

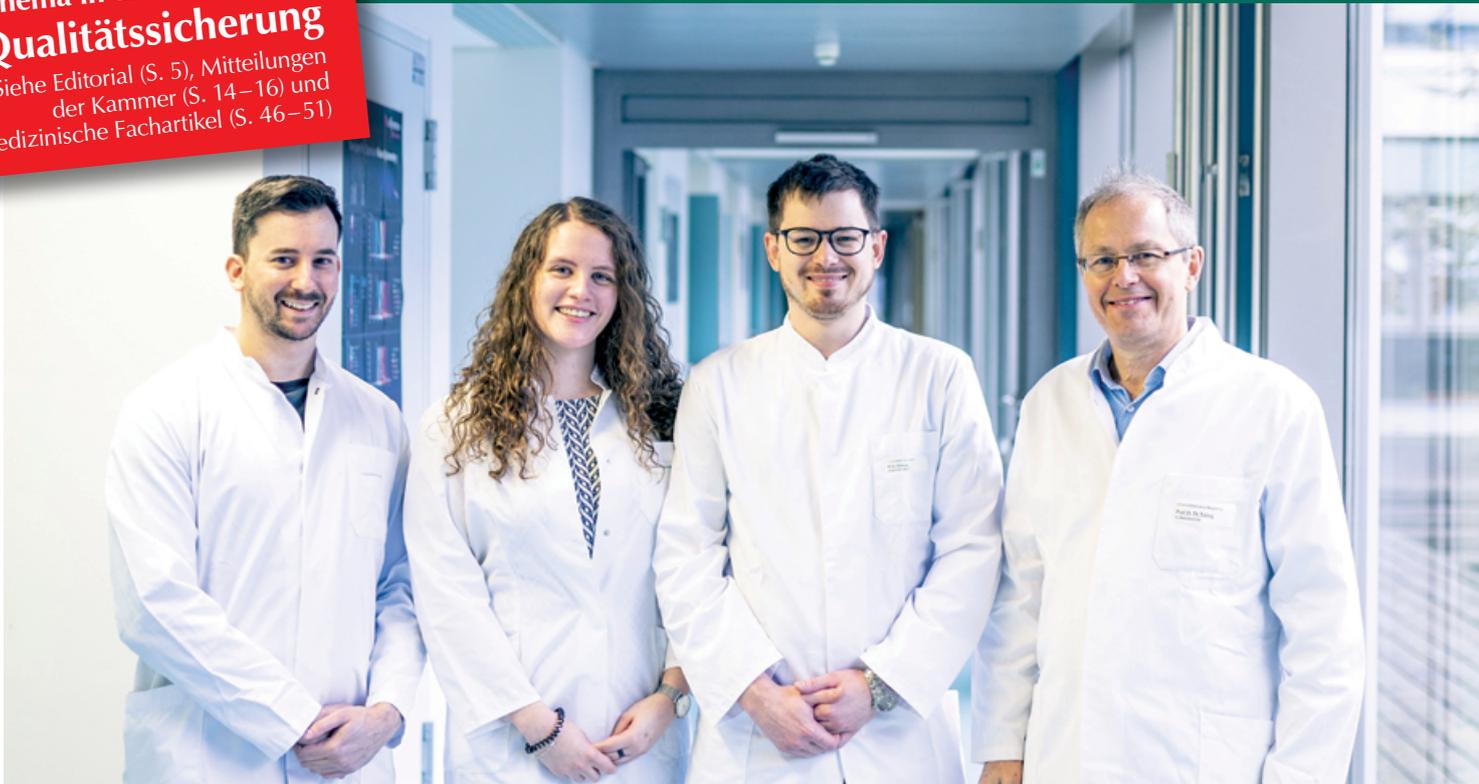
ÄRZTEBLATT

SACHSEN-ANHALT

3 2022

Mitteilungen der Ärztekammer

Titelthema in dieser Ausgabe:
Qualitätssicherung
Siehe Editorial (S. 5), Mitteilungen
der Kammer (S. 14–16) und
Medizinische Fachartikel (S. 46–51)



26 Millionenförderung für exzellente Krebsforschung
an der Universitätsmedizin Magdeburg



27 Erhält Ehrennadel des
Landes Sachsen-Anhalt:
Mediziner Dr. Ralf Eckert



43 Corona verschärft Krise
am Äquator – Uganda
schwer getroffen



44 DRF-Jahresbilanz 2021
Luftrettung auch in der
Corona-Pandemie gefragt



Die Medizinische Versorgungszentrum Universitätsklinikum Halle gGmbH (MVZ) wurde 2007 vom Universitätsklinikum Halle (Saale) als 100%ige Tochtergesellschaft zur Erbringung aller nach § 95 SGB V zulässigen ärztlichen und nichtärztlichen Leistungen und aller damit in Zusammenhang stehenden Tätigkeiten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gegründet. Zur Verstärkung unseres ca. 80-köpfigen standortübergreifenden Teams besetzen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt die Stelle eines:

Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (m/w/d) in VZ oder TZ

Der Fokus Ihrer Tätigkeit:

- Ambulante, fachärztliche Versorgung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie
- Interdisziplinäre Zusammenarbeit mit Sprechstunden im MVZ

Ihre Qualifikationen und Fähigkeiten:

- Abgeschlossene Facharztausbildung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
- Interdisziplinäres Denken und Handeln in Zusammenarbeit mit den anderen Fachdisziplinen
- Patientenorientierte Sichtweise und empathischer Umgang mit Patienten und deren Familien
- Breite Fachkompetenzen
- Hohes Engagement und Verantwortungsbewusstsein
- Selbständiges Arbeiten
- Patientenorientierte, kommunikative und kollegiale Persönlichkeit

Ihre Vorteile bei uns:

- Unbefristete Anstellung und geregelte Arbeitszeiten
- Weiterbildungsmöglichkeiten und Arbeiten in einem breiten Leistungsspektrum
- Leistungsorientierte Vergütung
- Engagiertes und kollegiales Team

Haben wir Ihr Interesse geweckt? Dann senden Sie bitte Ihre aussagefähigen Unterlagen mit Angabe Ihrer Verfügbarkeit und Ihrer Gehaltsvorstellungen per E-Mail an die Kaufmännische Geschäftsführung des MVZ – Herr Andreas Eisoldt. Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Medizinisches Versorgungszentrum Universitätsklinikum Halle gGmbH
Herrn Andreas Eisoldt, Daniel-Vorländer Straße 4, 06120 Halle (Saale)
E-Mail an: mvz@uk-halle.de, Tel: 0345/5573055

Praxizräume für Hausarzt in Wernigerode

in bester Innenstadtlage, ca. 160qm, barrierefrei durch einen Fahrstuhl, 1. OG, Parkplätze vorhanden. Im Gebäude befinden sich 2 Arztpraxen, eine Physiotherapie und eine Apotheke.

Melden Sie sich bitte unter 0160/97734092

Tipp

Hier finden Sie die aktuellen Mediadaten des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt:
www.t1p.de/media2022



13. MAGDEBURGER ONLINE-ECHOKARDIOGRAPHIE-WORKSHOP

02.04.2022, 09:00-12:30 Uhr

Rechter Ventrikel: Anatomie, Funktion, Erkrankungen, Trikuspidalklappeninsuffizienz

Rechter Ventrikel – Anatomie, Funktion, echokardiographische Diagnostik // Dr. med. Detlef Roser, Oberarzt & Sektionsleiter Innere Medizin/ Kardiologie, Sana Herzchirurgie Stuttgart GmbH

Erkrankungen vom rechten Herzen – echokardiographische Diagnostik und Abklärung // Dr. med. Ursula Wilkenschoff, Oberärztin, Leitung Echokardiographie/Klinik für Kardiologie, Charité-Universitätsmedizin Berlin

Trikuspidalklappeninsuffizienz – echokardiographische Diagnostik, prognoserelevante Parameter. Welche Patienten sollten interventionell behandelt werden? // Dr. med. Kai Friedrichs, Oberarzt, Klinik für Allgemeine und Interventionelle Kardiologie/Angiologie, Universitätsklinik der Ruhr Universität, Bochum, Bad Oeynhausen

KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH

Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Magdeburg
Birkenallee 34 | 39130 Magdeburg | ☎ +49 (0)391 791-0
www.klinikum-magdeburg.de

Bitte senden Sie Ihre Anmeldung an E-Mail: kardiologie@klinikum-magdeburg.de. Teilen Sie uns Ihre EFN mit, denn wir haben für die Veranstaltung Fortbildungspunkte bei der Ärztekammer beantragt.



Für den Menschen.
Für das Leben.



Wir sind ein Tochterunternehmen der Biotest AG. Für unser nach modernsten Qualitätsstandards konzipiertem Plasmazentrum in Magdeburg suchen wir **Ärzte/Ärztinnen** mit gültiger Approbation zur Unterstützung unseres Teams. Berufseinsteiger werden gerne gesehen. Günstige Arbeitszeiten lassen genug Freiraum, um Beruf und Weiterbildung perfekt miteinander zu kombinieren.

Arzt/Ärztin

Voll-/Teilzeit (im Früh-/Spätdienst)

Ihre Aufgaben

- ärztliche Betreuung der Plasmaspender
- Spenderaufklärungen zur Plasmapherese
- Eignungsuntersuchung von Neu- und Dauerspendern
- Befundung der Laborergebnisse

Wir bieten Ihnen:

- Arbeiten im netten Team, modernes Arbeitsumfeld
- Arbeitszeiten im Früh- und Spätdienst, 5 Tage Woche
- keine Nacht-, Feiertags- und Sonntagsarbeit
- attraktive Arbeits- und Einkommensbedingungen
- regulärer Urlaub (30 Tage), betriebliche Altersvorsorge
- vermögenswirksame Leistungen
- kontinuierliche Fortbildungsmöglichkeiten
- günstige Lage mit guten Verkehrsanbindungen

Bei Interesse, senden Sie bitte Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen an:

Ihre Ansprechpartnerin:

Frau Petra Räbel – Manager Personal
Postfach 10 20 30 • 63266 Dreieich
oder an: info-pse@plasmaservice.de

www.plasmaservice.de



Inhaltsverzeichnis

Editorial

- 5 Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement – Pro und Contra

Mitteilungen der Kammer

- 6 Ärztliche Weiterbildung in Sachsen-Anhalt
 7 Neu erteilte Weiterbildungsbefugnisse
 14 Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt stellt sich vor: Die Abteilung Qualitätssicherung
 15 Externe Qualitätssicherung gem. SGB V
 17 Ergebnisse der Umfrage „Leseverhalten und Themenbedarf der Ärzteschaft“
 19 84 Medizinische Fachangestellte legen Prüfung ab

Neues aus dem Kammerbereich

- 21 Ausschreibung der Vertragsarztsitze
 22 Chefarztwechsel

24



24

Leben retten trainieren
 Beim Schockraumtraining im Klinikum Magdeburg wachsen die Teams noch mehr zusammen.

- 25 Schmerzkonferenz: „Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA bei fortgeschritten metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom“
 26 **Millionenförderung für exzellente Krebsforschung an der Universitätsmedizin Magdeburg**
 27 **Dr. Ralf Eckert wird mit Ehrennadel des Landes Sachsen-Anhalt ausgezeichnet**
 28 COVID-19-Impfstoffe triggern keine Autoantikörper
 29 Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen
 30 Jahresrückblick Innere Medizin am 15. Januar 2022
 34 Symptomkontrolle bei Palliativpatienten als Leistung der häuslichen Krankenpflege
 35 QR-Code: Die schnelle Informationsmöglichkeit

Aktuelle Themen

- 36 Ausschreibungen: Wilhelm P. Winterstein-Preis 2022 der Deutschen Herzstiftung und Wissenschaftspreis der Kurt und Erika Palm-Stiftung 2022
 37 Young Investigator Award – 126. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.
 39 Geriatrie-Kolloquium: ZASSA bietet Fortbildung zur Altersmedizin an
 40 DSO-Jahresbilanz 2021
 43 **Uganda: Corona verschärft die Krise am Äquator**
 44 **Jahresbilanz 2021 der DRF-Gruppe**

Medizinischer Fachartikel

46



46

Die regionale chirurgische Qualitätssicherung über die Landesärztekammern am Beispiel der Gallenchirurgie

Dr. med. Walter Asperger

- 50 **CIRS-Fall: aus dem Fehlerregister der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie**

Recht aktuell

- 52 Rechtsfragen Corona

Varia

- 53 Buchrezension: „Erika Fatland: Die Grenze – Eine Reise rund um Russland“
 54 Kommentar von Dr. med. Gunther Gosch
 56 Kommentar von Prof. Dr. med. habil. Axel Schlitt
 57 Geburtstage im März
 66 Impressum

Ärztliche Fortbildung

- 60 Übersicht Fort- und Weiterbildungen
 61 Fort- und Weiterbildungskurse für Ärztinnen und Ärzte
 64 Veranstaltungen für Assistenzpersonal
 65 Aktualisierung von Fachkunden nach Strahlenschutz



Arzneimittelkommission
der deutschen Ärzteschaft



SACHSEN
ANHALT

Kassenärztliche Vereinigung

Vorankündigung

Fortbildungsveranstaltung der AkdÄ in Kooperation mit der
Ärztekammer Sachsen-Anhalt und der KV Sachsen-Anhalt
am 23.04.2022, 10.00 – 13.45 Uhr

- Wissenschaftliche Leitung:** **Dr. med. Simone Heinemann-Meerz**
Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie in Halle (Saale)
Mitglied des Vorstandes der AkdÄ
- Moderation:** **Dr. med. Simone Heinemann-Meerz**
- Wissenschaftliches Programm:** **Covid-19: Was wissen wir zur medikamentösen Therapie und zu den Impfstoffen gegen SARS-CoV-2? (Arbeitstitel)**
Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig
Facharzt für Innere Medizin (Hämatologie und internistische Onkologie,
Transfusionsmedizin), Berlin, Vorsitzender der AkdÄ

Das weitere Programm ist in Bearbeitung

Abschlussdiskussion

Als Fortbildungsveranstaltung mit 5 Punkten zertifiziert und kostenfrei.

- Ort:** Deutsche Akademie der Naturforscher
Leopoldina, Jägerberg 1, 06108 Halle (Saale)
- Parkmöglichkeiten:** Friedemann-Bach-Platz,
Parkhaus Händelhaus-Karree, Dachritzstraße 10
- Auskunft:** Abteilung Fortbildung
Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg
Tel.: 0391/60547700, Fax: 0391/60547731
- Anmeldung:** Der Flyer erscheint im Ärzteblatt Heft 4/2022.

Achtung: Begrenzte Teilnehmerzahl!

Qualitätssicherung/ Qualitätsmanagement – Pro und Contra



Dr. med. Uwe Rose

Hohe Qualität bei der Patientenversorgung zu erreichen, stellt für uns Ärzte eine Selbstverständlichkeit dar. Zur Evaluierung stehen uns Instrumente wie Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement zur Verfügung. Dagegen spricht erst einmal nichts. Auch, dass sich die Ärzteschaft für eine Förderung der Qualität aktiv engagiert und einsetzt, steht außer Frage.

Was bereitet uns aber in den letzten Jahren zunehmend Sorge? Dies sind eher nicht die internen Qualitätssicherungsmaßnahmen in den Praxen und Kliniken wie zum Beispiel Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen und Peer Reviews, die auch schon an sich einen verstärkten Dokumentations- und Arbeitsaufwand mit sich bringen. Zertifizierungen, Zentrenbildungen, Audits und Re-Audits rauben Zeit, die für die Arbeit am Patienten nicht mehr zur Verfügung steht. Eine Vergütung für diese aufwendigen Maßnahmen erfolgt nicht durch die Kostenträger, so dass in der Regel auch keine Konsequenzen bezüglich eines Personalaufbaus durch die Kliniksträger erfolgen.

Mit dem Inkrafttreten des GKV-Reformgesetzes (§ 135a SGB V) im Jahr 2000 wurden die Leistungserbringer zu interner und externer Qualitätssicherung gesetzlich verpflichtet.

Wir Ärztinnen und Ärzte klagen seitdem über einen zunehmend überbordenden bürokratischen Aufwand, der kaum noch in einem möglichen Vorteil und Nutzen für die Patientenversorgung steht.

Nach Überführung der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) zum 01.01.2020 ist die Ärztekammer jetzt sogar nicht mehr vertragsbeteiligt. Wer soll das noch verstehen?

Die Arbeit bleibt bei der Ärztekammer und den sechs ärztlichen Fachgruppen, die für 2020 in Sachsen-Anhalt über 60.000 Datensätze beurteilen mussten. Insgesamt sind in den externen Qualitätssicherungsmaßnahmen 16 Leistungsbereiche sogenannte Module einbezogen, die Leistungen von Herzschrittmacherimplantationen über Operationen verschiedener Fachdisziplinen bis zur ambulant erworbenen

Pneumonie und Dekubitus auswerten müssen. Die Bundesärztekammer hat in ihrem Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“ reagiert. Darin werden die immensen Dokumentationsanforderungen an QM/QS in ihrer Entwicklung zunehmend als Selbstzweck bewertet. „Der Fokus liegt nicht mehr auf dem eigentlichen Ziel der Qualitätsverbesserung, sondern vor allem auf der externen Kontrolle. QS/QM ist aus ärztlicher Sicht kein Selbstzweck, sondern Mittel zum Zweck“. Sie sollten effektiv und nicht bürokratisch überfrachtet und als gesetzlich formuliertes Kontrollsystem eingesetzt werden. Das eigentliche Ziel der qualitativen Verbesserung der Patientenversorgung muss das Hauptaugenmerk sein.

Die Bundesärztekammer hat eine Reihe von Vorschlägen und Lösungsansätzen in ihrem Referendum klar definiert. Interne Qualitätsmanagements müssen Vorrang vor G-BA-Kontrollbürokratie mit Sanktionierung haben. Externe Qualitätssicherung steht aufgrund der Ressourcenbindung in keinem Verhältnis mehr zum Nutzen und gesetzlich definierte Qualitätsindikatoren sollten auch adäquat zum Einsatz kommen. Die Landesärztekammern haben QS-Maßnahmen seit 2000 vorgeschlagen und auch übernommen. Sie haben jedoch durch die G-BA-Richtlinien ihre Rolle als neutrales und beratendes Gremium verloren.

Wir Ärztinnen und Ärzte wollen unsere Patientinnen und Patienten nach hohen Qualitätsstandards behandeln und sehen in Qualitätssicherung und Qualitätsmanagements zentrale Werkzeuge dafür. Knappe Personalressourcen in Praxen und Krankenhäusern für externe QS-Maßnahmen als reines gesetzliches Kontrollsystem mit fraglichem Wert und Evidenz einsetzen zu müssen, wird zu weiterer Demotivation führen.

Dr. med. Uwe Rose

Mitglied des Vorstands der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Quelle: Memorandum „Qualitätssicherung/Qualitätsmanagement 2020 aus ärztlicher Sicht – Mehrwert für die Patientenversorgung“. Beschluss des Vorstands der Bundesärztekammer vom 21.08.2020

Ärztliche Weiterbildung in Sachsen-Anhalt

Monatlich möchten wir an dieser Stelle die Ärztinnen und Ärzte benennen, die erfolgreich ihre Facharztprüfung an der Ärztekammer Sachsen-Anhalt abgelegt haben. Wir wünschen weiterhin viel Erfolg in der weiteren ärztlichen Tätigkeit.

Im Monat **Dezember** konnten wir folgende Ärztinnen und Ärzte zum Erwerb des Facharztes beglückwünschen:

Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Ines Bielig, Schönebeck (Elbe)
Anastasia Bulatova, Klietz
Yasmina Dridi, Teutschenthal
Gabriela Girndt, Halle (Saale)
Anne Kubernath, Schönebeck (Elbe)
Dr. med. Kathrin Wattenbach,
Bitterfeld-Wolfen

Facharzt für Anästhesiologie

David Avila Castillo, Halle (Saale)
Monia-Martina Höding, Magdeburg
Christian Schinzel, Merseburg
Dr. med. Mandy Wirkner,
Bitterfeld-Wolfen
Robert Woese, Dessau-Roßlau
Dr. med. Marie Wolff, Halle (Saale)

Facharzt für Anatomie

Dr. med. Sandra Petzold, Magdeburg

Facharzt für Augenheilkunde

Dr. med. Artur Gorys,
Lutherstadt Wittenberg
Janine Müller, Magdeburg
Lyudmyla Shteyman, Merseburg

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Konstanze Weber,
Köthen (Anhalt)
Fiodor Zaitsev, Halle (Saale)

Facharzt für Viszeralchirurgie

apl. Prof. Dr. med. Ulrich Ronellenfitsch,
Halle (Saale)
Dr. med. Juliane Steffens, Stendal

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Silvia Heinemann, Magdeburg
Susanne Homeister, Halle (Saale)
Volodymyr Sherer, Schönebeck (Elbe)

Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Jacqueline Pawliczak, Halle (Saale)

Facharzt für Innere Medizin

Dr. med. Ireen Eckstein, Magdeburg
Dr. med. Heinrich Korth, Halle (Saale)

Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie

Ahmed Afifi, Magdeburg
Dr. med. Matthias Oberbeck,
Halle (Saale)
Maria Puttkammer, Halle (Saale)
Dr. med. Stefanie Reck, Magdeburg

Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie

Olga Fuchs, Coswig (Anhalt)
Paul-George Straistaru, Quedlinburg
Andrea Trübner, Lutherstadt Eisleben
Vytautas Varnagiris, Magdeburg

Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie

Stephan Philipp Heinemann-Dammann,
Gommern

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Anne Sophie Erdrich,
Magdeburg
Dr. med. Ulrike Köhler, Weißenfels
Cornelia Wiedenhöft, Stendal

Facharzt für Laboratoriumsmedizin

Alexandra Simion, Dessau-Roßlau

Facharzt für Neurologie

Carlos Bönisch, Halle (Saale)
Juliane Kellner, Halle (Saale)
Dr. med. Stephan Maul,
Naumburg (Saale)

Facharzt für Pathologie

Dr. med. Daniel Bethmann,
Halle (Saale)

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Tino Fischbach, Magdeburg
Kechav Nunkoo, Dessau-Roßlau

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. med. Dorothea Möller, Magdeburg

Im Monat **Januar** konnten wir folgende Ärztinnen und Ärzte zum Erwerb des Facharztes beglückwünschen:

Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Franziska Dalicho,
Magdeburg
Dr. med. Franziska Jacobs, Beendorf

Facharzt für Anästhesiologie

Josephine Brand, Halle (Saale)
Jonas Gronemeyer, Halle (Saale)
Dr. med. Julia Reuner, Magdeburg

Facharzt für Innere Medizin

Al Hossain Al Nour, Lutherstadt Eisleben
Elisabeth Albrecht, Halle (Saale)
Carolina Alvarado Solórzano,
Dessau-Roßlau
Dr. med. Celina Kränzlein, Halle (Saale)
Dr. med. Türkan Mehdorn, Weißenfels
Carla-Maria Mihu, Dessau-Roßlau
Marlen Wenzel, Oschersleben (Bode)
Anke Wolbach-Akrawi,
Bad Schmiedeberg

Facharzt für Innere Medizin und Geriatrie

Dr. med. Holger Böhme, Staßfurt

Weiterbildungsbefugnisse mit den anzuerkennenden Weiterbildungszeiten gemäß der aktuellen Weiterbildungsordnung Sachsen-Anhalt 2020 (siehe auch im Internet unter www.aeksa.de)

Facharztbezeichnungen:

Allgemeinmedizin

Dr. med. Hendrik Berndorff
 Arztpraxis
 Breiteweg 46
 39179 Barleben
 18 Monate

Bernhard Blum
 Arztpraxis
 Zeitzer Straße 40
 06667 Weißenfels
 24 Monate

Dr. med. Volker Brinkmann
 Arztpraxis
 Ernst-Kamieth-Straße 11
 06112 Halle (Saale)
 12 Monate

Thomas Eckhardt
 Arztpraxis
 Gerikestraße 4
 39340 Haldensleben
 12 Monate ambulante hausärztliche
 Versorgung

Dr. med. Anja Fischer
 Arztpraxis
 Lübecker Straße 105
 39124 Magdeburg
 18 Monate

Dr. med. Kathrin Heidemann
 Gundhild Heidemann
 Berufsausübungsgemeinschaft
 Thomas-Mann-Straße 24
 39365 Wefensleben
 18 Monate im Verbund

Dr. med. Anja Hofer
 Arztpraxis
 Diesterwegstraße 39
 06128 Halle (Saale)
 12 Monate

Dipl.-Med. Petra Jahn
 Arztpraxis
 Gerstenstraße 2
 06542 Allstedt
 18 Monate

Dr. med. Andreas Lößner
 Arztpraxis
 Goethestraße 49
 39108 Magdeburg
 12 Monate ambulante hausärztliche
 Versorgung

Dr. med. Astrid Lukowsky
 Arztpraxis
 Johannisstraße 16
 06193 Wettin-Löbejün
 18 Monate

Dipl.-Med. Kirsten Matthies
 Medizinisches Versorgungszentrum
 „Im Altstadtquartier“ GmbH
 Max-Otten-Straße 14
 39104 Magdeburg
 6 Monate

Dr. med. Uwe Milbradt
 Dr. med. Peter Birkenhauer
 Dr. med. Benjamin Eberhardt
 Kerstin Gehrman
 Irina Luzius
 MVZ Börde
 Holzgasse 2 a
 39387 Oschersleben (Bode)
 und
 Nebenbetriebsstätte
 Wanzleben-Börde
 Roßstraße 33
 39164 Wanzleben-Börde
 24 Monate im Verbund

Manuela Neumann
 Arztpraxis
 Johannes-Göderitz-Straße 125
 39130 Magdeburg
 12 Monate

Andreas Prehn
 Arztpraxis
 Kastanienallee 8
 06217 Merseburg
 18 Monate

Karsten Schlösser
 Arztpraxis
 Schillerstraße 9
 06749 Bitterfeld-Wolfen
 18 Monate

Dr. med. Lutz Spiegel
 Arztpraxis
 Erich-Weinert-Ring 25 a
 39317 Elbe-Parey
 12 Monate ambulante hausärztliche
 Versorgung

Dr. med. Marcus Uhler
 MVZ des Städtischen Klinikums
 Dessau gGmbH
 Auenweg 38
 06847 Dessau-Roßlau
 6 Monate

Anästhesiologie

Dr. med. Christiana Hesse
 Prof. Dr. med. habil. Martin Sauer
 Klinikum Magdeburg gGmbH
 Zentrum für Anästhesiologie und
 Intensivmedizin
 Birkenallee 34
 39130 Magdeburg
 60 Monate, einschließlich 12 Monate
 Intensivmedizin, im Verbund

Dr. med. Jens Rau
 Altmark-Klinikum gGmbH
 Krankenhaus Salzwedel
 Klinik für Anästhesiologie und
 Intensivmedizin
 Brunnenstraße 1
 29410 Salzwedel
 48 Monate, einschließlich 6 Monate
 Intensivmedizin, im Verbund mit
 Kay Wehde

Dr. med. Georg Rehmert
 Johanniter-Krankenhaus
 Genthin-Stendal GmbH
 Klinik für Anästhesiologie und
 Intensivmedizin
 Wendstraße 31
 39576 Stendal
 60 Monate, einschließlich 12 Monate
 Intensivmedizin

Dr. med. Peter Trommler
 HELIOS Klinik Köthen GmbH
 Klinik für Anästhesie und
 Intensivmedizin
 Hallesche Straße 29
 06366 Köthen (Anhalt)

60 Monate, einschließlich 12 Monate
Intensivmedizin, im Verbund mit
Dr. med. Thomas Eberle

Augenheilkunde

Prof. Dr. med. habil. Thomas Hammer
Dr. med. Ute Hammer
Dr. med. Anke Habermann
Augenzentrum „Frohe Zukunft“
Dessauer Straße 194
06118 Halle (Saale)
48 Monate im Verbund

Antje Krappe
Christin Lembke
Augenärztliche
Berufsausübungsgemeinschaft
Hackelberg 4-5
39387 Oschersleben (Bode)
und
Nebenbetriebsstätte
Magdeburger Straße 1
39387 Oschersleben (Bode)
12 Monate im Verbund

Priv.-Doz. Dr. med. Lothar Krause
Städtisches Klinikum Dessau
Klinik für Augenheilkunde
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
60 Monate

Dr. med. Anna Sasse
MVZ Augenheilkunde
Mitteldeutschland GmbH
Rathenauplatz 12
06114 Halle (Saale)
48 Monate

Prof. Dr. med. Hagen Thieme
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Augenheilkunde
Gerhart-Hauptmann-Straße 35
39108 Magdeburg
60 Monate

Allgemeinchirurgie

Bernd Lösche
Asklepios MVZ Sachsen-Anhalt GmbH
Naumburger Straße 76
06667 Weißenfels
24 Monate

Dr. med. Jörg Walter
SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH
Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie

Lindenallee 1
06712 Zeitz
72 Monate, davon 18 Monate
Orthopädie und Unfallchirurgie im
Verbund mit Dr. med. Andreas Pflug,
18 Monate Viszeralchirurgie im Verbund
mit Dr. med. Thomas Bolle sowie
6 Monate Intensivmedizin im Verbund
mit PD Dr. med. habil. Falk Gonnert
sowie 6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Markus Preußler

Kinder- und Jugendchirurgie

Prof. Dr. med. Martin Kaiser
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Universitätsklinik und Poliklinik für
Kindertraumatologie und
Kinderchirurgie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
48 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Roland Haase sowie
6 Monate Notfallaufnahme im Verbund
mit Dipl.-Med. Mroawan Amoury

Orthopädie und Unfallchirurgie

Dr. med. Enrico Kahl
AMEOS Klinikum Aschersleben
Klinik für Orthopädie, Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Eislebener Straße 7 a
06449 Aschersleben
48 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Maxi Salheiser sowie
6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Jörn Duwenkamp

Dr. med. Steffi Kühne
Arztpraxis
Geschwister-Scholl-Straße 28
39307 Genthin
12 Monate

Viszeralchirurgie

Dr. med. Martin Lehmann
HELIOS Klinik Jerichower Land GmbH
Klinik für Allgemein- und
Viszeralchirurgie
August-Bebel-Straße 55 a
39288 Burg
48 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Christian-Alexander Reich
sowie 6 Monate Notfallaufnahme
im Verbund mit Dr. med. Jens Tylkoski

Hals-Nasen-Ohrenheilkunde

Prof. Dr. med. habil. Stephan Knipping
Städtisches Klinikum Dessau
Klinik für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Kopf- und
Halschirurgie, Plastische Operationen
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
60 Monate

Dr. med. Christian Koch
Klinikum Magdeburg gGmbH
Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde,
Kopf- und Halschirurgie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
60 Monate

Dr. med. Christian Korte
Medizinisches Versorgungszentrum
Bitterfeld/Wolfen gGmbH
Dr. Krause-Straße 69
06366 Köthen (Anhalt)
und
Arztpraxis
Zörbiger Straße 9
06188 Landsberg
und
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen
gGmbH
Klinik für Hals-, Nasen- und
Ohrenheilkunde
Friedrich-Ludwig-Jahn-Straße 2
06749 Bitterfeld-Wolfen
24 Monate im Verbund

Innere Medizin

Dr. med. Andre Groß
SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH
Klinik für Innere Medizin
Lindenallee 1
06712 Zeitz
48 Monate im Verbund mit
Dirk Landmann sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Rico Hildwein sowie 6 Monate
Notfallaufnahme im Verbund mit
Rico Hildwein

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mertens
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten, Diabetologie
und Endokrinologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg

48 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Prof. Dr. med. habil. Alexander
Schmeißer sowie 6 Monate
Notfallaufnahme im Verbund mit
Dr. med. Tobias Hofmann

Prof. Dr. med. habil. Hendrik Schmidt
Dr. med. Thomas Gottstein
Prof. Dr. med. Christoph Kahl
Klinikum Magdeburg gGmbH
Zentrum für Innere Medizin
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
48 Monate im Verbund sowie
6 Monate Intensivmedizin sowie
6 Monate Notfallaufnahme

Innere Medizin und Angiologie

Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Rüdiger Braun-Dullaes
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Kardiologie und Angiologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Ivan Dimitrov Tanev sowie
6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Dr. med. Tobias Hofmann

Dr. med. Andreas Köhler
Kardiologisch-Angiologische
Gemeinschaftspraxis
Kleinschmieden 6
06108 Halle (Saale)
12 Monate

Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Dr. med. Andreas Lößner
Arztpraxis
Goethestraße 49
39108 Magdeburg
6 Monate

Dr. med. Kirsten Reschke
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten, Diabetologie
und Endokrinologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit

Prof. Dr. med. habil. Alexander
Schmeißer sowie 6 Monate
Notfallaufnahme im Verbund mit
Dr. med. Tobias Hofmann

Innere Medizin und Gastroenterologie

Univ.-Prof. Dr. med.
Verena Keitel-Anselmino
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Gastroenterologie,
Hepatologie und Infektiologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate

Dr. med. Patrick Krummenerl
Krankenhaus Martha-Maria
Halle-Dörlau gGmbH
Klinik für Innere Medizin III
Röntgenstraße 1
06120 Halle (Saale)
sowie
Martha Maria MVZ gGmbH
Medizinisches Versorgungszentrum
Martha-Maria
Fachbereich Gastroenterologie
Röntgenstraße 1
06120 Halle (Saale)
36 Monate im Verbund sowie
6 Monate Intensivmedizin im Verbund
mit Dr. med. Frank Kalbitz sowie
6 Monate Notfallaufnahme im Verbund
mit PD Dr. med. habil. Harald Fritz

Innere Medizin und Geriatrie

Dr. med. Jörg Hofmann
Asklepios Klinik Weißenfels GmbH
Klinik für Innere Medizin und Geriatrie
Naumburger Straße 76
06667 Weißenfels
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Burcin Özüyan

Andrea Jäkel
Carl-von-Basedow-Klinikum
Saalekreis gGmbH
Klinik für Altersmedizin/Geriatrie
Vor dem Nebraer Tor 11
06268 Querfurt
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Matthias Winkler sowie
6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Dr. med. Hartmut Stefani

Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie

Prof. Dr. med. Christoph Kahl
Klinikum Magdeburg gGmbH
Klinik für Hämatologie, Onkologie
und Palliativmedizin
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Prof. Dr. med. habil. Hendrik Schmidt
sowie 6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Prof. Dr. med. habil.
Hendrik Schmidt

Univ.-Prof. Dr. med. Dimitrios
Mougiakakos
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Hämatologie, Onkologie
und Stammzelltransplantation
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate

Dr. med. Gerd Müller
Gemeinschaftspraxis
Otto-von-Guericke-Straße 110
39104 Magdeburg
12 Monate

Innere Medizin und Kardiologie

Dr. med. Tom Giesler
HELIOS Klinik Jerichower Land GmbH
Klinik für Kardiologie
August-Bebel-Straße 55 a
39288 Burg
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Christian-Alexander Reich
sowie 6 Monate Notfallaufnahme
im Verbund mit Dr. med.
Christian-Alexander Reich

Prof. Dr. med. Konstantin Heinroth
Krankenhaus Martha-Maria
Halle-Dörlau gGmbH
Klinik für Innere Medizin I
Röntgenstraße 1
06120 Halle (Saale)
24 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Dr. med. Frank Kalbitz sowie
6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit PD Dr. med. habil.
Harald Fritz

Prof. Dr. med. habil. Axel Schlitt
Paracelsus Harz-Klinik Bad Suderode
Abteilung Kardiologie, Diabetologie
Paracelsusstraße 1
06485 Quedlinburg
12 Monate

Innere Medizin und Nephrologie

Univ.-Prof. Dr. med. Peter Mertens
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Nieren- und
Hochdruckkrankheiten, Diabetologie
und Endokrinologie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit Prof.
Dr. med. habil. Alexander Schmeißer
sowie 6 Monate Notfallaufnahme im
Verbund mit Dr. med. Tobias
Hofmann

Dr. med. Michael Moesenthin
Dr. med. Peter Bartsch
Dr. med. Sebastian Stielke
Gemeinschaftspraxis
Schloßfreiheit 7
39590 Tangermünde
24 Monate im Verbund mit Johanniter-
Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH
sowie HELIOS Klinik Jerichower Land
GmbH

Innere Medizin und Pneumologie

Dr. med. Maja Hennigs
Lungenklinik Lostau gGmbH
Lindenstraße 2
39291 Lostau
36 Monate sowie 6 Monate
Intensivmedizin im Verbund mit
Anguche Amukobole sowie 6 Monate
Notfallaufnahme im Verbund mit
Dr. med. Jochen Molling

Innere Medizin und Rheumatologie

Dr. med. Carlo Weimann
Arztpraxis
Harsdorfer Straße 17
39110 Magdeburg
12 Monate

Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Volker Degenhardt
Johanniter-Krankenhaus
Genthin-Stendal GmbH
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Wendstraße 31
39576 Stendal
60 Monate

Prof. Dr. med. Denis Schewe
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Universitätskinderklinik
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
60 Monate

Laboratoriumsmedizin

Dr. med. Katrin Borucki
Medizinisches Versorgungszentrum
Universitätsklinikum Magdeburg gGmbH
Fachbereich Laboratoriumsmedizin
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
36 Monate

Lars Steffens
amedes MVZ für
Laboratoriumsmedizin und
Mikrobiologie Halle/Leipzig GmbH
Leipziger Chaussee 191 f
06112 Halle (Saale)
48 Monate

Prof. Dr. med. habil. Sabine Westphal
Städtisches Klinikum Dessau
Institut für Klinische Chemie und
Labordiagnostik
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
und
MVZ des Städtischen Klinikums
Dessau gGmbH
Fachbereich Laboratoriumsmedizin
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
48 Monate

Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie

Dr. med. Christine Linß
Arztpraxis
Albrechtstraße 121
06844 Dessau-Roßlau
und
Arztpraxis
Steg 1
06110 Halle (Saale)
30 Monate

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Konstanze Scheller
Universitätsklinikum Halle (Saale)

Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Plastische Gesichtschirurgie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
60 Monate

Dr. med. Dr. med. dent. Christian Zahl
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
60 Monate

Pathologie

Dr. med. Christin Busse
Dr. med. Linda Dießel
Dr. med. Christine Fathke
Univ.-Prof. Dr. med. Claudia
Wickenhauser
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Institut für Pathologie
Magdeburger Straße 14
06112 Halle (Saale)
72 Monate im Verbund

PD Dr. med. habil. Piotr Czapiewski
Dr. med. Ulf Krause
Städtisches Klinikum Dessau
Institut für Pathologie
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
72 Monate im Verbund

Dr. med. Karsten Hellwig
Klinikum Magdeburg gGmbH
Institut für Pathologie
Birkenallee 34
39130 Magdeburg
72 Monate

Psychiatrie und Psychotherapie

Angela Beilecke
AWO RPK Sachsen-Anhalt gGmbH
Außenstelle Magdeburg
Halberstädter Straße 3
39112 Magdeburg
6 Monate

Dr. med. Reinhard Dübgen
Therapiehof Sotterhausen
Sotterhausen 27
06542 Allstedt
12 Monate

Dr. med. Antje Möhlig
Salus gGmbH
Fachklinikum Bernburg
Olga-Benario-Straße 16 - 18
06406 Bernburg (Saale)
48 Monate

Priv.-Doz. Dr. med. Frank Pillmann
AWO Psychiatriezentrum Halle
GmbH
Fachkrankenhaus für Psychiatrie und
Psychotherapie
Zscherbener Straße 11
06124 Halle (Saale)
48 Monate

Dr. med. Michaela Poley
Dr. med. Jewgenij Wolfowski
Salus gGmbH
Fachklinikum Uchtspringe
Emil-Kraepelin-Straße 6
39576 Stendal
48 Monate im Verbund

Dr. med. Nikolaus Särchen
Klinik Bosse Wittenberg
Klinik für psychische Erkrankungen
Hans-Lufft-Straße 5
06886 Lutherstadt Wittenberg
48 Monate

Univ.-Prof. Dr. med. Johann Steiner
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
48 Monate

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Dr. med. Susanne Glöckner
Gezeiten Haus Schloss Wendgräben
GmbH
Wendgräbener Chaussee 1
39279 Wendgräben
12 Monate

Radiologie

Dr. med. Andreas Fessel
Berufsausübungsgemeinschaft
Schönebecker Straße 68 a
39104 Magdeburg
42 Monate

Strahlentherapie

Dr. med. Christoph Heider
MVZ Strahlentherapiezentrum Halle
GmbH
Niemeyerstraße 24
06114 Halle (Saale)
60 Monate

Schwerpunktbezeichnungen:

Neuroradiologie

Dr. med. Ingmar Kaden
BG Klinikum Bergmannstrost Halle
gGmbH
Institut für Radiologie und
Neuroradiologie
Merseburger Str. 165
06112 Halle (Saale)
24 Monate

Univ.-Prof. Dr. med. Martin Skalej
Univ.-Prof. Dr. med. Dr. habil. rer. pol.
Walter Wohlgemuth
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Universitätsklinik und Poliklinik für
Radiologie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
24 Monate im Verbund

Zusatzbezeichnungen:

Allergologie

Dr. med. Alexander Glien
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Klinik für Hals-Nasen-Ohren-
Heilkunde, Kopf- und Halschirurgie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
eine vollumfängliche
berufsbegleitende Weiterbildung im
Verbund mit Dr. med. Burkhard Kreft

Betriebsmedizin

Dr. med. Haike Gröhn
BAD Gesundheitsvorsorge und
Sicherheitstechnik GmbH
Nachtweide 82
39124 Magdeburg
9 Monate

Diabetologie

Dr. med. Peter Mohr
Arztpraxis
Erich-Kästner-Straße 10

06128 Halle (Saale)
12 Monate

Ernährungsmedizin

Dr. med. Henner Montanus
Rehabilitationsklinik Elbe-Saale GmbH
Schloßstraße 42
39249 Barby (Elbe)
6 Monate

Geriatric

Univ.-Prof. Dr. med. Tino Prell
Dr. med. Stefanie Stegmann
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Universitätsklinik und Poliklinik für
Altersmedizin
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
18 Monate im Verbund

Anästhesiologische Intensivmedizin

Dr. med. Georg Rehmert
Johanniter-Krankenhaus
Genthin-Stendal GmbH
Klinik für Anästhesiologie und
Intensivmedizin
Wendstraße 31
39576 Stendal
18 Monate

Internistische Intensivmedizin

Dr. med. Karl-Heinz Binias
AMEOS Klinikum Schönebeck
Klinik für Innere Medizin, Kardiologie
und internistische Intensivmedizin
Am Gradierwerk 3
39218 Schönebeck (Elbe)
6 Monate

Dr. med. Klaus Thomas
AMEOS Klinikum Aschersleben
Klinik für Pneumologie
Eislebener Straße 7 a
06449 Aschersleben
18 Monate

Kinder- und Jugend-Orthopädie

Dr. med. Johann-Christian Wolter
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Orthopädie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
18 Monate

Medikamentöse Tumortherapie

Dr. med. Beate Blümel
Arztpraxis
Leipziger Straße 17 a
39112 Magdeburg
12 Monate

Prof. Dr. med. Uwe-Bernd Liehr
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Urologie, Uroonkologie,
robotergestützte und fokale Therapie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
12 Monate

Prof. Dr. med. Jens Ulrich
Harzkllinikum Dorothea Christiane
Erleben GmbH
Klinik für Dermatologie und
Allergologie
Ditfurter Weg 24
06484 Quedlinburg
12 Monate

Notfallmedizin

Markus Preußler
SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH
Zentrale interdisziplinäre
Notaufnahme
Lindenallee 1
06712 Zeitz
eine vollumfängliche
berufsbegleitende Weiterbildung

Plastische und Ästhetische Operationen

Prof. Dr. med. habil. Stephan Knipping
Städtisches Klinikum Dessau
Klinik für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Kopf- und
Halschirurgie, Plastische Operationen
Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
24 Monate

Prof. Dr. med. Jürgen Lautermann
Krankenhaus Martha-Maria
Halle-Dörlau gGmbH
Klinik für Hals-Nasen-
Ohrenheilkunde, Plastische und
Ästhetische Operationen
Röntgenstraße 1
06120 Halle (Saale)
24 Monate

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Konstanze Scheller
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Klinik und Poliklinik für Mund-, Kiefer-
und Plastische Gesichtschirurgie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
24 Monate

Dr. med. Dr. med. dent. Christian Zahl
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Universitätsklinik für Mund-, Kiefer-
und Gesichtschirurgie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
24 Monate

Proktologie

Dr. med. Ulrich Garlipp
Gesundheitszentrum Bitterfeld/Wolfen
gGmbH
Klinik für Allgemein-, Viszeral- und
Gefäßchirurgie
Friedrich-Ludwig-Jahn-Straße 2
06749 Bitterfeld-Wolfen
12 Monate

Dr. med. Peter Nartschik
Harzkllinikum Dorothea Christiane
Erleben GmbH
Klinik für Allgemein-, Viszeralchirurgie
und Koloproktologie
Ditfurter Weg 24
06484 Quedlinburg
12 Monate

Honorarprof. Dr. med. Michael
Schwerdtfeger
Arztpraxis
Markt 3/4
06366 Köthen (Anhalt)
6 Monate

Sozialmedizin

Mandy Bufe-Krebs
Dr. med. Christiane Keitel
Medizinischer Dienst Sachsen-Anhalt
Breiter Weg 19 c
39104 Magdeburg
eine vollumfängliche berufsbegleitende
Weiterbildung im Verbund

Spezielle Orthopädische Chirurgie

Christian Andrich
BG Klinikum Bergmannstrost
Halle gGmbH

Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Merseburger Straße 165
06112 Halle (Saale)
12 Monate

Univ.-Prof. Dr. med.
Karl-Stefan Delank
Universitätsklinikum Halle (Saale)
Department für Orthopädie, Unfall-
und Wiederherstellungschirurgie
Ernst-Grube-Straße 40
06120 Halle (Saale)
24 Monate

Honorarprof. Dr. med. habil.
Thomas Krüger
HELIOS Klinik Köthen GmbH
Klinik für Orthopädie
Hallesche Straße 29
06366 Köthen (Anhalt)
24 Monate

Univ.-Prof. Dr. med.
Christoph Lohmann
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Orthopädische Universitätsklinik
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
24 Monate

Spezielle Schmerztherapie

Dr. med. Michael Brinkers
Dr. med. Giselher Pfau
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Anästhesiologie und
Intensivtherapie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
12 Monate im Verbund

Dr. med. Uwe Düring
HELIOS Fachklinik
Vogelsang-Gommern GmbH
Klinik für Schmerztherapie
Sophie-von-Boetticher-Straße 1
39245 Gommern
12 Monate im Verbund mit
Ingrid Harnisch-Lentze

Transplantationsmedizin

Prof. Dr. med. Roland Croner
Otto-von-Guericke-Universität
Magdeburg/Medizinische Fakultät
Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß-

und Transplantationschirurgie
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
24 Monate

Erloschene Weiterbildungsbefugnisse:

Für die Unterstützung der Kammerarbeit im Rahmen der Weiterbildung möchten wir nachfolgenden Ärzten herzlich danken:

- Dr. med. Hans Jost Achenbach, Lungenklinik Lostau gGmbH, Befugnisse für Innere Medizin und Pneumologie, Medikamentöse Tumorthherapie, Röntgendiagnostik – fachgebunden – sowie Internistische Intensivmedizin endeten am 31.12.2021
- Dr. med. Thomas Bauer, Arztpraxis in Dessau-Roßlau, Befugnis für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie endete am 31.12.2021
- Dipl.-Med. Sabine Boß, Arztpraxis in Halle (Saale), Befugnis für Allgemeinmedizin endete am 01.01.2022
- Dr. med. Stefan Breuer, Städtisches Klinikum Dessau, Befugnisse für Anästhesiologie sowie Anästhesiologische Intensivmedizin endeten am 31.12.2021
- Dr. med. Jorma Charisius-Drechsel, MVZ des Universitätsklinikum Halle GmbH, Befugnis für Kinder- und Jugendmedizin endete am 31.12.2020
- Kerstin Conrad, Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara Halle/Saale GmbH, Befugnis für Palliativmedizin endete am 31.12.2021
- Dr. med. Ilka Günther, Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg GmbH, Befugnis für Innere Medizin und Gastroenterologie endete am 31.12.2021
- Dr. med. Ute Junghanns, Arztpraxis in Aschersleben, Befugnis für Allgemeinmedizin endete am 30.11.2021
- Dr. med. Lutz König, Altmark-Klinikum gGmbH Krankenhaus Salzwedel, Befugnis für Anästhesiologie endete am 30.11.2021
- Dr. med. Hans-Hermann Ladetzki, MVZ „Im Altstadtquartier“ GmbH Magdeburg, Befugnis für Phlebologie endete am 31.12.2021
- Dipl.-Med. Jürgen Mandok, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Querfurt, Befugnis für Innere Medizin endete am 31.12.2021
- Dr. med. Michael Meisel, Städtisches Klinikum Dessau, Befugnisse für Innere Medizin und Geriatrie sowie Geriatrie endeten am 31.12.2021
- Dipl.-Med. Joachim Nehr Korn, Harz-klinikum Dorothea Christiane Erxleben GmbH Wernigerode, Befugnis für Innere Medizin und Nephrologie endete am 31.12.2021
- Dr. med. Olaf Noack, Arztpraxis in Bitterfeld-Wolfen, Befugnis für Augenheilkunde endete am 31.12.2021
- Univ.-Prof. Dr. med. dent. Sven Otto, Universitätsklinikum Halle (Saale), Befugnisse für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie und Plastische und Ästhetische Operationen endeten am 31.12.2021
- Dr. med. Matthias Samtleben, AMEOS Klinikum Aschersleben, Befugnis für Urologie endete am 31.12.2021
- Dr. med. Günther Scheithauer, Städtisches Klinikum Dessau, Befugnis für Anästhesiologie endete am 31.12.2021
- Christopher Sleyman, AMEOS Klinikum Bernburg GmbH, Befugnisse für Chirurgische Intensivmedizin und Notfallmedizin endeten am 31.12.2021
- Dr. med. Hans-Peter Sperling, Johanner-Krankenhaus Genthin-Stendal GmbH, Befugnis für Kinder- und Jugendmedizin endete am 31.12.2021
- Dr. med. Angela Stephan, HELIOS Fachklinik Vogelsang-Gommern GmbH, Befugnis für Spezielle Schmerztherapie endete am 30.11.2021
- Dr. med. Christiane Strohbach, Arztpraxis in Teutschenthal, Befugnis für Allgemeinmedizin endete am 02.01.2022
- Dr. med. Matthias Winkler, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH Merseburg, Befugnis für Internistische Intensivmedizin endete am 31.12.2021
- Prof. Dr. med. habil. Stefanie Wolff, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg/Medizinische Fakultät, Befugnis für Transplantationsmedizin endete am 21.12.2021

Neu zugelassene Weiterbildungsstätten:

MVZ des Städtischen Klinikums Dessau gGmbH

Auenweg 38
06847 Dessau-Roßlau
zugelassen für Allgemeinmedizin

Asklepios MVZ Sachsen-Anhalt GmbH

Naumburger Straße 76
06667 Weißenfels
zugelassen für Allgemeinchirurgie

Medizinisches Versorgungszentrum Universitätsklinikum Magdeburg gGmbH

Fachbereich Laboratoriumsmedizin
Leipziger Straße 44
39120 Magdeburg
**zugelassen für
Laboratoriumsmedizin**

AWO RPK Sachsen-Anhalt gGmbH

Außenstelle Magdeburg
Halberstädter Straße 3
39112 Magdeburg
**zugelassen für Psychiatrie und
Psychotherapie**

Rehabilitationsklinik Elbe-Saale GmbH

Schloßstraße 42
39249 Barby (Elbe)
zugelassen für Ernährungsmedizin

AMEOS Klinikum Aschersleben

Klinik für Pneumologie
Eislebener Straße 7 a
06449 Aschersleben
**zugelassen für Internistische
Intensivmedizin**

BG Klinikum Bergmannstrost Halle gGmbH

Klinik für Unfall- und
Wiederherstellungschirurgie
Merseburger Straße 165
06112 Halle (Saale)
**zugelassen für Spezielle
Orthopädische Chirurgie**

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt stellt sich vor

Die Abteilung Qualitätssicherung

In der Abteilung Qualitätssicherung werden qualitätssichernde Aktivitäten, die von der Ärztekammer selbst oder als gesetzlich geregelte oder vertraglich vereinbarte Auftragsleistung durchgeführt werden, gebündelt. Diese Aktivitäten möchten wir nachfolgend kurz vorstellen.

Als Ansprechpartner stehen Ihnen zur Verfügung:

Dr. Manuela Wolf	Abteilungsleitung
Evelyn Kranke	Geschäftsstelle der LAG
Christian Denecke	Geschäftsstelle der LAG
Franziska Jaberin	Geschäftsstelle der LAG
Sarah Schlieffe	Geschäftsstelle der LAG
Elke Menzel	Ärztliche Stellen
Silvia Schumann	Ärztliche Stellen



(v. l.) Christian Denecke, Evelyn Kranke, Dr. Manuela Wolf, Elke Menzel, Sarah Schlieffe und Silvia Schumann (es fehlt: Franziska Jaberin)

Ärztliche Stellen

Die Ärztlichen Stellen nach Röntgen- und Strahlenschutzverordnung prüfen im Bereich der radiologischen Diagnostik, der Strahlentherapie und der Nuklearmedizin als Pflichtaufgabe nach Weisung die Einhaltung vorgegebener Regeln und Standards mit dem Ziel, den Umgang mit Röntgen- und anderen Strahlenarten und radioaktiven Stoffen in der Diagnostik und der Behandlung sicher zu machen. Dabei steht der Strahlenschutz für Patientinnen und Patienten und Personal an vorderster Stelle. Die zuständige Aufsichtsbehörde ist das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt. Im Rahmen ihres Prüfauftrages sind die Ärztlichen Stellen von ihren Trägern fachlich unabhängig. Die zentrale Aufgabe besteht in

der Beratung radiologisch, strahlentherapeutisch und nuklearmedizinisch Tätiger. Ärztliche Stellen sind die einzigen Organisationen, die alle Aspekte (technisch und medizinisch) radiologischer, strahlentherapeutischer und nuklearmedizinischer Leistungen im Zusammenhang betrachten und bewerten.

Geschäftsstelle der Landesarbeitsgemeinschaft Sachsen-Anhalt

Die Geschäftsstelle besorgt die Geschäfte des Lenkungsausschusses der Landesarbeitsgemeinschaft gem. Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) und führt umfangreiche Qualitätssicherungsmaßnahmen in den medizinischen Einrichtungen unseres Bundeslandes durch.

QS Hämotherapie

Auf der Basis des Transfusionsgesetzes und einer Richtlinie der Bundesärztekammer prüft unsere Abteilung im Bereich der Hämotherapie Einrichtungen, die Blut oder Blutprodukte anwenden. Die Einrichtungen müssen ein Qualitätsmanagementsystem vorhalten und der Ärztekammer jährlich in einem Qualitätsbericht die Ergebnisse interner Überprüfungen anzeigen. Für Einrichtungen mit einer jährlichen Transfusion von bis zu 50 Erythrozytenkonzentraten gelten Sonderregelungen. Alle Einrichtungen, die hämatopoetische Stammzellzubereitungen anwenden, sind gem. der „Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen“ verpflichtet, ein entsprechendes Qualitätssicherungssystem vorzuhalten. Die Landesärztekammern haben die Aufgabe, die Einhaltung der Richtlinie zur Herstellung und Anwendung von hämatopoetischen Stammzellzubereitungen zu überprüfen.

Ausschuss Qualitätssicherung

Qualitätssicherung im Rahmen der ärztlichen Tätigkeit ist von jeher ureigenstes Interesse des Berufsstandes. Die Betreuung des Ausschusses Qualitätssicherung als gewähltes Organ der Kammerversammlung obliegt der Abteilung Qualitätssicherung. Die vornehmliche Aufgabe des Ausschusses besteht in der Unterstützung und Beratung des Vorstandes bei qualitätsrelevanten berufsständischen und berufspolitischen Themen wie z. B. einrichtungsübergrei-

fende Qualitätssicherung gemäß § 136 SGB V, internes Qualitätsmanagement gemäß § 135a SGB V, Patientensicherheit, Risikomanagement, CIRS oder Fehlermanagement.

Peer Review

Peer Reviews sind eine besondere Form des kollegialen Austauschs. So lassen sich im Gespräch auf Augenhöhe medizinische Sachverhalte analysieren, Verbesserungspotentiale ausloten und Lösungsansätze aufzeigen – ein Verfahren, von dem sowohl diejenigen profitieren, die „Peers zum Besuch ihrer Klinik einladen als auch die, die als „Reviewer“ die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen kritisch-konstruktiv betrachten. In Sachsen-Anhalt hat die Ärztekammer die Koordination ärztlicher Peer Reviews übernommen. Dabei konzentrieren sich die Reviews derzeit ausschließlich auf den intensivmedizinischen Bereich.

QS Repromed

QS Repromed als bundeseinheitliches datengestütztes Qualitätssicherungsverfahren der reproduktionsmedizinischen Versorgung ermöglicht einen Vergleich der Zentrums-ergebnisse. Der Bewertung der Ergebnisse und dem Dialog mit den Einrichtungen widmet sich die IVF-Kommission unter administrativer Betreuung der Abteilung Qualitätssicherung.

Weitere Aufgaben der Abteilung QS sind die Zulassung und Überwachung von Gelbfieberimpfstellen, Prüfung von Anträgen auf Erteilung einer Genehmigung zur Durchführung künstlicher Befruchtungen nach §121a SGB V, die aktive Mitwirkung im Netzwerk Hygiene Sachsen-Anhalt und im Netzwerk Kinderschutz Sachsen-Anhalt.

In den kommenden Ausgaben des Ärzteblattes wird die Vorstellungsserie der Abteilungen der Ärztekammer fortgesetzt.

Externe Qualitätssicherung gem. SGB V unter Vertragsbeteiligung der Ärztekammer in Sachsen-Anhalt von 2001 – 2021

Auf Initiative einiger Landesärztekammern wurden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung in der stationären Versorgung bereits lange vor der 1998 durch das „Gesetz zur Strukturreform im Gesundheitswesen“ eingeleiteten Gesundheitsreform begonnen. Dazu gehörte beispielsweise die seit den 1970er Jahren in Bayern etablierte Perinatal- und Neonatalerhebung, die in der Folge von weiteren Bundesländern übernommen wurde. Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA) implementierte 1993 im Rahmen eines Gemeinschaftsprojektes mit den Landesverbänden der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalt (KGSAN) auf freiwilliger Basis die Einführung der externen Qualitätssicherung (QS) Chirurgie, Neonatologie und Perinatologie. Die Beteiligung der Krankenhäuser lag bei 100 %.

Die Gesundheitsreform verankerte die Beteiligung der Krankenhäuser an Maßnahmen zur externen QS im SGB V. Im Jahre 2000 wurden vom Gesetzgeber weitere Regelungen zur Qualitätssicherung beschlossen, was die Einführung der externen stationären QS bundesweit in 2 Schritten, beginnend zum 01.01.2001, zur Folge hatte. Die administrative Umsetzung erfolgte weiterhin über die an der ÄKSA angesiedelte Projektgeschäftsstelle (PGS) im Auftrag des von den Landesverbänden der Krankenkassen, der KGSAN und der ÄKSA gebildeten Lenkungsausschusses.

Die externe QS in Krankenhäusern gem. § 137 SGB V erfolgte bis 2004 in Verantwortung des Bundeskuratoriums, bestehend aus den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenversicherung, Deutscher Krankenhausgesellschaft (DKG) und Bundesärztekammer (BÄK) unter Beteiligung des Verbands der privaten Krankenversicherung sowie der Berufsorganisationen der Krankenpflegeberufe. Ab 2004 übernahm der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) diese Zuständigkeit und erließ hierzu die „Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern“ (QSKH-RL), die 2021 in die „Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung“ (DeQS-RL) übergeleitet wurde. Die fachliche Umsetzung wurde von 2001 bis 2009 über die beauftragte Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung (BQS), von 2010 bis 2014 über das AQUA-Institut für angewandte Qualitätsförderung und seit 2015 über das nunmehr dauerhaft vom GBA beauftragte Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) gewährleistet. Als Grundlage für die Qualitätsmessung im Rahmen der externen QS dienen Qualitätsindikatoren, deren Ergebnisbewertung auf Bundesebene durch Fachexperten beim IQTIG und auf Landesebene über die jeweiligen Landesgeschäftsstellen erfolgt.

Mit der Überleitung der QSKH-RL in die DeQS-RL war eine Neustrukturierung auf Landesebene verbunden. Die Zustän-

digkeit auf Landesebene ging nach Abschluss der Bewertung der in 2020 dokumentierten Ergebnisse der Krankenhäuser im Jahr 2021 ab 2022 vom Lenkungsausschuss gem. QSKH-RL an die Landesarbeitsgemeinschaft (LAG) und deren Lenkungsgremium gem. DeQS-RL über, die von den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen, der KGSAN, der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA), der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt (KZVSA) unter Beteiligung von Patientenvertretern, Landespflegerat, ÄKSA und Verband der privaten Krankenversicherung gebildet werden. Die ÄKSA ist somit nicht mehr Vertragspartner auf Landesebene und gemäß den Festlegungen der Richtlinie ohne Stimmrecht an der LAG beteiligt. Anlässlich der Beendigung dieser Ära der externen QS soll eine kurze Rückschau unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisentwicklung einzelner Qualitätsindikatoren (QI) im Zeitraum von 2001 bis 2021 erfolgen.

Es wurden innerhalb dieser Zeitspanne für zeitweise 20 Leistungsbereiche auf Landesebene die dokumentierten Ergebnisse von bis zu 11 Fachgruppen in 209 Sitzungen bewertet und 4952 Strukturierte Dialoge zur Klärung der Abweichung von Referenzbereichen geführt. In weiteren 18 Fällen war die Durchführung eines kollegialen Gespräches erforderlich. Allein diese Zahlen verdeutlichen schon den immensen Aufwand und die Komplexität des Verfahrens. Der Ablauf lässt sich folgendermaßen vereinfacht darstellen: das Auftreten einer signifikant rechnerischen Abweichung eines Ergebnisses führt zur Einleitung eines Strukturierten Dialoges über die Projektgeschäftsstelle. Das Krankenhaus wird gebeten, die Abweichung in Form einer Stellungnahme zu erklären. Diese Stellungnahme bewertet anschließend die zuständige Fachgruppe. Die Fachgruppe besteht aus Ärzten des entsprechenden Fachgebietes, im Leistungsbereich Dekubitus aus Pflegeexperten. Ist die Stellungnahme nachvollziehbar, erfolgt eine Verlaufskontrolle anhand der Ergebnisse der Folgejahre. Abweichungen entstehen zum Beispiel, wenn in einer Klinik eine bestimmte Patientengruppe überrepräsentiert ist. Erkennt die Fachgruppe jedoch ein strukturelles Problem als Ursache für die Abweichung, empfiehlt sie dem Krankenhaus bestimmte Maßnahmen, um das Problem zu beseitigen. In diesem Fall werden Zielvereinbarungen getroffen, die Mitarbeiter des Krankenhauses werden geschult, letztlich kann es zu sogenannten kollegialen Gesprächen kommen, bei denen die Mitglieder der Fachgruppe die vorgeschlagenen Maßnahmen mit dem ärztlichen Leiter der betreffenden Abteilung besprechen.

Deutlich wird, dass dokumentierte Ergebnisse inhaltlich hinterfragt werden müssen, ehe eine Bewertung erfolgen kann. Entscheidend ist letztlich die Betrachtung der Ergebnisentwicklung, also zu schauen, trug der erhebliche Aufwand sowohl in den Einrichtungen als auch für das Lenkungsgremium zur Verbesserung der Ergebnisse bei. Erschwert wird diese Betrachtung dadurch, dass die Grundlagen der Berechnung von QIs einem steten Wechsel unterlagen und somit die Ergebnisse nicht oder nur eingeschränkt vergleichbar sind.

Für den Leistungsbereich „Ambulant erworbene Pneumonie“ zeigte sich beispielsweise nach Einführung der S3-Leitlinie zur Behandlung von erwachsenen Patienten mit ambulant erworbener Pneumonie in 2005 anhand der Ergebnisentwicklung des QIs „Bestimmung klinischer Stabilitätskriterien“ als Voraussetzung der Entlassung eine deutliche Verbesserung im Zeitverlauf. Lag die Durchführung der Messung der Stabilitätskriterien in 2007 im Landesdurchschnitt noch bei 70,50 %, so konnte in 2020 ein Landesergebnis von 92,18 % festgestellt werden. Die stationäre Qualitätssicherung scheint also nicht zuletzt ein sinnvolles Mittel zur Implementierung von Leitlinien und Begleitung in der praktischen Anwendung zu sein, da das Abweichen von der Leitlinie hier in den Einrichtungen hinterfragt wird. In der Neonatologie konnte die 2006 in nur 17,52 % dokumentierte Durchführung eines Hörtestes auf 97,55 % in 2020 gesteigert werden. Weiterhin gelang die Absenkung der präoperativen Verweildauer über 48 Stunden in der Hüftendoprothesenversorgung mit einem Anteil von 25,97 % der Patienten auf 15,72 % in 2020. Ähnliches ließ sich für die unterhalb von 24 Stunden geforderte präoperative Verweildauer der hüftgelenksnahen Femurfraktur mit osteosynthetischer Versorgung beobachten, die von 81 % in 2003 auf 14,32 % in 2020 abgesenkt werden konnte. Auch das Auftreten eines stationär erworbenen Dekubitalulcus Grad 4 zeigte sich rückläufig von 111 beobachteten Fällen in 2013 auf 59 Fälle in 2020.

