



# Ärzteblatt

Offizielles Mitteilungsblatt der Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Körperschaft des öffentlichen Rechts | 35. Jahrgang

## Sachsen-Anhalt

04|2024



### Innovation, Technologie und Digitalisierung

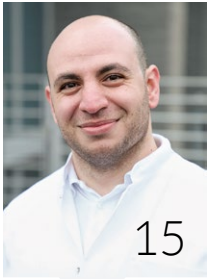
Neuer Ausschuss der  
Ärztekammer stellt sich vor

Seite 08

06 Notarztsimulationskurse –  
Sachsen-Anhalt geht neue Wege in  
der Weiterbildung von Notärzten

10 Auftaktveranstaltung am  
30. Mai 2024: Raus aus der  
Schule & rein in die Medizin

15 Fallbericht einer seltenen  
Entität: Aneurysma der Vena  
jugularis interna



# Inhalt 04 | 2024



## EDITORIAL

Zukunft sichern 3



## KAMMER AKTUELL

Ärztliche Weiterbildung in Sachsen-Anhalt 4

Das Referat „Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten (MFA)“ informiert 5

Notarztsimulationskurs – Sachsen-Anhalt geht neue Wege in der Weiterbildung von Notärzten 6

Neuer Ausschuss der Ärztekammer stellt sich vor: „Innovation, Technologie und Digitalisierung“ 8

Raus aus der Schule & rein in die Medizin: Auftaktveranstaltung am 30. Mai 10

Vor dem Deutschen Ärztetag in Mainz: Schreiben Sie an Ihre Delegierten! 10



## MEDIZIN & RECHT

Arzthaftpflicht – Teil 2: Ausblick 2024 13



## FACHBEITRAG

Aneurysma der Vena jugularis interna 15



## MEDIZIN AKTUELL

170 hallesche Absolventinnen und Absolventen feierlich verabschiedet 20

Veranstaltungen: „Medizin trifft Recht“ 21

Jahresrückblick Innere Medizin 22

Umfrage: Die Allgemeinmedizin im Klimawandel 26

Seit 10 Jahren: Mitteldeutsches Kompetenznetz Seltene Erkrankungen 27

Interessenverband der in Sachsen-Anhalt tätigen Unfallchirurgen 28

Veranstaltungshinweis: Professioneller Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung 29

Aufruf: Studie zu Harnwegsinfekten bei Frauen (URITRAC) 30

Befragung zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen 30

Ausschreibung der Vertragsarztsitze 31

Wanderung mit Herzblut 2024 31

50 Jahre Deutsche Balintgesellschaft 32



## Zukunft sichern

# Es müssen nun endlich Taten folgen



**Dr. med. Torsten Kudela**  
Vorstandsmitglied der  
Ärztammer Sachsen-Anhalt  
(Foto: Peter Gercke)

Im Februar gab es einen neuen Tarifabschluss zwischen dem Verband medizinischer Fachberufe e.V. und der Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten. Im Durchschnitt ergibt sich daraus eine Lohnerhöhung um 7,4 Prozent. Insbesondere die Berufseinsteiger und Auszubildenden profitieren deutlich von den Steigerungen. Der neue Tarifabschluss kann nur begrüßt werden, gerade im Hinblick auf die gestiegenen Lebenshaltungskosten und die Tarifabschlüsse in den anderen Branchen. Ohne die Arbeit und den Einsatz unserer Mitarbeiter wäre das tägliche Pensum nicht zu bewältigen und die Versorgung auf dem derzeitigen Niveau nicht zu halten. Ein Abwandern der MFA aus unseren Praxen muss daher verhindert werden. Wahrheitsgemäß wird die ambulante medizinische Versorgung der Bevölkerung als sozialer Kit der Gesellschaft bezeichnet. Jedoch darf dabei nicht vergessen werden, dass die Gehaltssteigerungen und auch Sonderzahlungen endlich komplett gegenfinanziert werden müssen. Eine Vereinbarung, dass tariflich bedingt steigende Personalkosten ab 2025 direkt bei den Honorarverhandlungen berücksichtigt werden, wurde 2023 vom GKV-Spitzenverband und KBV getroffen. An der Umsetzung werden wir den GKV-Spitzenverband messen.

Im letzten Jahr habe ich an gleicher Stelle die positive Einstellung des Bundesgesundheitsministers zur Anhebung der Anzahl der Medizinstudienplätze gelobt. An dieser Einstellung hat sich scheinbar nichts geändert, an der Anzahl der Studienplätze leider auch nichts. Circa 15 Jahre vergehen, bis aus dem wissbegierigen Studenten der fertige Facharzt geworden ist, der in der Versorgung ankommt. Hier müssen endlich Taten folgen. Die Aktion „Raus aus der Schule & rein in die Medizin“ zeigt Abiturienten aus Sachsen-Anhalt mögliche Wege zum Studium an den beiden medizinischen Fakultäten unseres Bundeslandes. Landeskinder, die an unseren Fakultäten studieren, werden sicherlich im Land bleiben und später die Versorgung übernehmen. Der Ministerpräsident hat das nun auch erkannt und adressiert.

Schließen möchte ich wieder mit einem positiven Aspekt. In den letzten beiden Jahren fanden Spendenaktionen mit anschließender Baumpflanzaktion im Harz statt. Mit Thomas Dörner habe ich beide Male teilgenommen und als Team viele Setzlinge gepflanzt. Die kleinen Eichen von 2022 sind gut angewachsen und gedeihen hervorragend. Auch in diesem Jahr wird es eine solche Aktion geben. Beteiligen Sie sich als Spender und/oder als Waldarbeiter für einen Tag.

*Ihr Torsten Kudela*



### PERSONALIA

- in memoriam – Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Stephan Winckler 35
- Geburtstage im April & Mai 36



### KULTUR & GESCHICHTE

- Buchrezension: „Einmal um Halle – Eine Wanderung“ von Moritz Götze, Rüdiger Giebler und Christian Lohse 40



### ANZEIGEN

41

*Die aktuellen Fortbildungsangebote der Ärztekammer Sachsen-Anhalt finden Sie als separaten Beileger des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt.*



## Ärztliche Weiterbildung in Sachsen-Anhalt

# Wir beglückwünschen unsere Ärztinnen und Ärzte zur bestandenen Facharztprüfung im Februar

### Facharzt für Allgemeinmedizin

Mohammad Alnairabieh, Naumburg (Saale)  
Dr. med. Anja Ehrke, Kelbra (Kyffhäuser)  
Alexander Hecht, Magdeburg  
Dennis Laser, Stendal

### Facharzt für Augenheilkunde

Mohammad Alali Alalyan, Halberstadt  
Konrad Reichmuth, Halle (Saale)

### Facharzt für Herzchirurgie

Osama M Gargum, Halle (Saale)

### Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

Dr. med. Julia Kühnöl, Halle (Saale)

### Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Reza Hassani, Magdeburg  
Jorge Rios Fak, Halberstadt  
Ahmad Said, Salzwedel

### Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Dr. med. Daniela Kreft, Köthen (Anhalt)  
Doreen Scharfen, Köthen (Anhalt)

### Facharzt für Innere Medizin

Murad Mohsen, Bitterfeld-Wolfen  
Claudia Paulick, Quedlinburg  
Lisa Schwalbe, Weißenfels  
Dr. med. Natalie Wehde, Magdeburg

### Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie

Dr. med. Michael Glas, Aschersleben  
Dr. med. Wilfried Obst, Magdeburg  
Dr. med. Fabian Reinhardt,  
Lutherstadt Wittenberg

### Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Claudia Germer, Halle (Saale)  
Dr. med. Caroline Lüllwitz, Magdeburg

#### Telefonische Sprechzeiten der Abteilung Weiterbildung:

Mo. bis Do.: 10 bis 12 und 14 bis 16 Uhr

Die aktuell bestehenden Weiterbildungs-  
befugnisse sind hier einsehbar:



[www.aeksa.de](http://www.aeksa.de) > Arzt  
> Weiterbildung  
> Befugnisse/Kriterien



## KLINISCHE KREBSREGISTER SACHSEN-ANHALT GMBH

In Kooperation mit dem Harzklinikum Dorothea Christiane Erxleben,  
Klinik für Dermatologie und Allergologie, Hautkrebszentrum Harz

## Landesweite Qualitätskonferenz „Onkologische Dermatologie“

12.06.2024 | 16:00 - 19:00 Uhr | Magdeburg



Informationen unter:

[www.kkr-lsa.de/melder/qualitaetskonferenz](http://www.kkr-lsa.de/melder/qualitaetskonferenz)

PRÄSENZVERANSTALTUNG

Anerkennung als ärztliche Fortbildungsveranstaltung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt beantragt.

Vormerken!

## Das Referat „Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten (MFA)“ informiert

### Tarifergebnis: Mehr Geld für MFA

Es ist vollbracht! Ab 1. März 2024 gilt für Medizinische Fachangestellte (MFA) ein neuer Gehaltstarifvertrag. Die Parteien – der Verband medizinische Fachberufe e. V. und die Arbeitsgemeinschaft zur Regelung der Arbeitsbedingungen der Arzthelferinnen/Medizinischen Fachangestellten (AAA) – hatten sich bereits am 8. Februar in Berlin in der vierten Runde geeinigt. Es galt jedoch noch eine Erklärungsfrist, weshalb die Details erst am 20. Februar veröffentlicht wurden. Demnach steigen die Gehälter über alle Tarifgruppen hinweg ab 1. März 2024 um 7,4 Prozent. Die Ausbildungsvergütungen erhöhen sich im ersten Ausbildungsjahr von bisher 920 auf 965 Euro, im zweiten Ausbildungsjahr von 995 auf 1045 Euro und im dritten von 1075 auf 1130 Euro. Zusätzlich wurde eine einmalige Inflationsausgleichprämie für Auszubildende und vollzeitbeschäftigte Medizinische Fachangestellte in Höhe von 500 Euro vereinbart. Anspruch haben alle, deren Arbeitsverhältnis vor dem 29. Februar begonnen hat. Bis spätestens zum 30. April 2024 muss die Prämie auf dem Konto sein. Bei Teilzeitbeschäftigten richtet sich die Höhe der Prämie nach der vertraglich vereinbarten Arbeitszeit. Die Laufzeit des neuen Tarifvertrages beträgt zehn Monate. Der ebenfalls gekündigte Manteltarifvertrag läuft zunächst weiter und soll im kommenden Herbst zusammen mit den dann erneut anstehenden Verhandlungen des Gehaltstarifvertrages angepasst werden.

„Beide Seiten mussten sich bewegen, um einen tragfähigen Kompromiss zu finden“, erklärte Hannelore König, Präsidentin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V. „Es ist uns gelungen, die Gehälter beim Berufseinstieg deutlich zu verbessern, um nicht immer mehr junge Kolleginnen und Kollegen zu verlieren.“ Das Einstiegsgehalt etwa erhöhe sich auf 2700 Euro. Erik Bodendieck, Vorsitzender der AAA, ergänzte: „Entscheidend ist nun, dass eine vollumfängliche und zeitnahe Gegenfinanzierung der Tarifsteigerungen umgesetzt wird. Nur so kann dem Fachkräftemangel im niedergelassenen Bereich entgegengewirkt und medizinisches Fachpersonal gehalten werden.“

Beide Tarifparteien sehen zudem die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) und die Politik in der Pflicht. Gesundheitsfürsorge sei Daseinsfürsorge und dafür müsse der Staat eintreten. Alle Einzelheiten zum Vertrag und weitere Informationen finden Sie hier: [www.aeksa.de](http://www.aeksa.de) > MFA > **Auskünfte/Informationen**

Quelle: Gemeinsame PM von AAA und Verband medizinischer Fachberufe e. V.

### Schnuppertag beim Boys' Day

Schnell! Der Countdown für den Schnuppertag als Praxisheld läuft! Am 25. April, zum Zukunftstag Boys' Day, lädt die Ärztekammer 25 Schüler in ihre Schulungspraxen am Doctor-Eisenbart-Ring ein, um den Beruf des Medizinischen Fachangestellten (MFA) kennenzulernen. Lange Vorträge gibt es keine – dafür wird selbst Hand angelegt, etwa ein EKG ausgewertet, im Labor getestet und eine Infusion gelegt – an Dummies natürlich. Wie man eine Praxis wuppt und in heiklen Lagen cool bleibt, lernt man zwar nicht an einem Tag – aber dafür, wie man sich für die MFA-Ausbildung bewirbt. Neugierig? Hier noch schnell anmelden: <https://t1p.de/boys-day-mfa>

### Einblicke auf der „Chance“

Im Februar waren wir in Halle/Saale bei der „Chance“ dabei, der größten Berufsbildungsmesse Sachsen-Anhalts. Es hat riesigen Spaß gemacht, an unserem Stand vielen interessierten Leuten vom Traumjob MFA zu erzählen und dabei gleich praktische Einblicke ins Berufsbild zu geben (s. Foto). Wir sind sicher, einige Besucher im neuen Ausbildungsjahr bei uns wiederzusehen. Sie haben die Chance verpasst? Kein Problem! Wir sind auch bei der Ausbildungsmesse Zeitz (29. August) und Weißenfels (12. September), bei der Berufsorientierungsmesse in Aschersleben (26. September) sowie in Schönebeck. Und klar, dass bei uns auch die große Magdeburger Messe Perspektiven (27./28. September) schon im Kalender steht. Wir freuen uns auf Sie!

P.S.: Der Berufsausschuss tagt am 03.04.24. Lesen Sie den Bericht in der Mai-Ausgabe.

**Achtung, Prüfung!**  
Termine für die nächste MFA-Abschlussprüfung:  
Schriftliche Prüfung:  
11. Mai 2024  
Praktische Prüfung:  
3. – 17. Juni 2024



Alle Teilnehmenden  
des ersten Notarzt-  
simulationskurses in  
Sachsen-Anhalt



## Notarztsimulationskurs

# Sachsen-Anhalt geht neue Wege in der Weiterbildung von Notärzten

Die Weiterbildung zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist von großer Bedeutung für die Sicherstellung der notärztlichen Versorgung der Bevölkerung. Jährlich legen zwischen 50 und 60 Ärzte in Sachsen-Anhalt die Prüfung für die Zusatzbezeichnung vor der Fach- und Prüfkommision der Ärztekammer ab.



Briefing der  
Teilnehmer des  
NaSim-Kurses

Der Weg zum Erwerb der Zusatzbezeichnung wird durch die Weiterbildungsordnung geregelt. Die Voraussetzung für die Weiterbildung sind 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich, davon 6 Monate in der Intensivmedizin oder in der Anästhesiologie. Auftakt und Grundstein der Weiterbildung

zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin ist ein 80-Stunden-Kurs in „Allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung“ gemäß Vorgaben der Bundesärztekammer. Diese Kurse werden durch die Ärztekammer Sachsen-Anhalt jährlich sowohl in Magdeburg als auch seit 2021 in Halle (Saale) durchgeführt. Nach Abschluss des Kurses müssen die Ärzte in Weiterbildung 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes absolvieren. Seit der letzten Novelle der Weiterbildungsordnung 2020 besteht die Möglichkeit, davon bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses zu absolvieren.

Diese als NaSim-Kurse (Notarztsimulationskurse) bezeichneten Formate waren bisher nur außerhalb von Sachsen-Anhalt verfügbar. Aus diesem Grund entstand aus den Reihen der Veranstalter der sachsen-anhaltischen Notarzteinsätze die Idee, auch in Sachsen-Anhalt NaSim-Kurse zu etablieren. Im Gegensatz zu den Einsatzhospitationen im öffentlichen Rettungsdienst bietet das NaSim-Kursformat den Teilnehmern die Möglichkeit, den Umgang mit kritischen Einsatzsituationen aus den Bereichen Innere Medizin, Neurologie, Psychiatrie, Geburtshilfe und Gynäkologie, Pädiatrie und Traumatologie zu trainieren. Dabei können auch sehr seltene Einsatzbilder wie Geburten oder Kinderreanimationen dargestellt werden. Darüber hinaus werden die im vorher be-



Tutoren



Szenario in einer Simulationswohnung

suchten 80-Stunden-Kurs erworbenen Kenntnisse zum Thema „Crisis-Ressource-Management“ (CRM) in den Einsatzsituationen angewendet. Der Ablauf sowie die fachlichen Inhalte von NaSim-Formaten sollten in Sachsen-Anhalt vergleichbar und einheitlich sein. Daher wurden die Konzepte der Organisationsteams aus Magdeburg und Halle im Verlauf des Jahres 2023 unter Federführung des Ausschusses für Notfall- und Katastrophenmedizin der Ärztekammer Sachsen-Anhalt abgestimmt und anschließend gemeinsam akkreditiert.

In dem nun etablierten Kurskonzept wird den Teilnehmern ermöglicht, im Rahmen der notfallmedizinischen Szenarien anhand von 25 empfohlenen Krankheitsbildern bzw. Einsatzschwerpunkten notfallmedizinisches Handeln zu erlernen. Dabei werden den Teams von 5 Teilnehmern innerhalb der Szenarien manuelle Fertigkeiten trainiert und definierte Lernziele vermittelt. Die Dauer eines Szenarios inklusive der strukturierten Nachbesprechung (Debriefing) beträgt 60 Minuten. Das Ziel dieses Ausbildungsformates ist es, die notärztliche Ausbildung umfassender und qualitativ hochwertiger zu gestalten. Gleichzeitig wird die Weiterbildungszeit signifikant verkürzt, da die 25 Einsatz-

simulationen an drei Tagen absolviert werden. Dieses dreitägige Kursformat absolvierten nun erstmals in Sachsen-Anhalt vom 19. bis 21.01.2024 zehn Ärztinnen und Ärzte im Dorothea-Erxleben-Lernzentrum der Martin-Luther-Universität Halle.

Das dortige Simulationszentrum bietet die optimalen Rahmenbedingungen für die Durchführung von Notarztsimulationen: in verschiedenen Umgebungen wie Wohnräumen, Arztpraxen, Rettungswagen, Pflegestationen können mit Hilfe von Simulationspuppen und Schauspielern wirklichkeitsnahe Einsatzszenarien dargestellt werden. An den Simulationspuppen, die Patienten jedes Lebensalters darstellen, können die Teilnehmer alle invasiven Notfalltechniken trainieren. Durch die Kameraaufzeichnung der Einsatzabläufe können im Debriefing der Einsatzablauf und die durchgeführten Maßnahmen evaluiert und die Zusammenarbeit zwischen den Gruppenmitgliedern nachbesprochen werden.

Aus der Perspektive der wissenschaftlichen Kursleitung führte dieses Lernformat innerhalb der drei Kurs-Tage zu einer erheblichen Verbesserung notfallmedizinischer Handlungskompetenzen auch in hochspeziellen Einsatzsituationen. Die Evaluationsergebnisse der Kursteilnehmer zeigen, dass deren Selbsteinschätzung mit dieser Fremdbeobachtung übereinstimmt. Ferner zeigen die Evaluationsergebnisse, dass das Kursformat die Erwartungen der Teilnehmer sogar übertreffen konnte. Deshalb kann bereits nach Durchführung des Pilot-Kurses in Sachsen-Anhalt ein positiver Impuls für die Zukunft der Ausbildung von Notfallmedizinern abgeleitet werden. Insofern ist es sehr erfreulich, dass nachfolgend NaSim-Kurse vom 05.04. bis 07.04.2024 in Magdeburg und vom 08.11. bis 10.11.2024 nochmals in Halle (Saale) angeboten werden, um notfallmedizinisches Fachwissen zu transportieren und Vorfreude auf die notärztliche Tätigkeit zu machen.

*Dr. med. Hartmut Stefani*

*Chefarzt Klinik für Notfall- und Akutmedizin*

*Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Merseburg*

*Mitglied der Fach- und Prüfungskommission für*

*Klinische Akut- und Notfallmedizin der ÄKSA*



Szenario im Simulations-RTW



Tutoren im RTW



## Neuer Ausschuss der Ärztekammer stellt sich vor

# Innovation, Technologie und Digitalisierung

Die Digitalisierung hat in den letzten Jahren in vielen Bereichen des Lebens Einzug gehalten und auch die Medizin ist von dieser Entwicklung nicht ausgenommen. Durch den Einsatz von modernen Technologien wie elektronischen Patientenakten, telemedizinischen Anwendungen und Künstlicher Intelligenz (KI) kann die Medizin effizienter, schneller und individueller gestaltet werden.

