschäftsführerin Regina Hein nannte den Besuch „ein sehr positives Zeichen“, sie zählt bei der Realisierung des Zentralklinikums auf politische und finanzielle Unterstützung des Landes. Gesellschafter des Krankenhauses sind die Sana Kliniken AG und der Kreis Pinneberg. Der geplante Neubau soll, wie berichtet, die beiden bisherigen Standorte in Pinneberg und Elmshorn an zentraler Stelle ersetzen und rund 767 stationäre Planbetten und 104 tagesklinische Plätze umfassen. Regio rechnet mit einer Zeitspanne von rund acht Jahren bis zur Einweihung. (PM/RED)



Statement gegen Extremismus

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein verfolgt mit großer Sorge und Aufmerksamkeit die aktuellen Entwicklungen und das Erstarren demokratie- und verfassungsfeindlicher Gruppierungen in Deutschland. Jegliche Formen von Ausgrenzung, Diskriminierung, Extremismus und Antisemitismus verurteilen wir aufs Schärfste.

Unsere flächendeckenden Strukturen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung in Deutschland wären ohne die Kolleginnen und Kollegen mit Zuwanderungsgeschichte nicht vorstellbar. Sie bereichern tagtäglich auch die wissenschaftliche Forschung, den Öffentlichen Gesundheitsdienst und den Sanitätsdienst der Bundeswehr.

In diesem Zusammenhang ist sich die Ärztekammer Schleswig-Holstein ihrer Verantwortung für ihre Mitglieder aus 104 Ländern bewusst und wird bei Angriffen gegen diese stets ihre Stimme erheben.

Diversität, Vielfalt und Respekt sind integrale Bestandteile der Arbeit der Ärztekammer. Gestützt werden diese Werte durch das Gener Gelöbnis unserer Mitglieder. Als Ärztinnen und Ärzte stehen wir für Menschlichkeit und für humanistische Werte. Dazu gehört grundlegender Respekt für Menschen und deren Würde.

Miteinander für Toleranz und Vielfalt
Der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein



Der Vorstand der Ärztekammer Schleswig-Holstein: Dr. Victoria Witt, Hannah Teipel, Prof. Henrik Herrmann (Präsident), Prof. Doreen Richardt, LL.M., Dr. Gisa Andresen (Vizepräsidentin), Dr. Christine Schwill und Anne Schluck (v.l.n.r.)

#niewiederistjetzt
#lebenimdienstdermenschlichkeit
#miteinanderfürtoleranzundvielfalt
#kammergegenextremismus

WELTÄRZTEBUND DEKLARATION VON GENÈVE



DAS ÄRZTLICHE GELÖBNIß

ALS MITGLIED DER ÄRZTLICHEN PROFESSION GELOBE ICH FEIERLICH, MEIN LEBEN IN DEN DIENST DER MENSCHLICHKEIT ZU STELLEN.

DIE GESUNDHEIT UND DAS WOHLERGEHEN MEINER PATIENTIN ODER MEINES PATIENTEN WERDEN MEIN OBERSTES ANLIEGEN SEIN.

ICH WERDE DIE AUTONOMIE UND DIE WÜRDE MEINER PATIENTIN ODER MEINES PATIENTEN RESPEKTIEREN. ICH WERDE DEN HÖCHSTEN RESPEKT VOR MENSCHLICHEM LEBEN WAHREN.

ICH WERDE NICHT ZULASSEN, DASS ERWÄGUNGEN VON ALTER, KRANKHEIT ODER BEHINDERUNG, GLAUBE, ETHNISCHER HERKUNFT, GESCHLECHT, STAATSANGEHÖRIGKEIT, POLITISCHER ZUGEHÖRIGKEIT, RASSE, SEXUELLER ORIENTIERUNG, SOZIALER STELLUNG ODER JEDLICHER ANDERER FAKTOREN ZWISCHEN MEINE PFLICHTEN UND MEINE PATIENTIN ODER MEINEN PATIENTEN TRETEN.

ICH WERDE DIE MIR ANVERTRAUTEN GEHEIMNISSE AUCH ÜBER DEN TOD DER PATIENTIN ODER DES PATIENTEN HINAUS WAHREN.

ICH WERDE MEINEN BERUF NACH BESTEM WISSEN UND GEWISSEN, MIT WÜRDE UND IM EINKLANG MIT GUTER MEDIZINISCHER PRAXIS AUSÜBEN.

ICH WERDE DIE EHRE UND DIE EDLEN TRADITIONEN DES ÄRZTLICHEN BERUFES FÖRDERN.

ICH WERDE MEINEN LEHRERINNEN UND LEHRERN, MEINEN KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN UND MEINEN SCHÜLERINNEN UND SCHÜLERN DIE IHNEN GEBÜHRENDE ACHTUNG UND DANKBARKEIT ERWEISEN.

ICH WERDE MEIN MEDIZINISCHES WISSEN ZUM WOHLERGEBEN DER PATIENTIN ODER DES PATIENTEN UND ZUR VERBESSERUNG DER GESUNDHEITSVERSORGUNG TEILEN.

ICH WERDE AUF MEINE EIGENE GESUNDHEIT, MEIN WOHLERGEHEN UND MEINE FÄHIGKEITEN ACHTEN, UM EINE BEHANDLUNG AUF HÖCHSTEM NIVEAU LEISTEN ZU KÖNNEN.

ICH WERDE, SELBST UNTER BEDROHUNG, MEIN MEDIZINISCHES WISSEN NICHT ZUR VERLETZUNG VON MENSCHENRECHTEN UND BÜRGERLICHEN FREIHEITEN ANWENDEN.

ICH GELOBE DIES FEIERLICH, AUS FREIEN STÜCKEN UND BEI MEINER EHRE.



OFFIZIELLE DEUTSCHE ÜBERSETZUNG DER DEKLARATION
VON GENÈVE AUTORISIERT DURCH DEN WELTÄRZTEBUND.

© The World Medical Association



„Unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt“

VERSORGUNGSWERK Warum fiel die aktuelle Anpassung der Altersbezüge nicht höher aus? Solche und ähnliche Fragen stellten Mitglieder auch in Leserbriefen. Petra Struve, Vorsitzende des Aufsichtsrates, und Bertram Bartel, Vorsitzender des Verwaltungsrates des Versorgungswerkes, äußern sich im Interview mit Dirk Schnack zu aktuellen Fragen rund um die Altersvorsorge.

Unsere Welt scheint im Umbruch zu sein und viele Menschen machen sich Gedanken, ob ihre Altersvorsorge in späteren Jahren noch ausreicht. Sind diese Ängste auch beim Versorgungswerk angebracht, ist die Satzung des Werkes auf die aktuellen gesellschaftlichen Verhältnisse noch richtig zugeschnitten?

Petra Struve: Jüngere haben in unserer krisengeschüttelten Zeit oftmals auch bezüglich der Altersversorgung wenig Zuversicht in die Zukunft. Das ist bei unserem System nicht angebracht, unsere Leistungen sind solide finanziert. Wir sind keine Steuereintreiber, benötigen aber für den Aufbau von Anwartschaften auch Beiträge. Manche Mitglieder sollten dies vermehrt berücksichtigen.

Eine Satzung kann nicht statisch sein, sondern muss sich ständig den Gegebenheiten anpassen. Wir haben 2019 unsere Satzung grundlegend überarbeitet und sind damit auf Höhe der Zeit. Wir haben bereits wieder einige Themen gesammelt, die in die nächste Satzungsrevision Einfluss finden werden, die mittelfristig angegangen werden muss.

Bertram Bartel: Wir haben unsere Kapitalanlage in den letzten Jahren stark diversifiziert, die Zahl der Finanzinstrumente und Fonds ist beträchtlich gestiegen. Die erfolgten Investitionen vermehrt in Sachwerte sind aber im jetzigen Zinsumfeld nicht unproblematisch, Bewertungen von Immobilien z.B. sinken. Die Berücksichtigung von Nachhaltigkeitsaspekten hat aktuell einen hohen Stellenwert gewonnen.

In Leserbriefen wurde gefragt, weshalb die Rentenerhöhungen im Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein hinter der allgemeinen Preissteigerung zurückbleiben. Woran liegt es?

Struve: Ich kann verstehen, dass einige unserer Rentnerinnen und Rentner mit den geringen Anhebungen der Renten unzufrieden sind, da unbestreitbar ein Kaufkraftverlust besteht. Anders als berufstätige Beitragszahlende Mitglieder haben die meisten Rentenbezieher keine Möglichkeit, ihr Einkommen durch Erwerbseinkünfte zu steigern. Von daher ist die geäußerte Kritik für uns nicht unerwartet.

Die Entscheidungen bezüglich der Rentenerhöhungen werden nicht willkürlich getroffen, sondern berücksichtigen wirtschaftliche Rahmenbedingungen. Hierbei hat für uns allerdings strategisch Vorrang, das Versorgungswerk trotz lange anhaltender Niedrigzinsphase krisenfest leistungsfähig zu halten.

Das Problem niedriger Kapitalerträge ist keineswegs mit dem zwischenzeitlichen Zinsanstieg erledigt. Der Umstand langfristig niedriger Renditen hat uns – der Versicherungsmathematiker war da treibende Kraft – auch zu einer im Wesentlichen aus wachsenden Beiträgen finanzierten Reservebildung gezwungen, die natürlich Potenzial für Rentenerhöhungen entzogen hat. Eine gewünschte Abschmelzung dieser Reserve zugunsten höherer Renten würde bei weiter problematischem Anlageumfeld allerdings die Solidität der Gesamtfinanzierung gefährden. Bei steigenden Mitglie-

derzahlen und damit steigendem Anlagevolumen ist sogar ein weiterer Aufbau der Rücklage erforderlich.

Wir müssen stets das Ganze – Rentner und Anwärter – im Blick haben, denn unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt. Die Zusammenhänge sind natürlich komplex. An Vorschlägen für höhere Renten mangelt es nicht, sie sind aber nicht beliebig fundiert.

Bartel: In unserem System kann jeder Euro nur einmal ausgegeben werden. Wir erreichen eine hohe Eingangsrente, weshalb die Spielräume bei Anpassungen dann geringer sind. Letztlich wären die Wünsche der Kolleginnen und Kollegen nach jetzt höheren Renten nur realisierbar, wenn dies nachfolgende niedrigere Renten bzw. Anwartschaften kompensieren. Eine stärkere Erhöhung der Renten als der Anwartschaften wäre für den Bereich der Grundversorgung mit dem bestehenden hohen Grad an Solidartransfers von Beitragszahlern zu Rentenempfängern nicht unproblematisch und würde unweigerlich zu einem Verteilungskampf führen. Denn bezüglich Renten und Anwartschaften sitzen bisher alle in einem Boot. Und die zusätzlich verteilbare Masse stellt aktuell vor allem die Summe der von den Anwärtern aufgebrauchten steigenden Beiträge dar. Wir müssen die Generationengerechtigkeit immer im Blick behalten.

Von Mitgliedern wird z.B. der hohe Kapitalbestand infrage gestellt, obwohl gerade durch den hohen Grad von Kapitaldeckung unter Nutzung des Zinseszinses hohe Renten – und zwar nachhaltig auch für die



„Wir müssen stets das Ganze — Rentner und Anwärter — im Blick haben, denn unser Versorgungswerk ist auf ewig angelegt.“

PETRA STRUVE

Anwärter – möglich werden. Das in der Bilanz für die Erfüllung der Rentenansprüche reservierte Kapital ist daher keine beliebig einsetzbare Verteilungsmasse. Und die Kapitalerträge sind entgegen der Annahme von Mitgliedern keine komplett verbrauchbare Geldmenge, da sie natürlich ein unverzichtbarer Baustein in der Gesamtrechnung sind.

Könnten Sie Ihr System nicht ändern, damit die Renten kaufkraftstabil gehalten werden können?

Bartel: Eine Kaufkraftstabilität wäre nur zu erreichen, wenn der Beitragsanstieg und gleichzeitig der über 4 % hinausgehende Kapitalertrag die Höhe der Preissteigerung erreichen könnten. Das ist bei einer starken Inflation mit negativem Realzins völlig illusorisch. Selbst die als Umlagesystem finanzierte DRV kann im besten Fall beitragsgetrieben nur die Lohnentwicklung nachvollziehen und lag mit der Rentenerhöhung hinter der Inflation zurück.

Wenn wir bei uns ein Umlagesystem – nachhaltige Demografie vorausgesetzt – etablieren würden, könnten natürlich Rentenerhöhungen mit dem Beitragswachstum stärker ausfallen. Die Anfangsrente wäre aber absolut deutlich niedriger als bisher, da der Zinseszins als Motor hoher Rentenleistungen entfallen würde. Die Wirkung des hohen Grades an Kapitaldeckung sollte nicht geringgeschätzt werden.

In letzter Zeit gab es ja einige Beschwerden, auch Abschläge bei vorzeitigem Rentenbeginn wurden angezweifelt....

Struve: Wir haben uns mit diesen Beschwerden eingehend beschäftigt. Die meiste Kritik ist konstruktiv und wir setzen uns dann gerne mit den gestellten Fragen auseinander. In Einzelfällen haben wir es aber auch so wahrgenommen, dass nicht jeder oder jede zuhören wollte oder für Informationen oder Argumente zugänglich war. Das finden wir schade, ist aber zum Glück bei der großen Mehrheit ganz anders.

Thematisiert wurde zum Beispiel das differenzierte System von Abschlägen der Höherversicherung bei vorzeitigem Rentenbeginn – das wurde von unserem Versicherungsmathematiker berechnet. Natürlich muss in einem rein kapitalgedeckten System beim Vorziehen der Rente die fehlende Verzinsung einbezogen werden und dann der danach resultierende Betrag an die längere Bezugsdauer angepasst werden.

Die Zinskomponente wirkt sich bei der Höherversicherung mit Beiträgen vor 2019 mit der zugesagten Verzinsung von 4 % natürlich stärker aus als bei der aktuellen Version mit nur noch 2,5 % Verzinsung. Erhöhungen auf Basis des Kapitalertrags fallen durch den gleichen Mechanismus bei 2,5 % Verzinsung ebenfalls leichter als bei 4 %. Der ausgewiesene, teils „krumme“ Wert der Abschläge pro Monat ist als Qualitätsmerkmal einer genauen Berechnung zu werten. Die bei der DRV verwandten fixen 0,3 % Abschlag dürften mutmaßlich Ergebnis einer politischen Glättung sein.

Die Systematik in der Grundversorgung mit den vielen solidarischen Leistungen ist different, weswegen dort andere Werte für Abschläge bei vorgezogener Rente resultieren.

Bartel: Auch das System des „Generationenfaktors“ von 2 % Rentenabsenkung pro Jahrgang jenseits 1948 für Grund- und Höherversicherung wird als nicht erforderlich infrage gestellt. Die aktuell verwendeten Sterbetafeln der Mitglieder berufständischer Versorgungswerke belegen eine hohe Lebenswartung ihrer Mitglieder, sie liegt deutlich über den Werten der gesamten Bevölkerung. Sie steigt jahrgangsweise und mutmaßlich noch weiter. Die Tendenz ist da eindeutig, kurze betrachtete Zeiträume der Allgemeinbevölkerung aus den Corona-Jahren mit scheinbar gegenteiligen Werten sind diesbezüglich irrelevant. Die Abschläge sollen dazu führen, dass die erwartete Längerlebigkeit von den jeweiligen Jahrgängen finanziert wird. Die Summe der erhaltenen Rentenzahlungen soll dadurch je Jahrgang gleich bleiben. Ohne diese Regelung wäre bei Etablierung der aktuellen



„Wir müssen unser Versorgungswerk und dessen Regelwerk besser erklären und Wissen bereits bei jüngeren Mitgliedern aufbauen.“

BERTRAM BARTEL

Sterbetafeln eine Reservierung höherer Beiträge für Renten jüngerer Jahrgänge erforderlich geworden, was zu Rentenabsenkungen für alle und damit gerade auch für Ältere geführt hätte.

Warum muss das so kompliziert sein?

Bartel: Es ist komplex, das stimmt. Aber wenn es gerecht sein soll, muss es differenziert sein, das geht nicht anders. Das gilt besonders wegen der grundsätzlich unterschiedlich finanzierten Systeme der verpflichtenden Grundversorgung und der freiwilligen Höherversicherung, die sich jeweils selbstständig tragen müssen.

Struve: In einem weiteren Leserbrief wurde auf tendenziell sinkende Rentenerhöhungen nach 2010 hingewiesen, was korrekt ist. Der Zusammenhang mit der Finanzmarktkrise 2008 und in der Folge sinkenden Kapitalrenditen wurde aber nicht hergestellt, obwohl sie sich seitdem nachhaltig verringert haben.

Aus Sicht der Kolleginnen und Kollegen im Rentenbezug tun wir nicht genug. Inhaltlich ist das aber nicht so, mehr ist nicht drin. Die von manchen Mitgliedern geforderte Abweichung zu Gunsten Einzelner zum Ausgleich vermeintlicher individueller Härten ist nicht in der Satzung vorgesehen. Inhaltlich wäre dies nicht vertretbar und auch nicht zielführend. Der Begriff der Härte ist beliebig dehnbar.

Einige Mitglieder wünschen sich einen Vergleich zu anderen ärztlichen Versor-

gungswerken. Sind die Renten und Renditen woanders höher?

Struve: Die Rentensysteme der einzelnen Versorgungswerke sind systembedingt, satzungsgemäß und von ihrer Historie her sehr unterschiedlich und kaum vergleichbar. Es gibt z.B. rein kapitalgedeckte Systeme, wo ähnlich wie in unserer Höherversicherung finanziert wird. Rentenerhöhungen alleine sagen ohne Kenntnis der Beiträge zum Rentenbeginn nichts aus, bei einem zugrunde gelegten Rechnungszinssatz von nur 3 % können sie ausgehend von niedrigerem Niveau höher sein. Einige Versorgungswerke haben bereits das Regelrentenalter für alle auf 67 Jahre angehoben, dadurch fallen dortige Renten höher aus.

Mit unseren Renditen liegen wir im oberen Drittel der ärztlichen Versorgungswerke, von daher sprechen wir auch von guten Ergebnissen. Dass diese allerdings nicht für große Sprünge bei der Dynamisierung reichen, ist uns klar, das müssen wir unseren Mitgliedern vermitteln.

Stichwort Vermittlung: Wie kommunizieren Sie mit den Mitgliedern des Versorgungswerkes?

Struve: Zum Beispiel mit einer 8-seitigen Mitgliederinfo, die alle relevanten Informationen für die Mitglieder einmal im Jahr bereitstellt. Die wird in Papierform versendet, damit wir alle erreichen können. Wir bauen außerdem unsere Informationen auf der Website des Versorgungswerkes deutlich aus und beantworten einzelne Themen sehr konkret und ausführlich. Wir wollen die Information, Kommunikation und Transparenz gegenüber unseren Mitgliedern noch weiter verbessern, auch durch digitale Angebote mit Simulationsrechnungen für den Rentenbeginn.

Perspektivisch wollen wir proaktiver als in der Vergangenheit arbeiten, indem wir mehr als nur diejenigen beraten, die sich bei uns – meist bei absehbarem Rentenbeginn – melden. Das Ziel ist eine frühzeitige Beschäftigung mit dem Thema „Vorsorgeplanung“, um späteren Lücken vorzubeugen.

Werden die Interessen der Rentner aus Ihrer Sicht in den Gremien des Versorgungswerkes ausreichend berücksichtigt? Was halten Sie von einem „Rentnerbeirat“?

Struve: Die Interessen der Rentnerinnen und Rentner werden in unseren Gremien im Rahmen des Finanzierbaren berücksichtigt. Trotz des problematischen Kapitalanlageumfelds wurden immer die Renten unter Berücksichtigung der bereits

zugesagten 4 % Kapitalrendite ausgezahlt, wir haben die Renten allerdings nur maßvoll erhöhen können. Ein Rentnerbeirat erscheint nicht erforderlich, die Wünsche der Mitglieder sind klar und auch nachvollziehbar.

Eine Rentenpolitik, die auf die Zufriedenheit nur eines Anteils der Versichertengruppe abzielt, darf aber nicht unser Anspruch sein. Wir können nicht vom Grundsatz der Finanzierbarkeit abweichen. Solidarität hat bei uns Vorrang. Nebenbei sei erwähnt, dass einige Gremienmitglieder den rentennahen Jahrgängen angehören, gerade ausgeschiedene Mitglieder in naher Zukunft Rente beziehen werden und ein Mitglied des Aufsichtsrates bereits seit vielen Jahren zu den Rentnern zählt.

Für die Leistungsfähigkeit der Höherversicherung mit reiner Kapitaldeckung sind nur Kapitalergebnisse relevant, entsprechend gibt es keinerlei Gestaltungsspielraum.

Wie wird sichergestellt, dass Frauen im Versorgungswerk nicht benachteiligt werden?

Struve: Die Höherversicherung ist durch flexible Einzahlungsmöglichkeiten zur Kompensation von Versorgungslücken geradezu ideal, Frauen werden in keiner Form benachteiligt. Trotz nach wie vor höherer Lebenserwartung von Frauen ist die Leistung für beide Geschlechter gleich.

Bartel: Die Berücksichtigung von Kindererziehungszeiten ist eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe und wird entsprechend durch Steuern finanziert. Unsere Mitglieder erwerben dafür Rentenansprüche auf die „Mütterrente“ bei der DRV! Das Angebot ist attraktiv, wir weisen gezielt darauf hin. Wenn wir bei uns entsprechende Leistungen beitragsfinanziert etabliert hätten, würde der Anspruch gegenüber der DRV ersatzlos entfallen.

Struve: Wir sind uns sicher, dass im Versorgungswerk insbesondere nach den letzten Satzungsanpassungen kein Geschlecht benachteiligt wird. Herr Bartel und ich haben eine sehr vergleichbare Erwerbsbiografie und unsere Renten werden nicht weit auseinander liegen.

Was kann aus Ihrer Sicht getan werden, um die Mitglieder besser auf den Ruhestand vorzubereiten?

Bartel: Wir müssen unser Versorgungswerk und dessen Regelwerk besser erklären und Wissen bereits bei jüngeren Mitgliedern aufbauen. Die Beschäftigung mit der Rente erst ab Mitte fünfzig ist zu spät. Denn

nur bei einer längeren Spanne bis zum Renteneintritt bestehen genügend Gestaltungsspielräume. Das ist durchaus schwierig, da die meisten naturgemäß in jungen Jahren mit Weiterbildung, Arbeitsplatzwahl und Familiengründung beschäftigt sind. Wir müssen aber auch selbstkritisch anmerken, dass unsere Mitglieder in früheren Jahren nicht immer so rechtzeitig informiert wurden, wie wir es heute tun. Auf der anderen Seite wurde auch nicht von jedem die gelieferte Information wahrgenommen oder in erforderliche Anpassungen umgesetzt.

Unsere Rente ist als wesentlicher Basisbeitrag zur Existenzsicherung wichtig. Wir müssen unsere Leistungen im Rahmen verschiedener Versorgungserfordernisse wie z. B. Krankheit und Versorgungskomponenten wie weiteren Renten etc. darstellen und einordnen.

Die Berücksichtigung ökologischer Gesichtspunkte auch bei Kapitalanlagen ist vielen Mitgliedern wichtig. Wie berücksichtigen Sie das?

Bartel: Wir stellen uns dieser Herausforderung schon seit geraumer Zeit und haben Kriterien aufgestellt, an die wir uns bei der Anlage des Kapitals halten. Ein Versorgungswerk ist ja schon von seiner Grundphilosophie her auf Nachhaltigkeit angelegt und muss deshalb ein Interesse daran haben, dass ökologische Gesichtspunkte Berücksichtigung finden. Wir wollen schließlich auch in 50 Jahren noch Renten an unsere Mitglieder zahlen. Das ökologische Bewusstsein hat sich in den vergangenen Jahren deutlich verstärkt. Bei Kapitalanlagen in der Vergangenheit war das nicht immer so, und wir durchforsteten unsere Anlagen gezielt danach. Nicht bei jeder Anlage war ein Sofortausstieg möglich oder sinnvoll und wir haben neben der Nachhaltigkeit natürlich auch unsere Renditevorgaben zu erfüllen. Manchmal steht das auch im Widerspruch.

Struve: Die in den Gremien und von Mitgliedern angeschobene Diskussion dazu war für uns sehr hilfreich und hat das Umdenken beschleunigt.

Was hat Sie persönlich bewogen, sich im Versorgungswerk zu engagieren und welche Kenntnisse bringen Sie mit?

Struve: Meine Mentoren in der Familie und im Beruf haben bei mir früh eine Sensibilität für das Thema Altersvorsorge geweckt. In der Zeit der Weiterbildung wurde mir bewusst, wie wichtig Selbstverwaltung und auch persönliches Engagement sind. Durch meine Mitgliedschaft in der

Kammerversammlung und im Finanzausschuss der Kammer reifte der Entschluss, mich im Versorgungswerk stärker zu engagieren, auch nach intensiverem Austausch mit Gremienmitgliedern.

Prinzipiell sind alle ärztlichen Kolleginnen und Kollegen befähigt, in den Gremien des Versorgungswerks mitzuarbeiten. Mir hat geholfen, dass ich meine medizinische Kompetenz in betriebswirtschaftliche Themen im Krankenhaus einbringen konnte. Berufsbegleitend absolvierte ich ein betriebswirtschaftliches Kontaktstudium für Naturwissenschaftler. Meine berufliche Biografie entwickelte sich in diesem Bereich weiter – DRG-System/Medizincontrolling/Personal- und Budgetverantwortung –, sodass mir die Aufbereitung von Zahlen und mathematische Konstrukte vertraut sind.

Bartel: Ich war immer schon an Finanzthemen interessiert und bin deswegen 2001 Mitglied des Finanzausschusses geworden, dem ich dann auch bis 2018 angehörte. Das Engagement im Versorgungswerk 2005 war eine schlüssige Weiterentwicklung. Ich fand die Perspektive interessant, ärztliche Rente mitgestalten zu können. Zudem war ich neugierig, Neues lernen zu können, davon gibt es sehr viel. Das hört auch nie auf.

Aus Erfahrung kann ich berichten, dass eine umfangreiche Einarbeitung in die spezielle Thematik des Versorgungswerks erforderlich ist. Im Krankenhaus habe ich ab 2002 zur Einführung der DRGs das Medizincontrolling aufgebaut, naturgemäß war meine dortige Tätigkeit ebenfalls eng mit wirtschaftlichen Fragestellungen insbesondere auf der Erlösseite verknüpft. Bei Überschneidungen unserer Werdegänge kenne ich Petra Struve bereits seit dieser Zeit.