Diese Verbesserungen sind den Anstrengungen von Krankenhäusern und der beharrlichen Intervention der Fachgruppen mit Unterstützung des Lenkungsausschusses in Form von Rundschreiben oder Thematisierung auf Fachtagungen neben dem Austausch im Rahmen des Strukturierten Dialoges zu verdanken. Jedoch darf nicht unerwähnt bleiben, dass für einige QIs keine Ergebnisverbesserungen im Verlauf zu erreichen waren. Hier sind beispielsweise die Rate von Azidosen bei reifen Einlingen in der Geburtshilfe oder die Durchführung intraoperativer Messungen von Reizschwellen und Signalamplituden beim Herzschrittmacher-Aggregatwechsel zu nennen, wobei das Landesergebnis insgesamt innerhalb des bundesweiten Referenzbereiches lag. Dennoch konnte keine Verbesserung für einzelne Einrichtungen, die diesen Referenzbereich nicht erreichten, erzielt werden. Auch für die „Leitlinienkonforme Indikation“ zum Herzschrittmacher-Aggregatwechsel konnte keine Ergebnisverbesserung bei hier jedoch außerhalb des Bundesreferenzbereiches liegendem Ergebnis erreicht werden.

Bei heute allgemein anerkanntem Nutzen von Qualitätssicherungsverfahren wird die externe QS gem. DeQS-RL in Verantwortung der LAG für den stationären und ambulanten Sektor in Sachsen-Anhalt fortgeführt. Die Geschäftsstelle der LAG ist an der ÄKSA angesiedelt.

Dr. Manuela Wolf
Abteilung Qualitätssicherung

Ergebnisse der Umfrage

Leseverhalten und Themenbedarf der Ärzteschaft

Liebe Leserinnen, liebe Leser, wir möchten uns herzlich für die rege Teilnahme an der Umfrage bedanken, die im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 10/2021 veröffentlicht und parallel auch per E-Mail versandt wurde. Mit dieser Umfrage sollten Ihre Wünsche und Erwartungen in Bezug auf die Informationsmedien und Themen der Ärztekammer aufgenommen werden. Auf den nun folgenden Seiten, möchten wir Ihnen die wichtigsten Ergebnisse präsentieren, die aus der Auswertung hervorgingen.

Ihr Uwe Ebmeyer – Präsident der Ärztekammer
Ihr Hermann-Josef Rothkötter – Chefredakteur

Informationen zur Befragung im Überblick

Zeitfenster der Befragung	2. – 23. Oktober 2021
Veröffentlichung	Im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 10/2021 <ul style="list-style-type: none"> Fragebogen als Printausführung QR-Code zum Einscannen zur Onlinebefragung Link zum Eingeben zur Onlinebefragung Per Mail am 2. Oktober 2021
Teilnehmer/-innen	1.819 insgesamt
Online	1.776
Per Post	34
Per Fax	8
Per E-Mail	1

Aktuelle Informationsmedien der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Bei dem Fragenkomplex, der sich mit den bekannten und genutzten Informationsmedien der Kammer beschäftigt hat, wurde festgestellt, dass das Ärzteblatt als Druckausgabe, die

Webseite der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und das Kammer-Portal die bekanntesten und derzeit auch die am häufigsten genutzten Informationsmedien der Kammer sind. Festzustellen war aber auch, dass die Facebook-Seite der Kammer weder eine große Bekanntheit genießt noch als Informationsmedium genutzt wird. Es wurde ebenso deutlich, dass die Webseite bekannt ist und auch häufig bzw. gelegentlich genutzt wird, über die Hälfte der Nutzer die von ihnen benötigten Informationen aber nicht gleich findet.

Themenrubriken der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Um Ihre Wünsche auch in Bezug auf die Themen, deren Umfang und ihre zeitliche Abrufbarkeit kennen zu lernen, fand in der Befragung auch der Bereich der Themenrubriken Berücksichtigung. Es zeigte sich, dass beispielsweise die Ärztliche Fortbildung bei den mit „sehr interessant“ bewerteten Themen an der Spitze lag. In der Abbildung 1 finden Sie die grafische Darstellung dieser Auswertung.

In der Umfrage wurde ebenso deutlich, dass der Informationsumfang der einzelnen Themenrubriken von den Befragten mehrheitlich als ausreichend bewertet wurde. Der Wunsch, Informationen ständig und aktuell abrufen zu können, setzte sich bei den Themen aus dem Bereich der Ärztlichen Fortbildung durch. Bei allen anderen Themenbereichen, bis auf die Themen der Medizinischen Fachangestellten, überwog der Wunsch einer monatlichen Abrufbarkeit. Die Themen aus dem Bereich der Medizinischen Fachangestellten werden dagegen alle drei Monate oder auch in größeren Abständen gewünscht.

Wie interessant sind diese Themenrubriken für Sie? (n = 1.819)

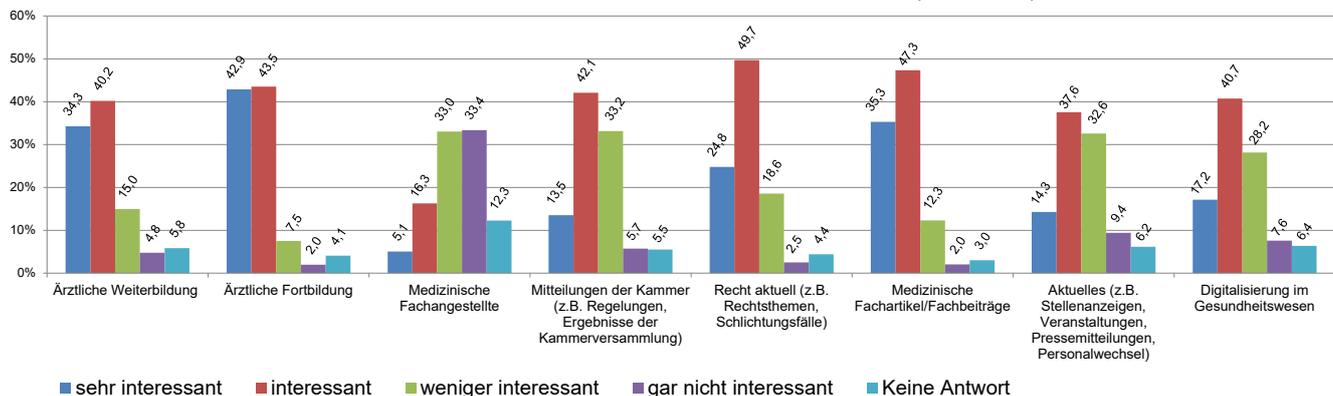


Abb. 1

Wie wünschen Sie sich zukünftig Informationen der Ärztekammer zu erhalten/abzurufen? (n = 1.819)

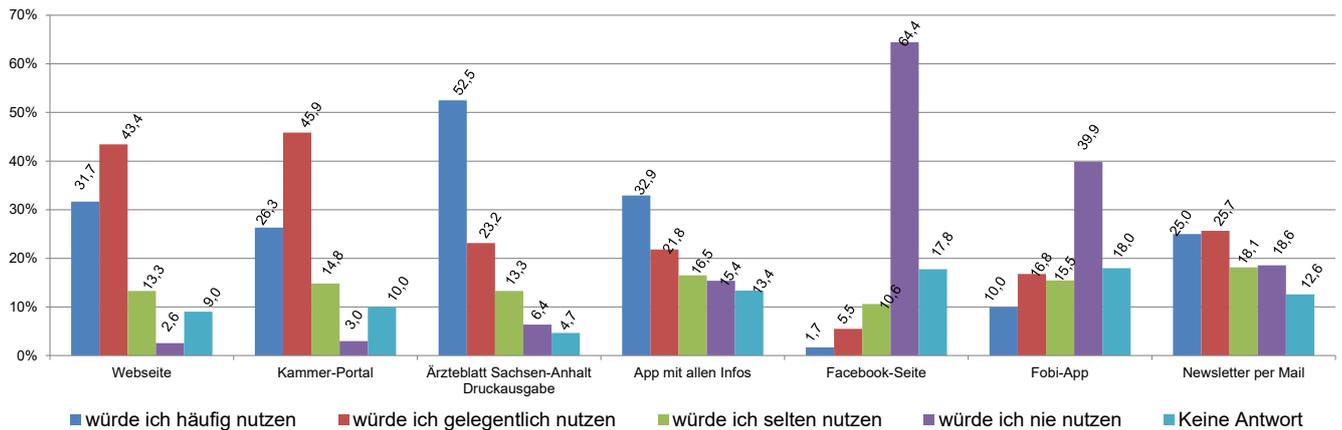


Abb. 2

Nutzungswünsche zu den Informationsmedien der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Ihre Nutzungswünsche in Bezug auf die Informationsmedien spielten bei der Umfrage eine zentrale Rolle, um in Erfahrung zu bringen, welche Präferenzen sich ausgebildet haben. Bei der allgemeinen Frage „Wie wünschen Sie sich zukünftig Informationen der Ärztekammer zu erhalten/abzurufen?“, wurden die zur Verfügung stehenden Medienkanäle um die Optionen „App mit allen Infos“ sowie „Newsletter per Mail“ erweitert, da sie sich aus der zugrunde gelegten Theorie als geeignete Informationsmedien erwiesen haben, auch wenn sie aktuell nicht genutzt werden. Die detaillierte Auswertung der Frage wird Ihnen in der Abbildung 2 grafisch dargestellt.

Bei der Frage „Durch welches Informationsmedium möchten Sie welche Informationen erhalten/abrufen?“ war eine Mehrfachauswahl möglich, da mehr als nur ein Medium genutzt wird, um sich zu bestimmten Themen zu informieren. Die grafische Darstellung der Antwortauswertung finden Sie in der Abbildung 3. Bei dieser Darstellung finden Sie die Nennungen der einzelnen Themen in Verbindung mit dem gewünschten Informationsmedium. Die Anzahl der getätigten Nennungen

gibt Aufschluss über die Anzahl der gewünschten Kanäle. Beispielsweise würden beim Themenbereich der Ärztlichen Fortbildung die beiden Kanäle Ärzteblatt und Webseite dominieren. Des Weiteren wurde die Aktualität der Informationen von über 63 % als sehr wichtig bewertet. Um keine für Sie relevanten Informationsmedien außer Acht zu lassen, fand auch die Frage „Gibt es ein Informationsmedium, das die Ärztekammer noch nicht nutzt, Sie sich aber wünschen?“ Berücksichtigung. 89 % möchten kein weiteres Informationsmedium.

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass bei der Dringlichkeit des Informationskonsums nach Themenrubriken differenziert wird. Die Aktualität der Information ist dem überwiegenden Teil der Befragten dabei sehr wichtig. Es ist eine deutliche Tendenz erkennbar, dass bestimmte Themen durch zwei Informationsmedien konsumiert werden wollen, dem Ärzteblatt und der Webseite. Die Facebook-Seite der Ärztekammer spielt für den Informationskonsum der Teilnehmerinnen und Teilnehmer hingegen keine Rolle. Die gewonnenen Erkenntnisse zu Ihren Wünschen und Erwartungen in Bezug auf die Informationsmedien und Themen der Ärztekammer sind grundlegend und werden bei der zukünftigen Planung und Ausrichtung berücksichtigt.

Durch welches Informationsmedium möchten Sie welche Informationen erhalten/abrufen? (n = 1.751)

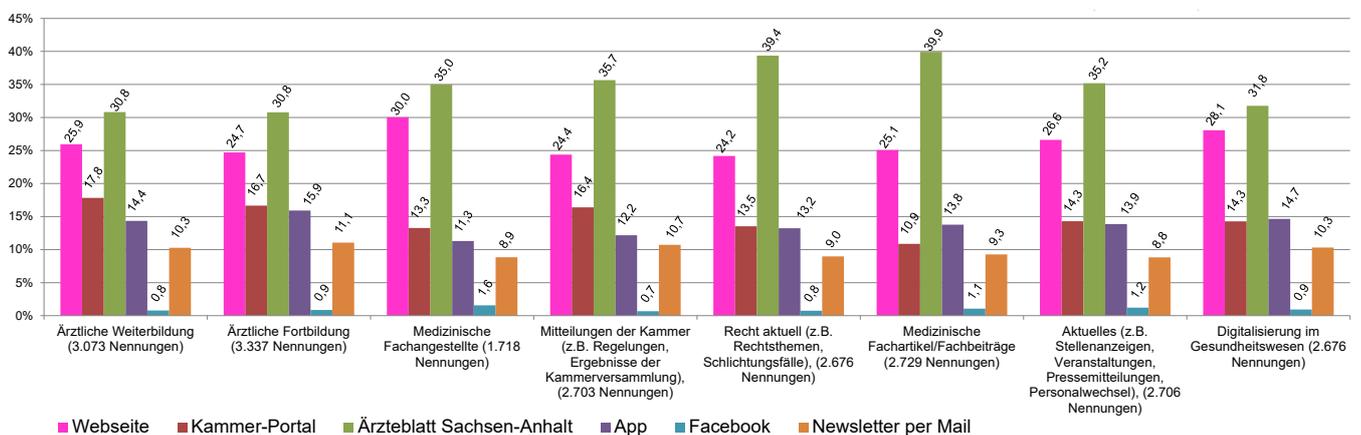


Abb. 3

84 Medizinische Fachangestellte legen Prüfung ab

Abschlussprüfungen erneut unter erschwerten Bedingungen durchgeführt

Auch diese Prüfungsperiode fand erneut unter den bekannten und fordernden Pandemiebedingungen statt, die nun bereits seit zwei Jahren den Prüfungs- und Ausbildungsrythmus bestimmen. Die schriftlichen und praktischen Prüfungen für die Medizinischen Fachangestellten (Winter 2021/2022) wurden zwischen dem 11. Dezember 2021 und dem 24. Januar 2022 in den Räumlichkeiten der Ärztekammer Sachsen-Anhalt und unter strenger Einhaltung der Hygiene- und Abstandsregeln abgenommen. Das bereits erprobte und eingespielte Team, bestehend aus den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Prüfungsausschüsse und dem Aufsichts-Team der Ärztekammer, gewährleisteten einen reibungslosen und störungsfreien Ablauf der abzunehmenden Prüfungen.

Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt zeichnet sich verantwortlich für die

vielschichtige und umfangreiche Ausbildung sowie für die Umschulung zur/zum Medizinischen Fachangestellten. Als Bindeglied zwischen dem Arzt und dem Patienten kommt dem/der Medizinischen Fachangestellten eine besondere Aufmerksamkeit zu.

Um den qualitativen Ausbildungsansprüchen gerecht zu werden und den Auszubildenden eine besondere Möglichkeit des Praktizierens zu ermöglichen, bietet die Ärztekammer Sachsen-Anhalt in der prüfungsfreien Zeit die Möglichkeit, an praktischen Übungen im Bereich EKG, Injektion/Infusion, Laboruntersuchungen, Verbände und Notfälle teilzunehmen und fakultativ aktiv zu üben. Für die frischgebackenen Medizinischen Fachangestellten fanden in der prüfungsfreien Zeit insgesamt 97 Übungskurse statt, an denen insgesamt 574 Auszubildende teilnahmen, um die

praktischen Fähigkeiten und Fertigkeiten zu trainieren.

Besonders erfreulich ist, dass von den 84 Prüflingen 71 Absolventen hervorgingen, von denen bereits 81 % der Medizinischen Fachangestellten ein Beschäftigungsverhältnis eingegangen sind. Leider konnte der Abschluss dieser für die Auszubildenden wichtigen Etappe nicht den angemessenen Ausklang mit der feierlichen Zeugnisübergabe finden, da eine angemessene Feierstunde aufgrund der pandemischen Entwicklung nicht umsetzbar war. Als Anerkennung der besonderen Leistungen erhielten die Absolventen ein Präsent der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, den Kammerbrief, ihr Abschlusszeugnis sowie das Gratulationsschreiben des Hauptgeschäftsführers der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Prof. Dr. Edgar Strauch, auf dem Postwege.

Ergebnisse der Abschlussprüfung – Gesamtübersicht

Prüfungsfach	Note 1	Note 2	Note 3	Note 4	Note 5	Note 6	Summe
BA	0	19	19	25	7	0	70
BOV	1	13	25	24	7	0	70
WISO	5	16	25	18	2	0	66
PP	2	8	23	35	7	7	82

Erläuterung

BA = Behandlungsassistenten BOV = Betriebsorganisation und -verwaltung WISO = Wirtschafts- und Sozialkunde PP = Praktische Prüfung

Beste Absolventinnen

Die Prüflinge der Winterprüfungen 2021/2022 setzen sich aus 78 weiblichen und 6 männlichen Prüflingen zusammen. Davon gingen fünf Teilnehmerinnen mit einem Gesamtnotendurchschnitt von 1,75 hervor. Glückwünsche für dieses Ergebnis gehen an:

- **Lisa Marie Freese** – Berufsbildende Schulen „Geschwister Scholl“ in Halberstadt, MVZ AMEOS Poliklinikum Halberstadt: Ausbilder Herr Sebastian Schuster in Halberstadt
- **Julia Schmidt** – Berufsbildende Schule 5 in Halle, MVZ Martha Maria gGmbH Halle: Ausbilderin Frau Antje Fiebig in Halle (Saale)
- **Madonna William** – Bildungsträger: Deutsche Angestellten-Akademie in Halle, Arztpraxis Philipp: Ausbilder Herr Dipl.-Med. Frank Philipp in Halle (Saale)

- **Josephine Herrmann** – Berufsbildende Schulen „Geschwister Scholl“ in Halberstadt, Arztpraxis Wagner: Ausbilderin Frau Dr. med. Annett Wagner-Naumann in Wernigerode
- **Carolin Fiedler** – Berufsbildende Schulen „Geschwister Scholl“ in Halberstadt, PHV Der Dialysepartner, Patienten-Heimversorgung, Ausbildungsstätte Dialysezentrum in Wernigerode: Ausbilder Herr Dipl.-Med. Joachim Nehr Korn und Frau Dr. med. Kerstin Witter in Wernigerode

Es bildeten sich 20 Prüfungsausschüsse, die im Zeitraum vom 11.01.2022 bis 24.01.2022 den Medizinischen Fachangestellten die praktische Abschlussprüfung sowie die mündlichen Ergänzungsprüfungen abnahmen. Die schriftliche Abschlussprüfung erfolgte am 11.12.2021 ebenfalls in der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.

Ein besonderer Dank gebührt den ehrenamtlich tätigen Mitgliedern der Prüfungsausschüsse, den ausbildenden Praxen, den Berufsschulen, den Bildungsträgern und natürlich den Prüflingen. Gemeinsam haben alle zusammen unter den erschwerten Bedingungen Hervorragendes geleistet und die bestmöglichen Bedingungen für einen Ausbildungserfolg geschaffen.

*Kerstin Uterwedde
Referatsleiterin MFA*

Erscheinungsdaten Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2022

Ausgabe	Erscheinungstag	Redaktions-/Anzeigenschluss
04/2022	02.04.2022 (Samstag)	01.03.2022 (Dienstag)
05/2022	14.05.2022 (Samstag)	08.04.2022 (Freitag)
06/2022	18.06.2022 (Samstag)	13.05.2022 (Freitag)
7-8/2022*	09.07.2022 (Samstag)	07.06.2022 (Dienstag)
09/2022	10.09.2022 (Samstag)	09.08.2022 (Dienstag)
10/2022	01.10.2022 (Samstag)	30.08.2022 (Dienstag)
11/2022	05.11.2022 (Samstag)	29.09.2022 (Donnerstag)
12/2022	10.12.2022 (Samstag)	08.11.2022 (Dienstag)

* Heft 7 und Heft 8 erscheinen 2022 als Doppelausgabe.

Die nächste Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt findet am 22./23. April 2022 in Quedlinburg statt.

Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt folgende Vertragsarztsitze aus:

Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Wittenberg Reg.-Nr.: 2721	Fachgebiet: Frauenheilkunde und Geburtshilfe Praxisform: Gemeinschaftspraxis Praxisort: Lutherstadt Wittenberg
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Magdeburg Reg.-Nr.: 2697	Fachgebiet: Frauenheilkunde und Geburtshilfe Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Magdeburg
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (voller Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Biederitz Reg.-Nr.: 2720	Fachgebiet: Hausärztliche Praxis Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Halle
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (viertel Versorgungsauftrag)** Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Naumburg Reg.-Nr.: 2722	Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Planungsbereich: (ehem. Eigeneinrichtung KVSA § 105 SGB V) Altmarkkreis Salzwedel
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (voller Versorgungsauftrag) Praxisform: Praxisgemeinschaft Praxisort: Quedlinburg Reg.-Nr.: 2723	Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (voller Versorgungsauftrag***) Praxisform: Einzelpraxis Planungsbereich: Anhalt-Bitterfeld Reg.-Nr.: 2736
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Halle Reg.-Nr.: 2724	Fachgebiet: HNO-Heilkunde Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Roßlau
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Wittenberg Reg.-Nr.: 2725	Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Bernburg Reg.-Nr.: 2738
Fachgebiet: Psychologische Psychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Stendal Reg.-Nr.: 2726	Fachgebiet: Kinder- und Jugendmedizin Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Bernburg Reg.-Nr.: 2739
Fachgebiet: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Wittenberg Reg.-Nr.: 2727	<i>* 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.</i>
Fachgebiet: Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber Versorgungsauftrag) Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Oebisfelde/Weferlingen Reg.-Nr.: 2728	<i>** Die isolierte Übernahme eines Viertels eines Versorgungsauftrages ist nur zur Aufstockung eines halben oder Dreiviertelsitzes oder zur Anstellung möglich, da die Zulassung weiterhin einen halben Versorgungsauftrag voraussetzt.</i>
Fachgebiet: Frauenheilkunde und Geburtshilfe Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Seehausen	<i>*** Die Fortführung des Vertragsarztsitzes ist auch durch die Übernahme jeweils eines halben Versorgungsauftrages möglich.</i>
Fachgebiet: Frauenheilkunde und Geburtshilfe Praxisform: Einzelpraxis Praxisort: Helbra	Bewerbungen richten Sie bitte an: Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt Abt.: Zulassungswesen Postfach 1664 39006 Magdeburg

Die Ausschreibung endet am **05.04.2022**. Wir weisen darauf hin, dass sich die in der Warteliste eingetragenen Ärzte ebenfalls um den Vertragsarztsitz bewerben müssen.

Chefarztwechsel

Evangelisches Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift



Direktor im Evangelischen Krankenhaus Paul-Gerhardt-Stift ist **Herr Dr. med. Roger Rehfeld¹** seit dem 01.08.2021 im Zentrum für Familiengesundheit.

Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH



Seit dem 01.09.2021 ist **Herr Dr. med. Christof Beimes²** neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in der Carl-von-Basedow Klinikum Saalekreis gGmbH.

SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH, SRH Klinikum Naumburg

In der SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH, SRH Klinikum Naumburg, leitet **Frau Dr. med. Alexandra Leffler³** seit dem 01.08.2021 die Klinik für Neurologie.



Ebenso ist **Herr Michael Wurlitzer⁴** seit dem 01.10.2021 in der SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH, SRH Klinikum Naumburg, neuer Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie.



MEDIAN Klinik Flechtingen

Neue Chefarztin in der MEDIAN Klinik Flechtingen ist **Frau Dr. med. Cornelia Grüsser-Dollinger** seit dem 01.08.2021 in der Abteilung Neurologie Frührehabilitation.

Foto lag nicht vor.

Universitätsklinikum Halle (Saale)



Direktor im Universitätsklinikum Halle (Saale) ist seit dem 01.09.2021 **Herr Univ.-Professor Dr. med. Tino Prell⁵** in der Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin.

SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH, SRH Klinikum Zeitz

In der SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH, SRH Klinikum Zeitz, ist **Frau Dr. med. Angelika Knispel⁶** seit dem 01.09.2021 Chefarztin der Klinik für Geriatrie/des Geriatrischen Zentrums.



Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH

Herr Professor Dr. med. Konstantin Heinroth⁷ ist seit dem 01.01.2022 neuer Chefarzt der Klinik für Innere Medizin I – Kardiologie in der Krankenhaus Martha-Maria Halle-Dölau gGmbH.



Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Universitätsklinikum A.ö.R.



Herr Priv.-Doz. Dr. med. Daniel Behme⁸ leitet seit dem 01.09.2021 als neuer Chefarzt die Klinik für Neurologie im Universitätsklinikum A.ö.R. der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.



Ebenso seit dem 01.09.2021 ist **Frau Univ.-Professorin Dr. med. Verena Keitel-Anselmino⁹** Direktorin der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie und Infektiologie im Universitätsklinikum A.ö.R. der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

AGAPLESION Diakoniekrankenhaus Seehausen gGmbH

In der AGAPLESION Diakoniekrankenhaus Seehausen gGmbH hat seit dem 01.10.2021 **Herr Dr. med. Daniel Kügler PhD¹⁰** als neuer Chefarzt die Leitung der Klinik für Innere Medizin und Internistische Intensivmedizin inne.



Gezeiten Haus Schloss Wendgräben GmbH

Neue Chefarztin ist seit dem 01.11.2021 **Frau Dr. med. Susanne Glöckner¹¹** in der Gezeiten Haus Schloss Wendgräben GmbH, Private Fachklinik für Psychosomatik und Traditionelle Chinesische Medizin.



Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg GmbH



In der Krankenhaus St. Marienstift Magdeburg GmbH ist **Frau Professorin Dr. med. habil Stefanie Wolff¹²** seit dem 01.01.2022 neue Chefarztin in der Klinik für Chirurgie.

- 1 Foto: Janet Pöttsch
- 2 Foto: ÖA Fr. Bettina Lebek, Carl-von-Basedow-Klinikum Saalekreis gGmbH
- 3 Foto: Renè Weimer, Zeitz (i. A. d. SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH)
- 4 Foto: Picture People Fotostudio Leipzig
- 5 Foto: Pressestelle UKH
- 6 Foto: Renè Weimer, Zeitz (i. A. d. SRH Klinikum Burgenlandkreis GmbH)
- 7 Foto: Martha-Maria Dölau
- 8 Foto: Universitätsklinikum Magdeburg
- 9 Foto: Universitätsmedizin Magdeburg
- 10 Foto: privat
- 11 Foto: privat
- 12 Foto: C. Schuller, KH St. Marienstift

Leben retten trainieren

Beim Schockraumtraining im Klinikum Magdeburg wachsen die Teams noch mehr zusammen.



Der Patient ist gerettet – das Schockraumtraining war erfolgreich, so dass sich das Team einmal für ein Gruppenbild zusammengestellt hat.

In einer Notaufnahme wird das Portfolio aller menschlichen Krankheiten behandelt. Für Schwerverletzte und kritisch Kranke zum Beispiel nach einem Autounfall werden dabei in einer Notaufnahme spezielle Räume zur Behandlung vorgehalten – die sogenannten Schockräume.

Das Arbeiten in einem solchen Schockraum ist nicht alltäglich. Vor allem weil hier immer ein großes interdisziplinäres Team aus Ärztinnen und Ärzten und Pflegekräften zusammenarbeitet. Genau hier hat das Schockraum-Training angesetzt, das 2021 erstmals mit der Landesrettungsschule im Klinikum Magdeburg stattgefunden hat.

„Im Vordergrund dieser Weiterbildungen stand das CRM – crew resource management. Wir wollten also Kommunikation üben“, sagt Dr. Stephan Singöhl, Chefarzt der Klinik für Notfallmedizin am Klinikum Magdeburg. Er leitet seit September 2020 die Notaufnahme und legt Wert darauf, dass sich

das Schockraum-Team als solches noch besser findet und innerhalb dieses Teams klar kommuniziert wird. Denn im Schockraum zählt jede Sekunde mehr denn je.

Für das optimale Zusammenarbeiten aller beteiligten Fachdisziplinen bietet der Schockraum selbstverständlich die technische Infrastruktur, um sämtliche vitale Bedrohungen wie zum Beispiel Atemwegsverlegungen, Thorax- und Beckenverletzungen sowie schwere Blutungen behandeln zu können. So muss ein Ultraschallgerät im Schockraum zwingend vorhanden sein, das CT sollte schnell erreichbar sein und die Möglichkeit für konventionelle Röntgenaufnahmen muss gegeben sein.

Zum anderen gehört zu einem Schockraum ein speziell geschultes, eingespieltes und interprofessionelles Schockraumteam. Ein typisches Schockraumteam besteht aus acht bis zehn Personen. Dazu gehören Unfall-

chirurgen, Anästhesisten sowie das diesen Fachdisziplinen zugeordnete Pflegepersonal. Neben den Radiologen wird ein Schockraumteam je nach Bedarf um Neurochirurgen, Hals-Nasen-Ohren-Ärzte, Gynäkologen etc. erweitert.

„Jedes Teammitglied muss Rückkopplung geben“, sagt Stephan Singöhl. Egal wie oft oder selten die Kolleginnen und Kollegen schon zusammengearbeitet haben, jeder Griff muss passen, jede Absprache muss stimmen. „Deshalb habe ich 2021 die drei Schockraum-Trainings zusammen mit der Landesrettungsschule bei uns im Haus organisiert“, berichtet der Chefarzt. Im Klinikum Magdeburg vor Ort zu trainieren war ihm wichtig, „denn hier finden unsere Kolleginnen und Kollegen ihre realen Arbeitsbedingungen wieder“, sagt er.

Dass er Tutoren von außen dazu geholt hat, ist für ihn selbstverständlich. „Die Kolleginnen und Kollegen von der Landesrettungsschule sind die Profis für diesen Bereich“, schätzt er ein. Und: „Es ging darum, dass wir die Arbeit im Schockraum einmal anders machen als sonst, um eben neue Erkenntnisse für uns als Team zu gewinnen.“ Die Instruktoren der Landesrettungsschule konnten so als externe Quelle das Tun im Schockraum des Klinikums Magdeburg beurteilen.

Was passiert nun konkret beim Schockraum-Training? Im Mittelpunkt steht der Übungs-Patient, eine spezielle High-tech-Puppe, die reanimierbar und defibrillierbar ist und der man beispielsweise Zugänge in künstliche Venen legen kann. Dieser Übungs-Patient wird mit einem Polytrauma, also mehreren Verletzungen, von denen mindestens eine lebensbedrohlich ist,



Die Hightech-Patientenpuppe der Landesrettungsschule. Während die Puppe sogar defibrillierbar ist, konnten die Mitarbeitenden des Klinikums Magdeburg an ihr alle Rettungsmaßnahmen im Schockraum trainieren.

Fotos: Klinikum Magdeburg

vom Rettungsdienst in der Notaufnahme angemeldet. Das Schockraum-Team erwartet den Patienten. Dann geht alles ganz schnell, vom Übergabegespräch von Notarzt und Schockraum-Team, über Stabilisierung des Patienten bis zum Abschluss der radiologischen Diagnostik und der Vorbereitung zur

OP vergeht wenig Zeit. Jeder Spezialist arbeitet unter den Augen der versierten Beobachter mit Hochdruck, Kommandos werden gerufen, erforderliche Maßnahmen durchgeführt. Auch von der Übungsleitung eingespielte Komplikationen und „Fehler“, wie ein Atemstillstand, bringen den Arbeitsablauf der erfahrenen Kolleginnen und Kollegen nicht durcheinander. Leben gerettet, Patient stabil.

Solche Fälle sind im Grund für ein Schockraum-Team nichts Neues. „Unging es nicht darum, besonders seltene Krankheitsfälle zu spielen, sondern es ging um das Training im Team“, betont er. Wie arbeite ich im Team? Wie führe ich ein Team, auch wenn ich sonst nicht der Teamleiter bin? Wie interagiert der Einzelne, damit das Team eine gute Teamleistung bringt? Kann sich jeder auf neue Situationen blitzschnell einstellen?

Alle beteiligten Fachabteilungen haben sich sehr gut geschlagen, lautet das Resümee des Chefarztes. „Sie haben sich darauf eingelassen und waren sehr selbstkritisch mit sich“, lobt er. Damit haben alle dazu beigetragen, dass sich das Schockraum-Arbeiten im Klinikum Magdeburg noch mehr verbessert.

„Ich bin sehr zufrieden. Und ich bin dankbar für die Bereitschaft aller Kolleginnen und Kollegen, sich an diesen

Trainings zu beteiligen, ob in der Arbeitszeit oder in der Freizeit“, sagt Stephan Singöhl.

Eine einmalige Weiterbildung soll das Schockraum-Training nicht sein. „Ich plane, dass wir dieses Simulationstraining nun jährlich durchführen“, sagt Stephan Singöhl. Denn das Ziel ist es, die fach- und berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit und damit die Qualität der Patientenversorgung im Schockraum unter Stressbedingungen weiter zu optimieren. Immer im Sinne der Patientinnen und Patienten.

Korrespondenzanschrift:

Dr. med. Stephan Singöhl

Klinik für Notfallmedizin

Klinikum Magdeburg gGmbH

Birkenallee 34, 39130 Magdeburg

Tel.: 0391-7913201, Fax: 0391-7913204

E-Mail: stephan.singoehl@klinikum-magdeburg.de

Konferenz

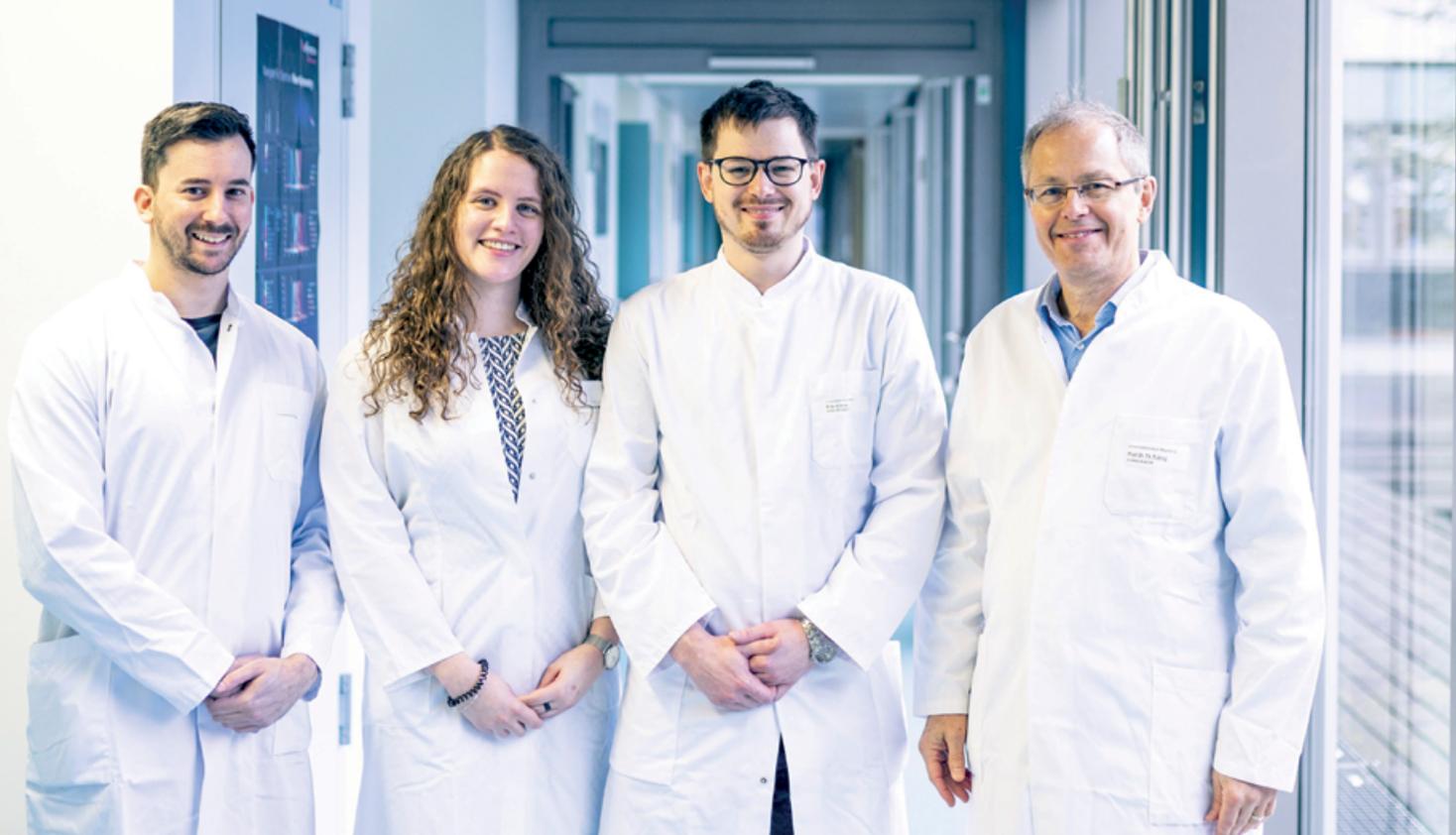
Die Schmerzambulanz der Klinik für Anästhesiologie und Intensivtherapie lädt in Kooperation mit dem Onkologischen Zentrum des Universitätsklinikums Magdeburg A. ö. R. zur folgenden interdisziplinären Schmerzkonferenz ein:

28.03.2022 J. Wüstemann, Universitätsklinik für Radiologie und Nuklearmedizin Magdeburg
„Radioligandentherapie mit Lutetium-177-PSMA bei fortgeschritten metastasiertem kastrationsresistentem Prostatakarzinom“

Schmerzambulanz/Hs. 39 | 15 Uhr

**Anmeldung erwünscht: Schmerzambulanz,
 Tel.: 0391/6713-350, Fax: 0391/6713-971**

Die Konferenz wird von der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für die Erlangung des Fortbildungszertifikates mit 3 Punkten gewertet.



Prof. Dr. med. Thomas Tüting (.) gemeinsam mit seinem Forschungsteam (v.l.) Dr. Anthony Buzzai, Susan Gellert und Bastian Kruse.

Millionenförderung für exzellente Krebsforschung an der Universitätsmedizin Magdeburg

Die Stiftung Deutsche Krebshilfe vergibt 1,2 Millionen Euro Exzellenzförderung für die Erforschung der Bedeutung von Nervensignalen für die Interaktion zwischen Tumor- und Immunzellen in Krebsgeweben.

Die Entwicklung neuer Medikamente zur Verstärkung der Immunabwehr von Krebszellen zählt zu den bedeutendsten Fortschritten der Medizin in den letzten zehn Jahren. Neuere Forschungsergebnisse haben gezeigt, dass auch Signale des Nervensystems an der Steuerung der Abwehrfunktionen von Immunzellen beteiligt sind. Prof. Dr. med. Thomas Tüting, Direktor der Universitätsklinik Magdeburg, baut in seinem Forschungsprojekt auf diesen Erkenntnissen auf und untersucht gemeinsam mit einem Team von Wissenschaftler:innen den Einfluss des peripheren Nervensystems auf die

Interaktion zwischen Tumor- und Immunzellen. Ziel ist es dabei, die Wirksamkeit aktueller Krebsimmuntherapien weiter zu verbessern. Das Projekt wird von der Deutschen Krebshilfe im Rahmen eines Exzellenzförderprogrammes mit 1,2 Millionen Euro für einen Zeitraum von fünf Jahren gefördert und soll etablierten, exzellenten Wissenschaftler:innen den nötigen Freiraum geben, um neue Ideen zur Prävention, Diagnose und Therapie von Krebserkrankungen zu verfolgen.

„Wir wissen inzwischen, dass das Nervensystem bei der Krebsentstehung und bei der Ausbreitung von Krebszellen im Körper eine Rolle spielt. Nervensignale wirken auch auf die Immunabwehr. Deshalb wollen wir in unserem Forschungsprojekt die Mechanismen besser verstehen – das heißt,

wie Zellen des Nerven- und des Immunsystems im Tumorgewebe untereinander kommunizieren und so das Tumorwachstum und die Ausbildung von Tochtergeschwülsten in anderen Organen unmittelbar beeinflussen“, erklärt Prof. Tüting.

Die Wissenschaftler:innen vermuten, dass es spezifische, von peripheren Nervenzellen freigesetzte Botenstoffe gibt, die über ihre Bindungsstellen auf Zelloberflächen Immunabwehrfunktionen begrenzen und stattdessen eine das Tumorwachstum fördernde chronische Entzündung unterstützen. Durch eine therapeutische Blockade dieser als „Neuro-Immuno-Checkpoints“ wirkenden Botenstoffe könnte der Erfolg von Krebsimmuntherapien verbessert werden. In seinem Forschungsprojekt setzt Prof. Tüting auf eine fachübergreifende Zusammenarbeit und die Stärken des

Forschungsstandortes Magdeburg in den Bereichen der Immunologie und der Neurowissenschaften. „Wir arbeiten eng mit Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern im Institut für Molekulare und Klinische Immunologie und im benachbarten Leibniz-Institut für Neurobiologie zusammen“, erläutert Prof. Tüting. Die Forscher:innen wenden in ihren Experimenten hochmoderne bildgebende Verfahren und neuartige genetische Methoden an, mit denen die Interaktionen zwischen Nervenzellen, Immunzellen und Tumorzellen im Tumorgewebe hochauf-

gelöst und dynamisch sichtbar gemacht werden können. „In diesen für unsere Forschung extrem wichtigen Bereichen sind wir in Magdeburg sehr gut aufgestellt“, betont Prof. Tüting.

Der 59-Jährige leitet seit 2015 die Universitätsklinik in Magdeburg. Zuvor war Prof. Tüting an der Universitätsklinik und Poliklinik für Dermatologie in Bonn tätig. Sein Medizinstudium absolvierte er an der Goethe-Universität Frankfurt/Main. In einer Reihe von Forschungsprojekten entwickelte er neue experimentelle Modelle

und Methoden, um die Rolle des Immunsystems bei der Entstehung bösartiger Tumore am Beispiel des schwarzen Hautkrebses besser zu verstehen. Prof. Tüting ist einer der Sprecher des Magdeburger Else-Krüner-Forschungskollegs. Der Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten erlangte auch die Zusatzbezeichnungen Allergologie sowie Medikamentöse Tumorthherapie und Dermatohistologie.

| *Pi Med. Fak. der OvGU Magdeburg*

Ehrennadel des Landes Sachsen-Anhalt: Landrat Schröder zeichnet Mediziner Dr. Ralf Eckert aus



(v. l.): Landrat André Schröder und Dr. Ralf Eckert

Landrat André Schröder hat dem Urologen Dr. Ralf Eckert aus Wippra am 08. September 2021 die Ehrennadel des Landes Sachsen-Anhalt verliehen.

Stellvertretend für den Ministerpräsidenten des Landes Sachsen-Anhalt, Dr. Reiner Haseloff, würdigte Landrat Schröder am Abend in Sangerhausen

das Engagement des Mediziners vor allem im Bereich der Palliativmedizin.

„Menschen in der wohl schwersten Phase ihres Lebens anspruchsvoll, würdevoll und kontinuierlich zu betreuen, verlangt ein hohes Maß an Engagement und Einfühlungsvermögen“, sagte Schröder. „Dr. Eckert und seinem Team ist es in den vergangenen Jahren gelungen, eine sichtbar qualitative Betreuung von schwerstkranken und sterbenden Patienten und deren Angehörigen im gesamten Landkreis zu etablieren. Er genießt ein hohes Maß an Anerkennung und Akzeptanz, was sich in dieser Ehrung widerspiegelt.“

Dr. Eckert nutzte die Entgegennahme der hohen Auszeichnung, um sich bei seinen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern für ihre geleistete Arbeit zu bedanken.

| *Pi LKMSH*

COVID-19-Impfstoffe triggern keine Autoantikörper



Dr. rer. nat. Christoph Thurm und Institutsdirektor Prof. Dr. med. Burkhard Schraven im Institut für Molekulare und Klinische Immunologie der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg.

Wissenschaftler:innen der Universitätsmedizin Magdeburg haben in den letzten Monaten zwei Studien zu COVID-19-Impfstoffen durchgeführt. Ziel war es, herauszufinden, ob sich die Stärke der Immunantwort nach verschiedenen COVID-19-Impfstoff-Kombinationen unterscheidet und ob diese Impfungen das Immunsystem so umprogrammieren, dass es zu einer Reaktion gegen körpereigene Strukturen durch so genannte Autoantikörper kommt. Diese könnten im schlimmsten Fall zu einer Zerstörung körpereigener Zellen und Organe führen, was langwierige medizinische Behandlungen erfordern würde.

Die Studien wurden durch das Institut für Molekulare und Klinische Immunologie der Universitätsmedizin Magdeburg koordiniert. Weitere Partner

waren das Institut für Klinische Chemie und Pathobiochemie der Universitätsmedizin Magdeburg sowie das Institut für Immunologie der Medizinischen Hochschule Hannover.

In den Studien wurden folgende Wirkstoffkombinationen analysiert: Zwei Impfungen mit einem mRNA- oder Vektor-Impfstoff bzw. die Kombination eines Vektor-Impfstoffs, gefolgt von einem mRNA-Impfstoff. An den Studien haben insgesamt 120 freiwillige Proband:innen aus der Mitarbeiterschaft der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums Magdeburg teilgenommen. Gemäß der individuellen Impfstoffkombination wurden diese in drei Gruppen aufgeteilt. Bei allen Studienteilnehmenden erfolgten vier Blutentnahmen, vor der Zweitimpfung sowie zwei bzw. vier Wochen und

vier Monate nach der Zweitimpfung. Damit konnten die Konzentrationen der Impfantikörper und Autoantikörper bestimmt und anschließend statistisch ausgewertet werden.

Der Magdeburger Immunologe und Leiter des Institutes für Molekulare und Klinische Immunologie der Universitätsmedizin Magdeburg, Prof. Dr. med. Burkhard Schraven, erläutert die Ergebnisse: „In unseren Studien konnten wir zeigen, dass die Induktion von Antikörpern gegen SARS-CoV-2 nach einer zweimaligen Impfung mit dem Vektor-Impfstoff von AstraZeneca im Vergleich zu den anderen beiden Gruppen um zirka 90 Prozent reduziert war. Hiermit ist vermutlich auch ein deutlich verringerter Schutz gegen eine Ansteckung mit der Delta-Variante von SARS-CoV-2 verbunden.“ Diese Informationen seien wichtig, um die Prozesse, die durch die neuen Impfstoffe angestoßen wurden, besser zu verstehen und einige offene Fragen zu beantworten.

„Wir konnten zeigen, dass keine der drei Impfstrategien eine Produktion von Autoantikörpern in gesunden Probandinnen oder Probanden induziert und dementsprechend auch keine ungewollte Immunreaktion gegen den eigenen Körper stattfindet. Dies ist ein sehr wichtiger Befund, da solche Autoimmun-Reaktionen im Zusammenhang mit symptomatischen COVID-19-Infektionen beobachtet wurden und daher die Möglichkeit bestand, dass auch die Impfung ähnliche Veränderungen anstößt“, erklärt der Erstautor der Studie, Dr. rer. nat. Christoph Thurm.

Pi Med. Fak. der OvGU Magdeburg

Das Landesamt für Verbraucherschutz Sachsen-Anhalt informiert:

Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen

Liebe Kollegen und Kolleginnen, die Überwachung der Sicherheit von Impfstoffen erfolgt in Deutschland durch das Paul-Ehrlich-Institut (PEI). Eine wichtige Säule zur Beurteilung der Sicherheit von Arzneimitteln und Impfstoffen ist die Meldung über Verdachtsfälle von Nebenwirkungen und Impfkomplicationen.

Im Infektionsschutzgesetz (IfSG) § 6 Absatz 1 ist die namentliche Meldepflicht eines Verdachtes einer über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden gesundheitlichen Schädigung verankert. Dabei meldet der Arzt dem zuständigen Gesundheitsamt den Verdachtsfall, welches wiederum nach § 11 Absatz 4 des IfSG zur pseudonymisierten Meldung an die zuständige Landesbehörde und an das PEI als zuständige Bundesbehörde verpflichtet ist. Meldeverpflichtungen auf Grund von Vorgaben des Heilberufrechts sind ferner zu beachten.

Impfreaktionen im üblichen Ausmaß sind nicht meldepflichtig. Dazu zählen kurzzeitige vorübergehende Lokal- und Allgemeinreaktionen, wie z. B. Rötungen, Schwellungen oder Schmerzhaftigkeit an der Einstichstelle, die in etwa für die Dauer von 1-3 Tagen, gelegent-

lich auch länger, anhalten. Allgemeinreaktionen im üblichen Maße könnten unter anderem Fieber unter 39,5°C (rektal gemessen), Kopf- und Gliederschmerzen und Unwohlsein darstellen.

Auch sind Krankheitserscheinungen, die offensichtlich durch andere Umstände als die Impfung verursacht wurden, von der Meldepflicht ausgenommen. Meldepflichtig sind gesundheitliche Beeinträchtigungen nach einer Impfung, die über dieses übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehen, und einen ursächlichen Zusammenhang zur Impfung haben könnten.

Sollten Sie bei einem Patienten oder einer Patientin den Verdacht einer **über das übliche Ausmaß einer Impfreaktion hinausgehenden** gesundheitlichen Schädigung stellen, so verwenden Sie bitte das dafür **vom Paul-Ehrlich-Institut auf seiner Website zur Verfügung gestellte Formular** (Verdacht einer Impfkomplication nach Infektionsschutzgesetz) für die Übermittlung an das zuständige Gesundheitsamt.

So kann die Weiterleitung über den weiteren Meldeweg unkompliziert und zeitnah erfolgen.

Korrespondenzanschrift:

Landesamt für Verbraucherschutz
Sachsen-Anhalt
Freimfelder Straße 68, 06112 Halle (Saale)
Tel.: 0345/5643-0, Fax: 0345/5643-439
E-Mail: lav-poststelle@sachsen-anhalt.de
www.verbraucherschutz.sachsen-anhalt.de

Quellen:



Website der RKI: https://www.rki.de/DE/Content/Kommissionen/STIKO/Impfsicherheit/sicherheit_impfungen_node.html (Stand 26.02.2021)



https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/Meldeboegen/Impfreaktion/impfreaktion_node.html (Stand 07.06.2021)



Website des PEI: <https://www.pei.de/DE/newsroom/dossier/coronavirus/arsneimittelsicherheit.html> (Stand 24.11.2021)



https://www.pei.de/DE/arsneimittelsicherheit/pharmakovigilanz/meldeformulare-online-meldung/meldeformulare-online-meldung_node.html (Stand 01.10.2021)



„Es ist schön zu erfahren, dass man den Menschen als Arzt direkt und effektiv helfen kann.“
Oliver Ostermeyer

Werden auch Sie zum Helfer.



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

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



Jahresrückblick Innere Medizin am 15. Januar 2022

Ein weiteres Mal musste der Jahresrückblick Innere Medizin des Department für Innere Medizin am Universitätsklinikum Halle (Saale) online stattfinden. Das tat aber dem Interesse der zahlreich angemeldeten Teilnehmer:innen keinen Abbruch. Aus allen Schwerpunkten der Inneren Medizin gab es eine Vielzahl an neuen Entwicklungen zu berichten.



Frau Prof. M. Binder fasste neue Erkenntnisse auf den Gebieten der **Hämatologie, Hämostaseologie und Onkologie** zusammen. Mit der Einführung der Coronaimpfstoffe entstand ein neuartiges Krankheitsbild der Gerinnungsmedizin – die Vakzin-induzierte prothrombotische Thrombozytopenie (VIPIT). Bei der VIPIT handelt es sich um eine der Heparin-induzierten Thrombozytopenie ähnelnde Konstellation. Patient:innen präsentieren sich mit Kopfschmerzen, neurologischer Symptomatik, Thrombosen (v.a. Sinusvenenthrombosen) und/oder Petechien bei Thrombozytopenie. Besonders betroffen sind jüngere Frauen innerhalb von drei Wochen nach Impfung mit einem Vektorimpfstoff. Plättchenaktivierende Antikörper gegen PF4 sind

pathophysiologisch relevant. Die Behandlung besteht in einer Antikoagulation (nicht Heparin) und einer intravenösen Immunglobulingabe. Herausfordernd ist die Diagnostik – nicht alle HIT Tests sind geeignet.

Im Jahr 2021 gab es im Bereich der Behandlung von hämatologischen Neoplasien und soliden Tumoren eine große Zahl von „practice changing“ Therapieneuerungen. Die zwei stärksten Bereiche in der Entwicklung sind nach wie vor die molekular zielgerichtete (in der Regel Biomarker-gestützte) Therapie und die Immuntherapie. Die Entwicklung der Biomarker-gesteuerten Therapie von cholangiozellulären Karzinomen zeigt dies beispielhaft mit der rezenten Einführung von IDH-Inhibitoren und FGFR-Inhibitoren. Pemigatinib als FGFR Inhibitor zeigte in einer einarmigen Studie eine Überlebenszeit von >17 Monaten in der Zweitlinientherapie [1], während die Standardbehandlung (Chemotherapie) in der Zweitlinie deutlich schlechtere Ergebnisse bringt (ca. 6 Monate Überlebenszeit) [2].

Als übergreifenden Aspekt in der Onkologie ist weiterhin erwähnenswert, dass unter Federführung der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie und weiterer Fachgesellschaften die S3 Leitlinie Komplementärmedizin entwickelt und veröffentlicht wurde. Sie deckt ein breites Spektrum ab von Akupunktur und Meditation über Chirotherapie und Sport bis hin zu Vitaminen, Spurenelementen und Mistelpräparaten.



Im Fach **Gastroenterologie** berichtete Prof. Michl, dass die Clarithromycin-Resistenz in Europa weiter zunimmt. Sie ist klar mit der Verschreibungshäufigkeit von Makroliden assoziiert. Bei der H. pylori Eradikation wird deswegen zunehmend auf eine Bismut-haltige Quadrupel-Therapie zurückgegriffen [3]. Beim Thema Nebenwirkungen einer Langzeit-PPI-Einnahme weist eine neue Studie auf ein möglicherweise erhöhtes Diabetesrisiko hin. Obwohl Kausalzusammenhänge unklar sind, sollten Dauer und Indikation bei PPIs immer kritisch überprüft werden [4]. Bei der endoskopischen Therapie von Gallenwegs- und Pankreas-Strikturen setzen sich beschichtete Metallstents gegenüber herkömmlichen Plastikstents immer mehr durch [5]. Das Pankreaskarzinom wird aufgrund einer stark ansteigenden Inzidenz im Jahr 2030 die zweithäufigste Krebstodesursache darstellen. Ein möglicher Ansatz für zielgerichtete Therapien sind Mutationen der „BRCAness“-Genfamilie. Geeignete Patient:innen sollten hierauf getestet und im molekularen Tumorboard vorgestellt werden [6]. Auf dem Gebiet der chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen steht mit dem sog. Sphingosin-1-Phosphat-Modulator Ozanimod

eine neue, oral verfügbare Substanz bei Colitis ulcerosa vor der Zulassung. Bei dem Thema „Fäkaler Mikrobiom-Transfer“ ist zu erwarten, dass lyophilisierte Konzentrate in Kapselform die bisherige direkte Applikation ersetzen werden [7].

Kürzlich wurde auch gezeigt, dass die Mikrobiomkomposition ein starker Prädiktor für einen anhaltenden Erfolg von Diät-Anstrengungen zur Gewichtsreduktion ist [8]. Obwohl die Darmkrebs-Inzidenz insgesamt leicht abgenommen hat, steigt die Inzidenz bei Unter-50-jährigen deutlich an. Diesbezüglich konnte eine signifikante Assoziation zwischen dem Konsum zuckerhaltiger Softdrinks während der Teenager-Jahre und einer frühen Darmkrebsentwicklung gezeigt werden [9].

Über Neues aus **Diabetologie und Endokrinologie** berichtete Frau OÄ Fick. Bei Typ 1 Diabetes mellitus wurde die Zulassung des SGLT2-Inhibitors Dapagliflozin bei gehäuftem Auftreten ketoazidotischer Entgleisungen wieder zurückgezogen. Im März 2021 wurde die Nationale Versorgungsleitlinie für Typ 2 Diabetes mellitus publiziert. Mit dem Flowchart sind jetzt auch milde Diabetesformen ebenso wie kardiovaskuläre Hochrisikopatienten therapeutisch abbildbar. Weltweit leben 537 Millionen Menschen mit Diabetes, 541 Millionen mit Prädiabetes. Diese Dimensionen und das Wissen, dass alle fünf Sekunden ein Mensch diabetesassoziiert stirbt, verdeutlicht die Notwendigkeit der Detektion und adäquaten Therapie des Hochrisikopatienten.

Die Versorgungsforschung zeigt, dass lediglich 14–16 % der Patient:innen SGLT2-Hemmer und nur 3–10 % GLP1-R-Analoga erhalten. Das ist ernüchternd und bedarf einer Verbesserung. In der prospektiven GRADE-Studie wurde Liraglutid gegen Insulin glargin, Glimepirid und Sitagliptin verglichen. Liraglutid zeigte die stärkste HbA1c-Reduktion, die niedrigste Fallzahl für CV-Ereignisse sowie den günstigsten Effekt auf Major Adverse Events nach 6 Jahren Follow-Up.

Bis 90 % der täglichen Aktivzeit werden in der westlichen Welt im Sitzen verbracht. Viele Studien demonstrieren den Zusammenhang mit Hypertonie, verstärkter Hyperglykämie und kardiovaskulärem Risiko bis Mortalität. Dunstan et al untersuchte den glukose-senkenden Effekt von 3-6 Minuten Aktivpause/Sitzstunde/d [10].

Im Teilgebiet Endokrinologie zeigte eine Metaanalyse, dass bei Patienten ohne dezidierte Indikation zur L-Thyroxinsubstitution eine bis zu 48,2%ige Chance besteht diese auszuschleichen [11]. Teprotumumab bei endokriner Orbitopathie reduziert effektiv die bulbäre Protrusion. Ernüchternd mehrten sich jedoch Fälle von relevanten Ototoxizitäten unter der Medikation.

Der ESC-EORP EUROAPIRE V Survey zeigt eine unzureichende Zielerreichung der Lipidsenkertherapie bei Patient:innen mit manifester Atherosklerose [12]. Neu in Deutschland zugelassen wurden 2020 Bempedoinsäure (bei Statinunverträglichkeit bzw. als add on zu Statin) und 2021 Inclisiran (nach Therapieversagen von Statin+/- Ezetemib alternativ zu PCSK9). Die Outcome-Daten werden für 2022 und 2024 erwartet.

Beim adrenogenitalen Syndrom wurde ein neues Hydrocortisonpräparat zugelassen, das den physiologischen Cortisolverlauf bestmöglich nachbildet und die Androgene effektiv senkt. Eine Studie zeigt, dass die mitternächtliche Speichelcortisolbestimmung ein praktikables Screeningtool bei V.a. Hypercortisolismus ist. Goldstandard der Diagnostik bleibt der 1mg Dexamethasonhemmtest [13].

„Den Fokus auf die periphere arterielle Verschlusskrankheit (pAVK) setzen und die Lücke zwischen evidenzbasierten Leitlinienempfehlungen und Versorgungsrealität schließen“, so leitet Frau apl. Prof. Dr. Bettina-Maria Taute ihren Bericht über Neues aus der **Angiologie** ein. Die leitlinienempfohlenen lipidsenkenden und antithrombotischen Pharmakotherapien besitzen höchste

Evidenz zur vaskulären Protektion bei pAVK. Dennoch offenbaren aktuelle Studien erneut eine alarmierende medikamentöse Unterversorgung ambulanter pAVK-Patienten in Deutschland: Betroffen sind sowohl die Verordnungsraten [14] als auch das Einnahmeverhalten, analysiert anhand eingelöster Rezepte [15]. Darüber hinaus werden ambulante pAVK-Pat. zu selten von Gefäßspezialisten behandelt [14].

Stent und OP sind als prophylaktische revaskularisierende Therapien bei asymptomatischer hochgradiger Karotisstenose gleichwertig, zeigt die ACST-2-Studie [16]. Offen bleibt, ob eine optimale Sekundärprävention den revaskularisierenden Therapien überlegen ist.

Überraschende Ergebnisse der Gutenberg-Gesundheitsstudie zur chronischen venösen Insuffizienz (CVI) erfordern ein Umdenken: Neben einer mit 41 % hohen Prävalenz bei den Studienteilnehmer:innen zeigte die Studie eine hohe Assoziation von CVI mit kardiovaskulären Erkrankungen und der Gesamtsterblichkeit [17].

Interessantes neues Target der Antikoagulation ist der Faktor XI, der zwar an der Thrombusbildung stark beteiligt ist, aber nur eine vergleichsweise geringe Bedeutung für die Hämostase besitzt. Die Phase-II-Studienergebnisse für den ersten oralen Faktor XIa-Hemmer Milvexian beeindrucken durch eine dosisabhängige effektive Reduktion venöser Thromboembolien bei orthopädischen Hochrisikopatient:innen und durch konstante Blutungsraten für alle Milvexian-Dosierungen [18].

Zum optimalen Follow-up nach Pulmonalembolie (PE) wird u. a. empfohlen [19], hormonelle Kontrazeptiva bei Eintritt einer PE beizubehalten und nach einer „Pillen-assoziierten PE“ nicht längerfristig zu antikoagulieren. Des Weiteren soll drei Monate nach PE Diagnostik auf ein Post-PE-Syndrom erfolgen, bei Verdacht kann ein kardio-pulmonaler Belastungstest Klärung bringen. Wird eine chronische thromboembolische pulmonale Hypertonie

(CTEPH) vermutet, sollte umgehend eine Zuweisung zum Spezialisten erfolgen.

Für die **Altersmedizin** berichtete Prof. Dr. T. Prell über die Organisation und Aufgaben des neuen Zentrums für Altersmedizin im südlichen Sachsen-Anhalt (ZASSA; www.uk-halle.de/zassa). Polymedikation und Nonadhärenz sind wichtige Themen in der Altersmedizin [20,21]. Im Zuge altersassoziierter Veränderungen, Multimorbidität und veränderter Stoffwechslung, steigt für einige Medikamente das Risiko für Komplikationen, wie Gangstörungen, Stürze, kognitive Probleme und das Delir im Alter an. Mindestens die Hälfte der Hospitalisierungen infolge von inadäquater Polymedikation und Non-Adhärenz wären aber vermeidbar [22]. Ein wichtiger Baustein für dieses komplexe Themenfeld ist das *Deprescribing*. Dies ist der geplante und supervidierte Prozess von Dosisreduktion oder Absetzen von Medikamenten, die Probleme verursachen oder keinen Benefit mehr bringen [23]. In der Praxis ergeben sich aber oft zahlreiche Fragen bei dem Versuch inadäquate Medikation zu reduzieren. Hierzu wurden in den letzten Jahren evidenzbasierte Leitlinien für häufige und relevante Stoffklassen entwickelt (Antikoagulanzen, Diabetes-Medikamente, Opiate, Sedativa, Blutdruckmedikamente, Antipsychotika) [23]. Hiernach kann festgehalten werden, dass *Deprescribing* sicher und einfach machbar ist und abhängig von der betrachteten Wirkstoffklasse mit einer Verbesserung von Gesundheitsoutcomes einhergeht [24,25]. Inadäquate, vorwiegend anticholinerge Medikation ist zudem ein wesentlicher Risikofaktor für das Delir. Leider wird das Delir im klinischen Alltag noch nicht ausreichend adressiert. Die Prävalenz bei älteren Menschen ist sehr hoch, teilweise bis zu 80 %. Etwa 40 % der Menschen, die ein Delir im Krankenhaus hatten, sind nach einem Jahr gestorben und von den Überlebenden ist der Großteil im Alltag nicht mehr selbstständig [26–28]. Da einige Risikofaktoren aber modifizierbar sind und das Delir teilweise vermeidbar, müssen

Maßnahmen zur Delirprävention und Delirmanagement transsektoral implementiert werden [29].



Man darf die aktuellen Entwicklungen im Fachgebiet **Nephrologie** wohl einen Durchbruch nennen, berichtete Prof. M. Girndt. Der Einsatz von SGLT-2 Inhibitoren, der bereits bei diabetischen Nierenschäden als stark progressionsverzögernd beschrieben wurde, hilft auch bei anderen chronischen Nierenerkrankungen, z. B. der IgA Nephropathie [30]. Die Effektgröße ist bemerkenswert, konnte die Verschlechterung der Nierenfunktion doch um 72 % vermindert werden. Bei Diabetes etabliert sich ein weiteres Medikament zur Nephroprotektion, der selektive Mineralokortikoidantagonist Finerenon [31]. Die neuen Therapieansätze haben das Potential, die Entstehung der Dialysepflichtigkeit wesentlich zu hemmen. Ein weiteres neues Prinzip wird aktuell in der Nephrologie intensiv diskutiert, weil hier eine erste Medikamentenzulassung erfolgt ist: die orale Behandlung der renalen Anämie mit HIF-Stabilisatoren. HIF-Proteine sind Sauerstoffsensoren, die bei Hypoxie eine vermehrte Blutbildung auslösen. HIF-Stabilisatoren bremsen den HIF-Abbau und fördern damit die Aktivierung von Genen, die für die Blutbildung wichtig sind – darunter auch Erythropoetin. Während der erste HIF-Stabilisator Roxadustat in 2021 die Marktzulassung in Deutschland erhielt, erschien aktuell ein umfangreiches Studienprogramm zu Vadadustat [32,33] und Daprodustat [34,35] sowohl bei Dialysepatient:innen als auch bei Patient:innen mit nicht-dialysepflichtiger Niereninsuffizienz. Zusammengefasst sind die oralen Anämie-therapeutika gut wirksam und klassischem Erythropoetin nicht unter-

legen, es gibt jedoch ein mögliches Sicherheitssignal bei Patient:innen mit maligner Erkrankung in der Anamnese.

„Blutdrucksalz“, also Speisesalz mit blutdrucksenkender Wirkung, gibt es das wirklich? Eine große Studie [36] mit mehr als 20.000 Teilnehmer:innen legt nahe, dass das wirklich geht. Im ländlichen China wurden 600 Dörfer randomisiert, in denen Studienteilnehmer:innen, die bereits einmal einen Apoplex erlitten hatten, entweder reguläres Speisesalz oder ein Ersatzsalz, in dem 25 % des Natriumgehalts durch Kalium ersetzt war, versorgt wurden. Der Effekt war eine Senkung des systolischen Blutdrucks um 3 mmHg und eine Verminderung der Schlaganfallrate um 14 %.