Aus diesem Grund setzte die Ärztekammer Sachsen-Anhalt in der Legislaturperiode 2021 – 2026 erstmals einen Ausschuss für „Innovation, Technologie und Digitalisierung“ ein. Diesem gehören 8 Ärztinnen und Ärzte sowie 1 Beisitzer aus dem ambulanten und stationären Bereich an. Die genaue Zusammensetzung kann auf der Internetseite der Ärztekammer Sachsen-Anhalt über folgenden QR-Code eingesehen werden.



Die Aufgabe des Ausschusses ist es, dem Vorstand und der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt in Innovations-, Technologie- und Digitalisierungsfragen beratend zur Seite zu stehen.

Dass der Einfluss der KI in unserer täglichen Arbeit kaum noch zu überschauen ist, zeigt sich, wenn man in einen Dialog mit ChatGPT geht: Auf die Frage „Was kann die Digitalisierung in der Medizin leisten?“ antwortet „ChatGPT“ (Version ChatGPT-4 Turbo Textgenerator, Stand 14.02.2024) des Anbieters Open AI: „Die Digitalisierung hat das Potenzial, in der Medizin eine Vielzahl von positiven Veränderungen und Verbesserungen zu bewirken. Hier sind einige der wichtigsten Möglichkeiten, wie die Digitalisierung in der Medizin einen Beitrag leisten kann:

rungen zu bewirken. Hier sind einige der wichtigsten Möglichkeiten, wie die Digitalisierung in der Medizin einen Beitrag leisten kann:

- > **Verbesserte Patientenversorgung:** Die Digitalisierung ermöglicht eine bessere Patientenversorgung durch die Bereitstellung von elektronischen Gesundheitsakten (EHRs), die eine umfassende und leicht zugängliche Patientenhistorie bieten. Dies erleichtert Ärzten die Diagnose und Behandlung.
- > **Telemedizin:** Die Digitalisierung ermöglicht die Fernbehandlung von Patienten über Telemedizin-Plattformen. Dies ist besonders nützlich für Menschen in entlegenen Gebieten oder mit eingeschränkter Mobilität. Sie können so medizinische Beratung und Behandlung von zu Hause aus erhalten.
- > **Datenaustausch und Interoperabilität:** Digitale Gesundheitsdaten können leicht zwischen verschiedenen Einrichtungen und Anbietern ausgetauscht werden, was die Koordination der Pflege und die Sicherheit der Patienten erhöht. Die Interoperabilität von Gesundheitssystemen ist hier von entscheidender Bedeutung.
- > **Big Data und künstliche Intelligenz:** Die Digitalisierung ermöglicht die Sammlung und Analyse großer Datenmengen im Gesundheitswesen. Dies ermöglicht es, Muster und Trends zu erkennen, die bei der Diagnose, der personalisierten Medizin und der Entwicklung neuer Therapien von Nutzen sein können.
- > **Wearables und Gesundheits-Apps:** Mit Hilfe von Wearables wie Fitnesstrackern und Gesundheits-Apps können Menschen ihre Gesundheit besser überwachen. Dies kann zu einem früheren Eingreifen und zu einem gesünderen Lebensstil führen.





Es ist jedoch wichtig zu beachten, dass die Digitalisierung in der Medizin auch Herausforderungen mit sich bringt, wie Datenschutzbedenken, ethische Fragen und die Notwendigkeit, sicherzustellen, dass die Technologie allen Patienten zugänglich ist. Dennoch sind die potenziellen Vorteile der Digitalisierung in der Medizin vielversprechend und könnten zu einer besseren Gesundheitsversorgung und höherer Effizienz im Gesundheitswesen führen.“

In diesen zehn von ChatGPT aufgeführten Punkten zeigen sich Vor- und Nachteile der Anwendung von KI in der Medizin: Fehler können reduziert werden, Forschungsaufgaben schneller zum Ziel gebracht, Arbeitsabläufe optimiert werden. KI ersetzt nicht menschliche Zuwendung, ChatGPT zieht diesen wichtigen Part ärztlichen Handelns nicht in die Antwort mit ein. KI muss in seinen hinterlegten Algorithmen transparent und damit bewertbar bleiben. Dies sind Punkte, welche uns die zunehmende Bedeutung von KI kritisch hinterfragen lassen.

- > **Robotik und Automatisierung:** In der Chirurgie und anderen medizinischen Verfahren kann die Digitalisierung durch den Einsatz von Robotik und Automatisierung die Präzision und Effizienz steigern.
- > **Medikationsmanagement:** Digitale Lösungen können Patienten dabei unterstützen, ihre Medikamente richtig einzunehmen und die Medikationsfehler zu reduzieren.
- > **Forschung und Entwicklung:** Die Digitalisierung erleichtert die Zusammenarbeit in der medizinischen Forschung, beschleunigt die klinische Studienrekrutierung und fördert die Entwicklung von neuen Medikamenten und Therapien.
- > **Patientenbeteiligung:** Digitale Gesundheitslösungen ermöglichen es den Patienten, aktiver in ihre eigene Gesundheitsversorgung einzubeziehen, da sie leicht auf ihre Gesundheitsdaten zugreifen können.
- > **Kostenreduktion:** Durch die Digitalisierung können Prozesse im Gesundheitswesen effizienter gestaltet werden, was zu einer Reduzierung der Verwaltungskosten und einer besseren Ressourcennutzung führen kann.

Der Ausschuss möchte auch Ihre Fragen rund um Digitalisierung und Telematik beantworten. Sie können diese und auch kritische Anmerkungen zum Thema über das Mitgliederportal an die dort hinterlegte E-Mail-Adresse richten, ausgewählte Fragen werden an dieser Stelle veröffentlicht.

An dieser Stelle möchten wir auch auf das Online-Fortbildungsangebot der Ärztekammer in Zusammenarbeit mit dem Dorothea-Erxleben-Lernzentrum-Halle zum Thema „Digitalisierung in der Medizin“ hinweisen.



Nähere Information finden Sie über folgenden QR-Code.

Ansprechpartner:  
Herr Fabian Wolff  
Referatsleiter Fortbildungskurse  
Abteilung Fortbildung  
E-Mail: [fortbildung@aeksa.de](mailto:fortbildung@aeksa.de)  
Tel.: 0391/6054-7720

## Nächste Kammerversammlung

Die nächste Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt findet am **19. und 20. April 2024** im Schlosshotel Schkopau statt.

## Chancen auf Medizinstudienplatz erhöhen

**RAUS** aus der  
**SCHULE & REIN**  
in die **MEDIZIN**

# Mit einem Klick zur Auftaktveranstaltung am 30. Mai

„Medizin kann man doch nur studieren, wenn man ein 1,0-Abitur in der Tasche hat, oder?“ So lautet landauf, landab der Tenor, wenn es um die Chance, einen der begehrten Studienplätze zu ergattern, geht. Doch was viele nicht wissen, es geht auch ohne 1,0-Abitur. Doch wie? Mit welchen strategischen Wegen man

### Auftaktveranstaltung online am 30. Mai

*Pssst! Termin gerne weitersagen und im Freundeskreis oder Familie als Geheimtipp empfehlen!*

seine Chancen auf einen Medizinstudienplatz erhöhen kann, erläutern Experten sowie Vertreter der Ärzteschaft im Rahmen der nächsten großen Online-Auftaktveranstaltung aus der Veranstaltungsreihe: Raus aus der Schule & rein in die Medizin. Die Info-Runde der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der Kassenärztlichen Vereinigung

Sachsen-Anhalt gemeinsam mit dem Bildungsministerium geht in die Neuauflage und startet am Donnerstag, 30. Mai – und zwar ganz bequem online.

All jene, die in ihrem Freundeskreis oder innerhalb der Familie Schüler der 10. bis 12. Klasse kennen, die vielleicht den Wunsch haben Medizin in Sachsen-Anhalt

zu studieren, sind hiermit aufgerufen, die Werbetroddel für diesen Termin zu rühren. Expertinnen und Experten informieren von 16 bis 18 Uhr alle interessierten Teilnehmenden darüber, wie das Studium abläuft, welche Zulassungsvoraussetzungen es dafür zu erfüllen gibt und wie die Medizinischen Fakultäten in Halle und Magdeburg aufgestellt sind. Es werden auch die Fragen geklärt, wie die Bewerbung aussehen sollte. Ebenso die Sonderprogramme, die es in Sachsen-Anhalt gibt, wie beispielsweise die Landarzt- oder Amtsarztquote sowie Stipendien werden von den Fachleuten vorgestellt. Anmeldungen und Fragen können ab sofort an folgende E-Mail-Adresse geschickt werden: [studium@arzt-in-sachsen-anhalt.de](mailto:studium@arzt-in-sachsen-anhalt.de).

In der E-Mail sollte der Name des Teilnehmenden nebst Wohnort sowie die Schule angegeben werden. Nach der Anmeldung erfolgt der Versand der Zugangsdaten für das am 30. Mai geplante Online-Meeting. Also schnell sein und anmelden heißt es jetzt! Hier geht's entlang: <https://t1p.de/medizin-studieren>



## Vor dem Deutschen Ärztetag in Mainz:

# Schreiben Sie an Ihre Delegierten!

Man nennt ihn auch das Parlament der Ärzteschaft: Der Deutsche Ärztetag findet in diesem Jahr vom 7. bis 10. Mai in Mainz statt. In diesen Frühsommertagen wird von den delegierten Ärztinnen und Ärzten viel diskutiert, es wird gerungen, sich gestritten und positioniert, abgestimmt und verabschiedet.

Das Hauptaugenmerk liegt auf Regelungen zum Berufsrecht, daneben geht es auch darum, als Stimme der gesamten Ärzteschaft öffentlich Stellung zu aktuellen gesundheits- und sozialpolitischen Fragen und Diskursen zu nehmen. Die 17 deutschen Ärztekammern entsenden dazu insgesamt 250 Abgeordnete, Sachsen-Anhalt wird dabei von sieben Dele-

gierten und Ersatzdelegierten vertreten. Wer sie sind, was sie bewegt, was ihnen am Herzen liegt – wir stellen Ihnen an dieser Stelle unsere Abgeordneten vor. Dazu wurden sie gebeten, einen kleinen Steckbrief auszufüllen.

Darüber hinaus sind Sie nun eingeladen, liebe Leserinnen und Leser, per Mail Ihre Fragen, aber auch Anregungen und Wünsche an Ihre Delegierten zu adressieren, die diese dann mit nach Mainz nehmen können. Nehmen Sie Kontakt auf und beteiligen Sie sich aktiv an der Gestaltung der Zukunft der Ärzteschaft – und damit auch Ihrer. Schreiben Sie an: [daet@aeksa.de](mailto:daet@aeksa.de).

### Dr. Frank Lautenschläger



**Arzt in Klinik/Praxis/anderswo:**  
Oberarzt Anästhesie im Städtischen Klinikum Dessau

**Fachgebiete:** Anästhesie/ZB Intensivmedizin, Klinische Akut- und Notfallmedizin, Palliativmedizin, Ernährungsmedizin u. a.

**Wohn-/Arbeitsort:** Dessau-Roßlau

**Zusätzliche Ämter:** Personalratsvorsitzender im Städtischen Klinikum Dessau, Mitglied des klinischen Ethikkomitees am Städtischen Klinikum Dessau

**Lebensmotto:** Glücklich ist, wer vergisst, was nicht mehr zu ändern ist.

**Das läuft gut:** Beruf und Familie

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Die Zukunft der Krankenhausversorgung in Deutschland in Anbetracht der derzeitigen finanziellen Situation, die Einführung der Krankenhausreform und die Umsetzung dieser, welche Krankenhäuser bleiben in welchem Umfang bestehen, wie verzahnen wir die ambulante und stationäre Versorgung der Patientinnen und Patienten unter Beteiligung aller Sektoren

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Klärung bzw. Anregungen zur obengenannten Problematik, Nachwuchsgewinnung in allen Bereichen der Gesundheitsversorgung, Weiterentwicklung der Weiterbildungsordnung, Analyse und erste Erfahrungen mit dem Personalbemessungstool in der Klinik, Stellungnahme zur geplanten Gesetzgebung in der Sterbehilfe.

### Dr. Petra Bubl



**Ärztin in Klinik/Praxis/anderswo:**  
HNO Facharztpraxis

**Fachgebiete:** Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde/Allergologie

**Wohn-/Arbeitsort:** Lutherstadt Eisleben

**Zusätzliche Ämter:** Vorsitzende Virchowbund Mitteldeutschland, Bundesvorsitzende Deutscher Facharztverband e. V.,

Vorstandsmitglied Spitzenverband Fachärzte Deutschlands SpifA, Landesvorsitzende Sachsen-Anhalt, Deutscher Berufsverband der HNO Ärzte, Mitglied des Berufungsausschusses Sachsen-Anhalt, Vertreterversammlungsmittglied der KVSA, Vorsitzende Facharztausschuss KVSA, Kammerversammlungsmittglied der ÄKSA und des erweiterten Vorstandes, Vorstandsmittglied der Deutschen Akademie der Gebietsärzte

**Lebensmotto:** Der Zufall bevorzugt den vorbereiteten Geist! Und: Wenn etwas schwierig ist, dann ist es also möglich!

**Das läuft gut:** Die Zusammenarbeit mit Kollegen!

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Das uneingeschränkte Leistungsversprechen der Politik an die Bürger/Patienten

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Eine Umstrukturierung in eine effizientere Veranstaltung!

### Henrik Straub



**Arzt in Klinik/Praxis/anderswo:**  
Selbstständiger Arzt in eigener Praxis

**Fachgebiete:** Allgemeinmedizin

**Wohn-/Arbeitsort:** Derenburg

**Zusätzliche Ämter:** Vorstandsmitglied der ÄKSA, MFA-Prüfungsausschuss, Berufsbildungsausschuss, Vorstand Hausärzterverband u. a.

**Lebensmotto:** Landarzt aus Leidenschaft

**Das läuft gut:** Mein Beruf bleibt für mich Berufung, allen Schwierigkeiten und Unsicherheiten zum Trotz. Die Patienten-Hausarzt-Bindung über Generationen hinweg – „von der Wiege bis zur Bahre“ – ist mir Antrieb und Herzensangelegenheit.

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Ärztliche Versorgung auf dem Land, schlepender Bürokratieabbau, der Nachwuchsmangel sowohl auf ärztlicher Ebene als auch im mittleren medizinischen Personalbereich.

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Regen Austausch, gehaltvolle und sinnstiftende Diskussionen jenseits von Befindlichkeiten; wichtige Impulse für Lösungen des Ärztemangels.

### Dr. Carola Lücke



**Ärztin in Klinik/Praxis/anderswo:**  
übAG Genthin Schönhausen

**Fachgebiet:** Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Diabetologie

**Wohn-/Arbeitsort:** Genthin/Jerichow, Genthin, Schönhausen

**Zusätzliche Ämter:** Vorsitzende des BVND Sachsen-Anhalt e. V., Beiratsmitglied im Bundesverband der Niedergelassenen Diabetologen e. V., Mitglied der Diabetes-Kommission der KVSA, Vorstand der ÄKSA, Mitglied des Ausschusses für Innovation, Digitalisierung und Technologie, Mitglied der AG Klima und Gesundheit

**Lebensmotto:** Habe ich nicht. Ich halte mich für pragmatisch und sehr positiv in der Grundeinstellung.

**Das läuft gut:** Wir haben es geschafft, aus drei Standortteams ein Praxisteam zu schaffen. Mit unserer Praxisstruktur profitieren wir von der Digitalisierung.

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Wir als Praxis stehen noch am Anfang unserer digitalen Möglichkeiten – dies muss für eine weitere Arbeitserleichterung besser werden. Die Vernetzung zwischen Kliniken und Praxen muss besser und vereinfacht werden. Die Digitalisierungslösungen erscheinen mir oft als Insellösungen und sind nicht untereinander kompatibel – das muss sich ändern.

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Ich sehe Aufgaben in der Nachwuchsgewinnung. Die Vereinfachung und Verbesserung der Praktikabilität der ePA und folgender Digitalisierungsschritte als Forderung gegenüber der Politik.



Foto: Peter Görndt

Thomas Dörrer

**Arzt in Klinik/Praxis/anderswo:** Selbstständiger Arzt in eigener Praxis

**Fachgebiete:** Allgemeinmedizin

**Wohn-/Arbeitsort:** Halle/Teutschenthal OT Zscherben

**Zusätzliche Ämter:** 1. Vizepräsident der ÄKSA, 2. Vorsitzender des beratenden Hausarztausschusses der KVSA, 3. Beisitzer des Vorstands des Hausärzteverbands Sachsen-Anhalt

**Lebensmotto:** L(i)eben und L(i)eben lassen.

**Das läuft gut:** Bei allen Querelen, die es – teilweise auch vermeintlich – gibt, haben wir immer noch den schönsten Job, den ich mir vorstellen kann.

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Die zunehmende Substitution ärztlicher Leistungen durch nichtärztliches Personal.

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Eine Stärkung der Delegation und der Teamarbeit zwischen Arzt und nichtärztliche Heilberufe. Das Voranbringen der Reform der Approbations-Ordnung für Ärzte (ÄApprO).



Pressestelle Med. Fak., MD

Prof. Dr. Hermann-Josef Rothkötter

**Arzt in Klinik/Praxis/anderswo:** Direktor des Institutes für Anatomie, Medizinische Fakultät, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

**Fachgebiet:** Anatomie – Forschung und Lehre

**Wohn-/Arbeitsort:** Magdeburg

**Zusätzliche Ämter:** Chefredaktion des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt

**Lebensmotto:** Neues Wissen schaffen als neugieriger Forscher

**Das läuft gut:** Die Interaktion zwischen den Ärztinnen und Ärzten im Bereich der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Die fehlende Vernetzung von Praxen, Kliniken und Universitätsklinik als Grundlage der sektorübergreifenden Medizin, Probleme in der akademischen Medizin: Mangel an Dozentinnen und Dozenten, fehlende akademische Vertretung von vielen Fächern, da keine Professorinnen oder Professoren für die Fächer berufen werden, mehr Team-Geist ist an vielen Stellen des Gesundheitswesens erforderlich.

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Eine bessere Lobbyarbeit der Ärztinnen und Ärzte zur Verbesserung der Versorgung und der entsprechenden Vergütung, Etablierung einer strukturierten Kompetenz-Interaktion zwischen Ärzteschaft und Politik, wie sie z. B. in der Pandemie an vielen Stellen sehr gut gelungen ist, klare Aussagen zur Zukunft des Medizinstudiums.

Dr. Christine Schneemilch



Foto: privat

**Ärztin in Klinik/Praxis/anderswo:** (Un-)Ruhestand

**Fachgebiete:** Anästhesiologie, Intensivtherapie, Notfallmedizin, Palliativmedizin

**Wohn-/Arbeitsort:** Magdeburg

**Zusätzliche Ämter:** Vorstandsmitglied des Marburger Bundes Sachsen-Anhalt; bis 2023 Landesvorsitzende, Vorsitzende des Finanzausschusses der Landesärztekammer und Mitglied des Finanzausschusses der BÄK

**Lebensmotto:** Ein voller Terminkalender ist noch lange kein erfülltes Leben. (Tucholsky)

**Das läuft gut:** Junge Kolleginnen und Kollegen, die sich wieder zunehmend berufspolitisch engagieren.

**Das bereitet mir im (Praxis-)Alltag Sorgen oder muss sich ändern:** Fehlende, klare Konzepte in der Krankenhauspolitik, sowohl auf Bundes- als auf Landesebene, Zunahme der Bürokratie, statt des versprochenen Abbaus, Aktionismus der Politik (siehe Cannabislegalisierung) statt durchdachter Entscheidungen, Ignoranz und fehlende Kompetenz, Reform der Notfallversorgung mit der Absicht, den bestehenden Notarzdienst durch nicht-ärztliches Personal aus Paramedic-Studiengängen zu ersetzen, verstärkte Substitution ärztlicher Aufgaben, Akkreditierung privater Studiengänge zum „Arzt light“ (AMEOS Halberstadt), statt Erhöhung und Finanzierung von Medizinstudienplätzen an Universitäten und konkreter Maßnahmen, angehende Ärztinnen und Ärzte im Land zu halten.

