

ÄRZTEBLATT

4/2024

MECKLENBURG-VORPOMMERN



Bunker bei Wustrow

Foto: S. Stock



Wird nun alles gut?
Krebsdiagnostik und neue Therapien am Beispiel von Hautkrebs
Zwischen allgemeiner Depression und Zuversicht

Inhalt

Editorial

Wird nun alles gut? **128**

Wissenschaft und Forschung

Krebsdiagnostik und neue Therapien am Beispiel von Hautkrebs – die Erfolgsgeschichte geht weiter **129**

Aus dem Vorstand

Dr. Tilo Schneider ist neues Vorstandsmitglied der KVMV **137**

Info zur Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin **137**

Zwischen allgemeiner Depression und Zuversicht **138**

Leserbrief

Zum Leserbrief von Dr. Thomas Maibaum im Ärzteblatt 3/2024, S. 88 **141**

Leserbrief zum Artikel „Geburtshilfliche Zukunft in M-V – Zukunftslösungen ja, aber nicht um jeden Preis“, Ausgabe 3/2024, Seite 92 **141**

Aktuelles

Dr. Yvonne Winkler ist „Frau des Jahres“ **142**

Neurochirurgen der Unimedizin erforschen Schlaganfälle im Kleinhirn **142**

Reform der ärztlichen Approbationsordnung endlich umsetzen – die Zeit ist reif **143**

Veranstaltungen und Kongresse

Impfkurse in Mecklenburg-Vorpommern **144**

Veranstaltungen der Ärztekammer M-V **144**

Veranstaltungen in unserem Kammerbereich **145**

Veranstaltungen in anderen Kammerbereichen **146**

Junge Ärzte

Das Ehrenamt im THW **148**

Nachschau der Evaluation der Weiterbildung in M-V **151**

Aktuelles

Der Check heiligt die Mittel **154**

Medizinische Fachangestellte

News **159**

Kultur

Geschlossenes Konzert für Ärtzesenioren **160**

Ehrung für Dr. Heinz-Georg Sewcz **160**

Zwiegespräch an der Pforte **161**

Personalien

Wir trauern um **160**

Rezensionen

Für Sie gelesen **162**

Geburtstage

Wir beglückwünschen **164**

Impressum **164**

Genderneutrale Sprache

In der deutschen Sprache sind personenbezogene Pluralformen grundsätzlich geschlechtsneutral. Soweit singuläre Formen wie Arzt, Patient, Gast o.ä. aus Gründen der Flüssigkeit und besseren Lesbarkeit in den Texten des Ärzteblattes Mecklenburg-Vorpommern verwendet werden, bezeichnen sie wie auch die Pluralformen in jedem Fall sowohl Personen des weiblichen wie des männlichen als auch eines möglichen dritten Geschlechts.

Die Redaktion

Wird nun alles gut?

Eigentlich sollte sich das Editorial mit unseren Gemeinsamkeiten beschäftigen – mit dem Formulieren der letzten Zeilen kamen die ersten Pressemitteilungen über den nun endlich vorliegenden Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes. Unverständlich, aber passend zum Bundesgesundheitsministerium bei diesem Vorgehen ist, dass die Gazetten deutlich vor den Betroffenen informiert wurden.

Nun war nicht ausreichend Zeit vor Drucklegung des Heftes, alles bis in das Kleinste zu prüfen. Trotzdem wollen wir ein paar Punkte herausgreifen, die für unser Bundesland relevant sind. Die in der Präambel genannten Ziele der Sicherung und Steigerung der Behandlungsqualität, der Gewährleistung einer flächendeckenden medizinischen Versorgung für Patienten sowie der Entbürokratisierung finden unsere volle Zustimmung. Im Vorfeld und in der Analyse vorhergehender Entwürfe haben wir intensiv mit unserer Beratung neben vielen Punkten v. a. auf die ärztliche Sichtweise der Versorgung der Patienten, die speziellen Bedingungen unseres Bundeslandes sowie auf die zahlreichen Belange der Weiterbildung hingewiesen. Schauen wir uns unter diesen Aspekten den Entwurf an, dürfen wir in einigen Punkten zufrieden sein – aber nur in einigen Punkten.

So werden zum Beispiel zur Sicherstellung der flächendeckenden Versorgung PKW-Fahrzeitminuten (Ehrreichbarkeit für internistische und allgemeinchirurgische Abteilungen innerhalb von 30 Minuten, im Übrigen 40 Minuten) genannt, die für unser Bundesland wahrscheinlich positive Effekte haben dürften, insbesondere bei der Vorhaltevergütung. Zur Erreichbarkeit der Krankenhäuser gibt es unter diesem Link eine graphische Darstellung: <https://krankenhausatlas.statistikportal.de>. Dieser Punkt war eine zentrale Forderung der Ärztekammer gemeinsam mit den Krankenhausdirektoren (s. dazu Seite 138), die der Vorstand in vielen Gesprächsrunden mit den politisch verantwortlichen Landesvertretern kommuniziert hat. Ein weiterer Schritt ist außerdem die nur teilweise Entkopplung von den DRG-Fallpauschalen. Anreize führen dazu, dass Begehrlichkeiten geweckt werden. Darum sollte aus unserer Sicht bei allen zukünftigen Veränderungen nicht auf den finanziellen Gewinn, sondern auf die Verfügbarkeit, Qualität und Sicherheit der medizinischen Versorgung aller Patienten fokussiert werden. Dem wird der Referentenentwurf nur teilweise gerecht.

Bei der Frage, welche Krankenhäuser nun welche Leistungen anbieten können, ist der Entwurf deutlich: Die aus dem NRW-Krankenhausplan heraus entwickelten 65 Leistungsgruppen werden eingeführt – sie unterliegen einer komplexen Weiterentwicklung und Ausweitung. Wichtig in diesem Zusammenhang ist die Län-

derhoheit. Die Länder entscheiden darüber, welche Leistungsgruppen an welche Krankenhäuser verortet werden. Dabei gilt es für die Krankenhäuser, bundeseinheitliche Qualitätsstandards einzuhalten und sich Prüfungen eines aus unserer Sicht mächtigen Medizinischen Dienstes zu stellen – theoretisch sollen diese Prüfungen „aufwandsarm“ vonstatten gehen.

Aber: Die DKG mahnt in einem ersten Statement an, dass der Entwurf eine wirksame wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser für 2024 vermissen lässt. Während in der Protokollnotiz zum Transparenzgesetz zwischen den Zeilen eine Erhöhung des Landesbasisfallwertes und der Psychatrieentgelte vermutet werden konnte, sind diesbezügliche Hinweise im aktuellen Entwurf nicht vorhanden. Die Wirkungen der Reform sind zeitversetzt zu bedenken – allerdings haben wir aktuell Finanzierungsnot!

Ein weiterer wesentlicher Punkt: Es wird natürlich teurer – sowohl für die Länder als auch für die Krankenkassen und damit letztlich für die Beitragszahler.

Wird nun aber alles gut? Nein – aber es hätte deutlich schlimmer kommen können! Darum ist es wichtig, dass wir gemeinsam weiter an Umsetzungen, Lösungen und Entwicklungen arbeiten, die die Versorgung aller Patienten aus unserer Sicht in allen Sektoren sichert und die Weiterbildungen unserer Kammermitglieder gestalten lassen. Insbesondere die zukünftige Finanzierung der ambulanten Medizin und die weitere Zusammenarbeit innerhalb der Sektoren bedürfen deutlicher Reformarbeit.

Ein letztes Wort zu Kammerangelegenheiten: Am 20. April 2024 findet unsere nächste Kammerversammlung statt. In der Sitzung sollen auch fällige Satzungsänderungen auf den Weg gebracht werden. In der Vorbereitung haben sich bereits mehr als die Hälfte der Kammerversammlungsmitglieder über die vorgesehenen Änderungen in zwei Online-Sitzungen bzw. durch ihr Ehrenamt informiert. Dafür möchte ich mich vor allem im Namen des Sitzungsausschusses bedanken. Dieser hat intensiv in den letzten Monaten gearbeitet und die Änderungen diskutiert, abgestimmt und für die Kammerversammlung vorbereitet. Satzungsänderungen setzen voraus, dass eine 2/3-Mehrheit aller Kammerversammlungsmitglieder hergestellt werden kann. Wir freuen uns daher nicht nur auf einen gut gefüllten Hörsaal, sondern auch auf eine engagierte Arbeit im höchsten Gremium der Ärzteschaft Mecklenburg-Vorpommerns.

Ihr Jens Placke



Foto: K. Sass

Krebsdiagnostik und neue Therapien am Beispiel von Hautkrebs – die Erfolgsgeschichte geht weiter

Julia K. Tietze, Alexander Thiem, Susen Rode, Rüdiger Panzer, Sander Bekeschus, Lars Boeckmann, Steffen Emmert*

Zusammenfassung

Hautkrebs ist mit Abstand der häufigste Krebs des Menschen. Basalzellkarzinome und Plattenepithelkarzinome gefolgt von kutanen Melanomen eignen sich aufgrund ihrer Homogenität und Immunogenität hervorragend, neue diagnostische und therapeutische Verfahren in der Onkologie zu entwickeln. Vor etwa 10 Jahren hat die Immuntherapie mit Checkpointinhibitoren und die zielgerichtete Therapie mit BRAF/MEK Inhibitoren die Melanombehandlung revolutioniert. Dazu kam eine lokale Behandlungsoption mit onkolytischen Viren (T-Vec). Aktuell werden am Beispiel des Aderhautmelanoms neuartige bispezifische Proteine entwickelt, die zytotoxische T-Zellen zur Melanomzelle bringen (Tebentafusp). Eine weitere Sprunginnovation wird der Einsatz von individuellen, tumorspezifischen mRNA-Vakzinen in der adjuvanten Melanomtherapie darstellen. Derartige Therapieprinzipien sind derzeit auch bereits bei den keratinozytären Hauttumoren in der Anwendung. Eine weitere Therapieoption besteht hier in der Auftragung einer radioaktiven Paste (Rhenium-SCT), die ähnlich erfolgreich wie die mikrographisch kontrollierte Chirurgie ist. Des Weiteren entwickeln wir in Rostock innovative photonische Diagnostikverfahren (optische Biopsie), die die konventionelle, probebiopsische histologische Diagnostik sinnvoll ergänzen oder gar zukünftig ersetzen könnte. Ein internationales Alleinstellungsmerkmal stellt die Entwicklung von Kaltplasmageräten für die Hautkrebsbehandlung dar. Hierzu wurde kürzlich eine eigene Sektion Plasmamedizin an unserer Klinik eingerichtet. Erste Ergebnisse aus unserem vom Land geförderten Verbundprojekt ONKOTHER-H sind äußerst vielversprechend und werden nun im Rahmen eines EU-Verbundprojektes (PlasmAct) zum Einsatz am Menschen weiterentwickelt.

Schlüsselwörter: Melanom, Basalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom, Checkpointinhibition, zielgerichtete Therapien, bispezifische Proteine, Tumor-mRNA-Vakzine, Rhenium-SCT, optische Biopsie, Kaltes Atmosphärendruckplasma (KAP).

* Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie der Universitätsmedizin Rostock

Melanom

Das Melanom ist eine Erkrankung, die auch jüngere Menschen betrifft. So ist es bei jungen Frauen von 20-29 Jahre der häufigste und bei Männern in derselben Altersgruppe sowie bei Frauen und Männern von 30-44 Jahren der zweithäufigste Tumor. Im Jahr 2020 wurden 23.650 Neuerkrankungen gemeldet, darunter etwa gleich viele Frauen wie Männer.

Therapie des metastasierten/inoperablen Melanoms

Die Therapie des metastasierten oder inoperablen Melanoms wurde durch die Immuncheckpointblockaden (ICB) und bei BRAF-mutierten Melanomen ebenfalls durch die zielgerichteten Therapien im letzten Jahrzehnt revolutioniert (Abb. 1). Die PD-1 Inhibitoren Nivolumab und Pembrolizumab haben eine

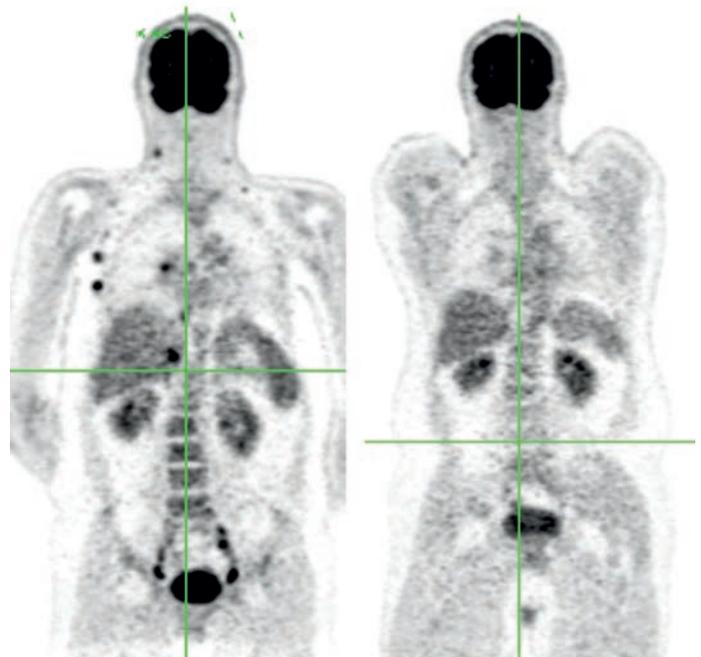


Abb. 1: Eindrucksvolle Remission viszeraler Melanommetastasen (links; schwarze Punkte im PET-CT) nach 3 Monaten einer Immuntherapie mit einem PD-1-Inhibitor (rechts).

Ansprechrate von ca. 42 %, ein 5-Jahres progressionsfreies Überleben nach Erstlinientherapie von 29 %, aber auch eine Rate von schweren Nebenwirkungen von ca. 10-20 %. Die Kombinationstherapie von Nivolumab und Ipilimumab (CTLA4-Antikörper) ist mit einer Ansprechrate von 58 % und einem 5-Jahres progressionsfreien Überleben nach Erstlinientherapie von 35 % zwar die wirksamste Therapie, aber mit ca. 59 % schweren Nebenwirkungen auch die toxischste.

Eine neuartige Kombinationstherapie mit dem Lymphocyte-activation gene 3 (LAG-3) Antikörper Relatlimab und Nivolumab zeigte ein verdoppeltes medianes progressionsfreies Überleben der Kombinationstherapie im Vergleich zu Nivolumab alleine. Die Ansprechraten in dieser Studie betragen für diese Kombination 43,1 %. Schwere therapieverursachte Nebenwirkungen traten in 18,9 % der Relatlimab-Nivolumab-Patienten auf. Damit liegt die Kombinationstherapie mit Relatlimab-Nivolumab sowohl in der Wirksamkeit sowie der Nebenwirkungsrate zwischen der Immun-Monotherapie und der Kombinationstherapie mit Ipilimumab und Nivolumab. Obwohl die Zulassung durch die europäische Arzneimittelkommission 2022 erfolgte, erkannte der Gemeinsame Bundesausschuss keinen Zusatznutzen, so dass diese Kombinationstherapie nicht erstattet wird und deshalb nicht in Deutschland eingeführt wurde.

Bei den zielgerichteten Therapien stehen drei Präparatekombinationen mit jeweils einem BRAF- und einem MEK-Inhibitor zur Verfügung, die sich in der Anzahl der verabreichten Tabletten sowie der Nebenwirkungsraten unterscheiden. Die Ansprechraten liegen mit 67-77 % höher als bei den Immuntherapien, aber es kommt schneller zu Rezidiven. Das 5-Jahres progressionsfreie Überleben nach Erstlinientherapie beträgt für die Kombination Dabrafenib/Trametinib 19 % und für die Kombination Encorafenib/Binimetinib 23 %. Schwere Nebenwirkungen im Sinne von Pyrexie, Übelkeit, Erbrechen, Diarrhö, Arthralgie, Kardiotoxizität, Augennebenwirkungen und Fatigue treten bei 47-77 % der Patienten auf.

Speziell für kutane oder subkutane Melanommetastasen ist die Anwendung einer intraläsionalen Injektion mit einem Melanomzell-zerstörenden Virus namens Talimogen laherparepvec (T-VEC) zugelassen. Bei vollständigen Ansprechraten von 20-44 % profitiert allerdings auch hier nur ein Teil der Patienten von dieser Therapie, da die Anwendung des onkolytischen Virus auf kleinere (Haut-) Metastasen begrenzt ist und zur Therapie bei zusätzlich bestehender viszeraler Fernmetastasierung nicht hilfreich ist.

Adjuvante Therapie des Melanoms

Um eine Metastasierung zu verhindern, sind erstmalig seit 2018 adjuvante Therapien für das kutane Melanom eingeführt wor-

den. Aktuell stehen im Stadium III die Kombination aus Dabrafenib und Trametinib für BRAF-V600 mutierte Patienten und für alle die PD 1-Inhibitoren Nivolumab und Pembrolizumab zur Verfügung. Kürzlich sind die PD 1-Inhibitoren auch ab dem Stadium IIB (ohne positivem Sentinel-Lymphknoten) zur 1-jährigen adjuvanten Therapie zugelassen worden. Das rezidivfreie Überleben (RFS) nach 5 Jahren betrug für die adjuvant behandelten Patienten ca. 53 % (im Vergleich zu ca. 37 %). Da die Nebenwirkungen auch unabhängig vom Tumorstadium immer in der gleichen Frequenz und z.T. irreversibel auftreten, ist hier gerade in niedrigen Tumorstadien wie IIB eine sehr sorgfältige Aufklärung mit Risiko-Nutzenabwägung vor Einleitung der Therapien notwendig.

Eine ebenfalls sehr interessante neuartige individualisierte adjuvante Therapie verwendet eine Tumorimpfung mit mRNA, die aus patientenspezifischen Tumorneoantigenen besteht und die im adjuvanten Setting zusammen mit Pembrolizumab dem Patienten intramuskulär injiziert wird. In der kürzlich veröffentlichten Phase II Studie wurden Patienten im Stadium IIIB-IV adjuvant mit dieser Impfung in Kombination mit Pembrolizumab therapiert und mit Patienten, die nur Pembrolizumab erhielten, verglichen. Nach 18 Monaten zeigte sich bei den geimpften Patienten ein deutlich verbessertes rezidivfreies Überleben von 79 % versus 62 % (Pembrolizumab Monotherapie). Im Rahmen einer Phase III Studie können wir diese innovative Therapie unseren Patienten aktuell schon anbieten.

Aderhautmelanom

Die Inzidenz beträgt im Durchschnitt 4,3 Fälle pro 1.000.000 Menschen pro Jahr. Es metastasiert streng hämatogen und primär in die Leber, da die Aderhaut keinen Zugang zu Lymphgefäßen hat. Die Prognose ist schlecht, 50 % der Patienten metastasieren und das mediane Überleben nach Metastasierung beträgt nur 1 Jahr. Die Ansprechrate des Aderhautmelanoms auf eine Immunkombinationstherapie mit Nivolumab/Ipilimumab ist deutlich schlechter als die des kutanen Melanom und liegt bei max. 21 %. Zur Therapie des metastasierten Aderhautmelanoms wurde eine völlig neuartige Therapie namens Tebentafusp im April 2022 von der EMA zugelassen. Bei der Therapie handelt es sich um ein bispezifisches Fusionsprotein, bestehend aus einem gegen CD3 gerichteten Antikörper und einem gegen gp100, einem Aderhautmelanomantigen, gerichteten T-Zell-Rezeptor (TZR). Die Bindung des TZR ist abhängig vom humanen Leukozyten-Antigen-(HLA)-A*02:01. Demzufolge können nur HLA-A*02:01-positive Patienten mit Tebentafusp therapiert werden. Unter Tebentafusp zeigte sich im Vergleich zur Kontrollgruppe (Therapie nach Wahl der behandelnden Onkologen) ein progressionsfreies Überleben von 31 % (versus

19 %) nach 6 Monaten. Nach mindestens 36 Monaten betrug das mediane Überleben für die mit Tebentafusp therapierten Patienten 21,6 Monate (versus 16,9 Monate in der Kontrollgruppe).

Plattenepithelkarzinom

Das kutane Plattenepithelkarzinom (PEK) ist nach dem Basalzellkarzinom der häufigste maligne Tumor der Haut. Die altersstandardisierte Inzidenz (europäischer Altersstandard) ist in den Jahren 1970-2012 um das 10-fache angestiegen. Noch viel häufiger als kutane PEKs sind aktinische Keratosen (AKs), in-situ-Vorstufen, die sich zu einem invasiven PEK weiterentwickeln können. Hauptrisikofaktor für beide ist die kumulative UV-Exposition. Deshalb können seit 2015 bei entsprechender beruflicher UV-Exposition (z. B. bei Dachdeckern, Landwirten etc.) „Plattenepithelkarzinome oder multiple aktinische Keratosen der Haut durch natürliche UV-Strahlung“ auch als Berufskrankheit anerkannt werden (sog. BK-5103, siehe https://www.dguv.de/bk-info/icd-10-kapitel/kapitel_12/bk5103/index.jsp).

Am wichtigsten ist deshalb die Prophylaxe von AKs/PEKs durch konsequenten, besonders textilen Lichtschutz und soweit möglich der Vermeidung intensiver Sonneneinstrahlung (Mittagssonne zwischen 11 und 15 Uhr meiden, keine Solariumbesuche). Die regelmäßige Teilnahme an den Hautkrebsvorsorgeuntersuchungen (gesetzlich Krankenversicherten haben ab dem 35. Lebensjahr einen Anspruch darauf) dient der Früherkennung.

AKs können lokal mittels topischer Applikation von Medikamenten (z. B. von Diclofenac-Natrium oder 5-Fluorouracil), kryochirurgischer oder konventionell-chirurgischer Verfahren, photodynamischer Therapie oder lasergestützter Verfahren behandelt werden. Bei invasiven PEKs ist die Operation – in bestimmten Situationen (z. B. bei Tumoren im Gesicht) als mikrographisch-kontrolliertes Vorgehen – der Therapiestandard.

