

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 12 | 2019  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 80. Jahrgang



## Digitalisierung in der Medizin

Foto: © vegefox – stock.adobe.com

### Gemeindenahe Psychiatrie

Dr. Barbara Bornheimer berichtet unter anderem über die psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

### Empfehlungen & Kulturtipps

Als Anregungen für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung gibt es Bücher- und Ausstellungstipps zum Jahresausklang

### Neue MB-Vorsitzende

Präsidiumsmitglied Dr. Susanne Johna ist als erste Frau zur neuen Bundesvorsitzenden des Marburger Bundes (MB) gewählt worden

# Das Salz in der Suppe

**D**as Arbeitstempo von Bundesgesundheitsminister Spahn ist ja mittlerweile berühmt-berüchtigt (Stichwort: 18 Gesetze und Verordnungen in 18 Monaten Regierungszeit). Nun könnte man es sich einfach machen und sagen: Wo gehobelt wird, da fallen auch Spä(h)ne. Aber zwischen einem Span und einem groben Schnitzer sehe ich doch gravierende Unterschiede.

Zwei Beispiele möchte ich gerne herausgreifen: wiederholte Eingriffe, um nicht gar zu sagen Übergriffe in die Zuständigkeiten der Selbstverwaltung und Eingriffe, wenn nicht gar Angriffe auf den Schutz intimer Gesundheitsdaten von Bürgerinnen und Bürgern.

Zunächst zur Selbstverwaltung: Erst nach massivem Protest wurde die vorgesehene Regelung, nach der das Bundesministerium für Gesundheit mit Zustimmung des Bundesrates über die Aufnahme einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in die vertragsärztliche Versorgung hätte entscheiden können, zurückgezogen. Mit welchem Sachverstand hätte das Ministerium derartige Fragestellungen eigentlich beurteilen wollen?

Ohne Einbindung der einschlägigen Fach- und Berufsverbände bzw. Kammerorganisationen hat der Gesetzgeber einschneidende sozialrechtliche Regelungen in das Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung eingebunden. Das Antrags- und Genehmigungsverfahren für psychotherapeutische Einzeltherapie und damit die Vorabwirtschaftlichkeitsprüfung in der Richtlinienpsychotherapie sollen aufgehoben werden, was mittelbar längere Behandlungen in Frage stellt. Dafür setzt der für die ersten zehn Sitzungen einer Kurzzeittherapie geplante Honoraraufschlag von 15 Prozent Anreize für eine Verschiebung von Langzeitbehandlungen hin zu Kurzzeittherapien und gefährdet damit die Versorgung von schwerkranken und chronischen Patienten.

Und nun zu den Gesundheitsdaten. Erst wenige Tage vor der Sitzung des Bundestags zum Digitale-Versorgung-Gesetz wurde der Gesetzentwurf noch eilig nachgebessert, war doch im ursprünglichen Entwurf vorgesehen, dass die Kassen die Gesundheitsdaten der gesetzlich Versicherten dem Spitzenverband der Kassen melden sollten. Erst hier war eine Pseudonymisierung ohne Verschlüsselung mit daran anschließender Weiterleitung an ein neues Forschungszentrum vorgesehen. Datenschützer halten das keineswegs für ausreichend, denn die sogenannten Routinedaten enthalten unter anderen Informationen zu Geschlecht, Wohnort und Alter des Versicherten, aber auch Diagnosen und Rezeptverordnungen, und lassen damit die Identifizierung einzelner Patienten durchaus zu.

Die Konsequenzen brauche ich an dieser Stelle nicht auszumalen. Der Bundesdatenschutzbeauftragte Ulrich Kelber fordert übrigens eine Widerspruchsmöglichkeit.

Das Gesetz sieht zudem ab März 2020 auch eine Erhöhung der Honorarkürzung von bisher einem Prozent auf 2,5 Prozent für ärztliche Praxisinhaber vor, die den Anschluss an die Telematikinfrastruktur noch nicht vollzogen haben. In unserem Bundesland ist eine nicht unerhebliche Zahl der Praxen noch nicht angeschlossen und viele davon ganz bewusst, weil sie dem Datenschutz nicht vertrauen und stattdessen sogar bereit sind, besagte Honorarkürzungen in Kauf zu nehmen.

Nun möchte ich aber nicht falsch verstanden werden. Ich halte die Forschung mit anonymisierten und verschlüsselten Routinedaten für ausgesprochen sinnvoll. Die Möglichkeiten der digitalen Medizin und der künstlichen Intelligenz sollten wir uns nutz- und dienstbar machen und keine Ängste hegen, denn die künstliche Intelligenz kann Ärztinnen und Ärzte unterstützen, aber nicht ersetzen, schließlich bleibt die emotionale Intelligenz dem Menschen vorbehalten und das ist das Salz in der Suppe.

Wahrscheinlich liegen nun aber eher süße als salzige Tage vor Ihnen, und zwar mit allen Verlockungen und Versuchungen, die das Weihnachtsfest uns bietet. Ich wünsche Ihnen und Ihren Familien ein frohes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das neue Jahr. Tanken Sie frische Energie für die Arbeit in einem der schönsten Berufe, um uns weiter unseren Patientinnen und Patienten widmen zu können.



Foto: Katarina Ivanisević

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: Katja Kölsch

## Pressegespräch: „Künstliche Intelligenz im weißen Kittel“

„Digitalisierung ist Hilfsmittel und kein Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte“ – so der hessische Ärztekammerpräsident Dr. Edgar Pinkowski auf dem gut besuchten Pressegespräch der Landesärztekammer zu E-Health und Künstlicher Intelligenz in der Medizin.

686



Foto: Maren Griltschkeit

## Gemeindenahere aufsuchende Psychiatrie

Im Gespräch erläutert Dr. Barbara Bornheimer, leitende Ärztin der Vitos Klinik Bamberger Hof, unter anderem das Konzept der psychiatrischen Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und berichtet, welchen Herausforderungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit begegnen.

683

**Editorial:** Das Salz in der Suppe ..... 679

**Aus dem Präsidium:** Medien für unsere Mitglieder ..... 682

### Ärztekammer

Pressegespräch zu E-Health und Künstlicher Intelligenz in der Medizin ..... 686

Dr. med. Susanne Johna ist neue Bundesvorsitzende des Marburger Bundes ..... 691

Impfkampagne „Firewall für den Körper – Jetzt impfen!“ in Hessen gestartet ..... 692

Mitarbeiter der Krebsregister aus ganz Deutschland tagen bei der Landesärztekammer ..... 717

### Im Gespräch

Gemeindenahere aufsuchende Psychiatrie: Dr. med. Barbara Bornheimer über Akutbehandlung im häuslichen Umfeld ..... 683

**Parlando:** Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang ..... 688

### Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ..... 702

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ..... 708

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ..... 717

**Recht:** Das Ende des Honorararztes? ..... 710

### Ansichten und Einsichten

Der Gebührenordnungsausschuss – kompetent mit beschränkter Wirkung ..... 712

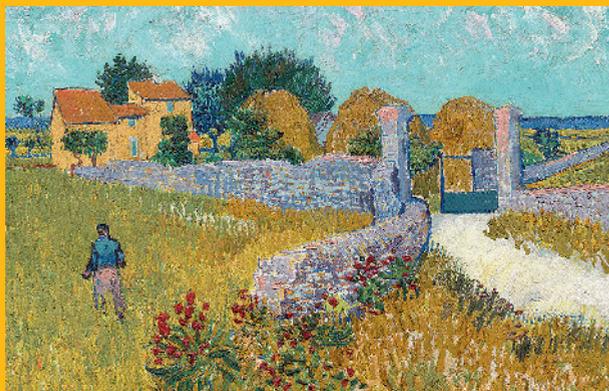


Foto: © National Gallery of Art, Washington, Aikoa Mello  
Bruce Collection, 1970.17.34

### Parlando: Empfehlungen und Kulturtipps

Wie jedes Jahr gibt es im Dezember Kulturtipps zum Jahresausklang als Anregungen für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung. Dazu gehören unter anderem das Buch „Maschinen wie ich“ von Ian McEwan und die Ausstellung „Making van Gogh“ im Frankfurter Städelmuseum.

688



Foto: Manuel Maier

### Dr. Susanne Johna ist neue Bundesvorsitzende des Marburger Bundes

Am 9. November wurde Präsidiumsmitglied Dr. Susanne Johna auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes (MB) zur neuen Bundesvorsitzenden gewählt. Die Internistin und Oberärztin für Krankenhaushygiene ist die erste Frau an der Spitze des Verbandes.

691

## Mensch und Gesundheit

Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. med. Martin Sebastian über die personalisierte Tumorthherapie ..... 690

## Fortbildung

Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder in der Allgemeinmedizin ..... 693

Digitales Lernen und Blended Learning. Zehn Jahre Lernplattform bei Akademie und COS ..... 694

Vom Nebenbefund zum Bad Guy: Fettleber bei Diabetes ..... 696

Do's und Don'ts in der Hämostaseologie: Bericht vom 10. Frankfurter Gerinnungssymposium ..... 714

**Nachrichten:** Gedenkstätte Hadamar – als Lernort lebendig erhalten ..... 713

**Personalia:** Prof. Dr. med. Hans Vettermann wird 100 Jahre alt ..... 701

**Leserbriefe** ..... 718

**Impressum** ..... 722

## Bücher



### Klinikleitfaden Innere Medizin

Jörg Braun,  
Arno J. Dormann  
(Hrsg.)

S. 693



### Leben hoch zwei. Fragen und Antworten zu Organ- spende und Transplantation

Heiko Burrack

S. 719

## Das Hessische Ärzteblatt jetzt auch als App

Jetzt steht das Hessische Ärzteblatt als App für iOS und Android zur Verfügung und kann über den App-Store kostenlos auf Handy und Tablet heruntergeladen werden.



# Medien für unsere Mitglieder

Jeden Monat liegt es in Ihrem Briefkasten: Das Hessische Ärzteblatt, Mitgliederzeitschrift und amtliches Mitteilungsblatt zugleich, ist in den vergangenen Jahren von der Redaktion – Dr. med. Peter Zürner, verantwortlicher Redakteur, Stellvertreter Dr. med. H. Christian Piper, Katja Möhrle, Maren Grikscheit und Isolde Asbeck – weiterentwickelt worden. Mitgliederbefragungen helfen uns dabei, Ihre Wünsche zu erfahren und diese dann soweit wie möglich umzusetzen. Wir wollen Sie, unsere Leserinnen und Leser, mit einem breiten Themenspektrum erreichen: Dazu gehören qualitative hochwertige Fortbildungsartikel, die Ihnen erlauben, Fortbildungspunkte zu sammeln. Bei der Auswahl achten wir darauf, dass die Autoren keine erkennbaren Interessenkonflikte haben und die Artikel sich an bestehenden Leitlinien orientieren. Auch legen wir besonderen Wert auf verständliche Sprache und Praxisbezug. Außerdem führen wir ein internes Peer Review durch. Unser Anliegen ist, Sie über uns relevant erscheinende gesundheitspolitische Ereignisse in Hessen und in der Bundesrepublik zu informieren. Auch die unterschiedlichen berufspolitischen Positionen hessischer Ärzteverbände versuchen wir Ihnen so objektiv wie möglich nahe zu bringen. Seit diesem Jahr schreiben die Präsidiumsmitglieder Co-Editorials und greifen darin Ihnen wichtige Themen auf. Für jüngere Kolleginnen und Kollegen haben wir eine eigene Rubrik geschaffen und freuen uns auf Ihre Beiträge. Damit Sie nicht nur an Medizin denken, berichtet Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien, regelmäßig über kulturelle Highlights. Wie interessiert unsere Mitgliederzeitschrift gelesen wird, zeigt sich unter anderem an der wachsenden Zahl von Leserbriefen. Wir sind für



Fotos: Katarina Ivanisevic

„Wir wollen Sie mit einem breiten Themenspektrum erreichen.“

jede Rückmeldung, auch wenn sie kritisch ist, dankbar.

Die Befragungen zur Rezeption von Hessischem Ärzteblatt, Website und Sozialen Medien (Facebook und Twitter), die von der Stabsstelle Medien inhaltlich und redaktionell betreut werden, machen deutlich, dass vor allem jüngere Mitglieder rege auf unsere Online-Angebote zurückgreifen. Häufig nutzen sie dafür ihr Mobiltelefon oder Tablet. Webmasterin Katja Kölsch, Katja Möhrle und Alla Soumm überarbeiten derzeit den Internetauftritt der Kammer. Dieser soll ein modernes Gesicht und vor allem eine transparente, bedienerfreundliche Struktur erhalten. So achten wir bei der laufenden Überarbeitung darauf, dass Sie möglichst einfach das finden, was Sie suchen. Hierbei orientieren wir uns unter anderem an den Seitenzugriffszahlen. Bei Themen wie Weiterbildung und Fortbildung werden wir die am häufigsten auftretenden Fragen berücksichtigen und Ihnen die Prozesse Schritt für Schritt erklären. Auch die Suchfunktion wird verbessert, die Oberfläche übersichtlicher gestaltet und für mobile Anwendungen optimiert. Darüber hinaus wollen wir Ihnen Anfang nächsten Jahres wieder einen Newsletter anbieten, den Sie abonnieren können,

um aktuell informiert zu sein.

Bis zum Relaunch der neuen Website wird es noch eine Weile dauern. Wenn wir so weit sind, werden wir Ihnen den Start rechtzeitig im Hessischen Ärzteblatt ankündigen. Auch dann sind wir wieder auf Ihr hilfreiches Feedback gespannt.

**Dr. med. Peter Zürner**  
**Katja Möhrle**

Wir wünschen Ihnen eine frohe Adventszeit,  
ein gesegnetes Weihnachtsfest  
und ein glückliches neues Jahr 2020!

Ihr Redaktionsteam

# Gemeindenahe aufsuchende Psychiatrie

## Dr. med. Barbara Bornheimer über Akutbehandlung im häuslichen Umfeld

Dr. med. Barbara Bornheimer ist Leitende Ärztin der Vitos Klinik Bamberger Hof in der Frankfurter Innenstadt. Die Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie leitet dort seit 2010 ein multiprofessionelles und interkulturelles Team und legt besonderen Wert auf einen kultursensiblen Ansatz bei der Versorgung von psychisch Kranken. Im Gespräch berichtet sie unter anderem über die psychiatrische Akutbehandlung im häuslichen Umfeld und welchen Herausforderungen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei ihrer täglichen Arbeit begegnen.

**Die Vitos Klinik Bamberger Hof versorgt psychiatrisch Kranke, soweit es geht, in ihrem gewohnten Umfeld. Wie gehen Sie dabei vor?**

**Dr. med. Barbara Bornheimer:** Die ambulante psychiatrische Akutbehandlung zu Hause (APAH) ist eines unserer besonderen Angebote. Diese Patienten sind aus unterschiedlichsten Gründen nicht in der Lage zum Arzt zu gehen oder wollen nicht in der Klinik behandelt werden. Das können Patienten mit schweren psychotischen Erkrankungen sein, die im Moment noch nicht davon überzeugt sind, dass sie wirklich krank sind. Zum Beispiel bemerken die Angehörigen bei ihrem Sohn, dass er Stimmen hört oder Ähnliches, aber er selbst hat keinen Zugang dazu, dass er krank sein könnte. Wenn dieser Mensch damit einverstanden ist, dann suchen wir ihn auf. Über Beziehungsarbeit, Sich-Kennenlernen und Sich-Interessieren für den Hintergrund versuchen wir in Kontakt zu kommen und letztlich über das Gespräch hinaus zu einer Behandlung zu motivieren. Manchmal haben wir es auch mit schwer depressiven Patienten zu tun, die nicht aus dem Haus kommen, auch nicht aus dem Sessel oder aus dem Bett kommen oder aus irgendwelchen Gründen nicht in die Klinik wollen. Manche haben Angst davor, bevormundet zu werden, oder haben schlechte Erfahrungen gemacht. Oft geht es bei solchen Patienten darum, eine medikamentöse Therapie durchzuführen

oder zu verändern bzw. anzupassen. Aber auch unsere Pflegemitarbeiter sind hier im Einsatz, um aktivierende und strukturierende Angebote zu machen. Mit einem Spaziergang und anschließendem Kaffeetrinken sollen die Patienten zum Beispiel animiert werden rauszugehen. Die Akutbehandlung zu Hause wird auch von älteren Patienten, die zum Teil mit beginnenden oder tatsächlichen demenziellen und depressiven Erkrankungen zu tun haben, in Anspruch genommen. Gerade für diese Patienten ist jeder Wechsel des Ortes eine große Belastung. Sie würden in der Klinik ein paar Tage, wenn nicht Wochen brauchen, um sich zurechtzufinden. Gerade Ältereprofiteuren sehr von unserem Angebot.

**Warum bieten das nicht alle an? Es ist ja häufig so, dass viele Barrieren hinsichtlich eines Klinikaufenthalts vorhanden sind, die auch auf ganz konkreten Erfahrungen beruhen.**

**Bornheimer:** Bis Ende vergangenen Jahres hat uns flächendeckend die gesetzliche Grundlage gefehlt – jetzt haben wir eine. Nun gibt es die Möglichkeit, dass jedes psychiatrisches Krankenhaus in der Lage wäre, solche Teams zu bilden und auch arbeiten zu lassen. Aber die Barrieren in den Köpfen sind oft sehr hoch bei den Beteiligten.

**Wahrscheinlich ist eine Behandlung zu Hause auch mit mehr Zeit und Aufwand verbunden, als wenn die Patienten in die Klinik kommen?**

**Bornheimer:** Es ist zeitintensiver, ja, aber es lässt eine ganz andere Begegnung zu. Das Thema Nähe und Distanz ist ein ganz anderes. Natürlich ist man auch mehr gefordert, das zu regulieren. Also wirklich achtsam mit den Patienten umzugehen, dahingehend zu schauen, wie lange hält er die Gesprächssituation aus oder wie ist das häusliche Umfeld. Wenn die Familie sehr eng und beschützend ist, dann gehen wir eher raus und führen das Gespräch woanders. Aber es gibt auch Patienten, die selbst Schwierigkeiten haben, die Grenzen einzuhalten. Das muss man ein-



Situation eines Hausbesuchs im Rahmen einer APAH-Behandlung.

fordern, beispielsweise um eine angemessene Bekleidung bitten. Solche Dinge muss man ansprechen. Das kann nicht jeder. Es ist auch nicht jeder dazu in der Lage, irgendwo hinzugehen in diese ungewohnte Situation. Wenn ich in der Klinik mein Zimmer habe, mein Arztzimmer, das ist meine Sicherheit und ich hab' den Schlüssel. Und es passiert wirklich nicht selten, dass die Patienten auch zuschließen. Früher hat uns das geängstigt, heute nicht mehr.

**Bei diesem Konzept sehen Sie nicht nur die Defizite, sondern auch die Stärken der Patienten. Also was die Leute noch leisten können oder auch nicht.**

**Bornheimer:** Ganz genau so ist es. Wir sehen die Stärken, man sieht ganz viel, was man in der Klinik nicht sieht. Da kommt man zu jemandem hin, dem geht es nicht gut... Aber man kann die Gesamtsituation erfassen und z. B. sehen, mit welchen Hobbys er sich beschäftigt oder wie das familiäre Umfeld ist.



Foto: Maren Griltschkeit

Dr. med. Barbara Bornheimer: „Interkulturelle Kompetenz ist ein ganz wichtiges Thema für uns.“

**Wenn Sie Kollegen oder andere Teams beraten, was würden Sie diesen mitgeben, wenn sie anfangen zu Hause Patienten aufzusuchen?**

**Bornheimer:** Es ist eine total schöne und lohnende Aufgabe, die sehr bereichernd ist. Es stärkt die Patienten sehr und unterstützt sie, weil sie in ihrem häuslichen Umfeld erfahren können: Ich kann etwas machen, ich muss nicht unbedingt in die Klinik. Ich kann eine Krise überstehen, ich kann eine schwierige Zeit überstehen. Ich kann es nicht alleine schaffen, aber ich kann es selbst schaffen. Sie sind sehr viel mehr beteiligt in der Behandlung. Es ist total lohnenswert.

**Frankfurt ist eine multikulturelle Stadt mit Menschen, die aus vielen Ländern zu uns gekommen sind. Wie haben Sie sich auf diese Situation eingestellt?**

**Bornheimer:** Wir haben in der Klinik Bamberger Hof eine lange Tradition, uns dieser Gruppe zuzuwenden. Wir haben früh wahrgenommen: Diese Menschen sind da und haben auch psychische Probleme. Die werden oft nicht angemessen versorgt. Ich glaube, die Komplexität, die Anforderung und die Intensität dessen, was gebraucht wird, haben wir im Tun entdeckt. Wenn man anfängt, kultursensible Angebote zu machen, dann spricht sich das in den Communities herum. Es wird dann auch zum Selbstläufer.

Wir bieten muttersprachliche Sprechstunden an. Das ist wichtig auch für Menschen, die schon gut Deutsch sprechen, weil man sich in der Muttersprache anders verständlich machen kann. Es gibt viele Dinge, die sind schlecht übersetzbar und werden kulturspezifisch anders empfunden oder beschrieben. Jetzt kann man natürlich nicht 180 Sprachen anbieten, daher arbeiten wir auch mit Dolmetschern. Das wichtigste ist, ein Bewusstsein dafür zu haben und durch interne Schulungen und Fortbildungen dafür zu sorgen.

Interkulturelle Kompetenz ist ein ganz wichtiges Thema für uns. Wir sensibilisieren die Mitarbeiter, genau hinzuhören, Dinge mit doppeltem Ohr zu hören.

Nicht nur die medizinische Seite, sondern auch zu lernen, dieser Mensch hat eine Biografie, die ganz anders ist als meine. Wir haben einen Austausch, wir haben Fallbesprechungen. In denen profitieren wir davon, dass wir ein interkulturelles Team haben. Schon sehr viele Jahre haben wir darauf geachtet, Mitarbeiter zu finden, die einen anderen kulturellen Hintergrund haben. In unseren Fallbesprechungen geben wir uns gegenseitig Rückmeldung über Komplexitäten, die wir als westlich geborene und erzogene Menschen nicht sofort erkennen könnten. So hat vor einiger Zeit eine Kollegin ihren Fall vorgestellt: Ein Mensch aus Schwarzafrika, der ab und zu quälende Suizidgedanken hat. Im Gespräch erzählte er von mehreren Geistern, die mit ihm kommunizieren und die ihm helfen und ihm beistehen, die ihn begleiten. Diese Kollegin hat dann gesagt: „Ja, der hat zwar von Geistern erzählt, aber das war nicht psychotisch.“ Ich bin mir aber sicher, dass es viele andere Kontexte gäbe, wo dieser Mann als psychotisch eingestuft werden würde.

**Welche Erkrankungen behandeln Sie, und welche weiteren Angebote gibt es? Wie gehen die Teams miteinander um?**

**Bornheimer:** Wir behandeln alle psychiatrischen Erkrankungen. Wir haben eine psychiatrische Institutsambulanz mit Angeboten vor Ort, mit einem niedrig-

### Fallbeispiel: Trotz Psychose Perspektiven eröffnen

Ein 21-jähriger Patient wird beim Erstkontakt (vor knapp sechs Monaten) von der Mutter begleitet. Er ist sehr verschlossen und ängstlich, im Laufe des Gesprächs äußert er psychotische Symptome: Er habe Angst, werde beobachtet. Auf Nachfrage bestätigt der 21-Jährige dann auch akustische Halluzinationen: Eine Stimme kommentiere sein Verhalten, beschimpfe ihn – gerade auch, wenn er „Sachen falsch macht“.

Er hat einen Realschulabschluss, aber die Ausbildung in einer Autowerkstatt abgebrochen. Seit fast über einem Jahr ist er ohne Beschäftigung. Er habe plötzlich nicht mehr rausgehen können, die Kollegen und der Chef hätten schlecht über

ihn geredet, deshalb sei er nicht mehr zur Arbeit gegangen, sagt er. Schon im ersten Ausbildungsjahr hatte er Schwierigkeiten in der Berufsschule, konnte die erwarteten Leistungen nicht bringen. Die Mutter berichtet, dass der Sohn sich überwiegend in seinem Zimmer aufhalte, auch den Kontakt innerhalb der Familie meide.

Im Erstgespräch erklärt sich der Patient mit weiteren Terminen einverstanden. Nach umfassender ärztlicher Abklärung erfolgt auch eine psychologische Testdiagnostik. Es wird die Verdachtsdiagnose einer Erstmanifestation einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gestellt. Medikamentöse Behandlungsmög-

lichkeiten werden dem Patienten vorgestellt und eine orale Behandlung begonnen. Parallel wird eine Beratung durch den Sozialdienst initiiert, um die berufliche Perspektive zu klären.

Gruppenangebote werden mit dem Patienten besprochen, er nimmt schließlich an der Schwimmgruppe und einmal pro Woche an der Ergotherapie teil. Darüber hinaus besucht er inzwischen das Training für soziale Kompetenzen. In den Gruppen gelingt es ihm nach einiger Zeit, Kontakte zu knüpfen.

