

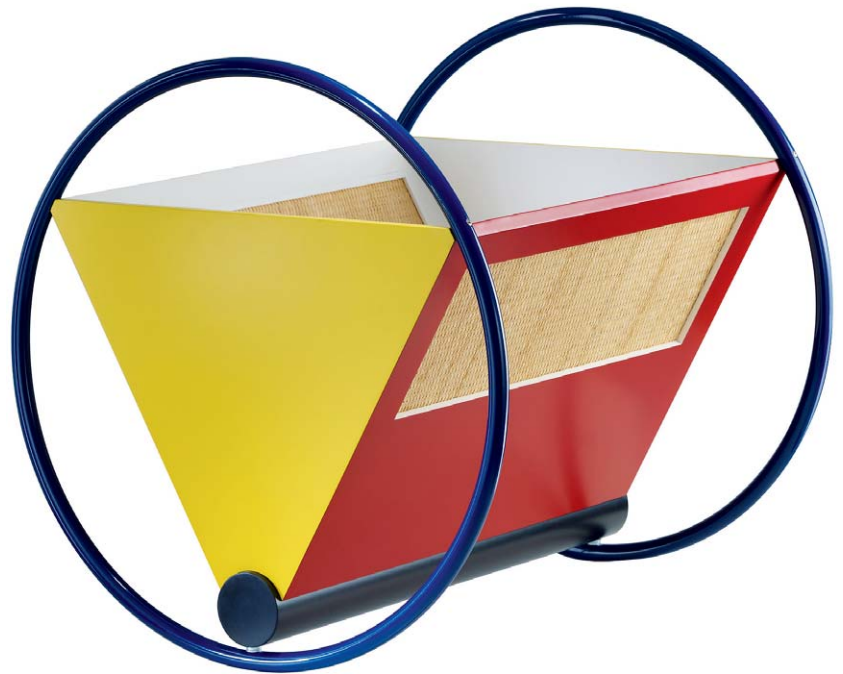
Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

3 | 2019

80. Jahrgang



100 Jahre Bauhaus – Ikone der Moderne



Zertifizierte Fortbildung

Technischer Stand, Entwicklung in Deutschland und Indikationsstellung sind Inhalte des CME-Beitrags über den Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)

Junge Ärztinnen und Ärzte

Die neue Initiative „Junge Kammer“ möchte den Kontakt zur Ärztekammer fördern, das Bündnis Junge Ärzte macht sich für ein besseres Arbeitsklima stark

Religiöse Vielfalt

Ein Übersichtsartikel thematisiert christliche, jüdische, muslimische und buddhistische Aspekte bei der Behandlung am Lebensende

Wart's ab

Am 18. Januar 2019 wurden die Karten in Hessen mit der Vereidigung der neuen Landesregierung neu gemischt. Stefan Grüttner (CDU) musste die Führung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration nach mehr als acht Jahren an seinen bisherigen Staatssekretär Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen) übergeben. Dem frischgebackenen Staatsminister Klose wünschen wir viel Erfolg bei den vor ihm liegenden Aufgaben und warten nicht ab, sondern bieten unsere Zusammenarbeit als Landesärztekammer in der Erwartung an, dass unser ärztlicher Sachverstand frühzeitig einbezogen und berücksichtigt wird.

Ein Blick in den Koalitionsvertrag verrät, dass vieles, aber eben doch nicht alles zu begrüßen ist. So ist auf der einen Seite die dauerhafte Umwandlung der bisherigen 185 Teilstudienplätze für Medizin an der Universität Marburg in dauerhafte Vollstudienplätze ausgesprochen positiv zu werten, während die beabsichtigte Einführung einer Landarztquote bei der Vergabe von Medizinstudienplätzen mehr als kritisch einzuschätzen ist. Kaum der Oberstufe entwachsen, sollen sich junge Studierende zur späteren Niederlassung im ländlichen Raum verpflichten. Für den einen oder die andere mag das sinnvoll und machbar sein, doch – Hand auf's Herz – wer von Ihnen macht heute das, was er im Alter von 19 oder 20 Jahren geplant hatte?

Positiv sehe ich die Absicht der Landesregierung, die Voraussetzungen zu schaffen, um die Integration der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in die Universitätsklinik Frankfurt zu bewerkstelligen, denn 2015 gab es bereits Überlegungen, Friedrichsheim zu privatisieren. Das Beispiel Gießen-Marburg zeigt schließlich, dass die Privatisierung einer Universitätsklinik durchaus ein heikles Unterfangen ist und schnell den gewünschten Zweck verfehlen kann.

Was Gemeinschaftspraxen und Medizinische Versorgungszentren (MVZ) betrifft, stehen die Zeichen wohl eher in Richtung Kommunalisierung, denn Gemeinschaftspraxen und MVZ sollen gestärkt werden, wenn sie von einem Landkreis, einer Kommune oder einem anderen Träger (wer ist hier gemeint? Cave: renditeorientierte Investorengesellschaften) gegründet und betrieben werden. Die Absicht ist löblich und doch sollten primär die rechtlichen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen so geändert werden, dass Ärztinnen und Ärzte Gemeinschaftspraxen oder MVZ in eigener Regie selbst auskömmlich betreiben können.

In dem noch von der alten Regierung initiierten Gesundheitspakt 3.0, den die Landesärztekammer gemeinsam mit den anderen Paktpartnern aktiv entwickelt und unterzeichnet hat, bildet die Förderung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung einen der

Schwerpunkte. Von der neuen Landesregierung wünsche ich mir Unterstützung, um Mittel und Wege zu finden, wie die ambulante fachärztliche Weiterbildung refinanziert werden kann. Die bisher dafür vorgesehene Förderung von bundesweit 1.000 Stellen reicht bei weitem nicht aus.

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. In Sachen Digitalisierung sind wir in Deutschland im internationalen Vergleich ja in der Tat ein Entwicklungsland. Selbst die Telekom kommt nur auf eine 75 %-ige Abdeckung im LTE-Netz. Hessen will in der nun laufenden Legislaturperiode insgesamt 1 Milliarde Euro für eine Digitalisierungsoffensive zur Verfügung stellen. Auch der ländliche Raum soll flächendeckenden Zugang zu gigabitfähigem Internet, mobilem W-LAN und eine lückenlose Mobilfunkverbindung erhalten.

Das Land Hessen fördert übrigens in diesem Jahr die von der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) entwickelte Smartphone-App „Warts-Ab“. Ziel ist es, Wartezeiten zu minimieren oder während der Wartezeit noch etwas zu erledigen. Über die App werden Patienten informiert, wenn sie tatsächlich dran sind. Gerade für offene Sprechstunden, die das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) vermehrt vorsieht, kann diese App eine praktische Hilfe sein.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Image Courtesy of Knoll, Inc.

Parlando: 100 Jahre Bauhaus

Aufbruch in die neue Sachlichkeit: Das war das Motto der Bildungsstätte für Architektur, Kunst und Design. Hundert Jahre später fasziniert das 1919 von Walter Gropius gegründete Bauhaus noch immer. Objekte wie der Wassily-Sessel oder die Wagenfeld-Leuchte sind längst zu Design-Klassikern avanciert.

162

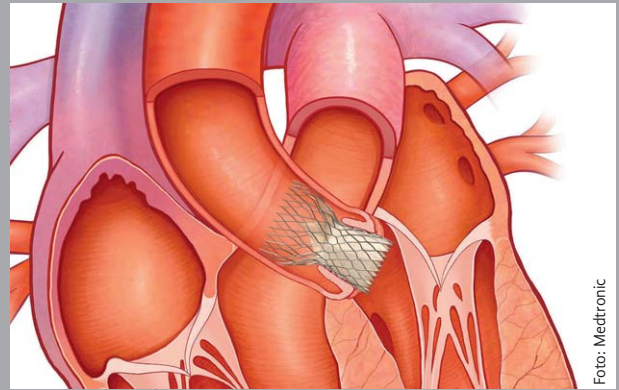


Foto: Medtronic

Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)

Die erste kathetergeführte Implantation einer biologischen Herzklappenprothese wurde 2002 in Frankreich durchgeführt. Seitdem hat sich TAVI erheblich entwickelt. Die zertifizierte Fortbildung informiert über den technischen Stand, die Entwicklung in Deutschland und die leitliniengerechte Indikationsstellung.

158

Editorial: Wart's ab	151
Aus dem Präsidium: Medizinische Sozialisation	154
Ärztékammer	
Stellungnahme der LÄKH zum Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung	155
Junge Ärztinnen und Ärzte	
Junge Kammer für junge Ärztinnen und Ärzte	156
Kampagne #nurMITeinander – für gute Medizin!	157
Fortbildung	
CME-Beitrag: Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)	158
Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Chirotherapie/Manuelle Medizin	166
Ärztliche Schwangerschaftskonfliktberatung	171
Bekanntmachungen	
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	179
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	185
■ Bekanntmachungen der Landesärztékammer Hessen	196
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	200
Ansichten und Einsichten	
Kleine Fische – große Fische/Ökonomisierung, Kollektivierung und Entselbstständigung im ambulanten Bereich	188
Luxussteuer auf Medikamente und Medizintechnik – zu Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen	190



Junge Ärztinnen und Ärzte

Die neue Initiative „Junge Kammer“ ist ein informelles Treffen, bei dem Delegierte und Nicht-Delegierte, Studierende und Interessierte relevante Themen besprechen können. Ein zweiter Beitrag stellt die Kampagne #nurMITeinander – für gute Medizin! des Bündnisses Junger Ärzte vor.

156/157



Religiöse Vielfalt im Gesundheitswesen

Es gehört zur professionellen Kompetenz von Ärzten und Pflegenden, weltanschauliche und religiöse Hintergründe bei sich selbst und den Patienten wahrzunehmen und bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen. Prof. Dr. med Fred Salomon beleuchtet religiöse Aspekte bei der Behandlung am Lebensende.

168

Mensch und Gesundheit

Behandlung am Lebensende aus Sicht verschiedener Religionen	168
Früherkennung Gebärmutterhalskrebs: „Wir könnten 90 Prozent verhindern!“	172
Ethikberatung in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit/Bad Nauheimer Gespräch mit Dr. med. Carola Seifart	174
Interview mit Boris Knopf und Heike Heidelberger vom Verein für Ambulante Ethikberatung in Hessen	176
Positive Entwicklung der ambulanten Ethikberatung/Mittlerweile 40 Projekte deutschlandweit/Fall-Vignette	178

Parlando: Ikone der Moderne: 100 Jahre Bauhaus	162
---	-----

Recht: Vertragsärztliche Dokumentationspflichten	164
---	-----

Aus den Bezirksärztekammern: Teilstudienplätze werden in Vollstudienplätze umgewandelt – Absolventenfeier	193
--	-----

Medizinische Fachangestellte: Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ in Marburg	194/195
---	---------

Personalia	192
-------------------------	-----

Leserbriefe	191
--------------------------	-----

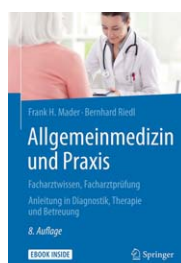
Impressum	204
------------------------	-----

Bücher



**Interkulturelle
Medizin und
Kommunikation**
Rahim Schmidt

S. 170



**Allgemeinmedizin
und Praxis**
Frank H. Mader,
Bernhard Riedl

S. 191

Bilder Titelseite: Ateliergebäude (sog. Prellerhaus), Bauhaus Dessau (© Stockfotos-MG – stock.adobe.com). Die Bauhaus-Wiege von Peter Keler (© Fa. Tecta). Teekanne MBTK 24 SI von Marianne Brandt & Tischleuchte WG 24 von Wilhelm Wagenfeld (beide © TecnoLumen).

Medizinische Sozialisation

Eigentlich bin ich noch nicht alt genug, um über die früheren Zeiten zu sprechen – nach dem Motto „früher war alles besser“. Aber die Entwicklung in der Medizin, alles und jeden in monetärer Hinsicht zu beurteilen, den medizinischen Beruf ständig unter dem Schwert der Ökonomie zu erleben, ist nahezu unerträglich geworden.

In meinem beruflichen Beginn als Ärztin im Praktikum in der Chirurgie lernten wir, eine Diagnose vor allem mittels Anamnese und körperlicher Untersuchung, ergänzend durch Labor, Ultraschall und Röntgen zu stellen und eine Therapie einzuleiten. Von Verweildauer, DRG, Fallschwere, Erlössteigerung oder gar Rentabilität eines Kranken war keine Rede. Dies bedeutet, die medizinische Sozialisation war auf die Medizin ausgerichtet. Natürlich war früher nicht alles besser. Die Dienstzeiten, deren (Nicht-)Vergütung, die 36-Stunden-Dienste sowie die zum Teil abartige hierarchische Struktur waren eine Katastrophe. Die fast ausschließliche Konzentration auf das Anwenden von Wissen, welches wir im Studium erlernt hatten, das war aufregend genug. Ich erinnere mich an Situationen, wo ich vor Ehrfurcht erstarrte, wenn der Oberarzt oder die Oberärztin bei einer körperlichen Untersuchung eine Verdachtsdiagnose stellte, die sich dann intraoperativ bewahrheitete.

Heute lernen die jungen Kolleginnen und Kollegen auch Medizin, aber eben nicht nur. Sie werden täglich mit Fragen konfrontiert wie: Darf ich den Patienten mit der Pneumonie aufnehmen? Meckert dann nicht der Chef der Abteilung? Kann ich die Patientin mit rezidivierenden Oberbauchschmerzen aufnehmen? Eigentlich ist sie zu jung für eine stationäre Diagnostik – und das Labor ist auch nicht so auffällig. Aber sie ist schmerzgeplagt und hat Gewicht verloren, hat eine B-Symptomatik. Sie bewegen sich permanent im Gewissenskonflikt.

Als Oberärztin einer Zentralen Notaufnahme in einem Haus der Maximalversorgung erlebe ich täglich das Engagement, die Empathie, den Wissendurst und die Freude über erkannte Diagnosen



Foto: Katarina Ivanjic

„Der Anspruch auf eine angemessene Weiterbildung muss verpflichtend sein.“

bei den jungen Kolleginnen und Kollegen. Ich bewundere ihren Mut, nachts alleine in der Zentralen Notaufnahme zu bestehen, ich bewundere auch ihre Kraft und ihr Durchhaltevermögen, ihre Solidarität mit den kranken Menschen. Sie diskutieren mit dem Rettungsdienst, den einweisenden Kolleginnen und Kollegen, sie reanimieren und retten Leben zusammen mit dem Team, sie identifizieren sich aufs höchste mit der Arbeit als Ärztin und Arzt.

Und dann sollen sie vor dieser ganzen Arbeit überlegen, was ein Patient oder eine Patientin „wert“ ist? Ob er oder sie es „wert“ ist, aufgenommen zu werden? Oder überhaupt „wert“ ist, eine medizinische Behandlung zu bekommen? Was haben die Begriffe Prozessoptimierung, Effizienz und Gewinnmaximierung mit dem Erlernen richtiger Medizin zu tun? Wenn vor jeder Suche nach der

Krankheit und deren Ursache immer die Ökonomie steht, dann kann sich der kreative Geist gar nicht entfalten, da ist er eingeschlossen in Grenzen und Barrieren, das kann für Patienten von großem Nachteil sein.

Im Deutschen Ärzteblatt vom 16. November 2018 gab es einen kurzen Bericht über eine Umfrage unter jungen Ärztinnen und Ärzten des Ausschusses Weiterbildung des Hartmannbundes. Dieser Bericht hätte einen deutlich größeren Rahmen verdient. Er zeigt, dass der Anspruch auf eine angemessene Weiterbildung nach sechs Jahren Studium nicht nur berechtigt ist, sondern geradezu verpflichtend sein muss. Die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken haben zu recht Angst um ihre Weiterbildung – diese unterliegt nämlich auch dem Diktat der Ökonomie: Denn wenn eine Endoskopie, Sonographie oder eine Operation eben nicht angeleitet wird, weil der oder die Anzuleitende für den Umsatz der Patientinnen und Patienten auf den Stationen Sorge tragen muss, damit die Zahlen und das Benchmarking stimmen – dann wird es schwierig für alle Beteiligten.

Ich finde, die Ärzteschaft muss zusammen mit den „Jungen“ (den Begriff Generation Y finde ich despektierlich und benutze ihn nie) immer wieder auf die Wertigkeit der Weiterbildung hinweisen, bei allen Gelegenheiten laut werden, sich einmischen und nicht akzeptieren, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen schon zu Beginn ihres beruflichen Werdeganges abgeschreckt und sogar eingeschüchtert werden. Die Zukunft der Medizin liegt bei ihnen, nicht mehr bei uns „Alten“. Und deshalb haben sie es verdient, anständig weitergebildet zu werden.

Christine Hidas
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen



Das Hessische Ärzteblatt jetzt auch als App

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



Stellungnahme der Landesärztekammer Hessen vom 16. Januar 2019 zum

Referentenentwurf des Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung

Im Januar hat das Bundesgesundheitsministerium (BMG) einen Referentenentwurf für ein Gesetz zur Reform der Psychotherapeutenausbildung vorgelegt. Anders als bisher regelt der Entwurf die Erstausbildung zum Beruf in Form eines Studiums der Psychotherapie, das gezielt auf die Ausübung der heilkundlichen Psychotherapie zugeschnitten ist. Das Studium soll aus einem dreijährigen Bachelorstudium und einem darauf aufbauenden zweijährigen Masterstudiengang bestehen. Mit der Neuregelung sollen die bisherigen zwei Berufe in der Psychotherapie, der Beruf der Psychologischen Psychotherapeutin und des Psychologischen Psychotherapeuten sowie der Beruf der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten zu einem Beruf zusammengeführt und

auf die Berufsbezeichnung „Psychotherapeut“ bzw. „Psychotherapeutin“ reduziert werden. Anschließend ist eine Weiterbildung zum „Fachpsychotherapeuten“ vorgesehen, die Voraussetzung für die Eintragung in das Arztregister und für die Zulassung zur psychotherapeutischen Versorgung gesetzlich Krankenkversicherter sein soll. Außerdem sollen Modellversuchsstudiengänge zugelassen werden, die die vorgesehene Ausbildung um den Erwerb von Kompetenzen zur Verordnung von Psychopharmaka erweitern. Laut dem Gesetzgeber sollen Ärztinnen und Ärzte, die neben ihrer allgemeinen Heilkundekompetenz die heilkundliche Psychotherapie ausüben, weiterhin in Ergänzung oder neben ihrer eigentlichen Berufsbezeichnung die Bezeichnung „Psychotherapeutin oder Psychotherapeut“ führen können. (red)

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) plädierte bereits in einer Stellungnahme vom November 2015 ausdrücklich für die Beibehaltung der postgradualen Ausbildung für psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten. An dieser grundsätzlichen Ansicht und deren Begründungen hält die LÄKH in Bezug auf den vorliegenden Referentenentwurf vom 3. Januar 2019 unverändert fest.

Für die LÄKH ist es besonders dringlich, hier auf einige aus ärztlicher Sicht besonders herausragende Punkte hinzuweisen.

- Die psychosomatisch-psychotherapeutische Sichtweise ist zentraler Bestandteil ärztlichen Denkens und Handelns. Der Arztberuf darf keineswegs auf einen „naturwissenschaftlich-technischen“ Beruf reduziert werden. Wenn Ärztinnen und Ärzten nicht nur fachlich-medizinische Kompetenz, sondern auch ausreichend Zeit zur Verfügung steht, können sie ihre Patientinnen und Patienten mit Diabetes, Schmerzsyndromen, kardiologischen oder onkologischen Erkrankungen umfassend betreuen, so dass keine Notwendigkeit besteht, deren Betreuung und Behandlung an Psychodiabetologen, Psychoonkologen, Psychokardiologen usw. „auszulagern“. Dies erfordert eine ausreichende Anzahl von Ärztinnen und

Ärzten sowie eine umfassende Berücksichtigung psychosomatischer Aspekte in der Gebührenordnung.

- Ein zur Approbation führendes etwaiges Direktstudium der Psychotherapie darf keinesfalls die derzeit bestehende Breite in der **Anwendung der wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren** gefährden. Wenn dieses Studium wie geplant im wesentlichen der Ausbildungshöhe der bisherigen Psychologischen Lehrstühle übertragen werden sollte, ist es zwingend erforderlich, die Lehre der psychoanalytisch begründeten Verfahren (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) Vertretern dieses Verfahrens zu übertragen. Dies kann nicht von Vertretern anderer Richtungen gewährleistet werden. Wenn die Studierenden keine authentischen Erfahrungen in allen wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren machen können, fehlt ihnen die Grundlage, sich bei der dem Studium folgenden Weiterbildung für eines der Verfahren zu entscheiden. Deshalb ist zu fordern:
 - - Alle sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren müssen fachkundig und in praktischer Anschauung im Studium gelehrt werden.
 - Die Hochschulambulanzen müssen

über eine Ermächtigung für alle sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren verfügen und entsprechende Forschungs- und Behandlungspraxis vorhalten.

- Für die in den bestehenden psychologischen Fachbereichen bisher nicht repräsentierten wissenschaftlich und sozialrechtlich anerkannten Psychotherapieverfahren sind unbedingt Lehrstühle in angemessenem Verhältnis zu schaffen.
- Die **Verordnung von Psychopharmaka** durch Personen ohne Medizinstudium, hier speziell nicht-ärztliche Psychotherapeuten, ist aufs schärfste abzulehnen. Die Gesundheit der Patientinnen und Patienten wäre ernsthaft bedroht, wenn verschreibungspflichtige Medikamente von nicht sachkundigen Personen verordnet werden dürften. Die notwendige Kenntnis und Kompetenz wird nicht ohne Grund in einem 6jährigen umfassenden naturwissenschaftlich fundierten Studium erworben und kann keinesfalls durch ein verkürztes Verfahren ersetzt werden. Sollte der aktuell bestehende Ärztemangel Anlass zu einem geplanten Modellstudiengang sein, kann dem nur durch die dringend gebotene deutliche Erhöhung der Medizinstudienplätze abgeholfen werden! Die Einführung des Modellstudien-



gangs wurde schon bisher von der ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Profession weitestgehend abgelehnt.

- In dem vorliegenden Entwurf für die Studieninhalte sind die praktischen Anteile viel zu gering bemessen. Hier ist ein Äquivalent zum Praktischen Jahr – wie es obligater Bestandteil des Medizinstudiums ist – vorzusehen.
- Für die psychotherapeutische Tätigkeit sind insbesondere Kenntnisse in der klinischen Psychiatrie und der Psychosomatik eine *conditio sine qua non*. Insofern müssen in der praktischen Ausbildung entsprechende Lehrinhalte vermittelt werden. Exemplarisch seien hier

Suizidalität, psychotische Dekompensation, somatoforme Störungen und komplexe internistische und neurologische Erkrankungen genannt.

- Begutachtungen für Rehabilitation sowie Berufs- und Erwerbsunfähigkeit können ohne fundierte medizinisch-somatische Kenntnisse nicht hinreichend erfolgen und müssen daher Ärzten vorbehalten bleiben.
- Der Wissenschaftliche Beirat ist nicht nur zur Bewertung eventueller neuer Therapieverfahren unbedingt erforderlich, sondern auch um die Kooperation der die Psychotherapie ausübenden Berufsgruppen insgesamt zu gewährleisten.

In der Neuregelung der Ausbildung zur nicht-ärztlichen Psychotherapie muss klar geregelt werden, dass mit dem Abschluss des Direktstudiums „Psychotherapie“ in keiner Weise die Qualifikation zur selbstständigen Ausübung der Psychotherapie erreicht wird. Vielmehr darf die Ausübung der Psychotherapie erst nach erfolgreichem Abschluss der anschließenden Weiterbildung in einem der wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren erlaubt sein. Dies gilt auch für Tätigkeiten außerhalb des SGB V.

**Das Präsidium
der Landesärztekammer Hessen**

Junge Kammer für junge Ärztinnen und Ärzte

„Wir wollen den Kontakt zur Ärztekammer fördern“

Mit Beginn der neuen Legislaturperiode schafften es auch neue junge Gesichter in die Delegiertenversammlung und das Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH).

Diese jungen Kolleginnen und Kollegen, einige darunter noch Assistenzärzte, haben sich einiges vorgenommen: „Wichtig ist uns, dass wir hier alle gemeinsam miteinander arbeiten und uns austauschen können. Das geht nunmal am besten, wenn man sich übergreifend mit allen unterhält. Dazu gehören natürlich auch die, für die wir hier sind: die Assistenzärzte, Studenten und sonstige Interessierte“, sagt Cornelius Weiß, neuer Delegierter seit 2018 der Liste Fachärztinnen und Fachärzte.

Neue Initiative „Junge Kammer“

„Je mehr junge Ärzte sich engagieren, desto mehr wird diese Stimme auch gehört“, betont Dr. med. Jan Bauer vom Marburger Bund. Er ist neuer Delegierter seit dieser Wahlperiode. Um dieses Ziel zu ermöglichen und gemeinsam einen informellen Rahmen zu schaffen, gründeten die jungen Ärztinnen und Ärzte die „Junge Kammer“. „Mit der Jungen Kammer wollen wir einen kleinen Rahmen schaffen – einmal um gegenseitig in stetigem Kontakt zu bleiben, aber auch, um anderen Kolleginnen und Kollegen von außen die Möglichkeit zu geben, mit uns ins Gespräch zu kommen“, erklärt Dr. med. Lara Rehwald, Ärztin in Weiterbildung für Neu-

rologie und Mitglied der Liste Fachärztinnen und Fachärzte. Die Junge Kammer ist ein informelles Treffen, bei dem sowohl Delegierte und Nicht-Delegierte, Studenten und Interessierte gemeinsam mit den jungen Kolleginnen und Kollegen relevante Themen besprechen können.

„Ich denke, es muss für junge Ärztinnen und Ärzte einfach leichter möglich sein, in Kontakt mit ihren Vertretern zu kommen“, betont Svenja Krück, Präsidiumsmitglied und Delegierte der Liste Junge Ärztinnen und Ärzte. Bei Interesse, an einem Treffen der Jungen Kammer teilzunehmen, kann gerne Kontakt zu Cornelius Weiß aufgenommen werden, per E-Mail an: haebl@laekh.de.

(red)



Foto: privat

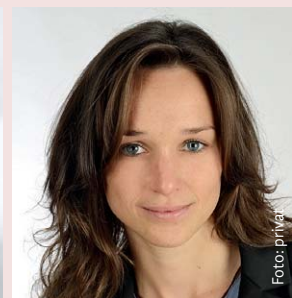


Foto: privat

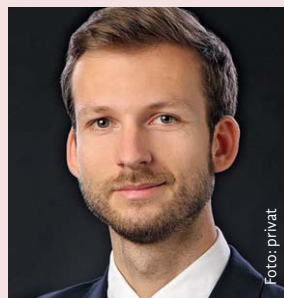


Foto: privat



Foto: privat

Gründungsmitglieder der Initiative „Junge Kammer“ innerhalb der Landesärztekammer Hessen: Cornelius Weiß, Dr. med. Lara Rehwald, Svenja Krück, Dr. med. Jan Bauer und Jörg Focke (von links).

Kampagne #nurMITeinander – für gute Medizin!

Das Bündnis Junge Ärzte macht sich für ein besseres Arbeitsklima stark

Hohe Arbeitsbelastung, rauer Umgangston, körperlicher und psychischer Stress: Dass Ärztinnen und Ärzte, die schlechten Arbeitsbedingungen ausgesetzt sind, weniger hilfsbereit und kooperativ sind, zeigen wissenschaftliche Studien. Um Missständen im medizinischen Alltag aktiv entgegen zu steuern, rief das Bündnis Junger Ärzte vom 4. bis 10. Februar die Kampagne #nurMITeinander – für gute Medizin! ins Leben.

„Wir haben es in der Hand, wie wir miteinander umgehen!“

In diesem Zeitraum machte sich die Interessenvertretung von Nachwuchsmedizinern aus inzwischen 22 Verbänden und Fachgesellschaften bei Facebook und Twitter mit Posts für ein besseres Arbeitsklima und einen höflichen Umgang im medizinischen Alltag stark, der zugleich die Patientenversorgung verbessern soll. Ärzte und andere Berufsgruppen im Gesundheitswesen wurden aufgerufen, sich aktiv zu beteiligen. „Wir haben es zwar nicht in der Hand, die politischen Rahmenbedingungen unmittelbar zu ändern, wir haben es aber in der Hand, wie wir miteinander umgehen!“, erklärt der Sprecher des Bündnisses, Dr. med. Kevin Schulte aus Schleswig Holstein.

Für uns und unsere Patienten: Unter diesem Motto richtete sich die Kampagne des Bündnisses Junge Ärzte nicht nur an ärztliche Kollegen vom Arzt in Weiterbildung bis zum Chefarzt, sondern an alle Berufsgruppen, die im Gesundheitssystem zusammenarbeiten. Angelehnt war die



Aktion an das von Ärzten initiierte britische Projekt „Civility Saves Lives“, das sich gegen Unhöflichkeit im Krankenhaus wehrt. „Wenn sich Kollegen aufgrund des rauen Tons nicht trauen, Einwände im Sinne ihres Patienten zu äußern, dann geht das zu Lasten der Qualität. So etwas darf nicht sein!“, stellt Kevin Schulte unmissverständlich fest.

Umfrage zeigt: Junge Ärzte und Pfleger von Burnout bedroht

Eine gemeinsame Befragung des Bündnisses Junger Ärzte mit der Jungen Pflege und der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) hatte jüngst gezeigt, dass 70 Prozent der jungen angestellten Ärzte und Pflegekräfte von einem Burnout bedroht

sind. Rund 20 Prozent nehmen demnach regelmäßig Medikamente gegen Arbeitsstress und 73 Prozent wurden im vergangenen Jahr häufiger als viermal Opfer verbaler, 42 Prozent Opfer von körperlicher Gewalt.