Die systemische Behandlung des fortgeschrittenen PEKs hat sich in den letzten Jahren ähnlich wie beim Melanom fortentwickelt. So ist der anti-PD-1-Immuncheckpoint-Antikörper Cemiplimab zur Monotherapie von erwachsenen Patienten



Abb. 2: Eindrucksvolle Remission einer großen Plattenepithelkarzinommetastase (links) nach 3 Monaten einer Immuntherapie mit Cemiplimab (rechts).

mit metastasierten oder lokal fortgeschrittenen kutanen PEKs zugelassen, die für eine kurative Operation oder Strahlentherapie nicht in Betracht kommen, und hat die Prognose dieser Patienten erheblich verbessert. Es stellt die derzeit einzig zugelassene Systemtherapie bei kutanen PEKs dar. Etwa die Hälfte der Patienten sprechen auf diese Immuntherapie in eindrucksvoller Weise mit einer Tumorregression an, die bei den meisten Patienten langfristig anhält (Abb. 2). Es ist zu erwarten, dass sich zukünftig neoadjuvantartige Immuntherapiekonzepte entwickeln werden, um die chirurgische Morbidität der häufig älteren Patienten zu verringern.

Basalzellkarzinom

Basalzellkarzinome stellen mit Abstand die häufigste menschliche Krebserkrankung dar. Die Prävalenz beträgt in Deutschland etwa 50 pro 100.000 Einwohner. Normalerweise ist die chirurgische Exzision des Basalzellkarzinoms der Goldstandard in der therapeutischen Intervention. Allerdings stellen große oder an anatomischen Problemstellen wie den Augenlidern lokalisierte Basalzellkarzinome oft eine praktisch unlösbare chirurgische Herausforderung dar (Abb. 3). Neben derartigen nur schwer zu resezierenden Basalzellkarzinomen oder dem Auftreten multipler, ebenfalls nicht mehr praktikabel zu resezierenden Basalzellkarzinomen (Gorlin-Goltz Ba-



Abb. 3: Nur schwer resezierbares, ulzeriertes Basalzellkarzinom an den Lidrändern. Hier besteht die Indikation für eine moderne Systemtherapie (Hedgehog-Inhibition oder Immun-Checkpoint-Inhibition).

salzellnävussyndrom) stellen selten auftretende metastasierende Basalzellkarzinome Indikationen für eine zielgerichtete, systemische medikamentöse Tumorthherapie dar. Für deren Entwicklung trägt unser Verständnis zur Molekularpathogenese der Basalzellkarzinome entscheidend bei. Basalzellkarzinome besitzen entsprechend des mehrschrittigen Photokarzinogenese-Modells eine sehr hohe Last an zumeist UV-induzierten Genmutationen, die zum Ausfall wichtiger zellulärer Signalwege führen. Mit Hilfe der neuen Hochdurchsatzverfahren in der Genomanalyse (NGS, next generation sequencing) konnte bereits gezeigt werden, dass in der Tat drei Viertel aller Mutationen in Basalzellkarzinomen UV-induziert sind. Es zeigte sich auch, dass 85 % der Basalzellkarzinome Hedgehog-Signalweg-aktivierende Mutationen tragen. Entsprechend wurde 2009 die erste Zulassungsstudie mit einem gezielt die Hedgehog-Signalkaskade deaktivierenden Molekül (Vismodegib) erfolgreich durchgeführt. Mittlerweile sind 2 Substanzen, die die Hedgehog-Kaskade deaktivieren, zur Behandlung des schwer resezierbaren bzw. metastasierten Basalzellkarzinoms zugelassen (Vismodegib und Sonidegib). Die Ansprechraten liegen jedoch nur bei 66 % der Patienten. Dass ein Drittel der Patienten nicht anspricht, ist durch die hohe Mutationslast der Tumoren zu erklären. So sind in 85 % der Basalzellkarzinome auch andere Signalwege wie Zelldifferenzierung (notch-Signaling), Zellzyklusregulation (RB1, CDKN2A) oder die RTK-RAS-PI3K bzw. Hippo-YAP Signalwege gestört. Besonders stark von einer hohen Mutationslast betroffen sind Patienten mit Xeroderma pigmentosum. Aufgrund ihres genetischen Defektes in der Reparatur von UV-induzierten DNA-Schäden entwickeln sie bereits im Durchschnitt mit 8 Jahren

den ersten Hautkrebs und haben ein massiv erhöhtes Risiko, Basalzellkarzinome, aber auch Plattenepithelkarzinome und kutane Melanome zu entwickeln. Am Beispiel der Xeroderma pigmentosum Patienten zeigte sich, dass die neuartige und hoch effektive Behandlung metastasierter Melanome mit der Gabe von PD 1-Antikörpern (Checkpointinhibitor-Immuntherapie) auch sehr gut auf die Regression von Basalzellkarzinomen wirkt. Studien zur Behandlung nicht resektabler und metastasierter Basalzellkarzinome mit dem PD 1-Antikörper Cemiplimab bei mit Hedgehog-Inhibitoren vorbehandelten Patienten zeigten ein Ansprechen von 32 % bei inoperablen und von 24 % bei metastasierten Basalzellkarzinomen. Die Krankheitskontrollraten, also die Summe der Ansprecher und der Patienten mit stabiler Erkrankung unter Therapie, lagen bei beeindruckenden 80 % bei inoperablen und 63 % bei metastasierten Basalzellkarzinomen. Dies hat 2022 zur Zulassung von Cemiplimab in der Zweitlinientherapie bei inoperablen oder metastasierten Basalzellkarzinomen (nach Hedgehog-Inhibitoren) geführt.

Eine weitere nicht-chirurgische Behandlungsoption zur Behandlung von dünnen invasiven Basalzellkarzinomen (und Plattenepithelkarzinomen) erforschen wir gerade zusammen mit den hiesigen Nuklearmedizinern – Rhenium-SCT. Rhenium ist ein β -Strahler und die Firma Oncobeta hat eine radioaktive Rhenium-Paste als Medizinprodukt entwickelt, um dünne bis 3 mm dicke Basalzell- und Plattenepithelkarzinome strahlentherapeutisch und damit nicht-invasiv zu behandeln. Diese Therapie eignet sich für Tumoren an Problemlokalisationen im Gesicht wie der Nase, dem Auge oder dem Ohr sowie für Patienten, die eine chirurgische Therapie ablehnen. Die radioaktive Paste wird in kurativer Absicht über einer Folie auf die Haut aufgebracht, verbleibt dort 1-2 Stunden und erzeugt eine akute Radiodermatitis (Abb. 4). In einer ersten Pilotstudie bei 22 Patienten und 40 Hauttumoren konnten wir zeigen, dass Rhenium-SCT nach 12 Monaten ein Gesamtansprechen von 97,5 % hatte, bei 95 % handelte es sich um ein Komplettsprechen. Juckreiz (20 %) und leichter Schmerz (12,5 %) durch die Radiodermatitis waren tolerable Nebenwirkungen. Etwa die Hälfte der Läsionen heilte lediglich mit einer Hypopigmentierung ab, die andere Hälfte wurde von den Patienten mit einer chirurgischen Narbe vergleichbarem kosmetischem Ergebnis bewertet. Damit stellte sich die Rhenium-SCT Behandlung für dünne Keratinozytentumoren als hocheffektiv dar und ist eine valide Alternative zur chirurgische Behandlung. Wir gehen davon aus, dass eine 2. weltweite Studie, an der wir ebenfalls als einziges deutsches Zentrum beteiligt waren, unsere Ergebnisse bestätigt.



Abb. 4: Therapeutischer Verlauf von Basalzellkarzinomen im Gesicht vor (links), nach 2 Wochen (Mitte) und nach 4 Monaten (rechts) einer Rhenium-SCT Behandlung.

Klassische bioptische und innovative nicht-invasive Diagnostik von Hautkrebs

Klassische bioptische Diagnostik

Sowohl für das Melanom als auch für nichtmelanozytären Hautkrebs ist eine moderne histologische Diagnostik für Diagnosestellung, Schnitttrandkontrolle und Therapieplanung elementar. Die Aufarbeitung kann hierbei je nach Bedarf flexibel auch als Schnelldiagnostik mit verkürzter Fixierungszeit erfolgen. Immunhistochemische Färbungen mit einem breiten Sortiment verschiedener kommerziell erhältlicher Antikörper ergänzen die diagnostischen Möglichkeiten und sind gerade bei stärker entdifferenzierten oder atypischen Tumoren wie auch bei Metastasen, seltenen Tumorentitäten oder spindelzelligen Tumoren für die Diagnosestellung unerlässlich. Die enge Zusammenarbeit mit dem operativen Team z. B. bei der mikrogra-

phisch kontrollierten Chirurgie wird durch das der Dermatologie zugehörige und auch im selben Gebäude angesiedelte dermatohistologische Labor gewährleistet. Die besondere Bedeutung der eigenständigen Dermatohistologie spiegelt sich auch in der eigenen Zusatzweiterbildung Dermatopathologie in den Weiterbildungsordnungen der Ärztekammern wider.

Die Dermatohistologie ist ebenfalls ein essentieller Bestandteil für die interdisziplinäre Zusammenarbeit und Integration in das DKG-zertifizierte Hautkrebszentrum sowie das onkologische Zentrum der Universitätsmedizin Rostock. Fallzahlen der Klinik für Derma-

tologie und Venerologie werden mit Unterstützung der medizinischen Dokumentar*innen auch für das Klinische Krebsregister M-V über das Gießener Tumordokumentationssystem erfasst und ausgewertet.

Innovative nicht-invasive Diagnostik (optische Biopsie)

In Deutschland diagnostizieren Ärzte jährlich bei rund 25.000 Menschen schwarzen Hautkrebs (Melanom), die gefährlichste aller Hautkrebsvarianten, Tendenz steigend. Ob ein Melanom überhaupt erkannt wird, hängt bislang auch viel von der Erfahrung des behandelnden Arztes ab. Dabei können schon Tumore mit einer geringen Eindringtiefe in die Haut von etwa einem Millimeter über die Blutbahn Metastasen bilden und sich schnell ausbreiten.

Wie oben dargestellt, ist es ein längerer Weg von dem klinischen Erkennen, der Gewebeentnahme und dann der konven-

tionellen Histologie, bis ein Melanom diagnostiziert wird. Dabei gilt: je später der Krebs erkannt wird, desto geringer sind die Heilungschancen. Bestätigt sich der Verdacht auf ein Melanom histologisch, muss bei einer zweiten Operation das Melanom mit Sicherheitsabstand entfernt werden und die ableitenden Lymphknoten (Wächterlymphknoten) häufig gleich mit. Wir arbeiten zusammen mit einem Physikerteam der Leibniz Universität Hannover an einem neuen Diagnoseverfahren, um den schwarzen Hautkrebs künftig sicherer, schneller und kostengünstiger erkennen zu können. Die Wissenschaftler des Hannoverschen Zentrums für Optische Technologien (HOT) unter Leitung von Prof. Dr. Bernhard Roth entwickeln dabei das optische, nicht-invasive Verfahren (optische Biopsie), welches wir im Klinikalltag diagnostisch validieren.

Der geplante „Haut-Scanner“ soll sowohl die Gut- oder Bösartigkeit eines Pigmentmals als auch die Eindringtiefe zuverlässig erkennen und das Ergebnis als digitales, leicht zu interpretierendes Bild darstellen. Um dieses Ziel zu erreichen, werden erstmals vier optische Verfahren miteinander kombiniert: Optoakustik, Optische Kohärenztomographie, RAMAN-Spektroskopie und hochauflösender Ultraschall (Abb. 5). Das in der Entwicklung befindliche Verfahren würde gleich mehrere Vor-

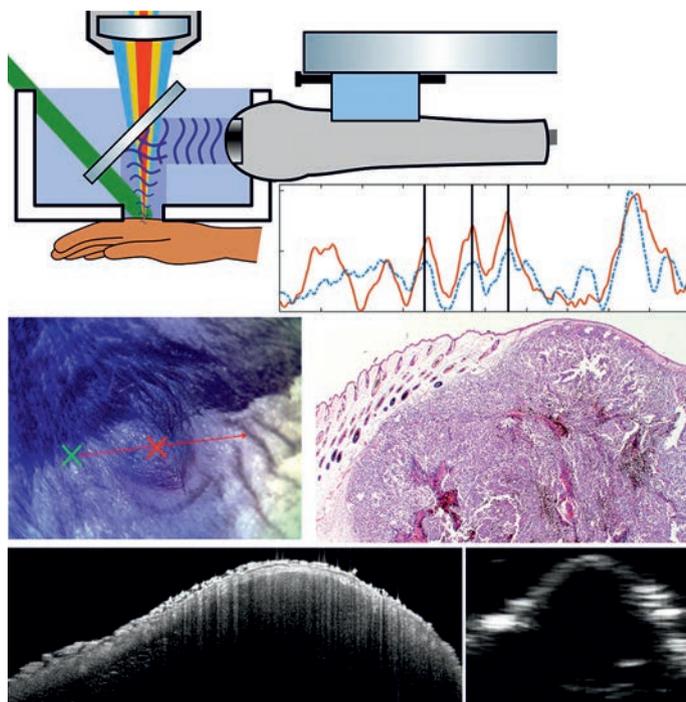


Abb. 5: Geräteanordnung von Optischer Kohärenztomographie, RAMAN Spektroskopie (rot und gelb; von oben) und hochauflösendem Ultraschall (rechts) sowie Optoakustik (grün) in einem Scankopf. Weitere Bildteile zeigen Messergebnisse der Technologien sowie eine „echte“ Melanomhistologie.

teile bieten: Erstens könnte die „optische Biopsie“ künftig das Skalpell bei der Diagnose ersetzen. Die Entnahme einer Hautprobe und deren Analyse im Labor entfallen ebenso wie die schmerzhafteste Zeit der Ungewissheit für die Patienten, während sie auf das Laborergebnis warten. Künftig wissen Arzt und Patient direkt nach dem Scan, ob es sich bei der Hautveränderung um ein bösartiges Melanom handelt oder nicht. Dadurch könnten die Kosten für überflüssige Gewebeuntersuchungen eingespart werden, denn derzeit sind 86 bis 95 Prozent der entnommenen Gewebeprobe un auffällig bzw. gutartig. Der neue Hautscanner erlaubt zudem den Einsatz Künstlicher Intelligenz. Dadurch kann die Diagnostik kontinuierlich verbessert werden – eventuell sogar soweit, dass Untersuchungen künftig nicht mehr ausschließlich von einem Arzt durchgeführt werden müssen, sondern auch von nicht-medizinischem Personal.

Plasmamedizin für die Hautkrebsbehandlung

Die Plasmamedizin ist aus der Schnittstelle zwischen Plasmaphysik und Lebenswissenschaften hervorgegangen und bietet Anwendungsfelder in vielen Fachbereichen der Medizin. Kaltes Atmosphärendruckplasma (KAP) ist ein teilweise ionisiertes Gas mit verschiedenen biologisch aktiven Komponenten. Dazu gehören insbesondere reaktive Sauerstoff- und Stickstoffspezies (RONS), Ionen und freie Elektronen aber auch elektromagnetische Felder inklusive UV-Strahlung und sichtbarem Licht. Diese Komponenten wirken synergistisch auf das zu behandelnde Gewebe und entfalten gleichzeitig eine Reihe unterschiedlicher biologischer Wirkungen.

Im Bereich der plasmaunterstützten Behandlung chronischer Wunden wurde die Translation von der Grundlagenforschung in die klinische Anwendung der Plasmamedizin bereits vollzogen und die Sicherheit und Wirksamkeit in verschiedenen randomisiert kontrollierten Studien nachgewiesen.

Ein hochaktuelles Gebiet plasmamedizinischer Forschung ist die Anwendung von KAP für die Krebsbehandlung. Verschiedene Arbeitsgruppen konnten in den letzten Jahren zeigen, dass KAP ein hohes Potential zur Behandlung maligner Zellen hat. Nach aktuellem Verständnis sind vor allem reaktive Spezies für die Wirkung von KAP verantwortlich. Durch längere Behandlungszeiten mit KAP wird ein oxidativer Disstress ausgelöst, der Signalwege in den Zellen induziert, die zum Zelltod z. B. durch Apoptose oder Nekrose führen oder einen stabilen Zellzyklusarrest (zelluläre Seneszenz) induzieren. Darüber hinaus ist die Induktion einer Immunantwort eine entscheidende Wirkung der Plasmabehandlung, bei der Bekämpfung von malignen Zellen. Es wird auch immer wieder angeführt, dass

Tumorzellen im Vergleich zu gesunden Zellen besonders sensitiv gegenüber KAP sind. Dies kann darauf zurückgeführt werden, dass Tumorzellen in der Regel bereits einem erhöhten oxidativen Stress ausgesetzt sind und zusätzlichem oxidativen Stress durch die KAP-Behandlung weniger gut entgegenwirken können. Darüber hinaus gibt es eine Reihe weiterer Unterschiede zwischen Tumorzellen und gesunden Zellen, die eine erhöhte Sensitivität der malignen Zellen erklären könnten. Dazu gehören unter anderem eine geringere Membranstabilität durch einen niedrigeren Cholesteringehalt oder eine erhöhte Expression von Aquaporinen, die das Eindringen von RONS in die Tumorzellen erleichtern. Allerdings unterscheidet sich auch die Sensitivität von verschiedenen Tumorzelllinien gegenüber KAP sehr stark. Ein Vergleich von 38 humanen Zelllinien zeigte, dass vor allem die basale metabolische Aktivität der Zellen mit der Sensitivität gegenüber KAP korreliert.

Neben einer Vielzahl von präklinischen Untersuchungen an Zellkultur- und Tiermodellen wurden bereits erste klinische Studien zur KAP-Behandlung von Krebs oder Krebsvorstufen durchgeführt. In einer Serie von Fällen, in denen Kopf-Hals-Tumore im fortgeschrittenen Stadium mit KAP behandelt wurden, konnte eine partielle Remission in mehreren Fällen beobachtet werden. Eine erfolgreiche Behandlung von aktinischen Keratosen mit KAP wurde in zwei Studien mit fünf bzw. sieben eingeschlossenen Patienten berichtet. Im Rahmen einer ersten Phase 1-Studie konnte die Sicherheit einer KAP-Anwendung bei Tumorpatienten bestätigt werden. Im Rahmen dieser Studie wurde bei 20 Patienten nach chirurgischer Entfernung eines soliden Tumors das Tumorareal (*engl. tumor bed*) zur Beseitigung eventuell verbliebener maligner Zellen mit KAP behandelt.

Ein besonders großes Potential wird KAP bei der Krebsbehandlung aber vor allem als zusätzliche Therapie in Kombination mit anderen Behandlungen zugeschrieben. Vor diesem Hintergrund wurde im Rahmen eines vom Europäischen Sozialfonds und dem Land Mecklenburg-Vorpommern geförderten Verbundprojekts (ONKOTHER-H) die Wirkung von KAP in Kombination mit neuen *Small Molecules* untersucht. Dabei konnte eine gute synergistisch hemmende Wirkung von KAP mit einem Chromon-Derivat auf Melanom- und Plattenepithelkarzinomzellen an Zellkulturen (*in vitro*), am Hühnereimodell (*in ovo*) und im Mausmodell (*in vivo*) gezeigt werden. Diese Kombination ist besonders interessant, weil das *Small Molecule* alleine wenig toxisch ist (gute Verträglichkeit), in Kombination mit KAP aber einen starken synergistischen Effekt (gute tumorhemmende Wirkung) zeigt (Abb. 6).

Am Verbundprojekt ONKOTHER-H waren 8 Partner aus Rostock und Greifswald beteiligt. Die herausragende Zusammenarbeit im Bereich der Plasmamedizin insbesondere zwischen der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie der Universitätsmedizin Rostock und dem Leibniz-Institut für Plasmaforschung und Technologie (INP Greifswald) wird auch in weiteren gemeinsamen Projekten sichtbar. Dazu gehört das Verbundprojekt DINPlas zur Überarbeitung einer DIN SPEC für „Allgemeine Anforderungen an medizinische Plasmaquellen“ sowie ein deutsch-französisches Verbundprojekt Plasfect zur Untersuchung der medizinischen Gas Plasmatechnologie gegen antibiotikaresistente Bakterien auf Wunden.

Seit 2023 wird diese enge Zusammenarbeit zusätzlich durch eine Leibniz-Forschungsprofessur an der Hautklinik in Rostock untermauert. Die Professur für Translationale Plasmame-

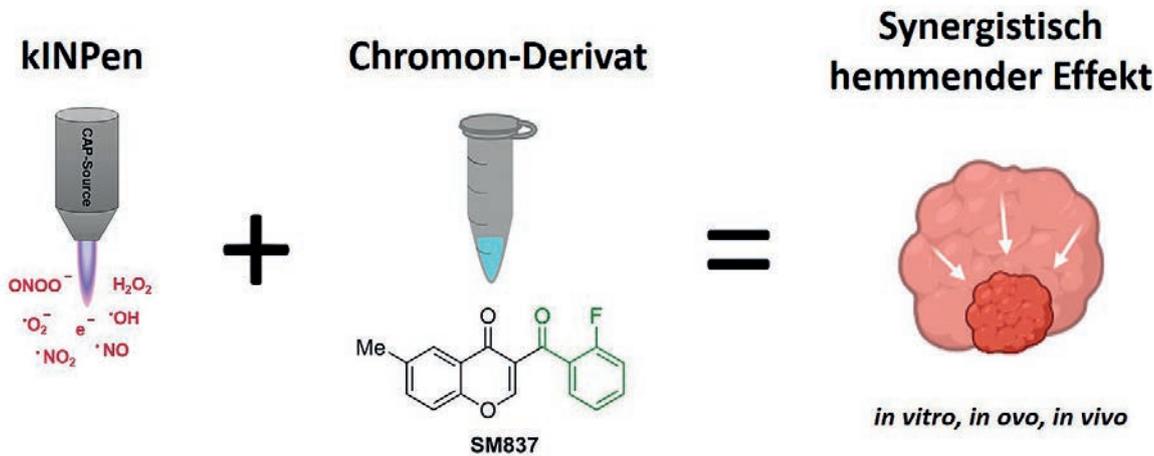


Abbildung 6: Ein synergistisch hemmender Effekt einer Behandlung mit kaltem Atmosphärendruckplasma (kINPen) in Kombination mit dem Chromon-Derivat SM837 konnte für die Hautkrebsbehandlung an Zellkulturen (in vitro), am Hühnermodell (in ovo) und im Mausmodell (in vivo) gezeigt werden.

dizin konnte mit Bekeschus – einem der weltweit führenden Wissenschaftler im Bereich der Plasmamedizin – ausgezeichnet besetzt werden. Die Strahlkraft und Vorreiterrolle des Standortes Mecklenburg-Vorpommern im Bereich der Plasmamedizin wurde kürzlich durch eine Analyse der Publikationen in diesem Bereich eindrucksvoll bestätigt. Gleich 7 der 10 Autoren mit den meisten Publikationen auf dem Gebiet der Plasmamedizin kommen aus Mecklenburg-Vorpommern vom INP Greifswald, der Universitätsmedizin Greifswald und der Universitätsmedizin Rostock.

Ebenfalls unter Beteiligung des INP Greifswald und der Hautklinik Rostock und koordiniert von Bekeschus startet in diesem Jahr ein von der EU gefördertes Verbundprojekt mit Partnern aus Deutschland, Frankreich, Belgien, Niederlanden und Luxemburg. Im Rahmen dieses internationalen Doktorandennetzwerkes „PlasmACT“ soll der Einsatz von KAP als Behandlungsmethode gegen aktinische Keratosen umfangreich erforscht werden. Ein enger Austausch im Bereich der Plasmamedizin auf europäischer Ebene findet darüber hinaus auch regelmäßig im Rahmen der EU geförderten PlasTHER COST Action CA20114 statt.

Insgesamt stellt die Kaltplasmatechnologie eine innovative Anwendungsmöglichkeit zur Behandlung von Hautkrebs dar. Die Plasmamedizin am Standort ist ein international sichtbares Forschungsfeld, das durch die kürzlich eingerichtete Sektion Plasmamedizin an unserer Klinik zusätzlich an Strahlkraft gewinnt.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt:

Die Autoren geben an, dass in Bezug zu dieser Übersicht keine Interessenkonflikte bestehen.

Danksagung:

SE und LB erhalten Wissenschaftsunterstützung durch die Deutsche Forschungsgemeinschaft (EM 68/13-1; EM 68/15-1; GRK 2901/1), dem Bundesministerium für Bildung und Forschung BMBF (16GW0345), der Europäischen Union (HORIZON-MSCA-2022-DN-01, Proposal Number 101118430 sowie Cost Aktion CA20114), dem Ministerium für Wirtschaft, Infrastruktur, Tourismus und Arbeit M-V (TBI-V-1-349-VBW-120), dem Europäischen Fonds für regionale Entwicklung (GSH-20-0054), und dem Bundesministerium für Wirtschaft und Energie (03TN0019B).

Literatur:

Bei den Autoren

Korrespondenzautor:

*Univ.-Prof. Dr. med. Steffen Emmert
Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie,
Universitätsmedizin Rostock
Stempelstraße 13
18057 Rostock
Tel.: 0381-494 9701
E-Mail: steffen.emmert@med.uni-rostock.de
Internet: <http://dermatologie.med.uni-rostock.de/>*

Dr. Tilo Schneider ist neues Vorstandsmitglied der KVMV



Dr. Tilo Schneider

Foto: Dr. Holbe

Mit Dr. Tilo Schneider (48 Jahre) aus Rostock hat die Kassenärztliche Vereinigung M-V am 6. März 2024 in Schwerin einen neuen Vorstand für das hausärztliche Ressort ohne Gegenstimme gewählt. Tilo Schneider tritt die Nachfolge von Dr. Dieter Kreye an, der nach einem guten Jahr Amtszeit überraschend zurückgetreten ist. Dem Vorstand gehören weiterhin die Vorsitzende Angelika von Schütz und den Gynäkologe Ulrich Freitag an.

Trotz des hauptamtlichen Engagements für die Berufspolitik wird Tilo Schneider auch zukünftig für die Versorgung seiner Patientinnen und Patienten zur Verfügung stehen. Damit stellt sich Tilo Schneider weiter den Herausforderungen, die im Praxisalltag entstehen können. Der Allgemeinmediziner ist außerdem 1. Stellvertreter des Vorsitzenden des Hausärzterverbandes M-V, Mitglied der Kammerversammlung der Ärztekammer M-V sowie im Digitalisierungsausschuss, dem Finanzausschuss und dem Berufsbildungsausschuss der Kammer ehrenamtlich tätig.

F.H. / K.S.

Info zur Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Der Vorstand der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern möchte auf Folgendes hinweisen:

Der im Rahmen der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin zu absolvierende Abschnitt „im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung“ kann nicht – auch nicht anteilig – in einer Notaufnahme erfolgen, da die akutstationäre Patientenversorgung einen anderen Fokus und Umfang (Behandlungsverlauf) als die Behandlung von Patienten in der Notaufnahme hat.

In diesem Weiterbildungsabschnitt der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin geht es darum, Kompetenzen in der Behandlung der internistischen Erkrankungen im stationären Setting zu erwerben.

Der Vorstand begrüßt es aber ausdrücklich, wenn ein Weiterbildungsabschnitt Notaufnahme innerhalb des Abschnittes „12 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ absolviert wird.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an die Mitarbeiter im Fachbereich Weiterbildung unter allgemeinmedizin@aek-mv.de.

Zwischen allgemeiner Depression und Zuversicht

2. Austausch mit den ärztlichen Klinikdirektoren des Landes zu den Auswirkungen der Krankenhausreform

Seit Freitag, den 15. März, existiert der viel erwartete Referentenentwurf des Krankenhausversorgungsverbesserungsgesetzes (KHVVG). Seit Freitag wissen wir in etwa, was auf unser Bundesland zukommt, doch die genaue Analyse ist zum Zeitpunkt des Druckes dieser Ausgabe noch nicht abgeschlossen. Fakt ist: Es wird deutlich spürbare Veränderungen geben (siehe Editorial Seite 128).

Die Lage in den Kliniken des Landes spitzt sich zu – das ist der einheitliche Tenor des Vorstandes der Ärztekammer, der Krankenhausgesellschaft M-V, Kassenärztlicher Vereinigung M-V sowie 22 Klinikdirektoren, die am Montag, den 4. März, in den Hörsaal der Ärztekammer kamen. Schon beim ersten Treffen mit den ärztlichen Klinikdirektoren am 31. Mai 2023 wurde deutlich, dass Mecklenburg-Vorpommern nicht mit Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen gleichzusetzen ist. Doch genau danach sieht es knapp ein Jahr später aber aus: Das bevölkerungsreiche Bundesland soll als Blaupause dienen, anhand der Leistungsgruppen definiert und auf alle Bundesländer übertragen werden sollen. Seit einem Jahr gleicht der Reformprozess einer Hängepartie, denn Bundesgesundheits-

minister Prof. Karl Lauterbach hat die notwendige Reform an das Transparenzgesetz gekoppelt und dieses wiederum mit notwendigen Finanzhilfen für die Kliniken verknüpft. Das Transparenzgesetz ist jetzt nach einem Zwischenstopp im Vermittlungsausschuss durch die Länder frei gegeben worden. Doch das ist bislang nur ein Tropfen auf den heißen Stein.

Damit den Kliniken nicht die Luft und das Geld ausgehen, braucht es mehr Initiativen aus der Landes- und Bundespolitik. Darin waren sich an jenem Montag im Hörsaal alle Beteiligten einig; sie brachten eine Erklärung auf den Weg, die mit drastischen Worten vor dem Kliniksterben warnte:

Kliniksterben verhindern – JETZT!

Sehenden Auges schaut die Politik verantwortungslos dem Kliniksterben zu! Trotz des auf den Weg gebrachten Transparenzgesetzes wird mit Blick auf die Krankenhausreform der aktuelle Finanzierungsnotstand negiert – das ist politische Arbeitsverweigerung! Die Finanzierung der Krankenhäuser wird von Monat zu Monat schwieriger. Noch nie war die Situation der Krankenhäuser so schlecht wie jetzt. Die Eigenmittel werden immer geringer – Kreise und Kommunen müssen ihre Krankenhäuser



In der Sache sind sich alle einig, v.l.: Uwe Borchmann (KGMV), Grit Liborius (KVMV), Dr. Fabian Holbe (ÄKMV), Dr. Jens Placke (ÄKMV), Prof. Johannes Buchmann (ÄKMV), Dipl.-Med. Angelika von Schütz (KVMV)



Insgesamt kamen 22 Klinikdirektoren bzw. deren Vertretungen zum 2. Austausch zu den Auswirkungen der Krankenhausreform

Fotos: K. Sass

finanziell stützen, weil das Geld aus der Patientenbehandlung nicht reicht. Bundespolitisch festgelegte Mindestmengen gefährden u.a. die wichtige Transplantationsmedizin im Land und lassen das Gesundheitsland M-V wenig attraktiv für Spitzenmediziner erscheinen. Bereits jetzt geht die Angst vor dem Kliniksterben um – bereits jetzt wandert Personal ab, werden Investitionen zurückgehalten. Das sind Entwicklungen mit irreversiblen Schäden für die Krankenhauslandschaft. Die Vorzeichen und die immer wieder neu diskutierten und dann doch verworfenen Eckpunkte der Krankenhausreform lassen zudem nichts Gutes erahnen! Eine Beteiligung des medizinischen Sachverständes bei der Reform ist nicht erwünscht – landeshoheitliche Pla-

nungsgedanken werden nicht berücksichtigt. So wichtig eine Strukturreform auch ist, muss eine Anpassung der Vorhaben an unser Bundesland erfolgen.

Um die Häuser zu sichern, fordern die Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ebenso wie die Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vorpommern die Bundes- und Landespolitik auf, die kurz- und mittelfristige Finanzierung der Krankenhäuser abzusichern. Statt von zukünftigen Vorhaltepauschalen zu fabulieren, müssen die Landesbasisfallwerte sofort und rückwirkend zum 01.01.2024 um 5 % erhöht werden. Nur konkretes Handeln statt politischen Taktierens hilft den Krankenhäusern im Land. „Wir sehen bereits jetzt in einigen Fachgebieten eine Gefährdung der ärztlichen Aus- und Weiterbildung“, ergänzt Dr. Jens Placke. Auswirkungen auf weitere gesundheitsbezogene und wirtschaftliche Branchen sind vorprogrammiert.

Unverändert gilt: Die Ärztekammer steht der Landes- und Bundespolitik beratend zur Seite!

Ungeachtet der finanziellen Situation der Häuser bereitet auch die künftige Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses Kopfschmerzen. Dr. Fabian Holbe aus dem Ärztekammer-Vorstand, der den aktuellen Sachstand zur Reform darstellte, verdeutlichte, dass wir nach wie vor eine auf unser Bundesland zugeschnittene Lösung brauchen und nur eine Verbund-Weiterbildung unter den Kliniken und mit den Niedergelassenen den Effekt hat, dass unser Bundesland attraktiv für den Ärzte-Nachwuchs bleibt und Kliniken ggf. Personal bekommen. Dies könne aber nicht nur isoliert für unser Bundesland gelten, sondern müsse bundesweit eingeführt werden, um eine Abwanderung zu verhindern, so Uwe Borchmann, Geschäftsführer der Krankenhausgesellschaft Mecklenburg-Vor-

pommern (KGMV), und erinnerte daran, dass mit einem Mangel an Personal gearbeitet werden muss. Prof. Clemens Schafmayer, Vertreter des Maximalversorgers Unimedizin Rostock, sieht als einzig gangbaren Weg nur die gegenseitige Unterstützung und den Zusammenhalt: „*Uns gegenseitig anzugreifen und uns die Ärzte in Weiterbildung gegenseitig streitig zu machen, bringt uns nicht weiter.*“ Er fragt selbstkritisch: „*Haben wir uns Gedanken zu Kooperationsmöglichkeiten gemacht, gibt es andere Möglichkeiten der Zusammenarbeit und der gegenseitigen Absicherung?*“

Die ambulante Perspektive brachte Dipl.-Med. Angelika von Schütz von der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern (KVMV) ein. Die zeitliche Begrenzung der Leistungsgruppen halte sie für besorgniserregend. Jede Praxis benötige Planungssicherheit, daher sei man auch an der Verbund-Weiterbildung interessiert.

Dr. Kristin Wenzel von der KGMV hielt einen Impulsvortrag zur Verbundweiterbildung, wie sie bereits in der Pädiatrie praktiziert wird. In diesem Bereich können die meisten der 15 Fachabteilungen der Kinder- und Jugendmedizin keine komplette Weiterbildung mehr anbieten, sodass eine Weiterbildung im Verbund etabliert wurde. Die Erfahrung zeigt, dass die Stellensituation im Assistenz- und Facharztbereich kritisch gesehen werde, es teilweise einen Kapazitäts- und Stellenengpass gebe und die Wünsche der jungen Mediziner sehr unterschiedlich ausfallen würden. Vor allem kleinere pädiatrische Zentren sehen keine große Bereitschaft, dass dort Nachwuchsmediziner zum Austausch zur Verfügung stehen. Weitere Hürde: Die Voraussetzung für die Förderung aus dem Topf der Bundesagentur für Arbeit ist die Lohnfortzahlung des kleinen Hauses während der Delegation und somit eine Arbeitnehmerüberlassung.

Dazu präsentierte Dr. Holbe die Ergebnisse einer rechtlichen Prüfung der Ärztekammer. Eine Arbeitnehmerüberlassung ist notwendig, wenn der Arzt in Weiterbildung unter Anleitung seine Weiterbildung an der Zielklinik absolviert sowie für Dienste eingeteilt wird. Wenn eine reine Hospitation an einer anderen Klinik stattfindet, d.h. wenn eine Delegation ausschließlich zur Weiterbildung erfolgt, kann ggf. auf die Anwendung der Arbeitnehmerüberlassung verzichtet werden. Für Anträge zur Genehmigung der Arbeitnehmerüberlassung hat die Bundesagentur für Arbeit der Ärztekammer M-V angeboten, ein vereinfachtes Antragsverfahren zu prüfen.

Die Verbund-Weiterbildung im Bereich Allgemeinmedizin stellte Grit Liborius von der KVMV vor. Diese hat die Gewährleistung der fünfjährigen Facharztweiterbildung ohne Unterbrechung zum Ziel. Die Herausforderung besteht hier darin,

dass er eine Rotation zwischen ambulant und stationär gemäß Weiterbildungsordnung vorgesehen ist. Sie betonte, dass Kliniken für die Weiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin Fördersummen bei der Deutschen Krankenhausgesellschaft beitragen können, was nicht überall bekannt sei. (Weitere Informationen dazu unter www.kvmv.de → Nachwuchs).

Neben der Krankenhausreform stehen die Kliniker auch aus anderen Gründen stark unter Druck. Sorgen bereiten KGMV-Chef Uwe Borchmann die Mindestmengen des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA). Nach seinen Informationen beinhaltet der neue Gesetzentwurf, dass für jede zu definierende Leistungsgruppe Mindestmengen festgelegt werden sollen. Wohin das führt, zeigt die jüngste Entwicklung zur Leber- und Ösophaguschirurgie, die in unserem Bundesland nicht mehr von den Kassen getragen werden, da die Häuser (in diesem Fall die Universitätsmedizin Rostock und Helios Schwerin) die Auflagen nicht mehr erfüllen. In diesem Punkt vermisst Dr. Hans-Martin Benad (Bodden-Kliniken Ribnitz-Damgarten) die fehlende Wahrnehmung in der Bevölkerung, wo das Thema noch nicht angekommen sei.

Nicht besser wird es für die Versorgung durch die Etablierung des AOP-Katalogs, der vorschreibt, welche stationären Leistungen künftig nur noch mit Hilfe der Hybrid-DRG ambulant abgerechnet werden dürfen. Die Zahl ist vergleichsweise gering und führt zu unerwünschten Auswirkungen in der unmittelbaren Patientenversorgung, wie sie Prof. Dr. Dietmar Bänsch an „seiner“ KMG-Klinik in Güstrow bereits beobachtet: Patienten, die nach einer OP entlassen werden, erhalten keine adäquate Schmerztherapie, weil die Hybrid-DRGs nicht regeln, wer etwas abrechnen darf. Für niedergelassene Ärzte fehlt es gar an Richtlinien, wie die Nachsorge geregelt werden soll. Ohne diese rechtliche Grundlage müssen Patienten unnötige Schmerzen ertragen oder den Kassenärztlichen Notdienst rufen. Der Kriterienkatalog für die Erbringung ambulanter Leistungen müsse dringend ausgeweitet werden.

Der Vizepräsident der Ärztekammer M-V Prof. Johannes Buchmann betonte noch einmal, dass die Kammer Weiterbildungsverbände anregt und dann auch zwei oder ggf. mehrere Häuser zusammen befugen würde – unabhängig von der Trägerschaft der Klinik. Ebenso wichtig sei die Einbeziehung der ambulanten Kolleginnen und Kollegen in die Facharztweiterbildung, sagte er. Dazu sei der Vorstand im Austausch mit der KVMV. Mit diesen Ergebnissen endete dieser konstruktive Austausch, der in den kommenden Monaten wiederholt wird.

Katarina Sass

Leserbrief

Zum Leserbrief von Dr. Thomas Maibaum im Ärzteblatt Ausgabe 3/2024, S. 88

Was die Zahlen zu den rheumatologischen Erkrankungen betrifft, wurde auf 27 Quellen, unter anderen der DGRh-Kommission Versorgung und RKI aus den Jahren 2008-2015 zurückgegriffen. Neuere Zahlen werden in diesem Jahr erwartet, aber wahrscheinlich nicht geringer ausfallen. Zum Punkt Sponsoring müssen aber einige Worte verloren werden, da die Rheumatologie im Leserbrief unter Generalverdacht gestellt wird.

Zunächst muss gesagt werden, dass dieser Kongress von drei Fachgesellschaften (DGRh, DGORh, GKJR) also Internisten, Orthopäden und Kinderärzten gemeinsam durchgeführt wurde. In der Transparenzerklärung sind vergleichsweise hohe Sponsoringgelder ausgewiesen, die aber in einem Veranstaltungsort wie der Leipziger Messe mit allen Dienstleistern nicht selten sind. Jahrestagungen der Kardiologen, Nephrologen, Onkologen u.a. dürften im gleichen Segment liegen. Die 60.000 Euro waren zur Fortbildung des rheumatologisch tätigen Fachpersonals bestimmt.

Die Abatacept-Studien aus den Jahren 2022 und 2023 (also nicht 12 Jahre alt) wurden nur deshalb erwähnt, da sie nachweisen konnten, dass die frühe Gabe von Abatacept über sechs Monate bei Patienten mit klinisch-anamnestisch hohem Risiko eine RA zu entwickeln, dieses zwölf Monate nach dem Absetzen um 35 % senken konnte. Das heißt nicht, dass jeder Patient auch gleich Abatacept erhält. Bei einer strengen Risikostratifizierung macht das dann aber wieder Sinn, mehr Geld auszugeben, wenn der Patient dann nicht erkrankt.

Die CAR-T Zelltherapie ist nur an zwei Orten in Deutschland möglich und wurde in der Rheumatologie bisher nur in verzweifelten Einzelfällen besonders bei der Sklerodermie angewandt. Bei hämato-onkologischen Erkrankungen wird diese Therapie schon häufiger mit beeindruckenden Ergebnissen durchgeführt. Sicher wird bei den horrenden Therapiekosten nur in ausgewählten Fällen eine Therapie möglich sein.

Diese hervorragenden medizinischen Erkenntnisse voranzubringen, neue Ansätze zu finden und Therapien breiter und billiger einsetzbar zu machen, ist aber auch nur mit Hilfe großer Unternehmen möglich. Auf hochkarätige wissenschaftliche Veranstaltungen, auch mit Sponsoring, sollten wir nicht verzichten. Im ärztlichen Alltag wird die Zeit für Fort- und Weiterbildung immer knapper und auch das Geld dafür.

Problematisch ist doch eher die persönliche Einstellung eines jeden Arztes. Werbung und finanzielle Vorteile dürfen uns nicht verführen, wider besseren Wissens Medikamente zu verordnen. Entscheidend für die Fortbildungszertifizierung ist doch der wissenschaftliche Inhalt, weniger das Sponsoring der Veranstaltung, schon gar nicht dessen Höhe pro Teilnehmer. Um gerade bei hochpreisigen Therapien den richtigen Weg zu finden, sind gute und aktuelle Leitlinien der Fachgesellschaften daher besonders wichtig.

*Dr. Reinhard Bruhn
FA für Innere Medizin, Rostock*

Leserbrief

Zum Artikel „Geburtshilfliche Zukunft in M-V – Zukunftslösungen ja, aber nicht um jeden Preis“, Ausgabe 3/2024, Seite 92

Im Bericht von Olbertz, Körber und Büchner über interprofessionelle Werkstatttreffen im MfGuS Schwerin haben mich zwei sachliche Fehler verärgert. Nicht die Vertreter der geburtshilflichen Kliniken, sondern ausgewählter Kliniken standen im Austausch. Ich arbeite als Oberarzt in der Gynäkologie und Geburtshilfe des LUP-Klinikums Hagenow, nach Geburtenzahlen 2023 in der sechstgrößten Geburtsklinik des Landes. Wir waren nicht eingeladen oder beteiligt. Es werden 13 Geburts-

kliniken erwähnt, nach meiner Kenntnis sind es 14, nämlich:

- | | |
|-------------------|-----------------|
| 1. Rostock | 8. Güstrow |
| 2. Schwerin | 9. Waren |
| 3. Stralsund | 10. Demmin |
| 4. Neubrandenburg | 11. Pasewalk |
| 5. Greifswald | 12. Anklam |
| 6. Hagenow | 13. Neustrelitz |
| 7. Wismar | 14. Parchim. |

Diese beiden Fehler erwecken bei mir den Eindruck, dass auch dieser Bericht ebenso wie dieses Werkstatttreffen „ganz eigenen Partikularinteressen“ dient. Die gemessenen Qualitätsparameter in der Geburtshilfe und Neonatologie sind natürlich ein guter und notwendiger Ansatz die Qualität in diesen Bereichen darzustellen und zu vergleichen, wir sollten jedoch nicht unterschlagen, dass viele Parameter einer ganzheitlichen Betreuung nicht gemessen werden können. Viele Gebärende wählen nicht ohne, für mich und viele Kollegen oft unverständliche Gründe, gegen unsere Empfeh-

lungen, einen durch Leitlinien nicht empfohlenen Geburtsort. Diese Gründe werden teilweise durch eine zunehmende Zentralisierung leider, noch bestärkt, da mit der zunehmenden Größe einer Klinik eine gewünschte individuelle Zuwendung und Betreuung der Gebärenden und ihrer Familie schlechter ist. Dies bilden wir in unseren Ergebnisparametern nicht ab.