Wie zeitaufwändig ist das Engagement im Versorgungswerk für die Vorsitzenden?

Struve: Die Wahrnehmung jeder Führungsaufgabe erfordert Engagement und damit auch Zeit. Wer täglich gut ausgefüllte Arbeitstage hat, muss sich gut organisieren und öfter auch einige der freien Tage für das Versorgungswerk „opfern“. Das Engagement wird allerdings durch ein sehr vielfältiges und interessantes Aufgabengebiet belohnt.

Bartel: Im Verwaltungsrat kommen weitere Sitzungen im Bereich der Kapitalanlage und die Bearbeitung der Berufsunfähigkeitsfälle dazu. Das alles ist spannend und erweitert den Horizont.

Vielen Dank für das Gespräch.

Viele tun zu wenig für ihren Ruhestand

VERSORGUNGSWERK Das Versorgungswerk der Ärztekammer wird 60 – und hat noch viel vor. Seine Leistungsfähigkeit hängt allerdings maßgeblich vom Kapitalmarkt ab, wie Geschäftsführer Harald Spiegel in einem Gastbeitrag erläutert.

Warum gibt es ärztliche Versorgungswerke überhaupt? Die 1888 unter Bismarck entstandene gesetzliche Rentenversicherung war im Wesentlichen kapitalgedeckt organisiert. Nach zwei Weltkriegen war ihre Fähigkeit zur Zahlung von Renten jedoch erheblich eingeschränkt. Aus diesem Grund führte die Regierung von Adenauer im Jahr 1957 eine Rentenreform durch. Dabei wurde der „Generationenvertrag“ etabliert: Aus den Beiträgen der jeweils aktuellen Erwerbstätigen werden die Renten der jeweiligen Ruheständler finanziert. Vorteil dieses Umlageverfahrens ist, dass die bei steigenden Löhnen entstehenden Beitragssteigerungen in entsprechende Rentenerhöhungen umgesetzt werden können.

Die Höhe der Rente folgt somit weitgehend der Lohnentwicklung. Kapital muss in diesem System kaum angesammelt werden, die Deutsche Rentenversicherung (DRV) als Trägerin der gesetzlichen Rentenversicherung unterhält lediglich eine Schwankungsreserve. Ein Umlagesystem funktioniert gut, wenn das Verhältnis zwischen Beitragszahlern und Rentenbeziehern konstant bleibt. Adenauer meinte, „Kinder kriegen die Leute immer“. Die Kombination von niedrigen Geburtenraten und steigender Lebenserwartung ist für ein solches System jedoch problematisch, wenn der Anspruch auf ein gleichbleibendes Versorgungsniveau aufrechterhalten werden soll. Entstehende Finanzierungslücken lassen sich nur schließen, wenn entweder die Beiträge überproportional steigen oder der Staat das System mit Zuschüssen unterstützt. So steuert der Bundeshaus-

halt derzeit bereits jährlich mehr als 100 Milliarden Euro bei.

Im Rahmen der Rentenreform 1957 wurden alle Freiberufler aus der gesetzlichen Rentenversicherung ausgeschlossen. Der Staat scheute Belastungen, die durch die Versorgung der Kriegsgenerationen der Freiberufler entstanden wären. Dem lag die Vorstellung zugrunde: „Die Freiberufler schaffen es, ihre Alters- und Berufsunfähigkeitsabsicherung alleine zu organisieren“. In der Folge kam es zur Gründung von Versorgungswerken der freien Berufe. Vorbild war die bereits 1923 gegründete Bayerische Ärzteversorgung, die ihre Geschäftstätigkeit nach dem Zweiten Weltkrieg fortsetzte.

In Schleswig-Holstein wurde 1964 die „Versorgungseinrichtung der Ärztekammer Schleswig-Holstein“ gegründet, unser heutiges Versorgungswerk. Die Aufgabe, seinen Mitgliedern Alters-, Berufsunfähigkeits- und Hinterbliebenenabsicherung zu

gewähren, bewältigte es von Anfang an. Es zahlte Renten auch an Mitglieder, die sich bei Gründung des Werkes bereits im Ruhestand befanden und keine Beiträge an das Werk mehr leisteten. Ebenso erfolgten Rentenzahlungen an Mitglieder, die nur wenige Beiträge an das Werk geleistet hatten, weil sie nur noch wenige Berufsjahre zu absolvieren hatten. Bis in die 1970er-Jahre konnte allerdings nur eine Art „Einheitsrente“ gezahlt werden. Zur Genetik unseres Versorgungswerkes gehört es, dass im Bereich der Pflichtversicherung eine hohe Kapitaldeckung besteht und Umlageelemente dafür sorgen, dass stets die aktuelle Generation der Beitragszahler die der Bestandsrentner unterstützt.

Das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein wird nun 60 Jahre alt. Es nahm am 1. April 1964 seinen Geschäftsbetrieb auf und ist damit das älteste berufsständische Versorgungswerk in Schleswig-Holstein. Für einen Versorgungsträger sind 60 Jahre keine lange Zeitspanne. Die „Versorgungsbioografien“ vieler Mitglieder sind länger. Approbierte Neumitglieder durchlaufen, je nach Eintrittsalter, zumeist eine 30 bis 40 Jahre dauernde Beitragszahlungsphase, bis ihr Altersrentenbezug beginnt. Nach ihrem Tod zahlt unser Versorgungswerk oftmals weiter. Denn Ehegatten und Partner einer eingetragenen Lebensgemeinschaft (auch Waisen) haben Anspruch auf Hinterbliebenenrente, die unser Werk im statistischen Durchschnitt 17 Jahre lang zahlt. Die „aktive“ Laufzeit einer Mitgliedsakte kann somit durchaus 80 Jahre oder mehr betragen.

Dass solche Akten im Laufe der Zeit bis zur Unleserlichkeit vergilben könnten,

INFORMATIONEN:

Mitglieder finden zahlreiche weiterführende Informationen auf der Website www.vaesh.de im Downloadbereich der Rubrik „Mitglieder“.

Insbesondere zu empfehlen:

- ▶ „So finanziert sich Ihre Rente“
- ▶ „Informationen zur Dynamisierung von Anwartschaften und Rentenleistungen“
- ▶ „Weniger Steuern zahlen durch Altersvorsorgeaufwendungen“
- ▶ „Basisinformationen zur Ruhestandsplanung für Mitglieder über 50“

ist indes nicht zu befürchten. Unser Werk führt alle Mitgliedsakten in digitaler Form. Die Digitalisierung schreitet in allen Bereichen voran. Ende 2023 wurde eine neue Mitgliederverwaltungssoftware in Betrieb genommen. Aktuell wird daran gearbeitet, ein digitales Mitgliederportal aufzubauen. Es soll den Mitgliedern ermöglichen, online Informationen abzurufen, Anträge zu stellen und selbstständig Musterrentenprognosen zu erstellen.

Unser Versorgungswerk betreut aktuell rund 5.700 Rentenempfänger und rund 18.300 Rentenanwärter. Mehr als die Hälfte der knapp 50 für das Werk tätigen Angestellten (darunter viele weibliche Teilzeitkräfte) sind unmittelbar in Mitgliedsangelegenheiten tätig. Die übrigen kümmern sich um die Betreuung der Vermögensanlagen, arbeiten im Controlling, in der Finanzbuchhaltung oder in der IT. Das Versorgungswerk „wächst“ seit seiner Gründung. In jedem Jahr treten mehr als 1.000 Neumitglieder ein. Mehr als die Hälfte davon sind Berufsanfänger. Die übrigen waren zuvor in einem anderen Kammerbezirk tätig. „Zugezogene“ werden mit Aufnahme ihrer Berufstätigkeit in Schleswig-Holstein automatisch Pflichtmitglied unseres Werkes, denn in Bezug auf die Zuständigkeit gilt für Mitglieder ärztlicher Versorgungswerke bundesweit ein „Lokalitätsprinzip“. Es bewirkt zugleich, dass für diejenigen, die ihre Berufstätigkeit aus Schleswig-Holstein in ein anderes Bundesland verlagern, die Beitragspflicht bei uns endet. Diese können ihre bei uns aufgebaute Rentenanwartschaft wahlweise beitragslos fortsetzen oder nach Maßgabe bestimmter Regelungen auf ihr neu zuständiges Werk übertragen. Neueintritte, Wegzüge, Renteneintritte und Sterbefälle summieren sich auf rund 2.500 statusändernde Geschäftsvorfälle im Jahr.

Die in vielen Bereichen beobachtete Zunahme staatlicher Bürokratie belastet auch unser Werk. Seit jeher müssen angestellte Mitglieder, die nicht zusätzlich Rentenversicherungsbeiträge an die DRV zahlen wollen, sich von der dort bestehenden Versicherungspflicht befreien lassen. Inzwischen besteht diese Pflicht auch dann, wenn lediglich der Arbeitgeber gewechselt wird oder sich die Tätigkeit bei ihm wesentlich ändert. Befreiungsanträge sind ausschließlich über das zuständige Versorgungswerk zu stellen, welches die Mitgliedschaft in Kammer und Versorgungswerk zu bestätigen und die Anträge an die DRV weiterzuleiten hat. Im Jahr 2023 gingen rund 4.000 solcher Anträge beim Versorgungswerk ein. Die hohe Zahl ist u. a. darauf zurück-

„Dauerhaft höhere Rentenanhebungen wären nur umsetzbar, wenn die dafür nötige Finanzierungslast der nachwachsenden Mitgliedergenerationen übertragen würde.“

HARALD SPIEGEL

zuführen, dass auch für jede nebenberufliche Tätigkeit, die im Rahmen eines Anstellungsverhältnisses ausgeübt wird, ein separater Befreiungsantrag erforderlich ist. Einen solchen Antrag verlangt die DRV für jede noch so kurze Beschäftigung, selbst, wenn diese nur einen Tag lang verrichtet wird. Nicht selten kommt es vor, dass Mitglieder, die auf der Basis von Zeitarbeit in zahlreichen Krankenhäusern nacheinander tätig sind, mehr als 50 Befreiungsanträge im Jahr einreichen.

Mitgliederzuwachs und staatliche Bürokratie erhöhen den benötigten Personalbedarf. Unser Geschäftsstellengebäude in Bad Segeberg, Bismarckallee 14–16 (unmittelbar neben dem Kammergebäude), das im Jahr 1987 errichtet wurde, wird gegenwärtig saniert und um eine Etage aufgestockt. Im Mai wird es bezugsfertig. Die Geschäftsstelle befindet sich seit zwei Jahren in einem Übergangsquartier (Jaguarring 12, Bad Segeberg). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter freuen sich bereits auf den Rückzug.

Die vom Versorgungswerk verwalteten Kapitalanlagen haben inzwischen einen Bilanzwert von rund 4,7 Milliarden Euro. Die Vermögensanhäufung („Kapitaldeckung“) ist systemimmanenter Bestandteil unseres „Geschäftsmodells“. Dies gilt für alle 91 in Deutschland tätigen berufsständischen Versorgungswerke. Die von ihnen verwendeten Finanzierungssysteme sind im Grundsatz „versicherungsförmig“ angelegt. Ähnlich wie bei einer privaten Rentenversicherung bezieht nur Rente, wer zuvor Beiträge geleistet hat. Die Höhe und Dauer der individuellen Einzahlungen bestimmen den zu erwartenden Rentenanspruch. Den aus Beitragszahlungen gebildeten Kapitalstock hat das Werk nach gesetzlichen Vorschriften möglichst sicher und rentabel anzulegen. Da die meisten Mitglieder über mehr als drei Jahrzehnte hinweg Beiträge leisten, kommt einiges an Zins und Zinseszins zusammen. Dies führt dazu, dass die allermeisten Mitglieder (weil sie lange leben) eine deutlich höhere Summe an Al-

tersrentenbezügen erhalten, als sie zuvor an Beiträgen eingezahlt haben.

In Bezug auf die Festlegung der Rentenhöhe rechnet das Werk nicht nur mit bereits vereinnahmten Kapitalerträgen, sondern unterstellt rechnerisch auch für die Zukunft eine Verzinsung („Rechnungszins“). Im Pflichtversicherungssystem (sogenannte Grundversorgung) beträgt diese seit jeher 4 %, was bei den heutigen Kapitalmarktverhältnissen anspruchsvoll ist. Diese Verzinsung bewirkt, dass der mit Altersrentenbeginn gewährte Auszahlungsbetrag verhältnismäßig hoch ausfällt. Er ist insbesondere beträchtlich höher, als er bei der DRV wäre, sofern man dieselbe Beitragsbiografie unterstellt.

Anders als bei einer privaten Rentenversicherung sind in der Satzung unseres Werkes mehrere solidarische Komponenten verankert, die eine Unterstützung der Bestandsrentner sicherstellen sollen. Hierzu gehört, dass Beitragserhöhungen, die in der Grundversorgung vorgenommen werden, nicht ausschließlich den betreffenden Beitragszahlern in Form entsprechend ansteigender Rentenansprüche zugutekommen, sondern auch Rentenbezieher von diesen Erhöhungen profitieren. Dies trug maßgeblich dazu bei, dass die Renten der Grundversorgung in jedem Jahr seit Einführung dieser Mechanik im Jahr 1980 erhöht werden konnten, auch in Jahren, in denen schwache Kapitalmärkte zu weniger Kapitalerträgen führten.

Eine hohe Anfangsrente allein macht Rentenbezieher nicht dauerhaft glücklich. Sie erwarten, dass ihre Rente regelmäßig steigt und langfristig kaufkraftstabil bleibt. Der von der Versicherungstechnik hierfür zur Verfügung gestellte „Instrumentenkasten“ ist allerdings überschaubar, was den Handlungsspielraum der satzunggebenden Kammerversammlung und des Aufsichtsrates begrenzt. Das Werk finanziert sich ausschließlich durch Mitgliedsbeiträge. Zuschüsse von dritter Seite gibt es nicht. Dem Ergebnis der Kapitalanlage dürfen für Rentenerhöhungen nur Erträge ent-

nommen werden, die über die schon einkalkulierten 4 % jährlich hinausgehen. Kapitalerträge von ca. 6 %, die das Werk in den 1990er-Jahren mehrfach erreichte, sind an den Kapitalmärkten aktuell leider kaum zu erzielen, jedenfalls nicht, wenn das Gesamtvermögen breit auf verschiedene Anlageklassen verteilt wird. Dies aber fordert das Gebot der Risikostreuung.

Aspekte des Risikoschutzes waren es auch, die dazu führten, dass auf Anraten des Versicherungsmathematikers (zugleich Chefaktuar der Bayerischen Versorgungskammer) in den letzten Jahren Reserven in Form einer bilanziellen Gewinnrücklage gebildet wurden. Diese soll dazu beitragen, dass das Werk seine Rentenzusagen dauerhaft erfüllen kann und ggf. eintretende Verluste ausgeglichen werden können. Auch in Zeiten niedrigerer Zinsen und bei mehrfach unter 4 % jährlich liegenden Netorenditen wäre das System dann noch stabil. Die Bildung der Gewinnrücklage wurde hauptsächlich aus den steigenden Beitragseinnahmen finanziert. Aufgrund dieser Finanzierung fehlten entsprechende Mittel, um Renten und Anwartschaften stärker zu erhöhen.

Dauerhaft höhere Rentenanhebungen wären nur umsetzbar, wenn die dafür nötige Finanzierungslast der nachwachsenden Mitgliedergenerationen übertragen würde. Theoretisch denkbar wäre z. B., für jüngere Mitgliedergenerationen einen geringeren Rechnungszins (und damit ein geringeres Rentenanfangsniveau) zu installieren oder ihnen gar einen Sonderbeitrag abzuverlangen. Forderungen dieser Art wären allerdings weder generationengerecht noch mehrheitsfähig.

Die demografische Entwicklung, insbesondere den sich fortsetzenden Anstieg der Lebenserwartung, hat unser Versorgungswerk bilanziell längst „verarbeitet“. Hier schlummern keine verborgenen Risiken. Bereits seit dem Jahre 1998 legt der Versicherungsmathematiker seinen versicherungstechnischen Berechnungen Sterbetafeln zugrunde, die speziell auf die Angehörigen der verkammerten Berufe zugeschnitten sind. Denn diese leben statistisch betrachtet rund drei bis vier Jahre länger als der Bevölkerungsdurchschnitt.

1. APRIL 1964

An diesem Tag nahm das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein seinen Geschäftsbetrieb auf. Es ist damit das älteste Versorgungswerk in Schleswig-Holstein.

5.700

Rentenempfänger betreut das Versorgungswerk der Ärztekammer Schleswig-Holstein aktuell. Hinzu kommen 18.700 Rentenanwärter.

4,7 MRD. €

Diesen Bilanzwert haben die vom Versorgungswerk verwalteten Kapitalanlagen inzwischen erreicht.

Auch müssen weder Beitragszahler noch Rentenbezieher fürchten, dass ihnen durch den Renteneintritt der Babyboomer-Generation finanzielle Nachteile entstünden. Diese demografische Entwicklung hat sich bereits vor mehreren Jahrzehnten angekündigt. Sie war den jeweils verantwortlichen Versicherungsmathematikern frühzeitig bekannt, sodass entsprechende Vorsorge durch Aufbau ausreichenden Deckungskapitals getroffen wurde.

Gegen höhere Inflationsraten, wie wir sie in den Jahren 2022 und 2023 erlebten, gibt es keinen absoluten Schutz. Hierunter leiden alle, die wie Ruheständler ihre Einkünfte nicht aktiv steigern können. Angehörige rentennaher Jahrgänge haben die Möglichkeit, ihren Renteneintritt bis zur Vollendung ihres 69. Lebensjahres hinauszuschieben. Jede bis dahin erfolgende Ver-

schiebung wirkt rentenerhöhend. Jüngere Beitragszahler sollten freiwillig stärker vorsorgen, als sie es in Form der Pflichtbeitragszahlung tun müssen. Von den Mitgliedern, die in die Grundversorgung den Höchstbeitrag („Regelbetrag“) entrichten, vertraut bislang nur etwa jedes fünfte unserer freiwilligen Höherversicherung zusätzliche Gelder an. Dies ist schade, weil vielen Mitgliedern damit beträchtliche steuerliche Vorteile entgehen. Denn nicht nur Pflichtbeiträge, sondern auch freiwillige Zusatzbeiträge sind bis zu gewissen Höchstgrenzen als Altersvorsorgeaufwendungen steuerlich absetzbar.

Generell treffen viele Ärztinnen und Ärzte zu wenig finanzielle Vorsorge für ihren Ruhestand. Die meisten von ihnen verhalten sich damit kaum anders als die Angehörigen anderer Berufsgruppen. Zahlreiche Mitglieder scheinen jedoch den Effekt zu unterschätzen, der sich daraus ergibt, dass sie verhältnismäßig spät, oft erst im Alter von Ende 20 oder Anfang 30, in das Erwerbsleben eintreten und erst dann beginnen, Rentenbeiträge zu leisten. Viele Erwerbstätige in anderen Branchen haben in diesem Alter bereits zehn Jahre oder länger Rentenversicherungsbeiträge entrichtet und sind insoweit zunächst einmal deutlich im Vorsprung.

Eine wirklich durchdachte Ruhestandsplanung ist schwierig. Niemand weiß, wie sein künftiges Leben verlaufen wird, wieviel Geld er im Alter benötigt und wieviel das Geld, das er dann tatsächlich bekommt, wert sein wird. Vor einer Gleichung, die mehrere Unbekannte enthält, sollte man aber nicht zurückschrecken. Es gibt auch bei der Ruhestandsplanung Strategien, die zu brauchbaren Lösungen führen. Die in der Abteilung Rentenberatung tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verstehen sich insoweit als erste Ansprechpartner für unsere Mitglieder. Ihre Beratungskompetenzen wollen sie in den kommenden Jahren weiter ausbauen.

Der Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes

Dr. Jens Lassen für die Hausärzte, Dr. Hannah Teipel für Ärztinnen in Weiterbildung, Dr. Bernd Hillebrandt für die Krankenkassen: In den Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes sind neben den Stimmen der Kammerspitze viele weitere zu hören. Der Podcast greift regelmäßig aktuelle Themen aus dem Gesundheitswesen, aber auch zeitlose Themen wie assistierter Suizid auf. Mehr als 75 Folgen können über gängige Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Physician Assistants: Entlastung für die Versorgung
- ▶ Eine besondere ärztliche Aufgabe: Die Leichenschau
- ▶ Lieferengpässe bei Arzneimitteln



Verantwortung nicht nur für Rentner

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Rentenanpassungen: Sorglos alt werden lässt sich so nicht“, 12/2023, S. 33

Ich habe die Leserbriefe zu diesem Thema gelesen und verstehe den Unmut der Verfasser prinzipiell. Aber es wird vergessen, dass hier verschiedene Rentensysteme miteinander verglichen werden. Auf der einen Seite die gesetzliche Rente mit ihrem Umlagesystem und auf der anderen Seite das Versorgungswerk mit einer kapitalgedeckten Versorgung. In der gesetzlichen Rente gibt es Spielräume zur Erhöhung, die ggf. durch weiter steigende Steuerzuschüsse gedeckt werden können. Diese Freiheiten hat ein kapitalgedecktes System nicht. Es hilft auch nichts, wenn man, wie erwähnt, ca. 20 Jahre ohne weitere Einnahmen zu tätigen, Renten aus-

zahlen könnte. Das Versorgungswerk trägt Verantwortung für alle Mitglieder, nicht nur die aktuellen Rentner. Hier spielt die Demografie leider gegen das System. Wir werden immer älter und unsere Rentenbezugszeit steigt, obwohl wir später in Rente gehen. All diesen Fakten muss das Versorgungswerk Rechnung tragen und kann dann nicht frei die Renten erhöhen, sondern muss dies mathematisch begründen. Die Spielräume des Versorgungswerkes sind eng gesteckt und nicht politisch zu beeinflussen. Eine höhere Inflation bedeutet nicht umgehend eine höhere Rendite bei der Kapitalanlage. Auch werden die Beiträge nicht wesentlich steigen, weil viele

oberhalb der Beitragsbemessungsgrundlage verdienen. Also bleibt das zu verteilende Geld endlich.

Wenn man ein System möchte, welches einfacher auf Inflation etc. reagieren kann, muss man sich von den freiberuflichen Versorgungswerken verabschieden und sie verstaatlichen.

Ich möchte dies nicht und fühle mich als Arzt in der zweiten Hälfte seiner Berufstätigkeit gut abgesichert. Es steht doch jedem frei, eine weitere Säule der Altersversorgung aufzubauen. Diese kann man auch inflationsgeschützt gestalten.

DR. MASSIMO BACKENS, KIEL

Diskriminierung der Rentner?

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Rentenanpassungen: Sorglos alt werden lässt sich so nicht“, 12/2023, S. 33

Die geringen Anpassungen der Versorgungsbezüge zu Gunsten des Kapitalstockes werfen die Frage auf, ob hier nicht eine auch verfassungsrechtlich bedenkliche Diskriminierung der Versorgungsempfänger vorliegt. Die „gute Eingangsrente“ relativiert sich bald. Das Versorgungswerk bietet allerdings neben den geringen Steigerungen der Versorgungsbezüge noch andere Nachteile gegenüber der gesetzlichen Rente: Die gekürzte Zahlung bei Berufsunfähigkeit statt Nachteilsausgleich bei Erwerbsminderungsrente bei der

gesetzlichen Rente. Es ist keine Teilberufs(erwerbs-)unfähigkeitsrente möglich. Bei vorzeitigem Beginn des Versorgungsbezuges ist die Kürzung viel größer als bei der gesetzlichen Rente. Es erhebt sich schon hier die Frage, ob die berufsständische Versorgungsregelung in dieser Form noch Wert ist, verteidigt zu werden. Im Übrigen: Andere Ärztekammern, andere „Sitten“ bzw. Bestimmungen. Finanz 5/2018 gibt einen Überblick.

GERHARD LEINZ, SCHÖNKIRCHEN

Von DRV überholt?

ALTERSVORSORGE Leserbrief zu „Rentenanpassungen: Sorglos alt werden lässt sich so nicht“, 12/2023, S. 33

Wenn die Dynamisierung bei der DRV und der Ärzteversorgung weiterhin im bisherigen Verhältnis abläuft, erlebt es der eine oder andere von uns ärztlichen Ruheständlern vielleicht, dass er von den DRV-Rentnern überholt wird – gute Gesundheit natürlich vorausgesetzt.

ANDREAS BOSSE, EUTIN

Leserbriefe

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

Kein Zurück zu den Notdienststringen

KVSH Erst die Sacharbeit, dann die Personalangelegenheiten: Einen Tag vor der Wahl des künftigen Vorstands beschäftigte sich die KV-Abgeordnetenversammlung mit dem gesundheitspolitischen Alltag. Im Mittelpunkt: Wie geht es weiter mit dem Notdienst?

Diese Frage stellen sich nach dem BSG-Urteil zu den Poolärzten alle KVen in Deutschland. In einigen von ihnen sind die Folgen aufgrund ihres Systems weniger gravierend. Die schleswig-holsteinische KV dagegen schließt selbst einen kompletten Umbau des Notdienstes als Folge des Urteils nicht mehr aus. Welche Möglichkeiten dabei in Betracht gezogen werden könnten, zeigte die Versammlung in Bad Segeberg. Deutlich wurde: Ein Zurück zu den früheren, kleinteiligen Notdienststringen mit Dienstbelastungen in der späten Nacht und am Wochenende will niemand. Denn nach diesem System steigt die Dienstbelastung, je weniger Niedergelassene in einer Region tätig sind. Als Folge leidet die Attraktivität der Niederlassung. Die daraus resultierende Spirale ist leicht zu erahnen: Weniger Köpfe in der Niederlassung, noch größere Dienstbelastung.

Abgeordnete, die diese Belastungen noch erlebt haben, warnten in der Versammlung vor den Folgen, die die ambulante Versorgung aus ihrer Sicht insgesamt deutlich schwächen würde.