Zugleich zeigte sich, dass sich die Zusammenarbeit zwischen den beiden Berufsgruppen mit zunehmendem Arbeitstempo massiv verschlechtert. Ergebnisse, die auch betriebs- und volkswirtschaftlich relevant sind. „So wirkt sich ein schlechter Gesundheitszustand aller medizinischen Fachkräfte direkt auf die Personalfuktuation und -kosten aus. Darüber hinaus konnte belegt werden, dass überlastete Ärzte und Pflegekräfte eine nachweislich schlechtere Patientenversorgung leisten“, heißt es in einer Erklärung des Bündnisses.

Gemeinsam die Patientenversorgung verbessern

Ein weiteres wichtiges Resultat der Umfrage: Je besser die Zusammenarbeit zwischen Pflege und Ärzteschaft, desto höher ist die Versorgungsqualität. Das Bündnis Junge Ärzte zieht daher ein hoffnungsvolles Fazit: „Durch ein gutes Miteinander können wir Ärzte und alle in der Patientenversorgung Tätigen und Verantwortlichen in Zeiten der zunehmenden Arbeitsverdichtung und trotz des massiven Drucks durch Ökonomisierung einen wichtigen Beitrag für eine qualitativ hochwertige Patientenversorgung leisten.“

Katja Möhrle

Internet: www.buendnisjungeaerzte.org

Junge Ärzte und Medizinstudierende: Eigene Plattform im Hessischen Ärzteblatt

Mit dieser Rubrik möchten wir Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden eine Plattform für Erfahrungsberichte, Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie

entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipps, Berufsstart oder Wünsche für Weiterbildung. Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

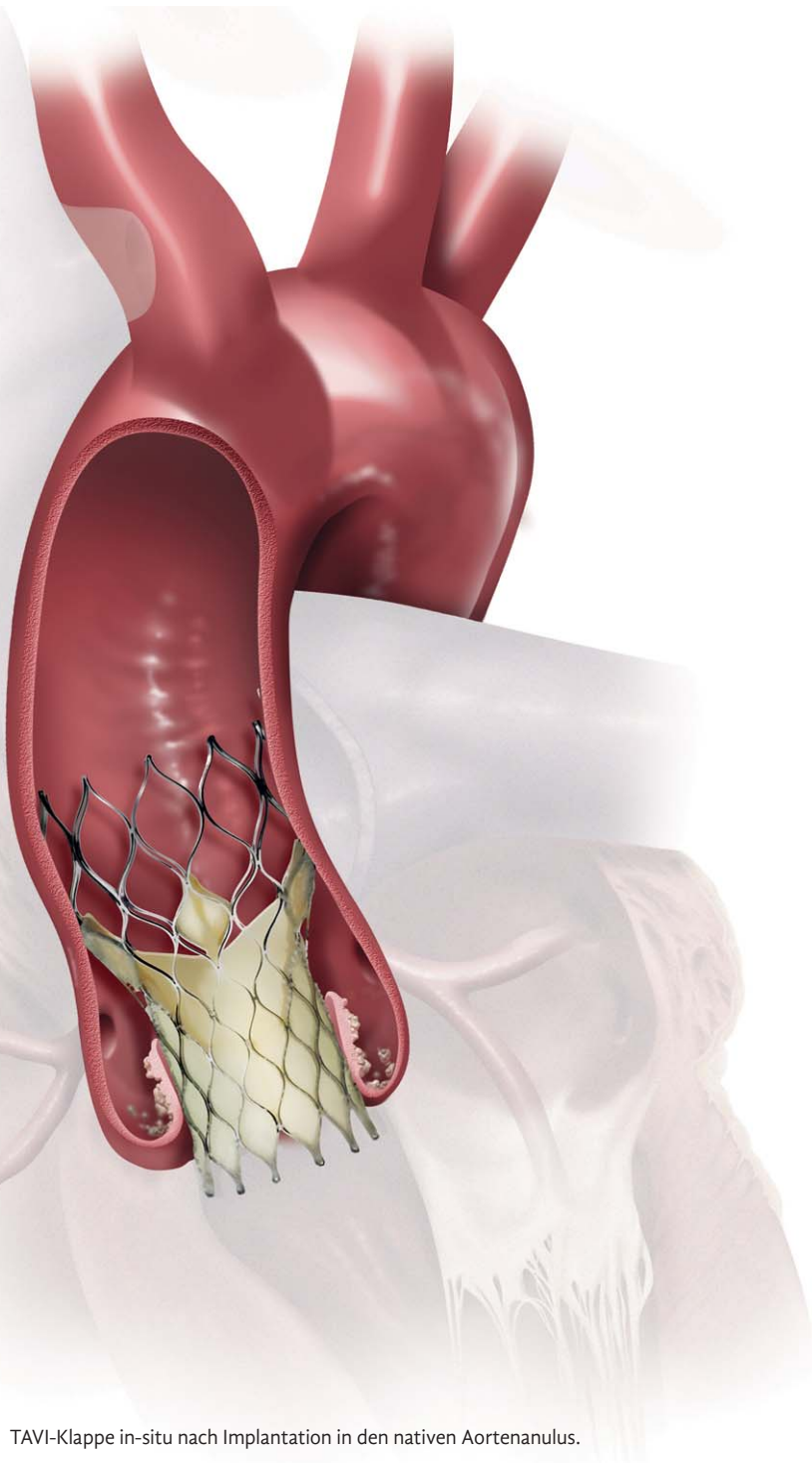
Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!

Wichtige Informationen zum Berufsstart sind auf folgender Website zusammengefasst: www.laekh.de → [berufseinsteiger](http://berufseinsteiger.laekh.de).

Transkatheter- Aortenklappenersatz (TAVI)

VNR: 2760602019121080005

Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht, Dr. med. Margit Niethammer,
Aandeep-Singh Pannu, Dr. med. Christian Sellin



TAVI-Klappe in-situ nach Implantation in den nativen Aortenannulus.

Die erste kathetergeführte Implantation einer biologischen Herzklappenprothese wurde am 16. April 2002 durch den französischen Kardiologen Alain Cribier in Rouen durchgeführt [1]. Seitdem hat sich der Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI) enorm entwickelt. In vielen Punkten erinnert diese Entwicklung an die Erfolgsgeschichte der Koronarintervention („percutaneous coronary intervention“ – PCI), allerdings nahm die TAVI den umgekehrten Weg, von initial multimorbiden, in der Regel hochbetagten Höchst-Risikopatienten, die von zwei unabhängigen Herzchirurgen als inoperabel eingestuft wurden, hin zu nun auch Patienten mit niedrigerem OP-Risiko.

Getragen von positiven Ergebnissen aus großen, randomisierten Studien, hat sich die TAVI in Deutschland längst zum Standard der Behandlung für ältere Patienten mit hochgradiger, symptomatischer Aortenklappenstenose entwickelt. Der Erfolg der TAVI geht auch auf eine rasante technische Entwicklung zurück. Vor allem konnte die Größe der verwendeten Kathetersysteme deutlich verkleinert werden. Heutzutage ist nur noch ein Einführbesteck mit einem Durchmesser von 14 French (4,7 mm) erforderlich, so dass die überwiegende Zahl der Kathetereingriffe (> 90 %) über die Leistenarterie durchgeführt werden kann.

Die Miniaturisierung der Kathetersysteme hat zu einem deutlichen Rückgang von Gefäßkomplikationen geführt, die mit den bis zu 28 French doppelt so großen Kathetersystemen in der Anfangsphase der TAVI doch recht häufig auftraten. Verbesserungen in der präinterventionellen Bildgebung (standardmäßige Durchführung einer Computertomographie [CT] zur Eingriffsplanung) wie auch Innovationen im Klappendesign (unter anderem bessere Positionierbarkeit durch wiedereinfangbare Herzklappen) haben zudem anfängliche Probleme wie die paravalvuläre Insuffizienz der TAVI-Klappen in den Hintergrund treten lassen.

Studienlage

Die Erweiterung der Indikationsstellung zur TAVI wird maßgeblich durch fünf große prospektive randomisierte, kontrollierte Studien getragen. Die erste dieser Stu-

Foto: Medtronic

dien (PARTNER 1B) belegte die Überlegenheit des minimal-invasiven Kathetereingriffs gegenüber der medikamentösen-konservativen Therapie bei chirurgisch inoperablen Patienten (1-Jahres Sterblichkeit: 30,7 % versus 50,7 %, $p < 0,001$) [3]. Zwei randomisierte Studien (PARTNER 1A, U.S. CoreValve High-Risk) konnten dann zeigen, dass die TAVI bei grundsätzlich operablen, aber aufgrund von Alter und Komorbiditäten als Hochrisiko eingestuften Patienten der Aortenklappenersatz-Operation (AKE-OP) hinsichtlich Komplikationsraten und Eingriffssterblichkeit gleichwertig ist [4, 5].

Auch im Langzeitverlauf über fünf Jahre bestand zwischen beiden Therapieverfahren kein Unterschied hinsichtlich der Sterblichkeit (TAVI: 67,8 %, AKE: 62,4 %, $p=0,76$) [6]. Bei operablen Patienten mit nur noch moderat erhöhtem Risiko für die konventionelle Operation konnten wiederum zwei 2016 bzw. 2017 publizierte, randomisierte Studien (PARTNER 2, SUR-TAVI) zeigen, dass die TAVI auch in diesem Szenario der AKE-OP zumindest nicht unterlegen, bei Zugang über die Leistenarterie sogar überlegen ist (Tod/schwerer Schlaganfall nach einem Jahr: endovaskuläre TAVI 16,3 % versus AKE-OP 20,0 %, $p=0,04$) [7, 8]. Ergebnisse einer ersten randomisierten Studie bei älteren Patienten mit nur gering erhöhtem OP-Risiko (NOTION) gehen in die gleiche Richtung [9], allerdings stehen die Ergebnisse größerer Studien in diesem Niedrigrisiko-Kollektiv noch aus.

Aktueller technischer Stand

Die TAVI-Klappen verfügen über ein Metallgerüst aus Edelstahl oder Nitinol zur Verankerung in der verkalkten Aortenklappenstenose und biologische Klappensegel aus Rinder- bzw. Schweineperikard. Diese Klappenprothesen, die in Größen von 23 mm bis 34 mm verfügbar sind, werden entweder mit einem Ballon während einer kurzen Phase eines tachykarden Herzstillstands (durch schnelle Schrittmacherstimulation mit 180/min) in den nativen Aortenklappenannulus eingepresst (sogenannte ballon-expandierbare Klappenprothesen) oder entfalten sich durch langsamen Rückzug einer Katheterhülse selbst

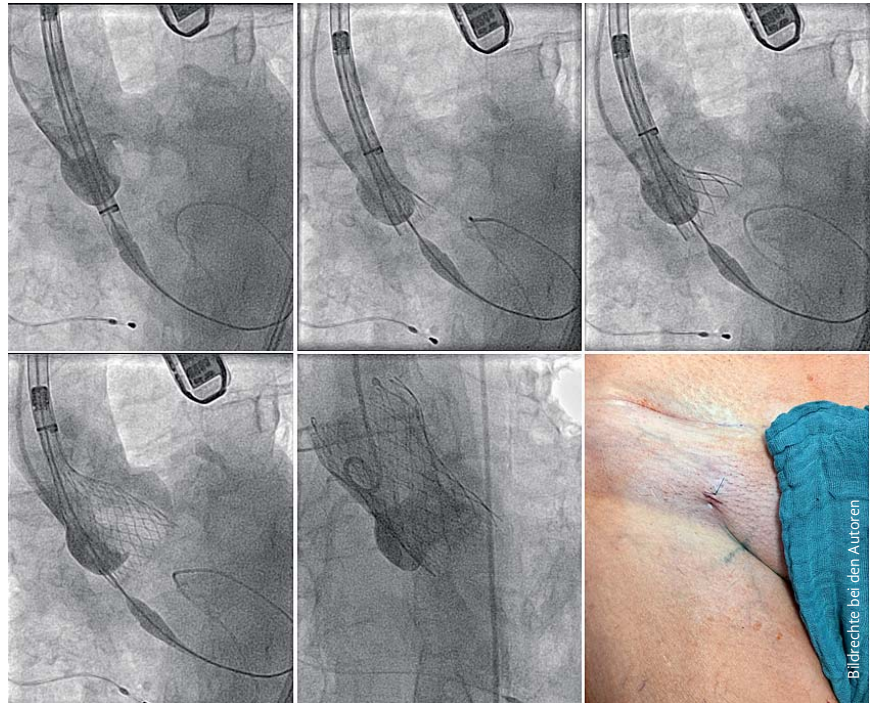


Abb. 1: Schrittweise Implantation einer selbstexpandierenden Herzklappenprothese über einen transfemoralen Zugang (Angiographien). Lokalbefund der Leiste unmittelbar nach perkutanem Nahtverschluss der Punktionsstelle.

(sogenannte selbst-expandierende Klappenprothesen, Abb. 1).

Dabei ist in der Regel keine Schrittmacherstimulation notwendig. Durch die TAVI-Klappen werden die verkalkten, degenerativ veränderten Segel der nativen Aortenklappe lediglich an Seite gedrückt, aber nicht wie beim chirurgischen Eingriff reseziert. Die ersten TAVI-Eingriffe erfolgten über einen sehr komplexen antegraden Zugang, das heißt die Klappenprothese wurde über die Leistenvene vorgebracht und nach transeptaler Punktion durch die Mitralklappe und den linken Ventrikel in den Aortenannulus vorgeführt.

Heutzutage erfolgt die TAVI-Prozedur in den allermeisten Fällen (bundesweiter Qualitätsreport 2017: 90,9 % aller TAVI-Eingriffe endovaskulär) über einen deutlich einfacheren retrograden Zugang über die Arteria femoralis communis [2].

Alternative Zugänge über die Herzspitze (transapikal, 2017: 9,1 %), über die chirurgisch freigelegte Aorta ascendens oder über die A. subclavia sind dagegen rückläufig. Die Eingriffe erfolgen zunehmend unter milder Sedierung und Lokalanästhesie (sogenannter minimalist approach).

Die Eingriffsdauer liegt heute deutlich unter einer Stunde. Erfahrene Herzzentren führen drei bis fünf Eingriffe am Tag durch. Der Verschluss der Punktionsstelle erfolgt heute in den allermeisten Fällen rein perkutan unter Zuhilfenahme eines speziellen katheterbasierten Nahtsystems, mit dem zu Beginn der Prozedur ein bis zwei Fäden vorgelegt werden, die nach dem Entfernen des TAVI-Kathetersystems zugezogen werden und die Punktionsstelle verschließen.

Entwicklung in Deutschland

In Deutschland hat die TAVI die schnellste klinische Verbreitung erfahren. Aktuell werden weltweit die meisten TAVI-Eingriffe in Deutschland durchgeführt. Einzigartig ist dabei, dass seit 2008 alle TAVI-Eingriffe, aber auch alle konventionellen Aortenklappenersatz-Operationen, zentral in einem bundesweitem Qualitätssicherungsregister erfasst werden. Die Teilnahme an diesem Register, das seit 2015 vom Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG) geführt wird, ist für alle Zentren, die solche Eingriffe durchführen, verpflichtend.

Seit 2013 werden in Deutschland jährlich mehr TAVI-Eingriffe als isolierte AKE-Operationen durchgeführt. Laut des kürzlich veröffentlichten Qualitätsreports wurden 2017 bundesweit 19.752 TAVI-Implantationen durchgeführt [2]. Damit hat die Zahl der jährlichen TAVI-Eingriffe seit 2008 (n=637) um den Faktor 30 zugenommen. Die isolierte AKE-OP war dagegen im gleichen Zeitraum um knapp 20 % rückläufig (2008: n=11.205; 2016: n=9.011), siehe Abb. 2.

TAVI-Eingriffe erfolgen vor allem bei älteren Patienten. Das Durchschnittsalter der mittels TAVI behandelten Patienten liegt trotz der Indikationsausweitung in den vergangenen Jahren seit 2008 stabil bei über 80 Jahren (2008: 81,6 Jahre; 2017: 81,1 Jahre). Bei den über 80-jährigen Patienten wurden 2017 13.532 isolierte Eingriffe an der Aortenklappe durchgeführt, davon 95 % als TAVI (n=12.851).

In der Gruppe der über 90-Jährigen wurden 2017 bundesweit nur noch vier Patienten konventionell operiert, dagegen 1.067 mit dem weniger belastenden TAVI-Verfahren behandelt. Mit der konventionellen OP werden zunehmend jüngere Patienten (Durchschnittsalter 2008: 69,8 Jahre; 2017: 67,2 Jahre) behandelt.

Komplikationen

Dennoch ist die TAVI nicht immer unproblematisch. Besonders gefürchtet werden schwerwiegende Komplikationen, die mit interventionellen Mitteln nicht beherrscht werden können und eine notfallmäßige offene Herzoperation erfordern – zum Beispiel Rupturen im Bereich der Verankerungszone der TAVI-Klappe (Anulusruptur) oder Verletzungen der Aorta ascendens durch Katheter oder steife Führungsdrähte.

Daten des jährlichen Qualitätsreports zeigen, dass das Risiko von Anulusrupturen bzw. Verletzungen der Aorta während der TAVI erfreulicherweise rückläufig sind. Zuletzt lag die Rate solcher Komplikationen jeweils unter 0,2 % [2]. Die Rate an notfallmäßigen Herzoperationen während TAVI ist in den vergangenen Jahren ebenfalls deutlich zurückgegangen, sie lag 2017 bei 0,48 % und damit im Bereich der PCI.

Die häufigste Komplikation der TAVI ist auch weiterhin die Notwendigkeit einer

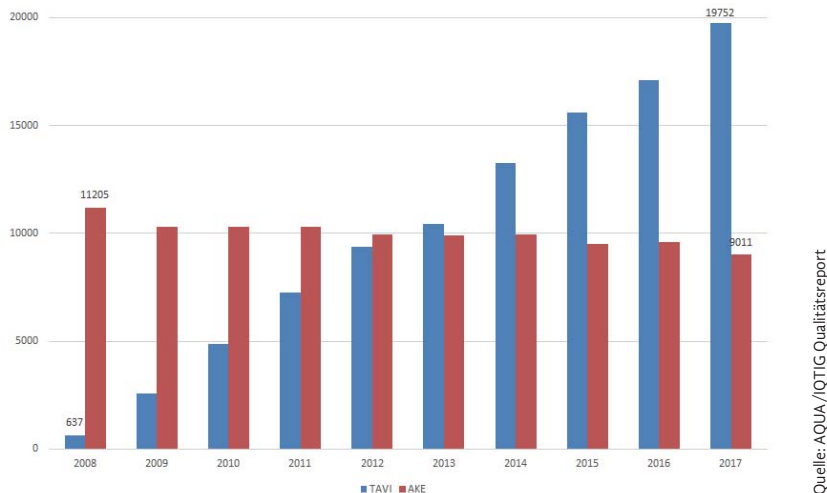


Abb. 2: Entwicklung der jährlichen Eingriffszahlen für TAVI bzw. AKE-OP.

permanenten Schrittmacherimplantation, zumeist aufgrund eines neu aufgetretenen atrioventrikulären (AV) Blocks nach dem Klappeneingriff. 2017 erhielten 9,2 % der TAVI-Patienten einen neuen Herzschrittmacher nach dem Eingriff. Im Vergleich zu 2008 (14,9 %) konnte zwar eine gute Reduktion dieser Komplikation erreicht werden, allerdings ist die Notwendigkeit einer Schrittmacherimplantation nach TAVI immer noch deutlich höher als nach konventioneller AKE-OP (2017: 2,7 %).

Die Krankenhaussterblichkeit nach TAVI konnte seit 2008 um mehr als 75 % gesenkt werden (2008: 10,4 % versus 2017: 3,05 %), bei endovaskulärem Vorgehen auf aktuell sogar 2,74 % [2]. Damit lag die Sterblichkeit nach endovaskulärer TAVI laut IQTIG-Qualitätsreport 2017 gleichauf mit der (nicht-risikoadjustierten) Krankenhaussterblichkeit nach isolierter AKE-OP (2017: 2,71 %), obwohl die konventionell operierten Patienten im Durchschnitt fast 14 Jahre jünger waren und weniger Komorbiditäten als TAVI-Patienten aufwiesen [2].

Leitliniengemäße Indikationsstellung

Die Indikation zur interventionellen bzw. operativen Behandlung besteht grundsätzlich bei hochgradiger, symptomatischer Aortenklappenstenose (Kardinalsymptome: Synkope, Angina pectoris, Dyspnoe). Von einer hochgradigen Aortenklappenstenose wird ausgegangen, wenn die Öffnungsfläche der Aortenklap-

pe < 1 cm² beträgt bzw. der mittlere Gradient über der Aortenklappe > 40 mmHg beträgt. Die Berechnung der Öffnungsfläche mittels Kontinuitätsgleichung ist allerdings maßgeblich von der Größenbestimmung des linksventrikulären (LV) Ausflustrakts abhängig. Wird dieser zu klein in die Rechenformel eingefügt, können Fehlbestimmungen auftreten und die Öffnungsfläche wird zu klein berechnet. Daher muss der mittlere Gradient immer mitbetrachtet werden.

Bei eingeschränkter LV-Funktion kann die Einschätzung des Schweregrads einer verkalkten Aortenklappenstenose schwierig sein. Der transvalvuläre Gradient kann bei Vorliegen einer sogenannten „Low-Flow/Low-Gradient“-Aortenklappenstenose deutlich weniger als 40 mmHg im Mittel betragen. Bei hochgradiger, asymptomatischer Aortenklappenstenose kann gemäß der 2017 aktualisierten Leitlinien der Europäischen Kardiologen und Herzchirurgen [10] eine Behandlung erwogen werden, wenn der BNP- bzw. NT-pro BNP Wert den alters- und geschlechtskorrigierten Normalwert um das Dreifache überschreitet bzw. eine eingeschränkte LV-Funktion oder eine maximale Flussgeschwindigkeit über 5 m/s vorliegt.

Hinsichtlich der Wahl des Therapieverfahrens ist eine individuelle Besprechung und Beratung des Patienten im kardiologisch-herzchirurgischen Herz-Team sinnvoll. Für Patienten mit niedrigem OP-Risiko (STS-Score < 4 % bzw. Logistischer EuroScore I < 10 %) ist die konventionelle AKE-OP auch weiterhin Standard der The-

rapie. Bei älteren Patienten (> 75 Jahre) favorisieren die aktuellen Leitlinien aber die TAVI ab einem bereits moderat erhöhten OP-Risiko (logistischer EuroScore >10 %) (Klasse I B-Indikation).

Die deutsche Kommentierung empfiehlt die TAVI bei Patienten über 85 Jahren sogar unabhängig von der Risikokonstellation, das heißt auch bei niedrigem Risiko für die konventionelle OP. In der klinischen Realität in Deutschland scheint in der Tat das Alter der entscheidende Parameter für die Entscheidung für die TAVI zu sein: 95 % der über 80-Jährigen mit hochgradiger Aortenklappenstenose wurden 2017 in Deutschland mit TAVI behandelt. Weitere Faktoren, die gemäß der europäischen Leitlinie die Entscheidung pro TAVI begünstigen, sind beispielsweise eine bereits früher erfolgte Herz-Operation (zur Vermeidung einer erneuten Thorakotomie), besondere Gebrechlichkeit/schlechter Allgemeinzustand und/oder eingeschränkte Mobilität des Patienten, starke Verkalkungen der Aorta ascendens (sogenannte Porzellanaorta), schwere Thoraxdeformitäten oder Zustand nach thorakaler Radiatio.

Die AKE-OP wird dagegen favorisiert, wenn der Verdacht auf eine Endokarditis vorliegt (Kontraindikation für eine TAVI), eine ungünstige Anatomie für die TAVI oder weitere behandlungsbedürftige kardiologische Problematiken (zum Beispiel bypassbedürftige Koronarstenosen, begleitende primäre Mitralklappeninsuffizienz), die in der OP mitversorgt werden können, bestehen. Bei Eignung sowohl für die AKE-OP als auch TAVI sollte zudem der Wunsch des über beide Verfahren aufgeklärten Patienten in der Entscheidung des Herzteams berücksichtigt werden.

TAVI in besonderen Situationen

Die TAVI wurde initial zur Behandlung der verkalkten, degenerativen Aortenklappenstenose entwickelt. Zwischenzeitlich wurde die Katheterklappe aber auch erfolgreich bei inoperablen Patienten mit hochgradiger Aortenklappeninsuffizienz angewendet. Dabei handelt es sich aber um Einzelfallindikationen, die eine individuelle Beratung im Herzteam voraussetzen. Praktisch zum Standard

geworden ist die TAVI dagegen bei Patienten mit degenerierter, vormalig chirurgisch eingesetzter biologischer Aortenklappenprothese. Diesen im Vergleich zum Ersteingriff nun älteren und in der Regel komorbideren Patienten kann die erneute Thorakotomie heute erspart werden. Die TAVI-Klappe lässt sich bei den oftmals röntgendichten Gestellen der chirurgischen Bioklappenprothese sehr gut positionieren.

Fazit

Seit dem ersten Eingriff vor nunmehr 16 Jahren hat sich die minimal-invasive, katheter-basierte Klappenimplantation enorm weiterentwickelt. Durch Innovationen im Bereich der Katheterklappen und Einführsysteme, verbesserte präinterventionelle Bildgebung und gesteigerte Erfahrung der Interventionalisten konnte die Eingriffssterblichkeit in den vergangenen zehn Jahren um mehr als 75 % gesenkt werden. So lag 2017 die Krankenhaussterblichkeit nach endovaskulärer TAVI gleichauf mit der nach konventioneller Aortenklappenersatzoperation, obwohl die TAVI-Patienten deutlich älter und kränker waren. Schwerwiegende Komplikationen, die eine notfallmäßige Herzoperation bedingen, treten nur noch sehr selten auf. Die gemeinsame Besprechung der Befunde, Indikationsstellung und Durchführung der TAVI im kardiologisch-herzchirurgischen Herzteam ist zur Sicherstellung einer adäquaten Eingriffsqualität wichtig. Bei aller Euphorie für das minimal-invasive Verfah-

ren muss berücksichtigt werden, dass Langzeitdaten zur Haltbarkeit der Katheterklappe nur eingeschränkt vorliegen. Daher muss auch weiterhin eine strenge Indikationsstellung nur bei gesichert hochgradiger Stenose erfolgen.

Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht

E-Mail : h.eggebrecht@ccb.de
Cardioangiologisches Centrum Bethanien (CCB) am
Agaplesion Bethanien Krankenhaus,
Frankfurt am Main

Medizinische Klinik I
– Kardiologie, Angiologie,
Intensivmedizin, Herz-Thorax-Zentrum,
Klinikum Fulda

Dr. med. Margit Niethammer

Medizinische Klinik I
– Kardiologie, Angiologie,
Intensivmedizin, Herz-Thorax-Zentrum,
Klinikum Fulda

Andeep-Singh Pannu

CCB, Frankfurt am Main

Dr. med. Christian Sellin

Klinik für Herz- und Thoraxchirurgie,
Herz-Thorax-Zentrum, Klinikum Fulda

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)“ von Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht 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).

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

25.02.2019 bis 24.02.2020 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. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte der Autoren.

Multiple Choice-Fragen:

Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)

VNR: 2760602019121080005

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Wie viel Prozent der über 80-jährigen Patienten, die 2017 aufgrund einer Aortenklappenstenose in Deutschland invasiv behandelt wurden, erhielten einen katheterinterventionellen Ersatz der Klappe mittels TAVI?

- 1) Weniger als 10 %.
- 2) Weniger als 20 %.
- 3) 55 %
- 4) Über 95 %.

2. Welche Aussagen treffen zu:

- a. Lebensbedrohliche Akut-Komplikationen treten beim TAVI-Verfahren relativ häufig auf (ca. 10 % aller Eingriffe).
- b. Lebensbedrohliche Akut-Komplikationen treten beim TAVI-Verfahren nur noch selten auf (< 0,5%).
- c. Ein akutes herzchirurgisches Eingreifen aufgrund von TAVI-Komplikationen ist heute nur noch selten erforderlich (< 1 %).
- d. TAVI-Eingriffe werden zunehmend häufiger auch in Lokalanästhesie und Sedierung durchgeführt.

- 1) Nur a ist richtig.
- 2) b und c sind richtig.
- 3) b, c und d sind richtig.
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

3. Welche Aussagen treffen zu:

- a. Nach TAVI ist, abhängig vom Typ der implantierten Klappe, insgesamt aber bei ca. 10–15 % der Patienten die Implantation eines permanenten Herzschrittmachers erforderlich.
- b. Nach TAVI können Patienten einen AV-Block und/oder Linksschenkelblock entwickeln.
- c. Auch nach chirurgischem Aortenklappenersatz benötigt ein Teil der Patienten einen dauerhaften Herzschrittmacher (ca. 3 %).
- d. Nach dem Eingriff benötigen Patienten ein kontinuierliches EKG-Monitoring,

um neue Herzrhythmusstörungen zu detektieren zu können.

- 1) nur b ist richtig.
- 2) b, c und d sind richtig.
- 3) a und d sind richtig.
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

4. Welche Aussagen zur Aortenklappenstenose treffen zu:

- a. Ab einem mittleren Gradienten von 40 mmHg wird von einer hochgradigen Stenose gesprochen.
- b. Alle Patienten mit asymptomatischer, aber hochgradiger Aortenklappenstenose müssen invasiv (OP/TAVI) behandelt werden.
- c. Bei asymptomatischen Patienten mit hochgradiger Aortenklappenstenose kann ein Aortenklappenersatz in Erwägung gezogen werden, wenn die linksventrikuläre Funktion im Verlauf eingeschränkt ist, die maximale Flussgeschwindigkeit über 5 m/s liegt (kritische Stenose) oder das „brain natriuretic peptide,“ deutlich erhöht ist (> 3x Norm).
- d. Die Berechnung der Aortenklappenöffnungsfläche mittels Kontinuitätsgleichung ist anfällig für Rechenfehler und kann zu kleine Werte erzeugen.

- 1) Nur d ist richtig.
- 2) a und b sind richtig.
- 3) b und c sind richtig.
- 4) a, c und d sind richtig.