Dr. Frank Schönherr

FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Hagenow

AKTUELLES

Dr. Yvonne Winkler ist „Frau des Jahres“



*Dr. Yvonne Winkler
Foto: Manuela Janke, UMG*

Traditionell wird auf dem Frauentagsempfang der Landesregierung von Mecklenburg-Vorpommern, die im Mecklenburgischen Staatstheater stattfand, die „Frau des Jahres“ des Landes ausgezeichnet. Die Ministerin für Justiz, Gleichstellung und Verbraucherschutz Jacqueline Bernhardt sagte, sie sei ein großartiges Beispiel für gelebtes Engagement. Nach ihrem Medizinstudium in Greifswald heimisch geworden, traf Dr. Winkler ein familiärer Schicksalsschlag.

Seither brachte sie die Pflege ihres schwerkranken Mannes, die Organisation der Fertigstellung des gemeinsamen Hauses und auch ihre verantwortungsvolle Arbeit als Chirurgin unter einen Hut. Als ihr Mann dann starb, war sie alleinerziehend. Yvonne Winkler hat nie aufgegeben und für das Leben gekämpft, privat ein neues Glück gefunden. Mittlerweile ist sie Mutter von vier Kindern. Seit 2021 setzt sie sich als eine der ersten Frauen aus Mecklenburg-Vorpommern im Verein „Die Chirurginnen e.V.“ für die Gleichstellung der Frauen in der noch immer von Männern dominierten Medizinbranche ein. Sie engagiert sich außerdem ehrenamtlich als Mentorin für junge Chirurginnen. Doktorin Winkler ist Leiterin eines Medizinischen Versorgungszentrums in Greifswald mit Nebenstelle. Mit ihr als Preisträgerin werden diese oft im Verborgenen liegenden Leistungen zurecht öffentlich gemacht.“ Auch die Ärztekammer gratuliert ihr herzlich zu dieser Auszeichnung.

PM der Staatskanzlei M-V (Auszug; bearbeitet von K.S.)

Neurochirurgen der UMR erforschen Schlaganfälle im Kleinhirn

Welche Behandlung ist bei einem diagnostizierten Schlaganfall im Kleinhirn besser? Sollte dieser lieber mit Medikamenten behandelt werden? Oder wird die Durchblutung der Gefäße durch einen operativen Eingriff besser wieder hergestellt? Die Rostocker Neurochirurgen Privatdozent Dr. Sae-Yeon Won und Privatdozent Dr. Dr. Florian Geßler von der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Universitätsmedizin Rostock haben mit Hilfe von mehr als 500 Patientendatensätzen sich genau diesen Fragestellungen gewidmet. Die Ergebnisse ihrer Forschung wurden kürzlich im renommierten neurologischen US-Fachmagazin JAMA publiziert, die zuvor ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen mussten, also von Fachexperten begutachtet worden sind.

Bis zum Zeitpunkt der Forschung wurde die Indikation einer operativen Versorgung des Kleinhirnininfarktes individuell und ohne einen klaren Richtwert gestellt. Durch die Studie konnten wir erstmals einen klaren Schwellenwert definieren, wodurch die Patienten klar von einer operativen Versorgung profitieren. Wir hoffen, dass dadurch die Indikationsstellung der operativen Versorgung standardisiert werden kann“, sagt Sae-Yeon Won.

An der Studie waren neben der Universitätsmedizin Rostock auch die neurologischen und neurochirurgischen Abteilungen der Universitätsmedizin Göttingen, der Harvard Medical School, des Universitätsklinikums Frankfurt und des Universitätsklinikums Jena beteiligt.

PM der Universitätsmedizin Rostock (gekürzt)

Reform der ärztlichen Approbationsordnung endlich umsetzen – die Zeit ist reif

Die Reform der fast 55 Jahre alten Approbationsordnung ähnelt einer Never Ending Story. Die letzte Reform liegt schon 22 (in Worten: zweiundzwanzig) Jahre zurück. Seitdem hat sich nicht nur die Welt, sondern auch die Medizin und die Medizindidaktik grundlegend geändert.

- 2015 wurde der „Nationale Kompetenzbasierte Lernzielkatalog Medizin“ erarbeitet;
- Am 31. März 2017 verabschiedete das Gesundheits- und Wissenschaftsressorts von Bund und Ländern den „Masterplan Medizinstudium 2020“;
- Der 124. Deutsche Ärztetag forderte im Mai 2021 den Bundesrat auf, das Gesetz zu verabschieden;
- Ein überarbeiteter Referentenentwurf der Ärztlichen Approbationsordnung (ÄApprO) liegt seit Dezember 2023 vor.

Nun hat kürzlich die *Arbeitsgemeinschaft der wiss. medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)* eine Mitteilung veröffentlicht, in der sie fordert, die Reformpläne ganz aufzugeben. Es wird argumentiert, dass die Pläne weder finanziell noch inhaltlich sinnvoll seien. Diese Haltung ist (nicht nur) uns als Landesärztekammer unverständlich. Die Landesärztekammern, die Bundesärztekammer, die allermeisten Fachgesellschaften, der medizinische Fakultätentag, die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland, eigentlich fast jeder, der sich mit

Medizin beschäftigt, haben sich wiederholt in die Debatte um die Ärztliche Approbationsordnung eingebracht und es ist mehr als an der Zeit, die Pläne endlich umzusetzen. Es ist für die Sicherung der zukünftigen medizinischen Versorgung in Deutschland von immenser Bedeutung, den Stillstand bei der Approbationsordnung schnellstmöglich zu überwinden. Selbst für deutsche Verhältnisse ist der zeitliche Verlauf der Entwicklung dieses Gesetzes nicht mehr nachvollziehbar.

Die Forderung der AWMF, den Prozess jetzt zu beerdigen, gleicht für uns einem Foul auf der Ziellinie. Die Forderung ist inhaltlich und auch vom gesamten Vorgehen her nicht nachvollziehbar.

Die Argumentation der AWMF, mit der sie ihre Haltung begründet, ist falsch. Der aktuelle Referentenentwurf ist als mehrheitsfähiger Kompromiss inhaltlich zwischen Bund und Ländern unstrittig und in fortlaufender Konsultation mit dem medizinischen Fakultätentag ausgearbeitet worden. Zu klären ist alleine noch die Frage der Finanzierung.

Wir als Ärztekammer M-V werden uns sowohl auf Bundesärztekammerseite als auch bei den beteiligten Landesministerien („Bildung, Wissenschaft und Kultur“ sowie „Soziales, Gesundheit und Sport“) dafür einsetzen, dass aus der Never Ending Story doch endlich eine Story mit Happy End entsteht.

Dr. Thomas Maibaum

Impfkurse in Mecklenburg-Vorpommern

Gebühr: 40,00 € (Refresher-Kurs), 70,00 € (Grundkurs)
Leitung: Frau Dr. med. M. Littmann

Kurse der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern

(weitere Termine folgen)

Rostock:

04.05.2024, 09:00 – 14:30 Uhr Grundkurs Impfen **6 P**

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Kurse anerkannter Kursleiter im Kammerbereich

Rostock-Warnemünde:

14.06.2024, 13:20 – 17:00 Uhr Refresher-Kurs Impfen (Im Rahmen der 8. Nationalen Impfkongferenz – NIK) **4 P**

Anmeldung: m:con.mannheim:congress GmbH, Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim, Tel.: 0621 41060, Internet: <https://nationale-impfkongferenz.de>, E-Mail: info@mcon-mannheim.de

Veranstaltungen der Ärztekammer M-V

Kurs-Weiterbildung Sexualmedizin und Fallseminare

zum Erwerb der Zusatz-Weiterbildung „Sexualmedizin“, gemäß der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29.06.2020 und nach dem (Muster-) Kursbuch Sexualmedizin der Bundesärztekammer

Der Kurs umfasst folgenden Umfang:

120 Stunden Theorie in drei Modulen
 120 Stunden Fallseminare unter Supervision
 50 Stunden themenbezogene Gruppen-Selbsterfahrung
 10 dokumentierte Erstgespräche, 10 Behandlungsfälle,
 5 davon unter Einbeziehung der Partnerin/des Partners

Zeitlicher Ablauf:

Der Kurs findet alle 4 Wochen von Freitag (Beginn 14:00 Uhr) bis Samstag (Ende 16:15 Uhr) statt und umfasst insgesamt 16 Termine à 14 UE zzgl. 16 Stunden E-Learning.

26. – 27.04.2024

24. – 25.05.2024

05. – 06.07.2024

13. – 14.09.2024

18. – 19.10.2024
15. – 16.11.2024
06. – 07.12.2024
17. – 18.01.2025
28.02. – 01.03.2025
28. – 29.03.2025
25. – 26.04.2025
16. – 17.05.2025
13. – 14.06.2025
12. – 13.09.2025
10. – 11.10.2025
28. – 29.11.2025

Die themenzentrierte Gruppen-Selbsterfahrung findet an zwei separaten Terminen à 25 UE statt.

20. – 22.11.2024

25. – 27.06.2025

Leitung: Herr Dr. med. D. Rösing, Herr Dr. med. Dr. jur. M. Gillner

Gebühr: je 20,00 € pro UE (Gesamtkosten: 5.800,00 € für 290 UE zzgl. 500,00 € für Supervision)

Ort: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Refresher-Kurs „Der Praxisnotfall“ **je 9 P**

(Herz-Lungen-Wiederbelebung)
 (für niedergelassene Ärzte und deren Assistenzpersonal), jeweils von 09:00 – 16:00 Uhr

01.06.2024 Greifswald

23.11.2024 großer Konferenzraum, Bethesda-Klinik (Haus G), Dietrich-Bonhoeffer-Klinikum Neubrandenburg, Salvador-Allende-Str. 32, 17036 Neubrandenburg

Gebühr: je 180,00 € (Ärzte), 120,00 € (Assistenzpersonal)

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Kurs-Weiterbildung Sozialmedizin

gemäß der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern vom 29.06.2020 und nach dem (Muster-) Kursbuch Sozialmedizin der Bundesärztekammer

Die Module umfassen jeweils 40 UE. (Blended Learning, 32 Stunden Präsenz, 8 Stunden Selbstlernphase)

Dies ist ein Teil von den insgesamt 320 UE der

Kurs-Weiterbildung Sozialmedizin.

Termine: jeweils 09:00 – 16:30 Uhr

(nur noch Plätze auf der Warteliste)

10. – 13.06.2024 Modul VI: Grundlagen ärztlicher Begutachtung unter Berücksichtigung sozialmedizinisch relevanter leistungsrechtlicher Begriffe und Vorgaben **je 40 P**

23. – 26.09.2024 Modul VII: Trägerspezifische und übergreifende Begutachtung
02. – 05.12.2024 Modul VIII: Beurteilungskriterien bei ausgewählten Krankheitsgruppen

Ort: Hörsaal, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Leitung: Herr Dipl.-Med. R.-W. Wiesner

Gebühr: je Modul 540,00 €

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
 (nur noch Plätze auf der Warteliste)

weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Der lebensbedrohliche Notfall mit praktischen Übungen zur Notfallmedizin für Ärzte seniore **5 P**

Termin: 11.07.2024, 14:00 – 18:00 Uhr

Ort: Hörsaal, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Gebühr: 53,00 €

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

80 Stunden Kurs-Weiterbildung in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung **87 P**

(Blended Learning), nach dem (Muster-) Kursbuch der Bundesärztekammer

Termin: 07.09.2024, 07:15 Uhr – 13.09.2024, 15:00 Uhr

Ort: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Universitätsmedizin Rostock und Berufsfeuerwehr Rostock

Leitung: Herr Dr. med. B. Werner, Herr Dr. med. S. Bergt

Gebühr: 1.100,00 €

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de
weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

BÄK-Curriculum „Antibiotic Stewardship“ (ABS) – Modul 1 **40 P**

(40 Stunden, Grundkurs zum „ABS-beauftragten Arzt“ nach dem Curriculum der Bundesärztekammer)

Thema: Antinfektiva – Grundlagen, Mikrobiologie, Pharmakologie

Der Kurs soll den Teilnehmern einen sinnvollen Umgang mit Antibiotika vermitteln und qualifiziert zum ABS-Beauftragten. Er richtet sich an alle, für die die Anwendung von Antibiotika tägliche Praxis ist, vor allem an klinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie an Mikrobiologen und Pharmakologen. Ziel der Weiterbildung ist es in allen Bereichen der stationären Versorgung eines Krankenhauses ein Netzwerk von „Antibiotic Stewardship“ Ansprechpartnern zu etablieren. Im Kurs werden Fragen zur Reduktion von Nebenwirkungen und Möglichkeiten zur Verbesserung der

Wirksamkeit von Antibiotika bei unterschiedlichen Infektionen geklärt.

Termin: 07.10.2024, 09:00 Uhr – 11.10.2024, 16:30 Uhr
Ort: Hörsaal, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Leitung: Herr Prof. Dr. med. habil. M. Löbermann, Frau Dr. med. F. Lestin-Bernstein

Gebühr: 600,00 €

Anmeldung per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de

weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Qualifikation als Transfusionsverantwortlicher/Transfusionsbeauftragter/Leiter Blutdepot 16 P

Termin: 17.10.2024, 09:00 Uhr – 18.10.2024, 17:00 Uhr
Ort: Hörsaal, Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock

Leitung: Herr Prof. Dr. med. habil. V. Kiefel, Frau Dr. med. K. Stüpmann

Gebühr: 305,00 €

Anmeldung: per E-Mail an: fortbildung@aek-mv.de

weitere Informationen: Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern, Fachbereich Ärztliche Fortbildung, August-Bebel-Str. 9 a, 18055 Rostock, Tel.: 0381 49280-43, -44, -45, -46, Fax: 0381 4928040

Veranstaltungen in unserem Kammerbereich

Folgende Veranstalter bieten in Mecklenburg-Vorpommern die Balintgruppenarbeit an:

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

Schwerin – Herr Dr. med. P. Herzog, Tel.: 0385 39386891, E-Mail: drpferzog@posteo.de

Fortbildungsveranstaltungen der Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie der Universitätsmedizin Rostock

Dermatologische Diaklinik 2024 je 1 P

Präsentation interessanter dermatologischer Fälle mit Diskussion der Diagnostik und Therapie

Termine: jeden 2. Dienstag im Monat, jeweils 15:45 Uhr

Ort: Hörsaal I, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Universitätsmedizin Rostock, Stempelstr. 13, 18057 Rostock

Leitung: Herr Prof. Dr. med. S. Emmert

weitere Veranstaltungen

19.04.2024 Hautkrebs im Dialog

31.05. – 01.06.2024 6. Nordic Melanoma Belt

16.10.2024 Dermatologie von A bis Z – Inflammation interdisziplinär

04.12.2024 Onkologisches Wintergespräch

Ort: Rostock

Leitung: Herr Prof. Dr. med. S. Emmert, Herr Dr. med. R. Panzer/
 Frau Prof. Dr. med. habil. J. Tietze/Herr Dr. med. A. Thiem

Anmeldung: Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Dermatologie und Venerologie, Herr Dr. med. A. Thiem, Stempelstr. 13, 18057 Rostock, Tel.: 0381 494-9701, Fax: 0381 494-9702, Internet: <https://dermatologie.med.uni-rostock.de/aktuelles/weiterbildungen>, E-Mail: sekretariat.hautklinik@med.uni-rostock.de

Interdisziplinäre Schmerzkonferenz

Termine: jeden 2. Donnerstag im Monat, je 4 P

jeweils 18:15 – 20:30 Uhr

Ort: Tagesklinik für Schmerztherapie, 1. Etage (alte Frauenklinik), Universitätsmedizin Greifswald, Wollweberstr. 1, 17475 Greifswald

Leitung: Frau Dr. med. S. Adler, Frau Dr. med. H. Manthey

Anmeldung: Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, Interdisziplinäre Schmerztherapie, Frau Dr. med. S. Adler, Ferdinand-Sauerbruch-Str. 1, 17475 Greifswald, Tel.: 03834 86-6696, Fax: 03834 865844, Internet: <http://www.medizin.uni-greifswald.de>, E-Mail: Stefani.Adler@med.uni-greifswald.de

Schmerzkonferenz – Chronischer Schmerz

Neu als Hybridveranstaltung! – In Präsenz und online per Video oder Audio über Skype.

Termine: mittwochs, jeweils 13:30 – 15:00 Uhr je 3 P

Leitung: Herr Dr. med. J. Oelschlegel

Ort / Anmeldung: Helios Kliniken Schwerin, Helios Schmerzzentrum Schwerin, Herr Dr. med. J. Oelschlegel, Wismarsche Str. 393 – 397, 19055 Schwerin, Tel.: 0385 520-4242, Internet: <http://www.helios-gesundheit.de/kliniken/schwerin>, E-Mail: Helios.Schmerzzentrum.Schwerin@helios-gesundheit.de, (auch kurzfristige Anmeldungen bis 12:00 Uhr am Vortag sind möglich)

UPDATE Pädiatrie

Termin: jeden 3. Mittwoch in den geraden im Monaten

(außer August), jeweils 19:00 Uhr

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

Eine vorherige Anmeldung ist nicht erforderlich.

Leitung/Information: Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik, Herr Prof. Dr. med. M. Ballmann, Ernst-Heydemann-Str. 8, 18057 Rostock, Tel.: 0381 4947001, Fax: 0381 4947002, E-Mail: ukj-sekretariat@med.uni-rostock.de

Curriculum Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Carl-Friedrich-Flemming-Klinik der Helios Kliniken Schwerin

Termine: jeweils donnerstags, 08:30 – 12:00 Uhr
(falls nicht anders angegeben)

04.04.2024 Motivierende Gesprächsführung

11.06.2024 Psychotherapie im Alter und „Narrative PT“, Veranstaltung im Rahmen des Weiterbildungsverbundes M-V (14:00 – 19:00 Uhr)

19.09.2024 Delir (08:30 – 09:30 Uhr, Ort: Besprechungsraum Memory Clinic, 2. Etage, Haus 19)

26.09.2024 Psychoonkologie

02.10.2024 Pharmakotherapie bei psychischen Erkrankungen

08.10.2024 Psychotherapie der Sucht, Veranstaltung im Rahmen des Weiterbildungsverbundes M-V (13:00 – 16:00 Uhr)

21.11.2024 Neurologische Krankheitsbilder bei Kindern und Jugendlichen einschließlich der Methodik und Technik der neuropädiatrischen Anamneseerhebung und Untersuchung Traumafolgestörungen (PTSD, Anpassungsstörungen), Interdisziplinäre Psychosomatik, Veranstaltung im Rahmen der Norddeutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters e. V.

Ort: Alte Bibliothek, Haus 11, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Helios Kliniken Schwerin, Wismarsche Str. 393 – 397, 19055 Schwerin

Leitung: Herr Prof. Dr. med. A. Brooks

Eine vorherige Anmeldung ist nicht erforderlich.

weitere Informationen: Helios Kliniken Schwerin, Carl-Friedrich-Flemming-Klinik, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Frau K. Karger, Wismarsche Str. 393 – 397, 19055 Schwerin, Tel.: 0385 520-3200, Fax: 0385 520-7001, E-Mail: Katrin.Karger@helios-gesundheit.de

Komplette Akupunkturausbildung der DGfAN e. V.

zum Erwerb der Zusatzbezeichnung Akupunktur (KV Qualifikation)

laufendes Kurssystem:

05. – 07.04.2024 Grundkurs Komplex B (Leitung: Frau Dr. med. R. Schwanitz)

19. – 21.04.2024 Grundkurs Komplex C (Leitung: Frau Dr. med. R. Schwanitz)

29. – 31.05.2024 Grundkurs Komplex D (Leitung: Herr Dr. med. H. Ewert)

Ort: Hotel Neptun, Seestr. 19, 18119 Rostock-Warnemünde

06. – 08.09.2024 Grundkurs Komplex E (Leitung: Herr Dr. med. H. Ewert)

27. – 28.09.2024 Praktikumskurs 03 (Leitung: Herr Dr. med. H. Ewert)

22. – 23.11.2024 Praktikumskurs 04 (Leitung: Herr Dr. med. H. Ewert)

Ort: Akupunkturfortbildungszentrum Kur- und Ferienhotel „Sanddorn“, Strandweg 12, 18119 Rostock-Warnemünde
Anmeldung: Deutsche Gesellschaft für Akupunktur und Neuraltherapie (DGfAN) e. V., Geschäftsstelle, Mühlgasse 18 b, 07356 Bad Lobenstein, Tel.: 036651 55075, Fax: 036651 55074, Internet: <http://www.dgfan.de>, E-Mail: dgfan@t-online.de oder info@dgfan.de

Fortbildungsreihe „Interdisziplinäre Aspekte der Wehr- und Einsatzmedizin“

Live-Webinare

Termine: **mittwochs**, jeweils 16:30 – 18:00 Uhr

- 10.04.2024** Einführung in die Vorlesungsreihe, Langzeiterkrankte – Rehabilitation – Wiedereingliederung
- 17.04.2024** Tropische Infektionskrankheiten
- 24.04.2024** Urologische Notfälle in der ambulanten hausärztlichen Versorgung
- 08.05.2024** Sonographie im Einsatz
- 15.05.2024** Selbstmanagement und Führung: Sind wir resilient genug für das, was kommt?
- 22.05.2024** Medizinischer A-Schutz vor dem Hintergrund der aktuellen nuklearen Bedrohungslage
- 29.05.2024** Versorgungsforschung – Design und Evaluation patienten-zentrierter Interventionen in der primärmedizinischen Versorgung
- 05.06.2024** Genesen ist noch nicht gesund – Möglichkeiten hybrider multimodaler Therapieansätze bei postinfektiösen Syndromen und Fatigue
- 12.06.2024** Allgemeinmedizinische Aspekte der physischen und psychischen Gesundheit von Soldat*innen
- 19.06.2024** Leistungsdiagnostik Laktat versus Ergospirometrie
- 26.06.2024** Einsatzbedingte psychische Störungen
- 03.07.2024** Chronische Erkrankungen – Ein Thema in der Einsatz- und Katastrophenmedizin?
- 10.07.2024** Medizinischer Arbeitsschutz/Arbeitsmedizin in der Bundeswehr

Leitung: Herr Prof. Dr. med. univ. E. Reisinger, Herr Dr. med. A. Dierich
Anmeldung: Sanitätsunterstützungszentrum Neubrandenburg, Tollense-Kaserne, Vorzimmer, Weg am Hang 35, 17033 Neubrandenburg, Tel.: 0395 372-3601, E-Mail: Vorlesungsreihe-Uni-Rostock@bundeswehr.org

4. Rostocker Muskeltag

Veranstaltung des Neuromuskulären Zentrums (NMZ) Rostock und des Landesverbandes Mecklenburg-Vorpommern der Deutschen Gesellschaft für Muskelkranke (DGM) e. V.

