

Seite 05

- ## 32 Zentrale Neuerungen: Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz



10



13



12

Inhalt 09|2026



EDITORIAL

- Private Krisenvorsorge als Teil der
ärztlichen Verantwortung –
Vorbereitungen sind erforderlich 3



KAMMER AKTUELL

- Ärztliche Weiterbildung in Sachsen-Anhalt 4
Parlamentarischer Abend „Grillen bei
Doctor Eisenbarth“ – Ein Sommerabend
voller Botschaften 5
Neues Kursformat: Kurs-Weiterbildung
Psychosomatische Grundversorgung
im Universitätsklinikum Magdeburg 9
Start des Lungenkrebscreenings
in Sachsen-Anhalt 10
Wechsel an der Spitze der
Schlichtungsstelle – Dr. Thomas Langer
nimmt Abschied vom Ehrenamt 12
Mit Herz und Hacke für den Harz –
Jetzt anmelden zur Baumpflanzaktion! 12



FACHBEITRAG

- Myasthenia gravis 2026:
Paradigmenwechsel an der
Universitätsklinik Magdeburg 13



MEDIZIN AKTUELL

- Ausschreibung der Vertragsarztsitze 23
Einmalhandschuhe gezielt einsetzen –
Sicherheit erhalten, Ressourcen schonen 24
Universitätsmedizin Halle übernimmt
Koordinierung vom Partizipations-
forschungs-Netzwerk ICPHR 27
17. Interdisziplinäre Fachtagung
für Wundbehandler in Magdeburg 28
Ausstellung „Systemerkrankung“
im Haus der Heilberufe 29
Aktuelles zur medizinischen Versorgung
nach dem Asylbewerberleistungsgesetz 30
KI in der Medizin – ethische Chancen und
Herausforderungen: 11. Ethiktag der
Universitätsmedizin Magdeburg 32



Private Krisenvorsorge als Teil der ärztlichen Verantwortung

Vorbereitungen sind erforderlich



Dr. Dietrich Stoevesandt
(Foto: Peter Gercke)

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

unser ärztlicher Arbeitsalltag hat sich in den vergangenen Jahren ebenso verändert wie die Rahmenbedingungen unseres Privatlebens. Ursachen für einige dieser Veränderungen waren die Pandemie, Terroranschläge in Halle und Magdeburg sowie der Krieg in Europa und der spätestens seit diesem Sommer nicht mehr zu leugnende Klimawandel mit Folgen wie Hitze und Dürre. Im beruflichen Kontext stellen sich jetzt Fragen nach Hitzeschutzkonzepten in der eigenen Praxis ebenso wie nach der Überarbeitung von Konzepten für den Massenanfall von Verletzten (MANV) in Rettungsdiensten und Kliniken bei Terrorlagen. Außerdem sollten wir uns als Gemeinschaft überlegen wie wir in dem von uns getragenen Gesundheitssystem mit einer weiteren Flüchtlingswelle aus Osteuropa bei einem NATO-Bündnisfall umgehen können.

Vor diesem Hintergrund hier meine Frage an Sie: Wie sind Sie und Ihr persönliches Umfeld auf mögliche Krisen vorbereitet? Haben Sie einen Wasser- und Ernährungsvorrat für 10 Tage, den Sie auch bei Stromausfall zubereiten können? Haben Sie ein Notfallradio und einen Notfallrucksack für eine Evakuierung? Wissen alle Ihre Familienmitglieder, wie sie sich bei einem Brand in der Wohnung verhalten müssen? Wenn Sie mir diese Fragen vor 2 Jahren gestellt hätten, ich hätte Sie für einen übertrieben ängstlichen Prepper gehalten. Aber es geht bei den Selbstvorsorge-Empfehlungen des Bundesamtes für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe (BBK) nicht darum, letzter Überlebender in einer postapokalyptischen Welt zu sein. Es geht darum, sich nicht am zweiten Tag einer über die sozialen Medien verbreiteten Desinformationskampagne über Lieferengpässe von Wasser und Grundnahrungsmitteln Gedanken machen zu müssen. Denn eine solche Kampagne reicht aus, dass es tatsächlich kein Mineralwasser und keine Nudeln mehr gibt. Wenn Sie sich an den relativen Toilettenpapiermangel der COVID-Pandemie erinnern, ist dies für die meisten Verbrauchsgüter (in Italien wurde Wein, in den USA Waffen und Munition gehortet) ein reales Szenario.

Das BBK bietet viele Hilfestellungen – von der Checkliste für Notgepäck und Brandschutz über die NINA-Warn-App bis zu sogenannten EHS (Kurse in Erster Hilfe mit Selbstschutzhinhalten). In einem bereits 2012 erarbeiteten Konzept der American Medical Association für Katastrophenmedizin ist die erste Kernkompetenz die „Vorbereitung von Einzelpersonen und Familien auf Katastrophen und Notfälle im Bereich der öffentlichen Gesundheit“. Ohne eine persönliche Vorbereitung sind alle weiteren Konzepte im Gesundheitssystem hinfällig. Niemand von uns kann den täglichen Einsatz im Gesundheitssystem in einer Krise aufrechterhalten, wenn er oder sie sich darum sorgen muss, ob die eigenen Kinder etwas zu essen haben, die Eltern frieren oder der eigene Partner in Gefahr ist. Bitte sorgen Sie für sich und Ihr Umfeld vor. Die Angebote sind da, wir müssen sie nur nutzen.

Ihr Dietrich Stoevesandt
Vorstandsmitglied der Ärztekammer Sachsen-Anhalt



PERSONALIA

- | | |
|---|----|
| Geburtstage im September | 34 |
| Wir trauern um unsere verstorbenen Kolleginnen und Kollegen | 37 |
| Abschied von Dr. Mike Matzke | 40 |



KULTUR & GESCHICHTE

- | | |
|---|----|
| Buchrezension: „Das illustrierte Wörterbuch des Buches“
Hrsg. von Stephan Füssel | 41 |
|---|----|



ANZEIGEN

42

Die aktuellen Fortbildungsangebote der Ärztekammer Sachsen-Anhalt erscheinen fünfmal jährlich als separater Beileger im Ärzteblatt Sachsen-Anhalt. Den nächsten Beileger finden Sie in der Oktober-Ausgabe 2026.



Ärztliche Weiterbildung

Wir beglückwünschen unsere Ärztinnen und Ärzte zur bestandenen Facharztprüfung im Juni

Facharzt für Allgemeinmedizin

Franziska Amthor, Bitterfeld-Wolfen
Eva Henrich, Halle (Saale)
Pawel Holodniak, Aschersleben
Katrín Matthey, Dessau-Roßlau
Claudia Pritzlaff, Merseburg
Samuel Selisko, Bad Lauchstädt
Dr. med. Philipp Steinau, Teutschenthal
Martin Windberg, Bitterfeld-Wolfen

Facharzt für Anästhesiologie

Abdalla Abdelrahman, Magdeburg
Svetlana Arsenijevic, Merseburg
Dr. med. Thomas Ehelebe, Halle (Saale)
Andreas Löffelholz, Halle (Saale)
Bianca Thonagel, Magdeburg

Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie

Iurii Ivanchuk, Halberstadt

Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Hanna Ankudovich, Wernigerode
Luise Gebhardt, Magdeburg
Kea Kotollaku, Stendal

Facharzt für Innere Medizin

Daniela Kemper, Lutherstadt Wittenberg
Helene Nenoff, Weißenfels
Lisanne Regul, Muldestausee

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Sarah Irlbeck, Magdeburg
Christiane Schuster, Wernigerode

Facharzt für Strahlentherapie

Theresa Dick, Halle (Saale)
Dr. med. Fabian Link, Wernigerode
Dr. med. Jörg Andreas Müller, Halle (Saale)

Wir beglückwünschen unsere Ärztinnen und Ärzte zur bestandenen Facharztprüfung im Juli

Facharzt für Allgemeinmedizin

Dr. med. Sandra Rohloff, Schönebeck (Elbe)
Dr. med. Anja Schmeil, Halle (Saale)
Dr. med. Eva Wahlbuhl, Seegebiet Mansfelder Land
Dr. med. Vincent Weimann, Magdeburg

Facharzt für Anästhesiologie

Anton Kresinsky, Magdeburg
Charlotte Sautier, Halle (Saale)

Facharzt für Arbeitsmedizin

Susanne Bott, Magdeburg
Janine Göltzer, Magdeburg
Elke Großstück, Halle (Saale)
Dr. med. Martin Langer, Halle (Saale)

Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie

Dr. med. Monja Fortenbacher, Halle (Saale)

Facharzt für Innere Medizin und Nephrologie

Dr. med. Jan Barmwater, Aschersleben
Dr. med. Florian Scurt, Magdeburg

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Dr. med. Carina Födisch M. Sc., Leipzig
Julia Wienke, Magdeburg

Facharzt für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie

Jana Butzmann, Magdeburg
Katharina Hoffmann, Magdeburg

Facharzt für Neurologie

Dr. med. Alexander Jörk, Stendal
Nataliia Konovalova, Sangerhausen
PD Dr. med. Dr. phil. Andreas Pósa M.mel., Halle (Saale)

Telefonische Sprechzeiten der Abteilung Weiterbildung:



Mo – Do: 10 – 12 und 14 – 16 Uhr
Die aktuell bestehenden Weiterbildungs-
befugnisse sind hier einsehbar: www.aeksa.de
> Arzt > Weiterbildung > Befugnisse/Kriterien



Netzwerken bei sommerlichen Temperaturen: Rund 100 Gäste waren der Einladung zum Parlamentarischen Abend gefolgt.

Parlamentarischer Abend „Grillen bei Doctor Eisenbarth“

Ein Sommerabend voller Botschaften

Früher deuteten die Menschen eine Sonnenfinsternis als unheilvolles Zeichen, als Omen auch. Angst trieb die Unwissenden um. Im alten China etwa währte man einen Drachen am Himmel, der die Sonne verschluckt. Lärm – sehr viel Lärm – sollte ihn vertreiben. Heute ist eine Sonnenfinsternis vor allem ein Naturspektakel, das man mit Freunden, Familie, Kollegen genießt. Oder sie ist zufällig einer jener Höhepunkte während eines Parlamentarischen Abends. So geschehen am 12. August 2026, als die Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA) und die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt (KVSA) zum gemeinsamen „Grillen bei Doctor Eisenbarth“ traditionell auf die Wiese hinter dem Haus der Heilberufe in Magdeburg einluden.

Da die partielle SoFi erst gegen 19.16 Uhr einsetzen sollte, blieb Gastgeberin wie Gästen genügend Zeit, den wichtigen Reden zu folgen. Sie waren in diesem Jahr mit Spannung erwartet worden, schließlich steht dem Bundesland am 6. September eine Wahl bevor, die zumindest einige Unwägbarkeiten mit sich bringen kann.

Zum Auftakt begrüßte der KVSA-Vorstandsvorsitzende Dr. Jörg Böhme bei sommerlichen Temperaturen die anwesenden rund 100 Gäste aus Politik, Wirtschaft und Organisationen bzw. Institutionen des Gesundheitswesens. Unter den Zuhörerinnen und Zuhörern waren gleich drei Ministerinnen zu entdecken: Franziska Weidinger (Justiz, CDU), Petra Grimm-Benne (Gesundheit, SPD) sowie Dr. Lydia

Hüskens (Digitales, FDP), die an diesem Abend als Spitzenkandidatin ihrer Partei auch noch zur MDR-Wahlarena erwartet wurde. In die Riege der hochrangigen Polit-Promis reihte sich neben Landtagspräsident Gunnar Schellenberger (CDU) auch Magdeburgs Oberbürgermeisterin Simone Borris (parteilos).

Doch zurück zur Rede von Dr. Böhme, der zunächst eine positive Bilanz im Rückblick auf die vergangene Legislaturperiode zog: Die Landarztquote, die landesweite Herzwoche sowie die Telemedizinische Einheit Augenheilkunde Salzwedel (TEAS) nannte er stellvertretend für Initiativen, die im Land erste Früchte tragen.

Beim „Grillen bei Doctor Eisenbarth“ kommen Persönlichkeiten aus Wirtschaft, Politik und Institutionen des Gesundheitswesens ins Gespräch.



Gleichzeitig warnte der KV-Chef den vor gravierenden Folgen der bundespolitischen Reformen. Vor allem das GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz bedrohe die Versorgung in Sachsen-Anhalt: „Durch das Gesetz wird dem ambulanten Bereich eine gewaltige Summe entzogen. Allein für Sachsen-Anhalt werden es rund 60 Millionen Euro pro Jahr sein“, kritisierte Dr. Böhme, der mögliche Folgen skizzierte. „Die Praxen müssen schauen, wie sie wirtschaftlich bleiben. Passen sie ihre Leistungen den Einsparungen an, könnten in Sachsen-Anhalt jährlich rund 600.000 Arzt- und Psychotherapeutentermine wegfallen.“ Zudem seien die pauschale Kürzung der Psychotherapie-Honorare nicht hinnehmbar, die geplante Notfallreform realitätsfern und weder personell noch finanziell umsetzbar. Man sei daher bereit zu Gesprächen.

Abschließend wies Dr. Böhme auf eines hin: „Unser Gesundheitssystem funktioniert nur, weil Menschen jeden Tag Verantwortung übernehmen – viele von ihnen mit internationalen Wurzeln.“ Mit der Unterstützung für die Kampagne „Wer kümmert sich um dich? Menschen. Nicht Herkunft.“ – eine Initiative von Menschen aus dem Gesundheitswesen und dem Studio Neue Museen in Halle – wolle man ein Zeichen für Respekt, Vielfalt und Zusammenhalt im Gesundheitswesen setzen. Zugleich lud er zur Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ (siehe Artikel S. 29) ein und rief als Institution mit Bekenntnis zu einer Demokratie der Mitte zur Wahlbeteiligung am 6. September auf.

Gleich drei Ministerinnen waren vor Ort (vorn v. l.): Franziska Weidinger (Justiz), Petra Grimm-Benne (Gesundheit) und Dr. Lydia Hüskens (Digitales). Hinter ihnen (v. l.) Dr. Jörg Böhme (KVSA-Chef), Prof. Uwe Ebmeier (ÄKSA-Präsident) und Dr. Gunnar Schellenberger (Landtagspräsident).

Dr. Gunnar Schellenberger drückte in seiner folgenden kurzen Ansprache den vielen engagierten Menschen im Gesundheitsbereich seine Wertschätzung aus: „Danke an alle, die tagtäglich ihren Job machen.“ Sich abzeichnende Veränderungen, „werden wir meistern“ und „das Land gemeinsam weiterentwickeln.“



CDU-Politiker Tobias Krull, MdL, schaut sich die partielle SoFi an.

Es war dieser Gedanke von Gemeinsamkeit, von Zusammenrücken, der den Nachmittag und späteren Abend weiter belebte. Ministerpräsident Sven Schulze (CDU) hatte aus dem Garten der Staatskanzlei ein Video-Grußwort geschickt. Auch er fand Worte des Dankes und skizzierte Sachsen-Anhalt als ein Land, in dem das Durchschnittsalter der Bevölkerung bei 48,3 Jahren liegt, in dem rund 600.000 Menschen über 65 Jahre alt sind und in dem sich gerade diese ältere Bevölkerung Sorgen um eine flächendeckende Versorgung macht. Umgekehrt stünde die Ärzteschaft vor Herausforderungen wie dem Fachkräftemangel, Bürokratie und unsicheren Rahmenbedingungen. Schulze lud das Auditorium und explizit die Ärzteschaft dazu ein, „die Themen gemeinsam anzugehen und gemeinsam nach Lösungen zu suchen“.

Ganz persönlich wurde es schließlich, als die Gesundheitsministerin zum Mikrofon griff. Petra Grimm-Benne berichtete von ihrer engen und fruchtbaren Zusammenarbeit mit der KVSA und der Ärzteschaft insgesamt, bei der man nach Wegen suche, die Versorgung für alle gleichermaßen zufriedenstellend sicherzustellen. Manches gelingt aber eben nur bedingt, wie Havelberg zeige. Erst gestern (11. August 2026) sei sie dort gewesen und habe mit Vertretern



Prof. Jens Strackeljan (l.), Rektor der Uni Magdeburg, diskutiert mit ÄKSA-Präsident Prof. Uwe Ebmeier.



Ins Gespräch vertieft: ÄKSA-Vorstand Prof. Gunther Gosch mit Dr. Lydia Hüskens und Dr. Jörg Böhme



Ministerpräsident Sven Schulze hatte ein Video-Grußwort geschickt. Er selbst stand an diesem Abend in der MDR-Wahlarena.

der Initiative „Pro Krankenhaus“ gesprochen. „Wie geht es weiter?“, sei sie gefragt worden. Nun habe man, so berichtete die Politikerin, zwar kein MVZ oder Krankenhaus im Gepäck gehabt, doch arbeite man an der Versorgung. Ab September könne man weitere fachärztliche Sprechstunden anbieten. Man habe hier eine „gute Kommunikation hinbekommen“, bei der sektorenübergreifende Zusammenarbeit gelebt wird. Zwei Chefärzte des Salus-Krankenhauses Seehausen werden ambulante Sprechstunden in Havelberg abhalten. Dafür wurden 95.000 Euro aus dem Corona-Sondervermögen locker gemacht.

Gute Nachrichten also, die im derzeitigen Wahlkampfgetöse gern unterzugehen drohen. Vor allem bei jenen, die Sachsen-Anhalt dem Untergang oder zumindest der Bedeutungslosigkeit nah sehen (wollen). Doch auch jenen hält die scheidende Gesundheitsministerin eine Botschaft entgegen: „Der Bund hat in vielerlei Hinsicht von uns gelernt. Wir in Sachsen-Anhalt werden gehört. Und ich bin stolz auf dieses Land. Und es ist viel zu schade, aufzugeben.“ Donnernder Applaus.

Den Abschluss des Rede-Reigens bildete Ärztekammer-Präsident Prof. Dr. Uwe Ebmeier. Er nutzte die

Gelegenheit für eine charmante Rehabilitation des Namensgebers Johann Andreas Eisenbarth. Dieser sei keineswegs der Quacksalber des bekannten Studentenliedes gewesen, vielmehr ein medizinischer Pionier und Meister seines Fachs, der über 24 Jahre lang in Magdeburg seine Wahlheimat fand. Eisenbarth sei pragmatischer Einzelkämpfer gewesen. Das mit dem Pragmatismus gelte für die Zunft bis heute, doch habe sich einiges geändert, so Prof. Ebmeier: „Gemeinsam sind wir stark. Nur wenn wir als starke, geeinte Körperschaften auftreten, können wir die Interessen der Heilberufe und die Versorgung der Menschen in diesem Land kraftvoll und stabil gestalten.“

Der Schulterschluss vor Ort ist auch bitter nötig, denn der Wind aus der Bundeshauptstadt bläst den Ärztinnen und Ärzten rauer entgegen. Ob Krankenhausreform oder GKV-Beitragsstabilisierungsgesetz – viele Gesetzentwürfe aus dem Bundesministerium gehen an der Versorgungsrealität eines Flächenlandes wie Sachsen-Anhalt mit seinen weiten Wegen und einer älter werdenden Bevölkerung vorbei. Doch statt in Jammern zu verfallen, setze das Land auf handfeste Praxislösungen. Initiativen wie „Raus aus der Schule und Rein in die Medizin“ – gemeinsam

Auf Augenhöhe (v. l.): Die Vizepräsidentin der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer, Dr. Sabine Ahrens-Eipper, die Ärztin und Ehrenpräsidentin des Landesverbandes der Freien Berufe Dörte Meisel mit Ministerin Petra Grimm-Benne.



ÄKSA-Vizepräsident Thomas Dörner und ÄKSA-Vorstand Henrik Straub.