Fest steht aber auch: Die bisherige Praxis mit den Poolärzten muss als Folge des BSG-Urteils modifiziert werden. Das in Schleswig-Holstein etablierte System der Anlaufpraxen – vom Abgeordneten Dr. Ralf Staiger aus Lübeck als „Juwel“ bezeichnet – müsste dennoch mit Ärztinnen und Ärzten besetzt werden. Weil aus dem BSG-Urteil eine sozialversicherungspflichtige Anstellung der Poolärzte resultiert, entstehen höhere Kosten und mehr Bürokratie. KV-Vorstand Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach prognostizierte, dass die Personalabteilung der Körperschaft in diesem Fall verdoppelt werden müsste. Zugleich machte er deutlich, dass eine Entscheidung gefällt werden muss: „Die Uhr läuft.“

Finanziert werden könnte der Notdienst in Schleswig-Holstein künftig aus einer Umlage, die den bisherigen Vorwegab-

„Irgendeine für alle Seiten rechtssichere Lösung muss her und man muss sagen, wie sie umgesetzt werden soll, was sie kosten wird und wer was bezahlt.“

DR. MONIKA SCHLIFFKE

zug ersetzen würde. Um die Höhe in Grenzen zu halten, müsste allerdings das bisherige Angebot der Anlaufpraxen weiter verringert werden. Als erste Reaktion auf das BSG-Urteil hatte die KV bereits Sprechstundenzeiten an einigen Standorten verringert. Vorstand und Abgeordnete ließen durchblicken, dass Standorte auch ganz geschlossen werden könnten.

Was das im Detail bedeutet, wurde im Februar noch nicht besprochen. Kopfzerbrechen bereitet den KV-Abgeordneten zunächst, wie die Umlage bei den Mitgliedern vor Ort ankommt. „Bei einer Umlage wird es zu einer Entrüstung kommen“, warnte Kinderarzt Dr. Jens Hartwig. KV-Chefin Dr. Monika Schliffke stellte klar, dass die KV als Ausgleich für die Umlage den Vorwegabzug streichen würde: „Das ist ein bisschen linke Tasche, rechte Tasche“, sagte

Schliffke. Ob das ausgezahlte Honorar ohne Vorwegabzug allerdings so viel höher ausfällt, dass die Umlage dann aus dem gestiegenen Honorar bezahlt werden könnte, kann aktuell niemand verlässlich vorhersagen. Derzeit rechnet die KV unter anderem Mischmodelle aus Fixbeträgen und prozentualer Umsatzbelastung aus.

Die Tendenz in Richtung Umlage war unter den Abgeordneten eindeutig, weil die Notdienststringe für sie keine Alternative sind. Hausarzt Stefan Hönemann fasste die allgemeine Haltung zusammen: „Wenn mir die Umlage zu hoch ist, muss ich zwei Mal Dienst in der Anlaufpraxis machen. Dann ist das Geld wieder da. Mit dem alten System wären die Leute weg.“

Andere Abgeordnete mahnten allerdings eine klare Kommunikation zur Umlage an. Deutlich werden müsse, dass die Umlage keine komplette zusätzliche Belastung darstellen wird, sondern durch den entfallenden Vorwegabzug zumindest zum Teil ausgeglichen wird.

Von der Politik erwartet die KV nach den bisherigen Erfahrungen in dieser Frage keinerlei Unterstützung, auch wenn Schliffke forderte: „Irgendeine für alle Seiten rechtssichere Lösung muss also her und man muss sagen, wie sie umgesetzt werden soll, was sie kosten wird und wer was bezahlt.“ Insbesondere die Gespräche mit dem auf Bundesebene zuständigen Arbeitsministerium hätten ernüchert. Die Einschätzung über die Haltung in diesem Ministerium reichten von „unflexibel“ bis „ideologisch“. Die KV-Vorstandsvorsitzende erwartet, dass die Medien das reduzierte Angebot in den Anlaufpraxen mit entsprechender Enttäuschung der Bevölkerung breit aufgreifen werden und dass Ärzteschaft und Politik in Kommunen und Land Rede und Antwort stehen müssen. An der Politik auf Bundesebene dagegen werde dies abprallen. Eine Entscheidung über die Umlage soll im Juni getroffen werden.

DIRK SCHNACK

Der neue KV-Vorstand steht fest

KVSH Der neue Vorstand der KV Schleswig-Holstein wird ab Juli aus Dr. Bettina Schultz, Karsten Brandstetter und Alexander Paquet bestehen. Die KV-Abgeordneten hatten für die Nachfolger von Dr. Monika Schliffke und Dr. rer. nat. Ralph Ennenbach die Wahl aus acht Bewerbern.

Gynäkologin, Kaufmann und Wirtschaftsinformatiker: Diese Berufe haben die drei Mitglieder des ab Juli amtierenden neuen Vorstands der KV Schleswig-Holstein. Aus der Allgemeinmedizin kommt keiner der drei – aus dieser Fachrichtung gab es keinen Bewerber.

An Auswahl mangelte es den 39 Abgeordneten am Wahltag in Bad Segeberg dennoch nicht. Acht Kandidaten traten an, darunter auch Bewerber, die bisher die „KV-Welt“ von außen verfolgt hatten. Dies galt zum Beispiel für Chirurg Dr. Rolf Thielmann aus Bad Segeberg, der u.a. mit einem „unverbauten Blick aufs Ganze“ in seiner Vorstellung warb. Auch Gesundheitsökonom Prof. Thomas Drabinski ist kein KV-Insider, aber mit gesundheitsökonomischem Sachverstand ausgestattet. Mit Blick auf Angebot und Nachfrage nach medizinischen Leistungen hält er Honorarsteigerungen für erzielbar – perspektivisch seien „20 % mehr“ nicht ausgeschlossen, so Drabinski in seiner Bewerbungsrede.

Drei weitere Kandidaten kennen die KV als Abgeordnete. Orthopäde Dr. Dennis Wolter aus Ahrensburg weiß aus dieser Arbeit unter anderem, dass die KV ihre Bemühungen um den ärztlichen Nachwuchs noch verstärken müsste. Er strebte „mehr gestalten als verwalten“ durch die KV an. Psychotherapeutin Dagmar Schulz-Wüstenberg aus Neumünster warb in einer leidenschaftlichen Rede für „Sprachfähigkeit und Streitbarkeit“ der KV. Ihr Kollege Heiko Borchers aus Kiel warf über 20 Jahre Erfahrungen aus zahlreichen standespolitischen Gremien in die Waagschale.

Nach der bei manchen recht umfangreichen Vorstellung mussten die Kandidaten aus der Versammlung heraus nominiert werden. Zunächst stand dem hausärztlichen Versorgungsbereich ein Vorschlagsrecht zu. In dieser Runde blieb Karsten Brandstetter der einzige Vorschlag. Der 49-jährige Kaufmann arbei-



Das künftige Vorstandstrio der KV Schleswig-Holstein: Karsten Brandstetter, Dr. Bettina Schultz und Alexander Paquet direkt nach der Wahl am 24. Februar vor dem Plenarsaal in Bad Segeberg.

tet seit über 20 Jahren für ärztliche Körperschaften: Zunächst für die KV Rheinland-Pfalz und seit 2011 als Kaufmännischer Geschäftsführer der Ärztekammer Schleswig-Holstein. In seiner Vorstellung hatte er die Bedeutung der Selbstverwaltung betont und diese als „Privileg, das geschützt werden muss“ bezeichnet. Die Abgeordneten waren sich mit großer Mehrheit einig: 36 der 39 Stimmen entfielen auf Brandstetter, der damit als das erste neue Vorstandsmitglied feststand.

Für den zweiten Wahlgang hatte der fachärztliche Versorgungsbereich das Vorschlagsrecht. Dieser schickte drei Kandidaten ins Rennen: Dagmar Schulz-Wüstenberg, Dr. Bettina Schultz und Dr. Dennis Wolter. Schultz punktete mit ihrer Erfahrung aus unterschiedlichen Bereichen des Gesundheitswesens: Sie ist seit Netzgründung im Praxisnetz in Ostholstein engagiert, hat als Kreisstellenvorsitzende, als Kammerdelegierte, im Aufsichtsrat der Ärzteschlechtschaft und als KV-Abgeordnete mitgearbeitet und ist im Landesverband der Gynäkologinnen und Gynäkologen aktiv. In ihrer Bewerbung gab sie einen

Hinweis darauf, dass die amtierende KV-Chefin Dr. Monika Schliffke und der damals amtierende Vorsitzende der KV-Abgeordnetenversammlung, Dr. Christian Sellschopp, sie zur Kandidatur ermuntert hatten. Die in Eutin niedergelassene Schultz erhielt mit 27 Stimmen im ersten Wahlgang die erforderliche absolute Mehrheit.

Im dritten Wahlgang durften dann Vorschläge aus der gesamten Versammlung gemacht werden. Vier Kandidaten wurden diesmal genannt: Erneut Dr. Dennis Wolter und Dagmar Schulz-Wüstenberg, außerdem Heiko Borchers und der langjährige KV-Angestellte Alexander Paquet. Der 46-jährige Wirtschaftsinformatiker will erreichen, dass die Ärzteschaft im Norden der elektronischen Kommunikation noch aufgeschlossener gegenübertritt. „Technik bietet Perspektiven, wenn sie gut eingesetzt wird“, sagte Paquet, der trotz der drei Mitbewerber ebenfalls schon im ersten Wahlgang die erforderliche Mehrheit (23 Stimmen) erhielt. Anschließend wählten die Abgeordneten Schultz zur Vorstandsvorsitzenden und Brandstetter zum ersten Stellvertreter.

DIRK SCHNACK

Ärztezentrum Büsum: Privat statt kommunal

NIEDERLASSUNG Das Ärztezentrum Büsum war Vorreiter als erste kommunale Eigeneinrichtung in Deutschland. Nun haben erstmals angestellte Ärztinnen und Ärzte die Option genutzt, sich mit ihren Kassenzulassungen selbstständig zu machen – das Ärztezentrum ist seit Jahresbeginn privatisiert.



Kerstin Weiser-Hagelstein, Dr. Klaas Lindemann und Astrid Ewald haben ihre Kassenzulassungen von der kommunalen Eigeneinrichtung in Büsum übernommen und sind jetzt die Praxischefs im Ärztezentrum.

Angestellt statt selbstständig: Dies ist seit Jahren ein Trend im ambulanten ärztlichen Bereich. Ein Auslaufmodell ist die eigene Niederlassung dennoch nicht. Wie aktuell die Selbstständigkeit immer noch ist, zeigen die zahlreichen Niederlassungen vieler Ärztinnen und Ärzte in Schleswig-Holstein – zum Teil weiterhin in Einzelpraxen, zum Teil in Berufsausübungsgemeinschaften.

Eine der jüngsten Niederlassungen hat besondere Aufmerksamkeit erregt: Die Privatisierung des Büsumer Ärztezentrums. Dieses Modell hatte ab 2015 bundesweit Beachtung gefunden, weil die Gemeinde damals als erste in Deutschland eine kommunale Eigeneinrichtung gründete, um die Versorgung ausschließlich mit angestellten Ärztinnen und Ärzten zu sichern. Einzelpraxisinhaber in Büsum hatten zuvor keine Nachfolger gefunden.

Die Versorgungssicherung über diesen damals als ungewöhnlich empfundenen Weg gelang – und jetzt die Re-Privatisierung. Astrid Ewald, Kerstin Weiser-Hagelstein und Dr. Klaas Lindemann haben von ihrem Recht, die Kassenzulassung selbst zu übernehmen, Gebrauch gemacht und sind seit Jahresbeginn die Praxischefs im Ärztezentrum. Die Gemeinde hat die Kassenzulassungen und die Praxisausstattung an sie verkauft und ist jetzt nur noch Vermieter der Immobilie.

Das Ärzte-Trio ist damit auch Arbeitgeber geworden: Zwei ärztliche Kollegen, zwölf MFA, drei Auszubildende und vier Reinigungskräfte sind in der Berufsausübungsgemeinschaft beschäftigt.

Die Personalverantwortung und das Finanzielle, räumt Lindemann ein, gehen nicht spurlos an einem vorbei. Der 36-Jährige ist sich wie seine beiden Kolleginnen

bewusst, dass eine eigene Praxis viel Verantwortung und eine stärkere Bindung bedeutet. Doch er ist überzeugt, dass es der richtige Schritt war.

Für die drei ist die eigene Praxis das berufliche Konzept, das sie als das passende für ihr Leben gefunden haben. Gestaltungsspielräume und eigene Ideen wollen sie nutzen. Auch die Aussicht auf eine bessere Vergütung der eigenen Leistungen ist ein Argument für die Selbstständigkeit, erläutert Lindemann im Gespräch.

Die eigenen Leistungen bringen die drei seit der Übernahme erwartungsgemäß stärker ein als vorher. Die Zeiten, in denen sie selbst Patienten behandeln, sind nicht weniger geworden. Zugleich wenden sie alle mehr Zeit auf, weil das Management jetzt in ihren Händen liegt.

Lindemann ist wichtig, dass alle im Zentrum angestellten Ärztinnen und Ärzte

gerne in der kommunalen Eigeneinrichtung gearbeitet haben – ein fester Arbeitsplatz im jungen Team und ein Management, das die administrativen Aufgaben für sie übernommen hat, waren Pluspunkte. Die Gemeinde stand hinter dem Konzept und hat um das Ärztezentrum herum zahlreiche weitere Gesundheitsberufe angesiedelt.

Doch angestellt zu arbeiten, bedeutet auch, weniger selbst entscheiden zu können. „Wir haben eigene Ideen, die wir jetzt selbstbestimmt und ohne Zeitverzug umsetzen können“, nennt Lindemann einen Vorteil.

Vorher gab es ein von der Ärztegenossenschaft mit Sitz in Bad Segeberg gestelltes Management und die Gemeinde als kommunalen Eigentümer – was bei organisatorischen Entscheidungen Zeit erforderte. Als Beispiel nennt Lindemann die Aufteilung von Akut- und Terminsprechstunden. Im kommunalen Zentrum gab es zwar Terminsprechstunden, aber akut vorbeischaude Patienten sollten zu diesen Zeiten trotzdem nicht auf später vertröstet werden. Das sorgte für Stress und warf Planungen oft über den Haufen. Solche Themen zu ändern, erforderte in der alten Struktur vorher Besprechungen und Entscheidungen, in die nicht nur das behandelnde Praxisteam involviert war. „Wir hatten keine Weisungsbefugnis und die Entscheidungsfindung dauerte länger als heute“, nennt Lindemann den Unterschied zur Selbstständigkeit.

Auch das Geld spielt eine Rolle. „Natürlich erhoffen wir uns, dass wir mittelfristig auch finanziell von der Selbstständigkeit profitieren“, sagt Lindemann. Das wird zunächst nicht der Fall sein. Neben dem Praxiskredit belastet der Wegfall der Neupatientenregelung. Das Trio ist sich auch bewusst, dass das Ärztezentrum nie mit Gewinn gearbeitet hat: Die Gemeinde Büsum musste von Beginn im Jahre 2015 stets ein Defizit zwischen 25.000 und 64.000 Euro im Jahr ausgleichen. Warum glauben die drei, dass das jetzt besser wird und sie finanziell stärker profitieren als mit einem Angestelltengehalt?

„Die schnell möglichen Änderungen in den Abläufen führen zu einer höheren Effizienz“, ist Lindemann sicher. Zudem übernehmen die Ärzte jetzt Managementaufgaben, die vorher bezahlt wurden. Einige Dienstleistungsverträge wurden neu aufgesetzt. Und dass die selbstständig tätigen Ärztinnen und Ärzte jetzt in der Abrechnung unmittelbar davon profitieren, wenn sie mehr leisten, wird sich ebenfalls positiv bemerkbar machen.

Das Vertrauen, dass sich die Selbstständigkeit lohnen wird, hat das Trio nicht allein. Ein weiteres Beispiel aus Büsum: Ihre frühere Kollegin Dr. Viola Schmidt hat eine Hausarztpraxis in ihrer Heimatgemeinde Schafstedt übernommen. Das Trio hätte sie gerne in Büsum gehalten.

Lindemann hat schon über seinen Vater mitbekommen, was es heißt, eine Praxis zu führen: Dr. Arno Lindemann war Jahr-

„Wir haben eigene Ideen, die wir jetzt selbstbestimmt und ohne Zeitverzug umsetzen können.“

DR. KLAAS LINDEMANN

zehnte niedergelassen – im Ärztezentrum Büsum, als dort noch mehrere Einzelpraxen ohne Kooperation nebeneinander Patienten behandelten. Klaas Lindemann hat sein Sprechzimmer heute nicht weit entfernt von dem früheren seines Vaters. Beide halten den Umweg über die Anstellung bei der Gemeinde zur heutigen Selbstständigkeit für richtig.

Büsums Bürgermeister Hans-Jürgen Lütje „erinnerte zum Übergang in die privaten Hände daran, dass die Privatisierung schon bei der Gründung als Zukunftsszenario geplant gewesen sei. Sie biete die Chance, die Zusammenarbeit zwischen Gemeinde und Gesundheitswesen noch intensiver zu gestalten.“

Auf Unterstützung stößt die Privatisierung auch bei der Ärztegenossenschaft Nord. Geschäftsführerin Laura Lüth nannte die Privatisierung einen „großen Erfolg“. „Wir hatten uns das immer gewünscht und wünschen es auch für die anderen Zentren“, sagte Lüth. Sie hofft, dass auch weitere kommunale Trägerschaften lediglich Übergangslösungen sind und sich mehr junge Ärztinnen und Ärzte für die Selbstständigkeit entscheiden.

Die Ärztegenossenschaft bleibt trotz Privatisierung in Büsum aktiv. Es wurde ein dreiseitiger Vertrag mit Praxis und Gemeinde geschlossen, um sektorenverbindende, kooperative Versorgungsmodelle zu entwickeln.

An weiteren Standorten in Schleswig-Holstein managt die Genossenschaft ebenfalls kommunale Ärztezentren, die aber alle erst nach Büsum gegründet wurden. An diesen weiteren Standorten zeichnet sich nach Auskunft der Genossenschaft bislang aber noch keine Privatisierung ab.

DIRK SCHNACK



Eingang zum Büsumer Ärztezentrum: Äußerlich gleich, die Eigentümerverhältnisse dagegen haben sich verändert.

Länderminister im Austausch mit Lauterbach

GMK Die Gesundheitsministerkonferenz (GMK) der Länder, in diesem Jahr unter Vorsitz Schleswig-Holsteins, hat gleich bei ihrer ersten per Video abgehaltenen Sitzung zahlreiche Themen aus dem Gesundheitswesen behandelt – u.a. ging es um die Krankenhausreform. Auch Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach war dabei.

Die erste Videositzung beinhaltete u.a. eine Aufforderung an Prof. Karl Lauterbach (SPD): Der zugeschaltete Bundesgesundheitsminister hatte drei Monate zuvor angekündigt, die damals mündlich vorgetragenen Änderungen am Gesetzentwurf in einen neuen Arbeitsentwurf einzupflegen und den Ländern zur Prüfung bis zum 01.12.2023 vorzulegen.

Dies war bis zur Sitzung aber nicht realisiert. Die Länder forderten Lauterbach auf, dies nachzuholen. Lauterbach verwies in der Sitzung auf das Transparenzgesetz, mit dem der Bund plant, noch vor der eigentlichen Krankenhausreform den Krankenhäusern Leistungsgruppen zuzuordnen. Zum Transparenzgesetz wurde der Vermittlungsausschuss angerufen und inzwischen ein Kompromiss erzielt.

Die Länder zeigten sich laut anschließender Mitteilung darin einig, dass die Kliniken in Deutschland rasch Klarheit brauchen, auf welche Planungen sie sich einstellen müssen. Daher sei es wichtig, den inhaltlichen Dialog zur eigentlichen Krankenhausreform schnell wieder aufzunehmen und zu einem Ergebnis zu führen. „Dies gilt auch unabhängig davon, dass es auch innerhalb der Länder unterschiedliche Positionen zum sogenannten Transparenzgesetz gibt“, teilten sie mit.

Lauterbach sagte zu, den Bundesländern den Referentenentwurf zur Krankenhausreform „rechtzeitig vor der Kabinettsbefassung auf Bundesebene zur Verfügung zu stellen“. Der Zeitpunkt sei jedoch abhängig von der Koordinierung innerhalb der Bundesregierung. Zugleich rückte der Bundesminister von der bisherigen Verabredung ab, dass das Gesetz zur Krankenhausreform im Bundesrat zustimmungspflichtig werde.



Schleswig-Holsteins Gesundheitsministerin Prof. Kerstin von der Decken ist in diesem Jahr Gastgeberin der GMK-Konferenz.

Weitere Beschlüsse, die in der ersten Sitzung gefasst wurden:

- ▶ Austausch zur Fortführung der Förderung zur Verbesserung der Krankenhausversorgungsstrukturen über den 31.12.2024 hinaus. Der notwendige Strukturumbau ist unter anderem abhängig von mehreren noch ausstehenden Gesetzen auf Bundesebene – unter anderem der Notfallreform und der Krankenhausreform, so ein Länderhinweis. Der Bundesminister betonte, dass Anträge weiterhin gestellt werden könnten und stellte einen anschließenden Transformationsfonds in Aussicht.
- ▶ Die Länder bitten den Bund um Verstärkung des Paktes für den Öffentlichen Gesundheitsdienstes und um Sicherstellung der Finanzierung der Digitalisierung.

- ▶ Die Bundesregierung wurde aufgefordert, unverzüglich einen Entwurf für ein MVZ-Regulierungsgesetz vorzulegen, der inhaltlich dem Maßnahmenkatalog des Bundesratsbeschlusses vom 16.06.2023 entspricht.
- ▶ Der Bund wurde gebeten, zum Thema Sozialversicherungspflicht im ärztlichen Notdienst sozialversicherungsrechtliche Anpassungsschritte im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst darzustellen. Ziel ist es, eine Befreiung von der Sozialversicherungspflicht der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zu ermöglichen. Lauterbach verwies auf die zu diesem Zeitpunkt noch nicht vorliegende schriftliche Urteilsbegründung und einen Austausch zum Thema mit den beteiligten Spitzenorganisationen und dem Bundesarbeitsministerium.
- ▶ In einem Beschluss begrüßten die Länder die flächendeckende Einführung des E-Rezepts. Aber: Aus ihrer Sicht reicht es nicht aus, wenn das Bundesgesundheitsministerium bei Funktionsschwierigkeiten der Praxissoftware auf die vertraglichen Beziehungen der Ärztinnen und Ärzte mit den Softwareherstellern verweist. Vielmehr sollten u.a. Hersteller von Praxisverwaltungssystemen verpflichtet werden, deren durchgehende Funktionsfähigkeit zu gewährleisten.
- ▶ Die Bund-Länder-Arbeitsgruppe Digitalisierung im Gesundheitswesen wurde von der GMK beauftragt, die Probleme der Praxisverwaltungssysteme zur Anbindung an die Telematikinfrastruktur zu beraten.
- ▶ Die GMK sprach sich dafür aus, die Gesundheitsdimension des Umweltschutzes sowie die soziale Dimension von Umweltbelastungen stärker als bisher geschehen in alle relevanten Politikfelder zu integrieren.

DIRK SCHNACK

Debatte um Kliniken, Nebelkerzen und Murks

KRANKENHAUSREFORM Wie geht es weiter für die Kliniken in Schleswig-Holstein? Diese Frage kann derzeit niemand beantworten, weil es bei der Krankenhausreform zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Bundesländern stockt. Wie groß die daraus resultierende Unsicherheit für die Kliniken und die Gesundheitspolitik vor Ort ist, zeigte auch eine Sitzung des Sozialausschusses im Februar in Kiel.

Murks: Dieser Begriff fällt Hauke Hansen ein, wenn er an die Aktivitäten von Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD) in Zusammenhang mit der Klinikreform denkt. Dem gesundheitspolitischen Sprecher der CDU-Landtagsfraktion fehlt das Vertrauen in Aussagen des Bundesgesundheitsministers, weil dieser in Zusammenhang mit der Krankenhausreform Zusagen nicht einhalte.

Hansen und sein Pendant bei den Grünen, Jasper Balke, hatten mit einem Antrag dafür gesorgt, dass sich der Sozialausschuss mit einem entscheidenden Aspekt der Reform, der Vorhaltefinanzierung von Kliniken, beschäftigte. Hierzu liegt auf Bundesebene ein Gutachten vor.

Vebeto ist ein Analyseunternehmen, das den vorliegenden Arbeitsentwurf des Bundesgesundheitsministeriums anhand eines fiktiven 150-Betten-Hauses zur Frage untersucht hat, wie sich die Vorhaltepauschalen bei einem Wegfall von Leistungsgruppen oder einer Veränderung der Patientenzahlen im Vergleich zum jetzigen DRG-System auf die Erlösseite auswirkt. Laut Gutachten, für das es keinen Auftraggeber gab, würde es zu keiner generellen Verbesserung der Krankenhausfinanzierung kommen. Dieses Ergebnis ernüchterte.

Auf die Frage, ob die Vorhaltefinanzierung in der geplanten Form die Existenz kleiner Häuser sichert, antwortete Reimund mit „Nein“. Nach seinem Eindruck gibt es zu wenig Konsens zwischen dem Bundesgesundheitsministerium und den Akteuren, es herrsche „eine verwirrende Lage“. Als Beispiel führte er an, dass das Bundesgesundheitsministerium keine offi-

ziellen Gespräche zur Krankenhausreform mit der Deutschen Krankenhausgesellschaft führe. Dies habe gravierende Folgen für die Planungssicherheit vor Ort. Faustformel: „Je kleiner das Krankenhaus, desto größer die Unsicherheit.“ Auf die Frage der Gesundheitspolitiker, was dies mit den Beschäftigten in den Häusern mache, antwortete der Klinikexperte: „Ein Management, das nicht weiß, wohin die Reise geht, kann auch nach Innen nur schwer Zuversicht verbreiten.“

Dr. rer. pol. Heiner Garg, Gesundheitsexperte der FDP, erwartet neben den erforderlichen Schritten auf der Bundesebene Klarheit durch die Landeskrankenhausplanung in Schleswig-Holstein. Vertreter des Ministeriums waren an diesem Tag nicht anwesend. Balke betonte aber, dass das Land nicht warten werde, „bis der Bund was macht“. Birte Pauls von der SPD fragte nach den Konsequenzen durch die Landesregierung auf die Ergebnisse dieser „Studie, die niemand bestellt hat“.