5. Welche Aussagen zur Indikationsstellung treffen zu:

- a. TAVI ist indiziert bei Patienten > 75 Jahren und erhöhtem OP-Risiko.
- b. Der chirurgische Aortenklappenersatz ist das Behandlungsverfahren der Wahl für jüngere Patienten mit nicht erhöhtem OP-Risiko.
- c. Bei älteren Patienten mit bereits erfolgter Herzoperation (z.B. Bypass-Opera-

tion) sollte die TAVI- Methode bevorzugt werden.

- d. Das kardiologisch-herzchirurgische Herz-Team sollte bei seiner Entscheidungsfindung auch den Wunsch des über beide Verfahren aufgeklärten Patienten berücksichtigen.

- 1) a und b sind richtig.
- 2) c und d sind richtig.
- 3) Nur a ist richtig.
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

6. Welche Aussagen zur TAVI treffen zu?

- a. Die überwiegende Mehrheit der TAVI-Eingriffe erfolgt über einen transfemoralen Zugang.
- b. Es stehen selbstexpandierende und ballonexpandierbare Klappenprothesen zur Verfügung.
- c. Die Auswahl der entsprechenden Klappenprothese erfolgt anhand vorheriger echokardiographischer und computertomographischer Diagnostik und unter Berücksichtigung anatomischer Besonderheiten.
- d. Prinzipiell ist bei einer TAVI-Prozedur ein rapid pacing zur Freisetzung der Klappe nötig.

- 1) Nur a und c sind richtig.
- 2) Nur a, b und c sind richtig.
- 3) Nur b und d sind richtig
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

7. Welche Aussagen zur Implantationstechnik bei TAVI ist/sind korrekt?

- a. Bei TAVI erfolgt die Resektion des verkalkten AK-Vitiums.
- b. Indikationsstellung und Prozedurdurchführung erfolgen im Herzteam.
- c. Eine Intubationsnarkose zur TAVI-Prozedur ist generell empfohlen.
- d. Die Implantation einer TAVI-Prothese bedingt den Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine.

- 1) Nur b ist richtig.
- 2) Nur a und b sind richtig.
- 3) Nur a, b und d sind richtig
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

8. Wieviel Prozent der TAVI-Prozeduren erfolgten 2017 in Deutschland über einen transapikalen Zugangsweg?

- 1) Über 90 %.
- 2) Unter 10 %.
- 3) Etwa 50 %.
- 4) Zwischen 20 % und 30 %.

9. Welche Zusatzfaktoren sind bei der Indikationsstellung zur TAVI zu berücksichtigen?

- a. Kardiale Voroperationen, zum Beispiel CABG.
- b. Vermeidung einer Thorakotomie, zum Beispiel bei ausgeprägter COPD.
- c. Porzellanaorta.
- d. Zustand nach thorakaler Radiatio bei Malignom in der Anamnese.

- 1) Nur a, b und c sind richtig.
- 2) Nur b, c und d sind richtig.
- 3) Nur a, c und d sind richtig.
- 4) Alle Aussagen sind richtig.

10. Welche Aussage ist nicht korrekt?

- 1) Für ein optimales Komplikationsmanagement ist die enge Abstimmung zwischen den beteiligten Fachdisziplinen (Kardiologie, Kardiochirurgie und Anästhesie) nötig.
- 2) Die Notwendigkeit zur permanenten Herzschrittmacherversorgung ist bei TAVI deutlich höher als bei chirurgischen Klappenersatz und konnte trotz technischer Weiterentwicklung in den letzten Jahren nicht deutlich gesenkt werden.
- 3) Bei Patienten mit degenerativ veränderter biologischer Aortenklappenprothese und Notwendigkeit zur erneuten Therapie ist TAVI die erste Wahl.
- 4) TAVI-Klappen bestehen aus einem Gerüst aus Edelstahl und Nitinol mit biologischen Klappensegeln aus Rinder- oder Schweineperikard

Literatur zum Artikel:

Transkatheter-Aortenklappenersatz (TAVI)

von Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht, Dr. med. Margit Niethammer, Andeep-Singh Pannu, Dr. med. Christian Sellin

- [1] Cribier A, Eltchaninoff H, Bash A, Borenstein N, Tron C, Bauer F, Derumeaux G, Anselme F, Laborde F, Leon MB. Percutaneous transcatheter implantation of an aortic valve prosthesis for calcific aortic stenosis: first human case description. *Circulation* 2002;106:3006–8.
- [2] Institut für Transparenz und Qualität im Gesundheitswesen (IQTIG). Qualitätsreport 2017. Aortenklappenchirurgie, isoliert (HCH-AORT). 2018:<https://iqtig.org/qs-verfahren/hch-aort/>; zuletzt aufgerufen 08.08.2018.
- [3] Leon MB, Smith CR, Mack M, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, Tuzcu EM, Webb JG, Fontana GP, Makkar RR, Brown DL, Block PC, Guyton RA, Pichard AD, Bavaria JE, Herrmann HC, Douglas PS, Petersen JL, Akin JJ, Anderson WN, Wang D, Pocock S, Investigators PT. Transcatheter aortic-valve implantation for aortic stenosis in patients who cannot undergo surgery. *N Engl J Med* 2010;363:1597–607.
- [4] Smith CR, Leon MB, Mack MJ, Miller DC, Moses JW, Svensson LG, Tuzcu EM, Webb JG, Fontana GP, Makkar RR, Williams M, Dewey T, Kapadia S, Babaliaros V, Thourani VH, Corso P, Pichard AD, Bavaria JE, Herrmann HC, Akin JJ, Anderson WN, Wang D, Pocock SJ, Investigators PT. Transcatheter versus surgical aortic-valve replacement in high-risk patients. *N Engl J Med* 2011;364:2187–98.
- [5] Adams DH, Popma JJ, Reardon MJ, Yakubov SJ, Coselli JS, Deeb GM, Gleason TG, Buchbinder M, Hermiller J, Jr., Kleiman NS, Chetcuti S, Heiser J, Merhi W, Zorn G, Tadros P, Robinson N, Petrossian G, Hughes GC, Harrison JK, Conte J, Maini B, Mumtaz M, Chenoweth S, Oh JK, Investigators USCC. Transcatheter aortic-valve replacement with a self-expanding prosthesis. *N Engl J Med* 2014;370:1790–8.
- [6] Mack MJ, Leon MB, Smith CR, Miller DC, Moses JW, Tuzcu EM, Webb JG, Douglas PS, Anderson WN, Blackstone EH, Kodali SK, Makkar RR, Fontana GP, Kapadia S, Bavaria J, Hahn RT, Thourani VH, Babaliaros V, Pichard A, Herrmann HC, Brown DL, Williams M, Akin J, Davidson MJ, Svensson LG, investigators Pt. 5-year outcomes of transcatheter aortic valve replacement or surgical aortic valve replacement for high surgical risk patients with aortic stenosis (PARTNER 1): a randomised controlled trial. *Lancet* 2015;385:2477–84.
- [7] Leon MB, Smith CR, Mack MJ, Makkar RR, Svensson LG, Kodali SK, Thourani VH, Tuzcu EM, Miller DC, Herrmann HC, Doshi D, Cohen DJ, Pichard AD, Kapadia S, Dewey T, Babaliaros V, Sze-to WY, Williams MR, Kereiakes D, Zajarias A, Greason KL, Whisenant BK, Hodson RW, Moses JW, Trento A, Brown DL, Fearon WF, Pibarot P, Hahn RT, Jaber WA, Anderson WN, Alu MC, Webb JG, Investigators P. Transcatheter or Surgical Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med* 2016;374:1609–20.
- [8] Reardon MJ, Van Mieghem NM, Popma JJ, Kleiman NS, Sondergaard L, Mumtaz M, Adams DH, Deeb GM, Maini B, Gada H, Chetcuti S, Gleason T, Heiser J, Lange R, Merhi W, Oh JK, Olsen PS, Piazza N, Williams M, Windecker S, Yakubov SJ, Grube E, Makkar R, Lee JS, Conte J, Vang E, Nguyen H, Chang Y, Mugglin AS, Serruys PW, Kaptejin AP, Investigators S. Surgical or Transcatheter Aortic-Valve Replacement in Intermediate-Risk Patients. *N Engl J Med* 2017;376:1321–1331.
- [9] Thyregod HG, Steinbruchel DA, Ihlemann N, Nissen H, Kjeldsen BJ, Petersson P, Chang Y, Franzen OW, Engstrom T, Clemmensen P, Hansen PB, Andersen LW, Olsen PS, Sondergaard L. Transcatheter Versus Surgical Aortic Valve Replacement in Patients With Severe Aortic Valve Stenosis: 1-Year Results From the All-Comers NOTION Randomized Clinical Trial. *J Am Coll Cardiol* 2015;65:2184–94.
- [10] Baumgartner H, Falk V, Bax JJ, De Bonis M, Hamm C, Holm PJ, Jung B, Lancellotti P, Lansac E, Muñoz DR, Rosenhek R, Sjogren J, Tornos Mas P, Vahanian A, Walther T, Wendler O, Windecker S, Zamorano JL, Group ESCSD. 2017 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. *Eur Heart J* 2017;38:2739–2791.

- [11] Eggebrecht H, Vaquerizo B, Moris C, Bossone E, Lammer J, Czerny M, Zierer A, Schrofel H, Kim WK, Walther T, Scholtz S, Rudolph T, Hengstenberg C, Kempfert J, Spaziano M, Lefevre T, Bleiziffer S, Schofer J, Mehilli J, Seiffert M, Naber C, Biancari F, Eckner D, Cornet C, Lhermusier T, Philippart R, Siljander A, Giuseppe Cerillo A, Blackman D, Chieffo A, Kahlert P, Czerwinska-Jelonkiewicz K, Szymanski P, Landes U, Kornowski R, D'Onofrio A, Kaulfersch C, Sondergaard L, Mylotte D, Mehta RH, De Backer O, European Registry on Emergent Cardiac Surgery during T. Incidence and outcomes of emergent cardiac surgery during transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TAVI): insights from the European Registry on Emergent Cardiac Surgery during TAVI (EuRECS-TAVI). *Eur Heart J* 2018;39:676–684.
- [12] Eggebrecht H, Mehta RH, Kahlert P, Schymik G, Lefevre T, Lange R, Macaya C, Mandinov L, Wendler O, Thomas M. Emergent cardiac surgery during transcatheter aortic valve implantation (TAVI): insights from the Edwards SAPIEN Aortic Bioprosthesis European Outcome (SOURCE) registry. *EuroIntervention* 2014;10:975–81.
- [13] Gafoor S, Sirotina M, Doss M, Franke J, Piayda K, Lam S, Bertog S, Vaske-lyte L, Hofmann I, Sievert H. Safety of transcatheter aortic valve implantation in a hospital with visiting on-site cardiac surgery. *J Interv Cardiol* 2015;28:76–81.
- [14] Eggebrecht H, Bestehorn M, Haude M, Schmermund A, Bestehorn K, Voigtlander T, Kuck KH, Mehta RH. Outcomes of transfemoral transcatheter aortic valve implantation at hospitals with and without on-site cardiac surgery department: insights from the prospective German aortic valve replacement quality assurance registry (AQUA) in 17 919 patients. *Eur Heart J* 2016;37:2240–8.
- [15] Kuck KH, Eggebrecht H, Elsasser A, Hamm C, Haude M, Ince H, Katus H, Möllmann H, Naber Ch K, Schunkert H, Thiele H, Werner N. Qualitätskriterien zur Durchführung der kathetergestützten Aortenklappenimplantation (TAVI) – Aktualisierung des Positionspapiers der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie. *Kardiologie* 2016;10:282–300.
- [16] Mudra H, Sack S, Haude M, Gerckens U, Kuck KH, Hambrecht R, Sievert H, Richardt G, Schächinger V, Naber Ch K, Sechtem U, Zahn R, Brachmann J. Strukturelle und organisatorische Voraussetzungen zur Durchführung des Transkatheter-Aortenklappenersatzes (TAVI)- Ein Positionspapier der Arbeitsgemeinschaft Leitende Kardiologische Krankenhausärzte (ALKK) e. V. *Kardiologie* 2011;5:366–371.
- [17] Bestehorn K, Eggebrecht H, Fleck E, Bestehorn M, Mehta RH, Kuck KH. Volume-outcome relationship with transfemoral transcatheter aortic valve implantation (TAVI): insights from the compulsory German Quality Assurance Registry on Aortic Valve Replacement (AQUA). *EuroIntervention* 2017;13:914–920.
- [18] Bavaria JE, Tommaso CL, Brindis RG, Carroll JD, Deeb GM, Feldman TE, Gleason TG, Horlick EM, Kavinsky CJ, Kumbhani DJ, Miller DC, Seals AA, Shahian DM, Shemin RJ, Sundt TM, 3rd, Thourani VH. 2018 AATS/ACC/SCAI/STS Expert Consensus Systems of Care Document: Operator and Institutional Recommendations and Requirements for Transcatheter Aortic Valve Replacement: A Joint Report of the American Association for Thoracic Surgery, the American College of Cardiology, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons. *J Am Coll Cardiol* 2018.

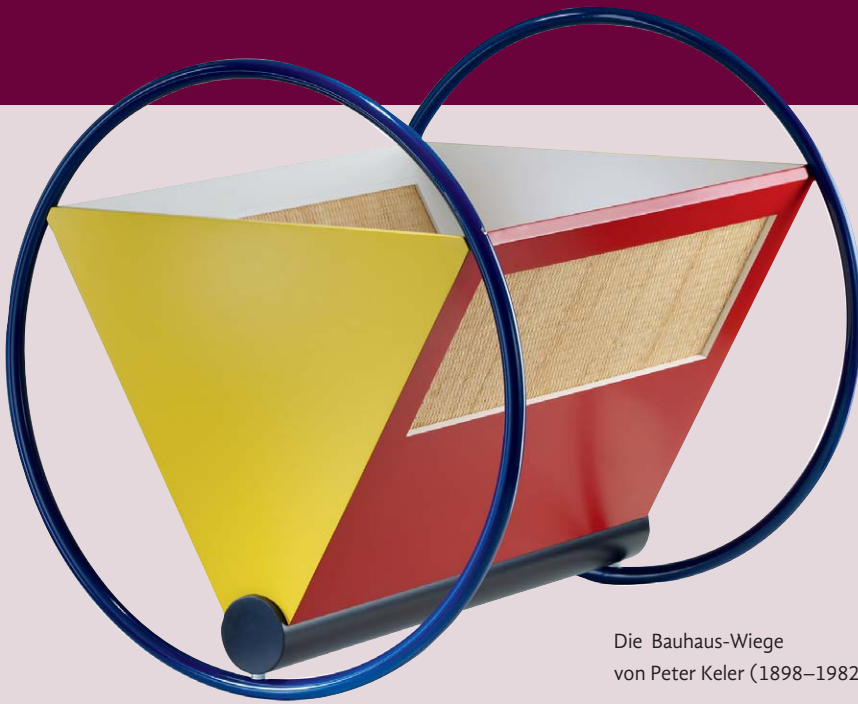


Foto: © Fa. Tecta

Die Bauhaus-Wiege von Peter Keler (1898–1982).

Ikone der Moderne: 100 Jahre Bauhaus

An diesen Formen ist nichts barock, überladen oder verspielt. Im Gegenteil: Straff spannen sich Lederstreifen um ein kühnes Konstrukt aus Stahlrohr und bilden Sitz-, Rücken- und Armlehnenflächen des Wassily-Sessels von Marcel Breuer. Wie ein blank polierter Pilz illuminiert Wilhelm Wagenfelds elegante Tischleuchte Büro- und Privaträume. Aus Dreiecken, Rechtecken, Kreisen und den Farben Gelb, Rot und Blau kreierte Peter Keler 1922 eine futuristisch anmutende Kinderwiege. Was die Objekte miteinander verbindet, sind klare Linien und ihre Herkunft: Sie stammen aus der wichtigsten Kunstschule des 20. Jahrhunderts – dem 1919 von Walter Gropius gegründeten Bauhaus.

Aufbruch in die neue Sachlichkeit: Das war das Motto der Bildungsstätte für Architektur, Kunst und Design. Hundert Jahre später fasziniert das Bauhaus noch immer. Längst sind Objekte wie der Wassily-Sessel, eine Hommage an Breuers Bauhaus-Kollegen Wassily Kandinsky, oder die Wagenfeld-Leuchte, Kelers Wiege, die hinreißend geschwungene Corbusier-Liege oder Marianne Brandts formschöne Teekanne „MBTK 24 Si“ zu Design-Klassikern avanciert. Die schnörkellose, funktionale Architektur eines Walter Gropius, Ludwig Mies van der Rohe und Le Corbusier beeinflusst Architekten bis heute.

Charismatischer Visionär

„Das Endziel aller bildnerischen Tätigkeit ist der Bau“, schrieb Walter Gropius (1883–1969) in seinem Manifest. Wer war dieser Spross einer großbürgerlichen Familie von Architekten, der sein eigenes Architekturstudium nie abschloss, und mit aller Macht, „weg vom Alten“ wollte? Gropius war charismatisch, wortgewandt und visionär.

1908 trat er in das Berliner Büro des Architekten Peter Behrens ein, in dem auch



Foto: © Ernst-May-Gesellschaft, inv. 10.15.02

Siedlung Römerstadt in Frankfurt/Main, um 1928.

Mies van der Rohe und Le Corbusier arbeiteten. Hier lernte er die Abläufe der industriellen Fertigung und die neuesten Konzepte des Industrie- und Siedlungsbaus kennen und beschloss, beides miteinander zu verbinden.

Während des Ersten Weltkrieges entwarf Gropius Pläne für eine Reform des Architekturstudiums. Es sollte praxisnah sein und die industrielle Gestaltung in den Dienst des Künstlers legen. 1919 wurde der gebürtige Berliner Direktor des Staatlichen Bauhauses in Weimar und begann, seine Reformideen umzusetzen. Ziel war es, neue Lebensverhältnisse für alle zu gestalten und bei der Lösung der sozialen Frage zu helfen. Gropius holte Avantgardisten wie Paul Klee, Johannes Itten, Lyonel Feininger, Oskar Schlemmer, Georg Muche und Wassily Kandinsky nach Weimar. Das Bauhaus entwickelte sich zu einer Ideenschule; statt auf akademische Lehre setzte es auf die individuelle Entfaltung gestalterischer Talente.

Labor für eine bessere Zukunft

So führte Gropius ein „heiteres Zeremoniell“ aus Lesungen, Kostümfesten und Aufführungen zur gegenseitigen künstlerischen Inspiration ein. Was harmlos klingt, war damals eine Revolution. Ausgelassene Feiern und avantgardistische Tänze: Die Maxime der Kunstschule, die ein Labor für eine bessere Zukunft sein wollte, waren Weltoffenheit und Toleranz. Angenommen wurden Studenten „ohne Rücksicht auf Alter und Geschlecht“, auch wenn Frauen sich immer wieder Benachteiligungen ausgesetzt sahen. Gropius strebte die Wiedervereinigung von Bildhauerei, Theater, Dichtkunst und Musik an. Für eine enge Verwandtschaft von Architektur und Bühne stand der Maler, Bildhauer und Bühnenbildner Oskar Schlemmer. Ab 1923 leitete er zunächst die Werkstatt für Wandbildmalerei, später die für Holz- sowie Steinbildhauerei und schuf das berühmte „Triadische Ballett“.

Einheit von Kunst und Technik

Freigeister und exzentrische Künstler beiderlei Geschlechts: Das undogmatische Bauhaus-Leben und -Arbeiten stieß bei vielen Zeitgenossen auf Widerstand. Als



Stiftung Bauhaus Dessau / © (Consemüller, Erich), Consemüller, Stephan (Eigentum Original Vintage Print)

Bauhausgebäude Dessau 1926, Architekt Walter Gropius.
Ansicht von Südwesten.



Foto: © Image Courtesy of Knoll, Inc.

Der Wassily Chair wurde 1925/26 von Marcel Breuer entworfen, als er die Schreinerei des Bauhauses in Dessau leitete.

der Rückhalt für das Bauhaus in Weimar (1919–1925) schmolz, entdeckte Gropius Dessau als neuen Standort. Das nach seinen Plänen 1925–1926 gebaute Schulgebäude für die „Hochschule für Gestaltung“ in Dessau – ein monumentaler, zugleich jedoch durch Glasfronten transparent anmutender, lichtdurchfluteter Gebäudekomplex – begründete eine neue Ästhetik und den Ruf des Bauhaus als „Ikone der Moderne“. Seit 1996 ist es Teil des Unesco-Weltkulturerbes Bauhaus.

14 Jahre bestand das eng mit den politischen, sozialen und kulturellen Entwicklungen der Weimarer Republik verbundene Bauhaus. Als ihm der Wind auch in Dessau immer schärfer entgegen blies, zog sich Gropius 1928 vom Bauhaus zurück, emigrierte zunächst nach England und anschließend in die USA. Letzter Direktor des Bauhauses war Mies van der Rohe, der die Schule als private Lehranstalt ab 1932 unter Repressalien der Nationalsozialisten und drastischen Mittelkürzungen in Berlin weiter führte. Allerdings nur für kurze Zeit: 1933 wurde das Bauhaus offiziell aufgelöst.

Frankfurt: Zentrum der modernen Gestaltung

Ob Frankfurter Kranz oder Frankfurter Schrank: Beides ist mächtig und schwer, doch Frankfurt steht auch für gestalterische Leichtfüßigkeit. So gilt die 1926 im Rahmen des Projekts Neues Frankfurt von der Wiener Architektin Margarete Schütte-Lihotzky entwickelte Frankfurter Küche als Urtyp der modernen Einbauküche. Während der Name Bauhaus heute vor allem mit den Städten Weimar, Dessau und Berlin verknüpft wird, hatte sich Frankfurt

am Main in der Zeit der Weimarer Republik als Zentrum der modernen Gestaltung einen Namen gemacht – mit vielfältigen Beziehungen zur Bauhaus-Lehre. Dies will das „Forum Neues Frankfurt“ 2019 in Kooperation mit dem Museum Angewandte Kunst, dem Deutschen Architekturmuseum und dem Historischen Museum Frankfurt mit drei großen Ausstellungen dokumentieren.

Dank richtungsweisender Wohnprojekte war Frankfurt Ende der 1920er-Jahre zu einem Zentrum der Avantgarde in Städtebau und Architektur geworden. „Moderne am Main 1919–1933“ heißt eine Schau, die bis zum 14. April im Museum Angewandte Kunst zu sehen ist und zeigt, wie damals neue Formen der angewandten und freien Künste alle Bereiche des menschlichen Lebens durchdrangen. Die Ausstellung zeichnet diesen Aufbruch in Produkt-, Raum- und Werbegestaltung, Mode, Musik, Film und Fotografie nach.

Städtebaupionier Ernst May

Ein Name wird mit der Pionierfunktion Frankfurts in den 1920er-Jahren in einem Atemzug genannt: der des Architekten Ernst May. Rund 15.000 Sozialwohnungen hatte der Städteplaner in neuen Siedlungen errichten lassen. Unter dem Titel „Neuer Mensch, neue Wohnung“ widmet sich das Deutsche Architekturmuseum vom 23. März bis 18. August dem Gesicht des „Neuen Frankfurt“ in den Jahren 1925 bis 1933. May ging es um die Typisierung familiengerechter Wohnungen, bezahlbare Wohnungsgrundrisse, funktionales Mobiliar, die industrielle Vorfertigung des Rohbaus und die integrierte Stadt- und Grünplanung. Die 300 Quadratmeter um-

fassende Ausstellung im Architekturmuseum versammelt die Siedlungen und ausgewählte Bauten des Neuen Frankfurt, die den Ruf der Stadt als Hochburg der Moderne begründeten.

Wie wohnen die Leute heute?

Sprung in die Gegenwart: Im Rahmen der Ausstellung „Wie wohnen die Leute? Mit dem Stadtlabor unterwegs in den Ernst-May-Siedlungen“ beschäftigt sich das Historische Museum der Stadt Frankfurt vom 16. Mai bis 15. September damit, wie heute in den von May entworfenen Siedlungen gelebt wird. Dazu gehören neben der Römerstadt unter anderem Praunheim, der Höhenblick und die Siedlung Westhausen.

Mit seinem Stadtlabor begibt sich das Museum in die in den 1920er-Jahren entstandenen Siedlungen des Neuen Frankfurt und fragt nach dem Nutzen der damaligen Vorstellungen für die heutige Zeit. Was ist von der Reformbewegung geblieben? Nicht zuletzt will die Ausstellung untersuchen, wie sozial gerechtes Wohnen heute aussehen kann. Eine Frage, wie sie in Zeiten von Wohnungsnot und horrenden Mieten aktueller nicht sein könnte.

Katja Möhrle

Die Stadt Frankfurt/M. feiert das Bauhaus mit drei Ausstellungen:

- „Moderne am Main 1919–1933“ (bis 14. April, Museum Angewandte Kunst)
- „Neuer Mensch, neue Wohnung – Die Architektur des Neuen Frankfurt 1925–1933“ (23. März bis 18. August, Deutsches Architekturmuseum)
- „Wie wohnen die Leute? Mit dem Stadtlabor unterwegs in den Ernst-May-Siedlungen“ (16. Mai bis 15. September, Historisches Museum)

Vertragsärztliche Dokumentationspflichten

Einleitung

Beim Thema ordnungsgemäßer Behandlungsdokumentation hat man zu allererst die Folgen der Haftung für eine unzulängliche Dokumentation im Arzthaftungsverfahren vor Augen. Indes geht diese Pflicht weiter und berührt viele andere Bereiche der ärztlichen Tätigkeit, die dokumentationspflichtige Maßnahmen vorgeben – so das Berufsrecht, spezialgesetzliche Vorschriften, bis hin zu den honorarrechtlichen Abrechnungsfragen. Bei unzulänglicher Dokumentation drohen Nachteile. Die wesentlichen Bereiche sollen nachfolgend kurz skizziert werden.

1. Dokumentationspflichten nach Berufsrecht

In Hessen ist die Dokumentationspflicht in § 10 der „Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen“ [1] geregelt. Die berufsrechtlichen Bestimmungen postulieren in fünf Absätzen eine Pflicht zur ausführlichen und sorgfältigen Dokumentation der Behandlung. Jeder Arzt, der eine dokumentationspflichtige Maßnahme durchführt, trägt die Verantwortung dafür, dass diese Maßnahme auch festgehalten wird. Dokumentationszweck ist die Therapiesicherung, daneben auch die Beweissicherung und Rechenschaftslegung. Eine inhaltlich unrichtige Darstellung der ärztlichen Behandlung verletzt diese Pflicht. Die Aufzeichnungen haben Urkundencharakter und müssen oftmals noch nach Jahren nachvollziehbar und beweiskräftig sein [2]. Die Dokumentation ist berufsrechtlich unzureichend, wenn sie ohne Erläuterung des behandelnden Arztes aus sich heraus für einen anderen Arzt unverständlich ist [3].

2. Dokumentationspflichten nach dem BGB

Bei der Pflicht zur ordnungsgemäßen Führung von Patientenunterlagen handelt es sich um eine dem Arzt seinem Patienten gegenüber obliegende Pflicht. Die ärztlichen Aufzeichnungen sind nicht lediglich eine interne Gedächtnisstütze. Ohne oder durch eine unzulängliche Dokumentation kann die weitere Behandlung des Patienten durch den Arzt selbst oder seinem Nachfolger erheblich erschwert werden. Umfang und Inhalt der Dokumentationspflicht bestimmen sich nach dem therapeutischen Interesse des Patienten, der Sicherstellung einer ordnungsgemäßen Behandlung und deren Fortführung hinsichtlich Diagnose und Therapie. Dokumentiert werden muss, was an Informationen für den Arzt oder andere Behandler zur standardkonformen

Behandlung des Patienten benötigt wird [4]. Die Dokumentation soll die wesentlichen Abläufe des Behandlungsverlaufs und jeweils darauf bezogene Behandlungsschritte aufzeigen, so dass anhand der Aufzeichnungen aus der objektiven Sicht eines Nachbehandlers ein hinreichend zuverlässiger Abgleich zwischen der jeweiligen Patientensituation und dem Fortgang der Behandlung möglich wird [5].

Die Bestimmung des § 630f BGB sieht in diesem Zusammenhang eine zeitnahe, behandlungszweckorientierte Dokumentation vor. § 630h Abs. 3 BGB postuliert eine Beweislastregelung bei Haftung für Behandlungs- und Aufklärungsfehler. Nach Maßgabe des ärztlichen Standards soll die Dokumentation die Persönlichkeitsrechte des Patienten durch die Pflicht des Behandelnden, Rechenschaft über den Gang der Behandlung zu geben, wahren. Die Dokumentation soll nicht nur die Therapie des Patienten sichern, sondern auch Rechenschaft über die Maßnahmen des Arztes ablegen, um einen Ausgleich zum Wissensvorsprung des Arztes gegenüber seinem Patienten zu schaffen [6].

Aus § 630f Abs. 1 Satz 1 BGB folgt, dass die Eintragungen jeweils in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit der Behandlung vorzunehmen sind. Eine Definition liefert das Gesetz allerdings nicht. Der Zeitrahmen richtet sich nach den Besonderheiten des Einzelfalles, so dass es nicht erforderlich ist, die Eintragung unverzüglich oder sofort vorzunehmen. Im Hinblick auf die hierzu ergangene Rechtsprechung soll eine erst ein Jahr nach einem Eingriff erstellte Dokumentation keinen Beweiswert mehr haben, hingegen ein einen Monat nach dem Eingriff erstellter Operationsbericht noch in angemessener Frist liegen. Es kommt – wie gesagt – auf die Umstände des Einzelfalles und gegebenenfalls auch auf die Gründe für den Zeitabstand zwischen Behandlung und Dokumentation an.