**Das erwarte ich vom Deutschen Ärztetag in Mainz:** Miteinander reden, statt übereinander, respektvollerer Umgang im Meinungsaustausch, einander Zuhören, statt verurteilen, mehr Inhalt statt Form, Vermeidung von Redundanz (Es ist alles gesagt, nur noch nicht von mir.), konsequentes, gemeinsames Auftreten der Ärzteschaft, statt in endlosen Identitätsdiskussionen zu verharren.

## Ihre Stimmen auf dem Deutschen Ärztetag

Die Einladung gilt: Schreiben Sie den Delegierten, was Ihnen „unter den Nägeln“ brennt, was Sie beschäftigt. Gern auch darüber, was Sie in Ihrem Arbeitsalltag für eine gute Entwicklung halten oder wo Sie vielleicht Ansatzpunkte für Lösungen sehen. Noch einmal die Mail-Adresse: [daet@aeksa.de](mailto:daet@aeksa.de).

Darüber hinaus berichtet die Ärztekammer Sachsen-Anhalt für Sie in der Woche vom 6. bis 10. Mai vom Deutschen Ärztetag in Mainz auf unserer Homepage: [www.aeksa.de/daet](http://www.aeksa.de/daet). Außerdem plant die Redaktion die Begleitung in den sozialen Netzwerken von Instagram, Facebook und LinkedIn. Eine ausführliche Zusammenfassung des Deutschen Ärztetages lesen Sie schließlich in der Juni-Ausgabe Ihres Ärzteblattes.



## Themen ärztlicher Haftung

# Arzthaftpflicht – Teil 2: Ausblick 2024

*Im März-Heft des Ärzteblattes wurden bereits viele Aspekte ärztlicher Haftung des Jahres 2023 behandelt (s. Teil 1: Arzthaftpflicht – Rückblick 2023, Seiten 13/14.) Im folgenden Artikel wird ein Ausblick auf das Jahr 2024 gewagt, das ebenfalls spannend wird: Politische Diskussionen haben das Potenzial, Schadenersatzforderungen zu forcieren.*

### Ausblick 2024

#### Haftungsverschärfung?

Im Koalitionsvertrag<sup>8</sup> der regierenden Parteien aus 11/2021 heißt es: „Bei Behandlungsfehlern stärken wir die Stellung von Patientinnen und Patienten im bestehenden Haftungssystem.“ Seit dem Deutschen Juristentag 1978 gab es über 20 Initiativen und Arbeitsgruppen von der AG Patientenrechte bis zu Diskussionen auf EU-Ebene, die Haftung von Ärztinnen und Ärzten zu verschärfen. Im Ergebnis wurde die stets mit Hinweis auf die ausgewogene Rechtsprechung des 6. Zivilsenats des Bundesgerichtshofs abgelehnt. Selbst das Patientenrechtegesetz von 2013 wurde schon nach zwei Jahren mit der verräterischen Begründung, die Zahl der Gerichtsverfahren wegen Behandlungsfehlern habe trotz Patientenrechtegesetz nicht zugenommen<sup>9</sup>, von der Politik in Frage gestellt (was schon im Hinblick auf die Spätschaden-thematik absurd ist). Eine Haftungsverschärfung ist wegen rechtlicher Bedenken<sup>10</sup> immer noch in der Diskussionsphase.

#### Härtefallfonds?

Weiter heißt es im Koalitionsvertrag: „Ein Härtefallfonds mit gedeckelten Ansprüchen wird eingeführt“. Überlegungen zu einem Härtefallfonds gibt es schon seit Jahren, weil das rechtliche Alles-Oder-Nichts-Prinzip (der Patient hat Schadenersatzansprüche oder eben nicht) in bestimmten Konstellationen als ungerecht gesehen wird. Beispiel: Es liegt ein ärztlicher Fehler vor, dessen Kausalität für eine Gesundheitsverschlechterung des Patienten nicht nachweisbar ist. Als Muster dient verschiedentlich das österreichische System für Spitalpatienten<sup>11</sup>. Soweit ersichtlich, ist die Finanzierung eines solchen Fonds aber noch nicht gesichert.

#### Triage in der Notaufnahme?

Grundsätzlich dürfen Hilfesuchende nur in Notfällen in Kliniken behandelt werden; liegt kein Notfall vor, sind Hilfesuchende in die vertragsärztliche Versorgung zu leiten (§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Im Hinblick auf überlastete Notaufnahmen<sup>12</sup> werden Modelle der Patientenauswahl<sup>13</sup> diskutiert. Die entsprechend § 120 Abs. 3b SGB V<sup>14</sup> durch den Gemeinsamen Bundesausschuss erarbeitete Richtlinie zur Ersteinschätzung wurde unter dem 12.09.2023 durch das Bundesministerium für Gesundheit beanstandet und ist neu zu fassen<sup>15</sup>. Im Gutachten „Haftungsrechtlicher Rahmen des Einsatzes von Ersteinschätzungsverfahren

im Krankenhaus vor dem Hintergrund von § 120 Abs. 3b SGB V<sup>16</sup> wird eine medizinische Ersteinschätzung durch Nichtärzte und digitale Unterstützung für haftungsrechtlich möglich gehalten.<sup>17</sup>

Der Verzicht auf eine ärztliche Ersteinschätzung begegnet aber erheblichen Bedenken:

- > Die Notfallbehandlung im Krankenhaus ist kein Sonderfall einer Patientenbehandlung mit reduzierter Haftung. Unabhängig von organisatorischen Zuständigkeiten (Krankenhaus/Chefarzt/ermächtigter Arzt) haben Patientinnen und Patienten einen Anspruch auf eine Behandlung und damit auch auf eine Ersteinschätzung nach Facharztstandard (§ 630a BGB). Die Übertragung der Ersteinschätzung auf Pflegepersonal ist anhand von Delegationskriterien zu prüfen.
- > Ärztliche Verantwortung kann man nicht delegieren. Eine vertikale, hierarchische Delegation ist nur unter bestimmten Voraussetzungen möglich. Sie ist eine Ausnahme von der Regel, dass Ärztinnen und Ärzte grundsätzlich zur persönlichen Leistungserbringung verpflichtet sind (§ 613 Satz 1 BGB, § 19 Abs. 1 MBO-Ä, § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV). Deshalb ist nicht nur der Auswahl- und Überwachungspflicht nachzukommen, sondern auch die Verantwortbarkeit zu wahren. Die Delegation auf nichtärztliches Personal darf nur dann erfolgen, wenn die Aufgabe nicht dem Arzt vorbehalten ist (BGHZ VI ZR 72/74). Originäre ärztliche Aufgaben sind nicht delegierbar. Hierzu gehören insbesondere die Anamnese, Untersuchungen, die Diagnose, die Therapie einschließlich der Verschreibungen sowie Arzt-Patientengespräche (§ 630c BGB). Hiervon in der Notaufnahme durch Vorschalten eines Auswahlverfahrens abzuweichen, birgt für Patientinnen und Patienten ein hohes Risikopotenzial. Hieran ändert auch die KI-Unterstützung ersteinschätzender Nichtärzte nichts: Der Mensch ist keine Maschine, der anhand der Checkliste einer Werkstatt behandelt werden kann.
- > Schon im ärztlichen Bereich gibt es Diagnose- und Befunderhebungsfehler in der Notaufnahme. Diese könnten sich bei Verzicht auf eine ärztliche Validierung der Behandlungsnotwendigkeit potenzieren. Fallbeispiele: Hat der Patient nun eine

Subarachnoidalblutung oder einfach zu viel Alkohol getrunken? Ist die Schnittverletzung so tief, dass es zu einer Sehnenbeteiligung gekommen ist? Ist die harmlos aussehende Wadenschwellung der Vorbote einer Lungenembolie? Ist Ursache der Rückenbeschwerden ein Herzinfarkt? Aggraviert der kleine Patient oder liegt eine Fraktur vor?

- > Die im Gutachten angesprochene Fernbehandlung eignet sich nicht zur Relativierung des Haftungsrisikos. Der 121. Deutsche Ärztetag hat sie zwar durch § 7 Abs. 4 der ärztlichen (Muster-)Berufsordnung (MBO-Ä) ermöglicht, nach wie vor ist aber der persönliche Arzt-Patienten-Kontakt der „Gold-Standard“. In diesem Sinne heißt es in § 7 der von den Landesberufsordnungen übernommenen Musterberufsordnung: „Eine ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird.“
- > Und schließlich kann die Nichtbehandlung von Notfallpatientinnen und -patienten mit akuter Behandlungsbedürftigkeit zu einer Strafbarkeit wegen § 323c StGB<sup>18</sup> (unterlassene Hilfeleistung) führen. Der für die strafrechtliche Verantwortlichkeit notwendige zumindest bedingte Vorsatz ist immer dann gegeben, wenn der Taterfolg zumindest für möglich gehalten und billigend in Kauf genommen wird.



Autor: Patrick Weidinger, Rechtsanwalt, Deutsche Ärzteversicherung



Den vollständigen Artikel inkl. Rückblick und Ausblick 2024 sowie das Literaturverzeichnis können Sie hier abrufen:  
<https://t1p.de/arzthaftpflicht>



## Werden auch Sie zum Helfer.

German Doctors e.V.  
Löbestr. 1a | 53173 Bonn  
Tel.: +49 (0)228 387597-0  
info@german-doctors.de

Spendenkonto  
IBAN DE12 5206 0410 0004 8888 80  
BIC GENODEF1EK1  
www.german-doctors.de





## Fallbericht einer seltenen Entität #)

# Aneurysma der Vena jugularis interna

J. Deeb<sup>1\*</sup>/F. Meyer<sup>2\*</sup>, M. Petersen<sup>2</sup>, M. Pech<sup>3</sup>, Z. Halloul<sup>1</sup>

\*) Die Autoren J. D. et F. M. sind gleichberechtigte Erstautoren.

1 Arbeitsbereich Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie;

2 Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie;

3 Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin;

Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., Magdeburg

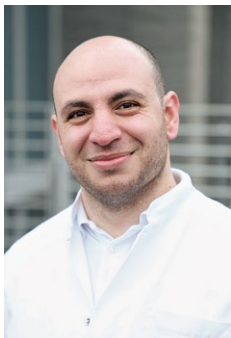
#) Sekundäreinreichung zum Zweitdruck möglich, da

> Veröffentlichung des Primärartikels Open Access unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz (und)

> Bestätigung durch den Verlag

Originalpublikation: Deeb J, Meyer F, Petersen M, Pech M, Halloul Z. Aneurysma der V. jugularis interna – Fallbericht einer seltenen Entität.

Gefäßchirurgie 2023;28:594-598. DOI: 10.1007/s00772-023-01051-y, <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>



Joul Deeb

## Einführung

Ein Aneurysma ist eine lokale Ausbuchtung eines Blutgefäßes, die sich aufgrund einer Schwächung oder Schädigung der Gefäßwand entwickelt. Aneurysmen können überall im Körper auftreten, am venösen System hingegen sind sie extrem selten [3], da wiederum am häufigsten im venösen Poplitealsegment [4,6,10]. Das Ziel des wissenschaftlichen „Case reports“ ist es, anhand einer repräsentativen

Kasuistik den sehr seltenen Fall eines V.-jugularis-interna-Aneurysmas und basierend auf:

> ausgewählten Referenzen der medizinisch-wissenschaftlichen Literatur (sowie)

> eigenen klinischen, fallspezifisch gewonnenen Managementenerfahrungen,

Anamnese-, Symptomatik-, Befund-, Diagnostik- und Therapie- als auch Outcome- sowie Nachsorge-assoziierte Aspekte des konkreten Falles und allgemein zu venösen Aneurysmen zu umreißen.

## Kasuistik

### Anamnese und Befunde

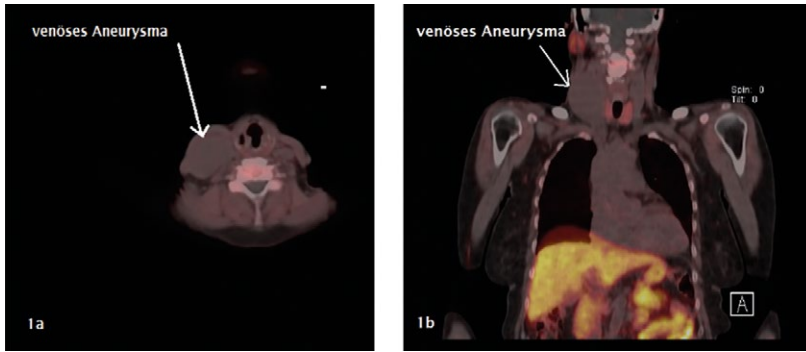
Bei einer 62-jährigen Patientin wurde durch die Endokrinologen ein primärer Hyperparathyreoidismus (pHPT) diagnostiziert. In der Sonographie der Nebenschilddrüsen (NSD) wurde lediglich ein fraglicher Befund rechts-kaudal gesehen. Eine MIBI-Nebenschilddrüsenzintigraphie (Technetium-Sestamibi – kationischer Komplex aus einem Technetium-Ion und

sechs Molekülen Methoxyisobutylisonitril) ergab keinen Nachweis eines Nebenschilddrüsenadenoms. In der F-18-Cholin-Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PET/CT) zeigte sich eine allenfalls geringe Mehrspeicherung am rechten Schilddrüsenlappen kaudal. Die eindeutige Darstellung eines NSD-Adenoms lag nicht vor, sodass eine selektive Halsvenenkatheterisierung erfolgte, in der sich eine Lateralisierung der Parathormon(PTH)-Sekretion auf der rechten Seite zeigte. Dies erhärtete den Verdacht auf ein NSD-Adenom rechts-kaudal. Bei vorliegender Osteoporose und beginnender Nephrolithiasis wurde die Indikation zur Exstirpation des NSD-Adenoms gestellt.

Des Weiteren wurde bei der Patientin ein Aneurysma der V. jugularis interna dextra bei Pseudoxanthoma elasticum während der 18-F-Cholin-PET/CT („deutliche aneurysmatische Aufweitung der V. jugularis interna dextra“) und Halsvenenkatheter-Untersuchung diagnostiziert. Daher wurde gefäßchirurgischerseits die Indikation zur Simultan-Operation (-OP) mit Raffung der V. jugularis interna rechts gestellt (Abb. 1 und 2, S. 16).

### Therapie und Verlauf

Bei bekanntem Vorhofflimmern erfolgte das übliche präoperative Bridging der Antikoagulationstherapie. Präoperativ erfolgte zunächst die Planung zu einer tangentialen Resektion des Aneurysmas und Raffungsnaht. Anschließend war eine Exstirpation des NSD-Adenoms rechts-kaudal vorgesehen. Perioperativ erfolgte die intravenöse Antibiotikaprophylaxe mittels Cefuroxim (1,5 g; Cefuroxim-ratiopharm®, ratiopharm GmbH; Ulm, Deutschland).



**Abb. 1: PET-CT mit venösem Aneurysma rechts-zervical in transversaler (1a, links) und frontaler Ansicht (1b, rechts)**  
(Fotos: Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., repräsentiert durch Koautor M. P.)

### Operationsverlauf

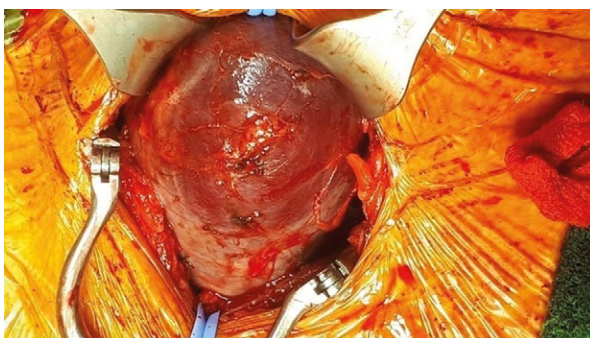
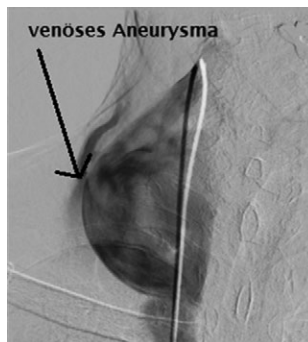
Unter „Jugularis“-Schnittführung wurde die Vorderseite des M. sternocleidomastoideus dexter im zentralen Bereich dargestellt. Die V. jugularis interna dextra wurde teils stumpf, teils scharf präpariert und freigelegt. Diese war aneurysmatisch auf 50 mm erweitert. Die Seitenäste im proximalen Bereich wurden mittels Vicryl 3-0 (Johnson & Johnson Medical Devices Companies Deutschland, Norderstedt/Deutschland) ligiert und durchtrennt. Es erfolgte die Fortführung der Präparation der V. jugularis interna nach proximal. Hier wurde die V. facialis dargestellt und an der Einmündungsstelle zur V. jugularis interna mittels Vicryl 3-0 (Johnson & Johnson Medical Devices Companies Deutschland) ligiert und durchtrennt. Danach wurde die Vene distal und proximal des Aneurysmas (distal: über der Einmündungsstelle der V. facialis/proximal: direkt über der Einmündungsstelle in die V. subclavia dextra) freipräpariert und mittels „vessel loops“ (elastische Schlinge zum Gefäß-Anschlingen) an-

geschlungen (Abb. 3, 4). Es erfolgte die systemische Gabe von 3.000 IE Heparin. Nunmehr wurde die Vene proximal und distal mittels Gefäßklemmen abgeklemmt, dann wurde das Aneurysma auf ca. 10 cm Länge tangential an der Vorderwand mit spindelförmigem Wandpräparat abgetragen (Abb. 5, S. 18). Hiernach erfolgte die lokale Spülung der Venotomie mit Heparin-Kochsalzlösung und anschließend die longitudinale Raffungsnaht auf der gesamten Länge mittels 6-0 Prolene (Johnson & Johnson Medical Devices Companies Deutschland) in fortlaufender Nahttechnik. Anschließend Freigabe des Blutstroms zunächst nach zentral, dann von distal. Im Anschluss wurde die OP an die beteiligte endokrine Chirurgin zur Exstirpation des NSD-Adenoms übergeben, das adäquat zu lokalisieren und zu entfernen war.

Postoperativ war bei unauffälligen Laborparametern ein lokales Wundserom zu verzeichnen. Unter lokaler Kühlung zeigte sich dies regredient. Hinsichtlich des entfernten NSD-Adenoms kehrten postoperativ iPTH und Kalzium zu Normwerten zurück. Die Histopathologie des aneurysmatisch erweiterten Venenwandpräparates beschrieb Texturstörungen und luminal Anteile eines Parietalthrombus ohne Anhalt für eine Infektion oder Malignität. Das NSD-Adenom wurde histologisch nachgewiesen.

Bei der Entlassung erfolgte die Wiederumstellung auf Lixiana® 60 mg Filmtabletten (Daiichi Sankyo Deutschland GmbH, München Deutschland). Die Nachsorge wird in der hiesigen gefäßchirurgischen Ambulanz zur klinischen und duplexsonographischen Verlaufskontrolle realisiert. Es zeigte sich in der klinischen Verlaufskontrolle eine reizlose Narbe.

**Abb. 2: Phlebographie der Halsvenen mit Darstellung des venösen Aneurysmas**  
(Foto: Klinik für Radiologie und Nuklearmedizin, Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R., repräsentiert durch Koautor M. P.)



**Abb. 3: Intraoperative Darstellung und Anschlingung des venösen Aneurysmas proximal und distal mittels „vessel loops“ (elastische Schlinge zum Gefäß-Anschlingen)**  
(Foto: Bilderfundus des Arbeitsbereiches Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.)





In der Duplexsonographie ergab sich an der V. jugularis interna zum stationären Entlassungszeitpunkt eine regelrechte Konfiguration, normalkalibrig und ohne Anhalt für Thromben. Auch die 3-Monate-Verlaufsduplexsonographie zeigte keine Auffälligkeiten hinsichtlich Aneurysmarezidiv, Stenosierung oder Perfusionsbeeinträchtigung (Abb. 6, S. 18).