Hansen hält die Ergebnisse der Studie für alarmierend: Nach aktuellem Stand verfehle der Bundesgesundheitsminister wesentliche Ziele der Krankenhausreform deutlich. „Grund hierfür ist auch, dass es im Verfahren gravierende handwerkliche Fehler gab und gibt: Wesentliche Akteure im Krankenhauswesen werden nicht oder nicht ausreichend beteiligt. Ohne eine ganzheitliche Betrachtung der hochkomplexen Zusammenhänge wird eine Krankenhausreform niemals erfolgreich sein können“, sagte Hansen im Anschluss an die Sitzung – und nutzte eine Pressemitteilung für eine Breitseite gegen die SPD im Land, die der CDU-Experte bei der Krankenhausreform als „völlig blauäugig“ wahrnimmt. Denn während die Gesund-



Hauke Hansen ist gesundheitspolitischer Sprecher der CDU-Landtagsfraktion. Im Sozialausschuss des Landtages übte er Kritik an Bundesgesundheitsminister Prof. Karl Lauterbach (SPD).

heitsministerin im Land aus seiner Sicht zurecht konstruktive Kritik einbringe, versuche die SPD im Landtag alle Bedenken der Beteiligten im Gesundheitssystem „wegzuwischen und zündet mit ihrer Kritik an der Krankenhausplanung im Land Nebelkerzen“. Der Verantwortliche für die aktuelle Misere der Krankenhäuser sitze in Berlin. Hansen forderte die SPD im Land auf, ihren Einfluss auf Lauterbach zu nutzen, um die Krankenhausreform endlich auf den richtigen Weg zu bringen.

DIRK SCHNACK

Rollentausch unter Freunden

BAD OLDESLOE Über das künftige Leistungsspektrum der Asklepios Klinik Bad Oldesloe wird in der Gesundheitspolitik landesweit diskutiert. Ins Rollen kam der Prozess durch den Wechsel eines ganzen kardiologischen Teams aus der Klinik in Bad Segeberg nach Bad Oldesloe. Die beiden ärztlichen Spitzen dieses Teams, Dr. Ralph Tölg und Prof. Gert Richardt, erläutern ihre Beweggründe.



„Es gab eine Entfremdung in Bad Segeberg. Ich konnte dort nichts mehr bewegen.“

PROF. GERT RICHARDT

Vier Fachabteilungen, 136 Planbetten, rund 4.500 vollstationäre Patienten: Die Asklepios Klinik Bad Oldesloe ist einer der kleinen Klinikstandorte in Schleswig-Holstein. Einer von denen, die in der öffentlichen Diskussion bislang selten vorkamen.

Zur Jahreswende änderte sich das schlagartig. Die kleine Klinik war plötzlich Gegenstand zahlreicher Medienberichte und von gesundheitspolitischen Diskussionen. Die Klinik-Geschäftsführer wurden in den Sozialausschuss des Landtages gebeten, wo die gesundheitspolitischen Sprecher von CDU und Grünen, SPD und FDP Auskunft und Aufklärung einforderten.

In der Diskussion geht es um die Frage, welches Leistungsspektrum die Klinik künftig anbieten wird – eine Frage, die sich derzeit viele Krankenhäuser stellen, weil die genaue Ausgestaltung der Krankenhausreform und damit die Folgen für die Kliniken ungelöst sind. Weil es zwischen Berlin und den Bundesländern hakt, erhöht sich die Unsicherheit.

Dass es ausgerechnet in Bad Oldesloe zu einer so intensiven öffentlichen und überregionalen Diskussion über das Leistungsspektrum kam, lag u.a. an einem Wechsel, der für Aufsehen sorgte: Das Haus hatte einen Nachfolger für seinen ausscheidenden kardiologischen Chefarzt gesucht. Es kam Dr. Ralph Tölg aus Bad Segeberg – und der brachte gleich ein ganzes Team mit, inklusive seines bisherigen Chefs Prof. Gert Richardt, der nun Sektionsleiter in Bad Oldesloe ist.

Was für die Öffentlichkeit überraschend war, erweist sich mit einem Blick auf den Werdegang der beiden Spezialisten als folgerichtig. Richardt und Tölg arbeiten seit inzwischen 30 Jahren an mehreren Standorten in Deutschland zusammen: In

München, Lübeck und Bad Segeberg. „Wir sind persönlich befreundet und vertrauen uns auch beruflich. Wir tauschen uns täglich schon auf dem Weg zur Arbeit das erste Mal telefonisch aus“, sagt Richardt über das enge Verhältnis zu Tölg. Dieses gegenseitige Vertrauen verträgt auch, dass die beiden in der Hierarchie die Positionen getauscht haben. Der bisherige Stellvertreter Tölg wurde von einem Headhunter als Chefarzt in Bad Oldesloe angesprochen. „Ich habe das in Bad Segeberg offen kommuniziert und natürlich auch gegenüber Gert Richardt“, berichtet Tölg.

Was sich daraus entwickelte, war vom neuen Arbeitgeber nicht geplant, betonen die beiden: Mit Tölg interessierten sich plötzlich sechs weitere Ärztinnen und Ärzte aus der Segeberger Kardiologie und eine Referentin für die Nachbarklinik. Dass darunter auch Tölg's Freund und bisheriger Chef Richardt war, steigerte die öffentliche Aufmerksamkeit. Der Segeberger Chefarzt ist mit 66 Jahren in einem Alter, in dem andere den Ruhestand genießen oder planen. Dass ist für ihn noch keine Option, aber nach 21 Jahren war er an seiner alten Wirkungsstätte nicht mehr zufrieden. „Es gab eine Entfremdung in Bad Segeberg. Ich konnte dort nichts mehr bewegen. Die Unzufriedenheit haben auch die Kolleginnen und Kollegen gespürt“, beschreibt Richardt sein Empfinden mit einigen Wochen Abstand zum Wechsel. Er habe das Gefühl gehabt, dass die Klinikleitung einen Generationswechsel an der Spitze der Kardiologie angestrebt habe. „Das ist ihr gutes Recht“, betont Richardt. Als Tölg ihm von seinem Angebot berichtete, schlug Richardt ihm einen gemeinsamen Wechsel vor – was in Bad Oldesloe Anklang fand.

Tölg wechselte unter anderen Vorzeichen als Richardt. Zeitgleich mit seinem

Chef aus Lübeck 2002 nach Bad Segeberg gekommen, baute er als leitender Oberarzt das Herz-Kreislauf-Zentrum der Klinik am Standort in Norderstedt auf und etablierte es. Die Perspektiven des 56-jährigen gebürtigen Bayern: Entweder in Bad Segeberg bleiben und das Etablierte weiterführen oder als Chefarzt in eine funktionierende Kardiologie wechseln. Bad Oldesloe bot ihm dagegen die Chance, aus einer vergleichsweise kleinen Abteilung ein Zentrum für Herz-, Gefäß- und Diabetesmedizin zu entwickeln. „Hier habe ich die Chance, etwas zu bewegen“, sagt der neue Chefarzt und Ärztliche Direktor.

Dass ihm Richardt und weitere Kolleginnen und Kollegen bei diesem Schritt folgten, erleichterte ihm den Start, war aber nicht allein ausschlaggebend für die Entscheidung. Tölg beschreibt es so: „Wenn Gert Richardt mir abgeraten hätte, wäre ich nochmal ins Überlegen gekommen. Als Einzelkämpfer wäre es hier schwierig geworden, im Team kann man leichter etwas bewirken. So ist es optimal.“

Auch Richardt reizte die Chance, an einem bisher wenig beachteten Standort neue Impulse zu setzen. Er hat Bad Oldesloe bislang eher „im Dornröschenschlaf“ wahrgenommen und will als Sektionsleiter Tölg dabei unterstützen, den Standort aus diesem Schlaf zu wecken. Mit dem Team sehen sie dafür gute Chancen, auch wenn der Start mit der öffentlichen Diskussion anders ausfiel, als sie erwarteten. Auslöser war eine Pressemitteilung des Klinikkonzerns. Asklepios hatte zu Jahresbeginn zunächst das neue Zentrum verkündet und zugleich angekündigt, die Chirurgie zu schließen. Mit dieser Umstrukturierung sah Klinikgeschäftsführer Jörgen Wißler die Zukunft der Klinik „auch in Hinblick auf die kommende Krankenhausreform“ gesichert. Doch die Kommunikation zwischen dem Kieler Gesundheitsministerium und Bad Oldesloe schien nicht die bes-



te zu sein. Noch im Januar machte Asklepios publik, dass das Ministerium in Bad Oldesloe eine reine Fachklinik für Geriatrie plane und der Standort aus der Notfallversorgung ausscheiden solle. „Wir hoffen, das Ministerium noch umzustimmen, aber derzeit sieht man dort keine Zukunft für den Standort Bad Oldesloe“, hieß es plötzlich aus der Geschäftsführung.

Das sorgte für hohe Wellen nicht nur in der Öffentlichkeit. „Wir haben viele Gespräche in unserem Team geführt“, berichtet Tölg über die aufkommende Unruhe unter den Mitarbeitenden. Inzwischen soll es auch auf Planungsebene weitere Gespräche gegeben haben. Tölg und Richardt werten anschließende Signale so, dass sie von einem Fortbestand ausgehen und weiter daran arbeiten, das neue Zentrum zu etablieren. „Wir behandeln hier Patientinnen und Patienten. Die Nachfrage ist vorhanden und wir sind überzeugt, dass das so bleibt“, sagen die beiden übereinstimmend. Sie verbindet auch ein gemeinsames Interesse an der klinischen Forschung – ein Thema, das sie an allen bisherigen Standorten

„Als Einzelkämpfer wäre es hier schwierig geworden, im Team kann man leichter etwas bewirken. So ist es optimal.“

PD DR. RALPH TÖLG

zusammengehalten hat. Die klinischen Studienprogramme werden sie auch in Bad Oldesloe fortsetzen. Bad Segeberg hat unterdessen einen Nachfolger für Richardt präsentiert: Prof. Holger Nef kommt wie berichtet aus der Universitätsklinik Gießen.

DIRK SCHNACK

Der Podcast des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes

Die Podcasts des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes behandeln regelmäßig Themen aus dem Gesundheitswesen im Norden - mit Stimmen aus der Ärztekammer und aus anderen Organisationen wie etwa ärztliche Verbände und Krankenkassen. Es geht um aktuelle Themen wie Tarifabschlüsse für MFA oder die finanzielle Situation der Ärztegenossenschaft, aber auch um zeitlose Themen wie assistierter Suizid oder Leichenschau. Mehr als 75 Folgen können über Streamingdienste wie Spotify oder Apple Podcast gehört werden. Darunter u.a.:

- ▶ Ärztin in Weiterbildung und im Kammervorstand
- ▶ Eigene Praxis: Motivation statt Abgang
- ▶ Aufstehen für Demokratie
- ▶ Gesund trotz Frau



„Ich kann und will nicht mehr“

PALLIATIVMEDIZIN Wie reagieren Mediziner auf den Patientenwunsch, sterben zu wollen? Der Palliativ- und Hospiznetzwerktag in Ostholstein beschäftigt sich u.a. mit dieser Frage.

Schmerzen und Krankheiten heilen und/oder lindern, Patienten Sorgen und Ängste nehmen – das sind die Beweggründe, aus denen viele Ärztinnen und Ärzte Motivation für ihre Arbeit ziehen. Doch was geschieht, wenn ein Patient einen Sterbewunsch äußert und seinen Arzt auch dabei um Hilfe bittet? Gilt auch dann der Grundsatz, dem Patienten zu helfen oder verhält es sich in diesem Falle anders? Das Palliativ- und Hospiznetzwerk in Ostholstein diskutierte im Rahmen eines Netzwerktages den Umgang mit sterbewilligen Menschen.

Die Gründe, warum Menschen den Wunsch äußern zu sterben, sind vielfältig. Schmerzen, der erlebte Würdeverlust, Angst vor Abhängigkeit, Rollenverlust oder Hoffnungslosigkeit sind Beispiele, die kranke Menschen auf den Gedanken bringen, besser tot als lebendig zu sein. Äußert ein Patient seinen Sterbewunsch gegenüber seinem behandelnden Arzt, ist es für diesen schwer, eine angebrachte Reaktion zu zeigen. „Um einen Patienten mit

Sterbewunsch gut begleiten zu können, ist es wichtig, sich seiner eigenen Haltung gegenüber dem Thema Sterbehilfe bewusst zu sein“, ist sich Dr. Dr. Barbara Schubert, Chefärztin der Klinik für Innere Medizin, Fachabteilung für Onkologie, Geriatrie und Palliativmedizin am St. Joseph Stift in Dresden, sicher.

Schuberts erste Erfahrung mit einem Patienten, der ihr gegenüber seinen Sterbewunsch äußerte, schilderte sie auf der Veranstaltung als erschreckend: „Ich habe dies als Angriff auf meine Berufsgruppe empfunden.“ Erreicht Schubert heute der Sterbewunsch eines Patienten, rät sie dazu, bewusst eine Beziehung herzustellen, Interesse zu zeigen und alle Gefühle zuzulassen. Auch das Aushalten der Stille und das Erfragen der konkreten Ängste sieht Schubert als wichtige Bestandteile eines solchen „kommunikativen Notfalls“. „Ich möchte für meine Patienten bis zum Schluss da sein und nicht selbst Hand anlegen“, so Schubert. Daher vereinbare sie mit ihren Patienten nächste Treffen und Dinge, die bis da-

hin geschehen sein sollen. Auch die sozialen Ressourcen werden erfragt und die Erlaubnis eingeholt, im Versorgungsteam über den konkreten Wunsch des Sterbens sprechen zu dürfen.

Ein gutes Versorgungsnetz für die Betreuung schwerkranker Patienten sieht auch Sabine Grein, Netzwerkkoordinatorin Hospiz- und Palliativversorgung Ostholstein, als notwendigen Grundbaustein für alle Beteiligten an. In diesem wird nicht nur dem Patienten ermöglicht, so lange wie möglich in seinem gewohnten Umfeld zu bleiben, sondern auch die behandelnden Fachkräfte unterstützen sich gegenseitig und bieten Raum für Austausch. „Total pain verlangt total care“ so Grein. Sie beschrieb die Belastungen der Patienten als einen ganzheitlichen Schmerz, der sowohl spirituell als auch psychisch, physisch und sozial sein kann und in den meisten Fällen auch ist. Bei den physischen Dimensionen sind sich die Teilnehmer des Netzwerktreffens einig – diese sind durch Medikamente und Behandlungsformen in den meisten Fällen gut behandelbar und stellen nicht den hauptsächlichsten Beweggrund für einen Sterbewunsch dar.

Auch die psychischen Dimensionen wie die Angst vor dem Tod oder dem Abschied von der Familie führen meist nicht zum Todeswunsch. Die sozialen Dimensionen – der Würdeverlust, die Sorgen um die Familie oder der Verlust der sozialen Rolle – dagegen schon. „Wir können und sollten den Patienten dabei helfen, ihre Würde und ihren Stolz bis zum Ende zu bewahren“, so Schubert.

Selbstbestimmung und die Autonomie der Menschen beginnt für Schubert bei der ganzheitlichen Aufklärung über die eigene Krankheit, führt über die Mitentscheidung bei der richtigen Form der Therapie hin zum selbstbestimmten Tod und spielt daher eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Würde. Für Schubert ist der Sterbewunsch eine radikale Form der



Das Referententeam (v.l.n.r.): Dr. Klaus Böhme, Bettina Hagedorn, Moderator Dr. Stephan Flader, Dr. Barbara Schubert, Dr. Elena Bulanova, Pastorin Jutta Bilitewski, Dr. Gotthard Bernegger, Sabine Grein, Daniel Stange

Selbstbeherrschung und sie plädiert dafür, den Unterschied zwischen „Ich will sterben“ und „Ich will jetzt tot sein“ zu erkennen. Die Äußerung des Todeswunsches sei häufig auch nur ein Aufschrei des Patienten, jemanden zu finden, um über seine Sorgen, Ängste und den Wünschen zum eigenen Tod zu sprechen. „Ein Würdeverlust geschieht nicht durch den Menschen selbst, sondern durch sein Umfeld“, ist sich Schubert sicher.

Hilfsbedürftig zu sein und diesen Umstand aushalten zu können, sei schwere Arbeit. Schubert rät dazu, seinen Patienten zu ermöglichen, ihren Stolz zu behalten, ihre Rollen weiter ausfüllen zu können und ihren Kampfgeist mithilfe von kleinen, erreichbaren Zielen aufrechtzuerhalten. „Jeder Mensch darf um jeden Tag und jeden noch so kleinen Erfolg kämpfen“. Auch Grein erfährt Sterbewünsche häufig als ambivalent und erkennt in diesen die Aussage „unter diesen Umständen möchte ich nicht mehr leben“ und weniger „Ich will tot sein“. Grein sieht hier die Arbeit als Netzwerk von großer Bedeutung: „Wir als Netzwerk können dafür sorgen, dass ein Patient auch die Türen öffnet, die er vielleicht noch nicht kennt und so die Tür des freiwilligen Sterbens geschlossen bleibt“, so Grein. Sie ist seit Mai 2023 Netzwerkkoordinatorin der Hospiz- und Palliativversorgung Ostholstein. Ihre Stelle wird gemeinsam von der Diakonie Ostholstein gGmbH, dem Ärztenetz Eutin Malente und dem Sankt Elisabeth Krankenhaus Eutin getragen. Die Ziele des Netzwerkes sind vielfältig und umfassen die Optimierung der Versorgung, die Verständigung auf eine gemeinsame Versorgungslogistik und abgestimmtes Qualitätsverständnis. Auch die Bündelung der Strukturen, Kapazitäten und Ressourcen sowie die Weiterentwicklung der Versorgungsangebote und Fort- und Weiterbildungen gehören zu den Aufgaben. Um die Versorgung von Sterbenden zu verbessern, setzt sich Grein für die Unterstützung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland ein und bat im Rahmen des Netzwerktages auch Bettina Hagedorn, Mitglied des Deutschen Bundestages und stellvertretende Vorsitzende des Haushaltsausschusses, als Schirmherrin des Netzwerkes um ihre Unterschrift. Die SPD-Politikerin berichtete über ihre Erfahrungen im Umgang mit dem Thema Sterben und plädierte dafür, die Würde des Menschen nicht nur in seinem Lebensprozess, sondern gerade im Sterbeprozess als höchstes Gut anzusehen. „Wenn jemand sterben möchte, weil er das

Gefühl hat, zu stören, ist ihm seine Würde genommen worden. Das darf nicht passieren“, so Hagedorn. Sie berichtete von den zwei Gesetzesentwürfen zum Thema assistierter Suizid und Sterbebegleitung, bei denen es aber bisher auf politischer Ebene zu keinem Mehrheitsbeschluss des Bundestages gekommen ist. „Wir möchten das Thema Sterben aus der Tabuzone holen, ohne einen Mehrheitsbeschluss drohen aber weiterhin rechtliche Grauzonen“, so Hagedorn.

Eine Form der Selbsttötung stellt auch der freiwillige Verzicht auf Nahrung und Trinken dar. Dr. Elena Bulanova, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Naturheilverfahren und Ernährungsmedizin, beschrieb die Nahrungsaufnahme nicht nur als bloße Energieversorgung, sondern verband Essen mit Emotionen.

„Essen kann uns an den letzten Urlaub erinnern, stellt ein Ritual dar und fängt schon mit Küchengeräuschen und Gerüchen an“, so Bulanova. Stellt ein Mensch an seinem Lebensende das Essen ein, sei dies ein Kraftakt, der ärztlich begleitet werden muss. Es sei aber keine Hilfe zur Selbsttötung, sondern Teil der ärztlichen Sterbebegleitung und stelle so eine Chance dar, dem Patienten die Möglichkeit zu geben, selbstbestimmt zu sterben. Auch Daniel Stange, leitender Koordinator SAPV östliches Holstein und Fachpflegekraft Palliative Care, berichtete von seiner persönlichen Erfahrung im Umgang mit sterbewilligen Patienten. „Wir sind uns als Team einig, dass wir kein aktiver Teil des Sterbens sein wollen, unsere Patienten aber natürlich bestmöglich und umfänglich als Team begleiten und auffangen wollen“, so Stange. Pastorin Jutta Bilitewski, Seelsorgerin im Kirchenkreis Ostholstein, bestätigte die Wichtigkeit, als Team gemeinsam für die Patienten da zu sein. So sei es für die einzelnen Fachkräfte leichter, den Sterbewunsch eines Patienten anzunehmen, auszuhalten und zu begleiten, wenn sichergestellt ist, dass der Patient auch dann gut umsorgt ist, wenn für die Fachkraft selbst Feierabend ist. „Es ist leichter, Menschen gesund zu machen, als sie beim Sterben zu begleiten. Ein guter Personalschlüssel ist daher von großer Bedeutung im Bereich der Palliativmedizin“, so Bilitewski. Auch Dr. Gotthard Bernegger, Facharzt für Allgemeinmedizin, Homöopathie und Palliativmedizin, wünscht sich bei der Versorgung seiner Patienten mehr Zeit für aktives Zuhören, kollegialen Austausch und die Chance, aufhören zu können, wenn ein Patient mit seinem Leben hadert. Dr. Klaus Böhme, Fach-



Bettina Hagedorn, Mitglied des Deutschen Bundestages und Sabine Grein, Netzwerkkoordinatorin Hospiz- und Palliativversorgung Ostholstein, mit der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland.

arzt für Anästhesie, spez. Schmerztherapie und Palliativmedizin, SAPV östliches Holstein, berichtete von zwei Patienten, die ihren Wunsch zu sterben äußerten, aber unterschiedlich gefühlt haben. „Der erste Patient äußerte zwar seinen Sterbewunsch, aber hatte auch zeitgleich noch seinen Willen zum Leben“, so Böhme. Durch intensive Gespräche und ausreichend Zeit wurde deutlich, dass er gern noch weiterleben wollte, aber wenn es sein Körper nicht mehr schaffte, ein schnelles Ende herbeisehnte. „Der Patient wurde von einer Palliativstation aufgenommen und hat noch einige Monate zufrieden leben können – wir konnten so noch eine Tür für ihn öffnen, die er zunächst nicht mehr sehen konnte“, so Böhme. Der zweite Patient hatte sich über einen Freund Medikamente besorgt und diese selbst angewendet. Böhme berichtete, dass dieser Patient selbstbestimmt das Ende seines Lebens gewählt hat. Was für Böhme aber bei beiden Patienten von großer Bedeutung war: Zeit. Zeit für den Patienten und Zeit, sich auf beide Patienten einzulassen und sie in ihren ganz individuellen Willen bestmöglich begleiten zu können.

Individuelle Begleitung, das Aufrechterhalten der menschlichen Würde und die eigene Haltung zum Thema Sterbewunsch – für die Teilnehmer des Netzwerktages waren dies die wichtigsten Aspekte im Umgang mit der Herausforderung Sterbewunsch.

ASTRID SCHOCK

Sterbewunsch? „Wir müssen genau hinhören!“

PALLIATIVMEDIZIN Sterbehilfe in der Palliativmedizin – passt das zusammen oder erübrigt das eine nicht das andere? Wie gehen Fachkräfte mit Patienten um, die ihren Wunsch zu sterben äußern? Astrid Schock sprach mit Palliativ- und Schmerzmediziner Dr. Klaus Böhme über seine Erfahrungen und Einstellungen zum Thema Sterbewunsch am Ende eines Lebens.

Sie sind Anästhesist, viele Jahre als Notarzt gefahren und haben sich schließlich auf die Schmerztherapie spezialisiert. Wann ist die Verbindung zur Palliativmedizin entstanden?

Dr. Klaus Böhme: Lebensbedrohliche Erkrankungen gehen meist mit Schmerzen einher. Schon dadurch ist die Brücke von der Schmerztherapie zur Palliativmedizin geschlagen. Bereits in den 1990er-Jahren habe ich auch im Bereich der Palliativmedizin gearbeitet, seit Herbst 2020 nun verstärkt in der Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) hier in Eutin.

Gebürtig stammen Sie aus Kassel, warum betreuen Sie gerade in Eutin palliative Patienten?

Böhme: Meine Tochter, die ebenfalls Medizin studiert hat, ist hier oben im Norden tätig und engagiert sich auch in der Palliativmedizin. Als Not am Mann war, hat sie mich gefragt, ob ich nicht den ein oder anderen Dienst übernehmen könnte. Das habe ich und bin in den letzten Jahren so ca. zwei bis drei Wochen pro Monat in Ostholstein tätig und Teil des Teams SAPV Ostliches Holstein.

Palliativmedizin bedeutet, Menschen an ihrem Lebensende zu begleiten. Welche Patienten werden vom Team der SAPV genau betreut?

Böhme: Patient im Rahmen einer SAPV zu werden, geht nur, wenn dies verordnet wird. Die Verordnung kann durch ein entlassenes Krankenhaus, aber auch beispielsweise durch den Hausarzt oder andere Fachärzte ausgestellt werden. Die Diagnose selbst kann allerdings keine Verordnung begründen. Um von der SAPV versorgt zu werden, bedarf es auch Symptome oder es gilt, ein Therapieziel zu erarbeiten. Ein Karzinom, welches keine Be-

schwerden macht, ist daher nicht ausreichend. Die Diagnose muss aber nicht immer Krebs heißen, auch Patienten etwa mit ALS, nicht therapierbarer Herzinsuffizienz oder COPD können durch die SAPV betreut werden.

Patienten, die eine SAPV verordnet bekommen, haben meistens die Nachricht erhalten, an einer Krankheit zu leiden, die früher als gehofft zum Tode führen wird. Wie erleben Sie diese Patienten?

Böhme: Das ist immer sehr individuell. Wir führen mit neuen Patienten ein Erstgespräch und die Anamnese durch. Unser Team führt dieses gern mit einer ärztlichen und einer pflegerischen Fachkraft zusammen. Auch die Familienangehörigen nehmen häufig teil. Dieses Erstgespräch unterscheidet sich zu einem standardisierten Anamnesegespräch und geht deutlich mehr in die Tiefe. Wenn der Patient bereit ist, wird auch schon in diesem, spätestens jedoch in dem nächsten oder übernächsten Termin auch das Thema Sterben angesprochen. Wir sprechen dabei nicht nur über die gewünschte Form der Beerdigung, sondern auch über die Form des gewünschten Sterbens und den Wunschort. Das ist nicht immer für alle einfach, vielen Angehörigen fehlt die Akzeptanz, das Ende eines geliebten Menschen anzunehmen. Ein konkreter Wunsch, schon vor dem natürlichen Tod sterben zu wollen, wird daher häufig auch in einem isolierten Gespräch geäußert – mit dem Arzt oder der Pflegekraft allein, immer nach Sympathie.

Erinnern Sie sich noch an ihren ersten Patienten, der einen Todeswunsch deutlich formulierte?