Die psychotischen Symptome sind rückläufig, die Klärung der weiteren, vor allem beruflichen Perspektive jedoch noch nicht abgeschlossen.

schwelligen Zugang. Die Wartezeiten sind mit zwei bis drei Wochen relativ kurz. Wir haben auch eine Notfall-Sprechstunde, in der die Patienten schnell ärztliche Hilfe erhalten. Es beginnt mit einem ärztlichen Gespräch, um eine Diagnose stellen zu können. Aber dann überlegen wir, welche weiteren Angebote sinnvoll sind. Wir haben Psychologen, Pflegemitarbeiter, die vor allem die Patienten zu Hause versorgen. Wir haben Sozialarbeiter im Haus, die sehr häufig gebraucht werden, weil es oft prekäre soziale Situationen sind – oder eben auch Papiere, die man nicht versteht. Wir haben viele therapeutische Angebote, im Sinne von therapeutischen Gruppenangeboten, von Ergotherapie über Bewegungstherapie mit Walken, achtsames Spaziergehen bis hin zu Schwimmen, Kegeln und Tischtennis. Wir haben psychologische Gruppenangebote mit Psychoedukation, auch speziell für Migranten in deren Muttersprache. Es gibt Gruppen zur Angstbewältigung, zur Stressbewältigung, Entspannung. Es ist ein sehr umfangreiches Angebot. Wir arbeiten auf Augenhöhe zusammen, das ist mir sehr wichtig. Jeder therapeutische Mitarbeiter hat seinen eigenen Bereich und seine Bedeutung. Es ist nicht so, dass die Ärzte die wichtigsten sind. Wir tauschen uns aus, wir haben gemeinsame Fallkonferenzen, wo alle therapeutischen Mitarbeiter beteiligt sind. Wir verstehen uns hier als ein Team, als mehrere Beteiligte an der Behandlung eines Patienten. Jeder ist gleich wichtig.

Neben der ambulanten Akutbehandlung zu Hause als Ersatz für eine vollstationäre Behandlung, haben wir noch eine Tagesklinik mit insgesamt 30 Plätzen. Da sollen die Patienten lernen, ihren Tag zu strukturieren und es in Gruppen auszuhalten, miteinander zu kommunizieren. Das ist das wesentliche Ziel neben den ärztlichen und therapeutischen Gesprächen oder auch medikamentösen Behandlung. Innerhalb dieser Tagesklinik haben wir sechs Plätze für junge Erwachsene von 16–21 Jahren. Im Moment gibt es da noch diese krasse Trennung zwischen Kinder- und Jugendpsychiatrie, und mit 18 muss man in die Erwachsenenpsychiatrie. Diese Zeit zwischen 16 und 21 ist aber eine schwierige Zeit für viele junge Menschen. Da gibt es ein spezielles Therapieangebot mit eigenen Therapeuten. Einen Teil der Gruppenangebote haben sie mit den Erwachsenen zusammen, das ist auch so gewollt, weil da auch Lerneffekte sind. Und wir haben als drittes eine Mutter-Kind-Tagesklinik für Mütter oder Väter mit peripartalen psychischen Erkrankungen. Das ist relativ häufig – und ganz besonders nach der Geburt ist Depressiv- oder Krankwerden noch mal besonders hoch stigmatisiert. Es gibt fünf Plätze und wir nehmen die Mütter (oder Väter) mit ihren Babys auf bis zum zweiten Lebensjahr. Auch ein wichtiges Angebot, das gut in Anspruch genommen wird.

**Wie gehen Sie mit Belastungen der Therapeuten im Team um? Haben Sie ein Konzept zur Burnoutprophylaxe?**

**Bornheimer:** Ein sehr wichtiges Thema. Es ist hilfreich, den Raum anzubieten, sagen zu dürfen, der Patient belastet mich oder es wird mir gerade zu viel. Also einen Raum für Reflexion zu schaffen und anzubieten. Das wird thematisiert und wird von den Kollegen angesprochen. Es gibt auch bei den Muttersprachlerinnen manchmal interne Belastungsanzeigen. Wie z. B. bei den arabisch sprechenden Kolleginnen, in der Zeit wo wir viele geflüchtete Menschen hier gesehen haben mit schrecklichsten Biografien, schrecklichste Fluchtgeschichten. Da mussten wir zum Teil ein bisschen gegensteuern, das die nicht bei wenigen landen, die dann mit diesen extrem schweren Lebensgeschichten umgehen müssen. Das war zum Teil schon sehr dramatisch. Wenn es zu viel wird, steuern wir gegen.

Es gibt bei Vitos insgesamt die Möglichkeit, einer telefonischen Beratung bei psychischer Belastung am Arbeitsplatz. Und dann gibt es externe Therapeuten, die man in Anspruch nehmen kann, um Gespräche zu führen. Das ist etwas, was der Konzern übergreifend überall anbietet.

**Interview: Dr. med. Peter Zürner  
Maren Grikscheit**

Kontakt:  
Vitos Klinik Bamberger Hof  
Oeder Weg 46  
60318 Frankfurt am Main  
Fon: 069 6780020  
E-Mail: [info@vitos-hochtaunus.de](mailto:info@vitos-hochtaunus.de)

# MEDIZIN

Fachmesse + Kongress  
für die ambulante ärztliche Versorgung

Nutzen Sie die MEDIZIN als Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform und erfahren Sie mehr über aktuelle Trends und medizinische Innovationen.

Wir freuen uns auf Sie!

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm
- + Knüpfen Sie wertvolle Kontakte und tauschen Sie sich mit Fachkollegen aus
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte

Mitten im Markt

Messe Stuttgart



BEZIRKSARZTEKAMMER  
NORDWÜRTTEMBERG  
Ideeller Träger und Kongressveranstalter

Messe Stuttgart

#Medizin20

[www.medizin-stuttgart.de](http://www.medizin-stuttgart.de)

7.–9. Februar 2020 | Freitag–Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!



# „Digitalisierung ist Hilfsmittel und kein Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte“

## Pressegespräch zu E-Health und Künstlicher Intelligenz in der Medizin

Der mediale Wirbel rund um die Digitalisierung in der Medizin ist groß, viele sprechen gar von einer digitalen Revolution. Andere Stimmen behaupten, in der digitalen Revolution hinke Deutschland hinterher. „Tatsächlich stecken wir noch in der digitalen Steinzeit“, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zum Auftakt des gut besuchten Pressegesprächs „Künstliche Intelligenz im weißen Kittel“ der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) am 15. Oktober. Zugleich warnte er vor schneller Digitalisierung um jeden Preis, wie sie derzeit auch von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) vorangetrieben werde. „Digitalisierung ist kein Selbstzweck“, betonte Pinkowski und nahm eine begriffliche Differenzierung vor: Künstliche Intelligenz (KI), zu deren Anwendungsfeldern Gesundheitsforschung und -versorgung zählten, sei kein Synonym für Digitalisierung, sondern wesentlicher Bestandteil und etwa bei der Auswertung medizinischer Bildaufnahmen weit fortgeschritten. Durch die Auswertung von Krankengeschichten könnten Computerprogramme außerdem lernen, Krankheits- und Therapieverläufe individuell vorherzusagen. Zur KI zählten auch intelligente Assistenzsysteme, die Menschen etwa nach einem Schlaganfall bei der Bewegungstherapie unterstützen. Die fünf von der hessischen Landesregierung geförderten und im Rahmen des Pressegesprächs vorgestellten E-Health-Projekte bezeichnete Pinkowski als sinnvolle Beispiele für die digitale Entwicklung der Medizin in Hessen. Dabei bediene sich das Online-Projekt der Kasseler Stottertherapie ebenfalls Künstlicher Intelligenz.

### „Keine Wunder erwarten“

„Man darf von der Digitalisierung allerdings keine Wunder erwarten, denn sie ist Hilfsmittel, das die Krankenversorgung verbessern und medizinisches Fachpersonal entlasten soll. Sie ist kein Ersatz für fehlende Ärztinnen und Ärzte“, relativier-

te Pinkowski die von Politikern und der Industrie geschürten Erwartungshaltungen. Digitalisierung müsse mit Bedacht erfolgen; vor allem dürfe die Datensicherheit nicht auf der Strecke bleiben. Nach wie vor sei das Problem des Datenschutzes nicht befriedigend gelöst, mahnte der Kammerpräsident und wies auf immer wieder auftretende Datenskandale, zuletzt etwa bei der App Ada hin. Außerdem könne KI niemals menschliche Empathie ersetzen. Pinkowski kritisierte, dass es in Hessen an entscheidenden Voraussetzungen für eine flächendeckende Nutzung digitaler Möglichkeiten mangle. Noch immer gebe es keinen flächendeckenden Zugang zu mobilem Internet in ausreichender Geschwindigkeit und keine lückenlose Mobilfunkverbindung. Ralf Münzing, Leiter der EDV-Abteilung der LÄKH und für die Umsetzung der digitalen Entwicklung in der Ärztekammer verantwortlich, ergänzte, dass viele Provider nachts zur Stromersparnis die Verbindung herunterführen.

### Wartezeiten verkürzen

Auch Prof. Thomas Friedl vom Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health Hessen und der Technischen Hochschule Mittelhessen prangerte die Verbindungsprobleme an. So sei etwa eine stabile und sichere Datenübertragung aus dem Einsatzwagen an ein Krankenhaus kaum möglich. Aus diesem Grund soll nun in einem Pilotprojekt, unabhängig von den Netzbetreibern, ermittelt werden, wo sich die Funklöcher befinden. Friedl stellte außerdem die von der Hochschule Mittel-



Richtige Weichen für die Digitalisierung in der Medizin stellen: Der Präsident der Landesärztekammer Hessen Dr. med. Edgar Pinkowski und Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien, im Gespräch mit Prof. Dr. med. Felix Rosenow, Prof. Dr. med. Ralf Muellenbach (alle rechte Tischseite von links) und Prof. Dr. med. Simon Little (links).

hessen entwickelte App „Warts-Ab“ vor, die die Wartezeit in Arztpraxen und anderen Gesundheitseinrichtungen verkürzen und überdies dazu beitragen soll, die Gefahr von Ansteckung in der Praxis zu reduzieren. Konzept ist, dass sich Patienten persönlich in der Praxis melden und mittels der App über die voraussichtliche Dauer der Wartezeit informiert werden. In der Arztpraxis werden einmalige Nummern in Form von Barcodes generiert, die den Patientennamen nicht zuzuordnen sind. Patienten können diese mit dem Smartphone abschnappen und während der Wartezeit nach Hause, zur Arbeit oder ins Café gehen. Die App teilt ihnen dann mit, wann sie an der Reihe sind.

Das Land Hessen will das Projekt gemeinsam mit der Techniker Krankenkasse bis 2020 fördern. „Warts-Ab“ mache es möglich, ohne patientenbezogene Daten auszukommen. Damit sei kein Rückschluss auf Patienten möglich, sagte Friedl, der mit der – nach zeitlicher Verzögerungen wegen der Änderung der politischen Trägerschaft Anfang 2019 – voraussichtlich erst im Dezember startenden App einen Standard im Gesundheitswesen setzen will. Und nicht nur dort: Er trete dafür ein, dass neu auf den Markt kommende Apps von einer unabhängigen Instanz, die keine Eigeninteressen hat, geprüft werden, unterstrich Friedl. Dies bedeute zugleich,

dass auch jedes Update der App geprüft werden müsse, ergänzte Dr. Pinkowski. Armin Häuser, Geschäftsführer des Kompetenzzentrums E-Health, informierte über die Einrichtung, die bis Ende 2019 mit Option auf Verlängerung um ein Jahr Ärzte, Kliniken, Gebietskörperschaften und Initiativen im Gesundheitswesen wie etwa die Landarzt-Offensive in Fragen zur Digitalisierung und Datensicherheit berät. „Wir wollen das möglich machen, was dem Patienten nutzt“, hob Häuser hervor. „Die Digitalisierung kann und soll Ärzte nicht ersetzen.“

### Mobile Tele-Intensivmedizin

Den von dem Klinikum Kassel und dem Universitätsklinikum Frankfurt gemeinsam vorangetriebenen Aufbau eines mobilen Tele-Intensivmedizin-Systems stellte Prof. Dr. med. Ralf Muellenbach, MHBA, vom Klinikum Kassel vor. Um die flächendeckende Versorgung von Intensivpatienten zu verbessern, soll die Tele-Intensivmedizin es beiden Maximalversorgern ermöglichen, sich mit kleineren Häusern sowie Rehakliniken zu vernetzen und ihre Expertise zu teilen. Über mobile Hardware (Smartphones, Tablets) sollen Ärztinnen und Ärzte der Maximalversorger künftig in Echtzeit an einer Visite teilnehmen, Laborbefunde etc. einsehen und Kollegen an anderen Häusern bei spezialisierten Fragen unterstützen können. Ein solches System, betonte Muellenbach wiederholt, dürfe jedoch nicht als Ersatz für Arztpräsenz vor Ort missverstanden werden.

### Telemedizinische Epilepsieversorgung

Da in Deutschland mehr als 600.000 Menschen von Epilepsie betroffen sind und viele von ihnen durch verspätete sowie Fehldiagnosen ihr Leben mit zahlreichen Einschränkungen führen müssen, entwickelt die Frankfurter Johann Wolfgang Goethe-Universität die Etablierung einer telemedizinischen Epilepsieversorgung. Durch telemedizinische Konsile der Epilepsiezentren Frankfurt Rhein-Main und Marburg soll vor allem die Unterversorgung des ländlichen Raums verbessert werden. Wie der Leiter des Epilepsiezenters Frankfurt Rhein-Main, Prof.

Dr. med. Felix Rosenow, MHBA, berichtete, soll zunächst die Vernetzung mit zehn Kliniken und neurologischen Praxen etabliert sowie auf die Epilepsie-Expertise für Kinder und Jugendliche ausgeweitet werden. Ziel ist es, eine rasche Therapieeinleitung mit Antiepileptika zu ermöglichen, um den Betroffenen – jenseits von Verletzungsgefahr, verminderter sozialer Teilhabe, Arbeitslosigkeit und Stigmatisierung – zu einem anfallfreien Leben zu verhelfen.

### Stottertherapie online

Der Gründer des Instituts der Kasseler Stottertherapie (KST) Dr. med. Alexander Wolff von Gutenberg stellte das neue Online-Projekt „FRANKINI“ vor, das sowohl vom Hessischen Gesundheitsministerium als auch von der Techniker Krankenkasse gefördert wird. Damit soll die international anerkannte KST auf die bisher qualitativ schlecht versorgte Altersgruppe der Drei- bis Sechsjährigen ausgeweitet werden. Im „FRANKINI“-Projekt geht es darum, die Erfahrungen der KST aus verschiedenen Bereichen wie der „FranKa Therapie“ für Sechs- bis Neunjährige zusammenzubringen und ein softwareunterstütztes Therapiekonzept zu schaffen, um eine Behandlungslücke in der Intensivtherapie zu schließen. Es entsteht eine schwerpunktmäßige Online-Therapie mit Patienten-App, Trainingssoftware, Videokommunikation und automatisierter Sprachanalyse. Besonders dabei ist, dass die Eltern online zu Experten in Sachen Stottern und zu Co-Therapeuten ihrer Kinder ausgebildet werden. Darüber hinaus werden im Rahmen des Projektes Logopäden zu Online-Fachtherapeuten weitergebildet – was neben einer Versorgungsverbesserung für die Patienten langfristig auch zu einer Kostenersparnis für die Krankenkassen führen soll. Seine Präsentation nahm Wolff von Gutenberg zum Anlass, auf den Weltstottertag am 22. Oktober hinzuweisen – und darauf, dass weltweit 85 Millionen Stotternde keinen Zugang zu Therapien haben.



Dr. med. Alexander Wolff von Gutenberg, Armin Häuser, Prof. Thomas Friedl und Dr. med. Peter Zürner (Präsidiumsmitglied und Verantwortlicher Redakteur des Hess. Ärzteblattes).

### Telemedizin im Rettungsdienst

Prof. Dr. med. Simon Little, Technische Hochschule Gießen, bot einen Ausblick auf die Telemedizin im Rettungsdienst. Vor dem Hintergrund der steigenden Einsatzzahlen, die einerseits dem medizinischen Fortschritt, andererseits den auf die Klinikspezialisierung zurückzuführenden erhöhten Sekundärtransportzahlen geschuldet sind, soll der Rettungsdienst per Videokonsultation telenotärztlich unterstützt werden. In nicht lebensbedrohlichen Fällen sollen damit medizinische Maßnahmen auch ohne persönliche Anwesenheit von Notärzten möglich werden – „damit diese dort sein können, wo sie wirklich gebraucht werden“. Dafür wurden in den Landkreisen Marburg-Biedenkopf, Gießen und Vogelsbergkreis sämtliche Rettungswagen mit identischen EKG-Geräten ausgestattet, die alle aufgezeichnete Werte und Kurven in Echtzeit übertragen können. Durch Datenübertragung und Videotelefonie als einer Fortführung des bereits bestehenden Callback-Systems sollen fortan Notfallsanitäter durch Hintergrundärzte in ihren Entscheidungen ohne Zeitverzögerung unterstützt werden können. Little wies auch darauf hin, dass von KI in der deutschen Krankenhauslandschaft noch keine Rede sein könne: „Es geht vielmehr um die Bereitstellung effektiver digitaler Werkzeuge, die nicht zum Selbstzweck, der zu Mehrarbeit führt, werden dürfen.“ Abschließend stellte Ärztekammerpräsident Dr. Pinkowski fest: „Ärztinnen und Ärzte sind keine Digitalverhinderer oder -bremser. Im Gegenteil: Alle vorgestellten Projekte sind in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten entstanden. Das ist der richtige Weg – inklusive der Berücksichtigung des Datenschutzes.“

**Katja Möhrle, Alla Soumm**

# Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang



Foto: Courtesy The Cleveland Museum of Art

Vincent van Gogh (1853–1890) – zentrale Werke im Städel: Die Pappeln in Saint-Rémy, 1889. Öl auf Leinwand. The Cleveland Museum of Art, Vermächtnis von Leonard C. Hanna, Jr. 1958.

Wie jedes Jahr im Dezember finden Sie in Parlando wieder Bücher- und Ausstellungstipps. Mit diesen Anregungen für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung wünschen wir Ihnen frohe Weihnachten und alles Gute für 2020.

## Bücher

### Fluch und Segen künstlicher Intelligenz: „Maschinen wie ich“



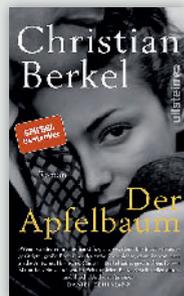
Im Zeitalter der Digitalisierung scheinen sich Mensch und sogenannte künstliche Intelligenz einander anzunähern. Doch die Idee, einen künstlichen Menschen zu erschaffen, ist nicht neu. Groß und mächtig sollte das Wesen werden, das Mary Shelleys Romanfigur

Viktor Frankenstein einst aus toter Materie erschuf. Tatsächlich entpuppte sich das Geschöpf allerdings als so hässlich und furchteinflößend, dass Frankenstein es sich selbst überließ und damit eine Katastrophe einleitete. In seinem Roman „Maschinen wie ich“ beschreibt der britische Autor Ian McEwan Fluch und Segen künstlicher Intelligenz. Adam heißt der Roboter, den McEwans Protagonist Charlie erwirbt und gemeinsam mit seiner geliebten Nachbarin Miranda programmiert. Anders als Frankensteins Monster ist Adam attraktiv, lernbegierig und absolut ehrlich – ein Roboter mit Prinzipien. Dass auch er sich in Miranda verliebt, hindert ihn keineswegs daran, einem dunklen Geheimnis der jungen Frau auf die Spur zu kommen und dieses – darin liegt sein Schrecken für die moralisch elastischen Menschenwesen – als personifiziertes Gewissen zu entschlüsseln.

Faszinierend schildert McEwan die Unvereinbarkeit menschlicher Unzulänglichkeit und einprogrammierter Prinzipientreue vor dem Hintergrund der historisch verwandelten Achtziger Jahre des letzten Jahrhunderts.

*Ian McEwan: Maschinen wie ich Roman; aus dem Englischen von Bernhard Robben; Diogenes, Zürich 2019; 416 S., 25 €, als E-Book 21.99 €*

### Über das Erinnern: „Der Apfelbaum“

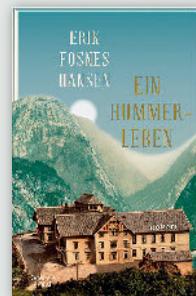


14 Jahre lang spielte Christian Berkel in der ZDF-Freitagsseriens „Der Kriminalist“ den Viktimologen Bruno Schumann. Mit seinem im Oktober 2018 erschienen Roman „Der Apfelbaum“, über den Daniel Kehlmann urteilte, es sei nicht etwa der Roman eines Schauspielers, Christian Berkel sei Schriftsteller – und was für einer!, erweist er sich als versierter Autor eines Familienepos, der zeigt, wie brüchig Lebensläufe sein können und wie wichtig das Erinnern ist. Auf mehreren Ebenen erzählt Berkel die Geschichte seiner Familie, setzt sie aus Ge-

sprächen mit seiner hochbetagten jüdischen Mutter über ihre Erinnerungen an die Nazi-Zeit, an ihre Flucht aus Deutschland nach Paris, dann zurück nach Leipzig und später ihre Emigration nach Argentinien sowie eigenen Recherchen zusammen. Zurück in Deutschland traf die Mutter einst ihre große Liebe wieder, die Christian Berkels Vater wurde. Unter dem Apfelbaum, der dem Roman seinen Titel gab, unterhielten sich seine Mutter und ein Verwandter nach dem Krieg über die vergangene Nazi-Zeit.

*Christian Berkel: Der Apfelbaum Roman, Ullstein 2018, 416 S., 22 €*

### Scheinbares Idyll in den Bergen: Ein Hummerleben



Der norwegische Autor Erik Fosnes Hansen gilt als Geschichtenerzähler alter Schule. In den neunziger Jahren wurde er mit seinem Roman über die Titanic und ihr Orchester, „Choral am Ende der Nacht“, und dem Nachfolger „Momente der Geborgenheit“ bekannt. Zur diesjährigen Buchmesse mit dem Schwerpunktland Norwegen erschien sein im Original bereits 2016 veröffentlichter melancholischer Roman „Ein Hummerleben“ in deutscher Übersetzung. Die Geschichte spielt irgendwo in den norwegischen Bergen in einem Hotel, das seine glanzvollen Zeiten längst hinter sich gelassen hat. Einst ein Eldorado für Wanderer, Skiläufer und Fliegenfischer, trudelt das detailverliebt beschriebene Haus nun seinem Niedergang entgegen. Sedd heißt der bei seinen Großeltern in dem Hotel lebende und arbeitende Ich-Erzähler, der das Geheimnis seiner verschwundenen Mutter und die Identität seines unbekanntem Vaters ergründen will. Sein Großvater, der Hotel-Direktor, versucht, den Niedergang der nur noch scheinbar idyllischen Herberge mit einem „Rundum-sorglos-Hochzeitsfeier“-Paket aufzuhalten. Was den Roman neben den verschiedenen



Foto: © National Gallery of Art, Washington, Alisa Mellon Bruce Collection, 1970.17.34

Vincent van Gogh (1853–1890), Bauernhaus in der Provence, 1888; Öl auf Leinwand, 46,1 x 60,9 cm, National Gallery of Art, Washington

Handlungssträngen lesenswert macht, ist Fosnes Hansens sensibles Gespür für Stimmungen und Atmosphäre.

*Erik Fosnes Hansen: Ein Hummerleben. Kiepenheuer und Witsch Verlag, Köln 2019, 384 S., 24 €*

## Ausstellungen

**„Making van Gogh“ im Frankfurter Städel**  
Verschlungene Gassen, von Platanen gesäumte kleine Plätze und Springbrunnen: Das malerische, in die südfranzösische Landschaft gebettete Saint-Rémy-de-Provence hat Vincent van Gogh (1853–1890) zu einigen seiner schönsten Werke – darunter „Die Pappeln in Saint-Rémy“ – inspiriert. In der Nervenheilstätte der Kleinstadt wurde ihm das Malen als Therapie erlaubt. Der Künstler war von dem Licht der Provence begeistert. Sein 16-monatiger Aufenthalt in Arles gehörte zu seinen produktivsten Schaffensphasen. 50 zentrale Werke von Vincent van Gogh aus allen Schaffensperioden bilden den Kern der Ausstellung „Making van Gogh – Geschichte einer deutschen Liebe“, die das Frankfurter Städel bis zum 16. Februar 2020 zeigt. Im Zentrum der Schau steht die Genese des „Mythos van Gogh“ um 1900 sowie die Bedeutung seiner Kunst

für die Moderne in Deutschland. Insbesondere für die jungen Expressionisten war van Goghs Malerei Vorbild und maßgebliche Inspirationsquelle.

Schon 1901 wurde van Gogh die erste große Ausstellung in Deutschland gewidmet. Die Erfolgsgeschichte des Malers ist dabei eng mit dem Frankfurter Städel verbunden. Für den Aufbau einer modernen Kunstsammlung durch den Städtischen Museums-Verein erwarb das Museum 1908 das Gemälde „Bauernhaus in Nuenen“ (1885) und die Zeichnung „Kartoffelpflanzerin“ (1885). „Das Bildnis des Dr. Gachet“ (1890), eines der berühmtesten Gemälde van Goghs, gelangte drei Jahre später in das Städel. In der aktuellen Ausstellung – der umfangreichsten Präsentation mit Werken des niederländischen Malers seit fast 20 Jahren in Deutschland – werden mehr als 120 Gemälde und Arbeiten auf Papier gezeigt.

<https://www.staedelmuseum.de>

### Gewebte Manifeste in der Frankfurter Schirn

Hannah Ryggens monumentale Bildteppiche sind grandios, ornamental und häufig politisch. Mit selbst hergestellten Materialien entstanden die meisten von ihnen an einem selbst gebauten Webstuhl in der

norwegischen Einöde. Dorthin waren die schwedisch-norwegische Textilkünstlerin Ryggen (1894–1970) und ihr Mann, der norwegische Landschaftsmaler Hans Ryggen, 1924 gezogen.