Themen: Neue therapeutische Entwicklungen auf dem Gebiet neuromuskulärer Erkrankungen des Erwachsenen- und Kindesalters:

Inhibitoren des neonatalen Fc-Rezeptors bzw. von Complement 5 bei der Myasthenia gravis, dem diesjährigen Schwerpunkt des Treffens; Gen-modifizierende und Gen-ersetzende Therapien bei Spinaler Muskelatrophie und Duchenne Muskeldystrophie. Es wird um metabolische Myopathien gehen und um den Erstbeschreiber der kongenitalen Form der Kollagen VI. Myopathie, den Pädiater Otto Ullrich, der von 1939 – 1943 Direktor der Rostocker Universitätskinderklinik gewesen war.

Termin: **13.04.2024**, 09:00 – 13:30 Uhr

Ort: Arno-Esch-Hörsäle, Campus Ulmenstr., Universität Rostock, Ulmenstr. 69, 18057 Rostock

Leitung: Herr Prof. Dr. med. J. Prudlo

Anmeldung: Universitätsmedizin Rostock, Klinik und Poliklinik für Neurologie, Frau K. Granzow, Gehlsheimer Str. 20, 18147 Rostock, Tel.: 0381 494-4769, Fax: 0381 494-4759, E-Mail: kathrin.granzow@med.uni-rostock.de

Arbeiten in Deutschland – Informationen für einen erfolgreichen Berufsstart

Termin: **16.04.2024**, 09:00 – 17:15 Uhr

Ort: Radisson Blu Hotel, Lange Str. 40, 18055 Rostock

Anmeldung: Marburger Bund Stiftung, Reinhardtstr. 36, 10117 Berlin, Tel.: 030 746846-27, -28, <https://marburger-bund.de>, seminare@marburger-bund.de



Sepsis Akademie 2024

Online-Veranstaltungen

Termine: **einmal im Monat, mittwochs**, jeweils ab 16:30 Uhr

- 17.04.2024** Nass oder trocken – Voulumentherapie bei Sepsis (Herr Dr. M. Gründling)
- 15.05.2024** Bakteriophagen zur Therapie pulmonaler Infektionen? (Herr Prof. Dr. M. Witzenth)
- 05.06.2024** Sepsiskodierung – lästig, aber wichtig (Herr Dr. U. Denner)
- 10.07.2024** Sepsis überlebt, aber Post intensive Care Syndrom... (Frau Dr. K. Steinecke)
- 14.08.2024** Antibiotikaresistenzen in Deutschland (k) ein Problem? (Herr Prof. Dr. M. Mielke)
- 11.09.2024** Therapeutische Antikoagulation bei Sepsis – Pro & Kontra (Herr T. Schmoch, Herr Dr. F. Schmitt)
- 16.10.2024** Analgesiedierung und Sepsis (Herr Dr. T. Becher)
- 13.11.2024** Personalisierte Sepsisdiagnostik und Sepsistherapie: Eine Frage für die KI? (Herr Prof. Dr. C. Heitzinger)
- 04.12.2024** Viren und ihre Vektoren auf dem Vormarsch gen Norden. (Frau Prof. Dr. U. Seifert, Herr Dr. H. Kampen)

Leitung: Herr Dr. med. M. Gründling, Universitätsmedizin Greifswald, Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerzmedizin, SepsisDialog, Ferdinand-Sauerbruch-Str. 1, 17475 Greifswald

Anmeldung: <https://anmeldung.sepsis-akademie.de> (weitere Informationen auf <https://www.sepsisdialog.de>)



Fortbildungsveranstaltungen der Kassenärztlichen Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern

Chronische Wunden

Themen: Ursachen häufiger chronischer Wunden (z.B. „dickes Bein“), Behandlungstechniken, Kompressionstherapie mit praktischen Übungen, Druckentlastung bei Fußläsionen, Phasen der Wundheilung (*max. 15 bis 20 Teilnehmer*)

Termin: Parchim: **24.04.2024**, Stralsund: **21.06.2024**

Online-Fortbildung

Termine: **05.06.2024, 04.09.2024, 13.11.2024**

Für Praxisgründer: Orientierung für die Niederlassung – Neugründung einer Praxis

Themen: Honorar- und Abrechnungsfragen, genehmigungspflichtige Leistungen, Ordnungsmanagement, Aspekte der Praxisführung, Rechte und Pflichten als Vertragsarzt, Möglichkeiten zur Finanzierung einer Praxis, Informationen zur Praxissoftware und zum KV-SafeNet-Portal

Termin: **12. – 13.06.2024, 27. – 28.11.2024**, jeweils 09:00 – ca. 18:30 Uhr

Ort: Schwerin

Datenschutz in der Praxis

Themen: aktuelle Rechtslage, Infos zum Datenschutz und Datenschutzbeauftragten u. a.

Termin: **10.07.2024**, 15:00 – 17:00 Uhr

Ort: Rostock

Ärztlicher Bereitschaftsdienst – Notfälle, Diagnosen und Behandlung, Recht und Gesetz (Teil 1 und 2)

Themen: allgemeinmedizinischer, kinderärztlicher, neurologischer und psychiatrischer Notfall, HNO-Notfall, ärztliche Leichenschau, Hinweise zum Umgang mit Gewaltopfern, palliativmedizinische und rechtliche Fragen, Abrechnung

Termine: **11.09.2024** (Teil 1) und **25.09.2024** (Teil 2) jeweils 14:00 – ca. 18:30 Uhr

Ort: Güstrow

Für Praxisabgeber: Orientierung für die Praxisübergabe

Themen: Fristen, Anträge, Ausschreibung, Übergangsmodelle, Nachfolge, rechtliche Fallstricke u. a.

Termine: Schwerin (für Psychotherapeuten): **19.06.2024**, Stralsund: **02.10.2024**, jeweils 14:00 – ca. 18:30 Uhr

Anmeldung: Kassenärztliche Vereinigung Mecklenburg-Vorpommern, Abteilung Sicherstellung, Neumühler Str. 22, 19057 Schwerin, Tel.: 0385 7431-367, Fax: 0385 7431-453, E-Mail: fortbildung@kvmv.de

Advanced-Life-Support Provider Kurse (ERC ALS-Provider)

Blended-Learning-Kurs mit einem Online-Teil über die Lernplattform und einem Präsenz-Teil von 2 Tagen

Termine: jeweils samstags 08:00 Uhr – sonntags 18:30 Uhr

04. – 05.05.2024

06. – 07.07.2024

28. – 29.09.2024

Leitung: Frau Dr. med. B. Metelmann,
Frau Dr. med. C. Metelmann
Gebühr: 790 €, 760 € für GRC-Mitglieder
Ort/Anmeldung: Universitätsmedizin Greifswald,
Klinik für Anästhesie, Intensiv-, Notfall- und Schmerz-
medizin, Train4Life Simulationszentrum, Fleischmannstr.
42 – 44, 17489 Greifswald, Internet: <https://www.grc-org.de/kurse/kurszentren/30-Kursort-Greifswald>,
E-Mail: sim-zentrum@med.uni-greifswald.de

Interdisziplinärer Grundkurs für vaskulären Ultraschall

29 P

Termin: 31.05.2024, 16:00 Uhr – 02.06.2024, 15:00 Uhr
Ort: Hörsaal, Klinikum Südstadt Rostock,
Südring 81, 18059 Rostock
Leitung: Herr Prof. Dr. med. J. Schweizer
Gebühr: 500,00 €
Anmeldung: Klinikum Südstadt Rostock, Klinik für Innere
Medizin, Tel.: 0381 4401-5200, Fax: 0381 4401-5099,
E-Mail: Inn1@klinikusued-rostock.de

Fortbildungsveranstaltungen des Diakonischen Bildungszentrums Mecklenburg-Vorpommern gGmbH Neubrandenburg

Jahresplichtfortbildung für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte (8 Stunden)

Hybridveranstaltung, Teilnahme in Präsenz oder Online
Termin: 05.06.2024, 08:00 – 16:00 Uhr
Ort: Hotel Bornmühle, Bornmühle 35,
17904 Groß Nemerow
Gebühr: 216,25 €, ermäßigt für Mitglieder des Diakonischen Werkes M-V e. V. und des Kompass e. V.: 173,00 €

Grundkurs für hygienebeauftragte Ärztinnen und Ärzte (40 Stunden)

Hybridveranstaltung, Teilnahme in Präsenz oder Online
Termin: 2. Halbjahr 2024 (Termine werden noch bekanntgegeben), jeweils 08:30 – 15:30 Uhr
Ort: Lindetalcenter, Juri-Gagarin-Ring 1,
17036 Neubrandenburg
Gebühr: 1.175,00 €, ermäßigt für Mitglieder des Diakonischen Werkes M-V e. V. und des Kompass e. V.: 940,00 €

Leitung: Herr Prof. Dr. med. habil. N.-O. Hübner,
Herr Prof. Dr. med. Dipl. oec. med. J.-P. Keil
Anmeldung: Diakonisches Bildungszentrum Mecklenburg-Vorpommern gGmbH,
Fortbildungsakademie Neubrandenburg,
Frau K. Wilk, Juri-Gagarin-Ring 1, 17036 Neubrandenburg,
Tel.: 0395 3517-1534, Fax: 0395 3517-1540,
E-Mail: fortbildungsakademie@dbz-mv.de

I. Interdisziplinärer Ultraschall Aufbaukurs

Anwendungsbereiche: Sonographie Abdomen/
Retroperitoneum (einschl. Nieren),
Thoraxorgane (ohne Herz) und Schilddrüse
Termin: 05.06.2024, 08:30 Uhr – 07.06.2024, 17:00 Uhr
Ort: Universitäres Notfallzentrum der Universitätsmedizin
Rostock, Campus Schillingallee,
Ernst-Heydemann-Str. 6, 18057 Rostock

Leitung: Frau Dr. med. F. Borowitzka,
Herr Dr. med. T. Heller, Herr Dr. med. J. Spengler
Gebühr: 440,00 €
Anmeldung: Universitätsmedizin Rostock, Zentrum für
Innere Medizin, Klinik II, Abteilung Gastroenterologie
und Endokrinologie, Sekretariat Frau S. Pätzold,
Ernst-Heydemann-Str. 6, 18057 Rostock,
Tel.: 0381 494-7481,
E-Mail: stefanie.paetzold@med.uni-rostock.de oder
fanny.borowitzka@med.uni-rostock.de

8. Nationale Impfkongferenz (NIK): „Impfen mit Blick in die Zukunft – Neue Segeln setzen!“

Eine Veranstaltung des Landesamtes für Gesundheit und Soziales M-V, des Ministeriums für Soziales Gesundheit und Sport des Landes M-V und des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Gleichstellung des Landes Sachsen-Anhalt.
Themen: Moderne Impfkommunikation, innovative Impfstoffe, Einfluss des Klimawandels auf die impfpräventable Gesundheit, Impfziele in Deutschland und Europa, Förderung von Impfwissen und Impfbereitschaft zur HPV-Impfung, aktuelle Impfempfehlungen der STIKO,
Refresher-Kurs Impfen am 14.06.2024 von 13:20 – 17:00 Uhr, u. v. m.
Termin: 13.06.2024, 09:30 Uhr – 14.06.2024, 17:00 Uhr
Ort: Kurhaus Warnemünde, Seestr. 18, 18119 Rostock-Warnemünde
Anmeldung: m:con_mannheim:congress GmbH,
Rosengartenplatz 2, 68161 Mannheim,
Tel.: 0621 41060, Internet: <https://nationale-impfkongferenz.de>, E-Mail: info@mcon-mannheim.de

12. Greifswalder Pädiatrietage

14 P

Termin: 28.06.2024, 14:00 Uhr – 29.06.2024, 16:00 Uhr
Ort: Hörsaal Nord, Universitätsmedizin Greifswald,
Ferdinand-Sauerbruch-Str. 1, 17475 Greifswald
Leitung: Herr Prof. Dr. med. H. Lode,
Herr Prof. Dr. med. M. Heckmann
Anmeldung per E-Mail: kindermed@med.uni-greifswald.de, (Anmeldung bitte bis zum 01.06.2024)
weitere Informationen: Universitätsmedizin Greifswald,
Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin,
Frau M. Stolpmann, Ferdinand-Sauerbruch-Str. 1,
17475 Greifswald, Tel.: 03834 86-6301, Fax: 03834 86-6410

95. Jahrestagung der Norddeutschen Dermatologischen Gesellschaft (NDG) e. V.

Eine Veranstaltung der Dermatologischen Gesellschaft Mecklenburg-Vorpommern e. V. in Kooperation mit dem Berufsverband der Deutschen Dermatologen (BVDD) e. V.
Termin: 30.08. – 01.09.2024
Ort: Kongresszentrum, Yachthafenresidenz Hohe Düne,
Am Yachthafen 1, 18119 Rostock-Warnemünde
Leitung: Herr Prof. Dr. med. M. Tronnier (Hildesheim)
Anmeldung: CongressCompany Jaenisch GmbH,
Tannenweg 22/Speicher II, 18059 Rostock,
Tel.: 0381 8003980, Fax: 0381 8003988,
E-Mail: CCJ.Rostock@t-online.de

Veranstaltungen in anderen Kammerbereichen

10. Ärztliche Fortbildung des Versorgungsbunds „Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung“

(Hybrid-Veranstaltung)

In Zusammenarbeit mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration, dem Berufsverband der Frauenärzte und der Hessischen Landesärztekammer.
Zigruppe: niedergelassene Ärzte, Klinikärzte und alle interessierten Berufsgruppen
Termin: 24.04.2024, 09:30 – 17:00 Uhr
Ort: Haus am Dom, Domplatz 3, 60311 Frankfurt am Main
Anmeldung: Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt am Main, Kasseler Str. 1a (Ökohaus), 60313 Frankfurt am Main, Tel.: 069 709494, Internet: <https://www.frauennotruf-frankfurt.de/fachwissen/aerztliche-fortbildung>,
E-Mail: info@frauennotruf-frankfurt.de

15. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKIM) e. V. – „Medizin und Politik: Gemeinsam für Kinderschutz!“

Termin: 03. – 04.05.2024

separate Workshops am 02.05.2024

Ort: Berlin

Anmeldung/Leitung: Deutsche Gesellschaft für Kinderschutz in der Medizin (DGKIM) e. V.,
Herr Dr. med. O. Berthold (Berlin), Spandauer Damm 130,
14050 Berlin, Tel.: 030 3035-4472,
Fax: 030 3035-824472, Internet: <http://www.dgkim.de>,
E-Mail: jahrestagung2024@dgkim.de

BÄK-Curriculum „Medizinische Begutachtung“

16 P

Modul III: Fachspezifische Aspekte Innere Medizin

Termin: 31.05.2024, 10:00 Uhr – 01.06.2024, 16:45 Uhr
Leitung: Herr Dr. med. J.-M. Engel (Bad Liebenwerda),
Herr Dr. med. U. Eggens (Potsdam)
Gebühr: 288,00 €
Ort / Anmeldung: Landesärztekammer Brandenburg,
Akademie für ärztliche Fortbildung,
Frau S. Ermler, Pappelallee 5, 14469 Cottbus,
Tel.: 0355 78010-324, Fax: 0355 78010-339,
Internet: <https://www.laekb.de> (Ärztin und Arzt /
Fortbildung / Veranstaltung der LÄKB),
E-Mail: akademie@laekb.de

Detailliertere Angaben und weitere Fortbildungsveranstaltungen finden Sie auf der Internetseite <https://www.bundesarztekkammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/fortbildung/fortbildungssuche/>.



Christina Haß (unten rechts) und ihr Team vom Technischen Hilfswerk ist dort unterwegs, wo sie gebraucht wird.

Das Ehrenamt im THW

In der November-Ausgabe des Ärzteblattes M-V S. 428 – 430 berichteten wir von der zivil-militärischen Zusammenarbeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr. Aufgrund des großen Interesses, möchten wir noch andere Möglichkeiten und Einblicke in die ehrenamtliche Tätigkeit im Rahmen des Zivil- und Katastrophenschutzes vorstellen. Eine weitere Säule des Zivil- und Katastrophenschutzes ist das Technische Hilfswerk (THW), welches seinen Hauptsitz in Bonn hat und in acht Landesverbänden mit 66 Regionalstellen und 668 Ortsverbänden organisiert ist.

2.000 Hauptamtliche und 88.000 ehrenamtliche Helfer leisten mit mehr als einer Million Stunden pro Jahr wichtige Aufgaben im Zivilschutz und im Katastrophenschutz sowohl in Deutschland als auch im Ausland. Christina Haß, Medizinstudentin im 10. Semester an der Universität Rostock, ist ehren-

amtliche Helferin beim THW. In dem folgenden Interview gibt sie einige Einblicke in die Arbeit.

Wer das ganze Interview hören möchte, kann dies unter folgendem QR-Code tun.



Hallo Christina, vielen Dank, dass du dich bereit erklärt hast uns heute über deine Arbeit beim Technischen Hilfswerk (THW) zu berichten. Kannst du mir vielleicht erst einmal etwas zu deiner Person erzählen?

Ich bin 26 Jahre alt und seit 14 Jahren beim THW. Ich studiere Medizin in Rostock und habe vorher eine Ausbildung zur operationstechnischen Assistentin gemacht. Ich bin als Jugendliche beim THW eingetreten, weil ich etwas Sinnvolles mit meiner Freizeit anfangen wollte. Das THW hat da sehr viele Mög-

lichkeiten und Angebote. Mit 18 Jahren habe ich dann meine Grundausbildung gemacht und wurde Fachhelferin für Bergung und Atemschutzgeräteträgerin. Für mein Medizinstudium bin ich dann von Waren nach Rostock gezogen und in den Fachzug für Führung und Kommunikation gewechselt, wo ich jetzt auch Truppenführerin bin.

Was genau ist das THW?

Die Aufgaben des THWs sind technische Hilfe im Zivilschutz im In- und Ausland oder Unterstützung im Katastrophenschutz. Das THW ist dem Bundesministerium für Inneres unterstellt und wird durch die zuständigen Stellen angefordert und repräsentiert im Ausland die Bundesrepublik. Zum Beispiel bei einem größeren Feuerwehreinsatz, wo dann die Fachkräfte vom THW hinzugezogen werden. Oder bei einem Hochwassereinsatz oder anderen Großschadenseinsätzen. Das THW ist in Landesverbänden, Regionalstellen und Ortsverbänden organisiert. Es gibt acht Landesverbände. Unser Landesverband setzt sich zusammen aus Schleswig-Holstein, Hamburg und Mecklenburg-Vorpommern (M-V). In M-V haben wir zwei Regionalstellen in Stralsund und Schwerin, in denen M-V sozusagen aufgeteilt wird. Für Rostock ist die Schweriner Regionalstelle zuständig. Jeder Ortsverband hat verschiedene Fachgruppen. Es sind also nicht in jedem Ortsverband alle Fachgruppen vertreten. Es wird versucht, dass jede Fachgruppe einmal pro Regionalstelle oder Landesverband vertreten ist, wobei die Fachgruppe für Bergung und Notinstandsetzung in jedem Ortsverband vorhanden ist.

Welche Fachgruppen gibt es denn und was machen die?

Es gibt die Fachgruppe Bergung und Notinstandsetzung. Dann haben wir die Fachgruppe für schwere Bergung, die einfach nochmal ein bißchen mehr Technik hat. Es gibt aber auch die Ortung zum Beispiel mit technischen Geräten, aber auch mit einer Hundestaffel. Ein bißchen ausgefallener und seltener verteilt ist zum Beispiel Brückenbau oder Sprengung. Dann gibt es noch die Infrastruktur und auch eine virtuelle Gruppe (VOST = virtual operation support team), die in den sozialen Medien unterwegs ist und auch online erstmal recherchiert. Also relativ breit gefächert. Viele kennen vielleicht die Einsätze im Ahrtal (dort wurde das Gebiet im Frühjahr 2021 durch eine Flutkatastrophe weitestgehend zerstört, Anm. d. Red.), wo alle Fachgruppen vorhanden waren.

Gibt es eine Ausbildung oder ein Studium, das man dafür benötigt?

Als Kind oder Erwachsener kann man jederzeit dem THW beitreten. Die Arbeit ist ehrenamtlich und man beginnt erstmal

mit einer Grundausbildung, die ungefähr ein halbes Jahr dauert. Das heißt, man wird in den grundlegenden technischen Sachen ausgebildet und muss dann eine theoretische und praktische Prüfung ablegen.

Das klingt zeitaufwendig und du studierst Medizin. Ist das nicht stressig? Warum bist du trotzdem dabei?

Man bleibt in seiner festen Gruppe mit einer superschönen Gruppendynamik. Bei Schadensereignissen, die man im Fernsehen sieht, weiß man: „Okay ich kann helfen!“ Man muss nicht machtlos zusehen. Auch neben seinem Beruf noch mal was anderes zu haben, ist schön.

Gibt es irgendeine Art der Entschädigung?