Böhme: Ja, sehr deutlich. Dies liegt schon viele Jahre zurück. Ich war als Notarzt im Dienst und wurde zu einem Pati-

enten gerufen, den ich bereits behandelt und damit seine Vorgeschichte kannte. Er hatte versucht, sich das Leben zu nehmen. Als wir eintrafen, habe ich kurz gezögert, dann aber natürlich als Notarzt gehandelt: wir haben ihn in die stabile Seitenlage gelegt und ins Krankenhaus gebracht, er erholte sich von den Spuren des versuchten Suizids. Als er wieder bei voller Besinnung war, habe ich im Gespräch herausfinden können, was ihn zu diesem Versuch trieb: Schmerzen. Er konnte den Schmerz nicht mehr ertragen und hat versucht, diesem zu entfliehen. Er verspürte also gar nicht den Wunsch zu sterben im eigentlichen Sinne, sondern den Wunsch, keine Schmerzen mehr zu erleiden. Das ist ein großer Unterschied.

Sie unterscheiden demnach zwischen dem Wunsch zu sterben und dem Wunsch wirklich tot zu sein?

Böhme: Ja unbedingt. Nicht jeder Patient, der einen Sterbewunsch äußert, will auch wirklich sterben. In vielen Fällen steckt etwas anderes dahinter: der Wunsch, keine Schmerzen mehr zu haben, das Gefühl, für seine Angehörigen eine Last zu sein, die Angst vor dem Vorgang des Sterbens selbst, Einsamkeit und vieles mehr. Wer einen Sterbewunsch äußert, kann zeitgleich einen starken Lebenswunsch haben.

Und genau das gilt es für uns als Team des SAPV herauszufinden, wir müssen genau hinhören, den Patienten vollumfänglich wahrnehmen. Funktioniert die Zusammenarbeit mit den anderen behandelnden Ärzten, wie etwa dem Hausarzt gut, können wir einen Patienten angemessen begleiten und gemeinsam mit ihm seinen letzten Weg möglichst gut gestalten. Hausärzte kennen den Patienten im besten Fall ein Leben lang, unser Team des SAPV und andere Spezialisten kommen von außen zu

einem kritischen Zeitpunkt dazu. Hier können wir voneinander und von dem Wissen und den Blicken des anderen auf den Patienten profitieren und entsprechend handeln. So funktioniert für mich Suizidprävention.

Suizidprävention als großer Teil der Palliativarbeit, doch woran erkennen Sie als Team einen Patienten, der wirklich sein Leben beenden möchte?

Böhme: Der Wunsch zu sterben wird nur sehr selten direkt ausgesprochen und die wenigsten Patienten haben eine konkrete Vorstellung davon, wie sie den Tod herbeiführen wollen. Aber natürlich gibt es auch diese Patienten. So hat ein Patient seinen Wunsch zu sterben geäußert und mich gebeten, ihn bei der Durchführung zu begleiten. Dies habe ich abgelehnt. Ich begleite meine Patienten bis zum Tod, aber ich unterstütze sie nicht bei dem Herbeiführen des Todes aktiv. Da sind wir uns als Team einig. Dieser Patient hat in einem letzten Telefonat mit mir ein weiteres Treffen abgelehnt und sich noch einmal für unsere Arbeit bedankt. Als der Suizid dann vollzogen war, war es für uns dann auch in Ordnung. Er hat es so gewollt und auch wir konnten abschließen.

Das klingt nach einem Lebensende, welches für alle Beteiligten – auch für Sie als behandelnden Arzt – akzeptabel war. Ist das immer so?

Böhme: Natürlich nicht, denn wir möchten in der Palliativmedizin Menschen so lange ein zufriedenes Leben im Kreise der Angehörigen ermöglichen, wie es geht. Wenn jedoch jemand dieses freiwillig beendet, müssen auch wir es akzeptieren. Ein Patient hat sein Leben durch das Einstellen von Essen und Trinken freiwillig beendet. Dies bedarf einer hohen Eigendisziplin und sollte dann auch anerkannt werden. Häufig erlebe ich solche Patienten mit dem Wunsch selbstbestimmt zu sterben, die auch in ihrem gesamten Leben sehr autonom gelebt haben. Und diese Menschen möchten eben auch am Ende selbst entscheiden, wann der richtige Zeitpunkt gekommen ist. Das sollte dann auch akzeptiert werden, es ist das Recht des Patienten, er darf es selbst entscheiden.

Der richtige Zeitpunkt, sein Leben freiwillig zu beenden, soll aus freien Stücken gewählt werden. Wenn eine Entscheidung getroffen wurde, heißt dies aber nicht, dass das Vorhaben auch ohne ärztliche Unterstützung, z.B. durch ein Medika-



„Nicht jeder Patient, der einen Sterbewunsch äußert, will auch wirklich sterben.“

DR. KLAUS BÖHME

ment, in die Tat umgesetzt werden kann. Die deutsche Gesetzgebung befindet sich derzeit in Bezug auf den assistierten Suizid in einer rechtlichen Grauzone. Was würden Sie sich vom Gesetzgeber wünschen?

Böhme: Ein Todeswunsch ist in meinen Augen fast immer fluktuierend. Wenn ein Mensch aber – unabhängig davon, ob dieser eine lebensbeendende Krankheit hat oder nicht – den steten Wunsch hat, sein Leben vorzeitig zu beenden, so darf er in meinen Augen auch die Unterstützung erhalten. Es sollte nicht sein, dass ein Arzt

zwar ein Medikament verschreiben kann, aber den Patienten bei der Einnahme nicht unterstützend begleiten darf. Dabei meine ich nicht, dass er aktiv in die Verabreichung der Medikation eingreift. Es ist anzumerken, dass es kein zugelassenes Medikament für die „Selbsttötung“ gibt. Ein mir bekannter Mann litt an starken Depressionen und beendete nach mehrfacher Bestätigung seines Sterbewunsches und vorausgegangenen misslungenen Suizidversuchen, sein Leben im Kreise seiner Angehörigen mit einem Medikament selbst. Noch heute habe ich Kontakt zu seinen Angehörigen und alle haben seine Entscheidung akzeptiert. Aber im Moment der Einnahme war die Familie und der Patient ohne eine unterstützende Betreuung. Dies sollte meiner Meinung nach in Deutschland legal möglich sein.

Wenn ein Patient mit seinem Sterbewunsch aktiv auf das Team der SAPV zu- kommt, was unternehmen Sie dann?

Böhme: Wir besprechen uns im Team, besprechen es mit den behandelnden Ärzten und versuchen die Situation gemeinsam zu erfassen. In erster Linie betreiben wir Suizidprävention und evaluieren die Ursachen für diesen Wunsch. Manchmal kommen wir in einen Raum und sehen ein Krankenbett mit Blickrichtung zur weißen Innenwand. Stellen wir dieses um und der Patient kann nach draußen sehen, ist dies eine simple Möglichkeit, ihm vielleicht wieder mehr Tagesinhalt geben zu können. Das klingt natürlich einfach, aber manchmal sind es genau diese Kleinigkeiten, die eine Situation verändern können. Wenn jedoch auch die Behandlung der Symptome den Sterbewunsch nicht verändern kann, fragen wir auch nach dem Wunsch, wie der Patient sterben möchte. Beihilfe zum Suizid werden wir nicht leisten, aber es gibt z.B. auch Patienten, bei denen es ausreicht, ein Medikament wegzulassen. Ein Behandlungsabbruch kann auf Wunsch des Patienten begleitet werden.

Wenn Sie aus dem Dienst kommen und ein Patient hat seinen Tod freiwillig beschleunigt, wie schaffen Sie es, die Trauer-/ Gedanken nicht mit nach Hause zu nehmen?

Böhme: Nach Hause nimmt man seine Patienten fast immer, auch ich rede manchmal abends noch darüber. Aber ich treibe viel Sport, gehe Laufen, Segeln, fotografiere gern – das hilft und schafft einen guten Ausgleich.

Vielen Dank für das Gespräch.

„Join the Gesundheitsamt“ – der ÖGD stellt sich vor

ÖGD Am 19. März ist der „Tag des Gesundheitsamtes“ unter dem Motto „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“. Mitarbeitende des Kreisgesundheitsamtes Segeberg geben zu diesem Anlass mit einem Gastbeitrag Einblicke in ihre Arbeitsbereiche und starten einen Aufruf.

Im Gesundheitsamt Kreis Segeberg mit Standorten in Bad Segeberg und Norderstedt arbeiten Fachkräfte, deren Ziel die Gesunderhaltung, -wiederherstellung und -förderung der gesamten Bevölkerung des Kreises Segeberg ist. Ihre Professionen und ihre Aufgaben sind unterschiedlich. Alle gemeinsam haben sie das Wohl der Menschen zum Ziel.

Gesundheitsämter stellen eine zentrale Säule für den Schutz der Gesundheit der Bevölkerung dar. Im Unterschied zu Krankenhäusern und Arztpraxen, die sich vorwiegend um Individuen kümmern, stehen im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bevölkerungsbezogene Aspekte im Mittelpunkt. Am 19. März ruft das Robert Koch-Institut jedes Jahr den Tag des Gesundheitsamtes aus. Anlass ist der Geburtstag

Weitere Informationen

Die Arbeit im Gesundheitsamt ist vielfältig und dient dem Wohl der Bevölkerung. Das Gesundheitsamt hat wichtige Vermittlungs- und Vernetzungsfunktion in der Sicherstellung der Daseinsvorsorge.

Wer konkret Fragen hat oder Hilfe zu einem der Bereiche benötigt, ist eingeladen, die Website des Kreises Segeberg zu besuchen oder Kontakt zu den Mitarbeitenden aufzunehmen.

Kontakt zu den gesundheitsbezogenen Fachdiensten:

FD Gesundheit 04551 951 9342

FD Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz 04551 951 9833

FD Sozialpsychiatrie und Gesundheitsförderung 04551 951 9493

Weitere Informationen zum Kreisgesundheitsamt finden Sie hier:

<https://www.segeberg.de/Lebenslagen/Gesundheit/>

des Arztes und Sozialmediziners Johann-Peter Frank, der Mitte des 18. Jahrhunderts geboren wurde und bis heute als Begründer des ÖGD gilt.

Das diesjährige Motto „Soziale Ungleichheit und Gesundheit“ spielt im Arbeitsalltag der Gesundheitsämter eine große Rolle in den unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen, denn der soziale Status, der z.B. Einfluss auf Bildung, Beruf und Einkommen hat, bestimmt oftmals auch die Gesundheit und Lebenserwartung der Menschen. „Der soziale Status nimmt nicht nur Einfluss auf die körperliche, sondern auch auf die seelische Gesundheit“, sagt Dr. Sylvia Hakimpour-Zern, Leiterin des Fachdienstes Sozialpsychiatrie und Gesundheitsförderung. Viele Risikofaktoren für psychische Störungen seien mit sozialer Ungleichheit verbunden. Je größer die Ungleichheit, desto höher das Risiko.

Folgende Beispiele zeigen, wie vielfältig die Herausforderungen für die Gesundheitsämter sind.

► Anruf auf dem Krisentelefon des sozialpsychiatrischen Dienstes: Eine Bürgerin macht sich seit Wochen Sorgen um ihren Nachbarn, dessen einzige Vertraute sie sei. Dieser habe nach Trennung von der Ehefrau seinen Schmerz mit Alkohol betäubt und danach seinen Job verloren. Es gäbe keine näheren Angehörigen. Nun verlasse er das Haus kaum noch und wirke depressiv. Sozialpädagoge Florian Krampen berät die Nachbarin, welche Hilfsmöglichkeiten es gibt und plant einen Hausbesuch mit Psychiaterin Dr. Victoria Witt bei dem Betroffenen. Bei dem Hausbesuch ergeben sich durch die soziale Belastungssituation tatsächlich Anhaltspunkte für eine sehr schwere Depression bei dem Mann, der bereit ist, Hilfe anzunehmen. Nach einem entlastenden Gespräch entscheidet er sich freiwillig für die Aufnahme im Psychiatrischen Krankenhaus Rickling.

► Zahnärztin Nastaran Mehdizadeh ist unterdessen gemeinsam mit Prophylaxeheiferinnen in den Kitas und den Schulen unterwegs und zeigt Kindern mit praktischen Zahnputzübungen, wie die Zahngesundheit verbessert werden kann. Sie informieren Erzieher und Eltern zu den Themen Zahngesundheit, Ernährung und Verwendung von Schnullern. Außerdem beraten sie Kindertageseinrichtungen zur Einführung des Zähneputzens im Alltag und stellen hierfür kostenfrei Zahnbürsten für die Kitas zur Verfügung. Schüler mit hohem Kariesrisiko können Beratungen mit einer Fluoridierung durch die Zahnärztin bekommen. Mehdizadeh fasst zusammen: „Durch diese niedrigschwelligen Angebote wird seit Jahren die Zahngesundheit aller Kinder und Jugendlichen verbessert.“

► Kinder- und Jugendliche stehen auch in anderen Abteilungen im Fokus. Ein Team aus medizinischen und sozialmedizinischen Fachangestellten sowie Ärztinnen im Kinder- und Jugendgesundheitsdienst untersucht über mehrere Monate die jährlich rund 2.800 künftigen Erstklässler bzgl. ihrer körperlichen, geistigen und psychosozialen Entwicklung.

Die Untersuchungen können bisher unerkannte Schwierigkeiten und Auffälligkeiten der Entwicklung (z.B. im Bereich der Sprache oder der Feinmotorik) zum Vorschein bringen. Es erfolgt eine spezifische ärztliche Beratung über mögliche Diagnostik und Therapien sowie Fördermöglichkeiten im Alltag. Ein Grund dafür, dass Auffälligkeiten erst im Vorschulalter erkannt werden, liegt möglicherweise darin, dass einige Familien einen schlechteren Zugang zu Informationen zur Kindesentwicklung sowie weniger Ressourcen zur Förderung der Entwicklung haben, und es an Aufklärung über die Möglichkeiten zur Unterstützung fehlt. Die Daten aller Einschulungsuntersuchungen dienen wiederum der Gesund-



Linkes Foto: Sozialpädagoge Florian Krampen (Mitte) und die Fachärztinnen Dr. Sylvia Hakimpour Zern (rechts) und Dr. Victoria Witt (links) beraten bei psychosozialer Belastung oder psychiatrischen Fragestellungen. Foto rechts: Die Ärztinnen Gabriele Seidel (Fachärztin für Gynäkologie) und Dr. Antonia Sassmann-Schweda (Fachärztin für Pharmakologie) beraten anonym und bieten Testungen an.

heitsberichterstattung für weiterführende Analysen und Verfolgung von Trends, um so zielgerichtete Interventionsmaßnahmen der Gesundheitsförderung zu ermöglichen.

► Der Amtsärztliche Dienst bietet kostenlose, leicht zugängliche und anonyme Beratungen und Testungen auf HIV an. Diese sind wichtig, um vielen Menschen Zugang zu Informationen und mehr Sicherheit im Umgang mit Infektionsrisiken zu verschaffen. Das ärztliche Team klärt auch über andere sexuell übertragbare Erkrankungen auf.

► Der Fachdienst Infektionsschutz und umweltbezogener Gesundheitsschutz nimmt Aufgaben vom Büro aus und im Außendienst wahr. Abteilungsleiter Uwe Petry fasst zusammen: „Ziel des Infektionsschutzes ist es, übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern.“ In Deutschland sind viele Infektionskrankheiten nach dem Infektionsschutzgesetz meldepflichtig, beispielsweise Meningokokken, Masern, Windpocken, Läusebefall, Salmonellen, Noroviren, Rotaviren, Campylobacter, Influenzaviren und Tuberkulose, wobei das Infektionsschutzgesetz gleichermaßen für alle Bürger gilt.

Impfungen haben schon viele Menschenleben gerettet. Pocken beispielsweise sind hochansteckend und lebensbedrohlich, gelten aber dank einer Impfung mittlerweile offiziell als ausgerottet. Seit 01.03.2020 gibt es bundesweit gemäß Masernschutzgesetz eine einrichtungsbezogene Masern-Impfpflicht. Das Gesetz soll den Schutz vor Masern in Kindergärten, Schu-

len und anderen medizinischen oder Gemeinschaftseinrichtungen fördern. In diesem Zusammenhang ist es Aufgabe des Fachdienstes, die Umsetzung der Impfpflicht für die in den genannten Einrichtungen betreuten Kinder und beschäftigten Personen sicherzustellen. Der Kreis Segeberg bietet außerdem regelmäßige Impfsprechstunden an.

► In der Abteilung Gesundheitsförderung widmen sich die Gesundheitswissenschaftlerinnen Juliane Kokot und Nadja Steinkühler unter anderem dem Thema Hitzeanpassung. „2023 war das heißeste Jahr seit Beginn der Wetteraufzeichnungen“, berichtet Gesundheitsplanerin Kokot. In Zeiten des Klimawandels sei es wichtig, die Bevölkerung vor Hitze und Sonneneinstrahlung zu schützen. Im Kreis Segeberg fand 2023 der Auftakt einer Gesundheitsförderungskonferenz statt, die sich diesem Thema mit Akteuren aus Politik, Verwaltung, Gesundheitssektor und Bürgerschaft widmet.

Bezogen auf die soziale Ungleichheit ist es von Bedeutung, Maßnahmen zur Verbesserung der Gesundheit und Alltagsbedingungen über die gesamte Lebensspanne zu ergreifen – also von der Geburt bis hin ins hohe Alter. Deswegen arbeitet das Gesundheitsamt eng mit dem Jugendamt zusammen, um Kinder und ihre Eltern zu unterstützen. Hierzu dient auch das Schulpräventionsprogramm Heldenherzen, das die seelische Widerstandskraft von Grundschulkindern stärken soll. Für die älteren Kinder und Jugendlichen bietet der Fachdienst Sozialpsychiatrie und Gesundheits-

förderung das Präventionsprogramm „Verückt? Na und!“ an weiterführenden Schulen an, um den Umgang mit jugendtypischen Krisen und psychischen Belastungen zu fördern. Das Gesundheitsamt steht im engen Austausch mit dem Fachdienst Soziale Sicherung und dem Pflegestützpunkt, die sich um die Versorgung im Alter kümmern.

Das Gesundheitsamt ist auch sonst stark mit anderen Verwaltungsbereichen vernetzt – sei es mit der Eingliederungshilfe zur bestmöglichen Beratung von Menschen mit Einschränkungen oder auch mit dem Büro für Chancengleichheit und Vielfalt im Kreis Segeberg. Sein Team setzt sich für gleiche Zugangs- und Lebenschancen für alle Bürger in allen gesellschaftlich, politisch und wirtschaftlich relevanten Bereichen – somit auch im Gesundheitssystem – ein.

Das Gesundheitsamt wird getragen von seinen gut ausgebildeten und engagierten Mitarbeitenden. In Zeiten des Fachkräftemangels sind neue Mitarbeitende in den kollegial und interdisziplinär arbeitenden Fachdiensten immer wieder gesucht und herzlich willkommen. Hier arbeiten u. a. medizinisches Fachpersonal, Sozialpädagogen, Verwaltungsfachkräfte, Gesundheitswissenschaftlerinnen und Hygienekontrollen eng miteinander zusammen. Der Kreis Segeberg macht sich stark für den Gesundheitsschutz und die Arbeitszufriedenheit seiner Mitarbeitenden. „Join the Gesundheitsamt!“ <https://www.segeberg.de/> karriere

(PM/RED)

Eutin setzt auf Wirbelsäulen

Das Ameos Klinikum Eutin baut eine Abteilung für Wirbelsäulenchirurgie neu auf. Das fünfköpfige Leitungsteam um Prof. Markus Quante steht bereits fest. Ab ersten April soll in Eutin operiert werden. Neben Quante, derzeit Chefarzt im Fachzentrum für Wirbelsäulen-Chirurgie und Skoliosezentrum in der benachbarten Schön Klinik Neustadt in Holstein, kommen auch Dr. Márk Köszeváry, Prof. Henry Halm und Björn Thomsen für das Leitungsteam der neuen Abteilung nach Eutin. Alle sind Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Schon vor Ort ist Neurochirurg Dr. Ferenc Pécsi, der ebenfalls zur Leitungsebene zählen wird. Derzeit sucht die Klinik weiteres Personal für die Abteilung, die das komplette operative Spektrum der Wirbelsäulenchirurgie anbieten wird. (PM/RED)



Dr. Mark Köszeváry, Prof. Markus Quante, Prof. Henry Halm, Dr. Ferenc Pécsi, Björn Thomsen (von links).

Neustadt verpflichtet Ropers als Nachfolger



Dr. Yasser El-Mansy



Dr. Jürgen Ropers

Dr. Jürgen Ropers wird neuer Chefarzt der Wirbelsäulenchirurgie der Schön Klinik Neustadt in Holstein. Ropers wechselt zum 1. April, bislang ist er Chefarzt und Ärztlicher Direktor in der Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg. Neuer leitender Oberarzt in Ropers Neustädter Team wird ab Mai Dr. Yasser El-Mansy. Ropers folgt in Neustadt auf Prof. Markus Quante und Prof. Henry Halm, die es von Neustadt nach Eutin zieht, wo Konkurrent Ameos ebenfalls eine Wirbelsäulenchirurgie etablieren will (siehe Meldung links). Der 52-jährige Ropers soll in Neustadt u.a. minimalinvasive Operationsverfahren weiterentwickeln. El-Mansy bringt Berufserfahrungen aus über 20-jähriger Tätigkeit in Ägypten und Deutschland mit. Zuletzt leitete er die Sektion der orthopädischen Wirbelsäulenchirurgie und Skoliochirurgie am Aachener Universitätsklinikum, außerdem ist er Dozent der Orthopädie an der Alexandria Universität in Ägypten. Schön Klinik kündigte die Verpflichtung weiterer Oberärzte für das Team in Neustadt an. (PM/RED)

GEBURTSTAGE

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

Dr. Steffen Glück, Oldenburg,
feiert am 02.04. seinen 85. Geburtstag.

Wolfgang Müller-Wellensiek, Gammelby,
feiert am 03.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Rainer Stachow, Lübeck,
feiert am 03.04. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Ulrich Stephani, Kiel,
feiert am 03.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Sigrid Kreye, Ahrensburg,
feiert am 05.04. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Holger Eidtmann, Kiel,
feiert am 05.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ottmar Grulich, Ratzeburg,
feiert am 06.04. seinen 80. Geburtstag.

Marlene Malter-Kiesling, Neustadt,
feiert am 07.04. ihren 70. Geburtstag.

Manfred Lübke, Kronshagen,
feiert am 08.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Karin Plagemann, Kiel,
feiert am 11.04. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Michael Kinet, Kiel,
feiert am 11.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Dr. rer. nat. Ansgar Knobling, Preetz,
feiert am 11.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Matthias von Jagow, Eckernförde,
feiert am 15.04. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Monika Mrachatz, Scharbeutz,
feiert am 16.04. ihren 85. Geburtstag.

Dr. Peter Totzauer, Nebel/Amrum,
feiert am 17.04. seinen 70. Geburtstag.

Prof. Gerhard Holland, Kiel, feiert
am 19.04. seinen 95. Geburtstag.

Dr. Mechthild Klingenburg-Vogel, Kiel,
feiert am 19.04. ihren 75. Geburtstag.

Peter Fischer-Wasels, Sörup,
feiert am 19.04. seinen 70. Geburtstag.

Hans-Ulrich Gosmann, Lübeck,
feiert am 19.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Ina-Maria von Nordenflycht, Wentorf,
feiert am 20.04. ihren 80. Geburtstag.

Dr. Peter Spors, Glückstadt,
feiert am 20.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Karen Zillessen, Reinbek,
feiert am 22.04. ihren 80. Geburtstag.

Thomas Pemöller, Lübeck,
feiert am 23.04. seinen 70. Geburtstag.

Dr. Joachim Paulsen, Goosefeld,
feiert am 24.04. seinen 80. Geburtstag.

Dr. Wulf Staemmler, Harrislee,
feiert am 24.04. seinen 75. Geburtstag.

Dr. Hans-Friedrich Kniehase, Scharbeutz,
feiert am 25.04. seinen 80. Geburtstag.

Marlene Kruppa, Norderstedt,
feiert am 25.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Wolfgang Schwahn, Geesthacht,
feiert am 29.04. seinen 85. Geburtstag.

Dr. Ulrike Caesar, Langballig,
feiert am 29.04. ihren 70. Geburtstag.

Dr. Ralf Beyer, Kröppelshagen-Fahrendorf,
feiert am 30.04. seinen 85. Geburtstag.

Paracelsus holt Orthopäden-Team

Die Paracelsus-Klinik Henstedt-Ulzburg hat ihr orthopädisches Team um vier Ärzte verstärkt. Prof. Nils Hansen-Algenstaedt, Prof. Johannes Holz, Dr. Ansgar Ilg und Dr. Stefan Schneider wechselten gemeinsam aus der Niederlassung im Hamburger Orthocentrum. Belegärztlich hatten sie in der Park Klinik Manhagen operiert. Henstedt-Ulzburg deckt nach eigenen Angaben nun das gesamte Behandlungsspektrum der Orthopädie und Wirbelsäulenchirurgie ab. Chefarzt der Abteilung Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie ist noch bis Ende März Dr. Jürgen Ropers (siehe linke Seite). (PM/RED)

Zwei neue Chefärzte in Rendsburg

Die Schön Klinik Rendsburg hat zwei neue Chefärzte verpflichtet, die in ihren jeweiligen Fachgebieten über Erfahrungen in der robotischen Chirurgie verfügen. Damit will das Haus das Leistungsspektrum beider Abteilungen erweitern. Seit ersten März verstärkt Dr. Filimon Antonakis als zweiter Chefarzt neben Dr. Christos Papachrysanthou die Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie in Rendsburg. Antonakis kommt aus dem Asklepios Klinikum Harburg, wo er in den vergangenen neun Jahren unter anderem die minimalinvasive Chirurgie leitete und das DaVinci-Zentrum in Hamburg aufbaute. Dr. Osama Andura übernimmt ab April als Chefarzt die Leitung der urologischen Klinik in Rendsburg. Der bisherige Chefarzt Dr. Andreas Bannowsky verlässt das Unternehmen laut Mitteilung des Hauses „im gegenseitigen Einvernehmen“. Andura war zuletzt leitender Oberarzt in der Asklepios Klinik Altona, wo er sechs Jahre beschäftigt war. (PM/RED)



Dr. Filimon Antonakis, Dr. Osama Andura (von links)

Prof. Cornelius Borck ist neu in der Leopoldina – Prof. Jens Scholz Senator



Prof. Cornelius Borck

Prof. Cornelius Borck aus Lübeck ist vor kurzem neu in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen worden. Borck leitet das Institut für Medizingeschichte und Wissenschaftsforschung und ist derzeit Vorsitzender des akademischen Senats an der Uni Lübeck. Borck ist Wissenschaftshistoriker und Medizinphilosoph. Zu seinen Forschungsschwerpunkten zählen unter anderem Hirnforschung, Neurowissenschaften und die Aufarbeitung der Psychriegeschichte, aber auch Entwicklungspfade der Medizin von der Experimentalisierung des Lebens über die Evidenzbasierung zur Präzisionsmedizin sowie ganz allgemein das Verhältnis von Wissenschaft und Kunst. Borck hat außer Medizin auch Philosophie, Religionswissenschaften und Medizingeschichte in Hamburg, Heidelberg und Berlin studiert und anschließend einen Ph.D. in experimenteller Neurowissenschaft am Imperial College in London erworben. Seit Sommer 2007 ist er Professor für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin und Naturwissenschaften an der Universität zu Lübeck und Direktor des Instituts für Medizin- und Wissenschaftsgeschichte.