Prof. Uwe Ebmeyer (3. v. re.) zeichnete das Dialysezentrum Stadtfeld der Berufsausübungsgemeinschaft Dres. med. Partsch, Bondick und Denkert als beste MFA-Ausbildungspraxis aus.

organisiert mit der KVSA, den beiden medizinischen Fakultäten der Unis und dem Bildungsministerium – holen den Nachwuchs direkt im Klassenzimmer ab, um Landeskinder für das Medizinstudium in der Heimat zu begeistern. Auch bei den Medizinischen Fachangestellten setzt die Ärztekammer auf Ausbildung statt Klage. Dennoch forderte Prof. Ebmeyer die nötigen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen ein: „Wir jammern nicht nur über den Fachkräftemangel, wir bilden aus. Aber zur Wahrheit gehört auch: Das beste Ausbildungsmodell nützt uns nichts, wenn wir die fertigen Fachkräfte danach an die Kliniken oder fachfremde Industrien verlieren, weil der ambulante Sektor finanziell systematisch trockengelegt wird.“

Mit Blick auf die personelle Zukunft und den demografischen Wandel betonte er, wie wichtig es ist, jede helfende Hand anzunehmen: „Wenn wir die Versorgung der Bevölkerung sichern wollen, müssen wir als Land ein attraktiver, unbürokratischer und wertschätzender Arbeitsplatz für qualifizierte Fachkräfte bleiben. Das gilt für alle Berufsgruppen in der Medizin. Selbstverständlich bei entsprechender Qualitätssicherung. Davon profitiert am Ende jeder einzelne Patient in unserem Land.“

Neben Ausbildungsinitiativen und wegweisenden Fortbildungsmodellen wie „LebEL“ für lebensbedrohliche Einsatzlagen gab es durch den Kammerpräsidenten eine unmissverständliche Ansage an alle politischen Entscheider bezüglich der ärztlichen Altersvorsorge. Das rein selbstverwaltete System der Versorgungswerke trage sich ohne einen Cent staatlicher Zuschüsse selbst. Prof. Ebmeyer formulierte hier eine klare rote Linie: „Lassen Sie dieses bewährte System unangetastet in unserer Hand. Das ist für uns eine rote Linie, die nicht verhandelbar ist.“

Bevor es dann Zeit für die Eröffnung des traditionellen Grill-Bufferetts samt leckerer Salate wurde; bevor der magische Eiszauber seine Kreationen offerierte und bevor die Sonnenfinsternis dank Apothekerkammer-Präsident Dr. Andreas Münch sicher bestaunt werden konnte – er teilte seine mitgebrachte SoFi-Brille aus dem Jahr 1999 (!) bereitwillig – davor hatte Ärztekammer-Präsident noch eine schöne Aufgabe: Er zeichnete die beste Ausbildungspraxis für MFA aus. Die mittlerweile zum dritten Mal vergebene Ehrung ging in diesem Jahr an das Dialysezentrum Stadtfeld der Berufsausübungsgemeinschaft Dres. med. Partsch, Bondick und Denkert mit Standorten in Magdeburg und Wanzleben. „In einem medizinisch hochspezialisierten, technisch anspruchsvollen und zugleich menschlich hochsensiblen Umfeld wie der Dialyse bildet das Team mit beeindruckender Kontinuität jedes Jahr durchschnittlich ein bis drei Auszubildende sowie Umschulende aus – und übernimmt sie nach erfolgreichem Abschluss regelmäßig!“ Auch dies eine gute Nachricht und vor allem eine wertvolle Arbeit, die Respekt, Wertschätzung und Dank verdient.

Und so gab es an diesem Sommerabend viele Höhepunkte, eine Menschen verbindende Sonnenfinsternis, wenig Lärm doch klare Worte, Live-Musik, Lachen, Hoffnung und gute Gespräche.

K. Basaran

Gastgeber mit Haltung und klaren Worten: KVSA-Vorstand Dr. Böhme (l.) und ÄKSA-Präsident Prof. Uwe Ebmeyer (r.).



Der Parlamentarische Abend aus der Vogelperspektive

Neues Kursformat

Kurs-Weiterbildung Psychosomatische Grundversorgung im Universitätsklinikum Magdeburg

Vom 17. bis 20. Juni 2026 fand im Universitätsklinikum Magdeburg die zweite Kurs-Weiterbildung des Jahres zur Psychosomatischen Grundversorgung unter der Schirmherrschaft der Ärztekammer Sachsen-Anhalt statt. Gleichzeitig markiert das Jahr 2026 den erfolgreichen Start eines konzeptionell neu ausgerichteten Fortbildungsformats.

Mit der Übernahme der wissenschaftlichen Leitung durch Univ.-Prof. Dr. med. Florian Junne, Direktor der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Magdeburg, wurde die bewährte Kurs-Weiterbildung weiterentwickelt. Prof. em. Dr. med. Jörg Frommer, der die wissenschaftliche Leitung über viele Jahre innehatte, hat das Fortbildungsformat maßgeblich aufgebaut und geprägt.

Das neue Konzept knüpft an diese erfolgreiche Grundlage an und setzt zugleich neue Akzente mit einem noch stärkeren Praxisbezug. Die Fortbildung umfasst 50 Unterrichtseinheiten, davon 40 Unterrichtseinheiten in Präsenz sowie 10 Unterrichtseinheiten im E-Learning-Format.

Ein besonderer Schwerpunkt des neuen Konzepts liegt auf der engen Anbindung an das Universitäts-

klinikum Magdeburg. Neben theoretischen Inhalten profitieren die Teilnehmenden von Patientenvorstellungen, Fallbesprechungen und Kurseinheiten in den Räumlichkeiten der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Die hohe Praxisorientierung wird zusätzlich dadurch unterstützt, dass ein Großteil der Referierenden selbst an der Klinik tätig ist und seine klinische Erfahrung unmittelbar in die Fortbildung einbringt.

Die Resonanz auf das neue Kurskonzept fiel durchweg positiv aus. Am aktuellen Kurs nahmen 19 Ärztinnen und Ärzte teil. Mit dem dritten Weiterbildungskurs, der im September 2026 stattfindet, wird das Fortbildungsangebot fortgesetzt und die erfolgreiche Neuausrichtung weitergeführt.

Korrespondenzadresse:

Abteilung Fortbildung
Ärztekammer Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2, 39120 Magdeburg

Univ.-Prof. Dr. med. Florian Junne
Universitätsklinikum Magdeburg A.ö.R.
Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie
Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg



**Kursteilnehmer
Psychosomatische
Grundversorgung im
Juni 2026**



Ein Angebot für starke Raucher und ehemalige Raucher

Start des Lungenkrebsscreenings in Sachsen-Anhalt

Mit dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 18. Juni 2025 wurde die Früherkennung von Lungenkrebs mittels Niedrigdosis-Computertomografie als neue Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung eingeführt.

Ziel ist es, Lungenkarzinome bei Rauchern in einem frühen, kurativ behandelbaren Stadium zu erkennen.

Anspruchsberechtigte Versicherte

Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten in einem Alter von 50 bis 75 Jahren. Voraussetzung ist zudem eine relevante Raucheranamnese von mindestens 25 Jahre Zigarettenkonsum und mindestens 15 Packungsjahren, wobei der Nikotinkonsum nicht länger als 10 Jahre zurückliegen darf.

Nicht anspruchsberechtigt sind Personen, bei denen in den letzten 12 Monaten eine CT-Untersuchung erfolgt ist. Zudem können Patienten mit laufender Krebsbehandlung oder klinischen Symptomen, die auf ein Lungenkarzinom hinweisen können, nicht am Screening teilnehmen.

Zuweisende Ärzte

Die Zuweisung zum Lungenkrebsscreening erfolgt durch Fachärzte für Allgemeinmedizin, Innere Medizin und Arbeitsmedizin. Sie identifizieren anspruchsberechtigte Versicherte, klären auf und überweisen zum Niedrigdosis-CT.

Inhalt der Beratung sind auch die verschiedenen Möglichkeiten der Tabakentwöhnung. Die Zuweiser händigen den anspruchsberechtigten Versicherten eine Versicherteninformation aus, die kostenfrei über den Paul-Albrechts-Verlag bestellt werden kann. Im Anschluss an das Beratungsgespräch wird ein standardisierter Bericht gemäß § 39 Nr. 1 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie erstellt und zusammen mit einer Überweisung (mit Präventivkennzeichnung) dem Patienten ausgehändigt.

Die Teilnahme der zuweisenden Ärztinnen und Ärzte am Lungenkrebsscreening setzt eine Teilnahme an einem Kurs zur Lungenkrebsfrüherkennung gemäß § 43 Abs. 2 der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie voraus. Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt konnte im Rahmen von Online-Fortbildungen

bereits mehr als 700 Ärzte schulen und bietet auch weiterhin entsprechende Kurse als Onlinefortbildung an.

Durchführung des Niedrigdosis-CT und Erstbefundung

Das Niedrigdosis-CT des Thorax ohne Kontrastmittel wird durch von der KVSA genehmigte, qualifizierte Fachärzte für Radiologie (Erstbefunder) durchgeführt. Alle qualifizierten Fachärzte für Radiologie werden auf der Internetseite der KVSA veröffentlicht.

Die Auswertung erfolgt unter Zuhilfenahme einer Befundungs-KI zur Rundherderkennung strukturiert nach der Lung-RADS-Klassifikation. Danach richtet sich das weitere Vorgehen (reguläres Intervall [s. u.], vorzeitige Kontrolle oder weiterführende Abklärung). Liegt nach der Erstbefundung ein unauffälliger Befund vor, (Lung-RADS 1 oder Lung-RADS 2) erfolgt die nächste Früherkennungsuntersuchung nach frühestens 12 Monaten.

Das Befundergebnis wird dem Versicherten vom Erstbefunder innerhalb von 14 Tagen in Form eines strukturierten Befundberichts mitgeteilt.

Zweitbefundung

Bei kontroll- oder abklärungsbedürftigen Befunden (Lung-RADS 3 und höher) erfolgt zusätzlich eine unabhängige konsiliarische Zweitbefundung durch einen an einem Lungenkrebszentrum tätigen Radiologen. Die Zweitbefundung wird aktuell übernommen von einer qualifizierten Radiologin an dem Lungenkrebszentrum der Lungenklinik Löstau und einem qualifizierten Radiologen des MVZ Radiologie Saalekreis als kooperierende Einrichtung mit dem Lungenkrebszentrum Martha-Maria Halle-Dölau – St. Elisabeth und St. Barbara Halle.

Beide vertreten sich gegenseitig, sodass auch eine durchgehende und zeitnahe Zweitbefundung gewährleistet ist.

Bei abklärungsbedürftigen Befunden hat der Erstbefunder die Aufgabe, den Versicherten bezüglich des Ergebnisses und der notwendigen Abklärungsmaßnahmen zu beraten. Für die weitere Abklärung und Behandlung abklärungsbedürftiger Befunde kann sich der Patient an die spezialisierten Einrichtungen in Sachsen-Anhalt wenden. Dies sind das regionale Lungenkrebszentrum Magdeburg-Löstau, das regionale Lungenkrebszentrum Martha-Maria Halle-Dölau – St. Elisabeth und St. Barbara Halle sowie das Carl-von-Basedow-Klinikum Querfurt.

Weitere Informationen

Den Versicherten steht in Sachsen-Anhalt ein strukturiertes, qualitätsgesichertes Früherkennungsangebot für Lungenkrebserkrankungen zur Verfügung. Die Angebote zur Durchführung des Niedrigdosis-CT werden sukzessive ausgebaut, weitere Radiologen werden hinzukommen.

Wichtige Informationen zum Lungenkrebscreening einschließlich eines Musters für den vom Zuweiser auszustellenden Bericht hat die KVSA auf ihrer Internetseite unter folgendem Link zur Verfügung gestellt: Lungenkrebs-Screening – KVSA:



<https://www.kvsa.de/praxis/praxisorganisation/lungenkrebs-screening>

Dr. Steffen Hempel, Vorsitzender des Landesverbandes des Berufsverbandes der Radiologen in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Diana Hauck (Tel.: 0391/627-7443) und
Conny Zimmermann (Tel.: 0391/627-6450)

Hinweis

Nächste Kammerversammlung

Die nächste Sitzung der Kammerversammlung der Ärztekammer Sachsen-Anhalt findet am **07. November 2026, 09.00 Uhr c.t. im Haus der Heilberufe in Magdeburg** statt.



Wechsel an der Spitze der Schlichtungsstelle

(K)Ein leiser Abschied vom Ehrenamt

**Dr. Thomas Langer (li.)
und sein Nachfolger
Dr. Stefan Kothe.**



Eigentlich sollte dieser Termin aus Sicht von Dr. Thomas Langer kein Großereignis werden. Eher ein kleines Come-Together mit den Mitarbeitern des Hauptamtes aus Anlass seines Abschieds vom Ehrenamt. Seit Gründung 2021 und bis Juli 2026 war Dr. Langer als Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftfragen tätig. Damals wurden 173 Altfälle aus Hannover übernommen, die gemeinsam mit den Kammer-Mitarbeitern von Rechtsabteilung und Schlichtungsstelle bearbeitet und abgeschlossen wurden. Für die Statistikfans: Seit Gründung wurden im Portal 799 Schlichtungsanträge gestellt, zum 31. Juli dieses Jahres waren 649 entschieden.

Viel zu tun also für den gebürtigen Hallenser, der unter anderem von 2003 bis 2026 Mitglied der Kammerversammlung war, für 14 Jahre im Vorstand der Ärztekammer saß (2007–2021), die Interessen der Ärzteschaft Sachsen-Anhalt als Delegierter beim Deutschen Ärztetag vertrat (2007–2021) und in Fach- und Prüfungskommissionen für Innere Medizin und Nephrologie jahrelang seine Expertise einbrachte.

Dr. Langer leitete zudem von 2007 bis 2021 die Geschäftsstelle in Halle, vertrat die Ärztekammer bei der Landesvereinigung für Gesundheit (LVG) und sitzt seit 2018 im Aufsichtsrat der Ärzteversorgung. Dabei ist der großgewachsene Mann mit der dunklen Brille vor allem eines: Als Facharzt für Innere

Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie für seine Patientinnen und Patienten da. Bloß nicht zu viel Aufhebens um seine Person, so tickt der 67-Jährige, ein Gläschen zum Anstoßen vielleicht und dazu ein paar Häppchen. Aber so einfach macht es die Kammer dem langjährigen Ehrenamtler zum Abschied nicht: Hauptgeschäftsführer Prof. Edgar Strauch weist in seiner Rede auf die großen Fußstapfen hin, die der Kollege hinterlasse. „Vielen Dank für alles, was Sie für die Ärztekammer, für die Ärzteschaft, für uns, getan haben“, sagte Prof. Strauch noch und überreicht einen Strauß bunter Blumen.

Corinna Rutz, Juristin der Schlichtungsstelle, sprach für die Kolleginnen und Kollegen der Schlichtungsstelle: „Wir sind sehr traurig, dass Sie gehen.“ Natürlich könne man die Entscheidung akzeptieren, aber er dürfe sicher sein, „dass Sie nicht nur fachlich fehlen werden, sondern auch menschlich“. Regelmäßig sei Dr. Langer in die Kammer nach Magdeburg gekommen, um persönlich die Akten zu besprechen und sein Wissen und Sachverstand in die entsprechenden Verfahren einzubringen: „Vielen Dank für die tolle Zusammenarbeit.“ Ein sehr persönlich zusammengestelltes Präsentkörbchen soll Dr. Langer noch lange an die gemeinsame Zeit erinnern.

Dr. Stefan Kothe folgt nun als Vorsitzender der Schlichtungsstelle für Arzthaftfragen. Der gebürtige Kölner und Facharzt für Viszeralchirurgie ist seit März 2023 ärztliches Mitglied des Gremiums.

C. Rutz/K. Basaran

Foto: ÄKSA

Nicht vergessen: Anmelden zur Baumpflanzaktion

Mit Herz und Hacke für den Harz

Unser Harz soll sich erholen und wieder zur grünen Oase für Mensch und Tier werden. Deshalb pflanzen wir am 9. und 10. Oktober 2026 im Stadtforst Wernigerode Bäumchen und Sträucher. Wir, das sind Angehörige der Heilberufe Sachsen-Anhalt, also Ärztinnen und Ärzte, deren Familien, ganze Praxisteams, Apothekerinnen



und Apotheker. Hier setzen sich Tierärztinnen und Tierärzte ebenso wie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein, Zahnärztinnen und Zahnärzte greifen zu Spitzhacke und Spaten, um Setzlinge in den Boden zu bringen. Sie wollen auch dabei sein? Für mehr Infos einfach den QR-Code scannen oder gleich anmelden unter harzwald@aeksa.de. Wir freuen uns auf Sie!



Paradigmenwechsel an der Universitätsklinik Magdeburg

Myasthenia gravis 2026 (Originalarbeit)

Klinische Versorgungsrealität, tiefe B-Zell-Depletion und der Weg zur therapiefreien Remission – Erkenntnisse einer retrospektiven monozentrischen Kohortenstudie und der interdisziplinären Synergie zwischen Neurologie und Hämatologie

Al-Dubai, M.; Berisha, M.; Walther, D.; Mougiakakos, D.*; Schreiber, S.*

Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Universitätsklinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

* Prof. Dr. Dimitrios Mougiakakos und Prof. Dr. Stefanie Schreiber haben zu gleichen Teilen zu dieser Arbeit beigetragen (geteilte Letztautorenschaft).



Marwa Al-Dubai

Hintergrund

Die Myasthenia gravis (MG) gilt seit über einem Jahrhundert als Paradigma einer Antikörpervermittelten Autoimmunerkrankung des Nervensystems. An ihrer pathophysiologischen Grundannahme – einer fluktuierenden, belastungsabhängigen Muskelschwäche durch postsynaptische Antikörperwirkung an der neuromuskulären Endplatte – hat sich in den letzten Jahrzehnten wenig geändert (Gilhus et al. 2019). Die therapeutische Landschaft hingegen befindet sich in einer Phase tiefgreifenden Wandels: Komplementinhibitoren, Antagonisten des neonatalen Fc-Rezeptors (FcRn), CD19-gerichtete monoklonale Antikörper und – als bislang spektakulärster Schritt – die anti-CD19 CAR-T-Zell-Therapie haben das Spektrum gezielter, krankheitsmodifizierender Optionen erstmals breit aufgefächert.

Charakteristisch für diese Entwicklung ist ihr interdisziplinärer Ursprung: Die zelluläre Therapie autoimmuner Erkrankungen ist eine direkte Übertragung aus der hämato-onkologischen CAR-T-Zell-Erfahrung. An der Otto-von-Guericke-Universität (OvGU) Magdeburg wurde diese Brücke 2023 erstmals weltweit für die Myasthenia gravis geschlagen – in enger Kooperation der neurologischen Hochschulambulanz mit der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie. Die nachfolgend vorgestellte retrospektive Kohortenstudie analysiert die Versorgungsrealität von 70 Patientinnen und Patienten der Magdeburger Hochschulambulanz im Zeitraum von Juni 2020 bis Januar 2026 und ordnet sie in den Kontext eines kontinuierlich aktiven, translationalen Therapieprogramms ein.

Zielstellung

Die vorliegende Arbeit verfolgt drei Ziele: erstens die systematische Beschreibung der klinischen, serologischen und therapeutischen Versorgungsrealität einer monozentrischen MG-Kohorte an einem universitären Referenzzentrum über einen Zeitraum von fünfeinhalb Jahren; zweitens die Identifikation

Kernbotschaft auf einen Blick

- > 70 Patientinnen und Patienten der Hochschulambulanz für Myasthenia gravis (MG) Magdeburg (Juni 2020 – Januar 2026): überwiegend Acetylcholinrezeptor (AChR)-Antikörper-positiv (84,3 %), Spätonset-Schwerpunkt (71,4 %), Lebenszeit-Krisenrate 35,7 %.
- > Therapieverfügbarkeit ist nicht gleich Krankheitskontrolle: Trotz Immuntherapie bei 82,9 % der Kohorte überschreitet fast die Hälfte der gemessenen Patientinnen und Patienten klinisch relevante Symptomschwellen.
- > Mai 2023: Weltweit erste gegen CD19 gerichtete Therapie mit chimären Antigenrezeptor (CAR)-T-Zellen bei refraktärer MG – ermöglicht durch die strukturelle Kooperation der neurologischen Hochschulambulanz mit der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie der Otto-von-Guericke-Universität (OvGU) Magdeburg.
- > Aktuell zwei laufende prospektive CAR-T-Studien bei MG mit kontinuierlicher Patientenrekrutierung; ergänzend EU-Zulassung von Inebilizumab (Februar 2026) als CD19-gerichtetem Antikörper – eine wertvolle Erweiterung des regulären Therapieportfolios, jedoch kein Paradigmenwechsel.
- > Tiefe B-Zell-Depletion mit konsekutivem Immune Reset markiert einen Paradigmenwechsel: weg vom lebenslangen symptomatischen Management, hin zu einem krankheitsmodifizierenden Therapieansatz mit dem Ziel einer anhaltenden, im Einzelfall therapiefreien Remission. Langlebige Plasmazellen entziehen sich dabei allen CD19- und CD20-gerichteten Verfahren; erreichbar ist dieses Kompartiment bislang allein über die Zielstruktur B-Zell-Reifungsantigen (BCMA).



von Prädiktoren für den Einsatz einer Immuntherapie; drittens die Einordnung dieser Befunde in das sich wandelnde Therapiekonzept der tiefen B-Zell-Depletion mit dem Ziel einer krankheitsmodifizierenden, im Einzelfall therapiefreien Remission.

Patientenkollektiv und Methodik

Eingeschlossen wurden 70 erwachsene Patientinnen und Patienten mit gesicherter Myasthenia gravis nach internationalen klinisch-serologischen und elektrophysiologischen Kriterien. Erfasst wurden demografische Daten, Antikörperprofil, Klassifikation nach der Myasthenia Gravis Foundation of America (MGFA) bei Erst- und Folgevorstellung, Krisenverläufe, Thymektomiestatus, dokumentierte Therapien, funktionelle Skalen (MG-Activities of Daily Living [MG-ADL], Quantitative Myasthenia Gravis [QMG], MG-Quality of Life 15-revised [MG-QOL15r]), psychiatrische Komorbidität sowie Arbeitsfähigkeit. Die deskriptive Auswertung der Kohortendaten erfolgte mit SAS Studio. Ergänzend wurde eine multivariate logistische Regression mit stratifizierter 5-facher Kreuzvalidierung in R 4.5.1 berechnet, um Prädiktoren für den Einsatz einer Immuntherapie zu identifizieren. Das Ethikvotum (33/26) lag vor Beginn der Datenerhebung vor.

Ergebnisse

Demografie und serologisches Profil

Das mittlere Alter der Kohorte betrug $60,9 \pm 17,7$ Jahre (Spanne 19–89 Jahre); 52,9 % der Patientinnen und Patienten waren männlich. 71,4 % wurden

dem Spät-onset-Typ (Erkrankungsalter ≥ 50 Jahre) zugeordnet, 28,6 % zeigten einen Frühonset. Diese Verteilung deckt sich mit der zunehmenden Verschiebung der MG hin zu höheren Lebensjahren, die in deutschen Versorgungs- und Registerstudien dokumentiert ist (Wartmann et al. 2023; Mevius et al. 2023).

84,3 % der Patientinnen und Patienten waren Acetylcholinrezeptor (AChR)-Antikörper-positiv, 14,3 % vollständig seronegativ, eine einzige Patientin (1,4 %) Low-Density-Lipoprotein-Rezeptor-related Protein 4 (LRP4)-positiv; muskelspezifische Rezeptor-Tyrosinkinase (MuSK)-Antikörper wurden in der Kohorte nicht nachgewiesen. Antikörper gegen das Sarkomerprotein Titin – ein etablierter Marker für schwerere Verläufe und Thymom-Assoziation – fanden sich bei 30,0 %. 71,4 % der Patientinnen und Patienten stammten aus Sachsen-Anhalt, 28,6 % aus neun weiteren Bundesländern – die Hochschulambulanz fungiert damit als überregionales Referenzzentrum mit einem Einzugsgebiet weit über Mitteldeutschland hinaus.

Diagnostische Befunde, Therapielatenz und Krisenrate

Die repetitive Nervenstimulation zeigte bei 20,0 % der Patientinnen und Patienten einen pathologischen Dekrementbefund. Diese Rate liegt unter der für die generalisierte MG berichteten Sensitivität von 50–70 % und unterstreicht die diagnostische Priorität der Serologie sowie – bei seronegativen Verläufen – des Single-Fiber-EMG (Sensitivität $>90\%$). Praktische Konsequenz: Ein Normalbefund der repetitiven Nervenstimulation schließt eine Myasthenia gravis nicht aus. Bei 55 von 70 Patientin-

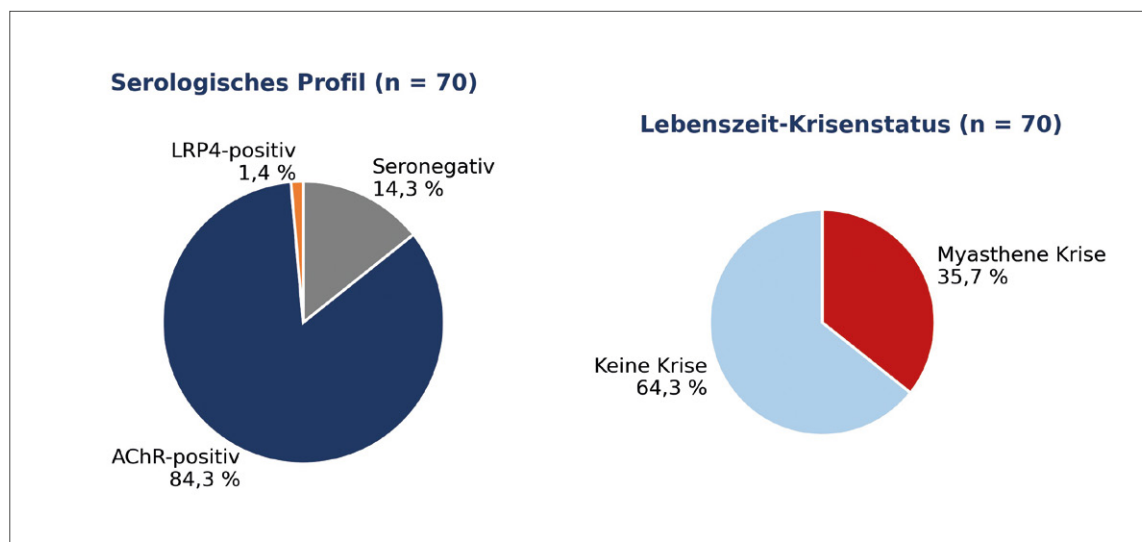


Abbildung 1: Serologisches Profil und Lebenszeit-Krisenstatus der Magdeburger MG-Kohorte (N = 70), Erhebungszeitraum Juni 2020 – Januar 2026. (Bildnachweis: eigene Darstellung auf Basis eigener Kohortendaten, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)

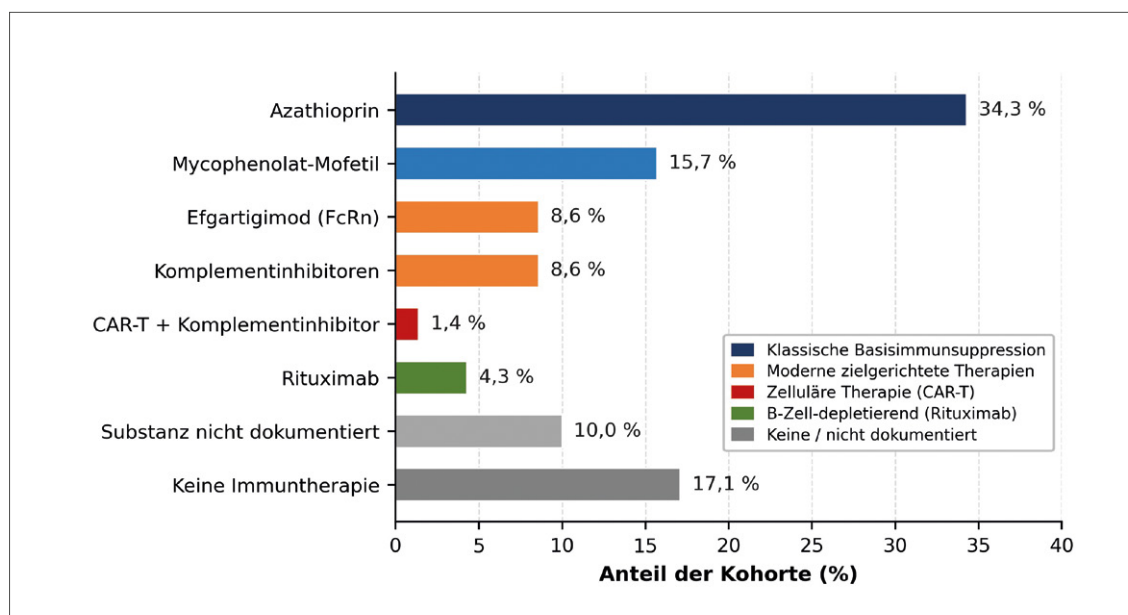


Abbildung 2: Therapeutisches Spektrum der Magdeburger MG-Kohorte (N=70) im Erhebungszeitraum Juni 2020 – Januar 2026. Inebilizumab ist im Erhebungszeitraum noch nicht erfasst (EU-Zulassung Februar 2026). (Bildnachweis: eigene Darstellung auf Basis eigener Kohortendaten, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)

nen und Patienten war eine valide Berechnung der Latenz zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn möglich. 56,4 % begannen die Immuntherapie noch im Diagnosejahr, weitere 27,3 % im Folgejahr; insgesamt erhielten 83,6 % der auswertbaren Patientinnen und Patienten ihre Therapie innerhalb eines Jahres nach Diagnose. 35,7 % der Patientinnen und Patienten hatten in ihrer Krankheitsbiografie mindestens eine myasthene Krise erlebt.

Therapie heute: Etablierte Säulen und neue Optionen

Symptomatische Therapie. Pyridostigminbromid (Mestinon®) blieb das Standardpräparat; die mittlere Tagesdosis lag bei 297 mg (Standardabweichung 175 mg, Maximum 900 mg). Bei MuSK-positiver MG ist die Wirksamkeit klassischerweise eingeschränkt – diese Subgruppe war in der Kohorte nicht repräsentiert.

Thymektomie. Bei 24 der 70 Patientinnen und Patienten (34,3 %) war eine Thymektomie durchgeführt worden.

Klassische Immunsuppression. Azathioprin (34,3 % der Kohorte) und Mycophenolat-Mofetil (15,7 %) bildeten das Rückgrat der krankheitsmodifizierenden Basistherapie und entsprechen den internationalen Konsensusrichtlinien (Narayanaswami et al. 2021).

Glukokortikoide – ein bemerkenswerter Befund. Bei 10 Patientinnen und Patienten (14,3 %) war eine früher initiierte Prednisolon-Therapie dokumentiert; in allen zehn Fällen musste sie aufgrund schwerwie-

gender Nebenwirkungen abgesetzt werden – dokumentiert waren hypertensive Entgleisungen, Blutzuckerentgleisungen und beginnende Osteoporose.

Moderne zielgerichtete Therapien. Insgesamt 22,9 % der Kohorte erhielten eine moderne, zielgerichtete Immuntherapie: Efgartigimod (FcRn-Antagonist; 8,6 %), Komplementinhibitoren wie Eculizumab (Soliris®, Alexion Pharmaceuticals – AstraZeneca Rare Disease, Boston, MA, USA) oder Ravulizumab (Ultomiris®, Alexion Pharmaceuticals – AstraZeneca Rare Disease, Boston, MA, USA; zusammen 8,6 %), Rituximab (MabThera®, Roche Pharma AG, Grenzach-Wyhlen, Deutschland; 4,3 %) sowie eine Patientin (1,4 %) unter der Kombination aus anti-CD19 CAR-T-Zellen und Komplementinhibitor. Diese Substanzen haben das Behandlungsspektrum bei generalisierter, AChR-positiver MG in den vergangenen Jahren wesentlich erweitert (Howard et al. 2017; Howard et al. 2021).

Inebilizumab – neue zugelassene CD19-gerichtete B-Zell-Therapie. Die Europäische Kommission hat Inebilizumab (Uplizna®, Amgen Inc., Thousand Oaks, CA, USA) am 12. Februar 2026 als Add-on-Therapie für erwachsene Patientinnen und Patienten mit generalisierter MG zugelassen, die AChR- oder MuSK-Antikörper-positiv sind – knapp zwei Monate nach der Zulassung durch die US-amerikanische Arzneimittelbehörde FDA (Food and Drug Administration) am 11. Dezember 2025. Grundlage ist die Phase-3-Studie MINT (Nowak et al., NEJM 2025), in der Inebilizumab bei 238 Patientinnen und Patienten signifikante Verbesserungen sowohl im MG-ADL- als auch im QMG-Score erzielte.



Sicherheit und Patientenauswahl

Mit der Tiefe der Wirkung steigen auch die Anforderungen an Patientenauswahl und Sicherheitsmonitoring. Die CD19-gerichteten Therapien unterscheiden sich hier deutlich, sowohl untereinander als auch gegenüber etablierten Immunsuppressiva.

CAR-T-Zell-Therapie. Die zelluläre Behandlung erfordert eine lymphodepletierende Konditionierung und kann ein Cytokine-Release-Syndrom (CRS) sowie eine Immuneffektor-Zell-assoziierte Neurotoxizität (ICANS) auslösen. Beide Komplikationen treten typischerweise innerhalb der ersten zwei Wochen auf und sind unter intensivmedizinischer Überwachung gut beherrschbar, setzen aber zwingend eine Klinik mit zelltherapeutischer Erfahrung voraus. Prolongierte Zytopenien und ein erhöhtes Infektionsrisiko sind weitere relevante Aspekte. Die Therapie ist daher derzeit reserviert für Patientinnen und Patienten mit hoher Krankheitsaktivität, Therapierefraktarität gegenüber zwei oder mehr Immuntherapien einschließlich moderner zielgerichteter Substanzen und ohne entscheidende Komorbiditäten. In Magdeburg erfolgt die Indikationsprüfung im interdisziplinären Studienboard.

Inebilizumab. Der monoklonale Antikörper hat ein deutlich günstigeres Akut-Sicherheitsprofil als die zelluläre Therapie und ist ambulant infundierbar. Häufigste unerwünschte Wirkungen sind Kopfschmerzen und Infusionsreaktionen; langfristig relevant ist eine IgG-Reduktion mit potenziell erhöhtem Infektionsrisiko. Quartalsweises IgG-Monitoring und Optimierung des Impfstatus vor Therapiebeginn sind Standard. Inebilizumab eignet sich als reguläre Therapieoption für AChR- oder MuSK-positive Patientinnen und Patienten mit aktiver, generalisierter

MG – insbesondere bei unzureichendem Ansprechen oder Unverträglichkeit klassischer Immunsuppressiva sowie in Konstellationen, in denen eine Steroidreduktion vorrangig angestrebt wird.

Funktionelle Skalen: Persistierende Krankheitslast trotz Therapie

Verwertbare Messungen lagen für MG-ADL bei 53/70, für QMG bei 52/70 und für MG-QOL15r bei 53/70 Patientinnen und Patienten vor. Klinisch relevante Schwellenwerte (Dresser et al. 2021; Burns et al. 2016) wurden überschritten bei MG-ADL ≥ 6 in 47,2 %, bei QMG ≥ 11 in 53,8 % und bei MG-QOL15r ≥ 15 in 45,3 % der Gemessenen. Fast die Hälfte der gemessenen Patientinnen und Patienten zeigte damit – trotz laufender Immuntherapie – eine klinisch bedeutsame Symptomlast und eingeschränkte Lebensqualität. Bei einer Fehlrate von 24–26 % ist ein Selektionseffekt nicht auszuschließen; die Überschreitungsraten sind daher als Größenordnung, nicht als präzise Prävalenzschätzung in der Gesamtkohorte zu lesen. Sie begründen engmaschige Verlaufskontrollen, gegebenenfalls Therapieeskalation und – bei refraktären Verläufen – die frühzeitige interdisziplinäre Diskussion innovativer Optionen.

Logistische Regression: Antikörperstatus als zentraler Therapieprädiktor

In der multivariaten Regressionsanalyse zur Vorhersage des Einsatzes einer Immuntherapie war Antikörperpositivität mit Abstand der stärkste Prädiktor (OR 18,71; 95 % KI 2,64–132,53; $p=0,003$). Die breite Spannweite des Konfidenzintervalls reflektiert die begrenzte Stichprobengröße und die kleine seronegative Subgruppe; die Punktschätzung ist daher als deutliches Signal, nicht als präzise Effektgröße

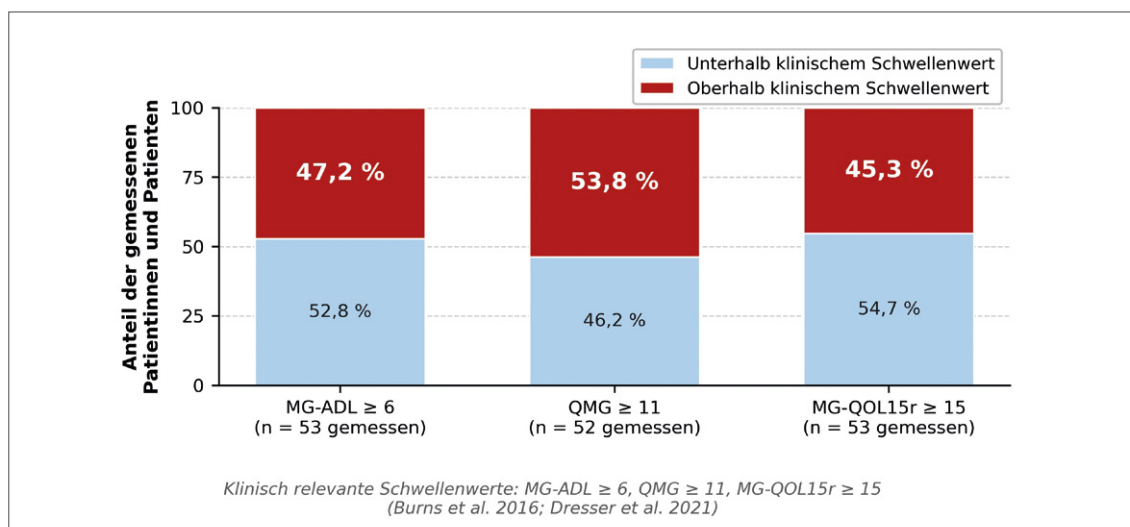


Abbildung 3: Persistierende Krankheitslast trotz laufender Immuntherapie: Anteil der Patientinnen und Patienten ober- und unterhalb der klinisch relevanten Schwellenwerte für MG-ADL, QMG und MG-QOL15r. (Bildnachweis: eigene Darstellung auf Basis eigener Kohortendaten, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)



ße zu interpretieren. Alter und Geschlecht erreichten keine statistische Signifikanz. Die Fläche unter der ROC-Kurve (AUC) von 0,84 in der Kreuzvalidierung spricht für eine akzeptable Diskriminierungsleistung des Modells. Klinisch übersetzt: Die Entscheidung zur Immuntherapie folgt in der Magdeburger Versorgungsrealität primär der serologischen Aktivität – im Einklang mit den internationalen Leitlinien.

Diskussion

Diagnose-Therapie-Latenz. Die kurze Latenz zwischen Diagnosestellung und Therapiebeginn steht im Einklang mit den internationalen Konsensusempfehlungen (Narayanaswami et al. 2021).

Steroidverträglichkeit. Auch wenn die kleine absolute Fallzahl eine generalisierte Aussage nicht zulässt, illustriert der Befund, dass die Prednisolon-Therapie bei allen zehn betroffenen Patientinnen und Patienten abgebrochen werden musste, die bekannte Problematik der Langzeit-Steroidtherapie bei häufig älteren und multimorbiden MG-Patientinnen und -Patienten und stützt den frühzeitigen Umstieg auf steroidsparende Alternativen.

Thymektomie. Mit 34,3 % war ein gutes Drittel der Kohorte thymektomiert. Für die nicht-thymomatöse, AChR-Antikörper-positive generalisierte MG ist die Thymektomie die einzige etablierte krankheitsmodifizierende Maßnahme mit randomisierter Evidenz: Die MGTX-Studie zeigte über drei Jahre einen niedrigeren QMG-Score und einen geringeren Prednisolonbedarf gegenüber alleiniger Immunsuppression (Wolfe et al. 2016). In der Versorgungsrealität eines Referenzzentrums mit Spät-onset-Schwerpunkt – 71,4 % der Kohorte – ist die Indikation jedoch häufig durch Alter und Komorbidität begrenzt, da die randomisierte Evidenz auf Patientinnen und Patienten bis 65 Jahre beschränkt ist.

Inebilizumab im Therapieportfolio. Der humanisierte, afucosylierte monoklonale Antikörper depletiert CD19-positive B-Zellen einschließlich Plasmablasten; das Dosierungsschema ist patientenfreundlich: zwei Initialinfusionen im Abstand von zwei Wochen, anschließend halbjährliche Erhaltungsinfusionen. An der Magdeburger Hochschulambulanz wird Inebilizumab seit der EU-Zulassung in das Therapieportfolio integriert. Eine nüchterne Einordnung ist gleichwohl geboten: Der in MINT gezeigte Effekt liegt im indirekten Vergleich in einer ähnlichen Größenordnung wie bei den bereits verfügbaren FcRn- und Komplement-gerichteten Substanzen; die im Studienprotokoll vorgesehene Steroidreduktion auf ≤ 5 mg/Tag bis Woche 26 gelang im Placebo-Arm nahezu ebenso häufig wie unter Verum (84,6 % gegenüber 87,4 %), und die Wirkung ist an eine dauerhafte halbjährliche Erhaltungs-

therapie gebunden. Eine therapiefreie Remission ist unter Inebilizumab bislang nicht beschrieben, und das Kompartiment der langlebigen Plasmazellen bleibt unberührt. Inebilizumab ist damit eine wertvolle, gut steuerbare und ambulant umsetzbare Ergänzung der Zweitlinientherapie – nicht der Wendepunkt, als der die Zulassung mitunter rezipiert wird.

Krisenrate im Referenzzentrum. Die beobachtete Lebenszeit-Krisenrate von 35,7 % liegt deutlich oberhalb der populationsbasierten Lebenszeitprävalenz von 15–20 % (Wendell & Levine 2011). Diese Rate reflektiert nicht primär eine regionale Krankheitsbesonderheit, sondern den Charakter eines universitären Referenzzentrums mit überproportionaler Konzentration schwerer und therapierefraktärer Verläufe. Methodisch einschränkend kommt hinzu, dass die retrospektive Auswertung – insbesondere extern ausgestellter Arztbriefe – in einzelnen Fällen keine eindeutige Differenzierung zwischen schwerer Exazerbation und myasthener Krise im engeren Sinne erlaubte; die berichtete Rate ist daher tendenziell als Maximum zu verstehen.

Tiefe B-Zell-Depletion und Immune Reset – Mechanismus und Konzept der therapiefreien Remission

Der konzeptionelle Durchbruch der neuen MG-Therapien liegt nicht allein in ihrer Wirksamkeit, sondern in ihrem fundamental anderen Wirkprinzip. Während konventionelle Immunsuppressiva die Lymphozytenfunktion breit und reversibel unterdrücken – mit lebenslangem Therapiebedarf und kumulativer Toxizität –, zielen anti-CD19 CAR-T-Zellen und der monoklonale Antikörper Inebilizumab auf eine tiefe, gezielte Depletion CD19-positiver B-Zellen einschließlich autoreaktiver Gedächtnis-B-Zellen und Plasmablasten ab, die als Hauptquelle pathogener Autoantikörperproduktion gelten – wenn auch mit deutlich unterschiedlicher Reichweite, Persistenz und Evidenzlage.

Tiefe der Depletion – CD20, CD19 und BCMA. Die mechanistische Reichweite ist hierbei entscheidend (Abbildung 4A, S. 19). Anti-CD20-gerichtete Therapien wie Rituximab erfassen ausschließlich reife B-Zellen und Gedächtnis-B-Zellen; Plasmablasten und kurzlebige Plasmazellen, die einen Großteil der zirkulierenden Autoantikörper produzieren, exprimieren CD20 nicht mehr und werden geschont. CD19-gerichtete Therapien – CAR-T-Zellen ebenso wie Inebilizumab – greifen in einem deutlich breiteren Entwicklungsfenster ein und depletieren auch antikörperproduzierende Plasmablasten. Diese tiefere Depletion ist die mechanistische Grundlage für die in MINT beobachtete Wirksamkeit von Inebilizumab; ein direkter „Head-to-Head“-Vergleich gegenüber CD20-basierten Strategien bei MG steht



aus, die heterogene Datenlage zu Rituximab unterstreicht jedoch die Bedeutung des Therapieziels CD19+-Plasmablast. Eine wichtige Limitation beider CD19-gerichteter Strategien betrifft langlebige Plasmazellen im Knochenmark, die CD19 herunterregulieren und damit weder durch Inebilizumab noch durch CAR-T-Zellen direkt depletiert werden; diese Population trägt zur Aufrechterhaltung pathogener Autoantikörperspiegel bei und erklärt, warum klinische Effekte verzögert eintreten und Antikörpertiter nicht zwingend vollständig normalisieren.

BCMA – Zugang zur Escape-Zone der langlebigen Plasmazellen. Genau an dieser Escape-Zone setzt die Zielstruktur BCMA (B-Zell-Reifungsantigen, TNFRSF17) an. BCMA wird nicht auf der Mehrzahl der B-Zellen exprimiert, sondern überwiegend auf Plasmablasten, Plasmazellen und plasmazytoiden dendritischen Zellen, und ist für das Überleben langlebiger Plasmazellen in der Knochenmarksnische essenziell. BCMA ist damit die einzige klinisch geprüfte Struktur, über die das CD19-negative Plasmazellkompartiment überhaupt erreichbar ist. Zwei zeitgleich publizierte Arbeiten in Nature Medicine haben dieses Prinzip erstmals placebokontrolliert bei generalisierter MG geprüft: In der randomisierten, doppelblinden Phase-2b-Studie MG-001 (Teil 3) erreichten unter der BCMA-gerichteten mRNA-CAR-T-Zell-Therapie Descartes-08 66,7 % der Behandelten gegenüber 27,3 % unter Placebo nach drei Monaten eine Verbesserung des MG-Composite-Scores um mindestens 5 Punkte ($p=0,047$). Der Effekt hielt über zwölf Monate ohne weitere Infusionen an, bei einer Reduktion der medianen Steroid-Erhaltungsdosis um 55 %; die Behandlung erfolgte ambulant und ohne lymphodepletierende Konditionierung (Vu et al. 2026).

Selektives Ausdünnen statt globaler Depletion. Die begleitende Biomarker-Analyse präzisiert den Wirkmechanismus: Nachweisbar waren eine selektive Reduktion BCMA-hoch-exprimierender Plasmablasten und aktivierter plasmazytoider dendritischer Zellen, ein deutlicher Umbau des autoreaktiven Antikörperrepertoires sowie ein Abfall krankheitsassoziierter Zytokine, insbesondere von Interleukin-6 – und dies ohne Depletion des breiten B-Zell-Kompartiments, ohne Hypogammaglobulinämie und ohne Verlust von Impftitern; die Anti-AChR-Titer änderten sich nicht signifikant (Fedak et al. 2026). Das BCMA-Targeting erreicht das Plasmazellkompartiment somit nicht als globale Auslöschung, sondern als selektives Ausdünnen der pathogen aktivierten Fraktion – konzeptionell ein Immune Reset ohne breite Immunsuppression. Ob damit die Persistenz pathogener Autoantikörper langfristig durchbrochen wird, ist die entscheidende offene Frage; die geringe Fallzahl ($n=26$ in der Wirksamkeitspopulation), der Abschluss MuSK-Antikörper-positiver Patientinnen und

Patienten und die rein deskriptive Auswertung der sekundären Endpunkte begrenzen die Aussagekraft. Eine konfirmatorische Phase-3-Studie bei AChR-Antikörper-positiver MG (AURORA) rekrutiert derzeit.

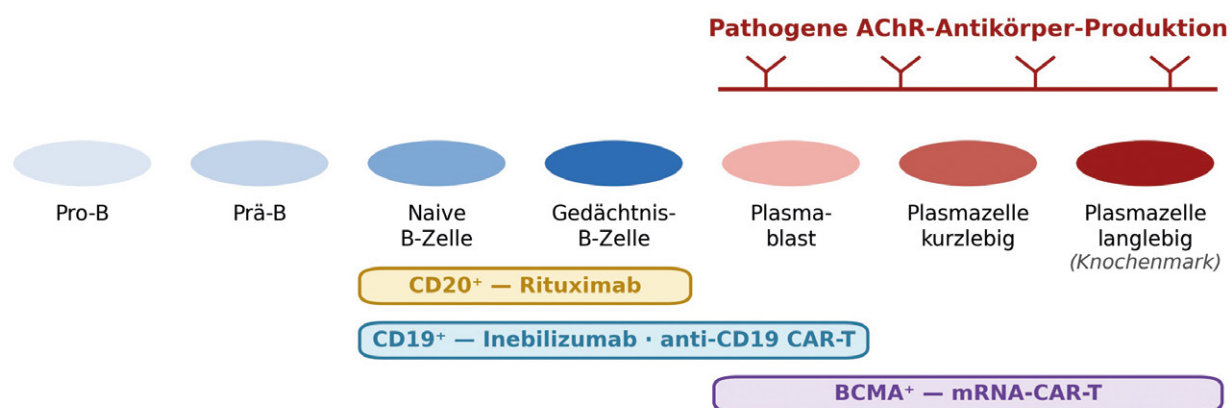
Immune Reset und Drug-free Remission. Nach der tiefen Depletion erfolgt die Repopulation des B-Zell-Kompartiments aus Knochenmarkvorläufern. Entscheidend ist, dass das neu entstehende B-Zell-Repertoire überwiegend naiv ist und das immunologische Gedächtnis der ursprünglichen autoimmunen Reaktion nicht reproduziert. Dieses Phänomen – als Immune Reset bezeichnet (Abbildung 4B, S. 19) – ist beim systemischen Lupus erythematoses nach CAR-T-Zell-Therapie über Jahre belegt: Patientinnen und Patienten erreichten eine therapiefreie Remission ohne Reaktivierung der Autoimmunität (Mackensen et al. 2022). Auch bei der 2023 in Magdeburg erstmals behandelten Patientin mit refraktärer MG (siehe Abschnitt „Interdisziplinäre Synergie“) wurde nach einmaliger CAR-T-Behandlung eine anhaltende, immuntherapie-freie Remission dokumentiert – ein klinischer Zustand, der mit konventioneller Immunsuppression bislang nicht erreichbar war.

Paradigmenwechsel: vom Krankheitsmanagement zur therapiefreien Remission. Die tiefe Depletion ist damit kein weiterer Eskalationsschritt im konventionellen Algorithmus, sondern eine konzeptionell andere Intervention mit dem Anspruch einer immunologischen Neujustierung: vom symptomatischen Krankheitsmanagement hin zu einem krankheitsmodifizierenden Therapieansatz mit dem Ziel anhaltender, im Einzelfall therapiefreier Remission (Abbildung 4C). Inebilizumab realisiert dieses Prinzip nur partiell und antikörperbasiert: Die Depletion ist reversibel und lässt die langlebigen Plasmazellen unberührt – ein Immune Reset im engeren Sinne ist damit nicht zu erwarten. Die zellulären Verfahren bieten demgegenüber das Potenzial einer einmaligen, anhaltenden Reset-Wirkung; BCMA-gerichtete Ansätze adressieren darüber hinaus das Plasmazellkompartiment. Welche Patientinnen und Patienten welche Strategie benötigen, ist Gegenstand der laufenden interdisziplinären Studien an der OVGU Magdeburg.

Implikationen über die Myasthenia gravis hinaus. Die mechanistische Logik der tiefen B-Zell-Depletion ist nicht spezifisch für die MG. Sie gilt prinzipiell für alle (Antikörper-vermittelten) Autoimmunerkrankungen, in denen pathogene B-Zell-Klone den Verlauf bestimmen – darunter die autoimmune Enzephalitis, die Multiple Sklerose, das Stiff-Person-Syndrom und Neuromyelitis-optica-Spektrum-Erkrankungen. Das in Magdeburg etablierte Kooperationsmodell zwischen Neurologie und Hämatologie ist auf diese Indikationen perspektivisch übertragbar und positioniert das Zentrum als regionalen Knotenpunkt einer neuen Generation neuroimmunologischer Therapien.

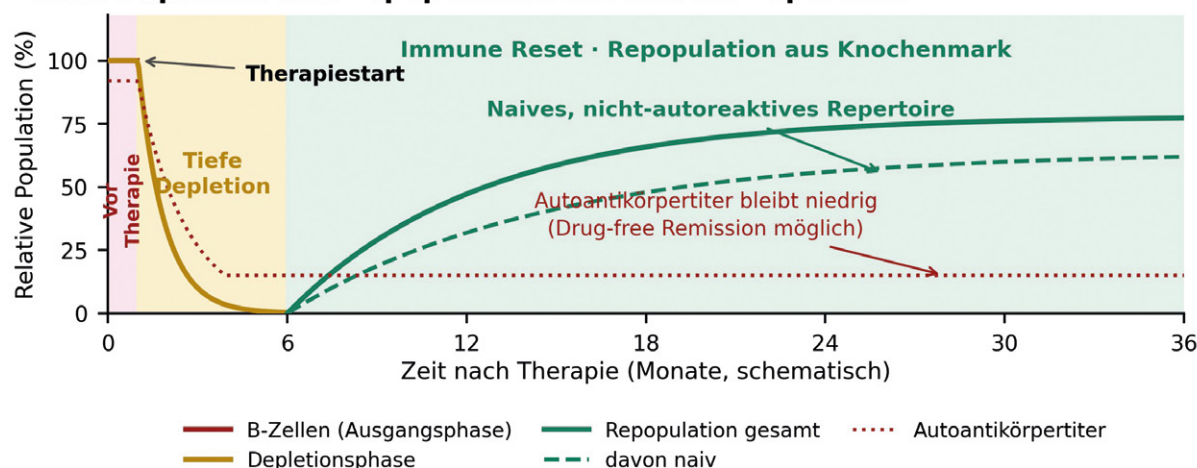


A B-Zell-Entwicklung und Reichweite zielgerichteter Therapien



CD19-Targeting reicht weiter als CD20 — antikörperproduzierende Plasmablasten werden zusätzlich erfasst. Langlebige Plasmazellen regulieren CD19 herunter (Escape-Zone); nur BCMA-gerichtete Verfahren erschließen dieses Kompartiment.

B Tiefe Depletion und Repopulation aus naivem Repertoire



C Therapieklassen im Vergleich

Rituximab <i>anti-CD20</i> Depletionstiefe	Reichweite reife B-Zellen, Gedächtnis-B-Zellen	Charakteristik reversibel i. v., repetitiv
Inebilizumab <i>anti-CD19</i> Depletionstiefe	Reichweite + Plasmablasten (CD19 ⁺)	Charakteristik reversibel i. v., 2× / Jahr
anti-CD19 CAR-T <i>anti-CD19</i> Depletionstiefe	Reichweite + Plasmablasten (CD19 ⁺), Immune Reset	Charakteristik einmalig · tiefer Reset Zelltherapie, Studienkontext
BCMA-mRNA-CAR-T <i>Descartes-08</i> Depletionstiefe	Reichweite Plasmablasten und Plasmazellen (BCMA ⁺)	Charakteristik 6 Infusionen · selektiv ambulant, Studienkontext

CD20- und CD19-gerichtete Strategien erreichen langlebige Plasmazellen nicht (Escape-Zone, vgl. Panel A) — nur BCMA-gerichtete Verfahren adressieren dieses Kompartiment.

Abbildung 4: Mechanistische Grundlage einer neuen Therapie-Ära bei Myasthenia gravis. (A) B-Zell-Entwicklung mit Reichweite CD20-, CD19- und BCMA-gerichteter Therapien: CD19-Targeting erfasst auch antikörperproduzierende Plasmablasten und ermöglicht damit eine tiefere Depletion; langlebige Plasmazellen im Knochenmark bilden die Escape-Zone CD19-gerichteter Strategien und sind allein über BCMA erreichbar. (B) Tiefe Depletion und Repopulation aus naivem Knochenmarkrepertoire (schematischer Zeitverlauf): Konzept des Immune Reset mit anhaltend niedrigen Autoantikörpertitern und Möglichkeit einer Drug-free Remission. (C) Vergleich der vier B-Zell- und Plasmazell-gerichteten Strategien (Rituximab, Inebilizumab, anti-CD19 CAR-T, BCMA-gerichtete mRNA-CAR-T) hinsichtlich Reichweite, Persistenz und Depletionsstiefe. (Bildnachweis: eigene Darstellung, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)



Tabelle 1: Vergleich der zugelassenen und etablierten Therapieklassen bei generalisierter Myasthenia gravis – geordnet nach mechanistischer Tiefe der Wirkung. Zelluläre Verfahren siehe Tabelle 2. (Quelle: eigene Zusammenstellung)

	Klassische Immunsuppression (Aza, MMF)	FcRn-Antagonisten (Efgartigimod)	Komplement-inhibitoren (Eculizumab, Ravulizumab)	Rituximab (anti-CD20)	Inebilizumab (anti-CD19)
Wirkprinzip	breite Lymphozyten-/Antimetabolit-Wirkung	IgG-Recycling-Hemmung über FcRn-Blockade	Inhibition der terminalen Komplement-kaskade (C5)	antikörper-vermittelte B-Zell-Depletion	antikörper-vermittelte tiefe B-Zell-Depletion
Zielstruktur / Reichweite	unspezifisch	zirkulierende IgG (kein direkter B-Zell-Effekt)	C5 (kein direkter B-Zell-Effekt)	reife B + Gedächtnis-B (CD20 ⁺)	reife B, Gedächtnis-B + Plasmablasten (CD19 ⁺)
Anwendung	täglich oral, dauerhaft	wöchentl. s. c. oder i. v., zyklisch	regelmäßige i. v.-Erhaltung (alle 2 oder 8 Wochen)	i. v.-Infusionen, wiederholt	2 Initial- + halbjährliche Erhaltungsinfusionen
Therapieziel	Symptomkontrolle	rasche AK-Reduktion/akute Symptomkontrolle	Schutz der neuromuskulären Endplatte	B-Zell-Depletion (CD20 ⁺ , ohne Plasmablasten)	tiefe Depletion + langfristige Symptomkontrolle
Hauptrisiken	Myelo-/Hepatotoxizität, Infektionen	Kopfschmerzen, Infektionen (insb. obere Atemwege)	Meningokokken-Infektionen (Impfpflicht), Infusionsreaktionen	Infusionsreaktionen, IgG-Reduktion, Infektionen	Infusionsreaktionen, IgG-Reduktion, Infektionen
Versorgungssetting	ambulant (Hausarzt/Neurologie)	ambulant (Spezialambulanz)	ambulant (Spezialambulanz)	ambulant (Spezialambulanz)	ambulant (Spezialambulanz)
MG-Zulassungsstatus	Aza on-label; MMF off-label (klinisch etabliert)	EU/FDA seit 2022 (gMG, AChR ⁺)	Eculizumab EU/FDA 2017; Ravulizumab EU/FDA 2022 (gMG, AChR ⁺)	off-label	EU 02/2026, FDA 12/2025 (gMG, AChR ⁺ oder MuSK ⁺)

Die Tabelle umfasst fünf aktuell verfügbare Therapieklassen, geordnet von links (symptomatische Wirkung) nach rechts (tiefe B-Zell-Depletion). Zelluläre Verfahren sind wegen ihres grundsätzlich anderen Anwendungs- und Evidenzniveaus getrennt in Tabelle 2 dargestellt und mit den antikörperbasierten Klassen nicht unmittelbar vergleichbar. Abkürzungen: Aza = Azathioprin; MMF = Mycophenolat-Mofetil; FcRn = neonataler Fc-Rezeptor; gMG = generalisierte Myasthenia gravis.

Tabelle 2: Zelluläre, gegen B- und Plasmazellen gerichtete Verfahren bei generalisierter Myasthenia gravis – derzeit ausschließlich im Studienkontext. (Quelle: eigene Zusammenstellung)

	anti-CD19 CAR-T-Zellen	BCMA-gerichtete mRNA-CAR-T-Zellen (Descartes-08)
Wirkprinzip	zelluläre tiefe B-Zell-Depletion	transiente, RNA-kodierte CAR-Expression ohne genomische Integration
Zielstruktur / Reichweite	reife B, Gedächtnis-B + Plasmablasten (CD19 ⁺)	BCMA ⁺ Plasmablasten, Plasmazellen und plasmazytoide dendritische Zellen
Anwendung	lymphodepletive Konditionierung + einmalige autologe Zellinfusion	sechs wöchentliche i. v.-Infusionen, ambulant, ohne Konditionierung
Therapieziel	Immune Reset / drug-free Remission	selektives Ausdünnen der pathogen aktivierten Plasmazellfraktion; Immune Reset ohne breite Immunsuppression
Hauptrisiken	CRS, ICANS, prolong. Zytopenien, Infektionen	Infusionsreaktionen (Fieber, Schüttelfrost, Kopfschmerz); kein CRS/ICANS, keine Hypogammaglobulinämie
Versorgungssetting	spezialisiertes Zelltherapie-Zentrum	ambulant, auch außerhalb spezialisierter Zelltherapie-Zentren erprobt
MG-Zulassungsstatus	nicht zugelassen – Studienkontext	nicht zugelassen – Studienkontext
Evidenzlage	Fallberichte und offene Studien; keine randomisierten kontrollierten Daten bei MG	randomisierte, doppelblinde, placebokontrollierte Phase 2b (36 randomisiert); konfirmatorische Phase 3 (AURORA) rekrutiert

Beide Verfahren sind nicht zugelassen und werden ausschließlich im Rahmen von Studien eingesetzt; ein direkter Vergleich mit den in Tabelle 1 aufgeführten antikörperbasierten Therapieklassen ist wegen unterschiedlicher Patientenskollektive, Behandlungshorizonte und Evidenzniveaus nicht zulässig. Abkürzungen: CRS = Cytokine-Release-Syndrom; ICANS = Immuneffektor-Zell-assoziierte Neurotoxizität; BCMA = B-Zell-Reifungsantigen.

Tabelle 1 (S. 20) fasst die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale der zugelassenen und etablierten Therapieklassen zusammen, Tabelle 2 (S. 20) die zellulären, derzeit ausschließlich im Studienkontext eingesetzten Verfahren; beide dienen als Orientierung für die interdisziplinäre Therapieplanung. Die Auswahl der geeigneten Strategie erfolgt individualisiert anhand von Krankheitsaktivität, Antikörperstatus, Vortherapien, Komorbiditäten und Patientenpräferenz – idealerweise gemeinsam mit einem spezialisierten MG-Zentrum.

Interdisziplinäre Synergie: Neurologie meets Hämatologie

Die Übertragung der originär hämatoonkologischen CAR-T-Zell-Therapie auf Antikörper-vermittelte Autoimmunerkrankungen begann 2022 mit der Erstanwendung beim systemischen Lupus erythematoses (Mackensen et al. 2022) – ohne die enge Zusammenarbeit zwischen Neurologie und Hämatologie wäre sie nicht möglich.

In Magdeburg wird diese translationale Verbindung durch die Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie unter Leitung von Prof. Dr. Dimitrios Mougiakakos institutionell getragen.

Die Klinik betreibt ein etabliertes CAR-T-Zell-Programm mit der gesamten apparativen, regulatorischen und immunologischen Infrastruktur – von der Apherese über die lymphodepletierende Konditionierung bis zum intensivmedizinischen Management potenzieller Akutkomplikationen wie Cytokine-Release-Syndrom (CRS) und Immuneffektor-Zell-assoziiierter Neurotoxizität (ICANS). Die neurologische Hochschulambulanz steuert Indikationsstellung, immunologisch-klinische Charakterisierung und Verlaufsbeurteilung mittels validierter MG-Skalen bei. Beide Kliniken treffen sich monatlich in einem interdisziplinären Studienboard, in dem jede CAR-T-Indikation einer differenzierten Nutzen-Risiko-Abwägung unterzogen wird.

Im Mai 2023 wurde an der OvGU Magdeburg im Rahmen dieser Kooperation weltweit erstmals eine Patientin mit langjährig therapierefraktärer, AChR-positiver MG der MGFA-Klasse V mit autologen anti-CD19 CAR-T-Zellen behandelt; die Fallpublikation erschien im November 2023 in The Lancet Neurology (Haghikia et al. 2023). Klinisch dokumentiert war eine eindrucksvolle Remission: Der QMG-Score sank von 15 auf 2 Punkte, die Patientin gewann ihre Gehfähigkeit zurück, die Abhängigkeit von intravenösen Immunglobulinen entfiel.

Etabliertes interdisziplinäres Versorgungs- und Forschungsmodell für die CAR-T-Zell-Therapie bei MG

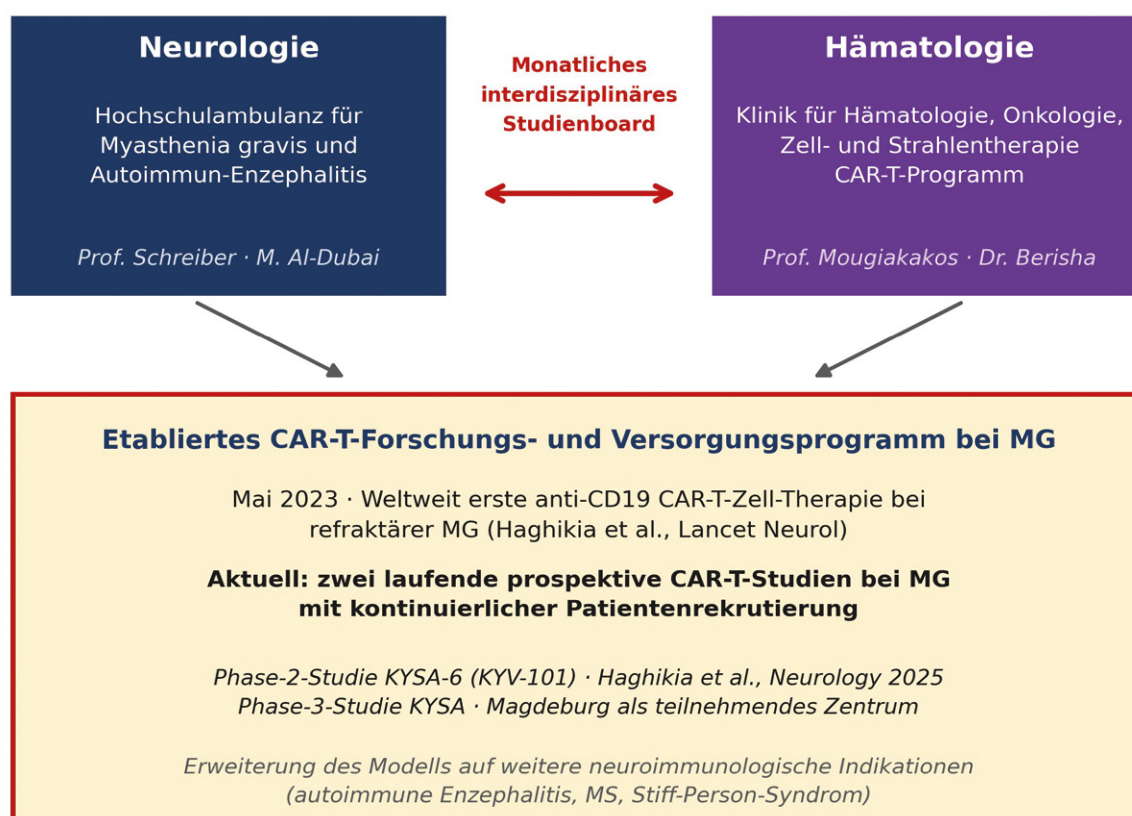


Abbildung 5: Strukturelle Kooperation zwischen Neurologie und Hämatologie an der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg – etabliertes interdisziplinäres Versorgungs- und Forschungsmodell für die CAR-T-Zell-Therapie bei Myasthenia gravis. (Bildnachweis: eigene Darstellung, Universitätsklinik für Neurologie, Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg)



Aktuelle Studienlandschaft – die Tür für Innovation bleibt offen

Die zelluläre Therapieentwicklung an der OvGU Magdeburg ist mit dem Indexfall von 2023 nicht abgeschlossen, sondern hat sich zu einem strukturierten Forschungsprogramm verstetigt. Aktuell laufen in Kooperation mit der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie zwei prospektive CAR-T-Zell-Studien bei MG, darunter die internationale Phase-2-Studie KYSA-6 mit dem CAR-T-Konstrukt KYV-101 (Haghikia et al., Neurology 2025), an der Magdeburg als rekrutierendes Zentrum teilnimmt. Patientinnen und Patienten mit refraktären Verläufen werden regelhaft evaluiert und bei Erfüllung der Einschlusskriterien fortlaufend eingeschlossen. Das gemeinsame Studienboard sichert eine zeitnahe Indikationsstellung und engmaschiges Monitoring.

Damit bleibt der Standort offen für die nächste Generation zellulärer und antikörperbasierter Therapien.

Was bedeutet das für die regionale Versorgung?

Aus den vorliegenden Befunden lassen sich für niedergelassene Kolleginnen und Kollegen sowie für nicht-spezialisierte Krankenhäuser drei praktische Konsequenzen ableiten:

1. Krisenbewusstsein im Praxisalltag. Die generalisierte MG kann jederzeit in eine bedrohliche Krise übergehen. Frühzeichen sind progrediente bulbäre Symptomatik (Dysphagie, Dysarthrie), Dyspnoe in Ruhe und rasche Verschlechterung der Extremitätenkraft; sie müssen umgehend zur Vorstellung und gegebenenfalls zur Verlegung an ein spezialisiertes Zentrum führen.
2. Steroidtherapie kritisch evaluieren. Bei älteren und multimorbiden Patientinnen und Patienten sollten steroidsparende Strategien frühzeitig etabliert werden.
3. Die Hochschulambulanz als regionale Anlaufstelle für innovative Therapien. Die Magdeburger Myasthenia-gravis- und Autoimmun-Enzephalitis-Ambulanz – in struktureller Kooperation mit der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie – betreut aktuell zwei laufende CAR-T-Studien bei MG mit kontinuierlicher Patientenrekrutierung und steht für Zuweisungen aus Sachsen-Anhalt und überregional zur Verfügung.

Fazit

Die Magdeburger MG-Kohorte zeichnet das Bild einer überwiegend AChR-positiven, klinisch heterogenen Patientengruppe mit relevanter Krankheitsakti-

vität trotz hoher Therapiedichte – ein Befund, der die Grenzen der konventionellen Immunsuppression bei einem nennenswerten Anteil der Betroffenen verdeutlicht.

An dieser Schnittstelle setzt die translationale Innovation an, die in Magdeburg seit 2023 vorangetrieben wird: Der seit Februar 2026 zugelassene CD19-gerichtete Antikörper Inebilizumab erweitert dabei das reguläre Therapieportfolio, bleibt aber eine dauerhafte Erhaltungstherapie ohne Aussicht auf eine therapiefreie Remission.

Den eigentlichen Paradigmenwechsel markieren die zellulären Ansätze – die anti-CD19 CAR-T-Zell-Therapie und, mit Zugang zum bislang therapeutisch unerreichten Kompartiment der langlebigen Plasmazellen, BCMA-gerichtete Verfahren – vom lebenslangen symptomatischen Krankheitsmanagement zu einem krankheitsmodifizierenden Therapieansatz mit dem Ziel anhaltender, im Einzelfall therapiefreier Remission.

Die dafür notwendige Infrastruktur entsteht nicht in einer einzelnen Disziplin: Aus der strukturellen Kooperation zwischen neurologischer Hochschulambulanz und der Klinik für Hämatologie, Onkologie, Zell- und Strahlentherapie ist ein dauerhaftes Forschungs- und Versorgungsprogramm entstanden. Für Sachsen-Anhalt bedeutet das ein regionales Zentrum, dessen Tür für die nächste Generation immunmodulatorischer und zellulärer Therapien geöffnet ist.

Korrespondenzadresse:

Marwa Al-Dubai

Funktionsoberärztin und Leiterin der

Myasthenia-gravis- und Autoimmun-Enzephalitis-Ambulanz
Universitätsklinik für Neurologie

Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Leipziger Straße 44, 39120 Magdeburg

E-Mail: marwa.al-dubai@med.ovgu.de



Artikel mit Literatur hier abrufbar:
<https://t1p.de/mf-09-26>

Die Kassenärztliche Vereinigung schreibt aus

Vertragsarztsitze

Fachgebiet	Praxisform	Praxisort/Planungsbereich	Reg.-Nr.
Augenheilkunde**	Einzelpraxis	PB Halle	34/26
Augenheilkunde**	Einzelpraxis	Merseburg	37/26
HNO-Heilkunde	Einzelpraxis	Halle	63/26
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	Bernburg	41/26
HNO-Heilkunde	Gemeinschaftspraxis	Magdeburg	32/26
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	Halle	64/26
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	PB Schönebeck	65/26
HNO-Heilkunde	Einzelpraxis	PB Mansfeld-Südharz	58/26
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	PB Salzlandkreis	45/26
Innere Medizin/Nephrologie	Gemeinschaftspraxis	Aschersleben	66/26
HNO-Heilkunde	Einzelpraxis	Halle	67/26
Haut- und Geschlechtskrankheiten	Einzelpraxis	Landsberg	42/26
Innere Medizin/abrechnungstechnische Gleichstellung SP Kardiologie (halber VA)	Gemeinschaftspraxis	Bitterfeld-Wolfen	68/26
Innere Medizin/abrechnungstechnische Gleichstellung SP Kardiologie (halber VA)	Gemeinschaftspraxis	Bitterfeld-Wolfen	69/26
Nervenheilkunde	Einzelpraxis	Zeitz	70/26
Urologie	Einzelpraxis	Zeitz	71/26
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	Harzgerode	72/26
Radiologie	Gemeinschaftspraxis	Dessau-Roßlau	73/26
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Naumburg	74/26
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Halle (Stadt)	75/26
Kinder- und Jugendmedizin	Einzelpraxis	PB Saalekreis	76/26
Psychiatrie (halber VA)	Einzelpraxis	Quedlinburg	77/26
Kinder- und Jugendmedizin	Einzelpraxis	Gommern	78/26
HNO-Heilkunde	Einzelpraxis	Merseburg	79/26
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Magdeburg (Stadt)	80/26
Hausärztliche Praxis	Einzelpraxis	Halle (Stadt)	81/26
Augenheilkunde** (Dreiviertel VA)	Einzelpraxis	PB Salzlandkreis	82/26
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Einzelpraxis	Saalekreis	43/26
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Lutherstadt Wittenberg	83/26
Ärztliche Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Halle	84/26
Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Burg	85/26
Psychologische Psychotherapie* (halber VA)	Einzelpraxis	Klötze	3108

VA = Versorgungsauftrag

* Die Kassenärztliche Vereinigung Sachsen-Anhalt hat im Rahmen dieser Ausschreibung ein besonderes Versorgungsbedürfnis definiert: Bereitschaft zur Aufnahme von mindestens 4 Patienten pro Woche auf Zuweisung der Terminservicestelle, bezogen auf einen vollen Versorgungsauftrag. Unter den zu meldenden Terminen muss mindestens ein Termin für eine Akutbehandlung sein. Das Versorgungsbedürfnis gilt befristet für ein Jahr, beginnend mit der Aufnahme der vertragspsychotherapeutischen Tätigkeit. Nach Ablauf eines Jahres sind 2 Termine pro Woche zu melden. Die Erfüllung dieses Versorgungsbedürfnisses stellt ein Auswahlkriterium dar.

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

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

Die Ausschreibung endet am **05.10.2026**.

Wir weisen darauf hin, dass sich die in der Warteliste eingetragenen Ärzte ebenfalls um den Vertragsarztsitz bewerben müssen.



#MitOderOhne

MIT oder OHNE?



Sicherheit erhalten, Ressourcen schonen

Einmalhandschuhe gezielt einsetzen

Macht, L.¹; Kantelhardt, E.²; Lüke, C.³; Albrecht, M.⁴; Wendt, S.¹; Walldorf, J.⁵

¹ Stabsstelle Krankenhaushygiene, Universitätsklinikum Halle (Saale)

² AG Global & Planetary Health, Institut für Medizinische Epidemiologie, Biometrie und Informatik, Klinik und Poliklinik für Gynäkologie, Universitätsmedizin Halle

³ Berufsausübungsgemeinschaft Genthin-Schönhausen, 39307 Genthin

⁴ Kompetenzzentrum für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen (KliMeG), Deutsche Allianz Klimawandel und Gesundheit (KLUG) e. V., Berlin

⁵ Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin I, Universitätsklinikum Halle (Saale)

Die Suche nach konkreten Möglichkeiten, den Krankenhausalltag nachhaltiger zu gestalten und den CO₂-Fußabdruck der Gesundheitsversorgung zu verringern, führt schnell zu dem hohen Verbrauch von zahlreichen täglich verwendeten Einmalprodukten. So sind medizinische Einmalhandschuhe für eine Vielzahl von Tätigkeiten in Klinik und Praxis unverzichtbar. Gleichzeitig werden sie auch in Situationen getragen, in denen sie keinen zusätzlichen Schutz bieten.

Der Verzicht auf routinemäßige Anwendungen ohne konkrete Indikation eröffnet daher ein relevantes Einsparpotenzial. Die Reduktion kann Kosten und Abfall verringern und zugleich den CO₂-Fußabdruck der Gesundheitsversorgung verkleinern. Angesichts

der großen Zahl täglich wiederkehrender Tätigkeiten, bei denen Handschuhe getragen werden, können bereits kleine Veränderungen der Routine den Gesamtverbrauch spürbar beeinflussen.

In einer Beobachtungsstudie aus der stationären Krankenversorgung wurden Handschuhe bei mehr als jeder dritten Anwendung ohne entsprechende Indikation getragen. Umgekehrt fehlten sie in 8 % der Situationen, in denen wegen einer möglichen Exposition gegenüber Körperflüssigkeiten eine Indikation bestand. Es geht deshalb nicht darum, möglichst wenige Handschuhe zu verwenden, sondern sie dort einzusetzen, wo sie für die jeweilige Tätigkeit tatsächlich erforderlich und sinnvoll sind. Das betrifft sowohl den ambulanten als auch den stationären Bereich.



Wo Handschuhe zusätzlichen Schutz bieten

Nicht sterile medizinische Einmalhandschuhe sind insbesondere angezeigt, wenn ein Kontakt mit Blut, Sekreten, Exkreten, Schleimhäuten, nicht intakter Haut oder wahrscheinlich kontaminierten Materialien und Oberflächen zu erwarten ist. Beispiele sind Blutentnahmen, die Anlage von Gefäßzugängen, der Umgang mit Ausscheidungen und Erbrochenem sowie der Kontakt mit kontaminierten Instrumenten oder Medizinprodukten.

Auch bei Patientinnen und Patienten mit Erregern oder Dauerformen, die gegenüber alkoholbasierten Händedesinfektionsmitteln relativ unempfindlich sind, können Handschuhe erforderlich sein, beispielsweise bei *Clostridioides difficile* oder Wurm- und Parasiteneiern. Bei multiresistenten Erregern ist der konkrete Arbeitsablauf entscheidend: Ein Erregernachweis allein begründet kein generelles Handschuhtragen. Relevant ist insbesondere, ob mit einer hohen Kontamination der Hände zu rechnen ist, etwa bei stark sezernierenden Wunden, Inkontinenz oder umfangreicher Körperpflege.

Wo häufig auf Handschuhe verzichtet werden kann

Sofern kein Kontakt mit Blut, Körperflüssigkeiten, Schleimhäuten oder nicht intakter Haut zu erwarten ist, besteht unter anderem bei folgenden Tätigkeiten keine generelle Handschuhindikation:

- > Auskultation und körperliche Untersuchung bei intakter Haut,
- > Blutdruck-, Puls- und Temperaturmessung,
- > subkutane oder intramuskuläre Injektionen,
- > Blutzuckermessung, sofern keine Blutentnahme mit einer Lanzette erfolgt,
- > Lagerung und Transport von Patientinnen und Patienten,
- > An- und Auskleiden sowie Körperpflege außerhalb des Anogenitalbereichs,
- > Ausgabe und Anreichen von Speisen und Getränken,
- > Dokumentation und Telefonate.

Auch Manipulationen an Gefäßzugängen ohne Blutfluss sowie Verbandwechsel in Non-Touch-Technik können ohne generellen Handschuhgebrauch erfolgen. Die erforderliche hygienische Händedesinfektion bleibt davon unberührt. Entscheidend ist stets die konkrete Situation: Ist ein Kontakt mit Blut, Schleimhäuten oder nicht intakter Haut absehbar, ändert sich die Bewertung. Gerade bei häufig wiederkehrenden Tätigkeiten kann sich der Verzicht auf nicht erforderliche Handschuhe im Gesamtverbrauch deutlich auswirken. Zusätzlich werden Abfall

und Hautbelastungen reduziert. Direkter Händekontakt kann von Patientinnen und Patienten zudem als persönlicher und empathischer wahrgenommen werden.

Händedesinfektion bleibt der hygienische Maßstab

Handschuhe und Händedesinfektion erfüllen unterschiedliche Aufgaben. Das Tragen von medizinischen Einmalhandschuhen ersetzt die hygienische Händedesinfektion nicht. Es gelten weiterhin die bekannten Indikationen nach dem WHO-Modell:

1. vor Patientenkontakt,
2. vor aseptischen Tätigkeiten,
3. nach Kontakt mit potenziell infektiösem Material,
4. nach Patientenkontakt,
5. nach Kontakt mit der unmittelbaren Patientenumgebung.

Vor aseptischen Tätigkeiten darf die Händedesinfektion insbesondere nicht durch das Tragen von Handschuhen ersetzt werden. Gerade diese Indikation wird vergleichsweise häufig ausgelassen, wenn unmittelbar vor der Tätigkeit Handschuhe angezogen werden. Zur indikationsgerechten Anwendung gehört daher die hygienische Händedesinfektion unmittelbar vor dem Anziehen der Handschuhe. Dabei müssen die Hände vollständig trocken sein. Nach dem Ausziehen und bei einem erforderlichen Handschuhwechsel wird erneut eine Händedesinfektion durchgeführt. Eine Händedesinfektion vor der Entnahme aus der Handschuhbox kann zudem verhindern, dass saubere Handschuhe oder weitere Handschuhe in der geöffneten Box durch nicht desinfizierte Hände kontaminiert werden.

Einsparpotenzial entsteht vor dem Anziehen

Ein geringerer Verbrauch darf nicht durch längere Tragezeiten oder ausgelassene Wechsel erreicht werden. Handschuhe werden nach Abschluss der jeweiligen Tätigkeit abgelegt und beim Übergang von unreinen zu reinen Arbeitsschritten gewechselt. Das gilt auch, wenn im Arbeitsablauf eine neue Indikation zur Händedesinfektion entsteht. Beschädigte, innen feuchte oder sichtbar kontaminierte Handschuhe werden verworfen.

Das Weitertragen über verschiedene Tätigkeiten hinweg ist hygienisch problematisch. In einer Krankenhausstudie wurden Handschuhe in 64 % der beobachteten Fälle ohne erforderlichen Wechsel weitergetragen. Daraus ergab sich bei 18 % aller Kontakte ein potenzielles Risiko für eine mikrobielle Übertragung. Auch die Barrierewirkung ist nicht



absolut. In einer Untersuchung auf einer deutschen Intensivstation wiesen 10 % der geprüften Handschuhe während des Gebrauchs Perforationen auf. Nur ein kleiner Teil dieser Defekte wurde von den Tragenden bemerkt. Beim Ausziehen kann es ebenfalls zu einer Kontamination kommen. In einer Untersuchung aus vier Krankenhäusern wurde unmittelbar nach dem Ablegen gebrauchter Untersuchungshandschuhe in 58 % der beobachteten Situationen eine Kontamination der Haut festgestellt. Dieser Befund unterstreicht die Bedeutung der Händedesinfektion nach dem Ausziehen der medizinischen Einmalhandschuhe.

Handschuhdesinfektion nur in begründeten Ausnahmefällen

In besonderen Situationen kann eine Desinfektion behandschuhter Hände anstelle eines Handschuhwechsels erwogen werden, beispielsweise bei mehreren unmittelbar aufeinanderfolgenden Tätigkeiten an derselben Patientin oder demselben Patienten, wenn ein Wechsel den notwendigen Arbeitsablauf erheblich beeinträchtigen würde. Dies setzt unter anderem voraus, dass die Handschuhe nicht sichtbar mit Blut, Sekreten oder Exkreten kontaminiert und nicht erkennbar beschädigt sind. Außerdem müssen Handschuhmaterial und Desinfektionsmittel miteinander kompatibel sein. Die entsprechenden Situationen sollten im Hygieneplan festgelegt und den Beschäftigten vermittelt sein. Die Handschuhdesinfektion bleibt damit eine begründete Ausnahme und kein allgemeines Instrument zur Verbrauchsreduktion.

Bewusst mit – bewusst ohne

Ein gezielter Einsatz verbindet Infektionsschutz, Arbeitsschutz und Ressourcenschonung. Wo ein relevantes Expositionsrisiko besteht, bleiben Hand-

schuhe unverzichtbar. Wo dieses Risiko fehlt, kann der bewusste Verzicht Verbrauch, Abfall und Hautbelastung reduzieren und damit ökologische und ökonomische Vorteile erzielen, ohne hygienische Standards abzusenken oder die Sicherheit von Patientinnen, Patienten und Beschäftigten zu beeinträchtigen.

Dieser Beitrag ist aus der Zusammenarbeit der AG Klima und Gesundheit der Ärztekammer Sachsen-Anhalt (ÄKSA), der Stabsstelle Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Halle (Saale) und des Kompetenzzentrums für klimaresiliente Medizin und Gesundheitseinrichtungen (KliMeG) hervorgegangen.

Kontakt:

Prof. Dr. med. Jens Walldorf

E-Mail: jens.walldorf@uk-halle.de

Korrespondenzadresse:

Leonie Macht

Stabsstelle Krankenhaushygiene

Universitätsklinikum Halle (Saale)

Magdeburger Straße 24, 06112 Halle (Saale)

E-Mail: leonie.macht@uk-halle.de

Weiterführende Literatur:



Mit oder Ohne? – Handschuhe bewusst einsetzen – KliMeG

<https://klimeg.de/mit-oder-ohne/>

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention (KRINKO). Kommentar zum indikationsgerechten Einsatz medizinischer Einmalhandschuhe im Gesundheitswesen. Epidemiologisches Bulletin. 2024;10:3-15.



Artikel mit weiteren Quellen hier abrufbar:

<https://t1p.de/mit-oder-ohne>

Information der Bundesärztekammer

Neue Substitutionsrichtlinie: BÄK nimmt nasales Take-home-Naloxon auf



Die BÄK hat ihre Richtlinie zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opioid-abhängiger/Opioid-Agonisten-Therapie (OAT) aktualisiert, die am 16. Juli 2026 in Kraft trat:

<https://t1p.de/baek-oat>



Die überarbeitete Fassung berücksichtigt v.a. die im Jahr 2025 veröffentlichte S3-Leitlinie „Opioidbezogene Störungen“. Weitere Informationen finden Sie hier:

<https://t1p.de/baek-oat-info>

Quelle: <https://www.bundesaeztekammer.de/>

Universitätsmedizin Halle übernimmt

Koordinierung vom Partizipationsforschungs-Netzwerk ICPHR

Die Universitätsmedizin Halle übernimmt für fünf Jahre die Koordinierung der *International Collaboration for Participatory Health Research (ICPHR)* und setzt damit ein starkes Signal für die partizipative Gesundheitsforschung in Sachsen-Anhalt und darüber hinaus.

Konkret wird das Kompetenzkolleg für Partizipationsforschung und Transformation in der Gesundheitsversorgung (KPTG) die neue Gastgeberin des weltweit agierenden Netzwerks, das die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft in der Gesundheitsforschung stärkt.

Gerade auch für Ärztinnen und Ärzte gewinnt dieser Ansatz zunehmend an Bedeutung. Partizipative Forschung verbessert die Anpassung von Versorgungsstrukturen an reale Bedarfe, weil sie alle beteiligten Akteurinnen und Akteure einbezieht. Das wiederum erhöht die Akzeptanz neuer Versorgungsmodelle und unterstützt eine patientenzentrierte Medizin. Gerade in Zeiten komplexer Herausforderungen bieten Partizipation und die Forschung dazu kon-

krete Ansätze, um die Versorgung gemeinsam mit Patientinnen/Patienten und Versorgenden weiterzuentwickeln.

Mit der Ansiedlung der ICPHR in Halle wird Sachsen-Anhalt international sichtbar als Standort für innovative Versorgungs- und Partizipationsforschung. Die Leitung der Geschäftsstelle der ICPHR wird alle fünf Jahre neu ausgeschrieben. In diesem Jahr erhielt erstmals Halle den Zuschlag, obwohl es bis dato kein Mitglied im Partizipationsnetzwerk war. „Die Bewerbung aus Halle hat die Mitglieder der Steuerungsgruppe allerdings komplett überzeugt“, sagt Prof. Dr. Michael T. Wright, der für die Übergabe der Geschäfte und eine erste Einführung in die Gastgeber-Aufgaben der ICPHR Mitte Mai nach Halle gekommen war. Wright, Mitbegründer des Netzwerks, hat viele Jahre in Deutschland gearbeitet und gilt international als einer der bekanntesten Partizipationsforscher.



Dr. Franziska Fink



Prof. Wright besuchte die KPTG in Halle. (v. l. n. r.): Prof. Dr. Patrick Jahn (wiss. Leitung TPG und der AG Versorgungsforschung an der UMH), Jerry Olear, Celine Schreiber, Dr. Franziska Fink (alle drei KPTG), Prof. Dr. Michael T. Wright (Foto: Cornelia Fuhrmann)

Die ICPHR wurde 2009 gegründet, um die partizipative Gesundheitsforschung weltweit zu stärken und die Zusammenarbeit zwischen Wissenschaft, Praxis und Gesellschaft zu fördern. Ziel dieses Ansatzes ist es, Beteiligung systematisch in Forschungs- und Entscheidungsprozesse im Gesundheitswesen zu integrieren. Das internationale Netzwerk war zuvor an der Morgan State University (Baltimore, USA) angesiedelt.

Hintergrund: Das KPTG wird bis Ende 2027 mit rund 948.000 Euro aus dem Europäischen Sozialfonds Plus (ESF+) gefördert. Es ist Teil der AG Versorgungsforschung | Pflege im Krankenhaus (AGV; Leitung: Prof. Dr. Patrick Jahn) der Universitätsmedizin Halle (UMH).

Korrespondenzadresse:

Dr. Franziska Fink

Leiterin des Kompetenzkollegs für Partizipationsforschung & Transformation in der Gesundheitsversorgung (KPTG)

AG Versorgungsforschung/Pflege im Krankenhaus
Universitätsmedizin Halle

E-Mail: franziska.fink@uk-halle.de



Etablierte Fortbildungsveranstaltung

17. Interdisziplinäre Fachtagung für Wundbehandler in Magdeburg

Am 12. Juni 2026 fand in Magdeburg die 17. Interdisziplinäre Fachtagung für Wundbehandler (IFFW) unter dem Motto „Teamorientierte Wundtherapie im Alltag: Wissen, Austausch und Praxis“, im Hörsaal der Universitätsmedizin Magdeburg, statt. Die etablierte Fortbildungsveranstaltung brachte erneut Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte, Wundexpertinnen und -experten sowie weitere an der Versorgung chronischer Wunden beteiligte Berufsgruppen zusammen. Ziel der Tagung war es, aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie praxisnah zu vermitteln und den interdisziplinären Austausch zu fördern.

Das MVZ „Im Altstadtquartier“, als Veranstalter mit Kooperationspartnern, wie dem Universitätsklinikum Magdeburg, dem Klinikum Magdeburg und dem Wundnetz Sachsen-Anhalt, hat es auch in diesem Jahr geschafft, dass viele, auch über die Landesgrenzen hinaus, der Einladung gefolgt sind.

Nach der Begrüßung durch Dr. med. C. Meißner begann die erste Sitzung unter der Moderation von Dr. med. B. Brinkers. Den Auftakt bildete der Vortrag von Dr. med. C. Meißner zum Thema „Er-

nährungsmedizin in der Wundtherapie – zwischen Evidenz und Ernährungsmythen“. Anhand aktueller wissenschaftlicher Erkenntnisse wurde die Bedeutung einer bedarfsgerechten Ernährung für die Wundheilung dargestellt und gleichzeitig mit weit verbreiteten Ernährungsmythen aufgeräumt.

Im Anschluss referierte Dr. med. J. Martins über die gezielte Versorgung des Malum perforans durch Filztechniken und Schuhversorgungen im ambulanten Bereich. Dabei wurden praxisnahe Möglichkeiten der Druckentlastung und Prävention aufgezeigt.

Die zweite Sitzung widmete sich zunächst den Hautproblemen bei Menschen mit chronischen Wunden. Frau K. Protz stellte typische dermatologische Herausforderungen sowie Möglichkeiten der Prävention und Therapie vor. Ein besonderes soziales Projekt wurde anschließend durch Frau I. Schulz präsentiert: Der ASB-Wünschewagen wurde vorgestellt und seine Bedeutung für schwerstkranke Menschen eindrucksvoll erläutert.

Am Nachmittag standen Entzündungen und Infektionen in der Wundversorgung im Mittelpunkt. Herr D. Baum und Dr. med. B. Brinkers vermittelten aktuelle Erkenntnisse zum Erkennen, Behandeln und Vorbeugen infektiöser Komplikationen. Im Anschluss informierte Frau S. Mester über die Befugniserweiterung in der Pflege und das aktuelle Update zur Übertragung heilkundlicher Tätigkeiten. Dabei wurden die Chancen einer erweiterten Verantwortung der Pflegeberufe für die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden diskutiert. Die abschließende Sitzung wurde von Dr. med. S. Dalicho moderiert. Dr. med. E. Mendoza gab einen Überblick über aktuellen Entwicklungen der Kompressionstherapie und stellte Neuerungen unter dem Titel „Kompression 2.0 – was gibt es Neues?“ vor.

Den Abschluss bildete die beliebte Falldiskussion „Der besondere Fall – aus der Praxis für die Praxis“. Vertreterinnen und Vertreter des Klinikums Magdeburg, der Wundambulanz der Universitäts-Hautklinik, sowie der Wundsprechstunde des MVZ „Im Altstadtquartier“ präsentierten interessante Kasuistiken und diskutierten gemeinsam mit den Teilnehmerinnen und Teilnehmern diagnostische und therapeutische Strategien für komplexe Wund-



v. l.: Dr. med. B. Brinkers
und Dr. med. S. Dalicho

situationen. Die lebhaften Diskussionen und der intensive fachliche Austausch unterstrichen erneut die Bedeutung der Interdisziplinarität in der modernen Wundversorgung.

Die gesamte Verpflegung während der Tagung wurde durch die MUKS GmbH der Universitätsmedizin Magdeburg sichergestellt. Bereits im Vorfeld erfolgten konkrete Absprachen zur gesundheitsförderlichen Ausrichtung des Speisenangebots. So standen den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ausgewogene und qualitativ hochwertige Speisen zur Verfügung. Insbesondere die frischen Salate und leichten Zwischenmahlzeiten wurden sehr positiv aufgenommen. Damit war die Verpflegung nicht nur schmackhaft, sondern setzte zugleich ein sichtbares Zeichen für einen gesundheitsbewussten Lebensstil und unter-

strich den präventiven Anspruch der Veranstaltung. Neben den wissenschaftlichen Vorträgen bot die Industrieausstellung Gelegenheit, neue Produkte und Versorgungsmöglichkeiten kennenzulernen sowie Kontakte zwischen den verschiedenen Berufsgruppen zu vertiefen. Die positive Resonanz der Teilnehmerinnen und Teilnehmer bestätigte einmal mehr den hohen Stellenwert der Interdisziplinären Fachtagung für Wundbehandler als feste Fortbildungsveranstaltung in Mitteldeutschland.

Korrespondenzadresse:

Dr. med. Carl Meißner M. Sc.

Facharzt für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
Ernährungsmediziner, Ernährungstherapeut (FH)
MVZ „Im Altstadtquartier“ GmbH
Max-Otten-Straße 14, 39104 Magdeburg

Ausstellung „Systemerkrankung“ im Haus der Heilberufe Aufarbeitung und Mahnung zugleich

Erschütternd, bewegend und so aktuell: Noch bis zum 29. September 2026 ist im Haus der Heilberufe in Magdeburg die Wanderausstellung „Systemerkrankung. Arzt und Patient im Nationalsozialismus“ auf Einladung der KVSA zu erleben. Am 19. August wurde die preisgekrönte Schau, die sich der Aufarbeitung ärztlichen Wirkens in Deutschlands dunkelstem Kapitel widmet, offiziell eröffnet. Anhand von Fallbeispielen können Besucher nachvollziehen, wie aus Ärztinnen und Ärzten Täter wurden, wie sie bei der Selektion „unwerten Lebens“ und seiner Vernichtung halfen; wie jüdische Kolleginnen und Kollegen systematisch aus Ämtern gedrängt und an der Berufsausübung gehindert wurden.

Zur Eröffnung kamen neben dem KVSA-Vorstandsvorsitzenden Dr. Jörg Böhme, Landtagsvizepräsidentin Anne-Marie Keding (CDU), der Co-Kurator der Ausstellung Sjoma Liederwald und Judith Gebauer, Leiterin der Gedenkstätte für Opfer der NS-„Euthanasie“ Bernburg zu Wort.

Letzter Redner war Raimund Dehmlow, der unter anderem am Beispiel von Dr. Julius Kahn (1885 – 1939) verdeutlichte, was die Machtergreifung für einen angesehenen Magdeburger Arzt mit jüdischen Wurzeln bedeutete: Dr. Kahn war Vorsitzender des „Vereins Magdeburger Kassenärzte“ – bis er nicht nur um dieses Amt, sondern auch um Approbation und sein Leben gebracht wurde. Seine letzte Ruhe hat er auf

dem Israelitischen Friedhof am Farmersleber Weg in Magdeburg gefunden. Es ist ohne Grabstein. Bis jetzt. Dieter Steinecke, ehemaliger Landtagspräsident, will sich nun für einen Grabstein stark machen. Der Bibliothekar und Forscher Dehmlow wird im Oktober sein Buch „Wir waren Deutsche“. *Jüdische Ärztinnen und Ärzte in Magdeburg* veröffentlichen. Es erscheint im mdv Mitteldeutschen Verlag (ISBN 978-3-68948-196-4, 30 Euro).

Thomas Dörner, Vizepräsident der Ärztekammer Sachsen-Anhalt, kommentierte nach der Eröffnung: „Diese Schau mahnt uns mehrfach, dass Politik sich nicht in die ärztliche Selbstverwaltung einmischen darf, damit wir Ärztinnen und Ärzte nie wieder Teil solch einer Maschinerie werden.“

Wer nun die Ausstellung besuchen möchte – bis zum 29. September besteht dazu die Möglichkeit im Haus der Heilberufe am Doctor-Eisenbart-Ring 2 (Montag bis Donnerstag von 9 bis 17 Uhr, Freitag 9 bis 13 Uhr).



Empfehlenswerte Schau zum Thema Ärzteschaft im Nationalsozialismus. Im Foto das Plakat zur Ausstellung.



Drei zentrale Neuerungen

Aktuelles zur medizinischen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz

Autorinnen/Autoren: Hannah Franke, Amand Führer, Salomon Gehring

Mit dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) wurde vor 33 Jahren eine sozialrechtliche Ausnahmesituation geschaffen, wobei sich das AsylbLG sowohl in der Form (Sachleistungsprinzip) als auch in der Höhe (weniger) von den regulären sozialen Sicherungssystemen unterscheidet. Anders als der Name des Gesetzes es vermuten ließe, geht der Anwendungsbereich des Gesetzes über den Kreis Asylsuchender (also Menschen im Asylverfahren) hinaus: Es umfasst beispielsweise auch geduldete Menschen und Menschen ohne regulären Aufenthaltstitel und gilt hierbei i. d. R. in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland. Für die medizinische Versorgung ist vor allem § 4 Abs. 1 und 2 des AsylbLG relevant.

Da § 4 AsylbLG in der medizinischen Alltagspraxis häufig in einer Weise interpretiert und angewendet wird, die nicht (bzw. nicht mehr) der aktuellen Rechtslage entspricht, soll dieser Beitrag häufige Missverständnisse aufgreifen und drei zentrale Neuerungen erläutern, die sich aus der Rechtsentwicklung der letzten Jahre ergeben.

Erstens: Zukünftig keine abgesenkten medizinischen Leistungen bei Kindern und Jugendlichen

Am 12. Juni 2026 tritt in der medizinischen Versorgung von geflüchteten Minderjährigen eine wichtige Verbesserung in Kraft. Insgesamt stellt die europäische Reform¹ und dessen deutsche Umsetzung aus menschenrechtlicher Perspektive zwar schlechte Aussichten für geflüchtete Menschen dar, etwa durch beschleunigte Verfahren, sowie die geplante Inhaftierung oder haftähnliche Unterbringung von Minderjährigen.² Bezogen auf die medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen bringt die Reform Verbesserungen mit sich: Zukünftig muss allen sich in Deutschland aufhaltenden asylsuchenden sowie geduldeten Kindern und Jugendlichen dieselbe Art von Versorgung gewährt werden wie

Minderjährigen mit deutscher Staatsangehörigkeit. Es kommt hierbei nicht darauf an, ob es sich um Minderjährige handelt, die in Begleitung ihrer Eltern in Deutschland leben, oder um unbegleitete Minderjährige. Zudem darf eine während der Minderjährigkeit begonnene Behandlung bei Erreichen der Volljährigkeit nicht mehr abgebrochen werden (§ 4 Abs. 4 AsylbLG).

Zweitens: Gesundheitsleistungen sind nicht von einer Genehmigung abhängig.

In Sachsen-Anhalt werden von Behörden (i. d. R. den Sozialämtern) Behandlungsscheine³ ausgestellt, um die Abrechnung medizinischer Leistungen zu regeln. Diese Behandlungsscheine werden teilweise nur für einzelne Behandlungsanlässe erteilt.⁴ Damit geht einher, dass Patientinnen und Patienten zunächst zum Sozialamt gehen müssen, bevor sie in die Praxis oder das Krankenhaus gehen können.⁵ Diese Behandlungsscheinbürokratie⁶ ist jedoch rechtswidrig. Denn im AsylbLG gilt nicht der Antrags-, sondern der Kenntnisgrundsatz. Der Kenntnisgrundsatz hat zur Folge, dass die Leistungen (nur) davon abhängen, dass der Behörde die Tatsachen bekannt sind (egal, woher die Informationen stammen), aus denen der Sozialleistungsanspruch folgt. Im Klartext: Es genügt, der Behörde die Umstände mitzuteilen, die auf den Bedarf nach Prävention, Diagnostik oder Behandlung schließen lassen. Ab diesem Inkennissetzen besteht der Anspruch auf die Leistung. Es braucht keinen Behandlungsschein. Das hat das Bundessozialgericht 2024 bezogen auf einen Krankenhausaufenthalt bei einer psychischen Erkrankung entschieden.⁷

Wenn Ärztinnen und Ärzte dennoch Bedenken bezüglich der Kostenübernahme haben, können sie – abseits von Notfällen – bei der Behörde eine Bestätigung über den Behandlungsanspruch anfragen. Jedoch darf die Leistungsgewährung bzw.



die Kostenübernahme einer erbrachten Behandlung nicht davon abhängig gemacht werden, dass vor Behandlungsbeginn eine Rückmeldung aus der Behörde vorliegt.⁸

Drittens: Das AsylbLG ist nicht auf „akute Erkrankungen“ beschränkt.

Im § 4 Abs. 1 AsylbLG ist die Formulierung „akute Erkrankungen und Schmerzzustände“ enthalten. Diese Formulierung sorgt in der Praxis vielfach für Verwirrung und wird oft falsch interpretiert. Das Bundessozialgericht hat daher 2024 in zwei Urteilen⁹ nunmehr klargestellt, dass es dabei nicht auf Akuität im medizinischen Sinne ankommen kann, sondern auf die Dringlichkeit der Behandlung. Dies gilt auch bei psychischen Erkrankungen. Unter Dringlichkeit versteht das Bundessozialgericht in diesem Zusammenhang, dass die medizinische Versorgung zur Abwendung einer unumkehrbaren oder zeitnahen Verschlechterung des Gesundheitszustandes notwendig ist bzw. notwendig bleibt. Dabei soll laut Bundessozialgericht (vor allem bei langfristigen Behandlungen) berücksichtigt werden, dass die Versorgung in dem Zeitraum bis zu einer Abschiebung abgeschlossen werden kann.¹⁰ Dies dürfte in der ärztlichen Praxis jedoch nur schwer ermittelbar sein und in Konflikt mit der Musterberufsordnung stehen.¹¹

Jedenfalls aber ist der auf den Behandlungsscheinen abgedruckte Wortlaut der Vorschrift (in der es eben heißt, nur akute Erkrankungen seien vom Leistungsumfang umfasst) somit durch Rechtsprechung überholt. An ihm darf man sich nicht orientieren. Zudem werden in § 4 die Leistungen bei Schwangerschaft, Geburt, Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen geregelt.

Weitere Leistungen (einschließlich Pflege, Hilfsmittel, Sprachmittlung etc.) gewährt § 6 AsylbLG, sofern sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Auf diese Vorschrift wird hier nicht weiter eingegangen.¹²

Ausblick

Bei Patientinnen und Patienten ohne Gesundheitskarten müssen nicht die Hände über dem Kopf zusammengeschlagen werden. Leistungsberechtigte nach AsylbLG müssen (und dürfen) nicht weggeschickt werden, und sie müssen weitestgehend auch nicht auf anonyme Behandlungsscheine oder ehrenamtliche Strukturen wie Medinette oder Praxen ohne Grenzen verwiesen werden. Stattdessen bestehen Rechtsansprüche im AsylbLG in einem aktuell gar nicht so schlechten Umfang. Dieser muss jedoch medizinisch umgesetzt und ggf. rechtlich durchgesetzt werden.

Wie aufgezeigt, sind die in der Praxis kursierenden Annahmen zum AsylbLG restriktiver als die Rechtslage.¹³ Ärztinnen und Ärzte müssen wissen, dass sich der Anspruch nicht auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt. Der Anspruch ist auch nicht von einer vorherigen Genehmigung abhängig, sondern maßgeblich ist die ärztliche Einschätzung der Behandlungsdringlichkeit. Bei juristisch korrekter Anwendung des AsylbLG steht einer leitlinien-gerechten Versorgung von Asylsuchenden im Regelfall nichts entgegen. Ein Wandel der medizinischen Alltagspraxis bei der Versorgung nach AsylbLG ist daher angezeigt.

Korrespondenzadresse:

Institut für Medizinische Epidemiologie,
Biometrie und Informatik
Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität
Halle-Wittenberg
Profizentrum Gesundheitswissenschaften
Magdeburger Straße 8
06112 Halle (Saale)
E-Mail: amand-gabriel.fuehrer@uk-halle.de



Artikel mit Literatur hier abrufbar:
<https://t1p.de/asylblg>

Notfälle kommen
aus heiterem Himmel.
Rettung auch.



DRF Luftrettung

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



11. Ethiktag der Universitätsmedizin Magdeburg

KI in der Medizin – ethische Chancen und Herausforderungen

Das Klinische Ethikkomitee (KEK) der Universitätsmedizin Magdeburg unter der Leitung von Prof. Dr. Bettina Hitzer lud am 18. Juni erneut zum jährlichen Ethiktag ein. In diesem Jahr stand die Veranstaltung unter dem Thema „KI in der Medizin – ethische Chancen und Herausforderungen“.

Künstliche Intelligenz (KI) verändert die Medizin in bislang ungekanntem Tempo und eröffnet große Potenziale für eine präzisere Diagnostik sowie effizientere und stärker patientenzentrierte Therapien. Gleichzeitig wirft sie ethische Fragen auf, die unser grundlegendes Verständnis vom Menschsein und von der medizinischen Profession berühren.

Beim 11. Ethiktag erwarteten die Teilnehmenden Vorträge renommierter externer Expertinnen und Experten, die unterschiedliche Facetten des Themas beleuchteten, sowie eine Podiumsdiskussion mit Vertreterinnen und Vertretern der Universitätsmedizin Magdeburg, die konkrete Anwendungsfelder in den Blick nahmen. Eröffnet wurde die Veranstaltung mit einer Posterausstellung, die Einblicke in aktuelle KI-Projekte vor Ort bot. So präsentierte die Universitätsklinik für Psychosomatik und Psychotherapie ihre Forschung zur KI-gestützten Sprach- und Stimmanalyse als Prädiktor für die Qualität der

therapeutischen Allianz. Zugleich untersuchten die Forschenden Methoden der Sprachanonymisierung. Diese ist Voraussetzung für den Aufbau überregionaler Forschungsdatenbanken und die Durchführung standortübergreifender Supervisionen. Weitere Poster präsentierten Forschungsprojekte zur KI-Anwendung in der Nuklearmedizin, der Radiologie sowie der Pädiatrie.

Die Vortragsession eröffnete Prof. Dr. Martina Heßler (TU Darmstadt). Die Technikhistorikerin betrachtete das Mensch-Maschine-Verhältnis aus der Perspektive des Fehlers. Die Vorstellung, Maschinen seien fehlerfrei, habe sich laut Heßler zu Beginn des 19. Jahrhunderts etabliert und wirke bis heute nach. Damit sei zugleich die Annahme verbunden gewesen, Maschinen seien dem fehlerhaften Menschen überlegen. Auch gegenwärtige KI verspreche, „besser“ zu sein als der Mensch. Tatsächlich zeige die tägliche Erfahrung jedoch, dass auch sie fehleranfällig sei: Sie halluziniere, treffe falsche Aussagen und sei in vielerlei Hinsicht von Verzerrungen (Bias) geprägt. Die Referentin zeigte Dilemmata auf, die aus dem Zusammenspiel fehlerhafter Menschen und fehlerhafter Maschinen entstehen, etwa ein neuartiges Nichtverstehen technologischer Systeme sowie neue Fragen der Verantwortung.

Der Soziologe Prof. Dr. Stefan Selke (Hochschule Furtwangen) plädierte in seinem Vortrag dafür, KI nicht allein als Werkzeug zu betrachten. Stattdessen schlug er ein differenzierteres Modell vor, in dem KI verschiedene Rollen einnehmen könne – etwa als Assistenz zur umfassenden Unterstützung des Menschen, als eine Art sozialer Partner oder sogar als Super-Ego. Solche neuen Beziehungen zwischen Mensch und KI entstünden schleichend und würden insbesondere dort sichtbar, wo menschliche Fürsorge abnehme. Dies sei im Gesundheits- und Pflegebereich vor allem dann der Fall, wenn persönliche Betreuung zunehmend durch auf Effizienz ausgerichtete, technisch gesteuerte Lösungen ersetzt werde, die Subjektivität lediglich simulierten. Welche Rolle(n) KI künftig einnehmen werde und ob sie dem Menschen tatsächlich diene, hänge jedoch davon ab, wie wir unsere Zukunft erzählten – als Arrangement mit dem scheinbar Alternativlosen oder als Aufbruchsgeschichte, die Vorstellungskraft und kollektives Lernen fördere. Sinnhaftigkeit sei die eigentliche Mangelware des 21. Jahrhunderts – nicht Rechenleistung, so Selke.

Prof. Dr. Arne Manzeschke (Evangelische Hochschule Nürnberg) beleuchtete das Thema aus ethisch-anthropologischer Perspektive. Dabei knüpfte er an Technikphilosophen der 1980er-Jahre an, die die Einführung neuer Technologien für ebenso bedeutsam für die gesellschaftliche Ordnung hielten wie die Einführung neuer Gesetze. Das Collingridge-Dilemma beschreibe treffend die Schwierigkeit der Technikfolgenabschätzung: Solange eine Technik noch wenig bekannt und etabliert sei, wisse man nur wenig über ihre Auswirkungen und möglichen unerwünschten Nebenwirkungen. Sei sie dagegen bereits weit verbreitet, lasse sie sich nur noch schwer kontrollieren oder gar zurücknehmen. Laut Manzeschke überschreite der Charakter von KI und Robotik den eines bloßen Werkzeugs deutlich. Ihr sozialer und moralischer Status sei bislang unklar. Der Einsatz von KI und Robotik in sozialen Handlungsfeldern bedürfe daher eines breit angelegten gesellschaftlichen Lernprozesses. Forschungs- und Entwicklungsprozesse müssten deshalb frühzeitig auch nichttechnische Fragestellungen einbeziehen.

Zum Abschluss gab Dr. Justyna Stypińska Einblicke in ein aktuelles Forschungsprojekt zur Altersdiskriminierung durch KI. Sie erläuterte das Konzept des „AI Ageism“, das beschreibt, wie Altersbilder und KI-Technologien zusammenwirken und dadurch soziale Ungleichheiten entstehen oder verstärkt werden können. Zum Forschungsprojekt gehörte auch die Analyse von Start-ups, die technische Lösungen für Menschen mit Demenz oder anderen kognitiven Beeinträchtigungen entwickeln. Stypińska hat seit 2025 die Dorothea-Erxleben-Gastprofessur an der Fakultät für Humanwissenschaften der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg inne.

An der anschließenden Podiumsdiskussion nahmen Vertreterinnen und Vertreter der Universitätsmedizin Magdeburg teil: Prof. Dr. Fabian-Simon Frielitz (Telemedizin, Digitalisierung und Ökonomie in der Medizin), Prof. Dr. Antje Redlich (Universitätskinderklinik) und Prof. Dr. Julian Varghese (Institut für Medical Data Science).

Der Gesundheitsökonom und Jurist Frielitz erforscht den Nutzen digital gestützter Versorgungskonzepte im Gesundheitswesen und entwickelt Strategien für deren Überführung in die Regelversorgung. Dabei müssten alle Aspekte der Gesundheitsversorgung einschließlich sozialer, ethischer, rechtlicher, organisatorischer und wirtschaftlicher Herausforderungen berücksichtigt werden.

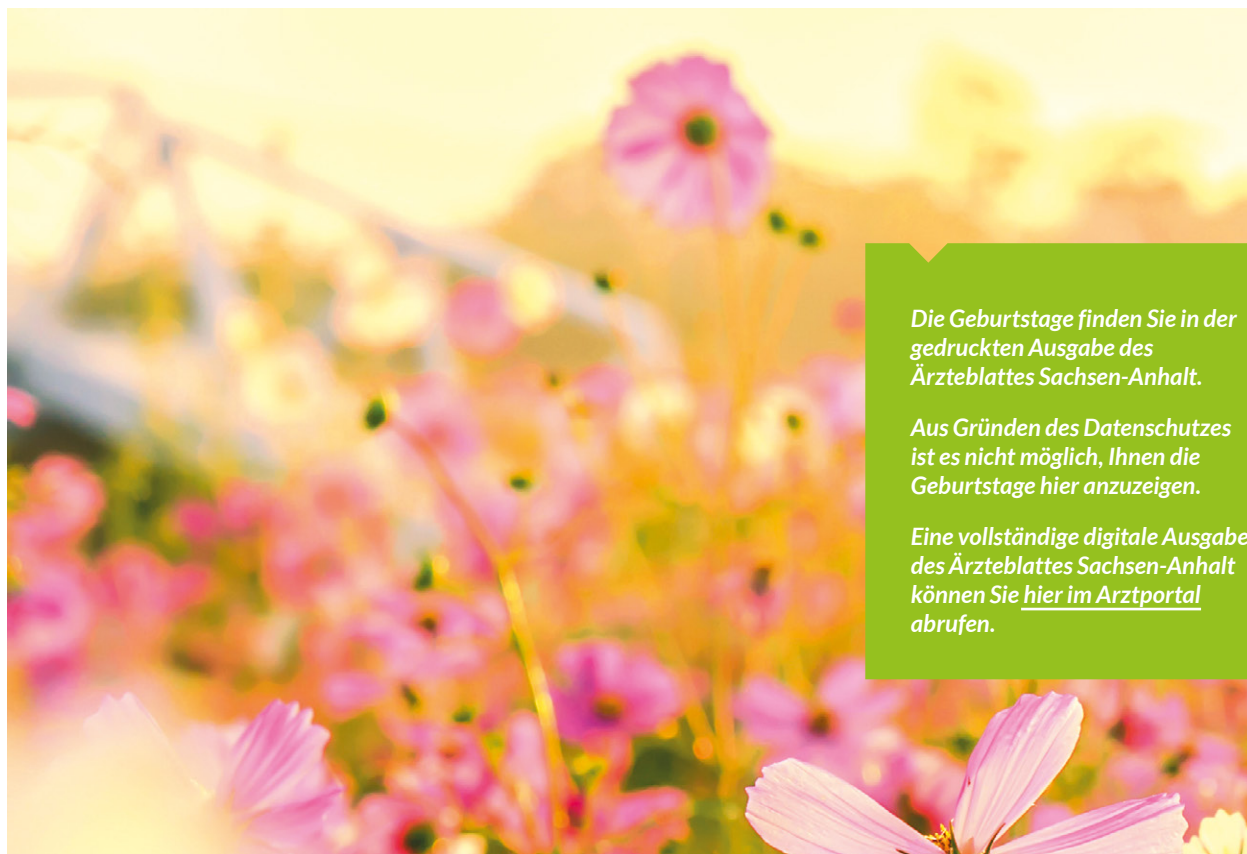
Redlich sprach sich als Klinikerin und Forscherin in der Kinderonkologie dafür aus, Machine-Learning-Modelle zur Unterstützung von Therapieentscheidungen möglichst nur dann einzusetzen, wenn deren Funktionsweise selbst programmiert oder zumindest grundlegend verstanden worden sei. Änderungen im Code oder in der zugrunde liegenden Datenbasis führten zwangsläufig auch zu Veränderungen der Ergebnisse. Ein verantwortungsvoller Umgang mit KI müsse deshalb bereits im Medizinstudium vermittelt und in die ärztliche Fort- und Weiterbildung integriert werden.

Als Mitglied der GMDS-Arbeitsgruppe „Medizinische Informatik-Lehre in der Medizin“ entwickelt Varghese Empfehlungen für eine bundesweit zukunftsorientierte Ausbildung, die aktuelle Entwicklungen wie KI und Digitalisierung berücksichtigt. Das von ihm geleitete Institut unterstützt an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität sowohl Grundlagenwissenschaftlerinnen und -wissenschaftler als auch klinisch Forschende bei der Analyse großer Datensätze mithilfe moderner Verfahren der Mustererkennung.

Die vielfältigen Beiträge des Ethiktages machten deutlich, dass sich der Einsatz von KI im Gesundheitswesen nicht pauschal bewerten lässt. Vielmehr müsse jede Anwendung im Hinblick auf ihr spezifisches Einsatzgebiet beurteilt werden. Die Veranstaltung machte Mut, die tiefgreifenden Entwicklungen der Künstlichen Intelligenz in der Medizin aktiv mitzugestalten.

Korrespondenzadresse:

Prof. Dr. Bettina Hitzer, Dr. Anna Siemens
Klinisches Ethikkomitee (KEK)
c/o Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin
Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg
Medizinische Fakultät, Leipziger Str. 44, 39120 Magdeburg
E-Mail: anna.siemens@med.ovgu.de
Internet: <https://get.med.ovgu.de>



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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es nicht möglich, Ihnen die Geburtstage hier anzuzeigen.

Eine vollständige digitale Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt können Sie [hier im Arztportal abrufen](#).

Geburtstage

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



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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es nicht möglich, Ihnen die Geburtstage hier anzuzeigen.

Eine vollständige digitale Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt können Sie [hier im Arztportal abrufen](#).

Geburtstage

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

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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es nicht möglich, Ihnen die Geburtstage hier anzuzeigen.

Eine vollständige digitale Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt können Sie [hier im Arztportal](#) abrufen.

Geburtstage

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

in memoriam

Wir trauern um unsere verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es aktuell nicht möglich, Ihnen die Verstorbenen hier anzuzeigen.

Ab dem kommenden Heft werden wir Ihnen eine zusätzliche Alternative im Arztportal anbieten können, die auch diese Informationen enthält.

in memoriam

Wir trauern um unsere verstorbenen Kolleginnen und Kollegen

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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es aktuell nicht möglich, Ihnen die Verstorbenen hier anzuzeigen.

Ab dem kommenden Heft werden wir Ihnen eine zusätzliche Alternative im Arztportal anbieten können, die auch diese Informationen enthält.

in memoriam

Wir trauern um unsere verstorbenen Kolleginnen und Kollegen



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

Aus Gründen des Datenschutzes ist es aktuell nicht möglich, Ihnen die Verstorbenen hier anzuzeigen.

Ab dem kommenden Heft werden wir Ihnen eine zusätzliche Alternative im Arztportal anbieten können, die auch diese Informationen enthält.



Mit großer Trauer

Abschied von unserem geschätzten Kollegen, Freund und großartigen Menschen Dr. Mike Matzke



Dr. Mike Matzke wurde am 18. September 1965 geboren und verstarb am 25. Mai 2026.

Der gebürtige Hannoveraner, bekennende 96-Fan und leidenschaftliche Neurologe prägte über viele Jahre die neurologische Versorgung in Sachsen-Anhalt.

Vom 1. September 1999 bis zum 31. Juli 2016 war er an der Universitätsklinik für Neurologie Magdeburg

tätig. Dort brachte er sich klinisch, wissenschaftlich und kollegial mit großer Verlässlichkeit, fachlicher Tiefe und menschlicher Wärme ein. Im Anschluss setzte er seine ärztliche Tätigkeit in der neurologischen Rehabilitation fort und war in den vergangenen Jahren als niedergelassener Neurologe in Klötze tätig.

In Sachsen-Anhalt hat sich Mike Matzke wie kaum ein anderer als hilfsbereiter Arzt, verlässlicher Kollege und echter Freund gezeigt. Immer auf Augenhöhe, offen, zugewandt und mit feinem Gespür für sein Gegenüber gelang es ihm, die Menschen und regionalen Besonderheiten Sachsen-Anhalts nicht nur kennenzulernen, sondern sie mit großer Herzlichkeit anzunehmen und zu teilen.

Unvergessen bleibt sein Wirken als Experte für Multiple Sklerose. Neben der ärztlichen Versorgung engagierte er sich über viele Jahre mit großer Leidenschaft für Patientinnen und Patienten mit MS, insbesondere durch Patientenveranstaltungen, regionale Fortbildungsangebote und sein langjähriges Engagement für die Deutsche Multiple Sklerose Gesellschaft in Sachsen-Anhalt.

Für Betroffene, Angehörige sowie Kolleginnen und Kollegen war er ein Ansprechpartner, der neuro-

logische Expertise mit Menschlichkeit, Humor und echter Anteilnahme verband. Er verstand es, medizinisches Wissen verständlich zu vermitteln, Ängste aufzufangen und Menschen in oft schwierigen Krankheitsphasen zu begleiten.

*„Immer auf Augenhöhe,
offen, zugewandt
und mit feinem Gespür
für sein Gegenüber“*

Mit Mike Matzke verlieren wir eine Integrationsfigur für Medizin und Gesellschaft. Er setzte sich tagtäglich für ein unterstützendes, offenes und menschliches Miteinander ein und stand zeitlebens für eine weltoffene Gesellschaft, in der Respekt, Solidarität und Zusammenhalt selbstverständlich sind – Werte, die gerade in der heutigen Zeit wichtiger denn je sind. Sein Umfeld hat er bestärkt, verbunden und inspiriert.

Unvergessen bleibt auch sein 50. Geburtstag, an dem er seine große Familie aus Freunden und Kollegen zu einem einzigartigen Fest mit Musik, Tanz und Lebensfreude eingeladen hat. Dieser Abend steht sinnbildlich für das, was Mike ausmachte: Wärme, Großzügigkeit, Gemeinschaft und die Fähigkeit, Menschen zusammenzubringen.

Für uns bleibst Du nicht nur ein wunderbarer Mensch, Freund und Arzt, sondern auch ein ewig jung gebliebener Rockstar.

Lieber Mike, wir werden Dich vermissen.

Dr. Marc Pawlitzki



Buchrezension

Das illustrierte Wörterbuch des Buches

Hrsg. von Stephan Füssel

Favoritenpresse, Berlin 2026, gebunden mit Hardcover, reich illustriert, ISBN 978-3-96849-146-2, 17,8 x 20,3 x 4 cm, 348 Seiten, 28,00 €

Kann man heutzutage nicht jeden Begriff erschöpfend über eine Suchmaschine klären? Kann man sicher! Wozu also solch ein Sachwörterbuch?

Erwiesenermaßen bevorzugen Buchleser zu etwa zwei Dritteln noch das körpergefühlte Buch in der Hand. Das vorliegende Werk ist die 8. Auflage dieses Wörterbuches. In seiner Geschichte hat es sowohl bezüglich Herausgeber als auch verantwortlichen Verlages nötige Wandlungen erfahren, diese bisher letzte erstmalig illustriert. Für die Texte zu den Stichwörtern zeichnet der renommierte Gutenberg-Spezialist Stephan Füssel verantwortlich. Die grafische Ausstattung wird von einem Team von 24 Künstlern um den Comiczeichner, Illustrator und Grafiker Jacob Hinrichs realisiert. Und so geht die Reise dann los durch das Alphabet, von Abbildung über Backlist, Canvas, E-Book, Pagina, Sabon etc. bis Zwitterdrucke. Lediglich das Ypsilon trägt nichts Buchbegriffliches zu den Initialen bei. Die Texte der Begriffserklärungen sind in zweispaltigen Satzspiegeln geschrieben, die Begriffe selbst durch fette Schrift hervorgehoben. Verweise auf im gleichen Buch nachlesbare Begriffe, z. B. von Bouquiniste auf Antiquariat werden farblich abgesetzt.

Inhalt dieses Wörterbuches sind Spezifika aus dem Verlagswesen, dem Buchdruck, dem Buchhandel, der Historie u. v. a. m. Stellt sich die Frage: Muss ein Leser, eine Leserin das alles wissen, um ein Buch gewinnbringend konsumieren zu können? Es interessiert doch vordergründig nur der Inhalt der Seiten, die Aussage der Texte. Es gibt jedoch auch ausgesprochen bibliophile Leser, die an der Gestalt ihres „Lieblings“ Gefallen finden. Für sie und so manchen anderen Betrachter ist dieses Buch wohl auch gedacht. Und dann die charmanten Besonderheiten der Sprache der Buchwerktätigen, z. B. der Schriftsetzer mit der modernen Berufsbezeichnung Mediengestalter für Digital- und Printmedien. Da gibt es die Scharteke, den Zwiebfelfisch, den Schusterjungen, die Jungfer, den Ramsch, das Idiotikon und nicht zu vergessen das Repetitorium, letzteres ehemaligen Studenten ein treuer Begleiter durchs Physikum. Die in der 8. Auflage erstmaligen Illustrationen sind überwiegend Streubilder, in die Textspalten eingefügt aber auch ganzseitige Abbildungen. Sie

dienen hier weniger der seriösen Inhaltsklärung als vielmehr der karikativen humorigen Auflockerung. Durch ihre einheitliche Farbgestaltung in smaragdgrün und schwarz vermitteln sie trotz ihrer verschiedenen Schöpfer eine gewisse Einheitlichkeit. Ihre Aussage muss man sich aber mitunter erst erarbeiten.

Beeindruckend sind die ganzseitigen, expressiv abstrahierten Buchstaben des ABC der Stichwörter, in einer Auswahl auf dem Cover dargestellt.

Dieses im kompakten Format vorliegende Buch vermittelt die spezielle Freude am Lesen lexikalischer Reihen bei aller eigentlich vorgesehenen Verwendung der Einträge für die beteiligten Gewerke, Gewerbe und sonstigen Interessenten.

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



Reiseführer
(Titel des Bildes,
Abb. S. 250 im Buch)



SUCHTBERATUNG DIGITAL FÜR BETROFFENE UND ANGEHÖRIGE

DigiSucht ist ein Angebot der professionellen Suchthilfe. Die Online-Beratung für Angehörige & Betroffene bietet Hilfe zu Fragen rund um die Themen Alkohol, Drogen und anderen Suchtmitteln sowie Glücksspiel und Mediennutzung.

Freundlich. Professionell. Anonym. Und kostenfrei!

Jetzt beraten lassen unter
www.suchtberatung.digital

LS Landesstelle für Suchtfragen
im Land Sachsen-Anhalt
DigiSucht_LSA
Landeskoordination
© LS-LSA 2025 | www.ls-suchtfragen-lsa.de

SACHSEN-ANHALT #moderndenken
Ministerium für
Arbeits-, Soziales, Gesundheit
und Gleichstellung

DigiSucht
suchtberatung.digital

Gefördert durch:
Bundesministerium
für Gesundheit
aufgrund eines Beschlusses
des Deutschen Bundestages



MEDIADATEN 2026

Sie wollen eine Anzeige im
Ärzteblatt Sachsen-Anhalt schalten?
Hier finden Sie die
aktuellen Mediadaten:
<https://t1p.de/media2026>

Erscheinungsdaten Ärzteblatt Sachsen-Anhalt 2026

Ausgabe	Erscheinungstag	Redaktions-/Anzeigenschluss
10/2026	02.10.2026 (Freitag)	31.08.2026 (Montag)
11/2026	30.10.2026 (Freitag)	28.09.2026 (Montag)
12/2026	05.12.2026 (Samstag)	03.11.2026 (Dienstag)

STÄDTISCHES
KLINIKUM
DESSAU



Akademisches Lehrkrankenhaus
mit Hochschulabteilungen der
Medizinischen Hochschule
Brandenburg Theodor Fontane

24. Neurologisches Symposium – Aktuelle Aspekte der Neurologie

Samstag, 26. September 2026
Radisson Blu Hotel Fürst Leopold Dessau

THEMEN:

- » Sleepless Brain: Insomnie klinisch gedacht
- » Pharmakologie im Alter:
Schlaf, Schmerz, Delir
- » Kognitive Bedside Untersuchung
- » Carotis-Stenose – trotz vieler Studien,
schwierige Therapieentscheidung!?
- » Ohne Epstein-Barr-Virus keine
Multiple Sklerose?
- » Netzwerke in der Epilepsie
- » Katatonie: gestörte Basalganglienschleifen
in der Psychiatrie
- » Menschenbasierte KI und Gesundheit
- » Nicht immer der übliche Verdächtige:
Zustandsschwankungen bei Parkinson
jenseits von On-Off-Fluktuationen

Frau PD Dr. S. Spieker – Chefarztin
Herr Norman Scharf – Sekretariat
Klinik für Neurologie
Städtisches Klinikum Dessau
Tel: (0340) 501 1473 | Fax: (0340) 501 1470

Für die Veranstaltung sind 6 Fortbildungspunkte
genehmigt. Die Veranstaltung wird nur in
Präsenz stattfinden!

Nachfolge gesucht für aussichtsreiche Frauenarztpraxis in Teutschenthal/Saalekreis

Die gut eingeführte Einzelpraxis für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe verfügt über einen treuen Patientin-
nenstamm und ehrliche, motivierte Mitarbeiter.

**Wir suchen zum nächstmöglichen Zeitpunkt
eine/n engagierte/n Kollegin/Kollegen
zur kompletten Praxisübernahme
(KV-Sitz, Patientenstamm, Ausstattung)**

Die Praxisgröße beträgt 120 m² mit 10 Räumen: Re-
zeption, Sprechzimmer, US-Raum, CTG-Zimmer, Labor,
Wartezimmer, 2x WC, Küche, Bereitschaftszimmer.

Wir verfügen über eine voll digitalisierte Administration
mit moderner Praxissoftware von tomedo. Es besteht
ein barrierefreier Zugang. Die Räumlichkeiten ein-
schließlich der 4 Parkplätze sind gemietet. Im Haus be-
findet sich in der 2. Etage eine Praxis für Physiotherapie.

Teutschenthal ist eine sehr große Gemeinde in unmittel-
barer Nähe zur Großstadt Halle/Saale. Es besteht eine
gute Verkehrsanbindung an den ÖPNV. Die nicht weit
entfernte Autobahn A38 macht es vielen Patientinnen
von außerhalb leicht, zu uns zu gelangen.

Über Ihr Interesse freut sich die:
Frauenarztpraxis, Dipl.-Med. Annette Müller
Friedrich-Henze-Straße 96, 06179 Teutschenthal
Telefon: 034601/398111
info@gynpraxismüller.de, www.gynpraxismüller.de

SIE SUCHEN ? - WIR FINDEN !

 **ASTRID PRANTL**
ARZTEVERMITTLUNG

Ihr zuverlässiger Dienstleister für KV-Dienste !

☎ 030. 863 229 390
☎ 0171. 76 22 220
📍 Pappelallee 33 • 10437 Berlin
✉ kontakt@ap-aerztevermittlung.de
🏠 www.ap-aerztevermittlung.de



KV-Dienste ABGEBEN in SACHSEN-ANHALT

- Vertretungssicherheit
- Rundum Betreuung
- Komplette Organisation
- 24/7 -Service
- 100 % Dienstvermittlung
- Umfangreicher Vertreterpool
- Gutes Preis-Leistungsverhältnis



BEWÄHRT ZUVERLÄSSIG PERSÖNLICH



Zeit für den Menschen – Zeit zum Leben.

AMD.BG BAU
Arbeitsmedizinischer Dienst



Wir bieten Ihnen:



Vereinbarkeit von Familie und Beruf

Flexible Arbeitszeit ohne Nacht-, Bereitschafts- und Wochenenddienst

6 Wochen Jahresurlaub,
4 Flexstage pro Jahr
und bis zu 16 Gleittage



Fester Kundenstamm
mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise



Attraktive Vergütung
Dienstfahrzeug – auch zur privaten Nutzung,
Möglichkeit zur Teilnahme am Bonussystem,
Vermögenswirksame Leistungen (VWL)



Gesundheitsförderung
mit Angeboten wie einer kostenfreien Mitgliedschaft im Urban Sports Club und jährlichen Gesundheitstagen



Sicherheit des öffentlichen Dienstes
mit einer zusätzlichen Altersversorgung (VBL) (Tochter der BG BAU)



Legen Sie Wert auf eine gute Vereinbarkeit von Familie und Beruf?
Wünschen Sie sich wieder mehr Zeit für ärztliche Tätigkeiten – ohne Akquise?

Kommen Sie zu uns ins Team!

Wir sind der Arbeitsmedizinische Dienst der Baubranche.

Der AMD der BG BAU betreut bundesweit in seinen über 60 Zentren und im Außendienst die Versicherten des Bauhaupt- und Baunebengewerbes sowie große Reinigungs- und Serviceunternehmen.

Wir bieten unseren Beschäftigten einen sicheren Arbeitsplatz mit Zukunftsperspektiven und Weiterbildungsmöglichkeiten sowie flexible Arbeitszeiten durch unser Gleitzeitmodell und eine attraktive betriebliche Altersvorsorge (VBL).

Setzen Sie sich gemeinsam mit uns ein – für Sicherheit, Gesundheit und Prävention in einer spannenden Branche!

Für unseren Standort **Dessau** suchen wir einen

Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin als Zentrumsleitung

Sie ...

- sind zuständig für die fachliche, personelle und organisatorische Leitung des Zentrums
- sind präventiv tätig, betreuen und beraten unsere Mitgliedsbetriebe zum Arbeits- und Gesundheitsschutz
- arbeiten in einem kollegialen Team in unserem arbeitsmedizinischen Zentrum und im Außendienst mit qualifiziertem Assistenzpersonal
- erkennen arbeitsbedingte Erkrankungen frühzeitig und helfen diese zu verhindern
- sind Berater (m/w/d) beim betrieblichen Gesundheitsmanagement in Unternehmen
- wirken bei der individuellen beruflichen und medizinischen Rehabilitation mit

Ihr Profil

- Facharzt (m/w/d) für Arbeitsmedizin
- Weiterbildungsmächtigung im Fachgebiet Arbeitsmedizin von Vorteil
- Erfahrung als Betriebsarzt (m/w/d) bei der Betreuung von Betrieben
- Sicheres Auftreten und Führungserfahrung
- Kontaktfreudigkeit, Teamfähigkeit und Engagement
- Pkw-Führerschein

Die Stelle ist ab sofort unbefristet in Vollzeit zu besetzen. Grundsätzlich ist die Stelle teilzeitgeeignet.

Schwerbehinderte Bewerbende werden bei gleicher Eignung und Qualifikation besonders berücksichtigt.

Das klingt nach einer interessanten Aufgabe für Sie? Dann freuen wir uns über Ihre Bewerbung auf unserer Karriereseite www.amd.bgbau.de/karriere unter Angabe Ihrer Gehaltsvorstellung.

Unsere Regionalleitung, Frau Dr. Täschner, steht Ihnen in fachlichen Fragen unter der Telefonnummer +49 381 40504-11 gerne zur Verfügung.

www.amd.bgbau.de




»Überraschend vielfältig –
meine Aufgaben und Perspektiven.«
Ärztliche Gutachterin

Erwarte das Unerwartete



Jetzt zum Medizinischen Dienst Sachsen-Anhalt wechseln und einen wichtigen Beitrag für die Gesellschaft leisten: Unterstützen Sie uns mit Ihrer Fachexpertise dabei, die Qualität der Gesundheitsversorgung in Medizin und Pflege zu verbessern. Arbeiten bei uns ist jeden Tag abwechslungsreich. Immer wieder überraschend. **Und einfach ganz anders als erwartet!**

Für den Geschäftsbereich Medizin suchen wir an den Standorten Halle, Magdeburg, Dessau und Halberstadt

Fachärzte als Gutachter (m/w/d)

- ▶ vielfältige Entwicklungsmöglichkeiten in der Sozialmedizin
- ▶ Fort- und Weiterbildung während der Arbeitszeit
- ▶ Teilnahme an interessanten Fachtagungen
- ▶ keine Wochenend- und Feiertagsarbeit
- ▶ Gleitzeit und planbare Arbeitstage

Wir freuen uns auf Sie: www.md-san.de/karriere.

Fragen beantwortet Ihnen gern **Dr. med. Anke Lasserre**,
Leiterin GB Medizin/stellv. Vorstandsvorsitzende.
T 0391 5661 3701 E anke.lasserre@md-san.de



MAGDEBURGER CHIRURGIEGESPRÄCHE

und Herbsttagung der Mitteldeutschen Chirurgenvereinigung

2026







13. und 14. November 2026, Dorint Herrenkrug Parkhotel Magdeburg

Themenvorschau

- KI in der gastrointestinalen Onkologie
- Eingriffe am Thorax für Viszeralchirurgen: Der pulmonale Rundherd
- Geriatriische Chirurgie
- Personalisierte Onkologie
- CRC-Standards und Perspektiven 2026
- Bariatrische Chirurgie
- Immuntherapie 2.0 bei soliden Tumoren: Was der Chirurg wissen muss
- Aktuelle Antibiotikatherapie (stationär/ambulant): Antibiotika Stewardship
- Robotisch unterstützte Chirurgie: Hernien
- Medikamentöse Tumorthherapie: Multimodale, palliative und konservative Strategien – Fortschritte 2026
- Molekulare adjustierte Therapie am unteren GIT
- Pankreaskarzinom – neue Studien
- MIC-OP-Workshop CORZA Medical am 05.11.26 im KLINIKUM MAGDEBURG gGmbH

Anmeldung auf der Website www.mdcg-tagung.de





Für den Menschen.
Für das Leben.



Wir sind ein Tochterunternehmen der Biotest GmbH & Co. KGaA.
Für unsere nach modernsten Qualitätsstandards konzipierten
Plasmazentren in **Halle und 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
- Spenderaufklärung zur Plasmapherese
- Eignungsuntersuchung von Neu- und Dauerspendern
- Befundung der Laborergebnisse



Teamarbeit



Attraktives Gehalt &
Bonuszahlungen



Gute Vorsorge



Erholung



Work-Life-Balance



Zusatzleistungen



Extras



Gutes tun



Wachstum



Machen Sie Ihren Weg

Das bieten wir:

- Arbeiten im netten Team mit wertschätzendem Umgang
- Attraktives Gehalt: 60.000 – 70.000 EUR
- Bonuszahlungen: leistungsbezogene Erfolgsbeteiligung, Jubiläumsszulagen, Sonderboni
- langfristige Zusammenarbeit in einem wachsenden Unternehmen, unbefristeter Arbeitsvertrag von Beginn an
- Vermögenswirksame Leistungen
- Urlaubsanspruch auf mindestens 30–31 Tage
- Arbeitszeiten in Früh- und Spätdienst ohne Nacht-, Feiertags- oder Sonntagsarbeit
- Eine Arbeit, die viel zurückgibt und anderen Menschen hilft
- Schnell wachsendes Unternehmen mit modernem, digitalem Arbeitsumfeld
- Karriere- und Weiterbildungsmöglichkeiten innerhalb des Unternehmens

Das bringen Sie mit:

- abgeschlossenes Medizinstudium mit gültiger Approbation
- gute Beratungskompetenz sowie ein verbindliches und professionelles Auftreten bei Spendern
- ausgeprägte Kommunikationsstärke und Kundenorientierung
- kompetenter Umgang mit den Standardprodukten von MS Office/EDV

Kontakt:

Plasma Service Europe GmbH
Marina Hohenböken
Medizinische Geschäftsführung
PSE-Karriere@plasma-service.de

www.plasma-service.de

Impressum

Ärzteblatt Sachsen-Anhalt

Offizielles Mitteilungsblatt der
Ärztekammer Sachsen-Anhalt
(Präsident: Prof. Dr. Uwe Ebmeyer)

Herausgeber:

Ärztekammer 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, Nicole
Basaran, Katrin
Rothkötter, Hermann-Josef, Prof. Dr., Chefredakteur (V.i.S.d.P.)
Barnau, Jana (verantwortlich f. d. Fortbildungsteil)

Redaktionsbeirat:

Böhm, Stefan
Meyer, Frank, 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
Harnackstraße 5
39104 Magdeburg
Telefon (03 91) 53 23 227
Anzeigenleitung: Jana Müller
z. Z. Anzeigenpreisliste Nr. 26 vom 01.01.2026
E-Mail: anzeigen@aeztteblatt-sachsen-anhalt.de

Layout/Produktion:

dreihochdrei – Agentur für Mediendesign
Albert-Uffenheimer-Platz 8
39120 Magdeburg
Telefon (03 91) 53 23 232
E-Mail: info@dreihochdrei.de

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 Urheberrechtseignern die Abdruckerlaubnis (auch für die Online-Ausgabe) einzuholen und entsprechende Nachforschungen anzustellen, soweit dies wirtschaftlich vertretbar ist.

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

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

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

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



Klinik für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Plastische Operationen

16. HNO-Herbst-Symposium

Samstag, 7. November 2026
ab 9 Uhr | Städtisches Klinikum Dessau

Perioperative Immuntherapie bei Kopf-Hals-Tumoren

Priv.-Doz. Dr. med. Konrad Klinghammer

Immuncheckpoint-Inhibition beim kutanen Plattenepithelkarzinom

Prof. Dr. med. Thomas Eigentler

Einsatz der KI in der modernen Strahlentherapie

Prof. Dr. med. Thomas Kuhnt

Biologikatherapie bei schwerer CRSwNP – Erfahrungen, Praxistipps und Ausblick

Priv.-Doz. Dr. med. Mandy Cuevas

Semi-robotische CI-Versorgung. Grundlagen, Erfahrungen, Ergebnisse

Priv.-Doz. Dr. med. Ingo Todt

Leitliniengerechte Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der Schilddrüse durch den HNO-Arzt

Dr. med. Robert Stumpf

Wissenschaftliche Leitung:

Prof. Dr. med. Stephan Knipping

Anmeldung: Katrin Schmidt | Tel. 0340 501-4710

Fax 0340 501-4730 | katrin.schmidt@klinikum-dessau.de

Tagungsgebühr: keine

Zertifizierung:

6 Punkte der Landesärztekammer Sachsen-Anhalt

Veranstaltungsort:

Cafeteria im Städtischen Klinikum Dessau –
Akademisches Lehrkrankenhaus der Universitätsmedizin
Magdeburg
Auenweg 38 | 06847 Dessau-Roßlau | Tel. 0340 501-0

www.klinikum-dessau.de

Stand 06/2026, Änderungen vorbehalten.

VASOSONO › Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

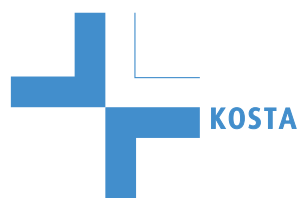
› **Aufbau- & Abschlusskurse:** extracranial: 06.11.-07.11.2026 |
peripher: 22.01.-23.01.2027 | intracranial: 05.03.-06.03.2027 |
retrop./mediast./abdom.: 06.03.-07.03.2027

Dr. T. Schilling • Gefäßzentrum/Angiologie • Klinikum Wernigerode
www.vasosono.de • Tel.: 03943/61-1595 • info@vasosono.de

Kassenzulassung Hausarztpraxis Magdeburg abzugeben.

Bewerbungen per E-Mail bitte mit Chiffre-Nr. 464 im Betreff an
chiffre464@aerzteblatt-sachsen-anhalt.de

Die nächste Ausgabe des Ärzteblattes Sachsen-Anhalt
erscheint am 2. Oktober 2026.



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



**Oper
Wolfgang
Amadeus
Mozart**

**ab 12.9.26
Theater
Magdeburg**

Così fan tutti*

Karten unter (0391) 40 490 490 | www.theater-magdeburg.de