## Diskussion

Als Aneurysma bezeichnet man definitionsgemäß eine pathologische Erweiterung der Wand eines Blutgefäßes (Arterie, Vene).

Venöse Aneurysmen sind im Vergleich zum arteriellen System extrem selten [3]. Bei den venösen Aneurysmen liegt ursächlich am häufigsten eine Wandschwäche vor. Andere Ursachen sind Traumata, Entzündungen, degenerative Prozesse, mechanische Belastungen und venöser Hochdruck [2].

Die Lokalisation der venösen Aneurysmen ist am ehesten vom venösen Hochdruck abhängig. Daher sind die venösen Aneurysmen häufiger an den unteren Extremitäten und im Abdomen als im Kopf und am Hals zu finden. In einer Studie über 39 Aneurysmen bei 30 Patienten waren 30 Aneurysmen an den unteren Extremitäten, 4 an den oberen Extremitäten und 5 an der V. jugularis interna lokalisiert [5]. Venöse Aneurysmen können in jeder großen Vene auftreten. Aufgrund der Seltenheit dieses Krankheitsbildes kann das venöse Aneurysma als inguinale oder femorale Hernie falsch diagnostiziert werden [5,8]. Die venösen Aneurysmen des tiefen Venensystems sind häufig verbunden mit einer tiefen Venenthrombose, einer Lungenarterienembolie, einer Thrombophlebitis oder einer akuten Blutung bei spontaner Ruptur [5].

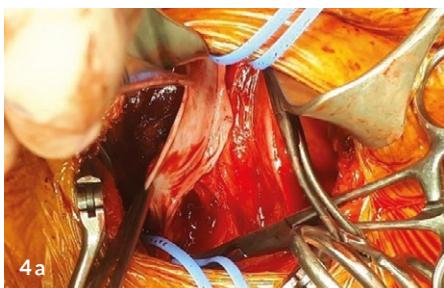
Zur Diagnostik venöser Aneurysmen gilt die Duplexsonographie als Goldstandard [7]. Zur Komplettierung der Diagnostik und zum Ausschluss einer zentralen Erweiterung können zudem CT-Angiographie, Magnetresonanztomographie (MRT) und Phlebographie durchgeführt werden [7]. Im vorgestellten Fall erfolgte im Zusammenhang mit dem primären

Hyperparathyreoidismus (pHPT) bei unklarer Lokalisation des NSD-Adenoms ein 18-F-Cholin-PET/CT. Dieses zeigte eine deutliche aneurysmatische Aufweitung der V. jugularis interna dextra.

Die operative Behandlung der venösen Aneurysmen ist abhängig von der Lokalisation und der Symptomatik [2]. Die Indikation wird an den unteren Extremitäten bei erhöhter Komplikationsrate von 71 % (einschließlich tiefer Venenthrombose und Lungenarterienembolie) großzügig gestellt. Auf der anderen Seite wird die operative Behandlung venöser Aneurysmen des Abdomens unabhängig von der Symptomatik prophylaktisch empfohlen bei einer Komplikationsrate von 41 % sowie Letalität von 15,6 % [1]. Allerdings wird die Indikation zur operativen Behandlung bei venösen Aneurysmen speziell am Hals und im Kopf nur bei Symptomatik, kosmetischen Problemen oder in Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern wie im berichteten Fall gesehen [2].

Bezug nehmend auf die lokale Befundsituation und den präsentierten Kasus diskutierend, führte das illustrierte Fallbeispiel

- > wegen des zeitlichen und lokal-topographischen Zusammenhangs des venösen Aneurysmas mit dem vermuteten NSD-Adenom zu der Überlegung, ob hier ein kausaler Zusammenhang bestehen könnte.
- > Zur Diagnostik: Der Stufenkatheter musste herangezogen werden, da die NSD-Adenom-Lokalisation nicht anders zweifelsfrei geklärt werden konnte und die extern in einer spezialisierten Klinik nach einem entsprechenden Schema durchgeführt wurde (Skizze und einzelne Werte nicht vorliegend), jedoch die zusammenfassende Einschätzung mit Lateralisierung der PTH-Sekretion auf der rechten Seite ergab. Tc-99m-MIBI wird generell in den Mitochondrien der Zellen akkumuliert und ist zur Darstellung von mitochondrienreichem Gewebe geeignet. Die Größe, die zelluläre Zusammensetzung und die Aktivität der Nebenschilddrüsen können einen Einfluss auf die Detektionsrate haben.
- > Beim sekundären HPT führt eine nicht parathyreoide Erkrankung zu einem Absinken des Serumkalziums, worauf die NSD sekundär mit



**Abb. 4: Tangentiale Resektion der Vorderwand des venösen Aneurysmas (4a, links) und gewonnenes Gewebepreparat (4b, rechts) für (histo-)pathologische Untersuchung (Fotos: Bilderfundus des Arbeitsbereiches Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.)**

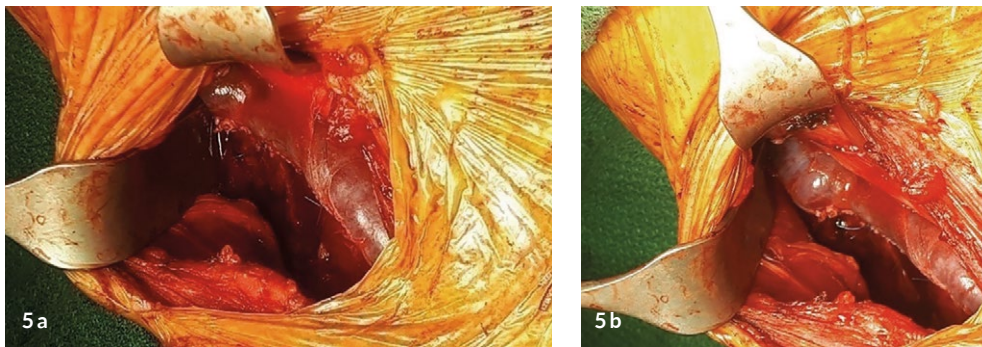
einer Mehrsekretion an PTH reagieren, was zu einer generellen Hyperplasie meist mehrerer NSD führt. Die Ursachen können hierfür renal (typischerweise die chronischen Nierenerkrankungen), enteral (Malabsorption), selten hepatisch (gestörte Umwandlung oder Resorption von Vitamin D) oder in anderen Formen des Vitamin-D-Mangels begründet sein.

- > Es wurde die Indikation zur kombinierten Aneurysmaresektion und Resektion des NSD-Adenoms rechts-kaudal abgeleitet, was im Spektrum der OP-Indikation den Aspekt „Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern“ (neben „Lokalisation“ und „Symptomatik“) erfüllt, obwohl die Venenaneurysmalokalisation am Hals und im Kopf nur bei Symptomatik oder kosmetischen Problemen bzw. im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern (wie im vorliegenden Fall) vorgenommen wird.
- > Der intraoperative Verlauf war komplikationslos, was die getroffene Entscheidung hinsichtlich der verfolgten OP-Strategie (aneurysmatische Venenvorderwandabtragung und Raffungsnaht, Kombinationseingriff in gleicher Sitzung und vorgenommene operative Versorgung [konsekutiver gefäßchirurgisch/endokrin-chirurgischer Kombinationseingriff]) zusätzlich rechtfertigte. Postoperativ erfolgte bei aufgetretenem Serom die konservative Behandlung sowie die regelmäßige Duplexsonographie als geeignete und weithin verfügbare Bildgebung zur Verlaufskontrolle, die die regelrechte Befundkonstellation nach Rekonstruktion des betroffenen Gefäßsegments, insbesondere die

einwandfreie Perfusion im Bereich des ausgeschalteten Venenaneurysmas demonstrierte.

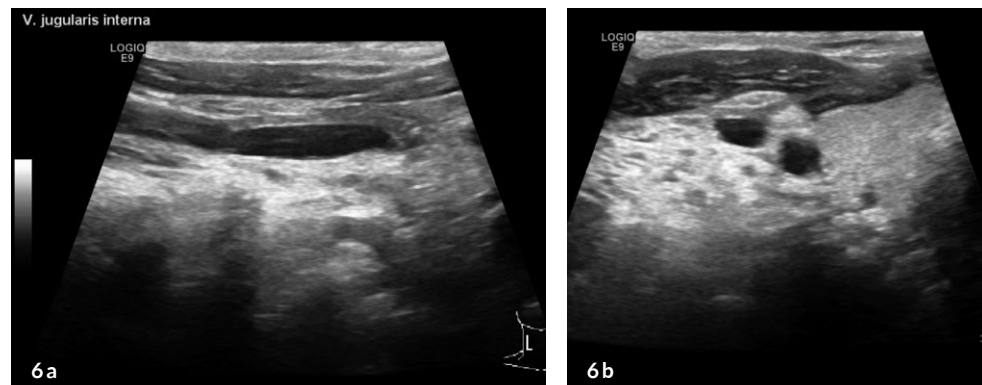
- > Beim Pseudoxanthoma elasticum handelt es sich um eine seltene erbliche Erkrankung (auch Grönblad-Strandberg-Syndrom, autosomal-dominant oder -rezessiv vererbt, bei der die elastischen Fasern des Bindegewebes durch Einlagerung von Mineralsalzen (Calcium) verändert werden; die Fasern werden brüchig und zerfallen in kurze Bruchstücke). Das legt die mögliche etiopathogenetische Mitbeteiligung für eine aneurysmatische Manifestation nahe, wobei in Anbetracht der nicht erfolgten genetischen Untersuchung ein kausaler Zusammenhang nicht zwangsläufig und definitiv abgeleitet werden kann. Intraoperativ ließen sich jedenfalls keine besonders brüchigen Gefäßwände eruieren. Prinzipiell ist anzunehmen, dass die Hyperkalzämie im Rahmen des pHPT das Pseudoxanthoma elasticum negativ beeinflussen kann.
- > Die Histopathologie zeigt üblicherweise am ehesten eine Verdickung und Fibrosierung der Intima [9]. Im dargestellten Kasus wurde über Texturstörungen und luminalen Anteile eines Parialthrombus ohne Anhalt für Infektion oder Malignität im Pathologiebefund berichtet. Auch diese Charakteristika bestätigten die klinisch, bildgebend und intraoperativ erhobenen Befunde und die abgeleitete Diagnose.

Als limitierend ist der begrenzt zu erzielende befundspezifisch ausgerichtete Erfahrungserwerb durch den berichteten, wenn auch repräsentativen Einzel-



**Abb. 5: Intraoperativer Situs – erfolgte tangentielle Resektion des Aneurysmas (5a; links) und Raffungsnaht auf 10 cm Länge (5b, rechts)**  
(Fotos: Bilderfundus des Arbeitsbereiches Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.)

**Abb. 6: Postoperative Duplexsonographiekontrolle 3 Monate nach stationärer Entlassung (6a, links: longitudinal/6b, rechts: transversal) mit regelrechten Verhältnissen des rekonstruierten venösen Gefäßsegments**  
(Fotos: Bilderfundus des Arbeitsbereiches Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.)





fall und die eher selten vorkommende Befundkonstellation anzuführen. Bisher sind lediglich 2 Fallserien (n = 39 [1]; n = 5 [9]) neben Einzelfällen [2] in der zugänglichen medizinisch-wissenschaftlichen Literatur zu ermitteln.

## Fazit

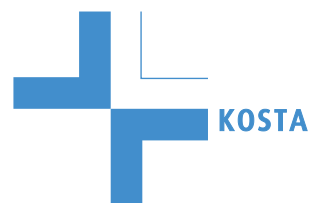
- > Ein Aneurysma ist eine lokale Aussackung eines Blutgefäßes, die sich aufgrund einer Schwächung oder Schädigung der Gefäßwand entwickelt.
- > Venöse Aneurysmen sind im Vergleich zum arteriellen System extrem selten.
- > Die Lokalisation der venösen Aneurysmen ist am ehesten vom venösen Hochdruck abhängig.
- > Zur Diagnose eines venösen Aneurysmas sowie zur postoperativen Verlaufskontrolle ist die Duplexsonographie sehr gut geeignet.
- > Die operative Behandlung der venösen Aneurysmen ist abhängig von der Lokalisation und der Symptomatik – ggf. kann bei Vertretbarkeit eine simultane operative Versorgung mit Begleitbefunden erfolgen.
- > Die Histologie zeigt am ehesten eine Verdickung und Fibrosierung der Intima.
- > Das V.-jugularis-interna-Aneurysma ist eine seltene Entität – die OP-Indikation wird in Abhängigkeit von der:
  - i) Lokalisation – am Hals und im Kopf nur bei Symptomatik oder kosmetischen Problemen bzw. im Zusammenhang mit anderen Krankheitsbildern (wie im vorliegenden Fall) sowie
  - ii) Symptomatik (Schwellung, Rötung, Schmerzen) gestellt.
- > Da es sich um eine Rarität handelt, liegt nur spärliche statistische Evidenz vor.
- > Wenn das NSD-Adenom nicht gewesen wäre, hätte man nach Literaturempfehlung mit hierzu herangezogenen Argumenten und Risiken nicht operieren müssen, wie es nahezuliegen scheint.

### Korrespondenzanschrift:

Prof. Dr. med. habil. Z. Halloul  
Arbeitsbereich Gefäßchirurgie  
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und  
Transplantationschirurgie  
Universitätsklinikum Magdeburg A. ö. R.  
Leipziger Straße 44  
39120 Magdeburg  
Tel.: 0391/67 15 666  
E-Mail: zuhir.halloul@med.ovgu.de



Artikel mit Literatur hier abrufbar:  
<https://t1p.de/mf-04-24>



**Sie suchen eine  
Weiterbildungsstelle  
oder eine/einen Ärztin/Arzt  
in Weiterbildung im  
Gebiet Allgemeinmedizin?**

**Die KOSTA hilft  
Ihnen gern!**

Tel.: 0391/60 54 76 30  
E-Mail: [kosta@eksa.de](mailto:kosta@eksa.de)  
Internet: [www.KOSTA-LSA.de](http://www.KOSTA-LSA.de)



## Gratulation zur erfolgreichen Absolvierung des Medizinstudiums

# 170 halesche Absolventinnen und Absolventen feierlich verabschiedet

Festliche Stimmung für 170 Absolventinnen und Absolventen, die 2023 den dritten Abschnitt der ärztlichen Prüfung und damit ihr Humanmedizin-Studium an der Medizinischen Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg (MLU) erfolgreich absolvierten. Am 20. Januar 2024 verabschiedete sie den medizinischen Nachwuchs feierlich im Löwengebäude der Universität.

„Trotz besonders herausfordernder Zeiten haben Sie Ihr Medizinstudium erfolgreich gemeistert. Ich freue mich und es macht mich stolz, dass wir so viele qualifizierte junge Menschen in das ärztliche Berufsleben entlassen können. Ich wünsche Ihnen ein erfülltes und sinnstiftendes Berufs- und Privatleben, dass Sie Ihr Arbeitsumfeld mitgestalten können und dass Sie Ihre Verantwortung für den Erhalt und die Weiterentwicklung einer lebenswerten Welt aufrichtig und mutig annehmen“, sagt Prof. Dr. Heike Kielstein, Dekanin der Medizinischen Fakultät der MLU. Gemeinsam mit Studiendekan Prof. Dr. Rüdiger Horstkorte begrüßte und beglückwünschte sie die frischgebackenen Medizinerinnen und Mediziner sowie ihre Angehörigen.

Die Festrede hielt Lehrpreisträgerin und Hebammenwissenschaftlerin Almut Bickhardt. Mit der Frage, wie medizinisches Personal den Menschen in einer vielfältigen Gesellschaft gerecht werden könne, verwies sie auf Aspekte, die man alltäglich im Blick behalten sollte: „Unser Fokus muss auf den Personen liegen, die sich vertrauensvoll an uns wenden. Dafür muss man sich für die Wahrnehmung und

Erfahrungen der Patientinnen und Patienten sowie deren Kontexte interessieren. Außerdem ist eine gute Teamkultur in den interprofessionellen Teams und eine ehrliche Selbstreflexion extrem wichtig“, so Bickhardt. Sie appellierte an den medizinischen Nachwuchs, sich für eine bessere Fehlerkultur einzusetzen.



Als Medizinerin und Mediziner habe man einen der schönsten Berufe gewählt, erklärt der Präsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Prof. Dr. Uwe Ebmeyer, in seinem Grußwort. „Für Ihr Berufsziel haben Sie gelernt, gearbeitet und gekämpft, sind womöglich über eigene Grenzen hinausgegangen. Nun wartet auf Sie ein Berufsleben, in dem das Schicksal anderer Menschen zuweilen in Ihren Händen liegt. Es geht um das Leben selbst, um seinen Erhalt und manchmal auch um ein würdevolles Ende. Gehen Sie sorgsam mit dieser Verantwortung um und lassen Sie aus unserem schönen Beruf eine Berufung werden.“

Pi und Fotos: Universitätsmedizin Halle (Saale)



MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT  
HALLE WITTENBERG  
Medizinische Fakultät und  
Interdisziplinäres Zentrum  
Medizin – Ethik – Recht  
Prof. Dr. Henning Rosenau



Ehemalige Präsidentin  
der Ärztekammer Sachsen-Anhalt  
Lehrbeauftragte der medizinischen Fakultät  
der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg  
Dr. med. Simone Heinemann-Meerz

## „Medizin trifft Recht im medizinischen Alltag“

Wahlfach, Beginn 08.04.2024, 17.30 Uhr – 19.00 Uhr, SR 10/11 UKH

Kooperation – Medizinischer Fakultät, Interdisziplinäres Zentrum  
„Medizin – Ethik – Recht“ der MLU Halle-Wittenberg und  
Dr. med. Simone Heinemann-Meerz

### 08.04. Medizinrechtliches Elementarwissen für die berufliche Praxis

Begrüßung

1. Was soll diese Kursreihe vermitteln? (Dr. S. Heinemann-Meerz)

2. Einführung in das Recht

(RA Anja Naumann, Staatssekretärin a.D. im Gesundheitsministerium)

Abgrenzung Öffentliches Recht, Zivilrecht, Strafrecht in der Medizin,  
Sozialversicherung (Renten-, Kranken- und Pflegeversicherung)

### 15.04. Strukturen des Gesundheitswesens (Dr. S. Heinemann-Meerz)

Freiberuflichkeit, Ärztekammer, Berufsrecht, Berufsordnung u. a.

### 22.04. Stationäre Versorgung (Prof. Dr. Moesta, Ärztlicher Direktor des UKH, Vorsitzender des Klinikumsvorstandes Halle/Saale)

Wie funktioniert Krankenhaus? Landeskrankenhausgesetz, Universitätsmedizin,  
Krankenhausträger

### 29.04. Alles rund um die Arzneimittel

(Frau Michaela Gbur, Geschäftsführerin Apothekerkammer Sachsen-Anhalt)

Arzneimittelrecht, Rezepte, AkdÄ Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft,  
Robert-Koch-Institut RKI, Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte BfArM,  
Paul-Ehrlich Institut PEI

### 06.05. Besondere Konstellation der Berufsausübung (Prof. Dr. H. Rosenau)

Sterbebegleitung und Transplantationsmedizin

### 13.05. SGB V und Bundesmantelvertrag (Prof. Dr. Katja Nebe)

Krankenkassen, Vertragsarztrecht, Kassenärztliche Vereinigung,  
Gemeinsamer Bundesausschuss G-BA

### 27.05. Öffentliches Gesundheitswesen (Prof. Dr. W. Kluth)

Struktur, Amtsarzt, Impfpflicht, Rettungsdienstgesetz u. a.

Fortbildungspunkte sind  
bei der Ärztekammer  
Sachsen-Anhalt beantragt.