Prof. Jens Scholz, Vorstandsvorsitzender des UKSH, wurde mit großer Mehrheit zur Obperson seiner Fachsektion und damit zugleich zum Senator der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina gewählt. Seine vierjährige Amtszeit begann im Februar. Als gewählter Senator der Sektion 17 – Chirurgie, Orthopädie und Anästhesiologie vertritt Scholz die Belange der Mitglieder vor dem Präsidium und berät das Präsidium. Dem Senat der Leopoldina gehören derzeit 40 Personen an, unter ihnen sind 28 gewählte Mitglieder (Obleute). (PM/RED)

Dr. Martin Oldenburg rückte im Ministerium auf

Pädiater Dr. Martin Oldenburg hat vergangenen Monat die Leitung der Abteilung Gesundheitsvorsorge im Ministerium für Justiz und Gesundheit angetreten. Oldenburg war bislang Referatsleiter des Referats 51 (Infektionsschutz, Infektions- und Krankenhaushygiene, Infektionsepidemiologie, Impfwesen). Oldenburg ist auch Krankenhaushygieniker und hat einen M.Sc. in Public Health. Vor seiner Zeit im Landesdienst war er u.a. als Amtsarzt für die Stadt Flensburg und zuletzt als Geschäftsführer

der Landesvereinigung für Gesundheitsförderung Schleswig-Holstein tätig. Die Abteilung Gesundheitsvorsorge bearbeitet u.a. Infektionsschutz, Prävention und Sucht, umweltbezogenen Gesundheitsschutz, Bestattungswesen, Apotheken, Arzneimittel und Medizinprodukte, Bevölkerungsgesundheit, die Gesundheitsberufe und den ÖGD. Die Leitung dieser Abteilung war zuletzt unbesetzt. Mit der Wahrnehmung der Geschäfte war Vertreterin Angelika Bähre, die jetzt in den Ruhestand geht, beauftragt. (PM/RED)

Doch kein Präsident an der Uni Lübeck

Erst eine überraschend schnelle Lösung für die Spitze der Universität zu Lübeck, dann doch keine: Prof. Dietmar Schmitz hat seine Zusage für das Präsidentenamt der Hochschule aus beruflichen und privaten Gründen wenige Tage nach seiner Wahl wieder zurückgezogen. Mitte Februar hatte der Akademische Senat der Hochschule zunächst die erst 2023 gewählte Prof. Tiziana Margaria wieder abgewählt und noch am gleichen Abend Schmitz gewählt. Dieser hatte seine Zusage gegeben, aber eine Woche später wieder zurückgezogen. Der Professor für Neurowissenschaften und Direktor des Neurowissenschaftlichen Forschungszentrums an der Charité – Universitätsmedizin Berlin begründete dies mit seiner Verantwortung gegenüber Projekten und Kollegen in Berlin.

„Wir bedauern diese Entscheidung zutiefst“, sagte Prof. Gabriele Gillessen-Kaesbach, die nun weiterhin kommissarische Präsidentin der Uni in der Hansestadt bleibt. Das Präsidium sei „dennoch weiterhin zuversichtlich und wird die Geschicke der Hochschule durch diese unsteten Zeiten lenken“, sagte Gillessen-Kaesbach. Wissenschaftsministerin Karin Prien (CDU) bedauerte die Absage, die noch vor den Vertragsverhandlungen mit Schmitz angelauten waren. Bei Margaria hatten zuvor die Verhandlungen zu keinem Ergebnis geführt, was schließlich zur Abwahl führte. „Wir werden die Universität zu Lübeck nun dabei unterstützen, ein neues Verfahren aufzusetzen, um eine neue Präsidentin oder einen Präsidenten zu finden“, kündigte Prien an. (PM/RED)

Prof. Simone Fulda zurückgetreten

Die Präsidentin der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel (CAU), Prof. Simone Fulda, ist im Februar von ihrem Amt zurückgetreten. Gegen die Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin und Krebsforscherin hatte es zuvor Vorwürfe

wegen eines angeblichen wissenschaftlichen Fehlverhaltens gegeben, die die Medizinprofessorin zurückgewiesen hatte. Ausgelöst wurden die öffentlichen Vorwürfe durch einen Beitrag des Wissenschaftsjournalisten Leonid Schneider in seinem Blog „For Better Science“.

CAU-Kanzlerin Claudia Ricarda Meyer betonte, dass hinsichtlich der Vorwürfe zur angeblichen Datenmanipulation die Unschuldsvermutung gelte. Die Vorwürfe würden durch die zuständigen Einrichtungen geprüft.

Schleswig-Holsteins Wissenschaftsministerin Karin Prien (CDU) äußerte Respekt für Fuldas Entscheidung, die seit Oktober 2020 an der Spitze der Kieler Universität stand und seit 2018 Mitglied der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina ist. Nach Einschätzung Priens hätten die Vorwürfe auch die Exzellenzanstrengungen der CAU überschattet. „Die CAU muss jetzt in den kommenden Wochen zur Ruhe kommen und sich gänzlich darauf konzentrieren, mit den beiden bestehenden Exzel-

lenzclustern erfolgreich zu bleiben“, wurde Prien nach dem Rücktritt Fuldas zitiert. Die Kieler Hochschule war mit weiteren Exzellenzanträgen kürzlich gescheitert. Bis zum Rücktritt wurde dieses Scheitern ebenfalls zum Anlass für öffentliche Kritik an Fulda genommen. Prien betonte: „Frau Prof. Fulda hat in den vergangenen Jahren mit großem Engagement an der CAU gewirkt und sich um ihre Universität verdient gemacht.“ Erst nach dem Rücktritt hatte es auch unterstützende Worte aus den Reihen der Hochschule für Fulda gegeben. Zuvor war u.a. über ihre interne Kommunikation diskutiert worden.

Bis zur Wiederbesetzung des Präsidial-Amtes leitet ein Interims-Präsidium die Geschäfte der Kieler Hochschule. Diesem Gremium gehören die Vizepräsidentin Prof. Catherine Cleophas (Wirtschaftsinformatik), die Kanzlerin sowie die Vizepräsidenten Prof. Markus Hundt (Germanistik), Prof. Eckhard Quandt (Materialwissenschaften) und Prof. Ralph Schneider (Geowissenschaften) an. (PM/RED)



Prof. Simone Fulda

WIR GEDENKEN DER VERSTORBENEN

*Dr. Rolf-Dieter Kanitz, Elmshorn,
geboren am 30.09.1957, verstarb am 28.11.2023.*

*Lars Klingenberg, Lübeck,
geboren am 20.10.1967, verstarb zwischen
dem 12.12. und dem 15.12.2023.*

*Dr. Christoph Beske, Dänischenhagen,
geboren am 22.04.1958, verstarb am 17.12.2023.*

*Dr. Cornelia Zimmermann, Eckernförde,
geboren am 02.08.1954, verstarb am 20.12.2023.*

*Heinz Kliem, Timmendorfer Strand,
geboren am 19.10.1940, verstarb am 27.12.2023.*

*Dr. Helga Lehmann, Bad Segeberg,
geboren am 21.07.1925, verstarb am 28.12.2023.*

*Dr. Rudolf Bauer, Bad Oldesloe,
geboren am 13.07.1958, verstarb am 09.01.2024.*

*Dr. Olaf Kistenmacher, Rellingen,
geboren am 13.04.1970, verstarb am 17.01.2024.*

*Dr. Annette Steen, Kiel,
geboren am 08.09.1956, verstarb am 19.01.2024.*

*Dr. Werner Heiss, Flensburg,
geboren am 24.01.1942, verstarb am 07.02.2024.*

Herzchirurg plädiert für Zusammenarbeit

HERZKONGRESS Mission Zukunft lautete das Motto der zeitgleichen Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie (DGTHG) und der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Kardiologie und Angeborene Herzfehler (DGPK).

Es komme nicht darauf an, die Zukunft vorherzusagen, sondern auf sie vorbereitet zu sein, zitierte Kongresspräsident Prof. Stephan Ensminger aus Lübeck Perikles. Bezogen auf die Herzmedizin sieht der Klinikdirektor der UKSH-Herzchirurgie in Lübeck eine Entwicklung, die die traditionelle Trennung von Kardiologie, Chirurgie und Gefäßmedizin auf lange Sicht aufhebt.

„Kardiologen arbeiten immer invasiver, Chirurgen immer interventioneller. Die Therapien werden immer vielfältiger und bewegen sich aufeinander zu“, so Ensminger im Gespräch mit dem Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt anlässlich der Tagung im Hamburger CCH. Vielleicht gebe es in 10 bis 15 Jahren nur noch einen „Herzmediziner“, der sich dann subspezialisieren könne. Künftig benötige man – auch angesichts der Vielzahl neuer Therapieoptionen

Auszeichnung

Beim Kongress im Hamburger CCH sind auch zahlreiche Auszeichnungen vorgenommen worden. Ein Preis ging dabei nach Kiel: Der Werner Klinner-Preis wird für patientennahe wissenschaftliche Publikationen verliehen, die die chirurgische oder interdisziplinäre Behandlung angeborener Herzfehler bei Kindern und Jugendlichen zum Inhalt haben. In diesem Jahr verlieh die DGTHG gemeinsam mit der Asamoah Stiftung den Preis an Dr. Jill Jussli-Melchers, Fachärztin für Herzchirurgie an der Klinik für angeborene Herzfehler und Kinderkardiologie am UKSH-Campus Kiel. Mit ihrer Arbeit „Pulmonary valve reconstruction for acquired pulmonary regurgitation in patients with treated congenital heart disease“ konnte sie nachweisen, dass ein ähnliches Remodeling des rechten Ventrikels erreicht werden kann, wie nach einem Pulmonalklappenersatz.

– multidisziplinäre Teams, die alle Verfahren beherrschen und zusammenarbeiten. „Qualitativ hochwertig und auf hohem Sicherheitsniveau therapieren – auch das ist die Mission Zukunft.“

Ein häufiges Verfahren, bei dem Kardiologen und Herzchirurgen gemeinsam am Tisch stehen, ist die Transkatheter-Aortenklappenimplantation, kurz TAVI, die in den vergangenen 15 Jahren die operative Aortenklappenbehandlung umgekrempelt hat. Als TAVI wird die minimalinvasive Implantation einer künstlichen Aortenklappe mittels eines Katheters bezeichnet. Diese Klappe ist auf einem Drahtgerüst befestigt und wird mithilfe des Katheters im Herzen in Position gebracht. In optimaler Position wird sie entfaltet und am Aortenklappenring verankert. Die degenerierte körpereigene Aortenklappe wird bei der TAVI nicht ersetzt, sondern durch das Implantat verdrängt. Die vergleichsweise schonende Methode wird in erster Linie bei Patienten mit Aortenklappenstenosen eingesetzt, die sich aufgrund von Alter oder Vorerkrankungen keiner offenkardiologischen Operation mehr unterziehen können oder wollen. In aller Regel wird die TAVI ab dem 75. Lebensjahr empfohlen, wobei in Abhängigkeit von der Verkalkung der Aortenklappe TAVI-Eingriffe auch schon vor dem 75. Geburtstag und offene Operationen auch bei älteren Patienten vorgenommen werden. Die TAVI hat die offene Klappenoperation als häufigste Therapiemethode abgelöst.

Gleichwohl ist die offene OP weiterhin ein wichtiges Verfahren. „Bei einer ungünstigen Anatomie, also wenn etwa der Klappenring sehr groß ist oder die Verkalkungen in den klappennahen Gefäßen stark ausgeprägt sind, ist ein chirurgischer Eingriff die Methode der Wahl“, betonte Ensminger. „Aus Studien wissen wir, dass eine TAVI bei diesen Patienten keine optimalen Ergebnisse liefert.“ Für die offene Ope-



Prof. Stephan Ensminger

ration sei heute in aller Regel ebenfalls nur noch ein sieben Zentimeter langer Schnitt am Rippenbogen notwendig. Vorteile des chirurgischen Verfahrens seien, dass der Kalk entfernt, der Klappenring sicher platziert und vernäht werden könne. Beim Katheterverfahren dagegen werden defekte Klappensegel gegen den Kalk und die Gefäßwand gedrückt, was gegebenenfalls zu lebensbedrohlichen Gefäßläsionen führen könne; außerdem könnten Leckagen entstehen, weil die Katheterklappe nicht immer 100prozentig dicht im Klappenkalk wie bei einer OP verankert werden könne.

Das TAVI-Verfahren gilt heute als sehr sichere Methode, Prof. Ensminger hat sie eigenen Angaben zufolge über 1.000-mal durchgeführt. Dennoch empfehlen die Fachgesellschaften, den Eingriff ausschließlich im Hybrid-OP vorzunehmen – um jederzeit die Möglichkeit einer Notfallkonversion zu haben. In Lübeck kommen auf mehr als 300 Eingriffe jährlich ein bis zwei Fälle, in denen während der Behandlung vom Katheterverfahren auf eine offene Operation umgestellt werden müsse. Dies gelinge dank der guten Zusammenarbeit im multidisziplinären Team in aller Regel ohne Probleme, so Ensminger. Mission Zukunft eben. UWE GROENEWOLD

Remission neues Therapieziel bei Prädiabetes

DIABETESFORSCHUNG Welche Faktoren tragen dazu bei, Prädiabetes in Remission zu bringen? Zu dieser Frage gibt eine Studie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung Aufschluss. Die Ergebnisse fielen anders als erwartet aus.

Werden Vorstufen des Typ-2-Diabetes erfolgreich behandelt, schützt dies vor dem Auftreten eines manifesten Diabetes und ist langfristig mit besseren Nieren- und Gefäßfunktionen verbunden. Das ist das Ergebnis einer Studie des Deutschen Zentrums für Diabetesforschung (DZD). Doch welche Faktoren ermöglichen es, einen Prädiabetes in Remission zu bringen? Dafür sei „ein gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung sowie gegebenenfalls eine Gewichtsreduktion“ notwendig, betont Dr. Svenja Meyhöfer, Oberärztin der Medizinischen Klinik 1 und Leiterin der Tagesklinik Adipositas am UKSH in Lübeck (siehe Interview rechts).

Die DZD-Forschenden hatten in der sogenannten Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie (PLIS) 1.105 Prädiabetes-Patientinnen und -Patienten untersucht, die über ein Jahr an einer Lebensstilintervention, bestehend aus gesunder Ernäh-

rung und mehr körperlicher Bewegung, teilgenommen hatten. Die Forschenden werteten die 298 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus, die im Rahmen dieser Intervention mindestens 5 % an Gewicht abgenommen hatten. Als Responder galten Teilnehmende, bei denen sich Nüchternblutzucker, Zwei-Stunden-Glukose und HbA1c-Wert innerhalb der zwölf Monate normalisiert hatten. Diejenigen, die trotz des Gewichtsverlusts keine Remission erreichten und weiterhin einen Prädiabetes hatten, galten als Non-Responder.

Entgegen ersten Vermutungen der Forschenden war es nicht der Gewichtsverlust, der die Menschen unterschied, die in Remission gingen und diejenigen, die nicht in Remission gingen, denn in beiden Gruppen gab es keinen Unterschied in der relativen Gewichtsabnahme. Jedoch zeichneten sich diejenigen, die eine Remission erreicht hatten dadurch aus, dass sie ihre Insulinsensitivität stärker verbessern konnten als die Non-Responder. Um herauszufinden, warum dies so war, suchten die Forschenden nach weiteren Unterschieden zwischen den beiden Gruppen – und wurden in der Körpermitte fündig: Die Responder hatten trotz gleicher Gewichtsabnahme mehr viszerales Bauchfett abgebaut als die Non-Responder. „Ein hoher Anteil an viszeralem Fett ist mit einer Insulinresistenz assoziiert“, erläuterte die Lübecker Stoffwechselexpertin Meyhöfer auf Anfrage des Schleswig-Holsteinischen Ärzteblattes. „Bei dieser Dysfunktion entstehen zudem vermehrt Entzündungsmoleküle im Blut, die ebenfalls zur Entstehung von Prädiabetes beitragen. In der Folge führen diese Veränderungen zu einem erhöhten Risiko für kardiovaskuläre Erkrankungen.“

Die Teilnehmenden, die in Remission gingen, hatten tatsächlich weniger Entzündungsproteine im Blut. Bei der Reduktion des Leberfetts dagegen – ebenfalls ein

wichtiger Risikofaktor für die Entwicklung von Diabetes – gab es überraschenderweise keine Unterschiede zwischen den beiden Gruppen. Bemerkenswert: Die Teilnehmenden, die eine Remission erreicht hatten, wiesen noch zwei Jahre nach Ende der Lebensstilintervention ein um 73 % reduziertes Risiko auf, einen Typ-2-Diabetes zu entwickeln. Außerdem zeigten sie reduzierte Marker der Nierenschädigung und einen besseren Zustand ihrer Blutgefäße.

Basierend auf den neuen Daten sollte die Remission das neue Therapieziel bei Menschen mit Prädiabetes sein, schlussfolgerten die DZD-Wissenschaftler. Von einer Remission bei Prädiabetes ist der Studie zufolge auszugehen, wenn der Nüchternblutzucker unter 100 mg/dl (5,6 mmol/l), die Zwei-Stunden-Glukose unter 140 mg/dl (7,8 mmol/l) und der HbA1c-Wert unter 5,7 % sinkt. Die Wahrscheinlichkeit einer Remission steigt den neuen Ergebnissen zufolge, je mehr das Körpergewicht gesenkt wird und der Bauchumfang zumindest um etwa 4 cm bei Frauen und 7 cm bei Männern reduziert werden kann.

Die Ergebnisse der Prädiabetes-Lebensstil-Interventions-Studie wurden in *Lancet Diabetes & Endocrinology* ([https://doi.org/10.1016/S2213-8587\(23\)00235-8](https://doi.org/10.1016/S2213-8587(23)00235-8)) veröffentlicht. Die PLIS-Studie wurde als eine der ersten großen Multicenterstudien im Deutschen Zentrum für Diabetesforschung durchgeführt. Das DZD ist eines der sieben Deutschen Zentren der Gesundheitsforschung, in ihm sind Grundlagenforschung, Epidemiologie und klinische Anwendung verzahnt. Ziel des DZD ist es, über einen integrativen Forschungsansatz einen wesentlichen Beitrag zur Prävention, Diagnose und Therapie des Diabetes mellitus zu leisten. Die Universität Lübeck ist assoziierter Partner des DZD und in verschiedenen Studien und Forschungsprojekten eingebunden.

Diabetes in Zahlen

- ▶ In Deutschland leben etwa 9 Millionen Menschen mit Diabetes. Epidemiologen erwarten bis 2040 einen Anstieg der Fallzahlen auf etwa 12 Millionen.
- ▶ Jeder fünfte im Krankenhaus behandelte Patient hat einen Diabetes mellitus.
- ▶ Die Inzidenz des Typ-1-Diabetes hat sich in den letzten 20 Jahren mehr als verdoppelt. Jährlich erkranken etwa 3.100 Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre neu, insgesamt sind es bereits über 370.000.
- ▶ Die Gesundheitskosten belaufen sich inklusive der Behandlung der Begleiterkrankungen auf etwa 21 Milliarden Euro pro Jahr.

(QUELLE: DDG)

Aktuelle Entwicklungen aus der Diabetesforschung und -versorgung:

Analyse-Tool ermittelt individuelle Diabetesentwicklungen

Typ-2-Diabetes verläuft von Patient zu Patient verschieden – und sollte auch individuell behandelt werden. Das haben Forschende des Deutschen Diabetes-Zentrums (DDZ) in Düsseldorf nun anhand eines speziellen Algorithmus, der inzwischen online abrufbar ist, unterstrichen. Der Algorithmus basiert neben Alter und Geschlecht auf einfachen, routinemäßigen Daten wie dem BMI, dem Gesamtcholesterin oder dem HbA_{1c}-Wert. So können frühzeitig Menschen erkannt werden, die innerhalb der ersten fünf Jahre nach der Diabetesdiagnose weniger Insulin bilden oder zu ungenügend eingestelltem Bluthochdruck beziehungsweise zu Fettstoffwechselstörungen neigen. Zudem lassen sich Risiken wie früheres Versterben und spezifische Diabeteskomplikationen darstellen. Mit dem einfach zu handhabenden

Online-Tool ist die biologische Heterogenität des Typ-2-Diabetes leicht erkenn- und verstehbar, so die DDZ-Forschenden. Der Algorithmus visualisiert anschaulich die Vielfalt von Typ-2-Diabetes und die Variabilität des Diabetesverlaufs. Er kann unter diesem Link aufgerufen und genutzt werden: https://atn-uod2018.shinyapps.io/Prediction_diabetes_outcome_18082021/

Gesunde Ernährung für Diabetespatienten

Eine weitere aktuelle Studie des DDZ hat die Bedeutung einer gesunden Ernährung für Patienten mit manifestem Typ-2-Diabetes unterstrichen. Die Metaanalyse randomisiert-kontrollierter Studien (DOI: 10.1136/bmjmed-2023-000664) hat ergeben, dass pflanzliche, mediterrane, kohlenhydratarme oder proteinreiche Ernährungsweisen neben der Blutzuckerkontrolle zusätzlich auch positive Auswirkungen auf die kardiometabolische Gesundheit haben, einschließlich des verringerten Risikos von Herz-Kreislauf-Erkrankungen und anderen diabetesbedingten Komplikationen. Zuverlässige Ergebnisse zur Reduktion des Körpergewichtes wurden für eine Verringerung der Energieaufnahme etwa durch flüssige Mahlzeitenersatzprodukte und für pflanzliche und kohlenhydratar-

me Ernährungsweisen gefunden. Wenige Kohlenhydrate hatten zudem einen positiven Einfluss auf HbA_{1c}-Spiegel und Triglyceride, eine höhere Aufnahme von Omega-3-Fettsäuren hatte positive Effekte auf kardiovaskuläre Risikomarker. Bei der Ernährungsberatung für Menschen mit Typ-2-Diabetes sollte neben dem Gewichtsmanagement die Förderung einer langfristig gesunden Lebensweise im Fokus stehen, so die Empfehlung der Studienautoren.

UWE GROENEWOLD



Dr. Svenja Meyhöfer

„Lebensstilinterventionen langfristig festigen“

INTERVIEW Dr. Svenja Meyhöfer von der Tagesklinik Adipositas am UKSH in Lübeck im Gespräch mit Uwe Groenewold.

Welche Faktoren ermöglichen es, einen Prädiabetes vollständig in Remission zu bringen?

Dr. Svenja Meyhöfer: Ein gesunder Lebensstil mit ausgewogener Ernährung und ausreichend Bewegung sowie gegebenenfalls eine Gewichtsreduktion mit dem langfristigen Halten des Normgewichtes (BMI zwischen 18,5 und 24,9 kg/m²). Dazu gehört die Vermeidung des Verzehrs von stark gesüßten Lebensmitteln, Softdrinks und auch Zero-Getränken.

Wie lassen sich Menschen mit Prädiabetes zu nachhaltigen Lebensstilinterventionen motivieren?

Meyhöfer: Eine nachhaltige Lebensstilintervention ist die Grundlage für die vollständige Remission von Prädiabetes. Daher sollten entsprechende Therapieprogramme langfristig erfolgen sowie regelmäßige Arzttermine wahrgenommen werden. Beispielsweise haben wir am UKSH in Lübeck die Tagesklinik Adipositas etabliert mit einem multimodalen Therapiekonzept aus Bewegungs-, Verhaltens- und Ernährungstherapie, um genau solche

Lebensstilinterventionen für Patientinnen und Patienten langfristig zu festigen und adipositasassoziierte Komplikationen wie Prädiabetes und Typ-2-Diabetes zu vermeiden.

Wie läuft dabei die Zusammenarbeit mit niedergelassenen Ärzten in Schleswig-Holstein?

Meyhöfer: Wir versorgen mehr als 1.000 Patienten mit Adipositas und Prädiabetes pro Jahr. Wir haben eine enge Kooperation mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen, die uns Patienten mit Adipositas zur weiteren multimodalen Behandlung für unsere Adipositas-Sprechstunde sowie die Tagesklinik Adipositas schicken. Niedergelassene Kollegen können eine strukturierte langfristige Behandlung von Patienten mit Adipositas beispielsweise zur Prävention von Prädiabetes und Diabetes bisher nicht abrechnen beziehungsweise ist eine solche Behandlung nicht in der Grundpauschale abgegolten. Dies wird sich hoffentlich künftig mit dem geplanten und bereits vom G-BA verabschiedeten DMP Adipositas ändern.

Therapie mit chimären (CAR)-T-Zellen

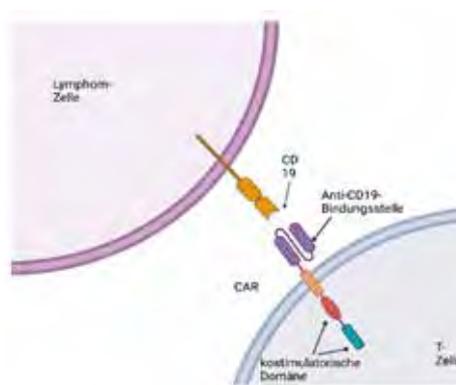
ONKOLOGIE Die Geschichte der CAR-T-Zelltherapie mit chimären Antigen-Rezeptor (CAR)-modifizierten T-Zellen geht bis in die 1980er-Jahre zurück. Sie zeigt, wie Fortschritte in der Gentechnik, Immunologie und Hämato-/Onkologie zu innovativen Ansätzen in der Krebstherapie führen können. Doch viele Fragen sind noch offen.