Nein, es ist so geregelt, dass THW-Helfer, die in den Einsatz oder zu Lehrgängen fahren, selber einen Verdienstausfall bekommen bzw. der Arbeitgeber diesen bekommt. Das wird mit dem Arbeitgeber abgestimmt. Es ist ehrenamtlich.

Gibt es auch speziell medizinische Fachgruppen?

Wenn man sein medizinisches Know-How nutzen möchte, könnte man Ausbilder für Erste Hilfe beim THW werden. Außerdem haben wir das Einsatz-Nachsorgeteam. Bei belastenden Einsätzen kümmern diese sich psychisch um die Helfer. Dieses Team ist aufgebaut aus psychosozialen Fachkräften und sogenannten Peers. Das sind auch normale Helfer. Außerdem haben wir noch die Notärztinnen und Notärzte in den Auslandseinheiten. Diese kümmern sich sowohl um die Helfer im Team, als auch um verletzte Zivilisten, bis die örtlichen Strukturen übernehmen.

Woher wisst ihr, was ihr für die Einsätze braucht und wie wird das alles organisiert?

Also so genau weiß man eigentlich nie, was man braucht. Die erste Gruppe, die vor Ort ist, nimmt erstmal alles mit und ist auf sämtliche Eventualitäten vorbereitet und dann muss man eben mit dem was man hat, improvisieren und arbeiten. Das wird aber auch in Übungen geprobt. Die Helfer werden bei längeren Einsätzen nach ungefähr einer Woche ausgetauscht. Die Organisationseinheiten in Regionalstellen und Landesverbänden bestehen aus Hauptamtlichen, die die Einsätze organisieren und mit dem Einsatzleiter und ehrenamtlichen Zug- und Gruppenführern kommunizieren.

Gibt es einen Einsatz, der dir besonders in Erinnerung ist?

Der letzte Einsatz, in dem wir involviert waren, war über den Jahreswechsel das Hochwasser in Niedersachsen. Da sind wir als Führungsgruppe hingefahren und haben die Einsatzleitung



in Ahlen beim Serengeti Park gebildet. Wir haben in Schichten mit je zwölf Stunden gearbeitet. Es war natürlich schon etwas anderes über den Jahreswechsel nicht zu feiern, sondern zu arbeiten in so einer besonderen Umgebung. Um null Uhr haben wir dann mit Kindersekt angestoßen und um halb eins kam dann auch gleich der nächste Notruf und dann ging es weiter. Die Einwohner sind dann schon sehr dankbar.

Was hat sich durch deine Arbeit im THW für dich persönlich geändert?

Also zum einen bin ich selbstbewusster und kommunikativer geworden. Das kann ich gut in der Medizin gebrauchen. Außerdem weiß ich, dass ich gerne Notärztin werden möchte. Also man findet auch so Perspektiven für sich und lernt auf den Führungslehrgängen natürlich auch Führungsqualitäten, die man in vielen Lebenslagen anwenden kann.

Wie kann man bei euch anfangen?

Jeder kann vorbeikommen und sich das THW anschauen. Einmal im Monat haben wir eine Ausbildung, wo wir einfach auch bestimmte Einsatzlagen trainieren. Das kann man sich angucken und dann einschätzen, ob man sich das vorstellen kann oder nicht. In Rostock haben wir jeden Mittwoch ab 16 Uhr Dienst und freuen uns immer über neue Gesichter. Ich glaube, es ist wichtig zu sagen, dass es keine Voraussetzungen gibt, um beim THW mitzumachen. Die Truppe ist super bunt gemischt und vielfältig. Wie eine zweite Familie eigentlich. Es

gab auch eine Sendung zum THW, die noch in der NDR Mediathek zu finden ist: „Wahre Helden – Einsatz fürs THW“ (<https://www.ardmediathek.de/serie/wahre-helden-einsatz-fuers-thw/staffel-1/Y3JpZDovL25kci5kZS80OTly/1>)

Vielen Dank für das Interview und die tollen Einblicke in die Arbeit des THW.

Das Technische Hilfswerk in MV:

Rostock:

Das Team trifft sich mittwochs ab 16 Uhr im Aternweg 5, 18069 Rostock

Weitere Infos:

www.ov-rostock.thw.de

Instagram: THW Ortsverband Rostock

Schwerin:

Treff dienstags 18.30 Uhr bis 21 Uhr, Mettenheimerstraße 7, 19061 Schwerin

Das Interview führte Theresa Buuck



Nachschau der Evaluation der Weiterbildung in M-V

Der zunehmende Facharztmangel ist eines der anstehenden Probleme im Gesundheitswesen. Es sollte ein gemeinsames Ziel der Politik, der Kammer sowie der Arbeitgeber sein, junge Ärzt*innen nicht nur in kurzer Zeit, sondern auch mit hoher Qualität und Arbeitszufriedenheit durch die Weiterbildungszeit zu begleiten. Die geplante Krankenhausreform kann als Chance gesehen werden, im Rahmen der geplanten Umstrukturierung von Vergütung und Versorgungsstruktur auch verbesserte Bedingungen für die Weiterbildung zu implementieren.

In der Ausgabe 10/2023 des Ärzteblattes M-V berichtete Doreen Görß für den Weiterbildungsausschuss der Kammer über die Ergebnisse der Evaluation der Weiterbildung in Mecklenburg-Vorpommern. Neben den statistisch erhobenen Daten hatten die befragten Ärzt*innen auch die Möglichkeit, im Freitext auszuführen, wie ihrer Meinung nach die Qualität der Weiterbildung in ihrer Weiterbildungsstätte bzw. bei ihrem Weiterbildungsbefugten verbessert werden könnte. In einer Sichtung dieser Antworten lassen sich unschwer Kernprobleme herausarbeiten.

- 1) **Rahmenbedingungen:** Häufig wurde der Wunsch nach verbesserten personellen und organisatorischen Rahmenbedingungen geäußert, welche erst ein gutes Arbeiten möglich machen. Neben dem Bedarf an mehr Personal und dem Wunsch nach Bürokratieabbau wurde die Etablierung verlässlicher, arbeitserleichternder IT-Strukturen genannt, Hardware und Software betreffend. Obwohl von den Befragten nicht angesprochen, sollte dazu auch das Nutzen der modernen Möglichkeiten der Informationsgewinnung genannt werden. Ein vom Arbeitgeber bereitgestellter Zugang zu Online-Bibliotheken und -Mediatheken kann das ärztliche Arbeiten vereinfachen und auf der Höhe der aktuellen Evidenz halten. Da viele Kliniken in unserem Land gleichzeitig Lehrkrankenhäuser der beiden Universitäten sind, tragen diese einen entscheidenden Teil für den ärztlichen Nachwuchs unseres Bundeslandes bei. Ein immer wieder gewünschter Punkt ist der bessere Zugang zu Lehrmaterial, v.a. an kleineren Häusern und im ambulanten Bereich. Richtungsweisend wäre der Vorschlag, allen Ärzt*innen in Mecklenburg-Vorpommern die gleichen wissenschaftlichen Ressourcen

wie den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung (ÄiW) der Universitäten anzubieten. Der erwartbare Kostenfaktor wird durch die dadurch erreichte ungleich höhere Qualität der Ausbildung und die resultierende Mitarbeiterzufriedenheit aufgewogen und könnte darüber hinaus als Standortvorteil für unser Bundesland fungieren.

Rechtliche Rahmenbedingungen zu Arbeitszeiten, insbesondere betreffend der Arbeitszeiterfassung, sollten eingehalten werden.

Ganz ohne einen finanziellen Mehraufwand ließe sich eine bessere Unternehmenskultur umsetzen, die u.a. in Form von wertschätzender Kommunikation, einer positiven

Fehlerkultur, der Förderung von interdisziplinärer Zusammenarbeit, professionellem Change Management und professioneller Personalentwicklung, inkl. strukturierter Einarbeitung, von den Befragten angesprochen wird.

Deutlich herausfordernder sowohl in Kliniken als auch in Praxen wird es sein, dem Wunsch nach alternativen Arbeitsmodellen (Teilzeit, Flexibilisierung, etc.) gerecht zu werden, welche in der freien Wirtschaft schon lange viel Anklang finden. Statt aus dieser Thematik einen Generationenkonflikt zu schüren, sollten wir pragmatisch bleiben und versuchen hierfür zügig Lösungen zu finden. Andernfalls werden genau solche Faktoren der Gesundheitsbranche – und das ist die Medizin bei aller Berufung nunmal – eklatante Engpässe in Zeiten des Fachkräftemangels bescheren und zu einer Abwärtsspirale führen. Laut einer aktuellen Studie werden 1,8 Mio. Stellen im Gesundheitswesen im Jahr 2035 nicht mehr besetzt werden können. Damit wäre der relative Engpass mehr als fünfmal so hoch wie im Jahr 2022. [pwc Deutschland, Fachkräftemangel im Gesundheitswesen. 2022]



2) **Weiterbilderspezifisch:** Die

Qualität der Bildung hängt nicht nur vom Weiterzubildenden ab, sondern auch von denjenigen, die ausbilden. Weiterbilder sollten einerseits die noch fehlenden Fertigkeiten und Rotationen im Blick haben und andererseits diese Beobachtungen und nächste Schritte mit den Weiterzubildenden in regelmäßigen Weiterbildungsgesprächen thematisieren. Obwohl gefordert, finden diese laut der Umfrage nicht flächendeckend statt. Das Führen des eLogbuchs sollte von Seiten der ÄiW und von Seiten der Weiterbildenden selbstverständlich und verlässlich realisiert werden.

Darüber hinaus wünschen sich viele ÄiW ein Mentoring-Programm, welches vor allem in der Anfangszeit den Einstieg in die Facharztweiterbildung oder Abteilungs-/Klinikwechsel erleichtert. Mitarbeiter, die an der Ausbildung von Ärzt*innen beteiligt sind, sollten Interesse daran haben und die zeitlichen Ressourcen für die Supervision

besitzen. Hierdurch können die ÄiW schneller in den Arbeitsalltag integriert werden und Aufgaben übernehmen.

3) **Organisation und Qualität der Weiterbildung:** Es besteht bei vielen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung der Wunsch nach einer strukturierten Weiterbildung mit verlässlicher Rotation, insbesondere in Funktionsbereiche und andere Kliniken (Maximal- und Regionalversorger, stationärer und ambulanter Bereich). Bei Änderung der Lebensumstände, z.B. bei Familiengründung oder Pflege von Angehörigen, sollte es Möglichkeiten der Anpassung der Weiterbildungs- oder Arbeitszeiten geben.

Die Mitarbeiter*innen der Ärztekammer stehen dabei gerne mit Rat zur Seite. Optimalerweise wird dieser bereits frühzeitig, also vor Absolvieren kritischer Weiterbildungsabschnitte, eingeholt. Das gilt auch, wenn es Fragen bezüglich der Anerkennung von unterbrochenen Weiterbildungsabschnitten geht. Grundsätzlich stellt sich die Frage, ob im Rahmen einer kompetenzorientierten Weiterbildung in Zukunft die absolute Arbeitszeit der entscheidende Faktor in der Anerkennung von Weiterbildungszeiten bleiben wird.

Regelmäßige abteilungsinterne Fortbildungen werden wertgeschätzt. Die für die Facharzt-Qualifikation notwendigen Weiterbildungen müssen nicht gänzlich hausintern erfolgen. Zeitliche Freistellungen und Kostenübernahmen bei externen Veranstaltungen werden explizit gewünscht. Zusammen mit dem bereits angesprochenen Vorschlag zum Zugang der Lehrmaterialien der Universitäten für alle ÄiW unseres Bundeslandes, wären dies Möglichkeiten, um eine qualitativ hochwertige Ausbildung zu erreichen.

In operativen Fächern wurde mehrfach eine objektivere Einteilung zu Operationen gewünscht.

4) **Verbundweiterbildung:** Zum Erlernen notwendiger Kernkompetenzen ist eine Verbundweiterbildung zwischen verschiedenen Kliniken, sowie mit der ambulanten Versorgung sinnvoll. Neben der Konfrontation mit anderen Krankheitsbildern und damit einer breiteren medizi-

nischen Ausbildung werden so Vorbehalte gegenüber den anderen medizinischen Leistungserbringern vermindert und die Zusammenarbeit gestärkt. Die rechtlichen Rahmenbedingungen hierfür werden aktuell, insbesondere im Hinblick auf die geplante Krankenhausreform, von der Ärztekammer M-V geprüft.

Als Mitglieder des Weiterbildungsausschusses sowie des Ausschusses Junge Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer MV hat uns besonders interessiert, an welchen Punkten die Ärztekammer Einfluss auf die Qualität der Weiterbildung nehmen kann. Es scheint weiterhin einen großen Bedarf an Schulungen zum Umgang mit dem eLogbuch zu geben. Über die Bundesärztekammer finden dazu regelmäßige Fortbildungen statt. Diese werden auf der Homepage der ÄK MV rechtzeitig angekündigt. Zunächst wird es wohl weiterhin in der Eigenverantwortung der ÄiW liegen, dies gegenüber dem Weiterbildungsbevollmächtigten zu vertreten und ggf. bei der Kammer Unterstützung einzufordern.

Um die Qualität der Weiterbildung seitens der Weiterbildungsbevollmächtigten weiter zu verbessern, sollten „Train the Trainer“ Angebote geschaffen werden. Als Vorbild können hier bestehende Formate dienen, wie sie von einer Vielzahl von Ärztekammern bereits angeboten werden. Für die Zielgruppe der Allgemeinmediziner*innen erfolgt die Organisation in mehreren Bundesländern durch Kompetenzzentren für Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Eine Veröffentlichung der Weiterbildungscurricula, welche von den Weiterbildern bei der Kammer eingereicht wurden, wurde bereits angeregt. Diese kann jungen Ärzt*innen eine Möglichkeit bieten, sich schon vor der Bewerbung über Inhalte zu informieren und diese im Verlauf ihrer Ausbildung einzufordern. Die Veröffentlichung sollten die jeweiligen Weiterbildungsstätten bestenfalls selbständig auf ihrer Website übernehmen. Eine Verlinkung auf der Seite der Ärztekammer würde sich anbieten, an der Stelle, an der die Weiterbildungsermächtigungen eingesehen werden können.

Im Weiterbildungsausschuss wurden Möglichkeiten diskutiert, wie eine kompetenzorientierte Weiterbildung gefördert werden kann. Ein vielversprechendes Modell scheint das Konzept der „Anvertraubarkeit“ zu sein, welches die beobachtbare ärztliche Tätigkeit, die aus Wissen, Fertigkeiten und Haltungen besteht, in den Mittelpunkt stellt. Statt Listen von Lernzielen und Mindestzahlen soll der Weiterbilder eine Beschreibung von sinnvollen Kompetenz-Sets, wie sie in der täglichen Arbeit benötigt werden und welche beobachtbar und beurteilbar sind, an die Hand bekommen. Ein solches Kompetenz-Set wäre zum Beispiel die „Anvertraubarkeit“

selbständig eine Visite zu leiten. Sobald diese Kompetenz vom Weiterbilder ausgewiesen ist, wird sie dem/der Weiterzubildenden zur selbständigen Ausführung freigegeben. Solche Kompetenz-Sets können für die unterschiedlichen Stadien der ärztlichen Aus- und Weiterbildung definiert werden. Sie bilden eine geeignete Grundlage für Beobachtung und Prüfung im klinischen Alltag. [SIWF, https://www.siwf.ch/files/pdf7/epa_positionpapier_d.pdf]

Für die Weiterbildungsbefugten, von denen viele didaktisch auf sich gestellt sind, wird eine Struktur mit Vernetzung geschaffen, die letztendlich durch bewusste Formulierung von Vertrauenssituationen eine Feedback-Kultur generiert und dadurch zur Optimierung der Berufszufriedenheit führt. Für ÄiW kann eine transparente und verlässliche Struktur der Anvertraubarkeit entstehen, die individuelle Fortschritte berücksichtigen kann und konstruktiv auf möglichen Verbesserungsbedarf hinweist.

Die Evaluation stellt ein sehr wichtiges Instrument zur Kommunikation der ÄiW mit der Ärztekammer dar. Aktuell wird an einem regelmäßigen Evaluationsrhythmus für die kontinuierliche Erhebung des Ist-Zustandes der Weiterbildung und der Umsetzung möglicher Verbesserungen gearbeitet.

Wir danken allen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung, die sich auch dieses Jahr an der Evaluation der Weiterbildung beteiligt haben!

Anne Machka
Dr. Doreen Görß
Dr. Martina Wolff
Dr. Marcel Baschin

RKI und BfArM fragen nach Verordnung von Antibiotika

Antibiotikaresistenzen nehmen weltweit zu und stellen eine der größten Herausforderungen für die globale Gesundheit dar. 2022 wurden in Mecklenburg-Vorpommern ca. 430.000 Verordnungen für systemisch wirkende Antibiotika ausgestellt. Aktuelle Informationen zur Resistenzsituation sind für einen sachgerechten Einsatz von Antibiotika wichtig. Das Robert-Koch Institut (RKI) und das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) möchten einen Überblick zur Praxis der Antibiotika-Verordnungen in allen ambulanten und stationären Einrichtungen erhalten und haben eine Online-Befragung konzipiert. Die Ergebnisse fließen in die Aufarbeitung zu Antibiotikaresistenzen ein. Die Teilnahme ist bis zum 30. April 2024 möglich unter folgender Adresse

<https://befragungen.rki.de/Antibiotika>



Der Check heiligt die Mittel

Wie die „Vorbeugemedizin“ die Prävention misshandelt

Prof. Dr. med. Jürgen Windeler*

Falls für die Wahl zum Unwort des Jahres Vorschläge gesucht werden, wären „Vorbeugemedizin“ und „Durchchecken“ ganz heiße Kandidaten. Nicht etwa, weil Vorbeugen nicht wünschenswert und sinnvoll wäre – wir beherzigen dies vorm Überqueren einer Straße ja ganz selbstverständlich. Aber der bisher unübliche Begriff „V.-medizin“ wird zurzeit inflationär und in Zusammenhängen benutzt, die mit sinnvoller, evidenz-basierter Prävention wenig, mit missionarischem Eifer, Rückwärtsgewandheit, Bedienung von wirtschaftlichen Interessen und politischer „weißer Salbe“ sehr viel zu tun haben. Und damit ist der Begriff geeignet, erfolgversprechende Präventionsbemühungen zu torpedieren.

Zur Erinnerung: Die Fachwelt unterscheidet zwischen Primär-, Sekundär- und Tertiärprävention. „Primär“ kümmert sich darum, das Entstehen von Krankheiten zu verhindern oder hinauszuzögern, „sekundär“ darum, entstandene Krankheiten frühzeitig zu entdecken, und „tertiär“, das Verschlimmern von Krankheiten zu verhindern oder zu verzögern. Diese Aufteilung ist im Allgemeinen ganz brauchbar. Man muss allerdings genau hinschauen, auf was sich die Attribute jeweils beziehen, denn die Primärprävention eines Herzinfarkts kann die Sekundärprävention von (= Suchen nach) bestehenden Risikofaktoren bedeuten, auf die dann „Checks“, „Screening“ und „Früherkennung“ zielen. Ein Nebeneffekt ist, dass so neue „Krankheiten“ entstehen (z.B. Lipidstoffwechselstörungen, Osteopenie, subklinische Hypothyreose, [zu] niedrige Testosteronwerte bei [alternden] Männern)“.

Besondere Evidenzanforderungen

Genau wie für jede andere gesundheitsbezogene Intervention gilt auch für Präventionsmaßnahmen, dass aussagekräftige

Informationen zu Nutzen und Schaden vorliegen müssen, bevor diese empfohlen oder in ein Gesundheitssystem eingeführt werden. Für diese Anforderung gibt es gute politische, ethische, wirtschaftliche und medizinische Argumente. Und insofern sollten Präventionsmaßnahmen Teil einer Evidenzbasierten Gesundheitsversorgung sein, der sich der Gesundheitsminister im „Team Evidenz“ ja bekanntermaßen besonders verbunden fühlt.

Wenn also die Idee verbreitet wird, dass schon 25-Jährige zum „Durchchecken“ gehen sollen, dann kann man erwarten, dass Evidenz dafür vorgetragen wird, dass so etwas sinnvoll ist, also mehr Nutzen als Schaden stiftet oder überhaupt irgendeinen Effekt hat. Die Erwartung wird bisher nicht erfüllt. Dagegen lautet die Kernaussage des bekannten Cochrane-Reviews zu Gesundheits-Checks: *„Es ist unwahrscheinlich, dass systematische Angebote von Gesundheitschecks einen Nutzen bringen. Sie führen möglicherweise eher zu unnötigen Untersuchungen und Behandlungen.“* (1)

Evidenzbasiert ist in der kurativen Medizin unumstritten, wenn auch ungenügend kultiviert. Das sorgfältige, nüchterne Hingucken ist aber bei Präventionsmaßnahmen von besonderer Bedeutung, vor allem beim Screening. Der erste und wichtigste Grund: Im Gegensatz zur Behandlung Leidender, deren Leid als solches als Bitte oder gar als Auftrag um Hilfe angesehen werden kann, wendet sich Prävention – in aller Regel ohne Auftrag – an Gesunde. Zugespitzt kann man auch sagen, dass es das Ziel kurativer Medizin ist, kranke Menschen gesund zu machen, während es das Ziel der Sekundärprävention (Screening) ist, aus gesunden, besser sich noch gesund fühlenden, Menschen Kranke zu machen. Ohne Zweifel in besserer Absicht, aber dafür bedarf es besonders sorgfältiger Rechtfertigung.

Zweitens handelt es sich in aller Regel um sehr kleine Effekte, deren zuverlässige Identifizierung erheblicher Anstrengungen und Sorgfalt bedarf (z. B. 2). Drittens wird es kaum je gelingen, einmal eingeführte Maßnahmen wieder aus einem System zu entfernen, wie die in Deutschland eingeführten Methoden zur

* Prof. Jürgen Windeler ist Prof. für Medizinische Biometrie und Klinische Epidemiologie, 1999 wurde er Leiter des Fachbereiches Evidenzbasierte Medizin des Medizinischen Dienstes Bund der Krankenkassen (MDS), später auch dessen stellv. Geschäftsführer und Leitender Arzt des MDS, von 2005-2007 war er Vorsitzender des Deutschen Netzwerkes Evidenzbasierte Medizin (DNEbM). Von September 2010 an leitete er das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), seit März 2023 ist er im Ruhestand.