## Universitätsmedizin Halle (Saale)

# Jahresrückblick Innere Medizin

Die gut besuchte  
Veranstaltung im Festsaal  
der Leopoldina in Halle

Es gab ein kleines Jubiläum zu feiern beim diesjährigen Jahresrückblick des Departments für Innere Medizin der Universitätsmedizin Halle (Saale). Seit 10 Jahren erfreut sich dieses Format, bei dem die Vertreter der Schwerpunkte in der Inneren Medizin die Entwicklungen in den zurückliegenden 12 Monaten zusammenfassen und bewerten, einer großen Beliebtheit. Mit Rekordbeteiligung des interessierten Fachpublikums fand die Veranstaltung am 13. Januar 2024 in der Leopoldina in Halle statt.

Für die **Rheumatologie** berichtete Herr **Prof. Dr. G. Keyßer**. Zunächst widmete er sich der Frage, ob Corona-Impfungen Autoimmunerkrankungen de novo auslösen oder deren Schübe begünstigen können. Während eine methodisch genaue Studie keine vermehrte Schubhäufigkeit durch Corona-Impfungen beschrieb, zeigte eine Datenbankanalyse, dass nach Intensiv-Therapie einer Sepsis Autoimmunerkrankungen häufiger auftreten [1]. Daraus könnte folgen, dass eine Immunstimulation durch schwere Infektion – und vielleicht in schwächerem Maße durch Impfungen – Autoimmunität unspezifisch fördert. Die Rheumatoide Arthritis zeigt durch moderne Therapien seltener extraartikuläre Schädigungen, die Häufigkeit von Rheumaknoten hat sich in 20 Jahren halbiert [2]. Polyrefraktäre Verläufe sind nur noch in 2,7 % der Fälle nachweisbar, Rauchen erhöht deren Risiko 5-fach. 43 % dieser Verläufe beruhen eher auf Fettleibigkeit und Weichteilschmerzen als auf persistierender Entzündung [3]. Eine Studie belegte zudem, dass eine konventionelle Basistherapie auch bei Maximierung aller Mittel nicht so potent ist wie ihre Kombination mit Biologika [4]. Für den systemischen Lupus erythematoses existieren neue

Management-Empfehlungen. Diese schließen gleichberechtigt zu konventionellen Therapien auch Biologika wie Belimumab und Anifrolumab ein, Steroide rücken zunehmend in den Hintergrund [5]. Der Erfolg von Therapien gegen die B-Zell-Linie, v. a. gegen CD19-positive Plasmablasten, hat diese Zellreihe als primäres Target etabliert. Die Anwendung von Rituximab, Belimumab, künftig evtl. auch Obinutuzumab und Daratumumab sowie der CAR-T-Zell-Therapie erlaubt eine abgestufte anti-B-Zell-Therapie. Gichtanfälle werden durch eine Colchizin-Prophylaxe nach Allopurinolstart seltener, treten aber nach Absetzen trotz guter Harnsäuresenkung vermehrt auf [6]. SGLT-2-Inhibitoren vermindern die Häufigkeit von Gichtanfällen deutlich [7].

Die Therapie des Lungenkarzinoms erfährt weitere Spezifizierung, wie Herr **PD Dr. S. Eisenmann** aus dem Schwerpunkt **Pneumologie** berichtete. Mehrere Studien konnten positive Effekte einer neoadjuvanten Immuntherapie belegen, auch perioperativ wird diese geprüft. Bei Nachweis bestimmter genetischer Marker (EGFR-Mutation oder ALK-Translokation) können auch diese adjuvant adressiert werden, die Überlebensvorteile sind beeindruckend. Beim kleinzelligen Lungenkarzinom gibt es positive Daten für bispezifische Antikörper als neuen Therapieansatz. Die pulmonale Hypertonie wurde im Jahr 2022 in einer aktualisierten Leitlinie [8] neu definiert. In diesem Jahr wurde die positive Phase-III-Studie [9] für Sotatercept veröffentlicht. Es handelt sich um einen neuen, antiproliferativen Therapieansatz. Eine Zulassung wird in Kürze erwartet, weitere ähnliche Substanzen sind in der klinischen Prüfung. In den kommenden Jahren ist ein sich veränderndes



Therapieregime zu erwarten. Die inhalative Therapie der chronisch obstruktiven Lungenerkrankung ist etabliert. Bei Patienten mit dennoch gehäufter Exazerbationsneigung ist bei Nachweis einer Bluteosinophilie die Anti-IL4/13-Antikörpertherapie mit einer Reduktion der Exazerbationen assoziiert. Zuvor waren einige ähnliche Therapeutika ohne erkennbaren Benefit getestet worden, die Stratifizierung nach Biomarkern stellt hier einen neuen Therapieansatz dar. Weitere Patientencharakterisierung muss die Frage nach dem optimalen Therapieregime bei chronischen Bronchitiden versuchen zu beantworten. Im Fall einer Emphysem Dominanz ist die interventionelle Emphysemtherapie möglich. Es wurde nun prospektiv gezeigt, dass bei guter Selektion die Ergebnisse von chirurgischer und endoskopischer Behandlung vergleichbar sind. Die Behandlungsfestlegung obliegt einem spezifischen Board unter Einbezug von Thoraxchirurgie, interventioneller Pneumologie und Radiologie.

Für den Fachbereich **Endokrinologie/Diabetologie** berichtete Frau **S. Fick**. Mindestens 400.000 Typ 1 Diabetikerinnen und Diabetiker (T1DM) leben in Deutschland, die Inzidenz weltweit steigt. Die Technologisierung mit Sensor- und Closed Loop-Systemen zeigt deutliche positive Effekt auf Ketoazidose und Hypoglykämien bei Kindern und Jugendlichen [10]. 32 % der Patienten mit T1DM sind jedoch älter als 60 Jahre (Statista.de), hier steigt die Komplikationsrate bei stationären Unterbringungen wie Kliniken, Pflegeheimen etc. durch die fehlende Routine im Umgang mit dieser Diabetesform. Insbesondere der Einsatz von SGLT2-Inhibitoren durch die Indikationserweiterung (Herzinsuffizienz, Niereninsuffizienz) birgt bei T1DM das erhöhte Risiko für eine medikamentös induzierte Ketoazidose. Der Einsatz von SGLT2-I ist bei T1DM relativ kontraindiziert. Auch bei Typ 2 Diabetikerinnen und Diabetiker ist eine Risikoauflärung für diese seltene aber bei schwerer Krankheit/bei Nüchternheit provozierbare und unterschätzte Komplikation notwendig (SickDayRule).

Diagnostisch steht der HbA1c im Fokus: Zum einen wird die Bestimmung überarbeitet, um eine höhere Präzision der Methode sicherzustellen. Ferner konnte als neue Fehlerquelle gezeigt werden, dass der HbA1c bei menstruierenden Frauen vor dem 50. Lebensjahr falsch zu niedrig ist [11]. Die Inzidenz für Adipositas steigt weiterhin an. Für 2035 werden 1,91 Milliarden stark übergewichtige Menschen erwartet (World Obesity Report). Seit Zulassung der Inkretine als Antiadiposita wurde weltweit ein Markt für Selbstzahler eröffnet, der die kontinuierliche Versorgung der Menschen unter GLP1-therapie in allen Indikationen passager gefährdet. Folgende potenzielle Nebenwirkungen von Inkretinen sollten mit den Patientinnen und Patienten besprochen werden:

Pankreatitis ggf. Pankreasneoplasie, Inzidenzsteigerung medulläres Schilddrüsenkarzinom und Depressivität. Dies gilt auch für das Twinkretin Tirzepatide, welches zeitverzögert zur europäischen Zulassung jetzt als Ampulle in Deutschland verfügbar ist. Die Leitlinie [12] der allgemeinmedizinischen Fachgesellschaft DEGAM zum Vorgehen bei erhöhtem TSH wurde 2023 neu überarbeitet veröffentlicht. Besonders ältere Patientinnen und Patienten profitieren von einer Einhaltung des TSH-Zielbereichs zur Vermeidung kardialer Komplikationen. Für Patientinnen und Patienten mit Schilddrüsen-Autonomie besteht eine relevante Versorgungslücke: Irenat® ist in Deutschland nicht mehr erhältlich. Als Ersatz gibt es eine Natriumperchloratlösung 300mg/ml, in Deutschland hergestellt, dies muss allerdings in der ausgebenden Apotheke noch abgefüllt und mit einem Tropfmechanismus versehen werden. Abschließend wurde auf die Inzidenzzunahme von Endokrinopathien unter Checkpointinhibitor-Therapie [13] und im Speziellen noch einmal auf die frei verfügbaren Quellen zur Steuerung der Hydrocortisonersatztherapie bei Patientinnen und Patienten mit corticotroper Insuffizienz hingewiesen.

Der Schwerpunkt **Angiologie** wurde von Herrn **PD Dr. M. Mühlenweg** vertreten. Die Behandlung von arteriosklerotisch veränderten Arterien der Unterschenkel- und Fußgefäße stellt nach wie vor eine besondere gefäßmedizinische Herausforderung dar, zumal bei Patientinnen und Patienten, die zusätzlich einen Diabetes mellitus oder eine chronische Niereninsuffizienz haben. Wenn noch distale Mikrozirkulationsstörungen am Fuß und der Akren hinzukommen, erhöht sich das Amputationsrisiko um ein Vielfaches [14, 15]. Sowohl die intravaskuläre Rekanalisation als auch die Bypasschirurgie, mit fehlenden anschlussfähigen Gefäßen distal, kommen so schnell an ihre Grenzen.



*Dr. Mühlenweg  
bei seinem Referat  
zum Schwerpunkt  
Angiologie*



2023 gab es einige Publikationen, die sich dem Themenkomplex der kritischen arteriellen Durchblutungssituation unterhalb der Knieebene gewidmet haben [16 – 19]. Es wurden neuartige vollständig resorbierbare und mit dem Zytostatikum Everolimus beladene Stents (sog. Scaffolds) vorgestellt und mit der aktuell üblichen Ballonangioplastie in einer kleinen Studie verglichen. Es konnte gezeigt werden, dass diese noch im Forschungsstadium befindlichen Devices sicher in der Anwendung sind und im gewählten Setting eine Überlegenheit gegenüber der Angioplastie, hinsichtlich der Rate von Reinterventionen oder Amputationen im Jahr nach Implantation aufwiesen [20].

Etwa 20 % der Patienten mit einer kritischen extremitätenbedrohenden Ischämie kommen aufgrund des Fehlens einer anschlussfähigen Arterie für eine Revaskularisierung nicht in Frage. In diesem Fall besteht ein hohes Risiko für eine Amputation. Vorgelegt wurde ein Verfahren zur kathetergestützten Arterialisierung der tiefen Venen als alternativer endovaskulärer Ansatz mit gecoverten Stents. Das Verfahren stellte sich zum einen als sicher und wirksam über einen Beobachtungszeitraum von einem halben Jahr heraus [21, 22]. Auf der venösen Seite wurde die nun schon seit langem erwartete Neufassung der Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Venenthrombose und Lungenembolie“ vorgestellt [23].

Alle wichtigen Erkenntnisse der vergangenen Jahre konnten so an einer zentralen Stelle übersichtlich zusammengeführt werden. Der Ultraschall hat noch einmal als diagnostisches Mittel eine Aufwertung erfahren. Schon seit längerem ist bekannt, dass die Entstehung von arteriosklerotischen Plaques von einer Hypercholesterinämie stark begünstigt wird. Ein probates Mittel zur Senkung des LDL-Cholesterins sind die Statine. Patienten mit einer Statinunver-

träglichkeit, häufig in Form von Muskelschmerzen, profitieren nun nachgewiesenermaßen auch von einer Therapie mit Bempedoinsäure [24]. Wenn die empfohlenen Grenzwerte nicht unterschritten werden können, sollten weitere Wirkstoffe wie Ezetimib oder ein PCSK9-Inhibitor Anwendung finden [25].

Aus dem Schwerpunkt **Kardiologie** berichtete Herr **Prof. Dr. D. Sedding**. Ein wichtiges Thema im letzten Jahr war erneut die Herzinsuffizienz. Insbesondere Sachsen-Anhalt ist stärker als die anderen Regionen Deutschlands von der Herzinsuffizienz betroffen. Von großer Bedeutung ist zunächst die suffiziente Diagnostik einer Herzinsuffizienz, die einerseits die Bestimmung kardialer Marker (BNP oder NT-proBNP), andererseits aber auch zwingend eine fundierte Echokardiographie [26] umfasst. Ohne dies ist eine richtige Klassifikation und damit auch Therapie nicht möglich. Eine neue Leitlinienempfehlung mit höchstem Empfehlungsgrad ist darüber hinaus die rhythmuserhaltende Behandlung von Vorhofflimmern bei Herzinsuffizienz-Patienten mittels einer Katheterablation [27]. Die Prognose dieser Patienten kann durch dieses Verfahren deutlich verbessert werden. Neue Leitlinienempfehlungen mit hohem Evidenzgrad gibt es auch im Bereich der therapieresistenten arteriellen Hypertonie [28]. Hier belegen eine Vielzahl von neueren Studien die Effektivität einer renalen Denervation bei einem Risiko auf Plazeboniveau. Diese Therapieoption wurde daher wieder in das Behandlungsportfolio der Universitätsmedizin Halle (UMH) aufgenommen.

Neue, treffsichere und schonende Optionen gibt es auch im Bereich der Diagnostik einer koronaren Herzerkrankung. Neue, an der UMH etablierte, KI-gestützte EKG-Diagnostikverfahren erlauben eine höhere Sensitivität und Spezifität im Vergleich zu herkömmlichen Untersuchungen (Risikostratifikation und Ergometrie). Auch der ambulante Abschluss einer koronaren Herzerkrankung mittels Koronar-CT kann nun am UMH im Rahmen eines Selektivvertrages mit der AOK bei Vorstellung in der kardiologischen Ambulanz angeboten werden.

Auch in den Bereichen **Hämatologie und Onkologie** gab es 2023 zahlreiche zukunftsweisende Entwicklungen, wie Herr **Prof. Dr. L. Müller** berichtete. Herausragend ist dabei die weltweit erste Zulassung einer auf der „Genschere“ CRISPR-Cas basierenden Therapie. Bei Patienten mit Sichelzellanämie konnte durch Ausschalten eines Transkriptionsfaktors der Anteil des für die Sichelzellbildung verantwortlichen Hämoglobins (HbS) zugunsten eines funktionsfähigen fetalen Hämoglobins verringert werden. Derart behandelte Patientinnen zeigten eine deutlich reduzierte Zahl von vaso-okklusiven Krisen [29]. Damit steht eine potenziell kurative, relativ nebenwirkungsarme Behandlung zur Ver-

**Prof. Müller (links) und Prof. Rosendahl bei der Diskussion**







fügung. Leider wird aufgrund des hohen Aufwandes eine Versorgung der vielen an Sichelzellanämie Erkrankten im globalen Süden eine Utopie bleiben, aber das Verfahren eröffnet neue Therapieansätze. Die Entwicklung zielgerichteter Therapien hält an – so z. B. bei definierten, bisher als „non-drugable“ eingeschätzten Mutationen des für viele Entitäten relevanten KRAS-Onkogens. Durch Inhibition der KRAS G12C Mutation in Kombination mit EGFR-Inhibition konnte bei Patienten mit Kolonkarzinom nach Vorbehandlung ein sehr gutes Ansprechen erreicht werden [30]. Dies bietet die Aussicht auf eine unmittelbare Verbesserung der Therapie als auch eine Aussicht auf weitere KRAS-Inhibitoren.

Die gezielte Aktivierung einer Anti-Tumor-Immunität wird durch CAR-T-Zellen mit Expression eines aktivierten T-Zell-Rezeptors oder aber bispezifische Antikörper mit gleichzeitiger Bindung an Tumorantigen und CD3-Rezeptor der T-Zellen erreicht. Für diese Ansätze konnten neue Belege der Wirksamkeit erbracht werden. So wurde für vorbehandelte Patienten mit Multiplem Myelom gezeigt, dass eine CAR-T-Therapie in einem besseren Überleben als die bisherige Standardtherapie resultiert [31]. Bei Patienten mit aggressivem B-NHL sind bispezifische Antikörper auch nach CAR-T-Therapie noch wirksam (Hutchings, ASH 2023). Somit stehen zunehmend Daten zur Verfügung, die den frühzeitigen Einsatz dieser Verfahren rechtfertigen. Trotz aller Neuerungen – die klinische Erfahrung behält ihren Wert: So bestätigte eine Studie, dass vor Anlage eines zentralen Venenkatheters bei Thrombopenie < 20 Gpt/l die Gabe eines Thrombozytenkonzentrats erfolgen sollte [32].

Auch in der **Nephrologie** gab es zahlreiche neue Entwicklungen, wie Herr **Prof. Dr. M. Girndt** berichtete. Bis vor wenigen Jahren war die Immunglobulin-A-Nephropathie (IgAN), in Westeuropa die häufigste Glomerulonephritis des Erwachsenen, nur begrenzt behandelbar. Hochdosierte Steroide waren mit erheblichen unerwünschten Wirkungen bei geringer Effektivität verbunden. Inzwischen zeigte sich eine sehr gute Wirkung von SGLT-2-Inhibitoren [33, 34]. Für Patienten, die auch darunter weiter progredient sind, bietet sich nun auch der Einsatz einer speziellen oralen Budesonid-Formulierung an [35]. Die Behandlung zielt auf eine Reduktion der Bildung des untergalaktosylierten Immunglobulins A, welches bei der Erkrankung im Immunsystem des Darms gebildet wird. Ein neues Behandlungsprinzip der progredienten chronischen Niereninsuffizienz unterschiedlicher Ursache könnte künftig die Blockade des Endothelin-A-Rezeptors durch Zibotentan sein [36]. Ergebnisse über längere Zeiträume als die bisher getesteten 14 Wochen bleiben jedoch abzuwarten, zumal die Substanz durchaus nebenwirkungsträchtig sein kann (Ödeme!). Bei IgAN konnte das

Konzept, allerdings mit einem anderen Vertreter der Substanzklasse, bisher nicht überzeugen [37]. Für die Behandlung der arteriellen Hypertonie wurden neue pharmakologische Ansätze in Phase II-Studien geprüft: der hoch-selektive Hemmer der Aldosteronsynthese Baxdrostat erreichte eine Blutdrucksenkung dosisabhängig von 12 – 20 mmHg systolisch [38]. Und die einmalige Applikation eines RNA-Interferenzmoleküls zur Hemmung der Angiotensinogensynthese führte zu einer langanhaltenden (24 Wochen) Blutdrucksenkung um 10 – 16 mmHg systolisch [39]. Eine randomisiert-prospektive Studie zeigte, dass der Einsatz von Hydrochlorothiazid zwar die Calciurese reduziert, aber Rezidive der häufigsten Harnsteinform (Calciumoxalat) im Gegensatz zu allgemeinen Erwartungen nicht vermindern kann [40]. Und im Feld der Hämodialysetherapie zeigen zwei Interventionen einen Benefit für die dauerhaft behandelten Patienten: eine regelmäßige physiotherapeutische Beübung während der Dialyse verbessert die Mobilität und vermeidet Hospitalisationen [41] und die technische Spezialität der Hämodiafiltration kann bei ausgewählten Patienten sogar eine Lebensverlängerung bewirken [42].

Für die **Altersmedizin** berichtete Herr **Prof. Dr. T. Prell** u. a. über die Wechselwirkung zwischen Alterswahrnehmung und körperlicher Gesundheit. Die Alterswahrnehmung bezieht sich auf die Art und Weise, wie Menschen das Alter und das Altern interpretieren und verstehen. Sie umfasst individuelle Einstellungen, Überzeugungen und Vorstellungen, die eng mit dem Gesundheitsverhalten assoziiert sind. Die Alterswahrnehmung kann stark von Altersstereotypen beeinflusst werden, die oft bereits in der Kindheit geprägt werden. Altersstereotype sind stereotype Vorstellungen oder festgelegte Meinungen über Menschen aufgrund ihres Alters [43]. Einige gängige negative Altersstereotypen sind beispielsweise die Annahme, dass ältere Menschen weniger fähig, flexibel oder kreativ seien. Positive Stereotypen sind etwa, dass ältere Menschen weise, erfahren und geduldig seien. Negative Altersstereotype können erhebliche Auswirkungen auf die Mortalität und die Gesundheit älterer Menschen haben, und so etwa zu schlechterer Lebensqualität, Hospitalisierungen, Stürzen und Frailty beitragen. Auch die medizinische Versorgung wird durch die Vorstellungen vom Alter, die Ärztinnen und Ärzte oder Patientinnen und Patienten haben, beeinflusst [44]. Sieht man beispielsweise Stürze oder kognitive Probleme eher als Altersphänomene, so werden notwendige diagnostische und therapeutische Schritte oft nicht unternommen.

Mit Altersstereotypen eng verbunden ist Altersdiskriminierung (Ageism), die sich oft auch in einer unangemessenen Kommunikation mit älteren Menschen ausdrücken kann. Dieser sogenannte



„Elderspeak“ (stark vereinfachte Sprache, Kollektivpronomen, Duzen, Verniedlichungen etc.) kann beispielweise dazu beitragen, dass Menschen mit Demenz pflegerische oder therapeutische Maßnahmen ablehnen [45]. Hier muss weitere Forschung und Öffentlichkeitsarbeit erfolgen, um für das Phänomen zu sensibilisieren und geeignete Maßnahmen zu entwickeln.

Herr **Prof. Dr. J. Rosendahl** zeigte für die **Gastroenterologie** weitere Einsatzgebiete der interventionellen Endoskopie. Bei der Achalasie hat sich die perorale endoskopische Myotomie (POEM) als sicheres und effizientes Verfahren etabliert. In einer prospektiven, randomisierten Untersuchung von Patienten mit unzureichendem Therapieerfolg nach chirurgischer Intervention (Heller Myotomie) war POEM einer pneumatischen Dilatation mit Ballon überlegen [46]. Die Arbeit zeigt, dass das minimal-invasive Verfahren auch in der komplexen Situation nach chirurgischer Intervention eingesetzt werden kann. Für die Blutstillung im oberen Gastrointestinaltrakt werden sogenannte „over the scope clips“ (OTSC) zunehmend eingesetzt. Interessanterweise konnte in einer prospektiven, randomisierten Studie kein Vorteil gegenüber einer konventionellen Therapie bei größeren Ulcera (> 1,5 cm) gesehen werden [47]. Somit scheint der OTSC nicht in allen Fällen die erste Wahl zu sein. Resistenzen gegenüber Antibiotika sind auch für die Therapie der *Helicobacter pylori* Besiedlung des Magens relevant. In Europa und den USA wurden Clarithromycin Resistenzraten von 22 % nachgewiesen [48]. Für Deutschland

empfiehlt die aktualisierte S2k Leitlinie eine primäre Eradikation mit einer Quadrupeltherapie [49]. Zystische Pankreasläsionen werden altersabhängig bei bis zu 50 % der Untersuchten detektiert. Bisher gibt es noch keine klaren Empfehlungen, welche zystischen Läsionen ab wann nicht mehr beobachtet werden müssen. Eine retrospektive Auswertung von über 3800 Patienten empfiehlt, dass triviale Zysten ≤ 30 mm ohne „Risiko-Stigmata“ bei Patienten über 75 Jahre nicht weiter beobachtet werden müssen, wenn sie über 5 Jahre unverändert geblieben sind [50]. In der Ultraschalldiagnostik stellt Adipositas eine Herausforderung dar. Konventionelle Ultraschallköpfe waren sogenannten „high performance“ Schallköpfen ab einem BMI von > 35 kg/m<sup>2</sup> unterlegen [51]. Diese Beobachtung sollte bei der Ultraschalldiagnostik zukünftig berücksichtigt werden, um die Qualität der Untersuchung zu gewährleisten. In vielen Fällen erscheint eine Vorstellung in entsprechend ausgestatteten Zentren sinnvoll.

**Korrespondenzanschrift:**

Prof. Dr. med. Matthias Girndt  
Geschäftsführender Direktor des  
Department für Innere Medizin  
Universitätsklinikum Halle (Saale)  
Ernst-Grube-Straße 40, 06120 Halle (Saale)  
Tel. 0345/557 4978



Artikel mit Literatur hier abrufbar:  
<https://t1p.de/innere-2023>

## Bitte um Teilnahme an einer Umfrage

# Die Allgemeinmedizin im Klimawandel

Sehr geehrte Hausärztinnen und Hausärzte,

Jaqueline Hildebrandt, Gesundheitswissenschaftlerin und Doktorandin am Institut für Hygiene & Public Health des Universitätsklinikums Bonn, lädt Sie herzlich ein, an einer anonymisierten Befragung im Projekt One Health and Urban Transformation teilzunehmen: [tinyurl.com/AllgemeinmedKlima](https://tinyurl.com/AllgemeinmedKlima)

Niedergelassene Hausärztinnen und Hausärzte werden befragt, inwiefern klimabezogene Gesundheitsthemen Sie und Ihre Patienten im Praxisalltag beschäftigen. Um daraus Empfehlungen für Gesundheitsförderung und -politik entwickeln zu können, wird Ihre Unterstützung benötigt. Die Beantwortung der 17 Fragen dauert etwa 11 Minuten und wurde für das Ausfüllen am Computer/Laptop optimiert. Vielen Dank für Ihre Teilnahme!

Jaqueline Hildebrandt, Wissenschaftliche Mitarbeiterin  
IHPH - Institut für Hygiene und Public Health, GeoHealth Centre, Universitätsklinikum Bonn  
E-Mail: [hildebrandt@uni-bonn.de](mailto:hildebrandt@uni-bonn.de)

Seit 10 Jahren feste Anlaufstelle für Ratsuchende:

# Mitteldeutsches Kompetenznetz Seltene Erkrankungen

Unzählige Praxisbesuche, das Einholen von Zweitmeinungen, viele Untersuchungen und am Ende oft auch kostspielige Diagnostik, die aus der Not aus dem eigenen Geldbeutel bezahlt wird, füllen oft gleich mehrere Ordner, wenn sich die Patienten am Mitteldeutschen Kompetenznetz Seltene Erkrankungen (MKSE) vorstellen. Aber auch ein unspezifisches Gefühl, dass etwas nicht in Ordnung sei, oder eine überzufällig wirkende Häufung von Erkrankungen kann zu einer Anmeldung am MKSE führen.

Selten gibt es eindeutige Kriterien, die das Vorliegen einer unerkannten Erkrankung ausschließen lassen. Orientieren kann man sich an den sogenannten Red Flags für das Vorliegen einer Seltenen Erkrankung. So sollten eine familiäre Häufung, das Betroffensein mehrerer Organsysteme und auch Familienmitglieder, sowie eine Verschlechterung im Verlauf wegweisend sein.

Das MKSE mit zentraler Koordinierungsstelle am Uniklinikum Magdeburg bietet als unabhängige übergeordnete Versorgungsstruktur unter Bündelung der besonderen Fachexpertise rund um die Seltenen Erkrankungen die Sichtung und Aufarbeitung dieser besonderen Fragestellungen an. Unter Diskussion möglicher Differentialdiagnosen ist das Ziel, im Rahmen einer interdisziplinären Fallkonferenz unter Einbeziehung regionaler und bei Bedarf auch nationaler Experten den weiteren diagnostischen Weg für diese Patienten aufzuzeigen. Mit modernsten diagnostischen Methoden, wie zum Beispiel der Exom-Sequenzierung, steht dem MKSE dabei ein breites diagnostisches Spektrum zur Verfügung.

In diesem Jahr blickt das MKSE im Rahmen des 10-jährigen Jubiläums nicht nur auf die zarten durch Prof. Mohnike, der noch immer als Leiter des MKSE fungiert, angeschobenen Anfänge zurück, sondern richtet den Blick auf die Erfolge. So ist die einzige koordinierende Anlaufstelle für Seltene oder unerkannte Erkrankungen in Sachsen-Anhalt Teil gleich mehrerer Europäischer Referenznetzwerke und nimmt mit der besonderen Expertise im Bereich des Congenitalen Hyperinsulinismus (CHI) neben den Standorten Philadelphia, London und Liverpool international eine einzigartige Rolle im Center of Excellence for CHI ein.



Und ein ebenfalls kleines Jubiläum mit der bereits fünften Veranstaltung begeht unter dem Motto „verNETZt – für Seltene Erkrankungen“ die maßgeblich durch das MKSE initiierte und geplante 2-tägige Fortbildung für die Mitarbeitenden der Zentren für Seltene Erkrankungen und alle an den Seltenen Erkrankungen Interessierte.

Wegbegleiter, Betroffene und ausdrücklich auch interessierte ärztliche Kollegen sind herzlich eingeladen, am 17.04.2024 um 16 Uhr im Rahmen einer spannenden Fortbildung das Jubiläum mit uns zu begehen und Kontakte zu knüpfen ([www.mkse.ovgu.de](http://www.mkse.ovgu.de)).

Die beratenden Angebote des MKSE stehen allen ärztlichen Kolleginnen und Kollegen in Sachsen-Anhalt zur Verfügung, unabhängig von der Tätigkeit in einer Klinik oder Niederlassung. Eine Fallbearbeitung am MKSE hat keinen Einfluss auf die Weiterführung der ärztlichen Betreuung, eine Zusammenarbeit und fachlicher Austausch wird explizit gewünscht. Treten Sie gern mit uns in Kontakt.

**Korrespondenzanschrift:**

Dr. Katharina Schubert  
 Ärztliche Lotsin  
 Mitteldeutsches Kompetenznetz  
 Seltene Erkrankungen (MKSE)  
 Kooperationsverbund der Uniklinika Halle und Magdeburg  
 und des Städtischen Klinikums Dessau

Zentrale Koordinierungsstelle:  
 Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.  
 MKSE/Haus 10 (Kinderklinik)  
 Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg  
 Tel.: 0391/67-24024  
 Fax: 0391/67-290038  
 Internet: [www.mkse.ovgu.de](http://www.mkse.ovgu.de)



## Interessenverband der in Sachsen-Anhalt tätigen Unfallchirurgen

# Ein Verein für die Qualitätssicherung in der Unfallchirurgie

Im Rahmen der Vorbereitungen zur Gründung des Interessenverbandes der in Sachsen-Anhalt tätigen Unfallchirurgen (IVU) stellte sich die berechtigte Frage, ob ein weiterer Verein bei den bereits bestehenden notwendig ist. Aber bereits damals – noch weit vor Corona und den aktuellen, kritischen wirtschaftlichen Situationen der meisten Krankenhäuser – gab es Spannungen der beiden durch politischen Exkurs zusammengelegten Fachgebiete von Orthopädie und Unfallchirurgie. Diese bestehen nicht nur in den fachlichen Anschauungen der beiden Fachgebiete, sondern vor allem in der Ausrichtung der strukturellen Aufgaben. Die Orthopädie mit vornehmlich planbaren, selektiven Eingriffen benötigt ungestörte Abläufe. Die Unfallchirurgie mit der Notfallversorgung steht dem entgegen.



TDSC-Kurs  
Magdeburg

Dieses Spannungsfeld konnte im Laufe der mittlerweile fast 30 Jahre seit Gründung des IVU insbesondere durch zwei Faktoren kaum gebessert werden. Einmal ergibt sich im DRG-System ein Ungleichgewicht zwischen der Erbringung der Leistungen von Orthopädie und Unfallchirurgie – das ruft die Ökonomen im Krankenhaussystem auf den Plan und sie favorisieren aus wirtschaftlichen Interessen die Operationen mit dem Mehrgehalt. Zum anderen hat sich die personelle und strukturelle Situation an den Krankenhäusern so verschlechtert, dass es zu einer deutlichen Verknappung von OP-Kapazitäten gekommen ist. Der in den Krankenhäusern nicht

nur auf diesem Gebiet bestehende Missstand wurde zwar erkannt, es sind aber nur wenig konstruktive Maßnahmen in Sicht.

Der IVU hat es jedoch über all die Jahre als seine Aufgabe angesehen, in diesem Spannungsfeld zu vermitteln, Netzwerke vor allem in Sachsen-Anhalt aufzubauen und für die unfallchirurgische Versorgung zu nutzen. So konnten z. B. bei der Versorgung ukrainischer Kriegsverletzter die Strukturen der Trauma-Netzwerke genutzt werden – dass keine neuen Strukturen für die Verteilung der in Deutschland eintreffenden Verletzten geschaffen werden mussten, erleichterte die Arbeit sehr.

Darüber hinaus hat der IVU in seiner Frühjahrstagung den Beschluss gefasst, bestimmte, sehr aufwendige Fortbildungsmaßnahmen in eigener Trägerschaft für die tätigen Orthopäden und Unfallchirurgen zu organisieren, da die geopolitische Lage Anschlagrisiken wachsen lässt und die Versorgungsregeln von Großschadensereignissen gut gelernt und trainiert werden müssen. Es gibt für die unfallchirurgische Ausbildung zwei Kursformate, einmal den ATLS (Advanced Trauma Life Support) und den für die Vorgehensweisen bei Terror- und Katastrophenlagen, den TDSC (Terror und Disaster Surgical Care)-Kurs.

Dieser ist in der organisatorischen, personellen und räumlichen Vorbereitung sehr aufwendig. Die zur Verfügung stehenden Kursplätze sind in ganz Deutschland sehr rar. In der Folge des Beschlusses von 2022 erklärte sich PD Dr. Fred Draijer, ehemaliger Chefarzt des Klinikum Magdeburg GmbH bereit, zusammen mit Prof. Felix Walcher, Direktor der Klinik für Unfallchirurgie der Universität Magdeburg, einen solchen Kurs vorzubereiten. Da die finanziellen Aufwendungen erheblich sind, mussten diese gesichert werden, bevor die Vorbereitungen begannen. An dieser Stelle ist zu erwähnen, dass die Geschäftsführungen aller Teilnehmer aus Sachsen-Anhalt die Kosten ohne Probleme übernahmen. Bei um die 1.000 Euro plus 2–3 Hotelübernachtungen pro Teilnehmer keine Selbstverständlichkeit.

Nach einer sehr aufwendigen über einjährigen Vorbereitung konnte dann vom 13.–15. Oktober 2023 die Veranstaltung unter der Leitung von Prof. Franke,



Oberstarzt aus dem Bundeswehrkrankenhaus in Koblenz, und Herrn Prof. Friemert aus dem Bundeswehrkrankenhaus Ulm in den Räumlichkeiten des Institutes für Medizintechnik im Stimulate Forschungscampus der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg stattfinden.

21 Teilnehmer erhielten eine umfassende Fortbildung zu den medizinischen Herausforderungen bei Terror- und Katastrophenlagen. So wurden die Regeln von MANV (Massenanfall von Verletzten – Großschadenslage), die Unterschiede zwischen Terror-MANV und einem MANV durch sonstige Unfälle herausgearbeitet und trainiert. Einen großen Zeitabschnitt nahm eine Simulationsübung in Form eines Planspiels ein. Diese TDSC-Planung hat die bestmögliche Mobilisation und Verteilung der chirurgischen Ressourcen in einem Terror-MANV-Szenario zum Ziel. Dabei wurde ebenfalls thematisiert, dass die meisten Krankenhaus-Alarm- und Einsatzplanungen (KAEP) die besonderen fachlichen und organisatorischen Regeln eines Terror-MANV nicht berücksichtigen. Der intensive Kurs führte im Planspiel zu bewusst konturierten, hektischen Abläufen mit Schweißperlen auf den Stirnen der Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Nun gilt es, die gewonnenen Erkenntnisse zeitnah in die KAEPs einzuarbeiten.

Neben der Bewältigung solcher Schadensereignisse ist die Versorgung gesetzlich versicherter Unfälle (Erstversorgung, Heilverfahrens- und Rehaplanung nach Arbeitsunfällen) ein besonderer Schwerpunkt der Unfallchirurgie. Die dafür zugelassenen Durchgangsarzte müssen neben ihrer fachlichen Qualifikation in einem 5-Jahreszeitraum bestimmte für die Tätigkeit notwendige Weiterbildungen durchführen und gegenüber der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie (DGUV) nachweisen. Diese Kurse sind sehr anspruchsvoll und müssen in ihrem Format und den Inhalten von der DGUV genehmigt werden. Um auch das übersichtliche Kursangebot entsprechend zu erweitern, organisierten Dr. Holger Siekmann,

Chefarzt Unfallchirurgie Ameos Klinik Halberstadt, und Prof. Dr. Thomas Mendel, Leitender Oberarzt der BG-Klinik Halle, einen qualitativ sehr hochwertigen Kurs mit namhaften Referenten zu dem Thema „Kindertraumatologie“. An dem am 11. November 2023 im Klinikum Halberstadt stattfindenden Kurs nahmen 80 Kolleginnen und Kollegen teil. Die Themen handelten von den kindlichen Besonderheiten bei der Frakturversorgung der oberen und unteren Extremität, sowie bei Verletzungen des Kniegelenkes und des Körperstammes. Es zeigte sich mal wieder ganz deutlich, dass Kinder eben keine kleinen Erwachsenen sind und man die Regeln des wachsenden Organismus genau kennen muss, wenn ein gutes Ergebnis erreicht werden soll. Allein der voll belegte Kurs zeigt das große Interesse und den großen Bedarf an solchen Fortbildungsveranstaltungen. Für den Herbst 2024 ist die Durchführung eines Gutachtenseminars für die Erstellung von Gutachten der gesetzlichen Unfallversicherung bereits geplant und befindet sich in Vorbereitung. Der Kurs wird in Dessau unter Leitung von CA PD Dr. Rotter stattfinden.

Die Rolle des IVU hat sich durch diese beiden Kurse zur Verbesserung der Unfallchirurgischen Versorgung noch mal deutlich geändert und der Verein an Gewicht gewonnen. Nach fast 30 Jahren ist naturgemäß langsam der Generationenwechsel angelaufen. Von den Gründungsmitgliedern sind jedoch noch einige in Verbänden der Mitgliederentwicklung. Aktuell hat der Verein 38 Mitglieder (6 ausgeschieden). Es besteht die berechtigte Hoffnung, dass die neu gewonnenen Formate weiter fortgesetzt werden und der Verein bei der Wahrung der unfallchirurgischen Interessen vor allem auch politisch ein Mitspracherecht gewinnt.

*Dr. med. Wolfram Seelbinder*  
Mitglied des Vorstands des Interessenverbandes  
Unfallchirurgen Sachsen-Anhalt

## Veranstaltungshinweis

### Professioneller Umgang mit Anfragen nach Assistenz bei der Selbsttötung Interdisziplinäre Perspektiven auf eine verantwortbare Praxis

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, MLU Halle-Wittenberg | (Direktor: Prof. Dr. Jan Schildmann)  
12.04.2024 | 15:30 – 17:30 Uhr | Moderation: Jan Schildmann (Halle/Saale), Georg Marckmann (München)



Die Veranstaltung wird online durchgeführt, ist kostenfrei und mit 2 Fortbildungspunkten von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt bewertet.

Anmeldung: [geschichte.ethik@uk-halle.de](mailto:geschichte.ethik@uk-halle.de) | Weitere Infos: <https://t1p.de/pumanabs>



## Aufruf zur Unterstützung durch Ärztinnen und Ärzte

# Studie zu Harnwegsinfekten bei Frauen (URITRAC)

**URITRAC**  
OUTCOME MEASURES FOR  
UNCOMPLICATED URINARY TRACT INFECTIONS



MEDIZINISCHE FAKULTÄT

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der Medizin stehen wir stets vor der Herausforderung, die bestmögliche Behandlung für unsere Patientinnen zu finden. Um die Wirksamkeit von Behandlungsmethoden besser beurteilen zu können, setzen wir verstärkt auf die direkte Rückmeldung unserer Patientinnen.

Unsere aktuelle Studie des Instituts für Sozialmedizin und Gesundheitssystemforschung konzentriert sich auf die Auswirkungen unkomplizierter Harnwegsinfektionen bei Frauen. Ein speziell entwickelter Fragebogen erfasst dabei nicht nur typische Symptome, sondern auch deren Auswirkungen auf den Alltag und die Lebensqualität der Patientinnen. Dieser Fragebogen soll künftig in klinischen Studien zur Wirksamkeit von Therapiemaßnahmen eingesetzt werden. Mit Ihrer Unterstützung möchten wir einen solchen Fragebogen prüfen. Wir suchen Frauen mit einer akuten Harnwegsinfektion, die bereit sind, an unserer Studie teilzunehmen. Ihre Aufgabe wäre es, die betroffenen

Frauen über die Studie zu informieren und ihnen das Studienmaterial auszuhändigen. Die Befragung kann sowohl in Papierform als auch online erfolgen, um eine flexible Teilnahme zu ermöglichen. Sie und Ihr Praxisteam erhalten eine Aufwandsentschädigung in Höhe von 100 EUR sowie zusätzlich 10 EUR pro teilnehmender Patientin. Die Patientinnen erhalten bis zu 40 EUR für die Teilnahme. Über Ihre Unterstützung würden wir uns sehr freuen. Ihre Teilnahme ist entscheidend für den Erfolg unserer Studie und trägt dazu bei, die Forschung zur Behandlung von Harnwegsinfekten voranzutreiben.

Für weitere Informationen und Ihre Rückmeldung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Sie können uns unter [doreen.wolff@med.ovgu.de](mailto:doreen.wolff@med.ovgu.de) oder telefonisch unter 0391/6724325 kontaktieren.

*Prof. Dr. Dr. Christian Apfelbacher und URITRAC-Team  
Otto-von-Guericke-Universität, Medizinische Fakultät  
Institut für Sozialmedizin & Gesundheitssystemforschung  
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg*

## Einladung zur Teilnahme

# Befragung zur psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen

Ein Fünftel der Männer und ein Drittel der Frauen haben schon einmal einen Notfall erlebt, welcher erhebliche Auswirkungen auf ihre psychische Gesundheit haben könnte<sup>1</sup>. 30 % aller Notfälle treten im Arbeitskontext auf<sup>2</sup>. Solche Notfälle haben, je nach persönlicher Situation, unterschiedlich starke Auswirkungen auf das psychische Wohlbefinden<sup>3,4</sup>. Im medizinischen Bereich können unterschiedliche Notfallsituationen auftreten, darunter der plötzliche Tod eines Patienten oder Kollegen, medizinische Notfälle, Gewaltvorfälle oder auch Wegeunfälle. Vor diesem Hintergrund lädt die Forschungsgruppe der SRH Hochschule für Gesundheit in Gera zur Teilnahme an einer Befragung ein, die sich der psychosozialen Notfallversorgung in Unternehmen widmet. Ziel ist es, ein detailliertes Verständnis der Bedürfnisse von direkt Betroffenen, Augenzeugen, Kollegen, Ersthelfenden und Führungskräften zu entwickeln, um effektive Unterstützungs- und Interventionsstrategien zu identifizieren.

Die Teilnahme ist auch ausdrücklich erwünscht, wenn keine Unterstützung erhalten wurde. Die Befragung ist anonym und bis zum 30. April 2024 zugänglich. Das Ausfüllen nimmt ungefähr 15 min in Anspruch. Weitere Informationen und den Zugang zur Befragung finden Sie unter:

<https://www.socsisurvey.de/test397003/>

*Vielen Dank für Ihre Zeit und Bereitschaft, Ihre Erfahrungen mit uns zu teilen. Erste Ergebnisse unserer Forschung finden Sie in der Märzangabe der DGUV Forum.*

*Maïke Juds und Albrecht Freudewald*

*Forschungsgruppe „Psychosoziale Notfallversorgung in Unternehmen – eine Bestandsaufnahme“*

<https://www.srh-gesundheitshochschule.de/forschung/psychosoziale-notfallversorgung-in-unternehmen-eine-bestandsaufnahme-zur-umsetzung-in-deutschland/>

Artikel mit Literatur hier abrufbar:

<https://t1p.de/pnu>





Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt aus:

# Vertragsarztsitze

Fachgebiet	Praxisform	Praxisort/Planungsbereich	Reg.-Nr.
Anästhesiologie	Einzelpraxis	ROR Halle (Saale)	
Augenheilkunde*	Einzelpraxis	Saalekreis	
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	Magdeburg	
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Magdeburg	
HNO-Heilkunde	Einzelpraxis	Naumburg	
Innere Medizin (bedarfsplanerisch Kardiologie)	Einzelpraxis	Magdeburg	
Innere Medizin (Angiologie gleichgestellt)	Einzelpraxis	ROR Anhalt-Bitterfeld/Wittenberg	
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Magdeburg	2969
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Bitterfeld-Wolfen	2970
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Bitterfeld-Wolfen OT Wolfen	2971
Orthopädie	Einzelpraxis	Sangerhausen	
Orthopädie	Einzelpraxis	Zeitz	
Psychologische Psychotherapie*	Einzelpraxis	Altmarkkreis Salzwedel	2972
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Coswig	2973
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Stendal	2974
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Wittenberg	2975
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Magdeburg	2976
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Magdeburg	2977
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Halle (Saale)	2978
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Dessau-Roßlau	2979
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Wittenberg	2961
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Halle (Saale)	
Allgemeinchirurgie (halber VA)	Gemeinschaftspraxis	Lutherstadt Eisleben	
Viszeralchirurgie (halber VA)	Gemeinschaftspraxis	Lutherstadt Eisleben	
Innere Medizin/Gastroenterologie	Einzelpraxis	Magdeburg	
Psychologische Psychotherapie	Einzelpraxis	Börde	2960
Psychiatrie (halber Versorgungsauftrag)	Einzelpraxis	Harz	
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Schönebeck	

\*Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt hat im Rahmen dieser Ausschreibung ein besonderes Versorgungsbedürfnis definiert: Aufnahme von mindestens 5 Patienten pro Woche auf Zuweisung der Terminservicestelle. Die Erfüllung dieses Versorgungsbedürfnisses stellt ein Auswahlkriterium dar.

**Bewerbungen richten Sie bitte per Post an:**  
**Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt**  
 Abt.: Zulassungswesen  
 Postfach 1664 | 39006 Magdeburg

Die Ausschreibung endet am **06.05.2024**. Wir weisen darauf hin, dass sich die in der Warteliste eingetragenen Ärzte ebenfalls um den Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Start am Carl-von-Basedow-Klinikum in Merseburg:

## Wanderung mit HERZBLUT 2024



In Sachsen-Anhalt sind Herzerkrankungen viel häufiger als in anderen Bundesländern. Die Initiative HERZBLUT für Sachsen-Anhalt will das ändern. Jedes Jahr organisiert sie eine ca. 3-km-lange Wanderung.

Die mittlerweile fünfte Wanderung mit HERZBLUT findet am **15.05.2024 in Merseburg** statt. „In diesem Jahr ist das Basedow-Klinikum Organisator der Aktion. Wir wollen zusammen mit unserem Ministerpräsidenten, dem Schirmherrn der Initiative, an der schönen Saale entlang wandern, um für diese einfache, praktikable, kostengünstige und sinnvolle körperliche Aktivität zu werben“, so der Vereinsvorsitzende Prof. Dr. Axel Schlitt. Neben den bekannten Ursachen soll auch die Bedeutung psychosozialer Risikofaktoren hervorgehoben werden.

Bettina Lebek, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH | [b.lebek@klinikum-saalekreis.de](mailto:b.lebek@klinikum-saalekreis.de) | [www.klinikum-saalekreis.de](http://www.klinikum-saalekreis.de)  
 Prof. Dr. Axel Schlitt, Vorsitzender des Vereins HERZBLUT für Sachsen-Anhalt | [axel.schlitt@pkd.de](mailto:axel.schlitt@pkd.de)



## Eine Erfolgsgeschichte

# 50 Jahre Deutsche Balintgesellschaft

Wie konnte sich die Idee des ungarischen Arztes Michael Balint, die **Arzt-Patient-Beziehung** in den Fokus zu nehmen, so intensiv entwickeln und über die Welt verbreiten?

In 26 Ländern gibt es inzwischen nationale Balintgesellschaften, die in einer Internationalen Balint Föderation (IBF, gegründet 1975) vereint sind, sich gegenseitig unterstützen, alle 2 Jahre zu einem Kongress zusammen finden und die Grundidee weiterentwickeln.

Am 26. Januar 1974 gründeten 8 Ärzte (Hausärzte und Psychiater) in einem kleinen Ort in Niedersachsen die Deutsche Balintgesellschaft e. V. Sie folgten damit dem Beispiel von Kollegen in Frankreich (1967), England (1969), Italien (1971) und Belgien (1971), wo bereits nationale Gesellschaften gegründet worden waren. Anregung gab es aus dem 1957 in England erschienenen und 1957 ins Deutsche übersetzte Buch „Der Arzt, sein Patient und die Krankheit“, in dem Balint seine Forschungsergebnisse zu der Arbeit mit einer Gruppe Britischer Allgemeinärzte in London veröffentlichte.

„**Die Droge Arzt mit Wirkung und Nebenwirkung**“ war Balints These, die untersucht werden wollte. Und die „Psychologisierung des Arztes“ ein Ziel, um den Patienten in seiner bio-psycho-sozialen Dimension zu verstehen und zu behandeln. Die Praktische Medizin mit den Erkenntnissen der Psychoanalyse zu verbinden, war Balints Anliegen.

In Deutschland wurde die erste psychosomatische Universitätsklinik 1950 unter Alexander Mitscherlich in Heidelberg gegründet. 1962 folgte in Gießen die Einrichtung eines Lehrstuhls für Psychosomatik. So hielt die Psychosomatische und die Somatopsychische Betrachtungsweise von Krankheit Einzug in die Ausbildung der Mediziner (das bio-psycho-

soziale Modell). Und es lag der Schluss nahe, auch die praktizierenden Ärzte in dieser Betrachtungsweise zu schulen.

Balint hatte die Erfahrung gemacht, dass Lehrveranstaltungen nicht zu der gewünschten Veränderung in der täglichen Arbeit mit Patienten führten. Zusammen mit seiner Frau Enid entwickelte er eine Form der Gruppenarbeit, in der die Teilnehmer ihre eigenen Patienten vorstellen und über diese professionelle Beziehung in der Gruppe reflektieren können. Sowohl die Persönlichkeit des Patienten als auch die des Arztes bedingen die Beziehung. Selbsterkenntnis und Verständnis für den Patienten wurden so in der Gruppe erarbeitet.

Mit diesem Fokus war ein wesentlicher **Veränderungsprozess** eingeleitet. War die Medizin bis dahin patriarchal geprägt – der Arzt war der Wissende, der den Patienten untersuchte, beriet und erwartete, dass seine Anordnungen unbedingt befolgt wurden – so lief die Betrachtung der Beziehung in der Balintgruppe darauf hinaus, dass Arzt und Patient auf Augenhöhe in Kontakt stehen. „Die Grundfigur der Medizin ist ein Mensch in Not und ein Mensch als Helfer“ wie Victor von Weizsäcker (1886 – 1957) dies formulierte. Der Arzt ist nicht der „Halbgott in Weiß“, sondern der Mensch, der dem anderen zuhört und ihn empathisch begleitet.

**Hausärzte** waren in den 1970er Jahren – zur Zeit der Gründung der Balintgesellschaft – die Begleiter für ihre Patienten, für ganze Familien oft ein Leben lang. Sie hatten Einblicke in die familiären, sozialen, materiellen Hintergründe, lernten die Patienten und ihr Umfeld bei Hausbesuchen kennen, waren oft Berater über die körperlichen Beschwerden hinaus. Das war nicht selten eine hohe Herausforderung und Verantwortung. Das Training, für das die Balintarbeit gedacht ist, nimmt hier eine wichtige Aufgabe wahr.





Mit dem besseren Verständnis für die Patienten, für ihre Anliegen und Beschwerden werden die Ärzte in ihrer Kompetenz gestärkt und gleichzeitig entlastet. In der Gruppenarbeit können sie erfahren, dass ähnliche Probleme auch bei anderen Kollegen auftauchen, bekommen ein Feedback für ihre eigene Arbeit, lernen neue Lösungsmöglichkeiten kennen und erweitern ihre Sichtweise durch andere Perspektiven.

Zunächst also waren vor allem die Hausärzte in diese Arbeit eingebunden. Als im Februar 1975 die erste Wochenendtagung der Deutschen Balintgesellschaft in Hahnenklee angeboten wurde, fanden sich 100 Kollegen dort ein – ein deutliches Zeichen, dass der Bedarf nach dieser Art des Austausches bei den Ärzten vorhanden war.

Die Anzahl der Mitglieder der Balintgesellschaft stieg rasch an. 1979 waren es 152, nach der Zusammenlegung der beiden Gesellschaften Ost und West konnte 1994 das 1000. Mitglied begrüßt werden. Balinttagungen werden in immer mehr Orten abgehalten. Balintarbeit ist in die Psychotherapietagungen in Lindau, Langeoog, Lübeck integriert. Es werden zunehmend Leiter-Ausbildungsseminare angeboten.

In der DDR entwickelte Balintarbeit sich parallel seit den 1980er Jahren als „Problemfallseminare“. 1987 war ein erstes gesamtdeutsches Treffen in Erfurt zur Balintarbeit möglich. Am 27.09.1990 wurde die „Balintgesellschaft der DDR“ gegründet schon mit dem vorausschauenden Gedanken, dass nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten auch ein Zusammenschluss der beiden Balintgesellschaften möglich werden sollte. Und so kam es im Februar 1991 zunächst zur Zusammenarbeit der beiden Vorstände in Hahnenklee. Verhandlungen zu den Bedingungen der Vereinigung wurden eingeleitet. Im Februar 1992 wurde dann ein gesamtdeutscher Vorstand gewählt. Ein Knackpunkt der Verhandlungen war die Integration der Psychologen. In der DDR hatten die Psychologen einen Fort- und Weiterbildungsauftrag für Mediziner und waren in die Balintgesellschaft gleichwertig eingeschlossen. Die DBG war bis dahin eine rein ärztliche Gesellschaft. Dies wurde mit dem Zusammenschluss verändert. Psychologische Balintgruppenleiter wurden als Mitglieder akzeptiert und ein Curriculum zur Ausbildung für Psychologen als Balintgruppenleiter entwickelt. Dies ist heute Standard. Inzwischen gibt es etwa 50 anerkannte psychologische Balintgruppenleiter von insgesamt knapp 700 von der Deutschen Balintgesellschaft ausgebildeten und bei den Ärztekammern akkreditierten Balintgruppenleitern.

War Balint anfangs skeptisch, ob diese Art der Gruppenreflexion auch für **Psychiater** geeignet sei – er sah diese Berufsgruppe zunächst nur in der Gruppenleiterposition – so zeigte sich alsbald ein

großes Interesse. Psychiater, Psychoanalytiker und Psychotherapeuten entdeckten dieses Verfahren als sehr hilfreich für sich sowohl bei der Bewältigung von Problemen mit ihren Patienten, als auch zur Diagnostikstellung. Balintarbeit ist heute in der Facharztweiterbildung verpflichtend.

Auch **weitere Fachärzte** machen sich die Balintgruppen zunutze. Zahlenmäßig sind mehr und mehr Patienten mit psychosomatischen Reaktionen in vielen Fachbereichen der Medizin anzutreffen. Zunehmend sind heute Zahnmediziner an der Balintarbeit interessiert, haben doch auch sie mit den verschiedensten psychischen Problemen bei ihren Patienten zu tun.

1979 nahmen erstmals **Studenten** an der Balinttagung in Hahnenklee teil. An einigen Medizinischen Fakultäten wird Balintarbeit heute im Studium angeboten. **Ein Internationaler Balint-Preis** (Ascona-Preis) für Medizinstudenten, die ihre ersten Erfahrungen oder Begegnungen mit Patienten in einem Aufsatz reflektieren, wird alle 2 Jahre von der „Internationalen Stiftung Psychosomatik und Sozialmedizin“ auf den Kongressen der IBF verliehen. Bereits 1976 erfolgt die Aufnahme der Deutschen Balintgesellschaft in die „**International Balint Federation (IBF)**“. Seither haben ihre Mitglieder intensiv an der Unterstützung der Balintarbeit im Internationalen Raum mitgewirkt.

Ein wichtiger Schritt war die Einführung der **Psychosomatischen Grundversorgung** mit Integration der Balintarbeit in die Weiterbildungsordnung für verschiedene Facharztgruppen 1987. Balintarbeit zur Pflichtveranstaltung zu machen, war durchaus nicht unumstritten. Balint hatte ein Auswahlverfahren zur Aufnahme von Teilnehmern in seine Gruppe entwickelt. In einer Untersuchung stellte er fest, dass ausgewählte Ärzte mehr von der Gruppenarbeit profitierten als solche, die ohne Auswahlverfahren in die Gruppe kamen. Die heutige Praxis zeigt, dass viele Kollegen die Arbeit im Laufe des halben Jahres Pflicht-Balintgruppe sehr zu schätzen lernen und weiterhin für sich nutzbar machen.

Unsere Landschaft der **Medizinischen Versorgung** hat sich seit den 1970er Jahren verändert. Sowohl die technische Medizin als auch die Pharmakotherapie haben sich rasant weiter entwickelt. Das Internet bietet mit seinen Portalen viele Möglichkeiten für Patienten, sich breit zu informieren. Die Komplexität des Wissens und unserer Welt kann sowohl Ärzte als auch Patienten überfordern. Aus dem **patriarchalen System** ist eine Partnerschaft geworden, aus den Direktiven wird das „shared decision making“, die **geteilte Entscheidungsfindung**. Dieses Vorgehen

*„Um eine geteilte Entscheidungsfindung zu ermöglichen, bedarf es des einander Zuhörens und des »Hörens mit dem Dritten Ohr«“*

*Michael Balint*



braucht Zeit, die wir oft nicht haben oder uns nicht nehmen. Um eine geteilte Entscheidungsfindung zu ermöglichen, bedarf es des einander Zuhörens und des „Hörens mit dem Dritten Ohr“ (M. Balint). Als Arzt muss ich zunächst einmal die Erkenntnisse und Vorstellungen des Patienten von seinem Körper und seiner Krankheit verstehen. Haben wir als Ärzte uns eine anatomisch-physiologische Grundeinstellung zum Körper angeeignet, so kommt der Patient möglicherweise mit ganz eigenen Fantasien zu seiner Krankheit zu seinem Funktionsdefizit. Wenn wir dies nicht berücksichtigen, dann scheitert oft der Versuch, den Patienten zur Compliance, zur Mitarbeit zu gewinnen. In der Balintgruppenarbeit wächst die Einsicht in diese Erkenntnisse.

Eine gewisse Verschiebung des Fokus hat sich in den 50 Jahren Balintarbeit ergeben. War das Anliegen von M. Balint zunächst vor allem die „Psychologisierung des Arztes“, der Erkenntnisgewinn des Arztes bezüglich der möglichen psychosomatischen Hintergründe eines Symptoms, sowie seiner Wirkung als Person auf Diagnose und Therapie, so ist heute die Entlastung der Gruppenteilnehmer ebenso ein Ziel der Arbeit.

„**Psychohygiene**“ ist ein wichtiger Teil der Balintarbeit geworden. Ärzte stehen heute unter großem Arbeits- und Erfolgsdruck. Die Bürokratie nimmt viel Raum ein. Sie sind Zweifeln bis Anfeindungen ausgesetzt. „Habe ich alles richtig gemacht?“ ist eine drängende Frage, die bei der Komplexität der Aufgabe nicht immer leicht zu beantworten ist. Es reicht nicht, das Beste gegeben zu haben – „a good enough doctor“ zu sein – es droht die Anklage, der Nachweis eines Versäumnisses, eines Versagens. Bei hoher Arbeitsbelastung wächst die Angst vor Unzulänglichkeiten. In der Balintgruppe kann hier Entlastung und Unterstützung geboten werden. Angst ist immer ein schlechter Ratgeber; Verständnis und Anteilnahme helfen, diese zu reduzieren. Dies gilt für Patienten gleichermaßen.

Die Balintgruppe bietet Entlastung für Ärzte in einer zunehmend unsicheren, fordernden, komplexen Umwelt. So wird immer wieder berichtet, dass die Unzufriedenheit der niedergelassenen Ärzte zunimmt und die medizinische Versorgung vor allem auf dem Lande gefährdet ist. Immer weniger Mediziner lassen sich dort nieder.

Eine weitere Veränderung auch für die Balintgruppenarbeit ergibt sich daraus, dass wir es in der Praxis heute in Deutschland – so wie auch in vielen anderen Ländern der Welt – mit einer **Durchmischung der Kulturen** zu tun haben. Sowohl auf Seiten der Kollegen als auch bei den Patienten finden wir heute in unserem Land Menschen aus vielen unterschiedlichen Herkunftsländern mit unterschiedlichen Traditionen,

Religionen, Philosophien, Lebenseinstellungen. Das ist hochspannend und interessant, erfordert aber in der Beziehungsgestaltung neue Kenntnisse und Fähigkeiten des Zuhörens und Verstehens. Auch Balintgruppen sind heute vielfach multikulturell. Sehr hilfreich ist, wenn ein Patient aus einem Land vorgestellt wird, aus dem auch eines der Gruppenmitglieder kommt. Er/Sie kann uns helfen, die Hintergründe zu verstehen, die besonderen Reaktionen auf Angebote des Arztes zu akzeptieren, vielleicht Kompromisse zu finden. Missverständnisse führen zu Frustration, Ärger, Ungerechtigkeit, aggressivem Verhalten auf beiden Seiten. Hier kann die Balintgruppenarbeit Vorurteile und Ängste nehmen und einen wichtigen Beitrag zum gegenseitigen Verständnis leisten.

Wichtig noch zu erwähnen, dass sich die Balintarbeit verändert hat durch Hinzunahme neuer Techniken aus der psychotherapeutischen und systemischen Arbeit. So können **Rollenspiel, Imagination, Skulpturarbeit, Psychodrama und Musik** fruchtbar in die analytische Arbeit eingefügt werden. Das macht die Arbeit lebendig, oft leichter zugänglich und führt zu intensivem Erleben. Die Schwierigkeiten in den vorgestellten Beziehungen werden bildhaft, Emotionen verständlich. Ich gehe davon aus, dass Balint – der sehr innovativ und experimentierfreudig war – diese Ausgestaltung seiner Methode wohlwollend zur Kenntnis nehmen würde.

Seit dem Jahr 2000 erscheint im Thieme-Verlag das **Balint-Journal**, das sowohl Berichte aus den verschiedenen Bereichen der Balintarbeit als auch Originalarbeiten und Ergebnisse aus der internationalen Forschung zur Balintarbeit vermittelt und dieses Jahr sogar erstmalig einen Impact Factor verzeichnen konnte.

Die Deutsche Balintgesellschaft hat sich für **weitere Berufsgruppen** und damit weitere professionelle Beziehungen geöffnet. Neben den medizinischen Berufen, den sogenannten helfenden Berufen, wie Pflegepersonal und Sozialarbeiter, sind Apotheker, Lehrer, Pfarrer, Juristen, Polizisten und andere mehr an der Beziehungsarbeit in Balintgruppen interessiert und profitieren von der Beziehungsdiagnostik mit ihren Erkenntnissen über sich selbst – dem Selbsterfahrungsanteil – sowie dem Training zur Empathie, zum Perspektivwechsel und damit zum besseren Verständnis des Gegenübers.

*Dr. med. Heide Otten*

*Fachärztin für Psychotherapeutische Medizin*

*Geschäftsführerin der Deutschen Balintgesellschaft (1992 – 2013)*

*Präsidentin der International Balint Federation (2001 – 2007)*

*Stiftungsratsmitglied der Internationalen Stiftung*

*Psychosomatik und Sozialmedizin*

in memoriam

# Nachruf zum Tod von Prof. Dr. med. Stephan Winckler

(\* 20.03.1949, † 18.01.2024)

Am 18.01.2024 ist Prof. Winckler unerwartet verstorben. Er leitete von 1996 bis 2014 die Universitätsklinik für Unfallchirurgie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

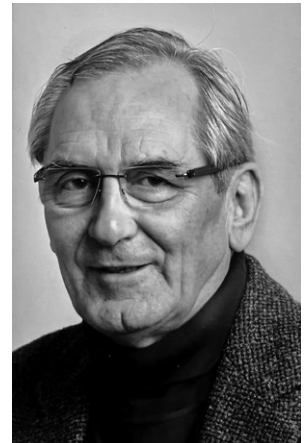
Prof. Winckler absolvierte sein Studium in Freiburg. Nach Weiterbildungen im Jüdischen Krankenhaus Berlin und Krankenhaus Neukölln ging er als Oberarzt zu Prof. Brug an die Klinik für Unfall- und Handchirurgie der Universität Münster und habilitierte dort 1992 zu Knocheninfektionen. Intramedulläre Osteosynthesen, Beinverlängerungen und Achskorrekturen sowie die Handchirurgie waren seine weiteren Schwerpunkte. Er wirkte als Mitherausgeber der Zeitschrift „Osteosynthese International“.

Im Juni 1995 kam Prof. Winckler als kommissarischer Leiter der Unfallchirurgie an die Chirurgische Klinik der Universität Magdeburg. Im August 1996 wurde eine eigenständige Unfallchirurgische Klinik unter seiner Leitung geschaffen. Schnell baute er einen festen Mitarbeiterstamm auf. Am Campus engagierte sich Prof. Winckler u. a. in der Promotionskommission.

In seiner Überzeugung machten Empathie, gepaart mit hohem Wissen und Können, den „guten Arzt“ in seiner Klinik aus. Seine Vorlesungsreihe begann stets mit „Wie heißt die Mutter der Medizin? Es ist die Anatomie.“

In den Visiten kam zum Tragen, was er in seiner Festrede zur Exmatrikulationsfeier 2013 an Wertvorstellungen weitergab: „Was meinen Sie, wie ältere oder alte Menschen es genießen, bei der Visite einmal über den Kopf gestreichelt zu werden bzw. die Wangen oder die Hand gestreichelt zu bekommen. Was ihm fehlt oder was und wie operiert wurde, ist bekannt. Am Bett genügen oftmals diese „banalen“ Hinwendungen, um einen Moment der Zufriedenheit der Patienten hervorzurufen.“ Seine Visitenführung setzte eine penible Vorbereitung durch die Mitarbeiter voraus. Im Studentenunterricht legte er immer wieder einmal die Oberbekleidung ab und freute sich, wenn die verdutzten Studierenden seine Blessuren nach Skiunfällen durch klinische Untersuchung herausfinden mussten.

Mit seinem Team etablierte Prof. Winckler mit dem „Learning Center Magdeburg“ gemeinsam mit dem Institut für Anatomie eine überregionale Weiterbildungsreihe für erfahrene Chirurginnen und Chirurgen. In der Kombination von Vorträgen, Live-Operationen mit Übertragung in den Hörsaal und Übungen am anatomischen Präparat wurde diese Veranstaltung eine feste Größe am Campus und fand in all den Jahren hervorragende Resonanz.



**Prof. Dr. med. Stephan Winckler**

Selbst kinderlos, widmete er sich in der Kinder-Uni Magdeburg mit viel Wärme und Einfühlungsvermögen der Verletzungsprävention im Kindesalter. Dabei gingen mehrere Wassermelonen und Fahrradhelme zu Bruch. Überregional war Prof. Winckler gesuchter Experte u. a. für die berufsgenossenschaftliche Rehabilitation und das Gutachtenwesen. Manch neuen Dingen stand er skeptisch gegenüber, förderte aber u. a. den Ausbau der Becken-, Wirbelsäulen- und Fußchirurgie als klinische Schwerpunkte.

In der Freizeit spielte er nahezu täglich Klavier. Die Digitalisierung seiner Modelleisenbahn war ein weiteres Projekt, von dem er gern berichtete.

Seit Eintritt in den Ruhestand lebte Prof. Winckler in seiner Geburtsstadt Lage/Lippe und engagierte sich dort in der lutherischen Kirchengemeinde.

Wir gedenken Professor Stephan Winckler. Er hat uns geprägt. Unser Mitgefühl gilt seinen Angehörigen.

Im Namen aller Schüler und Mitarbeiter seines akademischen Wirkens in Magdeburg

*Dr. med. Thomas Westphal &  
Prof. Dr. med. Stefan Piatek*



**Geburtstage**

**Allen Leserinnen und Lesern,  
die im April & Mai Geburtstag  
haben, gratulieren wir recht  
herzlich!**



*Die Geburtstage finden Sie in  
der gedruckten Ausgabe des  
Ärzteblattes Sachsen-Anhalt.*



### Geburtstage

**Allen Leserinnen und Lesern,  
die im April & Mai Geburtstag  
haben, gratulieren wir recht  
herzlich!**



*Die Geburtstage finden Sie in der gedruckten Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt.*



## Buchrezension

# Einmal um Halle – Eine Wanderung

Moritz Götze (Idee/Konzept), Rüdiger Giebler (Texte), Christian Lohse (Fotografie)

Hasenverlag Halle 2022, ISBN 978-3-945379-77-2, Hardcover im A4-Querformat, s/w-illustriert, 400 Seiten, ca. 2 kg, 40,00 €



Da ziehen drei Musen-söhne mitten im Sommer los, nicht auf dem Jakobsweg sondern um ihren Geburtsort Halle a. d. Saale. Einer führt, einer schreibt und ein dritter sorgt für viele Bilder, allesamt zu Fuß. Als sie auf

ähnliche Weise Jahre zuvor die Stadt erkundeten, hieß es noch Expedition. Das Umfeld sollte nun aber durch eine Wanderung ausgespäht werden, an vier Tagen, in mehr oder weniger festem Schuhwerk.

Ausgangspunkt ist der Marktplatz, wo der damalige Oberbürgermeister an seinem Amtssitz noch etwas Startproviant für die drei Wanderer bereithält. Und dann heißt es: Go West Richtung HaNeu und Nietleben und weitere fast fünfzig Stationen auf der Suche nach Alltag und Atmosphäre, nach Spuren der Geschichte und für Blicke über den Gartenzaun in Benkendorf, Kollenbey, Teicha oder Neuragoczy u. v. a. m. bis Lettin, immer das Gespräch mit ange-troffenen Mitbürgern suchend, die an diesen Orten gern leben, sie gestalten und sie aushalten. Gegen den Uhrzeigersinn umkreisen sie ihr Halle durch den Saalekreis und durch ausgefranste ländliche Ränder der Saalemetropole, Ortschaften mit und ohne erwähnenswerte Nachlässe aus ehemaliger Industrie oder gewerblicher Arbeit der Orte am Wegesrand.

Die Fußreise geht am ersten Tag (5. Juli 2019) von Halle bis zur Schleuse Planena (Km 22,7). Am nächsten Tag ist es der Südosten im Saalekreis mit Teilen der Gemeinde Schkopau und deren alter und neuerer Geschichte bis Dieskau (Km 59,8), an Deponien, ehemaligen Herrenhäusern und Kneipen vorbei. Eine

weitere Etappe führt durch den Osten des Saalekreises zum Friedrichsbad, nach Stichelsdorf, Oppin etc. bis Km 85,1 vor Gutenberg, Genschers Reideburg inklusive. Am letzten und vierten Tage marschieren die Drei durch das landschaftlich wohl schönste Stück der Reise um Morl, die Brachwitzer Alpen und das Saaletal. Es sind dann schließlich in den vier Tagen 107 Kilometer unter die Sohlen genommen worden mit neunundvierzig namentlich genannten Stationen. Der Texteschreiber weiß viele Ansichten und Begegnungen in knappen Sätzen zu fixieren. Die 356 schwarz-weißen Fotografien weisen weder Legenden noch Ordnungsnummern auf und finden sich doch im Schriftlichen wieder. Immer mal stoßen die Wanderer auf Reste einer interessanten Historie an Mauern, alter Architektur, industriellen Erbstücken oder anderen Findlingen.

Die Fotografien halten alles in bestechender Qualität fest. An jeder Stelle am Ende eines Tages setzen sie im Buch eine fiktive erwanderte Kilometermarke. So kommen sie endlich nach vier hochsommerlichen Wandertagen bei Km 106,8 am kaum noch wahrnehmbaren alten Dölauer Heidefriedhof an und ruhen sich auf einer etwas schiefen Steinbank aus. Die letzte Beerdigung fand dort vor etwa 100 Jahren statt. Diese Stätte war den Selbstmördern aus dem Heideforst vorbehalten, die auf den städtischen Friedhöfen nicht gelitten waren, u. a. ein Urahn des Barden Wolf Biermann.

Dieses besondere Buch wird sicher Zeitzeugen und Heimatfreunden gefallen, vielleicht auch diesem oder jenem Absolventen der Alma Mater Halensis. Als Wanderführer eignet es sich allerdings schon wegen seines Gewichtes nicht.

F.T.A. Erle, Magdeburg (Januar 2024)





## Erscheinungsdaten Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2024

Ausgabe	Erscheinungstag	Redaktions-/Anzeigenschluss
05/2024	18.05.2024 (Samstag)	12.04.2024 (Freitag)
06/2024	15.06.2024 (Samstag)	10.05.2024 (Freitag)
0708/2024	20.07.2024 (Samstag)	18.06.2024 (Dienstag)
09/2024	07.09.2024 (Samstag)	05.08.2024 (Montag)
10/2024	05.10.2024 (Samstag)	02.09.2024 (Montag)
11/2024	02.11.2024 (Samstag)	30.09.2024 (Montag)
12/2024	07.12.2024 (Samstag)	05.11.2024 (Dienstag)



**Aktion Deutschland Hilft**  
Das starke Bündnis bei Katastrophen

Wenn Menschen durch große Katastrophen in Not geraten, helfen wir. Gemeinsam, schnell und koordiniert. Schon ab 5 € im Monat werden Sie Förderer. So helfen Sie Tag für Tag und genau dort, wo die Not am größten ist.

Spendenkonto: DE62 3702 0500 0000 1020 30  
Jetzt Förderer werden unter: [www.Aktion-Deutschland-Hilft.de](http://www.Aktion-Deutschland-Hilft.de)

 **Aktion Deutschland Hilft**  
Bündnis deutscher Hilfsorganisationen



# MEDIADATEN 2024

Hier finden Sie die aktuellen Mediadata des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt:



[www.t1p.de/media2024](http://www.t1p.de/media2024)



Alle Beiträge des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt sind auch online abrufbar:

[www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de](http://www.aerzteblatt-sachsen-anhalt.de)

Mockup: freepik.com:screen; AKSA



## Ihr Rundum-Dienstleister für KV-Dienste!

**ASTRID PRANTL**  
ARZTEVERMITTLUNG

[www.ap-aerztevermittlung.de](http://www.ap-aerztevermittlung.de)

- Pappelallee 33 • 10437 Berlin
- 030. 863 229 390
- 030. 863 229 399
- 0171. 76 22 220
- kontakt@ap-aerztevermittlung.de



### KV-Dienst-Vertreter werden !

- Verdienstmöglichkeit auf Honorarbasis
- individuelle Einsatzorte und -zeiten
- Full-Service bei der gesamten Organisation

### KV-Dienste vertreten lassen !

- Honorarärzte mit deutscher Approbation
- nur haftpflichtversicherte Vertreter
- komplette Dienstkoordination

Hier können Sie unsere  
Kontaktinformationen scannen  
und speichern:



**MÜLLER MARKETING**

### Anzeigenverwaltung und -annahme

Müller Marketing GmbH  
Dürerstraße 2, 39112 Magdeburg  
Telefon 0391 - 5 32 32 27  
anzeigen@aerzteblatt-sachsen-anhalt.de



Das Polizeiarztliche Zentrum / Ärztlicher Gutachterdienst  
der Landesverwaltung sucht:

### mehrere Polizeiarzte (m/w/d)

- **Arbeitsort:** Magdeburg, Aschersleben, Halle/Saale oder Dessau-Roßlau
- **Vergütung:** Einstellung in die BesGr. A15 BesO ist beabsichtigt
- **Aufgabenschwerpunkt:** Bearbeitung gutachterlicher Fragestellungen, betriebs- und sozialmedizinischer Fragestellungen und medizinische Versorgung von Polizeivollzugsbeamten

  
**SACHSEN-ANHALT**  
Ministerium für  
Inneres und Sport



Bewerbung an:  
Bewerbung.Referat25@  
mi.sachsen-anhalt.de

## Impressum

### Ärzteblatt Sachsen-Anhalt

Offizielles Mitteilungsblatt der  
Ärztelkammer Sachsen-Anhalt  
(Präsident: Prof. Dr. U. Ebmeyer)

### Herausgeber:

Ärztelkammer Sachsen-Anhalt  
Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Telefon (03 91) 60 54-6  
Telefax (03 91) 60 54-7000  
E-Mail: info@aeksa.de

### Redaktion:

Fremmer, N.  
Rothkötter, Hermann-Josef, Prof. Dr., Chefredakteur (vi.S.P.)  
Barnau, J. (verantwortlich f. d. Fortbildungsteil)

### Redaktionsbeirat:

Böhm, Stefan  
Krause, W.-R., Dr.  
Meyer, F., Prof. Dr.  
Schlitt, A., Prof. Dr.

### Anschrift der Redaktion:

Doctor-Eisenbart-Ring 2  
39120 Magdeburg  
Telefon (03 91) 60 54-78 00  
Telefax (03 91) 60 54-78 50  
E-Mail: redaktion@aeksa.de

### Anzeigenannahme und -verwaltung

Müller Marketing GmbH  
Dürerstraße 2  
39112 Magdeburg  
Telefon (03 91) 53 23 227  
Telefax (03 91) 53 23 233  
Anzeigenleitung: Jana Müller  
z. Z. Anzeigenpreisliste Nr. 23 vom 01.01.2023  
E-Mail: anzeigen@aerzteblatt-sachsen-anhalt.de

### Herstellung:

dreihochdrei – Agentur für Mediendesign  
Dürerstraße 2  
39112 Magdeburg  
Telefon (03 91) 53 23 232  
Telefax (03 91) 53 23 233

Zuschriften redaktioneller Art bitten wir nur an die Redaktion zu richten.  
Für drucktechnische Fehler kann die Redaktion keine Verantwortung übernehmen.

Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Für unverlangt eingesandte Manuskripte und Fotos wird keine Haftung übernommen. Mit der Annahme von Originalbeiträgen zur Veröffentlichung erwirbt der Herausgeber das uneingeschränkte Verfügungsrecht. Dies gilt insbesondere auch für die digitale Verbreitung (Online-Ausgabe) im Internet. Die Redaktion behält sich Änderungen redaktioneller Art vor.

Die Autoren verpflichten sich, urheberrechtlich geschütztes Material (Textzitate, Statistiken, Abbildungen, Fotografien usw.), das sie in ihrem Beitrag verwenden, als solches kenntlich zu machen und die zitierte Quelle anzugeben. Weiter verpflichten sie sich, von den Urheberrechtinhabern die Abdruckerlaubnis (auch für die Online-Ausgabe) einzuholen und entsprechende Nachforschungen anzustellen, soweit dies wirtschaftlich vertretbar ist.

Für den Inhalt namentlich gekennzeichnete Beiträge sind allein die Autoren verantwortlich. Sie dienen dem freien Meinungsaustausch. Nachdruck ist nur mit schriftlicher Genehmigung des Herausgebers statthaft. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen ausschließlich die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar.

Die Zeitschrift erscheint monatlich, in der Regel jeweils zum ersten Samstag des Monats, 10 x im Jahr. Bezugsgebühr jährlich € 48,00, ermäßigter Preis für Studenten € 36,00; Einzelpreis € 5,00. Bestellungen werden von der Redaktion entgegengenommen. Die Kündigungsfrist für Abonnements beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Für die Mitglieder der Ärztekammer Sachsen-Anhalt ist der Bezugspreis mit dem Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Diese Zeitschrift wurde auf chlorfrei gebleichtem Papier gedruckt.  
ISSN 0938-9261



31. Mai – 01. Juni

stgkjm  
2024

Jahrestagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie

**MAGDEBURG 2024**

[www.stgkjm.de](http://www.stgkjm.de)

SAMSTAG, 19. OKTOBER 2024



**impfmedizin.  
aktuell**



KULTURHISTORISCHES  
MUSEUM  
MAGDEBURG

# Alwines Puppen

Kostümgeschichte  
*en miniature*

Sonderausstellung  
bis 20. Mai 2024

[www.khm-magdeburg.de](http://www.khm-magdeburg.de)