Die CAR-T-Zelltherapie, oder chimeric antigen receptor T-cell therapy, ist eine bahnbrechende Entwicklung in der Krebsbehandlung. Ihre Geschichte lässt sich bis in die 1980er-Jahre zurückverfolgen, als erste Versuche mit der genetischen Modifikation von T-Zellen unternommen wurden (doi: 10.1023/a:1004654415985).

Der Ursprung der CAR-T-Technologie liegt in der Erkenntnis, dass das Immunsystem durch die Modifikation von T-Zellen gezielt gegen Krebszellen aktiviert werden kann. 1993 gelang Zelig Eshhar das Einbringen eines CAR in die T-Zelle. (doi: 10.1016/j.bulcan.2021.02.017.) In den 2000er-Jahren begannen dann erste klinische Applikationen, 2005 mit Anwendung von CAR-T-Zellen bei Patientinnen und Patienten mit metastasiertem Nierenzellkarzinom (doi: 10.1023/a:1004654415985). In den folgenden Jahren wurden Versuche des Einsatzes bei Leukämien vorangetrieben.

Die bis heute wahrscheinlich bekannteste Patientin, die mit einer CAR-T-Zelltherapie behandelt wurde, ist Emily Whitehead, die erste pädiatrische Patientin die eine CAR-T-Zelltherapie erhielt. Sie litt an einer Akuten Lymphatischen Leukämie (ALL) deren rapide Progression eine allogene Stammzelltransplantation unmöglich machte. Die Familie von Emily wandte sich damals an Prof. Grupp, der zu dem Zeitpunkt eine klinische Phase-I-Studie für CAR-T-Zellen in Philadelphia, USA vorbereitete. Heute ist Emily 17 Jahre alt und seit ihrer CAR-T-Zelltherapie im Jahr 2012 in einer kompletten Remission.

Mit Emily Whitehead konnte das Potenzial der CAR-T-Zelltherapie greifbar gemacht werden, ihr Fall zeigte aber auch schon einen der wesentlichen Fallstricke der CAR-T-Zelltherapie, das sog. Zyto-



Der Aufbau der CAR-T-Zellprodukte besteht aus einer Antigenbindungsdomäne, einer Transmembrandomäne sowie einer Endodomäne

kin-Freisetzungssyndrom (Cytokine Release Syndrome, CRS, DOI: 10.1056/NEJMoA1215134).

Im Jahr 2017 erhielt Tisagenlecleucel als erste CAR-T-Zelltherapie eine FDA-Zulassung. Seitdem wurden bisher 5 weiteren CAR-T-Produkten Zulassungen für verschiedene hämatologische Neoplasien erteilt, für die auch in Deutschland eine Zulassung besteht (Tab. 1).

Die Geschichte der CAR-T-Zelltherapie zeigt eindrucksvoll, wie Fortschritte in der Gentechnik, Immunologie und Hämato-/Onkologie zu innovativen Ansätzen in der Krebstherapie führen können. Während noch viele Fragen offen sind, markiert die CAR-T-Zelltherapie einen bedeutenden Meilenstein in der Geschichte der Medizin und bietet Hoffnung für viele Patienten weltweit.

Zugelassene Produkte und ihre Anwendungen

Aktuell stehen uns am UKSH in Kiel sechs CAR-T-Zellpräparate (Tab. 1) zur Verfügung. Die Präparate haben als Zielantigen CD19 bzw. BCMA (B-Zell-Reifungsanti-

gen) und besitzen mehrere kostimulatorische Domänen um die CAR-Persistenz zu verbessern und die Immunantwort zu verstärken.

Die Produktion von CAR-T-Zellen erfordert einen mehrstufigen Produktionsprozess, der mehrere Wochen in Anspruch nimmt. Zuerst erfolgt nach Indikationsstellung die Lymphozytapherese, dann erfolgt die Selektion von CD3/CD28-positiven T-Zellen, im nächsten Schritt erfolgt ein Gentransfer via viralem Vector, die modifizierten Zellen werden vermehrt und anschließend nach einem Waschungsprozess und nach Einfrieren für Lagerung und Transport in einem nächsten Schritt am Patientenbett aufgetaut und infundiert.

Der Aufbau der CAR-T-Zellprodukte besteht aus einer Antigenbindungsdomäne, einer Transmembrandomäne sowie einer Endodomäne (siehe Grafik).

Nach Infusion der CAR-T-Zellen erfolgt bei Erkennung des Antigens (z.B. CD19) die Aktivierung der T-Zelle über die intrazelluläre Signalgebungsdomäne des CAR und in der Folge kommt es zur Ausschüttung von Zytokinen. Über die ausgelöste immunologische Reaktion erfolgt die Zerstörung der Krebszelle, entweder durch andere aktivierte Immunzellen oder durch direkte Zellzerstörung.

Die Wirksamkeit der CAR-T-Zellen wurde in Studien untersucht, exemplarisch seien hier einige benannt.

► Die ZUMA-1-Studie untersuchte die Wirksamkeit von Yescarta (Axicicabtagen-Ciloleucel) bei Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem diffus großzelligem B-Zell-Lymphom (DLBCL) und primär mediastinalem B-Zell-Lymphom. Es zeigte sich eine hohe Ansprechrate von 82 % mit einer Rate kompletter Remissionen von 54 %. Mit einer

Nachbeobachtungszeit von 15,4 Monaten zeigte sich das vollständige Ansprechen immerhin noch bei 40 % der Patienten in dieser stark vorbehandelten Patienten-Gruppe (10.1056/NEJMoa1707447).

- ▶ In der JULIET-Studie wurde die Wirksamkeit von Kymriah (Tisagenlecleucel) bei Patienten mit rezidivierendem oder refraktärem DLBCL evaluiert. Auch hier zeigte sich eine gute Ansprechrate bei 52 % der Patienten (doi: 10.1056/NEJMoa1804980).
- ▶ Die KarMMA-Studie untersuchte die Wirksamkeit von Abecma (Idecabtagen-Vicleucel) bei stark vorbehandelten Patienten mit einem Multiplen Myelom wobei bei 73 % der Patienten ein Ansprechen erzielt wurde. Bei insgesamt 33 % der Patienten konnte sogar eine komplette Remission erreicht werden (DOI: 10.1056/NEJMoa2024850).
- ▶ Die ELIANA-Studie konzentrierte sich auf die Anwendung von Kymriah bei Kindern und jungen Erwachsenen mit rezidivierender oder refraktärer akuter lymphatischer Leukämie (ALL). 81 % der Patienten zeigten ein Ansprechen nach drei Monaten, alle Patienten die angesprochen hatten, waren negativ für Leukämiezellen in der Durchflusszytometrie (10.1056/NEJMoa1709866).

Mit der Sektion für Stammzelltransplantation und zelluläre Immuntherapie als JACIE zertifiziertes Zentrum sind wir am UKSH in Kiel eines der spezialisierten deutschen Zentren, die diese Therapie regelmäßig einsetzen. Seit 2019 werden CAR-T-Zelltherapien in Kiel durchgeführt und bisher sind über 100 Patienten mit CAR-T-Zelltherapien behandelt worden.

Nebenwirkungsprofil: CRS und ICANS

Das Zytokin-Freisetzungssyndrom (CRS) und das Immuneffektorzell-assoziierte Neurotoxizitätssyndrom (engl. ICANS) sind neben oftmals transienten Zytopenien die relevantesten Nebenwirkungen einer CAR-T-Zelltherapie. Diese Syndrome können unbehandelt auch eine akut lebensbedrohliche Situation für die Patienten darstellen. Beim ICANS kommt es zu einer vorübergehenden Verwirrtheit, weshalb täglich mehrfach kognitive- sowie andere neurologische Kontrollen erfolgen müssen. Beim CRS kommt es primär zu einer Hypotonie, respiratorischer Insuffizienz und zu Fieber, welches oftmals klinisch von einer Infektion nicht zu unterscheiden ist. Aufgrund dieser Nebenwirkungsprofile ist eine interdisziplinäre Behandlung der Patienten in einem spezialisierten Zentrum notwendig.

Zukunft der CAR-T-Zelltherapie

Die Aussichten der CAR-T-Zelltherapie sind vielversprechend und weisen auf eine revolutionäre Ära in der Krebsbehandlung hin. Neue Ansätze wie beispielsweise die Gabe allogener CAR-T-Zellen, um eine größere und schnellere Verfügbarkeit zu erreichen, werden untersucht. Zudem werden neue Zielantigene identifiziert und optimierte kostimulatorische Domänen entwickelt. Auch werden CAR-T-Zellpräparate zum Einsatz bei soliden Tumoren erforscht. Ein weiterer vielversprechender Ausblick betrifft den Einsatz in anderen Bereichen der Medizin, wie z. B. Autoimmunerkrankungen und neurologischen Erkrankungen. So haben Kollegen in Erlangen den Einsatz beim therapierefraktären systemischen Lupus erythematoses aufgezeigt, sodass hier in Zukunft auch bei anderen Krankheitsbildern ein neuer Ansatz zur Verfügung steht (doi: 10.1038/s41591-022-02017-5).

PROF. CLAUDIA BALDUS, PROF. CHRISTIANE POTT, DR. NATALIE SCHUB, PROF. GUNNAR CARIO, DR. LASSE JOST, PROF. FRIEDRICH STÖLZEL
KONTAKT: UKSH CAMPUS KIEL,
TELEFON 0173 6322981,
E-MAIL MEDIZIN2.KIEL@UKSH.DE

generischer Name (Handelsname)	Zulassung (EMA)	Zielantigen	Indikationen
Axicabtagene ciloleucel (Yescarta)	23.08.2018	CD19	Erwachsene mit DLBCL und PMBCL nach mind. 2 systemischen Therapien oder Rezidiv \leq 12 Monate nach Erstlinientherapie
Brexucabtagene autoleucel (Tecartus)	14.12.2020	CD19	Mantelzelllymphom: Erwachsene nach mind. 2 Therapielinien incl. Bruton-Tyrosinkinase-Hemmer ALL: Patienten ab 26 Jahren mit Rezidiv oder refraktärem Verlauf einer B-Vorläufer ALL
Ciltacabtagene autoleucel (Carvykti)	25.05.2022	BCMA	MM: Rezidiv oder refraktärer Verlauf nach mind. 3 Therapielinien (incl. Proteasom-Inhibitor, anti-CD38-Ak, Immunmodulatoren)
Lisocabtagene maraleucel (Breyanzi)	04.04.2022	CD19	DLBCL, high-grade B-Zelllymphom, PMBCL, FL Grad 3: bei refraktärem Verlauf oder Rezidiv innerhalb von 12 Monaten nach first-line Chemotherapie Erwachsene mit Rezidiv oder refraktärem Verlauf mit DLBCL, PMBCL, FL Grad 3B nach mind. 2 Linien syst. Chemotherapie
Idecabtagene vicleucel (Abecma)	18.08.2021	BCMA	MM: Rezidiv oder refraktärer Verlauf nach mind. 3 Therapielinien (incl. Proteasom-Inhibitor, anti-CD38-Ak, Immunmodulatoren)
Tisagenlecleucel (Kymriah)	23.08.2018	CD19	Erwachsene mit rezidiviertem oder refraktärem FL nach mindestens 2 Linien systemischer Chemotherapie Patienten bis 25 Jahre mit refraktärer oder rezidivierter B-ALL post-transplant oder ab dem zweiten Rezidiv Erwachsene mit DLBCL nach mind. 2 Linien systemischer Chemotherapie

Tabelle 1:

BCMA: B-Zell-Reifungsantigen; CD: Cluster of Differentiation; DLBCL: Diffus Großzelliges B-Zell-Lymphom; PMBCL: primär mediastinales großzelliges B-Zell-Lymphom; FL: Follikuläres Lymphom, MM: Multiples Myelom

Quo vadis, QuaMaDi?

GYNÄKOLOGIE 26. Gynäkologentag in Rendsburg: Das Themenspektrum reichte von Krebsbehandlung über Schwangerschaft bis zu verbandlichen Fragen. Die Zukunft von QuaMaDi ist noch offen. Auch die Nachfolge von Doris Scharrel ist noch nicht geklärt – im Herbst wird gewählt.



Prof. Maggie Banys-Paluchowski

Für Doris Scharrel, die langjährige Vorsitzende des Landesverbandes, war es vermutlich der letzte von ihr organisierte Gynäkologentag – sie will im Herbst ihr Amt in neue Hände übergeben. Enden wird das QuaMaDi-Programm in der jetzigen Form.

Rund 63.000 Patientinnen durchliefen im Jahr 2021 die Qualitätsgesicherte Mammadiagnostik (QuaMaDi), 206 frauenärztliche Praxen im Land beteiligen sich, rund 400 Brustkrebs wurden entdeckt. Ein Erfolg – aber das Modellprojekt endet, berichtete Ute Tasche, Leiterin der QuaMaDi-Geschäftsstelle bei der KVSH. Zurzeit werde mit den Kassen verhandelt, wie QuaMaDi weiterlaufen könne. „In Schleswig-Holstein gibt es viel Unterstützung, aber die Entscheidungen fallen eben nicht im Land“, sagte Tasche. Es gelte, die Verantwortlichen zu überzeugen, dass QuaMaDi nicht nur Frauen helfe, sondern durch frühzeitiges Eingreifen Geld spare. Angesichts langer Wartezeiten auf Röntgentermine gab es Beifall für den Hinweis aus dem Saal, dass

Frauen mit geringem Risiko auch durch das reguläre Screening gut versorgt seien, um die Wartezeiten für Frauen mit mehreren Risikofaktoren zu verkürzen.

Um Brustkrebs und seine Folgen ging es auch beim Vortrag von Prof. Maggie Banys-Paluchowski, die über die Operationen an der Axilla sprach. Hier gilt inzwischen, dass weniger mehr ist: „In den 1990er-Jahren waren die Operateure stolz, wenn sie viele Lymphknoten herausgenommen hatten“, sagte die Leitende Oberärztin der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe und Leiterin des Brustzentrums am UKSH in Lübeck. Heute werden nur einzelne Wächterknoten entnommen und geprüft. Wenn möglich, könne sogar das unterlassen werden, so Banys-Paluchowski mit Blick auf neuere Studien. Aktuell werde mit Markern, etwa kleinen Clips, gearbeitet, die bei der Tumor-OP in Lymphknoten eingesetzt und während der folgenden Chemo- oder Strahlentherapie beobachtet werden. Allerdings gebe es bisher keinen weltweiten Standards.

Ebenfalls – noch – nicht in den Leitlinien vorgesehen ist ein Screening nach bakterieller Vaginose während der Schwangerschaft. Dabei könnte das rechtzeitige Erkennen der Krankheit die Zahl der Frühgeburten senken, so Dr. Wolf Kirschner von der Frauenklinik der Berliner Charité. Rund 10 % aller Schwangeren litten an einer unerkannten Vaginose, bei jüngeren Frauen sogar 17 %. Studien zeigten, dass sich das Risiko von Frühgeburten durch eine vaginale Behandlung um rund 26 % reduzieren ließe. Das einzige Problem dabei: „Die Studien sind nicht randomisiert“, sagte Kirschner. Hier prallte Wissenschaft auf Ethik: Eine Zufallsgruppe von Frauen hätte trotz nachgewiesener Vaginose kein Medikament bekommen dürfen – unmöglich. Dennoch seien die Studien überzeugend, so Kirschner. Einzelne Krankenkassen würde das Screening bereits zahlen.

Bei Endometriose galt früher der lapidare Rat: „Schwanger werden, dann tut es nicht mehr weh“ – leider sei das Schwangerwerden für Endometriose-Betroffene gar nicht so einfach, sagte Prof. Sören von Otte von der Klinik für Endokrinologie am UKSH Kiel. Die Krankheit sei in der Regel empirisch diagnostizierbar: „Wenn die Frau die Symptome hat, hat sie wohl auch die Krankheit.“ Allerdings hatten mehrere Anwesende schlechte Erfahrungen mit Patientinnen gemacht, die mit einer Diagnose von Dr. Google in die Praxis kommen, obwohl es andere Gründe für ihre Beschwerden geben könnte. Von Otte riet dazu, die Frauen sachlich aufzuklären. Für Frauen mit Kinderwunsch, die unter Endometriose litten, gebe es mehrere Varianten, darunter Abwarten und künstliche Befruchtung – wobei beides vom Alter der Frau und der Schwere der Krankheit abhängt. Hormone seien bei Kinderwunsch eher schädlich. Auch die alte Weisheit, Schwangerschaft dränge die Wucherung zurück, stimme nicht immer. Es gebe sogar Fälle, in denen ein Endometrium wie ein Karzinom aussehe. „Schwanger werden und bleiben ist schwer“, fasste von Otte zusammen. Betroffene Frauen sollten erwägen, Eizellen einfrieren zu lassen.

Übergewicht und Schwangerschaft sind immer öfter ein Thema – in der „Sprechrunde“, einer digitalen Sprechstunde der Deutschen Gesellschaft für Ernährung, erhalten Frauen Tipps, wie sie „nicht für zwei essen, sondern für zwei denken“ lernen, so die Referentin Dr. Petra Schulze-Lohmann. Denn viele Frauen glaubten, dass sie während der Schwangerschaft endlich essen dürften, was sie wollten. Dabei ist das Gegenteil der Fall, wie Schulze-Lohmann mit einem Bild eines Embryos im Mutterleib mit Fastfood-Tüte im Arm illustrierte. Die Ernährungsexpertin riet zu kleinen Veränderungen: Schorle statt Softdrink, Mager statt Sahnejogurt, Apfel statt Banane.

Nicht nur, aber besonders auf Schwangere wirkt sich Hitze aus: Sie haben mehr Fettgewebe, mehr Körpermasse, beides führt zu verstärktem Schwitzen, es gibt Wechselwirkungen mit dem Fötus, das Risiko von Frühgeburten steige damit. „Besonders weibliche Fetten sind betroffen, die Gründe sind unklar“, berichtete Susanne Bechert. Die Kieler Frauenärztin engagiert sich beim Netzwerk Klima und Gesundheit (KLUG) und berichtete über Klimawandel und Frauengesundheit. Neben Rat schlägen an die Patientinnen könnten auch Praxen etwas tun, etwa Strom aus erneuerbaren Energien verwenden, dem Personal ein Jobticket spendieren oder Geld bei nachhaltigen Banken investieren.

Dass Gynäkologen als die „Hausärzte der Frauen“ Impfungen übernehmen können und sollten, daran erinnerte Dr. Martina Littmann vom Landesamt für Gesund-



PD Dr. Sören von Otte

heit und Soziales (Mecklenburg-Vorpommern), die bis März Mitglied der Ständigen Impfkommission (Stiko) war. Neben den Standardimpfungen von Tetanus bis Masern obliegt den Frauenärzten vor allem die HPV-Vorsorge – bei Mädchen und Jungen. Allerdings gebe es in Schulen „viel Gegenwind“, berichtete Littmann: „Corona hat da nicht gutgetan.“ Wichtig sei eine gute Kommunikation: „Guten Tag, Ihr



Dr. Petra Schulze-Lohmann

Kind hat bald Sex, lassen Sie uns über HPV reden – da kriegen die Eltern Schnappatmung.“

Impfen lohne sich nicht, erst recht nicht, „wenn ich Männer mitimpfe, da ist die Vergütung ein Witz“, sagte eine Zuhörerinnen – eine Überleitung zu den beruflichen Themen, über die Dr. Bettina Schultz, stellvertretende Landesvorsitzende des Verbandes, berichtete. Sie erinnerte an Protestaktionen gegen die Bundespolitik und Erfolge der Verbandsarbeit: So seien die Forderungen nach mehr Honorar zu einem guten Teil erfüllt worden: „6 % mehr haben wir verlangt, 5,5 % gab es.“ Sie wies darauf hin, dass es wichtig sei, die Newsletter der KVSH zu lesen: „Wir kriegen oft Beschwerden oder Anfragen und merken daran, dass die Informationen zu wenig wahrgenommen werden.“

517 Mitglieder hat der Landesverband zurzeit, berichtete die Vorsitzende Scharrel. Neben dem Kampf um höhere Vergütungen setzte sich der Verband für bessere Arbeitsbedingungen und eine gute Versorgung der Patientinnen ein. „Der Verband hat heute einen guten Ruf, hat viel erreicht“, sagte Scharrel, die seit zwölf Jahren den Vorsitz innehat – und ihn nun abgeben möchte. Dazu soll im Herbst ein Verbandstag mit Wahlen stattfinden. Die Kandidaten-Frage ist noch offen: „Gehen Sie in sich, melden Sie sich“, bat Scharrel.

ESTHER GEISSLINGER



FORTBILDUNGSTERMINE AUS DEM NORDEN

MÄRZ, APRIL

20. März	Die Schatzsuche: Fachübergreifendes Grundlagentraining EBM & GOÄ	LADR Akademie Telefon 04152 803 400 veranstaltung@ladr.de www.LADR.de Punkte beantragt
20. März	Update Kolonkarzinom	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 40 102 claudia.benecke@uksh.de maike.wolf@uksh.de www.uksh.de/chirurgie-luebeck 3 Punkte
20. März	1. HZV Qualitätszirkel 2024 - Thema: Risikostratifizierung Hyperlipidämie - Allgemeinmedizinischen Kontext	Hausärztinnen- und Hausärzterverband Telefon 04662 88 17 471 kontakt@hausarzteverband.sh www.hausaerzteverband.sh Punkte beantragt
21. März	Expertendialog Mytiple Myelom	Städtisches Krankenhaus Kiel GmbH, Bildungszentrum anmeldung@krankenhaus-kiel.de www.krankenhaus-kiel.de Punkte beantragt
27. März	Präsenzveranstaltung Was ist neu...?	UKSH, Lübeck Telefon 0451 500 44 103 jana.grabowski@uksh.de www.uksh.de/innere1-luebeck Punkte beantragt
26./27. April	DGN-Fortbildung: Neurologie kompakt in Lübeck-Travemünde	Deutsche Gesellschaft für Neurologie e. V. Telefon 030 531 437 944 fortbildungen@dgn.org www.dgn.org Punkte beantragt
26./27. April	HWS konkret - Valide untersuchen, kompetent kommunizieren, pragmatisch handeln, Selbsteffizienz fördern - Evidenzinformiertes Management von Nackenschmerz in der Allgemeinmedizin	BackandNeck Seminare, Lübeck Telefon 0451 75787 info@backandneck.de https://www.backandneck.de/ 16 Punkte

8. Tag der Allgemeinmedizin in Neumünster

Die Institute für Allgemeinmedizin Lübeck und Kiel, der Hausärztinnen- und Hausärzterverband Schleswig-Holstein sowie das Institut für hausärztliche Fortbildung (IHF) laden zum 8. Tag der Allgemeinmedizin in Schleswig-Holstein ein. Die Veranstaltung am 23. März wird erstmals gemeinsam von den genannten Institutionen organisiert und durchgeführt. Sie findet im Hotel Altes Stahlwerk in Neumünster statt. Wie gewohnt richtet sich der Tag der Allgemeinmedizin an das gesamte Praxisteam. Theoretisches Wissen und praktische Fertigkeiten werden herstellerunabhängig, evidenzbasiert und patientenorientiert in kleinen Workshops vermittelt. Es besteht die Möglichkeit, alle DMP-Pflichtfortbildungen an einem Tag zu belegen. Die Keynote-Lecture von Prof. Norbert Donner-Banzhoff beschäftigt sich mit dem Thema der ärztlichen Diagnose. Kritisch wird beleuchtet, ob wir unter einem Technik-Komplex leiden. Alle Infos und Anmeldung unter: <https://www.ihf-fobi.de/fortbildungen-aerzte/hausarztetage-kongresse/fobi-tag-sh>
Veranstalter: Institut für Hausärztliche Fortbildung (IHF): Kontakt: +49220357563344 kontakt@ihf-fortbildung.de
Für Auszubildende, Studierende, PJlerInnen ist die Veranstaltung kostenlos

Online Fortbildung: „Die Lunge im Zentrum“

Das Lungenzentrum der Lungenclinic Großhansdorf lädt alle interessierten Ärztinnen und Ärzte an jedem ersten Mittwoch im Monat von 16 bis 17 Uhr zu den Online-Fortbildungen „Die Lunge im Zentrum“ ein. Expertinnen und Experten aus den Fachbereichen Pneumologie, Onkologie, Thoraxchirurgie und Anästhesie suchen für den Praxisalltag wichtige Themen und präsentieren das dazu aktuelle Wissen rund um die Lunge. Die Online-Fortbildung bietet die Möglichkeit, je Vortrag einen CME-Fortbildungspunkt zu sammeln. Unter <https://www.lungenclinic.de/fortbildung> werden die Themen und Termine samt Zugangslink und Mediathek mit Link zu den bereits durchgeführten Fortbildungen angekündigt.

ALLE ANGABEN OHNE GEWÄHR.

Redaktionsschluss für Veranstaltungshinweise für die April-Ausgabe: 21. März 2024

FORTBILDUNGSTERMINE BEI DER ÄRZTEKAMMER

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung – Refresher und Wissenskontrolle (eLearning) – fortlaufend buchbar

Die Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung ist für eine Reihe von ärztlichen Leistungen im ambulanten wie im stationären Bereich Voraussetzung. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) hat am 20.08.2020 beschlossen, die Mutterschaftsrichtlinien in Bezug auf die Bestimmung des fetalen Rhesusfaktors zu verändern.

Mit diesem Kurs wird Ihnen die Möglichkeit gegeben, Ihr „genetisches“ Wissen aufzufrischen und die Befähigung zur fachgebundenen genetischen Beratung mittels einer Wissenskontrolle zu erwerben. Berechtigt zur Teilnahme an diesem Refresherkurs und der Wissenskontrolle sind Fachärztinnen und -ärzte ab einer fünfjährigen fachärztlichen Tätigkeit.