3. Spezialgesetzliche Dokumentationspflichten

Spezialgesetzliche Dokumentationspflichten sind beispielsweise § 14 Abs. 1 Transfusionsgesetz oder § 13 Abs. 1a Betäubungsmittelgesetz (BtMG). Aber auch Richtlinien der Bundesärztekammer bzw. Leitlinien der Fachgesellschaften enthalten Dokumentationspflichten. Genannt seien beispielhaft die Leitlinie der Bundesärztekammer zur Qualitätssicherung in der Computertomografie oder die auf § 5 Abs. 11 Satz 1 Nr. 1 BtMVV gründenden Richtlinien der Bundesärztekammer zur Durchführung der substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger [7].

4. Sozialrechtliche Dokumentationspflichten

Im Rahmen der sozialrechtlichen Dokumentations- und Aufzeichnungspflichten können insbesondere das allgemeine Wirtschaftlichkeitsgebot [8] und die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung [9] Grundlage weitergehender Dokumentationspflichten sein. Sozialrechtliche Dokumentationspflichten ergeben sich entweder aus gesetzlichen Bestimmungen oder aber aus Regelungen des untergesetzlichen Vertragsarztrechts.

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

4.1. Gesetzliche Dokumentationspflichten

§ 294 SGB V bestimmt als Pflichten der Leistungserbringer, die für die Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen sowie der kassenärztlichen Vereinigungen notwendigen Angaben, die aus der Erbringung, der Verordnung sowie der Abgabe von Versicherungsleistungen entstehen, aufzuzeichnen und gemäß den nachstehenden Vorschriften den Krankenkassen, den kassenärztlichen Vereinigungen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen mitzuteilen. Insoweit handelt es sich unter anderem um Sozialdaten im Sinne von § 67 Abs. 1 S. 1 SGB X, die im Zusammenhang mit der Erbringung, der Verordnung oder der Abgabe von Versicherungsleistungen anfallen. Konkretisiert werden diese Angaben für die jeweiligen Leistungserbringer durch die §§ 295 ff SGB V. Die Aufzeichnungspflicht beschränkt sich nicht auf die allgemeinen und berufsrechtlichen Dokumentationspflichten, sondern geht deutlich über sie hinaus, da nunmehr die Aufgabenzuweisung an die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen und der Sicherstellungsauftrag betroffen sind.

4.2. Regelungen im untergesetzlichen Vertragsarztrecht

Durch die Bestimmung des § 295 Abs. 3 SGB V werden die Bundesmantelvertragsparteien und der Bewertungsausschuss zu weitergehenden Regelungen ermächtigt. Nach § 57 Abs. 1 BMV-Ä [10] gilt, dass der Vertragsarzt die Befunde, die Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung in geeigneter Weise zu dokumentieren hat. Beide Dokumentationspflichten sind in gesonderten Vereinbarungen der Bundesmantelvertragsparteien oder in Richtlinien des GBA – wie zum Beispiel der Gesundheitsuntersuchungs-RL, der Psychotherapie-RL oder der Heilm-RL – vorgesehen. Ärztliche Dokumentationen sind auch Gegenstand der Qualitätsprüfungs-Richtlinie nach § 1 Abs. 2 und § 5. Im EBM werden teilweise in allgemeinen Vorschriften oder in der Leistungslegende besondere Regulationsanforderungen aufgestellt [11].

5. Folgen unzureichender Dokumentation – 5.1 im zivilrechtlichen Arzthaftungsrecht

Die Bedeutung der Dokumentation liegt in der Beweislastverteilung im Arzthaftungsprozess, wengleich die Dokumentation nicht dazu dient, Beweise für einen Haftpflichtprozess gegen den Arzt zu sichern [12]. Bekanntlich kommen Beweiserleichterungen zugunsten eines Patienten dann in Betracht, wenn die gebotene ärztliche Dokumentation lückenhaft bzw. unzulänglich ist und dadurch im Falle einer Schädigung die Aufklärung des Sachverhalts zuungunsten des Patienten unzumutbar erschwert wird [13]. Die Dokumentation selbst bestimmt sich nach rein medizinischen Notwendigkeiten, die ihrerseits einer sachverständigen Überprüfung zugänglich sind. Auf die Dokumentation können sich Patient als auch Arzt jeweils zu ihren Gunsten berufen: was nicht dokumentiert ist, aber hätte dokumentiert werden müssen, gilt als nicht geschehen; umgekehrt ist einer zeitnahen und voll-

ständigen, äußerlich unverdächtigen ärztlichen Dokumentation grundsätzlich Glauben zu schenken [14]. Etwaige Lücken in der Dokumentation kann der Arzt schließen, indem er den dokumentationspflichtigen Umstand anderweitig beweist. Dies kann durch seine Anhörung, aber auch durch Vernehmung von Zeugen – in der Regel Mitarbeiter der Praxis oder der Klinik – erfolgen [15].

5.2 im Prüfverfahren vor der Kassenärztlichen Vereinigung

Im Rahmen eines Prüfverfahrens obliegt dem Arzt als Anspruchsteller bekanntlich die Darlegungs- und Beweislast bezüglich aller Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch [16]. Er hat die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so exakt als möglich anzugeben und auch zu belegen, insbesondere, wenn er sich auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur durch seine Mithilfe aufgeklärt werden können. Die Kassenärztliche Vereinigung kann eine Leistungsposition streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder sich nicht nachweisen lassen [17].

Ergeben sich begründeten Zweifel daran, ob der Tatbestand einer Gebührenposition gegeben ist oder nicht, obliegt es auch dem Arzt, diese Zweifel auszuräumen und durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Wird dem nicht hinreichend nachgekommen, ist der entsprechende Honoraranspruch verwirkt. Unzureichend dargelegte, dokumentierte und nicht oder nur unzureichend nachgewiesene Leistungen werden als nicht erbracht bzw. nicht erfüllt angesehen und sind mithin nicht abrechenbar. Auch hier hat die Dokumentation zeitnah zu erfolgen, da mit größerem zeitlichen Abstand die Gefahr besteht, dass die Dokumentation nicht mehr der erfolgten Behandlung entspricht. Insoweit bleibt anzumerken, dass im Verfahren sachlich-rechtlicher Berichtigung nicht nur der Tatsachenvortrag des Verwaltungsverfahrens berücksichtigt wird, sondern im anschließenden sozialgerichtlichen Verfahren neuer Sachvortrag gehalten werden kann. Allerdings wird der neue Vortrag hierbei einer verstärkten Glaubwürdigkeitskontrolle seitens der Gerichte unterzogen [18]. So soll ein Verstoß gegen Qualitätsbestimmungen vorliegen, wenn die Dokumentation der Operation einschließlich der Anästhesie nicht den rechtlichen Vorgaben entspricht [19]. Zudem soll die Dokumentation auch der Beweissicherung im Zusammenhang mit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen dienen [20].

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt,

Fachanwalt für Medizinrecht

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Hänsel

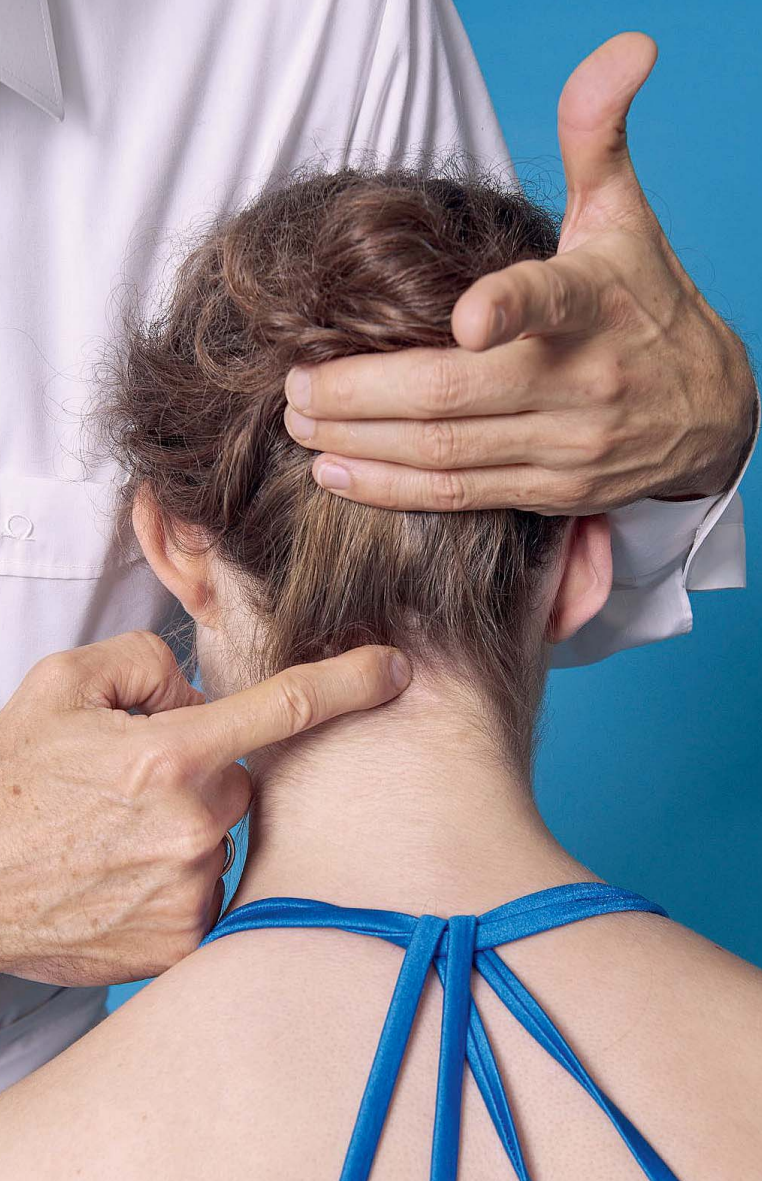
Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Literatur zum Artikel:

Vertragsärztliche Dokumentationspflichten im Überblick

von Dr. jur. Thomas K. Heinz

- [1] vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I – VIII), zuletzt geändert am 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 654)
- [2] vgl. BerufsG für Heilberufe Berlin vom 25.06.2014, Az. 90 K 2.12 T, juris Rz. 20
- [3] vgl. BerufsG für Heilberufe Berlin vom 23.05.2012, Az. 90 K 1.10 T, juris Rz. 41
- [4] Hierzu gehören keine ergebnislosen Befunde. – OLG München, Urteil vom 18.01.2017, Az. 3 U 5039/13
- [5] OLG Bamberg, GesR 2016, 492
- [6] BT-Drucks. 17/10488, 29 f
- [7] VG Regensburg, Urteil vom 04.07.2013, z RN 5 K 12 .1156, juris Rz. 4
- [8] vgl. §§ 2 Abs. 1 S. 1; 12 Abs. 1; 70 Abs. 1 S. 2; 92 Abs. 1 S. 1; 106 SGB V
- [9] vgl. §§ 2 Abs. 1 S. 3; 135 ff SGB V
- [10] Bundesmanteltarifvertrag-Ärzte, zuletzt geändert 16.01.2017: www.kbv.de/html
- [11] z.B. Ziffer 2.1 Abs. 1 Allg. Best.; Abschn. 1.7 Nr. 2; Abschn. 5 Präambel Ziffer 5.4, Ziffern 01705, 01741, 01852 EBM
- [12] OLG Köln, Urteil vom 21.07.2016, Az. 5 U 31/16
- [13] BGH, NJW 1986, 2365
- [14] zuletzt OLG Dresden, GesR 2018, 497; OLG Köln, Urteil vom 13.08.2014, Az. 5 U 57/14
- [15] zuletzt OLG Koblenz, VersR 2017, 353
- [16] vgl. BSG, Urt. v. 06.09.2000, Az. B 6 KA 17/00 B, juris Rz. 8
- [17] vgl. BSG, ebenda
- [18] LSG Hessen, Urt. v. 27.05.2015, Az. L 4 KA 50/12; SG Stuttgart, Urteil vom 19.06.2002, Az. S 10 KA 2453/00, juris Rz. 51
- [19] LSG Baden-Württemberg, MedR 2015, 136
- [20] LSG Niedersachsen-Bremen, NZS 2015, 136



Untersuchungssituation an der Halswirbelsäule.



Fotos: Janis Lüders Griffanlage einer Behandlungstechnik an der Halswirbelsäule.

Weiterbildung zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Chirotherapie/Manuelle Medizin

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wird in diesem Jahr eine Kurs-Weiterbildung für Chirotherapie/Manuelle Medizin anbieten. Diese wird auf sieben Kursblöcke zu jeweils zwei Wochenenden aufgeteilt. Ein Teil des Kursprogrammes, das die theoretischen Grundlagen umfasst, wird dabei als E-Learning angeboten. Dadurch verkürzt sich zum einen die Präsenzzeit, zum anderen kann so der Fokus verstärkt auf das praktische Üben der manuellen Techniken gelegt werden. In einer Zeit, in der Medizintechnik, Geräte- und Labordiagnostik und operative Verfahren einen großen und sicherlich

auch wichtigen Stellenwert einnehmen, kommt häufig das „Handanlegen“ zu kurz. Oft fehlt die Zeit, aber vor allem das Wissen und die Kenntnis von strukturierten Untersuchungsabläufen zur Erfassung funktioneller Störungen in Abgrenzung zu strukturell organischen Erkrankungen. Das Erweitern des muskuloskelettalen Untersuchungsrepertoires um die Techniken der Manuellen Medizin eröffnen hierbei ein völlig neues therapeutisches Fenster. Dabei geht es nicht darum, nun alles ganz anders zu machen, sondern die erlernten Werkzeuge in das vorhandene Wissen und die vorhandenen Fähigkeiten sinnvoll zu integrieren.

Was bringt uns das für einen Zugewinn? Einerseits lernen wir noch sicherer, strukturell organische zu funktionell reversiblen Erkrankungen abzugrenzen, was Zeit und möglicherweise überflüssige Zusatzuntersuchungen und somit auch Kosten spart. Andererseits können wir gerade bei akuten Symptomen noch zielgerichteter und damit effektiver behandeln. Auf diese Weise lässt sich früh eine Symptomreduktion oder gar Symptomfreiheit erreichen und damit die Gefahr von Chronifizierung reduzieren. Hierdurch lassen sich auch wiederholte Patientenbesuche vermeiden, was ebenfalls eine Zeitersparnis bedeutet. Aber nicht nur bei akuten, son-

dem natürlich auch bei chronifizierten Schmerzzuständen ist die Manuelle Medizin eine wichtige Ergänzung in einem multimodalen Behandlungssetting. Welchen Stellenwert sie hat und welchen Platz sie hierbei zu besetzen vermag, werden wir erarbeiten, abgestimmt auf die fachliche Perspektive der einzelnen Kursteilnehmer.

Außerdem kommt durch die Anwendung chirotherapeutischer Verfahren eine Behandlung zum Einsatz, die im Vergleich zur Verordnung von Analgetika oder auch Injektionsverfahren eine deutlich geringere Gefahr von Nebenwirkungen aufweist. Nicht zu vernachlässigen ist der Faktor der Zuwendung beim manuellen Untersuchen und Behandeln des Patienten. Denn hierbei fühlt sich der Patient im wahrsten Sinne des Wortes „begriffen“, ernst genommen und gesehen, was auch der Compliance und Patientenführung zu Gute kommt und Vertrauen bildet. Darüber hinaus findet alleine durch das „Anfassen“ des Patienten in seinem Nervensystem eine Aktivierung regulatorischer Prozesse statt, die einen nicht unwesentlichen Einfluss auf den Heilungsprozess haben können.

Unser Ziel ist es, die Untersuchungs- und Behandlungstechniken, auch durch wiederholtes Üben und viel Praxiszeiten, so sicher werden zu lassen, dass im Praxisalltag ein zeiteffizientes Arbeiten möglich wird. Und schließlich so zur Routine wird, wie das Auskultieren oder ähnliche Verfahren, die bereits fester Bestandteil ihres ärztlichen Handelns geworden sind.

Gegenstand der Kurs-Weiterbildung wird auch ein Einblick in osteopathische Techniken und das Verständnis der Osteopathie für Krankheitsprozesse sein. Spätestens hierbei wird klar werden, dass der Begriff der funktionellen Störungen sich nicht nur auf Schmerzzustände des Stütz- und Bewegungsapparates bezieht, sondern auch funktionelle Organstörungen mit einbezieht. Gerade dies ist ein lohnendes Thema insbesondere für Allgemeinmediziner, die nicht selten funktionellen Störungen von Organen ratlos gegenüber stehen. Hierbei wird es auch darum gehen, bezüglich weiterführender Diagnostik (wie beispielsweise Röntgen, MRT, etc.) die richtigen Schlussfolgerungen zu ziehen und sie gezielt einsetzen zu lernen.



Lagerung und Einstellung für eine Grifftechnik an der Lendenwirbelsäule.

An dieser Stelle sei auch erwähnt, dass wir die ganzheitliche Perspektive des biopsychosozialen Kontextes als integrativen Bestandteil ärztlichen Handelns nicht aus dem Blick verlieren werden.

Bei all dem geht es nicht immer nur darum, den Patienten selbst zu behandeln, sondern auch darum, für ihn einen individuellen und gezielten Behandlungsplan zu erstellen und Therapien angemessen zu verordnen, zu delegieren und deren Verlauf zu kontrollieren.

Wir möchten Ihnen nicht zuletzt auch die Freude näher bringen, die darin liegt, einem Menschen in Not in direktem Kontakt mit schneller, effektiver und risikoarmer Hilfe erfolgreich zur Seite zu stehen.

Dr. med. Rainer Lüders

Facharzt für Physikalische
und Rehabilitative Medizin,
Wiesbaden

Termine Manuelle Medizin/Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden. Weitere Termine werden in 2020 und 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 2019 und
Fr., 17.–Sa., 18. Mai 2019

Kursblock II (inkl. 20 UE E-Learning)

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

Leitung: Dr. med. Rainer Lüders,
Wiesbaden

Gebühr je Kursblock I/II: 1.200 €
(Akademiestudenten 1.080 €). Weitere
Termine und Gebühren auf Anfrage.

Auskunft/Anmeldung:

Melanie Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de



Fotos: © stock-adobe.com; Urheber v. l.: enterlinedesign, Victor Moussa, nihkg, Yamagiwa

Behandlung am Lebensende aus Sicht verschiedener Religionen

Medizin vor der Sinnfrage

Im 19. Jahrhundert versuchte sich die Medizin von religiösen und philosophischen Bindungen zu befreien, die lange Zeit das ärztliche Selbstverständnis prägten [3, S. 173 und S. 242ff]. Die Erfolge auf der Basis naturwissenschaftlich-positivistischen Denkens in den folgenden 150 Jahren schienen dieser Befreiung von transzendentalen Einflüssen Recht zu geben. Doch konfrontierten gerade angestrebte, aber nicht erreichte Erfolge an den Grenzen des Lebens Patienten, Ärzte und Pflegenden mit Fragen nach dem Sinn einer medizinischen Therapie [8].

Da Sinnfragen nur auf dem Hintergrund von Weltanschauung, Lebensphilosophie oder religiöser Haltung zu bedenken sind, führte der naturwissenschaftlich begründete Fortschritt wieder zu den Dimensionen, die im 19. Jahrhundert verlassen werden sollten [11].

Autonomie bei religiöser Vielfalt

In dieser Zeit veränderten sich Gesellschaft und Gesundheitswesen. Autonomie bekam in unserem Kulturkreis eine herausragende Bedeutung. Die Selbstbestimmung des informierten Patienten ist heute Voraussetzung für medizinisches Handeln. Gleichzeitig brachte uns der weltoffene und interkulturelle Austausch mit einer Vielfalt von Weltanschauungen und religiösen Haltungen in Kontakt, sowohl bei Patienten als auch Mitarbeitenden. Im Unterschied zu früheren Zeiten haben wir es nicht mehr mit einem homogenen Welt-, Gesellschafts- und Menschenbild zu tun [4, S. 790]. Daher gehört es heute zur professionellen Kompetenz von Ärzten und Pflegenden, weltanschauliche und religiöse Hintergründe bei sich selbst und den Patienten wahrzunehmen

und bei der Entscheidungsfindung einzubeziehen. Im Folgenden werden einige wichtige religiöse Positionen skizziert.

Christliche Aspekte

Bei allen unterschiedlichen Interpretationen der biblischen Texte in der Kirchen- und Konfessionsgeschichte sind einige Kerngedanken durchgängig zu finden. Der Mensch wird als ein Geschöpf gesehen, dessen Leben ihm geschenkt und in seine Verantwortung übergeben ist. Medizin gehört zu den Fähigkeiten, die der Mensch zum Nutzen des Lebens erhalten hat. Heil und Heilung sind anzustrebende Ziele. Leiden gilt nicht als Strafe Gottes. Es soll vermieden und abgewendet werden. Alle Menschen sind vor Gott gleich wichtig. Die dualistische Vorstellung von Leib und Seele ist nicht biblisch, sondern aus der Umwelt in die spätere Theologie eingeflossen. Das Leben des Menschen ist einmalig. Es hat einen Anfang und ein Ende. Es gibt eine Hoffnung über den Tod hinaus, was mit dem Bild von Auferweckung oder Auferstehung beschrieben wird. Bildhafte Ausschmückungen davon sind mit viel Fantasie entworfen worden [1], aber nicht durch die biblischen Texte gedeckt. Aus der Geschöpflichkeit und Eigenverantwortlichkeit des Menschen folgt die Ehrfurcht vor dem Leben bis hin zum Tötungsverbot. Krankheit und Lebensbedrohung sind abzuwenden. Die Körperfunktionen sind aber kein Selbstzweck, sondern die Voraussetzungen für ein Leben zusammen mit anderen Menschen und im Gegenüber zu seinem Gott. Daher ist auch die künstliche Lebensverlängerung kein Selbstzweck, sondern nur gerechtfertigt, wenn damit die Wiederherstellung oder Erhaltung eines Lebens in seinem sozialen Gefüge möglich ist, zu dem der Betroffene selbst Ja sagen kann. Der Tod darf

zugelassen werden, wenn ein kuratives Therapieziel nicht mehr erreicht werden kann. Wenn die eingesetzten Mittel nicht mehr angemessen oder indiziert sind oder wenn sie für den Patienten ohne Sinn sind und er sie deshalb nicht angewendet haben möchte, darf auf sie verzichtet werden [10, 11].

In jedem Falle braucht der Kranke Zuwendung und Begleitung, auch im Sterben. Seelsorge und rituelle Handlungen, beispielsweise Krankensalbung oder Abendmahl, sind zu ermöglichen.

Von Zeugen Jehovas als spezieller christlicher Gruppe werden Blut und Blutprodukte zwar abgelehnt, aber Intensivmedizin und Lebenserhalt mit sonstigen Mitteln grundsätzlich bejaht. Die Therapiezieländerung ist unproblematisch.

Jüdische Aspekte

Viele Aussagen sind identisch mit dem christlichen Menschenbild. Der Mensch als Geschöpf Gottes hat Verantwortung für das ihm geschenkte, geliehene Leben. Zur Menschenwürde gehört auch seine Autonomie. Sie erlaubt es ihm aber nicht, beliebig mit seinem Leben umzugehen, dessen Eigentümer Gott bleibt. Leben hat einen unantastbaren, unendlichen Wert. Jeder Moment des Lebens besitzt den gleichen Wert, und sei er noch so kurz. Das Tötungsverbot gilt bis auf wenige Ausnahmen absolut, auch die Selbsttötung ist verboten. Die Fürsorge zur Erhaltung des Lebens gilt als höherer Wert als die Wahrung der Autonomie.

Die Verkürzung des Lebens durch Therapieverzicht wird kontrovers diskutiert. Konservative Positionen lehnen jede Handlung ab, die den Tod eines Sterbenden beschleunigt. Auch künstliche Ernährung und Beatmung müssen danach bis zur eindeutigen Todesfeststellung weiter-

geführt werden, selbst wenn der Patient das abgelehnt hat. Die Todesdefinition, nach der ein Mensch erst dann tot ist, wenn er bewegungslos ist, nicht mehr atmet und keine Pulsationen des Herzens mehr zeigt, verhindert nahezu jeden Therapieverzicht, um den Menschen sterben zu lassen, und steht auch der Organspende auf der Basis der Hirntodfeststellung im Wege [9].

Progressivere Positionen verweisen auf das persönliche Gewissen des Betroffenen bei der Beurteilung von Sterbehilfe und Therapiezieländerung. Der Verzicht auf lebensverlängernde Maßnahmen ist erlaubt, wenn diese Maßnahmen den Menschen daran hindern, zu sterben oder sie von ihm nicht mehr gewollt sind [6]. Unter den Rabbinern gibt es zwar Meinungsführer, doch letztlich keine allgemein verbindliche Lehrautorität vergleichbar dem Papst in der katholischen Kirche. Daher existiert ein breites Spektrum von Meinungen. Der Einzelne hat also eine individuelle Freiheit in seiner Glaubenshaltung. In jedem Falle darf der Sterbende nicht allein gelassen werden. Krankenbesuche sind religiöse Pflicht. Ruhe und Zeit für Spiritualität sind angesichts des Sterbens zu beachten.

Muslimische Aspekte

Auch im Islam gibt es keine einheitliche Lehrautorität. Die verschiedenen Glaubensrichtungen berufen sich zwar alle auf den Koran, doch wird er unterschiedlich interpretiert, von fundamentalistisch bis liberal [7]. Der Mensch ist Geschöpf. Sein Körper ist nicht sein Besitz, sondern gehört Allah. Seine Gesundheit ist göttliche

Gnade, Krankheit ist Strafe, Leid eine Prüfung. Allah gibt das Leben und den Tod. Das Leben hat einen absoluten Wert. Tötung ist verboten (Sure 5,33), auch Suizid (Sure 4,30). In späteren Texten des Koran wird aber auch die Tötung Ungläubiger gefordert, auf die sich radikale Vertreter des Islam berufen (Sure 5,34). Therapieverzicht ist im konservativen Denken nicht erlaubt, in liberalen Positionen nur zur Schadensvermeidung, wenn die Behandlung nicht indiziert oder nicht mehr gewollt ist. Der Tod infolge des Krankheitsverlaufs ist danach zuzulassen. Er darf aber nicht durch den Therapieabbruch erfolgen.

Aufklärung über den nahenden Tod wird weitgehend abgelehnt zum Schutz des Kranken. Bei nahendem Tod ist die Familie zusammenzurufen. Sterbebegleitung und Versorgung nach dem Tod sollen durch Muslime erfolgen.

Buddhistische Aspekte

Im Buddhismus sind Religion und Medizin eng verknüpft. Ziel dieser Lebenshaltung ist Harmonie und Frieden sowie Vollkommenheit, die durch Überwinden von Begierden mit Hilfe von Meditation und Erkenntnis erreicht werden sollen. In der Vorstellung des Kreislaufs von Wiedergeburt ist die Bindung an das aktuelle Leben nicht so absolut. Daher sind Therapiezieländerung und -abbruch möglich.

Vielfalt erfordert Kommunikation

Die Vielfalt religiöser Überzeugungen, mit denen wir es im Gesundheitswesen heute zu tun haben (siehe Tabelle), macht es

nötig, sich mit den spezifischen Positionen vertraut zu machen, wenn es um lebenswichtige Entscheidungen und Überlegungen zur Sinnhaftigkeit von Behandlungen geht.

Doch bedeutet die Zugehörigkeit zu einer Glaubensrichtung nicht per se, dass der Patient, der sich dieser Konfession oder Religion zugehörig fühlt, die Lehr- oder Mehrheitsmeinung dieser Organisation vertritt. Außerdem kann in kaum einer Religion von einer einheitlichen Lehrmeinung ausgegangen werden. Es findet sich immer ein breites Deutungsspektrum zwischen fundamentalistisch-konservativ und liberal-progressiv. Und auch wer sich keiner Religionsgemeinschaft zugehörig fühlt, hat dennoch ein Wertesystem und spirituelles Denkmuster, das nicht selten religiöse Dimensionen hat [11].

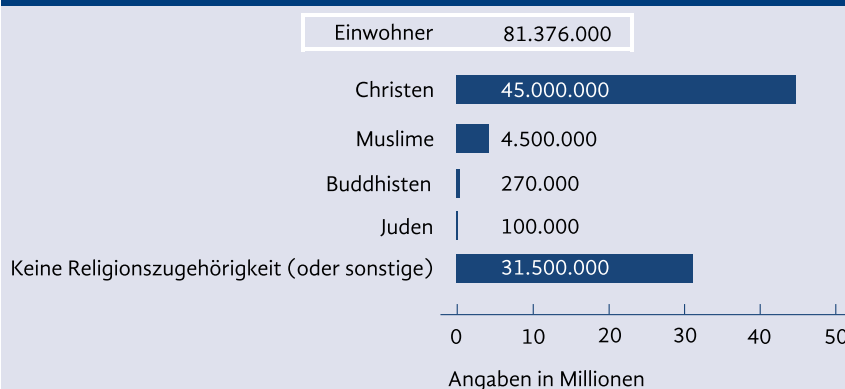
Es ist daher unverzichtbar, mit den Beteiligten ins Gespräch zu kommen. Denn nur durch Kommunikation ist ein Verständnis füreinander zu erreichen. Nur so lassen sich Spannungen und Missverständnisse vermeiden, nicht nur in der Medizin [5]. Medizin ohne Kommunikation ist ohnehin inhuman, doch gerade angesichts Entscheidungen über Therapiezieländerungen und Therapieabbruch ist es zwingend erforderlich, sich über Wertvorstellungen und spirituelle Haltungen auszutauschen. Nur dann ist eine medizinisch angemessene und für den Betroffenen sinnhafte Therapie einvernehmlich möglich [8]. Diese Aufgabe muss auch bei Ethikberatungen bedacht werden [2, 11].

Prof. Dr. med. Fred Salomon
 examinierter
 Theologe (ev.),
 Chefarzt a.D.
 Anästhesie Klinikum
 Lippe-Lemgo



Trainer für Ethikberatung
 im Gesundheitswesen (AEM),
 Leitung Mobile Ethikberatung
 in Lippe (MELIP)
 E-Mail: salomon-jf@t-online.de
 Internet: www.ethik-salomon.de

Religionszugehörigkeit in Deutschland [12, 13, 14]



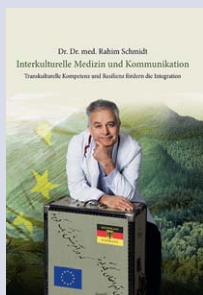
Literatur unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 03/2019.

Literatur zum Artikel:

Behandlung am Lebensende aus Sicht verschiedener Religionen

von Prof. Dr. med. Fred Salomon

- [1] Almond PC: Jenseits. Eine Geschichte des Lebens nach dem Tode. Lambert Schneider. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2017
- [2] Bandini JI, Courtwright A, Zollfrank AA, Robinson EM, Cadge W: The role of religious beliefs in ethics committee consultation for conflict over life-sustaining treatment. *J Med Ethics* 2017; 43:352–358
- [3] Bergdolt K: Das Gewissen der Medizin. C.H. Beck, München 2004
- [4] Bohmeyer A: Ethische Deliberationsprozesse in der Organisation Krankenhaus – soziologische, moralpädagogische und bildungstheoretische Zugänge, in: Th.Krobath, A.Heller (Hg): Ethik organisieren, Freiburg 2010, S. 789–805
- [5] Ebner J: Wut – Was Islamisten und Rechtsextreme mit uns machen. Wissenschaftliche Buchgesellschaft, Darmstadt 2018
- [6] Klapheck E: Jüdische Positionen zur Sterbehilfe. Hentrich & Hentrich Verlag, Berlin 2016
- [7] Mustafa Y: Islam and the four principles of medical ethics. *J Med Ethics* 2014; 40:479–483
- [8] Neitzke G, Burchardi H, Duttge G, Hartog C, Erchinger R, Gretenkort P, Michalsen A, Mohr M, Nauck F, Salomon F, Stopfkuchen H, Weiler N, Janssens U: Grenzen der Sinnhaftigkeit von Intensivmedizin – Positionspapier der Sektion Ethik der DIVI, *Med Klin Intensivmed Notfmed* 2016; 111:486–492
- [9] Nordmann Y: Zwischen Leben und Tod. Aspekte der jüdischen Medizinethik. 2. Aufl., Peter Lang, Bern 2000
- [10] Papst Pius XII: Ansprache über die Anwendung der Anästhesie in der Medizin vom 24. Februar 1957. *Herder-Korrespondenz* 11, Heft 8, Mai 1957, S.372–379 http://www.kathpedia.com/index.php?title=Ansprache_vom_24._Febru-
- [ar_1957_%C3%BCber_An%C3%A4sthesie](http://www.kathpedia.com/index.php?title=Ansprache_vom_24._Februar_1957_%C3%BCber_An%C3%A4sthesie) (aufgerufen 27.06.2018)
- [11] Salomon F: Weltanschauliche und kulturelle Hintergründe bei Therapieentscheidungen in der Intensivmedizin. In: Kluge S, Markewitz A, Schwab S, Putensen C, Quintel M, Sybrecht GW (Hrsg): *DIVI Jahrbuch 107/2018*, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S. 31–37
- [12] Statistik: Bevölkerung in Deutschland: <http://countrymeters.info/de/Germany/> (aufgerufen 03.07.2018)
- [13] Statistik: Religionsgemeinschaften in Deutschland: <https://de.statista.com/themen/125/religion/> (aufgerufen 03.07.2018)
- [14] Statistik: Buddhisten in Deutschland: <http://remid.de/buddhismus/> (aufgerufen 03.07.2018)



Rahim Schmidt: Interkulturelle Medizin und Kommunikation

Transkulturelle Kompetenz und Resilienz fördern die Integration

Verlag Books on Demand, Norderstedt 2017, ISBN 9783743123373, € 15.90

Rahim Schmidt vereint in seiner Person östliche und westliche Tradition. Nun hat der Allgemeinmediziner ein Buch vorgelegt, das für die interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen plädiert: Angesichts der zunehmenden Multikulturalität und -ethnizität der deutschen Gesellschaft versucht „Interkulturelle Medizin und Kommunikation“ Ärztinnen und Ärzte für die Risikoprofile und Kommunikationshürden speziell der Menschen mit Migrationshintergrund zu sensibilisieren – und vielfältige Antworten auf die Frage zu geben, inwieweit sich das Gesundheitswesen anpassen muss, um diesen neuen Patienten gerecht zu werden.

Mit vielen Beispielen zeigt der Autor auf, wie die Arzt-Patient-Interaktion umfassender gedacht werden muss: Der Leser wird geschult, den Patienten als Teil einer bestimmten Kultur bzw. Gemeinschaft einzuordnen, die damit einhergehende Vorstellung von Arztberuf und Krankheit zu berücksichtigen sowie den nicht selten gesundheitsbelastenden Hintergrund durch Erlebtes mitzudenken – denn: „Die Berücksichtigung der kulturellen Besonderheiten kann zu einer schnelleren Stabilisierung der Lebensverhältnisse führen“ (S. 173). Auch werden Gründe für mangelnde Compliance genannt, die neben sprachlichen Barrieren sowohl die fehlende Kenntnis des Gesundheitssystems als auch ein kulturell anders gelagertes Verständnis von Scham und Körperkontakt bei physischen Untersuchungen betreffen und Patienten daran hindern, ihr Leiden klar zu benennen, Präventionsangebote zu nutzen und ärztliche Anweisungen zu befolgen.

Impulse für bessere Integration von Migranten

Anschließend bemüht sich Schmidt, neben der Ärzteschaft sowohl dem Gesundheitswesen als auch der Integrationspolitik per se Impulse für eine Verbesserung der Versorgungssituation Hinzugezogener und Geflüchteter zu geben. Dabei warnt er die Politik vor der Zusammenarbeit mit „religiösen Kräften aus der Bequemlichkeit heraus“, denn: „Die Reduktion des Menschen auf seine Religion [...] und die Behandlung dieser Menschen als Opfer schafft keine Basis für ein gemeinsames Handeln“, sondern erschwere dadurch erst die Geschlechtergerechtigkeit, schreibe die Tabuisierung von Sexualität fort und begünstige die Entstehung von Parallelgesellschaften (S. 136f.).

Stattdessen gelte es – wie der Untertitel andeutet – durch die Schaffung von Rahmenbedingungen, die es selbst traumatisierten Menschen ermöglichen, „die Resilienz [...] und die Kraft der Überwindung aus eigener Kraft [...] zu stärken“ (S. 166), Hilfe zur Selbsthilfe zu bieten: behutsam das Vertrauen der neuen Patienten zu gewinnen, ihnen konsequent die Werte und die Um-

gangsformen in Deutschland aufzuzeigen, sie zur Teilnahme an Sprach- und Integrationskursen und schließlich zur Übernahme sozialer Verantwortung zu motivieren.

„Interkulturelle Medizin soll Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung werden“

Da ein solcher unterstützender Rahmen auf dem Vertrauensverhältnis zwischen Arzt bzw. medizinischem Fachpersonal und Patient fußen muss, gelte es, die Ersteren in der interkulturellen Kompetenz zu schulen. So schließt das Buch mit der Forderung nach der Gründung eines Instituts für Interkulturelle Medizin. Davon erhofft sich der Autor die bundesweit koordinierte Umsetzung eines Forderungskatalogs: Da „in der interkulturellen Medizin [...] nicht zuerst Faktenwissen verlangt [wird], sondern interkulturelle Kompetenz“ (S. 211), müsse „Interkulturelle Medizin und Kommunikation“ zu einem für die Approbation verpflichtenden Fach des Medizinstudiums sowie ein Teil der ärztlichen Weiterbildung werden. Fortbildungen müssten von den Landesärztekammern angeboten werden.

Auch wenn das Buch einige Redundanzen aufweist, mit nicht immer zielführenden Zitaten gespickt ist und mitunter kontroverse Modelle wie die Kulturdimension-Theorie im Allgemeinen und jene nach G. Hofstede mit der Gesellschaftseinteilung nach „maskulin“ (karrierebewusst, analytisch) und „feminin“ (solidarisch, intuitiv) kritiklos übernimmt, leistet es einen wichtigen Beitrag zu der Frage, wie der Zustrom neuer Patienten zu bewältigen ist. Es eröffnet neue Perspektiven auf das Arzt-Patient-Verhältnis und schafft damit ein Bewusstsein für Probleme und Lösungen von Gegenwart und Zukunft.

Alla Soumm

Biografische Notiz

Dr. agr. Dr. med. Rahim Schmidt verließ in den 1970er-Jahren den Iran, um in Deutschland erst Agrarwissenschaft und anschließend Medizin zu studieren. In beiden Disziplinen promoviert und für seine zweite Dissertation mit dem Forschungspreis 2011 des deutschen Hausärztesverbandes Rheinland-Pfalz ausgezeichnet, praktiziert er seit rund 15 Jahren im Rhein-Hunsrück-Kreis und lehrt zugleich als Dozent an den Universitätskliniken Mainz und Marburg. Zudem engagiert sich Schmidt in der Politik und im Ehrenamt: Neben seiner jahrelangen Unterstützung der Menschenrechtsorganisationen Amnesty International und der Internationalen Gesellschaft für Menschenrechte (IGFM) war er zwischen 2011 und 2016 Mitglied des rheinland-pfälzischen Landtags und damit der erste deutsche Landtagsabgeordnete mit Migrationshintergrund. Als Initiator der Gründung einer Pflegekammer in Rheinland-Pfalz und zweiter Vorsitzender für den „Verein Armut und Gesundheit in Deutschland e. V.“, der Obdachlose, Flüchtlinge und Folteropfer medizinisch versorgt, ist er für diese Themen bundesweit als Experte tätig. (sou)

Ärztliche Schwangerschaftskonfliktberatung

In den Medien fehlt bei Berichten über Schwangerschaftskonfliktberatung häufig der Hinweis auf (fach-)ärztliche Berater für die betreffenden Frauen und Familien. Neben vielen Organisationen, die sich um die Beratung von Frauen im Falle eines Schwangerschaftskonfliktes bemühen, nehmen die ärztlichen Schwangerschaftskonfliktberater eine besondere Stellung ein. Ärzte beraten junge Frauen in der Frage der Kontrazeption, sie begleiten Frauen während Schwangerschaften, sie sind der Ansprechpartner bei einem unerfüllten Kinderwunsch und sie sind auch die natürliche Anlaufstelle bei einer ungewollten Schwangerschaft.

Tätigkeit und regelmäßige Fortbildung der ärztlichen Schwangerschaftskonfliktberater überwacht das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) bzw. das Regierungspräsidium in Kassel.

Staatliche Anerkennung

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung wird vom 10. bis 11. Mai 2019 wieder ein Grundseminar „Schwangerschaftskonfliktberatung“ nach §§ 218 ff. StGB anbieten. Die Teilnahme ist Voraussetzung für die staatliche Anerkennung als Schwangerschaftskonfliktberater.

Bei den Vorbereitungen des Seminars arbeiten wir mit dem HMSI und dem Regierungspräsidium Kassel als übergeordnete Behörden zusammen. Referenten von dort werden über Aktuelles bei den sozialen Leistungen und gesetzlichen Familienleistungen berichten: vom Kindergeld bis zur Familienkarte Hessen.

Sachverständige Juristen stellen die Vorgaben des Schwangerschaftskonflikt-Gesetzes vor und ordnen sie den aktuellen Erfordernissen zu. Dabei werden auch die Strafbarkeitsrisiken benannt, denen Schwangerschaftskonfliktberater ausgesetzt sind. Ein weiteres juristisches Kapitel wird mit der modernen Pränataldiagnostik und der Aufdeckung kindlicher Missbildungen nach der zwölften Schwangerschaftswoche besprochen.

Vernetzung ist wichtig

Schwangerschaftskonfliktberater sind verpflichtet, mit juristischen, psychologischen und Sozialberatern Kontakt zu halten. Deshalb bemühen wir uns, auch Stellungnahmen der anderen Beratungsstellen, zum Beispiel Pro Familia, des Sozialdienstes katholischer Frauen, des Diakonischen Werkes, des Caritasverbandes und der Organisation „Donum vitae“ ins Programm aufzunehmen.

In der Kontrazeptionsberatung geht es um die Vermeidung der Konfliktschwangerschaft. Darum geht es auch im Sexualkundeunterricht. Wir hoffen, aus dem Kultusministerium Berichte dazu zu hören.

Trotz allem kommen immer wieder Frauen erst spät in der Schwangerschaft zur Beratung. Dann müssen Ärztinnen und Ärzte über die anonyme und vertrauliche Geburt, die Erfahrungen mit der Babyklappe oder den Weg der Adoption sprechen können.

Das Seminarprogramm wird sich außerdem ausführlich dem Umgang mit Frauen aus fremden Kulturen widmen. Dabei werden Erfahrungen aus den Gebieten der Aufklärung, der Sprache und des Sprechens, der Haltung zur Schwangerschaft, der Akzeptanz der Kontrazeption etc. ausgetauscht. Der Leiter einer Klinik, in



deren Einzugsbereich viele Menschen mit Migrationshintergrund leben, wird über besondere Erfahrungen mit Schwangerschaftsabbrüchen berichten. Was den Schwangerschaftsabbruch selbst angeht, werden alle aktuellen Methoden unterrichtet.

Das Seminar wird ausführlich die sachlichen Facetten der Schwangerschaftskonfliktberatung behandeln, dabei wird Gelegenheit sein, über die ethischen Aspekte des medizinisch Möglichen zu sprechen.

Regelmäßiger Austausch

Fortgeschrittenen-Seminare zum Thema finden alle ein bis zwei Jahre statt. Sie erfüllen die Vorgaben für die gesetzlich geforderte Auffrischung des Fachwissens der weiter als Schwangerschaftskonfliktberater tätigen Kolleginnen und Kollegen und ermöglichen den Erfahrungsaustausch untereinander. Das nächste Wiederholungsseminar startet am 9.11.2019.

Dr. med. Axel Goldacker
Facharzt für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

Kontakt: Akademie
für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Internet: www.akademie-laekh.de

Grundseminar	
Termin	10.–11. Mai 2019
Teilnahmegebühr	300 Euro (ermäßigt 270 Euro)
Unterrichtseinheiten: 16	Fortbildungspunkte: 16
Wiederholungsseminar	
Termin	9. November 2019
Teilnahmegebühr	160 € (ermäßigt 144 €)
Unterrichtseinheiten: 9	Fortbildungspunkte: 10
Veranstaltungsort	Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim
Anmeldung und Information	Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung Bärbel Buß Fon: 06032 782-202 Fax: 069 9767267-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Foto: © blendle11, photo - stock.adobe.com

Früherkennung Gebärmutterhalskrebs: „Wir könnten 90 Prozent verhindern!“

Der Bundesgesundheitsminister, Jens Spahn (CDU), will das Untersuchungsintervall des bewährten Früherkennungsprogramms gegen Gebärmutterhalskrebs von einem auf drei Jahre verlängern. In Expertenkreisen mehren sich Vorbehalte wegen fehlender krebsepidemiologischer Evidenz. Auch die Frauenärztin Sabine Dominik aus Bad Homburg sieht die Änderungen mit Sorge.

Der Text ist ein Nachdruck aus der Zeitschrift „Emma“, Ausgabe 11/12 2018.

Anfang der 1970er-Jahre zeigte mir meine Mutter das Krankenscheinheft ihrer Krankenkasse. Es gab ein neues zusätzliches Formular für die „Gynäkologische Krebsfrüherkennungs-Untersuchung“. Alle Frauen ab dem 20. Lebensjahr bekamen damit einen Anspruch auf eine Vorsorgeuntersuchung pro Jahr. Eine Art echte Lebensversicherung, wie sich bald herausstellen sollte. Als kleines Mädchen beruhigte mich die Möglichkeit sehr, Krebserkrankungen zu verhindern zu können, da Krebs in meiner Familie vorkam, was mir große Sorgen bereitete und Angst machte.

Vor 50 Jahren zählte der Gebärmutterhalskrebs mit jährlich etwa 30.000 Fällen zu den häufigen Erkrankungen in Deutschland. Das war etwa zwei- bis dreimal so viel wie in Ländern wie Holland, Finnland oder Schweden. Das besonders Bedrohliche am „Unterleibskrebs“: Er konnte bereits junge Frauen betreffen. Bei ihnen nahm die Erkrankung oft einen besonders schnellen, tödlichen Verlauf. Damals, es war mein achter Geburtstag, wünschte ich mir mein erstes Mikroskop. Ich mikroskopierte Pantoffeltierchen, Pflanzenzellen und Bakterien – eine verborgene faszinierende Welt. Viele Jahre später sollte ich dann in einem Institut für Pathologie für das KFU-Programm zytologische Krebsvorsorge-Abstriche untersuchen. In den Jahren nach Einführung des

neuen Screening-Programms zur gynäkologischen Krebsfrüherkennung (KFU) kam es in Deutschland zu einem drastischen Rückgang an Gebärmutterhalskrebs. Heute belegen Zahlen des Robert Koch-Institutes (RKI) einen Rückgang der Erkrankungen um 75 Prozent – mehr als in jedem anderen europäischen Land. Dort ging die Zahl der Gebärmutterhals-Erkrankungen „nur“ um die Hälfte zurück. Der Grund: Während in Deutschland die Untersuchung jährlich stattfand, hatten unsere Nachbarn mit drei bis fünf Jahren deutlich längere Untersuchungsintervalle – und damit mehr „Intervallkarzinome“. So nennt man die Erkrankungen, die zwischen zwei aufeinanderfolgenden Untersuchungen entstehen.

Wissenschaftliche Untersuchungen haben bewiesen: Bei einer regelmäßigen jährlichen Teilnahme aller Frauen am Screening werden 90 Prozent der Fälle von Gebärmutterhalskrebs verhindert. Es ist daher wichtig, regelmäßig und in nicht zu langen Abständen am Vorsorgeprogramm teilzunehmen. Das hat sich bei betroffenen Frauen in anderen Ländern längst herumgesprochen, beispielsweise in Finnland. Dort gilt offiziell ein Fünf-Jahres-Intervall. Doch in Kenntnis der möglichen Gefahr, an Gebärmutterhalskrebs zu erkranken, haben sich viele Frauen dort – de facto in Eigenverantwortlichkeit – für kürzere Untersuchungsintervalle entschieden. Dadurch hat sich mittlerweile ein so genanntes „Graues Screening“ etabliert, d. h. über die Hälfte der Screening-Abstrich-Untersuchungen erfolgen in Finnland bei Frauen, die außerhalb der staatlich vorgegebenen Zeiten auf eigene Initiative zur Vorsorgeuntersuchung in kürzeren Abständen gehen und diese privat bezahlen. Fünf Jahre Wartezeit erscheint diesen Frauen zu unsicher. Aber warum sterben heute in Deutschland immer noch jährlich 1.500 Frauen an Gebärmutterhalskrebs? Die meisten Fälle hätten vermieden werden können. Denn die überwiegende Zahl der Betroffenen hatte nicht am KFU-Programm teilgenommen. Insbesondere Migrantinnen tragen ein ho-

hes Risiko. Wir sind Einwanderungsland Nr. 1 in Europa. Gut jeder fünfte Mensch in Deutschland hat einen Migrationshintergrund. Die Frauen kommen überwiegend aus medizinisch unterversorgten Ländern, in denen das Bewusstsein für die Erkrankungsgefahr gering und wegen fehlender effizienter Krebsvorsorgeuntersuchungen das Risiko für Gebärmutterhalskrebs um ein Vielfaches höher ist als bei uns.

Ohne eine Infektion mit Humanen Papilloma-Viren (HPV) entsteht nach heutigem Wissensstand in der Regel kein Gebärmutterhalskrebs. Humane Papilloma-Viren befallen Haut- und Schleimhautzellen. Bekannt sind über 200 verschiedene HPV-Typen, etwa 40 davon befallen vor allem den Genitalbereich und sind sexuell übertragbar. Dabei spielt die sexuelle Orientierung keine Rolle. Ein Großteil aller Frauen infiziert sich im Laufe ihres Lebens mit HPV. Die Infektionen können aber auch schon bei Kindern vorkommen und werden beispielsweise als Schmierinfektion mit den Händen übertragen. Normalerweise bleibt die Ansteckung unbemerkt und das Virus wird vom Immunsystem erfolgreich eliminiert.

Bestimmte HPV-Hochrisiko-Typen (vor allem HPV 16 und 18) können sich aber auch dauerhaft in den Schleimhautzellen festsetzen. Sie stören dabei die Zellteilung



Wir danken der Redaktion der Zeitschrift „Emma“ für die freundliche Nachdruckgenehmigung.

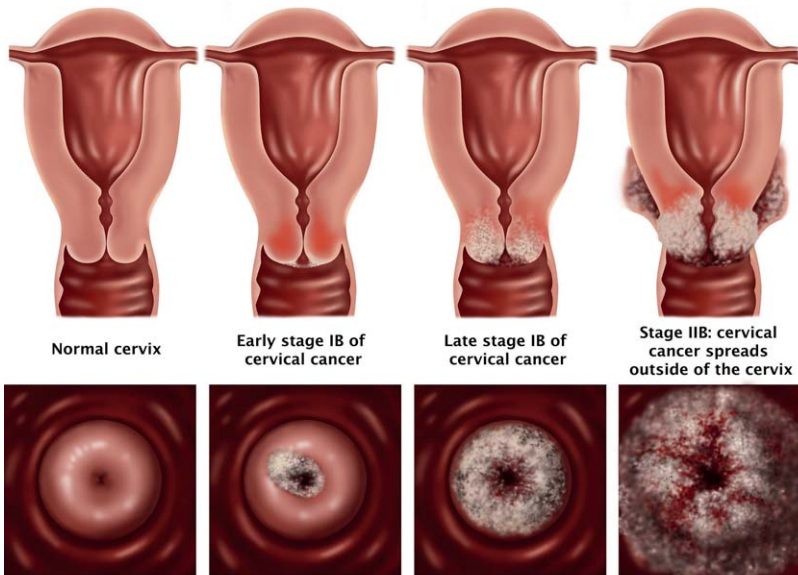


Foto: mauritius images/ Science Source/Gwen Shockley

Klassifikation des invasiven Zervixkarzinoms nach FIGO (The International Federation of Gynecology and Obstetrics). Bild 1: Normale Cervix uteri. Bild 2: Stadium IB1 klinisch sichtbares Karzinom ($\leq 4,0$ cm). Bild 3: Stadium IB2 klinisch sichtbares Karzinom ($> 4,0$ cm). Bild 4: Stadium IIB Karzinom – Infiltration der Parametrien.

und fördern auf diese Weise die Entwicklung von Dysplasien. Diese bilden sich häufig von selbst wieder zurück. In seltenen Fällen kann aber aus der begrenzten Gewebeveränderung ein bösartig wachsender Krebs entstehen.

Seit einigen Jahren gibt es nun vielversprechende HPV-Impfungen für Mädchen. Die derzeit verfügbaren Präparate schützen aber nicht vor allen Hochrisiko-HPV-Typen. Es bleibt daher wichtig, auch weiterhin regelmäßig zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu gehen.

Trotz des drastischen Rückgangs von Gebärmutterhalskrebs in Deutschland steht die Krebsfrüherkennungsuntersuchung in der Diskussion. So behaupten Kritiker zum Beispiel, die jährlichen Untersuchungen verursachten „zu viele Fehlalarme“. Dass dies nicht zutrifft, belegen so genannte Benchmark-Statistiken aus den USA: So beträgt die Rate auffälliger Abstriche in Deutschland rund 1,6 Prozent. Bei Untersuchungsintervallen im Dreijahresabstand liegt diese Zahl aber entsprechend etwa dreimal so hoch.

Außerdem heißt es, die Untersuchungen der zytologischen Abstriche seien „nicht qualitätsgesichert“. Auch das ist ein Irrtum: Die bundesweit einheitliche Vereinbarung zwischen Krankenkassen und Ärztinnen regelt seit 2007 auf gesetzlicher

Grundlage die Qualitätskontrollen aller zur zytologischen Krebsvorsorge zugelassenen Ärzte. Ein weiteres Argument gegen die jährliche Untersuchung ist, dass die Neuerkrankungsrate in den letzten Jahren nicht weiter abnehme. Doch die Registerdaten des Robert Koch-Institutes beweisen eindeutig das Gegenteil. Auch in jüngerer Zeit sind Neuerkrankungen an Gebärmutterhalskrebs in Deutschland weiter rückläufig.

Trotz der hohen Erfolgsquote bei der Vermeidung von Gebärmutterhalskrebs durch die Vorsorgeuntersuchung in Deutschland und der dadurch sehr früh möglichen Erfassung von Zellveränderungen wird sich das deutsche KFU-Programm ändern. Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat mit dem nationalen Krebsplan, der im Frühjahr 2013 vom Bundestag verabschiedet wurde, neue Ziele gesetzt. Erklärte Absicht ist es, die „bestehende deutsche Versorgungsrealität an vorhandene europäische Leitlinien zum Screening anzupassen“.

Zukünftig werden also Frauen ab dem 20. Lebensjahr alle fünf Jahre ein Informationsschreiben über die Krebsfrüherkennung erhalten. Ein Einladungsschreiben zu den Untersuchungsterminen ist nicht vorgesehen. Frauen ab dem Alter von 35 Jahren wird künftig statt der jährlichen Zyto-

logie alle drei Jahre eine Kombinationsuntersuchung (Co-Testung) angeboten. Diese wird aus einem HPV-Test und einer zytologischen Untersuchung bestehen. Die Untersuchungsdaten werden zentral gesammelt und ausgewertet. Nach einigen Jahren soll beurteilt werden, ob das neue KFU-Programm besser ist als das heutige.

Jetzt schon ist sicher, dass es eine Vielzahl an Fehlalarmen durch positive HPV-Testergebnisse geben wird: Studien in Deutschland und Europa zeigen, dass 8 bis 13 Prozent der Frauen ab 35 Jahren HPV-positiv getestet werden, obwohl in den allermeisten Fällen, nämlich 90 Prozent, keine höheren Krebsvorstufen vorliegen. Liegt dagegen bereits ein Gebärmutterhalskrebs vor, bleibt der HPV Test in 19 Prozent der Fälle sogar negativ. Damit ist die so genannte Sensitivität – das ist die Zahl der als krank richtig erkannten Untersuchungsfälle – für einen Screening-Test sehr gering.

Ein positives HPV-Testergebnis kann auch einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität haben. Frauen beschreiben vor allem drei belastende Faktoren nach einer HPV-Diagnose: 1. ein auffälliges Testergebnis erhalten zu haben, 2. sexuell übertragbare und 3. nicht behandelbare Viren in sich zu tragen, aus denen sich Krebs entwickeln könnte.

Das deutsche Krebsfrüherkennungs-Programm (KFU) gegen Gebärmutterhalskrebs ist nachweislich äußerst effektiv und nachhaltig. Daher sollte es vorrangiges Ziel sein, die Teilnahmeraten weiter zu erhöhen. Die Einführung eines in seiner Treffsicherheit unsicheren HPV-Tests in Kombination mit einer Intervallverlängerung der zytologischen Untersuchungen ist dagegen kontraproduktiv und sollte daher kritisch hinterfragt werden. In erster Linie und vor allem von den betroffenen Frauen.

Dr. med.

Sabine Dominik

Die Autorin ist Gynäkologin und Pathologin. Sie arbeitet am Institut für Pathologie und Zytodiagnostik Main-Taunus in Bad Homburg.



Foto: privat

Ethikberatung in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit

Bad Nauheimer Gespräch mit PD Dr. med. Carola Seifart

Muss die Medizin immer alles, was sie kann? Und darf sie es überhaupt? Der medizinische Fortschritt wirft ständig neue ethische und moralische Fragen auf, bei deren Beantwortung individueller, ärztlicher Ethos nicht immer ausreicht. „Medizinisch-ethische Überlegungen können in solchen Problemfällen eine wertvolle Unterstützung darstellen. Ein Beispiel hierfür sind die Klinischen Ethik-Komitees“, leitete Dr. med. Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführende Vorsitzende der Bad Nauheimer Gespräche, den Vortragsabend in Bad Nauheim ein.

In den vergangenen zehn bis 20 Jahren habe sich ein Paradigmenwechsel vollzogen, durch den die Patientenautonomie stärker in den Fokus gerückt wurde – ein Grundsatz, der den Ethikberatungen zugrunde liege. Für den Vortrag habe man eine „ausgewiesene Expertin“ auf diesem Gebiet gewinnen können, kündigte Hasselblatt-Diedrich die Referentin, PD Dr. med. Carola Seifart, an. Seifart ist Internistin, Medizinethikerin und stellvertretende Vorsitzende des klinischen Ethik-Komitees des Universitätsklinikums Marburg (UKGM).

Fallbeispiel

Ihren Vortrag begann die Referentin mit einem aktuellen Fallbeispiel, mit dem sich das Klinische Ethik-Komitee am UKGM kürzlich befasst hat:

Ein Kind wird mit einer seltenen genetischen Variation geboren, die zu einem nephrotischen Syndrom und muskulärer Hypotonie führt. Die eingeleitete medikamentöse Therapie bleibt erfolglos. Das Kind wird im Alter von vier Monaten terminal niereninsuffizient. Die Prognose des Kindes ist zu diesem Zeitpunkt nicht sicher abschätzbar. Viele Kinder sterben in den ersten Lebensjahren, trotz Therapie (Dialyse). Ein kleiner Teil überlebt jedoch Jahrzehnte. Verlaufsmarker/Indikatoren gibt es nicht. Die Eltern verweigern in der

Situation ihre Zustimmung zur Einleitung einer Peritonealdialyse.

Die Eltern haben einen slawischen Hintergrund und berichten, dass es nicht üblich sei, (genetisch) schwer geschädigte Kinder weiter zu versorgen. Vielmehr dürften die Kinder ihren „natürlichen“ Weg gehen.

Neue Fragen durch neue Behandlungsmöglichkeiten

„Was sollten wir als Ärzte nun tun? Uns dem Wunsch der Eltern anschließen oder weiter behandeln? Ist es prinzipiell richtig, immer alles zu tun, was wir theoretisch können?“, fragte Seifart in die Runde – und ein Blick in die interessierten, fragenden Gesichter zeigte, was die Referentin veranschaulichen wollte: Auf manche Fragen gibt es keine einfache, eindeutige Antwort. Neue Behandlungsmöglichkeiten werfen entsprechend viele neue Fragen auf: Was tun, wenn patientenbezogene Entscheidungen ökonomisiert werden? Dürfen neue technische Verfahren angewendet werden, auch wenn sie risikoreich und die Folgen nicht abschätzbar sind? „Ethische Probleme gab es immer“, so Seifart. „Doch durch neue – vor allem technische – Verfahren, ist heute sehr viel mehr möglich. Daher hat die Ethikberatung an enormer Relevanz gewonnen.“

Historie Klinischer Ethik-Komitees

Während in den USA bereits seit 1991 festgelegt ist, dass es in allen Krankenhäusern Klinische Ethik-Komitees (KEK) geben muss, nahm diese Entwicklung in Deutschland erst ab 1997 Fahrt auf: In diesem Jahr gab es erstmals eine Stellungnahme der konfessionellen Krankenhäuser zur Einrichtung klinischer Ethik-Komitees in Deutschland. „Da die konfessionellen Kliniken bei der Etablierung solcher Komitees sehr viel schneller waren, sind



Foto: Archiv/Wachendörfer

PD Dr. med. Carola Seifart

sie bis heute weiter als die nicht-konfessionellen Häuser“, berichtete Seifart. 1998 wurden „Ethics consultation services“ an den Universitätskliniken Marburg und Freiburg eingerichtet, heute haben nahezu alle Universitätsklinika KEK. In der Zwischenzeit ging die Entwicklung stetig weiter voran: Im Hessischen Krankenhausgesetz 2011 wird erstmals geregelt, dass jede Klinik einen Ethikbeauftragten zu bestellen hat – es sei zu erwarten, dass weitere Bundesländer diesem Beispiel folgen, so die Referentin.

Klinische Ethik-Komitees: Definition und Formen

2010 definierte der Vorstand der Akademie für Ethik in der Medizin: „In ethischen Konfliktfällen, die mit der medizinischen Versorgung von Patienten zu tun haben, die alleine durch medizinische oder pflegerische Standards nicht lösbar sind, kann das Hinzuziehen von „ethischen“ Experten hilfreich sein. Ethikberatung dient der Information, Orientierung und Beratung der verschiedenen, an der Versorgung beteiligten bzw. davon betroffenen Personen (z.B. Mitarbeitende und Leitung der Einrichtung, Patienten/Bewohner, deren Angehörige und Stellvertreter).“

„Ethikberatung ist interdisziplinär, unabhängig, ergebnisoffen und stellt den Patienten in den Mittelpunkt“, betonte Sei-

fart. Die Formen der Beratung variieren dabei, u.a. gäbe es ethische Fallberater, Ethikvisiten, Ethik-Konsile, Klinische Ethik-Komitees, Ethikrunden oder die ambulante Ethikberatung. Als Beispiel für die Zusammensetzung eines KEK führte sie das interdisziplinäre Team, bestehend aus 19 aus Mitgliedern, des UKGM an: Ärzteschaft, Pflege, Sozialdienst, Rechtswissenschaft, Psychologie, Seelsorge, Klinische Ethik – die Vielzahl an Fachrichtungen und Disziplinen gewährleiste, dass unterschiedlichste Aspekte einbezogen werden können. Die Mitglieder seien weiterhin explizit nicht weisungsgebunden.

Strukturen und Themen klinischer Ethikberatung

Klinische Ethikberatung gibt es in unterschiedlichen Formen bzw. Strukturen:

- Expertenmodell: Ein Expertengremium berät auf Anfrage das Problem ohne Integration des Fragenden oder anderer Beteiligter
- Delegationsmodell: Ethik-Komitee berät sich mit der anfragenden Person
- Prozessmodell: Ethik-Komitee oder deren abgesandte beraten auf Station/am Ort des Problems.

„Ich persönlich favorisiere das Prozessmodell. Hierbei sind wir direkt vor Ort, sprechen mit allen Beteiligten des Problems und entwickeln gemeinsam Lösungen“, erklärte Seifart. Die Einbeziehung aller Perspektiven trage dazu bei, das Problem möglichst ganzheitlich erfassen und bearbeiten zu können – immer mit Blick darauf, was für den Patienten das Beste sei. Themen der klinischen Ethikberatung gäbe es „mehr als genug“, darunter Therapiebegrenzung, -verzicht, -abbruch, der Umgang mit Sterbewünschen/Sterbehilfe, DNR-Ordner, Umgang mit Patientenverfügungen, Umgang mit Zwang, künstliche Ernährung etc.

Sind Ethikberatungen hilfreich?

„Vielen ethischen Fragestellungen liegen Kommunikationsprobleme zugrunde. Die Fallbesprechungen bietet eine gute Plattform, um diese zu lösen“, so Seifart. Hierbei würden alle Beteiligten an einen Tisch geholt, wodurch einseitige Bewertungen vermieden und alle Meinungsbilder

bekannt würden. „Die Erhöhung der Interdisziplinarität in der Betreuung ist ein wichtiger Faktor. Häufig machen sich schon Pflegende und Ärzte ein völlig unterschiedliches Bild vom Patienten“, betonte die Referentin. „Außerdem ist es wichtig, dass in den Fallbesprechungen hierarchische Strukturen immer aufgehoben werden. Alle Meinungen haben denselben Stellenwert.“

Bewertungen und Entscheidungen unterliegen immer persönlichen Sichtweisen. Damit eine bestmögliche Entscheidung im Sinne des Patienten getroffen werden könne, brauche es daher viele individuelle Bewertungen. Weiterhin verhindere die Fallbesprechung im Team, dass eine Entscheidung auf den Schultern einzelner Personen laste.

„Die umfassende Einschätzung der Situation ermöglicht eine breitere Entscheidungsgrundlage“, begründete Seifart den Nutzen der Ethikberatung für die Patientenversorgung. Weiterhin führe die Beratung zu einer höheren Zufriedenheit bei Mitarbeitern sowie Angehörigen und zu einer besseren Versorgungsqualität.

Herausforderungen in der Ethikberatung

Neben allem positivem Nutzen muss sich das Konzept der Ethikberatung auch Kritik stellen: „Behäbiger, schwerfälliger Apparat“, „keine klaren Strukturen“, „mehr psychologische Unterstützung als Lösung ethischer Konflikte“ sind drei Kritikpunkte



Spendenübergabe: Im Rahmen des Bad Nauheimer Gesprächs übergab Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich eine Spende von 2.000 Euro an den Vorsitzenden des Vereins für Ambulante Ethikberatung, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, ehemaliger Präsident der LÄKH.

te, die Seifart hervorhob. Zurückzuführen sind diese – zum Teil strukturellen – Schwierigkeiten darauf, dass es aufgrund der nicht vorhandenen Verpflichtung für Klinische Ethik-Komitees auch keine Standardisierungen gibt. Dies werde derzeit nachgeholt – bspw. hinsichtlich der Qualifikation von Ethikberatern, eine Zertifizierung hat die Akademie für Ethik in der Medizin 2014 eingeführt. „Weiterhin ist die Ethikberatung natürlich vom Engagement der jeweils beteiligten Personen sowie deren Einstellungen und Erfahrungen hierzu“, so Seifart. Doch wenn sich die Menschen darauf einließen, sei die Ethikberatung eine Erfahrung, von der in der Regel alle profitieren würden.

Fallbeispiel – Auflösung

„Der Fall des kleinen Mädchens war das größte Ethik-Konsil, an dem ich je teilgenommen habe“, berichtete Seifart, die ihren Vortrag mit der Auflösung des zu Beginn vorgestellten Fallbeispiels abschloss. 14 Teilnehmerinnen und Teilnehmer aus unterschiedlichsten Disziplinen hätten am Konsil teilgenommen. Die Ärzte hätten aus zeitlicher Not heraus die Behandlung eingeleitet, obwohl die Eltern zunächst dagegen waren. „Wir wussten, dass die Eltern kaum Deutsch sprechen, deshalb haben wir Dolmetscher zurate gezogen. Außerdem war bekannt, dass die Familie – mit noch zwei weiteren Kindern – in einer kleinen Wohnung lebte. Zunächst mussten wir also sicherstellen, dass keine Entscheidung aus der Not heraus getroffen wird“, beschrieb Seifart die Situation. Daher habe man ein Pflegeheim für das Kind organisiert und die Versorgung sichergestellt. Neben dem Dolmetscher wurde zur Sitzung mit den Eltern außerdem ein katholischer Pfarrer hinzugezogen. Nach 45 Minuten hätten die Eltern entschieden, die Behandlung für ihr Kind fortzuführen. Daran könne man erkennen, wie wichtig eine umfassende Betreuung einer solchen Situation sei, so Seifart. „Wir haben diese Entscheidung mit allen im Konsens getroffen. Das war allerdings nur möglich, indem alle Parteien an einen Tisch geholt und die Situation gesamtheitlich beleuchtet und analysiert wurde.“

Caroline McKenney

„Der Wille des Patienten hat immer Priorität“

Interview mit Boris Knopf und Heike Heidelberger vom Verein für Ambulante Ethikberatung in Hessen



Mit der Gründung des Vereins „Ambulante Ethikberatung in Hessen“ (AEBH) startete im September 2016 in Hessen eine bis dahin bundesweit einzigartige Initiative zur Beratung ethischer Konflikte im ambulanten Bereich. Aus verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen haben sich ehrenamtlich tätige Personen zu ethischen Beratern ausbilden lassen, die in den zwei Modellregionen, Marburg-Biedenkopf und Frankfurt am Main/Offenbach, aktiv sind.

Anlässlich des zweijährigen Bestehens des Vereins berichten Heike Heidelberger und Boris Knopf, die beiden Koordinatoren für die Modellregion Frankfurt am Main/Offenbach, von ihrer Arbeit in der Ambulanten Ethikberatung. Beide sind gelernte Krankenpfleger und haben eine Weiterbildung im Bereich Palliative Care absolviert.

Herr Knopf, Frau Heidelberger, was für ein Resümee können sie nach zwei Jahren Arbeit im Verein für Ambulante Ethikberatung ziehen?

Boris Knopf: Derzeit arbeiten wir daran, unser Angebot bekannter zu machen. Die klinischen Ethik-Komitees sind ja seit Jahren etabliert, unser Äquivalent auf ambulanter Ebene steckt noch in den Kinderschuhen. Daher gehen derzeit oft Anfragen bei uns ein, die in den Bereich der sta-

tionär tätigen Kollegen fallen. Insgesamt handelt es sich meist eher um allgemeine Fragen, vereinzelt läuft es dann wirklich auf ethische Fallbesprechungen hinaus, meistens im Kontext der Altenpflege.

Heike Heidelberger: In unserem Bereich sind viele Gruppen und Initiativen aktiv, die sich mit Themen rund um die Sterbegleitung befassen. Wir müssen unsere Strukturen bekannter machen und die Verzahnung zwischen den einzelnen Organisationen besser werden. Das würde uns die Öffentlichkeitsarbeit erleichtern. Gleichzeitig müssen wir bei der Bewerbung unseres Angebots natürlich darauf achten, dass wir die Bedürfnisse, die geweckt werden, auch decken können. Dass wir alle ehrenamtlich tätig sind und die Ethikberatung einen erheblichen Zeitaufwand bedeutet, müssen wir bei unserer Planung immer einbeziehen. Daher beginnen wir mit der Werbung erst einmal bei Ärzteschaft und Pflege, nicht primär bei den Patienten.

Warum war es bislang schwierig, das Angebot der Ambulanten Ethikberatung bekannter zu machen?

Knopf: Noch herrscht allgemein große Unkenntnis darüber, was es im ambulanten Bereich an potenziellen Beratungssituationen überhaupt gibt. Die Unwissenheit über das Angebot an sich sowie darüber, was im ambulanten Bereich als ethisches Problem einzustufen ist, sind sicherlich Gründe dafür, warum die Anfragen

derzeit überschaubar sind. Dafür möchten wir sensibilisieren, denn wir wissen, dass insbesondere in der Altenpflege der Beratungsbedarf sehr hoch ist.

Heidelberger: Damit wir die praktische Arbeit der Ethikberater trotzdem besser kennenlernen und ein Gefühl für die Situationen bekommen, haben wir bereits an ethischen Fallbesprechungen im klinischen Bereich teilgenommen. So können wir uns in der Praxis anschauen, wie Beratungssituationen ablaufen.

Was wären denn Beispiele für Beratungssituationen im ambulanten Sektor?

Knopf: Dazu zählen unter anderem das Legen einer PEG-Magensonde, das Thema Ernährung am Lebensende, die Frage nach Therapiezielen bzw. deren Änderungen oder auch, dass innerhalb des Umkreises des Patienten verschiedene Meinungen zu dessen Willen bestehen. Die ambulanten Ethikberater unterstützen bei Problemen der Entscheidungsfindungen, bieten neutrale Hilfe an und begleiten den Prozess. Ein Blick von außen ist bei solchen emotionalen Konflikten sehr hilfreich.

Heidelberger: Ein immer wiederkehrendes Problem ist die Eindeutigkeit bzw. Rechtsicherheit von Patientenverfügungen, mit denen wir uns auseinandersetzen müssen. Die Konsequenzen solcher Entscheidungen sind dabei kaum absehbar. Auch Therapiezieländerungen können Gegenstand von ethischen Konfliktfällen im ambulanten Bereich sein. Schließlich muss das nicht immer nur mit Fragen rund um das Sterben oder den Tod einhergehen, sondern kann sich auch auf Behandlungs- und Versorgungsgerechtigkeit beziehen.



Boris Knopf

Wie können in konfliktbehafteten Situationen Lösungen gefunden werden?

Knopf: In der Ethikberatung stellen wir immer den Patienten und seine Autonomie in den Mittelpunkt. Das ist die Grundlage unserer Arbeit. Der Wille des Patienten hat immer Priorität. Wie könnten wir uns anmaßen zu entscheiden, was für den Einzelnen angemessen oder würdig ist? Die Entscheidung darüber, wie dieser Weg aussieht, muss ausschließlich auf dem Willen des Patienten basieren.

Heidelberger: Ein Beispiel aus der Palliativmedizin: Wir müssen klar trennen zwischen der Angst vor dem Tod und der Angst vor dem Sterben. Während Angehörige Angst davor haben, was passiert, wenn derjenige nicht mehr da ist, haben die Patienten in erster Linie Angst vor dem Sterben selbst. Das sind zwei unterschiedliche Perspektiven, die durchaus auch Einfluss auf Entscheidungen zum Lebensende haben. Die Ethikberatung hilft dabei, das zu reflektieren und letztlich die Perspektive des Patienten in den Mittelpunkt zu stellen.

Wer kommt denn als Ethiker grund-sätzlich überhaupt infrage?

Knopf: In unserer Regionalgruppe haben wir Beraterinnen und Berater aus den verschiedensten Disziplinen, darunter Ärzte, Pfleger, Sozialarbeiter, Psychologen, Philosophen, Theologen. Während die Mitgliederzahlen des Vereins in den vergangenen zwei Jahren gestiegen sind, besteht unsere Gruppe aus derselben Formation, mit der sie vor zwei Jahren gestartet ist. Wir haben regelmäßig Anfragen zur Mitarbeit von außerhalb, dabei müssen jedoch immer zunächst Fragen hinsichtlich der Qualifikation geklärt werden. Weitere Ziele neben der Stärkung unserer eigenen Arbeit sind, neue Initiativen zu unterstützen und sich mit anderen Ethikberatungen zu vernetzen.

Machen Sie den Einsatz der Berater abhängig von dem vorliegenden Fall?

Knopf: Welche Profession zu welchem Fall geschickt wird, spielt keine Rolle. Wir gehen in diese Situationen als Ethiker, nicht als Ärzte, Pfleger oder Anwälte. Wir sind neutral und urteilen nicht – und letztlich liegt die Entscheidung auch nicht bei



Heike Heidelberger

uns, sondern bei dem behandelnden Personal und den Angehörigen.

Heidelberger: Sicherheit gibt es nur durch Erfahrung, auch für uns. Aber wir müssen in diese Situationen eine neutrale Perspektive einnehmen, wir dürfen uns keine Meinung über Situationen oder Entscheidung erlauben.

Knopf: Durch unsere Profession sind wir von Natur aus mit schwierigen Situationen konfrontiert. In der Ethikberatung bewegen wir uns ebenfalls innerhalb dieses Rahmens. Deswegen ist es uns möglich, neutral in diese Situationen zu gehen – auch wenn es immer auch eine persönliche Herausforderung ist!

Gab es schon Situationen, in denen eine Ethikberatung seitens der Berater aus persönlichen Gründen nicht mehr funktioniert hat?

Heidelberger: Man nimmt sich als Person natürlich immer mit in einen Fall, und es

kommt vor, dass man durchatmen und bewusst einen Schritt zurück machen muss, um die Objektivität zu wahren. Es gibt im Zweifel natürlich auch die Möglichkeit, dass sich Berater zurückziehen, sollte aus persönlichen Gründen ein objektives und neutrales Auftreten nicht mehr möglich sein. Wir sind ein großes Team, und in einem solchen Fall könnte jemand anders übernehmen. Das ist bislang aber noch nicht vorgekommen.

Knopf: Jeder, der an einem Fall beteiligt ist, bringt verschiedene Erfahrungen, Perspektiven, Normen und Werte mit. Aber die Ethikberatung erfordert nun mal Neutralität, daran müssen wir uns halten. Sie ist das Grundprinzip unserer Tätigkeit.

Wie wird sich die Ambulante Ethikberatung in Zukunft entwickeln?

Knopf: Die Konflikte werden nicht weniger werden. In unserer Gesellschaft werden die Menschen immer älter und kränker, multimorbid. Es braucht neutrale Anlaufstellen wie unsere, die Unterstützung und Beratung anbieten, wenn Familie und Betreuer bei Fragen zur Versorgung keine Lösung finden. Daher hoffe ich, dass unser Netzwerk sich weiter vergrößert und bekannter wird. Das Angebot der Ambulanten Ethikberatung kommt genau zum richtigen Zeitpunkt!

Interview:
Caroline McKenney

Verein Ambulante Ethikberatung in Hessen

Der auf Initiative der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gegründete Verein Ambulante Ethikberatung Hessen e. V. (AEBH) ist eine Anlaufstelle für ethische Fragestellungen, an die sich alle Betroffenen – ob Ärzte, Patienten, Pfleger oder Angehörige – wenden können. Die unabhängigen und geschulten Beraterinnen und Berater aus verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen bieten Unterstützung bei ethischen Problemstellungen und Konflikten im Umfeld der Betroffenen an, sie übernehmen eine vermittelnde Rolle. Informationen zum Verein Ambulante Ethikberatung sowie einen Flyer finden Sie online unter www.aebh.de.

Als Grundlage für die Qualifizierung zum Ethiker wurde das bundesweit anerkannte Curriculum für stationäre Ethikkommissionen der Akademie für Ethik in der Medizin für den ambulanten Bereich angepasst. Die Curriculare Fortbildung setzt sich aus einem Theoretischen und einem Moderationskurs zusammen. Der Kurs wird an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH angeboten. Informationen dazu finden sich im Internet: www.laekh.de → Akademie → Veranstaltungsangebot → Aktuell und Interdisziplinär → Curriculare Fortbildung Ambulante Ethikberatung.

(mck)

Positive Entwicklung der Ambulanten Ethikberatung

Mittlerweile 40 Projekte deutschlandweit / Zweite Tagung in Frankfurt am Main

Die Angebote Ambulanter Ethikberatung nehmen deutschlandweit zu und die Resonanz ist eindeutig positiv, da sie von den Beteiligten als hilfreiche und entlastende Unterstützung erfahren wird. Zugleich werden, trotz des beobachteten Bedarfs, vielerorts eine geringe Nachfrage und unklare Finanzierung beklagt.

Dies ist kurz zusammengefasst das Ergebnis der zweiten Tagung zur Ambulanten Ethikberatung in Deutschland, die am 7. Februar 2019 in der Evangelischen Akademie Frankfurt stattfand.

Knapp 80 Teilnehmer waren der Einladung des Zentrums für Ethik in der Medizin am Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt/Main, der Medizinethik der Philipps-Universität Marburg, der Landesärztekammer Hessen und der Akademie für Ethik in der Medizin gefolgt.

Im Vorfeld erfolgte eine Bestandserhebung, wie schon vor der ersten Tagung im Jahr 2016. Demzufolge hat sich die Anzahl der ambulanten Ethikberatungsprojekte in Deutschland mit aktuell über 40 aktiven

Angeboten mehr als verdoppelt, ca. 15–20 weitere sind in Planung.

Gegenüber dem Jahr 2016, als die meisten Projekte an Palliativstrukturen angebotenen waren, gibt es jetzt auch vermehrt Angebote, die über eigenständige Vereine oder Ärztekammern organisiert sind. Dabei wird betont, dass die Interprofessionalität bei der Zusammensetzung der ethischen Fallbesprechungen und der Moderatoren ein wichtiges Kriterium ist.

Unverändert problematisch: Dreiviertel der Projekte arbeiten nach wie vor auf ehrenamtlicher Basis. Nahezu alle Angebote verzeichnen eine positive Resonanz: Alle Beteiligten, insbesondere auch Pflegenden und Angehörige, verspüren durch eine Fallbesprechung eine erhebliche Entlastung und Erleichterung in ethischen Konfliktsituationen.

Weitere Programmpunkte der Tagung waren der Bedarf von Ethikberatung bei Hausärzten, die Frage der Schweigepflicht in der Ambulanten Ethikberatung, die strukturelle und nachhaltige Entwicklung des Angebots sowie die beobachtete Diskrepanz zwischen beobachtetem/berichtetem Bedarf und Inanspruchnahme von Ambulanter Ethikberatung.

Deutlich wurde ein Bedarf nach telefonischer Beratung bei Hausärzten. Aufgrund der aktuellen Datenschutzrichtlinien muss vor ethischen Fallbesprechungen eine explizite Schweigepflichtsentbindung durch den Patienten bzw. rechtlichen Vertreter (oder alternativ eine Anonymisierung) erfolgen. Die strukturelle und nachhaltige Entwicklung von Ethikberatung ebenso wie Kriterien für die Inanspruchnahme sind vom konkreten Kontext anhängig. Allerdings gilt generell, dass Ethikberatung als Unterstützung bei ethischen Konfliktsituationen vielerorts noch zu wenig bekannt ist.

PD Dr. med. Carola Seifart, MAE

MA Geschäftsführung Ethikkommission
Philipps-Universität Marburg
Stellv. Vorsitzende klinisches Ethikkomitee, Universitätsklinikum
Gießen-Marburg, Standort Marburg

Fall-Vignette zur Ambulanten Ethikberatung

Umstände und Anlass: Die Tochter eines Hochbetagten mit weit fortgeschrittener Demenz, die als gesetzliche Betreuerin ihres Vaters vor der Frage steht, ob eine Flüssigkeits- und Nahrungszufuhr durch das Legen einer PEG-Sonde gewährleistet sein sollte. Die Pflegekräfte eines ambulanten Pflegedienstes und die Haushaltshilfe raten ihr dies dringend an. Der Patient wurde in den vergangenen 24 Monaten mit angedickter Flüssigkeit noch ausreichend ernährt. In den vergangenen Wochen musste er aber mehrfach von Zuhause in die Klinik wegen Aspirationen verlegt und behandelt werden.

Struktur der Beratung: Bei der einen Tag nach der telefonischen Anfrage kurzfristig anberaumten ambulanten Ethikberatung waren anwesend: die Ehefrau des Patienten, die Tochter und ihr Ehemann, die Haushaltshilfe, die Hausärztin, eine Kollegin vom Palliativ-Team (SAPV), ein Ethikberater als Moderator sowie eine Ethikberaterin als Protokollantin.

Nachdem die Tochter ihr Anliegen vorgetragen hatte und die Hausärztin das Für und Wider einer medizinischen Indikation für eine PEG-Anlage in verständlicher Weise erläutert hatte, wurde im Reihum-Gespräch der zu mutmaßende Wille des Patienten diskutiert. Eine Patientenverfügung lag zwar vor, war aber

nicht eindeutig und bedurfte in diesem Falle einer Interpretation.

Ergebnis der Beratung: Nach knapp 40 Minuten konnte der Moderator das Gespräch zusammenfassen. Es war zu empfehlen, eine PEG-Anlage zur Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme nicht durchzuführen, da sie nicht dem mutmaßlichen Willen des Patienten entsprach. Die Tochter fand sich in ihrer persönlichen Einschätzung durch das Gespräch und die Beteiligung aller am runden Tisch deutlich bestärkt. Es gab nach hausärztlicher Sicht keine medizinische Indikation. Die übereinstimmende Mutmaßung aller Familienmitglieder lautete, dass der Patient sich selbst gegen die PEG entschieden hätte.

Die Haushaltshilfe fühlte sich entlastet, ihr pflegerisches Engagement wurde besonders gewürdigt. Im Rahmen des gemeinsamen Gesprächs aller Beteiligten auf Augenhöhe wurde auch als Konsens erreicht, dass der betroffene Patient im Sterben liegt. Das hatte so niemand vorher klar ausgesprochen. Anwesenheit, Mundpflege und Lagewechsel im Bett wurden als wichtig empfohlen. Zielsetzung ist somit die bestmögliche Lebensqualität in der jetzigen Situation und die Behandlung möglicher Beschwerden.

Thomas Ruhl

Ethikberater, Verein für Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 3 – Advanced: Mo., 11.–Fr., 15. März 2019 42 P

Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer
Dr. med. J. Kessel

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

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

Gebühr je Modul: 1.000 € (Akademiestatutmitglieder 900 €)

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

Notfall- und Intensivmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 07.–Sa., 09. November 2019 30 P

Gebühr: 420 € (Akademiestatutmitglieder 378 €)

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

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 13. März 2019 6 P

Gebühr: 180 € (Akademiestatutmitglieder 162 €)

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Leitender Notarzt

Do., 21.–Sa., 23. März 2019 40 P

Beginn Telearnphase: **20. Februar 2019**

Gebühr: 780 € (Akademiestatutmitglieder 702 €)

Leitung: Dr. med. G. Appel, N. Schmitz, Kassel

Ort: Kassel, Feuerwache 1

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Sozialpädiatrie

Mi., 20. März 2019, 15:00–20:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt

Gebühr: 75 € (Akademiestatutmitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@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 € (Akademiestatutmitglieder 27 €)

Ort: Frankfurt, Landesärztekammer

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

Arbeitsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Refresher: Mi., 03. April 2019 6 P

Refresher: Mi., 26. Juni 2019 6 P

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

Gebühr: 110 € (Akademiestatutmitglieder 99 €)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@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 (Akademiestatutmitgl. € 189)
2 + 4, 5a, 5b: je € 280
(Akademiestatutmitgl. € 252)

5c + 6 inkl. Fallbeispiele und Klausur:
€ 490 (Akademiestatutmitglieder € 441)
inkl. Prüfungen

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782–208
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 06. April 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

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation

Do., 07.–Fr., 08. März 2019 16 P

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Dr. med. S. Hofmann, Bad Nauheim
Dr. med. K. Steul, Frankfurt

Gebühr: 300 € (Akademiestudenten 270 €)

Hygienebeauftragter Arzt

Mo., 18.–Fr., 22. März 2019 40 P

Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen
Gebühr: 750 € (Akademiestudenten 675 €)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).

Theoretischer Teil: Mo., 08.–Mi., 10. April 2019 35 P

Beginn Telelernphase: 08. März 2019

Kriseninterventionsseminar (folgende Termine zur Auswahl):

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

Gebühren:

Theorie: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Kriseninterventionsseminar: 160 € (Akademiestudenten 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.floren@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 €
(Akademiestudenten 432 €)

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

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

Ambulante Ethikberatung

Moderationskurs: Fr., 28.–Sa., 29. Juni 2019

Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg

Gebühr: 300 € (Akademiestudenten 270 €)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 16.–Sa., 17. August 2019 22 P

Gebühr: € 320 (Akademiestudenten € 288)

EKG Refresher Kurs

Do., 24. Oktober 2019

Gebühr: € 140 (Akademiestudenten € 126)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 21.–Fr., 22. März 2019 16 P

Ort: Kassel, Klinikum

Do., 09.–Fr., 10. Mai 2019 16 P

Ort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

Gebühr: jeweils 340 € (Akademiestudenten 306 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ib: Fr., 15.–Sa., 16. März 2019 12 P

Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

Modul Ic: Fr., 05.–Sa., 06. April 2019 16 P

Gebühr: 250 € (Akademiestudenten 225 €)

Weitere Module unter: www.akademie-laekh.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

Gebühr: 250 € (Akademiestudenten 225 €)

Weitere Module unter: 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

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs (periphere Gefäße)

Do., 13.–Fr., 14. Juni 2019 (Theorie)

Sa., 15. Juni 2019 (Praktikum)

Gebühr: 440 € (Akademiestudenten 396 €)

Abschlusskurs (periphere Gefäße)

Fr., 29. November 2019 (Theorie)

Sa., 30. November 2019 (Praktikum)

Gebühr: 360 € (Akademiestudenten 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

Aufbaukurs: Fr., 01.–Sa., 02. März 2019 (Theorie)

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

Gebühr: 540 € (Akademiestudenten 486 €)

Abschlusskurs: Sa., 02. November 2019 (Theorie)

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

Gebühr: 400 € (Akademiestudenten 360 €)

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

Leitung der Kurse Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

für Abdomen: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbaumodul CEUS I - Kontrastmittelverstärkende

Sonographie

Sa., 30. März 2019, 09:00–17:00 Uhr

Gebühr: 250 € (Akademiestudenten 225 €)

Leitung: Dr. med. A. Ignee, Frankfurt

Aufbaumodul Schilddrüse I

Sa., 28. September 2019, 09:00–17:00 Uhr

Gebühr: 250 € (Akademiestudenten 225 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung n. §§ 218 ff. StGB

Grundseminar

16 P

Fr., 10.–Sa., 11. Mai 2019

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder

Gebühren: 300 € (Akademiestudenten 270 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Diabetologie

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 3 + 4: Mi., 27. März 2019

Leitung: Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen

Dr. med. B. Fischer, 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

Datenschutz 2.0

Wie kann der interne Datenschutzbeauftragte die neuen Anforderungen erfüllen?

