

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 5 | 2019  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 80. Jahrgang



## Im Gespräch: „Macht die Arbeit Ärzte krank?“

Foto: © uplixa – stock.adobe.com

### 4. Delegiertenversammlung

Das Terminservice- und Versorgungsgesetz, die Neuwahl des Akademievorstands und die hessische Gesundheitspolitik standen auf der Tagesordnung

### CME: Leberzirrhose

Über radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen informiert der aktuelle zertifizierte Fortbildungsartikel

### Parlando

Venezianische Renaissance-malerei im Frankfurter Städel mit Meisterwerken von Tizian, Jacobo Bassano, Giovanni Bellini, Jacobo Tintoretto oder Paolo Veronese

# Du liebe Zeit!

**D**u liebe Zeit, dachte ich vor wenigen Wochen auf einer Veranstaltung, an der auch die Vorsitzenden zweier großer Krankenkassen teilnahmen, Kollege Dr. Jens Baas von der Techniker Krankenkasse (TK) und Kollege Dr. Christoph Straub von der Barmer Krankenkasse. Auf die Frage, wo die Vorstände die Krankenkassen in ungefähr drei bis fünf Jahren sähen, kam die sinngemäße Antwort: als Leistungserbringer.

Eigentlich hätte ich gar nicht so überrascht – oder soll ich sagen: erschrocken – reagieren dürfen, denn mit der Gesundheits-App „ADA“ will die TK Patientinnen und Patienten (wie berichtet) nach erfolgter Symptombewertung die Möglichkeit geben, das Ergebnis mit Ärztinnen und Ärzten des TK-Zentrums zu besprechen. Im Februar-Editorial habe ich über die Beweggründe der TK noch spekuliert. Mittlerweile neige ich doch klar zu der Meinung, dass die TK vielleicht nicht unbedingt den kompletten Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigungen und die damit verbundene Verantwortung übernehmen möchte, aber Deutschlands größte Krankenkasse will sich ganz offensichtlich als Leistungserbringer positionieren, und zwar nicht in einem Patientinnen und Patienten umgebenden Serviceangebot, sondern ganz klar auf ärztlichem Terrain. Das lehne ich entschieden ab.

„Du liebe Zeit“ kam mir in den Sinn, als ich lesen musste, dass die Allianz mit ihrer Schweizer Tochter Medi24 jetzt auch in Deutschland telemedizinisch berät und dieses Angebot in der Startphase kostenlos sein sollte. Die Verantwortlichen wurden dann aber offenbar schnell darauf hingewiesen, dass eine ärztliche Honorarforderung laut Berufsordnung „angemessen“ sein muss und die GOÄ-Sätze auch nicht in unlauterer Weise unterschreiten darf. Kostenlos behandeln dürfen Ärzte nur Verwandte, Kolleginnen und Kollegen und deren Angehörige sowie mittellose Patienten. Nach nur wenigen Tagen relativierte der Anbieter denn auch diese Aussage und teilte mit, dass für Anrufer aus Deutschland nur dann keine Kosten anfielen, wenn sie lediglich eine „individuelle Dringlichkeitsevaluierung und anschließende Handlungsempfehlung (Triage) durch einen medizinischen Experten in der Schweiz“ beanspruchten. Für einen Rückruf durch einen in Deutschland ansässigen Arzt falle eine Gebühr gemäß GOÄ an. Was die weitere Entwicklung dieses „Markts“ angeht, ist unsere Wachsamkeit mit Sicherheit angeraten.

„Du liebe Zeit“ denke ich auch bei den Diskussionen um die Abschaffung der Zeitumstellung in den Staaten der EU. Unbeschadet meiner persönlichen Vorliebe für eine dieser Zeiten halte ich das Prozedere, wie es zu dieser Entscheidung kam, aus demokratischer Sicht für zweifelhaft. An der EU-weiten Online-Umfrage nahmen 4,6 Millionen Bürgerinnen und Bürger teil, davon 65 % aus Deutschland, und sprachen sich mit 84 % für das Ende dieser Zeitumstellung aus. Bevorzugt wird von der Mehrheit eine dauerhafte Sommerzeit. Die EU hat jedoch etwa 513 Millionen Einwohner, von denen knapp 83 Millionen in Deutschland leben. Weniger als 1 Prozent der Einwohner hat also eine Entscheidung getriggert, die durchaus weitreichende Folgen haben kann, über die sich vermutlich die wenigsten Umfrageteilnehmer bewusst sind. Damit meine ich nicht technische Schwierigkeiten, die sich mit den heutigen Möglichkeiten mit mehr oder weniger Aufwand bewältigen lassen sollten. Nein, ich meine die gesundheitlichen und sozialen Folgen. Bei einer EU-weiten Sommerzeit ginge die Sonne in Frankfurt am Main am 22. Dezember erst um 9.22 Uhr auf, im Westen Spaniens wäre es noch deutlich länger dunkel. Gerade Kinder und Jugendliche müssten dann quasi mitten in der Nacht zur Schule, was deutlich schlechtere Lernergebnisse zur Folge hätte. Käme es zu einer dauerhaften Winterzeit, wäre es in Warschau im Sommer schon gegen 3.15 Uhr hell.

Natürlich sollte ein bunter Flickenteppich unterschiedlicher Zeitzonen vermieden werden und stattdessen besser die Chance genutzt werden, die Zeitzonen in der EU neu zu regeln. Till Roenneberg, ein renommierter Chronobiologe der Ludwig-Maximilians-Universität, hat dazu glasklare Vorschläge gemacht. Statt der bisherigen drei schlägt er eine Neuordnung der EU-Staaten auf vier Zeitzonen vor. Damit wäre die Abweichung der sozialen Zeit zum Sonnenstand in keinem Land größer als eine halbe Stunde. Die USA kommen seit mehr als 100 Jahren mit vier Zeitzonen sehr gut zurecht. In Russland ist der Versuch einer dauerhaften Sommerzeit nach vier Jahren beendet worden, weil die Menschen müder und depressiver wurden. Sie bekamen weniger Licht statt mehr. Ein Leben gegen die innere Uhr macht die Menschen krank.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: privat

## Junge Ärztinnen und Ärzte

70 Prozent der jungen angestellten Ärzte und Pflegekräfte sind gefährdet, einen Burn-Out zu erleiden. Im Gespräch erläutert Dr. med. Kevin Schulte, Mitbegründer und Sprecher des „Bündnis Junge Ärzte“ die Hintergründe zur Studie „Macht die Arbeit Ärzte krank?“, deren Veröffentlichung in Kürze bevorsteht.

302



Foto: Alla Soumm

## 4. ordentliche Delegiertenversammlung

Kritik am Terminservice- und Versorgungsgesetz, die Wahl eines neuen Akademievorstandes und die vorzeitige Umsetzung von Teilen der Muster-Weiterbildungsordnung in Hessen waren nur einige der Themen, die am 23. März vom hessischen Ärzteparlament in Bad Nauheim diskutiert bzw. beschlossen wurden.

287

<b>Editorial:</b> Du liebe Zeit!	283
<b>Aus dem Präsidium:</b> Nachwuchs auf dem Ärztetag	286
<b>Ärzttekammer</b>	
4. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen	287
Bericht des Versorgungswerkes	294
Ehrung für Dr. med. Siegmund Drexler: Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber	293
Bündnis heilen & helfen gibt Broschüre zur Suizid-Prophylaxe heraus	293
Dr. med. Alfred Möhrle zum 80. Geburtstag	301
Die sechs Bezirksärztekammern der LÄKH	326
<b>Fortbildung</b>	
CME: Radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen	295
Fachtagung der HAGE: Frühe Hilfen – Samstag, 25. Mai 2019	323
<b>Junge Ärztinnen und Ärzte:</b> Macht die Arbeit Ärzte krank? – Gespräch mit Dr. med. Kevin Schulte	302
<b>Bekanntmachungen</b>	
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	315
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	321
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>	334
<b>Recht:</b>	
Bundesgerichtshof: Neue Entscheidung zur Patientenverfügung	304
Lebensverlängerung: Urteil des Bundesgerichtshofes zur Haftungsfrage des Arztes	305



Foto: © mauritius images/Science Source/  
Arthur Glauber

**Zertifizierte Fortbildung**

Die Leberzirrhose beruht auf einem diffusen Vernarbungsprozess durch kontinuierlichen Zelluntergang und nachfolgender Regeneration im Rahmen chronischer Lebererkrankungen. Der CME-Artikel informiert über radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen.

295



Tizian (Um 1488/90–1576), Madonna mit Kind, der heiligen Katharina sowie einem Hirten (Die Madonna mit dem Kinnchen), um 1530, Öl auf Leinwand, 71 x 87 cm, Paris, Musée du Louvre, Département des Peintures. Foto: © bpk/RMN – Grand Palais/Michèle Beloit

**Parlando: Tizian als roter Faden**

Mit über 100 Meisterwerken widmet das Frankfurter Städel noch bis zum 26. Mai die Sonderausstellung „Tizian und die Renaissance in Venedig“ einem der bedeutendsten Kapitel der europäischen Kunstgeschichte. Zu sehen sind Werke von Jacobo Bassano, Giovanni Bellini, Jacobo Tintoretto oder Paolo Veronese.

329

**Pharmakotherapie**

Bedenkliche Stoffe und Rezepturen – Hinweise für die ärztliche Verschreibung .....	306
Neuer Beigebrauch: Nach Flunitrazepam kommt Clonazepam .....	311

<b>Gesundheitspolitik:</b> Hessens neuer Gesundheitsminister Kai Klose skizziert seine Pläne .....	309
<b>Mensch und Gesundheit:</b> Der Stiftungsfonds Diadieu der Diakonie Hessen fördert die Hospizarbeit .....	294

**Im Gespräch**

Dr. med. Wolfgang F. Böcker lebt seit 2002 mit einem Spenderherzen .....	310
Özden Doğan wirbt für Nachwuchs im Öffentlichen Gesundheitswesen .....	330

<b>Medizinische Fachangestellte:</b> Integration von Geflüchteten in die MFA-Ausbildung .....	338
---	-----

**Aus den Bezirksärztekammern**

Bezirksärztekammer Gießen begrüßt neue Mitglieder .....	324
Wiesbadener Ärzteclub diskutiert über Videosprechstunde & Co. ....	325
Theresa Schmid – Prüfungsbeste bei der MFA-Abschlussprüfung Hessen ...	325

<b>Ansichten und Einsichten:</b> Geld für Zeit – reicht das? .....	312
--	-----

<b>Parlando:</b> Tizian als roter Faden .....	329
---	-----

<b>Bücher</b> (Krehan: Herzrhythmusstörungen/Greim: Toxikologiebuch) ..	327, 333
<b>Personalia</b> .....	328
<b>Leserbriefe</b> .....	332
<b>Impressum</b> .....	340



**Folgen Sie der LÄKH auf Facebook!**

Freuen Sie sich auf:

- Nachrichten aus der LÄKH
- Veranstaltungshinweise
- Infos zu Aufgaben und Serviceleistungen der LÄKH
- u.v.m.



[www.facebook.com/LAEKHessen](http://www.facebook.com/LAEKHessen)

Die Seite ist öffentlich und kann auch ohne Facebook-Konto betrachtet werden!

# Nachwuchs auf dem Ärztetag

Zum Ende des Monats Mai steht das bundesweite berufspolitische Jahreshighlight an: Der Deutsche Ärztetag. Das Parlament der Ärzteschaft tagt 2019 bereits zum 122. Mal, dieses Jahr in Münster. Dass auch die jungen Ärzte zunehmend den Weg dorthin finden, wird spätestens dann klar, wenn man in den organisatorischen Hinweisen der Bundesärztekammer das wunderbare Angebot der Kinderbetreuung liest. Das Interesse der jungen Ärzteschaft an der Veranstaltung liegt sicherlich nicht zuletzt an dem am Montag im Vorfeld stattfindenden „Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten“. Dieser, im Jahr 2016 vom Bündnis JUNGE ÄRZTE initiiert und seit 2017 jährlich von der Bundesärztekammer durchgeführt, hat sich als beliebtes Diskussionsforum und Platz zum Ideenaustausch etabliert. Als Einführung in die Ärztetagwoche bietet der Dialog den engagierten jungen Ärztinnen und Ärzten eine Gesprächsplattform, um eigene Gedanken und Forderungen zu formulieren, aber auch ein Feedback durch erfahrene Kolleginnen und Kollegen zu erhalten.

Die Themen sind dabei genauso vielfältig wie die Teilnehmerinnen und Teilnehmer. Insbesondere geht es dabei natürlich um Fragen, die junge Kolleginnen und Kollegen in ihrem (Arbeits-)Alltag beschäftigen. Dabei standen in den letzten Jahren die Vereinbarkeit von Beruf und Familie, Forschung in der Weiterbildung, Arbeitsverdichtung, Kommunikation in Zeiten der Digitalisierung im Gesundheitswesen sowie die Berufszufriedenheit der jungen Ärztinnen und Ärzte im Fokus.

Als Alleinstellungsmerkmal dieser besonderen Veranstaltung muss die angeregte Diskussion im Podium, die durch zahlreiche Beiträge aus dem Publikum unterstützt wird, genannt werden. Oft genug treffen sich konträre Ansichten verschiedener Generationen, die zu kontroversen Debatten führen. Am Ende gehen jedoch alle Teilnehmer mit neuen Erkenntnissen und, mindestens genauso wichtig, gestärktem gegenseitigen Verständnis aus der Veranstaltung. An dieser Stelle kann man gar nicht genug betonen, dass eine starke Ärzteschaft nur dann existieren kann, wenn sie gemeinsame Forderungen formuliert und



Foto: Katarina Ivanisevic

„Eine starke Ärzteschaft kann nur dann existieren, wenn sie gemeinsame Forderungen formuliert und vertritt.“

vertritt. Dass der Weg dorthin nur durch Gespräche zwischen Ärztinnen und Ärzten jeden Alters und aller Fachrichtung, geführt auf Augenhöhe und unterstützt durch qualifizierte Argumente, beschritten werden kann, ist dabei selbstverständlich. Dies liegt in der Natur des berufspolitischen Diskurses.

Dieses Jahr wagen die Veranstalter des Dialogforums den Blick in die Zukunft: Es soll geklärt werden, wie sich die junge Generation die Versorgung der Zukunft vorstellt. Dass sich insbesondere an den Arbeitsbedingungen für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung etwas ändern muss, zeigt die kürzlich veröffentlichte Umfrage des Hartmannbundes. Im Hinblick darauf, dass ein Schwerpunkt des nachfolgenden Ärztetages das Thema Arztgesundheit darstellt, darf man gespannt sein, ob innovative Modelle zur Sicherstellung beider Themenfelder präsentiert oder gar

gefunden werden. In diesem Jahr hat die Landesärztekammer Hessen für das Dialogforum ein Reisestipendium vergeben, um auch engagierten jungen Kolleginnen und Kollegen aus unserem Bundesland, die nicht als Delegierte tätig sind, die Teilnahme an der Veranstaltung zu ermöglichen. Sechs Stipendien konnten vergeben werden.

Ich persönlich freue mich auf die Podiumsdiskussion und den nachfolgenden Austausch mit erfahrenen Kolleginnen und Kollegen. Für uns Junge ist es wichtig, aus den Erfahrungen der vorherigen Generationen zu lernen. Auf der anderen Seite bestehen wiederum einige Erwartungen an meine Generation und nicht zu selten Vorurteile, die der Realität nicht entsprechen. Diese aufzuheben und die Ängste vor neuen Ideen und innovativer Technik zu nehmen, halte ich für unsere Aufgabe. Vor allem aber müssen wir die Herausforderungen, die auf unseren Berufsstand zukommen, gemeinsam lösen.

**Svenja Krück**

Präsidiumsmitglied  
der Landesärztekammer Hessen

## Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten am 27. Mai

Im Vorfeld des 122. Deutschen Ärztetags in Münster findet wieder die interaktive Diskussion „Dialog mit Jungen Ärztinnen und Ärzten“ statt. Termin ist am Mo., 27. Mai, von 13 bis 17 Uhr im Grünen Saal des Congress Centrums Halle Münsterland. Veranstalter sind Bundesärztekammer und der Arbeitskreis „Junge Ärztinnen und Ärzte“ der Ärztekammer Westfalen-Lippe. Zum Thema: „Die Versorgung von morgen: Wie

wollen die nächsten Generationen die Patientenversorgung sicherstellen?“ werden zwei Impulsreferate angeboten:

1. Ärzte als Renditebringer: Patientenwohl und Freiberuflichkeit gefährdet? Wie erleben junge Ärztinnen und Ärzte die Kommerzialisierung?

2. Niederlassung: Für junge Ärztinnen und Ärzte ein Auslaufmodell? Versorgung neu gedacht.

Verbindliche Anmeldung ist bis 15. Mai möglich im Internet unter: [www.baek.de/dialog](http://www.baek.de/dialog). (red)

## 4. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

### Kritik am Terminservice- und Versorgungsgesetz, neuer Akademievorstand gewählt und vorzeitige Umsetzung von Teilen der Muster-Weiterbildungsordnung

Schon sein Vorgänger schien unermüdlich, doch Jens Spahn (CDU) zählt zu den aktivsten Bundesgesundheitsministern überhaupt. Kaum eine Woche vergeht, in der nicht neue Vorhaben publik werden. Auch die milden Temperaturen, die am 23. März vom Frühlingserwachen kündeten, konnten nicht darüber hinwegtäuschen, dass Spahns jüngstes Gesetzesvorhaben auf wenig Gegenliebe in der Ärzteschaft stößt. Als inakzeptablen Eingriff in die ärztliche Selbstverwaltung und den freien Arztberuf kritisierte Kammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) in seiner Rede auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim.

Unter anderem sollen Terminservicestellen als zentrale Anlaufstellen für Patienten mit Erreichbarkeit rund um die Uhr ausgebaut und das Mindestsprechstundenangebot niedergelassener Ärzte verbindlich auf 25 Stunden erweitert werden. Außerdem müssen Facharztgruppen wie konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte und HNO-Ärzte mindestens 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten. „25 Stunden? Die meisten von uns arbeiten wesentlich länger!“, empörte sich Pinkowski. Auch die Verpflichtung, mindestens 5 Stunden offene Sprechstunden zu offerieren, bezeichnete er als unzulässigen Eingriff in die Arbeitszeit eines Selbstständigen. Dass der Gesetzgeber die Kassenärztlichen Vereinigungen mit dem Auftrag, die Einhaltung der Versorgungsaufträge einschließlich der Mindestsprechstunden künftig bundeseinheitlich zu prüfen, gewissermaßen mit Polizeifunktion ausstatte, nannte der Ärztekammerpräsident unerträglich. Positiv bewertete er dagegen, dass die zusätzlichen Zeiten extrabudgetär vergütet werden sollen.

Die Krankenkassen werden mit dem TSVG verpflichtet, ihren Versicherten spätestens ab 2021 elektronische Patientenak-



Blick ins Plenum: Die Tagesordnung wurde zügig abgearbeitet, so dass die Delegiertenversammlung bereits gegen 17 Uhr enden konnte.

alle Fotos: Alla Soumm



Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski

ten anzubieten. Dann soll auch die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung „AU“ nur noch digital erfolgen. Scharf kritisierte Pinkowski, dass Ärzte die „AU“ künftig auch dem Arbeitgeber zustellen müssen. Bei Arbeitsstellenwechsel von Patienten könne auf diese Weise eine „AU“ den fal-

schen Arbeitgeber erreichen. „Zum Schutz unserer Patienten werden wir Ärzte für eine Änderung dieser geplanten Regelung kämpfen“, kündigte Pinkowski an. Dass Daten aus der ePA (elektronische Patientenakte) auf Verlangen der Patienten von den Kassen an Dritte weitergeleitet werden müssen, schlage dem Fass den Boden aus: „Damit sind Tür und Tor für Datenhandel geöffnet“. Das Tempo, das die Bundesregierung bei der Digitalisierung im Gesundheitswesen zurücklegen wolle, werde durch mangelhafte Voraussetzungen gebremst. So lange die Bundesregierung kein flächendeckend schnelles Internet biete, könne es auch keine flächendeckende Telemedizin geben, erklärte Pinkowski. Zugleich machte er deutlich: „Telemedizin vermag keine fehlenden Ärzte zu ersetzen.“

Ausführlich befasste sich der Kammerpräsident auch mit dem Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung und zitierte die im Hessischen Ärzteblatt (Ausgabe 3/2019, S. 155) abgedruckten Stel-



lungnahme der Landesärztekammer zum Referentenentwurf, den er zuvor mit einem persönlichen Schreiben an Bundesgesundheitsminister Spahn sowie den hessischen Sozialminister Kai Klose (Grüne) geschickt hatte. Darin plädiert die LÄKH, wie bereits in einer Stellungnahme von 2015, ausdrücklich für die Beibehaltung der postgradualen Ausbildung für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. „Die psychosomatisch-psychotherapeutische Sichtweise ist zentraler Bestandteil ärztlichen Denkens und Handelns. Der Arztberuf darf keineswegs auf einen ‚naturwissenschaftlich-technischen‘ Beruf reduziert werden“, betonte Pinkowski. Außerdem übte er Kritik an der verkürzten Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“. Die vorgesehene Reduktion der Berufsbezeichnung für alle und damit auch für psychologische Psychotherapeuten täusche darüber hinweg, dass auch und gerade Ärztinnen und Ärzte mit Facharztstatus als hochqualifizierte Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten tätig seien.

Dass das Gesetz für bessere Zusammenarbeit und bessere Strukturen in der Organisationsform in Kraft treten werde, nannte Pinkowski dagegen erfreulich. „Die Widerspruchslösung, die ich persönlich begrüße, ist weiterhin Gegenstand der Diskussion.“

## Blick nach Hessen: neue Landesregierung & Koalitionsvertrag

„Nach so viel Bundespolitik“ leitete der Kammerpräsident den Übergang zu hessischen Themen und damit zu den „Regionale Gesundheitskonferenzen“ ein. Mit der Verschiebung der bisherigen Krankenhauslastigkeit der dort behandelten Inhalte zugunsten von mehr sektorenübergreifenden Themen gehe auch eine veränderte Zusammensetzung der Teilnehmer einher. Die Vertreter der Heilberufe könnten ihr Stimmrecht nur einheitlich ausüben und hätten zusammen nur eine Stimme. Pinkowski sah darin sowohl eine Beschränkung als auch zugleich den Vorteil einer stärkeren Gewichtung der gemeinsamen Stimme.

Mit der Vereidigung der neuen Landesregierung am 18. Januar seien die Karten in Hessen neu gemischt worden, so Pin-

kowski weiter. Stefan Grüttner habe die Führung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration nach mehr als acht Jahren an seinen bisherigen Staatssekretär übergeben müssen. „Dem frischgebackenen Staatsminister Kai Klose wünschen wir viel Erfolg bei den vor ihm liegenden Aufgaben und bieten unsere Zusammenarbeit als Landesärztekammer in der Erwartung an, dass unser ärztlicher Sachverstand frühzeitig einbezogen und



Dr. med. Bernhard Winter (LDÄÄ)

berücksichtigt wird“, sagte der Kammerpräsident und bedauerte: „Wir hätten Minister Klose hier heute gerne persönlich begrüßt.“

Der Koalitionsvertrag beinhaltet Erfreuliches und weniger Erfreuliches. So nannte Pinkowski die dauerhafte Umwandlung der bisherigen 185 Teilstudienplätze für Medizin an der Universität Marburg in dauerhafte Vollstudienplätze positiv, ebenso die Prüfung eines Fonds, der eine anonyme Krankenbehandlung ermöglicht. Damit folge die Regierungskoalition einer Empfehlung der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 24.11.2018. Kritisch sah Pinkowski dagegen die beabsichtigte Einführung einer Landarztquote bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen sowie die geplante Stärkung von Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ), wenn sie von einem Landkreis, einer Kommune oder einem anderen Träger gegründet und betrieben werden. „Sehr gespannt bin ich auf den angekündigten Ausbau und die Förderung von Telemedizin und digitalen Anwendungen. Immerhin hat Hessen ja nun ein eigenes Ministerium für Digitale Strategie und Entwicklung“.

## Neue Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin

Für das Gebiet Allgemeinmedizin wurde in Hessen jetzt die Umsetzung der neuen Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) vorgezogen. Außerdem soll die Regelung zum Quereinstieg aus der alten WBO fortgeführt werden.

Vorbehaltlich der Genehmigung durch die Landesbehörde tritt diese Novelle zum 1. Juli 2019 in Kraft mit einer Übergangsbestimmung für sieben Jahre.

Die Kompetenzbasierung der neuen WBO erfordert die Bescheinigung von Kenntnissen und Handlungskompetenzen durch die Weiterbilder/-innen. Das sollte kontinuierlich – mindestens aber einmal jährlich – in dem anzulegenden Logbuch erfolgen. Es gibt nur noch wenige Vorgaben zu Mindestzeiten und Richtzahlen. Weitere Änderungen im Vergleich zur alten WBO sind: Für Innere

Medizin Reduktion der Mindest-Zeitvorgabe auf zwölf Monate. Dies ist in der stationären Akutversorgung abzuleisten, dazu mindestens sechs Monate in einem anderen Gebiet (als Innere oder Allgemeinmedizin) der unmittelbaren Patientenversorgung. Unverändert bleiben die 24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung, 18 Monate in frei zu wählenden Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung und 80 Stunden Kursweiterbildung zu psychosomatischen Grundversorgung bei 60 Monaten Gesamt-Weiterbildungszeit.

**Prof. Dr. med. Erika Baum**  
Präsidentin der DEGAM  
(Deutsche Gesellschaft für  
Allgemeinmedizin und  
Familienmedizin)



Der neue Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen mit Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski (rechts) und Vizepräsidentin Monika Buchalik (links), die zusammen mit Dr. med. Michael Weidenfeld (3.v.r.) im Vorstand die Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vertritt: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. David Groneberg, Prof. Dr. med. Erika Baum, Dr. med. Hans-Martin Hübner, Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Pierre E. Frevert, Hübner und der designierte Vorsitzende Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Rudolf Tinneberg (von links). Auf dem Bild fehlt Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle.

Abschließend wies Pinkowski auf ein neues Angebot der Landesärztekammer hin. Um valide Zahlen über Gewalterfahrungen niedergelassener Kollegen und im Klinikalltag zu ermitteln, habe die LÄKH einen Meldebogen entwickelt, der ab sofort auf der Website der Kammer zum Download unter [www.laekh.de/aerzte/gewalt-gegen-aerzte](http://www.laekh.de/aerzte/gewalt-gegen-aerzte) bereitsteht. „Ich möchte alle hessischen Kolleginnen und Kollegen dazu ermuntern, uns ihre Gewalterfahrungen für eine anonyme statistische Auswertung mitzuteilen. Denn nur mit verlässlichen Zahlen kann der Gesetzgeber von der Notwendigkeit umfangreicher Schutzmaßnahmen überzeugt werden.“

### Neuer Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Für die Wahlperiode vom 1. Juli 2019 bis zum 1. Juli 2024 wurde ein neuer Vorstand für die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim gewählt. Neuer Vorsitzender wird Prof. Dr. med. Dr. h.c. Hans-Rudolf Tinneberg, Facharzt für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Leiter des Endometriosezentrums am Krankenhaus Nordwest. Zudem wurde nach vorausgegangener Satzungsänderung der Akademie der Vorstand von neun auf zehn Mitglieder erhöht, um das Amt einer/s

zweiten stellvertretenden Vorsitzenden zu schaffen. Die Änderung soll jedoch nur bis zum Ende der neuen Wahlperiode im Jahr 2024 Geltung haben. „Mit dieser vorübergehenden Maßnahme wollen wir sowohl die langfristige Arbeit des Vorstandes sichern als auch eine nahtlose Übernahme des Akademievorsitzes durch Jüngere ermöglichen“, erklärte der hessische Ärztekammerpräsident.

Der bisherige stellvertretende Vorsitzende Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen seit 2012, wurde in seinem Amt bestätigt. Zweiter stellvertretender Vorsitzender im dafür neu geschaffenen Amt wird Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. David Groneberg, Facharzt für Arbeitsmedizin und Direktor des Instituts für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin der Goethe-Universität in Frankfurt am Main.

Von den drei von der Delegiertenversammlung gewählten Beisitzer/-innen wurde die Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie sowie Sektionsleiterin „Angiologie“ des Gefäßzentrums am Krankenhaus Nordwest Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle in ihrem Amt bestätigt. Zugleich kam mit Prof. Dr. med. Erika Baum, der ehemaligen Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin am Zentrum für Methodenwissenschaften und Ge-

sundheitsforschung der Philipps-Universität Marburg, ein neues Vorstandsmitglied hinzu. Die Stelle des dritten Beisitzers blieb vorerst unbesetzt.

Die vorgeschlagenen Beisitzer des Präsidiums Pierre E. Frevert – niedergelassener Facharzt für Psychosomatische Medizin/Psychotherapie, Psychiatrie und Psychotherapie/Psychoanalyse und zugleich Kursleiter und Referent des Akademie-Curriculums „Psychosomatische Grundversorgung“ – und Prof. Dr. med. Ulrich Finke – Facharzt für Allgemeinchirurgie, Viszeralchirurgie, Orthopädie/Unfallchirurgie, Notfallmedizin und Intensivmedizin sowie ehemaliger Ärztlicher Direktor des Frankfurter Sankt Katharinen-Krankenhauses – wurden von der Delegiertenversammlung in dem ehrenamtlichen Amt bestätigt. Ebenso bestätigt wurden von den Delegierten die beiden Vertreter der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: die Vizepräsidentin der Ärztekammer Monika Buchalik sowie der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Wiesbaden Dr. med. Michael Weidenfeld.

Der bisherige Vorsitzende der Akademie, der Facharzt für Innere Medizin und ehemalige langjährige ärztliche Direktor des Frankfurter Hospitals zum Heiligen Geist, Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, war nach neun Jahren im Amt nicht mehr zur Wahl angetreten. Bereits 2007 war sein



jahrelanges Engagement in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung als Referent, Gutachter und Prüfer sowie im Krankenhausausschuss der Landesärztekammer mit der Ehrenplakette der Kammer gewürdigt worden. In der herausragenden Position des Vorstandsvorsitzenden der Akademie hat sich Prof. Genth, der das Amt des Akademievorsitzenden noch bis zum 30. Juni 2019 ausüben wird, auch im Ruhestand für die ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie die Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses ehrenamtlich eingebracht. So geht auch die neue Akademie-Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“, in deren Rahmen hessische Ärztinnen und Ärzte 2018 zum ersten Mal die Qualifikation „ABS-Experte/in“ erwerben konnten, um der Resistenzenbildung bei hessischen Patienten nach übermäßiger Antibiotikaverordnung vorzubeugen, nicht zuletzt auf Genth's Initiative zurück. Für sein jahrelanges Engagement um die Akademie bedankten sich die Delegierten bei Prof. Genth mit einem stehenden Applaus.

## Vorschläge zur Neubesetzung des Heilberufsgerichts

Als Nächstes diskutierten die Delegierten über die von den einzelnen Bezirksärztekammern vorbereiteten Vorschlagslisten für die Ernennung neuer ehrenamtlicher Richterinnen und Richter im Berufsgericht für Heilberufe beim Verwaltungsgericht Gießen. Für leidenschaftliche Wortbeiträge sorgte die Umsetzung des geschlechtsspezifischen Gleichheitsgebots in den Kandidatenlisten.

Die Tatsache, dass von insgesamt 29 Ärztinnen und Ärzten lediglich sechs Ärztin-



Dr. med. Brigitte Ende (LDÄÄ)

nen zur Wahl standen, veranlasste die Vizepräsidentin der Landesärztekammer, Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen), zu der Aufforderung: „Wir sollten uns in den einzelnen Bezirksärztekammern in Zukunft noch mehr darum bemühen, Kolleginnen für diese Ämter zu gewinnen.“ Auch gab Dr. med. Brigitte Ende (Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte, LDÄÄ) zu bedenken, dass „gemischte Teams einfach effektiver“ seien. Mit dem von Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund, MB) und Sabine Riese (LDÄÄ) vorgebrachten Vorschlag, die zur Bezirksärztekammer Kassel gehörende Kollegin Ingrid Moeslein-Teising gegebenenfalls nach-

zunominieren, konnten die Wogen in der Diskussion geglättet werden. Versöhnliche Worte fand auch Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen): Sie habe stets die Maxime beherzigt, „Frauen können Frauen besser ansprechen und Männer Männer“, was an den geschlechtsspezifischen Kommunikationscodes liege. Nun aber gelte es, die zur Wahl stehenden Ehrenamtlichen für ihr Engagement zu honorieren und mit der Abstimmung zu beginnen. Anschließend wurde friedlich zur Wahl übergegangen, in welcher die Vorschlagsliste mit großer Mehrheit beschlossen werden konnte.

## Neuer Verwaltungssitz in der Hanauer Landstraße

Mit einer ausführlichen Bildpräsentation illustrierte Präsidiumsmitglied Dr. med. Lars Bodammer (MB) den Baufortschritt des neuen Verwaltungssitzes der Landesärztekammer in der Hanauer Landstraße 152, Frankfurt. In dem die Präsentation einläutenden Sachstandsbericht verkündete er gleich zu Beginn, nur Erfreuliches melden zu können. So sei der 2017 von der Delegiertenversammlung gefasste Beschluss, einen neuen Verwaltungssitz bauen zu lassen, bis heute „ein voller Erfolg“: Der Bauprozess komme genau nach Plan voran;

## Zusatzweiterbildung klinische Akut- und Notfallmedizin verabschiedet

Die Delegiertenversammlung (DV) der Landesärztekammer hat einstimmig die Einführung der Zusatzweiterbildung (ZWB) klinische Akut- und Notfallmedizin beschlossen. Diesem Beschluss gingen Vorbereitungen über mehrere Jahre voraus, mit kontroversen Diskussionen in verschiedenen Gremien der Landesärztekammer. Noch in der DV im März 2018 war der auf Anregung des Marburger Bundes vom Präsidium gestellte Antrag, die ZWB klinische Akut- und Notfallmedizin in Hessen einzuführen, ohne Beschluss vertagt worden. Umso erfreulicher ist es, dass nach Berlin und Rheinland-Pfalz nun auch in Hessen die Möglichkeit zum Erwerb dieser ZWB besteht.

In der Musterweiterbildungsordnung, die der Deutsche Ärztetag im Mai 2018 in Erfurt beschlossen hat, ist die ZWB ebenfalls enthalten, sodass eine bundesweite Einführung erwartet wird. Die Inhalte basieren auf dem European Curriculum of Emergency Medicine. Der sinnvolle Ausbau von interdisziplinären zentralen Notaufnahmen in Kliniken fordert an dieser Stelle insbesondere von der ärztlichen Leitung Kenntnisse über das Gebiet der eigenen Facharztkompetenz hinaus, um die Notfallversorgung aller Patientinnen und Patienten sicherstellen zu können.

**Dr. med. Susanne Johna**  
Präsidiumsmitglied der LÄKH



Dr. med. Susanne Johna (MB)

auch seien die Kosten – besonders im Vergleich mit ähnlichen Bauvorhaben anderer Ärztekammern – mehr als moderat. Anhand zahlreicher Fotografien konnten sich die Delegierten von dem Baufortschritt anschließend selbst überzeugen.

### Schweigepflicht: Schutz für Ärzte und Patienten

Durch das Geheimnisschutz-Neuregelungsgesetz von 2017 wurden im Strafgesetzbuch Änderungen vorgenommen, die für Ärztinnen und Ärzte Erleichterungen bei der Schweigepflicht schaffen. „Durch machen Sie sich nicht mehr strafbar, wenn Sie beispielsweise ihren kaputten Laptop, auf dem Sie Patientendaten gespeichert haben, einem Techniker übergeben müssen“, erläuterte Manuel Maier, Justitiar der LÄKH. Die Bundesärztekammer hat die (Muster-)Berufsordnung in § 9 und § 12 entsprechend angepasst. Die Änderungen wurden nun auch auf der Delegiertenversammlung für die hessische Berufsordnung aufgenommen. Es sei ein wirkungsvoller Schutz für die Ärzteschaft und für die Patienten, erklärte Maier abschließend.

### Teile der MWBO in hessische Weiterbildungsordnung umgesetzt

Das hessische Ärzteparlament hat für das Fach „Allgemeinmedizin“ eine neue Weiterbildungsordnung beschlossen. Diese Änderung sowie die Einführung der Zusatz-Weiterbildungen „Betriebsmedizin“,



Vizepräsidentin Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen)

„Kardiale Magnetresonanztomographie“ und „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ sind Bestandteile der im November 2018 beschlossenen Muster-Weiterbildungsordnung (MWBO) der Bundesärztekammer und sollen in Hessen zum 1. Juli 2019 in Kraft treten.

### Gebühren für die ärztliche Fachsprachprüfung bei der LÄKH

Nach intensiver Diskussion verabschiedeten die hessischen Delegierten zwei Änderungen in der Kostensatzung. Dies betraf zum einen die Anpassung der Gebühren bei den AMG-Studien der Ethik-Kommission um rund 20 Prozent. Zum anderen wird mit Kapitel 10 neu die Kostenregelung für die zukünftig bei der LÄKH durchzuführenden ärztlichen Fachsprachprü-

fungen festgelegt. Das Land Hessen ist neben dem Saarland das einzige Bundesland, in dem die ärztliche Fachsprachprüfung bislang nicht durch die Landesärztekammer durchgeführt wird, sondern von den Kursanbietern für Fachsprachen selbst. Mit der Übertragung dieser Aufgabe an die LÄKH sei innerhalb der nächsten zwei bis drei Monate zu rechnen, so Maier. Auch die Gebühren für die Prüfung dürfen von der LÄKH dann selbst festgesetzt werden. „Wir können noch nicht genau sagen, wie hoch diese Gebühren sein werden, da nicht alle Parameter feststehen. Deswegen schlagen wir Ihnen eine Rahmengebühr in Höhe von 500–800 Euro vor, die wir in Vorkasse beziehen.“ Insbesondere die Höhe der Gebühren sorgte bei den Delegierten für Diskussion. „Man muss berücksichtigen, in welcher prekären Situation sich die Prüflinge befinden“, kritisierte Dr. med. Bernhard Winter (LDÄÄ). Häufig hätten diese keine feste Anstellung und leben im Praktikumsverhältnis, um ihren Fachkundenachweis zu bekommen. „Wir wollen die Prüfung kostendeckend, aber nicht bereichernd“, bekräftigte auch Dr. med. Brigitte Ende (LDÄÄ). Dass die Kammer sich nicht an diesen Gebühren bereichern wolle, versicherte Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer der LÄKH und erläuterte den Delegierten die Hintergründe für die Kostenkalkulation. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) erinnerte abschließend daran, worum es eigentlich gehen sollte: „Wir haben immer wieder Kolleginnen und Kollegen, die so schlecht deutsch sprechen, dass das Pflegepersonal übersetzen muss. Dem müssen wir abhelfen.“

### Redaktionelle Änderungen in Rechtsquellen

Aufgrund der neuen Dienstadresse der Landesärztekammer ab dem 17. Juni 2019 wird die Formulierung für den Veranlassungsbescheid geändert (§ 6a). Darüber hinaus stimmten die Delegierten der Korrektur der Überschrift in § 7 in „Elektronische Verarbeitung und Datenschutz“ zu. Die Delegierten stimmten außerdem einer redaktionellen Änderung bei der Prüfungsordnung „Kenntnisse im Strahlenschutz“ für Medizinische Fachangestellte

## Neue Zusatzweiterbildung: Kardiale Magnetresonanztomographie (MRT)

Die MRT-Untersuchung des Herzens ermöglicht heute neben der reinen Bildgebung auch vielfältige Funktionsuntersuchungen. Der Nachweis von Myokardischämien, die Quantifizierung der Pumpfunktion und von Klappeninsuffizienzen bestätigen Diagnosen und vermeiden Katheteruntersuchungen. Myokarditiden können sicher nachgewiesen werden. Die Weiterbildung Kardio-MRT durch Kardiologen ist eine logische Folgerung der funktionellen Einheit eines

Gebietes mit invasiver und nichtinvasiver Bildgebung.

Die einjährige Zusatzweiterbildung Kardio-MRT durch Kardiologen wurde von den Delegierten der Landesärztekammer einstimmig beschlossen. Kardiologische Zentren mit eigenem MRT werden nach Bestätigung durch die Landesärztekammer die Zusatzweiterbildung Kardio-MRT anbieten können.

**Dr. med. Wolf Andreas Fach**  
Präsidiumsmitglied der LÄKH



Foto: Katarina Ivanisevic

Michael Thomas Knoll (Die Hausärzte)

rückwirkend zum 1. Januar 2019 zu. Erforderlich werde diese Änderung, da zum 1. Januar 2019 die neue Strahlenschutzverordnung die zuvor gültige Röntgenverordnung (RÖV) abgelöst habe. Entsprechend werden die Verweise in der Prüfungsordnung an den Stellen abgeändert.

## Zentrale Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe

Mit einer Resolution hat die Delegiertenversammlung den Ausbau der zentralen Gutachtenstelle für Gesundheitsberufe (GfG) in Bonn gefordert. Diese soll mit der Annahme und Entscheidung aller Anträge auf Gleichwertigkeitsprüfung einer in Drittstaaten erworbenen ärztlichen Qualifikation beauftragt werden. „Ziel muss eine zügige Überprüfung der Ausbildungsnachweise sein, um Zeiten der Arbeit mit nur vorübergehender Berufserlaubnis zu reduzieren. Defizite müssen zeitnah festgestellt und mit klaren Aufgaben versehen werden“, heißt es wörtlich in der Resolution. Um eventuelle Abweichungen im Vergleich zur deutschen Ausbildung oder gar Fälschungen von Dokumenten möglichst sicher zu erkennen, sei die Bearbeitung der Anträge durch erfahrenes Personal notwendig.

Bereits heute herrsche in vielen Regionen Deutschlands ein gravierender Ärztemangel, machten die Delegierten deutlich. Neben dem dringend notwendigen Ausbau von inländischen Studienplätzen an Universitätskliniken sei eine gelingende Arbeitsmarktintegration von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikationen aus anderen EU-Mitgliedsländern und auch aus Drittstaaten eine wichtige Maßnahme, um die

Patientenversorgung auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung sicherzustellen. Entscheidend sei ein klar strukturiertes und transparentes System zur Gleichwertigkeitsprüfung einer in Drittstaaten erworbenen ärztlichen Qualifikation. Abschließend weisen die Delegierten in der Resolution darauf hin, dass die detaillierte Kenntnisstandprüfung durch die LÄKH, die der Überprüfung der ärztlichen Kenntnisse analog des dritten Staatsexamens entsprechen soll, ein nachgewiesenes C1-Niveau der medizinischen Fachsprache sowie ausreichende allgemeinsprachliche Deutschkenntnisse (B2) voraussetzt.

## Einführung von Schutzzonen

Immer wieder komme es zu „Mahnwachen“ um Arztpraxen und Beratungsstellen, die mit straffreien Schwangerschaftsabbrüchen arbeiten. Dies stelle für diejenigen, die diese aufsuchen wollen, eine erhebliche Beeinträchtigung und Bloßstellung dar, begründete Dr. med. Barbara Jäger (LDÄÄ) und viele weitere Unterstützer in ihrer Aufforderung an den Präsidenten, sich für bei der Landesregierung für die Einführung von Schutzzonen um solche Praxen und Beratungsstellen einzusetzen. Patientinnen, die sich ohnehin in einer womöglich schwierigen Lebenssituation befinden sowie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die sich einer belastenden Arbeit aussetzen, dürfen nicht bedrängt und eingeschüchtert werden. Das hessische Ärzteparlament unterstützte den Antrag, der einen Schutzabstand von ca. 150 Meter vorsieht, wodurch einerseits das Recht auf Versammlungsfreiheit



Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen)

gewahrt bleibe und andererseits die betroffenen Frauen und Mitarbeiterinnen der Praxen und Beratungsstellen besser geschützt seien.

## Programme zum Aufbau von Gesundheitskompetenz in Schulen

Untersuchungen belegen, dass die deutsche Bevölkerung nur unzureichend informiert sei über Themen wie Prävention, gesunde Ernährung oder auch Risikoverhalten. Im Sinne der Primärprävention fordert die Delegiertenversammlung daher auf Antrag von Dr. med. Susanne Johna (MB) die hessische Landesregierung auf, sowohl in der Grundschule als auch in den weiterführenden Schulen, Programme zum Aufbau von Gesundheitskompetenz zu implementieren. „Wir dürfen nicht in unseren Bemühungen nachlassen, Gesundheitsprävention ‚von Kindesbeinen an, jedem zugänglich zu machen‘, appellierte Pinkowski.

## Freispruch für Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı gefordert

Prof. Dr. Şebnem Korur Fincancı ist in der Türkei wegen des Vorwurfs der „Terrorpropaganda“ zu einer Haftstrafe von zwei Jahren und sechs Monaten verurteilt worden. Hintergrund: Die Menschenrechtlerin hatte 2016 als eine von über 1000 Akademikerinnen und Akademikern die Friedenspetition „We will not be a party to this crime“ unterzeichnet. Für ihren Einsatz für die Aufarbeitung von Folter und Menschenrechtsverletzungen in der Türkei hatte Prof. Fincancı, Vorsitzende der türkischen Menschenrechtsstiftung, noch vor wenigen Monaten den Hessischen Friedenspreis in Wiesbaden erhalten (Wir berichteten im HÄBL 01/2019, S. 26).

Noch ist das Urteil gegen Fincancı nicht rechtskräftig. Ein Freispruch durch ein Berufungsgericht wäre „ein Zeichen für eine Unabhängigkeit der Richter in der Türkei“, erklärten die Delegierten. Der Deutsche Ärztetag in Münster wurde aufgefordert, sich mit der politischen Verfolgung von Ärztinnen und Ärzten zu befassen.

**Alla Soumm  
Maren Grikscheit  
Katja Möhrle**

# Ehrung für Dr. med. Siegmund Drexler

## Ehrenplakette der Landesärztkammer Hessen in Silber

Hohe Auszeichnung für Dr. med. Siegmund Drexler: 25 Jahre lang, von 1988 bis 2013, gehörte er der Delegiertenversammlung der Landesärztkammer Hessen an, davon allein zwölf Jahre als Präsidiumsmitglied. Acht Jahre lang, von 2004 bis 2012, war Drexler stellvertretender Vorsitzender der Bezirksärztkammer Frankfurt. Zudem engagiert sich der am 2. Dezember 1950 in Krakau geborene Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie seit mehr als zehn Jahren im Suchtausschuss der Landesärztkammer. Auf der Delegiertenversammlung am 23. März 2019 ist Drexler nun mit der Ehrenplakette in Silber ausgezeichnet worden.

„Ich freue mich, die Auszeichnung an eine derart engagierte und außerordentliche Persönlichkeit wie Sie überreichen zu dürfen“, sagte der Präsident der Landesärztkammer Dr. med. Edgar Pinkowski: „Ihrem unermüdlichen Einsatz für die hessische Ärzteschaft ist nicht zuletzt die Gründung der Suchtberatungsstelle der Kammer zu verdanken. Mit dem Angebot einer vertrauensvollen und nach Wunsch anonymen Beratung betroffener Ärztinnen und Ärzte sowie einer raschen Vermittlung an Therapeuten und Selbsthilfegruppen durch die Unterstützung eines von Ihnen mitaufgebauten Netzwerks genießt die Suchtberatungsstelle seit Jahren bundesweites Ansehen.“ 2008 baute Drexler die Suchtberatungsstelle der Kammer auf. Bis 2018 blieb er



Vielseitige Begabungen und großer ehrenamtlicher Einsatz für die Landesärztkammer Hessen, Patienten und Ärzteschaft: Dr. med. Siegmund Drexler (Mitte) wurde von Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski und Vizepräsidentin Monika Buchalik mit der Ehrenplakette in Silber geehrt.

der erste Drogen- und Suchtbeauftragte der hessischen Ärztkammer und als solcher für die Betroffenen rund um die Uhr ansprechbar. Seit 2018 engagiert er sich in der Funktion des stellvertretenden Drogen- und Suchtbeauftragten weiter. Drexler legte seine ärztliche Prüfung 1976 an der Frankfurter Johann Wolfgang-Goethe Universität ab; 1978 wurde er promoviert. 1977 begann er seine medizinische Tätigkeit an den Städtischen Kliniken Offenbach, Medizinische Klinik I: erst als Assistenzarzt, von 1981 bis 1986 dann als Oberarzt. Anschließend war er bis 2013 als niedergelasse-

ner Arzt in Mühlheim tätig – zunächst als Internist und nach Erwerb der Zusatzbezeichnung Kardiologie am 17. Dezember 1997 auch als Kardiologe. Neben Beruf und standespolitischem Engagement war Drexler zudem der Mitinitiator des Kardiologischen Arbeitskreises am Klinikum Offenbach für Klinikärzte und Niedergelassene. Darüber hinaus ist der passionierte Saxofonist Mitverfasser des 2009 erschienenen Buches „Sehnsucht nach Symmetrie: Palindrome in Naturwissenschaft, Musik und Sprache.“

Katja Möhrle

## Bündnis heilen & helfen gibt Broschüre zur Suizid-Prophylaxe heraus

Psychische Krankheiten nehmen zu, Depressionen sind längst zu einer Volkskrankheit geworden. Damit steigen auch die Suizid-Zahlen. Mit der Broschüre „- 30 %! Heilen & Helfen – Suizide verhindern“ möchte das Bündnis heilen & helfen, dem auch die Landesärztkammer Hessen angehört, dazu beitragen, dass Suizid-Gefahren schneller erkannt werden. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich zum Ziel gesetzt, die Suizid-Zahlen bis 2030 um 30 Prozent zu senken. Um Betroffene auf professionel-



© lassedesignen - Fotolia

le Hilfsangebote hinzuweisen sowie Freunden und Angehörigen Tipps zu geben, hat das Bündnis der Heilberufe in Hessen die Broschüre herausgegeben.

Die Landesärztkammer wird die Broschüre in den nächsten Wochen an niedergelassene Hausärzte und Internisten zur Auslage in den Wartezimmern verschicken. Informationen sind im Internet unter [www.heilberufehessen.de](http://www.heilberufehessen.de) eingestellt, hier kann die Broschüre auch heruntergeladen werden. (moe)



## Bericht des Versorgungswerkes

Im Jahr 2018 haben sich fast alle Anlageklassen negativ entwickelt. Davon waren insbesondere Aktien betroffen. Aber auch die Kurse vieler Anleihen gingen zurück. Dies war insofern etwas Besonderes, als sich Aktien und Anleihen normalerweise gegenläufig bewegen. Das neue Jahr verläuft bislang glücklicherweise völlig anders: Sämtliche Segmente des Masterfonds (Aktien und Anleihen) des Versorgungswerkes liegen im Plus.

### Zinsen werden wohl noch länger niedrig bleiben

Die meisten haben die Verluste des Vorjahres sogar schon mehr als wettgemacht. Die Aktienquote des Versorgungswerkes belief sich zum 14.03.2019 auf 55 %. Das gesamte Portfolio bestand zu diesem Zeitpunkt zu 16 % aus Aktien. Der Großteil der Anlagen entfällt nach wie vor auf festverzinsliche Wertpapiere (auch wenn die Bedeutung seit Jahren abnimmt), die vom Versorgungswerk selbst gehalten werden. Deren Kursentwicklung ist jedoch von untergeordneter Bedeutung, weil sie meist bis zur Endfälligkeit gehalten werden. Viele

hatten darauf spekuliert, dass die Europäische Zentralbank (EZB) erstmals nach vielen Jahren wieder die Leitzinsen erhöhen wird. Diesen Erwartungen hat der EZB-Rat auf seiner März Sitzung jedoch einen Riegel vorgeschoben. Der Rat geht jetzt davon aus, dass der Satz für Hauptrefinanzierungsgeschäfte mindestens noch bis zum Ende des Jahres bei 0 % liegen wird. Auch ein Abschmelzen der EZB-Bilanz, die durch das Anleihekaufprogramm extrem angestiegen ist, wurde nicht angedeutet. Damit bleibt die Politik der Zentralbank extrem locker und mit ihr die Zinsen im Euroraum. Ab Ende dieses Jahres müssen Pensions-einrichtungen – dazu zählen auch Versorgungswerke – über die Bundesbank regelmäßig Daten zu ihren Kapitalanlagen an die EZB melden. Dies ist mit zusätzlichem Verwaltungsaufwand verbunden.

### Drei Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung

Die Delegierten haben drei vom Vorstand vorgeschlagene Satzungsänderungen beschlossen. Zum einen wurde klargestellt, dass der Vorstand über Mitglieder-Härte-

fälle entscheidet und in diesen Fällen auch Widerspruchsbehörde ist. Dieses Vorgehen wurde bislang schon praktiziert. Bei der Berechnung der vorgezogenen Altersrente wird nunmehr auf den Beginn der Rente und nicht mehr auf den Zeitpunkt der Antragsstellung abgestellt. Dadurch wird sichergestellt, dass auch Beiträge noch berücksichtigt werden könnten, die nach dem Stellen des Antrages gezahlt werden. Schließlich wurde der Zeitraum verlängert, in dem berufs unfähige Mitglieder einen Arbeitsversuch unternehmen können. Bislang war ein Arbeitsversuch nur längstens drei Monate möglich. Zukünftig sind es sechs Monate. In der Praxis hat sich gezeigt, dass drei Monate für die Reintegration manchmal nicht ausreichen. Jetzt kann sich die Chance erhöhen, dass jemand durch einen Arbeitsversuch wieder berufsfähig wird.

**Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg**  
Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes



Foto: Alia Soumm

## Der Stiftungsfonds Diadieu der Diakonie Hessen fördert die Hospizarbeit

Viele Menschen wünschen sich, im eigenen Zuhause oder in der Wohnung von Angehörigen zu sterben. Doch das ist nicht immer möglich. Für solche Fälle hat die Hospizhilfe Wetterau einen Hospizplatz in ihren Räumlichkeiten in Friedberg geschaffen. Der Stiftungsfonds Diadieu fördert dieses innovative Projekt. Auch Gäste, Angehörige oder die Nachtwache können dort unterkommen. Da es sich nicht um ein stationäres Hospiz handelt, wird es nicht über das SGB V refinanziert.

Seit 2015 engagierte sich die Stiftung Diakonie Hessen via Diadieu gezielt in der hospizlichen Begleitung und palliativen Versorgung. Sie fördert Projekte, die schwerst kranke und sterbende Menschen begleiten und unterstützen. Denn es klaffen noch immer große Lücken in der Versorgung. Oft ist der Wohnort ausschlaggebend dafür, ob Menschen in dieser belastenden Zeit Begleitung und Beistand erfahren. In der Stadt gibt es mehr Angebote als auf dem Land. Diadieu hat sich vorgenommen, diese Lücken langfristig zu schließen:

- Es geht darum, die Hospizidee weiter zu entwickeln, regional zu vernetzen und zu verbreiten. Unterstützt werden daher Angebote der Begleitung und Unterstützung schwerstkranker

und sterbender Menschen sowie ihrer Angehörigen, so wie in der Wetterau.

- Die Qualifizierung Ehrenamtlicher sowie Fortbildung Hauptberuflicher sowie das Fördern von Hospizinitiativen stehen ebenfalls auf der Agenda. So hat der Stiftungsfonds Diadieu das Süd hessische Symposium für Hospizarbeit Anfang April 2019 in Darmstadt unterstützt – eine Veranstaltung, die der Vernetzung und dem Austausch von Ehren- und Hauptamtlichen diene.

- Einen weiteren Förderschwerpunkt bilden Projekte zum Gedenken an sozial benachteiligte Menschen: zum Beispiel die Aktion „Niemand soll vergessen sein“ des Übergangswohnheims des Diakonischen Werkes Wiesbaden. Wohnungslose pflegen und bepflanzen die Gräber von Wohnungslosen. Unterstützt werden sie durch den Stiftungsfonds Diadieu.

Träger des Stiftungsfonds Diadieu ist die Stiftung Diakonie Hessen in Frankfurt, 2005 gegründet. Sie betreut Fonds und Unterstiftungen, nimmt auch Zustiftungen und Spenden entgegen. Kontakttelefon: 069 79476 111; Internet: [www.sinn-stiften.de](http://www.sinn-stiften.de)

**Jutta Rippegather**



Drei menschliche Lebern – normale, fette, zirrhotische (von links).

Foto: © mauritius images/Science Source/Arthur Glauberman

# Radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen

VNR: 2760602019182730001

Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem<sup>3</sup>, Prof. Dr. med. Katrin Eichler<sup>1</sup>, Dr. med. Axel Thalhammer<sup>1</sup>, PD Dr. med. Tatjana Gruber-Rouh<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Nour Eldin Mohammed<sup>1</sup>, Dr. med. Lajos M. Basten<sup>1</sup>

## Einleitung

Die Leberzirrhose beruht auf einem diffusen Vernarbungsprozess durch kontinuierlichen Zelluntergang und nachfolgender Regeneration im Rahmen chronischer Lebererkrankungen. Es kommt zum ausgeprägten bindegewebigen Parenchymumbau mit knotigen Veränderungen und gleichzeitiger Störung der zugrundeliegenden Vasoarchitektur [1]. Dadurch resultiert zunächst eine verminderte Durchblutung, später eine portale Hypertension. In Deutschland waren 2013 schätz-

ungsweise eine Million Menschen an einer Leberzirrhose erkrankt [2].

Interventionelle Verfahren haben sich aufgrund technischer Weiterentwicklung in jüngerer Zeit in der klinischen Routine immer weiter verbreitet und sind in der Regel minimalinvasiv unter begleitender Analgosedierung durchführbar.

Das Einsatzgebiet interventioneller Verfahren liegt im Wesentlichen im Bereich der Komplikationen bei Leberzirrhose wie Aszites, portaler Hypertension mit Ausbildung von Kollateralkreisläufen und ggf. Varizenblutungen, hepatischer Enzepha-

lopathie und dem hepatozellulären Karzinom (HCC) [2]. Allen gemeinsam ist die Minderung der Lebensqualität, das erhöh-

### Tab. 1: Hauptindikationen zur TIPS-Anlage

Therapierefraktärer Aszites

Sekundärprophylaxe (nach Varizenblutung)

Akute Varizenblutung, die weder medikamentös noch endoskopisch gestillt werden kann (Notfall)

<sup>1</sup> Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie

<sup>2</sup> Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie

<sup>3</sup> Medizinische Klinik I, Gastroenterologie und Hepatologie Leberzentrum des Universitätsklinikums Frankfurt am Main

te Risiko von Infektionen und ein reduziertes Langzeitüberleben [3].

### Therapie von Komplikationen der portalen Hypertension

Für die Diagnostik und Quantifizierung der portalen Hypertension (Pfortaderhochdruck) stellt die invasiv-interventionelle Messung des Lebervenendruckgradienten (hepatic venous pressure gradient, HVPG) den Goldstandard dar. Normwerte dieses Gradienten liegen zwischen 1 und 5 mmHg, von einer portalen Hypertension spricht man ab einem Wert von  $\geq 6$  mmHg, klinisch fassbar bspw. durch das Vorliegen von Aszites oder Ösophagusvarizen [4]; diese Konstellation stellt die Hauptindikation zur Anlage eines transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunts (TIPS) dar.

Der TIPS ist definiert als ein Kurzschluss (Shunt) zwischen der portalvenösen und der venösen Körperstrombahn. Ziel ist es, durch Implantation eines Stents zwischen der Pfortader und einer Lebervene, die in die Vena cava inferior und damit in den Körperkreislauf mündet, ein gewisses Blutvolumen an der Leber vorbeizuschleusen und so den Druck im Portalkreislauf zu senken [5, 6]. Dieses Volumen kann nach klinischer Einschätzung und in Anbetracht der jeweiligen Komorbiditäten durch den Durchmesser des Shunts individuell für Patienten angepasst werden.

80–90 % der TIPS-Anlagen erfolgen elektiv bei therapierefraktärem Aszites oder sekundärprophylaktisch bei stattgehabter Varizenblutung [7]. Unter therapierefraktär wird verstanden, dass repetitive, teils hochvolumige Aszitespunktionen oder die medikamentöse Therapie zu keinem zufriedenstellenden klinischen Ergebnis führen. Nach Erstvarizenblutung kann die Anlage eines TIPS als Sekundärprophylaxe gute klinische Ergebnisse erzielen [8].

Eine weitere wichtige Indikation stellt die akute Varizenblutung dar, die weder endoskopisch noch medikamentös gestillt werden kann (Notfall-TIPS [9]), siehe Tab. 1. Ergibt sich für einige Patienten nach ausführlicher Diskussion der Anamnese und der Untersuchungsbefunde die Indikation zum TIPS und liegen keine Kontraindikationen wie zum Beispiel eine unzureichende Gerinnungsfunktion (meist

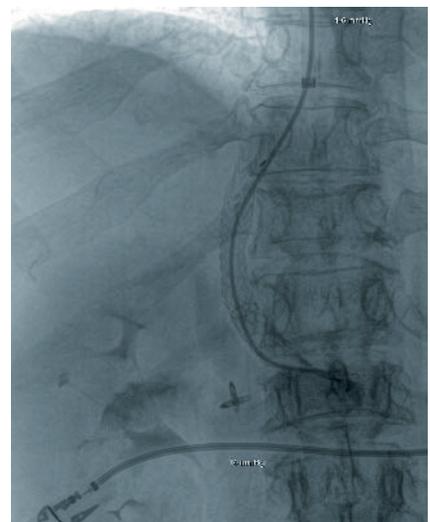
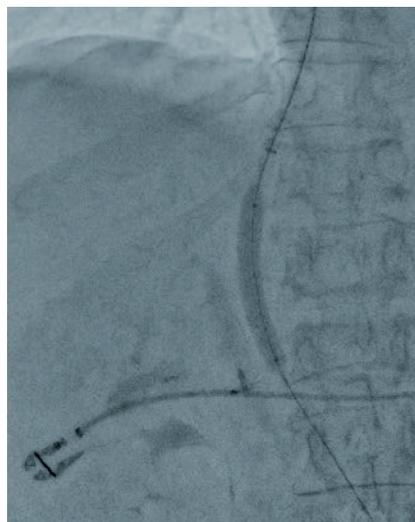
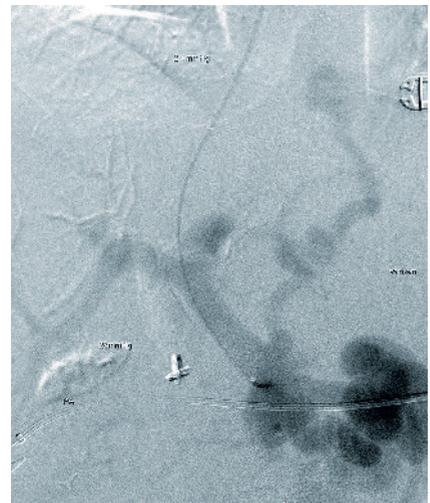
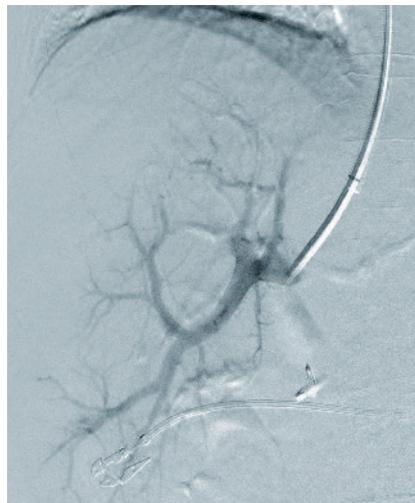


Abb. 1: TIPS-Anlage bei einer 68-jährigen Patientin mit therapierefraktärem Aszites. (A) Darstellung des nach sonographisch-gesteuerter Punktion über die rechte V. jugularis interna eingebrachten Katheters mit Verifikation der Lage im portalvenösen System mittels Venographie. (B) Platzierung des Führungsdrahtes in der V. mesenterica inferior mit erneuter Lagekontrolle und Messung des Lebervenendruckgradienten (HPVG) mit einem Wert von ca. 24 mmHg. Ausgeprägte Ösophagusvarizen nach dorsal. (C) Vordehnung durch einen Angioplastie-Ballon (D). Darstellung des eingebrachten Stents. Die erneute Messung des HPVG ergibt einen Wert von ca. 10 mmHg.

Quick-Wert  $\leq 50$ –60 %, PTT  $> 50$ –60 Sekunden oder Thrombozytenzahl  $< 50000$ –60000/mm<sup>3</sup>) oder eine kavernöse Pfortadertransformation vor, erfolgt zunächst die technische Therapieplanung. Für die Evaluation der individuellen Gefäßtopographie müssen immer eine aktuelle Sonographie, eine Ultraschallkardiographie (UKG) zum Ausschluss einer Rechtsherzinsuffizienz und eine Kontrastmittel-(KM-)verstärkte Computertomographie (CT) oder eine Magnetresonanztomographie (MRT) mit MR-Angiographie (MR-A) erfolgen. Gegebenenfalls muss vor der In-

tervention Aszites abgelassen werden, um den Winkel zwischen der V. hepatica und der V. cava inferior zu verbessern und die Mobilität der Leber während des Eingriffs einzuschränken [7].

Unter Analgosedierung wird sonographisch gesteuert die V. jugularis interna dextra punktiert und eine Schleuse in die Mündung der V. cava inferior in den rechten Vorhof platziert. Nach Anlage eines meist gebogenen Führungsschaftes wird im Anschluss ein Katheter bis in die rechte oder mittlere Lebervene vorgeschoben. Sonographisch oder durch KM-Applikat-

**Tab. 2: Erweiterte Indikationen nach Smith und Durham [6]**

Primärprophylaxe bei Patienten mit hohem Risiko einer akuten Varizenblutung
Blutung bei hypertensiver Gastropathie
Rezidivierender Aszites nach Lebertransplantation
Hepatischer Hydrothorax
Hepatorenales Syndrom
Budd-Chiari-Syndrom
Inkomplette Portalvenenthrombose

on (Venographie) wird die Gefäßsituation dargestellt und die exakte Lage des Katheters dokumentiert. Ist der Katheter in der vor der Intervention geplanten Lebervene positioniert, wird er gegen einen steifen Draht und anschließend eine Punktionsnadel ausgetauscht. Bei regelrechter Platzierung der Punktionsnadel wird der Draht gegen das scharfe Innenleben der Nadel ausgetauscht. Mit einsatzbereiter Punktionsnadel wird anschließend das Parenchym in Richtung Pfortader punktiert, die Nadel entfernt und außen eine Spritze mit verdünnter Kontrastmittellösung eingeführt. Jetzt wird der Katheter solange zurückgezogen, bis sich Blut aspirieren lässt.

Ist die Verbindung zur Portalvene durch KM-Injektion verifiziert, wird ein Führungsdraht bis in die V. linealis oder V. mesenterica inferior platziert. Portalvenendruck und Druck im rechten Vorhof, aus de-

ren Differenz sich der Lebervenenendruckgradient (HVPG) ergibt [10], werden gemessen. Durch einen Angioplastie-Ballon wird der Kanal in der Regel auf 8 cm vorgedehnt und anschließend die Gefäßschleuse gegen die TIPS-Schleuse gewechselt.

Danach erfolgt die Positionierung des heute meist teilweise mit erweitertem Polytetrafluorethylen (e-PTFE) beschichteten Stents [11]; der unbeschichtete Teil wird in der Portalvene platziert. Der Stent wird mit Hilfe des Angioplastie-Ballons anmodelliert. Weitere Venographie- und Druckmessungen werden durchgeführt, um den Druckgradienten zu dokumentieren. Der postinterventionelle portale Druck sollte 8–10 mmHg betragen. Die TIPS-Schleuse wird anschließend gegen einen Shaldon-Katheter eingewechselt.

Im Rahmen der Intervention erhalten die Patienten gewichtadaptiert Heparin über die Interventionsschleuse, in der poststationären Phase ASS über sechs Monate. Die Nachsorge insbesondere mit Farbduplex-sonographischer Shunt-Kontrolle sollte alle drei Monate am besten in einer Spezialprechstunde erfolgen.

Die technische Erfolgsrate des Verfahrens liegt bei über 90 % [12]. Im Rahmen der Varizenblutung haben sich ein sehr guter hämostatischer Effekt und eine niedrige Re-Blutungsrate von < 15 % feststellen lassen; akute Varizenblutungen können zu 94 % kontrolliert werden [8, 9, 10]. Durch den zirkulatorischen Effekt und die Senkung des portalen Hochdrucks hat sich der TIPS im klinischen Alltag im Einsatz zur Behandlung des therapieresistenten Aszites bewährt [13].

Der Nachteil des Verfahrens liegt jedoch in der klinischen Verschlechterung oder dem Neuauftreten einer hepatischen Enzephalopathie [14], weshalb die Indikation immer interdisziplinär patientenbezogen diskutiert werden sollte.

Mögliche erweiterte Indikationen sind der frühzeitige Einsatz des TIPS in der Therapie einer Varizenblutung bei Hochrisikopatienten. Hier konnte für Patienten im Child-Pugh-Stadium C und B mit persistierenden Blutungen in der Endoskopie durch Einsatz eines frühen (innerhalb von 72 Stunden nach Vorstellung) TIPS eine signifikante Reduktion der Mortalität und des Behandlungsversagens gezeigt werden [14], siehe Tab. 2.

### Biopsische Sicherung von Leberläsionen

Lässt sich eine Leberläsion anhand sonomorphologischer Kriterien differentialdiagnostisch nicht sicher einordnen, ist die Klärung ihrer Dignität insbesondere durch eine multiparametrische MRT in den Leitlinien empfohlen. Die höchste Spezifität zur Abklärung einer Lebererkrankung bietet bis heute die Probegewinnung mit anschließender histopathologischer Analyse des Leberparenchyms [15] und der fokalen Läsion. Die perkutane Biopsie wird heute bildgesteuert durchgeführt.