Inhalt:

- ▶ zytogenetische und molekulargenetische Methoden
- ▶ Next Generation Sequencing (NIPT)
- ▶ Methoden der pränatalen Diagnostik
- ▶ erblich bedingte Erkrankungen
- ▶ molekulargenetische Techniken
- ▶ genetische Beratung
- ▶ gesetzliche Grundlagen und Richtlinien – Umsetzung GenDG in der ärztlichen Praxis
- ▶ pränataler Ultraschall
- ▶ Genetik

Nächster Termin: eLearning – fortlaufend buchbar (Fortbildungsstunden: 8, Fortbildungspunkte: 8)

Versorgung und Betreuung von Onkologie- und Palliativpatienten – NäPA-Curriculum der BÄK

Die Medizinische Fachangestellte unterstützt den Arzt bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung onkologischer und palliativmedizinischer Maßnahmen. Nach ärztlicher Weisung übernehmen sie Symptom-, Schmerz- und Stoffwechselkontrollen und die Einschätzung des Gesundheitszustandes. Ziel dieses Seminars ist es auch, eine sichere Kommunikation mit Patienten, deren Angehörigen und mit dem SAPV-Team während des Aufenthalts in der Praxis und bei Hausbesuchen führen zu können.

Inhalt:

- ▶ allgemein medizinische Grundlagen
- ▶ bei medizinischen Maßnahmen in der Versorgung und Betreuung mitwirken
- ▶ Dokumentation, Verwaltung und Abrechnung durchführen
- ▶ öffentlich finanzierte Institutionen kennen
- ▶ privatwirtschaftliche finanzierte Institutionen kennen
- ▶ ehrenamtliche Institutionen kennen
- ▶ Aufgaben- und Tätigkeitsbereiche der Seelsorger und Pflegealternativen kennen
- ▶ Kostenträger kennen

Nächster Termin: 22. und 23. April 2024 (Fortbildungsstunden: 16)

EBM-Grundkurs Gynäkologie, Mutterschaftsrichtlinie, Urologie

Einsteigerseminar zum Thema gynäkologische und urologische Abrechnung für Ärzte und MFA

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) stellt in der vertragsärztlichen Versorgung die Abrechnungsgrundlage dar. In diesem Seminar vermitteln wir Ihnen den Aufbau und die Handhabung im Umgang mit dem Gebührenrecht. Unter Anwendung dieser Grundlagen erhalten Sie einen Überblick über die wesentlichen fachärztlichen Versorgungsbereiche und wie die Abrechnung im Rahmen von Fallbeispielen erfolgt.

Systematik des EBM

- ▶ Struktur und Aufbau
 - ▶ Leistungsabrechnung
- Gebührenordnungspositionen der gynäkologischen und urologischen Versorgung
- ▶ Grundpauschalen
 - ▶ fachärztliche Grundversorgung
 - ▶ Besuche (Wegegeld)
 - ▶ gynäkologische/urologischen Versorgungs- und Leistungsbereiche

Nächster Termin: 1. Juni 2024 (Fortbildungsstunden: 5)

Diabetes: Formen, Therapie und Ernährung

Bei Diabetes mellitus handelt es sich um ein uneinheitliches und oft multimorbides Krankheitsbild mit ständig zunehmender Häufigkeit. Die meisten Diabetespatienten werden in den hausärztlichen Praxen behandelt und geschult. Sie wenden sich mit vielen verschiedenen Fragen, darunter auch vielen Fragen zur Ernährung, an das hausärztliche Fachpersonal und erwarten eine kompetente Antwort.

In diesem Seminar vertiefen und aktualisieren Sie Ihr Wissen, lernen die unterschiedlichen Diabetesformen und Behandlungsstrategien kennen und bekommen viele Tipps für den Praxisalltag.

Inhalt:

- ▶ Diagnose: Diabetes mellitus
- ▶ Diabetes Typ 1 und Diabetes Typ II
- ▶ Therapie des Insulinmangels-Diabetes mit Insulin
- ▶ medikamentöse Therapie der Insulinresistenz, Empfehlungen zur Bewegung und Ernährung
- ▶ akute Komplikationen: Unterzuckerung, Überzuckerung, Ketoazidose
- ▶ Diabetes-Schulungsprogramme, DMP
- ▶ Hilfe zur Gewichtsreduktion
- ▶ Gesundheitspass Diabetes
- ▶ Patientenfragen

Nächster Termin: 21. September 2024 (Fortbildungsstunden: 8)



Kontakt

Akademie der Ärztekammer
Schleswig-Holstein
Telefon 04551 803 700
akademie@aeksh.de

Über den QR-Code finden Sie das komplette Veranstaltungsangebot.

Anrechnung von Weiterbildungszeiten

WEITERBILDUNG Anlage 5 zum Protokoll der Kammerversammlung vom 29. November 2023. Anrechnung von Weiterbildungszeiten im Umfang der vertraglich vereinbarten Wochenarbeitszeit.

Seit Oktober gilt gemäß Beschlusslage folgende, auf der Homepage der Ärztekammer bekannt gegebene Regelung:

Eine Weiterbildung wird in Vollzeit bzw. als ganztägig anerkannt, wenn sie in dem Umfang absolviert wird, der in der jeweiligen Weiterbildungsstätte als Vollzeitbeschäftigung gilt. Die Anerkennung einer Teilzeitweiterbildung ist gewährleistet, wenn diese mindestens mit der Hälfte des an der Weiterbildungsstätte geltenden zeitlichen Vollzeitemfangs ausgeübt wird und hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen einer ganztägigen Weiterbildung entspricht. Für die Anerkennung der Weiterbildungszeit wird der vertraglich vereinbarte Stundenumfang pro Woche zugrunde gelegt. Bislang wurde im Geltungsbereich der Ärztekammer Schleswig-Holstein ein Tätigkeitsumfang von mindestens 38,5 Stunden/Woche als Vollzeitweiterbildung anerkannt, und zwar unabhängig von der an der Weiterbildungsstätte üblichen Vollzeitstundenzahl. Aufgrund unterschiedlicher Anerkennungspraktiken konnten bei dieser bisherigen Regelung im Falle eines Ärztekammerwechsels Nachteile für die Weiterzubildenden entstehen. Bereits absolvierte Weiterbildungszeiten sind von dieser neuen Regelung nicht betroffen. Sie ist bei (Neu-)Abschluss eines Weiterbildungsvertrages oder einer Änderung des vertraglich geregelten wöchentlichen Stundenumfanges zu beachten.

Die Ärztekammer Schleswig-Holstein hat sich damit dem Vorgehen anderer Kammern angeschlossen, bei der alten Regelung handelte es sich eher um ein hiesiges Ausscheren aus der Bundeskonformität. Gleichwohl hat diese Änderung insbesondere unter den KollegInnen in der fachärztlichen Weiterbildung zu Diskussionen und Irritationen geführt.

Zur Objektivierung sollen folgende Überlegungen und Beispielrechnungen dienen:

Das Argument, dass manche Weiterzubildende ihre Arbeitszeit vertraglich auf 80 % reduzieren, um überhaupt auf eine annehmbare Arbeitsbelastung pro Woche zu kommen, kann sich die Kammer nicht zu eigen machen. Hier geht es um organisatorische und arbeitsrechtliche Belange der Einrichtungen, in denen die Weiterbildung stattfindet, wozu auch Mehrarbeit wie Überstunden und Dienste zählen. Diese können im Rahmen der Weiterbildung nicht geltend gemacht werden.

Die örtlich geltenden Arbeitszeiten werden von den Tarifparteien unter Berücksichtigung mehrerer Aspekte (Dienstplanmodelle, Forschung etc.) ausgehandelt. Die entsprechenden Arbeitsverträge wären somit zu akzeptieren oder zu verhandeln. Die Arbeitgeber (Einrichtungen der Gesundheitsversorgung) müssen sich allerdings zur Sicherstellung ihres Leistungsangebotes für die Bevölkerung auf ihre Mitarbeitenden auch verlassen können.

Die Idee, eine eigentlich mit über 40 Stunden vereinbarte Arbeitszeit auf das Mindestmaß der Anrechnungsfähigkeit (wie zuvor bei 38,5 Stunden möglich) zu reduzieren, wäre somit zwar nachvollziehbar, passt aber nicht in das „Gesamtpaket“.

In §33 Abs. 4 des Heilberufekammergesetzes (HBKG) Schleswig-Holstein heißt es:

Die Weiterbildung in den Gebieten und Teilgebieten oder gebietsspezifischen Schwerpunkten wird in Vollzeitbeschäftigung und hauptberuflich durchgeführt, sofern in den Unterabschnitten keine abweichenden Regelungen getroffen werden. Dies gilt auch für die Weiterbildung in beruflichen Bereichen, soweit in der Weiterbildungsordnung nichts anderes bestimmt ist. Die Weiterbildung in den Gebieten darf

drei Jahre in Vollzeitbeschäftigung nicht unterschreiten. Eine Weiterbildung kann nach Maßgabe der Weiterbildungsordnung auch in Teilzeitbeschäftigung abgeleistet werden, soweit dies mit den Zielen der Weiterbildung vereinbar ist. Gesamtdauer, Niveau und Qualität müssen den Anforderungen an eine Weiterbildung in Vollzeitbeschäftigung entsprechen. Die zuständige Kammer entscheidet über die Zulässigkeit einer Weiterbildung in Teilzeitbeschäftigung.

In Artikel 25 Abs. 3 der entsprechenden EU-Richtlinie 2005/36/EG heißt es:

Die Weiterbildung erfolgt als Vollzeitausbildung an besonderen Weiterbildungsstellen, die von den zuständigen Behörden anerkannt sind. Sie setzt die Beteiligung an sämtlichen ärztlichen Tätigkeiten in dem Bereich voraus, in dem die Weiterbildung erfolgt, einschließlich des Bereitschaftsdienstes, sodass der in der ärztlichen Weiterbildung befindliche Arzt während der gesamten Dauer der Arbeitswoche und während des gesamten Jahres gemäß den von den zuständigen Behörden festgesetzten Bedingungen seine volle berufliche Tätigkeit dieser praktischen und theoretischen Weiterbildung widmet. Dementsprechend werden diese Stellen angemessen vergütet.

Artikel 22 der Richtlinie eröffnet auch EU-weit die Anerkennung von Teilzeitweiterbildungen. Die Umsetzung in den EU-Ländern unterliegt zumeist strengen Regeln und/oder bedarf einer gesonderten Beantragung.

Die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein regelt:

Die Weiterbildung ist in hauptberuflicher Stellung und grundsätzlich ganztägig

durchzuführen. Eine Weiterbildung in Teilzeit muss hinsichtlich Gesamtdauer, Niveau und Qualität den Anforderungen eines geregelten Kompetenzerwerbs einer ganztägigen Weiterbildung entsprechen. Dies ist in der Regel gewährleistet, wenn die Teilzeittätigkeit mindestens die Hälfte der wöchentlichen Arbeitszeit beträgt. Die Weiterbildungszeit verlängert sich entsprechend.

Schlussfolgerung:

Eine stundengenaue, bundesweit einheitliche Gerechtigkeit kann es angesichts dieser pauschalen Forderungen nach „ganztägiger“ Tätigkeit und der heterogenen Tariflandschaft nicht geben. Eine Lösung könnte allenfalls sein, dass der Umfang einer Weiterbildung in Stunden definiert würde, wie es für viele Studiengänge geregelt ist (das wären zwischen 1.800 und 1.900 Stunden pro Jahr). Zu bedenken ist allerdings, dass eine fachärztliche Weiterbildung damit immer mehr in Richtung „Ausbildung“ geraten würde, was Begehrlichkeiten bei Arbeitgebern und Kostenträgern auslösen könnte. Immerhin sind die KollegInnen mit der Approbation „fertige“ Ärztinnen und Ärzte mit der Befähigung, die Heilkunde am Menschen auszuüben, wofür sie auch „angemessen vergütet“ werden. Die fachärztliche Weiterbildung ist in allen Gebieten an Mindestweiterbildungszeiten gebunden (in der Regel 60 Monate). Bei Vollzeittätigkeit wird die Weiterbil-

dung idealerweise in der vorgesehenen Zeit vervollständigt, sodass in diesen Fällen unabhängig von der arbeitsvertraglichen Vereinbarung zur „Vollzeittätigkeit“ keine Verlängerung der Weiterbildungszeit drohen würde. Allerdings müssen KollegInnen mit einem 42-Wochenstundenvertrag im Gegensatz zu jemandem mit einem 38,5-Stunden-Vertrag (bei sechs Wochen Urlaub im Jahr) gut 160 Stunden pro Jahr mehr arbeiten. Das entspricht ca. der Arbeitszeit eines Monats, auf die gesamte Weiterbildungszeit gerechnet somit der von fünf Monaten. Nota bene, innerhalb der festgelegten Mindestweiterbildungszeit von fünf Jahren, die nicht verkürzt werden kann, bei (hoffentlich) entsprechender Vergütung. Eine vertragliche Reduzierung der Wochenarbeitszeit (in Prozent der Vollzeittätigkeit bis maximal auf 50 %) führt automatisch zu einer Verlängerung der Weiterbildungszeit um genau diesen Prozentsatz. Eine Reduzierung von 42 auf 38,5 Wochenstunden würde somit eine notwendige Verlängerung der Weiterbildungszeit um 8 % (= gut 4 Wochen pro Jahr) nach sich ziehen. Potenzielle Entwicklungen (Stichwort: 35-Stunden-Woche) legen abschließend eher die Festlegung einer Mindestarbeitszeit i.S. einer Vollzeittätigkeit nahe. Im ambulanten Bereich wird aktuell die 40-Stunden-Woche als Vollzeittätigkeit betrachtet.

DR. CARSTEN LEFFMANN

Online-Veranstaltung: Interaktive Fragestunde zur Weiterbildung

Ab wann kann ich mit einer Weiterbildung beginnen? Wer darf mich weiterbilden? Was müssen Weiterbildungsbefugte beachten? Diese und andere Fragen klärt eine Informationsveranstaltung der Ärztekammer Schleswig-Holstein.

Wann: 28. Mai 2024, 18 Uhr

Wo: Online

Anmeldung über QR-Code oder auf www.aeksh.de





HINWEIS DER REDAKTION:

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

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

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

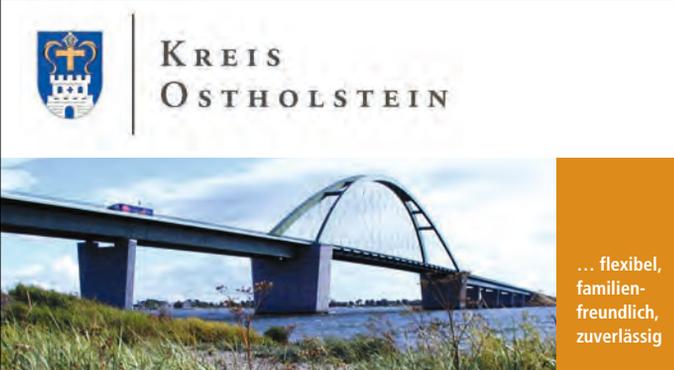


STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

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

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN: Heft April 21. März 2024

STELLENANGEBOTE



KREIS OSTHOLSTEIN

... flexibel, familienfreundlich, zuverlässig

Der Kreis Ostholstein sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt für den Fachdienst Gesundheit

Ärztinnen / Ärzte (m/w/d)

– in Teilzeit –

für die Teilnahme am ärztlichen Rufbereitschaftsdienst nach dem PsychHG.

Näheres finden Sie unter: www.kreis-oh.de/Stellenangebote.

Ihre Bewerbung richten Sie bitte an:

Kreis Ostholstein
 Fachdienst Personal und Organisation
 Postfach 433 · 23694 Eutin
 E-Mail: personal@kreis-oh.de





Termine Rubrikanzeigen

Heft	Erscheinungstermin	Anzeigenschluss
April	18.04.24	21.03.24
Mai	16.05.24	22.04.24
Juni	17.06.24	22.05.24
Juli/August	15.07.24	21.06.24
September	16.09.24	21.08.24
Oktober	15.10.24	20.09.24
November	15.11.24	21.10.24
Dezember	17.12.24	21.11.24



Wir gehören zusammen

DU + Deutsches Rotes Kreuz

Der Job des Lebens. Beim Roten Kreuz. In Mecklenburg-Vorpommern.

Wir bringen Job und Freizeit in Einklang. Jetzt bewerben.

Das DRK-KRANKENHAUS GREVESMÜHLEN sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt einen:

Assistenzarzt Innere Medizin (m/w/d)

Wir freuen uns auf Sie!

Ihre Ansprechpartner
 Chefarzt:
 Dr. med. Dirk Killermann
 Dr. med. Rolf Klingenberg-Noftz

Ihre Bewerbung richten Sie an das
 Chefarztsekretariat Innere Medizin:
simone.federmann@drk-kh-gvm.de

Telefonische Anfragen unter:
 03881 726-601

Umfassende Informationen rund um unser Krankenhaus unter:
www.drk-kh-gvm.de

IHR PROFIL

- Sie sind Berufsanfänger oder bereits fortgeschrittener Assistenzarzt (m/w/d)
- Sie verfügen über eine Berufserlaubnis oder gültige deutsche Approbation
- Sie sind verantwortungsbewusst, zuverlässig, teamfähig und loyal und pflegen einen wertschätzenden Umgang mit Patienten und Mitarbeitern
- Sie haben Freude an neuen Herausforderungen und verfolgen dabei Aufgaben zielbewusst und lösungsorientiert
- Sie arbeiten vertrauensvoll und intensiv mit niedergelassenen Ärzten, den Kollegen der anderen Fachgebiete und dem Rettungsdienst zusammen

UNSER ANGBOT

- Vergütung nach Tarifvertrag mit dem Marburger Bund
- Vereinbarkeit von Beruf und Familie
- die Arbeit in einem gleichermaßen menschlichen wie hochmodernen Umfeld
- zukunftsorientierte Verzahnung von stationärer und ambulanter Diagnostik & Therapie
- Urlaubs- und Weihnachtsgeld, Kinderbetreuungszuschuss und betriebliche Altersvorsorge
- strukturierte Fort- und Weiterbildung
- Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitäten Lübeck und Rostock

www.drk-zukunft.de



work@frau-adler.de

Fachärztin für Frauenheilkunde (w/m/d) in Hamburg-Rahlstedt gesucht.

Teilzeit mit lebensfreundlichen Arbeitszeiten, fröhliches und erfahres Praxisteam. Hier bewerben: work@frau-adler.de

STELLENANGEBOTE

**Fangen Sie
mit uns
was neues an!**



Voneinander und Neues lernen, bringt uns weiter! Wir bieten Ihnen den passenden Weg, Ihre Stärken und Kompetenzen auszubauen. Im Helios Klinikum Schleswig – einem Schwerpunktversorger im Norden Schleswig-Holsteins – haben wir den passenden Platz für Belegärzt:innen.

Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt für folgende Fachgebiete

Mund-, Kiefer-, Gesichtschirurgie

Diese Ausschreibung erfolgt gemäß §103 VII SGB V.

Falls ein Belegarztvertrag mit einer/einem im Planungsbereich niedergelassenen Vertragsärzt:in nicht zustande kommt, kann der Krankenhausträger mit einer/einem nicht niedergelassenen geeigneten Ärzt:in einen Belegarztvertrag abschließen. Dieser ermöglicht eine auf die Dauer der belegärztlichen Tätigkeit beschränkte Zulassung.

Anfragen oder schriftliche Bewerbungen mit den üblichen Unterlagen richten Sie bitte an:

**Helios Klinikum Schleswig, Geschäftsführung z. Hd. Herrn Johannes Rasche, St. Jürgener Str. 1-3, 24837 Schleswig.
Telefon: (04621)812-2500 | Mail: johannes.rasche@helios-gesundheit.de**

Das Helios Klinikum Schleswig bietet sowohl in der stationären als auch ambulanten Versorgung ein wohnortnahes, hoch qualifiziertes und umfassendes medizinisches Angebot für Erwachsene und Kinder. Mit einem Krankenhaus der Schwerpunktversorgung, der Klinik für Psychiatrie und Psychosomatik, der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sowie der Klinik für Forensische Psychiatrie erhalten Patient:innen umfassende Hilfe bei körperlichen Beschwerden und seelischen Krisen.

Helios

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

Facharzt/-ärztin für Orthopädie/ Unfall- oder Allgemeinchirurgie

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

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



FÄ/FA Allg./Innere Medizin

unbefristet in Voll- oder Teilzeit für Hausarztpraxis am östlichen Hamburger Stadtrand (Oststeinbek) gesucht. Flexible Arbeitszeiten.

info@hausarzt-radzko.de
Tel.: 040-713 11 30

Kinderärztin / Kinderarzt

gern in fortgeschrittener Weiterbildung mit Interesse an Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie zur Verstärkung unseres multiprofessionellen Teams gesucht.

Familienzentrum Nord MVZ GmbH

Kontakt unter: 040- 5272119-0
oder susanne.otte@fam-nord.de

Kinderarztpraxis

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

Gyn. Einzelpraxis Elbvororte sucht

Ärztin (m/w/d)

in Teilzeit für 15 Std./Wo.

Bewerbungen bitte an:
gyn.einzelpraxis.elbvororte@gmx.de

Neurologie & Schmerztherapie Uetersen sucht einen

Arzt (m/w/d) mit WB Spezielle Schmerztherapie

für 15h/W. mit Homeoffice-Option.
Flex. einteilbar, unbefristet, attraktives
Gehalt. Kontakt: 0178-133 53 72



© Fatima Mürtaza

IHR NEUER ARBEITSPLATZ

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

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

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



Keine Wochenend-
oder Nachtdienste

Die Fortführung der Weiter-
bildungsberechtigung
für 2 Jahre ist
beantragt.

KONTAKT

Dr. med. Magitta Liebsch
04321 9641-0

MEHR INFORMATIONEN

www.drk-nms.de/jobs

Wir suchen ab sofort

Arzt (m/w/d) mit Psychiatrie- Erfahrung oder Facharzt

für die Psychiatrische Tagesklinik Neumünster gGmbH



STELLENGESUCHE

Erfahrener Hausarzt sucht umzugsbedingt **Voll- o. Teilzeitstelle** in **allgemeinmed. Praxis**, gern auch in Landarztpraxis im Großraum HH inkl. Schleswig-Holstein. Verfügbar ab dem 3. Quartal 2024. **Kontakt unter 0163 600 25 43**

Fachärztin für HNO sucht eine Anstellung in einer HNO-Praxis im Großraum Hamburg. Bei Interesse melden Sie sich gern bei **HNO2024@outlook.de**

PRAXISABGABE

KINDERARZTSITZ für **Bezirk Nordfriesland** zeitnah abzugeben. Weitere Informationen unter 0172-613 21 55

Doppelpraxis in Berlin
Große, moderne, gynäkologische Praxis mit 2 Arztsitzen in bester Lage am Prenzlauer Berg (Pankow) 2024 zu verkaufen. Kontakt unter Chiffre SH 60153

KV-SITZ

KV-Sitz Orthopädie/Unfallchirurgie im Kreis Bad Segeberg zum 1.4.2024 oder später abzugeben. Auf Wunsch ist ein Einstieg in die Praxisgemeinschaft möglich. Kontakt unter Chiffre 60112

KV-Sitz Gynäkologie im Herzogtum Lauenburg **abzugeben.**
Kontakt unter Chiffre SH 60151

HELFFEN SIE MÄDCHEN, SICH ZU ENTFALTEN.

Mit einer Patenschaft Mädchenrechte stärken.



WERDEN SIE PAT:IN!

Plan International Deutschland e.V.
www.plan.de



Gibt Kindern eine Chance

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

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

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

PRAXISRÄUME

Heller ruhiger Praxisraum in PT-Praxis in Blankenese zu vermieten.

20 m², möbliert, fußläufig zur S-Bahn, 2-2,5 Tage/Wo., Mietpreis 600-720 €.

Kontakt unter Chiffre SH 60147

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

FACHBERATER

Wirtschafts- und Steuerberatung für Heilberufler

DELTA

Steuerberatungsgesellschaft mbH
Bad Segeberg • Heide • Hamburg

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

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

mail@kanzleidelta.de
www.kanzleidelta.de



Berater für Ärzte
seit über 50 Jahren.

RECHTSBERATUNG FÜR DIE HEILBERUFE

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



DR. KLAUS KOSSEN
ANWALTSKANZLEI

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

IMPRESSUM



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

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

Weitere Mitarbeiter dieser Ausgabe:
Prof. Claudia Baldus, Prof. Gunnar Cario, Esther Geisslinger, Uwe
Groenewold, Dr. Lasse Jost, Prof. Christiane Pott, Astrid Schock,
Dr. Natalie Schub, Harald Spiegel, Prof. Friedrich Stölzel

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

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

Anzeigenmarketing und -verwaltung
elbbüro anzeigenagentur,
Bismarckstr. 2, 20259 Hamburg
Telefon 040 33 485 711

Fax 040 33 485 714
anzeigen@elbbuero.com
www.elbbuero.com

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

Herstellung: Ärztekammer Schleswig-Holstein

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

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten Autoren, nicht zwingend die der
Redaktion wieder. Für unaufgefordert eingereichte Beiträge werden keine Honorare bezahlt. Die
Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentlichung, die Gestaltung und ggf. redakti-
onelle 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 männ-
liche 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 Aus-
nahme der gesetzlich zugelassenen Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung strafbar.

AKIS

Der Service Ihrer Ärztekammer
online:

Das Ärztekammer-Informations-System („AKIS“) ist eine Online-Kom-
munikations- und Service-Plattform der Ärztekammer Schleswig-Hol-
stein, über die Sie einfach und sicher Kontakt zu Ihrer Ärztekammer auf-
nehmen können.

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

KONTAKT ZUR ÄRZTEKAMMER

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

FACHBERATER

Stingl · Scheinpflug · Bernert
vereidigte Buchprüfer und Steuerberater
Partnerschaftsgesellschaft

Spezialisierte Beratung für Ärzte



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

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



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

Kanzlei für **Medizinrecht**

Wir beraten Ärzte

Rechtsanwälte
Barth u. Dischinger
Kanzlei für Medizinrecht
PartG mbB

RA Hans Barth
Fachanwalt f. Medizinrecht

Holtener Straße 94
24105 Kiel
Tel.: 0431-564433

RA Jan Dischinger
Fachanwalt f. Medizinrecht

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

RAin Sabine Barth
Fachanwältin f. Medizinrecht

info@medrechtpartner.de
www.medrechtpartner.de

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

STELLEN- UND RUBRIKANZEIGEN

NÄCHSTER ANZEIGENSCHLUSSTERMIN

Heft April 21. März 2024



Rohwer & Gut

Partnerschaftsgesellschaft mbB,
Wirtschaftsprüfungsgesellschaft, Steuerberatungsgesellschaft



Fachspezifische Steuerberatung für Heilberufe

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

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

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