Mi., 03. April 2019 **4 P**

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns

Andreas Wolf, Frankfurt

Gebühr: 70 € (Akademiestudenten 63 €)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde gem. RÖV

Sa., 16. März 2019, 09:00–16:15 Uhr **8 P**

Gebühr: 150 € (Akademiestudenten 135 €)

Grundkurs: Fr. 03.–Sa., 04. Mai 2019

Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage

Gebühr: 340 € (Akademiestudenten 306 €)

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodele,

Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 03. April 2019 6 P
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
 RA M. Strömer, Frankfurt
Gebühr: 100 € (Akademienmitglieder 90 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademienmitglieder € 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

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 29.–Sa., 30. März 2019 20 P
Fr., 27. – Sa., 28. September 2019
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Ort: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH
Gebühr: jeweils 360 € (Akademienmitglieder 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.flören@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 (Akademienmitglieder kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@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 € (Akademienmitgl. 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 A: **Fr., 01.–Sa., 02. März 2019** 20P
Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
 Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
Block D: **Fr., 03.–Sa., 04. Mai 2019** 20P
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
 Dr. med. F. Kretschmer, 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 A, D, C: Bad Nauheim, FBZ der LÄKH, Block B: Kassel, Klinikum
Gebühren je Block: 280 € (Akademienmitglieder 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.)

G5 – G6: Fr., 01.–Sa., 02. März 2019

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., 01.–Sa., 02. März 2019

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

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 3, 4, 10: **Mo., 11.–Sa., 16. März 2019**

ZTK 7, 9, 11: **Mo., 23.–Sa., 28. September 2019**

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 7 Kursblöcke besucht werden, weitere Termine werden in 2020 und 2021 angeboten.

Kursblock I (inkl. 20 UE E-Learning)

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

Beginn Telelernphase: 09. April 2019

Kursblock II (inkl. 20 UE E-Learning)

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

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühren Block I/II je: 1.200 € (Akademiestudenten 1.080 €)

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., 08.–Sa., 13. April 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: adiel.candelo-roemer@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

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 € (Akademiestudienmitglieder 891 €)
 Weitere Blöcke unter: www.akademie-laekh.de

Leitung: N. Walter, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung:
 A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: 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 € (Akademiestudienmitgl. 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 € (Akademiestudienmitglieder 234 €)

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2 Mo., 03.–Fr., 07. Juni 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Gebühr: 680 € (Akademiestudienmitglieder 612 €)
Fallseminar Modul 3 Mo., 11.–Fr., 15. November 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 780 € (Akademiestudienmitglieder 702 €)
Kurs-Weiterbildung Di., 03.–Sa., 08. Dezember 2019 **40 P**
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Gebühr: 680 € (Akademiestudienmitglieder 612 €)

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

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
 E-Mail: akademie@laekh.de





Qualifizierungslehrgänge

NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistentenz)

Nichtärztliche Praxisassistenten/-innen unterstützen Ärzte bei der Patientenversorgung. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen Einrichtungen durchführen und z. B. Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren sowie die Sturzprophylaxe übernehmen. Termine: www.carl-oelemann-schule.de.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

NEU: Treffpunkt NäPA – Kommunikation in der Häuslichkeit des Patienten

Die Fortbildung ist auf den Schwerpunkt „Gesprächsführung bei Hausbesuchen“ hin ausgerichtet und wird als Workshop angeboten, so dass für den Erfahrungsaustausch Zeit bleibt.
Termin (PAT 21): Sa., 15.06.2019, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 110 €
Kontakt: Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax: -180

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM

Inhalte: Formularwesen, Abrechnung EBM, Praktische Übungen
Termin (PVK 1_1): Sa., 13.04.2019, 9:30–16 Uhr
Gebühr: 80 €

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ

Inhalte: Anwendung/Aufbau der Gebührenordnung, Erläuterung des Honorars, Formularwesen, Abrechnung und mehr
Termin (PVK 2_1): Sa., 27.04.2019, 9:30–16 Uhr
Gebühr: 80 €

Abschlussprüfung praktischer Teil

Teilnehmer/-innen lernen die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen.
(PVK 3_3): Sa., 13.04.2019 oder
(PVK 3_4): Sa., 27.04.2019, jeweils 9:30– 17:45 Uhr
Gebühr: 95 €

Prüfungsvorbereitungskurs intensiv

Der dreitägige Kurs setzt sich aus den Kursinhalten PVK Abrechnung EBM, PVK Präsenzlabor und EKG praktisch sowie PVK Abschlussprüfung praktischer Teil zusammen.
Termin (PVK i_1): Mo., 15.04.–Mi., 17.04.2019 oder
Termin (PVK i_2): Di., 11.06.–Do., 12.06.2019
 jeweils von 9:30–17:45 Uhr
Gebühr: 200 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Durchführung der Ausbildung

Fortbildungen in Wiesbaden und Darmstadt

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten/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.–Sa., 03.08.2019 und
 Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019
Gebühr: 480 €
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax -180

Kardiologie 120 Stunden

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website.
Termin (KAR): ab Do., 21.03.2019
Gebühr: 1.180 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Neu: Neurologie und Psychiatrie

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 und arztunterstützend tätig zu sein. Zusätzlich sind die Fortbildungen:
PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung
PAT 2: Wahrnehmung und Motivation
 zu belegen.
Beginn (NP): 06.09.2019
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180
Gebühr (NP): 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärz-



tekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin (BET): ab 08.05.2019

Gebühr: 1.700 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Ambulante Versorgung älterer Menschen (60 Stunden)

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistentin“.

Inhalte: Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, Geriatisches Basisassessment, Hausbesuche und Versorgungsplanung, Wundmanagement, Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung.

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen. Die Fortbildung umfasst 60 Stunden (PAT 1, PAT 2 und AVÄ) fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht und beinhaltet eine Hausarbeit.

Termine:

Beginn AVÄ 2: Fr., 26.04.2019

Gebühr (AVÄ 2): 360 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, 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 subkutanen Therapien

Inhalte: Berufliche Entwicklung/Selbstreflexion, Medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in die Patienten- und Angehörigenbildung

Termin (ONK A1_1): Do., 02.05.–Sa., 04.05.2019 (24 Std.)

Gebühr: 280 €

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 €

UroOnko Fokus I „Prostata-Karzinom“

Inhalte:

- Epidemiologie und Ätiologie kennen
- Klinische Symptome und Diagnostik
- Histopathologische Klassifizierung, Differenzierung und Bedeutung
- Prostata-Karzinom, Therapien
- Sexualität und Fertilität
- Best practice – Handlungen und Maßnahmen

Termin (UroO3): Fr., 29.03.2019, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 110 €

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

Klinikassistent (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

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

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 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Foto: © M. Gicisbeo – stock.adobe.com

Schulgesundheitsfachkräfte helfen bei kleinen Verletzungen, betreuen chronisch kranke Schülerinnen und Schüler, darüber hinaus bieten sie einen Rückzugsort im oft rauen Schulalltag mit einem offenen Ohr für Sorgen und Nöte der Kinder.

Gute Noten für die Schulgesundheitsfachkräfte

Projekt wird mit Landesmitteln fortgesetzt / Evaluation attestiert hohen Bedarf

Sie leisten erste Hilfe, sind Ansprechpartnerinnen bei körperlichen wie seelischen Beschwerden, geben Hygieneartikel aus, unterstützen Schüler mit chronischen Erkrankungen: „Das Konzept der Schulgesundheitspflege schließt eine Versorgungslücke zwischen dem Bildungssystem und dem Gesundheitssystem“, bilanziert Dr. Antje Tannen vom Institut für Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der Charité in Berlin. Das Konzept sei auch übertragbar auf andere Einrichtungen wie Betriebe oder Kindergärten.

Zehn allgemeinbildende Schulen in Hessen und 20 in Brandenburg haben an dem Modellprojekt teilgenommen, das Tannen und ihre Kollegen evaluierten. Demnach stieß es bei allen Beteiligten auf großen Zuspruch stieß. 94 Prozent (%) der Eltern sowie 98 % der Lehrer wollten das niederschwellige Angebot nicht mehr missen. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass ein hoher Bedarf an Prävention und Gesundheitsförderung besteht. Mitautorin Tannen plädiert deshalb dafür, das Projekt möglichst zeitlich und örtlich auszuweiten: „Eine verlässliche Verfügbarkeit an jedem Wochentag und während der gesamten Schulzeit ist unbedingt erforderlich.“

Zehn Schulen sind dabei

Bis dahin ist es noch ein weiter Weg. Insgesamt zehn Schulen in Frankfurt sowie Stadt und Kreis Offenbach nehmen an dem Modellprojekt teil das, für das die

AOK Hessen die Anschubfinanzierung leistete. Mit Mitteln der Landesregierung wird es jetzt zumindest bis Ende 2019 fortgesetzt. Im neuen schwarz-grünen Koalitionsvertrag steht: „Wir wollen die Pilotprojekte zum Einsatz von Schulgesundheitsfachkräften verstetigen.“

Seit 1. Juni 2017 sind die zehn Frauen in Hessen im Einsatz. Alle verfügen mindestens über eine Ausbildung zur examinierten Gesundheits- und Krankenpflegekraft sowie mindestens dreijährige Berufserfahrung. Für ihre neue Tätigkeit absolvierten sie eine zweimonatiger Vollzeitweiterbildung an der Evangelischen Hochschule Darmstadt und werden während ihrer Tätigkeit weiter qualifiziert. Träger ist die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung. Die jeweils zuständigen Gesundheitsämter sind involviert.

Begleitstudie der Charité

Wie die Begleitstudie der Charité-Universitätsmedizin ergab, kennt das Projekt nur Gewinner: Lehrer fühlen sich von fachfremden Aufgaben entlastet, 42 % der Schüler gaben an, das Schulklima habe sich verbessert. Eltern chronisch kranker Kinder sind beruhigt. Und die Fehlzeiten sind zurückgegangen, weil es der Schulkrankenschwester, wie sie im Alltag heißt, mit einem Kühlpack, Kirschkerneisen, einem Pflaster oder freundlichen Gespräch nicht selten gelingt, das Leiden zu lindern: Mit 85 % hat sich der Anteil je-

ner verdoppelt, die nach einer Behandlung wieder zurück in den Unterricht gingen.

Rückzugsort vom Schulstress

Die Wissenschaftler haben auch die Dokumentationen der zehn Kräfte ausgewertet, die bis zu 40 Schüler täglich versorgen. An der Spitze der Hitliste stehen akute Beschwerden (54,9 %), gefolgt von Unfällen (27,8 %). Zur Ersten Hilfe kommen Beratung bei körperlichen und psychischen Beschwerden und allgemeine Fragen, wie man gesund bleibt. Auch die Unterstützung von Schülern mit chronischen Erkrankungen und Behinderungen gehört zum Tätigkeitsspektrum, so wie Tipps zur Ernährung, etwa bei Laktoseintoleranz. Selbst mit komplexen Problemen kommen die Schüler zu der Vertrauensperson: Ritzen, Mobbing, Drogenkonsum. Manchmal dient die Anlaufstelle auch als Insel im rauen Schulalltag, heißt es in der Studie der Charité. Als Ort, zum Verschnaufen: „In ihrer Funktion als Sorgeinstanz bietet die Schulgesundheitsfachkraft den Kindern und Jugendlichen in der Schule einen Rückzugsort, wo sie sich frei von schulischen Leistungsanforderungen ausruhen können.“

Jutta Rippegather



Kleine Fische – große Fische

Ökonomisierung, Kollektivierung und Entselbstständigung im ambulanten Bereich

Im deutschen Gesundheitswesen werden jährlich 356 Mrd. € umgesetzt (2016), davon ca. 18 % für die ambulante ärztliche Versorgung (einschließlich aller Praxis-kosten). Dies weckt Begehrlichkeiten. Alle, die sich über die Performance von externen Marktteilnehmern wundern und dies beklagen, mögen sich vergegenwärtigen: die Zeiten, wo die Gesellschaft erkennbares Interesse an 120.000 Arztpraxen mit schwarzen Zahlen hatte, sind vorüber. Die Marktberreinigung ist längst im Gange.

Die Transformation der Strukturen hat bereits 1988 begonnen. Von da an wird die Konzentration der Versorgung systematisch subventioniert. Was mit dem „Strukturmodell“ als Sündenfall begann, das dürfte sich heute mit dem sogenannten BAG-Aufschlag (Honorarzuschlag für die Berufsausübungsgemeinschaften) auf die Summe von bundesweit ca. 500 Mio. € jährlich belaufen.

Wettbewerbsverzerrende Maßnahmen und Eingriffe

Es werden nahezu alle Formen der (Praxis-) Zusammenschlüsse mit einem Honoraraufschlag von 10 % gefördert, nur der einzelne Arzt, der das tut, was man von ihm im Allgemeinen erwartet, nämlich einfach in seiner Praxis Patienten zu versorgen, der geht leer aus (SGB V § 87b (2), EBM I Allgemeine Bestimmungen 5.1, EBM III.a Hausärztlicher Versorgungsbereich 8. i.V.m. HVM Abschnitt. II B 3.5.3). Diese von jeglicher Bedarfsplanung losgelöste Subvention erfolgt mit Mitteln aus der gedeckelten Gesamtvergütung (MGV = Morbiditätsbedingte Gesamtvergütung) zu Lasten der anderen, normalen Praxen. Da die Bildung von Berufsausübungsgemeinschaften und Zentren meist in Gebieten mit eher höherer Ärztedichte in den Ballungszentren passiert und der zu verteilende Honorarkuchen dabei nicht größer wird, resultiert aus dieser „Förderung“ ein langjährig fortwährender Mittelentzug für die verbleibenden Einzelpraxen. Folgerichtig fehlen diese dann gerade in der Peri-

pherie und alle beklagen den Landarztmangel...

Die Gruppe der verrufenen „Einzelkämpfer“ stellt mit 53 % immer noch die bundesweit häufigste Versorgungsform, Tendenz abnehmend. So haben wir uns alle generell an wettbewerbsverzerrende Maßnahmen und Eingriffe schon gewöhnt: trotz identischer Leistungserbringung unterschiedliche Honorarbewertung.

Am Ende steht die Kollektivierung

Das Bundeskartellamt beschäftigt sich mit Gebührenordnungsfragen der Ärzteschaft nicht. Warum auch immer. Stalin hat den Bauern in der Ukraine das Saatgut weggenommen und sie verhungern lassen, um die Agrarwirtschaft kollektivieren zu können. Uns wird nur das Investivkapital gekürzt. Am Ende steht gleichwohl die Kollektivierung. Kundige Betriebswirte, Juristen und Berater weisen uns den Weg, wie wir die Ressourcen zu nutzen, Wirtschaftlichkeitsreserven zu heben, betriebsinterne Abläufe zu optimieren, die Qualität zu steigern und Fallzahlen zu generieren haben, um unsere Unternehmen (sprich Arztpraxen) „zukunftsfähig“ zu machen. Zum durchgeplanten Betriebsablauf gehört natürlich auch das durchgetaktete Zeitmanagement unerlässlich mit dazu. Für Defizitäres bleibt da wenig übrig. Irgendwann um 2004 (SGB § 95 Absatz 1) kam das große Jonglieren mit der Rechtsform hinzu. Auf einmal ging es nicht mehr bzw. nicht nur um die Art der ärztlichen Zusammenarbeit (einzeln oder gemeinsam?), auch das Rechtsverhältnis der Akteure sollte „zukunftsfähig“ werden: Gemeinschaftspraxen, Praxismgemeinschaften, angestellte Ärzte, Medizinische Versorgungszentren (MVZ), ärztlich-nicht-ärztlich, kommunal und gemeinnützig, fachgleich und fachübergreifend, überregional „ortsübergreifend“, auch sektorenübergreifend, Zweigpraxen, Notfallambulanzen, Institutsambulanzen. Auch die Trägerschaft mutierte von ärztlich individuell zu variabel, häufigst GbR (Gesellschaft bürgerlichen Rechts) und GmbH,

aber auch vieles mehr. Die Spielarten scheinen kein Ende zu nehmen. Mit der Zulassung von krankenhauseigenen MVZ traten vermehrt kleine und große Krankenhausträger als Player im ambulanten Sektor mit auf die Bühne. Unabhängig davon, ob kommunal, kirchlich oder durch eine Kapitalgesellschaft getragen (Rechtsanspruch auf Gleichbehandlung!), haben die Krankenhäuser den ambulanten Bereich für sich entdeckt: man konnte ganze Abteilungen, die weniger lukrativ waren, auf einmal outsourcen bzw. sektorenübergreifend einsetzen und mittels KV-Zulassung wieder gewinnbringend betreiben (als Beispiel seien zuallererst Radiologen und OP-Zentren genannt). Man kalkuliert ja mit einer Gewinnmarge von 10–15 %. Auch in Bezug auf die Patientenakquise werden die Ambulanzen für die Krankenhäuser zunehmend interessant.

Politik meidet das Thema Geld

Über die Jahre hinweg haben wir zugelassen und akzeptiert, dass die Politik das Thema Geld im Zusammenhang mit „Ärzttemangel“ gerne meidet, um nicht zu sagen: scheut wie der Teufel das Weihwasser. In unserer marktwirtschaftlich geprägten Gesellschaft, wo normalerweise die Regeln von Angebot/Nachfrage und das Preis/Leistungsverhältnis zählen, diskutieren wir über alles Mögliche, wie Work-Life-Balance, Generation Y, Kindergartenplätze, Frauenarbeit, öffentlicher Personennahverkehr, weiterführende Schulen, Kinderwunsch, Kinos und Theater, über weiche Themen, nur nicht über Geld. So ergibt es sich, dass die ärztliche Versorgung in der Polarstation auf der Antarktis oder auf der Ölbohrplattform in der Nordsee eher gesichert ist als in manch ländlicher Region in Hessen. Gebiete, wo wenig Umsatz zu generieren und wenig Gewinn zu erzielen ist, verdorren. In der Politik diskutiert man über Versorgungsstrukturen, gemeint sind oft nur Geschäftsmodelle, zunehmend für institutionelle Anleger. Wir haben zugelassen, dass unsere qualitätsgenormte, durch ein

Konvolut von Verträgen und Vorgaben reglementierte ärztliche Tätigkeit als „Dienstleistung“ handelbar wurde. Die Maßnahmen der vergangenen 30 Jahre haben dazu geführt, dass

- die Lebenserwartung in Deutschland stagniert,
- „Ärztmangel“ herrscht bei 360.000 Ärzten (1990 „Ärztenschwemme“ bei 240.000),
- die Rahmenbedingungen für die ärztliche Berufsausübung wie für Großbetriebe zugeschnitten werden (Qualitätsmanagement, Digitalisierung, Mindestmengen, Datenschutz, Gleichbehandlung, etc.),
- ländliche Regionen behelfsmäßig versorgt werden müssen,
- insbesondere Hausarztpraxen unverkäuflich und auch nicht nachzubestellen sind,
- Externe Investoren und steuerfinanzierte Träger die Praxen übernehmen – vorgeblich, um die Versorgung zu retten, denn „der ärztliche Nachwuchs will es ja so!“.

Anstellung bevorzugt

Durch die sukzessive Umstellung der Vergütungs- und Rahmenbedingungen ist unsere Berufsausübung in eigener Praxis riskanter geworden, sie hat für den Nachwuchs an Attraktivität verloren. Wer will sich schon verschulden und unternehmerisches Risiko auf sich laden, um am Ende mit dem chinesischen Großinvestor oder mit dem deutschen Steuerzahler in Wettbewerb zu treten? Kleine Fische – große Fische. Zahnärzte und Nephrologen können hierzu einschlägig berichten... Die Jugend lässt sich lieber anstellen (bundesweit über 30.000, Tendenz steigend) und streikt gegebenenfalls.

Nachsatz: Sollte man geneigt sein, diesem Trend Einhalt gebieten zu wollen, so hielte ich es für ratsam, einiges zu beachten:

- Einhaltung und Kontrolle der persönlichen Leistungserbringung,
- Einhaltung und Kontrolle der persönlichen Leistungsabrechnung,
- Einhaltung und Kontrolle vom Facharztstandard,

- Beendigung der Fehlsubvention (siehe oben),
- Einführung eines verpflichtenden Primärarztsystems,
- Angemessene Vergütung ärztlich-persönlicher Leistungen.

Dilettantische Schaumschlägerei in Berlin und Krokodilstränen helfen nicht weiter.

Michael Andor

Facharzt für
Allgemeinmedizin,
Vorstandsmitglied
Hausärzterverband
Hessen,
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen



Foto: Vera Friederich

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

Klausur der Kammern aus Sachsen und Hessen

Vertreter der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Sächsischen Landesärztekammer (SLÄK) haben sich Mitte Dezember in Dresden zu einer Klausurtagung getroffen. In einem mehrstündigen Austausch wurden neben der aktuellen Lage beider Kammern insbesondere die Themen Chancen und Risiken der Digitalisierung nach Änderung der Berufsordnung sowie Lockerung des Fernbehandlungsverbotes mit Blick auf den ländlichen Raum erörtert.

Weiteres Themenfeld waren die Möglichkeiten der Verbesserung und Finanzierung der ambulanten und stationären fachärztlichen Weiterbildung.

Großes Interesse bestand bei der Sächsischen Kammer darüber hinaus an den Erfahrungen der LÄKH bei der Überbetrieblichen Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten. So zeigte sich, dass die Carl-Oelemann-Schule (COS) in Bad Nauheim als ein wesentlicher Baustein zur Begegnung der Herausforderungen des Fachkräftemangels auch ein Modell für die



Foto: © LÄKH

Teilnehmer der Klausurtagung in Dresden (von links): Manuel Maier, Monika Buchalik, die beiden Kammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski und Erik Bodendieck, Dr. Michael Schulte-Westenberg, Petra Albrecht, Nina Walter und Prof. Dr. med. Uwe Köhler.

Sächsische Landesärztekammer sein könnte. Ein Gegenbesuch der SLÄK in der COS wurde deshalb avisiert.

Teilgenommen haben die beiden Präsidenten, Dr. med. Edgar Pinkowski (LÄKH) und Erik Bodendieck (SLÄK), die Vizepräsidentinnen, Monika Buchalik (LÄKH) und Dipl.-Med. Petra Albrecht (SLÄK), sowie der SLÄK-Vizepräsident Prof. Dr. med. habil. Uwe Köhler. Ferner waren Vertrete-

rinnen und Vertreter der Geschäftsführungen beider Häuser mit dabei: Justitiar Manuel Maier und Nina Walter, stell. Ärztliche Geschäftsführerin (beide LÄKH) und Dr. Michael Schulte-Westenberg (Hauptgeschäftsführer SLÄK).

Manuel Maier

Justitiar
der Landesärztekammer Hessen

Luxussteuer auf Medikamente und Medizintechnik – zu Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen

Warum ist dem Staat eine florierende Gesundheitswirtschaft so wichtig – und ein maßvoller und sparsamer Gebrauch von medizinischen Maßnahmen und Medikamenten kein wirkliches Anliegen?

Dass Gesundheit letztlich als Luxus und reines Wertschöpfungsobjekt gesehen werden kann, geht aus der Tatsache hervor, dass Medikamente und Medizintechnik mit dem üblichen Steuersatz von 19 % besteuert werden. Der Staat ist damit der größte Mitverdiener an der Gesundheitswirtschaft. Und das ohne das geringste unternehmerische Risiko, ohne eigene Forschungs- und Entwicklungsarbeit.

Mit dieser Besteuerung wird ein Großteil der Kosten des Gesundheitswesens wieder hereinholt. Von staatlicher Seite werden beispielsweise die Kosten hochpreisiger Medikamente beklagt – jedoch durch die Umsatzsteuer gewaltige Einnahmen aus diesen erzielt.

Der Staat verdient ohne Risiko mit

Die Umsatzsteuer ist die bedeutendste Einnahmequelle des Staates. Über ein Drittel des Steueraufkommens resultiert aus dieser indirekten „Verkehrssteuer“. Sie geht etwa zur Hälfte an den Bund und an die Länder, nur etwa 2 % an die Gemeinden. Für Grundnahrungsmittel sowie Zeitschriften und Bücher gilt der ermäßigte Steuersatz von 7 %, dieser gilt ebenfalls u. a. für Zahntechnik, Kulturveranstaltungen, Heilbäder sowie Personenbeförderung und Hotellerie, aber auch für Aufzucht und Halten von Nutztieren. Außerdem gibt es Steuerbefreiungen, so für die Seeschifffahrt und Luftfahrt (!) aber auch für ärztliche Honorare (UStG § 4 Abs. 14a). Vielleicht werden ärztliche Gespräche und Psychotherapien auch deswegen nicht geschätzt, weil hier weder der Staat noch andere Profiteure mitverdienen. Honi soit qui mal y pense – „Ein Schelm, wer Böses dabei denkt“.

Offensichtlich werden Medikamente, das Impfen, aber auch Windeln sowie weitere

Hygieneartikel für die „Aufzucht und das Halten von Kindern“ für nicht so grundsätzlich notwendig erachtet, dass dafür ein reduzierter Steuersatz gültig wäre. Transportleistungen, Bücher und Kultur sollen tatsächlich wichtiger sein als die Unterstützung der gesundheitlichen Versorgung? Warum entwickelt sich keine Öffentlichkeit zu dem Thema?

Bekanntlich unterliegt die euphemistisch „Gesundheitswirtschaft“ genannte Industrie nicht ärztlicher Ethik, sondern krumdem Profitdenken. Immer noch touren Pharmareferenten durch Kliniken und Praxen, immer noch sind viele Meinungsmacher fremdfinanzierte Mietmäuler, Kongresse selbstherrlich überdimensioniert – weil, ebenso wie Berufsverbände, fremdfinanziert. Und selbst oder gerade unter dem Siegel einer „evidence-based medicine“ sind die Einflussnamen groß, wie die jüngste Cochrane-Affäre zeigt. Selbst die freiwillige Transparenzinitiative ist eine reine Imagepflege der Pharmaindustrie und spiegelt nicht die tatsächliche Einflussnahme wider. Das Pharma-Geschäft verzeichnet selbst in Krisenzeiten jährlich fast zweistellige Zuwachsraten – und der Staat verdient dabei kräftig mit.

Auffällig: Die Impfpfehlungen in Deutschland sind sehr umfangreich und gehen weit über die WHO-Vorgaben hinaus. Eine Reduktion von Impfprogrammen, wie sie etwa bei der Grundimmunisierung von Säuglingen schon lange ansteht und in Nachbarländern realisiert wird, scheitert am Widerstand derjenigen, die davon profitieren.

Aber derjenige, der ohne Einsatz und Risiko den größten Gewinn davonträgt, ist der Staat. Die Gremien, die die Impfungen empfehlen, halten sich vornehm zurück: Auf Anfrage des Autors teilte die Geschäftsstelle der Ständigen Impfkommission (STIKO) mit¹, dass „die STIKO keine Aufgaben bei Gesetzgebungsverfahren im Finanzbereich hat und kein Gremium mit Aufgaben hinsichtlich Finanzierungsfragen im Gesundheitswesen ist [...]“.

Offensichtlich spielen bei Impfpfehlungen finanzielle Gesichtspunkte keine Rolle, es wird „inhaltlich“ entschieden – und damit per Handstreich über die Ausgabe von Milliardenbeträgen, wie etwa bei den HPV-Impfpfehlungen.

Neue Wege der Finanzierung von Forschung sind nötig

Man könnte die Differenz zwischen vollem und reduziertem Steuersatz nutzen, eine herstellerunabhängige Arzneimittel-forschung zu finanzieren. Die Einnahmen sollten zweckgebunden in die Forschung fließen, die heute ausschließlich durch hochpreisige Innovationen und nicht durch Evaluation bewährter Maßnahmen geprägt ist. Denn Unternehmen forschen nur, wo Geld zu verdienen ist.

Es würde sich eine gewaltige finanzielle Quelle auftun – wenn ein politischer Wille dazu vorhanden wäre. Auf Anfrage des Autors an das Gesundheitsministerium hieß es: „Eine Ermäßigung der Umsatzsteuer auf Arzneimittel und Impfstoffe ist derzeit nicht vorgesehen. Auch wenn [...] (dies) sozialpolitisch wünschenswert wäre und die gesetzlichen Krankenversicherungen und die Bürger dadurch finanziell entlasten würden, stehen dem erhebliche Steuermindereinnahmen für den Staatshaushalt gegenüber, deren Gegenfinanzierung nur schwer realisierbar erscheint...“² Um inhaltliche Fragen geht es nicht, quer durch die Fraktionen sind alle einig: Wir brauchen und wollen das Geld!

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

Kinder- und Jugendarzt
Neonatologie-Psychotherapie-
Palliativmedizin
Lehrbeauftragter
der Philipps-Universität Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

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

¹ Eva Wetzel, Abt. Infektionsepidemiologie, Geschäftsstelle der STIKO, vom 7.8.2015

² Schreiben des BMG, gezeichnet i.A. Inken Lindstaedt, vom 27.7.2016

Leserbrief zu „Ein richtiges Zeichen – zur ‚rechten‘ Zeit. Ärzteschaft erinnert an Approbationsentzug jüdischer Ärzte vor 80 Jahren, von Dr. med. Alexander Marković

Sicherlich ist die Konklusion des Autors nachvollziehbar: „Heute, da sich antisemitisches Denken und Handeln wieder aus den Löchern zu wagen beginnt, ist klare Gegenposition gefragt: Die Tafel kommt zur deshalb zur ‚rechten‘ Zeit, aber sie ist das richtige Zeichen zur ‚rechten‘ Zeit.“ Unbestritten gibt es gerade heute genügend Situationen, die dieses Zeichen mehr als rechtfertigen.

Erlaubt sei aber auch die Frage, wie es denn mit einem Gedenken zum 10., 20., 30. Jahrestag usw. ausgesehen hätte und hat. Hier fällt spontan die sogenannte Heyde-Sawade¹ Affäre ins Auge, aus meiner Sicht die Spitze des Eisbergs bei der Bewältigung des Unrechtsregimes der NS-Zeit und exemplarisch für die Entnazifizierung. Oder auch die Ohrfeige von Beate Klarsfeld, welche der damalige Bundeskanzler Kiesinger 1968 einstecken muss-

te.² Nach 80 Jahren schmerzt eine Entschuldigung doch deutlich weniger, ist die Frage doch eindeutig „biologisch“ mit „Nein“ beantwortet, ob der Würdenträger eine sogenannte „braune“ Vergangenheit hat oder nicht.

Dr. med. Martin Hofer DESA
 Facharzt für Anästhesiologie
 Notfallmedizin,
 spezielle Schmerztherapie,
 Gießen

Sehr geehrter Herr Kollege Hofer,
 ich danke Ihnen für Ihren Leserbrief, der den Finger berechtigt in eine viel zu lange offene Wunde legt: Den Umgang der Ärzteschaft, aber auch der deutschen Gesellschaft generell, mit den Schergen und Tätern des sogenannten Dritten Reiches in den Jahrzehnten nach dem Krieg. Sie sprechen die Heyde/Sawade-Affäre an. Diese zeigt exemplarisch das Problem

der deutschen Nachkriegszeit, in einem mit braunen Sympathisanten, Mitwissern und auch Tätern durchsetzten System der demokratischen Rechtsverfolgung zum Erfolg zu verhelfen. Und das in einem öffentlichen Umfeld, das den Blick nicht selten auch lieber in die Zukunft gerichtet hat. Man mag vielleicht zu Recht die Frage nach dem Engagement der Ärzteschaft zu

dem Thema in früheren Jahrzehnten stellen. Dadurch wird aber der Wert der heutigen Bereitschaft zur Befassung und Verarbeitung nicht gemindert.

Dr. med. Alexander Marković, MBA
 Ärztlicher Geschäftsführer
 der Landesärztekammer Hessen

¹ Die Heyde-Sawade-Affäre: Wie Juristen und Mediziner den NS-Euthanasieprofessor Heyde nach 1945 deckten und straflos blieben; von Detlev Godau Schüttle, Nomos Verlag, 3. Auflage 2010. Oder: „Handvoll Asche“ in: Der Spiegel 8/1964.
² „Den Bundeskanzler misshandelt“, in: Der Spiegel 46/1968.

Bücher



Frank H. Mader, Bernhard Riedl:
Allgemeinmedizin und Praxis
 – Facharztwissen, Facharztprüfung.
 Anleitung in Diagnostik, Therapie und
 Betreuung. Springer 2018. 8., vollständig
 überarbeitete und ergänzte Auflage, € 90
 ISBN: 9783662543467, auch als E-Book

Auch in der 8. Auflage führen die Autoren fort, was über 25 Jahre gewachsen ist: Sie geben einen sehr differenzierten Überblick über das, was Allgemeinärztinnen und -ärzte in ihrem täglichen Praxisalltag erleben. Im Mittelpunkt stehen die Menschen, die uns in der Praxis mit ihren unterschiedlichsten Symptomen und nicht mit einer bereits gestellten Diagnose begegnen. Hierbei gelingt den Autoren erneut, mit Hilfe einer ausreichend ausführlich gehaltenen theoretischen Grundlage eine Brücke zu bauen zu dem, was an Diagnostik und Therapie für Hausärztinnen und Hausärzte sinnvoll ist. Es ist ein Buch aus der Praxis für die Praxis mit einer klaren Strukturierung der einzelnen Kapitel.

Die Empfehlungen der Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) werden ebenso berücksichtigt wie die Nationalen Versorgungsleitlinien, die im hausärztlichen Setting eine Rolle spielen. Die über 350 Tabellen, Abbildungen und grafischen Darstellungen ergänzen sinnvoll, ohne zu überfrachten. Ergänzend zu den Darstellungen empfiehlt sich, die von Frank H. Mader über Jahre ausgebaute Internetplattform: www.fakten-faelle-fotos.de zu besuchen. Hier kann das Gelesene, quasi als Exzerpt in kompakter Form, ergänzt durch interessante Kasuistiken, Fotos und Links vertieft werden. Das Buch ist nicht nur für Studierende, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte in der Facharztweiterbildung zur Allgemeinmedizin eine gute Basis zur Prüfungsvorbereitung und wird – auch nach erfolgreicher Prüfung – ein Begleiter in den alltäglichen Begegnungen in der Praxis sein können.

Dr. med. Armin Wunder



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Das Bundesministerium für Gesundheit hat **Prof. Dr. med. Volkhard Kempf**, Direktor des Instituts für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene des Universitätsklinikums Frankfurt, in die Kommission für Krankenhaushygiene- und Mikrobiologie (KRINKO) beim Robert Koch-Institut berufen. Die Berufung erfolgt auf Vorschlag der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie.

Als neue Chefärztin hat **Christine Huslage** (51) die Leitung der Kinderradiologie am Klinikum Kassel übernommen. Zuvor war sie sechseinhalb Jahre am Städtischen Klinikum Braunschweig tätig, wo sie als Oberärztin die Kinderradiologie an drei Standorten verantwortet hat.



Foto: Gesundheit Nordhessen



Foto: Klinikum Wetzlar

Am Klinikum Wetzlar hat **Dr. med. Peter Knez** als neuer Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie begonnen. Er kommt vom Klinikum Darmstadt, dort war er zuletzt als Leitender Oberarzt in der Klinik für Gefäßmedizin mit dem Schwerpunkt Gefäß- und Endovascular-Chirurgie tätig. Der 48-Jährige ist Facharzt für Gefäßchirurgie und für Allgemeine Chirurgie.

PD Dr. med. Andrea Riphau, seit November 2017 Chefärztin der medizinischen Fachabteilung Innere Medizin II – Gastroenterologie am St. Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt/Main, hat eine Außerplanmäßige (apl) Professur an der Ruhr-Universität-Bochum (RUB) erhalten.

PD Dr. med. Dr. med. habil. Claudia Hattenbach (geb. Kuhl), wurde vom Präsidium der Goethe-Universität Frankfurt am Main zur apl-Professorin für das Fach Augenheilkunde ernannt. Sie ist an der Universitäts-Augenklinik Frankfurt als Fachärztin für Augenheilkunde tätig.

Kammerwahl in Mecklenburg-Vorpommern: Prof. Dr. med. Andreas Crusius bleibt Präsident



Foto: Ärztekammer M-V

Prof. Dr. med. Andreas Crusius, Präsident

Prof. Dr. med. Andreas Crusius bleibt Präsident der Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern. Dies entschieden die Kammerversammlungsmitglieder per Wahl bei ihrer konstituierenden Sitzung Ende Januar 2019.

Dr. med. Andreas Gibb aus Greifswald und Dr. med. Wilfried Schimanke aus Rostock wurden als Vizepräsidenten der Ärztekammer M-V per Wahl ebenfalls im Amt bestätigt. Der Vorstand der VIII. Legislaturperiode ist wie folgt besetzt: Dr. med. Wilfried Schimanke (Vizepräsi-

dent); Dr. med. Andreas Gibb (Vizepräsident); Dr. med. Evelin Pinnow; Karsten Thiemann; Dipl.-Med. Fridjof Matuszewski; Dr. Harald Terpe; Dipl.-Med. Ute Krüger; Dr. med. Andreas Kauffold (neu gewählt); Dr. med. Thomas Maibaum (neu gewählt).



Foto: privat

Dr. med. Wilfried Schimanke, Vizepräsident



Foto: privat

Dr. med. Andreas Gibb, Vizepräsident

Berliner Ärztekammer: Führungsduo Jonitz/Held im Amt bestätigt

Dr. med. Günther Jonitz (Marburger Bund) und Dr. med. Regine Held (Allianz Berliner Ärzte – MEDI Berlin) sind erneut mit großer Mehrheit zum Präsidenten und zur Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin gewählt worden. Der 60-jährige Chirurg beginnt damit seine sechste Amtszeit als Präsident, für die 61-jährige Hals-Nasen-Ohren-Ärztin ist es die zweite Amtszeit als Vizepräsidentin. Daneben wählte die insgesamt 46-köpfige Delegiertenversammlung in ihrer ersten Sitzung der neuen Amtszeit Mitte Januar neun weitere Mitglieder, darunter fünf neue, in den Kammervorstand. Jonitz und Held können sich dabei wie in der Vergangenheit auf eine breite Zusammenarbeit aus Haus-, Fach- und Krankenhausärzten in der Delegiertenversammlung stützen.



Foto: Kathleen Friedrich

Dr. med. Günther Jonitz, Präsident der Ärztekammer Berlin



Foto: Sascha Rudat

Dr. med. Regine Held, Vizepräsidentin der Ärztekammer Berlin

Wichtige Personalia aus ganz Hessen erbeten: Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de



Foto: Philipps-Universität, Fb. Medizin

Festakt in der historischen Aula der Alten Universität Marburg: Studiendekanin Prof. Dr. med. Annette Becker, Dekan Prof. Dr. rer. nat. Helmut Schäfer, Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf, Absolventinnen und Absolventen, Bezirksärztekammervorsitzender Dr. med. Paul Otto Nowak und der Ärztliche Geschäftsführer des UKGM, Prof. Dr. med. Harald Renz.

Marburg: Teilstudienplätze werden Vollstudienplätze – gute Nachrichten auf Absolventenfeier

Als Vertreter der Landesärztekammer Hessen gratulierte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak den 140 Absolventen, davon 78 Frauen (das entspricht einem Anteil von knapp 56 %), die erfolgreich ihr Examen in Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg abgelegt haben. Er stellte die Ärztekammer vor und wünschte den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg für ihren

weiteren Weg. Während einer würdigen Feier in der historischen Aula der Alten Universität wurden den festlich gekleideten angehenden Ärztinnen und Ärzten, die stolz ihren Doktorhut trugen, die Urkunden durch den Dekan Prof. Dr. rer. nat. Helmut Schäfer, sowie erstmals durch die Studiendekanin Prof. Dr. med. Annette Becker und den Vorsitzenden des Vereins „Alumni Medizin Marburg e. V.“, Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf, überreicht.

Eine gute Nachricht aus Marburg: Die bisherigen 185 Teilstudienplätze pro Jahr (Zulassung zum Medizinstudium nur bis zum Physikum) sollen durch Einbeziehung des klinischen Abschnittes am Klinikum Fulda bis zum Wintersemester 2020/2021 in Vollstudienplätze umgewandelt werden.

Bezirksärztekammer Marburg

„Digitalisierung verändert die Welt – Stand der Telemedizin in Wiesbaden“

Der Ärzte Club Wiesbaden e. V. (ÄCW), eine Plattform zum persönlichen kollegialen Austausch für alle Ärztinnen und Ärzte in Wiesbaden und Umgebung, lädt ein:

- **Termin:** Mi., 20. März 2019, 18.30 Uhr
- **Ort:** Museum Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

Vorträge:

- „Die Zukunft der Medizin ‚liegt‘ in der Kommunikation der Patienten“, Prof. Dr. rer. nat. Catherina Maulbecker-Armstrong, Technische Hochschule Mittelhessen, Fachbereich Gesundheit, Medizinisches Management und e-Health, Gießen.
- „Telemedizin in der Praxis – Gesundheitszentrum versorgt mehr als 20.000 Menschen in Wiesbaden“, Dr. Susanne Springborn, Expertin angewandte Telemedizin, Allgemeinärztin.

Moderation: Carsten Sievers, Facharzt Neurologie/Psychiatrie

- Kollegialer Austausch in geselliger Runde, Partnerinnen und Partner sind ebenfalls eingeladen (Museumsführung)
- Der Eintritt ist frei.

Darmstadt: Informationsabend für neue Kammermitglieder

Die Bezirksärztekammer Darmstadt lädt ihre neuen Kammermitglieder zu einem Informationsabend ein:

- **Termin:** Die., 9. April 2019, 19–21 Uhr
- **Ort:** Bezirksärztekammer Darmstadt, Konferenzraum, Wilhelminenplatz 8, 64283 Darmstadt

Themen:

- Arbeit der Kammer
- Weiterbildung
- Recht (Berufsrecht, Arzthaftungsrecht)
- Altersvorsorge

Anmeldung bis 25. März 2019:

E-Mail: bezaek.darmstadt@laekh.de

Fax: 06151 91668-41

Punkte für die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung wurden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60051215 ausgestellt am 29.11.2017 für Nael Abusalim, Taunusstein

Arztausweis-Nr. 60053650 ausgestellt am 11.04.2018 für Lukas Aspacher, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60033310 ausgestellt am 15.04.2014 für Christine S. Bischoff, Solms

Arztausweis-Nr. 60040578 ausgestellt am 06.11.2015 für Hartmut Bredow, Schlüchtern

Arztausweis-Nr. 60051155 ausgestellt am 27.11.2017 für Mira Efinger, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60040142 ausgestellt am 05.10.2015 für Dr. med. Johannes Fritsch, Mainz

Arztausweis-Nr. 60055534 ausgestellt am 04.09.2018 für Nael Hasan, Rotenburg

Arztausweis-Nr. 60053423 ausgestellt am 22.03.2018 für Dr. med. Venesa Hild, Hanau

Arztausweis-Nr. 60054161 ausgestellt am 22.05.2018 für Dr. med. Franz-Ferdinand Kirchner, Aull

Arztausweis-Nr. 60049579 ausgestellt am 07.08.2017 für Dr. med. Ursula Korff-Fox, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60046833 ausgestellt am 25.01.2017 für Inge Löser, Kassel

Arztausweis-Nr. 60057088 ausgestellt am 02.01.2019 für Dr. med. Gabriele Müller, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60034172 ausgestellt am 01.07.2014 für Dr. med. Leonora Novakovic, Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 60055452 ausgestellt am 28.08.2018 für Prof. Dr. med. Hans Ockenfels, Alzenau

Arztausweis-Nr. 60046625 ausgestellt am 16.01.2017 für Dr. med. Mathias Steinker, Petersberg

Arztausweis-Nr. 60038180 ausgestellt am 20.04.2015 für Dr. med. Katrin Wiesner, Wiesbaden

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Lob oder auch Kritik. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsgang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Medizinische Fachangestellte



Über ihre erfolgreiche Prüfung zur Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ freuen sich (von links nach rechts): Katharina Bätz, Christiane Horn, Kristina Friess und Maximilian Dieter.

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Zum 10- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Praktikanten in Arztpraxen

(Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen)

Informationsblatt für Ärzte

Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten.

Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie klarer Regelungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten. Informationen dazu können im Web unter: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/betriebspraktika abgerufen werden.

Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ in Marburg

Kammer stellt bereits zum 5. Mal Beruf der Medizinischen Fachangestellten vor

Seit 2015 nimmt die Bezirksärztekammer Marburg mit einem Stand an der Marburger Ausbildungsmesse teil, an dem sich interessierte Schülerinnen und Schüler über den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten informieren können.

Auch in diesem Jahr erfreute sich der Stand eines regen Besucherinteresses. Neben Auszubildenden aus dem dritten Lehrjahr war er mit Lehrerinnen und Lehrern der Kaufmännischen Schulen Marburg (KSM) und den Mitarbeiterinnen der Bezirksärztekammer Marburg besetzt, die ausführlich informierten und geduldig Fragen beantworteten. Während der dreitägigen Messe kamen über 1.600 Schüler aus 20 Schulen und ließen sich bei 70 Ausstellern über 130 unterschiedliche Ausbildungsberufe sowie Studienmöglichkeiten informieren. Weitere Aussteller konnten aus Platzgründen in diesem Jahr nicht berücksichtigt werden.

Die seit 2016 „Ansage Zukunft“ genannte Ausbildungsmesse wird heute in Kooperation des Medienhauses Hitzeroth (Oberhessische Presse) mit der Agentur für Arbeit, der IHK Kassel-Marburg und

der Kreishandwerkerschaft Marburg im Marburger Cineplex-Kino veranstaltet.

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



Zur Eröffnung konnte der Bezirksärztekammervorsitzende Dr. med. Paul Otto Nowak (links) am Infostand der Bezirksärztekammer Marburg die Mitveranstalter der Messe begrüßen: das Verlegerehepaar Dr. rer. nat. Wolfram Hitzeroth (2.v.l.), seine Ehefrau Dr. med. Luise Hitzeroth (3.v.l.) sowie die Geschäftsführerin der Oberhessischen Presse, Ileri Meier (rechts). Die Auszubildenden zur MFA, Viktoria Knaub (3.v.r.) und Margarita Zoll (2.v.r.), demonstrierten die Blutentnahme am Punktionsarm.

Siilo: Neuer Messenger für Ärzte

Wie im Alltag, wo Messenger-Dienste inzwischen ein Basiswerkzeug der Kommunikation darstellen, gibt es für Ärztinnen und Ärzte eine spezialisierte App, die ähnliche Funktionen wie Whatsapp, Signal, Threema oder Telegram hat. Siilo, so heißt die auch vom CCB (Cardio-angiologisches Centrum Bethanien) genutzte Messenger-App, die gemeinsam mit den herzchirurgischen Abteilungen der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim und am Klinikum Fulda genutzt wird, um auf dem kurzen Dienstweg schnell Entscheidungen zu treffen, wie mit fraglichen Patienten weiter verfahren werden kann. Der Herzteam-Gedanke lässt sich so auch dezentral umsetzen. Mit dem Messenger können die Ärzte schon aus dem Katheterlabor in Frankfurt beispielsweise direkt mit den Herzchirurgen in Bad Nauheim oder Fulda besprechen, ob und gegebenenfalls wie schnell ein Patient herzchirurgisch versorgt werden muss. Dabei können über Siilo auch Bild- und

Videodaten anonymisiert und gesichert übertragen werden.

Am CCB sind inzwischen alle Kardiologen im Siilo-Netzwerk integriert. Auch die Arbeitsgemeinschaft Interventionelle Kardiologie (AGIK) in der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie nutzt den Messenger, um niederschwellig Fortbildungsinhalte zur Verfügung zu stellen. Die App lässt sich kostenlos in den App-Stores auf das Smartphone herunterladen – wobei sich ausschließlich medizinisches Personal für Siilo registrieren kann. Die notwendigen Nachweise werden individuell verifiziert. Der Messenger-Dienst besitzt verschiedene Sicherheitseigenschaften, die ihn von den gängigen Apps im öffentlichen Raum unterscheiden.

Infos und Kontakt:

CCB am Agaplesion Bethanien Krankenhaus
Medizinisches Versorgungszentrum
Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt
Fon: 069 945028-0, E-Mail: info@ccb.de

2,6 Millionen Euro für Nachwuchsmediziner

Um mehr Ärztinnen und Ärzten den Weg in die Forschung zu erleichtern und verlässliche Karrierewege zu schaffen, fördert die Deutsche Forschungsgemeinschaft in den nächsten drei Jahren mit rund 2,6 Mio. Euro die Einrichtung eines „Clinician Scientist“-Programms an der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU). Damit ist Gießen einer von 13 deutschen Universitätsmedizin-Standorten, die diese Förderung bekommen. Beworben hatten sich 29 Standorte. Das „Justus Liebig University Giessen Clinician Scientist Program in Biomedical Research“ (JLU-CAREER) ist ein gemeinsamer Antrag von Prof. Dr. med. Andreas Günther (Medizinische Klinik II Pneumologie, Koordination), Prof. Dr. med. Susanne Herold (Medizinische Klinik II Infektiologie) und Prof. Dr. med. Till Acker (Institut für Neuropathologie) für den Fachbereich Medizin. (red)

Novellierung der Weiterbildungsordnung

Im Rahmen der Landesdelegiertenversammlung des Hartmannbundes Hessen findet eine öffentliche Veranstaltung zur Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung statt:

- **Termin:** 6. April 2019, 10–12 Uhr
- **Ort:** 1. OG Apotheker- und Ärztebank Frankfurt, Mainzer Landstr. 275, 60326 Frankfurt/Main
- **Vortrag & Diskussion:** André R. Zolg, M.Sc., Leiter der Abteilung „Ärztliche Weiterbildung“ der Landesärztekammer Hessen

Die neue (Muster)-Weiterbildungsordnung (MWBO) wurde vom 121. Deutschen Ärztetag beschlossen. Nun muss

sie in den Landesärztekammern umgesetzt werden. Die systematischen Änderungen betreffen sowohl Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung als auch die zur Weiterbildung befugten Ärzte.

Im Vortrag werden die Grundzüge der neuen MWBO – neue Befugnisse und Verpflichtungen sowie das e-Logbuch – vorgestellt.

Anmeldung per E-Mail an:

Jeannette.Hristov@hartmannbund.de

Fax: 030 206 208-716

- Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt, die Zertifizierung beantragt.

74. Tagung des Angiologischen Arbeitskreises Rhein-Main

Termin: Mi., 27. März 2019, 18–21 Uhr

Ort: Goethehaus Frankfurt

Themen: Thrombophilie und Antikoagulation im Alltag; Kritische Extremitätenischämie aus chirurgischer Sicht; Medizinhistorischer Vortrag zum Berliner Armenarzt Heim.

Zielgruppen: Innere Medizin, Allgemeinmedizin, Praktische Medizin, Labormedizin, Chirurgie, Ärzte/-innen in Weiterbildung.

Programmzusendung und Anmeldung per E-Mail an:

Hach-Wunderle@t-online.de

5. Sachverständigen-Symposium der hessischen Sozialgerichtsbarkeit

Termin: Mi., 5. Juni 2019, ab 13:30 Uhr

Ort: Orangerie, Bessunger Straße 44, 64285 Darmstadt

Zielgruppe: Alle interessierten Ärztinnen und Ärzte, insbesondere an einer (weiteren) Gutachtertätigkeit interessierte Sachverständige, Vertreter der Sozialleistungsträger, der Verbände und der Anwaltschaft sowie Richterinnen und Richter der Sozialgerichtsbarkeit

Anmeldung im Internet:

<https://sozialgerichtsbarkeit.hessen.de/sozialgerichte/lsg-darmstadt/veranstaltungen>

oder via Kurzlink:

<https://tinyurl.com/y8oddw7w>

Informationen zum Programm folgen demnächst auf dieser Website.

Ärztliche Fortbildung: Medizinische Soforthilfe nach Vergewaltigung

Die medizinische Versorgung und Spurensicherung nach einem sexuellen Gewaltgeschehen stellt Ärzte vor besondere Herausforderungen. Die Fortbildung hat das Ziel, die Handlungssicherheit bei dieser Patientengruppe zu erhöhen.

• **Termin:** 10. April 2019
9.30 bis 17.00 Uhr

• **Ort:** Haus am Dom – Frankfurt/M.

• **Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte aus Krankenhäusern & Niederlassung

• **Programm und Anmeldung:**

bis 27. März im Internet:

www.frauennotruf-frankfurt.de
unter „Fachwissen“

Einladung zur 4. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 4. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie für

Samstag, 23. März 2019, 10 Uhr s.t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung der Beschlussprotokolle von der Fortsetzung der
1. und Konstituierenden Delegiertenversammlung und der
3. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 24. November 2018**
4. **Ehrungen**
5. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
6. **Versorgungswerk**
 - a) Bericht des Vorsitzenden / der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Änderung der Satzung und Versorgungsordnung
7. **Wahl einer/s 3. Beisitzerin/Beisitzers im Vorstand
der Bezirksärztekammer Darmstadt**
8. **Nachwahl von Abgeordneten zum 122. Deutschen Ärztetag
vom 28.–31. Mai 2019 in Münster**
9. **Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung**
 - a) Bericht des Vorsitzenden
 - b) Wahlen zum Vorstand
10. **(Muster-)Weiterbildungsordnung – DÄT 2018**
 - Sachstandsbericht
11. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
 - a) Änderung der Berufsordnung
 - b) Änderung der Weiterbildungsordnung
 - c) Änderung der Beitragsordnung
 - d) Änderung der Kostensatzung
 - e) Änderung der Prüfungsordnung „Kenntnisse im Strahlenschutz“
12. **Vorschläge zur Besetzung des Berufsgerichts für Heilberufe bei dem
Verwaltungsgericht Gießen mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern
– Amtsperiode 2020–2023**
13. **Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt**
 - Sachstandsbericht
14. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
15. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 6. Februar 2019
Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Fortsetzung

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Bundeskongress des ÖGD in Kassel

69. Bundeskongress des Öffentlichen Gesundheitsdienstes

Thema: „Die Rolle des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) in der Umsetzung des Präventionsgesetzes“.

Termin: 4. bis 6. April 2019

Ort: Kongress Palais Kassel,
Holger-Börner-Platz, 34119 Kassel

Themen:

- Amtsärztlicher Dienst/
Begutachtung
- Gesundheitsberichterstattung
und Prävention
- Infektionsschutz
- Psychiatrie
- Kinder- und Jugendgesundheits-
dienst

- Krisenmanagement
- Umweltmedizin
- Zahnmedizin

Spezielle Veranstaltungen werden für Hygieneinspektoren/-innen, Gesundheitsaufseher, Hygieneingenieure sowie für Sozialmedizinische Assistenten und Medizinische Fachangestellte angeboten. Die Teilnahme ist für diese Berufsgruppen sowie für Studenten kostenfrei.

Information & Anmeldung:

<https://bvoegd-kongress.de>

Wir gedenken der Verstorbenen

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)

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Donnerstag, 14. März 2019, um 19 Uhr

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Veranstaltungsort:

**Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH)
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt a. M. (Bürostadt)**

Begrüßung und Moderation:

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

REFERENT



PD Dr. med. Harald Ehrhardt

Leitender Oberarzt Neonatologie

Zentrum für Kinderheilkunde und Jugendmedizin Gießen
Projektkoordinator „StartKlar Sozialmedizinische Nachsorge“

„NEONATOLOGIE – Medizin am Anfang des Lebens – Fortschritte und Herausforderungen“

Die enormen Fortschritte der Neonatologie in den letzten 50 Jahren ermöglichen immer bessere Überlebenschancen, insbesondere für Frühgeborene. Neue Fragestellungen führen zu Grenzsituationen, die eine kritische Auseinandersetzung erfordern. Um die Erfolge zu sichern, müssen ganzheitliche, langfristige Behandlungskonzepte entstehen, die das Kind und die Familie einbeziehen. Ein Modellprojekt ist die gemeinsame Betreuung durch die Kinderklinik und „STARTKLAR“ in Gießen.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!
Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potentielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten in einer Selbstausskunft gegenüber den Teilnehmern (z. B. erste Folie bei Vorträgen, Handout, Aushang, Hinweis im Programm, Link oder Download) werden offen gelegt.

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

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Goldenes Doktorjubiläum

750 Jahre Stiftung Hospital zum Hl. Geist

Ausstellung im Dommuseum Frankfurt/M.

- 8. März bis 30. Juni 2019
- Eröffnung: Do., 7. März, 17 Uhr, Haus am Dom, u. a. mit Michael Quast
- Im Begleitprogramm:

Vortrag: „Ethische Fragen der Medizin heute“, von Prof. Dr. med. Elke Jäger (Krankenhaus Nordwest), am 10. April, 19 Uhr, Haus am Dom.

Anlässlich des 750-jährigen Bestehens der Stiftung zeigt die Ausstellung die Geschichte der Stiftung im Wandel der Zeiten und stellt ihre Wechselwirkung mit der Entwicklung der Stadt Frankfurt am Main dar.

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 5 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 8. November 2017 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. Oktober 2018.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzte oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 5 wird zum 01.09.2019 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft

wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 5 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 31.03.2019** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **30.04.2019, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tä-

tigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 2 a) der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxismachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 5 (Lahn-Dill-Kreis**

Landkreis Gießen, Landkreis Marburg-Biedenkopf, Vogelsbergkreis, Landkreis Fulda).

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

1. Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
2. Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-R) ein Leistungsanspruch der Frau

besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der

Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)

- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen.

6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen

die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der / die Bewerber(in) ist / wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 5 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘

- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 47 Strahlenschutzverordnung
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschallvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- -Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- - Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die

der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **31.03.2019** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **30.04.2019, 12:00 Uhr**, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge
Mammographie-Screening
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

Mobiles Projekt Medibus



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



WIR SORGEN FÜR GESUNDHEIT

Sie möchten an einem innovativen und zukunftsweisenden Projekt zur mobilen hausärztlichen Versorgung auf dem Land mitarbeiten? Sie haben Freude am Kontakt, an der Behandlung und Begleitung von Menschen und schätzen den Austausch mit Ihren hausärztlichen Kollegen? Dann haben wir genau das Richtige für Sie! Zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung für unser **mobiles Projekt Medibus** im **Landkreis Hersfeld-Rotenburg**, im **Schwalm-Eder-Kreis** und im **Werra-Meißner-Kreis** suchen wir:

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin

Das sind Ihre Aufgaben:

- Allgemeinmedizinische Untersuchung, Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen im ländlichen Raum
- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen im Rahmen einer mobilen Arztpraxis

Das bringen Sie mit:

- Abgeschlossene Facharztweiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- Mehrjährige Berufserfahrung mit persönlichem Patientenkontakt

Das bieten wir Ihnen:

- Die Möglichkeit, an einem innovativen mobilen hausärztlichen Versorgungsprojekt mitzuarbeiten, das es in dieser Form noch nie gab!
- Einen umgebauten Linienbus als Arbeitsplatz, ausgestattet mit moderner medizinischer Ausrüstung
-

Klingt das interessant? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Bewerben Sie sich bequem online über unsere Jobbörse unter

www.kvhessen.de/karriere

Bei entsprechender Eignung werden schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt.



Gerne informiere ich Sie persönlich!
Ich freue mich auf Ihren Anruf unter
069 24741-6967

Jennifer Reus
Personalrecruiting
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

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 Vogelsgesang 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.

Leiter 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.

LA-MED

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

80. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln