

# ÄRZTEBLATT

1/2013

MECKLENBURG-VORPOMMERN



Achtung! Fortbildungskatalog 2013 (Heftmitte)

53. Kammerversammlung

Vernetzung in der Onkologie

# Inhalt

## Leitartikel

Das neue Jahr – es gibt viel zu tun, packen wir es an! **4**

## Aus der Kammer

53. Kammerversammlung der Ärztekammer M-V **5**

Unfallverletzten Kindern helfen **11**

## Wissenschaft und Forschung

Suchtmedizinisches Interventionsprogramm für  
suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern **12**

## Aktuelles

Vernetzung in der Onkologie **16**

## Fortbildung

Anmerkungen zum Ausfall der geplanten  
Aids-Fortbildung **19**

## Veranstaltungen und Kongresse

Impfkurse in Mecklenburg-Vorpommern **20**

Veranstaltungen der Ärztekammer M-V **20**

Veranstaltungen in unserem Kammerbereich **21**

Veranstaltungen in anderen Kammerbereichen **21**

## Aus der Kassenärztlichen Vereinigung

Öffentliche Ausschreibung **22**

## Recht

Aus der Praxis der Norddeutschen  
Schlichtungsstelle **23**

## Kongressbericht

15. Curriculum Anatomie und Schmerz **25**

20. Notärztetag in Greifswald **28**

Die BVOU-Jahrestagung am 17.11.2012  
in Warnemünde **29**

Das Kuratorium hat getagt **30**

## Offizielle Mitteilungen

Bundesopiumstelle bringt neues BtM-Rezept  
heraus **32**

## Buchvorstellungen

Für Sie gelesen **32**

## Kulturecke

Werke aus Stein und Holz **34**

Das Licht in der Provence **34**

## Personalien

Nachruf für Prof. Dr. med. Hans Troeger **35**

Prof. Andreas Greinacher erhält  
DRK-Wissenschaftspreis **36**

Forschungspreis für Rostocker Rheuma-Eyeperten **36**

Wir beglückwünschen **37**

Impressum **37**

**Hinweis:** In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der **RSD Reise Service Deutschland GmbH** sowie der **Tabea Krankenhaus GmbH und Co. KG**. Für den Inhalt sind die Werbetreibenden verantwortlich. Wir bitten um freundliche Beachtung.

**Achtung! Der Fortbildungskatalog 2013 ist in der Heftmitte eingeklebt.**

# Das neue Jahr – es gibt viel zu tun, packen wir es an!

*Liebe Kolleginnen und Kollegen,*

das neue Jahr wird auch für die Ärzteschaft eine Reihe von Neuerungen bringen, u. a. das Patientenrechtegesetz, was dem Patienten mehr Sicherheit und mehr Hilfe bei der Aufklärung möglicher Fehlbehandlungen bringen soll.

Allerdings fehlt mir in diesem Gesetz ein System zum Schutz der Ärzte. Wie komme ich darauf? Wenn wir die neueste Studie über die Zufriedenheit der Bevölkerung mit der ärztlichen Behandlung, erstellt von der BARMER GEK gemeinsam mit der Bertelsmann-Stiftung, betrachten, so zeigen sich über 90 % der Bürgerinnen und Bürger zumindest mit der Anzahl und Erreichbarkeit von Hausärzten in Städten und auf dem Land zufrieden. Dieses ist sehr global. In den strukturschwachen Regionen Mecklenburg-Vorpommerns sieht es jedoch anders aus. Hier besteht schon der oftmals diskutierte Ärztemangel. Dieser wird von der Bevölkerung kaum wahrgenommen. Ein wesentlicher Grund dafür ist, dass Ärztinnen und Ärzte versuchen, die personellen Engpässe durch Arbeit bis an die Belastungsgrenze zu kompensieren. Die durchschnittliche Arbeitszeit eines Hausarztes in Mecklenburg-Vorpommern beträgt beispielsweise ca. 60 Stunden.

Studien zeigen, dass mittlerweile 80 % der Vertragsärzte Teilaspekte eines Erschöpfungssyndroms aufweisen und fünf bis zehn Prozent der niedergelassenen Ärzte unter dem Vollbild eines sog. Burnout-Syndroms leiden. Auch ca. 30 % der Ärzte und des Pflegepersonals in den Kliniken sind an der Grenze der Belastbarkeit angekommen.

Häufig sind die Klinikträger dazu übergegangen, den personellen Engpass durch den Einsatz ausländischer Ärztinnen und Ärzte zu überwinden. Grundsätzlich ist dies in Zeiten der sog. freien Dienstleistung in Europa zu begrüßen. Allerdings stellen alle Ärztekammern zunehmend fest, dass sprachliche Barrieren die Arbeit und die Kommunikation zwischen Arzt und Patienten erschweren.

Zum 31.12.2011 waren in Mecklenburg-Vorpommern 433 ausländische Ärzte gemeldet. Das ist in dieser Arztgruppe ein Anstieg von 15,8 % im Vergleich zum Vorjahr. Am 12.12.2012 waren 483 ausländische Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern gemeldet, davon haben 393 eine Approbation und 90 eine Berufserlaubnis. Auf Bundesebene verzeichnen wir durchschnittlich einen jährlichen Zuwachs von 12 %.

Jedoch hat jede Medaille ihre zwei Seiten. Wir haben zum einen die persönlichen Interessen der Ärztinnen und Ärzte und zum anderen den Patientenschutz zu berücksichtigen. Vor diesem Hintergrund muss ganz deutlich gesagt werden, dass eine ausreichende fachliche Qualifikation entsprechend des Facharztstandards in Deutschland notwendig ist. Auch eine allgemein- und fachsprachliche Verständigung der ausländischen Kolleginnen und Kollegen mit den Patienten muss möglich sein.

Die fachliche Grundqualifikation wird durch die Kenntnisstandprüfung bei Nicht-EU-Ärzten sichergestellt. Hier führt die Ärztekammer im Auftrag des Landesprüfungsamtes für Heilberufe die entsprechenden Gleichwertigkeitsprüfungen durch. Von 2009 bis 2012 legten 84 Kandidaten die Prüfung ab, davon haben 23 % die Prüfung nicht bestanden.

Die notwendigen Sprachkenntnisse wurden hingegen bisher nur förmlich durch ein Sprachdiplom B2 nachgewiesen. Erste bundesweite Erfahrungen mit mündlichen Sprachprüfungen belegen, dass

trotz vorliegendem Sprachdiplom sowohl allgemeinsprachlich als auch fachspezifisch eine Durchfallquote von etwa 40 Prozent besteht. Das zeigt, dass die Sprachprüfung ein richtiger Schritt zur Feststellung der Sprachkenntnisse ist. Der Patientenschutz und die hohe Qualität der Versorgung sind nur bei einer uneingeschränkten Kommunikation zwischen Arzt und Patient möglich.

Unsere Ärztekammer hat dem Landesprüfungsamt vorgeschlagen, entsprechende fach- und allgemeinsprachliche Prüfungen durchzuführen, u. a. mittels einer Anamnese am gestellten Patienten. Dieses Ansinnen ist bereits in der letzten Kammerversammlung der Ministerin gegenüber dargestellt worden und wir werden es in weiteren anstehenden Gesprächen berücksichtigen.

Weitere Themen, die im neuen Jahr auf der Agenda stehen, sind auf Bundesebene das weitere Voranbringen der Gebührenordnung für Ärzte, die Umsetzung der bundesweiten und Landeshygieneverordnung und die entsprechende Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten aller Fachgebiete, die mit der Patientenversorgung im Rahmen von Diagnostik und Therapie befasst sind. Außerdem ist die weitere Qualifikation der Ärztinnen und Ärzte im Bereich der Gendiagnostik und der Beratung auf diesem Gebiet notwendig.

Der Vorstand wird die Veranstaltungen in den Krankenhäusern des Landes hinsichtlich der Weiterbildungsproblematik, der Arzthaftung und des Patientenrechtegesetzes fortsetzen, so dass alle Kolleginnen und Kollegen im Laufe des kommenden Jahres an den Krankenhäusern auf dem neuesten Stand sein werden. Entsprechende Veröffentlichungen werden nach wie vor im Ärzteblatt auch das aktuelle Wissen aller Kolleginnen und Kollegen vervollständigen.

Positiv anzumerken – als Resümee des letzten Jahres – ist noch die erhebliche Verbesserung der Weiterbildung in den einzelnen Fachgebieten und zunehmende Anstrengungen der Klinikverwaltungen, den Assistenten entsprechende Curricula für die Weiterbildung zukommen zu lassen. Die Allgemeinmediziner haben nach wie vor die besten Curricula, denn in einzelnen Einrichtungen beinhalten diese den kompletten Ablauf der Weiterbildung von fünf Jahren.

Wünschenswert seitens des Vorstandes ist der Abschluss von Weiterbildungsverträgen mit anhängendem Curriculum, damit die Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung nicht zum Spielball einer defizitären Versorgung der Patienten werden und für ihr eigenes Leben Planungssicherheit bekommen. So kann auch die Attraktivität einer Weiterbildung in unserem Bundesland noch mehr zunehmen.

In diesem Sinne verbleibe ich mit allen guten Wünschen für Sie persönlich mit Ihren Familien, Ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in den Praxen, Reha-Kliniken und Akutkrankenhäusern im Namen des Vorstandes und der Geschäftsstelle

*collegialiter*

*Ihr*

*Dr. med. A. Crusius*

## 53. Kammerversammlung der Ärztekammer M-V

Turnusgemäß versammelten sich am 10. November 2012 die Delegierten der Kammerversammlung im Hörsaal der Ärztekammer, um die „Weichen“ für das kommende Jahr zu stellen. Erfreut konnten sie die Ministerin für Arbeit, Gleichstellung und Soziales Manuela Schwesig begrüßen, die ihr Versprechen einlöste, einmal im Jahr bei den Vertretern der Ärzteschaft des Landes zu erscheinen. Neben ihrem Grußwort und dem Lagebericht des Präsidenten standen u. a. drei Vorträge, der Geschäftsbericht 2011 der Ärzteversorgung, der Finanzbericht 2011 und der Haushaltsvoranschlag 2013 der Ärztekammer sowie die Qualifikation „Adipositas“ auf der umfangreichen Tagesordnung.

### Grußworte

Der Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft **Wolfgang Gagzow** begrüßte die Entscheidung der Kammer, sich der Adipositasproblematik anzunehmen. Denn gerade in Mecklenburg-Vorpommern (M-V) betreffe diese Erkrankung immer mehr Patienten. Bezüglich der Berücksichtigung der Psychotherapie bei der Personalverordnung sei ein wachsameres Interesse notwendig.

Gagzow kritisierte, dass im Gegensatz zu anderen Bundesländern in M-V ein verbesserter Basisfallwert in den Krankenhäusern immer nur durch eine Entscheidung der Schiedsstelle möglich werde.



Ministerin Manuela Schwesig bei ihrem Grußwort

Ministerin **Manuela Schwesig** bedankte sich für die gute Zusammenarbeit mit der Ärztekammer besonders beim Präsidenten Dr. Crusius. Sie erläuterte, dass alle von ihr beim letzten Mal abgegebenen Versprechen realisiert wurden. So sei sie zu dieser Kammerversammlung erschienen und habe die Ärztekammer auch zum runden Tisch im Gesundheits-

ministerium eingeladen. Außerdem konnte sie auf Einladung von Karsten Thiemann einen ganzen Tag – ohne Medien – in der Hausarztpraxis miterleben.

Sie bot ihre Unterstützung bei der Werbung von jungen Ärztinnen und Ärzten für die Allgemeinmedizin an. Die Behebung des hier weiterhin bestehenden Ärztemangels sei eine vorrangige Aufgabe. In diesem Zusammenhang begrüßte sie die Abschaffung der Praxisgebühr, die sich nicht bewährt habe, als richtiges Signal für den Bürokratieabbau.

Die Ministerin tritt für eine angemessene Honorierung der Mediziner ein, denn in Mecklenburg-Vorpommern gäbe es infolge der demographischen Entwicklung überdurchschnittlich viele Patienten. Positiv bewertete sie, dass nach einer Studie von Prof. Altiner nur acht Prozent der Hausärzte mit ihrer Situation nicht zufrieden seien. Allerdings werde die Regresspflicht generell abgelehnt.

Im Interesse des Nachwuchses appellierte die Ministerin an alle Beteiligten, bei der Problematik der Weiterbildung an den Universitäten, an einem Strang zu ziehen.

Abschließend dankte sie den Ärztinnen und Ärzten für die geleistete Arbeit.

### Lagebericht des Präsidenten

Dr. Andreas Crusius informierte die Delegierten über wichtige Themen der Gesundheitspolitik sowohl auf Bundes- als auch auf Landesebene. Am 1. November 2012 ist das **Gesetz zur Regelung der Entscheidungslösung im Transplantationsgesetz** in Kraft getreten. Leider wurde die Widerspruchslösung abgelehnt und die aufgetretenen Manipulationen (sog. Transplantationskandal) hätten dazu geführt, dass die Organspendezahlen bundesweit gesunken seien.

Die Ärzteschaft fordert beim **Beschneidungsgesetz** u. a. eine eindeutige Klärung der rechtlichen Zulässigkeit. Außerdem darf die Beschneidung nur von Ärzten auf freiwilliger Basis durchgeführt werden. Die Erziehungsberechtigten müssen über Risiken und Komplikationen aufgeklärt sein und ihr Einverständnis schriftlich dokumentiert werden. Es sei überlegenswert, Jugendlichen mit 14 Jahren diese Entscheidung selbst zu überlassen.

Der Präsident begrüßte die Novellierung des **Notfallsanitätsgesetzes**, warnte aber davor mit der Einführung des neuen Berufs eines Notfallsanitäters, diesen künftig ohne Hinzuziehung von Notärzten heilkundlich tätig werden zu lassen. Er findet es schon sehr problematisch, dass Heilpraktiker die Heilkunde ohne definierte Standards ausüben dürfen. Hier ist die Politik aufgefordert, das bestehende Gesetz abzuschaffen.

Als einen wichtigen Schritt für die flächendeckende medizinische Versorgung der Bevölkerung bewertete der Redner, dass im **Landeskrankenhausplan 2012** alle Standorte gesichert werden konnten.



Vorstandstisch (von links): Vizepräsident Dr. Gibb, Geschäftsführer Frank T. Loebbert, Präsident Dr. Crusius

## Diskussion zum Lagebericht und den Grußworten

Mehrere Delegierte, wie z. B. *Dr. Mark Wiersbitzky*, *Prof. Mathias Freund* und *Dr. Fred Ruhнау*, äußerten sich zur Problematik Weiterbildung. Neben Lösungsvorschlägen bestand Konsens darin, die bestehenden „Gräben“ zuzuschütten. *Prof. Andreas Greinacher* gab bekannt, dass die Universität Greifswald daran arbeite, die Einkommen der leitenden Ärzte von den Leistungszahlen abzukoppeln. Dieses Vorgehen begrüßte *Dr. Wilfried Schimanke* und bat Wolfgang Gagzow, die anderen Krankenhäuser

Bei einer **gemeinsamen Vorstandssitzung** von **Kassenärztlicher Vereinigung (KV) und Ärztekammer** sind zahlreiche Themen diskutiert worden. Über das Rettungsdienstgesetz konnte kein Einvernehmen erreicht werden. Zustimmung signalisierte die KV für die Beteiligung der Kammer an der Koordinierungsstelle zur Förderung der Allgemeinmedizin. Neben der Allgemeinmedizin wurde u. a. über das Impfen, die Weiterbildungsbefugnisse sowie die Zusatzweiterbildungen für Palliativ- und Ernährungsmedizin gesprochen.

Mit besonderer Freude konnte Dr. Crusius über die auf dem Deutschen Ärztetag in Nürnberg an **Dr. Winrich Mothes** verliehene höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, die Paracelsus-Medaille, informieren. Weiterhin gab er bekannt, dass der langjährige Leiter der Rechtsabteilung der Ärztekammer **Ass. jur. Frank Theodor Loebbert** zum 1. Juni 2012 vom Vorstand mit den Aufgaben der Geschäftsführung betraut wurde.

Auf Einladung der Kammer fand Anfang Juli 2012 die **Kon-sultativtagung deutschsprachiger Ärzteorganisationen** in Kühlungsborn statt. Die Teilnehmer diskutierten u. a. psychische Belastungen und Suchterkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten, die Ökonomisierung in der Medizin und Freiberuflichkeit sowie die Zusammenarbeit im europäischen Rahmen.

Die Ärztekammer M-V hat als einzige Kammer bundesweit einen **Vertrag mit der Bundeswehr** über die Ausbildung von Medizinischen Fachwirten abgeschlossen.

Der Präsident berichtete, dass zur Klärung bestehender Fragen und Probleme bzgl. der Weiterbildung Informationsveranstaltungen im Helios-Klinikum Schwerin und in der Universität Rostock durchgeführt wurden. Weitere Veranstaltungen seien in Wismar, Neubrandenburg, Waren (Müritz), Pasewalk, Ludwigslust und Güstrow geplant.

darüber zu informieren.

*Dr. Annegret Schlicht* bedauerte, dass in vielen Kliniken die Fachärzte fehlten, die für einen funktionierenden Klinikbetrieb der „Dreh- und Angelpunkt“ seien.



Prof. Greinacher äußert sich bei der Diskussion

## Vortrag „Qualitätssicherung und Evidenzbasierte Medizin – Schlagworte oder ärztliche Routine?“

**Prof. Günter Ollenschläger**, Leiter des Ärztlichen Zentrums für Qualität in der Medizin (äzq Berlin), stellte zuerst die Aufgaben und Ziele des gemeinsamen Instituts von Bundesärztekammer (BÄK) und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) vor. Neben qualitätsgeprüften medizinischen Fachinformationen für Ärzte beinhaltet die Tätigkeit die Erarbeitung nationaler Versorgungsleitlinien als Entscheidungshilfen für die strukturierte medizinische Versorgung, die Bereitstellung von Informationen über deutsche und internationale Leitlinienpro-

gramme, über Patientensicherheit, über Qualitätsmanagement beim Arzt und über Evidenz in der Medizin.

**Evidenzbasierte Medizin** (EbM) sei konkret beweisgestützte Medizin, die sich auf Informationen aus wissenschaftlichen Studien und systematisch zusammengetragenen klinischen Erfahrungen beziehe. Dieser Begriff wurde erstmals von schottischen Ärzten im 18. Jahrhundert verwendet, 1991 in Kanada wieder entdeckt und kam 1996 nach Deutschland.

Prof. Ollenschläger erläuterte, dass die BÄK und KBV bereits 1998 in einer Stellungnahme die große Bedeutung von **Qualitätsmanagement** (QM) und **Qualitätssicherung** (QS) in allen Versorgungsbereichen nach den Leitlinien der Evidenzbasierten Medizin hervorhob. Nationale Versorgungsleitlinien für wichtige chronische „Volkskrankheiten“ wurden seit 2002 erarbeitet. Diese berücksichtigten den gesamten Versorgungsprozess und seien unter Beteiligung aller relevanten Fachgesellschaften, der Patienten und anderer Gesundheitsberufe entstanden.

Der Redner wies anhand von Beispielen (bundesweite Umfrage zur Weiterbildung) auf die Bedeutung der Qualitätssicherung zur Verbesserung der Rahmenbedingungen des ärztlichen Handelns hin. Durch wirksame Qualitätssicherungsmaßnahmen könne die Patientensicherheit erhöht und das Risiko- und Fehlermanagement verbessert werden.

Als Fazit stellte Prof. Ollenschläger fest, dass QS und EbM ärztliche Routine und (leider) auch Schlagworte sind.

### Vortrag „Zehn Jahre zentraler Sanitätsdienst in Mecklenburg-Vorpommern“

Der Flottenarzt **Dr. Sven Andresen**, Leiter des Fachsanitätszentrums Rostock, informierte die Anwesenden kurz über die Bedeutung und den Einsatzbereich des 2002 gegründeten Zentrums.



Dr. Crusius dankt Prof. Ollenschläger (l.) für seinen Vortrag

Die bisher einzige Sanitätsdiensteinrichtung im Bundesland Mecklenburg-Vorpommern sei für die unentgeltliche truppenärztliche Versorgung zuständig. Die poliklinische Einrichtung beinhalte die Versorgung in folgenden Fachgebieten: Allgemeinmedizin, Innere Medizin, Augenheilkunde, HNO-Heilkunde, Neurologie und Psychiatrie, Orthopädie und Unfallchirurgie, Zahnmedizin und Betriebsmedizin.

Dr. Andresen berichtete, dass er 2004 und 2005 Kommandeur eines Sanitätseinsatzverbandes in Bosnien Herzegowina und 2008 medizinischer Direktor beim Hauptquartier der KFOR im Kosovo war. Das dort Erlebte sei nicht vermittelbar.

Eine besondere Herausforderung war die Errichtung eines Rettungszentrums der Bundeswehr zur Sicherstellung des G8 Gipfels 2007 in Heiligendamm. So wurden z. B. ein 100-Tonnen-Krahn, 80 Container und 28 Lkw benötigt, um die not-



Dr. Andrese während seines Vortrags

### Vortrag „Das Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte (IVP)“

Vorstandsmitglied **PD Dr. Dr. Uwe Peter** erläuterte den Delegierten das Ziel und die geplanten Maßnahmen des o. g. Interventionsprogramms. Ausgehend von der Fürsorgepflicht der Kammer sei das Ziel des IVP bei Bekanntwerden eines Suchtproblems, das betreffende Kammermitglied bei dessen Überwindung zu unterstützen, um so unkalkulierbare Risiken für seine Patienten und drohende rechtliche Maßnahmen bis hin zum Berufsverbot abzuwenden.

Der geplante Zeitablauf des von der Ärztekammer Hamburg übernommenen Programms umfasse in den ersten vier Wochen die Klärung, d. h. ein Gespräch mit dem Betroffenen und eine Gutachteruntersuchung. Daran schließt sich die Therapie mit einem stationären Aufenthalt von zwei bis drei Monaten an. Die Nachsorge von mindestens 24 Monaten beinhaltet die ambulante Betreuung durch einen supervidierenden Arzt, Laborkontrollen und Gespräche mit dem Ansprechpartner in der Ärztekammer.

PD Dr. Peter wies darauf hin, dass in Absprache mit der Ap-

probationsbehörde während des IVP keine rechtlichen Schritte eingeleitet werden. Die Erfolgsrate des Interventionsprogramms liege laut Statistik der Bundesärztekammer bei ca. 65 Prozent.

Abschließend lobte Dr. Andresen die Ausbildung der Fachwirte der Bundeswehr durch die Ärztekammer und bot eine zivile Rotationsstelle für die Weiterbildung des allgemeinmedizinischen Nachwuchses im Fachsanitätszentrum an.

probationsbehörde während des IVP keine rechtlichen Schritte eingeleitet werden. Die Erfolgsrate des Interventionsprogramms liege laut Statistik der Bundesärztekammer bei ca. 65 Prozent.

### Ärzteversorgung Mecklenburg-Vorpommern

Der **Vorsitzende des Aufsichtsausschusses Dr. Andreas Crusius** konnte bekannt geben, dass der Jahresabschluss 2011 nach Prüfung durch die Wirtschaftsprüfungsgesellschaft Deloitte & Touche den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk erhielt.

In seinem Bericht über die **Berufs- und Sozialpolitik** der berufsständischen Versorgung ging er zuerst auf ein verschärftes Steuer-Reporting in den USA ein. Mit dem Foreign Account Tax Compliance Act (FACTA) soll verhindert werden, dass in den USA Steuerpflichtige mittels im Ausland befindlicher Finanzinstitutionen ihre Steuer verkürzen. Dies trifft auch für Versorgungswerke zu, wenn sie in den USA investiert haben (z. B. in Aktien, Fonds oder Immobilien). Deshalb habe sich die Arbeitsgemeinschaft berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV) an die amerikanische Steuerbe-



Am Vorstandstisch (von rechts): Dr. Schimanke, Dr. Crusius, Frank T. Loebbert, Dr. Gibb, Frau Dr. Pinnow, Frau Dr. Schlicht und stehend PD Dr. Peter



Dr. Schulze beim Finanzbericht

hörde und das Bundesministerium der Finanzen gewandt. Es besteht Hoffnung, dass die Versorgungswerke von FACTA ausgenommen werden.

Der Aufsichtsausschussvorsitzende wies auf den Entwurf des Kapitalanlagegesetzes hin, der die bisher in verschiedenen Gesetzen vorliegenden Rechtsgrundlagen für Kapitalanlagen zusammenfasst. Die Gesetzesvorlage setze die europäische Richtlinie um,

gehe in Teilen aber deutlich darüber hinaus. Dieses und andere Reformvorhaben, wie z. B. die Zuschussrente, zu begleiten, stellt für das Versorgungswerk eine große Herausforderung dar.

Die ABV hat Prof. Dr. Maximilian Fuchs vom Lehrstuhl für Bürgerliches Recht, Deutsches und Europäisches Arbeits- und Sozialrecht an der Katholischen Universität Eichstätt-Ingolstadt um ein Gutachten gebeten, ob die Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung mit dem EU-Binnenmarktrecht vereinbar ist.

Dr. Crusius informierte darüber, dass die Gremienmitglieder im September 2012 an einem Grundlagenseminar der ABV u. a. über Bilanzierung, Kapitalanlagen, Risikomanagement

und mathematische Grundlagen der berufsständischen Versorgung teilnahmen.

Den **Geschäftsbericht 2011** der Ärzteversorgung stellte der **Vorsitzende des Verwaltungsausschusses PD Dr. Dr. Uwe Peter** vor. Der Mitgliederbestand sei um 361 Personen auf 6607 Mitglieder gestiegen. Auch die Anzahl der Rentner erhöhte sich auf 1384 (Vorjahr:1321). Von den Renten waren 85 % Altersrenten und 15 % Hinterbliebenen- und Berufsunfähigkeitsrenten.

Die Beitragseinnahmen sind im Jahr 2011 um rund 7,6 % auf 63,7 Mio. € gestiegen. Aber auch die Versorgungsleistungen erhöhten sich um 1,7 Mio. € auf 19,2 Mio. €. Der Saldo belief sich somit auf 44,5 Mio. €, d. h. pro Monat standen ca. 3,7 Mio. € zur Neuanlage zur Verfügung. Ende 2011 erreichten die Kapitalanlagen ein Volumen von 956,2 Mio. € (Vorjahr: 880,8 Mio. €).

PD Dr. Peter musste leider feststellen, dass aufgrund der anhaltenden Niedrigzinsphase die Kapitalerträge (rd. 35,0 Mio. €) mit rd. 4,5 Mio. € geringer ausfielen als im Vorjahr. Damit verminderte sich die Bruttorendite auf 3,81 % (Vorjahr: 4,69 %) und für den versicherungsmathematischen Rechnungszins von 4 % fehlten 2,6 Mio. €. Dieser konnte durch andere Überschüsse ausgeglichen werden.

Das Ergebnis des Jahres 2011 beträgt 75,9 Mio. € (Vorjahr: 78,3 Mio. €). Nach Anpassung der Deckungsrückstellung und Aufstockung der Sicherheitsrücklage steht ein Betrag von rd. 40,4 Mio. € für die Leistungsverbesserung zur Verfügung. Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss haben eingehend beraten und eine Erhöhung der Anwartschaften und laufenden Renten um jeweils 1 % vorgeschlagen (s. Beschlüsse).





Dr. Christiane Trapp (m.) spricht zum Nachweis „Adipositas im Kindes- und Jugendalter“

Der Redner ging kurz auf die Entwicklung des Jahres 2012 ein, der Mitgliederbestand habe sich positiv entwickelt und auch die Beitragseinnahmen nahmen zu.

Die Kapitalanlagestrategie wird auch zukünftig auf Immobilien, Aktien und festverzinsliche Wertpapiere gerichtet sein. Aufgrund der aktuellen Situation an den Kapitalmärkten seien die Herausforderungen für das Versorgungswerk besonders groß.

### Delegierte / Ersatzdelegierte für den 115. Deutschen Ärztetag vom 28. bis 31. Mai 2013 in Hannover

Folgende Delegierte wurden einstimmig gewählt:

- Dr. med. Frenz, Christiane
- Dr. med. Gibb, Andreas
- Dipl.-Med. Helmecke, Bernd
- Dr. med. Maskow, Gerhard
- Dr. med. Müller, Anke
- Dr. med. Ruhnau, Fred
- Dr. med. Schimanke, Wilfried
- Dr. med. Schulze, Karl
- Dr. med. Skusa, Kerstin
- Dr. med. Terpe, Harald, MdB
- Dr. med. Wiegels, Henning
- Dr. med. Müller, Thomas
- Prof. Dr. med. habil. Dommisch, Klaus
- Schulz, Jens

Die nächste Kammerversammlung findet am **27. April 2013** statt.

*I. Mumm / W. S.*

## Beschlüsse:

### Ärzteversorgung

Der Jahresabschluss 2011 wurde einstimmig angenommen, dem Verwaltungs- und Aufsichtsausschuss wurde Entlastung erteilt. Ebenfalls einstimmig wurde der Rentenbemessungsbetrag für das Jahr 2013 auf 92,83 € festgesetzt. Die laufenden **Renten** sowie die aufgeschobenen Rentenanwartschaften werden ab 01.01.2013 um **1,0 % erhöht**. Die Delegierten votierten auch einstimmig für die Satzungsänderungen, die nach der Genehmigung durch die Aufsichtsbehörde veröffentlicht werden.

### Finanzen

Der Vorsitzende des Finanzausschusses **Dr. Karl Schulze** erläuterte den **Finanzbericht** der Ärztekammer für das Jahr 2011. Dieser hatte den uneingeschränkten Bestätigungsvermerk der Prüfgesellschaft erhalten. Er wurde von der Kammerversammlung einstimmig angenommen. Dem Vorstand wurde Entlastung erteilt und die nicht verbrauchten Mittel werden der Betriebsmittelrückstellung zugeführt. Auch der von Dr. Schulze begründete **Haushaltsvoranschlag 2013** erhielt das einstimmige Votum der Delegierten.

### Fortbildung

**Prof. Dommisch**, Vorsitzender des Fortbildungsausschusses, stellte kurz den Entwurf der **Musterfortbildungsordnung** vor sowie den Vorstandsbeschluss am Konvergenzverfahren der Bundesärztekammer teilzunehmen. Dr. Müller hatte vorab die Bedeutung dieses Verfahrens erklärt – d. h. alle Kammern erkennen die Fortbildungsordnung an. Nach kontroverser Diskussion wurde mehrheitlich die Entscheidung über die Musterfortbildungsordnung auf die nächste Kammerversammlung verschoben.

### Aus- und Weiterbildung

**Vizepräsident Dr. Andreas Gibb** informierte über den Qualifikationsnachweis **„Adipositas im Kindes- und Jugendalter“**, den die Ärztekammer auf Antrag an Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin erteilt. Die Delegierten votierten einstimmig für diesen Nachweis.

### Impfzertifikat

Ausgehend von einem Antrag der Kassenärztlichen Vereinigung wurde über die Abschaffung des Impfzertifikates beraten. Die Kammerversammlungsmitglieder lehnten mehrheitlich bei vier Gegenstimmen diesen Antrag ab. Die Fachgremien wurden beauftragt, den Umfang und Aufbau der Impfkurse zu prüfen und vertretbare Änderungen vorzuschlagen.

# Unfallverletzten Kindern helfen

Auf Initiative des Kinderchirurgen *Dr. Knut Löffler* (verstorben 2000) wurde 1998 der gemeinnützige Verein **„Gesellschaft zur Förderung der Belange von unfallverletzten Kindern e. V.“** gegründet.

Seine Aufgaben sieht der Verein in der Organisation und Durchführung von Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung und Betreuung unfallverletzter Kinder und Jugendlicher sowie ihres sozialen Umfeldes vor, während und nach der fachärztlichen Behandlung, einschließlich der Rehabilitation.

Zweimal im Jahr treffen sich die Mitglieder des Vereines und beraten über den Einsatz der vorhandenen Mittel, die nicht üppig sind, aber im Einzelfall hilfreich sein konnten und auch zukünftig sein werden.

So wurden 1998 und 2002 Renovierungen und Beleuchtungen in der Abteilung für Kinderchirurgie der Universität Rostock finanziell unterstützt und 2004 finanzielle Mittel für das ZOMBA HOSPITAL PROJEKT e. V., welches verletzte Kinder in Malawi versorgt, zur Verfügung gestellt.

Wir möchten hiermit die Kolleginnen und Kollegen aufrufen, uns Projekte zu benennen, die den eingangs genannten Aufgaben des Vereines entsprechen und ggf. unserer Unterstützung bedürfen.

Ihre Anfragen und Vorschläge können sie direkt an die Ärztekammer, *Frau Mertink* (Referatsleiterin Fortbildung), Tel.: 0381 49280-41 oder E-Mail: [mertink@aek-mv.de](mailto:mertink@aek-mv.de), richten.

Der Fond ist durch Spenden mäßig gefüllt, somit sind jederzeit weitere Zuwendungen willkommen. Einzahlungen bitte auf folgendes Spendenkonto:

**Deutschen Apotheker- und Ärztebank Rostock**

**Kontonummer: 0003564398**

**Bankleitzahl: 30060601**

Vielen Dank!

*Dr. Evelin Pinnow*  
Vorstandsmitglied

# Suchtmedizinisches Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern

Thomas Fischer

## Einleitung

Ärzte sind besonders gefährdet, an Sucht zu erkranken (z. B. Schifferdecker et al. 1996). Das hängt zum einen mit den berufsspezifischen Belastungen zusammen: hohe Arbeitsdichte, überdurchschnittliche Arbeitszeiten, Leistungs- und Perfektionsdruck sind gesellschaftliche Forderungen, die häufig auf ein berufliches Selbstbild des stets hilfsbereiten, selbstlosen, nimmermüden und immer funktionierenden Mediziners treffen. In nicht wenigen Fällen führt dieser Druck zum Kompensationsversuch mittels Suchtmittelkonsum. Nur so können die Betroffenen Entspannung finden, Selbstzweifel überwinden oder Belohnung für ihren hohen Einsatz bekommen. Ebenfalls auf diese Art kompensiert werden die emotionalen Belastungen durch die berufsbedingte Konfrontation mit Tod, Siechtum, schweren Schicksalen und Traumatisierungen. Vielen Kollegen gelingt keine adäquate Kompensation. Eher wird verdrängt und so getan, als könne man alles aushalten. Geeignete Kompensationsmechanismen und Fähigkeiten zur Selbstfürsorge haben viele Kollegen nicht entwickelt.

Zum anderen sehen sich Ärzte einer höheren Verfügbarkeit an Suchtmitteln gegenüber. Bis auf Apotheker gibt es keine andere Berufsgruppe, die fast uneingeschränkt über Benzodiazepine, Opioide, Narkotika, so genannte z-drugs (Zopiclon, Zolpidem) oder Stimulanzien verfügen können. Hohe Verfügbarkeit der Suchtmittel ist ein Risikofaktor für Suchtentstehung. So ist es kein Wunder, dass z. B. von allen medikamentenabhängigen Patienten der AHG Klinik Schweriner See der Jahre 2010 und 2011 rund die Hälfte aus medizinischen Berufen kamen (Fischer 2012).

Außerdem lernen Ärzte in der Ausübung ihres Berufes, Medikamente seien die Lösung vieler Probleme, was implizit förderlich für ein erhöhtes Suchtrisiko ist.

## Epidemiologie

Sichere epidemiologische Daten zur **Medikamentenabhängigkeit** gibt es nicht, jedoch geht man von rund 1,5 Millionen medikamentenabhängigen Menschen in der BRD aus (Jahrbuch Sucht 2012). Nach verschiedenen Autoren (Centrella 1994, Sherritt et al. 2002) kommen Suchterkrankungen bei Ärzten mindestens genauso häufig vor wie in anderen Bevölkerungsgruppen. Ärzte nehmen jedoch häufiger Medikamente und weniger illegale Drogen. Sie neigen eher zur

Selbstmedikation mittels Suchtstoffen. Umgerechnet auf die Zahl der Kammermitglieder leben in Mecklenburg-Vorpommern mindestens 250 medikamentenabhängige Ärzte. Wobei wegen des genannten Problems der Verfügbarkeit eher noch mit einer höheren Zahl gerechnet werden kann.

Aber auch **Alkoholabhängigkeit** bei Ärzten ist ein sehr ernstes Problem. Rosta (2008) fand mittels einer anonymen Befragung von Ärzten per E-Mail, dass vor allem männliche Kollegen und Chirurgen schädlichen Gebrauch von Alkohol betreiben. Soyka (2010) errechnet für die gesamte Bundesrepublik eine Zahl von 10347 Ärzten mit einer Alkoholabhängigkeit. Ausgehend von einer Einjahresprävalenz der Alkoholabhängigkeit von 2,4 % der Allgemeinbevölkerung (Pabst und Kraus 2008), was 1,3 Mio. Betroffene in Deutschland bedeutet, muss bei rund 9.200 Mitgliedern der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern von mindestens 220 manifest alkoholabhängigen Ärzten im Bundesland ausgegangen werden.

Selbst wenn eine hohe **Komorbidität** zwischen Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit berücksichtigt und der **Konsum illegaler Drogen** vernachlässigt wird, gibt es über 400 Ärzte in unserem Bundesland, die an einer stoffgebundenen Sucht erkrankt sind.

## Krankheitsmerkmale

Die Diagnose einer stoffgebundenen Sucht wird nach folgenden **Kriterien** gestellt:

- Craving oder „Suchtdruck“,
- Kontrollverlust,
- Körperliches Entzugssyndrom,
- Toleranzentwicklung,
- Ausrichtung des gesamten Verhaltens auf Substanzbeschaffung und -konsum,
- Anhaltender Konsum trotz Nachweises schädlicher Folgen, derer der Betroffene sich bewusst ist.

Wenn mindestens **drei dieser Kriterien irgendwann innerhalb eines Jahres gleichzeitig vorhanden sind, muss die Diagnose gestellt werden**. Sowohl durch die Wirkung der Suchtmittel bei Konsum, als auch durch die Entzugssymptome und die bei den Kriterien genannten Krankheitsphänomene liegt es auf der Hand, dass die Betroffenen in nicht

abstinenten Phasen der Erkrankung nicht in der Lage sind, selbst verantwortungsvoll Patienten zu behandeln. Niemand möchte z. B. von einem Chirurgen operiert, von einem Anästhesisten in Narkose versetzt oder auch von einem Psychiater behandelt werden, welcher selbst gerade unter Suchtmittelwirkung steht, durch Entzugerscheinungen beeinträchtigt ist oder durch chronischen Konsum kognitiv oder körperlich nicht voll leistungsfähig ist.

Mögliche Folgen kann sich auch jeder Laie leicht ausmalen. Deshalb ist es folgerichtig, wenn zum Behandlungsschutz der Patienten sowohl durch die Approbationsbehörde, als auch bei niedergelassenen Kollegen durch den Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung eine weitere ärztliche Tätigkeit unterbunden wird.

### Paradoxon

---

Dadurch ergab sich in der Vergangenheit für den suchtkranken Arzt jedoch ein Dilemma. Die suchtimmanenten Phänomene der Aggravation und Verleugnung wurden verstärkt. Der drohende Verlust der Approbation führte dazu, dass der Betroffene seine Sucht noch stärker verheimlichte. In der Regel scheute der betroffene Kollege oder die betroffene Kollegin die Kontaktaufnahme mit dem Suchthilfesystem. Es bestand ein Paradoxon: um weiter arbeiten zu können, muss der Betroffene die Sucht bewältigen und Hilfe suchen. Sucht er oder sie jedoch Hilfe, droht die Sucht bekannt zu werden und der Betroffene verliert die Approbation, kann nicht mehr arbeiten.

Als Beitrag zur Überwindung dieses Paradoxons kann die Aufforderung des 111. Deutschen Ärztetages an das Bundesministerium für Gesundheit gesehen werden, den § 21 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte ZV) an den

aktuellen Stand der Suchtmedizin anzupassen. *„Insbesondere soll suchtkranken Ärztinnen und Ärzten, die eine entsprechende Therapiemaßnahme erfolgreich durchlaufen haben und anschließend in eine krankheitsbezogene Beobachtung durch ihre Ärztekammer einwilligen, in dieser Zeit nicht mehr eine Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung verweigert bzw. eine bestehende Zulassung entzogen werden.“* (Bundesärztekammer 2008).

Dieser Aufforderung wurde mit Wirkung vom 01.01.2012 weitgehend gefolgt.

### Arbeitsgruppe „Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern“

---

Bereits Ende 2007 befasste sich der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern mit dem Problem suchtkranker Kammerangehöriger und erörterte die Einrichtung eines Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte. Nach Überprüfung des Bedarfes wurde am 6. Januar 2010 durch den Vorstand eine Arbeitsgruppe gebildet, mit dem Ziel, ein In-

terventionsprogramm für suchtkranke Ärzte in Mecklenburg-Vorpommern zu erarbeiten. Als Suchtmediziner beteiligten sich die in Abb. 1 genannten Kollegen. Durch die Teilnahme des Geschäftsführers der Ärztekammer Frank T. Loebbert konnten immer wieder auftauchende juristische Fragestellungen geklärt werden.

Im Konsens legte die Arbeitsgruppe folgende Grundannahmen fest:

1. Suchtkranke Ärzte haben einen Anspruch auf Hilfe und Behandlung.
2. Suchtkranken Ärzten in nachgewiesener Abstinenz oder in adäquater Behandlung darf nicht die Approbation oder die Zulassung aufgrund der Sucht entzogen werden.
3. Der Patientenschutz muss gewährleistet werden. Deshalb können Ärzte, die sich trotz Hilfsangeboten für den weiteren Suchtmittelkonsum entscheiden, nicht ärztlich tätig sein.

Dr. med. Thomas Fischer	AHG-Klinik Schweriner See, Lübstorf
Dr. med. Michael Köhnke	Friedrich-Petersen-Klinik, Rostock
Dipl.-Med. Conrad Kretschmar	Ev. Suchtkrankenhilfe M-V, Schwerin
Dr. med. Alexander Kuno Miek	Ev. Krankenhaus Bethanien gGmbH, Greifswald
Dr. med. Reinhard Woratz	Luzin-Klinik, Feldberg

Abb. 1: Beteiligte Suchtmediziner

Auf der Sitzung des Vorstandes am 20.06.2012 wurde Priv.-Doz. Dr. med. habil. Dr. med. dent. Uwe Peter als Ansprechpartner der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern für das Interventionsprogramm für suchtkranke Ärzte benannt (Tel.: 0381 492801800).

Mit dem Landesprüfungsamt für Heilberufe wurde eine Zusammenarbeit unter o. g. Grundannahmen vereinbart.

### Das Interventionsprogramm

Das Interventionsprogramm tritt für einen suchtkranken Arzt in Kraft, sobald die Suchtproblematik der Ärztekammer bekannt wird (siehe Abb. 2). In der Regel geschieht das durch Mitteilung Dritter (Patienten, Kollegen, Mitteilung in Strafsachen – Mistra). Im günstigsten Fall jedoch wendet sich der suchtkranke Arzt oder die suchtkranke Ärztin selbst an den Ansprechpartner der Ärztekammer. Der betroffene Kollege wird dann zu einem ersten Gespräch eingeladen, in dem die Rahmenbedingungen des Interventionsprogramms geklärt werden. Für den Betroffenen ist es an dieser Stelle wichtig zu spüren, dass es neben dem Patientenschutz insbesondere auch um Unterstützung für ihn geht. Das Programm dient

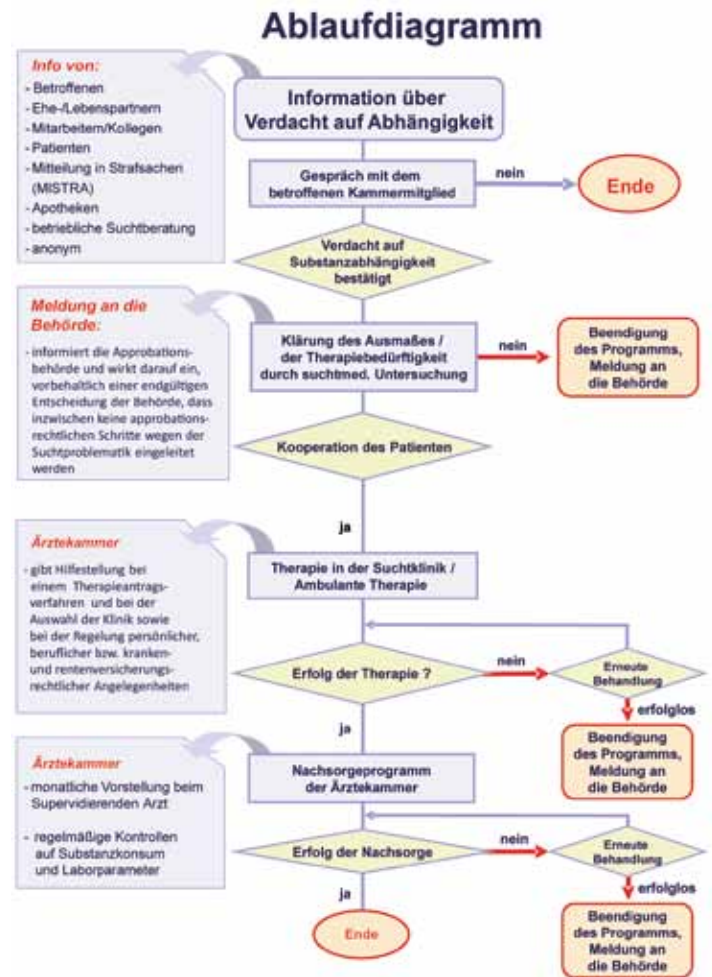


Abb. 2: Interventionsprogramm

dem Wohlergehen und dem Erhalt der Leistungsfähigkeit des Betroffenen. Durch die Ärztekammer wird ggf. ein Gutachter bestimmt, welcher nach Untersuchung darstellt, ob und in welcher Art und Schwere eine Suchterkrankung vorliegt. Gleichzeitig wird ein sogenannter supervidierender Arzt festgelegt, der koordinierend, beratend und unterstützend den gesamten Prozess des Interventionsprogramms begleitet. Unterstützung wird z. B. bei Auswahl und Vermittlung ggf. in eine Entgiftungsbehandlung, insbesondere aber in eine zwingend notwendige stationäre Entwöhnungsbehandlung für mindestens 10 Wochen gewährt.

Nach erfolgreichem Abschluss der stationären Behandlung schließt sich die Nachsorge an, welche mindestens zwei Jahre dauert. Neben der regulären Nachsorge in einer Suchtberatung, der Anbindung in das Selbsthilfesystem und ggf. ambulanter psychotherapeutischer Behandlung führt ein durch die Ärztekammer festgelegter Suchtmediziner als supervidierender Arzt regelmäßig und auch unangekündigt und kurzfristig Kontrolluntersuchungen durch. Bestandteil der Kont-

rolluntersuchungen sind unter anderem Labor- und Atemalkoholkontrollen. Nach Ablauf der zwei Jahre wird festgelegt, ob eine Verlängerung des Programms für den Betroffenen erfolgt oder ein erfolgreiches Ende konstatiert werden kann. Während des gesamten Programms besteht die Möglichkeit, bei fehlender Kooperation oder Entscheidung des Betroffenen für weiteren Konsum die Möglichkeit, das Programm zu beenden und das Problem dem Landesprüfungsamt für Heilberufe zu übergeben.

### Wirksamkeit des Interventionsprogramms

Wissenschaftlich steht es heute außer Frage, dass die Krankheitsprognose umso besser ist, je früher die Betroffenen im Krankheitsverlauf therapeutisch erreicht werden. Zugang zum Suchthilfesystem auf Grund drohender negativer Konsequenzen (Verlust der Approbation) eröffnet die Möglichkeit, eine ausreichende intrinsische Abstinenzmotivation zu erarbeiten. Insofern ist das Interventionsprogramm ein geeignetes Mittel, den Krankheitsverlauf bei suchtkranken Ärzten positiv zu beeinflussen. Zumal die in das Interventionsprogramm integrierte Entwöhnungsbehandlung ihre Wirksamkeit vielfach nachgewiesen hat.

Ein-Jahres-Katamnesen ergeben je nach Berechnungsart regelmäßig Erfolgsquoten von 50 bis 70 % (Missel et al. 2012, Peters et al. 2012). Bei der Behandlung von Ärzten sind höhere Erfolgsquoten zu erwarten (Mundle & Gottschaldt 2008). Das lässt sich zum einen mit der besseren sozialen und beruflichen Situation und Perspektive der betroffenen Ärzte im Vergleich mit den durchschnittlichen Suchtpatienten begründen. Außerdem scheinen häufiger anzutreffende Persönlichkeitsmerkmale, wie Ehrgeiz und Durchhaltevermögen, sich bei dieser Patientengruppe günstig auf die Prognose auszuwirken. Wissenschaftliche Belege für diesen Eindruck fehlen jedoch.

**Positive Erfahrungen** berichtet Beelmann (2012) aus der **Hamburger Ärztekammer**, wo bereits seit rund 10 Jahren ein Interventionsprogramm installiert ist.

Soweit überschaubar, gibt es systematische empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit von Interventionsprogrammen für suchtkranke Ärzte in den USA (Knight et al. 2002, Skipper et al. 2009). Die Arbeitsgruppe um Skipper (2009) ermittelte in ihrer Untersuchung, dass über zwei Drittel der betroffenen Ärzte das Interventionsprogramm erfolgreich abschlossen. Fast 80 % waren nach fünf Jahren als Ärzte tätig. In Europa gibt es keine entsprechenden Untersuchungen. Die Evaluation des Interventionsprogramms für suchtkranke Ärzte der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern wird eine Aufgabe für die nächsten Jahre sein.

### Ermutigung

Das Interventionsprogramm der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist eine hervorragende Chance für betroffene Ärztinnen und Ärzte, einen **Ausweg aus dem vom Suchtmittelkonsum dominierten Leben** zu nehmen. Denn nur dann ist der oder die Betroffene in der Lage, dauerhaft den ärztlichen Beruf auszuüben und ein zufriedenes Leben zu führen. Das Verschleiern und Verbergen der Sucht ohne Inanspruchnahme von Hilfs- und Therapiemöglichkeiten verhindert kurzfristig Konsequenzen. Mittelfristig wird die Sucht dann jedoch zum Verlust der Leistungsfähigkeit und der Approbation führen. Während oft der Betroffene noch der Meinung ist, er kann die Sucht vor seiner Umwelt verbergen, spricht schon der halbe Ort hinter vorgehaltener Hand über das Suchtproblem des Doktors.

Das Interventionsprogramm will ermutigen, sich als suchtkranker Arzt so früh wie möglich Hilfe zu holen. Je früher die Intervention, desto besser die Erfolgsaussichten. Die Kontaktaufnahme mit der Ärztekammer ist ein mutiger erster Schritt.

Kollegen, Vorgesetzte und Mitarbeiter suchtkranker Ärzte sollten den Konsum von Suchtstoffen nicht tolerieren, auch nicht das Verbergen und Verleugnen fördern. Falsch verstandene Kollegialität führt zu einem ungünstigeren Krankheitsverlauf. Suchtkranke Menschen berichten retrospektiv häufig, wie hilfreich direkte Ansprache der Krankheit und die Ankündigung von ernst gemeinten Konsequenzen für die Abstinenzentscheidung war.

Wem der suchtkranke Kollege wichtig ist, der spricht ihn auf die Krankheit an, ermutigt ihn zur Kontaktaufnahme beim Interventionsprogramm oder informiert selbst die Ärztekammer (Tel.: 0381 492801800).

### Literatur beim Verfasser:

*Dr. med. Thomas Fischer*  
 AHG Klinik Schweriner See  
 Am See 4  
 19069 Lübstorf  
 E-Mail: [tfischer@ahg.de](mailto:tfischer@ahg.de)

# Vernetzung in der Onkologie

*Klaus Dommisch*

Der Gedanke, dass bei der Diagnostik und Therapie von onkologischen Erkrankungen das interdisziplinäre Zusammenwirken erforderlich ist, um den zurzeit vorhandenen Wissensstand für den betroffenen Patienten zum tragen zu bringen, ist nicht neu.

Die Gründung des Deutschen Krebsforschungszentrums im Jahre 1964 durch den verdienstvollen Chirurgen Karl Heinz Bauer ist konsequente Folgerung der Erkenntnis, dass die Erforschung und Behandlung von Krebserkrankungen interdisziplinär erfolgen müsse.

Inzwischen sind viele Jahre vergangen; der Erkenntnisprozess in der Onkologie ist enorm vorangekommen; alle Säulen der onkologischen Therapie haben für sich bedeutsame Fortschritte aufzuweisen. Es gibt zahlreiche mehr oder weniger spezialisierte Institutionen, die sich wissenschaftlich, diagnostisch und therapeutisch mit onkologischen Fragestellungen auseinandersetzen. Darüber hinaus gibt es politische Gremien, die den gesellschaftlichen Aspekt onkologischer Erkrankungen beleuchten und versuchen, adäquate gesundheitspolitische Entscheidungen abzuleiten und es gibt die sozialen Einrichtungen für die Betroffenen. Die Selbsthilfegruppen und Patientenverbände sind inzwischen zu einer Institution geworden und greifen mit zunehmendem Selbstbewusstsein und mit Kompetenz in das Geschehen ein.

Unter diesen Gesichtspunkten muss die Versorgungsrealität in der Onkologie neu beleuchtet werden. Die Fakten dazu sind aus den tabellarischen Übersichten zu entnehmen:

Tabelle 1

## Versorgungsrealität bezogen auf die Bevölkerung in Deutschland

- **Deutschland hat 82 Millionen Einwohner**
- **Es gibt 5 Millionen onkologische Patienten**
- **Ein onkologischer Patient verbringt in Deutschland 4 bis 5 Monate in einer Klinik**
- **2010 waren 450 000 Neuerkrankungen zu verzeichnen**
- **Die Zahl der Beitragszahler sinkt**
- **Die Beschäftigungsquote sinkt**
- **Die Lebensarbeitszeit wird kürzer**

Tabelle 2

## Versorgungsrealität unter dem Aspekt der onkologischen Erkrankung

- **Der Krebs wird immer mehr zu einer chronischen Erkrankung, nur wenige Fälle verlaufen schnell letal**
- **Die Inzidenz von onkologischen Erkrankungen steigt mit der Veränderung der Alterspyramide**
- **Die Mortalität von Prozeduren sinkt**
- **Es wird immer schwieriger die medizinischen und qualitativen Anforderungen mit den ökonomischen Möglichkeiten in Übereinstimmung zu bringen**

Es ist weitestgehend bekannt, dass der Gesundheitsmarkt den größten und am stärksten wachsenden Wirtschaftsbereich darstellt. So ist dringender denn je die Forderung nach einer zukunftsorientierten, gestalterischen Gesundheitspolitik zu stellen. Besonders wichtig ist die Frage nach der Regelung des Zuganges für die Patienten zu kostenintensiven therapeutischen Innovationen. Ein sorgfältig erarbeitetes und präzisiertes Versorgungsstrukturgesetz, das im Entwurf vorliegt, kann zur Problemlösung beitragen.

Wenn die Versorgungsrealität in Deutschland diskutiert wird, so kommt der zunehmende Ärztemangel zur Sprache. Die genaue Analyse dieses Problems zeigt aber, dass in Deutschland kein eigentlicher Ärztemangel besteht, sondern es besteht ein Mangel an tatsächlicher ärztlicher Arbeitszeit. So bildet Deutschland im Vergleich zu den USA bezogen auf die Bevölkerungszahl doppelt so viele Ärzte aus. Es ergibt sich die Frage, warum so wenig ausgebildete Ärzte in der Patientenversorgung wirksam werden.

Auch besteht in Deutschland kein generelles Stadt / Land-Problem in der ärztlichen Versorgung, vielmehr ein Verteilungs- und Strukturproblem. So gibt es zum Beispiel in Berlin über- und unterversorgte Bezirke und auf dem Lande ebenfalls über- und unterversorgte Regionen. Lösungskonzepte sind allerdings nur ansatzweise erkennbar.

Beide zuvor genannten Problemfelder betreffen zwar insgesamt die medizinische Versorgung der Bevölkerung, diese behindern aber und deshalb müssen sie an dieser Stelle genannt

werden, die Umsetzung onkologischer Versorgungskonzepte in erheblichem Umfang. Wichtig ist es auch, sich mit der Sichtweise der betroffenen Patienten auseinanderzusetzen. Die Patientenverbände und die Selbsthilfegruppen haben sich in Deutschland in den letzten Jahren zu mitgliedstarken Institutionen entwickelt, die mit klar formulierten Meinungen und Positionen berechtigterweise in die öffentliche gesundheitspolitische Debatte eingreifen.

Der betroffene onkologische Patient äußert in der Regel folgende zentrale Forderungen:

1. Er erwartet eine kompetente onkologische Versorgung bei der alle modernen Möglichkeiten mit dem Ziel der Heilung für ihn genutzt werden.
2. Wenn diese Möglichkeit nicht mehr besteht, so erwartet er, dass er mit seiner Erkrankung möglichst lange bei guter Lebensqualität überlebt.

Bei der Versorgung onkologischer Patienten trifft man zunehmend auf informierte Patienten, die sich sehr kritisch und realitätsnah mit Unterstützung der Medien und/oder Patientenvertretungen mit ihrer Situation auseinander gesetzt haben.

Tabelle 3

**Über welchen Wissensstand verfügt heute der onkologische Patient?**

1. Die Krebserkrankung kann heute mitunter geheilt werden oder zumindest über lange Zeit beherrscht werden.
2. Sein Überleben hängt vom Expertenwissen und -können ab.
3. Er spürt, dass sich medizinischer Fortschritt und Ökonomie auf Dauer nicht miteinander vereinbaren lassen.
4. Er erfährt die Grenzen des Leistungsversprechens und die Instrumente der Rationalisierung (Rationierung, Konfektionierung, Standardisierung, Arzneimittelbegrenzung, verkürzte Verweildauer, Stellen der Kosten-Nutzen-Frage u. a.).

Ein onkologischer Patient will nicht als statistische Größe sondern als Individuum gesehen und behandelt werden.

Da es sich bei der Onkologie um einen ausgesprochen komplexen Sachverhalt handelt, muss der Frage nachgegangen werden, wie sich komplexe Sachverhalte aufdecken und erschließen lassen. Einzelne Phänomene und deren Zuordnung zueinander zu erkennen, ist die Voraussetzung für die Möglichkeit, komplexe Zusammenhänge auch zielorientiert zu beeinflussen.

Ein solcher zielorientierter Plan ist der **Nationale Krebsplan (NKP)**. Dieser ermöglicht einen ganzheitlichen Zugang zu dem

Sachverhalt und bietet somit die Möglichkeit eines konstruktiven Managements von Komplexitäten. Initiiert wurde der Nationale Krebsplan bereits am 16.08.2008 durch das **Bundesministerium für Gesundheit (BMG)**, durch die **Deutsche Krebsgesellschaft (DKG)**, die **Deutsche Krebshilfe (DKH)** und durch die **Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT)**. Kooperationspartner waren die Länder, Krankenkassen, Rentenversicherungen, Leistungserbringer, wissenschaftliche Institutionen, Patientenverbände u. a. Der Nationale Krebsplan setzt damit auch die Empfehlungen der WHO und der EU um. Er besitzt vier Handlungsfelder (s. Tab. 4).

Tabelle 4

**Handlungsfelder des Nationalen Krebsplanes**

- **Handlungsfeld 1:** Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung
- **Handlungsfeld 2:** Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstrukturen
- **Handlungsfeld 3:** Sicherstellung einer effizienten onkologischen Behandlung (Schwerpunkt zunächst auf die onkologische Arzneimitteltherapie)
- **Handlungsfeld 4:** Stärkung der Patientenorientierung/Patienteninformation

Koordiniert wurden die Partner und Gremien des Nationalen Krebsplanes durch das BMG. Der Projektträger für den NKP ist das Deutsche Zentrum für Luft- und Raumfahrt. Die Steuergruppe als politisches Instrument existiert seit Juli 2008. Zahlreiche Kooperationen wurden mit Institutionen und Organisationen des Gesundheitswesens geschlossen. Für die einzelnen Handlungsfelder existieren zahlreiche Arbeitsgruppen.

Die Handlungsempfehlungen zu den einzelnen Zielen sind weitestgehend abgeschlossen. Einige Ziele befinden sich noch in der fachlichen und politischen Abstimmung. Aktuell wurde eine neue Arbeitsgruppe aus Mitgliedern der DKG und der ADT zum Thema: sparsame, einheitliche Tumordokumentation gegründet. Die Verabschiedung der konkreten Umsetzungsempfehlung wurde für Juni 2012 geplant. Erklärtes Ziel ist es, dass ab 2020 Krebspatienten nur noch in zertifizierten Einrichtungen behandelt werden.

Zusammengefasst ist der Nationale Krebsplan ein Konzept und eine Umsetzungsstrategie für die onkologische Versorgung in Deutschland, erarbeitet von einem Netzwerk aus Vertretern der Politik, Wirtschaft, Wissenschaft, Versorgungseinrichtungen, Kostenträgern und Patientenvertretungen.

Ein weiterer Umstand, der innerhalb der Patientenversorgung in der Onkologie eine Netzwerkbildung erforderlich



macht, ist die inzwischen sehr weit fortgeschrittene Spezialisierung. Spezialisten konzentrieren sich auf ständig kleiner werdende Ausschnitte aus einer Ganzheitlichkeit. Ihr Zugang zur Lösung eines spezifischen Problems ist deshalb der Natur der Sache nach eher interventionell als ganzheitlich angelegt. Sie fokussieren ihre Maßnahmen bei der Diagnostik und Therapie auf ein evidenten Phänomen. Über die Auswirkungen auf die Ganzheitlichkeit des Körpers, der Ordnung oder des Theoriegebäudes können sie in der Regel nur wenig Auskunft geben. Risiken und Nebenwirkungen der Interventionen werden eher als Folge gesammelter Erfahrungen denn als Ergebnis ganzheitlich orientierter wissenschaftlicher Bemühungen erkannt.

Meldet sich als Folge der Interventionen an unvermuteter Stelle ein neues Phänomen, so führt dies regelmäßig zu neuen Interventionen. Diese sind wiederum geeignet, die Kompliziertheit weiter zu steigern, die das betroffene System zu verkräften hat.

Interventionen, die ohne Kenntnis der Zusammenhänge erfolgen, führen regelmäßig zu Widersprüchen. Somit können komplexe Systeme erkranken im Sinne der abnehmenden Fähigkeit, die wachsende Zahl der Widersprüche zu integrieren, die durch Interventionen ohne ganzheitlichen Bezug ausgelöst werden.

Dieses Phänomen wird als „**Spezialisierungsfalle**“ bezeichnet.

Ein tieferes Verständnis für diesen Vorgang kann man erhalten, wenn man die Begriffe Komplexität und Kompliziertheit definiert und den Unterschied herausarbeitet. Mit komplexen Sachverhalten haben wir es zu tun, wenn sich eine unendliche Vielfalt der konkreten Erscheinungen auf eine ebenso unendliche, jeweils einer bestimmten Ordnung folgende Komposition von Bausteinen zurückführen lässt. Komplizierten Sachverhalten fehlt diese Eigenschaft. Sie entstehen nicht als Ausdruck einer Ordnungsvorstellung sondern als Folge zahlreicher, auf den Einzelfall bezogener Interventionen in einem gegebenen Ordnungszusammenhang. Es handelt sich um eine Vorgehensweise, die sich beschränkt, die Ursachen eines bestimmten Phänomens zu erkennen oder zu diagnostizieren und sie durch Interventionen zu verändern.

Im Rahmen einer Zertifizierung zum Onkologischen Zentrum werden die Struktur-, Prozess- und in zunehmenden Maße die Ergebnisqualität von onkologischen Behandlungseinrichtungen überprüft und bewertet. Die klar strukturierten interdisziplinären Tumorkonferenzen stehen hier im Mittelpunkt des Geschehens. Funktionierende Vernetzungen mit allen Partnern, die an der Versorgung von onkologischen Patienten beteiligt sind, verbunden durch entsprechende Kooperationsverträge geben einen Schutz vor der Spezialisierungsfalle und führen zu einer zeitgemäßen onkologischen Versorgung der Patienten.

Der Effekt der interdisziplinären Erarbeitung eines Therapiekonzeptes für onkologische Patienten lässt sich sehr einfach zeigen, indem man die Quote bezogen auf den primären Therapieversuch der vorstellenden Fachrichtung an veränderten oder ergänzten Therapieplänen ermittelt, die sich aus den Tumorkonferenzen ergeben. Diese beläuft sich zwischen 10 und 20 %.

**Die Schlussfolgerung ist zweifelsfrei: Interdisziplinäre Vernetzung ist für eine moderne Onkologie eine *Conditio sine qua non*.**

Tabelle 5

**Anforderungen an eine zeitgemäße onkologische Versorgung**

- 1. Zentrenbildung mit multidimensionaler Vernetzung aller an der Versorgung beteiligten Strukturen**
- 2. keine onkologische Therapie ohne interdisziplinäre Tumorkonferenz**
- 3. Evidenzbasierte Patientenaufklärung**
- 4. Herstellen und Überprüfung von funktionierenden Strukturen (Zertifizierung, Kooperationsverträge, Qualitätsmanagement usw.)**
- 5. deutschlandweiter Aufbau klinischer Krebsregister mit vollständiger Erfassung vergleichbarer, vollständiger Datensätze**

Unter dem Gesichtspunkt, dass bis zum Jahre 2030 die Krebsfälle um **30 %** in Deutschland zunehmen werden, stellt sich die Frage, welche Maßnahmen erforderlich sind, um den künftigen Anforderungen an eine moderne onkologische Versorgung gerecht zu werden.

Dazu geben die Tabellen 6 und 7 zusammenfassend Auskunft.

Tabelle 6

**Anforderungen für einen Fortschritt in der Onkologie**

- **Mehr Investition in die Krebsforschung (z. Z. 4 €/Einwohner und Monat)**
- **Mehr Studien in hoher Qualität (Voraussetzung: Studienärzte, Study Nurse, wissenschaftliche Mitarbeiter, Studienzentralen)**
- **Recht für Patienten in Studien eingeschlossen zu werden**
- **Mehr Investitionen in die Prävention (z. Z. GKV 1,6 Mill. €/a = 0,6 %, Industrie 2,5 %)**
- **Mehr Versorgungsforschung, es fehlen wichtige Daten**

Tabelle 7

**Förderung moderner onkologischer Konzepte**

- Förderung ganzheitlicher Therapieansätze
- Förderung der Palliativmedizin und des Hospizwesens
- Verbesserung der psychoonkologischen Versorgung
- Förderung der personalisierten Medizin
- Förderung der individualisierten Medizin
- Einführung einheitlicher Qualitätskriterien in der Onkologie

**Zusammenfassung**

Die multidimensionale, interdisziplinäre Vernetzung in der Onkologie in Form von Onkologischen Zentren stellt eine Verfahrensweise bei der Versorgung onkologischer Patienten dar, bei der die kollektive Intelligenz von vielen Fachexperten zum Wohle des Patienten genutzt wird. Die Effekte, die sich durch die Nutzung einer kollektiven Intelligenz ergeben, sind durch viele Arbeiten aus dem Bereich der Pädagogik und der Organisationspsychologie ausreichend belegt. Diese wird bezeichnet

als „Weisheit der Vielen“, die größer ist als die Leistung des besten Einzelnen in deren Mitte.

Um den Effekt aus der Nutzung der „Weisheit der Vielen“ zu erhalten, bedarf es einer Struktur, einer guten Organisation und Leitung und der richtigen Methodik.

Für interdisziplinäre Tumorkonferenzen bedeutet dieses zum Beispiel zunächst die rechtzeitige Meldung der zu beratenden Tumorfälle, die individuelle Vorbereitung zu den Patienten als Brainstorming in einer stillen Phase. Auch das Brainwriting stellt eine Methodik im Wissensmanagement dar. Verantwortungsvoller Umgang mit den Möglichkeiten und gute Vorbereitung im Management der Schnittstellen führen zum Erfolg. Damit kann für unsere onkologischen Patienten ein Paradoxon Beweiskraft erhalten:

**„Wissen ist die einzige Sache, die sich vermehrt, wenn man sie teilt!“**

**Verfasser:**

*Prof. Dr. med. Klaus Dommisch  
Leiter des Onkologischen Zentrums  
HELIOS-Kliniken Schwerin  
zertifiziert 2011 durch die DKG (OnkoZert/ITÜV Süd)*

## Anmerkungen zum Ausfall der geplanten Aids-Fortbildung

Für den 1. Dezember 2012 hatte der Aids-Ausschuss der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern eine Fortbildungsveranstaltung zu Problemen der HIV-Infektion geplant. Diese Veranstaltung musste aus Mangel an angemeldeter Beteiligung abgesagt werden. Der Aids-Ausschuss der Ärztekammer bedauert diese Situation außerordentlich: immerhin sind für die Durchführung dieser Veranstaltung bereits viele Arbeiten geleistet worden, die nun hinfällig sind.

Es ist nicht zu verkennen, dass die Vielzahl von Fortbildungsveranstaltungen der verschiedensten Ebenen zu gewissen Ermüdungserscheinungen bei der Ärzteschaft geführt hat. Es muss aber auch bedacht werden, dass die epidemiologische Situation der HIV-Infektion in Mecklenburg-Vorpommern nicht dazu angetan ist, über die tägliche Arbeit große Erfahrungen mit dieser Erkrankung zu erreichen. Zwar ist die Häufigkeit der HIV-Infektionen erfreulicherweise in Mecklenburg-Vorpommern gering, so sind wir fast ausschließlich zum Erwerb entsprechender Fachkenntnisse auf Fortbildungen angewiesen.

Folgende Tatsachen müssen allerdings zur Kenntnis genommen werden: Die HIV-Pandemie ist ungebrochen!

Das Robert-Koch-Institut (RKI) informiert, dass 2012 mit ca. 78.000 HIV-Infizierten etwas mehr als im Vorjahr in Deutsch-

land leben. Geschätzt werden etwa 14.000 HIV-Infizierte, die keine Kenntnis von ihrer Infektion haben. Für das Jahr 2012 geht das RKI von 3400 Neuinfektionen aus. Diese Zahl bedeutet im Vergleich zu den Vorjahren eine steigende Tendenz bei den Neuinfektionen.

Wir können nicht darauf hoffen, dass, wie einmal ein Kollege sagte „*der Kelch an uns vorüber geht*“. Die Ärzteschaft muss gewappnet sein, den HIV-Infizierten gute medizinische, psychische und auch sozialmedizinische Hilfe angedeihen zu lassen. Um diese Forderungen erfüllen zu können, sind momentan nur Fortbildungsveranstaltungen, die sich dieser Thematik widmen, als Mittel der Wahl anzusehen.

Eine Nichtachtung oder Nichtbeachtung dieses Mittels – dieser darauf abgestimmten Fortbildung – zur Erweiterung und Festigung der Kenntnisse ist unseres Erachtens nicht angebracht und deshalb sind alle Kolleginnen und Kollegen eingeladen zukünftige **Veranstaltungen zu HIV-Infektionen zur Weiterbildung/Fortbildung zu nutzen.**

*Dr. M. Lafrenz, Prof. Dr. R. H. Dennin, Dr. G. Hauk  
Aids-Ausschuss der  
Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern*

# Veranstaltungskalender

## Impfkurse in Mecklenburg-

### Vorpommern (Zur Beachtung: Ab Januar 2013 reduzierte Stundenzahl)

- **Grundkurs:** Erwerb des Impfbefähigungszertifikates der Ärztekammer M-V

- **Refresher-Kurs:** Voraussetzung: Impfbefähigungszertifikat einer Ärztekammer

**Gebühr:** Grundkurs: 80,00 €,  
Refresher-Kurs: 40,00 €,  
Erweiterter Refresher-Kurs: 50,00 €

## Kurse der Ärztekammer M-V

### Grundkurs „Impfen“

6 P

27.02.2013, 14:00 – 19:30 Uhr Grundkurs

**Ort:** Hörsaal, Kinder- und Jugendklinik, Universitätsmedizin, Ernst-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock

**Leitung:** Frau Dr. med. M. Littmann

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040, E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

15.06.2013, 09:00 – 14:30 Uhr Grundkurs

6 P

09.11.2013, 09:00 – 15:00 Uhr Grundkurs

6 P

**Ort:** Rostock

**Leitung:** Frau Dr. med. M. Littmann

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040, E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

## Impftag der Ärztekammer M-V

14.09.2013, 10:00 – 14:00 Uhr

Erweiterter Refresher-Kurs

5 P

**Ort:** Hotel Neptun, Seestr. 19,

18119 Rostock-Warnemünde

**Leitung:** Frau Dr. med. M. Littmann

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040, E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

## Kurse anerkannter Kursleiter im Kammerbereich

23.03.2013, 09:00 – 12:00 Uhr

Refresher-Kurs

3 P

26.10.2013, 09:00 – 12:00 Uhr

Refresher-Kurs

3 P

26.10.2013, 09:00 – 14:30 Uhr

Grundkurs

6 P

**Ort:** Institut für Hygiene, Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Salvador-Allende-Str. 30, 17036 Neubrandenburg

**Leitung:** Frau Dr. med. M. Littmann, Herr Priv.-Doz. Dr. med. habil. J. Hallauer

**Anmeldung:** Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Institut für Hygiene, Sekretariat, Salvador-Allende-Str. 30, 17036 Neubrandenburg, Tel.: 0395 7752061, Fax: 0395 775192061, E-Mail: hyg@dbknbn.de

13.04.2013, 09:00 – 12:00 Uhr

Refresher-Kurs

3 P

13.04.2013, 09:00 – 14:30 Uhr Grundkurs

6 P

**Leitung:** Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. R. Bruns

**Ort / Anmeldung:** Universitätsmedizin Greifswald,

Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,

Frau Priv.-Doz. Dr. med. habil. R. Bruns,

Ferdinand-Sauerbruch-Str. 1, 17475 Greifswald,

Tel.: 03834 866378, Fax: 03834 866483,

Internet: <http://www.medizin.uni-greifswald.de>,

E-Mail: rbruns@uni-greifswald.de

19.06.2013, 14:00 – 17:00 Uhr

Refresher-Kurs

3 P

**Ort:** Rostock

**Leitung:** Frau Dr. med. M. Littmann

**Anmeldung:** Berufsverband der Frauenärzte, Herr Dipl.-Med. U. Freitag, Turnerweg 11 a, 23970 Wismar, Tel.: 03841 283432, Fax: 03841 283433, E-Mail: dm\_freitag-bvf-mv@web.de

Ein vollständiges und aktualisiertes Angebot finden Sie auf der Internetseite:

<http://www.aek-mv.de> → Fortbildung → Veranstaltungskalender

## Veranstaltungen der Ärztekammer M-V

### Refresher-Kurs „Leitender Notarzt“

(16 Stunden)

**Termin:** 22. – 23.02.2013

18 P

**Ort:** Raum 3/11, Krankenpflegeschule,

3. Etage, Sana-Krankenhaus Rügen GmbH,

Calandstr. 7 – 8, 18258 Bergen

**Leitung:** Herr Dipl.-Med. A. Zeuner

**Gebühr:** 250,00 €

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung,

August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock,

Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, Fax: 0381 4928040,

E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### Curriculum für Transfusionsverantwortliche bzw. Transfusionsbeauftragte

(nach dem Transfusionsgesetz und den Richtlinien der BÄK / PEI)

**Termin:** 28.02. – 01.03.2013

17 P

**Ort:** Hörsaal, Ärztekammer M-V, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

**Leitung:** Herr Prof. Dr. med. habil. V. Kiefel,

Frau Dr. med. K. Schnurstein

**Gebühr:** 150,00 €

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung,

August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock,

Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040,

E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### Refresher-Kurse „Der Praxisnotfall“

(Herz-Lungen-Wiederbelebung)

je 10 P

(für niedergelassene Ärzte und deren Assistenz-

personal, jeweils 09:00 – 16:00 Uhr)

**02.03.2013** Krankenpflegeschule, Sana-Krankenhaus

Rügen GmbH, Calandstr. 7 – 8,

18258 Bergen

**16.03.2013** Grevesmühlen

**20.04.2013** Hörsaal, Ärztekammer M-V,

August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

**31.08.2013** Raum 305, Schulungsraum des Pflege-

dienstes (MVZ), Universitätsmedizin

Greifswald, Fleischmannstr. 6,

17475 Greifswald

**23.11.2013** Stadtverwaltung, Brandschutz- und

Rettungsamt, Ziegelbergstr. 50,

17033 Neubrandenburg

**Gebühr:** 100,00 € Ärzte, 80,00 € Assistenzpersonal

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung,

August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock,

Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040,

E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### Grundkurs im Strahlenschutz für Ärzte (und Medizinphysiker)

zum Erreichen der Fachkunde Strahlenschutz nach

Röntgenverordnung

**Termin:** 07. – 09.03.2013

26 P

**Ort:** Hörsaal, Ärztekammer M-V, August-Bebel-Str. 9 a,

18055 Rostock

**Leitung:** Herr Dr. med. J.-C. Kröger

**Gebühr:** 140,00 € (bei Komplettbuchung von Grund- und Spezialkurs: 250,00 €)

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung,

August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock,

Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040,

E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### 80-Stunden-Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Notfallmedizin

(80 Stunden; nach den Empfehlungen der Bundesärztekammer)

**Termin:** 04. – 11.06.2013

82 P

**Ort:** Ärztekammer M-V, Universitätsmedizin Rostock

und Berufsfeuerwehr Rostock

**Leitung:** Herr Dr. med. B. Werner,

Herr Dr. med. M. Gloger

**Gebühr:** 700,00 €

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040, E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### Spezialkurs im Strahlenschutz

zum Erreichen der Fachkunde Strahlenschutz nach Röntgenverordnung

(Voraussetzung: Besuch des Grundkurses)

**Termin: 20. – 22.06.2013**

**22 P**

**Ort:** Hörsaal, Ärztekammer M-V, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

**Leitung:** Herr Dr. med. J.-C. Kröger

**Gebühr:** 140,00 € (bei Komplettbuchung von Grund- und Spezialkurs: 250,00 €)

**Anmeldung:** Ärztekammer M-V, Referat Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-42, -43, -44, -46, Fax: 0381 4928040, E-Mail: fortbildung@aek-mv.de

### Veranstaltungen in unserem Kammerbereich

#### Folgende Veranstalter bieten in M-V Balintgruppenarbeit an:

**Gadebusch** – Frau Dipl.-Med. A. Hachtmann, Tel.: 03886 212440

**Rostock-Elmenhorst** – Frau Dr. med. E. Lüdemann, Tel.: 0381 7612138

**Rostock** – Frau Dr. med. K. Birke, Tel.: 038203 44606

**Greifswald** – Frau Dr. med. B. Noack, Tel.: 03834 594664

**Schwerin** – Herr Dr. med. P. Herzog, Tel.: 0385 5777373

**Stralsund** – Herr Dr. med. Dr. jur. M. Gillner, Tel.: 03831 452200

#### Komplette Akupunkturausbildung der DGfAN e. V. zum Erwerb der Zu- satzbezeichnung Akupunktur

(KV Qualifikation)

Beginn neues Kurssystem 2013:

**11. – 13.01.2013** Grundkurs A

**Ort:** Akupunkturfortbildungszentrum Kur- und Ferienhotel „Sanddorn“,

Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde

**Leitung:** Frau Dr. med. R. Schwanitz

**Anmeldung:** Akupunkturfortbildungszentrum, Frau Dr. med. R. Schwanitz,

Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde, Tel.: 0381 5439935, Fax: 0381 5439988, E-Mail: ReginaSchwanitz@aol.com

#### Fortbildung der Klinik und Poliklinik für Neurologie der Universitätsmedizin Rostock

**3 P**

**Thema:** Frühdiagnostik des idiopathischen Parkinson-Syndroms

**Termin: 16.01.2013, 17:00 – 19:00 Uhr**

**Leitung:** Herr Dr. med. A. Wolters

**Ort / Anmeldung:** Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Frau I. Kell, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Tel.: 0381 4949517, Fax: 0381 4949605, E-Mail: iris.kell@med.uni-rostock.de

#### Symposium der Abteilung für Neurochirurgie im Onkologischen Zentrum der Universitätsmedizin Rostock

**Thema:** Aktueller Stand der Behandlung intrakranieller Metastasen

**Termin: 19.01.2013, 09:00 – 13:00 Uhr**

**Leitung:** Herr Prof. Dr. med. habil. J. Piek

**Ort:** Hörsaal, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Universitätsmedizin Rostock, Schillingallee 35, 18057 Rostock

**Anmeldung:** Universitätsmedizin Rostock, Chirurgische Klinik und Poliklinik, Abteilung für Neurochirurgie, Frau G. Schwarz, Schillingallee 35, 18057 Rostock, Tel.: 0381 4946419, Fax: 0381 4946438, E-Mail: gerburg.schwarz@uni-rostock.de

#### Sonographiekurs „Säuglingshüfte“ der Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie der Universitätsmedizin Greifswald

(nach den Richtlinien der KBV und der DEGUM)

**19. – 20.01.2013** Grundkurs

**25. – 26.05.2013** Aufbaukurs

**02. – 03.11.2013** Abschlusskurs

**Leitung:** Herr Priv.-Doz. Dr. med. R. Kayser,

Herr Prof. Dr. med. H. Merk

**Ort / Anmeldung:** Universitätsmedizin Greifswald, Klinik und Poliklinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie, Frau S. Kühl, F.-Sauerbruch-Str. 1,

17475 Greifswald, Tel.: 03834 867213, E-Mail: susanne.kuehl@uni-greifswald.de

#### Psychosomatische Grundversorgung

**je 50 P**

(20 Stunden Diagnostik und Differentialdiagnostik, 30 Stunden Interventionsmethoden in der Psychosomatischen Grundversorgung)

*Die Teilnahme an einer kontinuierlichen Balintgruppenarbeit über 30 Stunden ist ebenfalls möglich*

**Frühjahrskurs 20. – 22.02.2013** (Block I),

**17. – 19.04.2013** (Block II)

**Herbstkurs**

**12. – 14.06.2013** (Block I),

**04. – 06.09.2013** (Block II)

**Ort:** Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Universitätsmedizin Rostock, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock

**Leitung:** Herr Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. W. Schneider

**Anmeldung:** Universitätsmedizin Rostock, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin, Frau B. Burau, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Tel.: 0381 4949671, Fax: 0381 4949672, E-Mail: britta.burau@med.uni-rostock.de

### Veranstaltungen in anderen Kammerbereichen

#### Gutachterkolloquium: Optimierung von Arzthaftungsgutachten

**Termin: 16.02.2013 / 22.06.2013 / 31.08.2013 / 09.11.2013**, jeweils 09:00 – 15:00 Uhr

**Ort:** Aesculap Akademie GmbH, Langenbeck-Virchow-Haus, Luisenstr. 58 – 59, 10117 Berlin

**Anmeldung:** Aesculap Akademie GmbH, Langenbeck-Virchow-Haus, Frau N. Wichert, Luisenstr. 58 – 59, 10117 Berlin, Tel.: 030 51651250, Fax: 030 51651299, Internet: <http://www.aesculap-akademie.de>, E-Mail: nadine.wichert@aesculap.de

**Termin: 26.04.2013, 09:00 – 15:00 Uhr**

**Ort:** Aesculapium, Am Aesculap-Platz, 78532 Tuttlingen

**Termin: 27.09.2013, 09:00 – 15:00 Uhr**

**Ort:** Aesculap Akademie GmbH, Gesundheitscampus 11 – 13, 44801 Bochum

**Gebühr:** je 275,00 €

**Anmeldung:** Aesculap Akademie GmbH, Frau D. Wick, Am Aesculap-Platz, 78532 Tuttlingen,

Tel.: 07461 951315, Fax: 07461 952050,  
Internet: <http://www.aesculap-akademie.de>,  
E-Mail: [diana.wick@aesculap-akademie.de](mailto:diana.wick@aesculap-akademie.de)

### Dopplerkurse nach DEGUM- und KBV-Richtlinien

**Ort / Anmeldung:** Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, Institut für Anatomie und Zellbiologie, Herr Dr. A. Klemenz, 06097 Halle, Tel.: 0345 557-1316 / -1703, Fax: 0345 5574649, E-Mail: [albrecht.klemenz@medizin.uni-halle.de](mailto:albrecht.klemenz@medizin.uni-halle.de)

### 4. Lübecker Venentag

**Termin:** 26.01.2013, 09:00 – 13:00 Uhr  
**Ort:** Audimax Lübeck, Mönckhofer Weg 245, 23562 Lübeck  
**Anmeldung:** Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Lübeck, Klinik für Dermatologie, Allergologie und Venerologie, Frau Priv.-Doz. Dr. B. Kahle, Frau Dr. W. Anemüller, Frau W. Schmidt-Tomkewicz (dienstags und freitags),

Ratzeburger Allee 160, Haus 10, 23562 Lübeck,  
Tel.: 0451 5006985, Fax: 0451 5002981,  
E-Mail: [wiebke.schmidt-tomkewicz@uksh.de](mailto:wiebke.schmidt-tomkewicz@uksh.de)

### 9. WATN

(Wissenschaftliches Arbeitstreffen Notfallmedizin)  
**Treffen der wissenschaftlichen Arbeitsgruppen der DGAI im Bereich Notfallmedizin**  
**Termin:** 03. – 04.02.2013  
**Ort:** ATLANTIC Hotel Kiel, Raiffeisenstr. 2, 24103 Kiel  
**Anmeldung:** Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Frau A. Lauerwald, Campus Lübeck, Ratzeburger Allee 160, 23562 Lübeck, Tel.: 0451 5972991, Fax: 0451 5973002, E-Mail: [monika.lauerwald@uksh.de](mailto:monika.lauerwald@uksh.de)

### Bonner Venentage 2013

- Europäische Leitlinie zur Sklerotherapie
- Internationaler Consensus zur endovenösen thermischen Therapie der Varikose

- Ein Jahr Erfahrungen mit den neuen oralen Antikoagulanzen
- Kompression: Welche Dogmen gelten noch?
- Update Lymphödem – Was ist neu?

**Termin:** 15. – 16.02.2013  
**Ort:** Südforum, Beethovenhalle, Wachsbleiche 16, 53111 Bonn  
**Information:** Viavital Verlag GmbH, Belfortstr. 9, 50668 Köln, Tel.: 0221 98830102, Fax: 0221 98830105, Internet: <http://www.bonner-venentage.de>, E-Mail: [post@viavital.net](mailto:post@viavital.net)

Detailliertere Angaben und weitere Fortbildungsveranstaltungen finden Sie auf der Internetseite: <http://www.baek.de> → **Fortbildungsportal**

## Öffentliche Ausschreibung von Vertragsarztsitzen gemäß §103 Abs. 4 SGB V

Die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern schreibt auf Antrag folgende Vertragsarztsitze zur Übernahme durch einen Nachfolger aus, da es sich um für weitere Zulassungen gesperrte Gebiete handelt.

Planungsbereich / Fachrichtung	Übergabetermin	Bewerbungsfrist	Ausschreibungsnummer
<b>Stralsund/Nordvorpommern</b> Augenheilkunde Chirurgie	1. April 2013 möglichst	15. Januar 2013 15. Januar 2013	14/10/11 08/10/12
<b>Rostock</b> Chirurgie	1. Juli 2013	15. Januar 2013	29/11/12
<b>Güstrow</b> Frauenheilkunde und Geburtshilfe	nächstmöglich	15. Januar 2013	07/03/12/1
<b>Schwerin/Wismar/Nordwestmecklenburg</b> Chirurgie (Praxisanteil) Nervenheilkunde	nächstmöglich 1. April 2013	15. Januar 2013 15. Januar 2013	04/09/12 05/09/12
<b>Demmin</b> Allgemeinmedizin	1. Oktober 2013	15. Januar 2013	12/11/12
<b>Greifswald/Ostvorpommern</b> HNO-Heilkunde	1. April 2013	15. Januar 2013	21/11/12

Die Ausschreibungen erfolgen zunächst anonym. Bewerbungen sind unter Angabe der Ausschreibungsnummer an die Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Postfach 16 01 45, 19091 Schwerin, zu richten.

#### Den Bewerbungsunterlagen sind beizufügen:

- Auszug aus dem Arztregister;
- Nachweise über die seit der Eintragung in das Arztregister ausgeübten ärztlichen Tätigkeiten;
- Lebenslauf;
- polizeiliches Führungszeugnis im Original.

# Aus der Praxis der Norddeutschen Schlichtungsstelle

## Fersenulzera – Schicksal oder Fehlerfolge?

### Kasuistik

Der 70-jährige Patient unterzog sich in einer urologischen Klinik wegen einer benignen Prostatahypertrophie einer transurethralen Prostataresektion. Dieser Eingriff und seine urologischen Folgen wurden nicht beanstandet.

Im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang der Operation traten Schmerzen, Blasenbildung und schließlich Nekrosen an beiden Fersen auf. Die ersten Symptome wurden bereits am Operationstag dokumentiert. Wegen der Fersennekrosen war der Patient über ein Jahr lang in Behandlung. Es wurde im Verlauf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit an beiden Beinen diagnostiziert und durch Aufdehnung einer Stenose der rechten Oberschenkelarterie behandelt. Während das Ulcus an der linken Ferse schließlich verheilte, kam es auf der rechten Seite zur fortschreitenden Nekrose mit wiederholten operativen Revisionsmaßnahmen.

### **Der Patient sieht die Fersenulzera als Folge einer fehlerhaften postoperativen Lagerung.**

Er habe bereits auf der Wachstation wiederholt die Nachtschwester auf Schmerzen in den Fersen aufmerksam gemacht. Die Schwester habe nur kurz nachgeschaut, aber nichts erkennen können. Sie habe nur ein dünnes Tuch unter die Fersen gelagert. Die Schwester der Frühschicht habe dann große Blasen an beiden Fersen festgestellt und eine entsprechende Behandlung veranlasst.

In der Stellungnahme der Klinik zu den Vorwürfen wurde ausgeführt, dass bei der Aufnahmeuntersuchung die Fußpulse tastbar gewesen seien, so dass von einer peripheren arteriellen Verschlusskrankheit nicht auszugehen war. Perioperativ seien maßgerechte Thrombosestrümpfe angelegt worden. Die Nachtschwester habe zum fraglichen Zeitpunkt in der Nacht die Thrombosestrümpfe ausgezogen, die Fußpulse überprüft und die Fersen als unauffällig befunden. Nach erneuter Anlage der Thrombosestrümpfe habe sie die Fersen unterpolstert. Erst am nächsten Morgen hätten sich die Blasen an den Fersen gezeigt. Daraufhin seien die Thrombosestrümpfe nicht wieder angelegt worden. Die Blasen seien vor der Entlassung abpunktiert worden. Es läge kein Pflegefehler vor. Die Anlage der Thrombosestrümpfe sei indikationsgerecht vorgenommen worden. Die Behandlung der Blasenbildung an den Fersen sei sorgfältig und suffizient erfolgt.

### Gutachten

Ein postoperatives Überwachungsdefizit läge nicht vor. Von einem Lagerungsfehler sei nicht auszugehen. Ein krankheitsbedingtes erhöhtes Dekubitusrisiko läge nicht vor. Aufgrund des bei der Aufnahmeuntersuchung festgestellten normalen Pulsstatus wäre nicht von einer arteriellen Verschlusskrankheit auszugehen gewesen.

Ein erhöhtes Risiko habe dagegen bezüglich einer gestörten Wundheilung bestanden. Die Resistenzlage sei durch die langfristige Behandlung einer rheumatischen Arthritis mit Prednisolon und MTX reduziert gewesen. Hierin sei die Ursache für das Fortschreiten der Fersennekrosen zu sehen. Fehlerhafte Therapiemaßnahmen seien bei der Primärbehandlung der Fersenulzera in der urologischen Klinik nicht festzustellen.

Letztlich seien die Fersenulzera zwar als Lagerungsschaden, jedoch nicht als Folge einer fehlerhaften Lagerung anzusehen. Die Fersenulzera hätten in ihrer Progression nicht aufgehalten werden können. Der Verlauf sei als schicksalhaft zu beurteilen.

### Entscheidung der Schlichtungsstelle

Die Schlichtungsstelle gelangte zu einer anderen Bewertung der Fehlerproblematik als der Gutachter. Aufgrund der Behandlungsdokumentation war von folgenden Voraussetzungen auszugehen:

1. Die Operation wurde in Spinalanästhesie, also mit motorischer und sensibler Lähmung der unteren Körperhälfte bei vollem Bewusstsein durchgeführt. Die Operationslagerung bestand in der sogenannten Steinschnittlage. Bei dieser Lagerung liegen die Fersen frei, sind also keinem Auflagerungsdruck ausgesetzt. Eine Entstehung der Ulzera unter der 25 Minuten dauernden Operation ist auszuschließen.
2. Der Patient befand sich nach der Operation in einer Überwachungseinheit. Hierzu wurde ein Protokollbogen („Aufwachraum“) angefertigt. In diesem Bogen wurden eingetragen: Messung von Blutdruck und Puls in halbstündlichen Abständen und Angaben zur Infusion. Entsprechend den Kreislaufkontrollwerten erfolgte die Überwachung vom 14. März um 8:34 Uhr bis 15. März 4:42 Uhr. Ob die

letzte Zeitangabe der Verlegung auf die urologische Station entspricht, war nicht erkennbar.

Im Pflegebericht der Station war unter dem 14. März eingetragen, ohne Zeitangabe: „Fersenkissen“, „2:00 Uhr Kontrolle der Fersen, Unguentolan (?)“.

Unter dem 15. März fand sich ohne Zeitangabe: „Fersenkissen, Fersen mit Beta bepinselt“. „Patient lehnt Fersenkissen ab“.

Am 16. März 2008 wurden Blasen an den Fersen punktiert. Ärztliche Eintragungen zum Befund an den Fersen lagen nicht vor.

Die Eintragungen in der Pflegedokumentation stimmten mit dem patientenseitigen Angaben in folgenden Punkten überein:

- Erstmalige Angabe von Schmerzen an den Fersen in der Nacht vom 14. März zum 15. März.
- Befundfeststellung und Lokalbehandlung durch Pflegepersonal.
- Feststellung von Blasen an den Fersen und Punktion am 16. März.

Die Schlichtungsstelle gelangte auf folgendem Wege zur Feststellung eines Behandlungsfehlers:

Die Fersengeschwüre entstanden durch Auflagedruck durch das Eigengewicht der Beine. Derartige Druckgeschwüre entstehen nicht von selbst. Sie wären im vorliegenden Fall – auch eingedenk eines gewissen dispositionellen Risikos – nicht entstanden, wenn nicht eine mindestens zweistündige unveränderte Fersenaufgabe vorgelegen hätte. Die Geschwüre wären demnach vermieden worden, wenn zum entscheidenden Zeitpunkt eine korrekte Fersenhochlagerung mit Unterpolsterung der Unterschenkel erfolgt wäre.

Der Patient war durch die Spinalanästhesie über mehrere Stunden (etwa drei bis sechs Stunden) gelähmt, hatte an den Beinen kein Gefühl und konnte die Beine nicht bewegen. Im Protokoll der Aufwachstation finden sich über die Rückbildung der Spinalanästhesie keine Angaben. Der Zeitpunkt der Druckschädigung durch kontrollierte (Pflegepersonal) beziehungsweise unkontrollierte (Patient) Beinlagerung mit Fersenbelastung ist auf die Zeit anzusetzen, während die Spinalanästhesie noch wirksam war. Nach Beendigung der motorischen und sensiblen Lähmung konnte der Patient die Beine wieder bewegen. Er hätte durch die unwillkürlichen Beinbewegungen, auch bei Einhaltung einer gewollten Rückenlage, eine dauerhafte Fersenauflagerung mit Sicherheit vermieden.

Die ersten Schmerzangaben in den Fersen wurden etwa 16 Stunden nach Beendigung der Operation angegeben. Diese Schmerzen entsprachen bereits der irreversiblen Gewebeschädigung in dem Ausmaß, wie es sich im Laufe der nächsten Tage deutlich manifestierte.

In diesem Fall greift der **Anscheinsbeweis**: Eine andere Ursache als die – zu vermeidende – Fersenaufgabe unter motorischer und sensibler Beinlähmung ist schlechterdings nicht vorstellbar.

Gestützt wird diese Beweisführung durch einen entsprechenden Vermerk in der Pflegedokumentation, nachdem erstmalig in der Nacht vom 14. März zum 15. März auf der urologischen Station „Fersenkissen“ angewendet wurden. Dieser Eintrag wäre nicht erfolgt, wenn dieses Fersenkissen bereits bei der Übernahme aus dem Aufwachbereich vorhanden gewesen wäre. Der Entwicklung der Fersenzulzera liegt somit **ein vermeidbarer Behandlungsfehler** zugrunde.

**Fehlerbedingt ist es zu einer über ein Jahr dauernden Behandlung der Geschwüre, einschließlich wiederholter Operationen, die Schmerzen und die durch die Fersenzulzera bedingte Gehbehinderung gekommen.**

Dass die Heilung später durch die begleitenden Krankheiten, einerseits durch die arterielle Durchblutungsstörung, andererseits durch eine medikamentös bedingte Reduzierung der Resistenzlage, langfristig behindert wurde, ändert nichts am Umfang des Schadenersatzanspruches. Wären die Druckgeschwüre nicht entstanden, so wäre es auch nicht zu den Heilungsverzögerungen gekommen.

**Verfasser:**

*Rechtsanwalt Johann Neu  
Geschäftsführer*

*Schlichtungsstelle für Arzthaftpflichtfragen der  
norddeutschen Ärztekammern*

*Hans-Böckler-Allee 3  
30173 Hannover*

# 15. Curriculum Anatomie und Schmerz

6. bis 8. September 2012 in Greifswald

Das 15. Curriculum Anatomie und Schmerz fand wieder als Gemeinschaftsveranstaltung der Deutschen Schmerzgesellschaft e.V., der Ärztekammer Mecklenburg Vorpommern und der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin statt. In bewährter Weise wurden dieses Jahr **Schmerzphänomene der unteren Extremität aus funktionell anatomischer Sicht** in Form von Vorträgen, Seminaren und Demonstrationen an speziell erstellten anatomischen Präparaten diskutiert und visualisiert.

Jürgen Giebel (Greifswald) differenzierte die **Schmerzsyndrome** in lokale Schmerzen in einzelnen Strukturen, Gelenkschmerzen, gefäßbedingte Schmerzen, radikuläre/pseudoradikuläre Syndrome, neuropathische Krankheitsbilder, Triggerpunkte sowie fehlbildungsbedingte Schmerzen. Reizungen/Kompressionen peripherer Nerven entstehen vor allem durch: 1) die Nähe von Knochen und Nerven (z. B. N. peroneus communis und Fibulaköpfchen), 2) Kompartmentsyndrome (besonders nach Knochenbrüchen), 3) heterotope Ossifikationen (Fabellae), 4) Muskeln, die von Nerven durchquert werden (Plexus lumbosacralis beim Durchtritt durch den M. psoas major). Ebenso ist es möglich, dass Bänder und Faszien Engpasssyndrome unterhalten (z. B. Tarsaltunnelsyndrom).

Über den **Aufbau von Hüft- und Kniegelenk** informierte Thomas Koppe (Greifswald). Beide Gelenke sind diskontinuierliche Knochenverbindungen (echte Gelenke) und verfügen

über Gelenkkopf, Gelenkpfanne, Gelenknorpel, Gelenkspalt mit Synovialflüssigkeit sowie eine Gelenkkapsel, die für die Produktion bzw. Zusammensetzung der Synovia verantwortlich ist. Das Hüftgelenk wird als Nussgelenk bezeichnet, da die tief ausgehöhlte Gelenkpfanne (Acetabulum) den Femurkopf zu zwei Dritteln umgreift (Abb. 1). Die Beweglichkeit ist besonders durch die derbe Gelenkkapsel eingeschränkt (verstärkt durch Bänderschraube aus Lig.iliofemorale, pubofemorale und ischiofemorale) (Abb. 1). Im Kniegelenk, als größtem Gelenk des Körpers, artikulieren Femur, Tibia und Patella. Es ist ein Drehscharniergelenk und weist eine Knochen-, Bänder- sowie eine Muskelführung auf (Abb. 1). Die Menisken sind bewegliche Gelenkpfannen und gleichen Gelenkinkongruenzen aus. Sie stehen unter muskulärer Kontrolle, wobei der M. popliteus den lateralen Meniskus und der M. semimembranosus den mit der Gelenkkapsel verwachsenen medialen Meniskus beeinflusst.

**Histopathologische Befunde des Kniegelenks** erklärte Günther Wöhlke (Schwerin). Eine wichtige Voraussetzung für die klinisch-pathologische Korrelation der Befunde ist die interdisziplinäre Zusammenarbeit zwischen Operateur und Pathologen. Zu den häufigsten entzündlichen Kniegelenkserkrankungen zählt die Synovialitis, die in verschiedene Schweregrade eingeteilt werden kann. Weitere Erkrankungen umfassen Kristallarthropathien sowie Tumoren und tumorähnliche Läsionen der Gelenkregion.

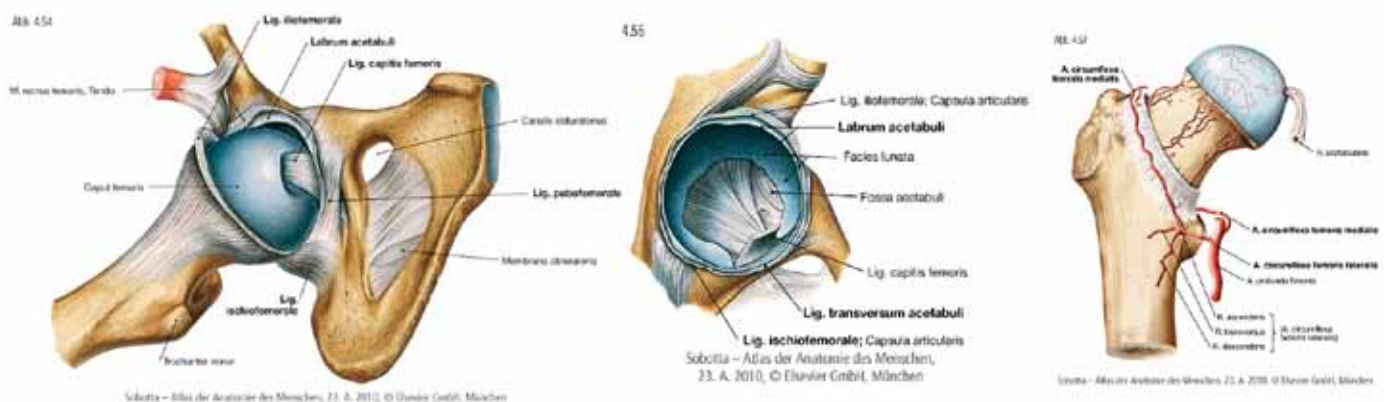


Abb. 1. Links: Der Hüftkopf wird durch die straffen Bänder der Hüftgelenkskapsel und das Lig capitis femoris in der Gelenkpfanne gehalten. Mitte: Die Artikulation des Femurkopfes erfolgt nur mit der knorpeligen Facies lunata. Der Spalt am Rand der Gelenkpfanne wird durch das Lig. transversum acetabuli geschlossen. Rechts: Blutgefäßversorgung des Hüftkopfes und der Gelenkkapsel (Aus: Sobotta Atlas der Anatomie des Menschen ©. Allgemeine Anatomie und Bewegungsapparat. Paulsen F, Waschke J (Hrsg.) 23. Aufl., Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München 2010, mit freundlicher Genehmigung des Verlages).



Einen Überblick der **funktionellen Ketten der unteren Extremität** und deren Bedeutung für den gesamten Körper gab *Jürgen Giebel (Greifswald)*. Aus manualtherapeutischer Sicht beginnt z. B. die oberflächliche Rückenlinie an der Plantarfazie. Sie verläuft über den M. triiceps surae und die ischiokruralen Muskeln zum Tuberculum ischiadicum und von dort über das Lig. sacrotuberale, dem Os sacrum, dem M. erector spinae und der Linea nuchalis zur Galea aponeurotica bis zum Scheitelpunkt des Kopfes. „Fernwirkungen“ können auch über die Verschaltung des N. ischiadicus mit bestimmten Kerngebieten im Hirnstamm erklärt werden. So führt im Tierexperiment die Stimulierung des N. trigeminus zur Blutdruckerhöhung. Dies hängt wahrscheinlich mit der Projektion der Ischiadicusfasern in den paratrigeminalen Kern Pa5 (als erste Station bei der Vermittlung von sensorischen Informationen aus dem N. ischiadicus) sowie in Kerngebiete der Formatio reticularis zusammen.

Über die **Erkennung und Einteilung neuropathischer Schmerzen** informierte *Uwe Preuße (Essen)*. Im schmerztherapeutischen Alltag verschiedener Fachgebiete (Anästhesie, Allgemeinmedizin, Orthopädie, Diabetologie, Neurologie etc.) haben die unterschiedlichsten neuropathischen Krankheitsbilder einen hohen Stellenwert. Diesem Umstand geschuldet, hat sich das Deutsche Ärzteblatt im Jahre 2006 dieser Problematik angenommen. Viele chronische Schmerzsyndrome sind durch ein Nebeneinander von nozizeptiven und neuropathischen Schmerzkomponenten gekennzeichnet. Preuße würdigte in seinem Vortrag die Bemühungen dieser Übersichtsarbeit, aus der Vielzahl der recherchierten Publikationen ein praxisrelevantes Exzerpt zu erstellen, was sich jedoch in der Betreuung neuropathischer Krankheitsbilder nicht immer als effektiv erweist. Daraus resultierend wurden in diesem Vortrag ergänzende Ansätze aus der Beschreibung von 18 unterschiedlichen neuropathischen Krankheitsbildern durch Charcot (1825 - 1893) und der „Grundsystemtheorie“ nach Pischinger in die Diskussion über die Diagnostik und Therapie von neuropathischen Krankheitsbildern eingebracht.

Die **Behandlung verschiedener Schmerzen durch Strahlentherapie** wurde von *Rainer Templin (Schwerin)* vorgestellt. Obwohl die Strahlentherapie, deren analgetische Wir-

kung 1895 entdeckt wurde, fast genauso alt ist wie die Entdeckung der Röntgenstrahlen selbst, wird sie in Deutschland eher selten eingesetzt. Der Hauptangriffspunkt ist nicht die DNA wie bei Tumorbestrahlungen. Vielmehr soll die Durchblutung und die Permeabilität der Kapillaren verbessert und Leukozyten, Fibroblasten sowie Chondroklasten inaktiviert und das vegetative Nervensystem beeinflusst werden. Die therapeutisch wirksame Strahlendosis liegt dabei zwischen 1-20 Gy (bei Krebstherapie 20-80 Gy). Gute Erfolge liegen insbesondere bei der Behandlung des Fersenspornes sowie frühen Stadien von Gonarthrose und Coxarthrose vor.

**Faszien, Leitungsbahnen und Engpasssyndrome** wurden von *Thomas Koppe (Greifswald)* beleuchtet. Faszien sind breitflächige bindegewebige Strukturen, die Organe (in Form von Kapseln), Muskeln (Faszien) und auch den Körper als Ganzes umhüllen. Durch Septierungen werden Muskellogen bzw. osteofibröse „Kanäle“ gebildet. Da Muskelfaszien mit dem Bindegewebsystem des Muskels (Epi-, Peri- und Endomysium) kommunizieren, sind sie untrennbare Bestandteile eines Muskels. Von der Oberschenkelfaszie (Fascia lata) gehen Muskelsepten aus, die am Oberschenkel verschiedene Logen bilden. Ebenso bilden sich am Unterschenkel Logen (Abb. 2), in denen es z. B. nach Knochenbrüchen zu Einblutungen kommen kann, die ein Kompartmentsyndrom nach sich ziehen können.

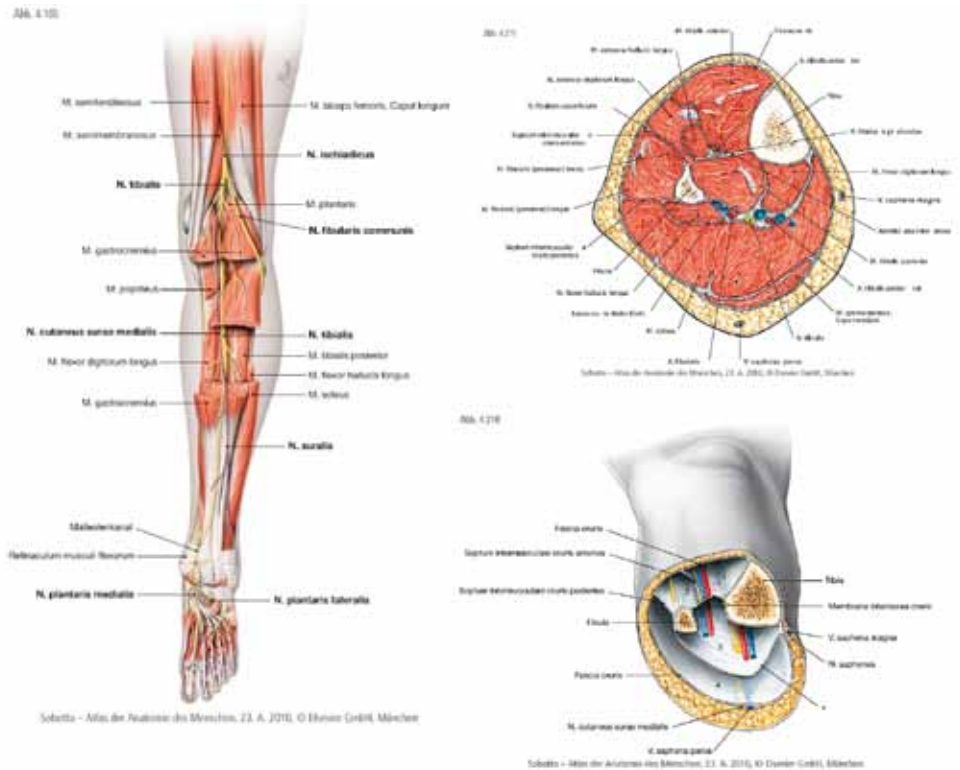


Abb. 2. Links: Durchtritt des N. cutaneus femoralis lateralis an der Spina iliaca anterior superior und weitere epifasziale Leitungsbahnen am Oberschenkel. Rechts oben: Aufzweigung des N. ischiadicus in N. tibialis und N. fibularis (peroneus) communis. Rechts unten: Kompartimentierung und Gefäßnervenstraßen am Unterschenkel. (Aus: Sobotta Atlas der Anatomie des Menschen ©. Allgemeine Anatomie und Bewegungsapparat. Paulsen F, Waschke J (Hrsg.) 23. Aufl., Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München 2010, mit freundlicher Genehmigung des Verlages)

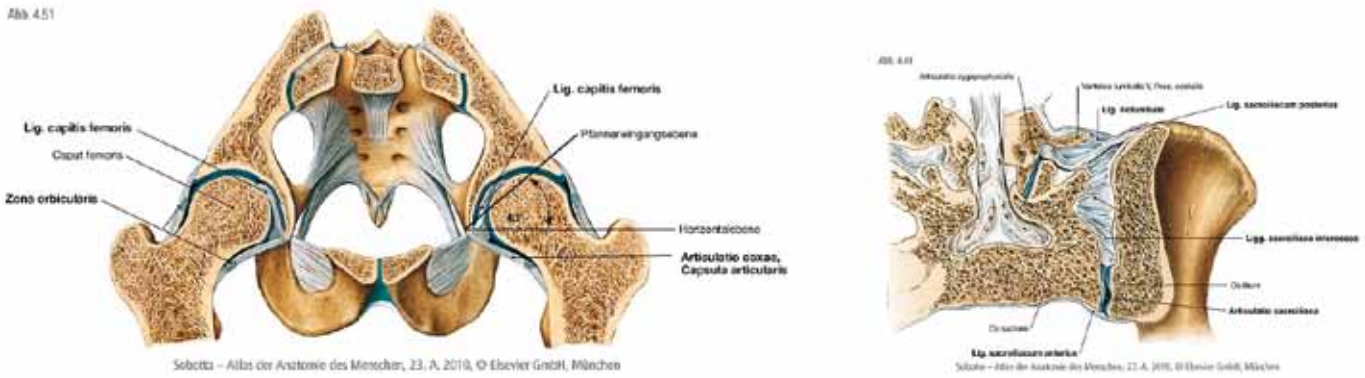


Abb. 3. Darstellung des Kreuzdarmbeingelenkes mit ausgeprägtem Bandapparat (Aus: Sobotta Atlas der Anatomie des Menschen©. Allgemeine Anatomie und Bewegungsapparat. Paulsen F, Waschke J (Hrsg.) 23. Aufl., Elsevier GmbH, Urban & Fischer, München 2010, mit freundlicher Genehmigung des Verlages).

Über das **Kreuzdarmbeingelenk** (Iliosakralgelenk, ISG) aus anatomischer und klinischer Sicht referierte *Niels Hämmer (Leipzig)*. Das ISG verbindet die Wirbelsäule mit dem Beckenring, besteht aus knorpeligen und bandhaften Anteilen und variiert erheblich in Größe und Form (Abb. 3). Es wird durch dorsale Spinalnervenäste aus L4 bis S3 sowie inkonstante Rami des Plexus lumbosacralis innerviert. Die klinische Bedeutung kommt dadurch zum Ausdruck, dass 75% der deutschen Bevölkerung mindestens einmal im Leben an einem ISG-Syndrom leiden. Da oft ein morphologisches Korrelat fehlt und sich Nerven und Bänder der modernen Bildgebung entziehen, beruht die Diagnose des ISG-Syndroms neben Funktionstests vor allem auf der diagnostischen und therapeutischen Lokalanästhesie. Obwohl die Therapie ebenso komplex ist und physikalische, manualtherapeutische, pharmakologische sowie operative Verfahren umfasst, zeigt das ISG-Syndrom eine relativ gute Prognose.

*Ulrich Wiesmann (Greifswald)* stellte die **Grundlagen der Salutogenese** vor. Die Salutogenese, ein vom Medizinsoziologen Aaron Antonovsky geprägtes Konzept, fragt nicht nach den Ursachen einer Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeit, sondern nach den Ursachen für Gesundheit bzw. deren Erhaltung/Förderung. Zwei salutogenetische Konzepte erklären, warum sich eine Person entweder in Richtung Krankheit oder Gesundheit entwickelt. Es handelt sich dabei um generalisierte Widerstandsquellen (Generalized Resistance Resources, GRRs) und das Kohärenzgefühl (Sense of Coherence, SOC). GRRs sind Faktoren, die durch Kontinuität, Teilhabe und Belastungsbalance charakterisierte Lebenserfahrungen schaffen. Dazu zählen individuelle (Konstitution, Intelligenz, Ich-Stärke) sowie soziokulturelle Faktoren (soziale Unterstützung, Schichtzugehörigkeit, kulturelle Stabilität). Die über die Lebensspanne erworbenen Lebenserfahrungen führen zur Ausbildung des SOC, eine globale Lebensorientierung, die sich aus den Komponenten Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Bedeutsamkeit zusammensetzt.

Informationen zur **Analgetikasucht** gab *Thomas Fischer (Lübstorf)*. Sucht ist nach einem Grundsatzurteil (1968) des Bundessozialgerichts eine Krankheit. Krankenkassen übernehmen die Entgiftung und die Rentenversicherung die Entwöhnung.

Ein großes Problem stellt zunächst die Diagnose der Abhängigkeit dar. In Deutschland liegt die Zahl der medikamentenabhängigen Personen bei ca. 1,4 bis 1,5 Millionen, wobei der größte Anteil auf Benzodiazepinabhängigkeit entfällt. Darüber hinaus weisen Schmerzmittel als meist verkaufte Arzneimittelgruppe (neben Erkältungsmitteln) ein psychisches und physisches Abhängigkeitspotenzial auf. Medikamentenabhängigkeit verläuft meist im Verborgenen, da die Behandlungsbereitschaft auf Grund der geringeren somatischen Folgeschäden gering ist. Problematisch sind die schwachen Opioide wie Tilidin und Tramadol, bei denen eine Abhängigkeit nach einigen Wochen aber auch manchmal nach wenigen Jahren der Einnahme eintritt.

Das nächste Curriculum Anatomie und Schmerz wird vom **5. bis 7. September 2013** in Greifswald stattfinden und sich dem Thema „Schmerzphänomene der oberen Extremität“ widmen.

#### Verfasser:

Prof. Dr. Jürgen Giebel,  
Prof. Dr. Thomas Koppe  
Institut für Anatomie und Zellbiologie  
Universitätsmedizin Greifswald  
Friedrich-Loeffler-Str. 23 c  
17487 Greifswald

Dr. Uwe Preuße  
Medizentrum Essen-Borbeck  
Hülsmannstr. 6  
45355 Essen

## 20. Notärztetag in Greifswald

Einer langjährigen Tradition folgend hatte die Arbeitsgemeinschaft in Mecklenburg-Vorpommern tätiger Notärzte e. V. (AGMN) in Zusammenarbeit mit der Klinik für Anästhesie und Intensivtherapie der Universität Greifswald am **16. und 17. November 2012** zum 20. Notärztetag nach Greifswald eingeladen.

Nach Grußworten der Gastgeber, Professor Dr. Michael Wendt und Dr. Norbert Matthes, wurde die Jubiläumstagung durch einen Festvortrag vom Vorsitzenden der Bundesvereinigung der Arbeitsgemeinschaften der Notärzte Deutschlands (BAND) Dr. Michael Burgkhardt aus Leipzig eingeleitet. Mit vielen Bildern und Anekdoten zeigte er auf, seit wann und wie sich der Rettungsdienst in Deutschland und in unserer Region etabliert hat und bot Aussichten, zugleich aber auch einen kritischen Ausblick.

Interessant und problemorientiert wurden in den weiteren Sitzungen politische Themen wie die bevorstehende Novellierung des Rettungsdienstgesetzes in Mecklenburg-Vorpommern und der umstrittene Entwurf zum Notfallsanitätäergesetz besprochen.

Ergebnisse der Grundlagenforschung aus dem Reanimationsregister der Deutschen Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI, Prof. Dr. Tanja Jantzen) und der Anwendungsforschung, z. B. zum Wiederbelebungstraining durch Schüler (Dr. Gernot Rücker, ROSANA – Rostocker Simulationsanlage und Notfallausbildungszentrum) wurden dem breiten Publikum aus Notärzten, Rettungssanitätern, Rettungsassistenten und anderen Interessierten vorgestellt.



Blick ins Plenum

Mit einem kurzweiligen, geselligen Abend im Foyer des Alfred Krupp Kollegs wurde bei Essen und Getränken bis spät in die Nachtstunden gefachsimpelt und Erfahrungen oder Erinnerungen ausgetauscht.

Interessante Fallbeispiele, von Notärzten unseres Bundeslandes vorgestellt, und Workshops, wie z. B. zur Vorsichtung durch nichtärztliches Personal beim Massenanfall von Verletzten (mSTART – modified Simple Triage and Rapid Treatment), rundeten die Gesamtveranstaltung am Samstag ab.

Schon heute möchten wir zum 21. Notärztetag am **27./28.09.2013** nach Greifswald einladen und freuen uns auf ein Wiedersehen im Alfred Krupp Wissenschaftskolleg.

*Dr. med. Claudia Scheltz  
Vorstand der Arbeitsgemeinschaft  
in Mecklenburg-Vorpommern tätiger Notärzte e. V.*

Das Ärzteblatt Mecklenburg-Vorpommern im Internet:

**[www.aerzteblatt-mvp.de](http://www.aerzteblatt-mvp.de)**

# Die BVOU-Jahrestagung am 17.11.2012 in Warnemünde

Der **Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie** (BVOU e. V.), Landesverband Mecklenburg-Vorpommern, führt seine Jahrestagung traditionell im Spätherbst durch. Nach zuletzt fünfmal auf der Insel Usedom fand die Veranstaltung in diesem Jahr im Strandhotel Hübner in Rostock-Warnemünde statt.

Schwerpunkte der diesjährigen, wieder gut besuchten Tagung waren die konservative Orthopädie mit den Themenfeldern Rheumatologie, medikamentöse Schmerztherapie und Rehabilitationswesen, der BVOU-Jahresrückblick des Landesvorsitzenden und berufspolitisch relevante Vorträge zum Versorgungsstrukturgesetz 2012 sowie zu der die niedergelassenen Orthopäden betreffenden Vertrags- und Honorarpolitik.

Im engagierten Hauptreferat von *Dr. Uwe Schwokowski* (Orthopäde, Ratzeburg; Ltr. Sektion Orthop. Rheumatologie im BVOU) gab es ein wissenschaftliches und berufspolitisches „Rheuma-Up-date“, auch unter der Fragestellung „Geht den Orthopäden die Rheumatologie verloren? Oder ist die orthopädische Rheumatologie die neue Heimat der Orthopäden?“ Der BVOU hat sich dazu in den letzten Jahren nach umfangreichen Diskussionen nach innen und außen positioniert und strebt an, dass die primäre Diagnostik und Therapie der muskuloskelettalen Beschwerden grundsätzlich durch den Facharzt für das Stütz- und Bewegungssystem (den „orthopädischen Rheumatologen“) erfolgt. Bei Sicherung einer Erkrankung aus dem rheumatischen Formenkreis sollte dann die



Dr. Schneider (rechts) im Gespräch mit Dr. Muschiol (Orthopäde, Demmin)

systemische Behandlung fachübergreifend mit dem „internistischen Rheumatologen“ erfolgen. Die Anzahl der aktuell und in absehbarer Zukunft tätigen internistischen Rheumatologen reicht bei weitem nicht aus, um rheumatische Krankheiten in der Gesamtpopulation genügend rasch zu erkennen, somit frühzeitig zu therapieren und eine gute Prognose zu sichern. Niedergelassene Orthopäden und Unfallchirurgen können diese Lücke füllen. Der BVOU sichert dieses Vorhaben in den nächsten Jahren durch zertifizierbare Fortbildungen zur Rheumatologie zusätzlich ab.

Nachfolgend wurde von *Frau PD Dr. Hermann* (Orthopädin, Hamburg) ausführlich über Möglichkeiten und Grenzen der aktuell verfügbaren medikamentösen Schmerztherapie informiert, insbesondere im Kontext zum geriatrischen und Osteoporose-Patienten. Eine lebhaft diskutierte Diskussion zu diesem praxis- und studienrelevanten Thema schloss sich an.

Kompetent referierte der *Rechtsanwalt Dr. Stellpflug* (Berlin) zu Chancen und Tücken des Versorgungsstrukturgesetzes 2012 (VStG), u. a. zu neuen Modalitäten im kassenärztlichen Zulassungsverfahren sowie zur aktuellen Rechtslage bezüglich der Kooperation von Ärzten mit der Industrie bzw. Heil- und Hilfsmittelerbringern. Zahlreiche Zwischen- und Abschlussfragen wurden mit klaren Statements beantwortet.



Blick ins Plenum

Trotz eines grippalen Infekts gab der dem BVOU langjährig verbundene Orthopäde *Dr. Peter Kupatz (Bad Doberan)* einen strukturierten und detailreichen Überblick zum aktuellen Stand und zu Perspektiven der muskuloskelettalen Rehabilitation in Deutschland und in unserem Bundesland. Diese Präsentation war ein Gewinn für jeden niedergelassenen wie auch in Akutkliniken tätigen Kollegen!

Der nächste Vortrag fasste die Aktivitäten des BVOU in Bund und Land zusammen. Der Landesvorsitzende *Dr. Ulf Schneider (Orthopäde, Anklam)* erläuterte zunächst relevante O&U-Schwerpunkte des vergangenen Jahres auf Bundesebene – Stichworte: Umsetzung des VStG 2012, neuer EBM (für Orthopäden ggf. 2013), Honorarprotest-Herbst mit agilem BVOU-Vorstand, Stand GOÄ-Novellierung, Öffentlichkeitsarbeit, Prävention, Kongresse 2012, Weiterbildungsordnung, Zusatzverträge und Kommunikation (bvou.net).

Zusammengefasst wurde über die landesspezifischen Themen des letzten Jahres berichtet – Stichworte: die vier regionalen BVOU-Qualitätszirkel; das BVOU-Frühjahrssymposium in Güstrow, das Problem Plausibilitätsprüfung und Regressabwehr sowie der kurz vor dem Abschluss stehende Add-on-Vertrag zur leitliniengerechten Behandlung von Hochrisiko-Osteoporose-Patienten einer großen Ersatzkasse.

Nahezu alle Teilnehmer der Tagung verfolgten auch das letzte Referat am späten Nachmittag, ging es doch um die Honorar- und Vertragspolitik unserer Fachgruppe.

*Herr Martensen (Abteilungsleiter KV M-V, Schwerin)* gab einen umfassenden und detaillierten Ein- und Rückblick zur komplizierten Materie und stellte die insgesamt negative Honorarentwicklung 2010 bis 2012 nahezu im gesamten Facharztbereich einschließlich der Fachgruppe Orthopädie dar. Schließlich erläuterte er noch die anstehenden Aufgaben der KV M-V im Jahr 2013 bezüglich der Ausgestaltung komplizierter gesetzgeberischer Vorgaben zur Gesamtvergütung (basierend auf aktuellen Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses und auf regionalem Verhandlungsspielraum). Klingt trocken, war aber mit Blick auf möglicherweise kommende Umsatzentwicklungen verständlich und interessant für den kassenärztlichen Orthopäden und Unfallchirurgen aufbereitet.

Nach umfangreicher geistiger Aktivität tagsüber sorgte dann die gemeinsame Abendveranstaltung im Restaurant „Tee-pott“ für Entspannung bei gutem Essen, Kollegengesprächen, Disco ... und open end.

*Dr. Ulf Schneider, Anklam*  
Landesvorsitzender des BVOU

*Dr. Bernd Grigo, Schwerin*  
stellvertretender Landesvorsitzender des BVOU

## Das Kuratorium hat getagt

Am 28. November 2012 trat das *Kuratorium Gesundheitswirtschaft* unseres Bundeslandes zu seiner 2. Plenarsitzung in Warnemünde zusammen. Ministerpräsident Erwin Sellering betonte in seiner Eröffnungsansprache den Arbeitscharakter der Sitzung, dankte den Mitgliedern des Kuratoriums für die bisher geleistete Arbeit und übergab das Wort an den Präsidenten des Kuratoriums Prof. Dr. Dr. Horst Klinkmann. Dieser konnte zu-

nächst drei Mitglieder des Kuratoriums beglückwünschen: Dr. Dagmar Braun ist in den Ausschuss für Gesundheitswirtschaft des Deutschen Industrie- und Handelskammertages berufen worden; Guido Zöllick wurde zum Stellvertretenden Präsidenten des DeHoGa-Bundesverbandes gewählt; der Geschäftsführer von BioCon Valley® Dr. Wolfgang Blank ist in Tampere (Finnland) zum Präsidenten des Scan-Balt-Verbandes berufen worden.



Das Kuratorium unter Mitarbeit der Minister Glawe (Wirtschaft), Backhaus (Landwirtschaft und Ernährung) und Caffier (Inneres) (1. R. von links)  
© BioCon Valley®

Unter Hinweis auf deren erfolgreichen Verlauf übergab Professor Klinkmann den offiziellen Konferenzbericht über die 8. *Branchenkonferenz*, die am 4. und 5. Juli 2012 Aspekte branchenübergreifender Kooperationen behandelt hatte<sup>1</sup>, an den Ministerpräsidenten. Anschließend stellte der Präsi-

<sup>1</sup> Bericht über die 8. Branchenkonferenz im Heft 8/2012 auf den Seiten 298 bis 301



Ministerpräsident Selling: „... möglichst viel Geld möglichst Gewinn bringend einsetzen.“  
© BioCon Valley®

dent die Konzeption für die **9. Branchenkonferenz** vor, die am **10. und 11. Juli 2013** unter dem Motto „*Gesundheitswirtschaft – kompakte Vielfalt*“ stattfinden wird. Der Austragungsort ist ausgeschrieben; als Partnerländer stehen Russland und Holland in der Diskussion. Die 21köpfige Programmkommission hat bereits zum ersten Mal getagt.

Anschließend berichtete Klinkmann über die Aktivitäten des Kuratoriums, welches erst im März 2012 neu berufen worden war. Als kontinuierliches Forum zum Austausch der Akteure in der Gesundheitswirtschaft hat sich der „*Marktplatz Gesundheit*“ bewährt. Die Beziehungen ins Baltikum wurden sowohl durch das Scan-Balt-Forum in Tampere als auch durch eine Reise gemeinsam mit Ministerpräsident Selling, den Ministern Glawe und Backhaus sowie Vertretern der Wirtschaft des Landes nach St. Petersburg und Helsinki vertieft.

Zur Entwicklung einer Strategie gegen multiresistente Erreger des vom Bundesministerium für Wissenschaft und Forschung geförderten Projekts Hic@re haben sich im November 120 Teilnehmer versammelt. Der Präsident des Kuratoriums äußerte aber auch Kritik an der Präsenz des Landes auf der Medica in Düsseldorf. Mecklenburg-Vorpommern war neben Sachsen-Anhalt das einzige Bundesland, welches nicht durch einen eigenen Pavillon vertreten war. Klinkmann betonte die Bedeutung der Präsenz für die Außenwirkung eines Landes, das den Anspruch erhebt *Gesundheitsland Nr. 1* zu werden.

Ein anspruchsvolles Ziel über unsere Landesgrenzen hinaus ist der Aufbau einer Baltic Sea Health Region, welche gute Entwicklungsmöglichkeiten für die Gesundheitswirtschaft in Mecklenburg-Vorpommern bietet. Auf der Kuratoriumssitzung stellte der Chefvolkswirt der NORD/LB Torsten Windels eine gerade fertig gestellte Studie „*Gesundheitswirtschaft in der Ostseeregion – Herausforderungen und Potenziale*“ vor. Darin wird deutlich, dass die Zielregion in vielfacher Hinsicht durchaus heterogen strukturiert ist (z. B. Bevölkerungsentwicklung, Erwerbstätigkeit, Finanzierung der Gesundheitssysteme, Wirt-

schaftsleistung). Gleichzeitig wird aber eine konvergente Entwicklung der Gesundheitssysteme, eine starke Zunahme der Beschäftigten im Gesundheitswesen, ein überdurchschnittliches Wachstum der Gesundheitswirtschaft und die hohe Dichte gesundheitswissenschaftlich ausgerichteter Hochschulen und gesundheitswirtschaftlicher Netzwerke festgestellt. In der Studie werden die Stärken und Schwächen der einzelnen Länder aufgezeigt und damit Ansatzpunkte für zielgerichtete Strategien gegeben.

Die fünf Strategiegruppen des Kuratoriums haben zur Umsetzung des Masterplans Gesundheitswirtschaft (bis 2020) insgesamt 76 Einzelmaßnahmen entwickelt. Der hierfür ermittelte Finanzbedarf liegt bei ca. 400 Mio. Euro. Selbst wenn man davon ausgeht, dass „nur“ etwa ein Drittel vom Land aufgebracht werden muss, erscheint die Finanzierung unsicher. Darüber hinaus birgt die Vielzahl der Projekte die Gefahr der Verzettlung in sich. Das Kuratorium hat daher beschlossen, Projekte zu bündeln, teilweise neu und mehr auf Zielgruppen auszurichten.



Chefvolkswirt Torsten Windels stellt die Studie der NORD / LB vor  
© BioCon Valley®

Vom Ministerpräsidenten kam das etwas vage Versprechen, „möglichst viel Geld möglichst Gewinn bringend“ einzusetzen.

BioCon Valley® ist zweifellos der Motor der Gesundheitswirtschaft im Lande. Noch ist nicht klar wie dieser Motor nach 2013 weiter angetrieben wird. In Diskussion stehen der Betrieb als unabhängiges Institut, als GmbH oder in PPP (Privat Public Partnerschaft). Sicher scheint nur, dass es zwingend dieses Motors bedarf.

Mittlerweile haben zahlreiche Bundesländer die Bedeutung der Gesundheitswirtschaft entdeckt und machen uns den Anspruch auf das Gesundheitsland Nr. 1 streitig. Jedoch nur Mecklenburg-Vorpommern besitzt ein solches Kuratorium, welches die Einheit von Wirtschaft, Wissenschaft und Politik auf diesem Weg dokumentiert. Auch die Branchenkonferenz ist ein Alleinstellungsmerkmal. Während das Wirtschafts-, Innen- und Landwirtschaftsministerium durch die Anwesenheit der Ressortchefs die Bedeutung des Kuratoriums unterstrichen, war das Sozialministerium nicht einmal durch den Staatssekretär vertreten. Wie Prof. Klinkmann bereits betont hatte: Präsenz ist wichtig (nicht nur) für die Außenwirkung.

Dr. Wilfried Schimanke

## Bundesopiumstelle bringt neues BtM-Rezept heraus

Die Bundesopiumstelle im Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) wird im ersten Quartal 2013 **neue Betäubungsmittelrezeptformulare** (BtM-Rezepte) herausgeben.

Neu eingefügte Sicherheitsmerkmale sorgen für eine fälschungssichere Verwendung der BtM-Rezepte. Die Echtheit der BtM-Rezepte kann in jeder Apotheke mit einfachen Mitteln überprüft werden. Unter UV-A-Licht (wie bei der Geldscheinprüfung) verändert das weitgehend gelbliche BtM-Rezept seine Farbe und die schwarz eingedruckte Rezeptnummer erscheint grünlich-fluoreszierend.

Mit der Einführung neuer BtM-Rezepte wird dem Anliegen des Gesetzgebers Rechnung getragen, die Versorgung der Bevölkerung mit Betäubungsmitteln ohne übermäßigen bürokratischen Aufwand zu gewährleisten und gleichzeitig den Missbrauch von Betäubungsmitteln so weit wie möglich auszuschließen.

**Die alten BtM-Rezepte behalten bis auf Weiteres ihre Gültigkeit.** Ärzte sollten auf keinen Fall ihre alten BtM-Rezepte unaufgefordert an die Bundesopiumstelle zurücksenden, um sie gegen neue BtM-Rezepte einzutauschen. Die alten BtM-Rezepte sollten weiterverwendet werden bis sie vollständig aufgebraucht sind.

Die Regelungen für das Ausfüllen der BtM-Rezepte ändern sich nicht. Die neuen BtM-Rezepte werden jedoch weitgehend an das aktuelle Muster 16 (Muster für das „Kassenrezept“) angepasst. Sie tragen zudem eine deutlich sichtbare, fortlau-



fende, neunstellige Rezeptnummer. Die Zuordnung der BtM-Rezepte zum verschreibenden Arzt erfolgt in Zukunft ausschließlich über diese Rezeptnummer.

Die Bundesopiumstelle stellt den verschreibenden Ärzten jährlich ca. 12 Millionen Betäubungsmittelrezepte schnell und kostenlos zur Verfügung. Sie dienen der Versorgung von Patientinnen und Patienten, die auf Betäubungsmittel, wie z. B. starke Schmerzmittel, angewiesen sind.

Weiterführende Informationen zum neuen BtM-Rezept, inklusive einer detaillierten Beschreibung der Sicherheitsmerkmale, hat das BfArM im Internet unter [www.bfarm.de/btm-rezept](http://www.bfarm.de/btm-rezept) zusammengestellt.

(Nach einer Pressemitteilung der Bundesopiumstelle)

## Für Sie gelesen

### Medizinische Versorgung in der Transition

Hrsg.: M. Reincke, F. Zepp

Reihe: Report Versorgungsforschung, Band 5

Hrsg. der Reihe: C. Fuchs, B.-M. Kurth, P.C. Scriba

Deutscher Ärzte-Verlag 2012

VI + 209 Seiten, € 34,95

ISBN 978-3-7691-3495-7

Das Thema Transition beschreibt den geplanten Übergang von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankun-

gen und Behinderungen von einer auf Kinder konzentrierte hin zu einer auf Erwachsene konzentrierte Gesundheitsversorgung.

Im Band 5 aus der Reihe „Report Versorgungsforschung“ – herausgegeben von der Bundesärztekammer – werden verschiedene Beiträge und Wortmeldungen eines Symposiums vom 23. März 2011 in Berlin vorgestellt. Die in diesem Buch dargestellten Ergebnisse zeigen den aktuellen Stand, den Bedarf und die Notwendigkeit einer breiten gesundheitspolitischen Diskussion auch über Strukturen und Modelle einer koordinierenden Betreuung im Erwachsenenalter. Dabei wird



deutlich, dass es Konsens über die Notwendigkeit spezieller Überlegungen gibt.

Im Beitrag von Prof. M. Straßburg (Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin) wird gezeigt, dass die vorhandenen Strukturen der sozialpädiatrischen Betreuung in einem Sozialpädiatrischen Zentrum durchaus als diskussionsfähige Grundlage für den Behandlungsprozess im Erwachsenenalter genutzt werden können.

Für alle Mediziner, besonders auch die hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen, die Jugendliche mit chronischen Erkrankungen betreuen, wird hier ein wichtiges und alltagsrelevantes Thema aufgegriffen.

Das Buch bietet gute Ansätze und Anregungen für eine strukturierte Behandlung Erwachsener mit verschiedenen chronischen Krankheitsbildern und Behinderungen und regt zum allgemeinen Diskurs über das Thema an.

*Dr. T. Köhler, Schwerin*

## Pschyrembel

*Klinisches Wörterbuch 2013*

*Walter de Gruyter GmbH & Co KG*

*264. überarbeitete Auflage 2013*

*2320 Seiten, € 49,95*

*ISBN 978-3-11-027788-3*

Meinen ersten „Pschyrembel“ habe ich zu Beginn meines Studiums 1952 gekauft. Im Vorwort dieser 100. bis 106. Auflage schrieb Willibald Pschyrembel: „*die erste Auflage dieses Buches erschien im Jahr 1892, also vor 60 Jahren. Es war ein schmales Büchlein von 176 Seiten ...*“.

Nach weiteren 60 Jahren erscheint das „Klinische Wörterbuch“ nun im Jahresrhythmus.

Die jetzt für 2013 vorliegende Ausgabe hat 2320 Seiten! Nicht nur der rasant zunehmende Wissensstand ist Ursache für dieses Volumen. Die steigende Seitenzahl spricht vor allem auch für die Akribie und Recherchebeflissenheit der Redaktion und ihres großen Arbeiterteams.



Der Inhalt dieses unübertroffenen Klinischen Wörterbuches hat mit seinem ständig gewachsenen, neuesten und aktuellen – auch gesicherten – Stand der medizinischen Disziplinen Generationen von Medizinstudenten, Ärzten und anderen Naturwissenschaftlern begleitet und wird es in Zukunft tun.

Es steht nun auch eine wöchentlich aktualisierte

Online-Version zur Verfügung, die mit einem persönlichen Access Code im Vorsatz des Buches für vier Wochen probeweise kostenlos zugänglich ist.

Trotzdem ist die Buchausgabe dieses auch bei Laien bestens bekannten Nachschlagewerkes, aus keiner Handbibliothek eines angehenden oder schon tätigen Arztes wegzudenken.

In der neuen Ausgabe ist eine große Zahl an Fachausdrücken neu hinzugekommen, andere sind im Text ergänzt oder genauer erläutert. Auch bei den Abbildungen sind neue hinzugefügt, einige verändert oder auch einmal weggelassen worden.

(Die „Steinlaus“ ist von Seite 1986 [2012] auf Seite 1988 gesprungen!)

Der „Pschyrembel“ ist und bleibt das beste Medizinische Wörterbuch, ein Buch im wirklichen (alten) Sinne.

*Dr. C. Brock, Neubrandenburg*



## Werke aus Stein und Holz

Der Stralsunder Arzt im Ruhestand **MR Dr. Franz-Albert Tröster** wird in den Monaten Januar bis März 2013 seine Arbeiten aus Stein und Holz in der Geschäftsstelle der Ärztekammer vorstellen.

Franz-Albert Tröster wurde 1943 in Lassen geboren, studierte von 1963 bis 1969 in Greifswald Medizin. Nach der Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin in Wolgast war er bis 1987 als Militärarzt, dann als Betriebsarzt auf der Volkswerft Stralsund und von 1991 bis 2008 als Facharzt für Allgemeinmedizin in Stralsund tätig.

Seit 1970 beschäftigt sich Dr. Tröster autodidaktisch mit der Bildhauerei. Das kreative Bearbeiten von Holz und Gestein war für ihn eine weitgehend meditative Betätigung, um Energie für den Arbeitsalltag zu schöpfen. In den ersten Jahren verwendete er verwittertes Holz als Material, das er so gestalten wollte, dass es den Betrachter wieder fasziniert.



Er bevorzugt eine freie Arbeitsweise, um auf überraschende Eigenheiten des Materials reagieren zu können. Nach dem Eintritt ins Rentenalter im Jahre 2008 hat er sich dem harten Gestein zugewandt, dies zwingt zur Abstraktion.

MR Dr. Tröster ist Mitglied des Pommerschen Künstlerbundes.

## Das Licht in der Provence

Ergänzend zur Ausstellung von Dr. Tröster werden in dem Zeitraum auch die Fotos von **Dr. Thomas Müller**, geboren 1944, tätig von 1970 bis Juni 2012 als Kinderarzt in Waren, zu sehen sein.

Das Licht in der Provence hat spätestens seit den Impressionisten eine geradezu magische Anziehungskraft auf die Maler und später auch die Fotografen ausgeübt.

Dr. Müller hat versucht, in seinen Fotos dieses Licht und seine Magie innerhalb dieser Landschaft einzufangen und darzustellen. Es geht also ganz ausdrücklich um diesen Aspekt der Provence – nicht um eine Darstellung der Sehenswürdigkeiten. Dabei spielen die berühmten Lavendelfelder natürlich eine Rolle, aber bei weitem nicht allein.



Häufig steht er bei seinen Bildern vor dem Problem, dass sich auf den Fotografien, die er bei bestimmten Lichtstimmungen gemacht hat, das, was ihn zum Zeitpunkt der Aufnahme so begeistert hat, nur relativ abgeschwächt dargestellt hat. Ein zweites, noch viel größeres Problem besteht darin, das Licht, das ja auch bei der Betrachtung eines Bildes auf dem Monitor als Licht in Erscheinung tritt, dann auf dem Papier als solches wirksam werden zu lassen.

Für die Bewältigung beider Probleme sind Fotobearbeitungsprogramme außerordentlich potente Hilfsmittel, deren Anwendung im konkreten Fall oft nur behutsam und schrittweise zum gewünschten Ergebnis führt. Immer aber ist es das Ziel, den ursprünglichen emotionalen Eindruck auf dem Bild wiederzufinden.

Wenn man darüber nachdenkt, inwieweit eine Fotografie tatsächlich „objektiv“ ist (zumindest, soweit es Licht, Farben und die Emotionen des Betrachters betrifft), kann man durchaus zu dem Ergebnis gelangen, dass ein bearbeitetes Bild auf eine bestimmte Weise der „Wahrheit“ näher kommen kann als eine unbearbeitetes.

(So erklärt es sich, dass Dr. Müller nicht nur leidenschaftlich fotografiert, sondern die Bilder dann auch ebenso begeistert bearbeitet.)

Die **Ausstellungseröffnung** für beide Ausstellungen findet am **10.01.2013** um 18.00 Uhr statt, alle Interessenten sind herzlich eingeladen.

# Nachruf für Prof. Dr. med. Hans Troeger

Am 14. Oktober 2012 wurde eine Familie in große Trauer versetzt.

Völlig unerwartet hat am 14. Oktober 2012 das Herz von Hans Tröger aufgehört zu schlagen.

Rosi Tröger verliert nach vierundvierzig Ehejahren ihren geliebten Ehemann, die beiden gemeinsamen Kinder Carolyn und Steffen sowie Schwiegersohn Jens und Schwiegertochter Kirstin mit ihren eigenen Kindern einen Zentralpfeiler dieser sehr eng verbundenen Familie.

Hans Troeger wurde am 4. August 1943 in Reichenberg in Böhmen geboren. Von 1962 bis 1968 erfolgte das Medizinstudium und Staatsexamen an der Universität Rostock. 1969 Promotion mit der Dissertation „Vagotomie versus Magenresektion? Ein Wertungsversuch an Hand von Sekretionsanalysen, klinischen und paraklinischen Befunden“.

Unter Professor Schmitt in Rostock wurde Hans Troeger bis 1973 zum Facharzt für Chirurgie ausgebildet. 1980 bis 1981 hatte er am Allunionsinstitut in Moskau unter Professor Krylow eine Zusatzausbildung in Mikrochirurgie erhalten.

Nach erfolgreicher klinischer Tätigkeit erfolgte 1984 die Habilitation auf der Basis der zusammen mit Dietmar Ansoerge verfassten experimentellen Arbeit „Misserfolge in der rekonstruktiven Beugesehnen- und Nerven Chirurgie durch Narbenbildung und ihre Beeinflussung durch die Anwendung niedrigdosierter Gleichströme im Tierexperiment“. Diese Arbeit brachte Hans Troeger den prestigeträchtigen Ferdinand Sauerbruch Preis.

1987 erfolgte die Beförderung zum Leiter der Poliklinik und 1988 zum Abteilungsleiter der Unfallchirurgie der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock.

1993 verließ Hans Troeger die geliebte Ostsee und den raschen Zugang zu Segelbooten und zog in das Binnenland Schweiz, als Leiter der Handchirurgie am Universitätsspital Basel als Nachfolger von Karl Martin Pfeiffer, der – seltsame Fügung des Schicksals – vor weniger als zwei Monaten gestorben ist. Beide mussten für ihr Fach kämpfen: Karl Martin Pfeiffer für die Anerkennung der Handchirurgie als selbständige Spezialität, Hans Troeger für Basel als handchirurgische Ausbildungsklinik der Kategorie A. Niemals hat er – als ehemaliger Leiter einer Unfallchirurgie inklusive Handchirurgie – die Fokussierung auf die Handchirurgie als Verlust empfunden. Im Gegenteil war ihm frühzeitig klar, dass die Spezialisie-

rung notwendig und unausweichlich war; die Wahl des Themas seiner viel früher verfassten Habilitationsarbeit belegt dies klar.

Zahlreiche Mitgliedschaften in wissenschaftlichen und standespolitischen Organisationen in Deutschland und der Schweiz zeugen von einer guten Integration in der Fachwelt.

Hans Troeger war unaufdringlich und eher zurückhaltend. Ein jahrzehntelanges Leben im Osten Deutschlands vor der Wende mögen diesen Wesenszug des „Familienmenschen“ Hans Troeger noch verstärkt haben. Dies mag auch erklären, warum vielen entgangen ist, wie feinfühlig der breit interessierte Staatsbürger und schafsinige Beobachter Hans Troeger war.

Er war offen gegenüber Neuerungen, aber zurückhaltend gegenüber reiner Mode. Illustriert wird dies durch die Tatsache, dass er als „Non-IT-Native“ und größtenteils im Selbststudium Computerfachmann wurde. Auch als Chirurg war er interessiert an neuen Entwicklungen; bevor sie Eingang in seinen chirurgischen Alltag finden konnten, mussten sie sich aber über längere Zeit bewährt haben.

Erstaunlich rasch hat sich Hans Troeger in der Schweiz eingelebt. Die Ostsee und das Segeln hat er zwar nie vergessen, die Schweiz konnte den Naturliebhabern Hans und Rosi aber rascher erreichbaren Ersatz liefern. Dies war die Motivation zum Kauf der Ferienwohnung im Wallis und zum regelmäßigen Besuch der Berge.

Nach der Emeritierung von Hans Troeger zog es das Ehepaar aber doch wieder zurück nach Rostock.

Leider konnte Hans die vertraute Umgebung und die Nähe seiner Kinder und Enkel nur drei kurze Jahre genießen.



*Prof. Dr. med. Pietro Regazzoni*

## Prof. Andreas Greinacher erhält DRK-Wissenschaftspreis

Der Wissenschaftspreis für Transfusionsmedizin und Blutspendewesen des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) geht in diesem Jahr an den Greifswalder Wissenschaftler Prof. Andreas Greinacher. Im Rahmen des 14. Wissenschaftlichen Symposiums der Forschungsgemeinschaft der DRK-Blutspendedienste am 16. November 2012 in Dresden wurde zum siebten Mal der mit 25.000 Euro dotierte Wissenschaftspreis verliehen.

Professor Andreas Greinacher ist Ärztlicher Vorstand der Universitätsmedizin Greifswald und gehört zu den führenden Transfusionsmedizinern. Er hat mit seinen wegweisenden Forschungen und innovativen Ansätzen dazu beigetragen, aktiv Leben zu retten, begründete Professor Jürgen Bux, Vorsitzender der Forschungsgemeinschaft der DRK-Blutspendedienste e. V. die Ehreung.

Prof. Andreas Greinacher leitet seit 1994 die Abteilung Transfusionsmedizin an der Universitätsmedizin Greifswald. Arzneimittel- ausgelöste Immunreaktionen sowie die Diagnostik und Therapie immunvermittelter und angeborener Thrombozytopenien gehören seit vielen Jahren zu den Schwerpunkten seiner wissenschaftlichen Arbeit. 1990 beschrieb er als erster eine neue Form einer angeborenen Thrombozytopenie mit Riesenplättchenbildung.

Bekannt wurde der Greifswalder durch seine Forschungen zur Entstehung, Diagnostik und Therapie der heparininduzierten Thrombozytopenie. Es ist auch sein Verdienst, dass dieser gefährlichen Nebenwirkung der häufigen Medikamentengabe durch Heparin der Schrecken genommen wurde.

Auf dem Höhepunkt der EHEC-Krise im letzten Jahr haben Wissenschaftler aus Greifswald unter Leitung Greinachers mit einem neuen Therapieansatz einen Fortschritt bei der Behandlung der schweren HUS-Infektion erzielt. Die Greifswalder Ärzte hatten damals vermutet, dass immunologische Abwehrreaktionen und die damit verbundene Bildung von Antikörpern für die schweren Verläufe mit verantwortlich sein könnten.

*(Nach einer Information der Universitätsmedizin Greifswald)*



Prof. Dr. Andreas Greinacher  
(Quelle: UMG/Hans-Werner Hausmann)

## Forschungspreis für Rostocker Rheuma-Experten



Prof. Dr. Brigitte Müller-Hilke  
(Quelle: UMR)

Die Forschungsgruppe um die Rostocker Rheuma-Expertin **Prof. Dr. Brigitte Müller-Hilke** vom Institut für Immunologie der Universitätsmedizin Rostock wurde mit einem Forschungsförderpreis ausgezeichnet.

Prämiert wurde dabei das Konzept einer Studie, mit deren Hilfe die Wirkung von Rheumamedikamenten besser erklärt und langfristig die Behandlung der Patienten verbessert werden soll. Es handelt sich um ein Pro-

jekt der Grundlagenforschung mit direkter Einbindung Betroffener, denn Professor Müller-Hilke führt es gemeinsam mit Professor Dr. Christian Kneitz am Klinikum Südstadt Rostock als klinischem Kooperationspartner durch. Der Preis wurde von der amerikanischen Pharmafirma Pfizer gestiftet und ist mit 60.000 Euro dotiert.

Prof. Brigitte Müller-Hilke erläutert: es geht darum, herauszufinden, wie bestimmte Antikörper des Menschen auf verschiedene Rheumatherapien reagieren. Weltweit ist die rheumatoide Arthritis mit einer Häufigkeit von etwa einem Prozent eine der schwerwiegendsten Autoimmunerkrankungen, bei der sich so genannte Autoantikörper bilden. Das Fortschreiten der Krankheit wird mit Medikamenten verzögert, dies sollte so früh und so wirkungsvoll wie möglich erfolgen.

„Wir werden testen, wie gut einzelne Patienten auf die jeweilige Therapie reagieren und ob mit dem Ansprechen auf die Behandlung auch eine Veränderung der Autoantikörper einhergeht.“, so Professor Müller-Hilke.

Der Forschungspreis mache nun die Durchführung der Studie möglich: Einbezogen werden etwa 80 Patientinnen und Patienten. Die Studie, die an der Universitätsmedizin Rostock und am Rostocker Südstadtklinikum durchgeführt wird, soll im kommenden Jahr beginnen.

*(Nach einer Information der Universitätsmedizin Rostock)*

# Wir beglückwünschen

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

## 50. Geburtstag im Februar 2013

Prof. Dr. med. Wolfgang Hoffmann	02.02.1963	Greifswald
Dipl.-Med. Klaus-Dieter Greie	05.02.1963	Stralsund
Dr. med. Frank Ruhland	12.02.1963	Stralsund
Dr. med. Gerd Schibalski	12.02.1963	Rostock
Dipl.-Med. Peter Ring	17.02.1963	Teterow / Mühl-Rosin
Dipl.-Med. Thomas Franzen	27.02.1963	Pasewalk

## 60. Geburtstag im Februar 2013

Vasili Korotkij	03.02.1953	Ostseebad Prerow / Rostock
Dr. med. Jutta Wandt	11.02.1953	Wismar
Dr. med. Alfred Winterroth	12.02.1953	Wismar / Proseken
Dr. med. Monika Tauchert	14.02.1953	Richtenberg
Dipl.-Med. Gerlinde Preuß	21.02.1953	Bützow / Selow
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Johannes Hallauer	28.02.1953	Neubrandenburg

## 65. Geburtstag im Februar 2013

Dipl.-Med. Ingrid Kreissl	10.02.1948	Neustrelitz
Dr. med. Barbara Griebenow	18.02.1948	Admannshagen
Prof. Dr. med. Rudolf Guthoff	18.02.1948	Rostock
Dipl.-Med. Brigitte Romeyke	20.02.1948	Boltenhagen / Neu Degtow
Dr. med. Elena Birsan	22.02.1948	Plau
Detlef Schulz	23.02.1948	Sassnitz

## 70. Geburtstag im Februar 2013

Lech Sarecki	01.02.1943	Ueckermünde
SR MU Dr. Monika Radig	10.02.1943	Admannshagen- Bargeshagen
Margrit Kaspereit	13.02.1943	Usedom
Dr. med. Dietmar Groppler	15.02.1943	Schwerin
Dr. med. Heidemarie Morcan	18.02.1943	Rostock
Roswitha Beyer	24.02.1943	Kühlungsborn
Dr. med. Eckhard Lau	24.02.1943	Glowe
Dr. med. Jörg Waterstraat	26.02.1943	Demmin
Dr. (CS) Elke Hykel	27.02.1943	Kühlungsborn
Dipl.-Med. Michael Barthel	28.02.1943	Neustadt-Glewe
Dr. med. Hermann Gebert	28.02.1943	Damerow

## 75. Geburtstag im Februar 2013

Dr. med. Peter Skoeries	13.02.1938	Malliß
MR Dr. med. Horst Opitz	14.02.1938	Matzlow-Garwitz
Dr. med. Günther Paul	18.02.1938	Bergen auf Rügen
Dr. med. Anita Pastow	20.02.1938	Malchin
SR Roland Fiebig	28.02.1938	Bützow

## 80. Geburtstag im Februar 2013

SR Hans Beyer	21.02.1933	Schwerin
---------------	------------	----------

## Impressum

**HERAUSGEBER** Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
August-Bebel-Straße 9a  
18055 Rostock  
Telefon: 0381 49280-0  
Telefax: 0381 49280-80

**REDAKTION** Dr. med. A. Crusius  
(Chefredakteur)  
Dr. med. W. Schimanke  
(stellvertr. Chefredakteur)  
Prof. Dr. med. H. Büttner  
Dr. med. R. Bruhn  
Dr. med. C. Brock  
Dr. med. G. Langhans

**ANSCHRIFT DER REDAKTION** Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern  
August-Bebel-Straße 9a  
18055 Rostock  
Zuschriften redaktioneller Art bitte nur  
an diese Anschrift, nicht an ein einzelnes  
Mitglied der Redaktion  
E-Mail: aerzteblatt@aek-mv.de

**VERANTWORTLICH IM SINNE  
DES PRESSEGESETZES** Dr. med. A. Crusius

Bitte reichen Sie die Manuskripte per E-Mail oder auf Diskette/CD im  
Word-for-Windows-Format ein. Vorname, Name und korrekte Anschrift des  
Autors sind erforderlich. Die Redaktion freut sich auch über unverlangt  
eingesandte Manuskripte.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten Autoren  
wieder, die der Meinung der Schriftleitung nicht zu entsprechen braucht.  
Die Redaktion muß sich natürlich das Recht vorbehalten, über die Ver-  
öffentlichung, aber auch die Gestaltung des Beitrages einschließlich klei-  
ner redaktioneller Änderungen zu entscheiden. Änderungen, die den Sinn  
des Beitrages betreffen, werden mit dem Autor abgestimmt.  
Die Zeitschrift und alle in ihr enthaltenen Beiträge und Abbildungen sind  
urheberrechtlich geschützt. Mit Ausnahme der gesetzlich zugelassenen  
Fälle ist eine Verwertung ohne Einwilligung des Verlages strafbar. Für An-  
gaben über die Dosierung und Applikation von Präparaten kann von der  
Redaktion keine Gewähr übernommen werden.

**VERLAG, ANZEIGENLEITUNG  
UND VERTRIEB** Leipziger Verlagsanstalt GmbH  
Paul-Gruener-Straße 62  
04107 Leipzig  
Telefon: 0341 710039-90  
Telefax: 0341 710039-99  
Home: www.l-va.de  
E-Mail: mb@l-va.de  
**z.Zt. ist Anzeigenpreisliste 2013  
vom 01.01.2013 gültig.**

**VERLAGSLEITUNG** Dr. Rainer Stumpe  
**ANZEIGENDISPOSITION** Melanie Bölsdorff

**DRUCK** Brühlsche Universitätsdruckerei  
GmbH & Co. KG  
Am Urnenfeld 12  
35396 Gießen

**BEZUGSPREIS/  
ABONNEMENTPREISE** Inland jährlich 92,00 EUR inkl. Versand-  
kosten, im Ausland jährlich 92,00 EUR  
(zzgl. Porto)  
Einzelheft 7,80 EUR  
zzgl. 2,50 EUR Versandkosten

Bestellungen nimmt der Verlag entgegen. Die Kündigung des Abonnements  
ist mit einer Frist von zwei Monaten möglich und schriftlich an den Verlag  
zu richten. Die Abonnementgelder werden jährlich im voraus in Rechnung  
gestellt.

ISSN: 0939-3323