Früherkennung eindrücklich belegen. Und viertens verbrauchen Präventionsaktivitäten Ressourcen, die in einem begrenzten System den Patienten – den Leidenden – vorenthalten werden müssen: selbst, wenn es dabei nur um Facharzttermine geht. Dies kann man übrigens als spezielle Form des sogenannten „Inverse Care Law“ ansehen, das im Jahre 1971 beschrieben wurde (3) und das als eine Konstante in allen Erhebungen zu medizinischer Fehlversorgung anzusehen ist: Diejenigen, die dringend Hilfe benötigen, bekommen zu wenig, die, die sie nicht oder wenig benötigen, zu viel.

Alle wollen checken

In scharfem Kontrast zu diesen hohen Anforderungen können sich Entscheidungsträger vor Vorschlägen aus medizinischen Fachkreisen, diese oder jene Screeningmaßnahme dringend einzuführen, kaum retten. Dies hat vor allem drei Gründe:

- Früherkennung oder Screening („Vorsorge“) hat eine hohe Plausibilität und eine hohe Reputation, was damit zusammenhängt, dass es ein System ohne negatives Feedback ist (4) und sich außerdem in einem Geflecht von unterstützenden Interessenkonflikten abspielt (5);
- Mediziner, besonders diejenigen, die in Kliniken tätig sind, fühlen sich nachvollziehbar dazu aufgerufen, etwas zur Vermeidung des ihnen täglich begegnenden Leids zu tun. Damit wird aber nur eine Seite der Medaille gesehen, und diese Mediziner mögen zwar Advokaten ihrer Patienten sein, aber sie sind nicht die richtigen Fachleute, um Screeningmaßnahmen in ihren gesamten Auswirkungen zu beurteilen.
- Checks als „Vorsorge“ sind ein einträgliches Geschäft; sehr gut zu verkaufen (ca. 80 % aller IGeL sind „Vorsorge“-maßnahmen); vergleichsweise einfache, einmalige Maßnahmen („gucken wir mal nach“) mit hoher Kundenbindung („das sollten wir aber im Auge behalten“) und, wenn GKV-Leistung, mit extrabudgetärer Vergütung. Ein Diagnostika-Hersteller hat es in den 1990er Jahren auf den Punkt gebracht, als er seinen Test mit den Worten anpries: „Jetzt kommen auch die Gesunden in Ihre Praxis.“

Es hat also eine Ursache, dass der Gesundheitsminister bei den heftigen Protesten der Apotheker als Goody das „Durchchecken“ in Apotheken ins Gespräch bringt, diesen „das Angebot zusätzlicher Leistungen ermöglichen (will), für die sie dann auch honoriert würden“ (6). Sie können, so der Minister, „in diesem Bereich unfassbar wertvolle Arbeit“ machen. Evidenz: Zero.

Nebenbei: Der Zusatz des Ministers, dass es „aber keine Pflicht“ zum Durchchecken gebe, ist ja erfreulich, kann aber

nur jene entspannen, die sich nicht mehr an den Versuch erinnern, Malus-Regelungen für die Nicht-Teilnahme an Krebsfrüherkennungsuntersuchungen einzuführen. Eine gesetzliche Regelung, die der G-BA unter seinem damaligen Vorsitzenden Rainer Hess listig unterlaufen hat. Die Interpretation des G-BA wurde dann von der Ministerin Ulla Schmidt stillschweigend akzeptiert, die offenbar den Bemühungen ihres Beraters wenig abgewinnen konnte.

Das Auto muss doch auch zum TÜV

Es vergeht keine Diskussion um „Vorsorge“, ohne dass des Deutschen liebstes Kind bemüht wird. „Ihr Auto bringen Sie jedes Jahr zur Inspektion, und sich selbst lassen Sie nicht regelmäßig durchchecken?!“ Der Körper als Maschine – Descartes‘ Ideen aus dem 17. Jahrhundert haben bis heute ihre nachhaltige Wirkung in der Medizin. Dabei ist der Unterschied offensichtlich: Ein menschlicher Organismus hilft sich in vielen Fällen selbst, ein Auto niemals. Wie schön wäre es doch, wenn sich ein geplatzter Reifen oder abgenutzte Bremsbelege nach einigen Tagen des Abwartens wieder selbst repariert hätten! Bei einer Erkältung oder sogar bei einem Knochenbruch erleben wir dies dagegen regelhaft – bei letzterem bedarf es meist einer Unterstützung zur Selbstheilung, aber selbst das würde bei einer gesprungenen Windschutzscheibe nichts nutzen. Die verfehlte Auto-Analogie eignet sich immerhin, um das wichtigste Schadenpotential des Durchcheckens und seine Relevanz zu verstehen – Überdiagnostik.

Wenn der kompetente Mechaniker nach der Inspektion oder dem TÜV empfiehlt, die Zylinderkopfdichtung zu ersetzen, weil sich da eine Undichtigkeit anbahnt, dann vertrauen wir in der Regel darauf und lassen ihn machen. Ob diese Undichtigkeit tatsächlich aufgetreten wäre und uns Probleme gemacht hätte, wissen wir nicht. Ob der Austausch zu diesem Zeitpunkt nötig gewesen wäre, um eine Panne zu verhindern, werden wir nie erfahren – es grüßt das Präventions-Paradox. Entscheidend aber: Diese Situation kostet uns höchstens Geld; danach: aus den Augen, aus dem Sinn.

Ganz anders dagegen eine (frühe) Diagnose oder die Feststellung eines Risikofaktors. Wir können zwar die Dichtung austauschen, also Diät halten oder einen Lipidsenker einnehmen. Und ebenso wie bei der Dichtung werden wir niemals wissen können, ob das nötig war, oder ob wir ohnehin keinen Infarkt bekommen hätten. Aber es gibt zwei fundamentale Unterschiede zum Auto: Die Intervention kostet uns nicht nur Geld, sondern u. a. durch Nebenwirkungen von Therapien auch unsere Ge-

sundheit und Lebensqualität. Und zweitens werden wir das Wissen um die Diagnose oder den Risikofaktor niemals wieder los. Das Etikett klebt fest und unverrückbar; nicht nur als „Zustand nach ...“ in der Krankenakte, sondern im Kopf.

Bereits 1967 wurde in einer kleinen Studie gezeigt, dass selbst ein „Debriefing“, in diesem Fall bei Kindern, bei denen nach Verdacht auf eine Herzkrankheit Entwarnung gegeben wurde, nur begrenzten Erfolg hat. Viele Kinder und ihre Familien verhielten sich in der Folge ganz ähnlich wie diejenigen mit der Herzkrankheit (7). Eine Etikettierung als „Risiko“ hat nachhaltige, oft lebenslange Wirkung. Offensichtlich wird das Problem umso gravierender, je jünger die Menschen sind und je niedriger die Schwelle zur Etikettierung („Risikofaktor“) ist. Der Appell zum „Durchchecken“ von jungen Menschen oder gar Kindern ohne gute Evidenz ist vor diesem Hintergrund unverantwortlich.

Daran ändert auch nichts, dass solche Aktivitäten als „Studie“ verbrämt werden. Vielmehr heißt es unter knallrotem „bayernweit kostenlos“ und „Mach den Vroni-Check“ ganz unmissverständlich auf der Seite der „Vroni“-Studie: „Wir von der Vroni-Studie möchten Kindern im Alter von 5-14 Jahren im Rahmen der U9-J1 ein Screening zur Diagnose einer Familiären Hypercholesterinämie (FH) anbieten.“ (8)

Keine Forschungsfrage, keine „Studie“, das ist nichts als Werbung. Und passend dazu hieß es auf der Pressekonferenz der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie im April 2023, dass man „Früherkennungsprogramme“ gestartet habe – von Studie ist nicht die Rede. Und weiter: „Diese Programme werden den Nutzen dieser Checks aufzeigen“ (9). Die Äußerung macht deutlich, dass der Nutzen offenbar noch nicht gezeigt wurde. Die Programme (oder Studien oder so) sind aber in der aufgesetzten Form auch nicht geeignet, dieses Defizit zu beseitigen. Natürlich kann man mit Screening Kinder mit genetisch bedingten exorbitanten Lipidwerten identifizieren (z. B. 10). Aber Nutzen bedeutet die Folgen für diese, für die übersehenen Kinder und die Falsch-positiven. Das ist das Entscheidende. Vielleicht gibt es dazu Daten; erwähnt werden sie nirgends.

Das Problem der gesamten Screening-Debatte ist (jetzt und seit Jahrzehnten), dass der Schaden durch Überdiagnostik immer besteht, der Nutzen aber keineswegs sicher ist. Dies ist der Hintergrund für die pointierte Feststellung des renommierten Epidemiologen und Public Health Experten Sir Muir Gray: „All screening programmes do harm; some do good as

well, and, of these, some do more good than harm at reasonable cost.“ (11)

Neben dieser bekannten und vielfach beschriebenen Sachlage der Sekundärprävention steht eine ebenso gut bekannte Erkenntnis für die Primärprävention. Aufrufe zu Verhaltensänderungen ohne Leidensdruck sind frustriert und in Summe wenig effektiv. Primärprävention ist gar keine vorrangig medizinische Aufgabe, sondern sie interessiert sich vielmehr für Lebensbedingungen: für Wohnen, Bildung, Kultur, Zufriedenheit, ja, auch „Stress“. Verhältnisprävention ist das „Zauber“wort, das diese Dimensionen beschreibt. Und wer sich vor Augen führt, dass sich die Lebenserwartung von Männern unterer Einkommensklassen von der oberer Einkommensklassen (um nur einen Faktor von „Verhältnissen“ herauszugreifen) um zehn Jahre unterscheidet (12), dem wird sofort einsichtig, dass sich daran durch „Durchchecken“, ganz egal, ob bei Arzt oder Apothekerin, überhaupt nichts ändern wird. Und wer tatsächlich glaubt, mit diesen Maßnahmen ließen sich die Kosten im Gesundheitssystem senken, wie man auf der Pressekonferenz am 30. Oktober 2023 im BMG hören konnte, der pfeift im dunklen Wald.

„Vorbeugemedizin“ auf tönernen Füßen

In diese sehr gut bekannte Situation platzt nun die „Vorbeugemedizin“, nicht nur mit einem geplanten Institut, sondern auch mit zahlreichen Äußerungen in Zeitung, Funk und Fernsehen. Und da ist es interessant, sich auch einmal fachliche Äußerungen anzusehen. Die Gelegenheit ist gerade günstig: Im April erschien im European Journal of Epidemiology eine Analyse (interessanterweise als „Essay“ titulierte) Rostocker Wissenschaftler (13). In aller Kürze zusammengefasst versuchen sie, eine Erklärung dafür zu finden, dass die Lebenserwartung in Deutschland niedriger ist als die vergleichbarer Länder. Sie kommen zu dem Ergebnis, dass es insbesondere kardiovaskuläre Todesursachen sind, die die schlechte „Performance“ in Deutschland erklären und bringen dies in Zusammenhang mit unzureichenden Präventions-Anstrengungen. Diese – sagen wir mal – These findet sich dann als Tatsachenbehauptung in den einleitenden Absätzen des „Impulspapers“, das das BMG am 5. Oktober 2023 vorlegte (14).

Es bedarf gar keiner tiefgründigen epidemiologischen Fachexpertise, um darauf zu kommen, dass die Ergebnisse maßgeblich von der Brauchbarkeit und Vergleichbarkeit der Todesursachenstatistiken in den untersuchten Ländern abhängen. Und so legen denn auch Susanne Stolpe und Kollegen, Epide-

miologen aus Essen, in einem kritischen Kommentar und in Bezug auf eigene Forschungen im Detail dar, dass die Statistiken eben nicht vergleichbar sind (15,16). Die Feststellung von Todesursachen ist ohne Autopsien unzuverlässig („*hochspekulativ*“, wie es ein Leserbriefautor im Deutschen Ärzteblatt ausgedrückt hat, 17) und unterliegt zudem zahlreichen regionalen Einflüssen, u. a. den gleichen kulturellen Vorlieben, wie sie z.B. Lynn Payer in ihrem Buch „*Andere Länder – andere Leiden*“ beschrieben hat (18). In Deutschland ist es im Zweifelsfall eben „*Kreislauf*“ oder „*das Herz*“. Ergänzt um zwei weitere Kritikpunkte melden die Kommentatoren sorgsam begründete, grundlegende Zweifel an der Aussagekraft der KHK-These an.

Autoren eines weiteren Kommentars, den das Journal im August publiziert hat, sind der Direktor des Herzzentrums in Köln, Stefan Baldus, bis April 2023 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie und Mit-Initiator der „*Nationalen Herz-Allianz*“, sowie Karl Lauterbach, bekannt als Bundesgesundheitsminister und Schirmherr dieser Allianz (19).

Hier fällt kein kritisches Wort, sondern es wird breite Zustimmung geäußert (die Ergebnisse seien „*alarming*“), um dann darzulegen, was getan werden müsse, um der „*Flut*“ Einhalt zu gebieten („*turn the tide*“), nämlich eine „*systematic identification and vivid control of cardiovascular risk factors*“. „*Systematic identification*“ – damit kann nur „*Checken*“ gemeint sein, von Verhältnisprävention kein Wort. Genau dieser Ductus findet sich dann auch in dem „*Impulspapier*“ des BMG (14).

Auf einige Ungereimtheiten dieses Kommentars hat u.a. bereits Joseph Kuhn hingewiesen (20). Es fallen zudem verschiedene Quellenangaben auf, die bei genauerer Durchsicht nichts von dem untermauern, für das sie herhalten sollen.

So findet sich in der Quelle, in der angeblich in Dänemark ein „*remarkable improvement in the treatment of cardiovascular risk factors upon implementation of an electronic health record system*“ gesehen wurde, schon im Abstract der bemerkenswerte Satz: „*Due to lack of a control group, we are, however, not able to say if the drop in the proportion of uncontrolled cases is a result of participation in collection of electronic data and feedback alone.*“ – ganz abgesehen davon, dass es in der Arbeit um Diabetes-Patienten ging und man eine Verbesserung um 5 %-Punkte auch „*disappointing*“ statt „*remarkable*“ nennen könnte (21).

Und dann, wie könnte es anders sein: „*implement powerful screening programs. A powerful and nationwide initiative on primary prevention should be achievable. Such a program would have the potential to be highly efficient both in terms of reducing mortality and also health care costs.*“

„*Potential*“ ist definitionsgemäß nie falsch, trotzdem ist natürlich interessant, wie die Evidenz für „*highly efficient*“ nach Ansicht der beiden Autoren aussieht. Sie geben hierzu zwei Quellen an. Die eine Quelle beschreibt die Kosten-Effektivität einer antihypertensiven medikamentösen Therapie, macht also gar keine Aussage zum Screening oder zu Prävention im Allgemeinen (22). Die andere Arbeit stellt das Konzept der „*number needed to screen*“ vor und äußert sich auch zur Effektivität eines Screenings auf erhöhte Blutfettwerte (23). Der Kernsatz lautet „*Unfortunately, there are no trials evaluating the prevention of death by screening for atherosclerotic risk factors.*“ Der Autor stellt dann Berechnungen mit vielen Annahmen auf schwankender Basis an und warnt selbst ausführlich vor den Problemen seiner Vorgehensweise. Daraus machen die beiden Autoren aus Deutschland: „*We know that the number needed to screen to prevent one death is roughly 10 times lower when screening for dyslipidemia or hypertension as compared to programs tackling cancer or hepatitis ...*“. „*We know*“? Woher bloß?

Die Richtung ist falsch

Als wissenschaftliche Basis für eine „*Nationale Herz-Allianz*“ und ein angekündigtes „*offensives*“ Gesetz zur Herz-Kreislauf-Prävention stellt man sich etwas ganz anderes vor. Und die selbst gestellte Frage des Ministers „*Wie können wissenschaftliche Erkenntnisse stärker in den politischen Entscheidungsprozess einfließen?*“ (24) ist man geneigt, mit „*so ganz sicher nicht*“ zu beantworten. Nebenbei machen diese einzigen beiden Quellen deutlich, welches Verständnis einer „*powerful and nationwide initiative on primary prevention*“ herrscht: „*Durchchecken*“. „*Primary prevention*“ ist Etikettenschwindel. Und auch die einzigen beiden „*Pilotprojekte*“, die man auf der Seite der „*Nationalen Herz-Allianz*“ findet, sind – na – Screening (25).

Die als „*Pilotprojekte*“ getarnten Programme unterlaufen ebenso wie zahlreiche IGeL-Angebote Satzungsleistungen einiger Krankenkassen oder der Augen Check-Up eines großen Brillenanbieters alle Anforderungen, die wissenschaftlich und rechtlich (§§ 25 und 26 SGB V, § 630 BGB) an Interventionen in einem Gesundheitssystem gestellt werden. Das ist in einem „*2. Gesundheitsmarkt*“ in Anbetracht des Schadenpotenzials schlimm genug, als „*Nationale*“ Aktivität aber indiskutabel und einer Gesundheitspolitik, die den Anspruch erhebt, evidenz-basiert zu sein, unwürdig. Auch in einem aktuellen medizinethischen Memorandum zur „*Patientendienlichkeit*“ kommt das „*Durchchecken*“ – natürlich – nicht vor (26).

Der Anfangssatz der von Baldus und Lauterbach als Beleg für „highly efficient“ angegebenen Quelle hätte daher nicht besser passen können: „*Too often politics, rather than evidence, dictates the national strategy for disease screening.*“ Ihr Kommentar stellt dies eindrucksvoll unter Beweis. Mit der „*Stärkung der Prävention*“, wie man überall lesen kann, hat das wenig zu tun – ganz im Gegenteil.

Laut World Happiness Report 2023 (27) rangieren die skandinavischen Länder und Island auf den Plätzen 1, 2, 3, 6 und 7, Deutschland auf Platz 16. Bzgl. der Lebenserwartung belegten diese Länder 2021 die Plätze 3, 4, 5, 13 und 14, Deutschland folgt auf Rang 19 (28). Es mag natürlich sein, dass die fehlende Happiness hierzulande damit zusammenhängt, dass noch nicht alles digitalisiert ist, jährliche Check-ups noch nicht verpflichtend sind, in Autos noch geraucht werden darf oder Salz und Zucker noch frei verkäuflich sind. Es könnte aber auch sein, dass „*Deutschland, einig Meckerland*“ eine Kultur pflegt, die sowohl weniger „happy“ als auch weniger gesund macht – von Bildungsmängeln mal ganz zu schweigen. Interessant in diesem Zusammenhang, dass die Maßnahmen, die den beiden deutschen Autoren einfallen, sich auf Verbote

– „*Lass das!*“ – und die Einnahme von Medikamenten beschränken – „*in a nutshell*“ (medizinische) Kultur in Deutschland. Schade eigentlich, dass man es erst in der Palliativmedizin bedeutsam findet, der Zeit Leben und nicht nur dem Leben mehr Zeit zu geben.

Welche Einflussfaktoren auf die Lebenserwartung eine Rolle spielen können, ist in vielfältigen Analysen und Arbeiten nachzulesen. „*Vorbeugemedizin*“ und „*Durchchecken*“ gehören nicht dazu. Sie sind rückschrittlich, weil sie Prävention nur als medizinische Aufgabe begreifen, sie verkörpern eine überwunden geglaubte paternalistische Haltung, sie bedienen vorrangig Interessen von Anbietern, stehen evidenz-basiert auf tönernen Füßen und lenken ab von dem, was wirklich wichtig wäre. Perfekte Kandidaten für eine Auszeichnung als Unwort.

Mit freundlicher Genehmigung des Observer Gesundheit, 31.10.2023, <https://observer-gesundheit.de/der-check-heiligt-die-mittel/>, wo er zuerst erschien

Literaturverzeichnis:



Tag der Künstlichen Intelligenz am 4. April 2024 an der Universitätsmedizin Rostock

Anlässlich der Eröffnung der KI-Sprechstunde laden wir Sie zu einem „Tag der Künstlichen Intelligenz“ am 4. April 2024 von 10 bis 14 Uhr in den Arno-Esch-Hörsaal (Ulmenstraße 69 in 18055 Rostock) ein.

Interessierte bekommen eine Einführung und Einblicke zur Anwendung von KI im medizinischen Alltag mit Beispielen aus der Bildgebung, der Demenz- und Biomaterialforschung sowie Visual Analytics. Das Programm wird folgende Schwerpunkte umfassen:

- Was kann KI, was nicht? Beispiele aus der Medizin weltweit
- KI in der Datenauswertung und Bildgebung
- KI in der Demenzforschung: Deep Learning Explainability und Prospect - Alzheimer Disease Studie
- KI in der Biomaterialforschung
- KI und Visual Analytics
- Wie funktionieren moderne KI-Tools: Praxis-Anwendung anhand von Beispielen auch aus unserer KI-Sprechstunde

Das vollständige Programm finden Sie im Internet unter www.med-uni-rostock.de → Forschung und Lehre → Med. Fakultät → Aktuelles und Termine und über den QR-Code:



Bitte bringen Sie gerne interessierte Kolleginnen und Kollegen mit.

Bei Fragen wenden Sie sich bitte unter Tel. 0381-494 14 9019 an das Dekanat der Medizinischen Fakultät der Universitätsmedizin Rostock

NEUER MFA-TARIF

7,4 Prozent mehr seit 1. März 2024 (siehe www.aek-mv.de)

Im Überblick: Ergebnisse der Tarifverhandlungen vom 8. Februar 2024 zwischen der AAA und dem Verband medizinischer Fachberufe e.V

- **Steigerung der MFA-Gehälter über alle Tarifgruppen um 7,4 Prozent**
- Steigerung der Ausbildungsvergütung um rund 5 Prozent
 - 1. Ausbildungsjahr von 920 auf 965 Euro
 - 2. Ausbildungsjahr von 995 auf 1045 Euro
 - 3. Ausbildungsjahr von 1075 auf 1130 Euro
- **Einmaliger Inflationsausgleich von 500 Euro für Azubis und MFA**
- **Laufzeit des Tarifvertrages beträgt zehn Monate**

Beide Tarifparteien sehen als entscheidenden weiteren Schritt, dass eine vollumfängliche und zeitnahe Gegenfinanzierung der Tarifsteigerung von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und der Politik umgesetzt wird.

Abschlussprüfung bestanden



29 junge Medizinische Fachangestellte haben ihre Abschlussprüfung vorzeitig bestanden und starten in das Berufsleben – wir sagen Herzlichen Glückwunsch!

Save the date: 14. Juni 2024



Der Tag für medizinisches Fachpersonal findet am 14. Juni 2024 in der Rotunde der HanseMesse Rostock statt.

Anmeldungen bitte über das Seminarportal.



Gesucht: Herzgruppenübungsleiterinnen bzw. -leiter (oder solche, die es werden wollen)!



Die Herzgruppen des LVPR e.V. M-V werden ärztlich verordnet und von den Krankenkassen bezahlt. Sie finden wöchentlich statt, dauern 60 Minuten und bestehen aus maximal 20 Teilnehmern, welche von speziell ausgebildeten Übungsleiter*innen und einer ständig anwesenden Herzgruppenärztin/ einem Herzgruppenarzt angeleitet und betreut werden.

Die Hauptaufgabe der Übungsleiter*innen ist die selbständige Konzeption und Durchführung der Übungsstunde. Voraussetzung ist eine gültige B-Lizenz „Herzgruppenleiter DGPR – Innere Medizin“, „Übungsleiter – Sport in Herzgruppen“ o.ä. Sollte die Lizenz nicht vorhanden sein, helfen wir gern

organisatorisch und bei Bedarf auch finanziell beim Erwerb. Pro Übungsstunde wird eine Aufwandsentschädigung auf Honorarbasis gezahlt. Falls vorhanden, werden auch die Fahrtkosten übernommen. Um die vorhandenen Gruppen dauerhaft anzubieten und geschlossene wieder zu eröffnen, benötigen wir in ganz Mecklenburg-Vorpommern dringend mehr Übungsleiter*innen.

Dabei freut sich der Landesverband über jede Unterstützung!

Geschlossenes Konzert für Ärztesenioren

Wie bereits im letzten Ärzteblatt mitgeteilt, wird eine geschlossene Konzertveranstaltung für die Seniorenmitglieder der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern am **11. April 2024 um 15 Uhr** im Kammermusiksaal der Hochschule für Musik und Theater, Beim Katharinenstift 8, 18055 Rostock stattfinden.

Es werden Klavierstücke der Master-Studierenden angeboten:

- Elias Projahn: Robert Schumann, Sonate G-Moll op. 22
- Xiaofan Ji: Robert Schumann, Fantasie C-Dur op.17

Spieldauer: 55 Minuten, evtl. Zugaben.

Moderation: Prof. Bernd Zack oder durch die Aufführenden selbst.

Es ist eine besondere Freude, den hochtalentierten Musizierenden zusehen und zuhören zu können. Ich würde mich freuen, wenn dieses Angebot gut besucht wird. Über 100 Personen haben in dem Saal Platz.

H.-G. Sewcz

Ehrung für Dr. Heinz-Georg Sewcz



Foto: K. Sass

Seit 2008 organisiert MR Dr. Heinz-Georg Sewcz (2. v. l.) regelmäßig den „Tag der Begegnung“, der seit Jahrzehnten fester Bestandteil der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern ist und sich großer Beliebtheit unter den Ärztesenioren erfreut. Für dieses ehrenamtliche Engagement ist er am Montag, den 18. März, im Namen der Ärzteschaft von Präsident Dr. Jens Placke sowie den Vorstandsmitgliedern Dr. Evelin Pinnow und Prof. Andreas Crusius geehrt worden. Prof. Crusius hielt die Laudatio auf den 91-jährigen Facharzt für Radiologische Diagnostik.

K.S.

Wir trauern um

Sabine Gáspár	geb. am 13.05.1943	verst. am 08.12.2023	Satow
MR Dr. med. Paul Nowotny	geb. am 18.05.1933	verst. am 05.01.2024	Rostock
MR Dr. med. Wolfgang Zühlke	geb. am 28.05.1943	verst. am 26.01.2024	Parchim
Dipl. - Med. Joachim Werner	geb. am 15.08.1950	verst. am 03.02.2023	Rügen (Lobbe)
Dr. med. Renate Gause	geb. am 27.12.1954	verst. am 06.02.2024	Waren
Dr. med. Marianne Richter	geb. am 13.03.1941	verst. am 11.02.2024	Rostock
Elvira Näther	geb. am 28.01.1937	verst. am 15.02.2024	Schwaan
Prof. Dr. med. habil. Gottfried Benad	geb. am 15.03.1932	verst. am 24.02.2024	Dummerstorf

Zwiesgespräch an der Pforte

Herr Redlich klopft ans Himmelstor,
und Petrus schiebt den Riegel vor.
„Moment, mein Sohn, was führt dich her?“
„Ich freu mich auf den Himmel sehr.“

Den Wunsch wirst du mir gern erfüllen;
Ich lebte stets nach Gottes Willen.“
„Manch Opfer hast du wohl gebracht
und an dich selbst zuletzt gedacht?“

„Ich hätt's nicht besser sagen können.
So wirst du mir den Lohn wohl gönnen.
Gerechtigkeit, nimm deinen Lauf.
Nun schließ schon mal die Pforte auf!“

„Ganz unversehrt sind Brust und Bauch –
die inneren Organe auch?
Du hattest es ja selbst in Händen,
manch wertvoll Körperteil zu spenden.“

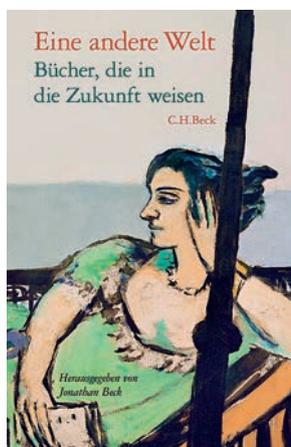
Hast dich dazu bereit erklärt?“
„Davon hab ich nie was gehört.
Ich wollt vollkommen in mein Grab.“
„Und grad das nehm ich dir nicht ab.“

Du fragst n i c h t, wie's den andren geht,
wie' s u m i h r Überleben steht.
Die solln von dir aus ruhig sterben.
D u willst dein Herz doch nicht vererben,

die Lunge, Leber, Niere, n e i n -
soll alles in den Sarg mit rein!
Du bist ein übler Egoist,
für den kein Platz im Himmel ist.“

„Da kommt mir d i e Idee – zum Glück:
Schick mich doch einmal noch zurück,
den Spenderausweis zu erwerben.!
„Zu spät. Das kann man nur v o r m Sterben.“

von Heiko Geerdes, Remels



Eine andere Welt

Bücher, die in die Zukunft weisen

Jonathan Beck (Hrsg.)

Gebunden, 511 Seiten, Schutzhülle
Verlag C.H. Beck oHG, München 2023

ISBN: 978-3-406810008; 32 €

Die Welt ist in Aufruhr: Manches ist kaum noch zu verstehen, vieles schwer auszuhalten.

Hat die Menschheit noch eine Zukunft?

Man sollte zu dem vorliegenden Buch greifen.

Der von Jonathan Beck herausgegebene Band trägt den anziehenden Titel:

„Eine andere Welt. Bücher, die in die Zukunft weisen.“

In dieser Sammlung rezensieren mehr als 100 bekannte Autoren und Autorinnen mehr als 100 Bücher, die man auf dem Weg in die Zukunft „im Gepäck“ haben sollte.

Der Herausgeber hatte den Damen und Herren die Aufgabe gestellt: „ein Buch zu präsentieren, ganz gleich in welcher Sprache und wann erschienen, das Orientierung für unsere Zukunft bietet, ... auch wenn es vielleicht (noch) nicht zu den bekannten Klassikern gehört.“ (S. 23)

So ist eine faszinierende virtuelle „Bibliothek der Zukunft“ mit bekannten Klassikern und auch neu zu entdeckenden Werken entstanden.

Die Beteiligten haben auf ein Honorar zugunsten der ukrainischen Kriegsoffer verzichtet.

„Wer in der Zukunft leben will, muss in der Vergangenheit blättern.“ Dieser berühmte Satz von André Malraux ist hier wörtlich zu verstehen als eine Aufforderung, in Büchern der Vergangenheit zu blättern, um in der Zukunft zu lesen.

Der Text ist chronologisch geordnet: *Antike, Mittelalter und frühe Neuzeit, 18. Jahrhundert, 19. Jahrhundert, erste Hälfte des 20. Jahrhunderts, zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts und 21. Jahrhundert.*

Einige Beispiele:

Aus der *Antike* werden u.a. die Selbstbetrachtungen des *Marc Aurel*, das *Dao de Jing* des *Laozi* und der Peloponnesische Krieg von *Thukydides* vorgestellt.

Aus dem *Mittelalter* und der *frühen Neuzeit* finden sich u.a. die *Scivias* der *Hildegard von Bingen*, die *Essais* von *de Montaigne*

und die Werke von *Baltasar Graciáns*, *Saint-Simon*, *Martin Luther* und vom *Staufer-Kaiser Friedrich II.*

Das *18. Jahrhundert* weist u.a. *Louis - Sébastien Mercier*, *Wieland*, *Schiller* und *Kant* auf.

Im Kapitel zum *19. Jahrhundert* werden u.a. folgende Persönlichkeiten vorgestellt: *Novalis*, *Stendhal*, *Marx*, *Darwin*, *Flaubert*, *Burckhardt*, *Dostojewski*, *Stevenson*, *Bertha von Suttner*, *Sigmund Freud*.

In der *ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts* folgen andere Berühmtheiten, u.a. *Herzl*, *Weber*, *Käthe Kollwitz*, *Kafka*, *Musil*, *Joseph Roth*, *Jünger*, *Stefan Zweig*, *Hermann Hesse*, *George Orwell*.

Für die *zweite Hälfte des 20. Jahrhunderts* wären u. a. zu nennen: *Hannah Arendt*, *Hans-Georg Gadamer*, *Fritz Stern*, *Vladimir Nabokov*, *Alexander Solschenizyn*, *Sebastian Haffner*.

Im Abschnitt über das *21. Jahrhundert* tauchen u.a. auf: *Ralf Dahrendorf*, *Freya von Moltke*, *Heinrich August Winkler*, *Greta Thunberg*.

Diese Bücher für eine bessere Welt werden von namhaften Persönlichkeiten (Historiker, Schriftsteller, Intellektuelle) vorgestellt, darunter u.a. *Franziska Augstein*, *Patrick Bahners*, *Eva Gesine Baur*, *Christiane Hoffmann*, *Navid Kermani*, *Jan Kershaw*, *Hans Maier*, *Hans Pleschinski*, *Jan Philipp Reemtsma*.

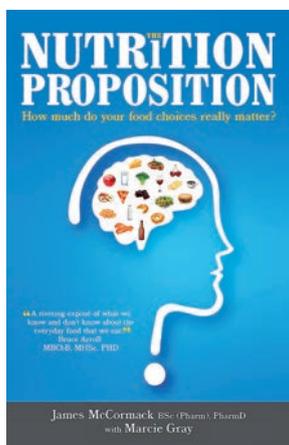
Die Auswahl der Bücher ist selbstverständlich subjektiv. Im Wesentlichen sind es aber schon wegweisende Schriften. Mit ihren klugen Gedanken und ihrer z.T. stilistischen Brillanz helfen sie, eine andere, bessere Welt zu denken und zu gestalten. Dabei entfalten sie Visionen, die bis heute attraktiv sind oder Probleme beschreiben, die in der Zukunft noch gemeistert werden müssen.

Für die Zukunft sind die Beiträge auch deshalb wichtig, weil sich die Rezensenten trauen, der Tatsache ins Auge zu schauen, dass die humanen Überlebensbedingungen auf unserem Planeten nicht zu erhalten sind, wenn wir deren Bewahrung nicht als Kampf verstehen. So schärft sich der Blick für die Bühne der Gegenwart.

Insgesamt ist eine gute Auswahl getroffen worden. Aus meiner Sicht fehlen aber u.a. *Goethe*, *Tolstoi*, *Kopernikus* und einige weitere. Dieser Hinweis ermuntert mich zu der Empfehlung, eine Fortsetzung von „*Bücher, die in die Zukunft weisen*“ aufzulegen.

Ob man diese über 500-seitige Sammlung zum linearen Durchlesen in die Hand nimmt oder nur einzelne Kapitel aufschlägt, der Band kann zu einem Lebensbegleiter werden und sollte in jeder Bibliothek zu finden sein.

Prof. H.H. Büttner, Wismar



The Nutrition Proposition

How much do your food choices really matter?

James McCormack, Marcie Gray

*426 Seiten
Independently published
21. April 2022*

ISBN-13: 979-8449768575, 21 Euro

Gibt man die Wörter „gesunde Ernährung“ in die Suchmaschine „Google“ ein, bekommt man 91.000.000 Ergebnisse. Ja richtig gelesen! Es sind sechs Nullen hinter der 91. Vielleicht ist das der erste Hinweis darauf, dass diese Angelegenheit nicht so einfach ist. Wie hoch komplex das Thema Ernährung jedoch zu sein scheint, zeigt ein Blick in die Welt von Funk und Medien, Instagram, Facebook und Co. Hier wird gefühlt jeden Tag eine neue Sau durch das Dorf getrieben und jedes Mal ertönt eine neue vermeintliche „Wahrheit“, die einem um die Ohren gehauen wird: Eier sind schlecht, Eier sind gut, bloß kein Fett, iss doch Fett, Zucker ist ungesund, zu viel Salz ist schlecht, Low-carb, kein Fleisch, doch Fleisch und wie war das noch mit dem Glas Rotwein am Abend? In diesem Wirr War der gut gemeinten Ratschlägen ist das Buch „The Nutrition Proposition“ von James McCormack und Marcie Gray wie der heilige Gral, der immer gesucht wurde, aber niemand geglaubt hat, dass es ihn wirklich gibt. Auf 426 Seiten (leider bisher nur auf Englisch) kommt satte Evidenz auf den Tisch und dies streng nach wirklich guten Studien (die alle auch im Literaturverzeichnis aufgeführt sind) in Bezug auf Morbidität und Mortalität. Wie wichtig ist die Lebensmittelauswahl denn nun wirklich für meine Gesundheit? Welche Lebensmittel oder Diäten lassen mich länger leben und welche führen dazu, dass ich schneller oder zumindest schmerzhafter „die Radieschen von unten eher sehe“? Autor und Co-Autorin haben es hier geschafft, starre Studien in ein kunterbuntes Menü anzurichten und dieses mit einfachen Worten der wissenschaftlichen Evidenz zu würzen. Das Buch ist dabei in mehrere „Gänge“ aufgebaut, in denen einzelne Lebensmittel oder Diätformen (beispielsweise: Alkohol, Gemüse/Obst, Vegetarisch/Vegan, Fleisch, Schokolade, etc.) auf Herz und Nieren geprüft werden. Wem ein ganzer „Gang“ zu reichhaltig ist oder vielleicht nicht auf zu großes Interesse stößt, kann sich auch beim „Take away“ bedienen. Hier sind alle Informationen am Ende nochmal kurz zusammengefasst. Und für die von uns, die wirklich

eigentlich schon satt sind, gibt es auch ein Schlusskapitel, in dem die allerwichtigsten Ernährungstipps in Schlagworten zusammengefasst sind.

Doch wer ist der Koch und die Köchin, die uns diese Mahlzeiten kredenzt haben? Zum einen ist da James McCormack, Professor für Pharmazeutische Wissenschaften in Vancouver und seit 30 Jahren damit beschäftigt evidenzbasierte Medizin und rationale Therapieprinzipien in über 500 Seminaren an die Leute zu bringen (unter anderem auch in einen sehr gelungenen Podcast (therapeutics education- Bestscience medicine Podcast, BS without the BS) mit dem Allgemeinmediziner Michael Allen) und zum anderen Marcie Gray eine Journalistin, die als Co-Autorin fungierte.

Wenn Sie also nun die Wahrheit darüber wissen wollen, ob die Lebensmittelauswahl wirklich einen Unterschied macht, garniert mit ein paar ausgewählten Erläuterungen zu den wichtigsten Studienprinzipien, dann kann ich Ihnen dieses Buch sehr empfehlen. Es ist nicht nur sehr kurzweilig zu lesen, sondern es bringt auch endlich Licht an eine reich gedeckte Tafel. Kommen Sie also gerne an den Tisch. Es ist angerichtet.

Theresa Buuck, Rostock

Wir beglückwünschen

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

85. Geburtstag im April 2024

Dr. med. Eberhard Gehrke 14.04.1939 Rostock

50. Geburtstag im Mai 2024

Dr. med. Daniel Albertus 30.05.1974 Jarmen
Irina Hafner 30.05.1974 Schwerin

60. Geburtstag im Mai 2024

Dr. med. Ralf Seeliger 30.05.1964 Rostock

65. Geburtstag im Mai 2024

Dipl.-Med. Beatrice Förster 01.05.1959 Barth / Zingst
Dr. med. Kerstin Schneidewind 18.05.1959 Schwerin
Dr. med. Olaf Beckmann 21.05.1959 Kraak

70. Geburtstag im Mai 2024

Dr. med. Manfred Otto 03.05.1954 Schwerin / Gadebusch
Dr. med. Hans-Peter Meier 03.05.1954 Zingst
Dr. med. Gerhard Bülow 05.05.1954 Rostock
Dipl.-Med. Gerd-Jürgen Ludwig 07.05.1954 Strasburg / Ahlbeck
Dr. med. Wolf-Dietrich Bernt 13.05.1954 Thulendorf
Dipl.-Med. Michael Schwarz 14.05.1954 Bergen auf Rügen / Sassnitz
Dr. med. Michael Storck 16.05.1954 Rostock
Dr. med. Sabine Bank 16.05.1954 Schwerin
Dr. med. Barbara Rost 17.05.1954 Parchtitz-Dorf
Prof. Dr. med. habil. Tanja Jantzen 25.05.1954 Parchim / Seelze
Dr. med. Hans Andreas Donner 27.05.1954 Greifswald

75. Geburtstag im Mai 2024

Dr. med. Steffi Hohlbein 01.05.1949 Stralsund
Dipl.-Med. Waltraud Groth 01.05.1949 Diedrichshagen
Dr. med. Helga Weinrich 08.05.1949 Schwerin
Gisela Kühn 09.05.1949 Kühlungsborn
Dr. med. Wilfried Hanke 20.05.1949 Graal-Müritz

80. Geburtstag im Mai 2024

Dr. med. Sigrun Lutz 04.05.1944 Wackerow
Dr. med. habil. Roland Sänger 06.05.1944 Rostock
Dr. med. Wolfgang Haaf 06.05.1944 Wismar
MR Dr.med. Christel Dreessen 07.05.1944 Neubrandenburg
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Harald Schulz 10.05.1944 Rostock

85. Geburtstag im Mai 2024

Priv.-Doz. Dr. med. habil. Wilfried Koester 06.05.1939 Schwerin / Pampow
Doz. Dr. sc. med. Friedrich Hauzeur 07.05.1939 Rövershagen
Dr. med. Ingrid Bernhard 11.05.1939 Langendorf
Dr. med. Marianne von Bobrutzki 19.05.1939 Garz
Dr. med. Hans-Jürgen Frank 21.05.1939 Waren (Müritz)
SR Dr.med. Ursula Rödel 21.05.1939 Greifswald
Priv.-Doz. Dr. med. habil. Peter Stöhlmacher 23.05.1939 Lübtheen
Prof. Dr. med. habil. Hans-Peter Vick 28.05.1939 Rostock

90. Geburtstag im Mai 2024

MR Dr.med. Waltraud Steffen 10.05.1934 Rostock

Impressum

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

REDAKTION Prof. Dr. med. A. Crusius
(Chefredakteur)
Dr. med. Wilfried Schimanke
(stellv. Chefredakteur)
Prof. Dr. med. H.H. Büttner
Dr. med. Thomas Maibaum
Wenke Burghardt
Theresa Buuck
Katarina Sass

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@aeek-mv.de

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

Die Redaktion freut sich über unverlangt eingesandte Manuskripte. Über eine Veröffentlichung entscheidet die Redaktion. Vorname, Name und korrekte Anschrift des Autors sind erforderlich. Mit der Zusendung von Leserbriefen erklärt sich der Autor einverstanden, dass der Leserbrief auch oder nur in unserem Mitgliederportal veröffentlicht und für Kommentare frei gegeben wird.

Die Beiträge geben die Auffassung der namentlich genannten Autoren wieder, die der Meinung der Schriftleitung nicht zu entsprechen braucht. Die Redaktion behält sich das Recht vor, über die Veröffentlichung, aber auch die Gestaltung des Beitrages einschließlich kleinerer 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 Angaben über die Dosierung und Applikation von Präparaten kann von der Redaktion keine Gewähr übernommen werden.

VERLAG Quintessenz Verlags-GmbH
Ifenpfad 2-4, 12107 Berlin
Telefon: 030 76180-5
Telefax: 030 76180-680
www.quintessence-publishing.com

GESCHÄFTSFÜHRUNG C. W. Haase

**ANZEIGENVERWALTUNG
LEIPZIG** Paul-Gruner-Str. 62, 04107 Leipzig
leipzig@quintessenz.de

ANZEIGENDISPOSITION Melanie Bölsdorff
Telefon: 0341 710039-93, Fax: -99
boelsdorff@quintessenz.de

*Es gilt die Anzeigenpreisliste 2024
gültig ab 1.1.2024.*

DRUCK Aumüller Druck GmbH & Co. KG
Weidener Str. 2, 93057 Regensburg

**BEZUGSPREIS/
ABONNEMENTPREISE** ISSN: 0939-3323
Inland jährlich 125,50 Euro inkl.
Versandkosten, im Ausland jährlich
125,50 Euro (zzgl. Versandkosten)
Einzelheft 12,50 Euro
zzgl. 2,50 Euro 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 Abonnementsgelder werden jährlich im voraus in Rechnung gestellt.

Copyright © by Quintessenz Verlags-GmbH, 2024