### Sonographie-Steuerung

Die Vorteile der sonographischen Steuerung sind die breite Verfügbarkeit der Geräte, die niedrigen Kosten, die fehlende Strahlenexposition sowie die schnelle Durchführbarkeit in Echtzeit. Durch Ein-

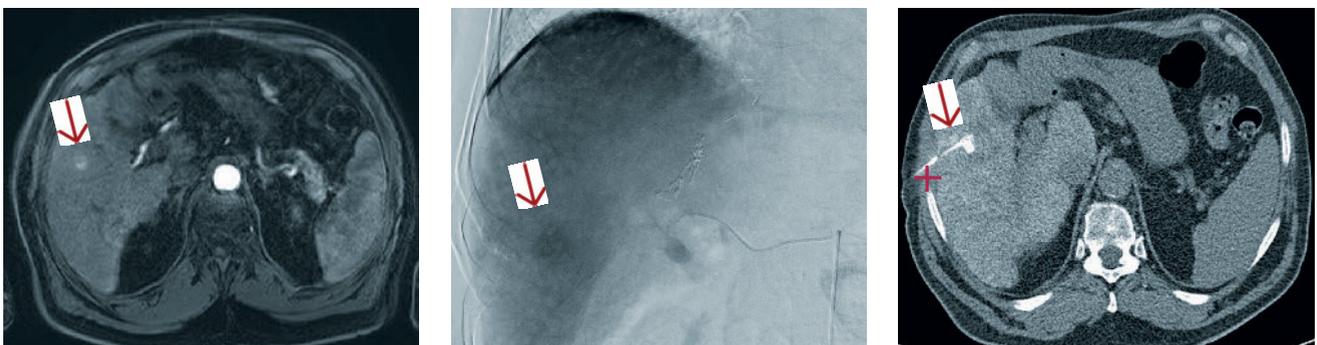


Abb. 2: CT-gesteuerte Punktion einer HCC-suspekten Läsion im Lebersegment 5. (A) T1-gewichtete MR-Sequenz mit Kontrastmittel (Dotarem) zeigt eine fokale Leberläsion mit arterieller KM-Aufnahme ohne wash-out-Phänomen. Zur weiteren Abklärung der Läsion Durchführung einer Lipiodol-Angiographie, in der ebenfalls eine verstärkte Lipiodol-Aufnahme (Pfeil) feststellbar ist (B). Im Anschluss erfolgt die perkutane, CT-gesteuerte Punktion zur histologischen Sicherung mit Darstellung der Biopsienadel im CT (+). Durch die Lipiodolspeicherung (C) gute Lokalisierbarkeit des histologisch gesicherten HCC (Pfeil).

satz leberspezifischer Kontrastmittel kann das Zeitfenster für die Punktion verlängert werden. Als problematisch erweist es sich, wenn die bildliche Identifikation der Läsion durch Überlagerung von Rippen, Darmgas oder auch bei Adipositas eingeschränkt wird [16].

### CT-Steuerung

Die CT-navigierte Biopsie bietet die Vorteile einer überlagerungsfreien und jederzeit reproduzierbaren Darstellung der zu punktierenden Läsion [16]. Des Weiteren lässt sich das anatomische Umfeld besser als im Ultraschall darstellen. Jedoch werden Patient und Punkteur bei dieser Methode eher ionisierender Strahlung ausgesetzt. Eine vorgeschaltete Angiographie mit Injektion von Lipiodol (diagnostische Lipiodol-Angiographie) erlaubt eine prä-interventionelle Markierung von HCC-verdächtigen Herden. Die Graduierung der Lipiodol-speicherung ermöglicht eine verbesserte differentialdiagnostische Bewertung und gleichzeitig eine Markierung für die CT-gestützte Biopsie.

Damit sind die Sonographie und CT derzeit die Routineverfahren zur Bildunterstützung bei einer perkutanen Leberbiopsie. Technische Effektivität mit einer Spezifität von >90% und Sicherheit mit einer Gesamtkomplikationsrate von ca. 0,4% sind exzellent [17, 18].

### MRT-Steuerung

Die MRT als strahlungsfreie Methode mit herausragendem Weichteilkontrast wird als Navigationsverfahren für die Punktion der Leber vor allem bei Läsionen eingesetzt, die sich mittels Sonographie und CT nicht ausreichend sicher darstellen lassen. MRT-taugliche Biopsie-Systeme (vorwiegend aus Titanlegierungen) sind mittlerweile in verschiedenen Ausführungen erhältlich und werden kontinuierlich weiterentwickelt. Dabei ist die Qualität des entnommenen Gewebes durch MRT-taugliche Biopsie-Systeme etwas niedriger – aber diagnostisch ausreichend – im Vergleich zu dem Standard [16, 19].

Die für das Gesamtrisiko der Punktion entscheidende Komplikation ist die relevante intraperitoneale Blutung mit einer Reduktion des Hämoglobin-(Hb-)Wertes um  $\geq 2$  g/dl [20]. In der Folge kann sich ein subkapsuläres Hämatom oder Hämato-

**Tab. 3: Diagnosekriterien HCC adaptiert nach EASL-EORTC [35].**

<b>I</b>	<b>Durch Biopsie alleine</b> (gemäß aktueller Leitlinien setzt die Diagnosestellung ohne Vorliegen einer Histologie das Vorliegen einer Leberzirrhose voraus)
<b>II</b>	<b>Bei Tumoren 1 cm bis <math>\leq</math> 2 cm durch zwei kontrastmittelverstärkte Verfahren</b> (CE-MRT, CE-CT oder CE-US)
<b>II</b>	<b>Bei Tumoren &gt; 2 cm reicht ein kontrastmittelverstärktes Verfahren aus</b> (CE-MRT, CE-CT)
CE = contrast-enhanced (kontrastmittelverstärkt)	

peritoneum mit seltenem letalen Ausgang ausbilden [16, 17, 18].

Bezüglich des Gerinnungsstatus liegen Kontraindikationen bei einem Quick-Wert  $\geq 50$ –60 %, einer PTT > 50–60 Sekunden und einer Thrombozytenzahl < 30000/mm<sup>3</sup>. Auch ausgeprägter Aszites stellt eine Kontraindikation dar.

### Transjuguläre (Transvenöse) Leberbiopsie (TJLB)

Für Patienten mit Kontraindikation zur perkutanen Leberbiopsie stellt die TJLB eine interventionelle Alternative dar [21]. Erweiterte Indikationen sind die Klärung der Dignität im akuten Leberversagen [22], bei Transplantatempfängern [23] und Patienten mit kongenitalen Gerinnungsstörungen [24]. Ein weiterer Vorteil

der TJLB ist die Möglichkeit der Messung des Lebervenen-Druckgradienten (HVPG), der im Rahmen der portalen Hypertension einen prognostischen Wert bezüglich Überleben und dem Ansprechen einer pharmakologischen Therapie besitzt [21, 23, 25]. Der entscheidende Unterschied zur standardmäßig durchgeführten perkutanen Biopsie ist, dass die Leberkapsel nicht durchstoßen wird und so ein geringeres Risiko einer intraabdominellen Blutung besteht [21, 25].

Technisch durchgeführt wird die TJLB unter begleitender Videofluoroskopie (Durchleuchtung) und kontinuierlichem Basis-Monitoring bestehend aus EKG, nicht-invasiver Blutdruckmessung und Pulsoxymetrie. Nach Lokalanästhesie wird initial unter sterilen Bedingungen beim in Rückenlage gelagerten Patienten die

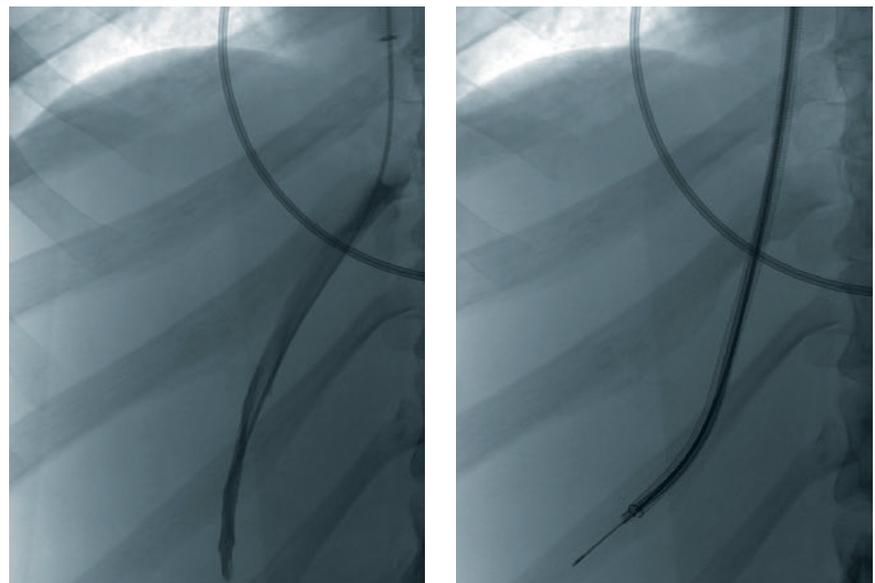


Abb. 3: Transjuguläre Leberbiopsie (TJLB) bei einer 26-jährigen Patientin mit Verdacht auf Morbus Wilson. (A) Lagekontrolle des nach sonographisch-gesteuerter Punktion der rechten V. jugularis interna eingebrachten Führungsdrahtes mit Darstellung der Lage in der mittleren Lebervene. (B) Darstellung der zwischenzeitlich über die Schleuse eingebrachten Punktionsnadel vor Entnahme zweier Stanzzyliner. Histologisch: M. Wilson.

Fotos: Rechte bei den Autoren

**Tab. 4: Milan-Kriterien für Transplantation [28]**

- Solitärer Herd > 1 cm und < 5 cm
- Maximal drei Herde ≤ 3 cm
- Keine extrahepatische Metastasierung
- Kein makrovaskulärer Tumoreinbruch

rechte V. jugularis interna unter sonographischem Monitoring punktiert. Folgend wird in Seldinger-Technik eine Einführungsschleuse in der Vena cava inferior platziert. Über diese wird ein Führungsdraht und nachfolgend ein Katheter in eine Lebervene vorgeschoben. Die genaue Lokalisation wird sonographisch oder durch eine kurze Venographie dokumentiert. In den meisten Fällen wird der rechte Leberlappen angesteuert, da er durch seine Größe die besten Voraussetzungen zur suffizienten Probeentnahme bietet. Anschließend wird ein Biopsie-Handy eingeführt und die Proben werden am rechten Leberlappen entnommen.

Die sichere Durchführbarkeit der Transjugulären Leberbiopsie wird durch eine Gesamtkomplikationsrate von 7,1 % nach 7649 TJLB, von denen 6,6 % nach der Einteilung der Society of Interventional Radiology (SIR) als geringfügig einzustufen sind, untermauert [25].

**Interventionelle Behandlungsverfahren eines HCC**

Eine schwerwiegende Komplikation der Leberzirrhose stellt die Entwicklung eines HCC dar. Daher wird in der aktuellen S3-Leitlinie für Patienten mit Leberzirrho-

se eine halbjährliche Sonographie mit zusätzlich optionaler α-Fetoprotein-(AFP-) Bestimmung als Früherkennungsalgorithmus empfohlen.

Fällt im Rahmen dieser Untersuchungen oder generell nach Bildgebung bei klinischem Verdacht eine suspekta Leberläsion auf, gibt es drei Möglichkeiten der Diagnostik, siehe Tab. 3.

Bildgebend muss mittels intravenöser Kontrastmittelapplikation das typische bildmorphologische Verhalten des HCC einer arteriellen Hypervaskularisation sowie eines „wash-out“-Phänomens (rasches Auswaschen des Kontrastmittels mit nachfolgender relativer Kontrastumkehr zum umgebenden Leberparenchym) in einem mindestens dreiphasigen Schnittbildverfahren (späarterielle, portalvenöse und Spätphase) nachgewiesen werden.

Das HCC ist bedingt durch die hohe Mortalität in hohem Maße für durch Krebs verursachten Todesfälle verantwortlich [26]. Die endgültige Therapieentscheidung basiert maßgeblich auf der Barcelona-Clinic-Liver-Cancer-(BCLC-)Klassifikation, die neben der Tumorausdehnung klinische Parameter wie Allgemeinzustand und Stadium der Leberzirrhose miteinbezieht.

Im BCLC Frühstadium A, also bei Patienten ohne portale Hypertension mit normwertigem Bilirubin und max. drei Herden < 3 cm bzw. max. einem Herd < 5 cm, zum Teil auch größeren Läsionen, wird die kurative Resektion angestrebt. Bei entsprechenden Komorbiditäten kann in diesen Stadien auch eine primäre lokalablativ-therapeutische Therapie wie die Mikrowellenablation

(MWA), Radiofrequenzablation (RFA) oder Laserinduzierte Thermoablation (LITT) eingesetzt werden [27].

Alternativ kann bei einigen Patienten innerhalb der Milan-Kriterien eine Lebertransplantation erfolgen. Die Fünf-Jahres-Überlebensrate liegt hier zwischen 65 % und 80 %, siehe Tab. 4.

Bedingt durch die häufig zu geringe Restleberfunktion aufgrund einer zugrundeliegenden Leberzirrhose, anderer Komorbiditäten oder den Ausschluss aus den Milan-Kriterien ist ein chirurgischer Ansatz jedoch für den Großteil der Patienten nicht zugänglich. So haben sich in den vergangenen zwei Jahrzehnten die minimalinvasiven Verfahren als mögliche Behandlungsalternativen im klinischen Alltag sowie neue medikamentöse Therapieoptionen wie die Substanz Sorafenib und Pharmaka neuester Generation etabliert. Hierbei unterscheidet man vaskuläre und ablativ-therapeutische Verfahren. Die vaskulären Verfahren führen vorwiegend durch den zeitbeschränkten Verschluss der tumorversorgenden Gefäße mit zusätzlicher Chemotherapie-therapeutika-Applikation, die ablativen Verfahren entweder durch chemische Agenzien oder durch Applikation von Energie zur Tumorerstörung [36], siehe Tab. 5.

**Transarterielle Therapieverfahren (TAE/TACE/SIRT)**

Die gängigen Verfahren der transarteriellen Therapie sind die Transarterielle Embolisation (TAE), die Transarterielle Chemoembolisation (TACE) sowie die Selekti-

**Tab. 5: Interventionelle Therapieverfahren in der Behandlung des HCC**

Ablativ		Chemisch		Vaskulär
Energie-basiert				
Thermal		Nicht-Thermal		
Hyper-	Hypo-			
<ul style="list-style-type: none"> <li>• MWA (Mikrowellenablation)</li> <li>• RFA (Radiofrequenzablation)</li> <li>• LITT (Laserinduzierte Thermoablation)</li> <li>• HIFU (Hochintensiv-fokussierter Ultraschall)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Kryoablation</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Irreversible Elektroporation (IRE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perkutane Ethanolinjektion (PEI)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transarterielle Embolisation (TAE)</li> <li>• Transarterielle Chemoembolisation (TACE)</li> <li>• Radioembolisation/Selektive interne Radiotherapie (SIRT)</li> </ul>

ve Interne Radiotherapie (SIRT) bzw. Radioembolisation.

Bei der SIRT steht die strahleninduzierte Zerstörung der Tumorzellen im Vordergrund, während der embolische Effekt als nur gering angesehen wird [32].

Bei allen Verfahren erfolgt der Zugang zur arteriellen Strombahn über eine der beiden Femoralarterien bzw. der A. brachialis oder A. radialis. Nach Sondierung des Truncus coeliacus und der zuführenden Leberarterie wird durch ein anschließendes Angiogramm versucht, ein möglichst selektives Gefäß zum Tumor zu identifizieren. Im Anschluss erfolgt die Embolisation.

Dabei werden bei der TAE typischerweise Gelatine-Schwämme, Lipiodol oder Mikropartikel als Embolisate verwendet [33]. Bei der TACE soll der Tumor mit Chemotherapeutika wie Doxorubicin, Epirubicin, Cisplatin oder in Kombination angegriffen werden [34]. Zur besseren Einlagerung der Substanzen werden verschiedene Träger verwendet: Lipiodol, Medikamenten-beschichtete Perlen („drug-eluting“-beads, DEB-TACE) oder abbaubare Mikrosphären aus Stärke („degradable starch microspheres“, DSM-TACE). Die strahlenaktive Quelle der SIRT sind Yttrium-90-markierte Glasperlen oder Iod-131-markiertes Lipiodol [35].

### Fazit

Interventionelle Verfahren gewinnen bei steigendem Patientenalter und höherer Komorbidität aufgrund ihrer perkutanen

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Interventionelle Verfahren im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen“ von Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl et al. finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom

25.04.2019 bis 24.04.2020 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Laut den Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestanden keine Interessenkonflikte.

Durchführbarkeit unter Analgosedierung zunehmend an Bedeutung.

Im Rahmen Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen stellt die TIPS-Anlage eine effektive Therapiemethode bei therapierefraktärem Aszites und Sekundärprophylaxe nach Varizenblutung dar.

Diagnostisch werden interventionelle Verfahren bei der Leberzirrhose vorwiegend zur bioptischen Sicherung unklarer Leberläsionen eingesetzt. Mit der transjugulären Leberbiopsie (TJLB) steht Interventionalisten eine sichere Alternative zur Probergewinnung bei Kontraindikationen zur üblicherweise perkutan Sonographie- oder CT-gesteuerten Biopsie zur Verfügung.

Lokoregionale Verfahren werden entsprechend der BCLC-Stadien in unterschiedlicher Intention eingesetzt. TACE und Ablation

haben sich dabei als effektive Therapiemethoden erwiesen in kurativer, palliativer und neoadjuvanter Situation (BCLC A/B/C) sowie auch vor Lebertransplantation oder Resektion.

Korrespondenzadresse:

**Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl**

Theodor-Stern-Kai 7

60590 Frankfurt am Main

E-Mail: [t.vogl@em.uni-frankfurt.de](mailto:t.vogl@em.uni-frankfurt.de)

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

## Ausschüsse und Kommissionen der Landesärztekammer Hessen

Nach der Kammerwahl 2018 haben sich auch die Ausschüsse und Kommissionen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) neu konstituiert. Außerdem wurden die Beauftragten der LÄKH neu gewählt, beziehungsweise im Amt bestätigt. Die Auflistung der Ausschüsse und Kommissionen finden sich im Internet auf der Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) → Die Kammer → Ausschüsse & Kommissionen. Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin sowie folgender Kurzlink: <https://tinyurl.com/yypcxg2p>



[www.laekh.de/die-kammer/ausschuesse-kommissionen](http://www.laekh.de/die-kammer/ausschuesse-kommissionen)

## Multiple Choice-Fragen:

### Radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen

VNR: 2760602019182730001

(nur eine Antwort ist richtig)

- 1. Welcher Zugang wird in der Regel nicht zur Biopsie einer Leberläsion verwendet?**
  - 1) Perkutan CT-gesteuert
  - 2) Perkutan MRT-gesteuert
  - 3) Transarteriell intrahepatisch
  - 4) Transvenös/transjugulär intrahepatisch
  - 5) Perkutan Sonographie-gesteuert
- 2. Welches interventionelle Verfahren wird üblicherweise nicht zur Therapie des HCC eingesetzt?**
  - 1) Transarterielle Chemoembolisation (TACE)
  - 2) Mikrowellenablation (MWA)/Radiofrequenzablation (RFA)
  - 3) Laserinduzierte Thermoerapie (LITT)
  - 4) Intratumoröse Sorafenib-Injektion (ISI)
  - 5) Selektive interne Radiotherapie (SIRT)
- 3. Was ist keine typische Komplikation der Leberzirrhose?**
  - 1) Hepatozelluläres Karzinom (HCC)
  - 2) Portale Hypertension mit Ausbildung von Kollateralkreisläufen
  - 3) Aszites
  - 4) Hepatische Enzephalopathie
  - 5) Myokardinfarkt
- 4. Welche ist die typische Indikation zur Anlage eines transjugulären intrahepatischen portosystemischen Shunts (TIPS)?**
  - 1) Therapierefraktärer Aszites
  - 2) Neu aufgetretenes hepatozelluläres Karzinom
  - 3) Akuter Bilirubinanstieg
  - 4) Ikterus
- 5. Die Gesamtkomplikationsrate der transvenösen/transjugulären Biopsie (TJLB) liegt ungefähr bei?**
  - 1) über 30 %
  - 2) unter 1 %
  - 3) zwischen 1 % und 10 %
  - 4) zwischen 20 % und 30 %
- 6. Die lokale Tumorkontrolle der Mikrowellenablation (MWA) bei der Behandlung eines HCC liegt bei ungefähr?**
  - 1) < 50 %
  - 2) > 90 %
  - 3) < 10 %
  - 4) > 99 %
  - 5) < 70 %
- 7. Was ist das Ziel der Überbrückungs-/„Bridging“-Therapie durch lokoregionale Verfahren wie RFA/MWA oder TAE/TACE?**
  - 1) Direkte kurative Therapie eines multifokalen HCCs.
  - 2) Palliation.
  - 3) Kontrolle der Tumormasse innerhalb der Milan-Kriterien zur Ermöglichung einer Lebertransplantation.
  - 4) Reduktion des MELD- (Model for End-Stage Liver Disease) Scores.
  - 5) Erhöhung des Child-Pugh-Stadiums.
- 8. Ab welchem Wert für den Lebervenenendruckgradienten (HVPG) wird eine portale Hypertension in der Regel klinisch manifest?**
  - 1)  $\geq 10$  mmHg
  - 2)  $\geq 0,5$  mmHg
  - 3)  $\geq 0,1$  mmHg
  - 4)  $\geq 1$  mmHg
- 9. Durch direkte Verbindung welcher Strombahnen wird beim TIPS die Senkung des Druckes erreicht?**
  - 1) A. hepatica communis + V. portae
  - 2) V. portae + V. lienalis
  - 3) V. jugularis + V. hepatica
  - 4) V. hepatica + V. portae
  - 5) A. hepatica communis + V. hepatica
- 10. Welchen Vorteil bietet die transvenöse/transjuguläre Biopsie TJLB gegenüber perkutanen Punktionsverfahren bei Patienten mit erhöhtem Blutungsrisiko?**
  - 1) Intravenöse Vitamin-K-Applikation.
  - 2) Beim üblichen Zugang wird die Leberkapsel nicht durchstoßen.
  - 3) Mitführen von Thermokoagulationselektroden zur direkten Blutstillung.
  - 4) Durchführung in Vollnarkose, sodass im Blutungsfall direkt eine invasive Blutstillung möglich ist.

### Literatur zum Artikel:

# Radiologisch-interventionelle Techniken im Rahmen der Leberzirrhose-assoziierten Komplikationen

von Prof. Dr. med. Thomas J. Vogl<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein<sup>2</sup>, Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem<sup>3</sup>, Prof. Dr. med. Katrin Eichler<sup>1</sup>, Dr. med. Axel Thalhammer<sup>1</sup>, PD Dr. med. Tatjana Gruber-Rouh<sup>1</sup>, Prof. Dr. med. Nour Eldin Mohammed<sup>1</sup>, Dr. med. Lajos M. Basten<sup>1</sup>

- [1] Classen M DV, Kochsiek K. Innere Medizin. 2009; 6. Auflage. 2016;19(1):2–9. doi: 10.1053/j.tvir.2016.01.001. PubMed PMID: 26997084. 10.1007/s00270–015–1209-x. PubMed PMID: 26404629.
- [2] Sauerbruch T, Appenrodt B, Schmitz V, Spengler U. The conservative and interventional treatment of the complications of liver cirrhosis: Part 2 of a series on liver cirrhosis. Dtsch Arztebl Int. 2013;110(8):126–32. doi: 10.3238/arztebl.2013.0126. PubMed PMID: 23505400; PubMed Central PMCID: PMC3594709.
- [3] Gines P, Cardenas A, Arroyo V, Rodes J. Management of cirrhosis and ascites. N Engl J Med. 2004;350(16):1646–54. doi: 10.1056/NEJMra035021. PubMed PMID: 15084697.
- [4] Bosch J, Abraldes JG, Berzigotti A, Garcia-Pagan JC. The clinical use of HVPG measurements in chronic liver disease. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2009;6(10):573–82. doi: 10.1038/nrgastro.2009.149. PubMed PMID: 19724251.
- [5] Schuppan D, Afdhal NH. Liver cirrhosis. Lancet. 2008;371(9615):838–51. doi: 10.1016/S0140–6736(08)60383–9. PubMed PMID: 18328931; PubMed Central PMCID: PMC3594709.
- [6] Smith M, Durham J. Evolving Indications for TIPS. Tech Vasc Interv Radiol. 2016;19(1):36–41. doi: 10.1053/j.tvir.2016.01.004. PubMed PMID: 26997087.
- [7] Keller FS, Farsad K, Rosch J. The Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt: Technique and Instruments. Tech Vasc Interv Radiol. 2016;19(1):2–9. doi: 10.1053/j.tvir.2016.01.001. PubMed PMID: 26997084.
- [8] Colombato L. The role of transjugular intrahepatic portosystemic shunt (TIPS) in the management of portal hypertension. J Clin Gastroenterol. 2007;41 Suppl 3:S344–51. doi: 10.1097/MCG.0b013e318157e500. PubMed PMID: 17975487.
- [9] Vangeli M, Patch D, Burroughs AK. Salvage tips for uncontrolled variceal bleeding. J Hepatol. 2002;37(5):703–4. PubMed PMID: 12399244.
- [10] Heinzow HS, Lenz P, Kohler M, Reinecke F, Ullerich H, Domschke W, et al. Clinical outcome and predictors of survival after TIPS insertion in patients with liver cirrhosis. World J Gastroenterol. 2012;18(37):5211–8. doi: 10.3748/wjg.v18.i37.5211. PubMed PMID: 23066315; PubMed Central PMCID: PMC3594709.
- [11] Garcia-Pagan JC, Caca K, Bureau C, Laleman W, Appenrodt B, Luca A, et al. Early use of TIPS in patients with cirrhosis and variceal bleeding. N Engl J Med. 2010;362(25):2370–9. doi: 10.1056/NEJMoa0910102. PubMed PMID: 20573925.
- [12] Lauer mann J, Potthoff A, Mc Cavert M, Marquardt S, Vaske B, Rosenthal H, et al. Comparison of Technical and Clinical Outcome of Transjugular Portosystemic Shunt Placement Between a Bare Metal Stent and a PTFE-Stentgraft Device. Cardiovasc Intervent Radiol. 2016;39(4):547–56. doi: 10.1007/s00270–015–1209-x. PubMed PMID: 26404629.
- [13] Narahara Y, Kanazawa H, Fukuda T, Matsushita Y, Harimoto H, Kidokoro H, et al. Transjugular intrahepatic portosystemic shunt versus paracentesis plus albumin in patients with refractory ascites who have good hepatic and renal function: a prospective randomized trial. J Gastroenterol. 2011;46(1):78–85. doi: 10.1007/s00535–010–0282–9. PubMed PMID: 20632194.
- [14] Boyer TD, Haskal ZJ, American Association for the Study of Liver D. The Role of Transjugular Intrahepatic Portosystemic Shunt (TIPS) in the Management of Portal Hypertension: update 2009. Hepatology. 2010;51(1):306. doi: 10.1002/hep.23383. PubMed PMID: 19902484.
- [15] Bravo AA, Sheth SG, Chopra S. Liver biopsy. N Engl J Med. 2001;344(7):495–500. doi: 10.1056/NEJM200102153440706. PubMed PMID: 11172192.
- [16] Kettenbach J, Blum M, El-RaBadi K, Langenberger H, Happel B, Berger J, et al. [Percutaneous liver biopsy. Overview of different techniques]. Radiologie. 2005;45(1):44–54. doi: 10.1007/s00117–004–1151–4. PubMed PMID: 15619068.
- [17] Charboneau JW, Reading CC, Welch TJ. CT and sonographically guided needle biopsy: current techniques and new innovations. AJR Am J Roentgenol. 1990;154(1):1–10. doi: 10.1007/s00117–004–1151–4. PubMed PMID: 15619068.

- 10.2214/ajr.154.1.2104689. PubMed PMID: 2104689.
- [18] Piccinino F, Sagnelli E, Pasquale G, Giusti G. Complications following percutaneous liver biopsy. A multicentre retrospective study on 68,276 biopsies. *J Hepatol.* 1986;2(2):165–73. PubMed PMID: 3958472.
- [19] Langen HJ, Kugel H, Ortman M, Nock M, de Rochemont RM, Landwehr P. [Functional capacity of MRI-compatible biopsy needles in comparison with ferromagnetic biopsy needles. In vitro studies]. *Rofo.* 2001;173(7):658–62. doi: 10.1055/s-2001-15844. PubMed PMID: 11512240.
- [20] McGill DB, Rakela J, Zinsmeister AR, Ott BJ. A 21-year experience with major hemorrhage after percutaneous liver biopsy. *Gastroenterology.* 1990;99(5):1396–400. PubMed PMID: 2101588.
- [21] Dohan A, Guerrache Y, Boudiaf M, Gavini JP, Kaci R, Soyer P. Transjugular liver biopsy: indications, technique and results. *Diagn Interv Imaging.* 2014;95(1):11–5. doi: 10.1016/j.diii.2013.08.009. PubMed PMID: 24007769.
- [22] Miraglia R, Luca A, Gruttadauria S, Minervini MI, Vizzini G, Arcadipane A, et al. Contribution of transjugular liver biopsy in patients with the clinical presentation of acute liver failure. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2006;29(6):1008–10. doi: 10.1007/s00270-006-0052-5. PubMed PMID: 16967214.
- [23] Blasco A, Forns X, Carrion JA, Garcia-Pagan JC, Gilabert R, Rimola A, et al. Hepatic venous pressure gradient identifies patients at risk of severe hepatitis C recurrence after liver transplantation. *Hepatology.* 2006;43(3):492–9. doi: 10.1002/hep.21090. PubMed PMID: 16496308.
- [24] Shin JL, Teitel J, Swain MG, Bain VG, Adams PC, Croitoru K, et al. A Canadian multicenter retrospective study evaluating transjugular liver biopsy in patients with congenital bleeding disorders and hepatitis C: is it safe and useful? *Am J Hematol.* 2005;78(2):85–93. doi: 10.1002/ajh.20263. PubMed PMID: 15682411.
- [25] Kalambokis G, Manousou P, Vibhakorn S, Marelli L, Cholongitas E, Senzolo M, et al. Transjugular liver biopsy--indications, adequacy, quality of specimens, and complications--a systematic review. *J Hepatol.* 2007;47(2):284–94. doi: 10.1016/j.jhep.2007.05.001. PubMed PMID: 17561303.
- [26] Torre LA, Bray F, Siegel RL, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Jemal A. Global cancer statistics, 2012. *CA: a cancer journal for clinicians.* 2015;65(2):87–108. doi: 10.3322/caac.21262. PubMed PMID: 25651787.
- [27] European Association for Study of L, European Organisation for R, Treatment of C. EASL-EORTC clinical practice guidelines: management of hepatocellular carcinoma. *Eur J Cancer.* 2012;48(5):599–641. doi: 10.1016/j.ejca.2011.12.021. PubMed PMID: 22424278.
- [28] Mazzaferro V, Regalia E, Doci R, Andreola S, Pulvirenti A, Bozzetti F, et al. Liver transplantation for the treatment of small hepatocellular carcinomas in patients with cirrhosis. *N Engl J Med.* 1996;334(11):693–9. doi: 10.1056/NEJM199603143341104. PubMed PMID: 8594428.
- [29] Liang P, Wang Y, Yu X, Dong B. Malignant liver tumors: treatment with percutaneous microwave ablation--complications among cohort of 1136 patients. *Radiology.* 2009;251(3):933–40. doi: 10.1148/radiol.2513081740. PubMed PMID: 19304921.
- [30] Abdelaziz A, Elbaz T, Shousha HI, Mahmoud S, Ibrahim M, Abdelmaksoud A, et al. Efficacy and survival analysis of percutaneous radiofrequency versus microwave ablation for hepatocellular carcinoma: an Egyptian multidisciplinary clinic experience. *Surgical endoscopy.* 2014;28(12):3429–34. doi: 10.1007/s00464-014-3617-4. PubMed PMID: 24935203.
- [31] Galuppo R, McCall A, Gedaly R. The role of bridging therapy in hepatocellular carcinoma. *Int J Hepatol.* 2013;2013:419302. doi: 10.1155/2013/419302. PubMed PMID: 24455285; PubMed Central PMCID: PMC3880689.
- [32] Lanza E, Donadon M, Poretti D, Pedicini V, Tramarin M, Roncalli M, et al. Transarterial Therapies for Hepatocellular Carcinoma. *Liver Cancer.* 2016;6(1):27–33. doi: 10.1159/000449347. PubMed PMID: 27995085; PubMed Central PMCID: PMC45159740.
- [33] Brown DB, Pilgram TK, Darcy MD, Fundakowski CE, Lisker-Melman M, Chapman WC, et al. Hepatic arterial chemoembolization for hepatocellular carcinoma: comparison of survival rates with different embolic agents. *J Vasc Interv Radiol.* 2005;16(12):1661–6. doi: 10.1097/01.RVI.0000182160.26798.A2. PubMed PMID: 16371533.
- [34] Marelli L, Stigliano R, Triantos C, Senzolo M, Cholongitas E, Davies N, et al. Transarterial therapy for hepatocellular carcinoma: which technique is more effective? A systematic review of cohort and randomized studies. *Cardiovasc Intervent Radiol.* 2007;30(1):6–25. doi: 10.1007/s00270-006-0062-3. PubMed PMID: 17103105.
- [35] Furtado RV, Ha L, Clarke S, Sandroussi C. Adjuvant Iodine (131) Lipiodol after Resection of Hepatocellular Carcinoma. *J Oncol.* 2015; 2015:746917. doi: 10.1155/2015/746917. PubMed PMID: 26713092; PubMed Central PMCID: PMC4680111.
- [36] Vogl TJ, Gruber-Rouh T. HCC: Transarterial Therapies-What the Interventional Radiologist Can Offer. *Dig Dis Sci.* 2019 Apr;64(4):959–967.



## Dr. med. Alfred Möhrle zum 80. Geburtstag

Seine sonore Stimme ist nicht zu überhören. Wenn Dr. med. Alfred Möhrle auf der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer das Mikrophon ergreift, ist ihm konzentrierte Aufmerksamkeit sicher. Das liegt nicht nur am wohlklingenden Bariton, sondern auch an den klaren und überzeugenden Redebeiträgen. Sein Wort hat Gewicht. So manche berufspolitische Debatte, die sich in unvereinbar scheinenden Positionen verrannt hatte, konnte durch Möhrles ebenso ruhige wie bestimmte Argumentation wieder in klare Bahnen gelenkt werden. Eine Fähigkeit, die ihm bereits während seiner Zeit als Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) zugutekam. Überzeugungskraft, logisches Denkvermögen und beeindruckende Vitalität zeichnen den Frankfurter Orthopäden, verheirateter Vater zweier erwachsener Kinder und Liebhaber klassischer Musik, der am 23. Mai 2019 seinen 80. Geburtstag feiert, noch heute aus.

Wie facettenreich sein berufliches und berufspolitisches Engagement ist, zeigt der Blick in Vergangenheit und Gegenwart. Von 1958/1959 bis 1964 studierte Möhrle in Frankfurt Medizin und legte am 15. Juli 1964 sein Staatsexamen ab. Die Approbation erhielt er 1966; nachdem Möhrle den Wehrdienst von 1967 bis 1968 absolviert hatte, wurde er am 25. November 1968 promoviert. Ein Frankfurter durch und durch: Seine berufliche Tätigkeit als Assistenzarzt in der orthopädischen Abteilung des St. Marienkrankenhauses startete am 1. Juni 1966. Zwei Jahre später wechselte er an die orthopädische Abteilung des Städtischen Krankenhauses Frankfurt/Höchst. Bereits damals erwarb der junge Arzt hohe fachliche Kompetenz, die er ständig durch Fort- und Weiterbildung weiterentwickelte.

Seinen Facharzt für Orthopädie erwarb Möhrle 1971; fünf Jahre später, 1976, erlangte er die Fachkunde in Arbeitsmedizin. Die Zusatzbezeichnung „Chirotherapie“ sowie die „Physikalische Therapie“ folgten 1978 und 1996 der Facharzt für „Physikalische und Rehabilitative Medizin“. Am 1. Juli 1974 ließ Möhrle sich in eigener orthopädischer Praxis nieder und



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Alfred Möhrle hat die Landesärztekammer Hessen lange Jahre entscheidend mitgeprägt.

gründete am 1. April 1993 eine Praxisgemeinschaft in Bad Soden in Taunus, bevor er sich 2007 aus dem aktiven Berufsleben zurückzog.

Seit über 40 Jahren ist Möhrle außerdem auf Landes- und Bundesebene ehrenamtlich aktiv. Wegen seines umfangreichen Engagements seien hier nur einige Ämter erwähnt. So war er von 1972 bis 1973 zweiter Vorsitzender des Marburger Bundes, Landesverband Hessen, und von 1973 bis 1974 erster Vorsitzender. Von 1972 bis 1984 und wieder seit 1988 gehört Möhrle der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen an.

### Präsident der LÄKH von 1992 bis 2004

Als Präsident lenkte er die Geschicke der Kammer von 1992 bis 2004 – eine prägende Zeit, in welcher die ärztliche Selbstverwaltung weiter an Konturenschärfe gewann. Neuen Entwicklungen in Technik und Verwaltung gegenüber aufgeschlossen, führte Möhrle die Kammer in die Moderne. Von 1992 bis 2004 war er zugleich Vorsitzender der „Bad Nauheimer Gespräche“ und von 1992 bis zu deren Auflösung alternierender Vorsitzender der „Ärztlichen Stelle Hessen“, deren wesentliche Aufgabe die Qualitätssicherung in der radiologischen Diagnostik war.

Ausgeprägtes Zahlenverständnis: Seit Oktober 1985 gehört Möhrle dem Aufsichtsratsausschuss des Versorgungswerks an;

unter anderem bekleidete er von Oktober 1988 bis Oktober 1992 das Amt des Vorsitzenden des Aufsichtsratsausschusses. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand des Versorgungswerks. Und auch in der Kassenz ärztlichen Vereinigung Hessen war Möhrle viele Jahre ehrenamtlich aktiv.

Der Facharzt für Orthopädie engagierte sich darüber hinaus in zahlreichen Gremien der Bundesärztekammer. Seit 2001 vertritt er die Landesärztekammer Hessen im Landesverband Freier Berufe, seit 2007 im Vorstand. Seit 2001 ist Möhrle Mitglied des Rundfunkrates des Hessischen Rundfunks und war von 2005 bis 2009 dessen Vorsitzender. Er war von 2005 bis 2011 Vorstandsmitglied der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW). Sein großes Interesse gilt seinem Spezialgebiet „Manuelle Medizin“, worin er als Dozent über 40 Jahre lang Ärzte und Physiotherapeuten fortgebildet hat. Der mit vielen Ehrungen ausgezeichnete Elder Statesman war Ehrenpräsident des Deutschen Ärztetages 2015. Zuvor war er bereits im November 2011 zum Ehrenpräsidenten der LÄKH ernannt worden.

Im Namen der Landesärztekammer wünschen wir Dr. med. Alfred Möhrle alles Gute zum Geburtstag, weiterhin Freude an seinem berufspolitischen Engagement und zugleich viel Zeit für seine Familie.

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

# Macht die Arbeit Ärzte krank?

## Erste Ergebnisse und Hintergründe zur gemeinsamen Studie des Bündnisses Junge Ärzte, Junge Pflege und BGW – Gespräch mit Dr. med. Kevin Schulte

Das „Bündnis Junge Ärzte“ präsentierte vor kurzem erste Daten einer Studie zur Frage „Macht die Arbeit Ärzte krank?“. 70 Prozent der jungen angestellten Ärzte und Pflegekräfte sind gefährdet, einen Burn-Out zu erleiden, ca. 20 Prozent nehmen regelmäßig Medikamente aufgrund von Arbeitsstress (Bericht im HÄBL 03/2019, S. 157). Im Gespräch erläutert Dr. med. Kevin Schulte, Mitbegründer und Sprecher des Bündnisses, nun die Vorgeschichte und Hintergründe zur Untersuchung, deren Veröffentlichung in Kürze bevorsteht.

### Herr Dr. Schulte, wie kam es zur Idee für diese gemeinsame Studie mit der Jungen Pflege und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW)?

**Dr. med. Kevin Schulte:** 2016 haben wir zusammen mit den jungen Kolleginnen und Kollegen aus dem Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) und der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM) bereits eine Umfrage zur Arbeits- und Weiterbildungssituation von jungen Internisten in deutschen Kliniken gestartet. Wir hatten den Eindruck, dass viele junge Ärztinnen und Ärzte ihre Situation in den Kliniken als unbefriedigend empfinden. Für dieses Gefühl fehlte uns aber der objektive Beleg, der notwendig ist, um konkrete Verbesserungsvorschläge und politische Forderungen formulieren zu können. Um Vergleichbarkeit und nachvollziehbare Objektivität zu erreichen, haben wir damals standardisierte psychometrische Testverfahren in die Umfrage integriert, ganz konkret die Effort-Reward-Imbalance Skalen, die von Prof. Dr. Johannes Siegrist, Professor für Medizinische Soziologie aus Düsseldorf, entwickelt wurden. Die Grundidee dieses Modells ist, dass das, was die Arbeitnehmer einbringen und das, was sie dafür bekommen, idealerweise in einem Gleichgewicht stehen sollte. Das Schöne an dem Test ist, dass man bereits Vergleichsdaten hat, auf die man zurückgreifen kann. Man kennt z.B. die Werte für einen durchschnittlichen deutschen Angestellten oder für griechische Ärzte zu Zeiten der Krise.

### Und wie sieht diese Balance bei den jungen Internisten aus?

**Schulte:** In unserer Umfrage kam heraus, dass die jungen Internistinnen und Internisten eine ganz deutliche Unausgewogenheit zu Lasten dessen aufweisen, was sie einbringen müssen. Mit diesem Ergebnis hatte ich so nicht gerechnet. Der Arztberuf ist ja mit hoher gesellschaftlicher Anerkennung verbunden, das heißt sowohl im privaten als auch im beruflichen Umfeld bekommt man viel positive Rückmeldung. Das ist zumindest meine persönliche Wahrnehmung. Daher hat es mich sehr überrascht, dass dies im Allgemeinen nicht so wahrgenommen wird. Wichtig ist dabei, dass es nicht darum geht, wie viel Geld man bekommt. Es geht vielmehr um Fragen der allgemeinen Zufriedenheit und Lebensqualität:



Dr. med. Kevin Schulte, Arzt in Weiterbildung, ist Mitbegründer und Sprecher des „Bündnis Junge Ärzte“ sowie Sprecher der Jungen Ärztinnen und Ärzte im Berufsverband Deutscher Internisten.

Fühlen Sie sich ausreichend wertgeschätzt? Können Sie abends nicht einschlafen, weil der Arbeitsstress zu hoch ist? Es geht also um immaterielle Aspekte.

Diese Studie wurde dann übrigens auch von anderen Kollegen aus dem „Bündnis Junge Ärzte“ aufgegriffen. Ähnliche Umfragen fanden entsprechend in der Urologie, Gynäkologie, Radiologie, Augenheilkunde oder Anästhesie statt. Es zeigte sich, dass sich das Bild nicht nur auf die Innere Medizin beschränkt, sondern in leichten Farbschattierungen auch für die anderen Fachdisziplinen trifft.

### Wie und wann kamen dann die Junge Pflege und die BGW dazu?

**Schulte:** Die Ergebnisse dieser ersten Umfrage haben wir veröffentlicht. Das war die Initialzündung für die Zusammenarbeit mit der Jungen Pflege, der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) und, nicht zu vergessen, dem Hartmannbund und dem Marburger Bund.

Die Berufsgenossenschaft hat den gesetzlichen Auftrag, gesundheitsgefährdende Situationen ihrer Versicherten ausfindig zu machen und darüber hinaus gesundheitsgefährdende Arbeitsbedingungen mit allen verfügbaren Mitteln der Unfallversicherungsträger zu vermeiden. Das stammt noch aus der Zeit, in der insbesondere körperliche Belastungen diese Gesundheitsgefährdungen verursacht haben. Es ist der formulierte Wunsch des Gesetzgebers und im SGB VII festgelegt, dass Arbeitnehmer nicht aufgrund ihrer Arbeit krank werden. Das umfasst auch psy-

chische Erkrankungen. Die Ergebnisse unserer Umfrage waren daher für die BGW sozusagen ein Arbeitsauftrag. Im Krankenhaus arbeiten natürlich nicht nur junge Ärztinnen und Ärzte. Was liegt da also näher, als so etwas gemeinschaftlich zu machen. Wir haben dann 2017 im Rahmen des Hauptstadtkongresses ein kleines Startsymposium veranstaltet und dieses Thema erarbeitet. Interdisziplinarität ist ja quasi der Kerngedanke des „Bündnisses Junge Ärzte“. Deswegen war es für mich leicht, den Kontakt zu anderen jungen Kolleginnen und Kollegen herzustellen, damit sie sich an der Studie beteiligen.

Diese nun umfassende gemeinsame Studie ist wichtig, um eine große Frage beantworten zu können: Sind die Arbeitsbedingungen in deutschen Kliniken gesundheitsgefährdend und widersprechen damit dem vom Gesetzgeber formulierten Willen, dass Arbeitnehmer nicht durch ihre Arbeit krank werden dürfen? Das gilt es zu beweisen und zwar so, dass es für jeden nachvollziehbar ist.

### **Worin unterscheidet sich Ihre erste Studie von der jetzigen?**

**Schulte:** Die Daten unserer ersten Studie haben eine kleine Achillesferse. Die Untersuchung wurde nämlich von den Berufs- und Fachverbänden selbst durchgeführt. Deswegen könnte man aus wissenschaftlicher Sicht Zweifel daran hegen, wie valide die Daten eigentlich sind. Das lief nun anders: So lag die wissenschaftliche Leitung nicht bei uns, sondern bei einem externen Arbeitsmediziner, der im Auftrag der BGW tätig ist. Auch methodisch gab es Änderungen. Wir haben nun eine repräsentative Stichprobe gezogen, um ein realitätskonformes Bild der Ärzteschaft und der Pflege zu erlangen. Insgesamt wurden 10.000 Leute befragt, 5000 Ärzte und 5000 Pflegenden.

### **Erste Ergebnisse zeigen: 1/5 der jungen Ärztinnen und Ärzte nehmen monatlich Psychopharmaka, um den Arbeitsstress in den Griff zu bekommen. Wie bewerten Sie das?**

**Schulte:** In meinen Augen ist das ein besorgniserregendes Ergebnis! Unsere Gesundheit wird also ganz offensichtlich durch unsere beruflichen Rahmenbedingungen in Mitleidenschaft gezogen. Deswegen sehe ich die BGW und den Gesetzgeber zur Handlung verpflichtet, daran etwas zu ändern. An anderer Stelle sind wir da viel strenger: In der Automobilindustrie hebt kein Mechaniker mehr ohne Hilfsmittel ein Reserverad in den Kofferraum, damit er keinen Rückenschaden bekommt. Wenn ich dann unsere Ergebnisse betrachte, habe ich das Gefühl, dass irgendetwas schief läuft. Ich glaube, dass wir als Ärzteschaft das Problem haben, dass man unsere hohe Belastung nicht ernst nimmt, weil unserem Berufsstand häufig vorgehalten wird, wir klagen auf hohem Niveau. Aber unsere Probleme sind real und ernst.

### **Was müsste sich aus Ihrer Sicht ändern? Und welche Rolle spielt der Staat dabei?**

**Schulte:** Viele Krankenhäuser sind in staatlicher, genauer kommunaler Trägerschaft. Ein erster Schritt wäre, dass der Staat als Arbeitgeber in den von ihm verantworteten Bereichen dafür Sorge trägt, dass die Angestellten nicht durch ihre Arbeit gesundheitlich gefährdet werden. Die BGW ist ganz klar gefragt, Programme zu entwickeln, um das Auftreten psychischer Er-

krankungen zu verhindern. Und schlussendlich muss man sich fragen, ob die Koordinaten des Gesundheitswesens richtig gesteckt sind, und ob die zu leistende Arbeit oder das, was von uns erwartet wird, überhaupt in dieser Form leistbar ist. Daran habe ich so meine Zweifel. Aus Sicht von Politikern ist natürlich als erstes interessant, wie die Wähler das Gesundheitswesen wahrnehmen. Dann spielen aus wirtschaftlicher Sicht auch die Kosten noch eine große Rolle, aber die Interessen der Leistungserbringer, die kommen erst relativ weit hinten, weil wir aus politischer Sicht halt eine relativ kleine Gruppe sind. Es läuft ja auch irgendwie. Natürlich ist die grundlegende Weichenstellung im Gesundheitssystem ein großes gesellschaftliches Thema, gar keine Frage, aber so geht es nicht auf Dauer weiter. In diesem Zusammenhang ist übrigens auch die aktuelle Diskussion über die Pflegepersonaluntergrenzen interessant, weil sie zeigt, dass die Politik insbesondere die ärztliche Problemlage noch gar nicht auf dem Schirm hat.

### **„Macht die Arbeit Ärzte krank?“ ist auch Thema beim diesjährigen Deutschen Ärztetag und zeigt, dass es wohl ein zunehmendes Bewusstsein für das Problem gibt.**

**Schulte:** Das ist auch gut so! Wir müssen das Problem immer wieder in das Bewusstsein der Ärztinnen und Ärzte, aber auch der Öffentlichkeit holen und darüber diskutieren. Es braucht beides: subjektiv überzeugende Fallbeispiele und objektive Daten. Alle Beteiligten müssen klar verdeutlichen, dass das jetzige System für uns belastend ist. Der Ärztetag ist ein guter Rahmen, um die politische Dimension des Problems zu diskutieren.

### **Wie soll es nun weitergehen?**

**Schulte:** Das Ergebnis soll breit gestreut werden. Die Berufsgenossenschaft ist dabei Konzepte zu erarbeiten, wie dem Problem in den Kliniken im Alltag konkret begegnet werden kann. Wahrscheinlich wird die Umsetzung zuerst in BG-Kliniken starten. Es ist aber auch geplant, diese Daten der Politik zuzuspielen. Wir wollen den Gesundheitspolitikern vor Augen halten, dass es so nicht weitergeht. Nachdem die Berufsverbände dieses Thema nun schon länger auf ihrer Agenda haben, ist es Zeit, dass sich auch die Kammern verstärkt darum bemühen. Es ist zwar schön, dass die BÄK viel für die GOÄ kämpft und die Muster-Weiterbildungsordnung vorantreibt. Aber es wäre auch mal an der Zeit, dass man dieses Thema hörbar politisch verkauft. Es fängt jetzt auf dem Deutschen Ärztetag an, es darf damit aber nicht aufhören. Die Ärztekammer ist unsere hörbarste Vertretung – sie ist jetzt gefragt!

**Interview: Maren Grikscheit**

Das „Bündnis Junge Ärzte“ ist ein Zusammenschluss der Vertreter der jungen Ärzte/-innen in Weiterbildung und Fachärzte/-innen mit Ziel und Aufgabe, die Patientenversorgung nach modernen und ethischen Gesichtspunkten zu verbessern und Berufsbedingungen für eine Medizin der Zukunft zu gestalten. Internet: [www.buendnisjungeaerzte.org](http://www.buendnisjungeaerzte.org)



Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

## Bundesgerichtshof: Neue Entscheidung zur Patientenverfügung

Dr. jur. Thomas K. Heinz

### 1.

Eine Patientenverfügung ist bekanntlich eine Willenserklärung einer Person für den Fall, dass sie ihren Willen nicht (wirksam) erklären kann. Sie bezieht sich auf medizinische Maßnahmen wie ärztliche Heileingriffe und steht meist im Zusammenhang mit der Verweigerung lebensverlängernder Maßnahmen. In der Verfügung können alle medizinischen Behandlungswünsche für alle wichtigen medizinischen Situationen, Wertvorstellungen und die gewünschte Lebensqualität für die Zukunft festgehalten werden. Die gesetzliche Regelung der Patientenverfügung sieht vor, dass diese schriftlich verfasst und durch Namensunterschrift eigenhändig oder durch ein von einer Notarin oder einem Notar beglaubigtes Handzeichen unterzeichnet werden muss (§ 1901a Abs. 1 Satz 1 BGB i.V.m. § 126 Abs. 1 BGB). Zudem wird für die Gültigkeit noch gefordert, dass „bestimmte“ Maßnahmen genannt werden und die geäußerten Wünsche noch der aktuellen Lebensbehandlungssituation entsprechen.

Die Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden (§ 1901a Abs. 1 Satz 3 BGB). Mündliche Äußerungen sind hingegen landläufiger Meinung nicht wirkungslos, denn sie müssen bei der Feststellung des mutmaßlichen Patientenwillens beachtet werden. Nicht unbedingt erforderlich, aber empfehlenswert ist es, die Patientenverfügung in bestimmten Zeitabständen – wenigstens alle zwei Jahre – zu erneuern oder zu bestätigen. So kann man im Eigeninteresse regelmäßig überprüfen, ob die einmal getroffenen Festlegungen noch gelten sollen oder eventuell konkretisiert oder abgeändert werden sollten. Allerdings kann auch einer mündlichen Patientenverfügung gemäß § 1901a Abs. 2 BGB zur Geltung verholten werden. Die Ärztin oder der Arzt sind nämlich verpflichtet, eine nicht unterschriebene oder mündliche Erklärung in ihre Überlegungen zur Behandlung der Patienten einfließen zu lassen.

Als Vertreter, der dem Willen der Patientenverfügung nach außen hin Geltung verschafft, kann jede Person des Vertrauens eingesetzt werden. Wird niemandem Vollmacht erteilt, wird das Betreuungsgericht im Bedarfsfall eine Betreuerin oder einen Betreuer bestellen, die bzw. der dann alle Fragen im Zusammenhang mit der Gesundheitsvorsorge nach dem Willen der Verfügung entscheidet. Durch die Betreuungsverfügung lässt sich eine Person bestimmen, die dem Betreuungsgericht zur Bestellung als Betreuerin oder Betreuer vorgeschlagen wird. Auch diese Perso-

nen sind verpflichtet, den in der Verfügung festgelegten Willen bei allen zutreffenden Entscheidungen zu beachten (§ 1901a Abs. 1 Satz 2 BGB).

### 2.

In jüngerer Zeit hat die höchstrichterliche Rechtsprechung – zuletzt mit Beschluss vom 14.11.2018 [1] – stetig die Anforderungen an den Inhalt der Verfügung, insbesondere deren Bestimmtheit, modifiziert und weiterentwickelt, mit der Folge, dass ältere Patientenverfügungen den Anforderungen der Rechtsprechung an die Bestimmtheit der Anweisungen nicht genügten. In der vorzitierten Entscheidung stellt der Senat die Anforderungen an eine wirksame Patientenverfügung noch einmal klar heraus:

Unmittelbare Bindungswirkung entfaltet eine Patientenverfügung im Sinne des § 1901a Abs. 1 BGB nur dann, wenn ihr konkrete Entscheidungen des Betroffenen über die Einwilligung oder Nichteinwilligung in bestimmte, noch nicht unmittelbar bevorstehende ärztliche Maßnahmen entnommen werden können. [2] Neben Erklärungen der Erstellerin oder des Erstellers der Patientenverfügung zu den ärztlichen Maßnahmen, in die sie oder er einwilligt oder diese untersagt, verlangt der Bestimmtheitsgrundsatz aber auch, dass die Patientenverfügung erkennen lässt, ob sie in der konkreten Behandlungssituation Geltung beanspruchen soll. Eine Patientenverfügung ist nur dann ausreichend bestimmt, wenn sich feststellen lässt, in welcher Behandlungssituation welche ärztlichen Maßnahmen durchgeführt werden bzw. unterbleiben sollen. [3]

Danach genügt eine Patientenverfügung, die einerseits konkret die Behandlungssituationen beschreibt, in der die Verfügung gelten soll, und andererseits die ärztlichen Maßnahmen genau bezeichnet, in die der Ersteller oder die Erstellerin einwilligt oder untersagt, etwa durch Angabe zur Schmerz- und Symptombehandlung, künstlichen Ernährung und Flüssigkeitszufuhr, Wiederbelebung, künstliche Beatmung, Antibiotikagabe oder Dialyse, dem Bestimmtheitsgrundsatz. [4]

Die Anforderungen an die Bestimmtheit einer Patientenverfügung dürfen dabei jedoch nicht überspannt werden. Vorausgesetzt werden kann nur, dass Betroffene umschreibend festlegen, was sie in einer bestimmten Lebens- und Behandlungssituation

wollen und was nicht. [5] Maßgeblich ist nicht, dass Betroffene ihre eigene Biografie als Patienten vorausahnen und die zukünftigen Fortschritte in der Medizin vorwegnehmend berücksichtigen. Insbesondere kann nicht ein gleiches Maß an Präzision verlangt werden, wie es bei der Willenserklärung von einwilligungsfähigen Kranken in die Vornahme einer ihnen angebotenen Behandlungsmaßnahme erreicht werden kann. [6]

Nicht ausreichend sind jedoch allgemeine Anweisungen wie die Aufforderung, ein würdevolles Sterben zu ermöglichen oder zuzulassen, wenn ein Therapieerfolg nicht mehr zu erwarten ist. Auch die Äußerung, „keine lebenserhaltenden Maßnahmen“ zu wünschen, enthält jedenfalls für sich genommen keine hinreichend konkrete Behandlungsentscheidung. [7] Die erforderliche

Konkretisierung kann sich im Einzelfall aber auch bei einer weniger detaillierten Benennung bestimmter ärztlicher Maßnahmen durch die Bezugnahme auf ausreichend spezifizierte Krankheiten oder Behandlungssituationen ergeben. Ob in solchen Fällen eine hinreichend konkrete Patientenverfügung vorliegt, ist dann durch Auslegung der in der Verfügung enthaltenen Erklärungen zu ermitteln. [8]

Die maßgeblichen Vorschriften im §1901a BGB Patientenverfügung und die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter „Hessisches Ärzteblatt“.

## Lebensverlängerung: Urteil des Bundesgerichtshofes zur Haftungsfrage des Arztes

BGH, Urteil vom 2. April 2019 – VI ZR 13/18. Sobald die Urteilsbegründung vorliegt, erfolgt noch eine intensive Auseinandersetzung mit dem BGH-Urteil durch die Rechtsabteilung der LÄK Hessen.

### I. Sachverhalt

Der 1929 geborene Vater des Klägers (Patient) litt an fortgeschrittener Demenz. Er war bewegungs- und kommunikationsunfähig. In den letzten beiden Jahren seines Lebens kamen Lungenentzündungen und eine Gallenblasenentzündung hinzu. Im Oktober 2011 verstarb er. Der Patient wurde von September 2006 bis zu seinem Tod mittels einer PEG-Magensonde künstlich ernährt. Er stand unter Betreuung eines Rechtsanwalts. Der Beklagte, ein niedergelassener Arzt für Allgemeinmedizin, betreute den Patienten hausärztlich. Der Patient hatte keine Patientenverfügung errichtet. Sein Wille hinsichtlich des Einsatzes lebenserhaltender Maßnahmen ließ sich auch nicht anderweitig feststellen. Es war damit nicht über die Fallgestaltung zu entscheiden, dass die künstliche Ernährung gegen den Willen des Betroffenen erfolgte. Der Kläger macht geltend, die künstliche Ernährung habe spätestens seit Anfang 2010 nur noch zu einer sinnlosen Verlängerung des krankheitsbedingten Leidens des Patienten geführt. Der Beklagte sei daher verpflichtet gewesen, das Therapieziel dahingehend zu ändern, dass das Sterben

des Patienten durch Beendigung der lebenserhaltenden Maßnahmen zugelassen werde. Der Kläger verlangt aus ererbtem Recht seines Vaters Schmerzensgeld sowie Ersatz für Behandlungs- und Pflegeaufwendungen.

### II. Prozessverlauf

Das Landgericht hat die Klage abgewiesen. Auf die Berufung des Klägers hat das Oberlandesgericht diesem ein Schmerzensgeld in Höhe von € 40.000 zugesprochen. Der Beklagte sei im Rahmen seiner Aufklärungspflicht gehalten gewesen, mit dem Betreuer die Frage der Fortsetzung oder Beendigung der Sondenernährung eingehend zu erörtern, was er unterlassen habe. Die aus dieser Pflichtverletzung resultierende Lebens- und gleichzeitig Leidensverlängerung des Patienten stelle einen ersatzfähigen Schaden dar.

### III. Entscheidungsgründe

Der VI. Zivilsenat hat auf die Revision des Beklagten das klageabweisende Urteil des Landgerichts wiederhergestellt. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Zahlung eines Schmerzensgeldes zu. Dabei kann dahinstehen, ob der Beklagte Pflichten verletzt hat. Denn jedenfalls fehlt es an einem immateriellen Schaden. Hier steht der durch die künstliche Ernährung ermöglichte Zustand des Weiterlebens mit krankheitsbedingten Leiden dem Zustand gegenüber, wie er bei Abbruch der künstlichen Ernäh-

rung eingetreten wäre, also dem Tod. Das menschliche Leben ist ein höchstrangiges Rechtsgut und absolut erhaltungswürdig. Das Urteil über seinen Wert steht keinem Dritten zu. Deshalb verbietet es sich, das Leben – auch ein leidensbehaftetes Weiterleben – als Schaden anzusehen (Art. 1 Abs. 1, Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG).

Auch wenn ein Patient selbst sein Leben als lebensunwert erachten mag mit der Folge, dass eine lebenserhaltende Maßnahme gegen seinen Willen zu unterbleiben hat, verbietet die Verfassungsordnung aller staatlichen Gewalt einschließlich der Rechtsprechung ein solches Urteil über das Leben des betroffenen Patienten mit der Schlussfolgerung, dieses Leben sei ein Schaden.

Dem Kläger steht auch kein Anspruch auf Ersatz der durch das Weiterleben des Patienten bedingten Behandlungs- und Pflegeaufwendungen zu. Schutzzweck etwaiger Aufklärungs- und Behandlungspflichten im Zusammenhang mit lebenserhaltenden Maßnahmen ist es nicht, wirtschaftliche Belastungen, die mit dem Weiterleben und den dem Leben anhaftenden krankheitsbedingten Leiden verbunden sind, zu verhindern. Insbesondere dienen diese Pflichten nicht dazu, den Erben das Vermögen des Patienten möglichst ungeschmälert zu erhalten.

**Dr. jur. Thomas K. Heinz**  
Rechtsanwalt,  
Fachanwalt für Medizinrecht  
E-Mail: [dr.tkheinz@freenet.de](mailto:dr.tkheinz@freenet.de)

## Literatur und Ergänzungen zum Artikel:

# Bundesgerichtshof: Neue Entscheidung zur Patientenverfügung

von Dr. jur. Thomas K. Heinz

### Auszug:

#### Maßgebliche Vorschriften zum §1901a BGB Patientenverfügung

- (1) Hat ein einwilligungsfähiger Volljähriger für den Fall seiner Einwilligungsunfähigkeit schriftlich festgelegt, ob er in bestimmte, zum Zeitpunkt der Festlegung noch nicht unmittelbar bevorstehende Untersuchungen seines Gesundheitszustands, Heilbehandlungen oder ärztliche Eingriffe einwilligt oder sie untersagt (Patientenverfügung), prüft der Betreuer, ob diese Festlegungen auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zutreffen. Ist dies der Fall, hat der Betreuer dem Willen des Betreuten Ausdruck und Geltung zu verschaffen. Eine Patientenverfügung kann jederzeit formlos widerrufen werden.
- (2) Liegt keine Patientenverfügung vor oder treffen die Festlegungen einer Patientenverfügung nicht auf die aktuelle Lebens- und Behandlungssituation zu, hat der Betreuer die Behandlungswünsche oder den mutmaßlichen Willen des Betreuten festzustellen und auf dieser Grundlage zu entscheiden, ob er in eine ärztliche Maßnahme nach Absatz 1 einwilligt oder sie untersagt. Der mutmaßliche Wille ist aufgrund konkreter Anhaltspunkte zu ermitteln. Zu berücksichtigen sind insbesondere frühere mündliche oder schriftliche Äußerungen, ethische oder religiöse Überzeugungen und sonstige persönliche Wertvorstellungen des Betreuten.
- (3) Die Absätze 1 und 2 gelten unabhängig von Art und Stadium einer Erkrankung des Betreuten.
- [...]
- (5) Niemand kann zur Errichtung einer Patientenverfügung verpflichtet werden. Die Errichtung oder Vorlage einer Patientenverfügung darf nicht zur Bedingung eines Vertragschlusses gemacht werden.
- (6) Die Absätze 1 bis 3 gelten für Bevollmächtigte entsprechend.

#### § 1904 BGB Genehmigung des Betreuungsgerichts bei ärztlichen Maßnahmen

- (1) Die Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet. Ohne die Genehmigung darf die Maßnahme nur durchgeführt werden, wenn mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist.

- (2) Die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung des Betreuers in eine Untersuchung des Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff bedarf der Genehmigung des Betreuungsgerichts, wenn die Maßnahme medizinisch angezeigt ist und die begründete Gefahr besteht, dass der Betreute auf Grund des Unterbleibens oder des Abbruchs der Maßnahme stirbt oder einen schweren und länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleidet.
- (3) Die Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist zu erteilen, wenn die Einwilligung, die Nichteinwilligung oder der Widerruf der Einwilligung dem Willen des Betreuten entspricht.
- (4) Eine Genehmigung nach den Absätzen 1 und 2 ist nicht erforderlich, wenn zwischen Betreuer und behandelndem Arzt Einvernehmen darüber besteht, dass die Erteilung, die Nichterteilung oder der Widerruf der Einwilligung dem nach § 1901a festgestellten Willen des Betreuten entspricht.
- (5) Die Absätze 1 bis 4 gelten auch für einen Bevollmächtigten. Er kann in eine der in Absatz 1 Satz 1 oder Absatz 2 genannten Maßnahmen nur einwilligen, nicht einwilligen oder die Einwilligung widerrufen, wenn die Vollmacht diese Maßnahmen ausdrücklich umfasst und schriftlich erteilt ist.

### Quellen:

- [1] BGH, Beschluss vom 14.11.2018, Az. XII ZB 107/18 = GesR 2019, 105
- [2] BGH, GesR 2017, 520; GesR 2015, 547 = FamRZ 2014, 1909 Rz. 29
- [3] BGH, GesR 2017, 520 = Fam,RZ 2017, 748 Rz. 17
- [4] BGH, Beschluss vom 14.11.2018, Az. XII ZB 107/18 = GesR 2019, 105, 107
- [5] so schon BGHZ 202, 226 = GesR 215, 547
- [6] BGH, GesR 2017, 520 m.w.Nw.
- [7] BGH, GesR 2016, 592
- [8] BGH, GesR 2017, 520 = Fam,RZ 2017, 748 Rz. 17

# Bedenkliche Stoffe und Rezepturen – Hinweise für die ärztliche Verschreibung

Dr. P. H. Stanislava Dicheva-Radev

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP), online seit 13. März 2018. Internet:  
[www.akdae.de](http://www.akdae.de)

## Zusammenfassung

Nach § 5 des Arzneimittelgesetzes (AMG) ist es verboten, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen. Dies gilt auch für Rezepturarzneimittel, die auf ärztliche Verschreibung in der Apotheke individuell angefertigt werden. Als Hilfestellung für verordnende Ärztinnen und Ärzte wird hier erklärt, warum ein Stoff oder eine Rezeptur als bedenklich eingestuft werden. Zudem wird die Liste der Stoffe und Rezepturen abgedruckt, die zur Anwendung beim Menschen von der Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (AMK) als bedenklich eingestuft wurden. Damit sind niedergelassene ärztliche Kolleginnen und Kollegen für die Verschreibung von individuellen Rezepturen und für mögliche Rückfragen aus den Apotheken bestens gewappnet.

## Rezepturarzneimittel

Rezepturarzneimittel sind Arzneimittel, die in der Apotheke im Einzelfall aufgrund einer Verschreibung von Personen, die zur Ausübung der Heilkunde, Zahnheilkunde oder Tierheilkunde berechtigt sind, im Einzelfall und nicht im Voraus hergestellt werden [1]. Diese Arzneimittel sind auch heute noch unverzichtbar, um Versorgungslücken zu schließen und eine individuelle medikamentöse Behandlung sicherzustellen. Dazu gehören unter anderen Parenteralinfusionslösungen (Ernährungslösungen, antibiotikahaltige und virustatikahaltige Infusionslösungen, Lösungen mit monoklonalen Antikörpern), Zytostatika-Zubereitungen, Lösungen, Salben, Cremes und Kapseln. Im Jahr 2016 wurden in Deutschland 11,6 Millionen Verordnungen für Rezepturarz-

neimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet [2]. Insbesondere im Bereich der Onkologie entfiel der weitaus überwiegende Teil der Verordnungen auf Rezepturarzneimittel in Form von parenteralen Infusionslösungen [2].

## Unbedenklichkeit von Arzneimitteln

Die ordnungsgemäße Arzneimittelversorgung von Mensch und Tier und die Sicherheit im Verkehr mit Arzneimitteln werden durch die Vorschriften des Arzneimittelgesetzes (AMG) gewährleistet, welche die Qualität, Wirksamkeit und Unbedenklichkeit der Arzneimittel sicherstellen sollen. Die Unbedenklichkeit von Arzneimitteln ist dann gegeben, wenn der Nutzen alle potenziellen Risiken überwiegt. Bedenkliche Arzneimittel dürfen nach dem AMG nicht in den Verkehr gebracht oder bei Menschen angewendet werden. Als bedenklich gelten nach § 5 Abs. 2 AMG solche Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen [3].

Daran zeigt sich deutlich, dass Aussagen zur Unbedenklichkeit immer relative Bewertungen sind, die sich ändern können, genauso wie sich der jeweilige Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse ändert. Auch Arzneimittel, die Jahrzehnte lang verwendet wurden, können als bedenklich eingestuft werden, weil zum Beispiel neue Erkenntnisse vorliegen, die das Risiko-Nutzen-Verhältnis verändern. Bei der Zulassung von Fertigarzneimitteln beruht das Urteil über die Unbedenklichkeit auf der Vorlage wissenschaftlicher Unterlagen. Im Gegensatz dazu werden Stoffe bzw. Rezepturarzneimittel, auch wenn sie seit längerer Zeit verwendet worden sind,

nicht regulär pharmakologisch-toxikologisch und klinisch geprüft. Die Frage nach der Bedenklichkeit stellt sich demnach vor allem dann, wenn individuelle Rezepturarzneimittel verordnet werden, da bedenkliche Fertigarzneimittel in der Regel nicht zugelassen werden oder vom Markt genommen werden, wenn neue gravierende Risiken bekannt werden.

Rezepturarzneimittel sind nach § 21 Abs. 2 Nr. 1 AMG nicht zulassungspflichtig, unterliegen aber vor Inverkehrbringen der Plausibilitätsprüfungspflicht durch den Apotheker. Es werden standardisierte, qualitätsgeprüfte Rezepturen (Magistralrezeptur) von Ad-hoc-Rezepturen (Individualrezeptur) unterschieden [4]. Standardisierte Rezepturen sind solche, für die standardisierte Herstellungsverfahren in den Arzneibüchern bestehen: Europäisches Arzneibuch (Ph. Eur.), Deutsches Arzneibuch (DAB), Homöopathisches Arzneibuch (HAB) sowie in anerkannten Quellen wie zum Beispiel Deutscher Arzneimittel-Codex (DAC)/Neues Rezeptur-Formularium (NRF) und Standardzulassungen nach § 36 AMG.

Für solche Rezepturarzneimittel sind die galenische Qualität, die Stabilität und auch die Unbedenklichkeit durch die standardisierten Vorschriften gewährleistet. Im Fall von Individualrezepturen, für die keine standardisierten Herstellungsverfahren bestehen, trifft dies nicht automatisch zu, hier muss die pharmazeutische Qualität sowie die Unbedenklichkeit geprüft werden [5, 6]. Das Pharmazeutische Laboratorium des DAC/NRF bietet online einen kostenfreien „Rezepturenfinder für Ärzte“ (mit DocCheck-Login) für die Suche nach einer geeigneten Rezepturformel, der eine gesicherte Basis für die ärztliche Verschreibung in vielen Indikationsgebieten ermöglicht [7].

## Bedenkliche Rezepturarzneimittel

Apotheker sind nach § 5 Abs. 1 AMG verpflichtet, die Abgabe bedenklicher Rezep-

turarzneimittel abzulehnen [3]. Nach § 17 Abs. 4 der Apothekenbetriebsordnung (ApBetrO) müssen sie aber ärztliche Verschreibungen in angemessener Zeit ausführen („Kontrahierungszwang“) [1]. Daraus kann sich in einzelnen Fällen eine Konfliktsituation ergeben, die eine einhergehende Evaluation des Risiko-Nutzen-Verhältnisses erforderlich macht. Die Bedenklichkeit eines individuellen Rezepturarzneimittels kann sich unmittelbar aus den pharmakologisch-toxikologischen Eigenschaften bestimmter Wirkstoffe oder Hilfsstoffe ergeben sowie aus Interaktion von Bestandteilen oder bezüglich der beabsichtigten Dosis, Konzentration, Anwendungsart und Anwendungsdauer. Sie sollte bei Rezepturarzneimitteln daher immer im Einzelfall durch eine individuelle Nutzen-Risiko-Abwägung beurteilt werden, bei der individuelle Patientencharakteristika ebenso einbezogen werden wie Indikation, Applikationsart, Dosierung, Konzentration und weitere Medikation [6, 8].

Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) hat im Jahr 1996 erstmals eine Stellungnahme und eine Definition zu bedenklichen Arzneimitteln erarbeitet [9]. Seit 2001 aktualisiert die AMK periodisch diese Liste bedenklicher Stoffe/Rezepturen, die allerdings aufgrund der fehlenden gesetzlichen Legitimation keine juristische Verbindlichkeit aufweist [8]. Stoffe und pflanzliche Drogen werden in die Liste aufgenommen beispielsweise, wenn eine maßgebliche Zulassungsbehörde den Stoff oder die Zubereitung als bedenklich eingestuft hat, wenn die Zulassungen entsprechender Fertigarzneimittel widerrufen wurden oder ruhen oder wenn nach dem aktuellen Stand der Erkenntnisse die Anwendung auf Grund von Risiken bedenklich beziehungsweise nicht vertretbar ist [8].

### Risiko-Nutzen-Abwägung

Bei Rezepturarzneimitteln haben Ärzte und Apotheker ein gemeinsames Ziel: die Patienten individuell mit einem wirksamen und qualitativ hochwertigen Arzneimittel zu versorgen. Die Bewertung von Rezepturarzneimitteln setzt deshalb im Allgemeinen eine intensive und offene Diskussion zwischen Ärzten und Apothe-

ker voraus, damit eine gemeinsame zufriedenstellende Lösung gefunden werden kann. Anhand der vorliegenden Daten sollten gemeinsam der zu erwartende Nutzen und die möglichen Risiken für den individuellen Patienten bewertet sowie Therapiealternativen erwogen werden. Wenn ein Stoff oder eine pflanzliche Droge nicht in der Liste aufgeführt sind, so kann daraus nicht generell geschlossen werden, dass sie unkritisch in Rezepturarzneimitteln verarbeitet werden darf. So sieht die ApBetrO (§ 7 Abs. 1b) seit 2012 vor, dass jede Rezeptur vor der Herstellung auf ihre Plausibilität geprüft – das heißt die Herstellung des Rezepturarzneimittels nach pharmazeutischen Gesichtspunkten beurteilt – und das Ergebnis dokumentiert werden muss, damit nicht vertretbare Risiken für Patienten ausgeschlossen werden können. Die Plausibilitätsprüfung beinhaltet unter anderem

zwingend die Prüfung der Art, Menge und Kompatibilität der Ausgangsstoffe untereinander sowie deren gleichbleibende Qualität in dem fertig hergestellten Rezepturarzneimittel über dessen Haltbarkeitszeitraum [1].

Damit ein Rezepturarzneimittel hergestellt werden darf, ist die pharmazeutische Qualität der Ausgangsstoffe und des Endprodukts sicherzustellen. Andernfalls darf das Arzneimittel nicht angefertigt und nicht abgegeben werden. In besonderen Fällen, wenn die ordnungsgemäße Qualität des Ausgangsstoffes entsprechend nicht nachgewiesen werden kann, müssen der Nutzen und die Risiken unter Berücksichtigung der pharmazeutischen Qualität und der vorgesehenen Indikation gegeneinander abgewogen werden. Bei einer negativen Nutzen-Risiko-Abwägung darf das Rezepturarzneimittel nicht hergestellt werden, weil es nach § 8 Abs. 1 AMG

### Praxisbeispiel: Amygdalin-Kapseln

Folgende ärztliche Verordnung wird in einer Apotheke vorgelegt:

Rp.  
Amygdalin 0,5 g  
Füllstoff q.s.  
D. tal. dos. No. 60 (Kapselgröße 1)

In Deutschland sind aktuell keine Fertigarzneimittel mit Amygdalin zugelassen. Der Substanz – auch fälschlicherweise „Vitamin B<sub>17</sub>“ genannt – wird in der Alternativmedizin selektive Wirkung in der Krebstherapie und -vorbeugung zugeschrieben.

Amygdalin ist ein cyanogenes Glykosid, das unter anderem in bitteren Aprikosen-, Pfirsich-, Pflaumen- und Mandelkernen natürlich vorkommt. Amygdalin-haltige (beziehungsweise seine Derivate Mandelonitril, Mandelonitril-Glykoside oder Laetrile enthaltende) Arzneimittel wurden 2014 vom BfArM nach § 5 Abs. 2 AMG aufgrund des wissenschaftlich nicht erwiesenen Nutzens und der Toxizität der Substanz als bedenklich eingestuft [14].

Aus Amygdalin wird Blausäure (Cyanid) freigesetzt, das die Cytochrom-c-Oxidoreduktase der Atmungskette hemmt.

Dadurch wird die Energiegewinnung der Zelle behindert, es kommt zur „inneren Erstickung“. Geringe Cyanid-Mengen können zwar vom menschlichen Körper entgiftet werden, allerdings stuft das Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR) bereits den Verzehr von mehr als zwei bitteren Aprikosenkernen als gesundheitsbedenklich ein [15].

Unter der Gabe von Amygdalin wurden klinisch relevante Intoxikationen durch Cyanid berichtet. Die AkdÄ informierte 2014 in einer Bekanntgabe im Deutschen Ärzteblatt über den Fall eines vierjährigen Jungen, der nach alternativmedizinischer Behandlung mit verschiedenen Amygdalin-Präparaten intravenös und oral und dem zusätzlichen Verzehr von ca. zehn bitteren Aprikosenkernen pro Tag aufgrund einer Cyanid-Intoxikation stationär behandelt werden musste (der Cyanid-Blutspiegel lag bei 514 µg/l, toxischer Bereich: > 200 µg/l) [16].

Amygdalin darf daher als Rezeptursubstanz nicht für die Herstellung im Rahmen einer Individualrezeptur verwendet werden, eine Anfertigung sowie Abgabe sind somit in diesem Fall unzulässig, auch wenn eine ärztliche Verordnung vorliegt.

verboten ist, „Arzneimittel herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind“ [3].

Eine negative Nutzen-Risiko-Abwägung würde in der Regel in folgenden Fällen vorliegen:

- Zum fraglichen Rezepturazneimittel liegt eine veröffentlichte Stellungnahme einer Zulassungsbehörde vor, die es als bedenklich einstuft. Beispiel: Amygdalin wurde 2014 vom BfArM unter Berücksichtigung sämtlicher verfügbarer Daten als bedenklich eingestuft, da der mögliche Schaden einer Anwendung durch Amygdalin enthaltende, auch in ausreichender pharmazeutischer Qualität vorhandene Arzneimittelzubereitungen den (nicht vorhandenen) Nutzen bei Weitem überwiegt [10].
- Die Zulassungen von Fertigarzneimitteln mit einem bestimmten Wirkstoff wurden widerrufen oder ruhen aufgrund ungeklärter Risiken, sodass sie nicht verkehrsfähig sind. Beispiel: Das Nutzen-Risiko-Verhältnis Bufexamac-haltiger Arzneimittel zur topischen Anwendung wurde 2009 vom BfArM im Rahmen des Stufenplans in den zugelassenen Indikationen als ungünstig bewertet. Als diese Bewertung durch den Ausschuss für Humanarzneimittel (CHMP) der Europäischen Arzneimittelagentur (EMA) bestätigt wurde, erfolgte der Widerruf der Zulassung in der EU [11].
- Es liegen Vorbehalte vor aufgrund von Daten zu Risiken in der Literatur oder aufgrund unzureichender Daten bezüglich

lich der Stoffe, der Stoffkombination, der Dosierung, der Konzentration, der vorgesehenen Indikation.

## Nicht als bedenklich eingestuft, aber obsolet

Einen besonderen Fall stellen Rezepturazneimittel dar, deren Bestandstoffe nicht als bedenklich von der AMK eingestuft wurden, aber als obsolet gelten. Ein Beispiel dafür ist Fabry-Spiritus (Zusammensetzung: Phenol, Salizylsäure, Resorcin, Isopropylalkohol). Für Resorcin wurde zwar eine negative Nutzen-Risiko-Bewertung in der Aufbereitungsmonographie gemäß § 25 Abs. 7 AMG im Jahr 1994 abgegeben aufgrund nicht ausreichend belegter Wirksamkeit und des Risikos für Intoxikationen, Hautirritationen und -nekrosen sowie Augenreizungen mit bleibenden Hornhautschäden [5]. Da die Bewertung aber etwas zurückhaltender als beispielsweise bei Phenol formuliert wurde und die Zulassungen von Fertigarzneimitteln, die Resorcin enthielten, zum damaligen Zeitpunkt nicht vom BfArM widerrufen wurden, wurde Resorcin nicht in die Liste der bedenklichen Stoffe und Rezepturen von der AMK aufgenommen [12]. Solche Stoffe dürfen aber nicht mehr ohne Weiteres in Rezepturazneimittel verarbeitet werden.

Aufgrund des Nebenwirkungsprofils gilt Resorcin heute als obsolet [13]. Daher sollten risikoärmere Alternativen in Betracht gezogen werden. In Rezepturazneimitteln wurde Resorcin als keratolytischer und antiseptischer Wirkstoff eingesetzt. Zu diesen Zwecken sollten jedoch

Alternativen wie Triclosan, Chlorhexidindigluconat oder Salicylsäure erwogen werden, zu denen standardisierte Rezepturen bestehen.

## Fazit für die Praxis

Rezepturazneimittel stellen ein wichtiges Mittel zur individuellen Gestaltung der Pharmakotherapie dar und ergänzen die Therapiepalette der Ärzte. Für bestimmte Stoffe bzw. Rezepturen besteht eine negative Nutzen-Risiko-Abwägung, sodass diese als bedenklich einzustufen sind. Bedenkliche Rezepturazneimittel dürfen nicht hergestellt und in den Verkehr gebracht werden. Zur Sicherstellung der rationalen Therapie und der Arzneimitteltherapiesicherheit sowie der Patientenversorgung empfiehlt sich bei bedenklichen oder nicht plausiblen Rezepturverordnungen die fachliche Rücksprache zwischen Arzt und Apotheker.

**Dr. P. H.  
Stanislava  
Dicheva-Radev**  
Berlin  
E-Mail:  
stanislava.dicheva  
@akdae.de



Ein Interessenkonflikt wird von der Autorin verneint.

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

## Informationen für Patientinnen und Patienten aktualisiert

Das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) hat einige Kurzinformationen für Patientinnen und Patienten aktualisiert. Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und andere medizinische Fachleute können die überarbeiteten Kurzinformationen kostenlos im Internet herunterladen, ausdrucken, an Interessierte weitergeben oder im Wartebereich auslegen.

- Koronare Herzkrankheit – wenn sich die Herzgefäße verengen.
- Koronare Herzkrankheit – was Sie oder Ihre Angehörigen im Notfall tun können.

- Barrierefreie Arztpraxis – woran Sie eine Praxis mit wenig Barrieren erkennen.

Weitere aktualisierte Kurzinformationen für Patienten beinhalten folgende Themen: Asthma, Endometriose, Herzschwäche und Melanom. Als neue Patienteninformation ist „Brennen beim Wasserlassen, häufiger Harndrang – was tun bei Blasenentzündung?“ erschienen.

Diese und weitere Kurzinformationen und Übersetzungen finden sich frei zugänglich im Internet unter: [www.patienten-information.de](http://www.patienten-information.de)

## Literatur zum Artikel:

# Bedenkliche Stoffe und Rezepturen – Hinweise für die ärztliche Verschreibung

von Dr. P. H. Stanislava Dicheva-Radev

- [1] [https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro\\_1987/](https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/). Letzter Zugriff: 22. Januar 2018.
- [2] Schwabe U, Ludwig W-D: Arzneiverordnungen 2016 im Überblick. In: Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W-D, Klauber J (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2017. Ber - lin: Springer-Verlag GmbH, 2017; 3–32.
- [3] [https://www.gesetze-im-internet.de/amg\\_1976/](https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/). Letzter Zugriff: 22. Januar 2018.
- [4] Wohlrab J: Topika und deren Einsatz in der Dermatologie. JDDG: Journal der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft 2016; 1061–1071.
- [5] Gloor M: Behandlung mit Spezialitäten und Magistralrezepturen. In: Gloor M, Thoma K, Fluhr J (Hrsg.). Dermatologische Externatherapie: Unter besonderer Berücksichtigung der Magistralrezeptur 1. Aufl.; Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag, 2000; 1–25.
- [6] GD – Gesellschaft für Dermopharmazie e.V.: Leitlinie „Dermatologische Rezepturen“: <http://www.gd-online.de/german/fgruppen/magistral/leitlinienmagistral.htm> (letzter Zugriff: 22. Januar 2018). Fassung vom 1. April 2003.
- [7] <https://dacnrf.pharmazeutische-zeitung.de/index.php?id=5>. Letzter Zugriff: 22. Januar 2018.
- [8] Bundesvereinigung Deutscher Apothekerverbände e. V. (ABDA): Informationen der Institutionen und Behörden: Bedenkliche Rezepturarzneimittel Stand Mai 2015: <https://www.abda.de/amk-nachricht/2015-informationen-derinstitutionen-und-behoerden-bedenkliche-rezepturarznei-mittelstand-mai-2015/> (letzter Zugriff: 22. Januar 2018). 12. Mai 2015.
- [9] Morck H: Bedenkliche Arzneimittel. Pharm Ztg 1998; 17- 18. 10 Lilienthal N: Amygdalin – fehlende Wirksamkeit und schädliche Nebenwirkungen. Bulletin zur Arzneimittelsicherheit 2014; 5: 7–13.
- [10] Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): Bufexamac-haltige Arzneimittel zur topischen Anwendung: Widerruf der Zulassungen in der EU wegen ungünstigen Nutzen-Risiko-Verhältnisses: <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RI/2010/RI-bufexamac.html> (letzter Zugriff: 22. Januar 2018). 27. April 2010.
- [11] Arzneimittelkommission der deutschen Apotheker (AMK): Bedenkliche Rezepturen: Versuch einer Klarstellung. Pharm Ztg 1997; 142: 8.
- [12] Fluhr JW, Gloor M: Alternativvorschläge für die obsoleten Rezepturen Solutio Castellani und Fabry Spiritus. Akt Dermatol 1997; 252–256.

## Literatur zum Praxisbeispiel: Amygdalin-Kapseln

- [13] [https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro\\_1987/](https://www.gesetze-im-internet.de/apobetro_1987/). Letzter Zugriff: 22. Januar 2018.
- [14] Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR): Bittere Aprikosenkerne können zu Vergiftungen führen: [http://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2007/07/bittere\\_aprikosenkerne\\_koennen\\_zu\\_vergiftungen\\_fuehren-9424.html](http://www.bfr.bund.de/de/presseinformation/2007/07/bittere_aprikosenkerne_koennen_zu_vergiftungen_fuehren-9424.html) (letzter Zugriff: 22. Januar 2018). Berlin, 7. Juni 2007.
- [15] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): „Aus der UAW-Datenbank“: Cyanid-Intoxikation nach oraler Amygdalin-Behandlung. Dtsch Arztebl 2014; 111: A 2240-2241.

# Land will Versorgung der kleinen Patienten verbessern

## Hessens neuer Gesundheitsminister Kai Klose skizziert seine Pläne und stellt sich den Forderungen der Kommunen und Kliniken

Es war seine erste öffentliche gesundheitspolitische Rede als hessischer Sozialminister. Kai Klose (Grüne) bemühte sich, die Erwartungen nicht zu hoch zu schrauben beim Kongress, den der Klinikverbund Hessen Anfang März in Wiesbaden mit dem hessischen Städtetag und dem hessischen Landkreistag veranstaltete.

Die Einflussmöglichkeiten der Länder auf die Gesundheitspolitik seien begrenzt. Die „überkommene Zwei-Klassen-Gesellschaft“ der A- und B-Länder für ihn als Grüner eine zusätzliche Erschwernis, sich in Berlin Gehör zu verschaffen. Da habe es sein Vorgänger Stefan Grüttner (CDU) einfacher gehabt.

### Runder Tisch Hebammenhilfe

Nichtsdestotrotz habe er schon einiges angedacht. Einen runden Tisch „Hebammenhilfe“ und Gespräche mit Pädiatern habe es auch schon gegeben. Ambulant wie stationär gebe es bei der kinderärztlichen Versorgung Lücken. Als zweite große Patientengruppe nennt er die chronisch Kranken. Vernetzte Angebote sollen deren Lebensqualität verbessern – unter Zuhilfenahme der Möglichkeiten der Digitalisierung.

„Die aktuelle Frage der sektorenübergreifenden Versorgung“ wird in einem weiteren Bereich ein großes Thema seiner Amtszeit sein. Laut schwarz-grünem Koalitionsver-



Kai Klose, Bündnis 90/Die Grünen, ist seit dem 18. Januar 2019 Hessischer Minister für Soziales und Integration.

trag soll bis Ende der fünfjährigen Legislaturperiode die Notfallversorgung in ganz Hessen so organisiert sein wie schon jetzt am Klinikum Frankfurt-Höchst. Patienten gehen an eine Anmeldung und werden je nach Schweregrad ihrer Krankheit in den für sie zuständigen Sektor einsortiert (Triage): stationär oder ambulant. Das heißt Krankenhaus oder Ärztlicher Bereitschaftsdienst beziehungsweise Partnerpraxis in der Nähe.

### Kommunale Medizinische Versorgungszentren

Es könnte auch noch einfacher gehen, sagte Dr. med. Thomas Spies, SPD-Oberbürgermeister von Marburg, der für die kommunalen Spitzenverbände seine Erwartungen an die hessische Gesundheitspolitik formulierte. „Man gibt einfach allen Krankenhäusern die ambulante Zulassung.“ Auch für die Probleme der flächendeckenden Versorgung hat er eine Antwort, die die Zuständigen in der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) nicht gerne hören werden: Medizinische Versorgungszentren (MVZ) – von den Kommunen organisiert. „Wir können das.“ Dazu müssten die eigentlich zuständigen Verantwortlichen dann aber auch die Mittel bereitstellen: die KV, die Kostenträger, das Land. Spies begrüßte die Ankündigung Kloses, die Investitionsförde-

rung für die Krankenhäuser deutlich zu erhöhen und mahnte zugleich: Das müssten originäre landeseigene Mittel sein und nicht welche, die indirekt über die Krankenhaus- oder Kommunalumlage dann doch wieder durch die Kommunen finanziert werden.

### Kritik an „Prüfungswahnsinn“

Auch Prof. Dr. med. Steffen Gramminger von der hessischen Krankenhausgesellschaft lobte die „deutlichen Verbesserungen“ bei der Investitionsförderung. Digitalisierung, marode bauliche Infrastruktur stellten die Verantwortlichen vor große Herausforderungen. Mit Telemedizin könne ärztliche Fachkompetenz zu Patientinnen und Patienten in ländlichen Regionen geholt werden. „Wir hoffen da auf Unterstützung vom Land.“ Den Mangel an Fachpersonal in allen medizinischen Berufen nannte er „die größte Herausforderung der Zukunft“. Das im Koalitionsvertrag vereinbarte Anwerben im Ausland sei nur ein Teil der Lösung für dieses Problem. Die Verfahren für die Anerkennung ausländischer Abschlüsse liefen auch viel zu lang. „Von ganz zentraler Bedeutung ist eine Erhöhung der Ausbildungsquote.“ Da wüsste er sich eine „Offensive“. Zusätzliche Medizin-Studienplätze müssten geschaffen, neue Berufsbilder anerkannt werden – etwa die Operationstechnische Assistenz.

Zum Schluss bat Gramminger die Landespolitik, sich des Abbaus der Bürokratie anzunehmen. Die Kontrollen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen ufernten immer mehr aus. Die „Misstrauenskultur“ raube dem Klinikpersonal wertvolle Zeit für die Patienten. „Dieser Prüfungswahnsinn muss ein Ende haben.“

Jutta Rippegather



### Erratum Titelbild Ausgabe 04/2019

Zur Illustration des Beitrags über „Infektionen durch Stechmücken“ zeigt das Titelbild der Ausgabe 04/2019 eine Makroaufnahme eines „Tiger Beetle“, also eines Käfers (Sandlaufkäfer), und keine Tigermücke, wie in der Bildinformation behauptet. Wir haben den Fehler in der Online-Ausgabe korrigiert, behalten unseren „heißen Käfer“ jedoch als Titelmodell. (red)

## „Am schlimmsten war die Wartezeit“

Dr. med. Wolfgang F. Böcker lebt seit 2002 mit einem Spenderherzen



Dr. med. Wolfgang F. Böcker aus Telgte lebt seit 17 Jahren mit einem Spenderherz.

Am 13. Februar 1969 wurde in der Chirurgischen Universitätsklinik München die erste Herztransplantation in Deutschland durchgeführt. Inzwischen sind 50 Jahre vergangen. Dr. med. Wolfgang Böcker (66 Jahre) erhielt vor 17 Jahren ein Spenderherz.

**Sie leben seit 2002 mit einem Spenderherzen und sind noch bis vor wenigen Jahren als Arzt in verantwortlicher Position tätig gewesen. Auf den ersten Blick eine Erfolgsgeschichte, der vermutlich schwierige Zeiten vorausgegangen sind. Litten Sie schon früh an Herzproblemen? Haben sich diese auf Ihren privaten und beruflichen Lebensweg ausgewirkt?**

**Dr. med. Wolfgang Böcker:** Ich habe erstmals von meiner primären Herzerkrankung, einer rechtsventrikulären Dysplasie mit wiederkehrenden Kammertachycardien, im Jahr 1985, also 17 Jahre vor meiner Herztransplantation erfahren. Hierbei hatte ich Glück im Unglück, da ich zu diesem Zeitpunkt Unterricht vor Berufsfeuerwehrleuten der Hamburger Feuerwehr hielt und diese mich nach 30-minütiger Reanimation wiederbeleben konnten. Nach diesem Ereignis bin ich peu à peu wieder ins klinische Geschehen als Anästhesist eingestiegen, habe allerdings auf Notarzteinsätze verzichtet. Mit einer ent-

sprechenden antiarrhythmischen Therapie kam es nur noch gelegentlich zu Kammertachycardien, die sich meist mit vermehrten Rhythmusstörungen ankündigten. Trotz mehrfachen Versuchen gelang eine Katheterablation nicht.

**Wann stellte sich heraus, dass eine Transplantation unumgänglich war? Was bedeutete dies für Ihre berufliche Tätigkeit?**

**Böcker:** Im Laufe der Zeit hatte sich der dysplastische Bezirk im rechten Ventrikel derart vergrößert, dass es zu einer Herzleistungsminderung auf 15 % kam. Konsekutiv entwickelten sich Ascites und Pleuraergüsse. Im Jahr 2001 erfolgte die Entscheidung, mich auf die Transplantationsliste von Eurotransplant zu setzen. Während dieser Zeit habe ich bereits nicht mehr als Anästhesist, sondern als Facharzt für Transfusionsmedizin gearbeitet. Es gab zweimal eine Alarmierung mit Anreise ins Krankenhaus, die sich als Fehlalarm herausstellten. Nach 380 Tagen auf der Warteliste kam dann der entscheidende Anruf im März 2002.

**Wie würden Sie rückblickend Ihr Leben nach dieser Feststellung beschreiben? Was macht es mit einem Betroffenen und seiner Familie, auf der Warteliste zu stehen? Wie geht man mit den Wechselbä-**

**dern aus Hoffnung, Enttäuschung und schließlich Erleichterung um?**

**Böcker:** Am schlimmsten war die Wartezeit. Auch die Familie bekam hautnah mit, wie es mir immer schlechter ging, und da ich eine seltene Blutgruppe habe, war die Frage, ob ich den Transplantationszeitpunkt überhaupt noch in einem Zustand erlebe, der die Transplantation noch rechtfertigen würde.

**Können Sie sich an den Moment erinnern, als Ihnen mitgeteilt wurde, dass ein Spenderherz für Sie gefunden wurde?**

**Böcker:** Sehr gut sogar. Da bereits zweimal Fehlalarm gewesen war, hat das Adrenalin allerdings nicht mehr ganz bis in die Haarspitzen gereicht. Als dann klar war, dass es ernst wurde, gab es eine Mischung aus großer Erleichterung und einer geringen Angst vor dem Outcome. Ich habe meinen Kollegen voll und ganz vertraut.

**Wie verlief Ihre Genesung in den Monaten nach der Transplantation? Wann waren Sie körperlich und seelisch wieder belastbar?**

**Böcker:** Wie bei Kollegen üblich, gab es keinen normalen postoperativen Verlauf. Da das neue Herz nicht so arbeitete, wie es sollte, wurde bereits intraoperativ eine Gegenpulsation installiert. Durch diverse Infektionen (CMV, Pneumonie) sowie einer Reihe von Nebenwirkungen der Immunsuppressiva war ich insgesamt sechs Monate im Krankenhaus. Hinzu kam eine fünfwöchige Reha.

Ich bin mit einer sehr positiven Einstellung in die Transplantation gegangen und bin zudem auch während der Krankenhaus- und Rehazeit sehr stark von meiner Familie unterstützt worden.

**Wann konnten Sie Ihren Beruf wieder aufnehmen?**

**Böcker:** Ich bin Anfang 2003 wieder in meinen Beruf eingestiegen, erst mit halber Stelle, aber ziemlich bald wieder voll. Im Jahr 2005 habe ich dann sogar gewagt, den Arbeitgeber zu wechseln und mich neuen beruflichen Herausforderun-

gen zu stellen. Die neue Funktion war mit einer erheblichen Reisetätigkeit verbunden. Hierbei ergaben sich erst in den letzten Jahren meiner Tätigkeit Probleme, sodass ich auf die Reisen verzichten musste.

**Hat sich Ihr Leben durch die Transplantation verändert? Wie fühlt es sich an, wenn das Herz eines anderen in der eigenen Brust schlägt?**

**Böcker:** Natürlich hat sich mein Leben verändert. Die Medikamenteneinnahme, das Infektionsrisiko, die Nebenwirkungen ha-

ben mein Leben stark beeinflusst. Allerdings habe ich mein Leben ansonsten weitergelebt wie bisher. Das fremde Herz in meiner Brust war für mich nur während der Krankenhauszeit ein Thema, danach habe ich es komplett adoptiert.

**Nach einem starken Rückgang der Organspenderzahlen in den vergangenen Jahren sind diese 2018 wieder leicht angestiegen.**

**Was ist aus Ihrer Sicht wichtig, um mehr Menschen dazu zu bewegen, einen Organspendeausweis auszufüllen?**

**Böcker:** Ohne Widerspruchslösung und Anpassung an weltweit geltende Standards wird in Deutschland niemals eine ausreichende Versorgung mit Spenderorganen möglich sein. Alle Versuche mit maschineller Unterstützung oder biotechnischer Züchtung von Herzzellen sind entweder (alltags-)lebensfeindlich oder stecken noch in den Kinderschuhen. Das Ausfüllen eines Organspenderausweises wird an der Spendenhäufigkeit nur marginal etwas ändern können.

Interview: Katja Möhrle



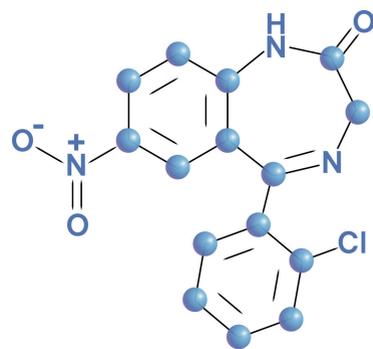
Pharmakotherapie

## Neuer Beigebrauch: Nach Flunitrazepam kommt Clonazepam

Flunitrazepam erlebte über Jahre hinweg besondere Beliebtheit in der Drogenszene und im Beigebrauch. Aufgrund dessen, dass es als ausgenommene Zubereitung ohne besondere betäubungsmittelrechtliche Vorgaben verordnet werden konnte, war es schwer, diese Problematik in den Griff zu bekommen. Durch die 25. Verordnung zur Änderung betäubungsrechtlicher Vorschriften vom 3. März 2011 wurde jedoch Flunitrazepam (Handelsname Rohypnol®) ausnahmslos den Vorschriften des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) unterstellt und hat in der Folge an Bedeutung in der Drogenszene verloren. In kürzester Zeit hat sich ein neues Benzodiazepin etabliert und zahlreiche Substitutionsbehandlungen sind erneut gefährdet: Clonazepam (Handelsname: Rivotril®) gilt derzeit im Beigebrauch als sehr beliebt.

Die Versorgungskette ist ähnlich der des Flunitrazepams: Ein großzügiges Verschreibungsverhalten einzelner Ärztinnen und Ärzte ermöglicht die Belieferung von Privatrezepten in öffentlichen Apotheken. Bekanntermaßen gestaltet sich die Nachverfolgung der Privatrezepte schwierig, selten treten Verordnungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenkassen auf. Anonyme Meldungen über auffällig häufige Ver-

ordnungen von Clonazepam für einen Patienten, sogar am selben Tag, stellen die Überwachungsbehörde, wie zum Beispiel das Regierungspräsidium in Darmstadt, vor Schwierigkeiten.



Clonazepam

Foto: © marog-pixcells – stock.adobe.com

Diesen und weitere Sachverhalte diskutierten Vertreterinnen und Vertreter der Landesärzte- und Landesapothekerkammer Hessen zusammen mit dem Regierungspräsidium Darmstadt: Wie wird es möglich sein, einen Überblick über die Menge der Verschreibungen und die damit verbundenen Gefährdungen erfassen zu können und somit dem Arzneimittelmissbrauch im Falle des Clonazepams entgegen zu stehen?

Die Grundvoraussetzung zum Erlangen des Rauschmittels ist jedoch in jedem Fall die Verordnung einer Ärztin oder eines Arztes – und hierbei sollten sich alle Verordner der 4K-Verordnungsregel bei Arzneimitteln mit Abhängigkeitspotenzial bewusst sein und bleiben: Verschreibung nur bei klarer Indikation; wenn, dann die kleinste notwendige Dosis und nur kurze Anwendung und kein abruptes Absetzen.

**Dr. Eva-Maria Haumbach**

Apothekerin  
Dezernat II 23.1 Pharmazie  
(Arzneimittelvertrieb, Apotheken,  
klinische Prüfungen)  
Regierungspräsidium Darmstadt

**Dietmar Paul**

Facharzt für Psychiatrie  
und Psychotherapie,  
Chefarzt der Klinik  
für Abhängigkeitserkrankungen  
und Konsiliarpsychiatrie  
am Bürgerhospital Frankfurt am Main  
sowie der Substitutionsambulanz  
Grüne Straße in Frankfurt/M.,  
Drogen- und Suchtbeauftragter  
für Berufsangehörige  
der Landesärztekammer Hessen

# Geld für Zeit – reicht das?

## Terminservice statt notwendiger Strukturreformen

Dr. med. Uwe Popert

### Mehr Geld für schnelle Termine

Laut von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) 2014 veröffentlichter Statistiken hat Deutschland mit die kürzesten Facharzt-Wartezeiten der Welt [1]. Dazu kommt ein Weltrekord von durchschnittlich über 20 Arzt-Patienten-Kontakten pro Jahr (Genauere Zahlen liegen nicht vor, weil die Kontakte nur quartalsweise erfasst werden). Dennoch diente eine sehr emotionalisierte Wartezeitdiskussion für eine erhebliche Umgestaltung des Gesundheitswesens durch das am 14. März 2019 verabschiedete Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG). [2].

### Haben wir genügend Ärztinnen und Ärzte für mehr Termine?

Der Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen wies 2018 erneut darauf hin, dass wir in Deutschland mehr berufstätige Ärztinnen und Ärzte denn je haben – und auch im internationalen Vergleich gut dastehen [3]. Bei der Gesamtzahl der Ärzte hatte Deutschland 2016 mit 4,2 Ärzten pro 1.000 Einwohnern nach Griechenland, Österreich, Portugal, Litauen und Schweden einen Spitzenplatz unter 28 OECD-Ländern [4]. Der Anstieg der Zahl der berufstätigen Ärzte zeigt sich auch im Vergleich der vergangenen Jahrzehnte, siehe Abb. 2. Nach den Zahlen der Bundesärztekammer (BÄK, [5] bzw. dem Bundesarztregister der KBV [6]) steigt die Zahl der Krankenhausärzte ebenso wie die der niedergelassenen Gebietsärzte seit Jahrzehnten kontinuierlich an. Die Zahl der Hausärzte sinkt dagegen seit dem Jahr 2000 kontinuierlich.

Wegen anderer Lebensarbeitszeiten können in Zukunft aber wahrscheinlich drei Nachwuchsärzte nur etwa zwei Ausscheidende ersetzen. Insbesondere die veränderten Arbeitszeitregelungen für Angestellte sind ein wesentlicher Grund für den fühlbaren Ärztemangel trotz gestiegener Arztzahlen [7, 8].

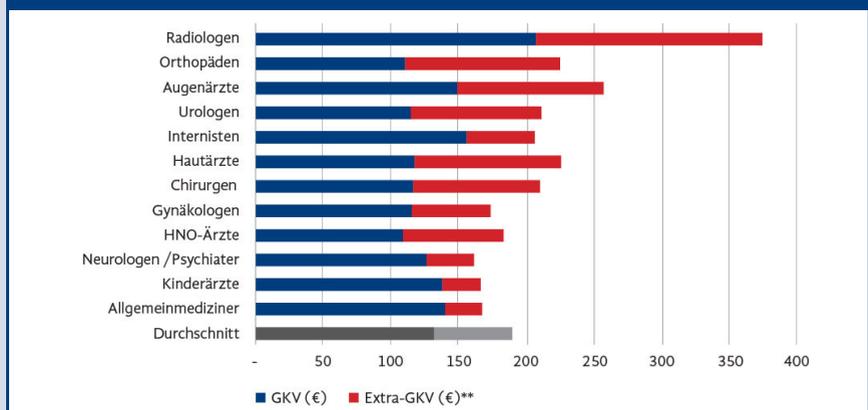
### Zunehmender Hausärztemangel

Deutschland hat bereits jetzt im internationalen Vergleich sehr wenig Hausärzte. Die KBV ermittelte für den 31. Dezember 2017 einen Leerstand von 2.613 Hausarztpraxen – obwohl man erst 2012 mit einer Reform der Bedarfsplanung [9] den nominellen Bedarf an Hausärzten auf dem Lande um etwa 10 % heruntergeschraubt hatte. Falsche Statistiken der Organisation für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung (OECD) haben das bisher auch gegenüber der Politik verschleiert. Wenn man nicht wie die KBV bzw. die OECD so tut, als ob auch fast alle niedergelassenen Gebietsärzte „Hausärzte“

sind, dann rutscht Deutschland bei dem Maßstab Hausärzte je 1.000 Einwohner vom zweiten auf den vorletzten Platz ab [10]. Der derzeitige Stand erfüllt bei Weitem nicht § 48 Satz 2 der Bedarfsplanungs-Richtlinie, wonach der Anteil der Ärzte, die an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, wesentlich überwiegen soll [11]. Dieses Defizit erklärt, warum deutsche Hausärzte bereits jetzt doppelt bis dreimal so schnell arbeiten müssen wie ihre Kollegen in anderen Ländern [12] – was die Arbeit nicht attraktiver macht und die Integration von im Ausland ausgebildeten Generalisten erschwert.

In Zukunft wird die Situation noch prekärer: Bis 2030 werden etwa 66 % der jetzigen Hausärzte in Rente gehen – und nur teilweise durch Nachwuchs ersetzt werden können. Allein zum Erhalt der derzeitigen Kopffzahlen von Hausärzten sind jährlich 2.200 Nachwuchsärzte erforderlich – bei Berücksichtigung der geringeren Lebensarbeitszeiten sogar etwa 3.300 (also etwa 30 % der frisch Approbierten).

**Abb. 1: Jährlicher Reinertrag\* je Praxisinhaber in 1.000 EURO**  
(nach DESTATIS 2017 – Bezugsjahr 2015)



\* Der Reinertrag ergibt sich aus der Differenz von Einnahmen und Aufwendungen. Er ist nicht mit dem Gewinn beziehungsweise dem Einkommen der Praxisinhaber gleichzusetzen. Vielmehr stellt er das Ergebnis des Geschäftsjahres der Praxis dar, ohne unter anderem Aufwendungen für Praxisübernahme, Versicherungen und Altersvorsorge zu berücksichtigen.

\*\* Extra-GKV: Erträge, die außerhalb der Vergütungsleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung erzielt wurden.

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

Trotz einer leichten Steigerung gibt es bei weitem nicht genügend hausärztlichen Nachwuchs. Die KBV rechnet mit ihrer „Deutschlandweiten Projektion 2030 – Arztlageentwicklung in Deutschland“ [13] entsprechend mit einem tatsächlichen Defizit von 10.000 hausärztlich Tätigen im Jahr 2030 – also einer Verminderung um knapp 20 % von insgesamt 55.000 auf 45.000 – und damit einem Leerstand von etwa 20 % der derzeitigen Praxen.

Dass der Mangel an Hausärzten spürbar ist, bestreitet inzwischen niemand mehr. Dieser ist nicht mehr nur in abgelegenen ländlichen Regionen virulent, sondern längst in den Großstädten angekommen.

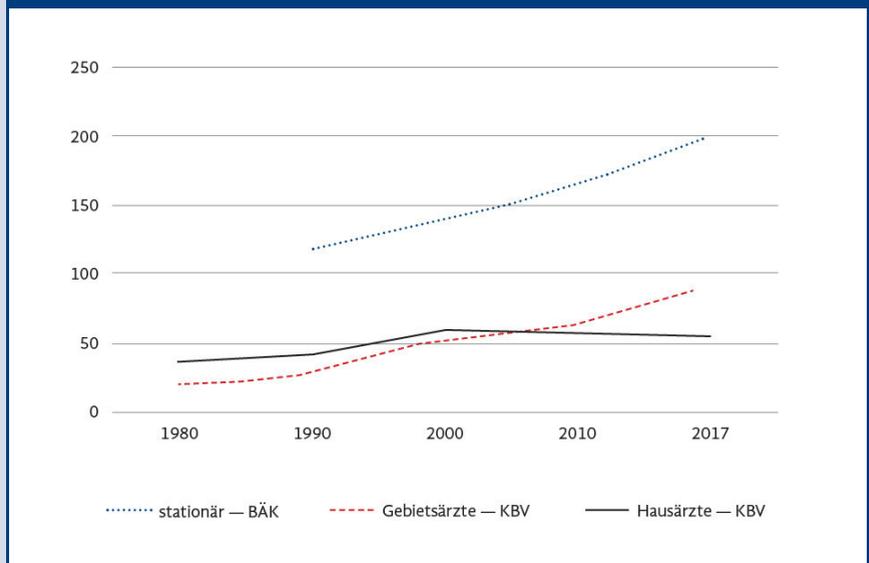
### Zeitreserven bei Gebietsärzten?

Deutschland hat laut offizieller Daten der OECD überdurchschnittlich viele Spezialisten. Und das sind im Wesentlichen nur die Zahlen der Krankenhaus-Ärzte. Wenn man korrekterweise auch die niedergelassenen Gebietsärzte als solche mitzählt, dann liegt Deutschland auf Platz 3 im Spitzenfeld der Gebietsärztdichte [14].

Welche und wie viele Spezialisten tatsächlich dringend benötigt werden, ist sicher in ständigem Fluss – internationale Vergleiche dazu sind kaum möglich. Leichter ist es, wenn man schaut, wie einzelne Fachgruppen von Niedergelassenen ihr Einkommen generieren; und wie viel Zeit sie sinnvoller medizinischer Versorgung widmen, siehe Abb. 1 – aus den Zahlen des Statistischen Bundesamtes zum versteuerten Ärzteneinkommen (Bezugsjahr 2015, [15]) ist zu erkennen:

1. Mit Ausnahme der Radiologen sind die durchschnittlichen GKV-Reinerträge je Praxisinhaber bei den unterschiedlichen Fachgruppen nahe beieinander.
2. Die Gründe für erhebliche Einkommensunterschiede zeigen sich bei den Extra-GKV-Leistungen.
3. Die Extra-GKV-Leistungen sind sehr unterschiedlich zu bewerten.
4. Bei den meisten individuellen Gesundheitsleistungen (IGeL) findet definitionsgemäß keine sinnvolle medizinische Tätigkeit statt. Mit anderen Worten: Es gibt offensichtlich zu viele Ärzte dieser Fachgruppe, wenn dafür Zeit bleibt.

**Abb. 2: Berufstätige Ärztinnen und Ärzte 1980–2017**  
(in 1.000)



Quelle: Abb. 2: [5, 6]

5. Das schließt natürlich nicht aus, dass es auch zahlreiche (zu) gut bezahlte GKV-Leistungen gibt, die keinen nachgewiesenen Nutzen haben: zum Beispiel viele Arthroskopien, Herzkatheter, Katarakt-OPs ebenso wie nicht evidenzbasierte Vorsorge-/Früherkennungs-Untersuchungen.

### Zu viele Krankenhäuser

Mit 8,1 Krankenhausbetten pro 1.000 Einwohner lag Deutschland 2016 auf Platz 4 von 40 OECD Ländern (zum Vergleich: Frankreich 6,0, Schweden 2,3) [16]. Bei der Krankenhausentlassungsrate lag Deutschland mit 257/1.000 Einwohner an der Spitze der OECD Länder (zum Vergleich: Frankreich 187, Schweden 146) [17].

Im Gutachten des Sachverständigenrates von 2018 wird ein relativ hoher Anteil von kleinen und mittleren Krankenhäusern festgestellt und als Ursache der hohen Zahlen mangelnde Nutzung von Ambulantisierungspotenzialen bzw. ein Vergütungssystem mit ausgeprägten Mengenanreizen ausgemacht. Bereits im Sondergutachten 2009 wurde ein verstärkter ambulant-stationärer Wettbewerb angeregt. Im SVR-Gutachten von 2018 wird dazu nach skandinavischem Vorbild ein Konzentrationsprozess vorgeschlagen [18].

### Impulse durch das TSVG

Mit der Förderung von schnellen Terminvergaben geht der Gesetzgeber davon aus, dass es noch Terminreserven gibt. Da insbesondere deutsche Haus- aber auch Gebietsärzte bereits jetzt durchschnittlich deutlich über 50 Wochenstunden arbeiten, ist eine Ausweitung der Arbeitszeit unwahrscheinlich. Es wird eher – wenn die Finanzierung lukrativ genug ist – eine Umschichtung bei insgesamt gleich bleibender durchschnittlicher Wartezeit stattfinden. Eine schnellere Terminvergabe könnte erfolgen zu Lasten von:

1. Automatisch wiedereinbestellten chronisch Kranken.
2. Weniger dringenden Überweisungspatienten.
3. Patienten mit individuellen Gesundheitsleistungen.
4. Patienten mit hohem Zeitbedarf, zum Beispiel für Gespräche oder Zuwendung.

In jedem Fall erfordert die neue Regelung insbesondere mehr ärztliche Arbeitszeit für Erklärungen und zusätzliche Bürokratie. Deswegen und weil Patienten beim Terminalservice öfter Doppeltermine buchen bzw. Termine nicht wahrnehmen, kann die Wartezeit in Zukunft sogar länger werden.

**Stichwort Hausärztemangel:** Eine kompensatorisch vermehrte gebietsärztliche



Der bereits akute Hausarzt- und Landarztmangel wird sich weiter verschärfen. Hier ist die Politik gefordert.

Basisversorgung bei wegbrechenden hausärztlichen Ressourcen ist im TSVG nicht angelegt und wegen spezifisch hausärztlicher Fähigkeiten zur parallelen organübergreifenden Behandlung (Multitasking) auch selten möglich.

**Stichwort Landärztemangel:** Auch bezüglich der zunehmenden regionalen Unterversorgung steuert das TSVG nicht wirklich, sondern macht schlicht die KVen für die Verwaltung des Mangels verantwortlich. KV-Eigeneinrichtungen und Erhöhung der Sicherstellungstöpfen von 0,1 auf 0,2 % der Gesamtvergütung sollen eine Versorgung in unterversorgten Regionen ermöglichen. Eine Notfallversorgung soll über einen Ausbau der Terminservicestellen, der Notfallambulanzen und des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erfolgen. Übersehen wird allerdings, dass Hausärzte den Großteil des ärztlichen Bereitschaftsdienstes stemmen und auch die KV keine neuen Hausärzte produzieren kann.

### Derzeit bevorzugt diskutierte Zukunftsoptionen

1. Vermehrte Delegation an nichtärztliches Personal, insbesondere an einen Physician Assistant (PA): Zum einen gibt es bereits jetzt einen eklatanten Mangel an ausgebildetem Fachpersonal, zum anderen ist eine Ausbildung eines PA auch nicht kürzer als ein Medizinstudium (drei Jahre MFA-Ausbildung plus drei Jahre PA-Studium). Das

Haftungsrisiko für verantwortliche Ärztinnen und Ärzte steigt mit der Komplexität der delegierten Aufgaben erheblich an. Also keine umfassende Lösung der Probleme.

2. Telemedizin und Online-Patientenakten: Es wurde noch nie gezeigt, dass damit Ärzte ersetzt werden können. Im Gegenteil – die Arbeit mit unübersichtlicheren größeren Daten, deren Pflege und die alltäglichen technischen Probleme erfordern zusätzliche Zeit. Also auch keine umfassende Lösung der Probleme.

3. Video-Sprechstunden: Der Anteil der dafür in Frage kommenden Beratungsanlässe ist nur geringfügig größer als bei – ohnehin schon möglichen – Telefonaten; Multitasking ist kaum möglich. Der Zeitbedarf und auch die haftungsrechtlichen Probleme gegenüber einer Live-Konsultation sind höher. Also auch keine umfassende Lösung der Probleme.

### Vorschlag für nächste Schritte

Wenn man eine flächendeckende Basisversorgung erhalten will, muss die Politik im nächsten Schritt mutiger sein. Und das bald.

- Über- und Fehlversorgung müssen im ambulanten wie im stationären Bereich eingedämmt werden, um die frei werdenden personellen und finanziellen Kapazitäten für den Erhalt der Basisversorgung nutzen zu können.

- Ambulant-stationär gleiche Vergütung für gleiche medizinische Leistungen. Zusätzliche Pflegepauschalen und bei Maximalversorgung entsprechende Vorhaltepauschalen.
- Die Einnahmen aus GKV und PKV müssen angeglichen werden, insbesondere muss verhindert werden, dass zu gut bezahlte IGeL bzw. Interventionen zu Fehlsteuerung und Arbeitszeitverschwendung führen.
- Darüber hinaus müssen kurzfristig bürokratische Anforderungen (z. B. die Arbeitsunfähigkeits-, Arzneimittel- und Heilmittelrichtlinien sowie Telematik und Regressbedrohung) erheblich vereinfacht werden.
- Mindestens 30 % des ärztlichen Nachwuchses muss allgemeinmedizinisch weitergebildet werden.
- Das Einkommen von Hausärzten und Gebietsärzten muss angeglichen werden.

**Dr. med.  
Uwe Popert**  
Arzt für  
Allgemeinmedizin,  
Kassel



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

### Literatur und weitere Quellen zum Artikel:

# Geld für Zeit – reicht das?

## Terminservice statt notwendiger Strukturreformen

von Dr. med. Uwe Popert

### Von der Website des Bundesgesundheitsministeriums [2] zum Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG):

Patienten sollen schneller Termine bekommen. Terminservicestellen werden bis zum 1.1.2020 zu Servicestellen für ambulante Versorgung und Notfälle weiterentwickelt:

- Auch Terminvermittlung zu Haus- und Kinderärzten und Unterstützung bei der Suche nach dauerhaft versorgenden Haus-, Kinder- und Jugendärzten;
- Vier-Wochenfrist gilt auch für die Vermittlung termingebundener Kindervorsorgeuntersuchungen (U-Untersuchungen);
- Über bundesweit einheitliche Notdienstnummer (116117) 24 Stunden täglich an sieben Tagen pro Woche (24/7) erreichbar;
- In Akutfällen werden Patienten auch während der Sprechstundenzeiten an Arztpraxen oder Notfallambulanzen oder auch an Krankenhäuser vermittelt...

Das Mindestsprechstundenangebot der niedergelassenen Ärzte wird verbindlich erweitert:

- Mindestens 25 Stunden pro Woche (Hausbesuchszeiten werden angerechnet);
- Die Kassenärztlichen Vereinigungen informieren im Internet über die Sprechstundenzeiten der Vertragsärzte;
- Facharztgruppen der Grundversorgenden und wohnortnahen Versorgung (z. B. konservativ tätige Augenärzte, Frauenärzte, HNO-Ärzte) müssen mindestens fünf Stunden pro Woche als offene Sprechstunde anbieten (ohne vorherige Terminvereinbarung)...

Extrabudgetäre Vergütung, Zuschläge, Entbudgetierung oder bessere Förderung für:

- Erfolgreiche Vermittlung eines dringenden Facharzttermins durch einen Hausarzt (Zuschlag von mindestens 10 Euro);
- (Akut-)Leistungen für Patienten, die von der Terminservicestelle vermittelt werden (extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal sowie zusätzlich nach Wartezeit auf die Behandlung gestaffelte Zuschläge);
- Leistungen für neue Patienten in der Praxis (extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal);
- Leistungen, die in den offenen Sprechstundenzeiten erbracht werden (extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal);
- Leistungen für übernommene Patienten nach Terminvermittlung durch einen Hausarzt (extrabudgetäre Vergütung aller Leistungen im Behandlungsfall und im Quartal).

Ärztliche Versorgung auf dem Land wird verbessert

- Obligatorische regionale Zuschläge für Ärzte auf dem Land;
- Strukturfonds der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) werden verpflichtend und auf bis zu 0,2 Prozent der Gesamtvergütung verdoppelt; Verwendungszwecke erweitert (zum Beispiel auch für Investitionskosten bei Praxisübernahmen, etc.);
- KVen werden verpflichtet, in unterversorgten Gebieten eigene Praxen (Eigeneinrichtungen) oder mobile und telemedizinische Versorgungs-Alternativen anzubieten, wenn es zu wenig Ärzte gibt;
- Länder können bestimmen, ob bestehende Zulassungssperren für die Niederlassung in ländlichen oder strukturschwachen Gebieten ggf. entfallen können...

### Literatur

[1] Kopetsch T. Wartezeiten in der ambulanten Versorgung. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Berlin 2014.  
[http://www.kbv.de/media/sp/wartezeiten\\_studie\\_kopetsch.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/wartezeiten_studie_kopetsch.pdf)  
(besucht am 15.03.2019)

[2] <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/terminservice-und-versorgungsgesetz.html?fbclid=IwAR2r3GeKt-STk9LxYHDaIF-PCrj5qN3MWtkbF-v3GmFudybjLWX5jMfjuDM>  
(besucht 15.03.2019)

[3] [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf)  
(besucht am 15.03.2019)

[4] <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-statistics.htm>  
(besucht 15.03.2019)

[5] <https://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2017/>  
(besucht am 15.03.2019)

[6] <https://www.kbv.de/html/bundesarztregister.php#content6889>  
(besucht am 15.03.2019)

- [7] [http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten\\_2014\\_Langfassung.pdf](http://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2014/SVR-Gutachten_2014_Langfassung.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [8] [http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie\\_2010.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/Arztzahlstudie_2010.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [9] [https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung\\_1/aerztliche\\_versorgung/bedarfsplanung/Bedarfsplanung-RL\\_2012-12-20\\_BAnz.pdf](https://www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/krankenversicherung_1/aerztliche_versorgung/bedarfsplanung/Bedarfsplanung-RL_2012-12-20_BAnz.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [10] [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/Regionale\\_Verteilung\\_von\\_AErzten\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_AErzten_in_Deutschland.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [11] <https://www.g-ba.de/informatio nen/richtlinien/4/> (besucht am 21.1.2018)
- [12] Tobert V, Popert U. „Multitasking„ and complex patient encounters in family medicine. *Z Allg Med* 2017; 93: 222–226
- [13] [http://www.kbv.de/media/sp/2016\\_10\\_05\\_Projektion\\_2030\\_Arztzahlentwicklung.pdf](http://www.kbv.de/media/sp/2016_10_05_Projektion_2030_Arztzahlentwicklung.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [14] [http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user\\_upload/Regionale\\_Verteilung\\_von\\_AErzten\\_in\\_Deutschland.pdf](http://www.wip-pkv.de/fileadmin/user_upload/Regionale_Verteilung_von_AErzten_in_Deutschland.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [15] [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Tabellen/Kost\\_02\\_Kassenpraxen/Praxisinhaber.html](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Wirtschaftsbereiche/Dienstleistungen/Tabellen/Kost_02_Kassenpraxen/Praxisinhaber.html) (besucht 15.03.2019)
- [16] <https://data.oecd.org/healthqt/hospital-beds.htm> (besucht am 15.03.2019)
- [17] <https://data.oecd.org/healthcare/hospital-discharge-rates.htm#indicator-chart> (besucht am 15.03.2019)
- [18] [https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user\\_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten\\_2018\\_WEBSEITE.pdf](https://www.svr-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/Gutachten/2018/SVR-Gutachten_2018_WEBSEITE.pdf) (besucht am 15.03,2019)
- [19] <https://www.forschung-und-lehre.de/gibt-es-einen-aerztmangel-1092/> (besucht 15.03.2019): Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach in „Forschung und Lehre (am 10.10.2018) unter der Überschrift „Gibt es einen Ärztemangel?“
- „[...] Würde die Zahl der Kliniken auf ein internationales Normalmaß konzentriert und eklatante Überversorgung in Form von medizinisch nicht nachvollziehbaren Mengenausweitungen oder regionalen Variationen, etwa bei Linksherzkathetern oder Wirbelkörperoperationen, abgebaut, könnten ausgelaugte Ärzte – und übrigens auch an ihren Kapazitätsgrenzen arbeitende Pflegende – aus den hochtourig laufenden Hamsterrädern aussteigen. Im ambulanten Bereich dreht sich mit (grob geschätzt) rund 20 Arzt-Patient-Kontakten je Einwohner und Jahr ebenfalls ein Hamsterrad. Haus- wie Facharztpraxen und auch die Notaufnahmen der Kliniken werden in Deutschland vielfach mit medizinisch unnötigen Patientenkontakten „verstopft“, weshalb, zum Teil infolge finanzieller Fehlanreize und mangelnder Steuerung der Inanspruchnahme, oftmals für ernsthaft erkrankte Patienten zu wenig Zeit und Raum zur Verfügung steht. Kritisch und weltweit einzigartig ist, dass in Deutschland fast 90 Prozent aller Facharztanerkennungen in einem von inzwischen 77 spezialistischen Bereichen erfolgen und nur 10,4 Prozent einen Abschluss als Generalist (Allgemeinmediziner) erreichen [...]

## 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 2 – Fellow: Mo., 13.–Fr., 17. Mai 2019 40 P**

**Ort: Frankfurt**

**Leitung:** PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt  
Prof. Dr. med. S. Herold, PhD, Gießen  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

**Gebühr:** 1.000 € (Akademiestatistiker 900 €)

##### Modul 1 – ABS-Beauftragter:

**Mo., 26.–Fr., 30. August 2019**

**Ort: Frankfurt**

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt  
Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt  
Prof. Dr. med. T. Wichelhaus, Frankfurt

**Gebühr:** 900 € (Akademiestatistiker 810 €)

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

#### Arbeitsmedizin

##### Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitl. Bedingungen

**Fr., 01. – Sa., 02. November 2019, 09:00 – 17:00 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing,  
Dr. med. R. Snethlage

**Gebühr:** € 280 (Akademiestatistiker € 252)

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

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

**Refresher: Mi., 26. Juni 2019 6 P**

**Refresher: Mi., 04. September 2019 6 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

**Gebühr:** 110 € (Akademiestatistiker 99 €)

**Max. Teilnehmerzahl:** 25

**Auskunft/Anmeldung:** K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,  
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

#### Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

##### Medikamente im Freizeitsport

**Mi., 22. Mai 2019, 19:00–21:30 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth,  
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

**Gebühr:** 30 € (Akademiestatistiker 27 €)

**Ort: Frankfurt, Landesärztekammer**

**Auskunft/Anmeldung:** C. Ittner, Fon: 06032 782-223,  
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

#### Schwangerschaftskonfliktberatung n. §§ 218 ff. StGB

**Grundseminar: Fr., 10.–Sa., 11. Mai 2019 16 P**

**Gebühr:** 300 € (Akademiestatistiker 270 €)

**Wiederholungsseminar: Sa., 09. November 2019 10 P**

**Gebühr:** 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

**Leitung:** Dr. med. A. Goldacker, Werder

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

#### Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

**Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):**

**Do., 06. Juni 2019 oder Mi., 14. August 2019 8 P**

**Gebühren:** 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt  
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

#### Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ –**

##### Gastroenterologie – Pneumologie

**Mi., 26. Juni 2019, 15:00–20:00 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen

**Gebühr:** 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

## Hämotherapie

**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**  
**Do., 09.–Fr., 10. Mai 2019** 16 P  
**Leitung:** Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach  
**Ort:** **Bad Nauheim**, FBZ der LÄKH  
**Mi., 04.–Do., 05. September 2019** 16 P  
**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen  
**Ort:** **Gießen**, Universitätsklinikum  
**Gebühr:** jeweils 340 € (Akademiest. 306 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Fachkunde im Strahlenschutz

**Grundkurs:** **Fr., 03.–Sa., 04. Mai 2019**  
 Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage  
**Gebühr:** 340 € (Akademiest. 306 €)

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**  
**Fr., 06.–Sa., 07. September 2019**  
 Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage  
**Gebühr:** 340 € (Akademiest. 306 €)

**Kenntniskurs** (Theoretische und Praktische Unterweisung)  
**Sa. 26. Oktober 2019**  
**Gebühr:** Theorie: 100 € (Akademiest. 90 €)  
 Praxis: 60 € (Akademiest. 54 €)  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle  
**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

## Ernährungsmedizin

**Block 1:** **Fr., 16.–Sa., 17. August 2019**  
**Block 2 + 4** **Fr., 30.–Sa., 31. August 2019**  
**Block 3** **Fr., 06.–Sa., 07. September 2019**  
**Zwischenprüfung:** **Mi., 18. September 2019**  
**Block 5A:** **Fr., 20.–Sa., 21. September 2019**  
**Block 5B:** **Fr., 18.–Sa., 19. Oktober 2019**  
**Block 5C + 6:** **Fr., 08.–Sa., 09. November 2019**  
**Prüfung:** **Mi., 27. November 2019**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein,  
 Dr. med. K. Winckler, Frankfurt  
**Gebühren/Block:** 1, 3: je 210 € (Akademiest. 189 €)  
 2 + 4, 5a, 5b: je 280 €  
 (Akademiest. 252 €)  
 5c + 6 inkl. Fallbeispiele und Klausur:  
 490 € (Akademiest. 441 €)  
 inkl. Prüfungen  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208  
 E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

## Ultraschall

**Gefäße**  
**Aufbaukurs (periphere Gefäße)**  
**Do., 13.–Fr., 14. Juni 2019 (Theorie)**  
**Sa., 15. Juni 2019 (Praktikum)**  
**Gebühr:** 440 € (Akademiest. 396 €)  
**Abschlusskurs (periphere Gefäße)**  
**Fr., 29. November 2019 (Theorie)**  
**Sa., 30. November 2019 (Praktikum)**  
**Gebühr:** 360 € (Akademiest. 324 €)  
**Orte Praktika:** **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest  
**Leitung der Kurse** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,  
 Frankfurt  
**für Gefäße:** Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

**Abdomen und Retroperitoneum**  
**Abschlusskurs:** **Sa., 02. November 2019 (Theorie)**  
**+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)**  
**Gebühr:** 400 € (Akademiest. 360 €)  
**Orte Praktika:** **Rhein-Main-Gebiet**, div. Kliniken  
**Leitung der Kurse** Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden  
**für Abdomen:** Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt  
**Modul Schilddrüse I**  
**Sa., 28. September 2019, 09:00–17:00 Uhr**  
**Gebühr:** 250 € (Akademiest. 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

## EKG-Kurs mit praktischen Übungen

**EKG-Kurs mit praktischen Übungen**  
**Fr., 16.–Sa., 17. August 2019** 22 P  
**Gebühr:** 320 € (Akademiest. 288 €)

**EKG-Refresher-Kurs**  
**Do., 24. Oktober 2019** 10 P  
**Gebühr:** 140 € (Akademiest. 126 €)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

## Impfkurs

**Sa., 21. September 2019** 10 P  
**Leitung:** Dr. med. P. Neumann, Frankfurt  
**Gebühr:** 180 € (Akademiest. 162 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de



## Palliativmedizin

### Refresher Palliativmedizin

Sa., 19. Oktober 2019 10 P

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden  
**Gebühr:** 140 € (Akademiestudenten 126 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

**Modul II:** Sa., 26. Oktober 2019 8 P

**Gebühr:** 130 € (Akademiestudenten 117 €)

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

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

**Gutachtenerstellung:** nur buchbar in Verbindung mit Modul III

**Gebühr:** Final- und Kausalitätsgutachten je 25 €  
 (Akademiestudenten 22,50 €)

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

**Modul I-III** Fr., 23.–Sa., 24. August 2019

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

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

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

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

## Diabetologie

### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft (HDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

**Teile 5 + 6: Mi., 25. September 2019**

**Leitung:** Dr. med. P. Bauer, Gießen  
 Dr. med. M. Eckhard, Gießen

**Gebühr:** 50 € (Akademiestudenten 45 €)

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

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Mi., 06. November 2019, 13:00–21:00 Uhr** 8 P

**Leitung:** Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns  
 Dr. med. E. Reichwein, Villmar

**Gebühren:** 180 € (Akademiestudenten 162 €)  
 zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

## Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

### Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Do., 21. November 2019

**Leitung:** Dr. med. A. Lengler, Gießen  
**Gebühr:** 150 € (Akademiestudenten 135 €)

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

## Notfall- und Intensivmedizin

### Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 28. September 2019 11 P

**Leitung:** Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden

**Gebühr:** 240 € (Akademiestudenten 216 €)

**Ort:** Mainz-Kastel, Feuerwache II

Sa., 09. November 2019 12 P

**Leitung:** Dr. med. G. Appel, Kassel

**Gebühr:** 260 € (Akademiestudenten 234 €)

**Ort:** Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 07.–Sa., 09. November 2019 30 P

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
 M. Leimbeck, Braunfels

**Gebühr:** 420 € (Akademiestudenten 378 €)

### Notfallmedizin machbar machen

Mi., 27. November 2019 6 P

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg

**Gebühr:** 180 € (Akademiestudenten 162 €)

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

### 41. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Mo., 21.–Fr., 25. Oktober 2019 55 P

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

**Gebühr:** 650 € (Akademiestudenten 585 €)

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

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

## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 27. – Sa., 28. September 2019 20 P

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

**Ort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄKH

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

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

## Geriatrische Grundversorgung

**Block Ia: Fr., 01.–Sa., 02. November 2019** insg. 32 P  
**Block Ib: Fr., 13.–Sa., 14. Dezember 2019**  
**Gebühr:** Block Ia+Ib 480 €  
 (Akademiemitglieder 432 €)  
**Block II: Mi., 12.–Sa., 15. Februar 2020**  
**Ort:** Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt  
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

## Rechtsmedizin

**Verletzungsdokumentation - Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen**  
 In Kooperation mit der Bezirksärztekammer Wiesbaden  
**Teil 1:** **Mi., 23. Oktober 2019** 4 P  
**Ort:** Wiesbaden, DKD Helios Klinik  
**Teil 2: Fallbeispiele** **Mi., 06. November 2019** 4 P  
**Ort:** Bad Nauheim, FBZ der LÄKH  
**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Verhoff  
**Gebühr:** jeweils 70 € (Akademiemitglieder 63 €)  
**Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Innere Medizin

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim  
**Rheuma an einem Tag – Häufige Symptome in der täglichen Praxis**  
**Mi., 30. Oktober 2019** 6 P  
**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim  
**Ort:** Bad Nauheim, REHA-Zentrum  
**Gebühr:** 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)  
**Max. Teilnehmerzahl:** 40  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem. BUB-Kurs) insg. 30 P  
**Teil 1:** **Fr., 23.–Sa., 24. August 2019**  
**Teil 2:** **Fr., 06.–Sa., 07. September 2019**  
**Teil 3 (Praktikum):** **Fr., 20. September 2019**  
**Ort Praktikum:** Hofheim, Schlafmedizinisches Zentrum  
**Gebühr:** 650 € (Akademiemitglieder 585 €)  
**Leitung:** Dr. med. J. Heitmann, Marburg  
 Dipl.-Psych. M. Specht, Wiesbaden  
 Prof. Dr. med. R. Schulz, Wiesbaden  
**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,  
 E-Mail: melanie.turano@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 „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in Block B2 integriert.  
**Kurstage:** Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!  
**C1** **Mi., 15.–Mi., 22. Mai 2019**  
 Beginn Telearnphase: 10. April 2019  
**A2** **Mi., 04.–Mi., 11. September 2019**  
 Beginn Telearnphase: 05. August 2019  
**B2:** **Mi., 30. Oktober–Mi., 06. November 2019**  
 Beginn Telearnphase: 25. September 2019  
**Gebühren je Kurs:** 600 € (Akademiemitgl. 540 €)  
**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung  
**Block D:** **Fr., 03.–Sa., 04. Mai 2019** 20P  
**Leitung:** Dr. med. F. Kretschmer, Frankfurt  
 Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt  
**Block C:** **Fr., 30. – Sa., 31. August 2019** 20P  
**Leitung:** C. Drefahl, Frankfurt  
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt  
**Block B:** **Fr., 01.–Sa., 02. November 2019** 20P  
**Leitung:** PD Dr. med. M. Gehling, Kassel  
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel  
**Orte:** Block D, C:  
 Bad Nauheim, FBZ der LÄKH,  
 Block B: Kassel, Klinikum  
**Gebühren je Block:** 280 € (Akademiemitglieder 252 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

## Psychosomatische Grundversorgung

### 25. 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.

**Block VI: Fr., 13.–Sa., 14. Dezember 2019** **16 P**

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

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

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

## Akupunktur

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

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

**G7 – G8:** Fr., 14.–Sa., 15. Juni 2019

**G9 – G10:** Fr., 13.–Sa., 14. September 2019

**G11 – G12:** Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019

**G13 – G14:** Fr., 29.–Sa., 30. November 2019

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

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

**Fr., 13.–Sa., 14. September 2019**

**Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019**

**Fr., 01.–Sa., 02. November 2019**

**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

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

**Mi., 27.–Sa., 30. November 2019** **insg. 42 P**

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

**Gebühr ges.:** 480 € (Akademiestudenten 430 €)

**Gebühr/Tag:** 150 € (Akademiestudenten 135 €)

**Auskunft/Anmeldung:** S. Holler, Fon: 06032 782-226  
E-Mail: susanne.holler@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 7, 9, 11:** **Mo., 23.–Sa., 28. September 2019 48 P**

**ZTK 1, 12, 14:** **Mo., 04.–Sa., 09. November 2019**

**Leitung:** Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer, Frankfurt

**Gebühr:** jeweils 880 €  
(Akademiestudenten 792 €)

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.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 I (inkl. 20 UE E-Learning)

**Do., 09.–Sa., 11. Mai und Fr., 17.–Sa., 18. Mai 2019**

### Kursblock II (inkl. 20 UE E-Learning)

**Do., 22.–Sa., 24. August und Fr., 30.–Sa., 31. August 2019**

### Kursblock III Fr., 24.–Sa., 25. Januar und

**Fr., 31. Januar –Sa., 01. Februar 2020**

### Kursblock V Fr., 23.–Sa., 24. Oktober und

**Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020**

**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

**Gebühren:** Kursblock I/II je: 1.200 €  
(Akademiestudenten 1.080 €)  
Kursblock III 650 €  
(Akademiestudenten 585 €).

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

## Repetitorium Innere Medizin

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

**Mo., 25.–Sa., 30. November 2019**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell  
**Gebühr ges.:** 560 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 504 €)

**Gebühr/Tag:** 150 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 135 €)

### Auskunft/Anmeldung:

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



## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

**Block I:** Di., 12.–Sa., 16. November 2019  
**Gebühr Block I:** 990 € (Akademiestudenten 891 €)  
Weitere Blöcke unter: [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

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

## Allgemeinmedizin

### Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

**Kurs A – Modul I:** Fr., 10.–Sa., 11. Mai 2019  
**Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

**Kurs B – Modul IIa:** Fr., 20.–Sa., 21. September 2019  
**Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt  
**Gebühren je Kurs:** 300 € (Akademiestudenten 270 €)  
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., 14.–Sa., 15. Juni 2019**  
**Leitung:** Dr. med. A. Wunder, Frankfurt  
**Gebühr:** 260 € (Akademiestudenten 234 €)

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

## Palliativmedizin

**Fallseminar Modul 2** Mo., 03.–Fr., 07. Juni 2019 40 P

**Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel  
**Gebühr:** 680 € (Akademiestudenten 612 €)

**Fallseminar Modul 3** Mo., 11.–Fr., 15. November 2019 40 P

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden  
**Gebühr:** 780 € (Akademiestudenten 702 €)

**Kurs-Weiterbildung** Di., 03.–Sa., 08. Dezember 2019 40 P

**Leitung:** Dr. med. K. Mattek, Hanau  
**Gebühr:** 680 € (Akademiestudenten 612 €)

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

## Sozialmedizin

**AK II (G + H):** Di., 10.–Fr., 20. September 2019  
**Leitung:** Dr. med. R. Diehl, Eschborn  
**Gebühren je Kurs:** 680 € (Akademiestudenten 612 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@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):  
Fortbildungszentrum 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)





## Qualifizierungslehrgänge

### Neurologie und Psychiatrie (120 Stunden)

**Inhalte:**

Im Qualifizierungslehrgang werden Inhalte im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen vermittelt mit dem Ziel, bei der Diagnose, Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis arztentlastend tätig zu sein. Zusätzlich sind die Fortbildungen:

**PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung**

**PAT 2: Wahrnehmung und Motivation**

zu belegen.

**Beginn (NP):** 06.09.2019

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

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

### Klinikassistentz (100 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 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 (KLA 1):** ab 19.08.2019

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

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

### Datenschutzbeauftragte/-r in ärztlich geleiteten Einrichtungen

**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/-r Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

**Termine:**

**PAT 19\_4z:** Fr., 13.09.–Sa., 14.09.2019 (Präsenzphase) und So., 15.09.–So., 06.10.2019 (Telearnphase)

**Gebühr:** 255 €

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

## Durchführung der Ausbildung Fortbildungen in Wiesbaden und Kassel

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle MFA/Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten.

**Termin in Wiesbaden (PAT 20\_4):**

Fr., 02.08.2019–Sa., 03.08.2019 und Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019

**Termin in Kassel (PAT 20\_7):**

Fr., 09.08.2019–Sa., 10.08.2019 und Do., 29.08.–Sa., 31.08.2019

**Gebühr:** 480 €

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax -180

## Onkologie

### Qualifizierungslehrgang Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

**Beginn:** ab Mi., 28.08.2019

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

### Aufbaufortbildungen Onkologie

Die Aufbaufortbildungen werden angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung und richten sich an MFA, die am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ teilgenommen haben und jährlich ihr Wissen aktualisieren wollen.

### Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumorthapeutika

**Inhalte:** Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in Patienten – und Angehörigenedukation.

**Termin (ONK A1\_2):**

Do., 22.08.2019–Sa., 24.08.2019 ( 24 Std.)

**Gebühr:** 280 €

Fortsetzung nächste Seite



## Aufbaufortbildungen Onkologie

### UroOnko Assistenz

#### Inhalte:

- Risiken und Komplikationen urologischer Therapien
- Chemotherapie in der Praxis
- Onkologische Notfallsituationen und Notfallmanagement

**Termin (UroO2):** Mi., 26.06.2019, 13:30–18:30 Uhr

**Gebühr:** 110 €

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

## Strahlenschutzkurse

### Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (90 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 60 Stunden praktische Demonstrationen und Übungen sowie 30 Stunden Vermittlung von theoretischen Lerninhalten.

**Termin (STR 2):** ab Mi., 21.08.2019

**Gebühr:** 980 € zzgl. 50 € Prüfungsgebühr

### Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

**Termin (STR A 2\_2):** Fr., 13.09.2019, 08:30–16:00 Uhr und  
Sa., 14.09.2019, 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

### Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

**Termin (STR A 1\_2):** Sa., 14.09.2019, 08:30–17:00 Uhr

**Gebühr:** 110 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

## Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

### Abschlussprüfung praktischer Teil

Teilnehmende lernen die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen.

**(PVK 3\_4):** Fr., 31.05.2019, 09:30–17:45 Uhr

**Gebühr:** 95 €

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

## Ein- bis zweitägige Fortbildungen

### Teamwork in Stresssituationen

**Inhalte:** Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stress-Situationen und kann das Arbeitsklima belasten. Teamgeist ist für den guten Praxisablauf ein wichtiger Erfolgsindikator. Die Fortbildung bietet den Raum, Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten.

**Termin (PAT 7\_1):** Sa., 31.08.2019, 09:30–16:45 Uhr

**Teilnahmegebühr:** 110 €

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

## Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung & Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Im COS-Fortbildungsprogramm sind u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Im Internet: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin (FAW 4):** ab 24.10.2019

**Gebühr Pflichtteil:** 1.580 €

**Prüfungsgebühren:** 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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)

# Fachtagung der HAGE: Frühe Hilfen – Samstag, 25. Mai

## Eine Kooperation von Jugendhilfe und Gesundheitswesen

Im Auftrag der Hessischen Landeskoordination der Frühen Hilfen des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration lädt die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE) e.V. zur einer multiprofessionellen Fachtagung ein.

**Thema:** Familien, Medizin, Jugendhilfe – Zukunftsmöglichkeiten einer intersektoralen Kooperation in den Frühen Hilfen

**Termin:** Samstag, 25. Mai 2019

**Ort:** Akademie der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

**Ärztliche Leitung:** Dr. med. Thies Häfner

### Vorträge und Fachforen:

- Nationales Gesundheitsziel „Rund um die Geburt“
- Vorsorge, Nachsorge und Fürsorge
- Frühgeborene & Mehrlingsgeburten
- Psychisch kranke Eltern
- Frühkindliche Entwicklungs- und Regulationsstörungen
- Medizinischer Kinderschutz
- Lotsenmodelle und gelungene Übergänge
- Kommunale Präventionsstrategien

Informationen zum Programm und zur Anmeldung sind im Internet zu finden unter: [www.hage.de](http://www.hage.de).

- Fortbildungspunkte sind beantragt.

**Kontakt:** Rajni Aggarwal  
Fon: 069 713 76 78-24,  
Mail: [rajni.aggarwal@hage.de](mailto:rajni.aggarwal@hage.de)

„Frühe Hilfen“ verstehen sich als ein zeitig, möglichst bereits in der Schwangerschaft einsetzendes Angebot für die frühe Kindheit, um das gelingende Aufwachsen von Kindern zu unterstützen. Grundlage ist das Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) von 2011 mit dem Ziel, Eltern in der Erziehung zu unter-



Titelbild der Einladung zur Tagung.

stützen, aber auch Risiken für die Entwicklung von Kindern oder gar eine Kindeswohlgefährdung frühzeitig zu erkennen.

Der erste wichtige Schritt ist, werdende Familien zu erreichen: durch persönliche Beratung, Materialien oder die gesetzlich vorgesehene Möglichkeit eines aufsuchenden Besuchsdienstes für Neugeborene. Information über örtlich reichhaltig vorhandene Hilfsangebote zu Schwangerschaft, Geburt und Elternschaft muss dort ankommen, wo sie gebraucht wird.

Zweitens ist gesetzlich festgelegt, dass Kooperationsstrukturen im Kinderschutz aufgebaut werden, um sich gegenseitig über Aufgaben und Angebote abzustimmen. In diese Netzwerke sollen neben der Jugendhilfe, den Geburtsabteilungen, Kinderkrankenhäusern, Sozialpädiatrische Zentren, Frühförderstellen sowie den entsprechenden vielfältigen Beratungsstellen, Familiengerichten und anderen Behörden auch die Heilberufe einbezogen werden.

Damit kommt die Ärzteschaft ins Spiel: Denn außer den Hebammen, denen hier durch die aufsuchende Betreuung eine besondere Bedeutung zukommt, erleben nur die Schwangere betreuenden Frauenärzte und später die Kinder- und Familien-

ärzte die Lebenswirklichkeit junger Familien rund um die Geburt und danach.

Diese Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, in interdisziplinären, regionalen Qualitätszirkeln ihre Arbeit zu reflektieren und im persönlichen Kennenlernen ein wechselseitiges Verständnis für Arbeitsbedingungen und Strukturen der Netzwerkpartner zu gewinnen. In Hessen bestehen erst wenige solcher Zirkel. Die Fachtagung soll über bereits gewonnene Erfahrungen informieren und verfolgt das Ziel, Ärztinnen und Ärzte zur Mitarbeit in örtlichen Qualitätszirkeln einzuladen.

Internet: [www.hage.de/veranstaltungen/fachtag-fruehe-hilfen-2019.html](http://www.hage.de/veranstaltungen/fachtag-fruehe-hilfen-2019.html)

**Dr. med.  
Stephan Heinrich  
Nolte**

Kinder- und  
Jugendarzt  
Neonatologie-  
Psychotherapie-  
Palliativmedizin,  
Lehrbeauftragter  
der Philipps-Universität Marburg  
E-Mail: [shnol@t-online.de](mailto:shnol@t-online.de)

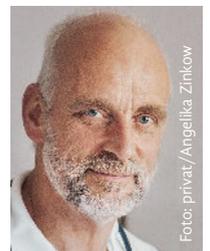


Foto: privat/Angelika Zinkow

## Bezirksärztekammer Gießen begrüßt neue Mitglieder

26 neue Kolleginnen und Kollegen folgten der Einladung und kamen im Februar in die alte Fabrikhalle nach Gießen. Dr. med. Hans Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer, seine Stellvertreterin, die Autorin dieses Beitrags, sowie weitere Vorstandsvorsitzende und Mitarbeiterinnen der Bezirksstelle der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) begrüßten die neuen Mitglieder.

### Strukturen und Formen der ärztlichen Selbstverwaltung

Nach einem Vortrag über Strukturen, die unmittelbar mit dem Arztsein verbunden sind, stellte Hübner die Unterschiede und Verknüpfungen der verschiedenen Instanzen dar: von Landesärztekammer, Bundesärztekammer, über Kassenärztliche Vereinigung und Kassenärztliche Bundesvereinigung bis hin zu Berufsverbänden, Ärztenbünden und Versorgungswerk.

Charlotte Guckenmus, Syndikusrechtsanwältin des Geschäftsbereiches Versicherungsbetrieb des Versorgungswerkes der Kammer, referierte über Gründungsgeschichte des Versorgungswerkes der LÄKH, gegliederte Alterssicherung, Zielsetzung und Eckpunkte der berufsständischen Versorgung. Rechtzeitig an die Altersvorsorge denken! - lautete das Fazit des Vortrags. Über Bedeutung und Stellenwert der Freiberuflichkeit sprach die Präsidentin des Verbandes Freier Berufe in Hessen, Dr. jur. Karin Hahne. Nach dem Urteil des Bundesgerichtshofes vom 30. November 1977 (IVZR 69/76) über der Arzt seine Heilbehandlungstätigkeit unabhängig und weisungsfrei aus. Diese Botschaft sollte jede Ärztin und jeder Arzt mit Selbstbewusstsein in seine Berufstätigkeit mitnehmen, egal ob angestellt im Kran-



Das Begrüßungsteam: Dr. jur. Karin Hahne, Claudia Schön, Dr. med. Ingbert Gille, Bezirksärztekammer-vorsitzender Dr. med. Hans-Martin Hübner, Jutta Willert-Jacob und Charlotte Guckenmus (von links).

kenhaus oder im Medizinischen Versorgungszentrum, beamtet oder selbstständig tätig.

### Fachabteilungen stellen sich vor

Informationen zur Facharztweiterbildung und Fortbildung stellte Dr. med. Ingbert Gille, Ärztlicher Referent der Abteilung Weiterbildung der LÄKH, in einem weiteren Vortrag zusammen. Er wies unter anderem auf die Fallstricke hin, die sich bei der Suche nach Weiterbildungsbefugten, bei Anträgen und Merkblättern sowie Zeugnismachweisen ergeben können.

Claudia Schön, Stellvertretende Justitiarin der LÄKH, stellte dem Auditorium die Aufgaben der Rechtsabteilung sowie wichtige berufsrechtliche Regelungen vor. Sie erklärte unter anderem die Aufgaben der Beschwerdestelle bei Beschwerdeverfahren (in den Bezirksärztekammern), der möglichen Schlichtung bei Streitfragen, aber auch die Möglichkeit von berufsgerichtlichen Verfahren. Sie gab einen Über-

blick über die Berufsordnung, die Aufklärungspflichten und deren mögliche Tücken sowie Probleme bei der Schweigepflicht. Schön wies auf die Wichtigkeit und die Sorgfaltspflicht der Dokumentation, der Aufbewahrung und deren Fristen hin sowie auf die Bedingungen der Herausgabe von Patientendaten. Auf der Website der LÄKH sind dazu Informationen und Merkblätter eingestellt unter:

[www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht](http://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht).

Abschließend informierte Hübner noch über die Carl-Oelemann-Schule und die ärztliche Akademie für Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim. Die Neumitglieder erhielten somit einen Überblick über die Vorteile der ärztlichen Fort- und Weiterbildung in Hessen, die so nicht in jedem Bundesland verfügbar ist.

Für die Organisation des Abends danken die Vorsitzenden Nadine Günther von der Bezirksärztestelle Gießen.

**Jutta Willert-Jacob**

Stellvertretende Vorsitzende  
der Bezirksärztekammer Gießen

### Schreiben Sie uns!

© Werner Hilpert – stock.adobe.com

Die Redaktion freut sich über Leserbriefe. Diese geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder, Kürzungen vorbehalten. E-Mail: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de); Briefe: Hessisches Ärzteblatt, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main.



### Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden eine Plattform für Gedankenaustausch bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)

## Wiesbadener Ärzteclub diskutiert über Videosprechstunde & Co.

„Digitalisierung verändert die Welt – Stand der Telemedizin in Wiesbaden“. Dieses sehr aktuelle Thema stieß kürzlich auf große Resonanz, denn 100 Kolleginnen und Kollegen der Region aus Klinik und Niederlassung besuchten den Abend des „Ärzte Clubs Wiesbaden e. V.“ im Landesmuseum. Bei der Jahresveranstaltung berichteten Prof. Dr. R. Alexander Lorz, Hessischer Kultusminister, und Dr. Oliver Franz, Wiesbadener Bürgermeister und Gesundheitsdezernent, über die Brisanz des Themas.

### „Zwei-Klassen-Medizin“ neu definiert

Carsten Sievers, Neurologe und Psychiater in Wiesbaden, moderierte den Abend launig: Bei der Parkinsonbehandlung mittels digitaler Werkzeuge in der Häuslichkeit bestimmten technikaffine versus technikferne Überzeugungen, ob die Ärztin oder der Arzt das erfolgreiche Hilfsmittel vor Ort verwenden durfte.

Dieses Dilemma griff Prof. Dr. rer. nat. Catherina Maulbecker-Armstrong auf und definierte damit den Begriff „Zwei-Klassen-Medizin“ neu. Die Mitarbeiterin der

Technischen Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Gesundheit, Medizinisches Management und e-Health, Gießen machte klar: „Die Zukunft der Medizin ‚liegt‘ in der Kommunikation der Patienten.“ Menschen informierten sich zunehmend über Krankheiten in digitalen Medien. Das ermögliche auf Augenhöhe mit dem Arzt die Behandlung zu bestimmen.

### Televisite zu Hause

Digitalisierung für Menschen mit Barrieren bringt die Televisite Rheingau mittels Tablet in die Wohnung. Technik 4.0 – plastisch demonstrierte die Allgemeinmedizinerin Dr. med. Susanne Springborn, Lehrbeauftragte an der Hochschule RheinMain im Fachbereich Gesundheitsökonomie: „Telemedizin in der Praxis – Ein Gesundheitszentrum versorgt mehr als 20.000 Menschen in Wiesbaden“. Im unterversorgten Wiesbadener Osten entwickelte sich ein dreistufiges Versorgungssystem, das auf altbewährten Wegen zusammen mit der Digitalisierung Menschen zu Hause bis zur Palliativsituation im Quartier begleite. Videosprechstunde, Herzrhythmus-Apps, Selbstmanagement

für Depression via Internet, sektorenübergreifende Telekonferenz in der datengeschützten Plattform seien jetzt schon ihre Praxiswerkzeuge. Motiv: Menschen im Mittelpunkt zusammen mit der wertschätzenden Kommunikation auf Augenhöhe. Eine digitalisierte Praxis steigere deren Wert, erhalte den Gesundheitsstandort und erleichtere die Nachfolge.

Das Publikum brachte es auf den Punkt: Digitalisierung wird den ärztlichen Alltag grundlegend verändern. Intensiver kollegialer Austausch, das Rahmenprogramm mit Informationsständen und Museumsführung fanden regen Anklang. „Wir machen die Medizin“ – dieses Motto des Ärzte Clubs Wiesbaden gab der Vorsitzende, Dr. med. Jörg Hempel, den Anwesenden mit auf den Weg bis zum nächsten Treffen am 18. März 2020.

Internet: <http://aerzteclub-wiesbaden.de>

Dr. med.  
Susanne Springborn



Foto: privat

## Theresa Schmid – Prüfungsbeste bei der MFA-Abschlussprüfung in Hessen

In der Winter-Abschlussprüfung der Medizinischen Fachangestellten (MFA) hat Theresa Schmid das beste Ergebnis aller 229 Prüflinge aus ganz Hessen erzielt. Sie hat den schriftlichen als auch den praktischen Teil mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen. Ausgebildet wurde sie in der Kirchhainer Gemeinschaftspraxis Dr. med. Mira Küllmer, Sina Küllmer und Rüdiger Trebst. Aus den Händen des Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak erhielt sie neben ihrer Urkunde einen Blumenstrauß und einen Geschenkgutschein. Im Bereich der BezÄK Marburg haben alle zwölf teilnehmenden Prüflinge bestanden, davon zwei reguläre Teilneh-



Foto: Stefanie Wellner

mer/-innen (einer davon männlich), sechs mit vorzeitiger Zulassung, zwei Wiederholerinnen und zwei Externe.

**Bezirksärztekammer  
Marburg**

Freude über den besten Abschluss: Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (rechts) gratuliert der Hessenbesten Theresa Schmid (2.v.r.). Mit dabei weitere Absolventinnen mit ihren Lehrkräften sowie der Schulleiter Oberstudiendirektor Klaus Denfeld (3.v.r.) und die Abteilungsleiterin, Studiendirektorin Dr. Brigitte Seefeldt-Schmidt (links außen).



# Die sechs Bezirksärztekammern der LÄKH

Die sechs Bezirksärztekammern sind unselbstständige Einheiten der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), die regional Aufgaben aus dem Bereich Mitgliederverwaltung, Ausbildungswesen zur/ zum Medizinischen Fachangestellten und Sekretariatsaufgaben für die Vorsitzenden der Bezirksärztekammern erfüllen. Sie bieten Ärztinnen und Ärzten vor Ort Beratung und Information, organisieren Fortbildung auf Bezirksebene sowie Informationsver-

anstaltungen für neue Kammermitglieder und führen Schlichtungen durch. Sie unterstützen den öffentlichen Gesundheitsdienst bei der Erfüllung seiner gesetzlichen Aufgaben und übernehmen Koordinations- und Organisationsaufgaben in den Schnittstellen zu den Vorsitzenden der anderen Bezirksärztekammern, den Mitgliedern, Institutionen, Behörden und den Bürgerinnen und Bürgern.

## Bezirksärztekammer Frankfurt



**Vorsitzender:**  
Dr. med.  
Wolfgang Seher



**Stellvertretender Vorsitzender:**  
Dr. med. Detlef Oldenburg

### Sekretariat:

Alina Fetscher, Fon: 069 97672-514

### Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte:

Schulen: Dreieich, Frankfurt, Krieffel:

Constanze Coch, Fon: 069 97672-522

Schulen: Hanau, Offenbach, Schlüchtern:

Silvia Rayers, Fon: 069 97672-520

### Meldewesen A - K:

Nicole Heist

Fon: 069 97672-530

### Meldewesen L - Z:

Gerda Mierowski

Fon: 069 97672-532

### Sachbearbeitung:

Katja Kreis-Thiel, Fon: 069 97672-534

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main,

Fon: 069 97672-0, Fax: 069 97672-500,

E-Mail: bezaek.frankfurt@laekh.de

## Bezirksärztekammer Marburg



**Vorsitzender:**  
Dr. med. Dipl.-  
Chem. Paul  
Otto Nowak



**Stellvertretender Vorsitzender:**  
Dr. med. Lothar Born

### Sekretariat/Ausbildungswesen

#### Medizinische Fachangestellte:

Schule: Marburg: Dietra Matthäi, Fon: 06421 4107-0

### Meldewesen:

Claudia Wieckhorst, Fon: 06421 4107-0

Gisselberger Straße 31, 35037 Marburg

Fon: 06421 4107-0, Fax: 06421 47689

E-Mail: bezaek.marburg@laekh.de

## Bezirksärztekammer Gießen

Die Bezirksärztekammer Gießen ist für ganz Hessen zuständig für die Ausstellung der „Arzttause im Scheckkartenformat“.



**Vorsitzender:**  
Dr. med. Hans-  
Martin Hübner



**Stellvertretende Vorsitzende:**  
Jutta Willert-  
Jacob

### Sekretariat/Meldewesen A–F:

Nadine Günther, Fon: 0641 94381-12, Fax: 0641 94381-41

### Meldewesen G–Z:

Christiane Bepler-Schächer, Fon: 0641 94381-31,

Fax: 0641 94381-41

### Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte:

Schulen: Alsfeld, Bad Nauheim, Gießen, Wetzlar:

Sandina Gall, Fon: 0641 94381-33, Fax: 069 97672-68168

Georg-Schlosser-Straße 6a, 35390 Gießen,

Fon: 0641 94381-0, Fax: 0641 94381-41

E-Mail: bezaek.giessen@laekh.de

## Bezirksärztekammer Darmstadt



**Vorsitzender:**  
Erich Lickroth



**Stellvertretende Vorsitzende:**  
Dr. med. Brigitte  
Hentschel-Weiß

### Sekretariat:

Yvonne Jenner, Fon: 06151 91668-12

### Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte:

Schulen: Darmstadt, Bensheim, Groß-Gerau, Michelstadt:

Birgit Jantschke, Fon: 06151 91668-21

### Meldewesen:

Sabrina Hertel, Fon: 06151 91668-31

Wilhelminenplatz 8, 64283 Darmstadt, Fon: 06151 91668-0,

Fax: 06151 91668-41 E-Mail: bezaek.darmstadt@laekh.de



## Bezirksärztekammer Kassel

Die Bezirksärztekammer Kassel ist hessenweit zuständig für alle Fragen rund um den Zugang zum Mitgliederportal auf der Website. Fon: 0561 91318-33, E-Mail: portal@laekh.de

**Vorsitzender:**

Stephan  
Hermann  
Bork

**Stellvertretender****Vorsitzender:**

Dr. med. Dr.-Ing.  
Hans-Dieter  
Rudolph

**Sekretariat (vormittags):**

Dagmar Figge  
Fon: 0561 91318-22

**Sekretariat (nachmittags):**

Heike Mählich  
Fon: 0561 91318-21

**Abteilungsleitung:****Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte:**

Schulen: Bad Hersfeld, Bad Wildungen, Eschwege, Fulda,  
Kassel, Korbach:  
Hermann Kobbe  
Fon: 0561 91318-12

**Meldewesen:**

Britta Malsch  
Fon: 0561 91318-31

Wilhelmshöher Allee 67, 34121 Kassel  
Fon: 0561 91318-0, Fax: 0561 91318-41  
E-Mail: bezaek.kassel@laekh.de

## Bezirksärztekammer Wiesbaden

Bei der Bezirksärztekammer Wiesbaden ist in Kooperation mit der Berufsgenossenschaft BGW die Fachkundige Stelle für Alternative betriebsärztliche-Betreuung von Arztpraxen (AbBA) und die Organisation von AbBA-Kursen und Refresherveranstaltungen für Ärzte angesiedelt.

**Vorsitzender:**

Dr. med.  
Michael  
Weidenfeld

**Stellvertretender**

**Vorsitzender:**  
Dr. med. Egbert  
Reichwein

**Sekretariat/Fachkundige Stelle:**

Karin Kübler  
Fon: 0611 97748-25

**Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte:**

Schulen: Limburg, Usingen, Wiesbaden:  
Annette Weber, Fon: 0611 97748-21

**Meldewesen:**

Sylvia Conrad  
Fon: 0611 97748-31

Wilhelmstraße 60, 65183 Wiesbaden  
Fon: 0611 97748-0, Fax: 0611 97748-41  
E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

**Abteilungsleitung Verwaltung Bezirksärztekammern:**

Nicole Heist  
Fon: 069 97672-530  
E-Mail: nicole.heist@laekh.de

## Bücher



### Lothar Krehan: Herzrhythmusstörungen

Kitteltaschenbuch zur Diagnostik und Therapie der rhythmogenen klinischen Notfälle. Lehmanns Media 2017, 312 S., ISBN: 9783865419194, € 29,95, auch als E-Book

Übersichtlich werden alle klinisch relevanten Herzrhythmusstörungen behandelt. Die Einteilung der Kapitel erfolgt nach dem gängigen Schema in supraventrikuläre und ventrikuläre, tachykarde und bradykarde Arrhythmien. Dass es sich hier um eine klinisch orientierte Zusammenfassung handelt, wird durch die Benennung der jeweils aktuellen Studienlage und Leitlinien deutlich. Die aus-

föhrliche Bearbeitung des Bereiches Vorhofflimmern wird seiner klinischen Bedeutung gerecht. Eingehend wird das Thema NOAK und besondere Situationen bei der Behandlung mit Antikoagulantien besprochen. Aufgrund der übersichtlichen Tabellen kommen Leserinnen und Leser auch schnell zu den gewünschten Informationen, wobei auch die Zusammenfassungen der Kapitel ein kontinuierliches Lesen ermöglichen. Im Bereich der bradykarden Rhythmusstörungen werden die verschiedenen Leitungsstörungen, insbesondere die intraventrikulären Reizleitungsstörungen, gut veranschaulicht. Das Buch eignet sich sehr, um gezielt bestimmte Erkrankungsformen nachzuschlagen, und hilft, zügig zu einer Therapieentscheidung zu gelangen. Dies beinhaltet natürlich auch die gezielte Pharmakotherapie bei rhythmogen begründeten Notfallsituationen.

**Dr. med. Lars Bodammer**



Foto: Christof Jakob

**PD Dr. med. Till Keller** hat zum 1. April den Ruf auf die Professur (W2) für Biomarker-Forschung am Fachbereich Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen angenommen. Keller ist derzeit als Wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung Kardiologie der Kerckhoff-Klinik und als Klinischer Leiter des Kerckhoff Herzforschungsinstituts (KHFI) in Bad Nauheim tätig. Darüber hinaus ist er Privatdozent der Universität Frankfurt am Main.

tender Oberarzt seit 2017 eng mit Zegelman zusammen. Zuvor war er als Oberarzt für Herzchirurgie in der Klinik für Thorax-, Herz- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Tübingen und als Oberarzt für Gefäßchirurgie in der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie am Klinikum Frankfurt Höchst tätig.



Foto: Krankenhaus Nordwest

**Prof. Dr. med. Max Zegelman** (Foto oben) geht nach 26 Jahren als Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Krankenhaus Nordwest in den Ruhestand.

**Dr. med. Kyong-Mi Weidmann** (Foto rechts) übernimmt neu die Ärztliche Leitung der Elektrophysiologie an der Kardiologischen Klinik des Klinikums Kassel.



Foto: privat

Bisher war sie als kardiologische Oberärztin in den St. Vincentius Kliniken Karlsruhe, im Klinikum Wolfsburg und in St. Antonius Hospital Eschweiler tätig. Sie ist invasive Elektrophysiologin und interventionelle Kardiologin. Das Spezialgebiet der Diagnose und Behandlung von Herzrhythmusstörungen übernimmt sie von **Prof.**



Foto: Uniklinikum Frankfurt

**Prof. Dr. med. Birgit Aßmus**, Leitende Oberärztin des Bereichs Kardiologie, Medizinische Klinik III am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, hat den Ruf auf die W2-Professur für Kardiologische Versorgungsforschung an der Justus-Liebig-Universität Gießen angenommen.



Foto: Krankenhaus Nordwest

Das Krankenhaus Nordwest begrüßt mit **Dr. med. Sven Rogmans** (Foto) einen neuen Chefarzt. Der 55-Jährige übernahm Anfang des Jahres die Nachfolge als Chefarzt der Klinik für Orthopädie, Unfall- und Wirbelsäulenchirurgie von **Prof. Dr. med. Christoph Rangger**.



Foto: Gesundheit Nordhessen

**Dr. med. Jörg Neuzner** (Foto rechts). Der langjährige Direktor der Klinik für Herz- und Kreislauferkrankungen scheidet Ende März endgültig aus dem Berufsleben.



Foto: Hospital zum Hl. Geist

**Prof. Dr. med. Jörg B. Engel** leitet seit Januar neu die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Hospital zum Heiligen Geist, nachdem er zuvor seit 2016 die Leitung der entsprechenden Klinik des ebenfalls zur Stiftung Hospital zum Heiligen Geist gehörenden Krankenhauses Nordwest übernommen hatte. Seine fachlichen Schwerpunkte sind unter anderem die gynäkologische Onkologie und die Geburtshilfe.

## Auszeichnung für den „Medibus“ in Nordhessen

Die mobile Arztpraxis Medibus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) wurde vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland (Zi) in Berlin mit dem Titel „Ausgezeichnete Gesundheit 2019“ prämiert, zusammen mit drei weiteren herausragenden Beispielen ambulanter Versorgung. Der Medibus ging in der Rubrik „Versorgung mit Sicherheit“ als Sieger hervor (Internet: [www.kvhessen.de/medibus](http://www.kvhessen.de/medibus)). Ausgestattet mit Warte- und Arztzimmer sowie einem Labor steuert der Medibus mehrmals wöchentlich sechs Gemeinden in Nordhessen an, um Patienten hausärztlich zu versorgen. Ein starkes Zeichen gegen den spürbaren Ärztemangel in der Region. Insgesamt 16 regionale Projekte hatten sich beworben.

Wichtige Personalia aus ganz Hessen erbeten: Einsendungen für diese Rubrik per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)



Foto: Krankenhaus Nordwest

**MUDr./Uni. Bratislava Milan Lisy Ph.D.** (Foto links), Facharzt für Herz- und Gefäßchirurgie, ist seit dem 1. März 2019 Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin am Krankenhaus Nordwest. Er löst damit **Prof. Dr. med. Max Zegelman** ab, der sich in den Ruhestand verabschiedet. Lisy arbeitete als Lei-



Foto: © Zi, Hans-Jürgen Wiedel

Ausgezeichnetes Projekt: der Medibus in Nordhessen. Darüber freuen sich (von links): Dr. med. Andreas Gassen (Vorstandsvorsitzender KBV und Zi), Dr. med. Eckhard Starke (Stv. Vorstandsvorsitzender KV Hessen), Dr. med. Jörg Hermann, Zi-Kuratoriumsvorsitzender & Vorstandsvorsitzender KV Bremen).

# Tizian als roter Faden

## Venezianische Renaissancemalerei im Frankfurter Städel

Wie funkelnde Kolosse aus einem anderen Universum muten sie an: Riesige Kreuzfahrtschiffe, die sich bedrohlich an Venedigs historischem Zentrum vorbeischieben. Nach jahrelangen Debatten müssen die neuzeitlichen Ungeheuer jedoch künftig einen Bogen um die Altstadt der einstigen See- und Handelsmacht machen und in einer Industriegegend am Festland anlegen. Ein kleiner Sieg im Kampf um den Erhalt der Lagunenstadt, die – obwohl Jahr für Jahr von Touristen überflutet – noch immer ihre Anziehungskraft bewahrt: Prächtige Paläste, breite Wasserstraßen und großzügige Plätze, ein malerisches Geflecht enger Gassen und Kanäle. Zu Beginn des 16. Jahrhunderts erlebte die Stadt eine Blütezeit. Die Künstler der Serenissima entwickelten eine eigenständige Spielart der Renaissance, die auf rein malerische Mittel und die Wirkung von Licht und Farbe setzte. Einer ihrer wichtigsten Vertreter war Tizian (um 1488/90–1576), seinerzeit zentrale Figur der venezianischen Kunstszene. Mit über 100 Meisterwerken widmet das Frankfurter Städel noch bis zum 26. Mai die Sonderausstellung „Tizian und die Renaissance in Venedig“ einem der bedeutendsten Kapitel der europäischen Kunstgeschichte: der venezianischen Malerei der Renaissance. Zu den vielen Künstlern, die in der Schau vertreten sind, zählen unter anderem Jacobo Bassano, Giovanni Bellini, Jacobo Tintoretto oder Paolo Veronese.

### Belle Donne und elegante Männer

Es sind die Gesichter, die in ihren Bann ziehen. Das blauglänzende, um Schulter und Dekolleté drapierte Kleid diente Sebastiano del Piombo dazu, den Liebreiz einer namenlosen Schönen hervorzuheben. Rundliches Gesicht, volle Lippen, geheimnisvoller Blick und dunkelblondes Haar: Damit entsprach die „Dame in Blau mit Parfumbrenner“ (um 1510/11) exemplarisch dem damaligen Idealtypus weiblicher Schönheit. Das gilt ebenso für die anmutige, ein wenig kess lächelnde junge Frau, die Bartolomeo Veneto um 1520 mit ent-

blößter linker Brust als Flora malte. In acht thematischen Kapiteln, darunter die Idealbilder schöner Frauen („Belle Donne“), stellt die Schau ausgewählte, für die venezianische Malerei des 16. Jahrhunderts typische Aspekte vor. In Tizians „Bildnis eines jungen Mannes“ (um 1510), das zu dem venezianischen Bestand der Städel'schen Sammlung gehört, spiegelt sich die ernste Nachdenklichkeit des Erwachsenen. Ausgehend von diesem Portrait aus Tizians Frühwerk, das bereits seine Virtuosität bei der Wiedergabe von Oberflächen zur Geltung bringt, zeichnet die Ausstellung die Entwicklung des venezianischen Männerporträts im Cinquecento nach. Ins Auge fallen die auf Baldassare Castigliones „Libro del cortegiano“ (1528; Das Buch vom Hofmann) basierenden Portraits lässig-eleganter junger Männer in Schwarz, etwa von Tizian oder Tintoretto, ebenso wie Tizians realistisch wirkendes Bildnis eines Dogen oder Darstellungen von Männern in glänzender Rüstung.

### In Farben baden

Neben schönen Frauen und eleganten Männern setzen sich die Kapitel der Ausstellung, die mit hochkarätigen Leihgaben aus europäischen Museen und den USA aufwartet, auch mit biblischen Themen



Tizian (um 1488/90–1576): Bildnis eines jungen Mannes, ca. 1510. Öl auf Pappelholz, Städel Museum, Frankfurt am Main.



Bartolomeo Veneto (erwähnt 1502–1530): Idealbildnis einer jungen Frau als Flora, um 1520 (?)– Öl auf Pappelholz, Städel Museum Frankfurt am Main.

und der Einführung in die Landschaft auseinander. Tizian dient gewissermaßen als roter Faden, der durch die verschiedenen Facetten der venezianischen Renaissance führt. So existierte im 16. Jahrhundert die Landschaftsmalerei noch nicht als Gattung, doch gewann die Landschaft in der Malerei zunehmend an Bedeutung. Deutlich zu sehen etwa an Tizians Frühwerk „Noli me tangere“ (ca. 1514) aus der National Gallery in London. Der hinter Jesus aufragende Baum unterstreicht seine kurz bevorstehende Auferstehung im goldenen Licht des Ostermorgens, während Maria Magdalena auf der Erde kniet. Die Farbe ist ein zentrales Thema für die venezianische Renaissancemalerei. Dass die Künstler in ihren Bildern förmlich darin baden, lag an den spezialisierten Farbenhändlern in Venedig. Hier konnten sie sich mit den unterschiedlichsten Tönen eindecken, während die Florentiner Maler ihre Farben noch beim Apotheker kaufen mussten.

**Katja Möhrle**

„Tizian und die Renaissance in Venedig“, bis 26. Mai 2019 im Städel Museum Frankfurt am Main, Schau-maikai 63, im Internet: [www.staedel-museum.de](http://www.staedel-museum.de)

# „Bevölkerungsmedizin ist die Zukunft der Gesundheitsversorgung“

## Özden Doğan wirbt für Nachwuchs im Öffentlichen Gesundheitswesen

Özden Doğan ist seit September 2017 als Arzt im Kreisgesundheitsamt Fulda tätig. Nach seinem Medizinstudium in Heidelberg hat es den gebürtigen Rheinländer nach Fulda verschlagen, wo er ein Trainee-Programm des Landkreises absolviert, um sich in fünf Jahren zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen (ÖGW) weiterbilden zu lassen.

**Herr Doğan, Sie haben direkt im Anschluss an Ihr Medizinstudium eine Laufbahn im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) eingeschlagen. Das ist ja nicht unbedingt die klassische Berufswahl für junge Ärztinnen und Ärzte?**

**Özden Doğan:** Leider ist das noch so, ja. Tatsächlich ist der ÖGD für einige meiner Kolleginnen und Kollegen eher ein Plan B gewesen, bei mir war das aber nicht der Fall. Ich habe mich ganz bewusst dafür entschieden, weil ich daran arbeiten wollte, Gesundheit zu erhalten und Krankheiten zu verhindern, bevor sie geheilt werden müssen. Ich wollte mit meiner Arbeit auch immer mehr Menschen erreichen, und nicht nur einen Patienten nach dem anderen einzeln versorgen. Prävention, Gesundheitsförderung oder vereinfacht gesagt Bevölkerungsmedizin sind meiner Ansicht nach die Zukunft der Gesundheitsversorgung.

**Wann wurde Ihnen klar, dass Sie eine Karriere als Facharzt im ÖGD anstreben möchten?**

**Doğan:** Das kristallisierte sich gegen Ende meines Studiums heraus, während des



Özden Doğan im Gespräch mit einer Patientin.

Praktischen Jahres in der Klinik. Ich war unzufrieden mit den Arbeitsbedingungen und den Entwicklungen im Gesundheitssystem. Bereits vor dieser Zeit habe ich mich auch schon viel mit gesundheitspolitischen und Public Health-Themen beschäftigt. Daher war die Verknüpfung von Medizin und Gesundheitspolitik für mich eine logische Konsequenz.

Ich wollte einen Facharzt machen, bei dem ich beides miteinander verbinden und an bevölkerungsmedizinischen Fragestellungen arbeiten kann. So habe ich mich für das Trainee-Programm in Fulda entschieden.

**Wie hat Ihr Umfeld auf Ihre Berufswahl reagiert? Die meisten Ihrer Kommilitonen**

**haben vermutlich eine andere Fachrichtung eingeschlagen?**

**Doğan:** Viele haben es nicht ganz nachvollziehen können, weil sie sich nichts darunter vorstellen konnten. Ich habe in Heidelberg studiert, da gab es unter den Studierenden wie auch in der klinischen Ausbildung keinen Platz für Karrierewege außerhalb der Forschung, der Klinik oder der Niederlassung. Das finde ich sehr schade, dadurch bleiben viele Potenziale ungenutzt.

**Seit einem Jahr sind Sie inzwischen im Kreisgesundheitsamt Fulda beschäftigt. Haben sich Ihre Erwartungen an die Arbeit im ÖGD erfüllt?**

**Doğan:** Allerdings! Ich bin einer von aktuell acht Ärztinnen und Ärzten. An meiner Tätigkeit schätze ich vor allem, dass ich ausreichend Zeit für die von mir betreuten Menschen habe und dass ich mit vielen verschiedenen Berufsgruppen zusammenarbeite. Man wächst jeden Tag über sich hinaus, weil für die Arbeit neben der medizinischen Fachkompetenz auch juris-

### 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)

tische, sozialwissenschaftliche und politische Kenntnisse nötig sind. Diese große Abwechslung im Arbeitsalltag ist ungemain bereichernd. Auch das Arbeitsklima ist freundlich und sehr kollegial. Wer sich für Public Health interessiert, für den bietet der ÖGD wirklich viel. Die Denkweise ist zudem eine andere: Wir lindern keine Beschwerden, sondern erhalten und fördern Gesundheit. Der Fokus rückt also von der Krankheit auf die Gesundheit eines Menschen. So sollte Medizin meiner Ansicht nach eigentlich sein.

### Wie sieht der typische Arbeitsalltag bei Ihnen aus?

**Doğan:** Den typischen Arbeitsalltag habe ich nicht, weil ich alle paar Monate die Abteilung wechsele. Ich erstelle medizinische Gutachten und Zeugnisse, führe Hygienebegehungen durch oder ermittle an Infektionskrankheiten, um ihre Weiterverbreitung zu verhindern. Schuleingangsuntersuchungen, Beratungsangebote, Projekte, Schulungen oder Fortbildungen – meine Tätigkeiten sind je nach Sachgebiet sehr unterschiedlich. Überall ist die Arbeit eine andere, und das finde ich so toll an meiner Ausbildung. So kommt keine Langeweile auf und man lernt ständig hinzu.

### Dennoch leidet die Fachrichtung an akutem Nachwuchsmangel, viele offene Stellen können nicht besetzt werden. Wie erklären Sie sich das?

**Doğan:** Der Lohnunterschied zwischen Ärztinnen und Ärzten in der Klinik und im ÖGD ist bestimmt ein wichtiger, aber sicher nicht der ausschlaggebende Faktor, zumindest nicht für den Nachwuchs. Viele Absolvierende wissen einfach nicht, wie die Arbeit im ÖGD aussieht. Für viele ist der einzige Berührungspunkt mit dem Gesundheitsamt, wenn wir die unterste Ebene des ÖGD als Beispiel nehmen, oft nur die notwendige Meldung bestimmter Krankheiten. Mit dem Begriff „Public Health“ können die meisten schon mehr anfangen, denken dann aber an internationale Organisationen. Dass der ÖGD „Public Health vor Ort“ ist, wissen sie nicht. Dass sie mit dem Facharzt für ÖGD quasi „Public Health-Facharzt“ werden können, ebenso wenig.

### Woran liegt das Ihrer Meinung nach?

**Doğan:** In Deutschland gibt es keine Lehrstühle an den medizinischen Fakultäten und man erfährt kaum etwas von der dritten Säule des Gesundheitswesens. Auch die Weiterbildung ist nicht überall so einheitlich organisiert wie in Fulda, entsprechende Programme gibt es bundesweit kaum. Das alles muss sich dringend ändern, wenn man Nachwuchs binden will. Man muss aber ehrlicherweise auch er-

wähnen, dass der ÖGD eine Modernisierung und weitere Kompetenzen in einer sich verändernden Gesundheitswelt braucht, um in Zukunft attraktiv für viele Berufsgruppen zu bleiben. Die Themen Gesundheitsförderung und Prävention von Krankheiten werden gerade im Hinblick auf die Finanzierung von Gesundheitssystemen künftig eine viel größere Rolle spielen. Wer eins und eins zusammenzählen kann, weiß daher, dass die bevorstehenden Probleme nur mit bevölkerungsmedizinischen Ansätzen gelöst werden können.

### Sie sprechen ein derzeit großes und viel diskutiertes Thema des Gesundheitswesens an: die Ökonomisierung in allen Bereichen. Inwiefern sind Sie davon bei Ihrer Arbeit im ÖGD betroffen?

**Doğan:** Das wirtschaftliche Denken hat aufgrund falscher Anreize verdrängt, dass wir uns um Menschen kümmern und eine Gesundheitsversorgung geschaffen, die sich sehr stark auf kurative Angebote fokussiert. Gesundheitsförderung und Prävention haben – wenn überhaupt – eine untergeordnete Rolle. Das verhindert, denjenigen besonders zu helfen, die es schwer haben, Zugang zum Gesundheitssystem zu finden. Sie werden nämlich nicht durch dieses System aufgefangen, das sich überwiegend an Menschen mit einer ausgeprägten Gesundheitskompetenz richtet. Das sozioökonomische Gefälle halte ich deshalb für eine der größten beruflichen Herausforderungen unserer Fachrichtung. Der ÖGD hat nämlich ebenso das Interesse, den Gesundheitszugang benachteiligter Gruppen zu gewährleisten, damit nicht der Geldbeutel oder der Bildungsgrad darüber entscheiden, wie gesund ein Mensch lebt. Es gibt aber Teile der Bevölkerung, die wir selbst mit den besten Programmen nicht erreichen können. Hier für Verbesserung zu sorgen, sehe ich als ein persönliches Ziel und eine wichtige Aufgabe des ÖGD. Das geht aber nur mit politischer Unterstützung. Schließlich ist Gesundheit ein Grundrecht, das auch mitverantwortlich für Zusammenhalt und Sicherheit in einem Land ist.

**Interview: Nadja Moalem**  
Landkreis Fulda

## Trainee-Programm: Weiterbildung zum Facharzt für Öffentliches Gesundheitswesen im Kreis Fulda

Die Dauer des Trainee-Programms Öffentliches Gesundheitswesen beträgt direkt nach der Approbation fünf Jahre. Das Gesundheitsamt vermittelt bei Interesse qualifizierte Weiterbildungsstellen im Landkreis Fulda.

### Das Programm umfasst:

- 18 Monate in einer weiterbildungsberechtigten Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens
- 36 Monate in einer Klinik, davon sechs Monate in der Psychiatrie
- Sechsmonatiges Seminar in Düsseldorf (sog. Amtsarztkurs)
- Ablegen der Facharztprüfung

Die Anstellung erfolgt zunächst im Angestelltenverhältnis und kann bei entsprechender Eignung in ein Beamtenverhältnis übergehen. Während der gesamten Weiterbildungszeit bleibt der Assistenzarzt/die -ärztin beim Landkreis Fulda beschäftigt. Absolventen verpflichten sich dazu, nach der Weiterbildung eine Mindestzeit von 36 Monaten im Gesundheitsamt tätig zu sein. Mit den Trainee-Stellen wurden jeweils zusätzliche Stellen im Fuldaer Gesundheitsamt geschaffen.

Kontakt: Prof. Dr. med. D. Breitmeier  
Fon: 0661 6006 6014; E-Mail:  
alexandra.vogel@landkreis-fulda.de

Leserbrief zur Früherkennung Gebärmutterhalskrebs: „Wir könnten 90 Prozent verhindern!“, von Dr. med. Sabine Dominik, HÄBL 03/2019, S. 172f., Nachdruck aus der Zeitschrift „Emma“.

## „Sensitivität der HPV-Testung beim Zervixkarzinom liegt bei nahezu 100 Prozent“

Neben vielerlei Anekdotischem aus ihrer Kindheit behauptet die Autorin in ihrem oben genannten Artikel – einem Nachdruck aus der Zeitschrift „Emma“ –, dass die Sensitivität des HPV-Testes beim Zervix-Karzinom lediglich 80 Prozent (%) betrage. Diese Aussage ist inhaltlich weit entfernt von allen relevanten wissenschaftlichen Arbeiten zum Thema Sensitivität der Zytologie und der HPV-Testung. Sie ist schlicht falsch und bedeutet ein hohes Verunsicherungspotenzial für alle Betroffenen. Alle ernst zu nehmenden Expertinnen und Experten geben die Sensibilität mit nahezu 100 %, nämlich mit 98 % an [1].

Als Hämatologe und internistischer Onkologe sowie langjähriger Vorsitzender der Onkologie-Kommission der KV Hessen habe ich die Entwicklung und den Studienhintergrund zur HPV-DNA-Analytik kontinuierlich verfolgt. Die auch von der Autorin erwähnte Entdeckung des Zusammenhangs zwischen einer HPV-Infektion, dem anschließenden Persistieren von HPV-DNA in der menschlichen (Gebärmutterhalsschleimhaut-)Zelle und der nachfolgenden Entstehung eines Zervixkarzinoms durch Harald zur Hausen ist ein bahnbrechender Erfolg hinsichtlich des Nachweises einer Karzinogenese

durch eine Virusinfektion. Dafür wurde ihm der Nobelpreis verliehen.

Zahlreiche prospektive, randomisierte und in erstklassigen Journals publizierte Studien zeigen die hohe Sensitivität und damit die Eignung der HPV-DNA-Analytik zur Risikostratifizierung. Sie sind in fast allen europäischen Ländern durchgeführt worden und haben zu unterschiedlichen Präventionsstrategien geführt. In Holland beispielsweise hat man sich nach epidemiologischen Studien und Risiko- und Kostenabwägungen für ein primäres HPV-Screening im Abstand von sieben (!) Jahren entschieden. Ich glaube nicht, dass unsere holländischen Nachbarn fahrlässig sind und so die Gesundheit ihrer Bürgerinnen aufs Spiel setzen.

Deutschland hat nach langen Diskussionen und Beratungen im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) zunächst ein Optionsmodell beschlossen und sich dann nach Diskussion mit allen Betroffenen für das jetzt einzuführende Co-Testing entschieden. An der Beschlussfassung waren alle Ebenen der Gesundheitsversorgung in Deutschland beteiligt und haben sich letztendlich in Kenntnis sämtlicher relevanten wissenschaftlichen Gesichtspunkte auf dieses Vorgehen geeinigt. Es ist mir völlig unverständlich, wie man ein derarti-

ges differenziertes Vorgehen als fahrlässig bezeichnen kann, ganz abgesehen von der nicht nachvollziehbaren Behauptung der Autorin, die Sensitivität der HPV-Testung beim Zervixkarzinom würde nur bei 80 % liegen. Eine derartige Aussage ist nur dazu geeignet, die Teilnahmebereitschaft an der Prävention zu mindern und stellt eine Gefährdung dieses Programms dar.

Wenn eine derartige feministisch unterfütterte Befindlichkeitsäußerung in der Zeitschrift „Emma“ veröffentlicht wird, dann ist sie dort gut aufgehoben. Dem zweiten Abdruck im Hessischen Ärzteblatt muss aber inhaltlich ganz entschieden widersprochen werden.

**Dr. med. Thomas Klippstein**

Facharzt Innere Medizin,  
Hämatologie und  
Internistische Onkologie,  
Vorsitzender  
des Gebührenordnungsausschusses  
der Landesärztekammer Hessen

### Literatur:

[1] U. Petry, Th. Cox, K. Johnson, Th. C. Wright et al: Evaluating HPV-negative CIN2+ in the Athena trial. Int. J. Cancer: 2016; published on behalf of UICC.

### Antwort der Autorin:

## Zervixkarzinom-Vorsorgeuntersuchung zwischen Lobbyinteressen und Evidenz

In nahezu allen Zervixkarzinomen ist HPV-DNA nachweisbar. Der Nachweis dieser Virus-DNA mit hochsensitiven Nachweismethoden im Labor ist nicht zu wechseln mit HPV-Tests in der klinischen Praxis, die unter Feldbedingungen stattfinden. Die Qualität von Testsystemen dieser Art kann bekanntlich nicht auf die Sensitivität heruntergebrochen werden. Vielmehr ist die Aussagesicherheit von Testsystemen ohne Wissen um Spezifität

und Krankheitsprävalenz nicht definierbar [1].

Bezogen auf den Teilaspekt der Sensitivität ist die von Herrn Klippstein angeführte „Athena Studie“ ungeeignet, die Rate positiver HPV-Test-Ergebnisse bei invasiven Zervixkarzinomen zu schätzen: Hierfür war die Anzahl der Karzinome (N=4) viel zu gering [2]. Dagegen belegen Studien mit vielen Hundert untersuchten Zervixkarzinomen (N=526) [3] falsch negative

HPV-Testergebnisse in etwa 20 % der Fälle [3, 4, 5, 6].

Wie oben ausgeführt, beschreiben isolierte Sensitivitätsaussagen ein Testsystem jedoch nicht ausreichend. Laut Votum der Gesellschaft für Virologie (Presseerklärung aus 2017) sei „...eine Vielzahl der HPV-Tests für das Screening Programm ungeeignet. (...) Zudem bräuchten wir, etwa nach dem Vorbild Großbritanniens, Pilotprojekte, bei denen im Rahmen des

Screenings in unterschiedlichen Regionen Deutschlands verschiedene Tests parallel verwendet werden, um so herauszufinden, welche sich letztlich im Rahmen eines Massen-Screenings bewähren“ [7].

Es geht um Vorhersagesicherheit, nicht um isolierte Sensitivität. Gemäß der WHO-Screening-Kriterien von Wilson und Jungner [8] stellt ein populationsbasiertes Screening besonders hohe Anforderungen an die Vorhersagesicherheit des verwendeten Testsystems. Gemeint ist wohlgerneht die Wirksamkeit des Screening-Programmes als Ganzes. Nicht um die Sensitivitätsversprechen einzelner Hersteller. Entgegen der von Kollege Klippstein beschriebenen Einigkeit der Fachgesellschaften und Gesundheitsversorger in Deutschland kam es bei der Erstellung der S3-Leitlinien zur Prävention des Zervix Karzinoms zu Auseinandersetzungen und protesthaften Austritten von Fachgesellschaften aus der Leitlinienkommission [9]. Von einer evidenzbasierten Einigkeit zum Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse kann somit keine Rede sein.

Über weitergehende interessengeleitete Motivationen Einzelner verbietet es sich zu spekulieren. Folglich enthalten weder Abschlussbericht noch Rapid Report des Instituts für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) eine Empfehlung für eine bestimmte Screeningstrategie [10, 11].

Natürlich teile ich mit dem Kollegen Klippstein die Sorge um die Teilnahmebereitschaft der betroffenen Frauen. Um die Inzidenz und Mortalität des Zervix-Karzinoms wirksam zu senken, wären die fehlende und die unregelmäßige Teilnahme am Screening-Programm zu verbessern. Ob dies mit dem nicht besonders motivierenden und zeitversetzten fünf-Jahres-Einladungsschreiben (bei 1- bzw. 3-jährlichen Screening-Intervallen) erreicht werden kann, ist zu bezweifeln. In der Änderung des bisher erfolgreichen Programmkonzeptes liegt der eigentliche Risikofaktor.

**Dr. med. Sabine Dominik**

Literatur unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de), Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 05/2019.

**Bücher**



**Helmut Greim (Hrsg.): Das Toxikologiebuch. Grundlagen, Verfahren, Bewertung**

Wiley-VCH, Weinheim. 1. Auflage 2017. rund 1.000 Seiten, Hardcover, 197 Abb., 102 Tab. ISBN: 9783527339730, € 169

Das „Toxikologiebuch – Grundlagen, Verfahren, Bewertung“ wurde von einem internationalen Expertenteam unter Leitung des renommierten deutschen Toxikologen Prof. Dr. Helmut Greim herausgegeben und richtet sich an Ärzte und Naturwissenschaftler. Greim war der Ordinarius für Toxikologie an der Technischen Universität München und gleichzeitig Leiter des Institutes für Toxikologie des GSF-Forschungszentrums für Umwelt und Gesundheit sowie Vorsitzender der MAK-Kommission der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Seit 2004 ist er Vorsitzender des Scientific Committee on Health and Environmental Risks der Europäischen Union. Das umfang-

reiche Lehrbuch und Nachschlagewerk basiert auf Vorgängerbüchern, die seit 1995 herausgegeben und in mehreren Sprachen übersetzt wurden. Es ist unterteilt in die fünf großen Abschnitte Grundlagen, Organe und Organsysteme, Toxikologische Prüfverfahren, Regulatorische Toxikologie und spezielle Toxikologie.

Hervorzuheben ist, dass einzelne inhaltliche Abschnitte am Ende in gerahmten Kästen zusammengefasst werden und so einen schnellen Überblick geben. Dieses Handbuch ist ein zuverlässiger Begleiter für alle toxikologisch Interessierten.

**Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak**

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Abs. 6t der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 folgende Satzung beschlossen:

### Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

#### I.

Die Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung vom 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 53–54), zuletzt geändert am 10. September 2014 (HÄBL 10/2014, S. 601), wird wie folgt geändert:

**§ 3 Abs. 3 Satz 1 und 2 wird wie folgt neu gefasst:**

„Der ehrenamtliche Vorstand der Akademie setzt sich aus zehn Ärzten zusam-

men: einem Vorsitzenden, zwei stellvertretenden Vorsitzenden und sieben Beisitzern. Der Vorsitzende, zwei stellvertretende Vorsitzende und drei Beisitzer werden von der Delegiertenversammlung gewählt.“

#### II.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

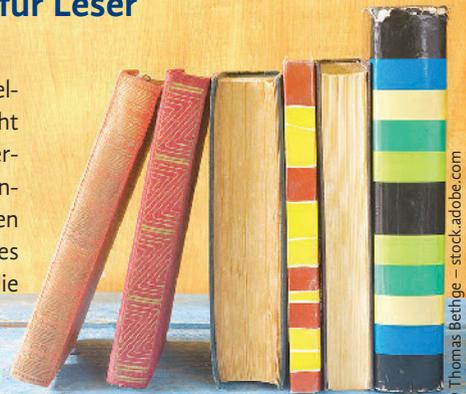
Frankfurt, 26. März 2019

Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

### Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,  
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

**Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!**  
E-Mail: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)



Aufgrund des § 79 Abs. 4 i.V.m. § 54 BBiG vom 23. März 2005 (BGBl. I S. 931), zuletzt durch Artikel 14 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581), und des § 49 Absatz 1 Nr. 3 der Strahlenschutzverordnung vom 29. November 2018 (BGBl. I S. 2034, 2036), i.V.m. der vom Bundesministerium für Umwelt, Naturschutz und Reaktorsicherheit (BMU) herausgegebenen „Richtlinie Fachkunde und Kenntnisse im Strahlenschutz bei dem Betrieb von Röntgeneinrichtungen in der Medizin und Zahnmedizin vom 22. Dezember 2005“, zuletzt geändert durch RdSchr. v. 27.6.2012 (GMBI 2012, S. 724; ber. S. 1204), i.V.m. § 8 Abs. 4 Nr. 1 der Verordnung über Zuständigkeiten auf dem Gebiet des Arbeitsschutzes, der Sicherheitstechnik, der Produktsicherheit und des Medizinprodukterechts (Arbeitsschutzzuständigkeitsverordnung – ArbSchZV) vom 11. August 2014 (GVBl. 2014, 196), erlässt die Landesärztekammer Hessen als zuständige Stelle nach § 49 Absatz 1 Nr. 3 der Strahlenschutzverordnung die vom Berufsbildungsausschuss am 6. März 2019 beschlossene nachstehende Änderung der Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß § 24 Absatz 2 Nr. 4 Röntgenverordnung“ durch die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019:

## Änderung der Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV

### I.

Die Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß

§ 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV vom 9. Mai 2012 (HÄBL 06/2012, S. 407) wird wie folgt geändert:

1.) Der Name der Prüfungsordnung wird wie folgt neu gefasst:

### „Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gemäß § 49 Abs. 1 Nr. 3 StrSchV“

2.) In § 1 Abs. 1 wird die Angabe „§ 24 Absatz 2 Nr. 4 RöV“ durch die Angabe „§ 49 Abs. 1 Nr. 3 StrSchV“ ersetzt.

### II.

### In-Kraft-Treten

Die Änderungen der Prüfungsordnung treten rückwirkend zum 1. Januar 2019 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Satzung zur Änderung der Prüfungsordnung für den Lehrgang „Kenntnisse im Strahlenschutz“ gem. § 24 Abs. 2 N. 4 RöV wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2019



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

## 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)

### Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

**Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2019** haben am schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 316 Prüflinge teilgenommen, von denen 268 bestanden haben.

315 Prüflinge haben am praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 243 bestanden haben.

Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2019 können demnächst im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

**Einser-Kandidatin bei der MFA-Abschlussprüfung im Winter 2019:**

Bei der Abschlussprüfung Winter 2019 hat eine Kandidatin den praktischen

und den schriftlichen Teil der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen: Theresa Schmid aus der Kirchhainer Gemeinschaftspraxis Dr. med. Mira Küllmer, Sina Küllmer und Rüdiger Trebst hat schriftlich 93 Punkte und im Praktischen Teil 94 Punkte erzielt.

**Die Checkliste** „Empfehlungen für die Einstellung von auszubildenden Medizinischen Fachangestellten“ kann im Internet unter [www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Vorschriften\\_Vertraege/22\\_checkliste\\_empfehlung\\_einstellung.pdf](http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Vorschriften_Vertraege/22_checkliste_empfehlung_einstellung.pdf) abgerufen werden.

Kurzlink:  
<http://tinyurl.com/yycmb3wx>

## Wir gedenken der Verstorbenen

## Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

**Dienstag, 4. Juni 2019, 19 Uhr**

eine

### **AUTORENLESUNG**

Veranstaltungsort:

**Landes Zahnärztekammer Hessen  
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main**



Foto: © Dagmar Morath

**Inger-Maria Mahlke**  
(Deutscher Buchpreis 2018)

liest aus

**Archipel**  
(Rowohlt Verlag GmbH 2018)

ARCHIPEL spiegelt politische und gesellschaftliche Verwerfungen am Rande des Europäischen Kontinents 1919 bis 2015 wider: Kolonialismus, Faschismus, Bürgerkrieg, Entwicklung des Massentourismus, die Flucht der Jugend auf den Kontinent, aber auch die Last der Alten sind das Schicksal von Teneriffa, der Insel des „ewigen Frühlings“.

Beeindruckend ist die Verflechtung von Historie und Lebensschicksalen. Familien-tragödien, beispielhaft dargestellt anhand von drei Familien aus Aristokratie, Mittelstand und Arbeiterklasse. 17 Kapitel kanarischer – spanischer – europäischer Geschichte – rückwärts geschrieben. Vergangenheit erschließt sich erst aus dem Wissen darüber, was daraus wurde – wirft Schatten auf die Gegenwart.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3 | 60488 Frankfurt/Main | Fon/Fax: 069 766350  
www.bad-nauheimer-gespraech.de | E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

# Goldenes Doktorjubiläum

## Ungültige Arztausweise

**Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:**

**Arztausweis-Nr.** 60048820 ausgestellt am 12.6.2017 für Saied Bianouni, Bad Hersfeld

**Arztausweis-Nr.** 60036501 ausgestellt am 15.12.2014 für Prof. Dr. med. Christopher Bliemel, Marburg

**Arztausweis-Nr.** 60041827 ausgestellt am 08.02.2016 für Hany Elfadaly, Selters

**Arztausweis-Nr.** 60040664 ausgestellt am 13.11.2015 für Dr. med. Rainer Gareis, Offenbach

**Arztausweis-Nr.** 60046399 ausgestellt am 04.01.2017 für Dr. med. Annette Elisabeth Haberl, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60051774 ausgestellt am 12.01.2018 für dr. med. Valerie Habermehl, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60053480 ausgestellt am 28.03.2018 für Hina Khan, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60051043 ausgestellt am 16.11.2017 für Dr. med. Vitor Paixao Gatinho, Frankfurt

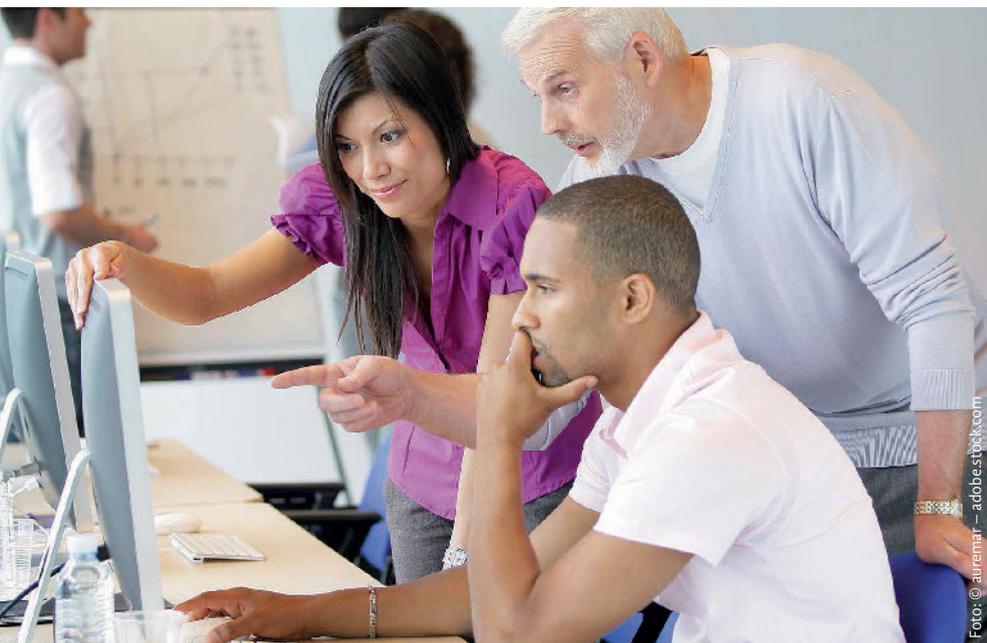
**Arztausweis-Nr.** 60033770 ausgestellt am 28.05.2014 für Dr. med. Oliver Przibille, Rödermark

**Arztausweis-Nr.** 60058289 ausgestellt am 06.03.2019 für Dr. med. Michael Sippel, Petersberg

**Arztausweis-Nr.** 60057693 ausgestellt am 01.02.2019 für doktor Edi Stepanovski, Frankfurt

# Integration von Geflüchteten in die Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten

### Gute Deutschkenntnisse sind unabdingbar!



Eine gute Ausbildung ist Voraussetzung für Erfolg in Beruf und Leben.

Die Berufsausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten ist ein anspruchsvoller Ausbildungsgang im dualen System, das heißt Ausbildung in der Praxis und in der Berufsschule.

Die vorgeschriebene Ausbildungsdauer beträgt drei Jahre. Die Ausbildungsinhalte sind im Ausbildungsrahmenplan als Anhang zur Ausbildungsordnung vom 26. April 2006 niedergelegt.

Informationen über die Ausbildung finden Sie im Internet auf unserer Webseite unter [www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege](http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege).

Im Ausbildungsvertrag verpflichten Sie sich deshalb, dafür zu sorgen,

- dass der/dem Auszubildenden die berufliche Handlungsfähigkeit vermittelt wird, die zum Erreichen des Ausbildungsziels erforderlich ist, und
- die Berufsausbildung in einer durch ihren Zweck gebotenen Form planmäßig, zeitlich und sachlich gegliedert so durchzuführen,

- dass das Ausbildungsziel in der vorgesehenen Ausbildungszeit erreicht werden kann (vgl. § 14 BBiG).

### Hinweise zur Einstellung Geflüchteter als Auszubildende

Planen Sie, eine Geflüchtete oder einen Geflüchteten als Auszubildende/n einzustellen? Insbesondere aus folgenden Herkunftsländern und nach Ankunft in Deutschland seit Januar 2015: Afghanistan, Eritrea, Iran, Irak, Nigeria, Pakistan, Somalia, Syrien – dann bedenken Sie bitte Folgendes:

- Um die MFA-Ausbildung erfolgreich zu absolvieren, muss bereits zu Beginn der Ausbildung das Sprachniveau B2 gegeben sein.
- Fehlende Deutschkenntnisse führen zur Frustration und gegebenenfalls zum Abbruch der Ausbildung.
- Die ausländerrechtlichen Regeln müssen beachtet werden (Status, Arbeitslaubnis, Ausbildungsduldung).

### Überprüfen der Sprachkompetenz

Wir empfehlen, sich ein Sprachzertifikat vorlegen zu lassen und die Sprachkompetenz beim Bewerbungsgespräch selbst zu überprüfen.

Sollten keine ausreichenden Deutschkenntnisse vorliegen, helfen folgende Stellen weiter:

- die regional zuständige Arbeitsagentur,
- die für die Berufsschule zuständigen QuABB\*-Ausbildungsbegleiter/-innen,
- die von der Landesärztekammer bestellten Ausbildungsberater/-innen.

Es gibt zahlreiche Möglichkeiten des Spracherwerbs sowie der Berufsorientierung und Berufsvorbereitung, zum Beispiel das vom Hessischen Wirtschaftsministerium aufgelegte Programm „Wirtschaft integriert“.

Sollten Sie bereits einen Berufsausbildungsvertrag geschlossen haben, wird sich in Kürze ein Ausbildungsberater oder -beraterin der Landesärztekammer mit Ihnen in Verbindung setzen, um Sie weiter zu beraten.

**Landesärztekammer Hessen**  
Abteilung MFA-Ausbildungswesen

### Weiterführende Links im Internet:

Gemeinsamer Europäischer Referenzrahmen für Sprachen:  
[www.europaecher-referenzrahmen.de](http://www.europaecher-referenzrahmen.de)

Wirtschaft integriert:  
<http://www.wirtschaft-integriert.de/>

Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule:  
[www.quabb-hessen.de](http://www.quabb-hessen.de)

Ausbildungsberater der LÄKH:  
[www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/ausbildungsberater-innen](http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/ausbildungsberater-innen)

\* QuABB bedeutet: Qualifizierte Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule, Landesprogramm

## 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

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

**Mitglieder der Redaktionskonferenz:**  
Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)  
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)  
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

**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  
Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb@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 4. Quartal 2018:  
Druckauflage: 36.633 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.201 Ex.



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

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsfor-

LA-MED

schung 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