Unter dem Titel „Hannah Ryggen. Gewebte Manifeste“ ist in der Frankfurter Kunsthalle Schirn noch bis zum 12. Januar 2020 eine beeindruckende Einzelausstellung der Künstlerin zu sehen, die als Vertreterin einer anderen Art von Moderne gilt, in der sich Elemente aus Volkskunst und Mythologie mit Themen der Gegenwart mischen. Über sich selbst sagte sie: „Ich bin eine Malerin, keine Weberin; eine Malerin, deren Werkzeug nicht der Pinsel ist, sondern der Webstuhl.“

Was ihre Arbeiten so einzigartig macht, sind die Geschichten, die sie in ihre mit pflanzlichen Pigmenten gefärbten Tapiserien webt. Machtmissbrauch und Kriegsgräuere sind ebenso Gegenstand ihres künstlerischen Schaffens wie die menschliche Abhängigkeit von der Natur, die Verbindung zu Familie und Mitmenschen. Ryggen greift in ihrem Werk Despoten wie Hitler und Mussolini an und setzt sich für die Opfer von Faschismus und Nationalsozialismus ein. Aber sie nimmt auch Hoffnungsträger ihrer Zeit wie Carl von Ossietzky, Lieselotte Herrmann und Albert Einstein in ihre Bildteppiche auf.

<https://www.schirn.de>

### Katja Möhrle



Foto: Trondheim Kunstmuseum, Norwegen, YG BildKunst, Bonn 2019

Hannah Ryggen, Grini, 1945, Bildteppich aus Wolle und Leinen, 191,5 x 168,5 cm

## „Vom Ziel der Heilung sind wir weit weg“

### Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. med. Martin Sebastian über die personalisierte Tumorthherapie

„Personalisierte Therapie kann bei bestimmten Tumorarten das Leben verlängern“, sagt Dr. med. Martin Sebastian. Doch Gesundheitsminister Jens Spahn (CDU) irre mit der Annahme, dass sie Krebs garantiert besiegen kann. „Vom großen Ziel der Heilung sind wir weit weg.“

Sebastian ist der Referent des von Dr. med. Johannes Knollmeyer moderierten Bad Nauheimer Gesprächs Mitte September in den Räumen der Landes Zahnärztekammer in Frankfurt-Niederrad. Der Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und medizinische Onkologie sowie Pneumologie und spezielle internistische Intensivmedizin arbeitet seit 2011 als Oberarzt an der Universitätsklinik Frankfurt. Zudem ist er Standortsprecher für das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) in Frankfurt und leitet die Studienambulanz der José-Carreras Ambulanz für molekulare Therapien. Der Experte für klinische Studien und personalisierte Tumormedizin erläutert anhand des Lungenkarzinoms, was möglich ist oder sein kann. Denn es gibt Grenzen – organisatorische, finanzielle, auch medizinische.

In seinem Vortrag geht es um die Struktur der Tumorzellen, um Mutationen, die das Erbgut verändern. Und Medikamente, die die Aktivierung der Zellen verhindern können. Ist ein Tumorgenom entschlüsselt, sagt er, sei es möglich zu differenzieren. Fünf bis zehn Tage dauere es, bis das Testergebnis des Pathologen vorliegt.

Bei Brustkrebs sei die zielgerichtete Therapie schon früh eingesetzt worden. Von

Lungenkrebskranken hingegen sage man oft, sie seien selbst schuld an ihrer Krankheit. „Sie haben keine Lobby.“ Dabei sind die meisten Patienten, von denen er an diesem Abend spricht, Nichtraucher.

Etwa die 35-Jährige, in deren rechter Lunge sich ein Tumor massiv ausgebreitet hat. Eine Chemotherapie brachte keine Veränderung. Nachdem das Ergebnis der Mutationsanalyse vorlag, erhält die Frau eine Tablette am Tag – „ohne Nebenwirkungen“. Der gewünschte Erfolg stellte sich ein, das Gewebe vernarbte. Seit fünf Jahren nimmt sie die Medikamente, kann sogar wieder arbeiten, sagt Sebastian. „Das einzige, was sie betrübt, ist, dass sie keine Familie gründen kann.“ Das sei zu riskant. Auch bei älteren Patienten funktioniere die personalisierte Medizin, versichert der Experte seinen Zuhörern. Er geht davon aus, dass für 20 Prozent der Lungenkrebspatienten eine solche Behandlung möglich sei. Die Nebenwirkungen seien nicht vergleichbar mit denen der Chemotherapie. Doch es könnten sich welche einstellen: etwa Hautveränderungen wie in der Pubertät oder Durchfall. „Das ist alles gut zu managen.“



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Dr. med. Martin Sebastian: „Es geht darum, den Krebs zu einer chronischen Erkrankung zu machen.“

Dennoch besteht kein Anlass zur Euphorie: „Es kann sein, dass in zwei, drei Jahren ein Tumor an einem anderen Organ wächst.“ Es gehe vor allem darum, Zeit und Lebensqualität zu gewinnen – und „den Krebs zu einer chronischen Erkrankung zu machen.“

Am Ende seines Vortrages zählt der Referent auf, was notwendig ist, um die Forschung voranzutreiben: eine flächendeckende Versorgung mit Spitzenmedizin, um außerhalb klinischer Studien Daten aus der realen Welt gewinnen zu können. Eine Antwort auf die Frage, was die Gesellschaft sich leisten kann: Eine Behandlung koste 8.000 Euro im Monat. Zugleich fordert Sebastian, dass die aktuellen Erkenntnisse bereits in der Fortbildung den Ärzten vermittelt werden sollten, damit jeder Tumorpatient getestet wird. Seine Vision: Ein Netz mit Zentren, die Hospitäler und Praxen mit ihrem Know-how versorgen, wie sie das nNGM verfolgt: „Wir brauchen eine dezentrale wohnortnahe onkologische Versorgung mit Netzwerkbildung.“ Und eine Debatte, wie sie in England bereits abgeschlossen ist. Dort sind die Ausgaben pro Patient gedeckelt. „Wir müssen offen über Kosten und Nutzen diskutieren.“

### Ziele

Das nationale Netzwerk Genomische Medizin (nNGM) hat sich folgende Ziele gesetzt:

- Implementierung einer qualitätsgesicherten molekularen Multiplex Diagnostik in die klinische Routine.
- Qualifizierte, Industrie-unabhängige Beratung zur therapeutischen Kon-

sequenz der Diagnostik/gemeinsame intersektorale Tumorboards.

- Rascher wohnortnaher Innovationstransfer zum Patienten.
- Gemeinsame Evaluation personalisierter Therapien auch nach Zulassung.

Informationen im Internet unter: [www.nngm.de](http://www.nngm.de)

Jutta Rippegather

## Dr. med. Susanne Johna ist neue Bundesvorsitzende des Marburger Bundes

Am 9. November wurde Dr. med. Susanne Johna auf der Hauptversammlung des Marburger Bundes (MB) zur neuen Bundesvorsitzenden gewählt. Die Internistin und Oberärztin für Krankenhaushygiene im St. Josefs-Hospital in Rüdeseim ist die erste Frau an der Spitze des Verbandes. Johna (54) gehört seit 2003 der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) an, ist seit 2013 Präsidiumsmitglied der LÄKH und seit 2016 Mitglied des Vorstands der Bundesärztekammer. Wir haben Susanne Johna, die bereits seit 2013 Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen ist, nach ihrer Wahl zur Bundesvorsitzenden des MB zu ihren Zielen befragt.

**Herzlichen Glückwunsch zu Ihrer neuen Position. Sie haben vor der Wahl erklärt, es sei Ihr oberstes Ziel, dass Ärztinnen und Ärzte die Unabhängigkeit und das Rückgrat eines freien Berufes leben. Was muss geschehen, damit dieses Ziel erreicht werden kann?**

**Dr. med. Susanne Johna:** Zunächst ist es wichtig, dass sich die Ärzteschaft auf die Grundfesten der ärztlichen Profession besinnt, denn mancher Ärztin und manchem Arzt ist gar nicht bewusst, dass die Definition des freien ärztlichen Berufs auf die vom Gesetzgeber erlassene Bundesärzteordnung zurückgeht. Auf dem Boden von Bundesärzteordnung und ärztlicher Berufsordnung ist ganz klar, dass Ärztinnen und Ärzte in Deutschland, egal ob angestellt oder selbstständig tätig, in einem freien Beruf arbeiten und unbeeinflusst ärztliche Entscheidungen treffen. Wir müssen immer wieder das Bewusstsein dafür schaffen, gerade auch bei jungen Kolleginnen und Kollegen, die von Anfang an den Druck durch Kommerzialisierung und Arbeitsverdichtung spüren. Ihnen müssen wir durch unser Vorbild zeigen, dass man sich diesem Druck nicht beugen muss.

**Sie wollen der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens entgegenreten. Welche Möglichkeiten hat der Marburger Bund?**



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Susanne Johna: Ärztinnen und Ärzte sollen die Unabhängigkeit eines freien Berufes leben

**Johna:** Der Marburger Bund – mit über 124.000 freiwilligen Mitgliedern der größte Ärzterverband Europas – hat in der Bundespolitik Gewicht. Wir wollen die Abschaffung des DRG-Systems, das die Kommerzialisierung forciert hat und starke Fehlanreize setzt. Der Einstieg in den Ausstieg aus den DRGs ist schon durch die Ausgliederung der Pflegepersonalkosten erfolgt. Auf unserer Hauptversammlung haben wir einen Beschluss dazu gefasst und Alternativen zur Finanzierung vorgeschlagen.

**Die deutschen Kliniken kämpfen mit Personalproblemen. Erst kürzlich ist bekanntgeworden, dass Krankenhäuser Betten auf Intensivstationen nicht mehr belegen oder ganze Stationen abmelden, weil sie Vorschriften für ihre Personalausstattung nicht einhalten können. Wie beurteilen Sie diese Entwicklung?**

**Johna:** Grundursache der Personalprobleme ist die Unterfinanzierung der Krankenhäuser durch zu geringe Investitionsmittel der Länder. Dies hat dazu geführt, dass

man versucht, Finanzlücken durch Personalabbau zu stopfen. Die Arbeitsbelastung ist mittlerweile so hoch, dass sie kaum noch mit einer guten Patientenversorgung vereinbar ist. Insofern sind Personalvorgaben richtig. Allerdings sollten dabei keine Untergrenzen festgelegt werden, sondern eine aufgaben- und patientengerechte Personalausstattung für alle Krankenhausbereiche. Was Untergrenzen in der Pflege bewirken, sehen wir: Jeder Ausfall führt dazu, dass Betten geschlossen werden müssen und Personal in andere Abteilungen verschoben wird. Als Marburger Bund definieren wir in Tarifverträgen für Ärztinnen und Ärzte eine maximale Anzahl von Schicht- und Bereitschaftsdiensten sowie von Arbeit an den Wochenenden. Dennoch brauchen wir auch für den ärztlichen Dienst Personalvorgaben.

**In der Bertelsmann-Studie wurde dafür plädiert, kleine Krankenhäuser zugunsten großer Spezialzentren zu schließen. Halten Sie diesen Vorschlag für sinnvoll, oder sehen Sie Gefahren für die ärztliche Versorgung der Bevölkerung?**

**Johna:** Wir brauchen beides: Kleine Krankenhäuser, die im ländlichen Bereich die Daseinsvorsorge sicherstellen und spezialisierte Zentren. Es ist doch paradox, wenn mit großem Aufwand ein 12-Punkte-Programm für gleichwertige Lebensverhältnisse im urbanen und ländlichen Raum von der Bundesregierung verabschiedet, aber die flächendeckende Krankenhausversorgung in Frage gestellt wird. Ebenso macht es keinen Sinn, wenn in städtischen Bereichen drei Kliniken die gleichen Subspezialisierungen anbieten. Gerade dort ist im Sinne der Patienten eine bessere Abstimmung erforderlich. Daher brauchen wir eine aktive Landeskrankenhausplanung. Wir dürfen nicht vergessen, dass viele Patienten auf Grund ihrer Multimorbidität nicht so sehr eine Subspezialisierung, sondern viel mehr breit weitergebildete Ärztinnen und Ärzte benötigen.

**Interview: Katja Möhrle**



# Impfkampagne „Firewall für den Körper – Jetzt impfen!“ in Hessen gestartet

**Ärzttekammerpräsident ruft Ärzte dazu auf, auch sich selbst und das medizinische Personal impfen zu lassen**

Mit einer Pressekonferenz ist am 12. November 2019 die Impfkampagne „Firewall für den Körper – Jetzt impfen“ des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI) gestartet, an der sich die Landesärztekammer Hessen und die Kassenärztliche Vereinigung als Kooperationspartnerinnen beteiligen.

Ziel der Impfkampagne ist es, die Akzeptanz aller von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Impfungen zu steigern und die Impfquote zu erhöhen. Obwohl Hessen im Ländervergleich überdurchschnittliche Impfquoten aufweist, gibt es auch hier Impflücken. So haben 3,1 Prozent aller 2015 in Hessen geborenen Kinder bis zum Alter von zwei Jahren keine einzige der 13 empfohlenen Impfungen erhalten, wie aus dem im September veröffentlichten Barmer Arzneimittelreport hervorgeht. Das nationale Impfziel, die Masern zu eliminieren, ist ebenfalls noch nicht erreicht (am 14.11.2019 hat der Bundestag die Impf-Pflicht für Masern beschlossen, Anm. der Red.). Es sei auch noch nicht in jeder Hausarztpraxis zur Routine geworden, die Patienten gezielt nach ihrem Impfpass zu fragen, so Klose.

## Kampagne für alle Altersgruppen

Die Kampagne beginnt mit einem Informationspaket, das auf die Grundimmunisierung von Kindern im Einschulungs- und Grundschulalter ausgerichtet ist. Plakate in Gesundheitsämtern, Kindergärten und Kinderarztpraxen sowie ein Info-Flyer, der bei den Schuleingangsuntersuchungen ausgegeben wird, informieren Eltern über die Vorteile des Impfschutzes und erin-



nern an vergessene Auffrischungen und Folgeimpfungen. Nach dem Impf-Piks gibt es bei der Kinderärztin oder dem Kinderarzt ein hautfreundliches Klebetattoo. Als Maskottchen für die Kampagne wurden zwei Comic-Figuren (Virus und Bakterium) entwickelt, die für das Thema Impfen sensibilisieren sollen. Künftig soll die Kampagne Schritt für Schritt auf weitere Zielgruppen ausgeweitet und sollen Info-Angebote für Jugendliche, Erwachsene und Senioren entwickelt werden.

Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, ruft Ärztinnen und Ärzte zur Impfberatung und zu vermehrten Impfausweiskontrollen von Patienten auf. „Außerdem appelliere ich an meine Kolleginnen und Kollegen, sich selbst und das medizinische Personal impfen zu lassen. Durch das eigene Beispiel können wir unsere Patienten einmal mehr von der Notwendigkeit von Impfungen überzeugen.“

Im Rahmen der Kampagne sind neben der Aufklärung Impfpasskontrollen und Beratungen in Schulen geplant. Informiert wird über alle von der Ständigen Impf-

kommission empfohlenen Impfungen, einschließlich der gegen die sexuell übertragbaren Humanen Papillomviren (HPV).

## Impfstrategie

Bereits im Frühjahr 2019 hatte das HMSI die „Landesarbeitsgemeinschaft Impfen“ ins Leben gerufen, zu deren Mitgliedern die Landesärztekammer Hessen, Berufsverbände der ärztlichen Fachgebiete, die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, der Öffentliche Gesundheitsdienst und zahlreiche weitere Akteure zählen. Dieses Gremium soll die Integrierte Landesimpfstrategie unterstützen und dazu beitragen, den Impfgedanken in der Bevölkerung zu verankern. Ziel ist die nachhaltige Erhöhung der Impfquoten in Hessen auf Basis gut informierter Entscheidungen.

Informationen unter:

<https://soziales.hessen.de/presse/pressemitteilung/firewall-fuer-den-koerper>

<https://impfen.hessen.de/>

**Katja Möhrle**

## Das Hessische Krebsregister zieht um

Am 2. Dezember ziehen die Landesauswertungs- und Abrechnungsstelle und am 9. Dezember 2019 die Vertrau-

ensstelle an einen gemeinsamen Standort:  
Lurgiallee 10, 60439 in Frankfurt a. M.

Informationen finden Sie auf der Website des Hessischen Krebsregisters:  
[www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de)

# Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder in der Allgemeinmedizin

Die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen bietet seit dem Jahr 2016 Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder an. Darüber hinaus werden seit 2018 weiterführende Seminare (Train the Trainer-Aufbauseminare) angeboten. Ziel ist eine Vertiefung und Erweiterung der Expertise der Teilnehmerinnen und Teilnehmer für das Fach Allgemeinmedi-

zin und somit die Gestaltung einer strukturierten, attraktiven und qualitativ hochwertigen Weiterbildung für angehende Allgemeinmediziner. Das Kompetenzzentrum will damit die Weiterbilder bei dieser für die Nachwuchssicherung so wichtigen Aufgabe unterstützen.

In einem Seminar über 1,5 Tage werden Weiterbilder einerseits über Gestaltungsmöglichkeiten der Weiterbildung informiert, indem unter anderem das kompetenzbasierte Curriculum Allgemeinmedizin der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Familienmedizin oder die „Meilensteine“ der Weiterbildung in der Allgemeinmedizin vorgestellt werden. Weiterhin erhalten sie ein sehr intensives „Feedback-Training“ mit Schauspielern, eine Einführung über die Bedeutung der „Fehlerkultur“ in der

Praxis mit praktischen Übungen sowie Informationen über rechtliche und organisatorische Fragen.

Insgesamt haben bereits 141 Weiterbilder an den Seminaren teilgenommen. Diese Seminare wurden durchgehend als sehr gut evaluiert. Teilnehmende waren insbesondere von der abwechslungsreichen, interaktiven Gestaltung des Seminars und der Möglichkeit des kollegialen Austauschs begeistert.

Die Gebühr wird auch im Jahr 2020 dank einer Förderung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration von dem Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin getragen. Die Kosten für Verpflegung und Übernachtung von ca. 110 € müssen im Seminarhotel selbst übernommen werden. Informationen siehe Kasten.

**Dr. med. Katharina Dippell**  
**Dr. med. Armin Wunder**  
Kompetenzzentrum  
Weiterbildung Hessen

Kontakt per E-Mail: [dippell@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:dippell@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)  
Website:  
[www.kwhessen.de](http://www.kwhessen.de)

## Train the Trainer

Fortbildung des Kompetenzzentrums Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen

### Termin:

Fr., 3.4.2020 – Sa., 4.4.2020 oder  
Fr., 13.11.2020 – Sa., 14.11.2020

Beginn um 16 Uhr/Anreisetag,  
Ende um 16.30 Uhr/Abreisetag

**Zertifizierung:** 16 Punkte



Der QR-Code für Smartphones führt zur Website der Kurse.  
[www.kwhessen.de](http://www.kwhessen.de)

**Ort:** Seminarhotel Jakobsberg, Grünberg (Hessen)

Ohne Teilnahmegebühr, € 110 für Übernachtung/Essen  
Die Teilnehmerzahl ist auf 23 begrenzt.

**Anmeldung** per E-Mail unter:  
[weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

## Bücher



### Jörg Braun, Arno J. Dormann (Hrsg.): Klinikleitfaden Innere Medizin – Mit Zugang zur Medizinwelt

14. Auflage 2019, Elsevier München,  
ISBN 9783437221941, € 52

Für die Kitteltasche! Das flexibel eingebundene Buch enthält zunächst wichtige Tipps für die Stationsarbeit: Aufnahme, Rezept, Aufklärung, „die erste Nacht“, „CIRS“-Einführung und vieles mehr. Praktische Hinweise zu den Untersuchungs- und Behandlungstechniken wie Sonografie, Punktionen, Biopsien, Infusionen, Transfusion, Schemata für die parenterale Ernährungstherapie schließen sich an. Gefolgt von den Organkapiteln der Inneren Medizin von Herz bis Stoffwechsel. Infektionsdiagnostik und dif-

ferenzierte, antibiotikakritische Behandlung sind eigene Abschnitte. Rationale Prinzipien der allgemeinen Pharmakotherapie werden umfassend beschrieben und mit Tabellen zur Dosierung dargestellt.

Im Telegrammstil bietet der Klinikleitfaden eine prägnant gegliederte Darstellung der gesamten Diagnostik und Therapie in der Inneren Medizin. Klare Bilder, Schemata, Tabellen, Leitlinien-Hinweise und ein Index erleichtern einen schnellen Überblick. Klinisch tätige Kolleginnen und Kollegen in der Weiterbildung werden das geballte Wissen auf 845 Seiten trotz 550 Gramm Gewicht gerne in der Kitteltasche tragen. Vor dem Facharztexamen kann das Werk bestens als Repetitorium genutzt werden. Für Studierende bietet es Zugang in die gesamte Innere Medizin: Systematisches Erkennen, Verstehen und die Ableitung zielgerichteten Handelns werden auch bei komplexen Erkrankungszuständen klug und verständlich angeleitet.

**Dr. med. H. Christian Piper**  
Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie Wiesbaden



Foto: © adfruch na chiangmai – stockadobe.com

Lernen überall und jederzeit: auf Reisen oder zu Hause.

## Digitales Lernen und Blended Learning

### Zehn Jahre Lernplattform bei Akademie und COS

Moderne didaktische Methoden – die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (COS) der Landesärztekammer Hessen sehen darin Herausforderung und Qualitätsanspruch zugleich.

Das Digitale Lernen hat in der Aus-, Fort- und Weiterbildung schon lange Einzug gehalten und seitdem eine rasante Entwicklung durchlaufen. Vor allem die zeitliche und örtliche Flexibilität bietet Ärztinnen und Ärzten die Möglichkeit, sich trotz beruflicher Verpflichtungen und voller Terminkalender qualifiziert fortzubilden.

Präsenzveranstaltungen können vorbereitet und Inhalte erarbeitet werden – unabhängig von Zeit und Ort. E-Learning-Anteile können in Kursen ganze Präsenztage ersetzen – und viele entscheiden sich gerade deshalb für die Teilnahme an einer Fortbildung, die sonst aufgrund des Zeitaufwandes nicht realisierbar wäre.

Digitales Lernen bietet zudem die Möglichkeit, Lerngruppen bereits vor Veranstaltungsbeginn zu homogenisieren und unterschiedliche Wissensstände anzugleichen. Auch in diesem Kontext muss der persönliche Kontakt zwischen Lehrenden und Lernenden ein tragendes Element jeder Bildungsveranstaltung bleiben. Aus diesem Grund setzen die Akademie und die COS verstärkt auf Blended-Learning-Konzepte und somit auf eine didaktisch sinnvolle Verzahnung der Inhalte

aus Präsenzveranstaltung und zugehörigem E-Learning. Dieser Ansatz hat inzwischen zahlreiche Veranstaltungskonzepte geprägt.

#### Blended Learning im ärztlichen Kontext

Im Blended Learning ergänzen sich die Vorteile von Präsenzveranstaltungen mit den Vorteilen von reinem E-Learning und ergeben ein qualitativ hochwertiges Gesamtkonzept. Gerade in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung ist es wichtig und somit ein Vorteil gegenüber reinem E-Learning, dass praktische Anteile weiterhin in der Präsenzveranstaltung stattfinden können und ein persönlicher Diskurs und Erfahrungsaustausch ermöglicht wird. Ein aktuelles Beispiel dafür ist die Zusatz-Weiterbildung „Manuelle Medizin/Chirotherapie“, in der vor Beginn der Präsenzveranstaltung viele der theoretischen Anteile in einer vierwöchigen Telelernphase erarbeitet werden. Die Präsenzphase kann so vorwiegend für praktische Übungen und für den kollegialen Austausch genutzt werden.

#### Von der Idee zur Umsetzung

Die Entwicklung von Veranstaltungen im Blended Learning beginnt meist damit, dass vor dem Hintergrund von Curricula aus Fort- und Weiterbildung mit allen Be-

teiligten an Ideen und Konzepten gefeilt wird – Unterrichtseinheiten und Inhalte werden didaktischen Methoden zugeordnet. Erst danach steht fest, welche Anteile auf der Lernplattform umgesetzt werden sollen. Der weitere Entstehungsprozess verläuft so vielfältig, wie die Veranstaltungskonzepte und das jeweilige fachspezifische Umfeld es verlangen. So können unsere Kursleiterinnen und -leiter im besten Fall aus vorhandenem Material die erforderlichen Inhalte zusammenstellen und diese aus ihrer Erfahrung heraus kommentieren und ergänzen. Häufiger ist es nötig, neue Texte zu verfassen – Kursleiter und Referenten werden dann zu Autoren und erstellen neue Lehrgänge. Die Blended-Learning-Teams der Akademie und der COS setzen die Inhalte mit didaktischem, gestalterischem und technischem Know-how um und unterstützen und beraten die Autoren in der Entwicklungsphase. Dabei steht die Nutzung der interaktiven Möglichkeiten des digitalen Lernens im Fokus.

#### Vielzahl an interaktiven Lehrgängen

Auf der Lernplattform der Landesärztekammer halten Akademie und COS gemeinsam derzeit ca. 35 aktuelle Lehrgänge verfügbar. Sie decken sowohl formal als auch funktional ein sehr breites Spektrum ab. So gibt es zum einen interaktive Lehrgänge mit Materialsammlungen, Kom-

mentierungen, Verlinkungen, Bild- und Videomaterial und interaktiven Fragen. Für Repetitorien sind Digitale Handouts und Fallbeispiele in Vorbereitung, die es den Teilnehmerinnen und Teilnehmern ermöglichen, sich zeitlich und örtlich flexibel auf Facharztprüfungen vorzubereiten, ohne dabei auf eine Fülle an Arbeitsmaterial und Ordnern zurückgreifen zu müssen. In Online-Tests erhalten Lernende die Möglichkeit, ihren Wissensstand anhand von Übungsfragen zu überprüfen oder ganz autonom interaktiv Fallbeispiele zu bearbeiten. Auch Prüfungen werden verlässlich über die Lernplattform durchgeführt, so zum Beispiel mit Ärzten in der „Ernährungsmedizin“ und in der „Qualifikation Tabakentwöhnung“ oder für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Fortbildung „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ und bei der Qualifikation der Datenschutzbeauftragten. Zudem dient die Lernplattform auch rein organisatorischen Aufgaben: Als „Sharepoint“ zur Bereitstellung von Materialien, als Buchungstool für Exkursionen oder zur Kommunikation und Information in Foren.

## Entwicklung des Digitalen Lernens in Akademie und COS

Schlagworte wie „Virtueller Klassenraum“, „E-Learning“ und „Blended Learning“ wurden bereits in den frühen 2000er-Jahren gebräuchlich. Das Projekt „LearnART“<sup>1</sup> entwickelte Lernkonstellationen für den Einsatz im Bildungswesen für Arzthelfer/-innen (so die damalige Berufsbezeichnung der MFA); ein Autorenteam der COS war von Anfang an dabei. Diese Lernkonstellationen wurden bereits im Blended-Learning-Konzept umgesetzt und direkt auf das betriebliche Umfeld der MFA zugeschnitten.

Die Akademie bot 2009 die erste Blended-Learning-Veranstaltung für Ärztinnen und Ärzte an: die Fortbildung „Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – Lärm“. Gleichzeitig begründete die Bundesärztekammer die Initiative E-Learning, an der sich die Akademie von Beginn an beteiligte. An der COS entstand zu dieser Zeit der „Schnupperkurs“, der den Einstieg in das multimediale Lernen erleichtern sollte. 2010 konnte die COS die Kurse „Qualitätsmanagement“ und „Einsatz von Informati-



Foto: Dr. Aline Zetsche

Die Ansprechpartnerinnen für die Lernplattform der Landesärztekammer (v. links): Susanne Holler, Gabriele Scholl, Katja Rühlmann und Karin Jablotschkin.

ons- und Kommunikationstechnologien“ realisieren. Diese ersten internetbasierten Lehrgänge von Akademie und COS wurden in Zusammenarbeit mit der Universität Gießen angeboten, die bereits eine Lernplattform auf Basis der Open Source Software ILIAS<sup>2</sup> betrieb. Beide Abteilungen erweiterten stetig ihr Veranstaltungsangebot im Blended Learning. Mit zunehmenden Inhalten und wachsenden Teilnehmerzahlen wurde bald eine kammereigene Lernplattform nötig, für die bis heute die Software ILIAS genutzt wird.

Damals wie heute setzen beide Abteilungen auf eine funktional gestaltete Nutzeroberfläche, eine intuitive Führung der Lernenden in den Lehrgängen und ein kompetentes Supportangebot. Dabei werden neue Softwarelösungen regelmäßig und konse-

quent geprüft und für den medizinischen Kontext zielgerichtet eingebaut. Eine technisch und didaktisch am Thema ausgerichtete Gestaltung bleibt eine anspruchsvolle Aufgabe – auch für die Zukunft.

## Ausblick

Die Nachfrage nach Veranstaltungen, die digitale Konzepte integrieren, wächst derzeit sehr schnell – bei den Teilnehmern und – besonders erfreulich – auch bei den Kursleitern. Heute haben wir die Möglichkeit, in einem fachbezogenen und ideenreichen Austausch mit Kursleiterinnen und -leitern neue interaktive Lehrgänge zeitnah umzusetzen – auf einer Basis, die die aufwendigen datenschutzrechtlichen und urheberrechtlichen Notwendigkeiten integriert hat. Dies überzeugt und eröffnet Spielräume für Neues! Wir greifen Ihre Ideen auf und werden – auch mit dem Medium „Lernplattform“ – aktuelle Entwicklungen begleiten und umsetzen.

**Susanne Holler**

**Gabriele Scholl**

**Dr. rer. nat. Aline Zetsche**

Akademie

für Ärztliche Fort- und Weiterbildung  
und Carl-Oelemann-Schule

Landesärztekammer Hessen

E-Mail: [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)

<sup>1</sup> Multimediale Lerneinheiten zur Aktiven und Reaktiven Nutzung im ARzthelferinnen Training, gefördert aus Mitteln des Bundesministerium für Bildung und Forschung und Projektpartnern (Institut für Berufs-, Wirtschafts- und Sozialpädagogik der Universität Köln und die Bundesärztekammer), Laufzeit: 01.06.2004 bis 31.05.2007

<sup>2</sup> Integriertes Lern-, Informations- und Arbeitskooperations-System

Anzeige

# Vom Nebenbefund zum Bad Guy: Fettleber bei Diabetes

Prof. Dr. med. Jörg Bojunga, Dr. med. Antonia Mondorf

## Zusammenfassung

Die nicht alkoholische Fettlebererkrankung (NAFLD) stellt eine häufige, nicht selten aber unterschätzte Komorbidität des Diabetes mellitus dar. Teilweise ist sie nicht nur Folge eines Diabetes, sondern kann diesem auch vorausgehen. Durch kardiovaskuläre und hepatische Komplikationen ist die NAFLD mit einer gesteigerten Morbidität und Mortalität verbunden. Bei Patienten aus Risikogruppen, wie dem Diabetes mellitus, sollten daher bezüglich einer NAFLD untersucht werden. Neben der Bestimmung der Steatose ist insbesondere eine Evaluation bezüglich des Vorliegens einer Leberfibrose empfohlen. Eine fortgeschrittene NAFLD geht – neben dem allgemein erhöhte Malignomrisiko bei Diabetikern – mit einem erhöhten Risiko für ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) einher. Ab Vorliegen einer fortgeschrittenen Leberfibrose ist daher ein ultraschallbasiertes HCC-Screening, gegebenenfalls ergänzt durch eine AFP-Messung, empfohlen.

Neben Allgemeinmaßnahmen zur Therapie einer Adipositas und Insulinresistenz kann zudem die Wahl des Antidiabetikums sowie der Einsatz von Statinen bei entsprechender Indikation einen günstigen Einfluss auf die NAFLD zeigen. Steigende Inzidenzen von NAFLD und Diabetes erfordern ein zunehmendes Bewusstsein für die Zusammenhänge beider Erkrankungen und sollten notwendige diagnostische und therapeutische Interventionen nach sich ziehen.

## Fettleber bei Diabetes – eine häufige Kombination

Von einer Fettleber wird dann gesprochen, wenn die Leber mehr als 5 % Fett enthält – auch wenn dieser Wert wissenschaftlich nicht ausreichend begründet erscheint. Eine nicht-alkoholische Fettleber kann dann diagnostiziert werden, wenn Frauen weniger als 10 g und Männer weniger als 20 g

Alkohol pro Tag konsumieren. Zudem muss eine andere relevante Lebererkrankung – das heißt insbesondere eine hereditäre, autoimmune oder virale Lebererkrankung – ausgeschlossen sein. Liegt eine reine Fettleber vor, spricht man von nicht-alkoholischer Fettleber **NAFL**. Tritt eine inflammatorische Reaktion auf, wird dies als nicht-alkoholische Fettleberhepatitis, **NASH**, bezeichnet. Beide Entitäten werden unter dem Oberbegriff nicht-alkoholischer Fettlebererkrankungen, **NAFLD**, zusammengefasst [1].

Die NAFLD ist eindeutig mit einer erhöhten Mortalität in der Allgemeinbevölkerung verbunden. Diese ist bedingt durch kardiovaskuläre Erkrankungen, Tumorerkrankungen und die Lebererkrankung an sich. Während die NAFL allerdings nur mit einer erhöhten kardiovaskulären Morbidität einhergeht und vollständig reversibel ist, treten bei fortgeschrittenen Lebererkrankungen, insbesondere bei Vorhandensein einer relevanten Fibrose, auch häufiger typische Komplikationen wie Leberzirrhose, Ösophagusvarizen, Aszites und nicht zuletzt das hepatozelluläre Karzinom (HCC) auf. Die Unterscheidung von reiner Steatose und fortgeschrittener Fibrose ist daher im klinischen Alltag von besonderer Bedeutung.

Die NAFLD ist die am weitesten verbreitete Lebererkrankung der industriell entwickelten Staaten mit der höchsten Prävalenz bei den > 60-Jährigen. Adipositas ist ein gemeinsamer Risikofaktor für NAFLD und Typ-2-Diabetes. Alle drei Entitäten zeigen eine steigende Prävalenz. NAFLD und Typ-2-Diabetes sind im Hinblick auf Inzidenz und Prognose wechselseitig assoziiert. Erst seit wenigen Jahren liegen valide Daten zur Häufigkeit der NAFLD in Westeuropa vor: Während bei den 30–39-Jährigen die Prävalenz ca. 22 % in der Allgemeinbevölkerung beträgt, steigt sie bei den 70–79-Jährigen auf 34 % an [2].

Noch deutlich höher liegt die Prävalenz der NAFLD bei Menschen mit Diabetes. Die Prävalenz des Diabetes mellitus in

Deutschland wird *per se* bereits auf 7–8 % geschätzt. Der Diabetes mellitus ist damit eine Volkskrankung. In einer aktuellen Studie waren 7,1 % der gesetzlich Versicherten an Typ-2-Diabetes erkrankt [3]. Obwohl die Behandlung des Diabetes in den letzten Jahren kontinuierlich verbessert wurde, hat sich die Zahl der diabetesbedingten Sterbefälle in Deutschland zwischen 1990 und 2010 verdoppelt. Insgesamt waren 21 % aller Todesfälle in Deutschland auf Diabetes und 16 % auf Typ-2-Diabetes zurückzuführen. Die meisten Todesfälle (jeweils 34 %) traten in der Altersgruppe der 70– bis 89-Jährigen auf [3].

Aktuellen Studien zufolge liegt bei bis zu 70 % der Menschen mit Diabetes auch eine NAFLD vor. Besonders relevant ist dabei, dass in bis zu 50 % der Fälle bereits eine fortgeschrittene Lebererkrankung mit Fibrose nachweisbar ist [4] – deutlich häufiger als bei Nicht-Diabetikern.

Dies bedeutet, dass Menschen mit Diabetes ein deutlich erhöhtes Risiko einer hepatischen Morbidität und Mortalität aufweisen. Zahlen aus den USA zu Menschen auf der Warteliste für eine Lebertransplantation bestätigen die Relevanz dieser Problematik. Im Jahr 2017 befanden sich dort erstmals mehr Menschen mit NAFLD auf der Warteliste im Vergleich zur chronischen Virushepatitis C, die heute in den meisten Fällen medikamentös gut behandelbar ist [5].

## Fettleber als Folge und Ursache eines Diabetes

Höheres Alter, ein erhöhter Body-Mass-Index (BMI), insbesondere mit viszeraler Adipositas, eine erhöhte Kalorienzufuhr und das Vorliegen einer Insulinresistenz bzw. eines Typ-2-Diabetes sind mit dem Vorliegen einer NAFLD assoziiert. Bewegungsmangel stellt zudem einen von nutritiven Faktoren unabhängigen Risikofaktor dar.



Realistisch dargestellte Stadien einer Fettleber – 3D Rendering.

Pathogenetisch wird die NAFLD daher meist als hepatische Manifestation des metabolischen Syndroms und eines Diabetes gesehen, kann aber auch unabhängig davon auftreten [6]. Genetische Prädisposition, Umweltfaktoren wie geringe körperliche Aktivität, Hyperalimentation, Insulinresistenz und andere Faktoren führen zu einer übermäßigen Fettablagerung in der Leber. Aber auch das Darmmikrobiom und spezifische Substanzen wie die Fruktose können eine NAFLD begünstigen. Durch die Aktivierung von bestimmten Transkriptionsfaktoren führen inflammatorische und fibrogenetische Prozesse zu einem Fortschreiten der NAFLD. Man geht davon aus, dass es bei etwa einem Drittel der Menschen eine NAFL zu einer NASH fortschreitet und davon wiederum ca. ein Drittel eine signifikante Fibrose bzw. Zirrhose entwickeln. Bisher ist eine genau individuelle Vorhersage über die Progressionswahrscheinlichkeit jedoch nicht möglich. Risikofaktoren für eine Progression sind neben genetischen Faktoren wie der Mutationen von PNPLA3 und dem BMI vor allem das Vorhandensein eines Typ-2-Diabetes.

Ein weiteres pathogenetisches Konzept sieht die Fettleber nicht als Folge, sondern als Ursache eines Typ-2-Diabetes. Hierbei sezerniert die Leber Botenstoffe, sog. Hepatokine, die die Entstehung eines Diabetes begünstigen [7]. Ein Beispiel eines solchen Hepatokins ist das Fetuin A. Die Fettleber kann damit der Entwicklung eines Typ-2-Diabetes vorausgehen. Auf die klinische Bedeutung dieser beiden unterschiedlichen Konzepte wird in einem der folgenden Abschnitte detaillierter eingegangen.

### Fettleber – wie diagnostizieren?

Aufgrund der Häufigkeit der NAFLD liegt es nahe, über ein diesbezügliches Screening schon in der Allgemeinbevölkerung

nachzudenken. Nicht zuletzt aber aufgrund des Fehlens angemessener Screeninginstrumente sowie fehlender medikamentöser Therapieoptionen wird ein Screening auf das Vorliegen einer NAFLD bei Erwachsenen zurzeit für die Allgemeinbevölkerung nicht empfohlen.

Für Risikogruppen können jedoch Untersuchungen auf das Vorliegen einer NAFLD durchgeführt werden. Zu dieser Gruppe gehören zweifellos Menschen mit Diabetes, weshalb hier ein Screening erwogen werden sollte. Screeninginstrumente sind neben der Anamnese und körperlichen Untersuchung nicht-invasive Scores sowie bildgebende Verfahren. Obwohl im Alltag häufig angenommen, eignen sich Transaminasen, insbesondere GPT (ALT) und  $\gamma$ -GT, weder für korrekten Nachweis/Ausschluss einer Steatose noch einer fortgeschrittenen Lebererkrankung, insbesondere der Fibrose.

Am häufigsten wird eine Fettleber im Rahmen einer Ultraschalluntersuchung des Abdomens diagnostiziert. Dabei weist der Ultraschall (US) eine hohe Spezifität, aber keine sehr hohe Sensitivität auf. Das bedeutet, dass mittels US eine Fettleber nachgewiesen, nicht aber ausgeschlossen werden kann. Grundsätzlich ist der Nachweis einer NAFL auch mittels MRT möglich, dies ist als alleinige Indikation für ein MRT aber nicht etabliert.

Transabdomineller US sollte daher als primäre Bildgebung bei Patienten mit Verdacht auf NAFLD eingesetzt werden. US erlaubt allerdings wie oben dargestellt keinen Ausschluss einer Steatosis hepatis und auch keine Unterscheidung zwischen NAFL und NASH.

Ein einfacher Test zur Diagnose einer Fettleber ist der sogenannte Fatty Liver Index, FLI [8]-Kalkulatoren finden sich im Internet. Mittels der Parameter BMI, Bauchumfang, Triglyceride und  $\gamma$ -GT lässt sich mit guter Genauigkeit eine Fettleber vorhersagen bzw. ausschließen. Zudem kann der FLI zur

Prädiktion eines Diabetes sowie kardiovaskulärer Erkrankungen verwandt werden.

Die deutsche S2k-Leitlinie empfiehlt daher, dass die nicht-invasive Steatosebestimmung mittels Fatty Liver Index (FLI), Lebersonografie oder MRT erfolgen kann. Fatty Liver Index (FLI) oder Lebersonografie können zudem zur kardiovaskulären Risikostratifizierung beitragen (siehe unten).

### Prädiktor kardiovaskulärer und metabolischer Erkrankungen

Eine NAFLD geht mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von kardiovaskulären Erkrankungen und Typ-2-Diabetes einher. Bereits der alleinige Nachweis einer Fettleber im Ultraschall kann daher bei Menschen ohne Diabetes bzw. Prä-Diabetes die Entstehung eines manifesten Diabetes besser voraussagen als Familienanamnese, metabolisches Syndrom, BMI und Alter [9]. Zudem ist ein FLI über 60 ein starker Prädiktor für eine verdickte Intima-Media-Dicke der Carotis sowie das Vorhandensein einer koronaren Herzerkrankung [10]. Auch der Nachweis einer signifikanten Fibrose ist ein Prädiktor für das Vorhandensein einer Atherosklerose inklusive einer koronaren Herzerkrankung [11].

Da also der Nachweis einer NAFLD als Prädiktor kardiometabolischer Erkrankungen verwandt werden kann, ergeben sich für die Praxis damit folgende Konstellationen:

- Patienten mit Fettleber, aber ohne Diabetes: hohes kardiovaskuläres Risiko, hohes Diabetesrisiko; Intensivierung der Prävention und Überwachung, ggf. med. Therapie.
- Patienten mit Fettleber und Diabetes, aber ohne sign. Fibrose: hohes kardiovaskuläres Risiko; Intensivierung der Prävention und gegebenenfalls medikamentöse Therapie.

- Patienten mit Fettleber, signifikanter Leberfibrose und Diabetes: erhöhte leberspezifische Morbidität und Mortalität, engmaschigere Überwachung, Intensivierung und ggf. Optimierung der med. Therapie, HCC-Früherkennungsprogramm (falls therapeutische Konsequenzen), gegebenenfalls Varizenscreening.

### Fortgeschrittene Leberfibrose bedeutet erhöhtes HCC-Risiko

Das Ausmaß der Leberfibrose ist der beste Prädiktor für die Vorhersage der krankheitsspezifischen Mortalität, gemessen an einem großen Kollektiv mit 33 Jahren Nachbeobachtungszeit [11]. Der korrekten Bestimmung der Leberfibrose kommt daher im klinischen Alltag eine besonders wichtige Aufgabe zu. Wie aber auch bei der Steatose eignen sich Transaminasen, insbesondere GPT (ALT) und  $\gamma$ -GT, weder für korrekten Nachweis noch zum Ausschluss einer fortgeschrittenen Lebererkrankung, insbesondere der Fibrose. Auch der konventionelle abdominelle Ultraschall ist hierfür nicht geeignet.

Goldstandard zur Messung der Fibrose war bisher die sonographisch-assistierte Leberpunktion. Die überwiegende Anzahl der Menschen, bei denen eine Messung der Leberfibrose indiziert ist, erhalten jedoch keine solche Punktion oder lehnen diese ab. In jüngerer Zeit wurde daher versucht, einfache, möglichst nicht-invasive Verfahren zu entwickeln, mit denen die Bestimmung des Fibrosegrades der Leber möglich ist.

Der NAFLD Fibrosis-Score (NFS) kann als nicht kommerziell verfügbarer, einfach durchführbarer Test zum Ausschluss einer fortgeschrittenen Leberfibrose durchgeführt werden [12]. Für die Kalkulation werden Alter, BMI, AST, ALT, Thrombozyten, Albumin sowie eine Angabe zum Vorhandensein eines Diabetes benötigt. Der Test schließt mit hoher Genauigkeit eine relevante Fibrose aus und kann sie auch nachweisen. Es besteht jedoch auch ein Graubereich, in denen der NFS keine valide Aussage ergibt. In diesen Fällen sind sogenannte Elastographieverfahren empfohlen.

Ultraschallbasierte Scherwellenelastographieverfahren messen die Lebersteifigkeit und können daher ebenfalls zum Aus-

schluss einer fortgeschrittenen Leberfibrose und Leberzirrhose bei NASH herangezogen werden. Eine Unterscheidung zwischen Steatohepatitis und Fibrose mittels Elastografie ist allerdings auch nicht möglich. Auch die Elastografie hat einen Graubereich bezüglich ihrer Aussagekraft. Sind also sowohl NFS als auch Elastographie nicht eindeutig, ist weiterhin eine Leberbiopsie erforderlich. Mit diesem Vorgehen gelingt jedoch eine bis zu 90 %-ige Reduktion der Leberbiopsien, ohne dass fortgeschrittene Lebererkrankungen übersehen werden.

Was bedeutet es nun für die Patienten, wenn eine relevante Fibrose nachgewiesen wurde? Es bedeutet, dass diese Patienten

1. ein deutlich erhöhtes kardiovaskuläres Risiko inkl. KHK aufweisen [11] und
2. dass ihr aufgrund des Diabetes ohnehin schon erhöhtes Risiko eines Malignoms [14] besonders für das Auftreten eines HCCs relevant ist [15].

Die Besonderheit dieses Befundes liegt dabei darin, dass bei anderen Lebererkrankungen das HCC-Risiko meist erst bei Vorliegen einer – leichter zu diagnostizierenden – Leberzirrhose (und nicht schon bei einer Fibrose) erhöht ist. Patienten mit NASH-Zirrhose soll daher auch eine HCC-Früherkennungsuntersuchung angeboten werden, sofern sie einer HCC-Therapie zugeführt werden können. Bei diesen Patienten soll alle sechs Monate eine Sonografie der Leber durchgeführt werden. Diese kann durch eine zusätzliche AFP-Bestimmung erweitert werden.

Patienten mit NAFLD und fortgeschrittener Fibrose, jedoch ohne Zirrhose, können jedoch ebenfalls eine Früherkennungsuntersuchung angeboten werden, sofern sie einer HCC-Therapie zugeführt werden können. Bei diesen Patienten sind Daten zum Intervall der Untersuchung nicht bekannt. Die Früherkennungsuntersuchung kann alle sechs Monate durchgeführt werden.

### Welche therapeutischen Maßnahmen sind bei Fettleber sinnvoll?

Bei Vorliegen einer NAFLD sollte durch Modifikation des Lebensstils und der Ernährung einem Fortschreiten der Erkrankung entgegengewirkt werden. Auch

Rauchen ist mit einer fortgeschrittenen Leberfibrose bei NAFLD assoziiert.

Bei Vorliegen einer NAFLD kann durch eine therapeutisch induzierte Reduktion der Insulinresistenz mit verminderten kardiovaskulären Endorganschäden und verlängertem Überleben gerechnet werden. Eine regelmäßige körperliche Aktivität senkt das Risiko für NAFLD. Eine erhöhte Kalorienaufnahme ist zudem ein Risikofaktor in der Pathogenese der NAFLD. Kaffeekonsum hingegen scheint das Risiko für eine NAFLD zu senken.

Eine Normalisierung bzw. Reduktion des Körpergewichts ist mit einer geringeren Prävalenz einer NAFL assoziiert und kann bei NASH zu einer Fibrosereduktion führen. Die Kalorienaufnahme sollte daher dem Energiebedarf angepasst werden. Durch Lebensstiländerungen, die bei Übergewicht auf moderater Gewichtsreduktion und bei allen Patienten auf einer Steigerung der körperlichen Aktivität beruhen, kann die Progression einer Insulinresistenz verhindert oder verzögert werden. Da die leberbezogene Morbidität und Mortalität bei einer unkomplizierten NAFL nicht erhöht ist, besteht das Therapieziel aus hepatologischer Sicht in der Verhinderung einer Progression zu einer NASH und/oder zu einem HCC.

Bei nachgewiesener NASH soll eine fortschreitende Fibrose mit Entwicklung einer Zirrhose und ihren Komplikationen verhindert werden. Da die NAFLD als hepatische Manifestation des metabolischen Syndroms verstanden werden kann, besteht das Therapieziel aus kardiovaskulärer Sicht in der Prävention der hierbei gehäuft auftretenden kardiovaskulären Morbidität und Letalität.

Bei übergewichtigen oder adipösen Patienten mit NAFLD soll unabhängig von der Zusammensetzung ihrer Makronährstoffe daher zunächst eine moderat hypokalorische gewichtsreduzierende Ernährungsumstellung eingesetzt werden mit dem Ziel einer nachhaltigen Gewichtsreduktion von 0,5 bis 1,0 kg pro Woche. NAFLD-Patienten sollte ferner eine regelmäßige körperliche Aktivität in Form von Ausdauer- und/oder Krafttraining empfohlen werden. Patienten mit kompensierter NASH-Zirrhose sollten zu einem Sportprogramm unter Anleitung motiviert werden. Bei Patienten mit dekom-

pensierter NASH-Zirrhose sollte durch physiotherapeutische Maßnahmen einem Muskelabbau entgegengewirkt werden. Zur Reduktion des kardiovaskulären Risikos sollen zusammenfassend demnach die folgenden Maßnahmen ergriffen werden:

- Einstellung des Rauchens
  - Reduktion des Übergewichts
  - gesteigerte körperliche Aktivität
  - Kochsalzrestriktion
  - gesteigerter Konsum von insbesondere Gemüse, aber auch Obst.
- Eine gewisse Uneinigkeit besteht hinsichtlich der Empfehlungen zur Kohlenhydrat- und Fettaufnahme. Viele Experten raten zur einer Limitierung der Kohlenhydrataufnahme und Modifikation des Fettkonsums ( $\Omega$ -3-Fettsäuren im Seefisch, insbesondere Olivenöle bei der mediterranen Ernährung).
- Der Konsum industrieller „fettarmer Produkte“ kann nicht uneingeschränkt empfohlen werden.
  - Patienten mit NAFLD sollen zudem über die Risiken des Rauchens aufgeklärt werden.
  - Patienten mit NAFLD *sollten* lediglich auf Alkoholkonsum verzichten. Patienten mit NASH-Zirrhose ist hingegen eine strikte Alkoholkarenz *notwendig*.
  - Der Konsum von Kaffee kann aufgrund hepato- und kardioprotektiver Effekte empfohlen werden.