Aus der **Kardiologie** berichtete Prof. Dr. Daniel Sedding. Schwerpunkt der Studien des letzten Jahres war die Herzinsuffizienz. Dies ist von besonderer Bedeutung, da der mitteldeutsche Raum und insbesondere das südliche Sachsen-Anhalt stärker als die anderen Regionen Deutschlands von der Herzinsuffizienz betroffen ist. Die aktualisierten europäischen Leitlinien [37] geben wesentliche neue Konzepte und Empfehlungen vor: Die Substanzklasse der SGLT-2 Inhibitoren wird beispielsweise mit höchster Empfehlungsstufe in die Initialtherapie der Herzinsuffizienz auch bei nicht-Diabetikern aufgenommen. In einer großen Studie [38] konnte auch erstmals die Wirksamkeit bei Herzinsuffizienz mit erhaltener Pumpfunktion nachgewiesen werden. Als eine weitere Substanzklasse wird Vericiguat neu für die Therapie nach akuter Dekompensation empfohlen. Darüber hinaus sollte die medikamentöse Therapie mit unterschiedlichen Substanzklassen möglichst frühzeitig simultan und nicht wie bisher in sequentieller Reihenfolge erfolgen.

Im Bereich der Rhythmusstörungen belegen zunehmend mehr große Studien den Nutzen einer frühen Rhythmuskontrolle bei Vorhofflimmern [39], insbesondere mit Hilfe einer Ablationstherapie [40]. Eine große Studie [41] konnte den deutlichen Nutzen eines

Aortenklappenersatzes bei hochgradiger Aortenklappenstenose auch bei bisher asymptomatischen Patient:innen aufzeigen. Eindrückliche Daten konnten darüber hinaus den Nutzen einer Influenza-Impfung nach stattgehabtem frischem Myokardinfarkt belegen [42], so dass sich bei diesen Patient:innen ein deutlicher Überlebensvorteil nach einer noch in der Klinik verabreichten Influenza-Impfung zeigte.

Herr Dr. Eisenmann berichtete über aktuelle Entwicklungen aus der **Pneumologie**. Bei COPD GOLD I gibt die Diffusionskapazität eine zusätzliche prognostische Aussage. Insbesondere bei DLCO < 40 % ist das kumulative Überleben reduziert [43]. Es wurde nochmals beleuchtet, dass weder niedrig dosiertes Theophyllin noch Prednisolon allein oder in Kombination der Placebogabe überlegen ist [44]. Stationär behandlungsbedürftige Exazerbationen haben während der COVID-Pandemie abgenommen [45]. Zur Exazerbationsreduktion werden verschiedene endoskopische Verfahren erprobt. Die gezielte Lungendenergieung hat sich hierbei als effektiv und sicher erwiesen [46]. In eine laufende Phase 3 Studie können Patient:innen mit mindestens 2 Exazerbationen auch am UKH vorgestellt werden.

Beim schweren Asthma ist bei Nachweis einer Th2-Inflammation (Bluteosinophilie, IgE u/o FeNO) eine Antikörpertherapie möglich, positive Daten gibt es für Tezepelumab. Exazerbationen werden hierbei signifikant reduziert, zusätzlich zu den bisherigen Präparaten auch bei fehlender Bluteosinophilie [47]. Für die eosinophile Granulomatose (EGPA) ist der Anti-IL5-Antikörper Mepolizumab zugelassen. Die hierfür positiven Studiendaten stammen bereits aus 2017 [48].

Die Therapie der cystischen Fibrose erfährt eine Revolution durch mutationspezifische Behandlung von CFTR-Mutationen. Mit der Tripletherapie Elexacaftor/Tezacaftor/Ivacaftor additiv zu den bereits bestehenden CFTR-Modulatoren werden Erkrankungsverlauf, Lungenfunktion und Exazerbati-

onsneigung positiv beeinflusst. Die Normalisierung des Chloridgehalts im Schweiß weckt Hoffnung auf Kuration dieser bislang vorrangig symptomatisch behandelbaren Erbkrankheit [49].

Die thorakale Onkologie erfährt weitere Zulassungen verschiedener Immuntherapeutika und targeted therapies. Das Überleben mit einem Lungenkarzinom hat sich seit dem Jahr 2000 um 41,72 % verbessert, der größte Vorteil wird hierbei Frauen zuteil (70,9 %) [50]. In 2022 wird Lungenkrebscreenings mittels CT möglich sein. Viele Befunde werden auffallen. Eine CT-gestützte Biopsie im Stadium I ist allerdings mit einer erhöhten Rezidivrate in den folgenden 5 Jahren assoziiert [51]. Zunächst ist daher eine bronchoskopische Abklärung angeraten.

Auf dem Gebiet interstitieller Lungenerkrankungen ist die Gruppe progredient fibrosierender Entitäten (PF-ILD) weiterhin interessant und bereits therapeutisch adressierbar. Zunehmend fokussiert wird die Früherkennung, v.a. bei Bindegeweserkrankungen (CTD-ILD). Hier sind trotz fehlender klinischer Beeinträchtigung ein pulmonaler Befall (HR-CT) und Funktionseinschränkung bei Erstdiagnose mit einer schlechteren Prognose verknüpft. Daher muss bereits in Frühstadien die Lungenfunktionsprüfung Teil des klinischen Managements sein. Interstitielle Veränderungen nach COVID bleiben noch unklar [52]. Jedoch ist eine vorbestehende ILD mit erhöhtem Mortalitätsrisiko bei COVID-Erkrankung assoziiert: IPF mit 74 %, für alle anderen ILDs mit 50 %. Noch gravierender ist dies bei gleichzeitiger Adipositas sowie FVC < 80 % [53].

Für die **Rheumatologie** berichtete apl. Prof. G. Keyßer über neue Erkenntnisse bei der Einordnung der seronegativen rheumatoiden Arthritis (RA). Hier fehlen die klassischen Autoimmunphänomene (Nachweis des Rheumafaktors und der Antikörper gegen citrullinierte Peptide). Nicht selten finden sich Autoantikörper anderer Art, z. B. gegen Proteine der Pentraxin-Familie, zu denen auch das C-reaktive Protein gehört [54]. In der Therapie der RA haben Januskinase-

Inhibitoren (JAKI) an Bedeutung gewonnen, allerdings warnte ein Rote-Hand-Brief 2021 vor einer vermehrten Rate von kardiovaskulären Ereignissen und Neoplasien unter dem JAKI Tofacitinib [55]. Diese traten nur im Vergleich zu TNF-Inhibitoren und nur in einem Risikokollektiv auf. Tofacitinib bewies jedoch in einer Phase III-Studie auch seine Wirksamkeit bei der axialen Spondyloarthritis (axSpA) [56], und untermauerte so den Stellenwert der JAKI bei allen SpA-Formen.

Zum Formenkreis der SpA gehört die Psoriasis-Arthritis (PsA). In Kürze wird ein weiteres Präparat aus der Interleukin-17/Interleukin-23 Familie für die Therapie der PsA zur Verfügung stehen, der IL-23-Inhibitor Risankizumab, der bei der Hautmanifestation bereits angewendet wird [57].

Für die Therapie des SLE sind in den USA 2021 zwei neue Substanzen zugelassen worden: das Cyclosporin-Derivat Voclosporin [58] für die Lupusnephritis, und der Hemmstoff des Interferon-Alpha-Rezeptors, Anifrolumab, für den nicht-renalen Lupus [59]. Der IL-17-Inhibitor Secukinumab, der für die PsA und SpA zum Einsatz kommt, wirkt auch bei der Riesenzell-Arteriitis (RZA), so dass neben dem IL-6-Rezeptorblocker Tocilizumab ein weiteres Biologikum für die RZA die Zulassung erwartet [60]. Eine neue Substanzklasse, welche mittelfristig Glucocorticoide in der Behandlung der ANCA-assoziierten Vaskulitiden ersetzen könnte, stellt das Präparat Avacopan dar, ein kleinmolekularer Hemmstoff des Komplementrezeptors C5a [61].



Artikel mit Literatur
hier abrufbar:

www.ttp.de/innere-2021

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 2717

Symptomkontrolle bei Palliativpatienten als Leistung der häuslichen Krankenpflege

Hintergrund

Mit der Aufnahme der Leistungsnummer 24a „Symptomkontrolle bei Palliativpatientinnen oder Palliativpatienten“ in das Leistungsverzeichnis soll die pflegerische Versorgung von Palliativpatienten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege verbessert werden.

Ziel der Leistung ist die Sicherstellung der ärztlichen Behandlung in der Häuslichkeit bei schwerstkranken und sterbenden Menschen mit einem palliativen Versorgungsbedarf, der keine Versorgung im Rahmen der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (SAPV) gemäß § 37b SGB V erfordert. In Abgrenzung zur SAPV liegt kein komplexes Symptomgeschehen vor, das eine 24-stündige ärztlich-pflegerische Ruf- und Einsatzbereitschaft aufgrund unvorhersehbarer oder nicht planbarer Interventionen erforderlich macht.

Leistungen der Regelung

Die Leistung Nr. 24a umfasst die Symptomkontrolle bei Palliativpatienten in enger Abstimmung mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt insbesondere bei:

- Schmerzsymptomatik, Übelkeit, Erbrechen, pulmonalen oder kardialen Symptomen, Obstipation
- Wundkontrolle und -behandlung bei exulzierenden Wunden
- Krisenintervention, zum Beispiel bei Krampfanfällen, Blutungen, akuten Angstzuständen.

Die Leistung Nr. 24a beinhaltet neben der Symptomkontrolle alle notwendigen behandlungspflegerischen Leistungen entsprechend den Vorgaben des Leistungsverzeichnisses der HKP-Richtlinie. Symptomkontrolle umfasst sowohl das Erkennen, das Erfassen als auch das Behandeln von Krankheitszeichen und Begleiterscheinungen.

Für welche Patienten ist die Leistung verordnungsfähig?

Die Palliativpflege ist für die Behandlung von schwerstkranken und sterbenden Patientinnen und Patienten in jedem Alter verordnungsfähig. Nach fachlicher Einschätzung der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes handelt es sich um Patientinnen und Patienten, die an einer nicht heilbaren, fortschreitenden und so weit fortgeschrittenen Erkrankung leiden, dass dadurch die Lebenserwartung auf Tage, Wochen oder Monate limitiert ist und unter anderem die Verbesserung der Symptomatik und Lebensqualität im Vordergrund steht. Bei Kindern und Jugendlichen ist die Leistung auch bei einer länger prognostizierten Lebenserwartung verordnungsfähig, sofern die übrigen Voraussetzungen erfüllt werden.

Um Doppelleistungen auszuschließen, kann die Leistung „Symptomkontrolle bei Palliativpatienten“ im Rahmen der HKP nicht verordnet werden, wenn die Patienten bereits Leistungen der SAPV

nach § 37b SGB V (Vollversorgung oder Teilversorgung) im Sinne der SAPV-Richtlinie des G-BA erhalten.

Wer kann verordnen und wie wird verordnet?

Eine Verordnung kann durch jede vertragsärztlich tätige Ärztin oder jeden vertragsärztlich tätigen Arzt erfolgen. Die Verordnungsdauer beträgt für die Erst- und Folgeverordnung jeweils bis zu 14 Tage. Die Häufigkeit der Maßnahme richtet sich nach dem individuellen Bedarf, es gibt keine Beschränkung hinsichtlich der Anzahl der täglichen Pflegeeinsätze.

Die Verordnung erfolgt auf dem Formular 12 (Verordnung häuslicher Krankenpflege) durch Angabe der Leistungsziffer Nr. 24a. Unabhängig davon sind alle notwendigen behandlungspflegerischen Maßnahmen, die zum Zeitpunkt der Verordnung bekannt sind und im Rahmen der Nr. 24a erbracht werden, wie gewohnt auf der Verordnung anzugeben.

Korrespondenzanschrift:

Manuela Knabe-Ostheeren

Geschäftsführerin der

LIGA der Freien Wohlfahrtspflege

im Land Sachsen-Anhalt e. V.

Halberstädter Str. 98

39112 Magdeburg

Telefon: 0391 56807-10

Fax: 0391 56807-16

E-Mail: info@liga-fw-lsa.de

QR-Code | Die schnelle Informationsmöglichkeit für Sie!

Neue Einsichten in den programmierten Zelltod

Wissenschaftler:innen der Universitätsmedizin Magdeburg gewinnen wichtige Erkenntnisse zur Entwicklung neuer therapeutischer Medikamente, insbesondere zur Behandlung von Entzündungs- und Krebserkrankungen. Der Forschungsbereich Translationale Entzündungsforschung an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität hat 2021 zwei neue Übersichtsarbeiten veröffentlicht und liefert damit wichtige Erkenntnisse zum programmierten Zelltod (Apoptose) – ein Mechanismus der bei Entzündungs- und Krebserkrankungen gestört ist. Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Inna N. Lavrik untersucht die genauen molekularen Vorgänge des programmierten Zelltods und schafft damit die Grundlagen für neue Therapien ...



mierten Zelltod (Apoptose) – ein Mechanismus der bei Entzündungs- und Krebserkrankungen gestört ist. Die Arbeitsgruppe von Prof. Dr. Inna N. Lavrik untersucht die genauen molekularen Vorgänge des programmierten Zelltods und schafft damit die Grundlagen für neue Therapien ...

| *Pi Medizinische Fakultät OvGU Magdeburg*
 Weitere Informationen finden Sie unter:
www.t1p.de/lavrik

Magersucht: Wie mit Hilfe der Telemedizin eine Versorgungslücke geschlossen und Rückfälle verhindert werden sollen

Um Behandlungserfolge bei Magersucht dauerhaft zu erhalten, wird in der „SUSTAIN-Studie“ an der Universitätsmedizin Magdeburg der Einsatz von Tele-Psychotherapie für die Nachsorge untersucht. Für die Studie werden weitere Studienteilnehmer:innen gesucht! Nach einer erfolgreichen (teil-)stationären Behandlung von Betroffenen mit Magersucht (Anorexia nervosa) bleiben oft Symptome bestehen, die zu wiederkehrenden Rückfällen führen. Für eine langfristige Genesung und um die Nachsorge von Betroffenen dauerhaft zu verbessern, wird in



einer bundesweiten Studie die Wirksamkeit eines neuartigen ambulanten Therapie- und Versorgungskonzeptes mittels Video-basierter Telepsychotherapie zur Behandlung von Magersucht untersucht. Die Magdeburger Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter der Leitung von Prof. Dr. Florian P. Junne ist eines von 9 Studienzentren in ganz Deutschland ...

| *Pi Medizinische Fakultät OvGU Magdeburg*
 Weitere Informationen finden Sie unter:
www.t1p.de/junne

Stationäre Strahlentherapie von Tumorerkrankungen in der COVID-Pandemie: Analyse von Daten der Medizininformatikinitiative veröffentlicht

Die COVID-Pandemie hat weltweit die medizinische Versorgung verschiedener Erkrankungen beeinträchtigt. Auch für Tumorpatient:innen, die meist mit einer Operation, einer Strahlentherapie, einer medikamentösen Therapie, wie beispielsweise einer Chemotherapie, oder einer Kombination mehrerer Methoden behandelt werden, wurden Auswirkungen auf die therapeutische Praxis angenommen. Welche Auswirkungen die erste Welle der



COVID-Pandemie im Jahr 2020 auf die Strahlentherapie häufiger Tumorarten tatsächlich hatte, wurde nun unter Federführung von Privatdozent Dr. med. Daniel Medenwald, Oberarzt der Universitätsklinik und Poliklinik für Strahlentherapie der Universitätsmedizin Halle, veröffentlicht ...

| *Pi Universitätsmedizin Halle (Saale)*
 Weitere Informationen finden Sie unter:
www.t1p.de/medenwald

Notfälle kommen aus heiterem Himmel. Rettung auch.



DRF Luftrettung

Unterstützen Sie die DRF Luftrettung.
 Werden Sie Fördermitglied.
Info-Telefon 0711 7007-2211
www.drf-luftrettung.de

Ausschreibung: Wilhelm P. Winterstein-Preis 2022 der Deutschen Herzstiftung

Bewerbungsschluss: 21. März 2022

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2022 ein weiteres Mal den Wilhelm P. Winterstein-Preis, dotiert mit 10.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Erkrankungen, bevorzugt aus einem patientennahen Forschungsgebiet. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 20 Seiten nicht überschreiten und kann bereits veröffentlicht sein, jedoch nicht früher als in dem der Ausschreibung vorangegangenen Kalenderjahr. Allen eingereichten Arbeiten ist grundsätzlich eine Zusammenfassung in deutscher Sprache voranzustellen. Teilnahmeberechtigt sind Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf und der Einverständniserklärung der Co-Autoren sowie deren Angabe zu ihren Arbeitsanteilen sind als PDF-Datei per E-Mail (forschung@herzstiftung.de) bis spätestens 21. März 2022

einzureichen. Weitere Informationen zur Bewerbung sind abrufbar unter www.herzstiftung.de/wissenschaftspreise

Die Bewerber verpflichten sich, im Falle der Prämierung eine für die Veröffentlichung in der Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung HERZ heute allgemeinverständliche Kurzfassung zu erstellen. Über die Vergabe des Preises entscheidet der Vorstand der Deutschen Herzstiftung e. V. auf Vorschlag des Wissenschaftlichen Beirats. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der Mitgliederversammlung der Deutschen Herzstiftung am 18. Juni 2022 in Frankfurt am Main. Weitere Informationen sind zu erhalten von Valerie Popp (Telefon 069 955128-119) oder der Homepage der Deutschen Herzstiftung zu entnehmen.

| *Pi Deutsche Herzstiftung*

Ausschreibung: Wissenschaftspreis der Kurt und Erika Palm-Stiftung 2022 Gemeinsamer Preis von Herzstiftung und Fachgesellschaft

Bewerbungsschluss: 21. März 2022

Die Deutsche Herzstiftung vergibt gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) im Jahr 2022 zum fünften Mal den Wissenschaftspreis der Kurt und Erika Palm-Stiftung. Das Preisgeld beträgt 10.000 Euro und verteilt sich auf den Erstplatzierten mit 6.000 Euro, den Zweitplatzierten mit 3.000 Euro und den Drittplatzierten mit 1.000 Euro. Ausgezeichnet wird eine wissenschaftliche Arbeit aus dem Gebiet der Prävention und Rehabilitation von Herz- und Kreislauf-Erkrankungen. Teilnahmeberechtigt sind in Deutschland tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler bis zum 40. Lebensjahr. Die Arbeit darf einen Gesamtumfang von 20 Seiten nicht überschreiten. Sie kann bereits veröffentlicht sein, jedoch nicht früher als in dem der Ausschreibung vorangegangenen Jahr. Titel und Zusammenfassung in deutscher Sprache sind den eingereichten Arbeiten grundsätzlich voranzustellen. Die Arbeit sollte sich nicht im Bewerbungsverfahren für einen anderen Wissenschaftspreis befinden.

Die Bewerbungsunterlagen mit tabellarischem Lebenslauf und der Einverständniserklärung der Co-Autoren sowie deren

Angabe zu ihren Arbeitsanteilen sind als PDF-Datei per E-Mail (forschung@herzstiftung.de) bis spätestens 21. März 2022 einzureichen. Informationen zur Bewerbung sind abrufbar unter www.herzstiftung.de/wissenschaftspreise

Alle Bewerbungen werden einem Gutachtergremium vorgelegt und von diesem nach einem Punktesystem bewertet.

Die Bewerber/innen verpflichten sich, im Falle der Prämierung eine allgemeinverständliche Kurzfassung für die Veröffentlichung in der Zeitschrift der Deutschen Herzstiftung HERZ heute zu erstellen. Über die Vergabe der Preise entscheidet der Vorstand der Deutschen Herzstiftung im Einvernehmen mit den Gutachtern. Die Preisverleihung erfolgt im Rahmen der 48. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen (DGPR) 2022 in Berlin (24.-25. Juni). Weitere Informationen sind zu erhalten von Valerie Popp (Telefon 069 955128-119, E-Mail (forschung@herzstiftung.de)).

| *Pi Deutsche Herzstiftung*

Young Investigator Award – 126. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Halloul Z, Meyer F

Aus dem Arbeitsbereich Gefäßchirurgie, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie,
Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität mit Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.; Magdeburg, Deutschland

Vom 25. bis 28.04.2020 sollte in Wiesbaden, an der wieder eingenommenen traditionellen Veranstaltungsstätte, der renommierte jährliche Internistenkongress Deutschlands stattfinden. Aufgrund der Pandemie-Umstände wurde dieser als Online-Veranstaltung mit modifiziertem Programm abgehalten. Die Vorbereitungen waren weit im Vorfeld in üblicher Weise erfolgt, u. a. mit der stets wiederkehrenden Abstract-„Deadline“ im 4. Quartal des davorliegenden Jahres zum Veranstaltungsjahr.

So konnten auch wieder Beiträge für die traditionell stattfindende Vortragsveranstaltung zum „Young Investigator Award“ eingereicht werden oder solche wurden der Kategorie zugeordnet, um ein preisdotiertes Jungautorenforum aufzuziehen.

In der schon bewährten Beteiligung der hiesigen Gefäßmedizin/-chirurgie in der Fachdisziplin Angiologie des Kongresses war Frau Kollegin Dr. Julia Caroline Krüger im letzten Jahr als Autorin mit dem Beitrag **„Erfolgreiche konservative Therapie einer sehr seltenen Dissektion der A. hepatica“** (Erschienen in Heft 1-2/22 Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, Seite 37ff) durch die Autorenschaft „Krüger JC, Meyer F, Halloul Z“ als Teil des Programms im Jungautorenforum neben anderen Themen der diversen Teilgebiete, wie in der angehängten Liste ersichtlich, vertreten.



Artikel „Erfolgreiche konservative Therapie einer sehr seltenen Dissektion der A. hepatica“ mit Literatur hier abrufbar:
www.tip.de/mf-1-22

Insbesondere behandelt der Beitrag die gefäßmedizinisch anspruchsvolle Konstellation einer A.-hepatica-Dissektion (Ausdehnung der Dissektion von der A. hepatica propria bis tief in die A. hepatica dextra sowie einem Durchmesser[Ø] des Gefäßes von 6,4 mm), bei der in der interdisziplinär-gefäßmedizinischen Entscheidungsfindung von einer Gefäßintervention Abstand genommen werden konnte unter suffizienter Initiierung konservativer Maßnahmen, so die

- Nutzung diagnostischer Verfahren wie
 - Duplexsonographie zur
 - exakten Befundbeschreibung (und)
 - hepatischen Perfusionsbestätigung (auch zur Verlaufskontrolle),
 - komplementäre CT-Angiographie zur Befunderhärtung,
- Blutdruckeinstellung (und)
- Thrombozytenaggregation mit ASS.

Mit der Schilderung dieser repräsentativen, wenn auch seltenen Kasuistik veranschaulichte Frau Kollegin Krüger sehr überzeugend für die Gutachter des „Forums Junge Mediziner“ das interdisziplinäre Behandlungskonzept und den zu Buche geschlagenen, bisher mittelfristig verfolgbaren Therapieerfolg. Ihr wurde dafür bereits als würdige Auszeichnung des Beitrages die kongressbasierte Teilnahme am elitären und prestigereichen Jungautorenforum dieses renommierten vor allem klinisch dominierten Kongresses zuerkannt, wie im Supplement-Band von „Der Internist“ ausgewiesen, dessen sitzungsbasierte Ausführung aber noch aussteht.

Vortragsprogramm

Young Investigator Award (YIA) 126. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e. V.

Angiologie YIA01 „Erfolgreiche konservative Therapie einer sehr seltenen Dissektion der A. hepatica“

Diabetologie YIA02 „Bone fractures in patients with type 2 diabetes aged > 50 years in the DPV registry: effect of glycaemic control and treatment“

Gastroenterologie YIA03 „Europäische Studie: Heterozygoter Alpha-1-Antitrypsinmangel (Pi**MZ*)-genetischer Risikofaktor für eine Hepatopathie“

Geriatric YIA04 „Gesundheitsökonomische Auswirkungen der Thiazidinduzierten Hyponatriämie“

Hämatologie YIA05 „Type-I interferon-inducing microbial-derived metabolites promote resistance to gastrointestinal damage after chemotherapy and protect from graft-versus-host disease“

Kardiologie YIA06 „P2X7 dependent inflammasome activation is crucial for scar integrity after myocardial infarction“

Nephrologie YIA07 „HDL-Subklassen als Prognosemarker neu aufgetretener kardiovaskulärer Ereignisse bei chronischer Nierenerkrankung“

Pneumologie YIA08 „The physiological function of the purinergic receptor P2Y2 in pulmonary arterial endothelial cells and its role in pulmonary hypertension“

Rheumatologie YIA09 „Malheur-Projekt bietet erste Einblicke in die Zusammenhänge und Wechselwirkungen entzündlich-rheumatischer und maligner Erkrankungen“

Sonstige YIA10 „PJ-Einführungskurs; PJ-Start“

Kongressbeitrag – Wortlaut

ANGIOLOGIE

YIA 01)

Julia Krüger¹ · Frank Meyer² · Zuhir Halloul¹

Erfolgreiche konservative Therapie einer sehr seltenen Dissektion der A. hepatica (Artikeldruck: Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2022; 33 (1/2): 37-40)

¹ Arbeitsbereich Gefäßchirurgie; Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

² Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Gefäß- und Transplantationschirurgie; Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.; Magdeburg (Deutschland)

Einleitung: Aneurysmen der Viszeralarterien (AVA) sind eine sehr seltene Gefäßerkrankung multifaktorieller Genese. Die Dissektion der A. hepatica im Besonderen ist dabei mit einer Häufigkeit von 20-50 % aller AVA je nach Patientenkollektiv und Publikation einzustufen. Im klinischen Alltag stiegen die Dissektionsraten mittlerweile jedoch bei zunehmender endoskopischer bzw. interventioneller Therapie hepatobiliärer Erkrankungen in den letzten Jahren zunehmend an.

Das **Ziel** dieses wissenschaftlichen „Case reports“ über ein außergewöhnliches Fallbeispiel besteht darin, den sehr seltenen aber repräsentativen Kasus einer Patientin mit Dissektion der A. hepatica propria (AHP), die mit einer Häufigkeit von 20-50 % aller viszeralen Aneurysmen (AVA) einzustufen ist, anhand von Symptomatik, weiterführender Diagnostik und befundspezifisch angezeigter Therapieoptionen zu veranschaulichen.

Fall (Anamnese-, Befund-, Diagnostik-, Therapie- und Outcome-assoziierte Aspekte):

Anamnese und klinischer Befund: Eine 60-jährige Patientin wurde notfallmäßig bei seit 4 h bestehenden kolikartigen Schmerzen im rechten Oberbauch sowie hypertensiver Entgleisung und erhöhtem CRP in einem auswärtigen Krankenhaus vorstellig.

Diagnostik (initial): Im Röntgen-Thorax/Abdomen gab es kein Anzeichen für einen Ileus oder eine Perforation. In der abdominalen Sonografie bestand der dringende V.a. eine Raumforderung an der rechten Niere. Im CT-Abdomen mit KM zeigte sich (angeblich) eine Dissektion der A. hepatica communis.

Therapie: Die Patientin wurde zunächst mittels Heparinperfusor therapeutisch mit 1.000 IE/h PTT-gesteuert antikoaguliert. Unter adäquater Analgesie und Spasmolyse besserten sich die Beschwerden. Die begleitende hypertensive Krise war unter Vocado gut führbar.

Verlauf: Die Patientin wurde daraufhin per RTW und Hubschrauber in das hiesige Universitätsklinikum via ITS überwiesen. Hier zeigte sich die Patientin kardiopulmonal stabil, klinisch am Abdomen idem, weiter nur gering erhöhtes CRP. Eine Duplex-Sonografie detektierte eine suffiziente Perfusion des beschriebenen Dissektionssegments und peripher kein Aneurysma. Bei nicht vollends einsehbarem „Re-entry“ war eine aktuelle CT-Angio indiziert, die eine Dissektion der AHP bis weit in die A. hepatica dextra (AHD) hinein eruierte. Bei kreislaufstabilem Allgemeinzustand erfolgte die Verlegung der Patientin auf die gefäßchirurgische Normalstation. Eine Thrombozytenaggregationshemmung mittels ASS 100 wurde zusätzlich initiiert.

Interdisziplinäre Entscheidungsfindung – finales Procedere: Bei Ausdehnung der Dissektion von der AHP bis tief in die AHD sowie einem Durchmesser(Ø) der AHP von 6,4 mm

bestand unter Berücksichtigung aller Therapieoptionen und Risiken incl. der aktuellen Leitlinien keine Indikation zur endovaskulären oder gefäßchirurgischen Befundsanierung. Die Patientin wurde unter engmaschiger Blutdruckkontrolle (Ziel: < 140 mmHg systolisch) unter Vocado, ASS, Novalgin und Buscopan bei Bedarf entlassen mit geplanter klinischer und Duplex-sonografischer Verlaufskontrolle in 3 Monaten, die unauffällig ausfiel.

Schlussfolgerung: Die sehr seltene Dissektion der A. hepatica ist in den meisten Fällen eine nebenbefundlich gestellte und bildmorphologisch gesicherte Diagnose. Die diagnostischen Methoden der Wahl sind neben der Duplexsonografie eine CT- oder MR-Angio. Therapieoptionen umfassen die perkutane endovaskuläre Therapie sowie die offen-chirurgische oder laparoskopische Sanierung. Eine Therapie wird bei allen AVA ab Ø von 2 cm empfohlen, ab 5 cm ist sie indiziert. Bei < 2 cm oder in Ausnahmefällen zwischen 2 und 5 cm kann

eine konservative Therapie unter regelmäßigen Kontrollen (alle 3-6 Monate) erwogen werden.

Im beschriebenen Fall war eine interventionelle Therapie unter Berücksichtigung von Ausdehnung, Lage und des geringen Ø der dissezierten Arterie bei a.e. induzierter Symptomatik unter entgleistem Hypertonus nicht erforderlich mit der Maßgabe eines engmaschigen „Follow-up“s.

Korrespondierender Autor:

Prof. Dr. med. F. Meyer

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

Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.

Leipziger Straße 44, D-39120 Magdeburg

Tel.: +49 391 67 15500

Fax: +49 391 67 15570

E-Mail: frank.meyer@med.ovgu.de

Geriatrie-Kolloquium:

ZASSA bietet Fortbildung zur Altersmedizin an

Die Universitätsmedizin Halle hat sich zum Ziel gesetzt, die medizinische Versorgung von älteren Menschen im südlichen Sachsen-Anhalt zu sichern. Dazu bündelt sie ihre Expertise im Zentrum für Altersmedizin im Südlichen Sachsen-Anhalt (ZASSA). Das ZASSA wird zentral von der Universitätsklinik und Poliklinik für Altersmedizin der Universitätsmedizin Halle koordiniert. Eine wesentliche Aufgabe des Zentrums liegt im Management eines Geriatrie-Netzwerkes bestehend aus regionalen Krankenhäusern sowie ambulanten medizinischen Leistungserbringern. Ziel des Netzwerkes ist die Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Versorgung, Qualitätssicherung sowie die Forschung im Bereich der Geriatrie und Gerontologie. Neben einem Informationsangebot für ältere Menschen, Patient:innen und Angehörige zu altersmedizinischen Themen, sollen u. a. auch überregionale Fortbildungen für Ärzt:innen, Pflegefachkräfte, Therapeut:innen und sonstige Gesundheitsdienstleister über mehrere Standorte hinweg organisiert werden, um so den Bedürfnissen älterer Patient:innen noch gezielter gerecht werden zu können.

Mit dem Geriatrie-Kolloquium bietet das ZASSA eine wiederkehrende Fortbildung zu praxisrelevanten und wichtigen Themen der Altersmedizin an. Die Veranstaltung richtet sich an ärztliches Personal, das in die Versorgung von älteren Menschen involviert ist. Die Vorträge und Workshops erfolgen digital und CME-Punkte sind beantragt.

Die Themen im Jahr 2022 sind:

- 09.03.2022** Gangstörungen im Alter: Was ist normal und was muss abgeklärt werden?
- 11.05.2022** Malnutrition: häufig und oft unbehandelt
- 13.07.2022** Parkinson im Alter: Diagnose und Therapie
- 14.09.2022** Polypharmazie und Adhärenz
- 09.11.2022** Das Delir als medizinischer Notfall

Das ZASSA ist offen für alle, die Interesse an Altersmedizin haben und sich für die Belange und besonderen Bedürfnisse älterer Menschen einsetzen möchten. Weitere Informationen: www.uk-halle.de/zassa

DSO-Jahresbilanz 2021: Organspendezahlen bleiben weiterhin stabil



Zahlen auch im zweiten Jahr der Coronavirus-Pandemie nahezu unverändert

Im vergangenen Jahr haben 933 Menschen nach ihrem Tod ein oder mehrere Organe gespendet. Laut Deutscher Stiftung Organtransplantation (DSO) entspricht das 11,2 Spendern pro Million Einwohner. Im Vergleich zu 2020 (913 Organspender: 11,0 Spender pro Million Einwohner) ist die Zahl der Spender damit leicht um 2,2 Prozent gestiegen. Gleichzeitig ging die Zahl der hierzulande postmortal entnommenen

Organe mit 2.905 im Vergleich zum Jahr 2020 (2.941) jedoch um 1,2 Prozent zurück. Zu diesen 2.905 Organen, die Patienten auf den Wartelisten zur Transplantation erhielten, zählen 1.492 Nieren, 742 Lebern, 310 Herzen, 299 Lungen, 57 Bauchspeicheldrüsen und 5 Därme. Die Vermittlung der Organe übernimmt die internationale Stiftung Eurotransplant (ET), zu deren Verbund neben Deutschland auch Belgien,

Luxemburg, die Niederlande, Österreich, Kroatien, Slowenien und Ungarn gehören.

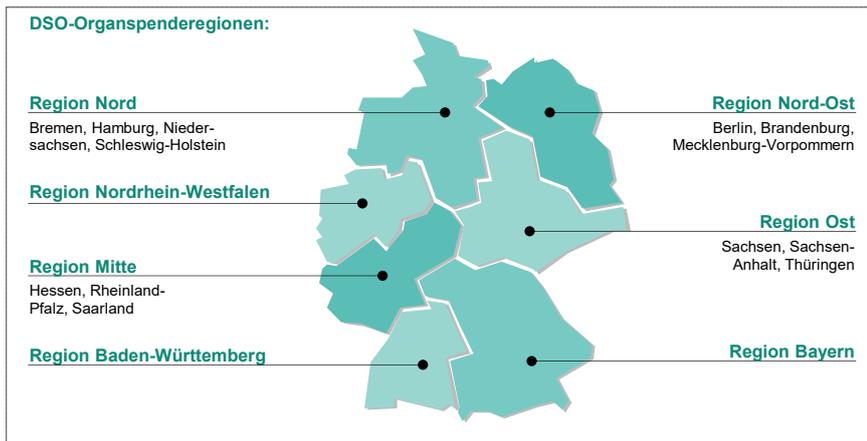
Stabilität statt Einbruch in Deutschland

Insgesamt blieben die Organspende- und Transplantationszahlen somit hierzulande im Jahr 2021 wie bereits in

Organspende Januar bis Dezember 2019 / 2020 / 2021 vorläufig			
Anzahl der organspendebezogenen Kontakte im regionalen Vergleich			
Region	2019	2020	2021
Nord	392	420	424
Nord-Ost	269	241	218
Ost	369	410	451
Bayern	401	402	407
Baden-Württemberg	448	421	388
Mitte	397	461	447
Nordrhein-Westfalen	747	743	797
Bundesweit	3.023	3.098	3.132

Anzahl der Organspender ¹ im regionalen Vergleich			
Region	2019	2020	2021
Nord	142	137	148
Nord-Ost	105	92	96
Ost	125	130	121
Bayern	136	131	110
Baden-Württemberg	118	107	108
Mitte	127	142	144
Nordrhein-Westfalen	179	174	206
Bundesweit	932	913	933

¹ Ohne Lebendspende, ohne Dominospende. Quelle: DSO 10.01.2022 (vorläufige Zahlen)



Quelle: DSO

2020 auf dem annähernd gleichen Niveau von 2019, dem Jahr vor der Coronavirus-Pandemie. „Angesichts der seit fast zwei Jahren anhaltenden Pandemie und der daraus resultierenden Dauerbelastung auf den Intensivstationen ist diese Stabilität positiv

zu bewerten“, betont Dr. med. Axel Rahmel, Medizinischer Vorstand der DSO. Denn im Gegensatz zu anderen europäischen Ländern, darunter auch einige ET-Länder, kam es hierzulande zu keinem Einbruch der Organspende, weder in 2020 noch in 2021. „Dies

verdanken wir grundsätzlich der guten Struktur unseres Gesundheitssystems und dem gleichbleibenden Engagement der Ärztinnen und Ärzte sowie des Pflegepersonals auf den Intensivstationen, die sich trotz der andauernden hohen Belastungen für die Organspende eingesetzt haben.“ Sichtbar wird dies auch an der Zahl der organspendebezogenen Kontakte: Dies sind die Fälle, in denen sich die Kliniken an die DSO gewendet haben, um über eine mögliche Organspende zu sprechen. Diese Kontakte stiegen von 3.098 in 2020 auf 3.132 in 2021.

Im vergangenen Jahr wurden in den 46 deutschen Transplantationszentren 2.979 Organe nach postmortaler Spende übertragen. Damit lag die Zahl der in Deutschland transplantierten Organe um 74 höher als die Zahl der hierzulande gespendeten Organe. Dies ist auf den internationalen Organaus-

Organspende Januar bis Dezember 2019 / 2020 / 2021 vorläufig



Anzahl der organspendebezogenen Kontakte im Bundesländer-Vergleich

Bundesland	2019	2020	2021
Baden-Württemberg	448	421	388
Bayern	401	402	407
Berlin	162	137	109
Brandenburg	54	45	48
Bremen	24	30	20
Hamburg	136	149	160
Hessen	195	241	242
Mecklenburg-Vorpommern	53	59	61
Niedersachsen	164	174	167
Nordrhein-Westfalen	747	743	797
Rheinland-Pfalz	157	168	160
Saarland	45	52	45
Sachsen	169	187	214
Sachsen-Anhalt	103	95	122
Schleswig-Holstein	68	67	77
Thüringen	97	128	115
Bundesweit	3.023	3.098	3.132

¹ Ohne Lebendspende, ohne Dominospende. Quelle: DSO 10.01.2022 (vorläufige Zahlen)

Organspende Januar bis Dezember 2019 / 2020 / 2021 vorläufig



Anzahl der Organspender¹ im Bundesländer-Vergleich

Bundesland	2019	2020	2021
Baden-Württemberg	118	107	108
Bayern	136	131	110
Berlin	55	52	49
Brandenburg	20	13	21
Bremen	8	8	9
Hamburg	52	48	37
Hessen	60	59	66
Mecklenburg-Vorpommern	30	27	26
Niedersachsen	59	54	69
Nordrhein-Westfalen	179	174	206
Rheinland-Pfalz	49	61	57
Saarland	18	22	21
Sachsen	66	68	56
Sachsen-Anhalt	32	32	35
Schleswig-Holstein	23	27	33
Thüringen	27	30	30
Bundesweit	932	913	933

¹ Ohne Lebendspende, ohne Dominospende. Quelle: DSO 10.01.2022 (vorläufige Zahlen)

tausch im Eurotransplant-Verbund zurückzuführen: Seit vielen Jahren werden in Deutschland mehr Organe transplantiert als gespendet wurden, allerdings ist diese Differenz gerade im Rahmen der Coronavirus-Pandemie deutlich zurückgegangen. Trotz der leichten Steigerung der Organspendezahlen entsprechen die 2.979 transplantierten Organe einem geringen Rückgang um 37 Organe (-1,2 Prozent) gegenüber dem Jahr 2020 (3.016 Organe). Verantwortlich für diese Entwicklung ist ein deutlicher Rückgang der Lungentransplantationen (-61) und der Pankreastransplantationen (-27), während die Zahl der Nierentransplantationen sogar zugenommen hat (+58) und die der Herz- und Lebertransplantationen in etwa stabil geblieben ist. Es ist nicht auszuschließen, dass die Coronavirus-Pandemie beim Rückgang bei den Lungen- und Pankreastransplantationen eine Rolle gespielt hat.

Insgesamt wurde 2.853 schwer kranken Patienten durch ein oder mehrere Organe ein Weiterleben ermöglicht bzw. eine bessere Lebensqualität geschenkt. Gleichzeitig standen hierzulande am Jahresende jedoch 8.448 Menschen auf der Warteliste für ein Organ. „Wir hatten gehofft, in den vergangenen zwei Jahren aufgrund der verabschiedeten gesetzlichen und untergesetzlichen Maßnahmen zur Förderung der Organspende bereits mehr Menschen auf der Warteliste mit einem Spenderorgan helfen zu können“, beschreibt der DSO-Vorstand die Situation. Denn genau dafür wurden 2019 das Gesetz zur Verbesserung der Zusammenarbeit und der Strukturen bei der Organspende sowie der begleitende Gemeinschaftliche Initiativplan Organspende beschlossen.

Auch die im September 2020 in Kraft getretene neue Richtlinie Spendererkennung der Bundesärztekammer

unterstützt diese Maßnahmen. „Allerdings führten die coronabedingten außergewöhnlichen Belastungen in den Kliniken dazu, dass die angestrebten Neuerungen nicht in dem Umfang erfolgen konnten, wie es wünschenswert und notwendig gewesen wäre. Die erhoffte deutliche Steigerung der Organspendezahlen blieb damit auch im vergangenen Jahr aus“, resümiert Rahmel. „Es bleibt daher die Zuversicht, dass sich mit Eindämmung der Coronavirus-Pandemie der Fokus im Gesundheitswesen wieder auf andere Themen richtet und sich damit auch die Situation der Organspende in dem Ausmaß verbessert, wie die gesetzlichen Maßnahmen es vorgesehen haben,“ so Rahmel weiter.

| Pi DSO

Corona verschärft Krise am Äquator – Uganda schwer getroffen

Dr. med. Christine Ganzert

Anfang Januar 2022 begann nach 83(!) Wochen Corona-Pause die Schule für ugandische Kinder.¹ Wohl kein anderes Land dieser Erde kann diese Unterbrechungszeit überbieten. Die traurige Wahrheit: nach Schätzungen des Kinderhilfswerkes der UNICEF wird jedes 3. Kind Ugandas nicht mehr in den Schulunterricht zurückkehren.² Viele Schüler:innen haben ihre Schulunterlagen weggeworfen. Hunger und Armut zwangen sie zu alternativen Arbeiten, um ihre Familie zu ernähren. Aktuell prägen 5-Jährige in „Straßengeschäften“ das Alltagsbild in ugandischen Kleinstädten.

Um die Ausbreitung des Corona-Virus in Uganda zu stoppen, hatte Präsident Museveni eine der strengsten Ausgangsregeln Afrikas verhängt. Schulen und Universitäten mussten schließen. Restaurants durften bis 19 Uhr öffnen; Bars blieben geschlossen. Die Landesgrenzen sowie der Flughafen waren gesperrt. Nachts durfte die Bevölkerung ihre Häuser nicht verlassen. In



12-jähriger Patient nach Beschwerdelinderung durch Mebendazol; Initialvorstellung mit unklarem Harnblasenschmerz und Nachweis einer *Ascaris lumbricoides*-Infektion

Uganda wurden 159.454 Infektionen mit dem Coronavirus registriert. Rund 3454 Menschen starben an oder mit dem Virus.³

Die Folgen der seit März 2020 beschlossenen Einschränkungen zeigen 2022 ihr drastisches Ausmaß. Die Unmöglichkeit zur Bildung ließ die Analphabetenrate der 10-Jährigen um 20 % steigen.⁴ 15 Millionen Schüler:innen (Bevölkerungszahl Uganda: 48 Millionen⁵) mussten ihre Ausbildung unterbrechen.⁶ Medien sprechen von einer „verlorenen Generation“. Hungerkrisen wurden durch fehlenden Import von Lebensmitteln getriggert. Ein Mangel an notwendigen Medikamenten ebenso. Eine medizinische Versorgung durch humanitäre Hilfsorganisationen war im landesweiten Lockdown nicht möglich gewesen.

Erst jetzt zu Jahresbeginn 2022 wurden die Einreisebedingungen unter strenger hygienischer Vorschrift gelockert, sodass internationale Hilfe wieder möglich ist. Im Rahmen der ärztlichen Entwicklungshilfe konnte ich mir kurz vor Beginn der Pandemie im Februar 2020 ein Bild von der medizinischen Versorgung im ugandischen 210-Betten-Krankenhaus „St. Francis“ in Mutolere machen. **Dringende fachliche Unterstützung wird in den Gebieten der Inneren Medizin, Gynäkologie sowie Allgemein Chirurgie benötigt.** Von der Planung bis zur Realisierung eines ärztlichen Einsatzes steht die **deutsche Hilfsorganisation HUMEDICA**⁷ den motivierten Kolleg:innen als kompetenter Ansprechpartner jederzeit zur Seite (Humedica e. V., Kaufbeuren; Kontaktdaten siehe Quellenangabe). Neben der sinnhaften medizinischen Tätigkeit lässt die persönliche Bereicherung solch eines Einsatzes jeden Zweifel am Vorhaben verblasen.



Schulkinder in Mutolere (Uganda) kurz vor dem Corona-Lockdown auf dem Weg zum Unterricht

Es ist unsere ärztliche Aufgabe, dort zu helfen, wo es gerade am nötigsten ist – Uganda gehört 2022 definitiv dazu.

Korrespondenzanschrift
Dr. med. Christine Ganzert
Universitätsklinik Magdeburg
Universitätsklinik für Pneumologie
Leipziger Straße 44, 39112 Magdeburg

Quellenangaben:

- 1 Frankfurter Allgemeine Zeitung, 10. Januar 2022 sowie CNN (Cable News Network), January 12th, 2022
- 2 National Planning Authority Uganda; <http://www.npa.go.ug/reopening-of-schools-amidst-covid19/>
- 3 Worldometer Coronavirus Uganda – Stand 20.01.2022, <https://www.worldometers.info/coronavirus/country/uganda/>
- 4 Schätzungen Kinderhilfswerk der Vereinten Nationen, Tagesschau 08.01.2022, 23.30 Uhr; <https://www.youtube.com/embed/jEubZCbhbDQ?start=26&end=218>
- 5 <https://countrymeters.info/de/Uganda> – Stand 20.01.2022
- 6 Dennis Mugimba, Ministry of Education Uganda; <https://www.education.go.ug/>
- 7 <https://www.humedica.org/mitmachen/auslandseinsatze/krankenhauseinsatze/>



Mit 38.076 Einsätzen verzeichnet die DRF Luftrettung einen Einsatzzuwachs von 4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr.

DRF Luftrettung

Jahresbilanz 2021 der DRF-Gruppe

Luftrettung auch in der Corona-Pandemie gefragt: 38.076 Einsätze

Die schnelle Hilfe aus der Luft wird gebraucht, in der Corona-Pandemie mehr denn je. Dies belegen die heute von der DRF Luftrettung veröffentlichten Einsatzzahlen des vergangenen Jahres. Insgesamt wurden die Hubschrauber und Flugzeuge der rot-weißen Flotte 38.076-mal alarmiert und verzeichnen damit einen Einsatzzuwachs von 4 Prozent im Vergleich zum Vorjahr (36.586 Einsätze). Auch die Gruppe der DRF Luftrettung leistete mehr Einsätze als im Vorjahr: 41.302 gegenüber 39.971 Einsätzen 2020. Für die rot-weißen Luftretter stand aber auch die weitere Entwicklung der Luftrettung im Mittelpunkt ihrer Arbeit. Das zeigen unter anderem die Bereitstellung von zwei zusätzlichen Hubschraubern für den Katastrophenfall, die beginnende Modernisierung der H145-Flotte auf den Fünfblattrotor sowie der Startschuss für die Ausbil-

dung zum Berufshubschrauberpiloten durch die Akademie der DRF Luftrettung.

„Ein weiteres Jahr Corona-Pandemie liegt hinter uns, was uns als Organisation und auch jeden Einzelnen vor stetig neue Herausforderungen gestellt hat“, resümiert Dr. Krystian Pracz, Vorstandsvorsitzender der DRF Luftrettung, die vergangenen zwölf Monate. „Ich bin sehr stolz darauf, dass vor allem unsere engagierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie unsere langjährige Erfahrung und unser Know-How es uns dennoch erlaubt haben, auch unter schwierigen Bedingungen immer für die Menschen da zu sein. Jetzt in Pandemiezeiten hat sich nochmals deutlich die besondere Bedeutung der Luftrettung für eine umfassende medizinische Versorgung gezeigt“, fährt Dr. Krystian Pracz fort. Die DRF Luftrettung konnte

durch insgesamt 881 Intensivtransporte von Covid-19-Erkrankten im vergangenen Jahr einen entscheidenden Beitrag dazu leisten, Kliniken am Kapazitätslimit zu entlasten.

Insgesamt wurden die Hubschrauber der DRF Luftrettung 37.834-mal zu Notfalleinsätzen sowie Intensivtransporten alarmiert. Die Crews der beiden Ambulanzflugzeuge führten 242 Rückholungen durch. Die Learjet-Piloten flogen dabei 69 Länder an und legten eine Strecke von insgesamt 828.570 Kilometern zurück. Bei den Alarmierungsgründen zeigt sich ein weitgehend vergleichbares Bild zu den Vorjahren: Am häufigsten wurden die Besatzungen zu Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt oder Schlaganfall gerufen sowie zu Unfällen und Stürzen. Die mit einer Rettungswinde ausgerüsteten drei Stationen setzten

Gesamteinsatzstatistik DRF Luftrettung 2021

Deutschland (Hubschrauber)						
Station	Betriebszeit	Notfalleinsätze (Tag) ¹	Notfalleinsätze (Nacht) ¹	Intensivtransporte (Tag)	Intensivtransporte (Nacht)	Gesamteinsätze
Angermünde	Tag	1.669	---	34	---	1.703
Bad Berka	24h	182	115	558	207	1.062
Bad Saarow	Tag	1.365	---	20	---	1.385
Bautzen (Christoph 114) ²	Tag	220	---	16	---	236
Bautzen (Christoph 62)	24h	845	99	339	156	1.439
Berlin	24h	805	167	429	167	1.568
Bremen	Tag	491	---	256	---	747
Dortmund	Tag	338	---	189	---	527
Dresden	Tag	1.149	---	167	---	1.316
Freiburg	Tag	1.187	---	311	---	1.498
Friedrichshafen	Tag	953	---	141	---	1.094
Göttingen	Tag	1.406	---	51	---	1.457
Greifswald	^{24h}	1.264	173	75	34	1.546
Halle	24h	1.176	62	741	206	2.185
Hannover	24h	178	53	442	188	861
Karlsruhe	Tag	1.008	---	40	---	1.048
Leonberg	Tag	914	---	99	---	1.013
Magdeburg	Tag	874	---	56	---	930
Mannheim	Tag	800	---	264	---	1.064
München	24h	438	191	414	217	1.260
Niebüll	Tag	750	---	335	---	1.085
Nordhausen	Tag	1.454	---	29	---	1.483
Nürnberg (Christoph 115) ³	Tag	68	---	8	---	76
Nürnberg ITH	24h	277	130	295	162	864
Nürnberg RTH	Tag	1.521	---	46	---	1.567
Regensburg	24h	1.053	200	278	141	1.672
Rendsburg	24h	1.232	146	220	118	1.716
Rheinmünster (Christoph 111)	Tag	146	---	427	---	573
Stuttgart	Tag	661	---	407	---	1.068
Suhl	Tag	777	---	49	---	826
Villingen-Schwenn.	24h	1.236	204	154	220	1.814
Weiden	Tag	1.097	---	54	---	1.151
Gesamt		27.534	1.540	6.944	1.816	37.834

¹ Notfalleinsätze beinhalten Fehleinsätze

² Einsatzbereit vom 1. Januar bis 23. März 2021 sowie vom 30. November bis 31. Dezember 2021 zur Bewältigung der Coronakrise

³ Indienststellung am 20. November 2021 zur Bewältigung der Coronakrise

diese 118-mal ein, um Patienten auch in schwer zugänglichem Gelände schnell notärztlich zu versorgen und auszufliegen.

Hubschrauber für den Katastrophenfall, Pilotenausbildung und Fünfblattrotor

Trotz der Herausforderungen der weiter bestehenden Corona-Pandemie verfolgt die DRF Luftrettung konsequent das Ziel, die Entwicklung der Luftret-

tung weiter voranzutreiben, um die Patientenversorgung stetig zu verbessern.

„Ein Ergebnis davon sind zwei zusätzliche Hubschrauber, die wir den zuständigen Behörden seit dem 1. Oktober für bundesweite Einsätze im Katastrophenfall zur Verfügung stellen. Zudem sind der Startschuss für die Ausbildung von Berufshubschrauberpiloten durch unsere Akademie und die begonnene Modernisierung der H145-

Flotte von Vierblatt- auf Fünfblattrotor zwei wegweisende Projekte, die uns auch 2022 weiterhin begleiten werden“, so Dr. Krystian Pracz.

| Pi und Tabelle: DRF Luftrettung

Asperger, W.*; Meyer, F.*; Wolf, M.*; Lippert, H.; Gastinger, I.

* gleichberechtigte Erstautoren

Aus dem AN-Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg;

Abteilung Qualitätssicherung, Ärztekammer Sachsen-Anhalt, Magdeburg; Deutschland



Dr. med. Walter Asperger

Die regionale chirurgische Qualitätssicherung über die Landesärztekammern am Beispiel der Gallenchirurgie

Einführung

Nach der Etablierung eines einheitlichen Systems der chirurgischen Leistungserfassung (ICD, ICP) und Qualitätssicherung durch flächendeckende, prospektive, multizentrische Beobachtungsstudien Anfang der neunziger Jahre [1] in Ostdeutschland ergab sich die Notwendigkeit, die Ergebnisse transparent und vergleichbar zu machen. Damit wurden Grundlagen für eine gemeinsame Auswertung geschaffen, die es letztlich ermöglichten, die externe Qualitätssicherung auf eine breite Basis zu stellen und flächendeckend durchzuführen.

Besondere Bedeutung erlangte in diesem Zusammenhang die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz verbundene Einführung der Fallpauschalen und Sonderentgelte. Niemals vorher waren Krankheitsbilder und dazugehörige chirurgische Therapien so genau definiert und auch bindend in die Praxis eingeführt worden. Das war die unabdingbare Voraussetzung für eine regionale Etablierung der externen Qualitätssicherung über die Landesärztekammern. Vorreiter war die LÄK Baden-Württemberg [2]. Bis zum Jahre 1993 gesellten sich Nordrhein-Westfalen, Sachsen und Sachsen-Anhalt hinzu. Anderen Ländern blieb die Teilnahme durch nicht geklärte Finanzierung versagt, einige gingen den Weg auch ganz allein und schafften sogenannte Insellösungen (z. B. LÄK Brandenburg), welche jedoch den direkten Vergleich schwierig gestalteten, da sie Unterschiede sowohl in den Fragestellungen als auch bei der Auswertung zeigten.

Tracerdiagnose Cholelithiasis und CESAQ-Studie

(CholecystektomieStudie der AG Qualitätssicherung)

Mit dem Begriff Tracer belegte man in der externen Qualitätssicherung zunächst eine Diagnose, welche geeignet erschien, das Verfahren an Hand von ausgewählten Qualitätsindikatoren zu prüfen. Im Zeitraum 1985/86 wurde bereits von der „AG Qualitätssicherung“ der Gesellschaft für Chirurgie der DDR eine regionale multizentrische Beobachtungsstudie zur Gallenchirurgie durchgeführt [1,3]. Dabei wurden 929 Eingriffe bei Cholelithiasis erfasst. Die unmittelbar vor der MIC-Methode ausgewerteten Daten der offenen Chirurgie boten sich als gute Vergleichsmöglichkeit an. Die Einführung und flächendeckende Etablierung der laparoskopischen Cholezystektomie (LCE) zur Behandlung der Cholelithiasis Anfang der neunziger Jahre wurde von einer prospektiven multizentrischen Beobachtungsstudie (CESAQ) nach der 1985/86 inaugurierten Methode qualitätssichernd begleitet [4,5]. Diese beiden Studien bildeten zusammen mit den Arbeiten von W. Schega und O. Scheibe die Grundlagen für die Weiterentwicklung strukturierter regionaler Programme zur Qualitätssicherung über die Landesärztekammern [6,7]. Im Zeitraum vom 01.09.1994 bis zum 31.08.1995 wurde die regionale prospektive multizentrische klinische Beobachtungsstudie (CESAQ) unter Beteiligung von 29 ostdeutschen Kliniken zur Behandlung der Cholelithiasis durchgeführt. Die Einbeziehung von Kliniken unterschiedlichster Größe und Prägung sowie die

Beteiligung aller Universitätskliniken der Region sollte eine breite Aussage ermöglichen. Die Daten zu Fragestellungen des prä-, intra- und postoperativen Vorgehens und Verlaufes wurden anhand eines Erhebungsbogens prospektiv erfasst und zentral ausgewertet. Der Hauptgrund für die rasante Geschwindigkeit der flächendeckenden Etablierung der LCE in die Praxis war sicher der offensichtliche und überzeugende Benefit für den Patienten. Faszination der Operationsmethode, Medienwirksamkeit und Drängen der Industrie dürften jedoch auch eine gewisse Rolle gespielt haben. Eine Gegenüberstellung von Patientengruppen oder gar Randomisation war nicht mehr oder nur noch bedingt möglich, da zumindest in dieser Phase eine Selektion des Krankengutes stattfand und die schwierigeren, komplikationsträchtigeren Eingriffe sowie Patienten mit erhöhtem Risiko der konventionellen Operationsmethode vorbehalten blieben. In dieser Situation wurde die Begleitung eines vor der flächendeckenden Einführung nicht wissenschaftlich evaluierten Operationsverfahrens (z. B. durch die Universitätskliniken) durch eine multizentrische prospektive Qualitätssicherungsstudie dringend notwendig. Durch Beteiligung von Kliniken unterschiedlichsten Profils (Grund- und Regelversorgung bis Universitätsklinik) konnte versucht werden, die unterschiedlichen perioperativen Vorgehensweisen anhand der Ergebnisse vergleichend zu werten und zu wichten. Besonders die CESAQ-Studie erlaubte zu diesem Zeitpunkt bereits mit den multizentrisch gewonnenen Erkenntnissen die **Qualitätssicherungsprojekte der Landesärztekammern** von sechs Bundesländern, in denen die Cholezystolithiasis zu den Tracerdiagnosen gehörte, zu unterstützen. Dies betraf vor allem die praxisrelevante Festlegung aussagefähiger Qualitätsparameter.

- Ärztekammer Baden-Württemberg: Qualitätssicherung Chirurgie 1995
- Ärztekammer Nordrhein: Qualitätssicherung Chirurgie 1995
- Ärztekammer Sachsen: Qualitätssicherung Chirurgie 1995
- Ärztekammer Schleswig-Holstein: Externe Qualitätssicherung Chirurgie 1995
- Ärztekammer Westfalen-Lippe: Qualitätssicherung Chirurgie 1995
- Ärztekammer Sachsen-Anhalt Chirurgie 1995

Tab. 1: CESAQ-Studie 1995 Postoperative Komplikationen nach Operationsverfahren (KCE+Dhc: Konventionelle Cholecystektomie + Choledochusrevision)

	KCE+Dhc [%]	KCE [%]	LCE [%]	ERCP/EPT Literatur
Pneumonie	4,7	1,3	0,4	
Lungenembolie	0,5	0,2	–	
kardiale Komplikation	4,3	2,4	0,3	
Wundheilungsstörungen	8,5	5,0	0,5	
Pankreatitis	6,2	0,6	0,4	0,5-3,1
Residualstein	7,1	0,4	0,2	
Gesamtmorbidität	33,4	16,9	6,4	3,4-11,7
Reeingriffe	12,8	3,7	2,1	0,2-1,1
Letalität	3,3	0,7	–	0,2-1,0

Vergleich ausgewählter Ergebnisse der regionalen Programme zur Qualitätssicherung der Gallenchirurgie über die Landesärztekammern (LÄK)

1995 wurde in den neuen Bundesländern nur in Sachsen-Anhalt die Zweidrittelgrenze bei primär LCE übertroffen. Insgesamt erreichten die westlichen Bundesländer einen Gesamtdurchschnitt von 66,3 % gegenüber 62,6 % in den östlichen. Der Anteil primär offener Operationen steht im Verhältnis 26,4 % zu 31,7 %. Der Unterschied war insgesamt nur noch gering und aus der Entwicklung der Zahlen seit 1993 konnte man am Beispiel Sachsen-Anhalts konstatieren, dass sich dieser geringfügige Unterschied wohl in den nächsten 2-3 Jahren insgesamt ausgleichen würde. So lag die Rate primär laparoskopischer Operationen dort im Jahr 1993 bei 57,5 %, 1994 bei 61,6 % und stieg 1995 auf 67,1 % an [6]. Die wohl folgenreichste Komplikation der Gallenchirurgie stellen die **Läsionen des Hauptgallenganges** dar. Nach Literaturangaben bewegte sich 1995 die Inzidenz zwischen 0 und 11,3 % bei laparoskopischem (im Mittel 0,4 %) und 0-5,4 % bei konventionellem Vorgehen (im Mittel 0,3 %) [8] – Abb. 1.

Ein Vergleich der Qualitätssicherungsprojekte der Länder zeigte, dass die Raten bei beiden Verfahren zwischen 0,2 und 0,6 % lagen, in der offenen Chirurgie höher als beim laparoskopischen Verfahren. In der CESAQ-Studie lag die höchste Rate der Hospitalletalität in der Gruppe der konventionellen (offenen) Cholezystektomien (LCE) mit Choledochusrevision von 3,3 % vor, damit ein Vielfaches höher als bei einfacher KCE (0,7 %) – Tab. 1/Abb. 2.



Abb. 1 und Abb. 2 siehe Online-Artikel:
www.t1p.de/mf-3-22

Die Hospitalletalität nach „intent-to-treat“-LCE wurde mit 0,34 % und in der Konversionsgruppe mit 0,03 % angegeben. Dies deckt sich ebenfalls mit den Angaben der Qualitätssicherungsprojekte der Länderärztekammern.

Damit zeigten die Ergebnisse der Qualitätssicherungsprojekte in der Gallenchirurgie der LÄK die angestrebte Vergleichbarkeit als Grundlage für ein valides Benchmarking der beteiligten Kliniken.

Beispiel „externe Qualitätssicherung der Tracerdiagnose Cholelithiasis/Cholezystektomie“ an einer Landesärztekammer (Sachsen-Anhalt)

1991 begannen die Vorarbeiten für die Beteiligung Sachsen-Anhalts an laufenden Qualitätssicherungsprojekten. Dabei kam es zum Erfahrungsaustausch mit den Chefärzten der Chirurgischen Kliniken des Landes sowie zu Informationsfahrten zu den Projektgeschäftsstellen der Landesärztekammern Nordrhein und Westfalen-Lippe. 1992 folgte die Konstituierung der Arbeitsgruppe Qualitätssicherung in der Chirurgie sowie die organisatorische Vorbereitung des Verfahrens in der Geschäftsstelle der Landesärztekammer. Obwohl die Verhandlungen mit Kassen und Krankenhausgesellschaften um sogenannte dreiseitige Verträge nach SGB V § 137 noch nicht zustande gekommen waren und damit auch die Finanzierung nicht gesichert war, entschloss man sich einmütig, 1993 die Qualitätssicherung in der Chirurgie mit der Tracerdiagnose Cholelithiasis zu beginnen. Nach erfolgreichem Abschluss der Verhandlungen konnte dann auch die **Projektgeschäftsstelle Qualitätssicherung an der Ärztekammer Sachsen-Anhalt** ihre Tätigkeit aufnehmen.

Die Tracerdiagnose Cholelithiasis bot in dieser Zeit natürlich eine exzellente Möglichkeit, einerseits den zweithäufigsten chirurgischen Eingriff in Deutschland nach der Leistenhernienreparation, andererseits einen Eingriff, welcher in seiner Durchführung eine geradezu revolutionäre Metamorphose durchlief, zu beobachten. Mit der breiten Einführung der LCE wurden nicht das therapeutische Vorgehen an sich, jedoch der Zugangsweg und die Durchführung der Operation grundlegend geändert. So erschien die Fokussierung einer Qualitätssicherungsmaßnahme auf das sich in der Entwicklung befindende minimalinvasive Operationsverfahren sinnvoll und bedeutsam. Insgesamt konnte man feststellen, dass das Qualitätssicherungsprojekt „Cholelithiasis / Cholezystektomie“ der LÄK Sachsen-Anhalt mit Erfolg in die Praxis eingeführt werden konnte. Die Beteiligung der Kliniken war so bei einer primär hohen spontanen Bereitschaft 1995 auf alle chirurgischen Kliniken des Landes auszudehnen. Es lassen sich natürlich mit einem solchen Verfahren der externen Qualitätssicherung nur Eckpunkte, sogenannte Qualitätsindikatoren, unter laufender klinischer Routine erfassen. Eine tiefgehende Analyse von Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität gerade auch, um die entsprechenden und aussagekräftigen Qualitätsindikatoren und deren Streuungsbreite zu definieren, ist jedoch in einem solchen Rahmen nicht möglich. Dies ist nur unter Studienbedingungen (z. B. CESAQ-Studie) oder aber durch Qualitätssicherungsprojekte (einerseits unter klarer zeitlicher Begrenzung, aber mit erhöhtem Aufwand und Erfassung aller wichtigen Items) zu erreichen, deren Ergebnisse auf Grund einer hohen freiwilligen

Beteiligung und entsprechender Fallzahl signifikante Aussagen erlauben. Diese wiederum können dann die Auswahl entsprechender und evaluierter Qualitätsindikatoren ermöglichen.

Weitere externe Qualitätssicherungsprojekte zur Gallenchirurgie auf Länder- und Bundesebene und der Bezug zur CESAQ-Studie

Das 1993 angeschobene Projekt der externen Qualitätssicherung auf dem Gebiet der Cholezystektomie wurde von 1996 bis zum Jahr 2000 auf Grund der Beteiligung aller chirurgischen Kliniken und seiner erfolgreichen Einführung mit ersten positiven Ergebnissen sowie der Finanzierung auf dem Boden dreiseitiger Verträge zwischen

- der Krankenhausgesellschaft Sachsen-Anhalts,
- der Ärztekammer Sachsen-Anhalt (sowie)
- den Verbänden der Krankenkassen

fortgeführt. Die Organisation wurde mittels der auf Grund der Finanzierung bereitgestellten Mittel durch die an der Ärztekammer angesiedelte *Projektgeschäftsstelle* umgesetzt. Die Kontrolle mit jährlicher Berichterstattung über die Ergebnisse erfolgte im sogenannten Lenkungsgremium, welches sich paritätisch aus Vertretern der drei Organisationen zusammensetzte. Aus heutiger Sicht kann man feststellen, dass es sich um ein äußerst loyales und konsensuelles sowie ergebnisorientiertes Zusammenwirken der drei Parteien handelte. Letztlich zeichnete dieses Gremium auch für alle in den Jahren hinzukommende Projekte verantwortlich. Ab dem Jahr 2000 wurden die Cholezystektomie und weitere Projekte nun bundeseinheitlich zunächst über die *BQS (Bundesgeschäftsstelle Qualitätssicherung gGmbH)*, ab 2010 durch das *AQUA – Institut für angewandte Qualitätsförderung und Forschung im Gesundheitswesen GmbH* und ab 2015 über das *Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)* weitergeführt. So konnte letztlich eine durchgehende Gesamtstatistik von 1993 bis 2014 erreicht werden. Mit dem Erfassungsjahr 2015 wurde die Cholezystektomie dann sicher auch auf Grund der Stabilisierung der Ergebnisse aus dem Katalog zunächst herausgenommen. Eine Wiedereinführung im Geltungsbereich der Richtlinie zur datengeschützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung unter Verantwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses erfolgte zum Erfassungsjahr 2019. Erste belastbare Auswertungen sind hier durch die Einbeziehung von Sozialdaten der Krankenkassen im Rahmen des „follow up“ ab 2022 zu erwarten. In Bezug auf das Projekt Cholezystektomie zeichnete sich im Laufe der Jahre eine positive Entwicklung hinsichtlich der Qualitätsindikatoren ab, sodass auf Grund dessen sowie des Einwirkens der Fachgruppe Chirurgie auch durch persönliche Gespräche im Rahmen eines kollegialen Dialogs ein Niveau erreicht werden konnte, welches dann eine stabile Konsolidierung zuließ. Inwiefern aus der DRG-Basisdokumentation praxisrelevante qualitätssichernde Daten im Rahmen der Gallenchirurgie zu eruieren sind, ist u. E. noch nicht ausreichend evaluiert worden.

Fazit

Die Cholezystektomie ist nach den Eingriffen bei Hernien in Deutschland mit einer Häufigkeit zwischen 165.000 und 180.000 Operationen jährlich der zweithäufigste Eingriff auf dem Gebiet der Allgemein- und Viszeralchirurgie. In Sachsen-Anhalt werden zwischen 5.000 und 6.000 solcher Operationen jährlich durchgeführt, insgesamt konnten in den 22 Jahren allein in Sachsen-Anhalt 119.088 durchgeführte Gallenoperationen durch die Arbeitsgruppe ausgewertet werden. Die laparoskopische Cholezystektomie (LCE) wurde dabei zum „Pilotprojekt“ eines revolutionär neuen Konzeptes des Zugangs zum Abdomen. Daher ergab es sich fast zwangsläufig, gerade diese Operation auch zum Gegenstand von Pilotprojekten auf dem Gebiet der regionalen externen Qualitätssicherung unter Einbindung der Landesärztekammern, der Krankenkassen und der Krankenhausgesellschaft zu machen. Es blieb zunächst bei diversen Insellösungen. Letztlich aber konnten Qualitätssicherungsprojekte der Landesärztekammern von sechs Bundesländern mit der Tracerdiagnose Cholezystolithiasis/Cholezystektomie etabliert werden.

Wichtige wissenschaftliche Voraussetzungen für diese Methode der regionalen Qualitätssicherung erbrachten die flächendeckenden klinischen Beobachtungsstudien zur Gallenchirurgie 1988 [2] und 1995 [4,5] in Ostdeutschland. Nach Etablierung einer zentralen Stelle der BQS (s.o.) lief das Projekt Cholezystektomie dann von 2000-2014. Ein langer Zeitraum, in dem es eher weniger gelungen ist, wichtige Eckpunkte einer chirurgischen Therapie aufzuzeigen und über viele Jahre zu verfolgen, insbesondere in einer Entwicklungs- und Etablierungsphase einer neuen Operationsmethode. Der Nachteil dieser administrierten Erfassung war die Schaffung riesiger sogenannter „Datenfriedhöfe“, die bis heute nur marginal ausgewertet und auch nicht adäquat publiziert wurden. Für die beteiligten Kliniken waren zeitnahe praxisrelevante Ergebnisse rar und erreichten in keiner Weise den Stellenwert der Qualitätssicherungsprojekte der Landesärztekammern bzw. die Wertigkeit der Beobachtungsstudien im Rahmen der klinischen Versorgungsforschung.

Ähnlich zu beurteilen ist in diesem Zusammenhang auch die Tätigkeit des ab 2010 existierenden AQUA (s.o.). Diese Erfahrungen sollten bei der Etablierung neuer Methoden z. B. durch das IQTIG (s.o.) Berücksichtigung finden. Aber auch hinsichtlich der hier aufgezeigten regionalen QS-Projekte sind Überlegungen notwendig, die vor allem die Praktikabilität und Akzeptanz durch die beteiligten Kliniker betreffen. Aus Autorensicht sollte man solche Projekte wie die „Externe Qualitätssicherung Cholezystektomie Sachsen-Anhalt“ zukünftig nicht mehr über einen langen Zeitraum durchführen. Es war von einmaliger Relevanz und diese Singularität resultierte aus der Umwälzung einer 100 Jahre alten Operationstechnik. Wenn man aber die Ergebnisse der letzten 10 Jahre bis 2014 betrachtet, zeigt sich, dass sich in der Gesamtheit in dieser Zeit nur noch marginale Änderungen darstellen lassen, welche aber für die Praxis tatsächlich keine

Bedeutung erlangten. Sieht man andererseits den Arbeitsaufwand für das Ausfüllen der Fragebögen, die Versendung, die Berechnung, die Auswertungen und schließlich die Analyseversuche für etwa 170.000 „Fälle“ pro Jahr, muss man diesen Weg insgesamt mittlerweile sehr in Frage stellen. Letztlich interessieren in der Einzelanalyse nur ganz wenige Patienten, nämlich die so genannten „sentinel events“. Diese machen aber nur maximal 10 % aller Patienten aus. Für 90 % aller erfassten Patienten ist die ganze Arbeit der Erfassung eigentlich umsonst gemacht. Die Frage jedoch nach entsprechenden Alternativen lässt sich nur dahingehend beantworten, dass sich mit hoher Wahrscheinlichkeit diese für eine intensive Auswertung erforderlichen 10 % aller Patienten mit einer eingeschränkten Ergebnisqualität einfacher mit Hilfe der sogenannten Routinedaten identifizieren lassen. Patienten mit einer längeren überdurchschnittlichen Verweildauer, mit Reeingriffen oder verstorbenen Patienten sollte es heute bei der Behandlung des Gallensteinleidens nur wenige geben. Aber diese können an Hand weniger, oben genannter Daten erfasst und dann in der Fachgruppe der Einzelfallprüfung unterzogen werden. Dies würde allen viel Arbeit und Ressourcen ersparen. Leider gibt es da im Moment noch unüberbrückbare Hürden. Somit sind die verschiedenen Formen der Qualitätssicherung wichtige Instrumente, chirurgische Arbeit zu prüfen, zu analysieren, die entsprechenden Schlussfolgerungen daraus zu ziehen und damit die Qualität zu verbessern. Sie sind die Voraussetzung, uns kritisch mit den eigenen Ergebnissen auseinander zu setzen. Die Vergleiche im größeren Maßstab vor allem bei Eingriffen, welche auch in Kliniken unterschiedlicher Größe und Prägung alltäglich und häufiger durchgeführt werden, sind wichtig und nur sie können die Situation in der Breite widerspiegeln. Gerade auch in Situationen, in denen neue Operationsmethoden in den Fokus geraten und sich ausbreiten, ist es wichtig, die Praxistauglichkeit und deren Nutzen und Risiko in diesem größeren Maßstab zu evaluieren. Die Aussagekraft des in 2019 wieder eingeführten Leistungsbereiches muss sich nach Vorliegen erster Auswertungen einer dahingehenden Beurteilung stellen. Die kontrolliert-randomisierte Studie hat ihre Berechtigung nur noch bei ganz bestimmten, gezielten Fragestellungen. Die Ergebnisse dieser Studien müssen sich dann aber in der Praxis bestätigen lassen. Dabei können vorzugsweise die Qualitätssicherungsstudien oder Registerstudien, aber durchaus auch externe Qualitätssicherungsprojekte ein wichtiges Instrument darstellen [9].



Artikel mit Literatur hier abrufbar:
www.t1p.de/mf-3-22

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. med. habil. I. Gastinger
AN-Institut für Qualitätssicherung in der operativen Medizin,
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg, Deutschland
Tel.: 0391 611 7 284
E-Mail: I.Gastinger@freenet.de

CIRS-Fall

Berichtet wird in einem Fall des Fehlerregisters der Interdisziplinären Arbeitsgemeinschaft für Klinische Hämotherapie (IAKH) aus dem Jahr 2020 über eine Fehltransfusion (<https://t1p.de/fehltransfusion>).

Das Fehlerregister der IAKH dient der Analyse von Fehlern und (Beinahe-) Zwischenfällen in der Hämotherapie mit dem Zwecke einer zukünftigen Vermeidung und ist allen Ärzten zugänglich, die aktiv Hämotherapie betreiben.

Was ist passiert?

Ein Patient mit kritischem Zustand wurde aus einem externen Haus zur weiteren Versorgung in die chirurgische Klinik auf die Intensivstation verlegt. Der Patient zeigte sich bei Aufnahme im Schock, war katecholaminpflichtig und intubiert/beatmet.

Es folgte der zügige Transport von der Intensivstation in die interventionelle Diagnostik. Während des Eingriffs wurde der Patient zunehmend instabiler und zeigte sich volumenbedürftig bei steigenden Katecholamindosen, schlechter Gerinnung und einem Hämoglobin-Wert (Hb) im transfusionsbedürftigen Bereich. Der Assistenzarzt informierte seinen Facharzt, welcher anschließend 4 Erythrozytenkonzentrate (EKs) und 2 aufgetaute Gefrierplasmen (FFPs) vorbeibrachte. Die EKs waren gerade nach einer Notfalleinlieferung aus der Blutbank geschickt worden und waren mit passendem Begleitschein versehen. Die 2 FFPs lagen bereits aufgetaut und abgezeichnet im Patientenzimmer. Begleitscheine waren nicht mehr dabei.

Nachdem ein Bedside-Test durchgeführt wurde, wurden 2 EKs transfundiert. Der Patient hatte die Blutgruppe A positiv, im Bedside-Test bestätigte sich die Blutgruppe A. Anschließend wurde ein FFP, welches bereits abgekreuzt gewesen ist, ohne weitere Überprüfung durch den Assistenzarzt angehängt. Nachdem dieser nochmals ein Blick auf die Blutkonserve geworfen hatte, fiel auf, dass es sich bei dem FFP um die Blutgruppe 0 handelte. Die Transfusion wurde sofort gestoppt, abgehängt und die Blutbank darüber informiert. Der Patient zeigt keine bemerkbare Reaktion auf diesen Transfusionszwischenfall.

Im Nachhinein stellte sich heraus, dass die FFPs für den Patienten im Nachbarbett auf der Intensivstation gedacht gewesen waren. Diese waren dort bereits durch einen anderen Assistenzarzt zur Transfusion kontrolliert und die Begleitscheine noch vor Transfusion in die Akte abgeheftet worden. Der Facharzt hatte die Blutprodukte aus dem Zimmer mit in die Angiografie genommen, ohne nochmals die fehlenden Begleitscheine zu suchen und zu überprüfen. Der Assistenz-

arzt in der Diagnostik hatte sich in der Situation ohne Nachfragen darauf verlassen, dass diese FFPs dem richtigen Patienten zugeordnet worden waren und er hatte vor Anhängen die Blutgruppenkompatibilität fehlgedeutet bzw. nicht wahrgenommen. Schlecht war, dass die Transfusion von bereits gekreuzten Blutprodukten ohne Begleitschein erfolgte.

Einschätzung

Obwohl ein sehr realistisches und übliches Szenario geschildert wird, ist die Aufteilung der Transfusionstherapie auf verschiedene Funktionsbereiche im Krankenhaus (Normalstation, Schockraum/Aufnahme, Intensivstation, Angiographie/Endoskopie/OP) nach einer notfallmäßigen Aufnahme des Patienten von einem externen Haus ein komplexer und deshalb immer individuell strikt zu regelnder Prozess. Bei diesem Fall sind mehrere Probleme festzustellen. Die Transfusion mehrerer Blutkonserven und multipler Komponenten ist bei der Verteilung auf mehrere Ärzte hinsichtlich eines identischen Vorgehens bei der Verabreichung und der Sicherheitsmaßnahmen in dem geschilderten Fall verbesserungswürdig.

Weshalb die Plasmen des Nachbarpatienten nicht unmittelbar angehängt und transfundiert worden sind, bleibt unklar. Bei einem nicht immer vermeidbaren Personalwechsel oder bei Mitarbeit des Supervisors innerhalb einer Transfusionsserie sind einheitliches Vorgehen, klare Absprachen und bestimmte Regeln notwendig, die hier offensichtlich nicht eingehalten wurden:

1. Blutprodukte wurden ohne Begleitschein transportiert und wurden im Patientenzimmer zwischengelagert. Sowohl die unbeaufsichtigte Zwischenlagerung als auch der Zugriff durch den Facharzt ist laut Hämotherapierichtlinie der Bundesärztekammer Kap. 4.7 („Transport innerhalb der Einrichtung“ [1]) regelwidrig („Der Transport von Blutprodukten hat unter den entsprechenden kontrollierten Bedingungen zu erfolgen und ist durch eine schriftliche Anweisung zu regeln. Während des Transports der Blutprodukte ist bis zur Übergabe in den Verantwortungsbereich des

Anwenders dafür Sorge zu tragen, dass kein Unbefugter Zugriff zu den Blutprodukten hat und die Qualität der Blutprodukte nicht beeinträchtigt wird.“) [1]. Im Qualitätshandbuch Bluttransfusion des Hauses sollte eine Vorschrift zum internen Blutkonserventransport zu finden sein.

2. Die Plasmen wurden ohne Einsicht in die Begleitscheine transfundiert. Der Abgleich von Begleitscheinen, Blutgruppenbefund und Kreuzprobe, Bedside-Test und Patientenidentität erfordert die bettseitige Anwesenheit aller Komponenten. Das scheint entweder in diesem Haus nicht durchgängig gehandhabt zu werden oder die Begleitscheine waren auch für den eigentlich vorgesehenen Nachbarpatienten nicht regelkonform entfernt worden oder versehentlich schon abheftet worden. Eine eindeutige Verfahrensordnung/SOP oder die Scannerbegleitung dieses Prozesses versprache zusätzliche Sicherheit.
3. Die Verabreichung gekreuzter Konserven spricht trotz Katecholaminpflichtigkeit für eine geplante, aber bedingt dringliche Indikationsstellung bei einem „instabilen“ Patienten. Ob deshalb die gleichzeitige Verabreichung mehrerer Komponenten indiziert ist, kann nicht beurteilt und aus der Meldung geschlossen werden. Auffällig ist die paarweise Standarddosierung, die nur in manchen dringenden Fällen gerechtfertigt ist. Die Indikation zur Transfusion ist kritisch und restriktiv zu stellen [2]. Die Gefahren sind Übertransfusion, Volumenbelastung und erschwerte Zuordnung von eventuell auftretenden anderen Transfusionsreaktionen [3].
4. Die Dosierung von 2 Einheiten Gefrierplasma ist schwer einzuordnen. Eine Gerinnungsstörung wurde vermutlich nicht diagnostiziert (somit keine Indikation gegeben) und die Verabreichung von Plasma zur Volumensubstitution ist nicht leitliniengerecht. Da die Plasmen für den Nachbarpatienten gedacht waren, lässt sich die Indikationsstellung nicht beurteilen. Eine Fortbildung hinsichtlich der Indikationsstellung oder die Rückfrage des Blutdepots bei Anforderung der 2 Frischplasmen hinsichtlich der Indikation und Begründung dieser Dosierung reduziert dennoch solche fraglich indizierten Transfusionen.
5. Die Supervision des Assistenzarztes lässt zumindest in diesem Fall vermuten, dass sie nicht so sorgfältig stattfinden konnte, sodass der Fehler, der durch den Facharzt mitbedingt war, aufgefallen wäre. Ein Fehlverhalten des Facharztes ist in dieser Notfallsituation zwar verständlich, aber muss infolge der Patientengefährdung UND der mangelnden Vorbildfunktion für den Assistenzarzt kritisiert werden.
6. Da dieser Fall typisch ist für die häufigen und vielfältigen Schnittstellen der Kommunikation im perioperativen Bereich oder wie hier nach der Notfallaufnahme und Diagnostik, soll das Übergabekonzept BARF der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie & Intensivmedizin (DGAI) und des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten e. V. (BDA) nicht unerwähnt bleiben [4]. Die strukturierte Patientenübergabe als etablierter Standard hätte eventuell Einfluss

genommen auf diesen Fall und die Plasmen bereits früher als nicht zum Patienten gehörig identifiziert.

Empfehlungen zur zukünftigen Vermeidung

Prozessqualität:

1. SOP/VA/QM-Handbuch-Hämotherapie und Fortbildung: Transport und Verabreichung einer Bluttransfusion, auch Mehrfach- und Massivtransfusion
2. Fortbildung Bluttransfusion und Gerinnung für alle Mitarbeiter: Effektive Gerinnungsdiagnostik und -therapie mit Plasma, Thrombozyten- und Gerinnungsfaktorkonzentraten
3. Fortbildung und SOP/VA: Das SBAR-Konzept – Erhöhte Sicherheit durch die strukturierte Patienteninformation beim Transport durch die Abteilungen
4. Meldung an die Transfusionskommission

Strukturqualität:

1. Transfusionsverantwortlicher (TV): Überarbeitung des Qualitätshandbuchs hinsichtlich der Transportregelung und Überprüfung der Anwendungs-SOP
2. Ärztlicher Direktor (ÄD) und TV: Begleitung der ersten Verabreichung von Bluttransfusionen bei neuen Mitarbeitern
3. ÄD und TV: Einrichtung eines Curriculums Transfusionsmedizin z. B. Transfusionsführerschein mit dokumentierter Teilnahme an den transfusionsmedizinischen Fortbildungen
4. Geschäftsführung (GF) und ÄD: Einrichtung einer Jahresregelfortbildung Hämotherapie/Transfusionsmedizin mit Teilnahmedokumentation
5. ÄD und Abteilungsleitung: Überprüfung des Supervisionskonzepts, Einbindung der Fachärzte.

Literatur:

- [1] Richtlinie Hämotherapie BÄK 2017
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/RL/Richtlinie_Haemotherapie_AEV.pdf
- [2] Querschnittsleitlinien Hämotherapie der BÄK 2020
https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/MuE/Querschnitts-Leitlinien_BAEK_zur_Therapie_mit_Blutkomponenten_und_Plasmaderivaten-Gesamtnovelle_2020.pdf
- [3] Bowman Z, Fei N, Ahn J, et al. Single versus double-unit transfusion: Safety and efficacy for patients with hematologic malignancies. *Eur J Haematol*. 2019;102(5):383-388. doi:10.1111/ejh.13211
- [4] Strukturierte Patientenübergabe in der perioperativen Phase – Das SBAR-Konzept
https://www.bda.de/files/Februar_2016_-_Strukturierte_Patientenübergabe_in_der_perioperativen_Phase_-_Das_SBAR-Konzept.pdf

Quelle: <https://www.iakh.de/files/iakh/public/register/2021/CM-227794-2021-Fehltransfusion.pdf>

Rechtsfragen Corona

I. Einrichtungsbezogene Impfpflicht

Mit dem „Gesetz zur Stärkung der Impfprävention gegen COVID-19 und zur Änderung weiterer Vorschriften in Zusammenhang mit der COVID-19-Pandemie“ erfolgte eine Änderung des Infektionsschutzgesetz (IfSG).

Im Gesetz wurde mit § 20a IfSG eine einrichtungsbezogene Impfpflicht eingeführt. Diese gilt u. a. für Ärztinnen und Ärzte sowie dessen Personal in Arztpraxen und Kliniken.

Gem. § 20 a Abs. 1 IfSG müssen dort tätige Personen ab dem 15. März 2022 entweder geimpft oder genesen sein, mit Ausnahme von Personen, die auf Grund einer medizinischen Kontraindikation nicht gegen das Coronavirus SARS-CoV-2 geimpft werden können.

Nach § 20a Abs. 2 IfSG haben die dort tätigen Personen bis zum 15.03.2022 einen entsprechenden Nachweis vorzulegen. Gültig ist der Nachweis einer Impfung, Genesung oder Kontraindikation.

Fehlen Nachweise (auch nach dessen Gültigkeitsablauf) oder bestehen Zweifel an diesen, muss eine Meldung und Übermittlung personenbezogener Daten an das Gesundheitsamt erfolgen.

Dabei ist auch der Praxisinhaber selbst nachweis- und meldepflichtig. Das Gesundheitsamt kann in der Folge weitere Maßnahmen ergreifen und einer Person schließlich untersagen, dass sie die Einrichtung betritt oder in einer solchen Einrichtung oder einem solchen Unternehmen tätig wird.

Wer auf Anforderung des Gesundheitsamts einen Nachweis nicht, unvollständig oder nicht rechtzeitig vorlegt, bzw. einer Anordnung des Gesundheitsamts nicht Folge leistet, begeht eine Ordnungswidrigkeit gem. § 73 Absatz 1a Nummer 7f bzw. 7h IfSG.

Personen, die nach dem 15.03.2022 in den Einrichtungen tätig werden sollen, müssen nach Abs. 3 die entsprechenden Nachweise vor Beginn ihrer Tätigkeit erbringen, andernfalls dürfen sie dort nicht beschäftigt werden.

Das Bundesgesundheitsministerium hält weitere Informationen zur Anwendung des § 20a IfSG bereit:



<https://t1p.de/ip-einrichtung>

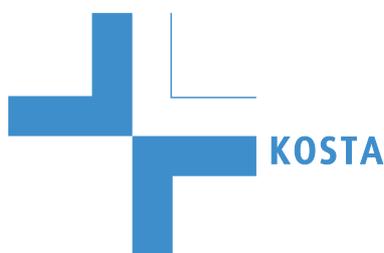
II. Arbeitsunfähigkeit trotz Quarantäne?

Grundsätzlich muss zwischen einer Erkrankung bzw. Symptomen und einer Isolation unterschieden werden. Begibt sich ein Patient aufgrund eines positiven SARS-CoV-2- Tests in Isolation, so stellt dies eine Maßnahme des Infektionsschutzes dar. Eine Erkrankung und damit Arbeitsunfähigkeit gehen damit nicht automatisch einher. Hinweise zum Umgang mit den jeweils unterschiedlichen Konstellationen hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung in einer Praxis-Info zusammengetragen.



<https://t1p.de/corona-krankschreibung>

*Ass. jur. Tobias Brehme
Rechtsabteilung*



**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@aeksa.de Internet: www.KOSTA-LSA.de



Erika Fatland

Die Grenze

Eine Reise rund um Russland

Aus dem Norwegischen v. U. Sonnenberg, Suhrkamp Taschenbuchverlag, Berlin 2020, ISBN 978-3-518-46974-3, Klappenbroschur, 21 x 13 x 4 cm, deutsche Erstausgabe, farbfotogr. illustriert, s.-w. Routenskizzen, 624 Seiten, € 20,-

„Von Russland dem Großen, auf ewig verbündet...“, klingt es noch aus der Erinnerung an die Hymne der Sowjetunion von 1944. Das Ewige daran hat sich überwiegend erledigt, die Verbündung hoffentlich auch. Größe hat halt seine Stärke und Schwäche, stellt die Autorin fest und kann es beeindruckt bei der Umrundung dieses Riesenreiches wahrnehmen. Die Länge der heutigen Grenze Russlands ist mit mehr als 60 000 km ein Anderthalbfaches der des Äquators.

Die norwegische Sozialanthropologin Erika Fatland wollte es wissen. Ihre universitäre Ausbildung und ihre vielfältigen Sprachkenntnisse, u. a. a. Russisch, ließen sie das Abenteuer der Inaugenscheinahme des immer noch größten Landes der Welt aus der Sicht der Nachbarn angehen. Es war absehbar keine Luxusreise, sei vorweg bemerkt. Immerhin grenzen 14 Länder an Russland. Seine Einwohnerzahl war infolge Glasnost und Perestroika um mehr als die Hälfte, um einst dem Imperium einverleibte Nachbarn gemindert worden, die nicht mehr dazu gehören wollten. Jedoch leben heute noch ca. 200 verschiedene Völker und Ethnien in der Russischen Föderation. Zar Peter I. schickte Vitus Behring 1725 in den Fernen Osten, um die Grenzen seines Reiches dort kartografieren zu lassen. Eine 2. Expedition, die mit 34 Milliarden Rubel heutigen Geldwertes

die teuerste aller Zeiten werden sollte, brauchte 5 Jahre Anfahrtszeit von St. Petersburg bis Ochotsk. Für Behring war es seine letzte Fahrt. Erika F. erzählt das anlässlich ihrer 10 000-km-Reise auf der schwierigen Nordost-Passage als Passagierin auf einem alten ausgehenden arktischen Forschungsschiff. Die Seefahrt dauerte vier Wochen. Sie erzählt von Kosaken und anderen Abenteurern, die die Weite des Reiches bis nach Alaska durch Steuereinzug in Form von Tierfellen bei den Indigenen markierten. Sie schildert auch den heutigen Zustand der Küste mit unübersehbaren Hinterlassenschaften einer Besiedlung bzw. militärischen Nutzung jüngerer Datums.

Die folgenden Grenzerkundungen führte die Schriftstellerin in die asiatischen Nachbarländer Russlands, zuerst in das gespenstische Nordkorea mit seinem säkular-religionsartigen Überkult um die gottkönigliche Familie Kim. Erika F. ist dort in einer auf Schritt und Tritt überwachten Touristengruppe unterwegs und wird in einem atemlos dicht gepackten Programm durch die Kulissen der Erbdiktatur geschleust. Bei der Ausreise werden ihr von den Wächtern viele Fotos gelöscht, bevor sie den Norden Chinas erreicht. Letzterer war früher der äußerste östliche Punkt russischer Expansion nach der Machtübernahme der Romanows als Zaren 1613. Das Imperium wuchs von da an täglich

um etwa 100 Quadratkilometer. Der Letzte in der Dynastie, Zar Nikolaus II., überspitzte seine Eroberungsgelüste und verlor die Bodenhaftung und die Kriege und letztlich infolge der Revolution auch sein Leben.

Russland hatte sich zu einem imperialistischen Reich durch Vereinnahmung seiner Nachbarn entwickelt, eine wegen seiner geografischen Lage besondere Form der Kolonialisierung. Die einzige „Überseekolonie“, Alaska, hatte Zar Alexander II. 1867 für einen Freundschaftspreis an die USA verhöckert.

Für an Geschichte und Geopolitik interessierte Leser ist dieses Buch eine Freude, eine Fundgrube. Erika Fatland hat ihre Reisen inhaltlich und logistisch gründlich vorbereitet und nach deren Beendigung offensichtlich auch umfassenden Recherchen unterzogen. Auf ihren Etappen in Zügen, mit dem Flieger, zu Pferde, in klapprigen Transportern und überladenen PKWs, in Überlandbussen und auf unzuverlässigen Fähren sucht sie immer den persönlichen Kontakt zu Leuten, die ihr etwas zu erzählen haben über das jeweilige Land und seine Sicht auf Russland. Irgendwie meistert sie das, oft mit fremder Hilfe, wenn ihre Sprachkenntnisse nicht mehr ausreichen. Sie darf aber häufig nicht erkennen lassen, dass sie ein Buch zu schreiben vorhat. Sie

beraist die Mongolei und ihre kriegerische Geschichte, in deren Verlauf Russland unter das Tartarenjoch der Goldenen Horde geriet. Stalin seinerseits ließ es sich nicht nehmen, die Exekution von 10 000 mongolischen buddhistischen Mönchen zu befehlen. Erika Fatland reist dann nach Xinjiang, der größten chinesischen Provinz, das Land der Uiguren und berichtet Erstaunliches zu deren Geschichte, u. a. zu ihren Kämpfen für die Wiedererlangung der früheren politischen Unabhängigkeit als turksprachiges muslimisches Volk. Ausländer sind in diesem Land Fremdkörper. Terroranschläge werden hart bestraft. Von Seide keine Spur auf der Neuen Seidenstraße, die die Region kreuzt.

Weiter geht es dann über das riesige Kasachstan, in dem heute noch ca. 180 000 Bürger deutscher Abstammung leben. Über das Kaspische Meer erreicht sie Aserbaidshan und seine Ölgeschichte (Die Schlacht um Stalingrad war die um Baku!). Sie genießt die berühmte kaukasische Gastfreundschaft in Georgien und reist durch Stalins Paradiese. Sie fährt über das Schwarze Meer nach Europa in die Ukraine, nach Weißrussland, in die baltischen Länder und nach Finnland, nicht ohne ausgiebig auf Besonderheiten der Geschichte im lokalen Bezug zu erinnern. Schließlich kommt sie wieder nach Hause in ihr norwegisches Heimatland, wo sie in der Finnmark die letzten Kilometer zusammen mit ihrem

Vater im Kajak auf dem Grenzfluss zu Russland zurücklegt. Dort angekommen, stellt sie fest, dass zwischen dieser Grenze im hohen Norden und der in Nordkorea nur ein Land liegt – Russland.

Es ist ein fesselndes Buch, trotz aller historischen Exkursionen inhaltlich hochaktuell, in der Aufmachung schlicht aber handlich unter matrjoschkabuntem Deckblatt, ausgestattet mit vielen Erlebnis- und Begegnungsfotografien. Zur genussvollen Lektüre der nicht ohne Humor und in plastischer Sprache verfassten Texte sehr zu empfehlen!

F.T.A. Erle, Magdeburg (Januar 2022)

Kommentare

Kommentar von Dr. med. Gunther Gosch

zum Leserbrief von Dr. med. Jens-Olaf Naumann im *Ärzteblatt Sachsen-Anhalt* Heft, 1-2/2022, S. 48

Die Notwendigkeit einer invasiven Präventionsmaßnahme, wie einer Impfung muss sich auch 2000 Jahre nach deren Festlegung an den ethischen Grundregeln der Medizin messen lassen: *Primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare*. So werden Kinder in Deutschland seit 2004 gegen Varizellen geimpft, weil bis zu diesem Zeitpunkt 95 % eines jeden Geburtsjahrgangs an der Primärinfektion durch das Varicella-Zoster-Virus erkrankten und bei 2–5 % der Erkrankten – neben Kindern 5 % Erwachsene – z. T. schwerwiegende Komplikationen wie massive bakterielle Superinfektionen, Enzephalitiden, Zerebellitiden, Gonarthritiden, hämorrhagische Varizellen, nekrotisierende Faszitiden

etc. erlitten und jährlich Todesfälle zu verzeichnen waren. Ziel der Zosterimpfung ist nicht primär die Vermeidung von Todesfällen durch den Zoster, sondern – neben dessen Verhinderung – die Verhinderung der Postherpetischen Neuralgie. Diese ist in Deutschland übrigens eine der Haupt-suizid-Ursachen bei Frauen jenseits des 70. Lebensjahres. Indikation für die Pertussis-Impfung für Erwachsene ist nicht nur der Schutz ungeimpfter junger Säuglinge, der effektiver durch die Impfung Schwangerer zu erreichen ist, sondern auch die Verhinderung von Komplikationen besonders bei pulmonologisch vorerkrankten und immunsupprimierten Erwachsenen. Weder bei Kindern noch bei Erwachsenen ist eine

Antibiotika-Therapie gegen *Bordetella pertussis* effektiv, sondern reduziert und dies nur selten bei sehr frühem Beginn geringfügig die Ansteckungsgefahr. Bei allen drei Erkrankungen ist eine erhebliche Krankheitslast zu verzeichnen.

Die Auswirkungen einer SARS-CoV-2-Infektion bei Kindern und Jugendlichen werden in Deutschland in einem COVID-Survey unter Leitung der Universitätskinderklinik Dresden beobachtet und durch die DGPI (Deutsche Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie) regelmäßig auch online veröffentlicht. In der übergroßen Mehrzahl verläuft COVID-19 bei Kindern inapparent bzw. mit einer moderaten vorwie-

gend respiratorischen Symptomatik, die auch hinsichtlich von Komplikationen und bleibenden Schäden mit der älterer, vorgeschädigter oder gar ungeimpfter Erwachsener nicht im mindesten vergleichbar ist. So ist während des gesamten Pandemiezeitraums in Deutschland kein gesundes Kind an COVID-19 verstorben. Seit Anfang 2020 sind ca. 3700 SARS-CoV-2-positive Kinder stationär betreut, von diesen jedoch weniger als 20 % wegen COVID-19 behandelt worden. In mehr als 2 Jahren waren eine intensivmedizinische Intervention bei bislang 156 Kindern und Jugendlichen notwendig. Bisher wurden weniger als 700 Fälle vom PIMS (Pediatric Inflammatory Multisystem Syndrome) erfasst, mehr als die Hälfte ist ausgeheilt, die Prognose erscheint günstig, Todesfälle sind bislang nicht zu verzeichnen. Über Long-COVID bei Kindern gibt es wenige anekdotische Berichte; allein die definitorische Einordnung ist schwierig. In den wenigen vorliegenden Arbeiten unterschied sich die Seroprävalenz von SARS-CoV-2 bei Kindern mit potentiellen Long-COVID-Symptomen nicht von denen der Kontrollgruppe. Zweifellos sind weiterführende Untersuchungen über Long-COVID bei Kindern sowie PIMS notwendig. An mehreren universitären Kinderkliniken laufen inzwischen Studien in Spezialsprechstunden.

In einer Vielzahl nationaler und internationaler Arbeiten ist belegt, dass keineswegs Kinder für wesentliche Viruseinträge in die Gruppe vulnerabler Erwachsenen verantwortlich sind, sondern genau das Gegenteil der Fall ist. Die Verantwortung für SARS-CoV-2 bedingte Todesfälle ungeimpfter Kindern zuzuschreiben, ist unzutreffend, unseriös und verkennt die epidemiologische Rolle ungeimpfter insbesondere älterer Erwachsener. Die Notwendigkeit einer zweifelsfrei wirksamen Impfung muss sich gerade bei immunologisch unreifen Kindern an der Krankheitslast, i.e.S. an den Parametern Hospitalisierung (Komplikationen) und Todesfälle bemessen lassen.

Diese ist bei Erwachsenen in Abhängigkeit vom Lebensalter hoch, korreliert mit verschiedenen Risiken und rechtfertigt eine Impfung unbedingt. In Deutschland empfiehlt die STIKO die COVID-Impfung für 5-11-jährige Kinder mit bestimmten Risiken für schwere Krankheitsverläufe und bei Kontakt zu erwachsenen Kontaktpersonen mit hohem Krankheitsrisiko, nicht aber für gesunde Kinder dieser Alterskohorte. In der aktuellen Empfehlung ist eine Öffnungsklausel implementiert, die die Impfung auch der gesunden Kinder zwischen 5 und 11 Jahren ermöglicht. Dabei erfolgt die Impfung auf den schriftlich erklärten Wunsch der Eltern und ohne Notwendigkeit einer ärztlichen Empfehlung. Für den Fall koinzidenter unmittelbarer oder mittelbarer schwerer Nebenwirkungen mit bleibenden Folgen greift eine Staatshaftung. Die Gründe für die fehlende Empfehlung sind in der wissenschaftlichen Erklärung der STIKO dargelegt und umfassen neben dem Fehlen einer relevanten Krankheitslast u. a. das Fehlen valider Daten über mögliche seltene bzw. verzögert beobachtbare Begleiterscheinungen des in einer Probandengruppe von ca. 1000 Kindern über einen Zeitraum von ca. einem Monat Phase-III-getesteten und auf dieser Grundlage durch die EMA für die genannte Altersgruppe bedingt zugelassenen Impfstoffs. Die bedingte Zulassung eines Medikamentes durch die EMA ist nicht gleichzusetzen mit der wissenschaftlichen Belegbarkeit dessen Einsatzes.

Einerseits geht die aktuell prädominante Omikron-Variante von SARS-CoV-2 mit einer höheren Kontagiosität bei reduzierter Morbidität einher, andererseits schützt die Impfung noch weniger als bei der Delta-Variante vor Infektion und Virustransmission. Die erhebliche Ausbreitung der Omikron-Variante geht mit steigenden Nachweisraten auch bei ungeimpften und bisher nicht infizierten Kindern einher, offensichtlich indes nicht mit einem Anstieg klinisch relevanter Krankheitsfälle. Der impfbedingte Vorteil für Erwachsene –

die deutliche Reduktion von Morbidität und Mortalität – ist in der Alterskohorte junger Kinder mangels Krankheitslast kaum relevant. Mathematischen Modellierungen der STIKO zufolge würde eine Impfung der 5-11jährigen Kinder anders als die der bislang ungeimpften Senioren den Verlauf der aktuellen Pandemiewelle kaum beeinflussen.

Im Zusammenhang mit dem Fehlen valider Daten über seltenere (> 1:1000) oder längerfristige Impfstoffnebenwirkungen (> 1 Monat) sei an einen der ebenfalls bedingt zugelassenen Impfstoffe der Influenza-H1N1-Pandemie erinnert. Diesem Impfstoff wurde die Zulassung entzogen, nachdem nach mehr als 2 Jahren valide Daten über einen Zusammenhang mit der Auslösung der Narkolepsie bei Kindern und Jugendlichen belegbar waren.

Primum nil nocere, secundum cavere: Momentan ist eine undifferenzierte Forderung der Impfung junger gesunder Kinder mangels Krankheitslast, aber auch des Fehlens valider Daten wissenschaftlich nicht begründbar. Selbstbestimmten Eltern ist es überlassen, ihre Kinder dennoch impfen zu lassen.

Ein abschließendes Wort zur STIKO: Anders als das RKI im Weisungsbereich des BMG ist die STIKO ein Gremium ehrenamtlich tätiger unabhängiger Experten, welches ganz sicher zeitnah stärkere personelle und materielle Unterstützung verdient und bekommen wird. STIKO-Bashing mag en vogue sein, ist aber unangebracht und unkollegial. Anders als durch GMK, MPK etc. ergehen die Empfehlungen der STIKO auch und gerade in der aktuellen komplexen und dynamischen Gemengelage auf der Basis umfangreicher wissenschaftlicher Recherchen und nicht am ärztlichen Sachverstand vorbei. Davor ziehe ich den Hut.

Dr. med. Gunther Gosch

Kommentar von Prof. Dr. med. habil. Axel Schlitt

zu den Leserbriefen von Dr. med. Ilja Karl und Andreas Gänsicke
im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt, Heft 1-2/2022, S. 46 – 48

Leserbrief von Dr. med. Ilja Karl

Ich danke Herrn Dr. Karl für die ausführlich begründete Stellungnahme zu der in den letzten Jahren immer wieder zwischen Kardiologen und Herzchirurgen auf der einen Seite und allgemeinmedizinisch tätigen Kollegen auf der anderen Seite geführten Diskussion über die optimale lipidmodulierende Therapie bei Patienten mit hohem oder sehr hohem Risiko für schwerwiegende kardiovaskuläre Ereignisse.

Das oberste Ziel in der Behandlung von Patienten sollte auch unabhängig von Leitlinien sein, diesen ein möglichst langes und ereignisfreies Leben zu ermöglichen. Die Reduktion des LDL-Cholesterins auf den möglichst niedrigsten Wert hat dies für Patienten mit manifester Atherosklerose, Diabetes mellitus (mit Risikofaktoren) und familiäre Hypercholesterinämie in den letzten Jahren bewiesen (1).

Eine optimale Statin-Therapie hat bei diesen Patienten in zahlreichen Studien und Übersichtsarbeiten auch eine Reduktion der Mortalität gezeigt und deren Einsatz steht wohl außerhalb jeder Diskussion. Die Senkung des LDL-C mittels eines hochpotenten Statins in der Dosis, die eine 50%ige Reduktion des Ausgangs-LDL-C ermöglicht, entspricht 40mg Atorvastatin oder 20mg Rosuvastatin (1). Somit sollten diese hochpotenten Statine in diesen Dosierungen als Mittel der ersten Wahl in der Behandlung eingesetzt werden, auch wenn man eine Fire-and-forget Strategie befürwortet. Die Überlegenheit hochpotenter Statine, mit denen man einen Zielwert < 1,4 mmol/l erreicht, im Vergleich zu niederpotenten Statinen, für die leider auch Simvastatin ein Beispiel ist, konnte unter anderem in der PROVE-IT-Studie gezeigt werden (2). Die Kombination mit dem als

Generikum mittlerweile verfügbaren und somit preiswerten sowie nebenwirkungsarmen Ezetemib sollte dann erfolgen, wenn der spezifische Zielwert (< 1,4 mol/l oder bei Hochrisikopatienten < 1,0 mol/l) nicht erreicht wird. Ich stimme Herrn Dr. Karl zu, dass in den publizierten Studien zu Ezetemib keine Reduktion der kardiovaskulären oder Gesamt-Mortalität erreicht werden konnte, jedoch konnten Schlaganfälle, Myokardinfarkte und Revaskularisierungen bei identischem Nebenwirkungsprofil gesenkt werden (3). Somit erreichen wir für unsere Patienten eine Reduktion schwerwiegender kardiovaskulärer Ereignisse, was wir als Behandlung anstreben sollten.

Leserbrief von Andreas Gänsicke

Auch für die ausführliche und kritische Stellungnahme von Herrn Kollegen Gänsicke auf unserem Artikel zur Konsensuskonferenz möchte ich mich ausdrücklich bedanken. Er hat das Problem der Wirtschaftlichkeit der Therapien und der Interessenskonflikte der Leitlinienautoren sehr deutlich dargestellt. Zu bedenken ist jedoch, dass wir in unserer Empfehlung die generisch verfügbaren und kostengünstigen Wirkstoffe Atorvastatin und Rosuvastatin in die erste Linie sowie Ezetemib in die zweite Linie zur Senkung des LDL-C gestellt haben.

Weiterhin möchte ich bzgl. der Wirksamkeit eines sehr niedrigen LDL-Cholesterins auf die Reduktion kardiovaskulärer Ereignisse dem Kollegen Gänsicke widersprechen. Diese ist klar gezeigt worden. Unter anderem begründe ich dies durch die in den Leitlinien publizierten Daten (1), aber auch durch die Ergebnisse der in der Antwort auf die Ausführungen von Herrn Kollegen Karl zitierten PROVE-IT Studie als Beispiel für die umfassende

Evidenz zu diesem Thema (2). Die pathophysiologisch begründete Plausibilität des Prinzips ist durch die Regression atherosklerotischer Plaques durch eine LDL-C-Senkung begründet. Dies ist z. B. in der Arbeit von Nicholls et al. gezeigt worden, die bei einer Senkung des LDL-C unter ca. 1,6 mmol/l durch eine Statintherapie eine Regression koronarer Plaques zeigte (4).

Prof. Dr. med. habil. Axel Schlitt

Literaturverzeichnis

1. Mach F, Baigent C, Catapano AL, Koskinas KC, Casula M, Badimon L, Chapman MJ, De Backer GG, Delgado V, Ference BA, Graham IM, Halliday A, Landmesser U, Mihaylova B, Pedersen TR, Riccardi G, Richter DJ, Sabatine MS, Taskinen MR, Tokgozoglu L, Wiklund O; ESC Scientific Document Group. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J.* 2020 Jan 1;41(1):111-188.
2. Murphy SA, Cannon CP, Wiviott SD, McCabe CH, Braunwald E. Reduction in recurrent cardiovascular events with intensive lipid-lowering statin therapy compared with moderate lipid-lowering statin therapy after acute coronary syndromes from the PROVE IT-TIMI 22 (Pravastatin or Atorvastatin Evaluation and Infection Therapy-Thrombolysis In Myocardial Infarction 22) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2009 Dec 15;54(25):2358-62.
3. Nußbaumer B, Glechner A, Kaminski-Hartenthaler A, Mahlkecht P, Gartlehner G. Ezetimibe-Statin Combination Therapy. *Dtsch Arztebl Int.* 2016 Jul 1;113(26):445-53.
4. Nicholls SJ, Tuzcu EM, Sipahi I, Grasso AW, Schoenhagen P, Hu T, Wolski K, Crowe T, Desai MY, Hazen SL, Kapadia SR, Nissen SE. Statins, high-density lipoprotein cholesterol, and regression of coronary atherosclerosis. *JAMA.* 2007 Feb 7;297(5):499-508.

*Allen Leserinnen und
Lesern, die im März
Geburtstag haben, gratulieren
wir recht herzlich!*



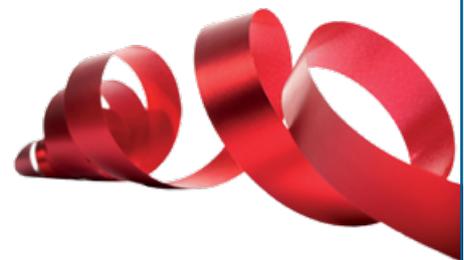
Die Geburtstage finden Sie in der gedruckten Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt.

*Allen Leserinnen und
Lesern, die im März
Geburtstag haben, gratulieren
wir recht herzlich!*



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

*Allen Leserinnen und
Lesern, die im März
Geburtstag haben, gratulieren
wir recht herzlich!*



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



Veranstaltungsinformationen der Abteilung Fortbildung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt

Corona-Virus: Aktuelle Informationen zur Durchführung von eigenen Veranstaltungen

Achtung



Die Ärztekammer Sachsen-Anhalt ist bemüht, Ihnen ein größtmögliches Angebot anzubieten. Jedoch aufgrund der dynamischen Entwicklung der Corona-Pandemie entscheiden wir tagesaktuell neu, welche angekündigten eigenen Kurse und Veranstaltungen wir anbieten können. Daher kann es sein, dass aufgezeigte Termine in dieser Ausgabe nach Drucklegung nicht mehr auf dem neuesten Stand sind. Vor diesem Hintergrund beachten Sie bitte die aktuellen Informationen zur Durchführung von Veranstaltungen auf unserer Internetseite und in der jeweils aktuellen Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt: www.aeksa.de
Zudem verweisen wir noch auf die „FobiApp – das Fortbildungsprogramm für Ihr Smartphone“, in der Sie sich über Fortbildungsveranstaltungen informieren können: www.t1p.de/fobiapp

TEILNAHME NUR NACH VORHERIGER ANMELDUNG!

Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte

Kurs-Weiterbildung: „Palliativmedizin Basiskurs“ (40 h)	11.–12.03.2022 18.–19.03.2022	Teil 1 Teil 2	Magdeburg Magdeburg	AUSGEBUCHT!
Kurs-Weiterbildung: „Psychosomatische Grundversorgung“ Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe (50 h)	11.–12.03.2022 06.–07.05.2022 01.–02.07.2022	Teil 1 Teil 2 Teil 3	Magdeburg Magdeburg Magdeburg	
Ärztliche Leichenschau	12.03.2022		Schönebeck	AUSGEBUCHT!
Fit für den Notfall in der Praxis und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst	06.04.2022		Magdeburg	
Interaktiver Langzeit-EKG-Kurs für Ärztinnen und Ärzte (Blended-Learning)	08.–09.04.2022		Magdeburg	
Kurs-Weiterbildung: „Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung“ (80 h)	28.04.–06.05.2022 02.–09.09.2022		Halle (Saale) Magdeburg	
Update Impfen für Ärztinnen und Ärzte	11.05.2022		Ebendorf	
Kurs-Weiterbildung: „Psychosomatische Grundversorgung“ für alle Fachrichtungen (50 h)	17.–18.06.2022 26.–27.08.2022 07.–08.10.2022	Teil 1 Teil 2 Teil 3	Magdeburg Magdeburg Magdeburg	AUSGEBUCHT!
Kurs-Weiterbildung: „Ernährungsmedizin“ (Blended-Learning) (100 h)	13.–16.06.2022 07.–10.11.2022	Teil 1 Teil 2	Neugattersleben Neugattersleben	AUSGEBUCHT!
Fallseminare Palliativmedizin: <i>Modul I:</i> „Kommunikation“	17.–18.06.2022 24.–25.06.2022	Teil 1 Teil 2	Magdeburg Magdeburg	
<i>Modul II:</i> „Ethik, Recht und Trauer“	09.–10.06.2023 23.–24.06.2023	Teil 1 Teil 2	Magdeburg Magdeburg	AUSGEBUCHT!
<i>Modul III:</i> „Komplexe Fallbeispiele der Teilnehmer“	08.–09.09.2023 22.–23.09.2023	Teil 1 Teil 2	Lostau Lostau	
Update Notfallmedizin	25.06.2022		Magdeburg	
Willkommensveranstaltung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für neue und zukünftige Kammermitglieder: „Das deutsche Gesundheitssystem – kompakt“	29.06.2022		Magdeburg	
Kurs-Weiterbildung: „Psychosomatische Grundversorgung“ für alle Fachrichtungen (50 h)	16.–17.09.2022 11.–12.11.2022 16.–17.12.2022	Teil 1 Teil 2 Teil 3	Magdeburg Magdeburg Magdeburg	AUSGEBUCHT!
Curriculare Fortbildung: „Antibiotic Stewardship – Modul I“ zur Befähigung zum ABS-Beauftragten-Arzt (40 h)	19.–23.09.2022		Neugattersleben	
Aktualisierung der FK im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung	28.09.2022		Magdeburg	

Weitere Informationen (Anmeldeformulare, Gebühren etc.) finden Sie auf der Website: www.aeksa.de, im Kapitel Arzt > Fortbildung > Kursangebote Ärzte. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Fortbildung.



Veranstaltungen für Assistenzpersonal

Fortbildungsreihe für ausbildende Praxen: Qualitätsmanagement in der Praxis Ausbildungsbeauftragte für MFA (20 h)	04.05.2022 22.06.2022 31.08.2022 05.10.2022	NEUE TERMINE!	Magdeburg Magdeburg Magdeburg Magdeburg
Fortbildungsveranstaltung für MFA von Durchgangärzten: „Verfahren und Abrechnung ärztlicher Leistungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung“	31.08.2022		Magdeburg
Mitwirkung beim Impfmanagement in der ärztlichen Praxis	12.10.2022		Ebendorf
Belastungs-EKG-Kurs für Praxispersonal	15.10.2022		Magdeburg
Notfallseminar für Assistenzpersonal mit interaktiver und praktischer Fallbesprechung sowie praktischen Übungen	19.11.2022		Magdeburg

Weitere Informationen (Anmeldeformulare, Gebühren etc.) finden Sie auf der Website: www.aeksa.de, im Kapitel MFA > Fortbildungen. Bei Rückfragen wenden Sie sich bitte an die Abteilung Fortbildung.

Fort- und Weiterbildungskurse für Ärztinnen und Ärzte

Kurs-Weiterbildung: „Psychosomatische Grundversorgung“ Gebiet Frauenheilkunde und Geburtshilfe (50 h)		FP 50
Termine	11.–12. März 2022 Teil 1 06.–07. Mai 2022 Teil 2 01.–02. Juli 2022 Teil 3 (<i>nur zusammen buchbar</i>)	
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2, Magdeburg	
Teilnahmegebühr	500,00 Euro	
Anmeldefrist	3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Frau Stahl (Tel.: 0391/6054-7730)	
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.	

Fit für den Notfall in der Praxis und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst		FP 8
Termin	Mittwoch, 06. April 2022	
Beginn/Ende	14:30 – 18:00 Uhr	
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2, Magdeburg	
Teilnahmegebühr	80,00 Euro	
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel.: 0391/6054-7760)	
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.	

Interaktiver Langzeit-EKG-Kurs für Ärztinnen und Ärzte (Blended-Learning)		FP 23 C +12 K
Termin	08.–09. April 2022 (Präsenzteil) Online-Abschnitt im Anschluss: Bearbeitung auf Lernplattform	
Beginn/Ende	13:00 Uhr–19:00 Uhr (Freitag) 09:00 Uhr–17:00 Uhr (Samstag)	
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe, Seminarraum U.54 Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg	
Teilnahmegebühr	300,00 Euro	
Anmeldefrist	3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Herr Wolff (Tel. 0391/6054-7720)	
Bemerkungen	Der Kurs dient als Refresherkurs und zur Erlangung des Qualifikationsnachweises nach der Vereinbarung von Qualifikationsvoraussetzungen gem. § 135 Abs. 2 SGB V. Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen (zum Download) und Verpflegung.	

Kurs-Weiterbildung: „Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung“		FP 80
Termine	28.04. – 06.05.2022	
Beginn/Ende	jeweils 09.00 – 18.00 Uhr	
Veranstaltungsort	Dorothea-Erxleben-Lernzentrum MLU Halle (Saale) Magdeburger Str. 12, 06112 Halle (Saale)	
Teilnahmegebühr	1.600,00 Euro	
Anmeldefrist	3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel. 0391/6054-7760)	
Bemerkungen	Kurs-Weiterbildung gemäß Musterkursbuch der Bundesärztekammer	

Update Impfen für Ärztinnen und Ärzte		FP 4
Termin	Mittwoch, 11.05.2022	
Beginn/Ende	15:00 bis 19:00 Uhr	
Veranstaltungsort	NH Hotel Magdeburg, OT Ebendorf Olvenstedter Str. 2a, 39179 Barleben	
Teilnahmegebühr	50,00 Euro	
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel. 0391/6054-7760)	
Bemerkungen	Die Teilnahmegebühr beinhaltet Kursunterlagen zum Download und Pausenverpflegung.	

Update Notfallmedizin		FP 8
Termin	Samstag, 25.06.2022	
Beginn/Ende	09:00 bis 16:30 Uhr	
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg	
Teilnahmegebühr	150,00 Euro	
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn	
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel. 0391/6054-7760)	
Bemerkungen	Die Teilnahmegebühr beinhaltet Kursunterlagen zum Download und Pausenverpflegung.	



Willkommensveranstaltung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt für neue und zukünftige Kammermitglieder „Das deutsche Gesundheitssystem – kompakt“ **FP 7**

Termin	Mittwoch, 29. Juni 2022
Beginn/Ende	09.45 – 15.30 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg
Teilnahmegebühr	kostenfrei
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Herr Wolff (Tel. 0391/6054-7720)

Kurs-Weiterbildung (Blended-Learning): „Allgemeine und spezielle Notfallbehandlung“ **FP 96**

Termine	ab 01.08.2022 (Online-Selbstlernphase) 02.09. – 09.09.2022 (Präsenz)
Beginn/Ende	jeweils 08.00 – 17.00 Uhr
Veranstaltungsort	Universitätsklinikum Magdeburg Haus 97 – Skillslab Leipzigerstr. 44, 39120 Magdeburg
Teilnahmegebühr	1.500,00 €
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel. 0391/6054-7760)
Bemerkungen	Kurs-Weiterbildung gemäß Musterkursbuch der Bundesärztekammer

Curriculare Fortbildung: „Antibiotic Stewardship – Grundkurs zum ABS-Beauftragten Arzt“ **FP 40**

Termin	19.–23. September 2022
Beginn/Ende	jeweils 09.00–17.00 Uhr
Veranstaltungsort	Bernstein Hotel Acamed Resort Neugattersleben OT Neugattersleben Brumbyer Straße 5, 06429 Nienburg (Saale)
Teilnahmegebühr	550,00 Euro
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Herr Wolff (Tel.: 0391/6054-7720)
Bemerkungen	Fortbildung gemäß strukturierter curriculärer Fortbildung der Bundesärztekammer

Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz nach der Strahlenschutzverordnung **FP 9**

Termin	28. September 2022
Beginn/Ende	09.00 – ca. 17.30 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2, Magdeburg
Teilnahmegebühr	90,00 Euro
Anmeldefrist	3 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Stahl (Tel.: 0391/6054-7730)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.

Veranstaltungen für Assistenzpersonal

Fortbildungsreihe für ausbildende Praxen: Qualitätsmanagement in der Praxis Ausbildungsbeauftragte für MFA (20 h)

Termine	Mittwoch, 02. Februar 2022 Mittwoch, 09. März 2022 Mittwoch, 04. Mai 2022 Mittwoch, 22. Juni 2022 (nur zusammen buchbar)
Beginn/Ende	14.00 – 19.00 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2 Magdeburg
Teilnahmegebühr	320,00 Euro (80,00 Euro pro Veranstaltung)
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel.: 0391/6054-7760)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung pro ausgewiesener Veranstaltung.

Fortbildungsveranstaltung für MFA von Durchgangärzten: „Verfahren und Abrechnung ärztlicher Leistungen im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung“

Termin	Mittwoch, 31. August 2022
Beginn/Ende	14.00 – 17.30 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2 Magdeburg
Teilnahmegebühr	40,00 Euro
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Stahl (Tel.: 0391/6054-7730)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.

Mitwirkung beim Impfmanagement in der ärztlichen Praxis

Termin	Mittwoch, 12.10.2022
Beginn/Ende	15.00 – 19.00 Uhr
Veranstaltungsort	NH Hotel Magdeburg, OT Ebendorf Olvenstedter Str. 2a 39179 Barleben
Teilnahmegebühr	45,00 Euro
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel.: 0391/6054-7760)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.



Belastungs-EKG-Kurs für Praxispersonal mit praktischen Übungen

Termin	Samstag, 15.10.2022
Beginn/Ende	09.30 – 17.30 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2 Magdeburg
Teilnahmegebühr	60,00 Euro
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Stahl (Tel.: 0391/6054-7730)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.

Notfallseminar für Assistenzpersonal mit interaktiver und praktischer Fallbesprechung sowie praktischen Übungen

Termin	Samstag, 19.11.2022
Beginn/Ende	09.00 – 15.30 Uhr
Veranstaltungsort	Verwaltungszentrum für Heilberufe Doctor-Eisenbart-Ring 2 Magdeburg
Teilnahmegebühr	65,00 Euro
Anmeldefrist	2 Wochen vor Veranstaltungsbeginn
Ansprechpartner	Frau Bauer (Tel.: 0391/6054-7760)
Bemerkungen	Die Gebühr beinhaltet Kursunterlagen und Pausenverpflegung.

Aktualisierung von Fachkunden nach Strahlenschutz

Aufgrund der weiter bestehenden pandemischen Situation ist es möglich, dass die angekündigten Kurse zur Aktualisierung der Fachkunde nach § 48 Abs. 1 Strahlenschutzverordnung kurzfristig entfallen. Die hiervon betroffenen Mitglieder der Ärztekammer Sachsen-Anhalt möchten wir insoweit beruhigen, als dass die daraus gegebenenfalls resultierenden Überschreitungen der Fünfjahresfrist nicht den Verlust der Fachkunde bedeuten. Der Umgang mit Überschreitungen der Fünfjahresfrist zur Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz liegt im Ermessen der zuständigen Ärztekammer. Die Entscheidungen werden im Einzelfall getroffen. Soweit objektive Gründe – wie z. B. der Wegfall der Kurse – vorliegen, wird die Ärztekammer Sachsen-Anhalt Überschreitungen akzeptieren und die spätere Aktualisierung anerkennen. **Bitte informieren Sie sich über den aktuellen Stand zu diesen Kursen auf der Homepage der Ärztekammer Sachsen-Anhalt.**

Jana Barnau
Abteilungsleiterin Fortbildung

Ihr Rundum-Dienstleister für KV-Dienste!



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 !

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

Hier können Sie unsere
Kontaktinformationen scannen
und speichern:



FÄ/FA für Allgemeinmedizin oder Innere Medizin

zur Anstellung in Allgemeinmedizinischer Praxis
in Magdeburg gesucht. Vollzeit oder Teilzeit, langfristige
Perspektive, harmonisches Arbeitsklima

Anfragen per E-Mail bitte an Chiffre452@aerzteblatt-sachsen-anhalt.de

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin
oder hausärztlich tätige Internisten (w/m/d)

für eigene Praxen im Südharz gesucht.

Nähere Infos unter: 0151/28819361

Vertretung Radiologie

Erfahrene FÄ für Radiologie übernimmt Urlaubsvertretung
in Praxis und Klinik für MRT/CT/Rö
(muskuloskeletale Diagn. bevorzugt) ab 4/2022.

Tel. 0049 160 97 255 838

Augenarzt (m/w/d)

zur Mitarbeit in konservativer Augenarztpraxis in der Nähe
von Magdeburg gesucht. Spätere Praxisübernahme möglich.

email: ctelge@gmx.de

Impressum

Ärzteblatt Sachsen-Anhalt
Offizielles Mitteilungsblatt der
Ärztelkammer Sachsen-Anhalt

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 (v.i.S.P.)
Wolff, F./Zacharias, T. (verantwortlich f. d. Fortbildungsteil)

Redaktionsbeirat:

Böhm, Stefan
Büdke, M., Dr.
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 – Agentur für Marketing und Kommunikation
Dürerstraße 2
39112 Magdeburg
Telefon (03 91) 53 23 227
Telefax (03 91) 53 23 233
Anzeigenleitung: Jana Müller
z. Z. Anzeigenpreisliste Nr. 22 vom 01.01.2022
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 Meinungs austausch. 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


MVZ „Im AltstadtQuartier“

Facharztzentrum - Praxisklinik - Ambulantes Operationszentrum

Fachärztin/Facharzt (m/w/d) für Allgemeinmedizin/Innere Medizin für Dermatologie für Anästhesie

Wir freuen uns, zur Erweiterung unseres starken Ärzteteams in der **Altstadt von Magdeburg** noch weitere Kolleginnen oder Kollegen in **Voll- oder Teilzeit** in unser Team aufzunehmen. In unserem MVZ wollen wir unsere Fachbereiche weiter wachsen lassen und unsere Patienten medizinisch exzellent durch **interdisziplinäre Zusammenarbeit** und mit **Zentrumsstruktur** versorgen.

Ein aufgeschlossenes Team unterstützt Sie beim Start in unserem MVZ. Es erwarten Sie ein **familiär attraktives Arbeitszeitmodell**, **keine Wochenendarbeit**, eine **faire Vergütung** und ein **gutes Arbeitsklima**.

Sollten Sie die Weiterbildung noch nicht abgeschlossen haben, bieten wir Ihnen Unterstützung auf dem Weg dahin. Wir besitzen die Weiterbildungsbemchtigungen für die Phlebologie und Allgemeinmedizin in den Bereichen Anästhesie, Chirurgie, Dermatologie und Allgemeinmedizin.

Im MVZ „Im Altstadtquartier“ GmbH erwartet Sie eine vielfältige, interessante Tätigkeit. Sie sollten neben Ihren fachlichen Kompetenzen ein guter Teamplayer sein. Wir erwarten von Ihnen Offenheit für Neues, Ehrlichkeit und Teamfähigkeit.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung!

Gern können Sie diese auch per E-Mail an: bewerbung@mvz-aq.de senden.

Ihr Team des MVZ „Im Altstadtquartier“


DGfAN

 Deutsche Gesellschaft für
Akupunktur und Neuraltherapie e.V.


**Akupunktur, Neuraltherapie, Regulationsmedizin
Professionelle Fort- und Weiterbildung**

Akupunktur-Grundkurs-Komplex A

Gera, 25.-27.03.2022, Haus Schulenburg Gera

Neuraltherapie-Masterkurs-19

Ultraschallkontrollierte Injektionen in der Neuraltherapie
Berlin, 26.03.2022, Praxis Dr. med. O. Wengert

Akupunktur-Fallseminar-Praktikum-03

Leipzig, 08.-09.04.2022, Vienna House Easy Leipzig

Informationen unter: www.dgfan.de, info@dgfan.de, Tel.: +49 3 66 51/5 5075


UKH

 Universitätsklinikum
Halle (Saale)

 Medizinische Fakultät der
Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg

Wir suchen für unseren **Bereich Arbeitsmedizin** zum **01.04.2022** in **Vollzeit (42 Stunden pro Woche)** einen

Arzt in Weiterbildung – Arbeitsmedizin (m/w/d)

(Ausschreibungsnummer: 16/2022)

Für unser Team suchen wir einen engagierten Arzt in Weiterbildung (m/w/d), welcher Interesse an einer interessanten, interdisziplinären ärztlichen Tätigkeit mit den Schwerpunkten betriebsärztliche Tätigkeit und Diagnostik von Berufskrankheiten hat. Es handelt sich um eine **ambulante Tätigkeit ohne Dienste und Wochenendarbeit**. Wir verfügen über eine moderne apparative Ausstattung mit Lungenfunktionsdiagnostik, Herz-Kreislaufdiagnostik, Ultraschall, Allergiediagnostik.

Nähere Informationen zu dieser Ausschreibung erhalten Sie unter www.medizin.uni-halle.de

Universitätsklinikum Halle (Saale)
Universitätsklinikum Halle,
Servicecenter Arbeitsmedizin,
OÄ Dr. med. Annetrin Bergmann
Magdeburger Str. 20, 06097 Halle (Saale)
oder per E-Mail an: annettrin.bergmann@uk-halle.de



Schwerbehinderte werden bei gleicher Eignung und Befähigung bevorzugt berücksichtigt. Das Universitätsklinikum Halle (Saale) fördert die berufliche Gleichstellung von Frauen und Männern und fördert Frauen mit entsprechender Qualifikation ausdrücklich zur Bewerbung auf.

FA/FÄ für Gastroenterologie mit Option Teilhaberschaft

Sehr gut etablierte, umsatzstarke gastroenterologische, proktologische Praxis mit sehr hohem Privatanteil in ostdt. Großstadt, Top-Lage/Ausstattung (400m²) sucht zum 01.01.23 FA/FÄ f. Gastroenterol. f. 12 Mo, ab 2024 als Teilhaber. Großes Untersuchungsspektrum. Fortführung der Praxis als GP. Praxisabgabe durch Senior Jan. 2024

**Kontakt: GastroSenior@t-online.de oder
Mobil 0151-50272038**



Premiere **Sa.**
12.3.
2022

Opernhaus **Bühne**

DON GIOVANNI

WOLFGANG AMADEUS MOZART