### Wie kann die medikamentöse Diabetestherapie bei Fettleber optimiert werden?

Es gibt keine für die Indikation NAFLD zugelassenen Medikamente. Der Einsatz von anderen Substanzen, zum Beispiel UDCA, Silymarin oder Nahrungsergänzungsmitteln wie Vitamin E, kann aufgrund der jetzigen Datenlage ebenfalls nicht empfohlen werden.

Insgesamt sollen zunächst Behandlungsmaßnahmen eingeleitet werden, die auf das Erreichen risikoadaptierter Zielwerte für den arteriellen Blutdruck, HbA1c und LDL-Cholesterin abzielen. Versagen bei schwerer Adipositas gewichtsreduzierende Diäten und eine Veränderung des Lebensstils, sollte auch eine bariatrische Operation in Erwägung gezogen werden.

Viele Menschen mit Typ-2-Diabetes erhalten Antidiabetika, Antihypertensiva sowie lipidsenkende Medikamente, insbesondere Statine; auch die Einnahme von ASS ist häufig. In der Praxis stellt sich daher die Frage, welche dieser Medikamente die Entstehung und den Verlauf einer NAFLD möglicherweise günstig beeinflussen könnten. Hierzu existieren praktische keine prospektiven verblindeten Studien, sondern meist nur retrospektive Kohortenanalysen – diese dafür mit einer sehr großen Anzahl analysierter Daten.

In einer großen multivariablen Regressionsanalyse [16] war das Vorhandensein eines Diabetes im Vergleich zur Kontrollgruppe mit einem 1,35-fach erhöhten Risiko eines HCC assoziiert. Bei der Analyse der Medikation zeigt sich, dass vor allem Metformin – wie in Kohortenanalysen zu anderen Tumorentitäten auch – mit einem um 30 % niedrigeren HCC-Risiko einherging. Sulfonylharnstoffe zeigten sich neutral, während eine Insulintherapie das HCC-Risiko 1,6-fach erhöhte. Die Einnahme einer lipidsenkenden Therapie, d.h. eine Statineinnahme, hatte mit einer Senkung um 35 % den ausgeprägtesten Effekt auf das HCC-Risiko.

Die meisten Daten zur NAFLD existieren für Metformin, das in der Leber nicht verstoffwechselt wird. Der günstige Effekt von Metformin beruht insbesondere auf der deutlichen Senkung des HCC-Risikos [17]. Auf die Steatose per se hat Metformin keinen Einfluss. Auch für andere Antidiabetika existieren einige Daten. DPP-IV-Inhibitoren zeigten sich in mehreren Untersuchungen bezüglich Lebererkrankungen neutral [18]. GLP1-Analoga hingegen zeigen in mehreren Studien [19], darunter eine prospektive an Patienten mit NAFLD und ohne Diabetes [19], günstige Effekte auf eine Fettleber. Auch SGLT2-Inhibitoren könnten einen positiven Effekt auf eine NAFLD haben [21].

Bei der Substanzwahl der Antidiabetika können diese Daten hilfreich sein. Wichtig bleibt jedoch die Zulassung und Anwendungsbeschränkung bei eingeschränkter Leberfunktion. Nicht zielführend ist die Angabe der Fachinformation von Metformin: Während bei eingeschränkter Nierenfunktion detaillierte Angaben gemacht werden, findet sich lediglich der Hinweis, Metformin bei Leber-

krankungen nicht anzuwenden. Aufgrund der günstigen Effekte hat sich die deutsche NAFLD-Leitlinie jedoch dahingehend geäußert, dass bei manifestem Typ-2-Diabetes bis zum Stadium Child A Metformin als orales Antidiabetikum der ersten Wahl auch bei erhöhten Transaminasen eingesetzt werden kann. Fortgeschrittenere Stadien sollten nur in Zentren oder Studien nach Aufklärung der Patienten behandelt werden.

Eine weitere wichtige Säule der Diabetestherapie ist die lipidsenkende Behandlung mit Statinen. Statine haben in zahlreichen Studien einen ausgesprochen günstigen Effekt auf Steatose, Entzündung und Fibrose [23]. Auch ist die Einnahme eines Statins bei Diabetes mit einer bis zu 70 %-igen Reduktion des HCC-Risikos verbunden [24]. Die meisten Statine werden jedoch hepatisch metabolisiert und können in sehr seltenen Fällen zu einer akuten Hepatopathie führen. Da häufig ein deutlicher Therapienutzen für die Patienten vor dem Hintergrund auch sehr seltener unerwünschter Wirkungen nicht angemessen bewertet wird, gibt es gegenüber Statinen nicht nur bei Patienten, sondern auch Ärzten verbreitete Vorbehalte gegen ihren Einsatz bei NAFLD. So wurden in einer Studie 50 % der Patienten ein Statin ärztlich nicht verordnet, obwohl eine eindeutige Indikation bestand [25]. Zusammenfassend gilt der Statineinsatz bei NAFLD unter entsprechender Kontrolle aber als sicher und kann auch Lebertests verbessern [26]. Leitliniengemäß kann zudem eine indizierte Statintherapie zulassungskonform bei Leberwerterhöhungen bis zum dreifachen des oberen Normwerts rezeptiert werden.

Die Datenlage zum Einsatz von Antihypertensiva bei Diabetes und NAFLD ist nur sehr gering. Pathophysiologisch und tierexperimentell haben ACE-Hemmer und AT1-Antagonisten günstige Effekte auf Steatose und Fibrose gezeigt [27]. Stoffwechselneutrale Antihypertensiva sollten daher im Falle einer behandlungsbedürftigen Hypertonie bevorzugt eingesetzt werden – in erster Linie Hemmstoffe des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems. Bei dekompensierter Leberzirrhose sollen vasodilatierende Medikamente nicht eingesetzt werden.

Auch Thrombozyten spielen bei der Fibrogenese bei NAFLD eine Rolle. Große epidemiologische Studien weisen einen klaren Zusammenhang zwischen der Dauer der ASS-Einnahme und Senkung des HCC-Risikos nach; nach Absetzen von ASS steigt dieses Risiko wieder kontinuierlich an [28]. Eine anderweitig indizierte Therapie mit ASS hat damit möglicherweise auch einen günstigen Einfluss auf die HCC-Entstehung bei NAFLD und Diabetes.

Bei Patienten mit chronischen Lebererkrankungen sollen zudem Impfungen gemäß STIKO-Richtlinien erfolgen, insbesondere gegen Hepatitis A, Hepatitis B und Influenza.

### Fazit

- Die NAFLD ist die in industriellen Ländern am weitesten verbreitete Lebererkrankung und stellt mit bis zu 70 % eine häufig unterschätzte Komorbidität des Diabetes dar.
- Pathogenetisch kann die NAFLD sowohl Folge als auch Ursache eines Diabetes sein.
- Bei Risikogruppen wie bei Patienten mit Diabetes empfehlen sich Screeninguntersuchungen mittels bildgebender Verfahren.
- Einfache Diagnosetests wie der Fatty Liver Index können eine Fettleber vorhersagen und zur Prädiktion eines Diabetes sowie kardiovaskulärer Erkrankungen verwandt werden.
- Eine Leberbiopsie ist häufig nur noch notwendig bei nicht aussagekräftigem NAFLD Fibrose Score bzw. ultraschallbasierter Schwerwellenelastografie.
- Bei Diabetikern mit NAFLD und signifikanter Leberfibrose sollten neben der Prävention kardiovaskulärer Erkrankungen die leberspezifische Morbidität und Mortalität beachtet werden und HCC-Früherkennungsprogramme und ggf. Varizenscreening durchgeführt werden.
- Sofern eine HCC-Therapie zugeführt werden kann, sollte in dieser Patientengruppe alle sechs Monate eine Sonografie der Leber, gegebenenfalls ergänzt durch eine AFP-Messung, durchgeführt werden.
- Ernährungsumstellung, regelmäßige körperliche Aktivität und Nikotinkarenz senken das Risiko für eine NAFLD und verringern das Auftreten kardiovaskulärer Komplikationen.
- Eine Alkoholkarenz ist spätestens ab Vorliegen einer NASH-Zirrhose zwingend notwendig, während der Konsum von Kaffee aufgrund hepato- und kardioprotektiver Effekte empfohlen werden kann.
- Bei der Auswahl der Antidiabetika zeigen besonders Metformin, das bis zu einem Leberzirrhose Stadium Child A sicher eingesetzt werden kann, sowie GLP1-Analoga und SGLT2-Inhibitoren positive Effekte auf eine Fettleber.
- Bei Vorliegen einer behandlungsbedürftigen arteriellen Hypertonie soll-

ten stoffwechselneutrale Antihypertensiva eingesetzt werden – in erster Linie Hemmstoffe des Renin-Angiotensin-Aldosteron-Systems.

- Vor allem der Einsatz von Statinen, aber auch ASS kann sich bei gegebener Indikation günstig auf den Verlauf der NAFLD auswirken, insbesondere aufgrund der Senkung des HCC Risikos. Zulassungskonform kann eine Statintherapie bei Leberwerterhöhung bis zum dreifachen des oberen Normwerts rezeptiert werden.

**Prof. Dr. med. Jörg Bojunga**  
**Dr. med. Antonia Mondorf**

Kontakt zur den Autoren:  
Prof. Dr. med. Jörg Bojunga  
Leiter Schwerpunkt Endokrinologie,  
Diabetologie, Ernährungsmedizin  
Stv. Direktor  
Medizinische Klinik I  
Universitätsklinikum Frankfurt/Main

E-Mail: joerg.bojunga@kgu.de

Laut den Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Sexuelle Belästigung wird vermehrt gemeldet Jahresbericht der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt

Sexuelle Belästigung, Nötigung, Körperverletzungsdelikte und Vergewaltigung – Mädchen und Frauen finden sofort Hilfe bei der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt, Fon: 069 709494.

Im Jahresbericht der Beratungsstelle heißt es, dass im vergangenen Jahr 32 % mehr Frauen und Mädchen Beratung und Hilfe gesucht haben. Häufig werden Situationen aus dem Berufsalltag geschildert und das, obwohl die Rechtsgrundlage klar definiert ist. Die Zeiten, in denen sexuelle Belästigung

als kleiner Flirt heruntergespielt wurde, sind vorbei. Arbeitgeber sind bei Meldung zum Handeln verpflichtet.

Vor allem im Nachtleben scheint die Tatsache „Nein heißt Nein“ aber noch nicht bei allen angekommen zu sein. Dort ist nach Ansicht des Teams der Beratungsstelle Aufklärung besonders wichtig – Angestellte in der Gastronomie müssen beispielsweise sich nicht nur selbst, sondern auch ihre Kunden schützen. Gäste sollen sich sicher fühlen und wissen, dass Ansprechpartner direkt in der Nähe sind.

Beispielsweise schult der Verein „Safe Night“ Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Clubs und Partyveranstaltern. Je schneller ein Übergriff erkannt wird, umso schneller kann gehandelt werden. In Hessen gibt es weitere Beratungsstellen Frauennotruf, zum Beispiel in Marburg und Kassel. Kontakte:

E-Mail: [info@frauennotrufe-hessen.de](mailto:info@frauennotrufe-hessen.de)  
Internet: [www.frauennotrufe-hessen.de](http://www.frauennotrufe-hessen.de)  
Safe Night e. V./Mail: [info@safenight.de](mailto:info@safenight.de)

**red/Felina Stuckhardt**

### Literatur zum Artikel:

# Vom Nebenbefund zum Bad Guy: Fettleber bei Diabetes

von Prof. Dr. med. Jörg Bojunga und Antonia Mondorf

- [1] Roeb E, Steffen HM, et al. [S2k Guideline non-alcoholic fatty liver disease]. *Zeitschrift für Gastroenterol.* 2015;53(7):668–723.
- [2] Younossi ZM, Koenig AB, et al. Global epidemiology of nonalcoholic fatty liver disease-Meta-analytic assessment of prevalence, incidence, and outcomes. *Hepatology.* 2016;64(1):73–84.
- [3] Jacobs E, Hoyer A, et al. Burden of Mortality Attributable to Diagnosed Diabetes: A Nationwide Analysis Based on Claims Data From 65 Million People in Germany. *Diabetes Care.* 2017;40(12):1703–1709.
- [4] Lonardo A, Nascimbeni F, et al. Hypertension, diabetes, atherosclerosis and NASH: Cause or consequence? *J Hepatol.* 2018;68(2):335–352.
- [5] Goldberg D, Ditah IC, et al. Changes in the Prevalence of Hepatitis C Virus Infection, Nonalcoholic Steatohepatitis, and Alcoholic Liver Disease Among Patients With Cirrhosis or Liver Failure on the Waitlist for Liver Transplantation. *Gastroenterology.* 2017;152(5):1090–1099.e1.
- [6] Wong VW-S, Chitturi S, et al. Pathogenesis and novel treatment options for non-alcoholic steatohepatitis. *Lancet Gastroenterol Hepatol.* 2016;1(1):56–67.
- [7] Meex RCR, Watt MJ. Hepatokines: linking nonalcoholic fatty liver disease and insulin resistance. *Nat Rev Endocrinol.* 2017;13(9):509–520.
- [8] Bedogni G, Bellentani S, et al. The Fatty Liver Index: a simple and accurate predictor of hepatic steatosis in the general population. *BMC Gastroenterol.* 2006;6(1):33.
- [9] Zelber-Sagi S, Lotan R, et al. Non-alcoholic fatty liver disease independently predicts prediabetes during a 7-year prospective follow-up. *Liver Int.* 2013;33(9):1406–1412.
- [10] Cai J, Zhang S, et al. Association between nonalcoholic fatty liver disease and carotid atherosclerosis: a meta-analysis. *Int J Clin Exp Med.* 2015;8(5):7673–7678.
- [11] Friedrich-Rust M, Schoelzel F, et al. Severity of coronary artery disease is associated with non-alcoholic fatty liver disease: A single-blinded prospective mono-center study. *PLoS One.* 2017;12(10).
- [12] Ekstedt M, Hagström H, et al. Fibrosis stage is the strongest predictor for disease-specific mortality in NAFLD after up to 33 years of follow-up. *Hepatology.* 2015;61(5):1547–1554.
- [13] Angulo P, Hui JM, et al. The NAFLD fibrosis score: a noninvasive system that identifies liver fibrosis in patients with NAFLD. *Hepatology.* 2007;45(4):846–854.
- [14] Tsilidis KK, Kasimis JC, et al. Type 2 diabetes and cancer: umbrella review of meta-analyses of observational studies. *BMJ.* 2015;350(jan02 1):g7607-g7607.
- [15] Simon TG, King LY, et al. Diabetes, metabolic comorbidities, and risk of hepatocellular carcinoma: Results from two prospective cohort studies. *Hepatology.* 2018;67(5):1797–1806.
- [16] Kasmari AJ, Welch A, et al. Independent of Cirrhosis, Hepatocellular Carcinoma Risk Is Increased with Diabetes and Metabolic Syndrome. *Am J Med.* January 2017.
- [17] Iranshahy M, Rezaee R, et al. Hepatoprotective activity of metformin: A new mission for an old drug? *Eur J Pharmacol.* 2019;850:1–7.
- [18] Joy TR, McKenzie CA, et al. Sitagliptin in patients with non-alcoholic steatohepatitis: A randomized, placebo-controlled trial. *World J Gastroenterol.* 2017;23(1):141–150.
- [19] Cui J, Philo L, et al. Sitagliptin vs. placebo for non-alcoholic fatty liver disease: A randomized controlled trial. *J Hepatol.* 2016;65(2):369–376.
- [20] Armstrong MJ, Hull D, et al. Glucagon-Like Peptide 1 Decreases Lipotoxicity in Non-Alcoholic Steatohepatitis. *J Hepatol.* 2015;64(2):399–408.
- [21] Armstrong MJ, Gaunt P, et al. Liraglutide safety and efficacy in patients with non-alcoholic steatohepatitis (LEAN): a multicentre, double-blind, randomised, placebo-controlled phase 2 study. *Lancet (London, England).* 2015;387(10019):679–690.
- [22] Eriksson JW, Lundkvist P, et al. Effects of dapagliflozin and n-3 carboxylic acids on non-alcoholic fatty liver disease in people with type 2 diabetes: a double-blind randomised placebo-controlled study. *Diabetologia.* 2018;61(9):1923–1934.
- [23] Pose E, Trebicka J, et al. Statins: Old drugs as new therapy for liver diseases? *J Hepatol.* 2019;70(1):194–202.

- [24] Kim G, Jang S-Y, et al. Statin use and the risk of hepatocellular carcinoma in patients at high risk: A nationwide nested case-control study. *J Hepatol*. October 2017.
- [25] Del Ben M, Baratta F, et al. Underprescription of statins in patients with non-alcoholic fatty liver disease. *Nutr Metab Cardiovasc Dis*. 2017;27(2):161–167.
- [26] Pastori D, Polimeni L, et al. The efficacy and safety of statins for the treatment of non-alcoholic fatty liver disease. *Dig Liver Dis*. 2015;47(1):4–11.
- [27] Hirose A, Ono M, et al. Angiotensin II type 1 receptor blocker inhibits fibrosis in rat nonalcoholic steatohepatitis. *Hepatology*. 2007;45(6):1375–1381.
- [28] Simon TG, Ma Y, et al. Association Between Aspirin Use and Risk of Hepatocellular Carcinoma. *JAMA Oncol*. 2018;4(12):1683.



Foto: Uniklinikum Frankfurt



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Die Onkologin **Prof. Dr. med. Simone Fulda** (l.) und der Anatom **Prof. Dr. med. Thomas Deller** (r.) aus der Universitätsmedizin Frankfurt wurden in die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina aufgenommen. **Fulda**, Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie sowie Vizepräsidentin für Forschung und Akademische Infrastruktur der Goethe-Universität Frankfurt, wird in die Sektion Gynäkologie und Pädiatrie aufgenommen. **Deller**, Geschäftsführender Direktor der Dr. Senckenbergischen Anatomie, wird in die Sektion Anatomie und Anthropologie aufgenommen.



Foto: Silke Nahlinger

**Dr. med. Sabine Wächter** (32), Fachärztin für Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Marburg, erhielt in diesem Jahr den „Von Behring-Röntgen-Nachwuchspreis“ für ihre Forschungsarbeit zu seltenen Schilddrüsenkarzinomen. Mit ihrer Arbeitsgruppe hat sie die therapeutische Relevanz verschiedener Tumorthérapien evaluiert, mit dem Ziel, Patienten ein auf den jeweiligen Tumor angepasstes Therapiekonzept anbieten zu können.



Foto: Klinikum Darmstadt

**Prof. Dr. med. Karl Ludwig** (Foto) ist neuer Direktor des Instituts für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Darmstadt. Er war zuletzt am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie der Medizinischen Hochschule Hannover tätig. Ludwig ist Nachfolger von **Prof. Dr. med. Peter Huppert**, der nach 21-jähriger Tätigkeit als Direktor das Klinikum Darmstadt verlassen hat.

Anfang November wurde an den Frankfurter Rotkreuz-Kliniken unter der Leitung von **Prof. Dr. med. Joachim Bargon** ein Zentrum für Lungenerkrankungen gegründet. Bargon bringt dazu ein Team aus spezialisierten Ärzten sowie Funktions- und Pflegekräften mit. Das Leistungsspektrum der neuen Abteilung beinhaltet neben der Behandlung aller pneumologischen Erkrankungen, insbesondere der COPD, Lungenfibrose, Asthma, Lungentumoren und Infektionen der Lunge auch die onkologische Versorgung.

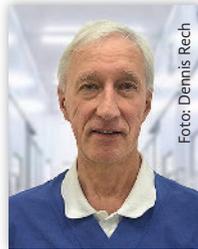


Foto: Dennis Rech



Foto: BG Unfallklinik

**Dr. med. Matthias Kemmerer** ist neuer Leiter der Septischen Chirurgie an der BG Unfallklinik Frankfurt. Er ist Facharzt für Chirurgie und Spezielle Unfallchirurgie sowie Sportmedizin und Notfallmedizin und ist, mit kurzer Unterbrechung, seit 17 Jahren an der Unfallklinik beschäftigt und seit 13 Jahren Leitender Oberarzt der Abteilung. Sein Vorgänger, Chefarzt **Dr. med. Gerhard Walter**, wurde nach 23-jähriger Tätigkeit an der BG Unfallklinik in den Ruhestand verabschiedet.

**PD Dr. med. Dr. med. habil. Haitham Mutlak** übernimmt die Klinik für Anästhesiologie, Schmerztherapie und Intensivmedizin am Sana Klinikum Offenbach. Am Universitätsklinikum Frankfurt leitete er ab 2016 die operative Intensivstation und das auf akute Lungenversagen fokussierte ARDS/ECMO Zentrum. Seit April 2018 verantwortete er als Leitender Oberarzt die dortige Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie.



Foto: Sana Klinikum Offenbach



Foto: www.till-schuermann.de

Das Netzwerk Neuroendokrine Tumoren e. V. (NeT) – eine der europaweit größten Selbsthilfeorganisationen für Menschen mit der Diagnose „Neuroendokrine Neoplasie (NEN)“ – hat den Limburger Pathologen **Prof. Dr. med. Martin Anlauf** mit dem **Glorinet-Preis** geehrt. Er leitet gemeinsam mit sechs Kolleginnen und Kollegen das Medizinische Versorgungszentrum für Pathologie, Zytologie und Molekularpathologie, welches dem St. Vincenz-Krankenhaus Limburg als eigenständiges Institut angegliedert ist.

## Prof. Dr. med. Hans Vettermann wird 100 Jahre alt



Prof. Dr. med. Hans Vettermann gehört zur ersten Generation der deutschen Kinderkardiologen. Geboren am 7. Dezember 1919 in Oberbayern. Schulbildung in München und in Dresden. Wehrdienst ab 1941 in Russland und Italien. Nach Verwundung und kurzer Gefangenschaft Studium in Innsbruck und Frankfurt am Main. Hier ab 1950 Weiterbildung an der Univ.-Kinderklinik. Das Interesse Vettermanns an der Kinderkardiologie entsprang der Erkenntnis, dass es fast nirgends ausreichende Expertise

zu Diagnostik und Behandlung kindlicher Herzprobleme gab. Untersuchungsmethoden eignete sich Vettermann in Düsseldorf und an der Mayo Clinic (USA) an. Nach seiner Rückkehr an die Universitätsklinik Frankfurt erfolgte die Gründung der Abteilung für Kinderkardiologie, die rasch anwuchs. Er war ein leidenschaftlicher Kliniker, dem besonders die differentialdiagnostische Sorgfalt und eine zugewandte Betreuung der oft sehr besorgten Eltern seiner Patienten am Herzen lag. Am 31. März 1985 trat er in den Ruhestand. Herzlichen Glückwunsch!

**Prof. Dr. med. Volker von Loewenich**  
Frankfurt am Main

Foto: Prof. Dr. Volker von Loewenich



## Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

### I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

#### Infektiologie

**Antibiotic Stewardship (ABS) Modul 3 – Aufbaukurs „ABS“**  
**Mo., 11.–Fr., 15. März 2020** **42 P**

**Leitung:** Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt  
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen  
**Gebühr:** 1.000 € (Akademiestudenten 900 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
Mail: heike.cichon@laekh.de

#### Hämotherapie

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot**  
**Mi., 26.–Do., 27. Februar 2020** **16 P**

**Leitung:** Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach  
**Gebühr:** 360 € (Akademiestudenten 324 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

#### Arbeitsmedizin

**Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische**  
**Betreuung von Arztpraxen (AbBA)**

**Refresher:** auf Anfrage  
**Erstschulung:** auf Anfrage  
**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden  
**Gebühr:** 110 € (Akademiestudenten 99 €)  
**Max. Teilnehmerzahl:** 25  
**Auskunft/Anmeldung:** K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,  
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

#### Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).  
**Theoretischer Teil: Mo., 18.–Mi., 20. Mai 2020** **35 P**  
**Beginn Telelernphase:** 18. April 2020  
**Leitung:** Prof. Bechtstein, Frankfurt  
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz  
**Gebühren:** 640 € (Akademiestudenten 576 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.floren@laekh.de

#### Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ – Kinder- u. Jugendgynäkologie;**  
**Kinderchirurgie u. Kinderrheumatologie**

**Mi., 11. März 2020** **7 P**  
**Leitung:** PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt  
**Gebühr:** 75 € (Akademiestudenten kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

#### Innere Medizin

##### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) -  
Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesell-  
schaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung  
Diabetes mellitus Typ 2.

**Teile 1 + 2: Mi., 18. März 2020** **6 P**  
**Gesamtleitung:** Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim  
**Gebühr:** 60 € (Akademiestudenten 54 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

##### Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG).  
**Fr., 07.–Sa., 08. Februar 2020**  
**Leitung:** Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim  
**Gebühr:** 180 € (Akademiestudenten 162 €)  
**Auskunft/Anmeldung:**  
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adiaela.candelo-roemer@laekh.de

#### Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik u. Therapie der Schlafapnoe

**Teil 1:** **Fr., 24.–Sa., 25. April 2020** **insg. 34 P**  
**Teil 2:** **Fr., 08.–Sa., 09. Mai 2020**  
**Teil 3 (Praktikum):** **Fr., 15. Mai 2020**  
**Ort Praktikum:** **Hofheim**, Schlafmedizinisches Zentrum  
**Leitung:** Dr. med. J. Heitmann,  
Dipl.-Psych. M. Specht,  
Prof. Dr. med. R. Schulz  
**Gebühr:** 650 € (Akademiestudenten 585 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
E-Mail: melanie.turano@laekh.de



## Moderatorentaining

**Fr., 03.–Sa., 04. April 2020** **16 P**

**Leitung:** Dr. med. A. Mainz, Korbach

**Fr., 25.–Sa., 26. September 2020** **20 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Zeckey, Fulda

**Gebühren:** je 360 € (Akademiest. 324 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238  
E-Mail: andrea.flören@laekh.de

## Palliativmedizin

### Refresher Palliativmedizin

**Sa., 04. April 2020**

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

**Gebühr:** 140 € (Akademiest. 126 €)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Rechtsmedizin

### Leichenschau

**Mi., 04. März 2020, Mi., 11. März 2020**

**Mi., 18. März 2020 und Mi., 25. März 2020, jeweils 15:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt

**Ort:** Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

**Gebühr:** 180 € (Akademiest. 162 €)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

### Hygienebeauftragter Arzt im Rehawesen, Refresher Do., 20. Februar 2020

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Heudorf,  
Dr. med. S. Hofmann, Dr. med. K. Steul

**Gebühr:** 160 € (Akademiest. 144 €)

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Reisemedizin

### Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar

**Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 und**

**Fr., 24.–Sa., 25. April 2020**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

**Gebühr:** 560 € (Akademiest. 504 €)

**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

**Modul III: Fr., 06.–Sa., 07. Dezember 2019** **16 P**

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein Final- und ein Kausalitätsgutachten gefordert. Die Erstellung der Gutachten erfolgt in Eigenarbeit mit fachlicher Überprüfung. Die Gutachten sind gesondert buchbar.

**Gebühr:** 250 € (Akademiest. 225 €)

**Gutachtenerstellung:** Final- und Kausalitätsgutachten je 25 €  
(Akademiest. 22,50 €)

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

**Modul I – III Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020** **12 P**

**Gebühr:** 250 € (Akademiest. 225 €)

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Psychosomatik

### Die große Lustlosigkeit –

**Sexuelle Überstimulierung und sexuelle Funktionsstörungen  
Sa., 15. Februar 2020** **7 P**

**Leitung:** Dr. med. A. Schüler-Schneider,  
Frankfurt

**Gebühren:** 90 € (Akademiest. kostenfrei)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.flören@laekh.de

## Fachkunde im Strahlenschutz

**Kenntniskurs: Sa., 15. Februar 2020 je 4 P**  
(Theoretische und praktische Unterweisung)

**Gebühr:** Theorie: 100 € (Akademiest. 90 €)  
Praxis: 60 € (Akademiest. 54 €)

**Aktualisierungskurs Sa., 14. März 2020**

**Gebühr:** 160 € (Akademiest. 144 €)

**Grundkurs Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020**

Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage

**Gebühr:** 360 € (Akademiest. 324 €)

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**

**Fr., 11.–Sa., 12., September 2020**

Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage

**Gebühr:** 340 € (Akademiest. 306 €)

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

**Leitung:** Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle,  
Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

## Notfall- und Intensivmedizin

### Notfallmedizin machbar machen

**Mi., 18. März 2020** 6 P

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
**Gebühr:** 180 € (Akademiestudenten 162 €)

### Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

**Mo., 03.–Fr., 07. Februar 2020** 40 P

**Leitung:** J. Blau, Hofheim  
**Gebühr:** 750 € (Akademiestudenten 675 €)

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

**Do., 05.–Sa., 07. März 2020**

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
 M. Leimbeck, Braunfels  
**Gebühr:** 420 € (Akademiestudenten 378 €)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

### 42. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

**Mo., 20.–Fr., 24. April 2020** 51 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Bojunga  
 Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer  
 Prof. Dr. med. G. Rohde

**Ort:** **Frankfurt**, Universitätsklinikum  
**Gebühr:** 650 € (Akademiestudenten 585 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

## Datenschutz

### Datenschutz 2.0 – Wie kann der interne Datenschutzbeauftragte die neuen Anforderungen erfüllen?

**Mittwoch, 29. Januar 2020** 4 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.  
 H.-R. Tinneberg, A. Wolf, Frankfurt

**Gebühr:** 70 € (Akademiestudenten 63 €)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Mi., 06. Mai 2020**

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechtheim  
 Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

**Fr. 23. Oktober 2020**

**Leitung:** Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns  
 Dr. med. E. Reichwein, Villmar  
**Gebühren:** je 180 € (Akademiestudenten 162 €)  
 zzgl. 70 € Schulungsmaterial

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

## Geriatrische Grundversorgung

**Block II: Fr., 12.–Sa., 15. Februar 2020**

**Ort:** **Darmstadt**, Agaplesion Elisabethenstift

**Gebühr:** 500 € (Akademiestudenten 450 €)

**Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt  
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Ultraschall

### Gefäße

#### Interdisziplinärer Grundkurs der Doppler-Duplex-Sonographie für die Angiologie

**Do., 13.–Fr., 14. Februar 2020 (Theorie)**

**Sa., 15. Februar 2020 (Praktikum)**

**Ort Praktikum:** **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest

**Gebühr:** 520 € (Akademiestudenten 468 €)

#### Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

**Do., 04.–Sa., 06. Juni 2020**

**Gebühr:** 440 € (Akademiestudenten 396 €)

#### Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

**Fr., 27.–Sa., 28. November 2020**

**Gebühr:** 360 € (Akademiestudenten 324 €)

**Leitung der Kurse für Gefäße:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,  
 Frankfurt

### Abdomen und Retroperitoneum

#### Grundkurs

**Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020 (Theorie)**

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

**Gebühr:** 540 € (Akademiestudenten 486 €)

#### Aufbaukurs

**Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 (Theorie)**

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

**Gebühr:** 540 € (Akademiestudenten 486 €)

#### Abschlusskurs/Refresherkurs

**Sa., 31. Oktober 2020 (Theorie)**

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

**Gebühr:** 400 € (Akademiestudenten 360 €)

**Orte Praktika:** **Rhein-Main-Gebiet**, div. Kliniken

**Leitung der Kurse für Abdomen:** Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

**Modul Schilddrüse I: Sa., 29. Februar 2020**

**Gebühr:** 250 € (Akademiestudenten 225 €)

**Ort:** **Frankfurt**, Universitätsklinikum

**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** J. Schwab, Fon: 06032 782-211,  
 E-Mail: juliane.schwab@laekh.de



## II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

### Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

Die ArbMedVV „Lärm“ ist in Block B1 und die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ in Block B2 integriert.

**Kurstage:** Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

**Block A1:** Mi., 29. Januar–Mi., 05. Februar 2020  
Beginn Telearnphase: 17. Dezember 2019

**Gebühr:** 650 € (Akademiestudierende 585 €)  
**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

### Akupunktur

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesgesellschaft für Akupunktur e. V. / DÄGfA.

#### I. Teil Theorie (120 Std.)

**G15 (A-Diplom) Sa., 07. Dezember 2019**

**G1 – G2:** Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020

**G3 – G4:** Fr., 21.–Sa., 22. Februar 2020

**G5 – G6:** Fr., 13.–Sa., 14. März 2020

**G7 – G8:** Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020

**G9 – G10:** Fr., 18.–Sa., 19. September 2020

**G11 – G12:** Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020

#### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020

Fr. 21.–Sa., 22. Februar 2020

Fr., 13.–Sa., 14. März 2020

Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020

Fr., 18.–Sa., 19. September 2020

Fr., 13.–Sa., 14. November 2020

**Leitung:** H. Luxenburger, München

**Gebühren:** auf Anfrage

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de **oder**  
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,  
E-Mail: bauss@daegfa.de

### Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden. Weitere Termine werden 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

**Kursblock III Fr., 24.–Sa., 25. Januar und  
Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2020**

**Kursblock IV (inkl. 20 UE E-Learning)  
Fr., 19.–Sa., 20. Juni und Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020**

**Kursblock V Fr., 23.–Sa., 24. Oktober und  
Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020**

**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden  
**Gebühren:** Kursblock III, V je 650 €  
(Akademiestudierende 585 €)  
Kursblock IV 1.000 €  
(Akademiestudierende 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

### Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

**Block A: Fr., 28.–Sa., 29. Februar 2020** **20 P**

**Leitung:** Dr. med. K. Böhme, Kassel  
Dr. med. T. Wiehn, Königstein

**Block D: Fr., 27.–Sa., 28. März 2020** **20 P**

**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt  
Dr. med. S. Moreau, Frankfurt

**Block C: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020** **20 P**

**Leitung:** C. Drefahl, Frankfurt  
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

**Block B: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020** **20 P**

**Leitung:** PD Dr. med. M. Gehling, Kassel  
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Gebühren:** je Block 300 €  
(Akademiestudierende 270 €)

**Orte:** Block A, D, C: Bad Nauheim, BZ LÄKH,  
Block B: Kassel, Klinikum

**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



## Allgemeinmedizin

### Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

<b>Kurs C – Modul IIb:</b>	<b>Sa., 01. Februar 2020</b>
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg Dr. med. R. Gerst, Waldeck
<b>Kurs A – Modul I:</b>	<b>Fr., 15.–Sa., 16. Mai 2020</b>
<b>Kurs B – Modul IIa:</b>	<b>Fr., 19.–Sa., 20. September 2020</b>
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
<b>Gebühren:</b>	Kurs A / B jeweils jeweils 300 € (Akademiestudierende 270 €) Kurs C 150 € (Akademiestud. 135 €)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

### Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

**Fr., 19.–Sa., 20. Juni 2020** **16 P**

<b>Gesamtleitung:</b>	Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
<b>Gebühr:</b>	260 € (Akademiestudierende 234 €)

**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Psychosomatische Grundversorgung

### 26. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110).

Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Theorie.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

<b>Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 06.–Sa., 07. März 2020</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 25.–Sa., 26. September 2020</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 16.–Sa., 17. Oktober 2020</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 20.–Sa., 21. November 2020</b>	<b>16 P</b>

**Leitung:** P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

**Gebühren je Block:** 280 € (Akademiestudierende 252 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Suchtmedizin

### Suchtmedizinische Grundversorgung

<b>Kursteil 1:</b>	<b>Fr., 10.–Sa., 11. Januar 2020</b>
<b>Gebühr:</b>	200 € (Akademiestudierende 180 €)
<b>Kursteil 2:</b>	<b>Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2020</b>
<b>Gebühr:</b>	210 € (Akademiestudierende 189 €)
<b>Kursteil 3:</b>	<b>Fr., 07.–Sa., 08. Februar 2020</b>
<b>Gebühr:</b>	220 € (Akademiestudierende 198 €)
<b>Kursteil 4:</b>	<b>Fr., 28.–Sa., 29. Februar 2020</b>
<b>Gebühr:</b>	220 € (Akademiestudierende 198 €)
<b>Leitung:</b>	D. Paul, Frankfurt
<b>Orte:</b>	Kursteile 1–3: <b>Frankfurt</b> , Bürgerhospital und SAGS Kursteil 4: <b>Friedrichsdorf</b> , Salus Klinik
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	C. Winkler, Fon: 06032 782-208, E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

## Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative in Heimarbeit zu erbringen ist.

<b>Block II a: Do., 27.–Sa., 29. Februar 2020</b>	<b>24 P</b>
Projekt-/Heimarbeit: 02. März–02. Juni 2020	16 P
<b>Block II b: Mi., 03.–Sa., 06. Juni 2020</b>	<b>32 P</b>
<b>Block III a: Mi., 09.–Sa., 12. September 2020</b>	<b>32 P</b>
Telelernphase: 14. September–10. November 2020	24 P
<b>Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020</b>	<b>32 P</b>
<b>Gebühren:</b>	Blöcke II a, II b, III a, III b je: 770 € (Akademiestudierende 693 €)
<b>Leitung:</b>	N. Walter, Frankfurt

### Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

## Palliativmedizin

<b>Fallseminar Modul 1</b>	<b>Di., 10.–Sa., 14. März 2020</b>
<b>Leitung:</b>	Dr. med. C. Riffel, Darmstadt
<b>Gebühr:</b>	700 € (Akademiestudierende 630 €)
<b>Fallseminar Modul 2</b>	<b>Mo., 22.–Fr. 26. Juni 2020</b>
<b>Leitung:</b>	Dr. med. W. Spuck, Kassel
<b>Gebühr:</b>	700 € (Akademiestudierende 630 €)
<b>Fallseminar Modul 3</b>	<b>Mo., 16.–Fr., 20. November 2020</b>
<b>Leitung:</b>	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
<b>Gebühr:</b>	800 € (Akademiestudierende 720 €)
<b>Kurs-Weiterbildung</b>	<b>Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020</b>
<b>Gebühr:</b>	700 € (Akademiestudierende 630 €)
<b>Leitung:</b>	Dr. med. K. Mattek, Hanau

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Sportmedizin

Der Umfang der Weiterbildung beträgt 240 Stunden. Die inhaltliche Zusammensetzung ist auf die aktuellen Bestimmungen der WBO der LÄKH ausgerichtet. Der Kurs enthält theoretische und – in großem Umfang – praktische Elemente.

**ZTK 4: Mo., 30.–Di., 31. März 2020**  
**Systemerkrankungen und Sport – von der Prävention zur Therapie (Senioren)**

**ZTK 10: Mi., 01.–Do., 02. April 2020**  
**Sportmedizinische internistische/kardiologische Grundlagen**

**ZTK 7: Fr., 03.–Sa., 04. April 2020**  
**Basiskurs sportmedizinische Aspekte des Stütz- und Bewegungsapparates**

Weitere Termine unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer,  
**Gebühren:** je ZTP 300 €  
 (Akademiestudierende 270 €)

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
 E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@laekh.de)

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

**Mi., 11.– Sa., 14. November 2020**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.  
 H.-R. Tinneberg, Frankfurt

**Gebühr ges.:** 520 € (Akademiestudierende 468 €)

**Gebühr/Tag:** 180 € (Akademiestudierende 162 €)

**Auskunft/Anmeldung:** S. Holler, Fon: 06032 782-226  
 E-Mail: [susanne.holler@laekh.de](mailto:susanne.holler@laekh.de)

## Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.

**Mo., 30. März–Sa., 04. April 2020**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder,  
 Künzell

**Gebühr ges.:** 600 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 540 €)

**Gebühr/Tag:** 180 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 162 €)

**Auskunft/Anmeldung:**  
 A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
 E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de)

## ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

**Anmeldung:** Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de) möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

**Veranstaltungsort** (sofern nicht anders angegeben):  
 Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,  
 Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

**Kinderbetreuung:** Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

**Gebühr** (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

**Teilnehmerzahl:** Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

**Akademie-Mitgliedschaft:** Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: [cornelia.thriene@laekh.de](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)

Akademie online:  
[www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)  
**E-Mail:** [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)





## Kardiologie (KAR) 120 Stunden

**Inhalte:** Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website.

**Termin:** ab 19.03.2020

**Gebühr:** auf Anfrage

**Kontakt:** Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

## Klinikassistentz (KLA) 100 Stunden

Die Fortbildung umfasst 100 Stunden fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht, wobei insbesondere in 23 Unterrichtsstunden Handlungsabläufe in komplexen Fallübungen besprochen und erarbeitet werden.

**Inhalte:**

- Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus
- Relevante Gesetzgebungen
- Einführung in das Fallmanagement
- Interdisziplinäre prozessorientierte, stationäre Falldokumentation
- Interdisziplinäre prozessorientierte, ambulante Falldokumentation
- Datenverarbeitungssysteme/Digitalisierung
- Formular- und Abrechnungswesen
- Professionelle Kommunikation in Stresssituationen
- Best practice – Anwendungsübungen

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr:** 1.180 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

**Kontakt:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

## Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

**Termin:** ab 04.05.2020

**Gebühr (ERM):** € 950 zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

**Zusätzlich sind die Themen:** Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

**Kontakt:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

## Impfungen (MED 4)

**Inhalte:** Impfkalendar der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

**Termin:** Sa., 14.03.2020, 09:30 – 16:45 Uhr

**Gebühr:** 95 €

**Information:** Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

## Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil 1 (PAT 11)

**Inhalte:** Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger/-innen und Wiedereinsteiger/-innen in den Beruf sowie an Mitarbeiter/-innen in der ärztlichen Praxis, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

**Termin (PAT 11\_1):** Sa., 15.02.2020, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 110 €

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

## Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil II (PAT 12)

**Inhalte:** In der Fortbildung werden die Grundlagen der Honorarverteilung, die unterschiedliche Vergütung der ärztlichen Leistungen mit den hieraus resultierenden Konsequenzen für die Abrechnung erläutert.

**Termin:** Sa., 28.03.2020, 09:30– 15:00 Uhr

**Gebühr:** 110 €

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

## Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

**Termin (SAC 1z):** ab Do., 06.02.2020

**Teilnahmegebühr:** 340 € inkl. Lernerfolgskontrolle

**Kontakt:** Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

## Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 19)

**Inhalte:** Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß Bundesdatenschutzgesetz die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/einer Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

**Termin:** siehe nächste Seite.



**Termin:**

**PAT 19\_2z:** Fr., 28.02.–Sa., 29.02.2020 (Präsenzphase) und  
So., 01.03.–So., 15.03.2020 (Telelernphase)

**Gebühr:** 255 €

**Kontakt:** Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax -180

**Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende**

**Abrechnung: EBM (PVK 1)**

**Inhalte:** Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

**Termin (PVK 1\_1):** Sa., 04.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 80 €

**Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)**

**Inhalte:** Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen mit praktischen Beispielen wiederholt und vertieft.

**Termin (PVK 2\_1):** Sa., 18.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 80 €

**Medizinische Fachkunde (PVK 4)**

**Inhalte:** Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

**Termin (PVK 4\_1):** Sa., 21.03.2020 und Sa., 28.03.2020,  
jeweils 09:30 – 16:00 Uhr

**Gebühr:** € 130

**Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)**

**Inhalte:** Kapillare Blutentnahme, Glucose- und Cholesterinmessungen, Blutsenkungsgeschwindigkeitsbestimmung, Harnstatus, Mikroskopierübungen, Messungen zum BMI, Blutdruck- und Pulsmessung, Ruhe-EKG.

**Termin (PVK 5\_1):** Sa. 08.02.2020, 09:30 – 17:45 Uhr

**Gebühr:** € 95

**Praxisorganisation Teil 1 Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 6)**

**Inhalte:** Anhand exemplarischer Aufgabenstellungen werden ausgewählte Themen aus dem kaufmännischen Prüfungsbe-  
reich wiederholt und praktisch geübt.

**Termin (PVK 6):** Sa., 14.03.2020, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 80 €

**Praxisorganisation Teil 2 Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 7)**

**Inhalte:** Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

**Termin (PVK 7):** Sa., 09.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 80 €

**Kontakt:** Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175,  
Fax: -180

**Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**

Der Kurs bietet den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

**Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung**

**(PVK 3\_1):** Sa., 01.02.2020 oder

**(PVK 3\_2):** Sa., 15.02.2020 oder

**Termine zur Vorbereitung auf die Sommerprüfung**

**(PVK 3\_3):** Sa., 04.04.2020 oder

**(PVK 3\_4):** Sa., 25.04.2020, jeweils 09:30 – 17:45 Uhr

**Gebühr:** € 95

**Kontakt:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

**ALLGEMEINE HINWEISE**

**Anmeldung:** Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

**Veranstaltungsort** (soweit nicht anders angegeben):

**Carl-Oelemann-Schule (COS)**

Website: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

**Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:**

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-230 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)

**Bekanntgabe von Prüfungsterminen**

**Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung**

Modulprüfung 1a	Anmeldeschluss
20.02.2020	30.01.2020
26.03.2020	05.03.2020
17.09.2020	27.08.2020
22.10.2020	01.10.2020
Modulprüfung 1b	Anmeldeschluss
23.04.–25.04.2020	02.04.2020
09.07.–11.07.2020	25.06.2020
10.09.–12.09.2020	20.08.2020
12.11.–14.11.2020	22.10.2020

Änderungen vorbehalten



## Das Ende des Honorararztes?

Zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. Juni 2019

(B 12 R 11/18 R)

Der Begriff des Honorararztes ist gesetzlich nicht definiert. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und des Bundesverfassungsgerichts ist (im Hinblick auf die Leistungs- und Abrechnungsbefugnis) unter einem Honorararzt ein zeitlich befristet freiberuflich auf Honorarbasis tätiger Arzt zu verstehen, der aufgrund eines Dienstvertrages im stationären und/oder ambulanten Bereich eines Krankenhauses ärztliche Leistungen für einen Krankenträger erbringt, ohne bei diesem angestellt oder als Beleg- oder Konsiliararzt tätig zu sein.

Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Urteil vom 4. Juni 2019 festgestellt, dass Honorarärzte regelmäßig nicht als Selbstständige anzusehen sind, sondern als Beschäftigte des Krankenhauses der Sozialversicherungspflicht unterliegen.

### Der dem Urteil zugrundeliegende Sachverhalt

Dem Urteil des BSG lag der Fall einer Fachärztin für Anästhesiologie zugrunde, die in zwei Krankenhäusern als Honorarärztin tätig war. Die Ärztin behandelte keine eigenen Patienten, sondern ausschließlich Patienten der Krankenhäuser. Sie war zuständig für die Untersuchung, Vorbereitung und Aufklärung von Patienten, die Durchführung von Lokal-, Regional- und Allgemeinanästhesien sowie die fachärztliche Nachsorge und Betreuung der Patienten während des stationären Aufenthalts oder eines ambulanten Eingriffs.

In fachlicher Hinsicht war die Ärztin grundsätzlich eigenverantwortlich und weisungsfrei tätig. Sie hatte die Möglichkeit, Dienste abzulehnen. Übernahm sie Dienste im Regel- oder Bereitschaftsdienst, wurde sie als Vertreterin eines bei dem Krankenhaus angestellten Arztes eingesetzt und verrichtete die gleichen Arbeiten. Die Einsatzzeiten wurden mit dem zuständigen Chefarzt abgestimmt. Ein Dienstzimmer wurde ihr – wie auch anderen beschäftigten Ärzten – bei Bereitschaftsdiensten kostenlos bereitgestellt. Sie wurde ausschließlich in den Räumen des Krankenhauses, überwiegend in Operationssälen, tätig und nutzte die Betriebsmittel des Krankenhauses. Die Ärztin war im Dienstplan des Krankenhauses eingetragen und arbeitete arbeitsteilig mit anderen Mitarbeitern zusammen. Nach außen war sie nicht als externe Mitarbeiterin erkennbar.

Die Ärztin war verpflichtet, die im Krankenhaus zur Anwendung kommenden organisatorischen Regelungen einzuhalten, wobei sie sich an die Anweisungen und Vorgaben der Chefärzte halten musste. Die Tätigkeit im stationären Bereich und bei ambulanten Institutsleistungen wurde durch die Haftpflichtversicherung des Krankenhauses abgedeckt. Die Vergütung war pauschaliert. Für die Leistung von Tagdiensten wurde ein Entgelt von 80 Euro pro Stunde vereinbart, pro Bereitschaftsdienststunde erhielt die Ärztin eine Vergütung in Höhe von 64 Euro.

### Der Begriff der abhängigen Beschäftigung

Nach ständiger Rechtsprechung des BSG setzt eine abhängige Beschäftigung die persönliche Abhängigkeit des Arbeitnehmers vom Arbeitgeber voraus. Dies ist bei einer Beschäftigung im fremden Betrieb der Fall, wenn der Beschäftigte in den Betrieb eingegliedert ist und einem Zeit, Dauer, Ort und Art der Ausführung umfassenden Weisungsrecht des Arbeitgebers unterliegt. Die Weisungsgebundenheit kann vor allem bei „Diensten höherer Art“, zu denen die Ausübung der Heilkunde durch Ärzte zählt, eingeschränkt und zur „funktionsgerecht dienenden Teilhabe am Arbeitsprozess“ verfeinert sein; dennoch kann die Dienstleistung in diesen Fällen fremdbestimmt sein, wenn sie ihr Gepräge von der Ordnung des Betriebs erhält, in deren Dienst die Arbeit verrichtet wird.

Eine selbstständige Tätigkeit zeichnet sich hiergegen durch das eigene Unternehmerrisiko, das Vorhandensein einer eigenen Betriebsstätte, die Verfügungsmöglichkeit über die eigene Arbeitskraft und die im Wesentlichen frei gestaltete Tätigkeit und Arbeitszeit aus. Ob von abhängiger Beschäftigung oder Selbstständigkeit auszugehen ist, richtet sich danach, welche Umstände das Gesamtbild der Arbeitsleistung prägen und welche Merkmale überwiegen.

### Die Entscheidung des Bundessozialgerichts

Das BSG wies darauf hin, dass bei der Gewichtung der Indizien zu berücksichtigen sei, dass die ärztliche Tätigkeit im Krankenhaus, in dem ein hoher Grad der Organisation herrsche, Besonderheiten aufweise. Die regulatorischen Rahmenbedingungen beding-

ten die Eingliederung des ärztlichen Personals in die Organisations- und Weisungsstruktur und die Qualitätssicherungs- und Kontrollmechanismen des Krankenhauses. Für eine nur ausnahmsweise in Betracht kommende Selbstständigkeit müssten daher gewichtige Indizien vorliegen.

Maßgeblich für die Annahme der Beschäftigteneigenschaft der Ärztin war für das BSG Folgendes:

- Die Ärztin unterlag dem Weisungsrecht des Krankenhauses und war, wie andere angestellte Ärzte auch, vollständig in den Betriebsablauf eingegliedert. Sie wurde für die Tätigkeit auf einer bestimmten Station bzw. in einem bestimmten Operationssaal eingeteilt und erbrachte ihre Arbeitsleistung unter Führung eines Ober- oder Chefarztes sowie in Abstimmung und arbeitsteiligem Zusammenwirken mit anderen Mitarbeitern.
- Die personellen und sachlichen Ressourcen des Krankenhauses wurden genutzt.
- Die Ärztin behandelte Patienten des Krankenhauses, wobei der gesamte organisatorische Rahmen im Verhältnis zum Patienten vom Erstkontakt über die arbeitsteilige Behandlung bis zur Abrechnung der erbrachten Leistungen in der Hand des Krankenhauses lag und von diesem vorgegeben wurde.
- In zeitlicher Hinsicht war die Ärztin von den organisatorischen Vorgaben des Klinikbetriebs abhängig und konnte die Arbeit nicht zu jedem beliebigen Zeitpunkt abbrechen, sondern musste die ihr zugewiesenen Aufgaben erledigen. Sie hatte im Vergleich zu angestellten Krankenhausärzten keine ins Gewicht fallenden Freiheiten hinsichtlich Gestaltung und Umfang ihrer Arbeitsleistung innerhalb des einzelnen Dienstes.

Für eine selbstständige Tätigkeit wurden von dem BSG keine Anhaltspunkte festgestellt, die ein derartiges Gewicht hätten, dass sie die Weisungsgebundenheit und Eingliederung nur annähernd hätten auf- oder überwiegen können:

- Die Ärztin war keinem nennenswerten Unternehmerrisiko ausgesetzt. Sie erhielt einen festen Lohn für geleistete Stunden und hatte keinen Verdienstaufschlag zu befürchten. Sie konnte nicht durch unternehmerisches Geschick ihre Arbeit so effizient gestalten, dass sie das Verhältnis von Aufwand und Ertrag zu ihren Gunsten entscheidend hätte beeinflussen können.
- Ärzte handeln bei medizinischen Heilbehandlungen und Therapien grundsätzlich frei und eigenverantwortlich; hieraus kann nicht per se auf eine Selbstständigkeit geschlossen werden (auch Chefarzte werden als Angestellte qualifiziert).
- Die Honorarhöhe ist nur eines von vielen in der Gesamtwürdigung zu berücksichtigenden Indizien und vorliegend nicht ausschlaggebend. Die Einschränkung der indiziellen Bedeutung der Honorarhöhe ergibt sich daraus, dass die Sozialversicherung auch dem Schutz der Interessen der Mitglieder der Solidargemeinschaft dient. Den Beteiligten steht keine Dispositionsbefugnis dahingehend zu, dass sich der Auftraggeber durch Vereinbarung eines Zuschlags zu einem üblichen Stundenlohn von der Sozialversicherungspflicht „freikaufen“ könnte.

Das BSG kam vor diesem Hintergrund zu dem Schluss, dass die Ärztin in den Krankenhäusern gegen Arbeitsentgelt abhängig beschäftigt und damit versicherungspflichtig war.

## Die Unbeachtlichkeit potenzieller Versorgungsprobleme im Gesundheitswesen

Durch die Möglichkeit, Honorarärzte kurzfristig, zeitlich begrenzt und flexibel einzusetzen ist diese Vertragskonstellation insbesondere für Krankenhäuser im ländlichen Raum attraktiv, die unter Fachkräftemangel leiden.

Ein etwaiger Fachkräftemangel hat jedoch keinen Einfluss auf die rechtliche Beurteilung des Vorliegens einer Versicherungspflicht. Nach informatorischer Befragung und Anhörung von Verbänden und Kostenträgern konstatierte das BSG, dass sich keine Anhaltspunkte dafür ergeben hätten, dass der Einsatz von Honorarärzten im Gesundheitswesen für die Aufrechterhaltung der Versorgung unerlässlich sei.

Das BSG stellt vielmehr fest: Fänden Einrichtungen der Daseinsvorsorge wie Krankenhäuser nicht genügend Personal, das bereit ist, ein Arbeitsverhältnis mit einem Krankenhaus einzugehen, weil die Arbeitsbedingungen (Bezahlung, Arbeitszeiten, Schicht- und sonstige Dienste) als nicht attraktiv empfunden werden, könnten Krankenhäuser und Ärzte die insoweit bestehenden Probleme nicht dadurch lösen, dass sie einen Honorarvertrag vereinbaren. Zwingende Regelungen des Sozialversicherungsrechts könnten nicht dadurch außer Kraft gesetzt werden, dass Arbeitsverhältnisse als Honorartätigkeit bezeichnet werden.

### Fazit

Aufgrund der Entscheidung des BSG bestehen nur noch sehr eingeschränkte Möglichkeiten des Einsatzes von Honorarärzten im Krankenhaus. Zwar ist grundsätzlich eine Einzelfallentscheidung unter Abwägung der oben skizzierten Gesichtspunkte zu treffen; hierbei müssen jedoch gewichtige Indizien für die Selbstständigkeit sprechen.

Aus diesem Grund empfiehlt sich in Grenzfällen die Einleitung eines Statusfeststellungsverfahrens bei der Clearingstelle der Deutschen Rentenversicherung Bund, um nicht das Risiko der Scheinselbstständigkeit einzugehen. Wird von einer Scheinselbstständigkeit ausgegangen, droht die Verpflichtung zur Nachzahlung von Sozialversicherungsbeiträgen und Lohnsteuer. Zudem besteht das Risiko der Strafbarkeit wegen Vorenthaltens und Veruntreuens von Arbeitsentgelt gemäß § 266a Abs. 1, Abs. 2 StGB (Nichtabführung des Arbeitnehmer-/Arbeitgeber-sozialversicherungsbeitrags) sowie wegen leichtfertiger Steuerverkürzung (§ 378 Abgabenordnung) oder Steuerhinterziehung (§ 370 Abgabenordnung).

Sofern Ärzte noch als Honorarkräfte in einem Krankenhaus tätig sind, besteht akuter Handlungsbedarf. Hier sollte die jeweilige Vertragskonstellation unter Inanspruchnahme anwaltlicher Hilfe einer rechtlichen Prüfung unterzogen und gegebenenfalls korrigiert werden.

**Dr. jur. Kirsten Theuner**  
Rechtsreferentin  
Syndikusrechtsanwältin  
Landesärztekammer Hessen



## Der Gebührenordnungsausschuss – kompetent mit beschränkter Wirkung

Ärztliche Tätigkeit und angemessene Vergütung waren und sind Dauerthemen berufspolitischer Auseinandersetzungen. Im GKV-Bereich wird kontrovers über das Diktat der Budgets, die Honorarverteilung mittels Punktwerten und die entsprechenden Folgen für die Patientenversorgung diskutiert. Im Bereich der Privatversicherten stehen die ökonomischen Zwänge defizitärer Krankenhäuser, der sachgerechte Umgang mit einer im Prinzip veralteten GOÄ sowie die mögliche Novellierung dieser Gebührenordnung im Mittelpunkt der Diskussion.

Mit dem neuen Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) hat der Gesetzgeber reagiert und ganz zuletzt überraschend einen Systemwechsel in der GKV zugelassen, indem er eine zumindest teilweise Aufhebung der stringenten Budgetierung verfügt hat. Damit wurde erstmalig von der Politik ein Zusammenhang eingeräumt zwischen der Qualität der ambulanten medizinischen Patientenversorgung mittels freier Ausübung des Arztberufes und einer realitätsbezogenen angemessenen Vergütung. Einen derartigen Zusammenhang gibt es allerdings auch bei der ärztlichen Tätigkeit im Krankenhaus.

In der Regel werden die Begriffe „Freiberuflichkeit“ und „selbstständige ärztliche Tätigkeit“ synonym verwendet. Dabei wird aber übersehen, dass auch angestellte Ärzte medizinisch frei tätig sind und dem gleichen Berufsrecht wie die in der Praxis tätigen selbstständigen Vertragsärzte unterliegen. Das bedeutet für beide Gruppen, dass medizinische Entscheidungen frei von ökonomischen Vorgaben (zum Beispiel der Krankenhausleitung) bzw. finanziellen Interessen (zum Beispiel Honorarverteilung) zu sein haben. In der Realität existieren diese „Vorgaben“ aber durchaus sowohl für die Selbstständigen in der Praxis als auch für die Angestellten im Krankenhaus.

Heutzutage sind alle Krankenhausärzte einschließlich der Chefärzte völlig vom Krankenhaus abhängig. Sie können dabei durchaus ökonomischen Zwängen, bei-

spielsweise bei der Indikationsstellung von wirtschaftlich lohnenden Operationen, ausgesetzt sein. Diese Abhängigkeit wird grundsätzlich begünstigt durch den totalen Verzicht der Krankenhausärzte auf ihr GOÄ-Honorar bei der stationären Behandlung von Privatpatienten im Krankenhaus.

Die jungen Chefärzte werden mit Vertragsbedingungen konfrontiert, die im Ergebnis einen vollständigen Honorarverzicht bedeuten mit Zufluss der Geldbeträge aus privatärztlicher Liquidation an den Krankenhausträger.

Für die Erstellung der Liquidationen beauftragen die zugehörigen Verwaltungen zunehmend sogenannte Abrechnungsbüros (privatärztliche Verrechnungsstellen). Diese „Institute“ werden in Prozent von der Höhe der Honorarsummen bezahlt und viele haben mit dem „Totschlagargument“ einer prinzipiell veralteten GOÄ die perfekte Ausnutzung der Gebührenordnung zu ihrem Geschäftsmodell gemacht. Davon kann der Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) „so manches Liedchen singen“. Immer wiederkehrende strittige Anwendungen bestimmter Gebührenpositionen mit Ausweitung und fehlerhafter Interpretation sind hier häufig die Regel. Auch der Zahl und Anwendung „neu ersonnener“ Analogpositionen sind kaum Grenzen gesetzt.

Die einschränkenden gutachterlichen Äußerungen des Ausschusses werden von diesen Büros kaum zur Kenntnis genommen. Unter erneuter phantasievoller Auslegung von vorhandenen, aber wenig bis nicht fallbezogenen Urteilen wird gerne (pseudojuristisch gebührenrechtlich) „eindrucksvoll“ widersprochen. Letztendlich bleibt so die gutachterliche Äußerung des Ausschusses, der prinzipiell nur beraten und empfehlen kann, ohne Effekt – beim nächsten Mal finden sich in identischen medizinischen Sachverhalten die gleichen fehlerhaften, aber den Honorarumsatz steigernden Positionen in den Liquidationen wieder. Viele Probleme werden allerdings durch die veraltete GOÄ selbst aus-

gelöst. Die Vergütungshöhe stimmt nicht mehr, die dort vorhandenen Leistungen bilden die moderne Medizin nicht mehr ab, sodass ein „Wildwuchs an Analogziffern“ zustande kommt. Eine entsprechend novellierte GOÄ könnte die Rechtsunsicherheiten hier durchaus beheben.

Ob Patienten strittige Beträge bezahlen müssen, ist letztendlich einem Gerichtsurteil vorbehalten. Ausgangspunkt ist immer der Behandlungsvertrag zwischen Arzt und Patient. Die private Krankenkasse hat eigentlich nur zu erstatten. In der Realität kürzt sie aber einen großen Teil der gestellten Rechnungen zumindest teilweise. Gerichtliche Auseinandersetzungen hierüber erfolgen immer über die Patienten selbst, die von der privaten Krankenkasse instrumentalisiert werden, indem diese die Erstattung ablehnt. Ein Gericht urteilt dann nicht grundsätzlich, sondern immer über den betreffenden Einzelfall. Diese gerichtliche Auseinandersetzung will man aber verständlicherweise eher vermeiden, denn welcher krankheitsbedingt wiederkehrende Patient würde nicht beim durchaus berechtigten Einbehalt von Rechnungsbeträgen negative Auswirkungen auf seine weitere medizinische Behandlung befürchten?

Die behandelnden Chefärzte tangiert dies alles nicht. Sie haben die Rechnung selbst nicht erstellt und sehen sowieso nichts vom Honorar auf ihrem Konto.

Diese Einstellung ist aber mehr als nur problematisch, denn letztendlich zeichnen sie als behandelnde Ärzte verantwortlich.

Die behandelten Patienten haben sich mit der Beauftragung eines Abrechnungsbüros einverstanden erklärt. Die standardisierten Einwilligung- und Aufklärungsbögen enthalten hier in der Regel – in Analogie zum ärztlichen Angestelltenverhältnis im Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) – den „beruhigenden“ Hinweis auf die dadurch mögliche Konzentration der Ärzte auf ihre medizinische Tätigkeit frei von Abrechnungsbürokratie.

Im Zweifelsfall sind sie aber trotzdem „die Dummen“ und setzen sich dann schriftlich mit erheblichem „bürokratischen“ Aufwand für eine fehlerhafte Anwendung der Gebührenordnung auseinander.

Ohne an dieser Stelle auf Einzelheiten einzugehen, ist die späte Einsicht der Politik bemerkenswert, im vertragsärztlichen Bereich zumindest ansatzweise die Budgetgrenzen aufzuheben. Den Ärzten ist nämlich grundsätzlich kein Vorwurf zu machen, dass sie sich in mehr als 25 Jahren stringenter Budgetierung dann auch nach den wirtschaftlichen Zwängen von Begrenzungen gerichtet und ihre Arbeit den Budgets angepasst haben. Es besteht eben doch ein Zusammenhang zwischen einer dem Berufsrecht entsprechenden freien Berufsausübung und der zugehörigen Vergütung. Für die GKV hat die Politik das zumindest teilweise anerkannt, für die GOÄ aber bisher noch nicht.

Eine eigenständige, insbesondere vom Klinikträger unabhängige Vergütung der

Krankenhausärzte wäre aber dringend notwendig und ginge in der Folge auch einher mit der ebenso notwendigen Gleichberechtigung in den Krankenhausführungsstrukturen. Auch die Arzt-Patientenbeziehung würde verbessert durch vermehrtes Vertrauen in die ärztlichen Entscheidungen unabhängig von der wirtschaftlichen Situation des Krankenhauses. Tatsächlich aber besteht weiterhin die völlige finanzielle Abhängigkeit der angestellten Ärzte von ihrem Arbeitgeber. Würden zum Beispiel die Krankenhausärzte ihr Liquidationsrecht zurück erhalten, könnte auch die Arbeit des Gebührenordnungsausschusses der LÄKH effektiver sein. Die gutachterlichen Äußerungen der dem Ausschuss angehörenden Ärzte würden sicherlich mehr Beachtung von denjenigen Kollegen erfahren, die ihre Abrechnungen auch selbst erstellt haben. Die von den Krankenhausleitungen beauftragten gewinnorientierten Abrechnungsstellen hingegen sind generell auf eine Maximierung

der Abrechnungsbeträge ausgerichtet und nehmen die einschränkenden Äußerungen eines Gutachterausschusses nur beiläufig zur Kenntnis. Daher gäbe es auch hier einen „TSVG-ähnlichen“ Handlungsbedarf.

**Für den Gebührenordnungsausschuss der Landesärztekammer Hessen:**

**Dr. med. Thomas Klippstein**  
 Vorsitzender des  
 Gebührenordnungsausschusses  
 E-Mail:  
 th.klippstein@gmx.de



Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

**Nachrichten**

**Gedenkstätte Hadamar – als Lernort lebendig erhalten**

Der Hessische Ministerpräsident Volker Bouffier (kl. Foto) hat Mitte September die Gedenkstätte Hadamar besucht – als erster hessischer Ministerpräsident überhaupt.

Hadamar ist die größte Gedenkstätte für medizinische Verbrechen mit über 20.000 Besuchern im Jahr. Sich mit Hadamar und seiner Geschichte zu beschäftigen heißt



auch, sich mit Medizinethik, mit Risiken der Verletzung von Patientenrechten und mit Pflichten für Pflegepersonal und Ärztinnen und Ärzte auch im heutigen aktuellen Zeitraum zu befassen.

In jüngerer Zeit hat die Zahl der Anfragen von Angehörigen von ermordeten Psychiatriepatienten, aber auch Angehörigen der damaligen Wehrmacht, zugenommen. Angehörige von Mitarbeitern der damaligen

Tötungsanstalten finden oftmals jetzt erst die Zeit und die innere Bereitschaft, um Anfragen zu ihren Angehörigen an die Gedenkstätte zu stellen.

Volker Bouffier setzt sich dafür ein, die Gedenkstätte weiter auszubauen.

Die räumliche Ausweitung der Einrichtung, mit Übernahme von Räumen im Westflügel des Gebäudes, benötigen finanzielle Unterstützung – vom Land Hessen, den Trägern der Einrichtung und vom Bund, um Realität zu werden. Bouffier wies in seiner Rede darauf hin, dass die Unterstützung der Gedenkstätte Aufgabe des Landes sei und dass über parteipolitische Blickwinkel hinaus auch für die Zukunft gewährleistet



Hadamar als Gedenk- und Lernort erhalten und ausbauen: Volker Bouffier, hessischer Ministerpräsident, rückte mit seinem Besuch die Bedeutung der Gedenkstätte auch für die Zukunft wieder in den Fokus.

sein müsse, dass dieses Haus lebendig bleibe als Einrichtung, die die Vergangenheit dokumentiert, als ein Lernort für Studierende und Schüler sowie als Bühne der Auseinandersetzungen mit medizinethischen Fragestellungen heutiger Zeit. Die Landesärztekammer Hessen ist im wissenschaftlichen Beirat vertreten und hält einen „kurzen Draht“ zur Gedenkstätte in Hadamar.

**Dr. med. Sigmund Drexler**

# „Do's and Don'ts“ in der Hämostaseologie

## Bericht vom 10. Frankfurter Gerinnungssymposium

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last, Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs

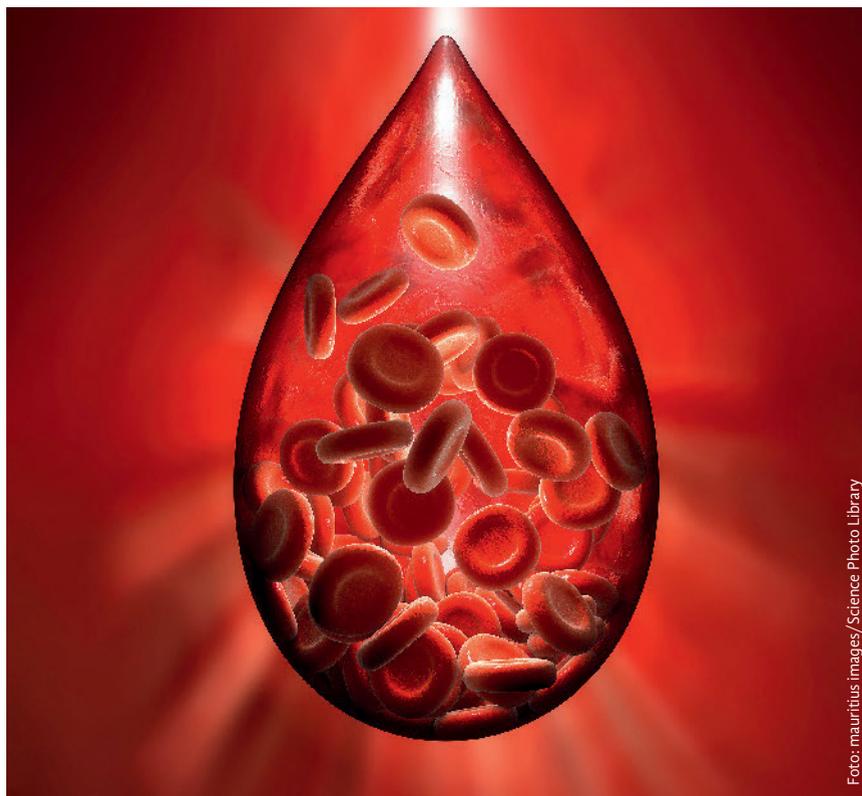


Foto: mauritius images/Science Photo Library

Hämophilie, konzeptionelle Illustration.

Zum 10. Jubiläumssymposium kamen mehr als 200 Teilnehmer aus unterschiedlichen Fachgebieten. Die Beliebtheit ist damit unverändert hoch gegenüber den Vorjahresveranstaltungen. Aus dem breiten Spektrum an aktuellen Themen werden nachfolgend einige wichtige Aspekte für die praktische Anwendung als Do's und Don'ts dargestellt.

### Lipidstoffwechsel

**Do:** Die Senkung des LDL-Cholesterin-Spiegels ist bei erhöhtem kardiovaskulären Risiko in der Sekundärprophylaxe unverzichtbar und bei Hochrisikopatienten auch primär indiziert. Es stehen unter anderem Statine und PCSK9-Hemmer zur Verfügung. Zur Förderung der Patientenakzeptanz kann in Ausnahmefällen eine sehr geringe Dosis eingesetzt

werden, zum Beispiel nur 5 mg Fluvastatin 2x pro Woche.

**Don't:** Simvastatin ist nur noch von historischer Bedeutung; die Wirkung auf die LDL-Senkung ist vergleichsweise gering gegenüber den anderen Präparaten. Auch eine routinemäßige Bestimmung der Kreatinkinase sollte unterbleiben. In Studien wurde nachgewiesen, dass Muskelschmerzen unter Statinen nicht häufiger auftreten als unter Placebo. Anders als früher angenommen stellt ein hohes HDL-Cholesterin keinen Schutz vor vaskulären Folgen einer LDL-Erhöhung dar.

### Tumor und Thrombose

Zur Prophylaxe und Therapie der tumorassoziierten Thrombose galten bisher niedermolekulare Heparine (NMH) als der Goldstandard. Die direkten oralen Antiko-

agulantien (DOAK) Edoxaban, Rivaroxaban und Apixaban haben in aktuellen Studien ihre Wirksamkeit erwiesen, sollten jedoch nicht bei gastrointestinalen oder urogenitalen Tumoren zum Einsatz kommen, da bei diesen Tumorentitäten das Blutungsrisiko unter DOAK-Therapie erhöht ist.

**Do:** Die individuelle Situation des Tumorpatienten erfordert in der Regel auch eine individuelle Wahl des Antikoagulans (NMH oder DOAK) mit möglichst geringen Nebenwirkungen, vor allem im Hinblick auf die Blutungsgefahr.

### Angeborene Thrombophilie

Laboruntersuchungen auf eine Thrombophilie sind nur sinnvoll, wenn ihre Ergebnisse Konsequenzen für die Therapie erwarten lassen.

**Don't:** Die Untersuchung von zahlreichen klinisch nicht relevanten Polymorphismen wie zum Beispiel dem PAI-Polymorphismus ist unsinnig und sollte unterlassen werden.

**Do:** Es sollten nur evidenzbasierte Laboruntersuchungen veranlasst werden und das vor allem bei Patienten mit unklarer Thromboseneigung in jungen Jahren. Dabei ist eine Unterscheidung zwischen einer schweren Thrombophilie (= angeborene Inhibitormängel, homozygote oder doppelt heterozygote Mutationen) und einer milden Thrombophilie (zum Beispiel heterozygote Faktor V Leiden-Mutation, heterozygote Prothrombinmutation) sinnvoll. Nur bei schwerer Thrombophilie ergeben sich relevante therapeutische Konsequenzen, zum Beispiel eine prolongierte Antikoagulation nach venöser Erstthrombose.

### Antiphospholipid-Syndrom

Das Antiphospholipid-Syndrom ist mit dem Auftreten venöser und/oder arterieller Thrombosen sowie Schwangerschaftskomplikationen assoziiert. Nur ein im Abstand von drei Monaten wiederholt posi-

ver Nachweis der Antikörper ist von klinischer Relevanz.

**Don't:** Eine Messung von Lupusantikoagulantien sollte nicht unter Einnahme von DOAK erfolgen, da es dadurch zu falsch positiven Testergebnissen kommen kann.

**Don't:** DOAK sollten nicht eingesetzt werden bei:

- arteriellen Thrombosen
- dreifacher Antikörperpositivität (= Lupusantikoagulans, Anticardiolipin-Ak plus  $\beta$ 2-Glykoprotein)
- alleinigem Nachweis von Lupusantikoagulantien.

In diesen genannten Situationen stellen VKA den Goldstandard der Therapie dar.

### Thrombose trotz Antikoagulation

**Do:** Das Auftreten einer Thrombose trotz Antikoagulation sollten Anlass sein, folgendes zu überprüfen:

Korrekte Dosierung und Einnahme sowie Adhärenz der gerinnungshemmenden Medikation, darüber hinaus Diagnostik einer Tumorerkrankung und weitergehende Gerinnungsdiagnostik, insbesondere bezüglich schwerer thrombophiler Störungen wie Antiphospholipid-Syndrom, und Mangel an Antithrombin, Protein C und Protein S.

### Thrombose trotz Thrombozytopenie

Bei einer Reihe von Erkrankungen können trotz einer Thrombozytopenie Thrombosen auftreten.

**Do:** Das erfordert die differenzialdiagnostische Abklärung bezüglich:

- DIC (Verbrauchskoagulopathie)
- TTP (Thrombotisch-thrombozytopenische Purpura)
- HUS (hämolytisch-urämisches Syndrom)
- Andere TMA (Thrombotische Mikroangiopathien)
- HIT (Heparininduzierte Thrombozytopenie)
- PNH (paroxysmale nächtliche Hämoglobinurie)
- ITP (idiopathische thrombozytopenische Purpura bzw. Immunthrombozytopenie), vor allem bei systemischem Lupus erythematoses oder Antiphospholipid-Syndrom, auch unter ITP-Therapie.

### Blutungen trotz Thrombozytose

Bei myeloproliferativen Erkrankungen kann eine Thrombozytose mit einem Thromboserisiko assoziiert sein. Bei massiver Thrombozytose kann aber auch eine starke Blutungsneigung auftreten, zum Beispiel im Sinne eines erworbenen von Willebrand-Syndroms oder einer Thrombozytenfunktionsstörung.

**Do:** Eine hämostaseologische/hämatologische Abklärung ist bei Blutungen trotz Thrombozytose erforderlich.

**Cave:** Reflexartige Therapie mit ASS bei Thrombozytose!

### Leitlinien-Update 2019

#### S2k-Leitlinie (2019) zur Varikose und Kompressionstherapie

**Do:** Patienten mit einer schweren Varikose (= CEAP-Stadium 3–6) sind einer invasiven Therapie zuzuführen. Dabei sollte neben der klassischen Operation die Indikation für ein endovenöses Verfahren (zum Beispiel Laser- oder Radiowellentherapie) geprüft werden.

Bei persistierenden venösen Beschwerden oder Komplikationen ist die Kompressionstherapie wichtig; zugunsten der Patientenakzeptanz kann auch eine geringe Kompressionsklasse (zum Beispiel CCL 1 statt sonst üblich 2) angewandt werden.

#### Konsensuspapier (2018) zum PFO-Verschluss bei kryptogenem Schlaganfall

In der Normalbevölkerung haben 25 % ein persistierendes Foramen ovale (PFO), bei Schlaganfallpatienten sind es 40 %. Die relative Risikoreduktion für ein Schlaganfallrezidiv wird nach PFO-Verschluss deutlich reduziert, allerdings sind die Fallzahlen gering.

**Do:** Bei jungen Patienten (16–60 Jahre) sollte nach Ausschluss anderer Ursachen für einen Schlaganfall ein PFO verschlossen werden. Danach wird ASS plus Clopidogrel für 1–3 Monate, dann ASS oder Clopidogrel für 12–24 Monate empfohlen.

#### ESC-Leitlinie (2017) zur Carotisstenose

Eine als gefährlich eingestufte über 70 %-ige Stenose der A. carotis interna (ACI) hat in der Bevölkerung eine Prävalenz von 1,7 % und ist damit selten.

**Do:** Durch „best medical treatment“ (BMT) mit einem Statin als unverzichtbarem Bestandteil lässt sich das Schlaganfallrisiko bei > 60 %-igen ACI-Stenosen deutlich senken.

**Do:** Hochgradige symptomatische ACI-Stenosen von 70–99 % haben ein hohes Schlaganfallrisiko von 18–25 % pro Jahr; durch die Carotisendarteriektomie (CEA) besteht eine absolute Risikoreduktion um 30 %, was bedeutet: Drei Patienten müssen operiert werden, um einen Schlagan-

Abkürzungen	
ACI	Arteria carotis interna
ASS	Acetylsalicylsäure
CCL	Kompressionsklasse
CEAP	klinische, ätiologische, anatomische und pathophysiologische Einteilung der Varikose
C3–6	entspricht den klinischen Stadien mit Varikose, Ödem, abgeheiltem oder floridem Ulcus cruris
DOAK	direkte orale Antikoagulantien
eGFR	errechnete glomeruläre Filtrationsrate
HIT	Heparin-induzierte Thrombozytopenie
NM-Heparin	niedermolekulares Heparin
OAC	orale Antikoagulantien
PFO	persistierendes Foramen ovale
PPSB	Prothrombinkomplekonzentrat
TAH	Thrombozytenaggregationshemmer
TIA	transitorische ischämische Attacke
VKA	Vitamin K-Antagonist
VTE	venöse Thromboembolie

fall zu verhindern. Ein Carotisstenting (CAS) hat eine etwas geringere Evidenz als die Operation und kommt vor allem für jüngere Patienten in Betracht. Immer ist BMT Bestandteil der Intervention.

**Do:** Bei asymptomatischen ACI-Stenosen von > 50 % hat die Kombination aus ASS und Rivaroxaban (2x 2,5 mg/d) in der COMPASS-Studie eine relative Risikoreduktion bezüglich vaskulärer Komplikationen gegenüber ASS allein ergeben und ist somit für Hochrisikopatienten sinnvoll.

**Do:** Bei einer TIA/kleinem Schlaganfall ist eine dreiwöchige Kombination aus ASS plus Clopidogrel von Vorteil, gefolgt von einer Monotherapie mit einer der beiden Substanzen.

**Don't:** Patienten mit koronarer (ACVB) Bypass-OP haben ein erhöhtes Schlaganfallrisiko – unabhängig von einer gleichzeitig bestehenden ACI-Stenose. Die präoperative Beseitigung der ACI-Stenose sollte nicht routinemäßig, sondern nur bei hämodynamischer Relevanz erfolgen (neurologisches Konsil entscheidet!).

### ESC-Leitlinie (2019) Diabetes und kardiovaskuläre Krankheiten – Stellenwert der Thrombozytenfunktionshemmer

**Do:** Bei Patienten mit Diabetes mellitus und hohem bzw. sehr hohem kardiovaskulären Risiko sollte die Gabe von ASS zur Primärprophylaxe erwogen werden (Empfehlungsgrad IIbA).

**Do:** Falls ASS zum Einsatz kommt, sollte die Gabe von Protonenpumpenhemmern erwogen werden (IIaA).

### Update DOAK-Blutungsmanagement/Antidots

Hirnblutungen, die unter Einnahme oraler Antikoagulantien auftreten, haben ein sehr hohes Mortalitätsrisiko. Eine rasche Reversierung und/oder Antagonisierung des jeweiligen Antikoagulans ist daher essenziell.

**Do:** Bei lebensbedrohlicher Blutung unter DOAK ist Idarucizumab als spezifisches Antidot des Thrombin-Inhibitors Dabigatran inzwischen etabliert. Für Blutungen unter Faktor Xa-Inhibitoren (Rivaroxaban, Apixaban, Edoxaban) stand bisher nur PPSB-Konzentrat zur Verfügung. Das spezifische Antidot, gentechnisch modifiziertes Andexanet alfa, ist in Deutschland seit

April 2019 zugelassen und seit kurzem verfügbar. Die klinischen Erfahrungen sind begrenzt, da das neue Medikament noch nicht flächendeckend vorhanden und darüber hinaus sehr teuer ist.

### Update Heparin-induzierte Thrombozytopenie

Die Heparin-induzierte Thrombozytopenie (HIT) ist eine seltene, aber potenziell lebensbedrohliche Komplikation einer Therapie mit Heparinen. Sie ist mit dem Auftreten einer Thrombozytopenie bzw. eines Thrombozytenabfalls um  $\geq 50\%$  gegenüber dem Ausgangswert assoziiert. In 50 % der Fälle können arterielle und/oder venöse Thrombosen auftreten. Selten ist eine autoimmune Sonderform der HIT, bei der die HIT-Antikörper Monate bis Jahre persistieren.

**Do:** Bei Verdacht auf HIT ist eine sofortige Umstellung auf eine alternative Antikoagulation zwingend erforderlich, da eine hohe vaskulär bedingte Mortalität besteht.

### Antikoagulation unter verschiedenen Bedingungen

**Do:** Bei eingeschränkter Nierenfunktion, insbesondere bei einer eGFR unter 30 ml/min sind die Zulassungsbeschränkungen der Antikoagulantien streng zu beachten. Wegen des Risikos für Kumulation und Blutungen sollte eine engmaschige Überwachung erfolgen, zum Beispiel nach der Formel:  $GFR/10 = GFR/\text{Intervall in Monaten}$ , das heißt bei GFR 30 ml/min alle drei Monate.

**Do:** Die Indikation zur Antikoagulation mit VKA bei Dialysepatienten ist streng und nach individueller Abwägung zu stellen, da VKA (wie auch DOAK) bei diesen Patienten mit einem erhöhten Blutungsrisiko und einem geringen Schutz vor Thromboembolien einhergehen. Es kann im Einzelfall sinnvoll sein, ganz auf eine Antikoagulation zu verzichten.

**Do:** Bei VTE ohne identifizierbare oder mit nur schwachen Risikofaktoren besteht ein erhöhtes Risiko für Rezidive nach Absetzen der Antikoagulation; daher sollte dann die Indikation für eine unbefristete Antikoagulation überprüft werden, gegebenenfalls mit einer reduzierten Dosis eines DOAK.

**Do:** Bei Krebspatienten, die eine VTE erlitten haben, besteht ein erhöhtes Risiko für Rezidive, weshalb eine langfristige Antikoagulation empfohlen wird.

**Don't:** Bei Krebspatienten mit gastrointestinalen oder urothelialen Karzinomen oder Schleimhautveränderungen besteht ein erhöhtes Blutungsrisiko unter der Antikoagulation mit DOAK – daher wird für diese Patienten niedermolekulares Heparin als Antikoagulans empfohlen.

**Do:** In der Schwangerschaft sind niedermolekulare Heparine das Antikoagulans der Wahl.

**Don't:** Vitamin-K-Antagonisten oder DOAK sollen in der Schwangerschaft nicht eingesetzt werden.

**Do:** Fondaparinux 2,5 mg einmal täglich s. c. über 30–45 Tage ist die evidenzbasierte und zugelassene Therapie bei oberflächlicher Venenthrombose.

### Conclusio und Ausblick

Blutgerinnungsstörungen sind und bleiben ein faszinierendes, teilweise auch schwieriges Gebiet in der Medizin. Sie erfordern Interaktionen zwischen den unterschiedlichen Fachgebieten und den darin tätigen Kolleginnen und Kollegen. Das kommt letztlich unseren Patienten zugute. In diesem Sinne bleiben wir gerne als „Gerinnungstriumvirat“ aktiv und laden ein zum:

11. Frankfurter Gerinnungssymposium am 4.–5. September 2020. Informationen in Kürze im Internet unter: [www.gerinnungssymposium-frankfurt.de](http://www.gerinnungssymposium-frankfurt.de)

**Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle**  
Sektion Angiologie/Hämostaseologie  
Krankenhaus Nordwest  
Frankfurt

**Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last**  
GefäßCentrum & GerinnungsCentrum  
Cardioangiologisches Centrum Bethanien  
Frankfurt

**Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs**  
Klinik für Gefäßmedizin  
Klinikum Darmstadt



Länderübergreifender Workshop des Krebsregisters in Frankfurt/Main – das Erinnerungsfoto entstand vor dem neuen Gebäude der Landesärztekammer Hessen an der Hanauer Landstraße.

## Mitarbeiter der Krebsregister aus ganz Deutschland tagen bei der Landesärztekammer

Im September hat im neuen Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt am Main ein Workshop zur Bildung des klinischen Best-of stattgefunden (siehe Kasten). Teilgenommen haben daran Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der klinisch-epidemiologischen Krebsregister von Baden-Württemberg, Berlin-Brandenburg, Hamburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Rheinland-Pfalz und des Saarlandes, die den Workshop unter der organisatorischen Leitung des Hessischen Krebsregisters mitorganisiert hatten.

Bei der AG Best-of handelt es sich eine Arbeitsgemeinschaft im Rahmen der § 65c-Plattform, welche durch die klinischen Krebsregister aller deutschen Bundesländer gegründet wurde, um die praktische Umsetzung des Krebsfrüherkennungs- und Registergesetzes zu unterstützen. Der Name der Plattform resultiert aus § 65c des Sozialgesetzbuches V. Dieses Gesetz regelt unter anderem die Aufgaben, Strukturen und Finanzierung der klinischen Krebsregister in

Deutschland. Ziel der AG Best-of ist es, bundesweit einheitliche Standards in der Erfassung von Krebsregisterdaten zu schaffen. Das klinische Best-of soll regeln, wie Informationen von verschiedenen Meldenden zum gleichen Ereignis zusammengefasst werden. Bei dem dreitägigen Workshop stand diesmal die Best-of-Bildung von Meldungen zu Strahlentherapie und systemischer Therapie im Mittelpunkt.

**Carolin Luh**  
Teamleiterin  
Medizinische  
Dokumentation,  
Vertrauensstelle  
des Hessischen  
Krebsregisters



Informationen über das Hessische Krebsregister findet sich im Internet: [www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de)

### Hintergrund „Best-of“

Krebsregister erhalten Meldungen zu Krebsfällen aus verschiedenen Quellen. Diese Meldungen beziehen sich auf verschiedene Ereignisse (Diagnose, Therapie, Verlauf) im Krankheitsgeschehen.

Erhält das Krebsregister dasselbe Ereignis von unterschiedlichen Meldenden, müssen diese Meldungen zusammengefasst werden. Die Zusammenfassung wird Best-of genannt und bildet die Grundlage für länderspezifische Auswertungen und Fragestellungen.

## Ehrungen MFA/Arzthelfer\*innen

**Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

**Zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:**

*Leserbrief zum Artikel „Lockruf aufs Land – Viele Fördermöglichkeiten für junge Allgemeinmediziner“ von Prof. Dr. med. Erika Baum und Monika Buchalik, Hessisches Ärzteblatt 10/2019, S. 588*

## Hausärztlich tätige Internisten nicht vergessen

Es ist schön zu sehen, wie intensiv die Bemühungen, die Tätigkeit des Hausarztes für Ärzte interessant zu machen, vorangetrieben werden. Auf verschiedensten Ebenen, beginnend im Studium bis in die Facharztweiterbildung hinein, werden Anreize gesetzt und Förderungen sowohl für die sich in Weiterbildung befindlichen Kollegen als auch für die ausbildenden Kollegen bereitgestellt.

Unschön ist die gezielte Ausgrenzung der hausärztlich tätigen Internisten in diesen Bemühungen. Zur Zeit wird die hausärztliche Versorgung zu ca. 30 % von hausärztlichen Internisten gestemmt, wir sind in der Ausbildung der Studenten im Rahmen der Studienpraktika bis zur PJ-Ausbildung eine wichtige Ressource.

Daher ist es unverständlich, dass hausärztlich tätige Internisten von der Weiterbildung von Allgemeinärzten in der Allgemeinmedizin bewusst ausgeschlossen werden. Es ist sträflich, gerade im Hinblick auf die im Artikel geschilderte prekäre Situation mit dem erhöhten Bedarf an Allgemeinmedizinern/hausärztlich tätigen Kollegen, diese zusätz-

liche Möglichkeit an Weiterbildungsstellen zu ignorieren. Insbesondere im Hinblick auf die kürzlich erst geänderte Weiterbildungsordnung in Hessen hätte sich die Chance ergeben, auch für hausärztlich tätige Internisten die Qualifikation in der Primärversorgung der Patienten zu würdigen.

Es wäre ein Einfaches gewesen, auch hausärztlich tätigen Internisten 24 Monate ambulante hausärztliche Weiterbildungszeit für Allgemeinmedizin zu ermöglichen. Ich habe diese Fragestellung mit beiden Verfasserinnen des Artikels persönlich angesprochen, muss aber feststellen, dass zu dieser Fragestellung von beiden Kolleginnen eine grundsätzlich ablehnende Haltung existiert.

Warum eigentlich ?

Ich bitte um eine qualifizierte Stellungnahme zu diesem Sachverhalt.

**Dr. med. Björn Müller**

Facharzt für Innere Medizin,  
Arbeitsmedizin, Naturheilverfahren,  
Frankfurt am Main

### Antwort der Autorinnen:

Der Punkt der Weiterbildungsbefugnis ist nicht Gegenstand unseres Artikels. Dies wird gerade in den Gremien der Landesärztekammer diskutiert.

Die Autorinnen wertschätzen sehr die Arbeit der hausärztlichen Internisten. Sie können bis zu 18 Monate Befugnis für die Weiterbildung Allgemeinmedizin im Bereich Innere Medizin erhalten.

Allerdings verzeichnet der Weiterbildungsabschnitt Allgemeinmedizin mit konstant deutlich mehr als 60 % die höchste Zahl unbesetzter Weiterbildungsstellen von allen Fächern. Es besteht also keinerlei Notwendigkeit, den Kreis der Befugten für diesen Weiterbildungsabschnitt zu erweitern.

**Prof. Dr. med. Erika Baum  
Monika Buchalik**

### Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de); Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/Main.

Leserbrief zur Leserschrift „Hohe Arbeitsbelastung“ von Laura H. Ivanovas,  
Hessisches Ärzteblatt 10/2019, S. 598

## Zeit für die Stechuhr

Nummehr seit 15 Jahren im Ruhestand, entnehme ich der Zuschrift der Kollegin Ivanovas, dass sich die Arbeitsumstände von Ärztinnen und Ärzten an Universitätskliniken hinsichtlich überhöhter Arbeitsbelastung, Mehrarbeit und unzureichender Vergütung derselben sich innert 50 Jahren nicht geändert haben, weil sie

strukturelle Ursachen haben. Aus meiner Sicht muss die tatsächliche Arbeitsbelastung mittels Stechuhr zeitnah erfasst werden, um diesem Übel wenigstens teilweise abzuhelpfen.

PD Dr. med. Joachim Bordt  
Frankfurt/Main

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

Bezirksärztekammer Gießen

## Bücher



### Heiko Burrack: Leben hoch zwei. Fragen und Antworten zu Organspende und Transplantation

medhochzwei Verlag, Heidelberg 2019.  
328 S., ISBN 9783862165445, € 24.99

Heiko Burrack, als Berater im Marketing tätig, lebt seit mehr als 24 Jahren mit einer Spenderniere. Mit seinem Buch „Leben hoch zwei“ will er zur Diskussion zur Organspende und Transplantation fundierte Denkanstöße geben. „Für mich war und ist es massiv wichtig, die Gewissheit zu haben, dass der Tod meines Spenders eindeutig war, nichts Konstruiertes vorliegt und man über jeden Zweifel erhaben ist. Außerdem wollte ich sicher sein, dass die Hinterbliebenen des Spenders durch die Organentnahme keinen Schaden nehmen, dass sie leiden, weil sie am Tod des Verstorbenen zweifeln...“. Er stellt voraus, dass er als Transplantiertes keine neutrale Haltung zu dem Thema hat: „Aber die Frage sei gestattet, wer hier neutral bleiben könnte?“

In Interviewform werden zentrale Themen vor, während und nach der Organspende vorgestellt. Vor allem widmet sich seine vielfältige Expertenrecherche der „Hirntod“-Frage. Der Autor erklärt die dafür notwendigen Befunde und Feststellungen von unabhängig tätigen Fachärzten, die Dokumentation, die Aufklärung und Betreuung von Angehörigen sowie die Wahrnehmungen und Leistungen der bei der Organentnahme tätigen Ärzte und Pflegekräfte. Er erläutert damit auch, was unter den Bedingungen der hoch entwickelten Intensivmedizin vom medizinischen Laien beim betroffenen Patienten gesehen und gespürt werden kann und wie die Beobachtungen einzuordnen sind. Nicht zuletzt hat er mit Angehörigen verstorbener Organspender sensible Gespräche über ihr Erleben dabei und die zumeist große Dankbarkeit über den Erfolg von Organübertragungen geführt.

Zur Debatte über die Einführung einer Widerspruchslösung statt der modifizierten Zustimmungslösung in das Transplantationsgesetz, um mehr Organspenden zu erreichen, wird sachlich und abwägend berichtet. Résumé: Es mag sein, dass hiermit mehr Organspenden möglich würden, aber nach internationalen Vergleichen ist das nicht sicher vorherzusagen und nicht sprunghaft zu erwarten. Unklar sei auch, ob das deutsche Grundgesetz diesen neuen Weg erlaubt. Und: Ein Veto der Angehörigen, die schon ethisch wie bisher vorab informiert werden, würde jedenfalls der Organspende vorgeifen. Das Buch ist ein willkommener Beitrag zur öffentlichen Debatte über mehr Organtransplantationen.

Dr. med. H. Christian Piper

Bezirksärztekammer Wiesbaden

### Goldenes Doktorjubiläum

#### Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB): kostenfreies Beratungsangebot

„Eine für alle“ – unter diesem Motto startete im vergangenen Jahr bundesweit die Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB). Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen und auch ihre Angehörigen können sich seitdem mit allen Anfragen zur Teilhabe kostenfrei an die EUTB vor Ort wenden. Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS).

In Frankfurt am Main wurden insgesamt drei Beratungsstellen mit jeweils unterschiedlichen Beratungsschwerpunkten eingerichtet. In Trägerschaft der Frankfurter Stiftung für Blinde und Sehbehinderte werden nicht nur Menschen mit Sehhandicap beraten, sondern auch Ratsuchende mit anderen Einschränkungen wie beispielsweise Höreinschränkungen, Lernbehinderungen, körperliche, psychische, kognitive oder mehrfache Beeinträchtigungen.

Die drei EUTB-Beraterinnen der Stiftung, selbst seheingeschränkt, beraten Betroffene als Betroffene („Peer Counseling“). Sie orientieren sich ganzheitlich an den Kompetenzen, Wünschen und



Ressourcen der Ratsuchenden. Alle EUTB-Beratungsstellen arbeiten unabhängig von Kostenträgern und verstehen sich als Ergänzung zu sonstigen privaten oder staatlichen Beratungsstellen. In Hessen gibt es 40 EUTB-Beratungsstellen (Haupt- und Nebenstellen), Link: [www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb/](http://www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb/), dort das Bundesland „Hessen“ auswählen.

#### Frankfurter Stiftung für Blinde und Sehbehinderte

Adlerflychtstraße 8, 60318 Frankfurt  
[www.sbs-frankfurt.de](http://www.sbs-frankfurt.de)  
[teilhabeberatung@sbs-frankfurt.de](mailto:teilhabeberatung@sbs-frankfurt.de)  
Fon 069 95 51 24-16, -17, -18

#### Beratungszeiten:

Montag bis Freitag: 9 bis 17 Uhr  
und nach telefonischer Vereinbarung  
Offene Sprechstunde: mittwochs  
zwischen 14 und 16 Uhr

#### Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

# Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren  
und hiermit ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 60042944 ausgestellt am  
29.04.2016 für Dr. med. Corinna Bartels,  
Wiesbaden

**Arztausweis-Nr.** 60047752 ausgestellt am  
20.03.2017 für Bärbel Franz, Otzberg

**Arztausweis-Nr.** 60059025 ausgestellt am  
29.04.2019 für Wolfgang Gerber, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60055691 ausgestellt am  
17.09.2018 für Carmen Gonzalez-Aguilar,  
Marburg

**Arztausweis-Nr.** 60049729 ausgestellt am  
21.08.2017 für Dr. med.

Kassandra Graebner, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60056617 ausgestellt am  
21.11.2018 für Dr. med. Michèle Herold,  
Büdingen

**Arztausweis-Nr.** 60056917 ausgestellt am  
12.12.2018 für Dr. med. Kilian Köhler,  
Bad Vilbel

**Arztausweis-Nr.** 60059148 ausgestellt am  
07.05.2019 für Dr. med. Dieter Krömer,  
Kassel

**Arztausweis-Nr.** 60042895 ausgestellt am  
26.04.2016 für Hannah Möllinger,  
Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60039571 ausgestellt am  
19.08.2015 für Dr. med. Lars Nagel,  
Dreieich

**Arztausweis-Nr.** 60061073 ausgestellt am  
12.09.2019 für Dr. med.

Barbara, Oberkircher Marburg

**Arztausweis-Nr.** 60060340 ausgestellt am  
29.07.2019 für Felix Schreck, Berlin

**Arztausweis-Nr.** 60052562 ausgestellt am  
07.02.2018 für Frank Kurt Textor,  
Hofgeismar

**Arztausweis-Nr.** 60036426 ausgestellt am  
08.12.2014 für Dr. med.

Tobias Weidemann, Korbach



**Über ihre erfolgreiche Prüfung zur Fachwirtin** für ambulante medizinische Versorgung freuen sich: Laura Argentino, Julia Beuth, Jana Coelius, Caroline Dreschel, Andrea Götzl, Jenifer Michalzyk, Sara Motiee-Tehrani und Jennifer Scheld (in alphabetische Reihenfolge).

## Wir gedenken der Verstorbenen



**Bei der Bestenahrung des Verbandes Freier Berufe in Hessen (VFBH)** wurden neben den Zahnmedizinischen Fachangestellten, den Steuerfachangestellten und den Rechtsanwalts- und Notarfachangestellten auch die Medizinischen Fachangestellten geehrt. 50 Damen und Herren hatten ihre Abschlussprüfung im Jahr 2019 mit der Note sehr gut abgeschlossen. Die meisten davon haben den Weg ins Kurhaus nach Wiesbaden gefunden und dort eine Urkunde und ein kleines Präsent von der Präsidentin des VFBH und einer Vertreterin der Landesregierung entgegengenommen. Herzlichen Glückwunsch!

## Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)

## Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

**Herausgeber:** Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

**Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):**

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

**Redaktion:** Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

**Redaktionsassistentz:** Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

**Mitglieder der Redaktionskonferenz:**

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

**Design und Online-Auftritt:** Katja Kölsch M.A.

**Arzt- und Kassenrecht:** Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

**Versorgungswerk:** Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

**Anschrift der Redaktion:** Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen  
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de  
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

**Redaktionsschluss:** fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag:** Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln  
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

**Geschäftsführung:** Jürgen Führer

**Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin:** Katrin Groos

**Produktmanagement:** Marie-Luise Bertram,

Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

**Abonnementservice:** Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314  
Abo-Service@aerzteverlag.de

**Erscheinungsweise:** 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:**

Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:** Michael Laschewski,

Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

**Verkaufsleiter Medizin:** Eric Henquinet, Mobil:+49 172 2363754,

E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

**Key Account Manager Medizin:** Marek Hetmann,

Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

**Sales Management:** Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

**Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen**

**Gebiet Nord:** Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

**Gebiet Süd:** Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

**Non-Health:** Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,

Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

**Herstellung:** Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,

E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

**Layout:** Urszula Bartoszek

**Druck:** L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

**Bankverbindungen:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, gültig ab 01.01.2019

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2019:

Druckauflage: 37.050 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.738 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

80. Jahrgang

ISSN 0171–9661

**Urheber- und Verlagsrecht**

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

**Haftungsausschluss:**

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln