

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 6 | 2019  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 80. Jahrgang



## Schilddrüsenchirurgie: Aktueller Stand und Entwicklungen

**Tagung in Salerno**  
Gesundheitseinrichtungen  
im Vergleich: Hessische  
Ärztekammer und Ärztes-  
kammer von Salerno  
vertiefen Partnerschaft

**Ärztlicher Berufsalltag**  
Erfahrungsbericht aus der  
Zentralen Notaufnahme und  
ein Gespräch über das Modell-  
projekt Notdienst/Ärztlicher  
Bereitschaftsdienst in Höchst

### UMZUG

Die Landesärztekammer Hessen  
zieht um!

**Ab 17. Juni** sind wir in der  
Hanauer Landstr. 152  
60314 Frankfurt/Main

# Patientenwohl braucht Zeit und Empathie

In wenigen Tagen wird die Landesärztekammer Hessen die Arbeit in ihrem neuen Domizil an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt am Main aufnehmen (vgl. S. 354). Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bereiten sich gerade in einem letzten Endspurt auf den Umzug vor. Davor gab es bereits einen Berg an Aufgaben, den haupt- und ehrenamtliche Mitarbeiter mit größtem Engagement bewältigt haben. Dafür gilt allen Beteiligten mein außerordentlicher Dank.

Ein Endspurt von wenigen Tagen liegt auch vor dem noch amtierenden Vorsitzenden der Akademie Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, der dieses Amt sieben Jahre innehatte und sich nun nicht mehr zur Wahl stellte. Der Internist und ehemalige langjährige ärztliche Direktor des Frankfurter Heilig-Geist-Krankenhauses wurde bereits 2007 für sein Engagement in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung als Referent, Gutachter und Prüfer sowie als Mitglied im Krankenhausausschuss der Landesärztekammer mit der Ehrenplakette der Kammer gewürdigt. Als Vorstandsvorsitzender der Akademie hat sich Genth erfolgreich für die ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie die Qualifizierung des ärztlichen Nachwuchses engagiert. Pars pro toto möchte ich an dieser Stelle die neue Akademie-Fortbildung „Antibiotic Stewardship (ABS)“ erwähnen, in der hessische Ärztinnen und Ärzte 2018 zum ersten Mal die Qualifikation „ABS-Experte/-in“ erwerben konnten. Der stehende Applaus der Delegiertenversammlung am 24. März 2019 war ihm für seine Leistungen sicher. Doch die Aufgabe als Akademievorsitzender lastete Genth zum Glück für das Hessische Ärzteblatt nicht aus, dessen Redaktionskonferenz er mehr als sieben Jahre als ausgesprochen aktives Mitglied verstärkte und inspirierte. Es ist mir an dieser Stelle ein großes Anliegen, Herrn Prof. Genth nicht nur persönlich, sondern im Namen aller hessischen Ärztinnen und Ärzte für dieses Engagement zu danken und ihm alles Gute, Glück und Gesundheit für die Zukunft zu wünschen.

Einen Blick in die Vergangenheit konnte ich vor wenigen Wochen im Elisabeth-Krankenhaus in Kassel werfen, als die erneuerte Gedenktafel zu Ehren von Franz Kuhn dort einen exponierten Platz im Eingangsbereich erhielt. Dr. med. Franz Kuhn (1866–1929) wurde 1899 als Chirurg der erste Leiter des gerade eröffneten Elisabeth-Krankenhauses Kassel. 1901 führte er die Intubationsnarkose in der Chirurgie ein und gilt damit als Begründer der modernen Anästhesie. Seine Erfindung des Sterilcatguts war ein Segen für operativ zu versorgende Patienten. Kuhn hatte trotz seiner chirurgischen Tätigkeit und der Verantwortung, das Krankenhaus zu leiten, die Möglichkeit, seinen kreativen Geist für

seine vielen Erfindungen einzusetzen, um die Patientenversorgung stetig zu verbessern. Das heutige Motto des Elisabeth-Krankenhauses von Qualität und Zuwendung in der Medizin und Pflege konnte er schon damals mit Leben füllen.

Heute ist die ärztliche Leitung eines Krankenhauses – zumindest in den größeren Häusern – ein Full-Time-Job, der die Arbeit am und mit dem Patienten zumeist gar nicht mehr beinhaltet. Zu groß sind die Managementanforderungen. Permanent müssen neue Gesetze beachtet und die daraus resultierenden Anforderungen bewältigt werden. Der SPD-Fraktionsvize Lauterbach hat vor wenigen Tagen angekündigt, bis zum Sommer würden zwölf (!) weitere Gesetze eingebracht. Hoffentlich ist ein „Wenig-Bürokratie-Gesetz“ dabei. Sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Pflegekräfte weisen zu Recht darauf hin, dass sie zu wenig Zeit für den direkten Patientenkontakt zur Verfügung haben. Qualität und Zuwendung brauchen jedoch genügend Zeit.

Als Ärztinnen und Ärzte, gleich welcher Fachrichtung, müssen wir uns dafür einsetzen, dass Patientinnen und Patienten fachlich und menschlich gut versorgt werden, dass Ärztinnen und Ärzte, Pflegekräfte und die vielen anderen beteiligten Berufsgruppen gute Arbeitsbedingungen mit genügend Zeit bei einer angemessenen Vergütung erhalten.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: © stock-adobe.com – RFBSIP

## Schilddrüsenchirurgie

Die Häufigkeit von sonografisch fassbaren Schilddrüsenveränderungen und Knoten ist in Deutschland hoch. Etwa 20–35 % der Erwachsenen sind betroffen. Der zertifizierte Fortbildungsartikel beleuchtet die Indikation, Diagnostik und operative Therapie an der Schilddrüse.

355



Foto: privat

## Tagung in Salerno

Die Hessische Ärztekammer und die Ärztekammer von Salerno vertiefen ihre Partnerschaft: Eine hessische Delegation unter Leitung von LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski reiste zum Kongress „Organizzazioni sanitarie a confronto“ (Gesundheitseinrichtungen im Vergleich).

362

**Editorial:** Patientenwohl braucht Zeit und Empathie ..... 351

**Aus dem Präsidium:** ubi bene – ibi patria / Der Neubau des Verwaltungssitzes der Landesärztekammer Hessen ..... 354

### Ärztekammer

Stellenanzeige der Landesärztekammer Hessen: Ärztliche Referenten (m/w/d) gesucht ..... 361

Deutsch-Italienische Tagung in Salerno: Gesundheitseinrichtungen im Vergleich ..... 362

### Fortbildung

CME Schilddrüsenchirurgie: Aktueller Stand und Entwicklungen ..... 355

### Junge Ärztinnen und Ärzte

Von der PJ'lerin zur Ärztin in Weiterbildung ..... 373

Junge Ärztinnen und Ärzte fordern: Digitalisierung, jetzt! ..... 376

### Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ..... 382

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ..... 388

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ..... 393–406

**Recht:** Abrechnung Leichenschau – Licht am Ende des Tunnels ..... 374

**Ansichten und Einsichten:** Und er bewegt sich doch, der Gesetzgeber! ..... 374

**Kongressbericht:** Hausärztetag Hessen lockt über 250 Besucher ..... 372



Foto: Christine Hildas

### Ärztlicher Berufsalltag

Dr. med. Mechthild Grieme arbeitet in der Zentralen Notaufnahme. Sie berichtet über ihre Arbeit an diesem „irrwitzigen Ort“, an dem sich der Querschnitt der Bevölkerung begegnet und Prioritäten minütlich verschieben. Ergänzt wird dies durch ein Interview über ein Modellprojekt Notdienst/Ärztlicher Bereitschaftsdienst.

368/369



Fotos: © Lang & Cie. Real Estate AG

### Die Landesärztekammer zieht um!

Ab dem 17. Juni haben wir eine neue Adresse – Sie finden uns dann an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt/Main. Über die Hintergründe für den Neubau des Verwaltungsgebäudes der Landesärztekammer Hessen, den Ablauf und die Mitwirkenden schreibt Präsidiumsmitglied Dr. med. Jürgen Glatzel.

354

<b>Pharmakotherapie:</b> Welche Medikamente sollen vor Anästhesien abgesetzt werden? .....	<b>377</b>
<b>Ärztlicher Berufsalltag</b>	
Notdienst: Dr. med. Ansgar Schultheis über das Modellprojekt am Klinikum Höchst .....	<b>368</b>
Reportage: Berufsalltag in der Notaufnahme – Das Unvorhersehbare ist das einzig Vorhersehbare .....	<b>369</b>
<b>Medizinische Fachangestellte:</b> Neue Aufbaufortbildungen Urologie-Onkologie an der Carl-Oelemann-Schule .....	<b>381</b>
<b>Aus den Bezirksärztekammern:</b> Medizinische Fachangestellte feiern ihren Abschluss .....	<b>390–392</b>
<b>Musiktip:</b> Emöke Baráth – Voglio Cantar Barbara Strozzi .....	<b>361</b>
<b>Buchtip:</b> Leonard Cohen – The Flame/ Die Flamme .....	<b>394</b>
<b>Personalia</b> .....	<b>367</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>407</b>

### Bücher



#### Werte für die Medizin

Giovanni Maio

S. 375



### 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.



Foto: © Lang & Cie. Real Estate AG



Foto: Ralf Münzing

## Aus dem Präsidium

Impressionen des Neubaus, fotografiert im Mai 2019: die Außenansicht und der helle Eingangsbereich mit Lichtbändern an der Decke.

# ubi bene – ibi patria

## Der Neubau des Verwaltungssitzes der Landesärztekammer Hessen an der Hanauer Landstraße 152 in Frankfurt am Main

Im Jahr 2013 waren sich Präsidium und Geschäftsführung einig: Der Mietvertrag würde in sechs Jahren auslaufen – die bisherige Heimat der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Vogelsgang 3 war zu klein. So konnten zum Beispiel die Prüfungsräume im Kellerdomizil die Erfordernisse der Gegenwart nicht mehr erfüllen. Wir müssen uns verändern, wir platzen aus allen Nähten. In Verhandlungen mit dem Vermieter wurden Umbaupläne mit Erweiterungsplänen diskutiert und viel geplant, aber ein gemeinsamer Nenner konnte trotz viel Fleiß und Kompromissuche nicht gefunden werden. Im Jahr 2015 wurde deutlich: „So kommen wir nicht ans Ziel.“ Also neue Planung, Neustart, Neuanfang. Inzwischen hatten wir für unsere alte Adresse „Broßstraße“ einen attraktiven Verkaufserlös erzielt – mit der Erkenntnis „Nichts ist stabiler als Beton-Gold“.

### Immobilienwerb – eine sichere Investition

Somit war der Entschluss, Eigentum zu erwerben statt zu mieten, nicht mehr abzuweisen und zwingend logisch. Intensiv wurde gesucht und geforscht, wir kannten Frankfurt fast besser als jeder Makler. Ende 2016 fanden wir unser Objekt in der Hanauer Landstraße 152 – ein Neubauprojekt, bei dem spezielle Bedürfnisse und Wünsche noch in die Planung eingearbeitet werden konnten. Der Kaufvertrag wurde notariell im Mai 2017 mit dem Ziel eingetragen, Ende 2019 einzuziehen. Die nötigen Kündigungen wurden ausgesprochen.

Die Firma „Lang & Cie. Real Estate AG“ war unser Generalunternehmer, der bereits mehrere Projekte auf dem Areal an der Hanauer Landstraße in Arbeit hatte. Somit waren schon alle Gewerke vor Ort, es mussten keine neuen Baustellen eingerichtet werden. Die Handwerker zogen von Bau zu Bau, je nach Bedarf. Die Grundsteinlegung wurde am 20. Dezember 2017 gefeiert.

Unser Neubau konnte somit mit Vollgas starten. Wir waren in der Lage, an den zuvor erstellten Projekten Güte und Schwächen zu studieren und somit Konsequenzen für unseren Neubau zu ziehen.

### Tatkräftiger Bauausschuss

Nun kommt das entscheidende Ergebnis: Hauptamtliche und Ehrenamtliche bildeten einen Bauausschuss, der mit unglaublichem Elan und Fleiß die Arbeiten betreute, unterstützt von kompetenten Beratern, die halfen, das Gebäude genau im Zeitplan zu errichten und fertigzustellen. Allen voran sind zu nennen:

- Thomas Glatter, Mitglied des Vorstands bei der Lang & Cie. Real Estate AG, sowie die beiden beratenden Architekten
- Prof. Thomas Zimmermann (raum-z Architekten GmbH Frankfurt/Darmstadt, Frankfurt University of Applied Sciences),
- Klemens Ahlbäumer (Versorgungswerk der Ärztekammer des Saarlandes, Abteilung Immobilien und Allg. Verwaltung) und
- das Projektteam der LÄKH (Hans-Peter Hauck, Nina Walter, Ralf Münzing und Kristine Schlitz).

Mit ihnen gelang es sogar, die eigene Zielmarke zu unterbieten und das neue Verwaltungsgebäude vor Termin und im Kostenrahmen bezugsfertig zu vollenden. Am 30. April 2019, nach weniger als zwei Jahren Bauzeit, wurde der Neubau formal an die Landesärztekammer Hessen übergeben.

Präsidium und hauptamtliche Verwaltung haben gemeinsam ein Großprojekt fertiggestellt und allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern einen neuen Arbeitsplatz geschaffen, der modernen Anforderungen bestens entspricht. Damit haben zugleich alle Ärztinnen und Ärzte in Hessen eine „neue Heimat“ bekommen, die funktional und modern, aber nicht protzig den Bedürfnissen und Anforderungen entspricht, die Interessen der Mitglieder und Patienten zukunftsorientiert wahrnehmen zu können, wie der damalige Präsident der LÄKH, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, bei der Grundsteinlegung betonte. — Mit der „neuen Heimat“ wollen wir unseren Mitgliedern auch eine neue Qualität versprechen. Der Neubau soll allen hessischen Ärzten zugute kommen.

Am Freitag, 14. Juni 2019, beenden wir unsere Tätigkeit an der alten Adresse. Am Montag, 17. Juni 2019, soll unsere Landesärztekammer an der Hanauer Landstraße 152 (PLZ 60314 Frankfurt am Main) wieder voll funktionieren.

Die Rückgabe des bisherigen Mietobjekts ist für den 30. Juni 2019 terminiert. Alles wird also „just in time“ abgewickelt, somit konnten zusätzliche Kosten vermieden werden.

Mit den besten Wünschen für alle,

**Dr. med. Jürgen Glätzel**  
im Namen des Präsidiums  
der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Thomas X. Stoll

Während einer Schilddrüsen-Operation: Dr. med. Christian Vorländer (r.) und Team im Bürgerhospital Frankfurt/Main.

# Schilddrüsenchirurgie: Aktueller Stand und Entwicklungen

VNR: 2760602019205750002

Dr. med. Christian Vorländer

## Einführung

Die Schilddrüsenchirurgie hat im deutschsprachigen Raum eine lange Tradition. Theodor Kocher (Bern 1841–1917) war sicherlich der Wegbereiter, seine Arbeit wurde 1909 mit dem Nobelpreis für Medizin geehrt. Aber auch der Frankfurter Chirurg Ludwig Rehn (1849–1930) hat seine Verdienste. Zunächst arbeitete er als Hausarzt, später war er derjenige, der als einer der ersten strukturiert und komplikationsarm den Morbus Basedow operierte. Er war Autodidakt und ab 1914 Professor für Chirurgie an der neu gegründeten Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, der ersten deutschen Stiftungsuniversität.

Deutschland als langjähriges Jodmangelgebiet gehört in Europa zu den Ländern mit einer relativ hohen Operationshäufigkeit an der Schilddrüse. Im europäischen Durchschnitt werden knapp 50 Operationen pro 100.000 Einwohner und Jahr durchgeführt, in Deutschland sind es derzeit ca. doppelt so viele Eingriffe. Die Anzahl der Operationen ist jedoch in jüngerer Zeit stetig rückläufig. Im Jahre 2005 wurden noch ca. 100.000 Operationen durchgeführt, zehn Jahre später waren es unter 80.000. Zur Indikation der operativen Therapie gutartiger Schilddrüsenveränderungen und des Schilddrüsenkarzinoms gibt es seit Jahren interdisziplinäre Leitlinien der Fachgesellschaften [1], die auch online einsehbar sind (awmf.org).

Dieser Beitrag möchte versuchen, die Indikation, Diagnostik und operative Therapie an der Schilddrüse zu beleuchten.

## Diagnostik

Die Häufigkeit von sonographisch fassbaren Schilddrüsenveränderungen und Knoten ist in Deutschland hoch. Etwa 20–35 % der Erwachsenen sind betroffen. Die meisten haben keine lokalen Beschwerden oder Funktionsstörungen. Dennoch können unerkannte Hyperthyreosen das Risiko für Herz-Kreislaufkrankungen erhöhen und maligne oder möglich maligne Befunde dürfen nicht übersehen werden. Als gute und auch praktikable Evaluation von Schilddrüsenknoten hat sich das „Vier-Fakten-Schema“ erwiesen. Durch Tastbefund,

Schilddrüsenultraschall sowie Laborbestimmung des TSH-Basalwertes und des Calcitoninspiegels lassen sich über 90 % der Schilddrüsenknoten abschließend beurteilen. Der Serumcalciumspiegel kann hier ergänzend einen häufig nicht erkannten primären Hyperparathyreoidismus diagnostizieren. Auf dieser Basis kann dann über das weitere diagnostische oder therapeutische Vorgehen entschieden werden. Hier sind dann Endokrinologen, Nuklearmediziner und Endokrine Chirurgen einzubeziehen. Das bloße Vorhandensein von Schilddrüsenknoten bedingt weder die grundsätzliche medikamentöse Therapie noch eine Operation.

Dass in der Versorgungsrealität durchaus ein sorgfältiges Vorgehen wieder zu finden ist, belegen Daten der Kostenträger. Hier lässt sich anhand von Abrechnungs-

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Schilddrüsenchirurgie: Aktueller Stand und Entwicklungen“ von Dr. med. Christian Vorländer finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)).

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

25.05.2019 bis 24.05.2020 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

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

daten zeigen, dass nur 6,3 % von über 26.000 Patienten mit neu diagnostizierten Schilddrüsenveränderungen einer Operation zugewiesen wurden [2].

### Anamnese und klinischer Befund

Aufgrund familiärer Häufung ist die Anamnese bei Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen wichtig. Die bimanuelle Palpation (der Untersucher steht hinter dem Patienten und umgreift den Hals) insbesondere auch beim Schluckakt gibt eine gute Aussage über die Organgröße und Abgrenzbarkeit eines möglichen Kropfes nach caudal. Auffällige Lymphknoten entlang der Halsgefäße und supraclavikulär können detektiert werden.

### Cervicale Sonographie

Die Ultraschalluntersuchung des Halsbereiches gehört zur Basisdiagnostik der Schilddrüsenerkrankungen. Sie gibt Auskunft über Ausdehnung und Struktur des Organs. Auch wenn die meisten Schilddrüsenknoten als gutartig anzusehen sind, muss im Rahmen ihrer Abklärung auch immer eine Risikoabschätzung für ein mögliches Malignom erfolgen. Die B-Mode Sonographie, ergänzt mit der Farbdoppleruntersuchung, stellt hier die Basisuntersuchung dar. Sie sind jedoch deutlich von der Erfahrung des Untersuchers und der Knotenlokalisierung abhängig. In den vergangenen Jahren hat sich TI-RADS („Thyroid-Imaging Reporting and Data System“) entwickelt [3, 4]. Hier wird ein Stufenschema verwandt, um das Malignitätsrisiko abzuschätzen (siehe Tab. 1).

Zu den sonographisch verdächtigen Merkmalen von Schilddrüsenknoten bei TI-RADS gehören: Solidität, Hypoechogenität oder markante Hypoechogenität, Mikrolobulierung oder irreguläre Begrenzung, Mikrokalkifikationen, Höher-als-Breit-Form („stehendes Ei“, Fig. 3a-c).

Häufig wird auch noch ein zentrales Durchblutungsmuster angeführt, obgleich hier die Studienlage nicht eindeutig ist.

In jüngerer Zeit hat sich zusätzlich die Ultraschallelastographie als neues Verfahren etabliert. Die Elastographie nutzt die Ultraschalltechnik, um die Gewebselastizität zu messen. Diese wird durch die Verschiebung der Gewebstrukturen durch externen Druck gemessen. Derzeit ist es

Tab. 1: TIRADS [3, 4]

	Ultraschallkriterium	Malignitätsrisiko
1	Knotenfreie Schilddrüse	-
2	Benigner Knoten	-
3	Keine verd. US-Merkmale	1–2 % (sehr geringes Risiko)
4a	Ein verdächtiges Merkmal	3–4 % (geringes Risiko)
4b	Zwei verdächtige Merkmale	9–10 %
4c	Drei bis vier verdächtige Merkmale	40–60 %
5	Fünf verdächtige Merkmale	über 80 %

möglich, diese Gewebsverschiebung direkt dem B-Bild überlagert als farbcodiertes Bild darzustellen. Es werden weiche Strukturen von härteren und harten Bezirken unterschieden. Ergänzend zu der Farbeinteilung kann auch der Messwert der „Strain value“ herangezogen werden: Dies ist ein Messwert, der seitens des Ultraschallgerätes in der ROI (region of interest) gemessen wird. Hierdurch lässt sich eine gewisse Reproduzierbarkeit der Messungen und eine Untersucherunabhängigkeit erreichen (Fig. 1 und Fig. 2).

Die Vorhersagewahrscheinlichkeit für einen benignen Befund bei elastographisch weichen Knoten (negativ prädiktiver Wert) ist hoch. Hieraus ist eine Konsequenz für das weitere klinische Vorgehen dahingehend ableitbar, dass bei elastographisch harten Messwerten sicherlich die weitere Aufarbeitung der Schilddrüsenläsion mittels Feinnadelbiopsie (FNAC) und/oder Operation klar indiziert ist. Bei weichen Ergebnissen ist der Malignitätsverdacht so gering, dass es scheint, dass in diesen Fällen die Klärung der Dignität nicht als alleinige Operationsindikation herangezogen werden kann. Die Methode der Elastographie ist in Deutschland anhand multizentrischer Studien gut evaluiert [5]. In der Thyreologie ist sie als etabliertes Verfahren anzusehen.

### Szintigraphie

Ergänzend zur Sonographie ist in der Aufarbeitung von Schilddrüsenveränderungen und auch zur Operationsplanung die Szintigraphie sinnvoll. Insbesondere bei erniedrigtem TSH, vor Zweiteingriffen

und bei Verdacht auf retrosternalen/ektopen Schilddrüsenanteilen sollte diese durchgeführt werden.

### Schnittbildverfahren

Wenn im Rahmen der klinischen Untersuchung das Organ nach caudal nicht abgrenzbar ist und auch die Sonographie die untere Organgrenze nicht darstellen kann, sind Schnittbildverfahren indiziert. Im Rahmen einer Computertomographie (ohne jodhaltiges Kontrastmittel!) oder einer MRT lassen sich sowohl die retrosternale Ausdehnung als auch mögliche Verdrängung und Einengung der Luftröhre (klinisches Zeichen des inspiratorischen Stridors) darstellen. Bei gegebener Operationsindikation kann hier dann auch über eine mögliche Sternotomie entschieden werden.

### Labordiagnostik

Neben den Schilddrüsenfunktionsparametern TSH, freies-T3 und freies-T4 ist der basale Calcitoninspiegel bei der Beurteilung von Schilddrüsenknoten unabdingbar. Vor einer Schilddrüsenoperation ist er obligat zu fordern und ist auch im DRG-System abgebildet. Eine Schilddrüsenresektion in Unkenntnis des Calcitoninwertes spiegelt kein sorgfältiges Vorgehen wider. Die Schilddrüsenautoantikörper können bei entsprechender Klinik und dem typischen Ultraschallbefund der Echoarmut des Gewebes zur Therapieplanung sinnvoll sein.

Die Bestimmung des Calciumspiegels muss vor einer Operation erfolgen: Dies dient dazu, einen unerkannten primären Hyperparathyreoidismus zu erkennen und somit

Zweiteingriffe aufgrund einer Nebenschilddrüsenüberfunktion zu vermeiden.

### Zytologie

Bei funktionslosen („kalten“) Knoten über 10 mm Größe ist in vielen Fällen zur Abschätzung der Dignität die Feinnadelpunktion indiziert. Hier wird unter Ultraschallkontrolle Zellmaterial aus dem Knoten gewonnen und untersucht. Neben der Lichtmikroskopie können auch immunzytologische Marker benutzt werden. In den vergangenen Jahren hat sich die Mutationsanalyse des BRAF-Gens am Punktionsmaterial etabliert. Die Sensitivität des Verfahrens ist gut und hochspezifisch für den Nachweis eines papillären Schilddrüsenkarzinoms [6]. Bei unergiebiger Zytologie ist eine Wiederholung der Punktion indiziert. Sollte auch diese nicht genügend Zellen enthalten, darf sie nicht dazu verleiten, den Knoten als unverdächtig einzustufen. In Abhängigkeit des Ultraschallbefundes ist hier dann in der Regel die operative Klärung indiziert.

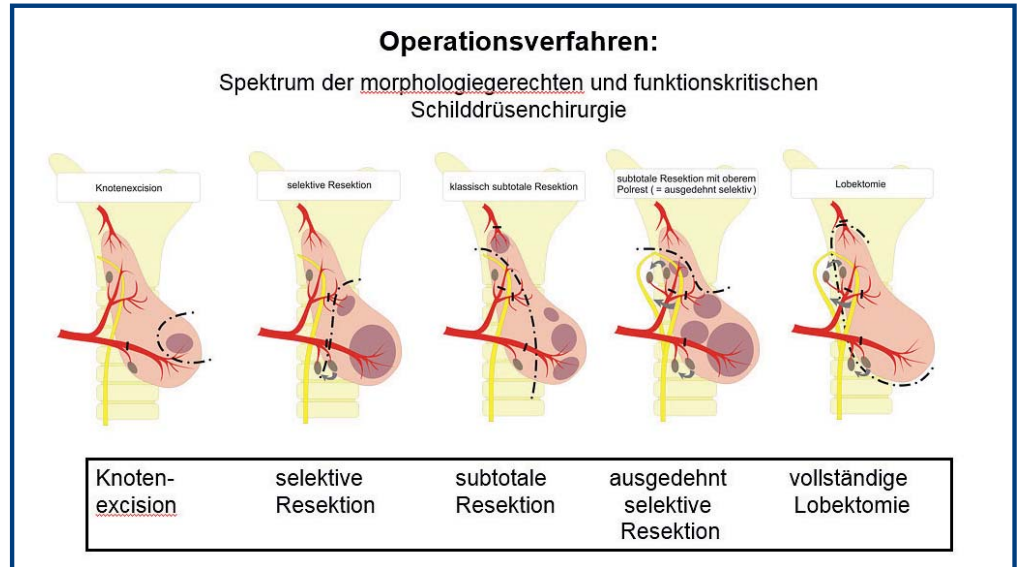
### Laryngoskopie

Zur Beurteilung der Stimmbandfunktion vor der Operation und zur Qualitätssicherung nach der Schilddrüsenoperation ist die HNO-ärztliche Kehlkopfspiegelung angezeigt.

Hier können auch Intubationshindernisse erkannt werden, diese bedürfen dann der interdisziplinären Abstimmung mit der Anästhesie und dem Operateur. Bei vorbestehender Recurrensparese ist im Falle eines beidseitigen Eingriffes von einer Hochrisikosituation auszugehen. Neben dem kontinuierlichen Neuromonitoring ist hier auch die mögliche Notwendigkeit einer postoperativen intensiv-medizinischen Überwachung und der Anlage eines Tracheostomas in Betracht zu ziehen.

### Indikation zur Operation

Die Indikation zur Operation wird bei den meisten Patienten initial durch die betreu-



Grafik 1a: Operationsverfahren

enden Allgemeinmediziner und Internisten gestellt, es folgen zahlenmäßig die Nuklearmediziner und Endokrinologen. Die wenigsten Patienten sehen ausschließlich die Chirurgin bzw. den Chirurgen vor einer Operation. Alle Patienten sollten vor der Einweisung in die operierende Klinik in der dortigen Indikationsprechstunde gesehen werden. So ist frühzeitig die Überprüfung der Indikation möglich und die Patienten können über die Operation, das Ausmaß des Eingriffes und die möglichen Komplikationen vorab informiert werden.

Die aktuellen Leitlinien der DGAV [1] fordern mitunter auch, dass die Indikation zur Operation seitengetreunt erfolgen muss. Das Vorhandensein eines sonographisch fassbaren Knotens der Gegenseite berechtigt bei gegebener Indikation der ersten Seite nicht automatisch zu einem beidseitigen Eingriff.

Die asymptomatische euthyreote Knotenstruma ohne Malignitätsverdacht und „szintigraphisch kalte“ Knoten ohne weitere Malignitätskriterien stellen keine Operationsindikationen dar [7].

### Grundsätzlich kann eine Schilddrüsenoperation aus drei Gründen indiziert sein:

1. nachgewiesene Malignität oder begründeter Malignitätsverdacht (sonogr. und oder FNAC),

2. mechanische Beschwerdesymptomatik wie Schluckbeschwerden, Engegefühl und Luftnot/Stridor,

3. Funktionsstörungen wie fokale oder disseminierte Autonomie mit oder ohne Immunthyreopathie (M. Basedow), wenn eine Radiojodtherapie nicht möglich ist oder seitens der Patienten nicht gewünscht wird.

Oft besteht die Indikation zur Operation aus einer Kombination der oben genannten Gründe (Grafik 1b).

### Operationsausmaß

Vierorts ist die grundsätzliche Entfernung eines Schilddrüsenlappens (Hemithyreoidektomie) oder die Entfernung beider Schilddrüsenlappen (Thyreoidektomie) die Standardtherapie. Dies geht mit einer niedrigeren Rate an erneuten Knotenbildungen einher und scheint auch die Notwendigkeit von Zweiteingriffen (Rezidivoperationen) zu reduzieren. Allerdings geht diese Strategie mit einer signifikant höheren Komplikationsrate (Stimmbandstörung und Nebenschilddrüsenunterfunktion) einher [8, 9]. Dies gilt zumindest in der Breite der Kliniken und außerhalb von spezialisierten Zentren. Die Qualitätssicherungsstudie der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) [10] zeigt dies genauso wie die Analysen der AOK. In beiden Datenbanken ist das Komplikationsrisiko bei



geringerer Erfahrung der Operateure signifikant erhöht. Institutionsspezifisch sinkt das Risiko statistisch nachweisbar bei mehr als 385 Operationen pro Jahr [9].

Das Risiko, eine permanente Recurrensparese zu erleiden, ist für Patienten um 50 % niedriger, wenn sie sich in Kliniken mit großer Erfahrung operieren lassen (0,9 % vs. 1,9 %). In der vorliegenden Arbeit werden Häuser mit unter 50 Operationen/Jahr solchen mit mehr als 385 Operationen/Jahr gegenübergestellt. Derzeit gibt es in Deutschland keine Facharztweiterbildung für Endokrine Chirurgie, diese ist nur auf europäischer Ebene möglich (European Board of Surgical Qualification [EBSQ] in London).

Die selektive Schilddrüsenchirurgie, die morphologiegerecht und funktionskritisch vorgeht (hierbei ist die Sonographie durch den Operateur unerlässlich), findet wieder zunehmend Verbreitung. Die unterschiedlichen Möglichkeiten des Operationsausmaßes sind in Graphik 1a dargestellt.

### Neuromonitoring

In Deutschland wird in der Schilddrüsenchirurgie zur Schonung des Stimmbandnervs mittlerweile fast flächendeckend das Neuromonitoring eingesetzt. Es handelt sich hierbei um eine EMG-Ableitung des Musculus vocalis. Neuromonitoring eignet sich zur Identifikation des Nervus recurrens im OP-Gebiet, aber auch zu Aussagen über die postoperative Stimm lippenfunktion. Es kann über eine Handsonde im Situs verwendet werden. Bei Eingriffen höherer Schwierigkeit, wie zum Beispiel der Karzinomchirurgie oder Rezidiveingriffen, wird es über den N. vagus zunehmend auch als kontinuierliche Stimulation verwendet (CIONM). Mit diesen beiden Techniken lässt sich der Stimmbandnerv zum einen gut in seinem Verlauf lokalisieren (mapping), zum anderen kann die Ableitung des CIONM während der gesamten Operation nachweisen. Es lassen sich mit dem Neuromonitoring auch Rückschlüsse auf die postoperative Funktion des N. recurrens ableiten, die als Basis für taktische Entscheidungen während der Operation herangezogen werden. Eine normale postoperative Stimmbandfunktion ist mit

dem Neuromonitoring sehr zuverlässig zu erkennen, die Spezifität des Verfahrens ist sehr hoch. Die unauffällige postoperative HNO-Untersuchung ist in diesen Fällen die Regel. Ein verändertes Neuromonitoringsignal geht jedoch bei mehr als der Hälfte der Patienten mit einer früh postoperativen Stimmbandfunktionsstörung einher und darf daher von Chirurgen nicht ignoriert werden [11]. Kommt es zu einem Signalverlust, so muss entweder die Operation beendet und die postoperative HNO-Untersuchung abgewartet werden oder die Fortsetzung des Eingriffs auf der Gegenseite muss im Operationsbericht gut begründet sein (bspw. beim Malignom). Für die Unterscheidung einer passageren gegenüber der permanenten Recurrensparese hat sich der Zeitraum von 6 Monaten nach dem Eingriff etabliert. Bei Fortbestehen der Stimmbandfunktionsstörung ist eine permanente Parese zu postulieren. Die HNO-ärztliche und logopädische Betreuung dieser Patienten muss jedoch schon deutlich früher erfolgen.

### Operationstechnik

Die Verwendung einer Lupenbrille durch die Operateure hat sich durchgesetzt, hierdurch sind in der Enge des Operationsfeldes die relevanten Strukturen deutlich besser zu erkennen. Die Präparation sollte in der Regel anatomiegerecht und extrakapsulär erfolgen. Den Nebenschilddrüsen muss eine besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden, trotz ihrer geringen Größe sind sie unabdingbar für die Kalziumhomöostase des Menschen. Ein unachtsamer

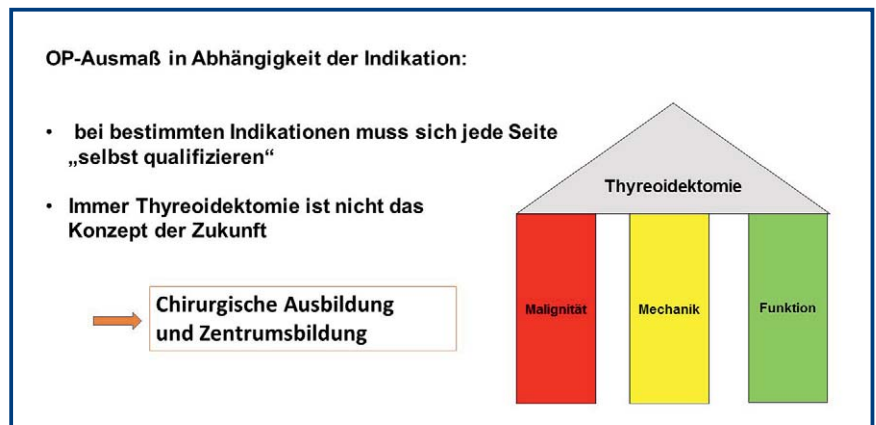
Umgang führt hier zu einem hohen Leidensdruck der Patienten. Der permanente Hypoparathyreoidismus geht mit Muskelkrämpfen und Parästhesien einher. Eine medikamentöse Kombinationsbehandlung kann die Symptome abschwächen, sie hat allerdings ihrerseits langfristige Nebenwirkungen.

So müssen Operateure jede Nebenschilddrüse so vorsichtig behandeln als wäre sie die letzte verbliebene. Nicht jede Nebenschilddrüse muss zwangsläufig dargestellt werden, einige liegen tief zervikal oder im Thymus, aber das Operationspräparat ist sorgfältig auf etwaige anhaftende Epithelkörperchen zu überprüfen; finden sich diese, so werden sie in die cervicale Muskulatur autotransplantiert. So kann in vielen Fällen eine Nebenschilddrüsenunterfunktion vermieden werden.

### Schnellschnittverfahren und histologische Aufarbeitung

Im Rahmen der Schilddrüsenchirurgie muss die Möglichkeit der Schnellschnittuntersuchung gegeben sein. Nur so kann intraoperativ interdisziplinär über das Operationsausmaß entschieden werden. Unnötig radikale Lymphknotendissektionen können so ebenso vermieden werden wie verzögerte Zweiteingriffe bei verspätetem Eingang des histologischen Ergebnisses.

Eine fachgerechte endgültige histologische Aufarbeitung der Operationspräparate ist ausnahmslos zu veranlassen. Idealerweise wird sie als Schnelleinbettung durchgeführt, dies insbesondere bei unklaren Befunden. Erforderliche Komplet-



Grafik 1b: Indikation zur Operation

tierungseingriffe können dann frühzeitig und im weniger kritischen Zeitfenster (beginnende Vernarbungen des Situs nach 4–5 Tagen) erfolgen.

### Postoperative Überwachung

Eine Nachblutung tritt in ca. 1–2 % der Fälle auf [12], diese kann aufgrund der Kompressionsproblematik mit nachfolgendem Stimmritzenkrampf lebensbedrohlich sein. Eine Überwachung und nachfolgende Beobachtung der Patienten ist für ein Intervall von 48h postoperativ erforderlich. Entsprechend geschultes

Personal und ein kompetenter endokrin-chirurgischer Hintergrunddienst sind sinnvoll, da im Falle einer revisionspflichtigen Blutung zum einem schnell gehandelt werden muss, zum anderen im Situs im Vergleich zum initialen Eingriff Stimmbandnerv und Nebenschilddrüsen schlechter erkennbar sind – und somit erfahrene Operateure für Patienten von Vorteil sind.

Die Bestimmung des Serumkalziums und ggf. des Parathormons können frühzeitig Hinweise auf eine klinisch relevante Hypocalcämie geben. Diese ist in der Regel durch orale Gabe von Kalziumpräparaten zu therapieren. Die unmittelbare oder

auch präoperative Gabe von Calcitriol verbessert die Aufnahme des Calciums und wirkt sich so günstig auf den klinischen Verlauf aus. Ist zum Entlassungszeitpunkt eine Gabe von Calcium und Calcitriol erforderlich, so muss dies den nachbehandelnden Kollegen mitgeteilt werden. Ein „Ausschleichen“ der Medikation kann ggf. über mehrere Wochen dauern und bedarf der weiteren Betreuung. Im Falle eines über sechs Monate andauernden Hypoparathyreoidismus ist von einer dauerhaften Komplikation auszugehen. Hier ist die langfristige endokrinologische Anbindung der Betroffenen erforderlich.

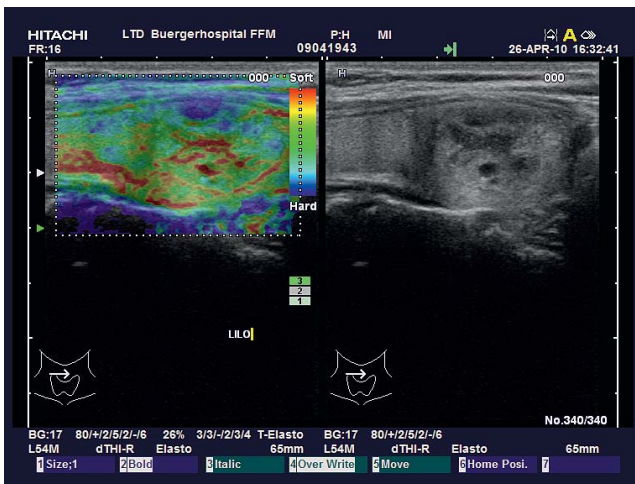


Fig. 1: Gutartiger Schilddrüsenknoten mit fehlenden Malignitätskriterien und unauffälligem Elastogramm (strain value: 0,40 %), FNAC: regressiver Schilddrüsenbezirk.

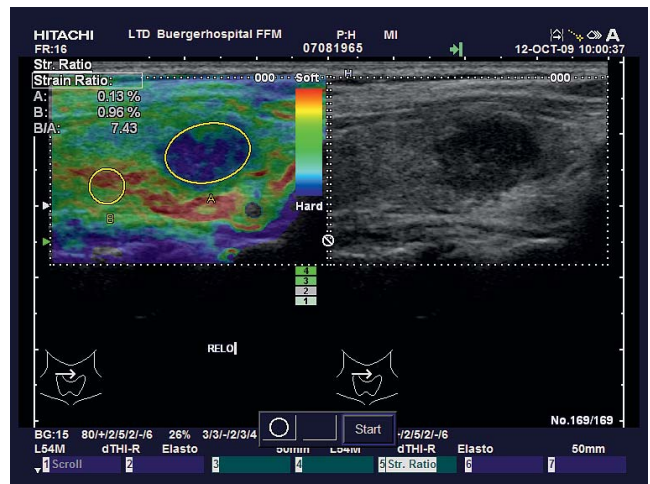


Fig. 2: Sonomorphologisch suspekter Knoten mit irregulären Randbegrenzung und Echoarmut sowie Mikrokalk. Auffälliges Elastogramm (strain value: 0,13 %). Histologischer Nachweis eines 15 mm großen papillären Schilddrüsenkarzinoms.

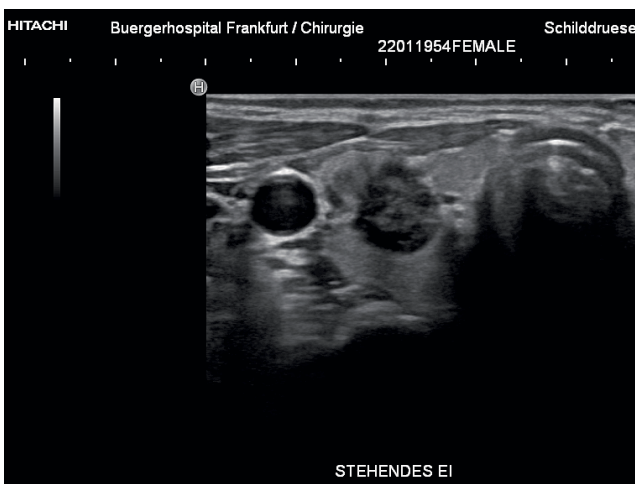


Fig. 3a: TIRADS 5 Knoten, Intraoperativ Nachweis eines pT1b papillären Karzinoms. Klassisches Bild des „stehenden Eies“.

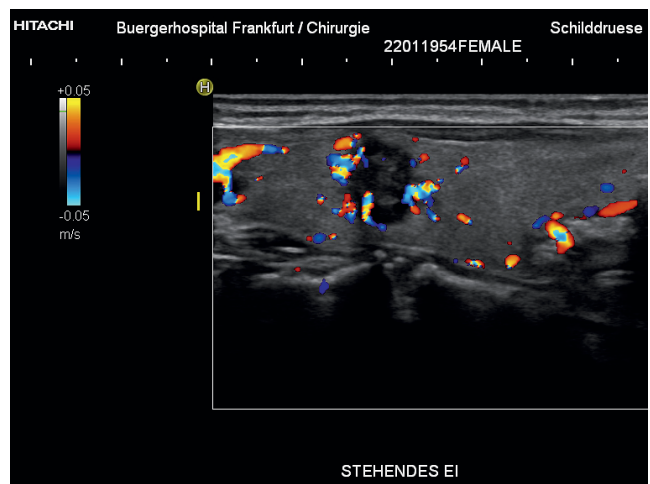


Fig. 3b: TIRADS 5 Knoten im Längsschnitt mit Farbdoppler-Codierung, gleicher Fall wie Fig. 3a.

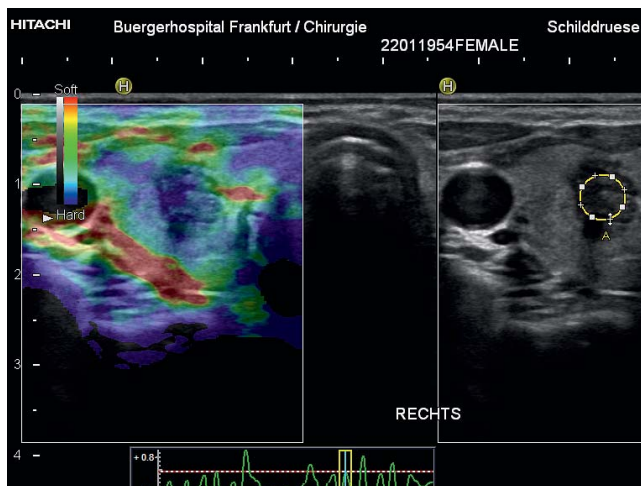


Fig. 3c: Ultraschall-elastographie im Querschnitt mit hartem Messwert (strain value 0,12 %) gleicher Fall wie Fig. 3a.

Fig. 1–3 Quelle: © Bürgerhospital

## Postoperative Rezidivprophylaxe und Schilddrüsenhormonsubstitution

Ob eine medikamentöse Therapie nach der Operation erforderlich ist, hängt von der Größe des Restgewebes ab. Nach vollständiger Entfernung der Schilddrüse rechnet man mit 1,6–1,8 mcg/kg-Körpergewicht Thyroxin. Die Dosierung sollte nach vier bis sechs Wochen durch Bestimmung der Schilddrüsenfunktionsparameter überprüft werden.

Bei gutartigen Befunden sind normale und altersabhängig auch höhere TSH-Spiegel das Ziel. Die TSH-Suppression ist langfristig nur beim Schilddrüsenmalignom erforderlich und auch hier nur in höheren Tumorstadien. Diese Medikation wird dann in der Regel in Abstimmung zwischen Endokrinen Chirurgen, Nuklearmedizinern und Endokrinologen/Internisten festgelegt und überprüft. Zu hohe Thyroxingaben ohne klare Indikation führen zu Sekundärschäden des Herz-/Kreislaufsystems und des Knochenstoffwechsels. Sie müssen vermieden werden. Im Falle von ausreichend Restgewebe kann entweder auf eine Medikation verzichtet werden oder ein Kombinationspräparat aus Jod und Schilddrüsenhormon findet Anwendung. Im Falle erhöhter Autoantikörper (Hashimotothyreoiditis) sollte auf eine Jodgabe verzichtet werden (Ausnahme: Schwangerschaft im Verlauf).

Die Verordnung von Trijodthyronin (T3-Präparate) erfordert viel Erfahrung und sollte nur durch thyreologisch versierte Ärzte erfolgen.

## Aktuelle Entwicklungen

Neben den drei etablierten Verfahren der Behandlung von Schilddrüsenveränderungen, der medikamentösen Therapie, der Radiojodtherapie und der Operation haben sich in den vergangenen Jahren die sogenannten lokal ablativen Verfahren entwickelt. Lokal ablativ sind Verfahren, die das Schilddrüsengewebe thermisch denaturiert und es nachfolgend zu einer Gewebnarbe mit Zellabbau kommt. An der Schilddrüse finden vor allem die Radiofrequenzablation (RFA) und die HIFU-Therapie (hoch-intensivierter-fokussierter Ultraschall) Anwendung. Auch Mikrowellenablation und eine Laserablation sind möglich. Allen Verfahren gemeinsam ist, dass der betroffene Schilddrüsenbezirk nicht histologisch aufgearbeitet werden kann und somit die Thermoablation bei Malignitätsverdacht oder nachgewiesener Malignität nicht zur Anwendung kommen darf. Bei autonomen Adenomen können diese Verfahren eine Alternative zur Radiojodtherapie oder Operation darstellen. Bei mechanischer Indikation muss in Betracht gezogen werden, dass es bei Verwendung der Thermoablation zu einer Volumenreduktion von ca. 50 % kommt; deutliche Organvergrößerungen sind somit ebenfalls nicht erfolgreich therapierbar. Gutartige Schilddrüsenknoten mit lokaler Beschwerdesymptomatik bis zu einer Größe von 15–35 ml können jedoch gut behandelt werden.

Bei bestehender Therapieindikation sollten die Patienten somit über alle Therapiemöglichkeiten aufgeklärt werden, die

Erweiterung des Armamentariums darf hier nicht zur Ausweitung der Therapieindikation führen.

Derzeit erfolgen Studien zu den langfristigen Effekten und Erfolgen der Thermoablation an der Schilddrüse, sie erfassen auch die Komplikationen. Patienten sollten nur innerhalb solcher Studien behandelt werden.

## Fazit für die Praxis

- Die Indikation zur Schilddrüsenoperation wird heutzutage in der Regel interdisziplinär gestellt.
- Anamnese und klinische Untersuchung, der basale TSH-Spiegel und das Serumcalcitonin sowie eine Ultraschalluntersuchung des Halses sind eine kosteneffiziente Basis zur Beurteilung von Schilddrüsenveränderungen.
- Die Anzahl der Schilddrüsenoperationen in Deutschland ist rückläufig.
- Im Falle der Operation einer Knotenstruma ist die Diagnose für beide Schilddrüsenlappen getrennt zu stellen.
- Die chirurgische Expertise muss verbessert werden; aktuell besteht eine Korrelation zwischen Komplikationshäufigkeit und nicht ausreichender Erfahrung der Operateure (Weiterbildung ist notwendig).
- Die enge Verzahnung von Allgemeinmedizinern/Internisten, Nuklearmedizinern und Endokrinen Chirurgen mit Unterstützung von HNO-Ärzten, Pathologen und Radiologen garantiert eine gute Versorgungsqualität der Patienten mit Indikation zu einer Schilddrüsenoperation.

**Dr. med. Christian Vorländer**

Chefarzt der Klinik für Endokrine Chirurgie am Bürgerhospital, 60318 Frankfurt Nibelungenallee 37–41

E-Mail: [c.vorlaender@buergerhospital-ffm.de](mailto:c.vorlaender@buergerhospital-ffm.de)



Foto: Klaus Wäldele

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

# Multiple Choice-Fragen:

## Schilddrüsenchirurgie: Aktueller Stand und Entwicklungen

VNR: 2760602019205750002

(nur eine Antwort ist richtig)

### 1. Welche Aussage zur Feinnadelbiopsie (FNAC) trifft nicht zu?

- 1) Die Knotengröße sollte mindestens 10 mm betragen.
- 2) Die FNAC kann in der Regel ohne lokale Betäubung erfolgen.
- 3) „Heiße Knoten“ müssen nicht punktiert werden.
- 4) Bei zweimaliger Punktion ohne ausreichendes Material ist der Knoten als gutartig zu betrachten.
- 5) Die FNAC ist kostengünstig und sensitiv.

### 2. Zur initialen Labordiagnostik bei Schilddrüsenknoten gehört:

- 1) TSH und fT4
- 2) TPO-AK und TSH
- 3) TSH und Calcitonin
- 4) fT3 und fT4
- 5) fT4 und Calcitonin

### 3. Wann soll nach einer Schilddrüsenoperation mit nachfolgender medikamentöser Therapie eine Überprüfung der Funktionsparameter erfolgen?

- 1) Nach 4–6 Wochen
- 2) Nach 1 Woche
- 3) Nach 6 Monaten
- 4) Nach einem Tag
- 5) Nach einem Jahr

### 4. Welche Aussage zur Schilddrüsensonographie ist falsch?

- 1) Eine Basissonographie sollte bei allen Patienten mit tastbaren Knoten erfolgen.
- 2) Die Karzinomprävalenz ist unabhängig von der sonographischen Knotengröße.
- 3) Echoarmut ist ein eindeutiges Malignitätszeichen.
- 4) Eine Schilddrüsenvergrößerung ist geschlechtsabhängig unterschiedlich (Frauen > 18ml, Männer > 25ml).
- 5) Der Schilddrüsenultraschall ist in seinem Ergebnis auch untersucherabhängig.

### 5. Die Ultraschallelastographie...:

- 1) ...ist unabhängig von der Erfahrung des Untersuchers.
- 2) ...kann bei unelastischen Knoten eindeutig die Bösartigkeit nachweisen.
- 3) ...ist aktuell keine Leistung der GKV.
- 4) ...ist eine Variante der Farbdopplersonographie.
- 5) ...ist ausreichend gut evaluiert.

### 6. Das Ausmaß der Schilddrüsenoperation...

- 1) ...sollte sich an der Funktion der Schilddrüse und der Verteilung der Knoten orientieren.
- 2) ...richtet sich nach der Erfahrung des Operateurs.
- 3) ...ist grundsätzlich beidseitig.
- 4) ...ist beim M. Basedow in der Regel nur einseitig.
- 5) ...ist bei jedem Schilddrüsenkarzinom immer beidseitig.

### 7. Bei 5–10 % der Patienten mit einem differenzierten Schilddrüsenkarzinom treten im Verlauf Fernmetastasen auf. Welche Therapieoption sollte primär geprüft werden?

- 1) Die Radiojodtherapie, wenn die Metastasen Jod speichern.
- 2) Die operative Entfernung in kurativer Absicht.
- 3) Eine konventionelle Chemotherapie.
- 4) Die Thermoablation.
- 5) Eine perkutane Bestrahlung.

### 8. Welche Aussage trifft nicht zu:

#### Die Komplikationsraten der Schilddrüsenchirurgie sind:

- 1) Abhängig vom Resektionsausmaß.
- 2) Abhängig von der Fallzahl der Klinik.
- 3) Abhängig von der Erfahrung des Operateurs.
- 4) Mit Robotic-Surgery niedriger.
- 5) Mit technischen Hilfsmitteln (Neuromonitoring, Lupenbrille) niedriger.

### 9. Welche Aussage zur Schilddrüsenchirurgie in Deutschland trifft zu:

- 1) Sie ist nicht im Entgeltsystem verankert.
- 2) Sie wird seit ca. 60 Jahren routinemäßig durchgeführt.
- 3) Es gibt einen eigenen Facharzt für diese Spezialisierung.
- 4) Die Operationszahlen sind rückläufig.
- 5) Es existiert kein Qualitätssicherungsregister der Fachgesellschaft.

### 10. Welche Aussage trifft auf die Schilddrüsenoperation nicht zu:

- 1) Die Indikation wird meistens interdisziplinär gestellt.
- 2) Nach jeder Operation muss der Patient eine Schilddrüsenhormontablette einnehmen.
- 3) Die Aufklärung erfolgt mindestens am Tag vor der Operation.
- 4) Eine präoperative HNO-Untersuchung ist obligat.
- 5) Eine postoperative HNO-Untersuchung ist obligat.

## Literatur zum Artikel:

# Schilddrüsenchirurgie Aktueller Stand und Entwicklungen

von Dr. med. Christian Vorländer

- [1] [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-007.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/088-007.html)
- [2] Wienhold R, Scholz M, Adler JB, Günster C, Paschke R: The management of thyroid nodules – a retrospective analysis of health insurance data. *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110(49): 827–34
- [3] Kwak JY, Han KH, Yoon JH, et al.: Thyroid imaging reporting and data system for US features of nodules: a step in establishing better stratification of cancer risk. *Radiology* 2011; 260: 892–9
- [4] S. Schenke, T. Rink, M. Zimny: TI-RADS zur sonographischen Beurteilung von hypofunktionellen und indifferenteren Schilddrüsenknoten. *Nuklearmedizin* 2015; 54(03): 144–150
- [5] Friedrich-Rust M, Vorländer C, Dietrich CF, et al.: Evaluation of strain elastography for differentiation of thyroid nodules: results of a prospective DEGUM multicenter study. *Ultraschall Med* 2016; 37: 262–70
- [6] Eszlinger M, Neustadt M, Ruschenburg I, et al.: Feinnadelzytologie von Schilddrüsenknoten: Molekulare Diagnostik in der klinischen Routine. *Dtsch Med Wochenschr.* 2014 Mar;139(10):476–80
- [7] Bartsch DK, Luster M, Buhr HJ, et al. on behalf of the German Society for General and Visceral Surgery quality commission: Indications for the surgical management of benign goiter in adults. *Dtsch Arztebl Int* 2018; 115: 1–7.
- [8] Feroci F, Rettori M, Borrelli A, et al. A systematic review and meta-analysis of total thyroidectomy versus bilateral subtotal thyroidectomy for Graves' disease *Surgery* 2014; 155: 529–540
- [9] Maneck M, Dotzenrath C, Dralle H, et al.: [Complications after thyroid gland operations in Germany: a routine data analysis of 66.902 AOK patients]. *Chirurg* 2017; 88: 50–7
- [10] <http://www.dgav.de/studoq/studoqschilddruese.html>
- [11] Timmermann W, Hamelmann W et al.: Schilddrüsenchirurgie: Neuromonitoring zur Schonung des Nervus recurrens *Dtsch Arztebl* 2004; 101: A 1341–1345
- [12] Bergenfelz A, Jansson S, Kristoffersson A, et al.: Complications to thyroid surgery: results as reported in a database from a multicenter audit comprising 3,660 patients. *Langenbecks Arch Surg* 2008; 393: 667–73.
- [13] Volzke H, Ludemann J, Robinson DM, et al.: The prevalence of undiagnosed thyroid disorders in a previously iodine-deficient area. *Thyroid* 2003; 13: 803–10



Die Landesärztekammer Hessen vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen von ca. 37.600 Ärztinnen und Ärzten in Hessen. Sie erbringt vielfältige Dienstleistungen für ihre Mitglieder und sucht ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt für die Abteilung „Ärztliche Weiterbildung“ am Standort Frankfurt

## Ärztliche Referenten (m/w/d)

in Vollzeit (40 Stunden/Woche)  
Teilzeit ist ebenfalls möglich

### Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise z. B. im Rahmen der (fachärztlichen) Weiterbildung mit Entscheidung über Prüfungszulassungen, RöV, StrSchV und Rettungsdienstgesetz Hessen
- Unterstützung bei den Ärztlichen Kenntnisstandprüfungen (ggf. Aufsichtsführung, formale Klärungen, Unterstützung/Koordinierung bei Berufungsvorschlägen von Prüfern)
- Mitarbeit bei Anerkennung von Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen, einschließlich der Bearbeitung von Widersprüchen sowie Mitgestaltung/Anpassung des Portals im Bereich Anerkennungsstelle
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Län-

der-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung

- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in internen und externen Gremien
- Führung eines Teams qualifizierter Sachbearbeiter/-innen; Sie berichten direkt der Abteilungsleitung

### Ihr Profil:

- Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung
- Eine Facharztanerkennung ist wünschenswert, aber keine Voraussetzung
- Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse am Qualitätsmanagement sind von Vorteil
- Kenntnis moderner Büro-, Kommunikations- und Datenbank-Software sowie sichere Kommunikation in Wort und Schrift
- Gutes Zeitmanagement und Organisationstalent
- Eine engagierte Arbeitsweise
- Verbindliches und sicheres Auftreten
- Hohe Kommunikations- und Teamfähigkeit

### Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung nach Haustarif bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht-/Wochenenddienste
- Eine individuelle Gleitzeitregelung mit hoher Flexibilität – bei festen Kernarbeitszeiten
- Ein sicherer Arbeitsplatz in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts
- Interessante, verantwortungsvolle und vielseitige Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen
- Nach angemessener Einarbeitungszeit ein hohes Maß an Selbstständigkeit

Nähere Auskünfte zu der Aufgabenstellung erteilt Ihnen Herr André R. Zolg, Leiter der Abteilung Ärztliche Weiterbildung, Fon: 069 97672-194.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftige Bewerbung unter Angabe des Kennzeichens „Ref WB-01“ bis zum **31. Juli 2019** an die:

**Landesärztekammer Hessen**  
**Personalabteilung, Im Vogelsgesang 3,**  
**60488 Frankfurt am Main**  
oder per E-Mail an:  
bewerbung@laekh.de



### Emöke Baráth – Voglio Cantar Barbara Strozzi

Warner Classics, ca. € 17

Die Werke zweier starker Frauen vereint diese wunderbare CD: Die ungarische Sopranistin Emöke Baráth interpretiert auf ihrem ersten Solo-Album Kantaten der venezianischen Komponistin Barbara Strozzi und deren Zeitgenossen aus dem frühen 17. Jahrhundert. In dieser kulturellen Blütezeit Venedigs gab Francesco Cavalli der venezianischen Oper ihre wesentliche Form. Er wurde der Lehrer einer ei-

genwilligen und zugleich musikalisch hoch begabten jungen Frau, deren Talent von ihrer Familie gefördert wurde. Barbara Valle (1619–1677), die später den Nachnamen ihres Vormundes und wahrscheinlich auch biologischen Vaters annahm, des Literaten Giulio Strozzi, schrieb zwar keine Oper, aber übertrug deren romantische Dramatik in die Kammermusik. Baráth hat die faszinierende Gabe, all diese emotionalen Höhen und Tiefen perfekt auszuleuchten, ohne sich selbst in den Mittelpunkt zu drängen. Sie gibt der alten Musik eine neue, einzigartige Stimme und übersetzt sie zum 400. Geburtstag der Komponistin in diesem Jahr für unsere Zeit. (Isolde Asbeck)

## Musik



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Prof. Volkmar Jacobi, Dr. med. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. med. Erika Baum, Dr. med. Jürgen Glatzel, Dr. med. Vincenzo Mancuso, Katja Möhrle und Andreas Illles vor dem Tagungshotel in Salerno (von links).

## Deutsch-Italienische Tagung in Salerno: Gesundheitseinrichtungen im Vergleich

### Hessische Ärztekammer und Ärztekammer von Salerno vertiefen Partnerschaft

*Katja Möhrle*

Hinter Neapel erhebt sich der Vesuv aus den Wolken. Rechts von der Autobahn blitzt das Meer auf, über dem sich ein leuchtender Regenbogen wölbt. Trotz prasselnden Regens während der Fahrt und kühlen Temperaturen empfängt Salerno die Gäste aus Hessen bei ihrer Ankunft mit südtalientischem Charme. Hochaufragende Villen aus der Wende zum 19. Jahrhundert säumen die letzten Meter der serpentin förmigen Küstenstraße, bevor diese am Hafen vorbeiführend in einen städtischen Boulevard mündet. Wellen umtosen die Sandstrände. Wie jeden Tag erwachen Cafés und Bars auch am Vorabend des deutsch-italienischen Ärztekongresses am 11. April zu temperamentvollem Leben.

Vor zwei Jahren, am 10. Juni 2017, unterzeichneten Dr. Giovanni D'Angelo, Präsi-

dent des Ordine dei Medici e degli Odontoiatri della Provincia di Salerno (Ärzte- und Zahnärztekammer Salerno) und der damalige Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, in Salerno eine Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung von Fortbildungspunkten. Damit wurde an geschichtsträchtiger Ort – die Medizinschule von Salerno gilt als eine der ältesten Universitäten Europas – die Grundlage für einen medizinisch-fachlichen und kulturellen Austausch von deutschen und italienischen Ärztinnen und Ärzten geschaffen.

Seither hat sich der Kontakt beider Kammern weiterentwickelt. Nachdem 2018 zwei in der medizinischen Versorgung von Migranten erfahrene Experten aus Salerno an einem Ethiksymposium der LÄKH in

Bad Nauheim teilgenommen hatten, reiste in diesem Jahr eine hessische Delegation unter der Leitung von Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski auf Einladung des Ordine dei Medici zu dem Kongress „Organizzazioni sanitari a confronto“ (Gesundheitseinrichtungen im Vergleich).

#### Informationsaustausch über nationale Grenzen hinweg

Über 60 Zuhörer nahmen an dem als Fortbildungsveranstaltung ausgewiesenen Kongress im Grand Hotel von Salerno teil. Ziel war es, das deutsche und das italienische Gesundheitssystem einander gegenüberzustellen, dabei ein Augenmerk auf die jeweilige Verwaltungsstruktur, aber auch auf ärztliche Weiterbildung

und die Aufgaben der Ärztekammern zu richten. Welche Bedeutung die Gastgeber der binationalen Begegnung beimaßen, zu deren Auftakt die deutsche und die italienische Nationalhymne erklangen, machte Dr. D'Angelo in seiner Begrüßung deutlich: Der Informationsaustausch über nationale Grenzen hinweg trage sowohl zum gegenseitigen Verständnis als auch zur Entwicklung gemeinsamer Lösungen beispielsweise für die demografischen Herausforderungen in Deutschland und Italien bei. Vor allem gehe es darum, durch den Blick über den Tellerrand Perspektiven für den ärztlichen Nachwuchs beider Länder zu eröffnen, erklärte D'Angelo.

„Der heutige Kongress ist ein weiterer wichtiger Schritt zur Entwicklung und Verfestigung der Partnerschaft und Freundschaft unserer beiden Ärztekammern. Ja, er ist ein Meilenstein bei der Überwindung nationaler Grenzen und ein positives Beispiel für das Zusammenwachsen Europas. Ich bin stolz, dass dies gerade im Bereich der Medizin möglich ist, wie uns die Schule von Salerno bereits im Mittelalter gezeigt hat“, sagte Pinkowski. Neben dem Ärztekammerpräsidenten nahmen aus Hessen Prof. Dr. med. Erika Baum, Gießen, Prof. Dott. Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Andreas Georg Illes, beide Frankfurt, sowie Dr. med. Vincenzo Mancuso, Hanau, mit Vorträgen sowie der frühere hessische Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Jürgen Glatzel, Präsidiumsmitglied der LÄKH, teil. Dr. Vincenzo Mancuso vom Generalrat der Italiener in Deutschland überbrachte die Grüße des italienischen Generalkonsuls in Frankfurt für Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland und Unterfranken, Maurizio Canfora.

Als „besonderen Moment für Ärztekammerpräsident D'Angelo“ bezeichnete Dr. Aurelio Tommasetti, Rektor der Universität von Salerno, das Zustandekommen des deutsch-italienischen Kongresses. „Es muss eine Zusammenarbeit auf nationaler und kommunaler Ebene geben.“ Hessen verfüge über exzellente Erfahrungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung junger Ärzte, so dass der Erfahrungsaustausch eine große Bereicherung sein könne.

## Stärkung der ärztlichen Freiberuflichkeit

Mit der Rolle und den Aufgaben der Landesärztekammer Hessen befasste sich Pinkowski in seinem Vortrag: Das Grundgesetz habe weite Bereiche des Gesundheitswesens den Ländern zugeordnet. Dazu gehörten vor allem die Regelung der ärztlichen Berufsausübung und die Organisation des ärztlichen Berufsstands, soweit sie öffentlich-rechtlicher Natur sei. In den Ländern obliege den Ärztekammern die Wahrung der beruflichen Belange der Ärzteschaft. Pinkowski erläuterte Struktur und Organe der sich aus Pflichtmitgliedsbeiträgen finanzierenden Landesärztekammer und stellte die Aufgaben der Institution, darunter Beschluss und Überwachung von Berufsordnungen, Meldewesen, Regelung der ärztlichen Weiter- und Fortbildung (Weiterbildungsordnungen, Facharztprüfungen etc.), Berufsgerichtsbarkeit und Ethikkommissionen, Qualitätssicherung und – neu – Fachsprachprüfungen bei Ärzten aus Drittländern, in den Mittelpunkt seiner Ausführungen.

Pinkowski informierte außerdem über das von der LÄKH entwickelte ärztliche Weiterbildungsregister, das aktuelle Daten darüber liefert, welche Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) sich wo in Weiterbildung befinden. Nach einer Übersicht über die wesentlichen Aspekte der neuen Weiterbildungsordnung ging der Kammerpräsident auf das gesundheitspolitische Engagement der hessischen Ärztekammer ein. So

setze sich diese unter anderem für eine Erhöhung der Medizinstudienplätze, die Zurückdrängung der Ökonomisierung der Medizin sowie den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zur medizinischen Versorgung und für die ärztliche Freiberuflichkeit ein. Das von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) auf den Weg gebrachte Terminservice- und Versorgungsgesetz kritisierte Pinkowski als Eingriff in die ärztliche Freiberuflichkeit.

## Ärztammern als Berater des Staates

Auch in Italien sind Ärztinnen und Ärzte Pflichtmitglieder der auf regionaler Ebene organisierten Ärztekammern; sie zahlen bei ihrer Anmeldung eine einheitliche Einschreibgebühr. 1910 erstmals ins Leben gerufen, während des Faschismus unterdrückt und seit 1946 als öffentlich-rechtliche Einrichtungen aktiv, wurden die italienischen Ärztekammern 1985 um die Zahnärzte erweitert, erklärte Dr. Roberto Monaco, Sekretär der Nationalen Vereinigung der Ärzte- und Zahnärztekammern (FNOMCeO) und Präsident der Ärzte- und Zahnärztekammer der Provinz Siena. Die Ärzte- und Zahnärztekammern führen das Ärzte- und Zahnärztereister, überwachen die Einhaltung der Berufspflichten und haben die Disziplinargewalt inne. Schlichtungen zwischen Mitgliedern, gerichtsmedizinische Gutachten, Digitalisierung von Meldeakten und die Beglaubigung ärztlicher Zeugnisse gehören eben-



Dr. Bruno Ravera, Dr. med. Edgar Pinkowski und Dr. Giovanni D'Angelo bei der Geschenkübergabe.





Dr. Giovanni D'Angelo und Dr. Bruno Ravera moderieren die Diskussionen.

falls zu den Aufgaben. Einst staatliche Organe seien die Ärztekammern heute „Berater des Staates“ und ihrer Natur nach selbstständig, so Monaco weiter.

„Die Ärztekammer ist das Haus des Arztes!“ Ihre Zielsetzung sei es, dafür zu sorgen, dass ihre Mitglieder kompetent, qualitätskonform und professionell arbeiteten. „Dafür bieten die Ärztekammern Fortbildungen an“, sagte Monaco. Ein Gebiet auf dem noch viel zu tun sei, denn viele Ärztinnen und Ärzte in Italien bildeten sich nicht fort. Inzwischen seien jedoch flächendeckende Kontrollen eingeführt worden. Neben dem Fortbildungsangebot wollten Ärztekammern auch Diskussionsplattformen sein, sagte Monaco: „Ein gutes Beispiel ist die heutige Konferenz, die neue Denkanstöße gibt.“

Auch die Zusammenarbeit der regionalen Ärztekammern nannte Monaco wichtig: „Aus der Einheit kommt die Kraft.“ Regelmäßig kämen Vertreter der regionalen Ärztekammer in Arbeitsgemeinschaften zusammen, um über gemeinsame Anliegen oder Probleme und deren Lösungsmöglichkeiten zu sprechen. „Wir müssen uns nach außen öffnen“, unterstrich Monaco. Er griff D'Angelos Kritik am Numerus clausus auf und nannte die Regelung, nach der Italiener erst nach fünf Jahren Studium und dem Abschluss der Weiterbildung als Ärzte tätig sein dürfen, überholt.

## Nationales Gesundheitssystem

Dass sich das italienische Gesundheitssystem strukturell in vielen Aspekten von dem deutschen unterscheidet, zeigten unter anderem die Vorträge von Dr. Cosimo Maiorino und Dr. Ferdinando Ferrara. Maiorino, Gesundheitsdirektor der A.O. San Giovanni di Dio e Ruggi D'Aragona, Salerno, bezeichnete Italien als Beispiel einer umfassenden Gesundheitsversorgung. Durch ein Reformgesetz wurde der nationale Gesundheitsdienst „Servizio sanitario nazionale“ (SSN) 1978 in Italien eingeführt. Seither haben alle italienischen Staatsbürger freien Zugang zu den Grundleistungen der Versorgung, 1998 wurden auch Immigranten einbezogen. 1982 habe sich der SSN zu einem dezentralisierten Modell gewandelt, bei dem Effizienz und Qualität stärker im Mittelpunkt standen, so der Referent. Mit der Reform von 1999 habe die regionale Verwaltungsebene mehr Verantwortung erhalten; 2001 wurden den 21 italienischen Regionen zunächst weitere Kompetenzen und dann die vollständige Autonomie in Gesundheitsfragen übertragen.

Der SSN sei das einzige öffentlich-rechtliche Unternehmen Italiens, das weltweit geschätzt werde, sagte Maiorino schmunzelnd. Maiorino ist für die Koordination der verschiedenen Gesundheitseinrichtungen der Region Salerno verantwort-

lich. Während andere staatliche Gesundheitssysteme aus öffentlichen Mitteln finanziert werden, erfolgt die Finanzierung des SSN nur für einen gewissen Teil aus staatlichen Geldern. Außerdem werden Arbeitgeberbeiträge, regionale Steuern und private Zuzahlungen der Patienten herangezogen.

## Gute Versorgungsqualität, aber demografisches Problem

Die meisten italienischen Krankenhäuser werden von lokalen Gesundheitsträgern betrieben; die großen öffentlichen Häuser sind inzwischen autonom und schließen Verträge mit der zuständigen Regionalbehörde ab. In Italien seien die lokalen Gesundheitsbehörden Schnittstelle zwischen Bürgern und Gesundheitseinrichtungen, sagte Dr. Ferdinando Ferrara, Kardiologe an der „Azienda Sanitaria Locale Salerno“ (ASL). Während die Krankenhäuser für die Notfälle zuständig seien, erfolge die Basisversorgung durch Allgemeinärzte, die mit der Pflege zusammenarbeiteten. Sie leisteten Vorsorge, Information, Prävention und vermittelten den Zugang zu Fachärzten bzw. Facharztzentren. In den „Häusern der Gesundheit“ arbeiteten Haus- und Fachärzte zusammen. Dr. Alfonso Giordano, Direktor des Krankenhausbereichs der ASL Salerno, gab einen Überblick über die Struktur der Krankenhausversorgung – öffentliche Krankenhäuser, Universitätskliniken, private Häuser und Rehaeinrichtungen – und die festgelegten Standards im stationären Bereich. Bei der Behandlung von Schlaganfällen, Herzinfarkten und Unfallverletzten arbeiteten Krankenhäuser in einem Netz zusammen. Maiorino betonte, dass das italienische Gesundheitssystem eine gute Versorgungsqualität biete. „Aber wir haben ein demografisches Problem“, räumte er ein. Und damit werde die Versorgung teurer.

## Kommunikation zwischen Versorgungsebenen

Angefangen mit einem historischen Rückblick und der Einführung der gesetzlichen Rentenversicherung 1889 durch Otto von Bismarck beleuchtete Prof. Erika Baum die Entwicklung des deutschen Gesundheits-

wesens bis heute und stellte das System der Gesetzlichen Krankenversicherung vor. Baum gab einen Überblick über Organisation und Akteure des Gesundheitssystems und beschrieb die Aufgaben von Haus- und Fachärzten mit besonderem Augenmerk auf der Allgemeinmedizin. Bei der Unterscheidung zwischen ambulanter und stationärer Versorgung kritisierte sie unter anderem die „suboptimale Kooperation und Kommunikation zwischen verschiedenen Versorgungsebenen“ in Deutschland. Durch einen sehr freien Zugang und fehlende Koordination „flippeten“ Patienten oft durchs System. Baum sprach sowohl den zunehmenden Hausärztemangel („Im Verhältnis zu Fachspezialisten ist die hausärztliche Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich unterbesetzt“) als auch die berufliche Zufriedenheit von Ärztinnen und Ärzten an: So zeigten Befragungen eine hohe Zufriedenheit, aber zu wenig Zeit für Patienten.

### Rolle des Hausarztes neu definiert

Über die „Allgemeinmedizin Italiens gestern, heute und morgen“ referierte Dr. Francesco Benevento, Facharzt für Allgemeinmedizin und Segretario Provinciale Generale der Nationalen Vereinigung der Ärzte-, Chirurgen- und Zahnärztekammern (FIMMG) Italiens. Er habe das Wort „morgen“ in den Titel seines Vortrags aufgenommen, da die Allgemeinmedizin in Italien in einem Umbruch begriffen sei und es künftig ein Team von Vertrauensärzten in der Allgemeinmedizin geben werde. Herausforderungen durch neue Krankheiten machten dies notwendig. Mit der Einführung des nationalen Gesundheitsversorgungssystems 1978 sei der Arzt für Allgemeinmedizin bereits aufgewertet worden. Heute sei das Diplom für Allgemeinmedizin mit Facharztbezeichnungen gleichzusetzen. Die Weiterbildung dauere drei Jahre und werde in einem Krankenhaus oder einer Universitätsklinik bzw. in der Praxis eines Allgemeinmediziners absolviert, der seinen Beruf seit zehn Jahren ausübe. Nach dem Examen trage man sich auf einer Liste ein und rücke chronologisch vor, bevor man einen Arztsitz erhalte. In der Region Kampanien komme ein Allgemeinarzt auf 1.300 Patienten, so Be-

nevento. Aufgabe des Allgemeinarztes sei die Behandlung chronischer Krankheiten, aber auch von Akutfällen. Hausärzte und Fachärzte betreuten chronisch Kranke gemeinsam und müssten dabei alle zur Verfügung stehenden Hilfsmittel der Telematik nutzen, darunter die elektronische Gesundheitskarte mit elektronischer Patientenakte. Neu sei die Behandlung in Praxisnetzen, Stichwort Vertrauensmedizin im Team. Ziel sei es, die Patientenversorgung 24 Stunden am Tage an sieben Tagen der Woche zu gewährleisten. In diesem Rahmen müsse auch die Rolle des Hausarztes neu definiert werden, da mehr Wert auf Management und Ökonomie gelegt werde.

### Ärztliche Aus- und Weiterbildung in Italien

Auf die ärztliche Aus- und Weiterbildung in Italien ging der Kardiologe Prof. Carmine Vecchione, Direktor der Abteilung für Medizin und Chirurgie der 2005 wiedereröffneten medizinischen Fakultät von Salerno, ein: „Zulassungsvoraussetzung für das Medizinstudium ist das Abitur, doch Parameter für die Aufnahme an einer der medizinischen Fakultäten ist ein Aufnahmetest, der sogenannte IMAT (International Medical Admission Test), der sich aus Fragen aus den Fächern Biologie, Chemie, Mathematik und Physik und – fakultativ – einem psychologischen Eignungstest zusammensetzt.“ Ein Jahr lang haben die künftigen Studenten Zeit für die Vorbereitung auf den Test. „Ob man zum Studium an einer der 45 Fakultäten zugelassen wird, hängt von der Punktzahl im IMAT ab.“ Das sechsjährige Studium ist in drei vorklinische und drei klinische Jahre unterteilt und schließt mit der Laurea ab. Die Weiterbildungskurse werden an der Universität angeboten; um Weiterbildungsstellen müssen sich die Studierenden bewerben. Vecchione kündigte an, dass ein neues Medizinexamen geplant sei.

### Ärztliche Aus- und Weiterbildung in Deutschland

„In Deutschland kann man derzeit an rund 40 Universitäten – darunter 35 staatliche Universitäten, vier private Uni-

versitäten und bei der Bundeswehr – Humanmedizin studieren“, berichtete Prof. Volkmar Jacobi in seinem Vortrag. „Jedes Jahr bewerben sich über 65.000 Interessenten für 11.000 Studienplätze.“ Während bisher die Abiturnote und ein Auswahlverfahren der Universitäten die Auswahlkriterien waren, habe das Bundesverfassungsgericht 2017 entschieden, dass die Zulassung zum Medizinstudium neu geregelt werden müsse.

Der Numerus clausus wird nicht abgeschafft und die Abiturbestnote bleibt entscheidendes Kriterium, aber durch ein bundesweit standardisiertes Eignungsverfahren soll eine höhere Verteilungsgerechtigkeit erreicht werden. Nach einer Übersicht über die Inhalte des Studiums und das Examen erläuterte Jacobi, dass die Ausübung des ärztlichen Berufs in Deutschland nur mit einer Approbation oder vorübergehenden Erlaubnis (Berufserlaubnis) möglich sei. Wie in Italien könne man erst nach dem Studium mit einer Facharztweiterbildung beginnen, die je nach Fachrichtung noch einmal fünf bis sechs Jahre dauere. „In dieser Zeit ist man als Arzt in Weiterbildung (Praxis/Krankenhaus) tätig und hat ein Einkommen.“ Geregelt werde die Weiterbildung durch die – jetzt neu aufgestellte – Weiterbildungsordnung. Fortbilden müsse sich ein Arzt dagegen verpflichtend ein Berufsleben lang.

### Medizinische Versorgungszentren

Über seine Tätigkeit als ehemaliger Leiter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Hanau berichtete Dr. Vincenzo Mancuso. Bei einem MVZ handle es sich um eine fachübergreifende, ärztlich geleitete Einrichtung, die über die Zusammenarbeit mindestens zweier Ärzte mit unterschiedlichen Facharzt- oder Schwerpunktbezeichnungen eine interdisziplinäre Versorgung aus einer Hand gewährleisten soll. Wie selbstständig niedergelassene Vertragsärzte nehmen MVZ an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenkassen teil. Vorteilhaft für Ärzte seien vor allem flexible Arbeitszeiten und die Verbindung zwischen ambulantem und stationärem Bereich, so Mancuso. Er wies aber auch auf Nachteile wie die Gefahr der Kommer-



zialisierung und nicht-medizinischer Einflussfaktoren hin.

An Mancusos Vortrag knüpfte sich eine lebhaft Diskussion. Prof. Baum gab zu bedenken, dass MVZ aus dem ambulanten Topf der Krankenkassen finanziert würden und das Krankenhaus, dem ein MVZ angeschlossen sei, so Kosten verlagern könne. Dr. Pinkowski stellte klar, dass es in Deutschland – anders als in Italien – Krankenhauskonzerne gebe, die Geld für ihre Aktionäre erwirtschaften wollten und die Strategie verfolgten, Patientenströme zu sich zu lenken. „Die Landesärztekammer wendet sich auch deshalb gegen die Ökonomisierung“, sagte Pinkowski.

## Soziale Aspekte der Versorgung

Soziale Aspekte der medizinischen Versorgung stellten Dr. Maurizio Ciliberti und Dr. Salvatore Pauciulo aus Salerno in den Mittelpunkt ihrer Vorträge, die sie in ähnlicher Form im Januar 2018 auf dem Ethik-Symposium der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim gehalten hatten (vgl. HÄBL 03/2018). Pauciulo, Chirurg und bis zu seiner Pensionierung Chefarzt eines Krankenhauses, informierte über die Betreuung von Migranten ab dem Zeitpunkt ihrer Ankunft im Hafen von Salerno und die Gesundheitsversorgung während der Dauer ihres Aufenthaltes im Aufnahmezentrum des Italienischen Roten Kreuzes. Ciliberti, Chirurg und Leitender Arzt bei ASL Salerno, berichtete über die Anstrengungen, die unternommen würden, um mögliche gesundheitliche Probleme von Migranten zu identifizieren und umgehend mit angemessenen Maßnahmen darauf reagieren zu können. In den Erste-Hilfe- und Aufnahmezentren erhielten neu ankommende Migranten zunächst die erste notwendige Versorgung, bevor sie auf andere Zentren verteilt würden.

## Ärztliche Hilfe für alle

Menschen ohne Krankenversicherung war der Vortrag von Andreas Illes, in Frankfurt am Main niedergelassener Facharzt für Allgemeinmedizin, gewidmet. Illes, in Rumänien geboren und aufgewachsen, informierte darüber, dass in Frankfurt die Sozialdienste der Stadt für

die medizinische Versorgung der Menschen aufkämen. Seit 1997 bietet Illes wöchentlich mittwochnachmittags in den Räumen des Frankfurter Gesundheitsamtes die „Rumänischsprachige Sprechstunde“ für Roma an – mit Unterstützung des Sozialamtes. Von Anfang an waren auch Pädiater vom jugendärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes mit dabei. „In all den Jahren haben zwischen 2.500 und 3.000 Leute von dieser Sprechstunde profitiert“, sagte Illes. „Allerdings haben wir in dieser Zeit auch festgestellt, dass es wesentlich mehr Bedürftige gibt – viele Afrikaner, aber auch andere Nationen.“ Das Angebot sei daher auf zwei bis drei Stunden in der Woche erweitert worden. „Die Menschen ohne Krankenversicherung erhalten alles, was sie brauchen. Auch Krankenhausbehandlungen.“ Für sein Engagement wurde der Allgemeinmediziner nach zehn Jahren mit der Verdienstmedaille und nach zwanzig Jahren mit der Römerplakette der Stadt Frankfurt ausgezeichnet.

## Blick zurück

„Wir haben von Aktuellem gesprochen, jetzt werfen wir einen Blick zurück“, erklärte Dr. Giuseppe Lauriello, emeritierter Ordinarius für Lungenheilkunde und Medizinhistoriker in seinem Vortrag über die Gesundheitsgesetzgebung von Friedrich II, dem Staufer. Während im frühen Mittelalter Mönche für die medizinische Versorgung zuständig gewesen seien, hätten weltliche Ärzte im 12. und 13. Jahrhundert diese Aufgabe übernommen. „Das Wissen war allerdings gering, so dass die Qualität zu wünschen übrig ließ.“ Im Jahr 1134 sei daher ein Dekret erlassen worden, wonach Ärzte eine Prüfung abzulegen hatten. „Aber die Prüfer waren keine Ärzte, sondern fachfremde Beamte“, erzählte Lauriello. Aus Sorge um die öffentliche Gesundheit sei Friedrich II. hundert Jahre später mit der Konstitution von Melfi eingeschritten. Ausgehend vom Lehr- und Forschungsbetrieb an der Medizinschule von Salerno, erfolgte darin die gesetzliche Abgrenzung des Ärztestandes vom Apothekerwesen. Auch habe Friedrich II die Überprüfung des Wissens mit genauen Vorgaben zu Inhalten und Länge der Ausbildung angeordnet.

„Bis heute hat sich also gar nicht so viel verändert, wir haben das Ganze nur perfektioniert“, so Lauriello.

## Gemeinsame Ethik: Zuwendung, Menschlichkeit und Liebe

„Solange du nicht weißt, wohin du reist, wird es nicht ein Reisen, sondern ein Umherirren sein“, zitierte Dr. Bruno Ravera, Past President der Ärzte- und Zahnärztekammer von Salerno, aus einem Brief von Seneca an Lucilius. Es gehe darin um Sein und Pflicht. „Medizinische Deontologie“ hatte Ravera seinen Vortrag betitelt, in dem er sich mit ethischen Theorien auseinandersetzte, die den moralischen Status einer Handlung nicht nur anhand ihrer Konsequenzen bestimmen.

Bis 1990 habe der deontologische Kodex dazu gedient, dem Arztberuf Würde zu verleihen, sagte Ravera. Heute besitze der Arzt immer mehr Macht über Leben und Tod, so dass sich in jüngerer Zeit eine lebendige Regeldebatte entwickelt habe. Für den Arzt, so Ravera, sei das menschliche Leben ein unantastbares Gut. Das italienische Verfassungsgericht habe festgelegt, dass kein Patient auf die bestmögliche Pflege verzichten könne. Ein Arzt, der dies nicht beachte, verletze immer zugleich auch den deontologischen Kodex. „In Italien ist man der Meinung, dass dieser Kodex wichtiger ist als der italienische Staat.“ So dürfe ein Arzt nur mit Zustimmung des Patienten eine Behandlung durchführen.

Mit der Frage „Glauben Sie, dass es eine europäische medizinische Ethik gibt?“ wandte sich Ravera an seine italienischen und deutschen Kollegen. Tatsächlich sei ein europäischer Kodex anzustreben, um eine Einheit in ethischen Fragen, u. a. zur Lebensverlängerung, zu erzielen. „Wir dürfen nicht übermütig werden“, forderte Ravera. Auch dürfe der Arzt nicht der Versuchung erliegen, Ruhm für sich zu beanspruchen. „Man lebt durch das, was man schenkt: Zuwendung, Menschlichkeit und, lächeln Sie nicht, Liebe!“ Vielleicht gelinge es ja, in diesen schwierigen politischen Zeiten einen gemeinsamen Deontologiekodex zu finden, verlieh Ravera seiner Hoffnung unter dem Applaus der Zuhörer Ausdruck.

**Katja Möhrle**

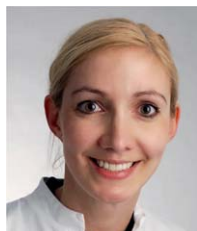


Foto: Uniklinikum Frankfurt

Die Universitätsmedizin Frankfurt hat zwei Führungspositionen neu besetzt. **Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, MHBA**, (Foto links) übernimmt die Leitung des Instituts für Medizinische Virologie. **Prof. Dr. med. Maria Vehreschild** (Foto rechts) ist die neue Leiterin für den Schwerpunkt Infektiologie in der Medizinischen Klinik II. Vehreschild und Ciesek werden in Zukunft eng in dem vom **Prof. Dr. med. Volkhard Kempf** geleiteten Universitären Centrum für Infektionskrankheiten zusammenarbeiten. Ciesek ist Virologin und Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie. Zuletzt war sie Stellvertretende Leiterin am Institut für Virologie am Universitätsklinikum Essen. Ihr Forschungsschwerpunkt ist die virale Hepatitis. Vehreschild ist Fachärztin für Innere Medizin sowie für Hämatologie und Onkologie. Wissenschaftlich beschäftigt sie sich mit Antibiotika-Resistenzen und deren Vermeidung.



Foto: privat

**Prof. Dr. med. Dr. phil. Dr. hc. Helmut Renschmidt**, ehemaliger Direktor der Klinik für Kinder und Jugendpsychiatrie der Philipps-Universität Marburg, wurde die **Heinrich Hoffmann-Medaille** verliehen, die höchste Auszeichnung der Deutschen Gesellschaft für Kinder und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP). Die Heinrich Hoffmann-Medaille wird alle zwei Jahre für besondere Verdienste auf dem Gebiet der Kinder und Jugendpsychiatrie verliehen.



Foto: © JLU/Katrina Friesse

**Prof. Dr. med. Joachim Kreuder** wurde zum 1. April die Vertretung der Professur (W3) für Primärärztliche Versorgung und Hausärztliche Medizin der Justus-Liebig-

Universität Gießen übertragen. Er hatte bislang die Professur (C3) für Kinderheilkunde mit dem Schwerpunkt Kardiovaskuläre Molekularbiologie des Fachbereichs Medizin inne.

Der Kinder- und Jugendpsychiater

**Dr. med. Thomas Lempp** (Foto) ist neuer Leiter der Psychosomatik am Clementine Kinderhospital in Frankfurt am Main. Er folgt auf **PD Dr. med. Renate Voll**, die nach sieben Jahren das Haus verlässt und in den Ruhestand geht. Vor seinem Wechsel an das Clementine Kinderhospital war Lempp als leitender Oberarzt an der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie des Universitätsklinikums Frankfurt am Main tätig.



Foto: Rainhard Simon



Foto: privat

**Prof. Dr. med. Thomas Oellerich** aus der Medizinischen Klinik II des Universitätsklinikums Frankfurt am Main wurde mit dem **Artur-Pappenheim-**

**Preis** der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie (DGHO) ausgezeichnet. Er erhält den Preis, dotiert mit 7.500 Euro, für seine Arbeiten zu „Mechanismen der Therapieresistenz in der akuten myeloischen Leukämie“.



Foto: Stiftung Hospital Hl. Geist

**Dr. med. Ursula E. Jaeger** (Foto) leitet als neue Chefarztin das Radiologische Zentralinstitut am Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt am Main. Sie übernimmt die Stelle von **Dr. med. Günter Messer**. Die Fachärztin für Radiologische Diagnostik und Neuroradiologie arbeitete mehr als zehn Jahre als Leitende Oberärztin und Stellvertretende Chefarztin am Zentralinstitut für Radiologie und Neuroradiologie am ebenfalls zur Stiftung gehörenden Krankenhaus Nordwest.

**Sabine Jobmann** hat als Klinikdirektorin die Gesamtleitung der Zentralen Notaufnahme (ZNA) am Klinikum Darmstadt übernommen. Sie ist Fachärztin für



Foto: Klinikum Darmstadt

Chirurgie, Orthopädie und Unfallchirurgie, mit der Schwerpunktbezeichnung Spezielle Unfallchirurgie sowie den Zusatzbezeichnungen Handchirurgie und Notfallmedizin. Neben ihrer umfangreichen chirurgischen Tätigkeit ist Jobmann seit 1999 als Notärztin tätig.

**Prof. Dr. med. Benjamin Bücking**

leitet als neuer Chefarzt die Klinik für Orthopädie, Unfallchirurgie und Alters-traumatologie an den DRK-Kliniken

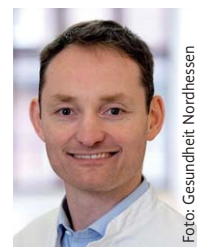


Foto: Gesundheit Nordhessen

Nordhessen. Er kommt vom Universitätsklinikum Gießen-Marburg, wo er zuletzt als Leitender Oberarzt des Zentrums für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig war. Er verantwortete dort die Sektionen Alterstraumatologie und Endoprothetik. Wegen des Portfolios von Bücking wurde die Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie um die Alterstraumatologie ergänzt.



Foto: Gesundheit Nordhessen

**Prof. Dr. med. Andreas Jenke**

(Foto) ist neuer Direktor der Klinik für Neonatologie und allgemeine Pädiatrie am Klinikum Kassel. Einer seiner medizinischen Schwerpunkte liegt auf der Kindergastroenterologie. Jenke ist als Nachfolger von **Prof. Dr. med. Friedrich K. Tegtmeier**, der im Januar in Ruhestand gegangen ist (siehe auch HÄBL 04/2019, S. 262), auch für die Frühchen-Intensivstation und die akuten und chronischen Infektionskrankheiten bei Kindern und Jugendlichen zuständig. Jenke war zuletzt Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche am Ev. Krankenhaus Oberhausen.

**Wichtige Personalia aus Hessen bitte per E-Mail an: haebel@laekh.de**

## „Die Qualität der Versorgung ist deutlich gestiegen“

### Notdienst-Obmann Dr. med. Ansgar Schultheis hält das Modellprojekt am Klinikum Höchst für eine „Win-Win-Win-Situation“

Am 1. Oktober 2017 startete ein Modellversuch für eine gemeinsame Anmeldung und Versorgung im Rahmen der Notaufnahme und des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) am Klinikum Frankfurt-Höchst. Dieses Modellprojekt der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) mit Unterstützung der Landesregierung soll bei erfolgreichem Verlauf auf ganz Hessen ausgedehnt werden. Anhand eines Fragebogens versucht eine Pflegekraft festzustellen, ob es sich um einen Notfall handelt, der in der Klinik behandelt werden muss, oder ob Patienten mit einem Besuch beim ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) geholfen werden kann. Da sich der ÄBD direkt im Haus befindet, können Patienten dort gleich weiter ambulant behandelt werden und ersparen sich Wartezeiten.

Dr. med. Ansgar Schultheis ist seit 2017 Obmann des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes am Klinikum Höchst. Der Arzt für Allgemeinmedizin mit Praxis in Bad Vilbel kennt die Arbeit in dem Modellprojekt aus eigener Erfahrung und kann sie vergleichen mit der Zeit vor der Reform. Er selbst hatte seinerzeit gegen die Schließung der Notdienstzentrale in Bad Vilbel gekämpft. Heute sagt er: Alle haben davon profitiert.

#### Herr Dr. Schultheis, was unterscheidet die Arbeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst von der in Ihrer Praxis?

**Dr. med. Ansgar Schultheis:** In meiner Praxis begleite ich die Patienten oft über längere Zeit und verfolge den Verlauf einer Erkrankung. Im Bereitschaftsdienst ist man das erste Mal mit dem Patienten und dessen Beschwerden konfrontiert. Meist sind es akut erkrankte Patienten oder sie fühlen sich akut erkrankt. Echte Notfälle oder Akuterkrankungen machen vielleicht 50 Prozent aus.

#### Und die andere Hälfte?

**Schultheis:** Das sind Patienten, deren Beschwerden schon länger bestehen. Ich



Foto: Silke Rabung

Dr. med. Ansgar Schultheis, Obmann des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes am Klinikum Höchst

frage sie dann, was der Hausarzt sagt, und höre oft: Da war ich noch nicht, ich kriege keinen Termin, da muss man warten und ich habe keine Zeit, weil ich arbeiten muss.

#### Ärgert Sie das?

**Schultheis:** Wenn man sich über jeden dieser Patienten ärgert, sollte man diesen Dienst nicht machen. Ich versuche ihnen zu erklären, dass wir nur für Notfälle da sind. Und dass dies eigentliche Sache des Hausarztes beziehungsweise einer ambulanten Abklärung ist. Wenn ich eine akute bedrohliche Erkrankung ausschließen kann, schicke ich sie dorthin.

#### Mit welchen Beschwerden kommen die Patienten?

**Schultheis:** Es ist sehr subjektiv, was ein Mensch als bedrohlich empfindet. Deshalb nehme ich jeden Patienten ernst, der kommt. 80 Prozent sind banale Erkrankungen wie Fieber, Harnwegsinfekte. Die Schwierigkeit im Notdienst ist jene herauszufischen, die ernsthaft erkrankt sind.

**Bei dem Modellversuch in Höchst wird dies per Triage versucht. Was hat sich gegenüber dem Bereitschaftsdienst von früher in Bad Vilbel verändert?**

**Schultheis:** Die Ambulanz in der Klinik wird von banalen Erkrankungen und Befindlichkeitsstörungen entlastet, die sonst das ganze ZNA-Programm durchlaufen würden. Und ich habe als Backup im Notdienst den kompletten Klinikapparat im Rücken. Wenn ich nicht sicher bin, schicke ich den Patienten einfach eine Türe weiter. Er wird mehrfach gescreent von verschiedenen Instanzen, um herauszubekommen, ob vielleicht doch eine ernsthafte Erkrankung dahinter steckt.

#### Das heißt alle profitieren?

**Schultheis:** Ja, das ist eine Win-Win-Win-Situation. Die Klinik wird entlastet und die Belegungszahlen sind sogar gestiegen, weil mehr Menschen kommen. Die Patienten warten jetzt zehn Minuten statt viereinhalb Stunden, und wir als Notdienst-Ärzte haben immer noch jemand im Hintergrund, der noch mal mit draufgucken kann.

#### Finden Sie genug Ärzte für den Notdienst?

**Schultheis:** Ja, das ist kein Problem.

#### Die schwarz-grüne Landesregierung hat im Koalitionsvertrag vereinbart, das Höchster Modell flächendeckend in ganz Hessen einzuführen. Ein guter Plan?

**Schultheis:** Das kann ich nur unterstützen. Wir wollten damals in Bad Vilbel mit einer Kampagne die Notdienstzentrale retten, mit Unterstützung der Kommunalpolitik. Im Endeffekt ist die Neureglung für uns niedergelassene Ärzte zwar teurer geworden. Doch für die Patienten und Dienstärzte vor Ort sowie die Klinik-Ambulanz hat sich Wesentliches verbessert. Die Qualität der Versorgung ist deutlich gestiegen. Man hat ja die komplette Infrastruktur eines Maximalversorgers im Rücken. Wenn ich in Bad Vilbel etwa Labor

brauchte, musste ich in eine Klinik nach Frankfurt oder Friedberg einweisen.

## Ist Sektorentrennung überhaupt noch zeitgemäß?

**Schultheis:** Irgendwie muss man ja auch die Abrechnung abbilden können. Aber eigentlich ist es nicht mehr zeitgemäß. Es geht doch um die Frage, wie ich den Pa-

tienten am besten und kostengünstigsten helfen kann.

## Und der Patient versteht ja die Sektorentrennung in der Regel ohnehin nicht, oder?

**Schultheis:** Nein, der versteht das nicht. Es gibt sie, die Rivalitäten zwischen der stationären und ambulanten Versorgung.

Doch beim Modellversuch in Höchst verschwimmen die Grenzen und davon profitieren alle.

**Interview:**  
**Jutta Rippegather**

# Das Unvorhersehbare ist das einzig Vorhersehbare

## Reportage: Berufsalltag in der Notaufnahme

*Dr. med. Mechthild Grieme*

Notaufnahme. Seit ich in der Zentralen Notaufnahme (ZNA) eines Maximalversorgers arbeite, habe ich mir über diesen Begriff viele Gedanken gemacht. Und eines ist gewiss: Eine Notaufnahme ist ein irrwitziger Ort. Hier begegnet uns der Querschnitt der Bevölkerung in einem Moment der Unsicherheit, in einem Moment des Einschnitts. Hier verschieben sich Prioritäten minütlich. Und hier versuche ich zu lernen, auf mich achtzugeben, auch in Situationen, in denen man alles für einen anderen tun möchte.

„Mein Name ist Mechthild Grieme, ich bin eine der Ärztinnen in der Notaufnahme.“ Mit diesen Worten betrete ich eines der Patientenzimmer und immer wieder eine neue Situation. Eben noch habe ich gemeinsam mit einem Kollegen eine junge Frau Anfang Zwanzig zur Überwachung auf die Intensivstation gebracht. Sie hatte die Wurzel blauen Eisenhuts verzehrt, um sich mit der giftigsten Pflanze Mitteleuropas das Leben zu nehmen. Die Mitarbeiterin der Giftnotrufzentrale war am Telefon merklich hektisch geworden, als sie mir von den schwer zu durchbrechenden Herzrhythmusstörungen und dem Fehlen eines Gegengiftes erzählte.

Ich versuche, mir dieses Wissen nicht anmerken zu lassen, und rede ruhig mit der Patientin, die kaum jünger ist als ich. Sie zeigt alle Symptome einer schwerwiegenden Vergiftung, ist tachykard mit einer Herzfrequenz von 150/min und weigert sich, die großen Mengen aufgelöst,



Foto: Christine Hidas

Die Notaufnahme ist für Dr. med. Mechthild Grieme ein höchst spannender Arbeitsort, der sich jede Minute verändern kann. Entsprechend gefordert ist ihr ärztliches Handeln.

pechschwarzen Kohlepulvers und das Glaubersalz zu sich zu nehmen, „schließlich wolle sie sich ja umbringen“. — Später treffe ich die Kollegin von der Intensivstation, die die Patientin weiterbetreute, an der Bushaltestelle. Sie hätten noch allerlei zu tun gehabt mit der jungen Frau.

Derweil ist im Nebenraum ein kachektischer, vorgealtert wirkender Patient mit ausgebrannter COPD, der in immer kürzer werdenden Abständen mit schwerer Luftnot zu uns kommt, mit einer Cortisonstoßtherapie und Inhalationen mit Atrovent und Sultanol durch das Größte hindurchmanövriert worden. Ihm gehe es

schon deutlich besser, sagt er, und die Angst ist aus seinen Augen gewichen.

Eine Pflegerin bittet mich, mit der Angehörigen einer alten Dame mit pneumogener Sepsis zu sprechen. Die Tochter – wir hatten schon sehnlichst auf sie gewartet – war herbeigeeilt, nachdem sie ein Telefonat aus dem Pflegeheim erreicht hatte, dass ihre Mutter ins Krankenhaus gekommen sei. Wir ziehen uns in das Arztzimmer zurück, einen fensterlosen Raum mit allerlei medizinischem Gerät und drei Computern darin, und besprechen den kritischen Zustand der Mutter.

Wie soll es nun weitergehen? Bisher konnte der Kreislauf mit Ephedrin und viel Flüssigkeit aufrechterhalten werden, aber die Patientin wird nicht wach. Die Tochter berichtet von der fortgeschrittenen Demenz der Mutter, dass eine Kontaktaufnahme schon seit längerem kaum möglich sei und davon, dass sie nie in ein Pflegeheim gewollt hatte. Die Tochter entscheidet sich gegen weitere intensivmedizinische Maßnahmen. Wir einigen uns auf Antibiotika- und Flüssigkeitstherapie, den Einsatz von fiebersenkenden Maßnahmen und Morphium. Diese Frau, Mutter und Großmutter, hat ihr Leben gelebt. Wenn dieser Mensch gehen will, dann darf er es auch.

Meist vergehen zwischen meiner Ankunft am Arbeitsplatz und dem ersten Patientenkontakt keine zwei Minuten. Zuvor gibt es einen kurzen Austausch mit den Kolleginnen und Kollegen, was der Tag bisher gebracht hat, und wer von den

Wartenden dringend angeschaut werden sollte.

Triagiert wird bei uns durch geschultes Pflegepersonal. Wessen Behandlung duldet keinerlei Aufschub? Wer ist zwar krank, wird aber vermutlich noch sehr lange warten müssen? Das Meldesystem IVENA kündigt uns mit blinkenden Farbflecken in Rot, Gelb und Grün an, wer gerade auf dem Weg zu uns ist. Wird ein Patient mit dem Rettungsdienst zu uns gebracht, erhalten wir in der Regel eine Übergabe. Meine Lieblingsfrage nach der Körpertemperatur stelle ich dabei neckend, aber auch hartnäckig. Denn sie wird, für mein Empfinden, zu häufig nicht mitbestimmt.

Viele ernste Notfälle erreichen uns jedoch auch zu Fuß. Und so ist das Unvorhersehbare eines jeden Arbeitstages das einzig Vorhersehbare in unserem Berufsalltag. Den viel beschworenen Überblick zu bekommen und aufrechtzuerhalten, ist ein tägliches Ringen, welches mit der Zeit immer besser gelingt. Mit einem Jahr Berufserfahrung bin ich immer noch ein Küken bei uns im Team. Das Studium liegt noch nicht lange zurück.

Oft muss ich daran denken, wie Dozentinnen und Dozenten in Vorlesungen verschiedenster Fachrichtungen davon sprachen, dass man einen Raum betreten muss und mit all seinen Sinnen den Menschen darin erfassen soll. Daran erinnere ich mich, wenn Kollegen aus der Pflege und ich am Patientenbett einen Blick austauschen und sofort an Clostridien, einen Harnwegsinfekt oder den Tod denken. Manche Dinge muss man nur einmal gesehen haben, dann hinterlassen sie eine tiefe Spur im Gedächtnis und werden zu einem prominenten Ast im inneren Differentialdiagnosenbaum. Auch ein rascher Blick auf die Laborergebnisse verrät, um wen es kritisch steht und ob das in der digitalen Übersicht angegebene Leitsymptom „Exsikkose“ nicht über einen ernstzunehmenden Zustand des Patienten hinwegtäuscht.

In unserer Notaufnahme gibt es ein überlappendes Schichtsystem, sodass zu den Stoßzeiten zwei bis drei Internisten parallel arbeiten. Zudem kommt jeden Monat eine neue, hochmotivierte Schar PJ-ler in unsere ZNA. Einer unser fleißigen PJ-Studenten hat bereits die Anamnese bei einer



Foto: Saskia Maletzke

Teamarbeit im Arztzimmer der Zentralen Notaufnahme.

Frau im Rentenalter erhoben, die rettungsdienstlich zum Ausschluss eines akuten Koronarsyndroms vorgestellt worden war. Sie sei jetzt beschwerdefrei, sagt sie, ist aber sichtlich blass und der Monitor piept unentwegt bei niedrigen Blutdruckwerten um 90/60 mmHg.

Ich erkläre dem PJ-Studenten, warum ich ein ungutes Gefühl habe. Neben den anfänglich starken, plötzlichen Brustschmerzen und zweimaliger Synkope hatte die Patientin auch von vorübergehendem Sehverlust auf dem rechten Auge berichtet. Wir schieben die Patientin für eine notfallmäßige Bildgebung ins CT und schon beim ersten Durchgehen der Bilder kommt uns die Aorta erschreckend groß vor und ein Pleuraerguss macht eine Dissektion sehr wahrscheinlich. In Arbeitsteilung mit den Gefäßchirurgen unseres Hauses organisieren wir zügig einen Transport in die nahe Universitätsklinik in Frankfurt. Später schwappen Freude und Erleichterung durch das Team, als uns ein Anruf aus Frankfurt erreicht, dass es eine erfolgreiche Operation bei Typ-A-Dissektion gegeben hat und die Frau überlebt hat. Sie lebt noch heute.

Niemand kann alleine alles wissen, und zusammen weiß man doch so viel. „Schwarmintelligenz!“, tröten die beiden

Kollegen neben mir im Chor und wir grinsen uns gegenseitig an, derweil wir weiter in die Computertasten hauen. Einige beherrschen das Tippen und Reden gleichzeitig. Es gibt keine Scheu, Fragen zu haben, und es gibt keine Kollegin und keinen Kollegen, von dem es nicht noch etwas zu lernen gibt. Für viele Entscheidungen ziehen wir die Oberärztinnen und -ärzte hinzu, die wir duzen dürfen und uns stets auf Augenhöhe begegnen. „Der kann nach Hause gehen.“ — Diese Entscheidung ist gar nicht so einfach zu treffen, stelle ich immer wieder fest. Und so bin ich sehr dankbar für die offene Fragekultur, die in unserer Abteilung herrscht.

Wer bisher dachte, er oder sie sei nicht multitaskingfähig, wird es hier werden. Unser Diensttelefon, über welches alle Gespräche mit den in der Stadt umherfahrenden Notärzten und Rettungsdiensten oder mit den einweisenden Hausarzt/-innen und Kollegen aus dem ärztlichen Bereitschaftsdienst eingehen, wird liebevoll Partytelefon genannt. Meistens hat man zwei Telefone bei sich, und in der Regel klingeln beide gleichzeitig, wobei man gerade mit der dritten und vierten Hand eine arterielle BGA sticht oder in einem Isolationszimmer sich in Lagen von Kitteln und Handschuhen um einen Patienten be-

müht. Dabei findet ein großer Teil der Kommunikation innerhalb der ZNA – zwischen ärztlichem Personal und Pflegekräften und zwischen Ärzten verschiedener Fachrichtungen – auch telefonisch statt. In unserer Notaufnahme arbeiten (denkt Euch die weibliche Form bitte in Quantität und Qualität dazu) Internisten, Neurologen und Unfallchirurgen Seite an Seite, Kolleginnen und Kollegen etwa aus der Allgemein-, Gefäß- und Neurochirurgie oder Urologie und Gynäkologie müssen in die ZNA hinzugerufen werden. Trotz Triage verirrt sich der eine oder andere Patient erst einmal in die falsche Fachabteilung, oder bietet ein so ungünstiges Schnittbild an Symptomen, dass mehrere Disziplinen sich das erst einmal anschauen müssen, bevor sich alle einig sind, was zu tun ist (oder auch nicht). Der direkte interdisziplinäre Austausch gewährt auch immer wieder Einblicke in die Arbeitsweise der anderen Fachabteilungen und in deren Krankheitsbilder.

Außerhalb der ZNA ist aus diesem regen Austausch eine Hobbykickergruppe entstanden, die, je nachdem, wie der Dienstplan es erlaubt, aus den verschiedenen Berufsgruppen unserer ZNA besteht und mittlerweile auch immer mehr Beliebtheit bei Kolleginnen und Kollegen aus dem ganzen Haus findet.

Die Liste an Patienten, die auf einen Arztkontakt warten, wird immer länger, als ich

im Beisein der Tochter eine schwer demente Patientin körperlich untersuche. Sie ist durch die Umstände, den Ortswechsel und die fremden Gesichter verunsichert, nur so kann ich mir erklären, dass sie unvorhergesehen ausholt und mir mit voller Wucht in den Bauch schlägt. Die Tochter ist entsetzt und entschuldigt sich mehrfach bei mir. Es ist gar nicht so schlimm, stelle ich fest, und kümmere mich weiter um die Patientin. Später bringt die Tochter jede Menge Schokolade vorbei und bedankt sich für die Arbeit, die wir hier in der Notaufnahme machen. Ich fülle unsere „Notfallschokoladenbox“. Sie rettet einen durch manche Nacht, wenn man als Einzelkämpfer den nicht enden wollenden Strom an Patienten weiter zu bewältigen versucht.

Das Team der ZNA hat schon einen langen Tag hinter sich, als IVENA uns einen Schockraum mit Reanimation einer Patientin im Grundschulalter ankündigt wird. Auto trifft Fahrrad – allen ist klar, was das bedeutet. Es gibt Fälle, die wollen kein gutes Ende nehmen. Und dieser Fall geht auch erfahrenen Mitarbeitern nahe. Ich verbringe Stunden damit, mich um die Familie des Kindes zu kümmern. Am Ende einer schier endlos langen Ungewissheit steht die Gewissheit, dass ein junges Leben zu Ende ist. Hinzugerufene Notfallseelsorger unterstützen uns bei der Versorgung der Angehörigen, von denen ei-

ner nach dem anderen einen Nervenzusammenbruch erleidet. Sie kümmern sich später auch um uns Mitarbeiter, denn auch bei uns gibt es Tränen und Fragen. Unsere Oberärztinnen organisieren Gespräche in der Runde der Mitarbeiter und Einzelsitzungen mit Fachpersonal aus der Psychosomatik unseres Hauses.

Welche Geschichten ich mit nach Hause nehme, welche Patientinnen und Patienten noch lange im Gedächtnis bleiben, welcher Fall nachts in wachen Stunden wieder hervorgeholt und gedanklich durchwälzt wird, das ist schwer vorhersehbar. Oft genug ist es jedoch möglich, Empathie und Selbstschutz miteinander zu verbinden. Ich habe es heute geschafft, in all dem Gewusel Zeit für Trink- und Essenspausen zu finden – etwas, was ich mühsam lernen musste, weil ich es schlichtweg vergaß.

Dennoch, ich arbeite gerne an diesem absurden Ort. Ich trete hinaus auf die Straße, blicke hoch auf den frisch eingeweihten Helikopterlandeplatz, mit seiner wunderbaren Aussicht über die Dächer der Stadt auf die angrenzenden Wälder, lasse Lautstärke, Gedränge, Gerüche und Geschichten der Zentralen Notaufnahme eines Maximalversorgers hinter mir und steige auf mein Fahrrad.

**Dr. med. Mechthild Grieme**

E-Mail: mettihaake@msn.com



Ultraschalluntersuchung am Patientenbett.

Unsere Autorin Dr. med. Mechthild Grieme (29) ist Ärztin im zweiten Weiterbildungsjahr für Innere Medizin am Klinikum Darmstadt. Sie stammt ursprünglich aus Bremen, hat an der Universität zu Lübeck studiert und über das Bereitschaftspotential promoviert. Dies ist eine EEG-Komponente (Elektroenzephalografie), die vor einer Willkürbewegung gemessen werden kann. Grieme untersuchte die Abhängigkeit des Bereitschaftspotentials von zeitlichen Rahmenbedingungen und konnte dies experimentell teils nachweisen. Erholung nach der Arbeit findet sie bei langen Spaziergängen im Odenwald, beim Klavierspielen oder Malen.



# Voller Erfolg: Hausärztetag Hessen lockt über 250 Besucher



Foto: HÄVH

Der Vorstand des Hausärzterverbandes Hessen (von links): 3. Vorsitzende Monika Buchalik, 1. Vorsitzender Armin Beck, 2. Vorsitzender Michael Thomas Knoll und Saloua Dillmann, Mitarbeiterin des HÄV Hessen.

Fortbildungen auf hohem Niveau und klare politische Forderungen zur Sicherung der hausärztlichen Versorgung standen im Mittelpunkt des 11. Hausärztetages Hessen, der am 5. und 6. April 2019 in Frankfurt stattfand. In den Räumen der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen bildeten sich mehr als 250 Hausärztinnen und Hausärzte sowie MFA und VERAH fort. Auch für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung bot die zweitägige Veranstaltung des Hausärzterverbandes Hessen einige interessante Seminare.

## Vielfältige Fortbildungsangebote

Am Freitagmittag konnten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer ihre alljährlichen Pflichtfortbildungen zu den DMP-Themen Koronare Herzerkrankung, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale und Chronisch-obstruktive Lungenerkrankung absolvieren. Das Interesse und die Diskussionsbereitschaft waren groß. Auch Fortbildungen für Hausärztinnen und Hausärzte, die HZV-Patienten versorgen, wurden angeboten. Damit genügte der Hausärzterverband Hessen den Vorgaben der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV), die sich u. a. durch Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung, etwa durch jährliche Pflichtfortbildungen, auszeichnet.

Auch den teilnehmenden VERAH (Vergütungsangestellten in der Hausarztpraxis) und Medizinischen Fachangestellten (MFA) wurden interessante Fortbildungsthemen geboten. Dazu gehörten die Themen Herzinsuffizienz und Arzneimittelversorgung. Außerdem konnten die MFA einen HZV-Workshop und ein Notfall-Training besuchen. In den Pausen wurde die Möglichkeit des kollegialen Austausches rege genutzt.

## Regress und Hausärztemangel

Ergänzt wurden die Fortbildungen durch eine Pressekonferenz des Vorstandes des Hausärzterverbandes Hessen. Im Fokus stand zum einen das Thema Regresse, zum anderen das Thema Hausärztemangel und mit welchen Maßnahmen man diesem be-

gegenen kann. Nach Armin Beck behindern Regresse die Basisversorgung der Bevölkerung, da junge Menschen auch deshalb vor dem Hausarztberuf zurückschrecken, weil sie solche Regressverfahren befürchteten. Hausärztinnen und Hausärzte dürften aber nicht auf den Kosten ihrer Verordnungen sitzenbleiben, wenn und weil die Kostenträger verordnete Medikamente und Heilmittel nicht erstatten, so der 1. Vorsitzende. Für medizinisch notwendige Leistungen müssten vielmehr ausschließlich die Krankenkassen aufkommen. Der Gesetzgeber solle daher die Rechtslage überprüfen und die Verfahren und Verantwortlichkeiten für die Kostenkontrolle im Gesundheitssystem neu gestalten. Beck brachte die Forderung des Hausärzterverbandes Hessen auf den Punkt: „Weg mit den Regressverfahren! Das ist das größte Bürokratiemonster für die Ärzteschaft in der freien Niederlassung.“ Die Absurdität der Regresse verdeutlichte Michael Thomas Knoll, 2. Vorsitzender: „Es kann doch nicht angehen, dass der Feuerwehrmann für das Löschwasser haftet, das er zum Löschen braucht.“

## Hausärztlicher Nachwuchs

Die Erfolge im Kampf gegen den Hausärztemangel stellte die Autorin dieses Beitrags und 3. Vorsitzende dar – zu verdanken seien diese Fortschritte insbesondere der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin. Bereits seit 2012 fördert die KV Hessen, bei der die Koordinierungsstelle angesiedelt ist, zusammen mit der Hessischen Krankenhausgesellschaft, der Landesärztekammer Hessen und den Allgemeinmedizinischen Instituten Frankfurt und Marburg die Weiterbildung Allgemeinmedizin. Inzwischen seien quer durch Hessen 30 aktive Weiterbildungsverbände gegründet worden; bald kämen zwei weitere hinzu. In diesen Verbänden werden nicht nur die einzelnen Weiterbildungsabschnitte in der Allgemeinmedizin besser koordiniert, damit die Weiterbildung in-

nerhalb der Mindestweiterbildungszeit von fünf Jahren absolviert werden kann. Mittels einer Jobbörse konnten bislang auch 189 Stellen vermittelt werden. Zur Qualitätsverbesserung der Weiterbildung Allgemeinmedizin wurde zudem durch die Universitäten Frankfurt und Marburg ein Kompetenzzentrum etabliert – dort sei im vergangenen Kalenderjahr an 21 Seminartagen 214 Teilnehmern zusätzliches Fachwissen vermittelt worden. Darüber hinaus wurden und werden für die Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) Mentorengruppen gegründet, Train-the-Trainer-Seminare für die Weiterbilder entwickelt und sogenannte Landtage angeboten, bei denen ÄiW die ländlichen Regionen kennenlernen können.

Die bessere Qualität in der Weiterbildung Allgemeinmedizin hat das Interesse der Studierenden am Fachgebiet Allgemeinmedizin steigen lassen, wie die Prüfungszahlen in 2018 belegen. Demnach haben 2018 insgesamt 123 Prüflinge die Facharztprüfung bestanden (Teilnehmer: 132), während es fünf Jahre zuvor 74 waren (Teilnehmer: 78). Damit sei die Zahl der bestandenen Prüfungen im Fachgebiet Allgemeinmedizin um ca. 66 Prozent gestiegen.

Eine Verbesserung in der hausärztlichen Versorgung erhofft sich der Hausärzterverband Hessen auch durch die neue Weiterbildungsordnung für Allgemeinmedizin, die nach Genehmigung durch das Ministerium am 1. Juli 2019 in Kraft treten soll. „Ihre Vorteile sind unter anderem das Erlernen von Kompetenzen durch einen weitgehenden Wegfall von Diagnostikzahlen, mehr Wahlfreiheit bei den Weiterbildungsfächern und nur noch ein Jahr Pflichtzeit im stationären Bereich Innere Medizin“, so Buchalik. Die Möglichkeit des Quereinstiegs in die Allgemeinmedizin durch 24 Monate Weiterbildung in diesem Fachgebiet mit anschließender Facharztprüfung wurde beibehalten.

Zum Abschluss forderte das Vorstandstrio die zeitnahe Umsetzung des „Masterplans Medizinstudium 2020“. Der Hausärzterverband Hessen verbindet damit auch die

Forderung nach mehr Medizinstudienplätzen und einer Aufteilung des Praktischen Jahrs in Quartale mit Allgemeinmedizin als Pflicht- und Prüfungsfach. Diese Forderung ist aus Sicht des Hausärztesverbandes Hessen vollkommen im Sinne der Versorgung der Patientinnen und Patienten, denn: Eine Gesellschaft des längeren Lebens braucht eine stabile hausärztliche Versorgung!

**Monika Buchalik**  
3. Vorsitzende  
Hessischer Hausärztesverband,

## Hausarztzentrierte Versorgung in Hessen

Ein weiteres Thema des Hausärztetages war die hessische Entwicklung der Hausarztzentrierten Versorgung (HZV). Seit zwei Jahren wirbt der Hausärztesverband für dieses Versorgungsmodell, in dem sich Patienten verpflichten, bei Beschwerden zuerst ihren Hausarzt aufzusuchen. Als Hauptansprechpartner leitet dieser weitere Schritte ein, übernimmt die Koordination mit Fachärzten und Kliniken. Diese „Lotsen-Funktion“ hilft,

teure und für die Patienten belastende Doppeluntersuchungen zu vermeiden. Derzeit nehmen über 6 % der gesetzlich Versicherten in Hessen an der HZV teil. Damit stieg ihre Zahl von 2017 bis 2018 von 202.567 auf 251.685 und erhöhte sich zu Beginn des zweiten Quartals 2019 nochmals auf 297.675 Versicherte. Auch die Zahl der beteiligten Ärztinnen und Ärzte wächst und beläuft sich Anfang 2019 auf über 1.300. (HÄVH/sou)

## Junge Ärztinnen und Ärzte

### Von der PJ'lerin zur Ärztin in Weiterbildung

Zur Autorin: Sophie Zieschang, Jahrgang 1995, studierte Humanmedizin an der Goethe-Universität Frankfurt am Main und trat dieses Jahr im Niederrhein-Zentrum der Universität Heidelberg ihre erste Stelle an.

Nach 13 Semestern Studium ist es endlich so weit. Das dritte Staatsexamen liegt hinter mir. Der letzte lange Urlaub ist gemacht. Und nun beginnt der aufregende Start ins Berufsleben. Das ganze Medizinstudium freut man sich darauf, die vielen Vorlesungen, Praktika und Semesterabschlussklausuren hinter sich zu lassen und endlich fertig zu werden. Dann geht es endlich ins Praktische Jahr – und aus Theorie wird langsam aber sicher Praxis. Oft sieht man spannende Dinge, manchmal ist man aber auch nur der Blutentnahmedienst. Doch gerade gegen Ende dieses Jahres kommen bei vielen Zweifel auf. Bin ich bereit so viel Verantwortung zu tragen? Weiß ich genug, um meinen Patienten eine gute Ärztin sein zu können? Diese Grundstimmung spiegelte sich bei fast allen meiner Kommilitonen wider. Und nach zwei Tagen intensivem „Geprüft-Werden“ bekommt man plötzlich vom Prüfungsvorsitzenden die Hand geschüttelt und hat nun die Erlaubnis, als Arzt zu praktizieren.

Bevor man verstanden hat, was passiert ist, liegt auch schon die Approbationsurkunde im Briefkasten, und es kann losgehen.

Die erste Stelle. Für viele wird die Auswahl schon zu einer nervenaufreibenden Aufgabe. Meistens hat man sich bis dahin schon überlegt, welche Fachrichtung die richtige sein könnte. Doch damit ist es nicht getan. Will man lieber an ein Kreis Krankenhaus oder eine Uniklinik? Bleibt man in der Heimatstadt bei Familie und Freunden oder wagt man einen Neuanfang weit weg von Zuhause?

So fand ich mich also an meinem ersten Tag als frisch gebackene Ärztin in einer mir fast unbekanntem Klinik wieder, die ich nur von einem Tag Hospitieren kannte. Ich hatte eine Woche Zeit, mich mit der Klinik, meinen Kollegen und den Abläufen vertraut zu machen. Das ist in vielen anderen Krankenhäusern leider nicht der Fall, ich war aber sehr froh um diesen etwas sanfteren Einstieg.

Doch irgendwann geht es dann für jeden richtig los. Man muss die ersten eigenverantwortlichen Entscheidungen treffen. Und merkt sofort, wo der Unterschied zum Studentendasein liegt. Man bekommt keine didaktischen Fragen mehr gestellt, um dann nach bestem Gewissen zu antworten oder auch manchmal zu raten. Man muss sich so sicher sein bei den Dingen, die man tut, dass man bereit ist dafür die Verantwortung zu tragen.

Wenn man Glück hat, steht man dann allerdings nicht ganz allein da, sondern bekommt Hilfe von erfahreneren Assistenten, Oberärzten und dem Chef. Und das ist wichtig. Ich war froh, mir eine Klinik

ausgesucht zu haben, in der ich das Gefühl habe, in einem Team mitzuarbeiten und kein Einzelkämpfer zu sein. Den Chefarzt bei Fragen genauso anrufen zu dürfen wie den „Altassistenten“.

Es gibt keinen Tag mehr, wie manche ihn vielleicht noch aus dem Praktischen Jahr (PJ) kennen, an dem man mal etwas weniger tut, früher heimgeht oder eine zweite Kaffeepause einlegt. Gerade am Anfang muss man viele Dinge mehrmals durchdenken, einiges nachschlagen und noch aufmerksamer sein als sonst. Das ist unglaublich anstrengend, aber man beginnt sich daran zu gewöhnen.

Insgesamt war meine Angst vor dem Berufsstart unbegründet. Es ist stressig und spannend zugleich, macht aber am Ende vor allem Spaß. Es ist schön, endlich ins Arbeitsleben zu starten und zu wissen, dass man sich genau das Richtige ausgesucht hat. Besonders am Anfang ist die Lernkurve sehr steil. Jeden Abend falle ich todmüde ins Bett, aber das mit einem guten Gefühl, denn stets weiß ich viel mehr, als es noch am Morgen der Fall war. Und das würde ich niemals für meine Stunden im Hörsaal eintauschen.

**Sophie Zieschang**

E-Mail:  
sophie.  
zieschang@med.  
uni-heidelberg.de





## § Medizinrecht

# Abrechnung Leichenschau Licht am Ende des Tunnels

Wie der Presse entnommen werden konnte, ermittelt nunmehr auch die Staatsanwaltschaft in Frankfurt/Main wegen Falschabrechnung der Leichenschau gegen ein Kammermitglied. Erfreulicherweise handelt es sich um kein Massenphänomen. Gleichwohl möchten wir dies zum Anlass nehmen, nochmals auf die gebühren- und berufsrechtliche Sachlage aufmerksam zu machen.

Die Abrechnung der ärztlichen Leichenschau ist als berufliche Leistung der Ärzte gemäß § 1 Abs. 1 GOÄ zwingend an die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gebunden. Pauschalhonorare sind unzulässig. So hat bereits das Landesoberverwaltungsgericht für Heilberufe beim Hessischen Verwaltungsgerichtshof in Kassel in 1991 entschieden, dass ein Arzt durch Einfordern und Entgegennehmen von Pauschalhonoraren seine Berufspflichten verletzt (siehe auch Bekanntmachung der Landesärztekammer Hessen im HÄBL 05/1992).

Vielfach in der Diskussion und nun auch Gegenstand staatsanwaltschaftlicher Ermittlungen ist die Frage, ob die Besuchsgebühr (Ziffer 50 GOÄ) neben der Durchführung der Leichenschau (Ziffer 100 GOÄ) regelhaft berechnet werden kann oder nicht.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat sich in 2001 hierzu unter Bezug auf amtsgerichtliche Urteile positioniert. Sie sieht die Ziffer 50 GOÄ weder direkt noch analog ansatzfähig, wenn der Arzt bei seiner Anforderung von einem bereits Verstorbenen ausgehen musste (siehe Bekanntmachung BÄK im Deutschen Ärzteblatt, DÄBL, Heft 25, 22. Juni 2001). Bestätigt wird diese gebührenrechtliche Einordnung in jüngerer Zeit durch zwei Beschlüsse des Landgerichts Kiel. Das LG Kiel hat im Rahmen eines Strafverfahrens mit Beschlüssen vom 16. Juni und 26. August 2016 darauf verwiesen, dass für die Durchführung einer Leichenschau die Ziffer 100 GOÄ sowie ein Wegegeld nach § 8 GOÄ abzurechnen sind. Die zusätzliche Abrechnung einer Besuchsgebühr gemäß Ziffer 50 GOÄ – auch in Analogie – sei unzulässig (vgl. Bekanntmachung BÄK, im DÄBL, Heft 18 vom 4. Mai 2018).

Hartnäckig hat die Ärzteschaft immer wieder auf die unzureichende Beschreibung und Vergütung der ärztlichen Leichenschau in der GOÄ hingewiesen und den Gesetzgeber aufgefordert, diese für unsere Gesellschaft wichtige und Rechtssicherheit schaffende verantwortliche ärztliche Aufgabe in ihrer Honorierung den tatsächlichen Gegebenheiten anzu-

passen. Auch Verweise der Politik auf eine Gesamtregelung im Rahmen der GOÄneu haben die Standesvertreter der Ärzteschaft nicht abgehalten, weiter auf eine vorrangige Lösung bei Abrechnung der Leichenschau hinzuwirken – wie sich nun zeigt mit Erfolg.

So ist der Landesärztekammer Hessen über die Bundesärztekammer Mitte April ein Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit zugegangen, mit einer differenzierten Neuordnung der Leichenschau – orientiert an dem von der Bundesärztekammer erarbeiteten und vielfach abgestimmten Entwurf der GOÄneu. Im Ergebnis wird nun die eingehende Leichenschau mit einem Betrag von € 166 abrechenbar sein. Einen vergleichbaren Betrag hatte die Arbeitsgruppe der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG) in 2011 ihrer Bewertung der ärztlichen Leichenschau zugrunde gelegt.

Die Verordnung soll zum 1. Januar 2020 in Kraft treten. Es zeichnet sich also zeitnah ein Lichtblick für eine angemessene Honorierung der Leichenschau ab.

**Cornelia Rupp-Siemer**

Stellvertretende Justitiarin  
der Landesärztekammer Hessen

## Ansichten und Einsichten

### Und er bewegt sich doch, der Gesetzgeber!

Mit der richterlichen (!) Begründung, eine Leiche könne man nicht beraten, aber die Gebühr für den Hausbesuch (GOP Ziffer 50 GOÄ) beinhalte eine Beratung ohnehin, hat man uns die angemessene Vergütung für das Aufsuchen der Leiche über nahezu zwei Jahrzehnte mehr oder weniger konsequent vorenthalten. Selbst die Bundesärztekammer schien wie paralytisch; sie hat es nicht vermocht, warum auch immer, die Position der Ärzteschaft

nach außen zu vermitteln oder gar dem Beschluss des Deutschen Ärztetages Geltung zu verschaffen, nämlich: „Beratungsgespräche im Zusammenhang mit der Durchführung der ärztlichen Leichenschau sind dem Beratungsbegriff im Sinne der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) gleichzusetzen. Die Bundesärztekammer hat diesen Standpunkt zu vertreten“ (113. DÄT Dresden Beschluss zu TOP VI 3 Drucksache V – 79).

Dieser Beschluss wurde trotz wiederholter Erinnerung von der Bundesärztekammer nicht umgesetzt. Statt die Rechtslage zügig zu klären, hat man uns weiter am Rande der Legalität agieren lassen. In einzelnen Bundesländern gerieten Hunderte Kolleginnen und Kollegen ins Visier der Staatsanwaltschaft, sie wurden wegen „Abrechnungsbetrugs“ (Abrechnung des Hausbesuchs anlässlich der Leichenschau nach der GOÄ) schlichtweg kriminalisiert.

Ich persönlich halte die Dienstverpflichtung einer Berufsgruppe unter Vorenthaltung einer adäquaten Vergütung in Friedenszeiten, ohne den Katastrophenfall auszurufen, für sittenwidrig und für wahrscheinlich auch nicht grundgesetzkonform. Des Weiteren kann vom Adressaten einer Norm (hier: Ärzteschaft) keine höhere Rechtssicherheit verlangt werden als vom Normgeber selbst (hier: Bundesregierung Rechtsverordnung GOÄ und Landesgesetzgeber durch das Hessische Friedhofs- und Bestattungsgesetz).

Vor dem Hintergrund der in vieler Hinsicht höchst unbefriedigenden Rechtslage ist jede Regelung des Normgebers zu begrüßen, die uns einer geordneten Situation und einer unserer ärztlichen Leistung angemessenen Vergütung näherbringt.

Der aktuell vorliegende Referentenentwurf einer „Verordnung zur Änderung der Gebührenordnung für Ärzte“ präsentiert eine Bewertung, die mit dem errechneten Endbetrag von ca. 166 Euro der Realität

schon ganz nahe kommt. Bei differenzierter Betrachtung der Systematik ergeben sich jedoch noch einige Gedanken:

- Das Zahlenwerk stammt aus dem Jahr 2011, wo bleibt der Inflationsausgleich?
- Wie verbringt der Klinikarzt ganze 45 Minuten (vorgesehene Mindestzeit für die LS) im Zimmer mit der Leiche?
- Der ambulant tätige Arzt ist eine unbestimmte Zeit durch Staus und Wegstrecken mit dem Auto unterwegs, um seiner gesetzlichen Verpflichtung nachzukommen. Zum Schluss kann er aber wie bisher nur das Spritgeld (= Wegegeld) ohne Zeitfaktor abrechnen und nicht den eigentlichen Hausbesuch. Der Akt des Aufsuchens der Leiche wird nämlich in der Gebührenposition für die eigentliche Leichenschau versenkt. In einem Albtraum sah ich schon Scharen von Bestattern und Staatsanwälten mit der Stoppuhr in der Hand mir auf den Fersen unterwegs!

Immerhin und überhaupt, so wie bisher kann es nicht weitergehen. Auch Gesundheitsminister, Nachfolgekandidaten der Bundesärztekammer und Justitia scheinen vom dringlichen Handlungsbedarf überzeugt. Und wirklich, nach einigen Korrekturen könnte es tatsächlich losgehen. Doch den Tag loben sollte man erst, wenn die Sonne untergegangen und die Neuregelung in Kraft getreten ist!

**Michael Andor**  
Mitglied  
des Präsidiums der  
Landesärztekammer  
Hessen



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

## Bücher



### Giovanni Maio: Werte für die Medizin

Warum die Heilberufe ihre eigene Identität verteidigen müssen

Kösel Verlag München 2018, Hardcover  
208 Seiten, ISBN: 9783466346882, € 22,  
auch als E-Book

Das Buch eines Medizinethikers aus Freiburg, das alle angeht. In erster Linie Patientinnen und Patienten sowie Ärztinnen und Ärzte. Im gesundheitspolitischen Kontext aber besonders empfehlenswert für (Gesundheits-)Politiker, Verantwortliche von Krankenkassen, Krankenhäusern und anderen „Normgebern“.

Patienten benötigen ein Grundvertrauen in ihre Behandler. Sie müssen sicher sein, dass die erforderlichen diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen nur in ihrem Interesse sind. Diagnostik und Therapie dürfen nicht durch ökonomische Interessen geleitet werden. Ohne diese Sicherheit der Patienten können Ärztinnen und Ärzte nicht frei handeln.

Die Freiberuflichkeit und Unabhängigkeit des Arztberufes werden dagegen zunehmend eingeschränkt. Der ärztliche Beruf wird misstrauisch als Kostenverursacher gesehen, der kontrolliert und

reguliert werden muss. Bürokratie und Ökonomie haben sich zwischenzeitlich der Medizin bemächtigt und verlangen „industrielle“ Entscheidungsalgorithmen. Komplexe medizinische Entscheidungsfindungen durch Diagnostik, Reflexion und Aktion werden durch Algorithmen mit einfachen „wenn-dann“-Vorgaben ersetzt. Ärztliche Erfahrung und Problemlösungskompetenz sind hinderlich. Aktionismus wird belohnt und Sorgfalt abgewertet. Die Logik der Simplifizierung und Deprofessionalisierung ärztlicher Entscheidungen muss nach Meinung von Maio unterbrochen werden.

Im zweiten Teil seines Buches widmet er sich den wiederzuentdeckenden Werten der Heilberufe. Geduld unter anderem als Kontrolle unsinniger Aktivität, Geduld als Klarsichtigkeit, Liebe zur Sorgfalt. Die Differenziertheit des Gesprächs wird ebenso erläutert wie die Reflektiertheit und Erfahrungheit der Ärztin oder des Arztes in einer handlungsbezogenen Wissenschaft. Maio beleuchtet die aktuellen Werte für die Medizin sehr differenziert und eingehend und mit guten Beispielen. Gut lesbar ist es ein profunder Aufruf an Patienten und Ärzteschaft, sich kritisch mit der verordneten Gesundheitspolitik auseinanderzusetzen und auf die wirklichen Werte hinzuweisen.

**Dr. med. Wolf Andreas Fach**  
Präsidiumsmitglied  
der Landesärztekammer Hessen

# Junge Ärztinnen und Ärzte fordern: Digitalisierung, jetzt!

## Diskussionsforum zu Patientenversorgung und künstlicher Intelligenz

Auf dem 5. Fachärztetag des Spitzenverbands „Fachärzte Deutschlands (SpiFa) e. V.“ veranstaltete das „Bündnis Junge Ärzte (BJÄ)“ ein Diskussionsforum zum Thema „Patientenversorgung – Wofür brauchen wir künstliche Intelligenz, wofür nicht?“

Das Konzept der Veranstaltung war klar: Man wollte ins Gespräch kommen. In dem gut gefüllten Sitzungssaal, in dem absichtlich keine Stühle standen, sodass sich alle Beteiligten frei im Raum bewegen konnten, kam es bereits nach kurzen Impulsvorträgen der Mitglieder des BJÄ zu lebhaften Diskussionen mit dem Publikum: „Aktuell ist das Verhalten der Politik – und nicht das der Ärzte – der Hemmschuh bei der Digitalisierung“, antwortet Dr. med. Kevin Schulte – Sprecher des BJÄ – auf eine Frage aus dem Publikum, warum Ärzte denn nicht schon mehr für die Digitalisierung tun würden. „Schon heute bieten eine gute IT-Infrastruktur sowie eine konsequente digitale Verfügbarkeit von Patientendaten und wissenschaftlichen Erkenntnissen ein großes Potenzial, um den klinischen Alltag effizienter zu gestalten und die Versorgungsqualität unserer Patienten zu verbessern. Dies komme jedoch nicht bei den Ärzten in der Klinik an“, so Schulte. „Vielmehr zeigen sich unzureichende Hardware mit veralteten IT-Systemen, Kupfer- statt Glasfaserkabeln und die fehlende personelle Ausstattung der IT-Abteilungen als Regel und nicht als Ausnahme“, führt Schulte weiter aus.



Gerade bei jungen Teilnehmern stand das Symposium oben auf der Agenda.

„Es geht einfach darum, dass die Politik ihrer Investitionsverpflichtung nachkommt“, erklärt Max Tischler – Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Dermatologen (BVDD) im BJÄ. „Die Politik muss verstehen, dass Innovationen schon längst im klinischen Alltag angekommen

wären, würde man die Digitalisierung nicht verschlafen“, so Tischler weiter. Auf die Nachfrage, welche Chancen denn vom BJÄ für Innovationen gesehen werden, antwortet Dr. med. Stephanie Anetsberger – Vertreterin der Deutschen Gesellschaft für Neurochirurgie (DGNC) – im BJÄ: „Beispielsweise kann künstliche Intelligenz uns in unserem Alltag darin unterstützen, der wachsenden Arbeitsverdichtung effizient gerecht zu werden oder Routinearbeit sinnvoll zu klassifizieren, um dringliche Befunde priorisiert zu bearbeiten. Hierbei geht es nicht darum, ärztliche Arbeit zu ersetzen, sondern Prioritäten zu schaffen. Und das kommt letztendlich den Patienten zugute, die am schnellsten Hilfe benötigen.“

Kontrovers ging es zu beim Thema der landärztlichen Versorgung und der Möglichkeiten, diese teilweise durch digitale Lösungen zu erleichtern beziehungsweise zu ersetzen. Während einige Teilnehmer aus dem Publikum eine digitale Sprechstunde begrüßen, lehnen andere diese, vor allem aufgrund juristischer Unwägbarkeiten vehement ab. Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Jürgen Konzalla (DGNC) versucht zu schlichten: „Es muss klar sein, dass nur Applikationen Einzug in die Versorgung nehmen, die nachvollziehbar der Behandlungsqualität und damit dem Patienten dienen. Medizinische Entscheidungen

müssen nachvollziehbar und transparent bleiben, um die hohe Akzeptanz unseres Gesundheitswesens in der Bevölkerung nicht zu gefährden. Nur so bleiben medizinische Entscheidungen verantwortbar und auch justiziabel. Ist das bei einer digitalen Lösung unklar, sollte sie nicht eingeführt werden.“

Der Autor des Artikels und Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) im BJÄ betont, dass bei der ganzen Diskussion um die Digitalisierung die Prioritäten nicht aus den Augen geraten dürfen: „Die Rahmenbedingungen ändern sich, die Technik ändert sich und die Möglichkeiten ändern sich. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, brauchen wir natürlich digitale Unterstützung und strukturelle Veränderung. Diese können und dürfen aber niemals das eigentliche Rückgrat unseres Gesundheitswesens verdrängen und das muss auch in Zukunft das Arzt-Patienten-Verhältnis bleiben.“



Max Tischler (DDG, links) und Cornelius Weiß (BJÄ, Delegierter der LÄKH) referierten über die Chancen der Digitalisierung.

Der Autor des Artikels und Vertreter des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI) im BJÄ betont, dass bei der ganzen Diskussion um die Digitalisierung die Prioritäten nicht aus den Augen geraten dürfen: „Die Rahmenbedingungen ändern sich, die Technik ändert sich und die Möglichkeiten ändern sich. Um diesen Herausforderungen gerecht zu werden, brauchen wir natürlich digitale Unterstützung und strukturelle Veränderung. Diese können und dürfen aber niemals das eigentliche Rückgrat unseres Gesundheitswesens verdrängen und das muss auch in Zukunft das Arzt-Patienten-Verhältnis bleiben.“

Das Thesenpapier des „Bündnis Junge Ärzte“ kann im Internet heruntergeladen werden unter: [www.buendnisjungeaerzte.org](http://www.buendnisjungeaerzte.org)

Das Thesenpapier des „Bündnis Junge Ärzte“ kann im Internet heruntergeladen werden unter:

[www.buendnisjungeaerzte.org](http://www.buendnisjungeaerzte.org)

**Cornelius Weiß**  
Delegierter  
der Landesärztekammer Hessen

# Welche Medikamente sollen vor Anästhesien abgesetzt werden?

Dr. med. Mathias J. Schreiner, Prof. Dr. med. Franz Kehl

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP), Band 46, Heft 1–2, März 2019, nur online. Internet: [www.akdae.de](http://www.akdae.de)

## Zusammenfassung

Moderne Narkoseverfahren sind zunehmend sicherer geworden. Der Artikel gibt einen Überblick, welche wenigen Medikamente dennoch vor Narkose abgesetzt werden sollten.

## Einleitung

Die Anästhesie ist für Patienten sehr sicher geworden. Dies ist einerseits auf Verbesserungen in der Gerätetechnik und den Narkoseverfahren, insbesondere auch beim Atemwegsmanagement, zurückzuführen und andererseits in den heute zur Verfügung stehenden Narkotika begründet. Wirklich schwerwiegende, unmittelbar lebensbedrohliche Nebenwirkungen wie anaphylaktischer Schock oder Leberzellnekrosen durch Narkosemedikamente sind selten und die maligne Hyperthermie als lebensbedrohliche Erkrankung bei genetisch disponierten Individuen gut behandelbar. Die anästhesieassoziierte Mortalität konnte in den vergangenen 40 Jahren auf ein Risiko von 1:250.000 Anästhesien gesenkt werden [1].

Hinsichtlich der Medikamentensicherheit ist der Metabolismus heutiger volatiler Anästhetika von großer Bedeutung, da diese die Leber und die Niere praktisch nicht belasten. So beträgt die Metabolisierungsrate von Desfluran nur 0,02 %, von Isofluran 0,2 % und von Sevofluran unter 5 %, während das in Deutschland nicht mehr zugelassene Halothan zu 20 % hepatisch verstoffwechselt wird [2, 3]. Hier hat sich ein Wandel vollzogen: Galt in früheren Zeiten noch die Sichtweise, bei Patienten mit einer vorgeschädigten Leber volatile Anästhetika zu meiden, werden diese heute bevorzugt eingesetzt, da sie

die Leber nicht belasten, eine quantitativ zu vernachlässigende Metabolisierungsrate aufweisen und sich sogar durch organprotektive Effekte auszeichnen [4]. Die organprotektive Wirkung der volatilen Anästhetika Isofluran, Sevofluran und Desfluran begründet deren bevorzugte Auswahl in Zusammenschau mit den Vorerkrankungen der Patienten, zum Beispiel profitieren kardiovaskulär vorerkrankte Patienten von deren Verwendung [4].

Die Begleitmedikation der Patienten spielt in zweierlei Hinsicht eine Rolle:

### Gibt es Arzneimittelinteraktionen mit den verwendeten Anästhetika?

Hierbei sind einerseits medikamentöse Nebenwirkungen und Interaktionen zwischen den Substanzen und auch Sicherheitshinweise des Herstellers zu beachten. Glücklicherweise sind direkte Interaktionen selten und betreffen zum Beispiel die Gabe von Pethidin bei Patienten, die mit Monoaminoxidasehemmern (MAO-Hemmer) behandelt werden.

### Gibt es pharmakodynamische Wirkungen, die die Ziele einer modernen Narkoseführung kompromittieren?

Das Ziel der heutigen Narkoseführung ist die „Euhomöostase“. Darunter versteht man die Aufrechterhaltung aller Vital- und Laborparameter und auch physiologischer Parameter im Normbereich. Neuerdings wird darunter die 10-N-Regel (Normovolämie, Normotension, Normokapnie, Normoglykämie, Normofrequenz, Normoxämie, Normothermie, Normonatriämie, No fear, No pain) verstanden [5].

## Antihypertonika und Antidiabetika

Als ein unabhängiger Prädiktor für eine perioperative Mortalität ist in verschiedenen Studien das Auftreten von arteriellen Hypotonien identifiziert worden. Galt vor wenigen Jahren noch die Regel, dass eine arterielle Hypotonie unter Narkose „normal“ sei, ist dies unter heutigen Erkenntnissen nicht mehr haltbar. Es konnte ein

Zusammenhang zwischen kardialen Ereignissen und der Häufigkeit des Auftretens einer Niereninsuffizienz in Abhängigkeit eines mittleren arteriellen Blutdrucks von unter (MAP) < 55 mmHg und der Dauer der hypotonen Phase nachgewiesen werden [6, 7]. Aus diesen Erkenntnissen wird heute als ein wesentliches Ziel abgeleitet, Hypotonien während der Narkose zu verhindern. Begleitmedikationen, die eine arterielle Hypotonie unter Narkose begünstigen, müssen daher weggelassen werden. Dies trifft somit verallgemeinernd auf alle Medikamente zu, die den Blutdruck senken.

Ein weiteres praxisrelevantes Beispiel des Einflusses der Dauermedikation unter Narkose betrifft die Gabe von Antidiabetika. Das Ziel ist es, eine Normoglykämie während der Narkose aufrecht zu erhalten. Dabei soll sowohl eine Hypoglykämie als auch eine Hyperglykämie vermieden werden.

## Besonderheiten der oralen Antidiabetika

Zur besseren Übersicht haben wir die Empfehlungen im Umgang mit präoperativ und präanästhesiologisch bestehenden Dauermedikamenten tabellarisch zusammengefasst (siehe Tabelle 1). Der Umgang mit präoperativ verordneten Dauermedikamenten und die Empfehlungen werden teilweise je nach Zugehörigkeit der Fachgesellschaften unterschiedlich bewertet [8–15].

### Metformin

Antidiabetika sind die am dritthäufigsten verordneten Medikamente, darunter ist Metformin das am häufigsten verordnete orale Antidiabetikum in Deutschland [16]. Somit ist Metformin ein orales Antidiabetikum, das viele Patienten mit Typ II Diabetes in der täglichen Medikation erhalten. Eine seltene, aber potenziell tödliche Komplikation ist die Laktazidose

im perioperativen Verlauf. Die Häufigkeit einer Laktazidose wird mit 3:100.000 Patientenjahren angegeben. Wenn sie auftritt, ist die Mortalität mit 39–50 % hoch [17]. Nach heutiger Sichtweise ist die Hauptdeterminante einer Laktazidose im Zusammenhang mit Metformin nicht die Interaktion mit einer Allgemeinanästhesie, sondern die Kumulation bei einer höhergradigen Niereninsuffizienz mit Reduktion der glomerulären Filtrationsrate. Diese kann präoperativ bestehen oder sich auch postoperativ entwickeln.

Eine nicht angepasste Dosierung bei reduzierter glomerulärer Filtrationsrate ist daher der Hauptgrund für eine Laktazidose, weshalb Metformin pausiert werden sollte [17]. Sowohl nach Herstellerangaben als auch nach den Empfehlungen des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) muss die Metformingabe entsprechend 48 Stunden vor dem Eingriff pausiert werden [17].

### SGLT-2-Inhibitoren

Die seit 2014 eingeführten SGLT-2-Inhibitoren hemmen die renale Glukosereabsorption. Der antihyperglykämische Effekt ist abhängig von der Ausscheidung der Nierenfunktion. Ab einer GFR von < 60 ml/min ist der Einsatz der SGLT-2-Inhibitoren nicht mehr wirksam. Es sind Fälle von normoglykämischer Ketoazidose

unter SGLT-2-Medikationen beschrieben [18]. Vom Hersteller wurde auf die Notwendigkeit des Absetzens der SGLT-2-Inhibitoren bei akuten Erkrankungen und größeren chirurgischen Eingriffen hingewiesen [19, 20]. In den Fachinformationen findet sich keine Festlegung auf die präoperative Einnahmepause. Hier empfehlen wir aus Sicherheitsgründen ein 48-stündiges präoperatives Pausieren der Medikamenteneinnahme. Diese sollte postoperativ erst bei normaler Nierenfunktion fortgeführt werden.

### Ältere Patienten

Im älteren Patientenkollektiv geht die Gabe von Medikamenten mit einem höheren Risiko für das Auftreten eines Delirs einher. Hier sind vor allem Pethidin, Antihistaminika, Spasmolytika, trizyklische Antidepressiva und Atropin zu erwähnen [21].

### Fazit für die Praxis

Arzneimittelinteraktionen treten mit der Anzahl der verordneten Medikamente häufiger auf. Die Gabe von durchschnittlich ca. zehn Medikamenten während eines stationären Aufenthalts ist nicht ungewöhnlich. Somit sind Kenntnisse der Wirkungen, Arzneimittelinteraktionen und Herstellerempfehlungen unverzichtbar, um schwerwiegende Nebenwirkun-

gen zu verhindern. Zur besseren Übersicht haben wir die Empfehlungen im Umgang mit präoperativ und präanästhesiologisch bestehenden Dauermedikamenten tabellarisch zusammengefasst (siehe Tabelle 1). Für die Praxis hat sich im Rahmen von Anästhesien das in der Tabelle wiedergegebene Vorgehen bewährt.

Bei der Unterbrechung der Dauermedikation wird unterschieden, ob die Dauermedikation nur am OP-Morgen ausgesetzt oder über einen längeren Zeitraum präoperativ pausiert wird.

**Dr. med. Mathias J. Schreiner**

Karlsruhe

E-Mail: mathias.schreiner@  
klinikum-karlsruhe.de

**Prof. Dr. med. Franz Kehl**

Karlsruhe

E-Mail: franz.kehl@  
klinikum-karlsruhe.de

Ein Interessenkonflikt wird von den Autoren verneint.

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

**Tabelle 1: Empfehlungen im Umgang mit präoperativ und präanästhesiologisch bestehenden Dauermedikamenten**

Substanz	Empfehlung	Begründung
<b>1. Kardiovaskuläre Medikamente</b>		
Betablocker	fortführen	Deutsche Gesellschaft für Anästhesie und Intensivmedizin (DGAI), Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM)
	Vorgehen der eigenen Klinik:	
	fortführen	wenn prä OP Herzfrequenz nach Belastung ansteigt*
	aussetzen	wenn prä OP Herzfrequenz nach Belastung nicht ansteigt*
Nitrate	fortführen	Myokardischämie durch Rebound
Kalzium(Ca <sup>2+</sup> )-Antagonisten	aussetzen	Hypotonie
ACE-Hemmer	aussetzen	Hypotonie

Substanz	Empfehlung	Begründung
AT-Rezeptorblocker	aussetzen	Hypotonie
Digitalisglykoside	fortführen	Auftreten von Arrhythmien (präoperativ Spiegelkontrolle)
Diuretika	aussetzen	Hypovolämie
Statine	fortführen	Stabilisierung vulnerabler Plaques
<b>2. Antidiabetika</b>		
Sulfonylharnstoffe	aussetzen	verhindern organprotektive Effekte
Metformin	pausieren 48 h	Empfehlung der Hersteller (Risiko von Laktazidose bei Organdysfunktionen) vor und nach Applikation jodhaltiger Kontrastmittel [13]
	wenn nicht möglich	Laktatkontrolle postoperativ
SGLT-2-Inhibitoren	pausieren	Packungsbeilage [14, 18]
	pausieren 48 h	Vorgehen der eigenen Klinik: normoglykämie Ketoazidose
Insuline		
lang wirkende Insulinanaloge	fortführen	
kurz wirkende Insulinanaloge	aussetzen	Blutzuckerüberwachung mit Ziel unter 150 mg/dl
	reduzieren	Reduktion auf 25–50 % der normalen Dosis unter Kontrolle der Blutzuckerspiegel
<b>3. Gerinnungshemmer</b>		
Phenprocoumon	pausieren 7 Tage	Blutungsgefahr (INR-Kontrolle)
ASS 100 mg	fortführen	Ausnahme: neurochirurgische Operation
Apixaban	pausieren 4 Tage	Blutungsgefahr
Clopidogrel	pausieren 7 Tage	
Dabigatran	pausieren 4 Tage	
Rivaroxaban	pausieren 3 Tage	
Ticagrelor	pausieren 5 Tage	
Edoxaban	pausieren 4 Tage	
<b>4. Psychopharmaka – in der Regel nicht unterbrechen</b>		
Trizyklische Antidepressiva	fortführen	CAVE: psychiatrischer Rückfall; verstärkte Wirkung direkter Sympathomimetika; abgeschwächte Wirkung indirekter Sympathomimetika
MAO-Hemmer	fortführen	CAVE: psychiatrischer Rückfall, Pethidin, Tramadol, indirekte Sympathomimetika
SSRI	fortführen	CAVE: Tramadol, Pethidin; Serotoninsyndrom (Muskelrigidität, Hyperreflexie, Agitation), letaler Ausgang [11]
Lithium	fortführen	Spiegelkontrolle, renale Elimination



Substanz	Empfehlung	Begründung
<b>5. Andere Medikamente</b>		
L-Dopa	fortführen	Parkinson-Krise
MCP/DHB	aussetzen	extrapyramidal motorische Störungen
Kortikosteroide	fortführen	CAVE: relative NNR-Insuffizienz; Hydrocortison-Substitution i. v. wenn Einnahme über Cushing-Schwelle
<b>6. Analgetika</b>		
Opiate	fortführen	Entzug, postoperative Analgesie planen
Buprenorphin	fortführen	
NSAR	fortführen	
<b>7. Lunge</b>		
β-Agonisten	fortführen	Bronchodilatation, Nebenwirkung Tachykardie, Asthma-Inhaler mit in den OP
<b>8. Hormone</b>		
Schilddrüsenhormone	fortführen	Kontrolle der Laborwerte bei symptomatischer Klinik oder unklarer Hormonsubstitution

**Aussetzen:** am OP-Tag morgens nicht verordnen, bei komplikationslosem Verlauf abends nach Plan.

**Fortführen:** nach Plan.

**Pausieren:** angegebene Einnahmepause vor der Anästhesie. Postoperatives Ansetzen nach individueller Entscheidung. Der Umgang mit präoperativ verordneten Dauermedikamenten und die Empfehlungen werden teilweise je nach Zugehörigkeit der Fachgesellschaften unterschiedlich bewertet [8–15].

\* Belastung: ein Stockwerk so schnell es geht hochlaufen, vorher und nachher Pulsmessung (stair climbing test).

## Ärzttekammer



**Engagierter Austausch:** Am 24. April 2019 trafen sich das Präsidium der Landesärztekammer Hessen und der Vorstand der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz in Guntersblum. In angenehmer Atmosphäre wurden Themen wie zum Beispiel die jeweiligen Kammerstrukturen oder die Durchführung von Kenntnisprüfungen diskutiert. Wiederholungen sind geplant.

## Literatur zum Artikel:

# Welche Medikamente sollen vor Anästhesien abgesetzt werden?

von Dr. med. Mathias J. Schreiner und Prof. Dr. med. Franz Kehl

- [1] Schiff JH, Welker A, Fohr B et al.: Major incidents and complications in otherwise healthy patients undergoing elective procedures: results based on 1.37 million anaesthetic procedures. *Br J Anaesth* 2014; 113: 109–121.
- [2] Gottschalk A, Van Aken H, Zenz M, Standl T: Is anesthesia dangerous? *Dtsch Arztebl int* 2011; 108: 469–474.
- [3] Vollmer MK, Rhee TS, Rigby M et al.: Modern inhalation anesthetics: Potent green house gases in the atmosphere. *Geophys Res Lett* 2015; 42: 1606–1611.
- [4] Lotz C, Kehl F: Volatile anesthetic-induced cardiac protection: molecular mechanisms, clinical aspects, and interactions with nonvolatile agents. *J Cardiothorac Vasc Anesth* 2015; 29: 749–760.
- [5] Sumpelmann R, Becke K, Brenner S et al.: Perioperative intravenous fluid therapy in children: guidelines from the Association of the Scientific Medical Societies in Germany. *Paediatr Anaesth* 2017; 27: 10–18.
- [6] Writing Committee for the VISION Study Investigators, Devereaux PJ, Biccari BM, Sigamani A et al.: Association of postoperative high-sensitivity troponin levels with myocardial injury and 30-day mortality among patients undergoing noncardiac surgery. *JAMA* 2017; 317: 1642–1651.
- [7] Walsh M, Devereaux PJ, Garg AX et al.: Relationship between intraoperative mean arterial pressure and clinical outcomes after noncardiac surgery: toward an empirical definition of hypotension. *Anesthesiology* 2013; 119: 507–51
- [8] Zwissler B: Empfehlungen von DGAI, DGIM, DGCH: Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nichtkardiologischen Eingriffen. *Kardiologe* 2011, 5: 13–26.
- [9] Gallwitz B, Siegel EG: Positionspapier der Deutschen Diabetes Gesellschaft zur Therapie des Diabetes mellitus im Krankenhaus: [https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisempfehlungen/2017/Positionspapier\\_der\\_DDG\\_zur\\_Therapie\\_des\\_DM\\_im\\_Krankenhaus\\_2\\_revidierte\\_Fassung\\_Dreyer\\_2017\\_SV\\_30052017.pdf](https://www.deutsche-diabetes-gesellschaft.de/fileadmin/Redakteur/Leitlinien/Praxisempfehlungen/2017/Positionspapier_der_DDG_zur_Therapie_des_DM_im_Krankenhaus_2_revidierte_Fassung_Dreyer_2017_SV_30052017.pdf) (letzter Zugriff: 8. Oktober 2018). 2. revidierte Fassung; Berlin, Mai 2017.
- [10] Bundesärztekammer (BÄK), Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV), Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF). Nationale VersorgungsLeitlinie Therapie des Typ-2-Diabetes – Langfassung: [http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2\\_therapie](http://www.versorgungsleitlinien.de/themen/diabetes2/dm2_therapie) (letzter Zugriff: 8. Oktober 2018). 1. Auflage, Version 4; Berlin, 2013; zuletzt geändert: November 2014.
- [11] Milde AS, Motsch J: Medikamenteninteraktionen für den Anästhesisten; *Anaesthesist* 2003; 52: 839–859.
- [12] Präoperative Evaluation erwachsener Patienten vor elektiven, nicht herzthoraxchirurgischen Eingriffen. Gemeinsame Empfehlung der DGAI, DGCH und DGIM. *Anästh Intensivmed* 2017; 58: 349–364.
- [13] Merck Serono GmbH: Packungsbeilage „Metforminhydrochlorid 500 und 1000 mg“. Stand: 2015.
- [14] Boehringer Ingelheim Lilly: Gebrauchsinformation Empagliflozin (Jardiance®) 10 und 25 mg: Information für Patienten. Stand: 2017.
- [15] Waurick K, Riess H, Van Aken H, Kessler P et al.: Rückenmarksnahe Regionalanästhesien und Thromboembolieprophylaxe/ antithrombotische Medikation: [https://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/001-005l\\_S1\\_R%C3%BCckenmarksnahe\\_Regionalan%C3%A4sthesie\\_Thromboembolieprophylaxe\\_2015-01.pdf](https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/001-005l_S1_R%C3%BCckenmarksnahe_Regionalan%C3%A4sthesie_Thromboembolieprophylaxe_2015-01.pdf) (letzter Zugriff: 8. Oktober 2018). 3. überarbeitete Empfehlung der Deutschen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin; Stand: Juli 2014.
- [16] Boden I, Gromes A, Michels C, Reinert W, Verheesen M: Arzneimittelmarkt in Deutschland – Zahlen und Fakten: [https://www.bah-bonn.de/bah/?type=565&file=redakteur\\_filesystem/public/BAH-Zahlenbroschue-re-2015-web.pdf](https://www.bah-bonn.de/bah/?type=565&file=redakteur_filesystem/public/BAH-Zahlenbroschue-re-2015-web.pdf) (letzter Zugriff: 8. Oktober 2018). Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V.; Bonn, Berlin, April 2016.
- [17] Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft. Aus der UAW-Datenbank: Zunahme von Spontanberichten über Metformin-assoziierte Laktazidosen. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: A 464.
- [18] AstraZeneca GmbH, Boehringer Ingelheim Pharma GmbH: Risiko einer diabetischen Ketoazidose während der Behandlung mit SGLT-2 Inhibitoren. Informationsbrief vom Juli 2015.
- [19] AstraZeneca AB, Boehringer Ingelheim International GmbH, Janssen Cilag International NV: Aktualisierte Hin-

weise zum Risiko einer diabetischen Ketoazidose während der Behandlung mit SGLT-2 Inhibitoren. Informationsbrief vom 14. März 2016.

[20] European Medicines Agency (EMA): EMA confirms recommendations to minimise ketoacidosis risk with SGLT-2 inhibitors for diabetes: [https://www.ema.europa.eu/documents/referral/sglt2-inhibitors-article-20-procedure-ema-confirms-recommendations-minimise-ketoacidosisrisk-sglt2\\_en.pdf](https://www.ema.europa.eu/documents/referral/sglt2-inhibitors-article-20-procedure-ema-confirms-recommendations-minimise-ketoacidosisrisk-sglt2_en.pdf) (letzter Zugriff: 8. Oktober 2018). EMA/265224/2016; London, 28. April 2016.

[21] Holt S, Schmiedl S, Thürmann PA: Potenziell inadäquate Medikation für ältere Menschen: die PRISCUS-Liste: Dtsch Arztlblt 2010; 107: 543–551.

# Neue Aufbaufortbildungen Urologie-Onkologie an der Carl-Oelemann-Schule

Elf Teilnehmerinnen waren die Ersten, die an der neuen Reihe der Aufbaufortbildungen Urologie-Onkologie mit dem Thema „Prostata-Karzinom“ für Medizinische Fachangestellte (MFA) teilgenommen haben.

Dr. med. Norbert Oppermann, Dozent der Fortbildung, freute sich am 23. März über einen erfolgreichen Start in die neue Fortbildungsreihe, die gemeinsam mit Vertretern des Berufsverbandes der Deutschen Urologen e. V. (BvDU), der Hessischen Urologen Gesellschaft (HUG) und der Carl-Oelemann-Schule (COS) entwickelt wurde. Neben der Vermittlung von theoretischen Inhalten beinhaltet die Fortbildung auch die praxisnahe Bearbeitung von Fallbeispielen. Hierbei konnten die Teilnehmerinnen ihre bereits vorhandenen Erfahrungen einbringen und die Handlungsabläufe im Plenum beraten, was zu großer Bereicherung im fachlichen Austausch führte. Oppermann war begeistert vom Engagement der Teilnehmerinnen.

## Bedarf an qualifiziertem Fachpersonal ist groß

Hintergrund, diese Fortbildungsreihe für MFA anzubieten, ist die Bedarfslage im Bereich der Urologie. Für die Behandlung



Teilnehmerinnen der Fortbildung mit dem Dozenten Dr. med. Norbert Oppermann.

und Betreuung dieser Patienten benötigen Ärzte qualifiziertes Fachpersonal.

Die insgesamt sechs Module der Aufbaufortbildung richten sich an MFA, die bereits am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ teilgenommen haben und ihr Wissen aktualisieren und im Schwerpunkt erweitern möchten. Die einzelnen Module entsprechen dem inhaltlich und zeitlich geforderten Umfang gemäß der Onkologie-Vereinbarung und sind daher auch von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen als Aktualisierungsfortbildung anerkannt.

Die Fortbildungsreihe umfasst folgende Themenschwerpunkte:

- UroOnko Assistenz (6 Std.)

- UroOnko Fokus I: „Prostata-Karzinom“ (6 Std.)
- UroOnko Fokus II: „Blasenkarzinom“ (6 Std.)
- UroOnko Fokus III: „Nierenkarzinom“ (6 Std.)
- UroOnko Fokus IV: „Hodentumor und Peniskarzinom“ (8 Std.)

Informationen zu den einzelnen Fortbildungen erhalten Sie von Elvira Keller, Fon: 06032 782-185 oder im Internet: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de).

**Gabriele Brüderle-Müller**  
Assistentin der Schulleitung  
Carl-Oelemann-Schule

## Büchertipps von Lesern für Leser

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

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

Foto: © Thomas Bethge – stock.adobe.com

Anzeige



## 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 1 – ABS-Beauftragter:

Mo., 26.–Fr., 30. August 2019

40 P

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

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

##### FAST – Frankfurter Antibiotic Stewardship Tagung

Do., 29. August 2019

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

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

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

#### Hämotherapie

##### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Mi., 04.–Do., 05. September 2019

16 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen  
**Ort:** Gießen, Universitätsklinikum  
**Gebühr:** 340 € (Akademiestatistiker 306 €)

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

#### Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

##### Gastroenterologie

Mi., 18. September 2019

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth,  
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber  
**Ort:** Frankfurt, Hanauer Landstraße  
**Gebühr:** 30 € (Akademiestatistiker 27 €)

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

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

Wiederholungsseminar: Sa., 09. November 2019

10 P

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

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

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

#### Arbeitsmedizin

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

Fr., 01.–Sa., 02. November 2019

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

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

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

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

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

6 P

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

6 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden  
**Gebühr:** 110 € (Akademiestatistiker 99 €)

**Max. Teilnehmerzahl:** 25

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

#### EKG-Kurs mit praktischen Übungen

##### EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 16.–Sa., 17. August 2019

22 P

**Gebühr:** 320 € (Akademiestatistiker 288 €)

##### EKG-Refresher-Kurs

Do., 24. Oktober 2019

10 P

**Gebühr:** 140 € (Akademiestatistiker 126 €)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

## Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

**Kriseninterventionsseminar** (folgende Termine zur Auswahl):  
**Do., 06. Juni 2019** oder **Mi., 14. August 2019** **8 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt  
 PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz  
**Gebühren:** 160 € (Akademiestmitgl. 144 €)

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

## Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ –  
 Gastroenterologie – Pneumologie**  
**Mi., 26. Juni 2019** **7 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen  
**Gebühr:** 75 € (Akademiestmitglieder kostenfrei)

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

## Diabetologie

### Aktuelle Diabetologie

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

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

**Leitung:** Dr. med. P. Bauer, Gießen  
 Dr. med. M. Eckhard, Gießen  
**Gebühr:** 50 € (Akademiestmitglieder 45 €)

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

**Leitung:** Dr. med. J. Heitmann, Marburg  
 Dipl.-Psych. M. Specht, Wiesbaden  
 Prof. Dr. med. R. Schulz, Wiesbaden  
**Gebühr:** 650 € (Akademiestmitglieder 585 €)

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

## Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

**Sa., 31. August 2019** **8 P**

**Leitung:** A. Zolg M.Sc, A. Wolf, Frankfurt  
**Gebühr:** 100 € (Akademiestmitglieder 90 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

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

**Gebühr:** 130 € (Akademiestmitglieder 117 €)  
 Weitere Module unter: [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

**Gebühr:** 250 € (Akademiestmitglieder 225 €)  
 Weitere Module unter: [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Impfkurs

**Sa., 21. September 2019** **10 P**

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

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Spezialkurs Röntgendiagnostik

**Fr., 06.–Sa., 07. September 2019**

Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage  
**Gebühr:** 340 € (Akademiestmitglieder 306 €)

### Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)

**Sa. 26. Oktober 2019**

**Gebühr:** Theorie: 100 € (Akademiestmitgl. 90 €)  
 Praxis: 60 € (Akademiestmitgl. 54 €)  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle,,  
 Frankfurt

### Aktualisierungskurs

**Sa., 30. November 2019**

**Leitung:** Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt  
**Gebühr:** 150 € (Akademiestmitgl. 135 €)

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

## Notfall- und Intensivmedizin

### Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 28. September 2019 11 P

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

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

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

Sa., 09. November 2019 12 P

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

**Ort:** Kassel, Hess. Landesfeuerweherschule

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

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 07.–Sa., 09. November 2019 30 P

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

M. Leimbeck, Braunfels

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

### Notfallmedizin machbar machen

Mi., 27. November 2019 6 P

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

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

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

### 41. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Mo., 21.–Fr., 25. Oktober 2019 55 P

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

Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. G. Rohde

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

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

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

## Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

### Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Do., 21. November 2019

**Leitung:** Dr. med. A. Lengler, Gießen

**Gebühr:** 150 € (Akademiestatistiker 135 €)

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@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 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

**Max. Teilnehmerzahl:** 40

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

## Ultraschall

### Gefäße

#### Aufbaukurs (periphere Gefäße)

Do., 13.–Fr., 14. Juni 2019 (Theorie)

Sa., 15. Juni 2019 (Praktikum)

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

#### Abschlusskurs (periphere Gefäße)

Fr., 29. November 2019 (Theorie)

Sa., 30. November 2019 (Praktikum)

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

**Orte Praktika:** Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Frankfurt

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

### Abdomen und Retroperitoneum

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

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

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

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

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

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

#### Modul Schilddrüse I

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

**Gebühr:** 250 € (Akademiestatistiker 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

## Palliativmedizin

### Refresher Palliativmedizin

Sa., 19. Oktober 2019 10 P

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

**Gebühr:** 140 € (Akademiestatistiker 126 €)

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

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 06. November 2019 8 P

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

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

**Gebühren:** 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: claudia.loeffler@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 €  
 (Akademiestatistiker 432 €)  
**Block II:** Mi., 12.–Sa., 15. Februar 2020  
**Ort:** Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Leitung:** Dr. med. P. Groß, Darmstadt  
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Rechtsmedizin

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

## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

**Fr., 27. – Sa., 28. September 2019** 20 P  
**Leitung:** Dr. med. W. Zeckey, Fulda  
**Gebühr:** 360 € (Akademiestatistiker 324 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@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 € (Akademiestatistiker 189 €)  
 2 + 4, 5a, 5b: je 280 €  
 (Akademiestatistiker 252 €)  
 5c + 6: 490 € (Akademiestatistiker 441 €)  
 Hausarbeit u. Prüfungen inkludiert  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208  
 E-Mail: caroline.winkler@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!  
**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  
**C2** **Mi., 04.–Mi., 11. Dezember 2019**  
 Beginn Telearnphase: 04. November 2019  
**Gebühren je Kurs:** 600 € (Akademiestatistiker 540 €)  
**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
 E-Mail: sandra.scherbel@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 € (Akademiestatistiker 252 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de



## Palliativmedizin

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

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

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

<b>Block C:</b>	<b>Fr., 30.–Sa., 31. August 2019</b>	<b>20 P</b>
<b>Leitung:</b>	C. Drefahl, Frankfurt Dr. med. W. Merkle, Frankfurt	
<b>Block B:</b>	<b>Fr., 01.–Sa., 02. November 2019</b>	<b>20 P</b>
<b>Ort:</b>	Kassel, Klinikum	
<b>Leitung:</b>	PD Dr. med. M. Gehling, Kassel Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel	
<b>Gebühren je Block:</b>	280 € (Akademiestudenten 252 €)	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de	

## Curriculum Qualifikation Tabakentwöhnung

Blended Learning-Veranstaltung

<b>1. Präsenztage:</b>	<b>Fr., 25. Oktober 2019</b>
Telelernphase:	26. Oktober–06. Dezember 2019
<b>2. Präsenztage:</b>	<b>Sa., 07. Dezember 2019</b>
<b>Gebühr:</b>	300 € (Akademiestudenten 270 €)
<b>Leitung:</b>	D. Paul, Frankfurt
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	C. Winkler, Fon: 06032 782-208, E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

<b>Block I:</b>	<b>Di., 12.–Sa., 16. November 2019</b>
<b>Gebühr Block I:</b>	990 € (Akademiestudenten 891 €)
Weitere Blöcke unter:	www.akademie-laekh.de
<b>Leitung:</b>	N. Walter, Frankfurt
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

## Akupunktur

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

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

<b>G7 – G8:</b>	<b>Fr., 14.–Sa., 15. Juni 2019</b>
<b>G9 – G10:</b>	<b>Fr., 13.–Sa., 14. September 2019</b>
<b>G11 – G12:</b>	<b>Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019</b>
<b>G13 – G14:</b>	<b>Fr., 29.–Sa., 30. November 2019</b>
<b>G15 (A-Diplom) Sa.,</b>	<b>07. Dezember 2019</b>

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

<b>Fr., 13.–Sa., 14. September 2019</b>
<b>Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019</b>
<b>Fr., 01.–Sa., 02. November 2019</b>

**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

## 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.

<b>ZTK 7, 9, 11:</b>	<b>Mo., 23.–Sa., 28. September 2019</b>	<b>48 P</b>
<b>ZTK 1, 12, 14:</b>	<b>Mo., 04.–Sa., 09. November 2019</b>	<b>48 P</b>
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer, Frankfurt	
<b>Gebühr:</b>	jeweils 880 € (Akademiestudenten 792 €)	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de	

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

<b>Mi., 27.– Sa., 30. November 2019</b>	<b>insg. 42 P</b>
Themenübersicht:	
<b>Mi.: Gynäkologische Onkologie</b>	<b>11 P</b>
<b>Do.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin</b>	<b>10 P</b>
<b>Fr.: Gynäkologie inkl. Urogynäkologie</b>	<b>10 P</b>
<b>Sa.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik</b>	<b>11 P</b>
<b>Gesamtleitung:</b>	Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt
<b>Gebühr ges.:</b>	480 € (Akademiestudenten 430 €)
<b>Gebühr/Tag:</b>	150 € (Akademiestudenten 135 €)
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	S. Holler, Fon: 06032 782-226 E-Mail: susanne.holler@laekh.de

## Allgemeinmedizin

### Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

**Kurs B – Modul IIa:** Fr., 20.–Sa., 21. September 2019

**Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

**Gebühren:** 300 € (Akademiestmitgl. 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 € (Akademiestmitglieder 234 €)

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

## Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden.

Weitere Termine werden 2020 und 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

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

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

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

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

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

**Gebühren:** Kursblock II 1.200 €

(Akademiestmitglieder 1.080 €)

Kursblock III 650 €

(Akademiestmitglieder 585 €).

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

## Repetitorium Innere Medizin

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

**Mo., 25.–Sa., 30. November 2019**

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

**Gebühr ges.:** 560 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 504 €)

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

**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

E-Mail: adiola.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 € (Akademiestmitgl. 612 €)

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

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

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

**https://portal.laekh.de** oder **www.akademie-laekh.de**

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

### Neurologie und Psychiatrie (120 Stunden)

#### Inhalte:

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

**PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung**

**PAT 2: Wahrnehmung und Motivation**

zu belegen.

**Beginn (NP):** 06.09.2019

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

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

### Klinikassistentz (100 Stunden)

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

#### Inhalte:

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

**Termin (KLA):** ab 19.08.2019

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

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

### Zusatztermin: Assistenz beim ambulanten Operieren (80 Stunden)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

#### Lehrgangsinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation

- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

**Termin (AOP):** ab Mi., 30.10.2019

**Gebühr:** € 950 zzgl. 60 €. Lernerfolgskontrolle

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

### Durchführung der Ausbildung

#### Fortbildungen in Wiesbaden und Kassel

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

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

Fr., 02.08.2019–Sa., 03.08.2019 und

Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019

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

Fr., 09.08.2019–Sa., 10.08.2019 und

Do., 29.08.–Sa., 31.08.2019

**Gebühr:** 480 €

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

### Palliativversorgung (120 Stunden)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen. Zusätzlich sind die Fortbildungen „Kommunikation und Gesprächsführung“ (95 €) sowie „Wahrnehmung und Motivation“ (95 €) zu belegen.

Nähere Informationen finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

**Beginn:** ab 15.08.2019

**Gebühr:** 970 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

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

### Onkologie

#### Qualifizierungslehrgang Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes



bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

**Beginn:** ab Mi., 28.08.2019

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

### Aufbaufortbildungen Onkologie

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

#### Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumorthapeutika

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

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

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

**Gebühr:** 280 €

#### UroOnko Assistenz

**Inhalte:**

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

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

**Gebühr:** 110 €

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

### Strahlenschutzkurse

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

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

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

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

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

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

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

**Gebühr:** 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

#### Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

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

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

**Gebühr:** 110 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Ein- bis zweitägige Fortbildungen

#### Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen

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

**Termin (PAT 11\_2):** Sa., 26.10.2019, 09:30–16:00 Uhr

**Gebühr:** 110 €

#### Zusatztermin: Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil II

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

**Termin (PAT 12\_2):** Sa., 09.11.2019, 09:30–15:00 Uhr

**Gebühr:** 110 €

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

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

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

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

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

#### Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

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

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

## Medizinische Fachangestellte feiern ihren Abschluss



Mit Rosen und strahlendem Lächeln: 41 Medizinische Fachangestellte aus der Region Kassel feiern ihren Abschluss.

### Bezirksärztekammer Kassel überreicht 41 Absolventinnen ihre Zeugnisse

Es ist wieder geschafft. Mit dem erfolgreichen Abschluss ihrer dreijährigen Ausbildung haben insgesamt 41 Medizinische Fachangestellte (MFA) die Grundlage für ein erfolgreiches Berufsleben gelegt. Die feierliche Zeugnisübergabe fand am 10. April in der Stadthalle Baunatal statt.

Der stellvertretende Vorsitzende der Bezirksärztekammer Kassel, Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, gratulierte den Prüflingen in seiner Rede zum erfolgreichen Abschluss der Berufsausbildung. Seinen Glückwünschen schloss sich die Abteilungsleiterin der Willy-Brandt-Schule Kassel, Studiendirektorin

Charlotte Daum, an, indem sie die Bedeutung des Berufes der Medizinischen Fachangestellten für die Arztpraxis hervorhob. Die Vertreterin des Verbandes der medizinischen Fachberufe Sabine Faupel hob die hohe Verantwortung und die Gewissenhaftigkeit der Medizinischen Fachangestellten hervor.

Die ehemaligen Auszubildenden Sabine Löhnert und Dorothea Künneke – Willy-Brandt-Schule Kassel – sowie Sena Marie Ajouri (Berufliche Schulen Bad Hersfeld) wurden für sehr gute Leistungen mit Blumensträußen ausgezeichnet.

(BezÄK Kassel)

### Bezirksärztekammer Gießen verabschiedet 22 MFA aus Ausbildung

Feierliche Zeugnisübergabe an 22 Medizinische Fachangestellte aus der Bezirksärztekammer Gießen: Vier Medizinische Fachangestellte (MFA) erzielten im Praktischen Teil die Note „sehr gut“ und wurden jeweils mit einem Blumenstrauß geehrt.

Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, führte in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim durch das Programm. Er begrüßte bei der Feier Ende März die Absolventinnen, deren Angehörige und Freunde, die ausbildenden Ärztinnen und Ärzte sowie die Vertreter der Berufsschulen und der MFA-Prüfungsaus-

schüsse. „Die soziale Kompetenz ist wichtige Voraussetzung für den persönlichen Erfolg im Beruf und im Umgang mit den Patienten“, betonte Hübner in seiner Festansprache. Auch Empathie und Zuwendungsbereitschaft seien Eigenschaften, die im Praxisalltag ständig trainiert werden müssen.

Weitere Ansprachen hielten außerdem für die Berufsschulen Studienrätin Dr. Rebecca Traurig, Lehrkraft der Willy-Brandt-Schule Gießen, und Jutta Hartmann für den Verband Medizinischer Fachberufe e. V. Musikalisch eingerahmt wurde die Feier durch das Querflöten-Trio der Musikschule Bad Nauheim.

#### Umfrage zur beruflichen Zukunft

Dass diese hochwertige Ausbildung auch auf dem Arbeitsmarkt gefragt ist, zeigt eine Umfrage der Landesärztekammer Hessen unter den anwesenden Teilnehmerinnen der Abschlussprüfung: 67 Prozent der Absolventinnen haben einen Arbeitsplatz in ihrer Ausbildungspraxis, zwei konnten einen Arbeitsplatz in einer anderen Praxis finden. Nur zwei Absolventinnen mussten sich arbeitslos melden. Eine Absolventin arbeitet berufsnah, eine andere startet eine weitere Ausbildung.

(BezÄK Gießen)

## Bezirksärztekammer Frankfurt gratuliert 89 Absolventinnen und Absolventen

Am 10. April fand in feierlichem Rahmen die Freisprechungsfeier mit Zeugnisübergabe an die Absolventen und Absolventinnen zur/zum Medizinischen Fachangestellten der Bezirksärztekammer Frankfurt statt. Dr. med. Wolfgang Seher, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, gratulierte den 89 Absolventen zur bestandenen Prüfung, von denen sieben die praktische Prüfung mit Note 1 bestanden hatten.

Weitere Grußworte wurden von Studiendirektorin Doreen Beyer, Abteilungsleiterin der Julius-Leber-Schule in Frankfurt, und Jutta Hartmann, Arbeitnehmervertreterin des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V., an die Anwesenden gerichtet. Dr. med. Julia Klippel, seit Sommer 2018 Schulleiterin an der Konrad-Adenauer-Schule in Kriftel, wurde im Rahmen der Freisprechungsfeier mit großem Dank und viel Lob für ihr Engagement verabschiedet. Sie hat sich 15 Jahre als Prüferin und über 20 Jahre lang als Ausbildungsberate-



Dr. med. Wolfgang Seher, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Frankfurt, verabschiedet Dr. med. Julia Klippel, die sich viele Jahre ehrenamtlich rund um diesen Ausbildungsberuf engagierte.

rin ehrenamtlich bei der Landesärztekammer Hessen engagiert.

Untermalt wurde die Feierlichkeit vom Klarinetten-Trio „di Bassetto“.

(BezÄK Frankfurt)



Freude über den gelungenen Abschluss der Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten.

## Bezirksärztekammer Kassel

## Ehrungen MFA/Arzthelfer\*innen



Festliche Verleihung der Abschlusszeugnisse für die neuen Medizinischen Fachangestellten in Wiesbaden: Nach dem Gruppenfoto im Festsaal des Rathauses wurde bei einem Glas Sekt gefeiert. Rechts hinten der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Dr. med. Michael Weidenfeld. Seitens der BezÄK Wiesbaden gratulierte auch Annette Weber (links).

### Bezirksärztekammer Wiesbaden spricht 52 Medizinische Fachangestellte frei

Am 3. April 2019 fand die Freisprechung der Medizinischen Fachangestellten der Bezirksärztekammer Wiesbaden statt. Insgesamt beendeten 49 Absolventinnen und 3 Absolventen ihre Ausbildung. Moderiert wurde die Feier von Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Vor circa 50 Familienangehörigen, Gästen sowie Ausbildern und Lehrern wurden im festlichen Rahmen die Abschlusszeugnisse übergeben. Zwei Absolventinnen haben ihren praktischen Teil der Abschlussprüfung mit der Note sehr gut abgeschlossen: Destina Dilara Beyaz, Ausbildungspraxis Prof. Dr. med. Filipas-Wackenhut in Wiesbaden, sowie Kateyna Norenz, Ausbildungspraxis Kardiologie im medicum

Wiesbaden. Mit einer Rede bedankten sich die beiden Einser-Absolventinnen bei ihren Ausbildungspraxen und Lehrern für die Unterstützung.

Dass Kateyna Norenz die Hospitationsmöglichkeit im Rahmen ihrer Ausbildung wahrgenommen hat, freute Weidenfeld besonders, der zugleich auch Geschäftsführer des medicums ist: „Ich glaube, wir sind auf dem richtigen Weg, durch den Ausbildungseinsatz der Auszubildenden in unterschiedlichen, interdisziplinären Praxen die Ausbildungsergebnisse deutlich zu verbessern. Wir werden dieses Konzept weiter entwickeln.“

(BezÄK Wiesbaden)

### Frauennotruf Frankfurt – Jahresstatistik

Insgesamt wandten sich im vergangenen Jahr 667 Frauen an die Beratungsstelle Frauennotruf in Frankfurt/Main. Dabei handelte es sich in 289 Fällen um Körperverletzungsdelikte (2017: 269), in 41 Fällen (2017: 31) um sexuelle Belästigung (18 davon am Arbeitsplatz) und in 196 Fällen um eine versuchte oder vollendete Vergewaltigung. Die übrigen Fälle lassen sich weiteren Formen von Gewalt wie zum Beispiel psychische Gewalt, Stalking, digitale Gewalt, Bedrohungen oder Belästigungen zuordnen. 126 Frauen konnten 2018

von der Möglichkeit der medizinischen Soforthilfe nach Vergewaltigung ohne vorausgegangene Anzeige profitieren. Davon 46 Frauen in Frankfurt, weitere 46 Frauen in Hessen, 14 in Baden-Württemberg und 20 Frauen in Rheinland-Pfalz. Das sind 48 Prozent mehr als noch im Jahr zuvor. 16 Städte und Regionen in drei Bundesländern und insgesamt 26 Krankenhäusern haben sich dem Modell angeschlossen. Weitere fünf Städte und Landkreise sollen 2019 folgen. Internet: [www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de](http://www.soforthilfe-nach-vergewaltigung.de) (red)

Aufgrund §§ 10 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 6 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 6687), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 folgende Satzung beschlossen:

### Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen

#### I.

Die Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 47–50), wird wie folgt geändert:

#### 1.) § 6a Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Gegen den Veranlagungsbescheid kann der betroffene Arzt innerhalb eines Monats nach Zugang schriftlich oder zur Niederschrift bei der Landesärztekammer Hessen Widerspruch einlegen.“

#### 2.) Die Überschrift des § 7 wird wie folgt ergänzt:

„§ 7 Elektronische Verarbeitung und Datenschutz“

#### II.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juni 2019 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Satzung zur Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2019



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

-----

#### Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales  
und Integration  
(18b2120–0002/2008/036)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in ihrer 4. Delegiertenversammlung der 16. Wahlperiode am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Beitragsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 11. April 2019  
Im Auftrag  
gez. Dr. Stephan Hölz

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

### Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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



### Ungültigkeitserklärung

#### einer Unbedenklichkeitsbescheinigung (Certificate of Good Standing) der Landesärztekammer Hessen

Mit sofortiger Wirkung erklärt die Landesärztekammer Hessen die Unbedenklichkeitsbescheinigung (Certificate of Good Standing), ausgestellt auf Herrn Saad Alsanosi, geboren am 1. Januar 1982 in Tobruk/Libyen rückwirkend für ungültig. Die Urkunde hat das Format DIN A 4, trägt die Überschrift Unbedenklichkeitsbescheinigung (Certificate of Good

Standing) und ist am 10. November 2017 ausgestellt worden. Jede weitere Benutzung dieser Urkunden wird strafrechtlich verfolgt.

Frankfurt am Main, 8. Mai 2019

gez. Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident der Landesärztekammer Hessen –



### Buchtip

#### Leonard Cohen (1934–2016) Die Flamme – The Flame

Zweisprachige Ausgabe. Kiepenheuer & Witsch, Köln 2018, 352 Seiten, geb. mit Illustrationen, € 30

#### HALF THE PERFECT WORLD [excerpt]

The candles burned  
The moon went down  
The polished hill  
The milky town  
Transparent, weightless, luminous  
Uncovering the two of us  
On that fundamental ground  
Where love's unwilled, unleashed,  
Unbound  
And half the perfect world is found

#### DIE HÄLFTE DER VOLLKOMMENEN WELT [Auszug]

Die Kerzen brannten  
Der Mond versank  
Der polierte Hügel  
Die milchige Stadt  
Die durchsichtig, schwerelos, luminös  
Uns beide einander entblößte  
Auf jenem ureigentlichen Grund  
Wo Liebe zwanglos entfesselt  
Ungebunden  
Und die Hälfte der vollkommenen Welt gefunden

Übersetzung: Christian Lux

### Wir gedenken der Verstorbenen



## Die LÄKH-Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ informiert

### Ausbildungsbestimmungen

Zu Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, u.a. Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG)
- Probezeit
- Teilnahme an Prüfungen
- Freistellungen
- Kostenübernahmen
- Vertragliche Bestimmungen (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)

- Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung

Die „Ausbildungsbestimmungen“ im Internet:

[www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege](http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/vorschriften-und-vertraege) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/jtxkpkq>

### Externenprüfung

Erwerb des Abschlusses im staatlich anerkannten Ausbildungsberuf „Medizinische/r Fachangestellte/r“ durch Externenprüfung: Nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz können auch Kandidaten zur Abschlussprüfung zugelassen werden, die keine Ausbildung im dualen System durchlaufen haben.

Informationen zur „Externenprüfung“ im Internet unter [www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/pruefungen](http://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/pruefungen) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyupm7j9>

## Ungültige Arztausweise

### Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 60052857 ausgestellt am 20.02.2018 für Faried Ayad, Kassel

**Arztausweis-Nr.** 60047305 ausgestellt am 20.02.2017 für Dr. med.

Stefan Barzen, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60046842 ausgestellt am 26.01.2017 für Eugenia Dietrich, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60058419 ausgestellt am 14.03.2019 für Dr. med.

Sibylle Köhler, Kassel

**Arztausweis-Nr.** 60037487 ausgestellt am 25.02.2015 für Dr. med.

Christin Lampe, Mainz

**Arztausweis-Nr.** 60050528 ausgestellt am 12.10.2017 für Dr. med.

Christiane Lehnert, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60049785 ausgestellt am 23.08.2017 für Dr. med.

Michael Merker, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60055961 ausgestellt am 05.10.2018 für M.B.Ch.B./Univ.

Bagdad Martin Naisan, Wiesbaden

**Arztausweis-Nr.** 60033644

ausgestellt am 19.05.2014 für

Norgard Ortwein-Horn, Kelkheim

**Arztausweis-Nr.** 60046740

ausgestellt am 20.01.2017

für Martin Renwick, Wiesbaden

**Arztausweis-Nr.** 60055315

ausgestellt am 20.08.2018

für Dr. med. Pascal Repp, Mühlthal

**Arztausweis-Nr.** 60042534 ausgestellt

am 30.03.2016 für Kerstin Saalabian,

Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60041563

ausgestellt am 21.01.2016 für

Dr. med. Wiard Schaumann, Frankfurt

**Arztausweis-Nr.** 60038817

ausgestellt am 18.06.2015

für Dr. med. Florian Seger, Stans

**Arztausweis-Nr.** 60036800

ausgestellt am 13.01.2015 für

Dr. med. Ria Winkelmann, Frankfurt

## Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Lob oder auch Kritik. Leser-

briefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Kürzungen vorbehalten. E-Mails richten Sie bitte an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de); Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com



Aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „c“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 12. September 2018 (HÄBL 11/2018, S. 687), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

### I.

Die Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I – VIII); zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 2/2019, S. 137), wird wie folgt neu gefasst:

### „Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

#### Inhaltsübersicht:

##### A. Präambel

##### B. Regeln zur Berufsausübung

###### I. Grundsätze

§ 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

§ 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

§ 3 Unvereinbarkeiten

§ 4 Fortbildung

§ 5 Qualitätssicherung

§ 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

§ 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

§ 8 Aufklärungspflicht

§ 9 Schweigepflicht

§ 10 Dokumentationspflichten

§ 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

§ 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

§ 13 Besondere medizinische Verfahren

§ 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

§ 15 Forschung

§ 16 Beistand für Sterbende

IV. Berufliches Verhalten

1. Berufsausübung

§ 17 Niederlassung und Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus

§ 18 Berufliche Kooperation

§ 18a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen

§ 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte und Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

§ 20 Vertretung

§ 21 Haftpflichtversicherung

§ 22 (aufgehoben)

§ 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

§ 23a Ärztegesellschaften

§ 23b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

§ 23c Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften

§ 23d Praxisverbund

§ 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

§ 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

§ 26 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

2. Berufliche Kommunikation

§ 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

§ 28 (aufgehoben)

3. Berufliche Zusammenarbeit

§ 29 Kollegiale Zusammenarbeit

§ 29a Zusammenarbeit mit Dritten

4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

§ 30 Ärztliche Unabhängigkeit

§ 31 Unerlaubte Zuweisung

§ 32 Unerlaubte Zuwendungen

§ 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

\* **Gelöbnis siehe Kasten**

## A. Präambel

Die auf der Grundlage des Hessischen Heilberufsgesetzes beschlossene Berufsordnung stellt die Überzeugung der Ärzteschaft zum Verhalten von Ärztinnen und Ärzten gegenüber den Patientinnen und Patienten, den Kolleginnen und Kollegen, den anderen Partnerinnen und Partnern im Gesundheitswesen sowie zum Verhalten in der Öffentlichkeit dar. Dafür geben sich die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte die nachstehende Berufsordnung. Mit der Festlegung von Berufspflichten der Ärztinnen und Ärzte dient die Berufsordnung zugleich dem Ziel,

- das Vertrauen zwischen Ärztinnen und Ärzten und Patientinnen und Patienten zu erhalten und zu fördern;
- die Qualität der ärztlichen Tätigkeit im Interesse der Gesundheit der Bevölkerung sicherzustellen;
- die Freiheit und das Ansehen des Arztberufes zu wahren;
- berufswürdiges Verhalten zu fördern und berufsunwürdiges Verhalten zu verhindern.

Die Berufsordnung gilt für Kammerangehörige nach § 2 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes und Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes gleichermaßen.

## B. Regeln zur Berufsausübung

### I. Grundsätze

#### § 1 Aufgaben der Ärztinnen und Ärzte

- (1) Ärztinnen und Ärzte dienen der Gesundheit des einzelnen Menschen und der Bevölkerung. Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe. Er ist seiner Natur nach ein freier Beruf.
- (2) Aufgabe der Ärztinnen und Ärzte ist es, das Leben zu erhalten, Krankheiten vorzubeugen, die Gesundheit zu schützen und wiederherzustellen, Leiden zu lindern, Sterbenden Beistand zu leisten und an der Erhaltung der natürlichen Lebensgrundlagen im Hinblick auf ihre Bedeutung für die Gesundheit der Menschen mitzuwirken.

## Gelöbnis

### Für jede Ärztin und jeden Arzt gilt folgendes Gelöbnis:

„Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten werden mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.“

#### § 2 Allgemeine ärztliche Berufspflichten

- (1) Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf nach ihrem Gewissen, den Geboten der ärztlichen Ethik und der Menschlichkeit aus. Sie dürfen keine Grundsätze anerkennen und keine Vorschriften oder Anweisungen beachten, die mit ihren Aufgaben nicht vereinbar sind oder deren Befolgung sie nicht verantworten können.
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben ihren Beruf gewissenhaft auszuüben und dem ihnen bei ihrer Berufsausübung entgegengebrachten Vertrauen zu entsprechen. Sie haben dabei ihr ärztliches Handeln am Wohl der Patientinnen und Patienten auszurichten.
- (3) Eine gewissenhafte Ausübung des Berufs erfordert insbesondere die notwendige fachliche Qualifikation und die Beachtung des anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse.
- (4) Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen.
- (5) Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich über die für die Berufsausübung geltenden Vorschriften unterrichtet zu halten.
- (6) Unbeschadet der in den nachfolgenden Vorschriften geregelten besonderen Auskunft- und Anzeigepflichten haben Ärztinnen und Ärzte auf Anfragen der Ärztekammer, welche diese zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben bei der Berufsaufsicht an die Ärztinnen und Ärzte richtet, in angemessener Frist zu antworten.
- (7) Werden Ärztinnen und Ärzte, die in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union niedergelassen sind oder dort ihre berufliche Tätigkeit entfalten, vorübergehend und gele-

gentlich im Geltungsbereich dieser Berufsordnung grenzüberschreitend ärztlich tätig, ohne eine Niederlassung zu begründen, so haben sie die Vorschriften dieser Berufsordnung zu beachten.

## § 3 Unvereinbarkeiten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist neben der Ausübung ihres Berufs die Ausübung einer anderen Tätigkeit untersagt, welche mit den ethischen Grundsätzen des ärztlichen Berufs nicht vereinbar ist. Ärztinnen und Ärzten ist auch verboten, ihren Namen in Verbindung mit einer ärztlichen Berufsbezeichnung in unlauterer Weise für gewerbliche Zwecke herzugeben. Ebenso wenig dürfen sie zulassen, dass von ihrem Namen oder vom beruflichen Ansehen der Ärztinnen und Ärzte in solcher Weise Gebrauch gemacht wird.
- (2) Ärztinnen und Ärzten ist untersagt, im Zusammenhang mit der Ausübung ihrer ärztlichen Tätigkeit Waren und andere Gegenstände abzugeben oder unter ihrer Mitwirkung abgeben zu lassen sowie gewerbliche Dienstleistungen zu erbringen oder erbringen zu lassen, soweit nicht die Abgabe des Produkts oder die Dienstleistung wegen ihrer Besonderheiten notwendiger Bestandteil der ärztlichen Therapie sind.

## § 4 Fortbildung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die ihren Beruf ausüben, sind verpflichtet, sich in dem Umfang beruflich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Entwicklung der zu ihrer Berufsausübung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist.
- (2) Auf Verlangen müssen Ärztinnen und Ärzte ihre Fortbildung nach Absatz 1 gegenüber der Ärztekammer durch ein Fortbildungszertifikat einer Ärztekammer nachweisen.

## § 5 Qualitätssicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, an den von der Ärztekammer eingeführten

Maßnahmen zur Sicherung der Qualität der ärztlichen Tätigkeit teilzunehmen und der Ärztekammer die hierzu erforderlichen Auskünfte zu erteilen.

## § 6 Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, die ihnen aus ihrer ärztlichen Behandlungstätigkeit bekannt werdenden unerwünschten Wirkungen von Arzneimitteln der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und bei Medizinprodukten auftretende Vorkommnisse der zuständigen Behörde mitzuteilen.

## II. Pflichten gegenüber Patientinnen und Patienten

### § 7 Behandlungsgrundsätze und Verhaltensregeln

- (1) Jede medizinische Behandlung hat unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Das Recht der Patientinnen und Patienten, empfohlene Untersuchungs- und Behandlungsmaßnahmen abzulehnen, ist zu respektieren.
- (2) Ärztinnen und Ärzte achten das Recht ihrer Patientinnen und Patienten, die Ärztin oder den Arzt frei zu wählen oder zu wechseln. Andererseits sind – von Notfällen oder besonderen rechtlichen Verpflichtungen abgesehen – auch Ärztinnen und Ärzte frei, eine Behandlung abzulehnen. Den begründeten Wunsch der Patientin oder des Patienten, eine weitere Ärztin oder einen weiteren Arzt hinzuzuziehen oder einer anderen Ärztin oder einem anderen Arzt überwiesen zu werden, soll die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt in der Regel nicht ablehnen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte haben im Interesse der Patientinnen und Patienten mit anderen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen zusammenzu-

arbeiten. Soweit dies für die Diagnostik und Therapie erforderlich ist, haben sie rechtzeitig andere Ärztinnen und Ärzte hinzuzuziehen oder ihnen die Patientin oder den Patienten zur Fortsetzung der Behandlung zu überweisen.

- (4) Ärztinnen und Ärzte beraten und behandeln Patientinnen und Patienten im persönlichen Kontakt. Sie können dabei Kommunikationsmedien unterstützend einsetzen. Die ausschließliche Beratung oder Behandlung über Kommunikationsmedien ist im Einzelfall erlaubt, wenn dies ärztlich vertretbar ist und die erforderliche ärztliche Sorgfalt insbesondere durch die Art und Weise der Befunderhebung, Beratung, Behandlung sowie Dokumentation gewahrt wird. Die Patientin oder der Patient muss über die Besonderheiten der ausschließlichen Beratung und Behandlung über Kommunikationsmedien aufgeklärt werden.
- (5) Angehörige von Patientinnen und Patienten und andere Personen dürfen bei der Untersuchung und Behandlung anwesend sein, wenn die verantwortliche Ärztin oder der verantwortliche Arzt und die Patientin oder der Patient zustimmen.
- (6) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten gebührende Aufmerksamkeit entgegen zu bringen und mit Patientenkritik und Meinungsverschiedenheiten sachlich und korrekt umzugehen.
- (7) Ärztinnen und Ärzte dürfen im Umgang mit Patientinnen und Patienten sexuelle Kontakte weder aufnehmen noch dulden.
- (8) Bei der psychotherapeutischen Behandlung ist in besonderem Maße das Abstinenzgebot zu beachten.
- (9) Bei der Überweisung von Patientinnen und Patienten an Kolleginnen oder Kollegen oder ärztlich geleitete Einrichtungen, haben Ärztinnen und Ärzte rechtzeitig die erhobenen Befunde

zu übermitteln und über die bisherige Behandlung zu informieren, soweit das Einverständnis der Patientinnen und Patienten vorliegt oder anzunehmen ist. Dies gilt insbesondere bei der Krankenhauseinweisung und -entlassung. Originalunterlagen sind zurückzugeben.

- (10) Ärztinnen und Ärzte dürfen einer missbräuchlichen Verwendung ihrer Verschreibung keinen Vorschub leisten.

## § 8 Aufklärungspflicht

Zur Behandlung bedürfen Ärztinnen und Ärzte der Einwilligung der Patientin oder des Patienten. Der Einwilligung hat grundsätzlich die erforderliche Aufklärung im persönlichen Gespräch voranzugehen. Die Aufklärung hat der Patientin oder dem Patienten insbesondere vor operativen Eingriffen Wesen, Bedeutung und Tragweite der Behandlung einschließlich Behandlungsalternativen und die mit ihnen verbundenen Risiken in verständlicher und angemessener Weise zu verdeutlichen. Vor diagnostischen oder operativen Eingriffen ist soweit möglich eine ausreichende Bedenkzeit vor der weiteren Behandlung zu gewährleisten. Je weniger eine Maßnahme medizinisch geboten oder je größer ihre Tragweite ist, umso ausführlicher und eindringlicher sind Patientinnen oder Patienten über erreichbare Ergebnisse und Risiken aufzuklären.

## § 9 Schweigepflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über das, was ihnen in ihrer Eigenschaft als Ärztin oder Arzt anvertraut oder bekannt geworden ist – auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus – zu schweigen. Dazu gehören auch schriftliche Mitteilungen der Patientin oder des Patienten, Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten, Röntgenaufnahmen und sonstige Untersuchungsbefunde.
- (2) Ärztinnen und Ärzte sind zur Offenbarung befugt, soweit sie von der Schweigepflicht entbunden worden sind oder soweit die Offenbarung zum Schutze eines höherwertigen Rechts-

gutes erforderlich ist. Gesetzliche Aussage- und Anzeigepflichten bleiben unberührt. Soweit gesetzliche Vorschriften die Schweigepflicht der Ärztin oder des Arztes einschränken, soll die Ärztin oder der Arzt die Patientin oder den Patienten darüber unterrichten.

- (3) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern sowie Personen, die zur Vorbereitung auf den Beruf an der ärztlichen Tätigkeit teilnehmen, Informationen über Patienten zugänglich machen. Über die gesetzliche Pflicht zur Verschwiegenheit haben sie diese zu belehren und dies schriftlich festzuhalten.
- (4) Gegenüber den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern von Dienstleistungsunternehmen sowie sonstigen Personen, die an der beruflichen Tätigkeit mitwirken, sind Ärztinnen und Ärzte zur Offenbarung befugt, soweit dies für die Inanspruchnahme der Tätigkeit der mitwirkenden Personen erforderlich ist. Ärztinnen und Ärzte haben dafür zu sorgen, dass die mitwirkenden Personen schriftlich zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Diese Verpflichtung zur Geheimhaltung haben Ärztinnen und Ärzte vorzunehmen oder auf das von ihnen beauftragte Dienstleistungsunternehmen zu übertragen.
- (5) Wenn mehrere Ärztinnen und Ärzte gleichzeitig oder nacheinander dieselbe Patientin oder denselben Patienten untersuchen oder behandeln, sind sie untereinander von der Schweigepflicht insoweit befreit, als das Einverständnis der Patientin oder des Patienten vorliegt oder anzunehmen ist.

## § 10 Dokumentationspflicht

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben über die in Ausübung ihres Berufes gemachten Feststellungen und getroffenen Maßnahmen die erforderlichen Aufzeichnungen zu machen. Diese sind nicht nur Gedächtnisstützen für die Ärztin oder den Arzt, sie dienen auch dem Interesse der Patientin oder des Patien-

ten an einer ordnungsgemäßen Dokumentation.

- (2) Ärztinnen und Ärzte haben Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen in die sie betreffende Dokumentation Einsicht zu gewahren, soweit der Einsichtnahme nicht erhebliche therapeutische Gründe oder erhebliche Rechte der Ärztin, des Arztes oder Dritter entgegenstehen. Auf Verlangen sind der Patientin oder dem Patienten Kopien der Unterlagen gegen Erstattung der Kosten herauszugeben.
- (3) Ärztliche Aufzeichnungen sind für die Dauer von zehn Jahren nach Abschluss der Behandlung aufzubewahren, soweit nicht nach gesetzlichen Vorschriften eine längere Aufbewahrungspflicht besteht.
- (4) Nach Aufgabe der Praxis haben Ärztinnen und Ärzte ihre ärztlichen Aufzeichnungen und Untersuchungsbeefunde gemäß Absatz 3 aufzubewahren oder dafür Sorge zu tragen, dass sie in gehörige Obhut gegeben werden. Ärztinnen und Ärzte, denen bei einer Praxisaufgabe oder Praxisübergabe ärztliche Aufzeichnungen über Patientinnen und Patienten in Obhut gegeben werden, müssen diese Aufzeichnungen unter Verschluss halten und dürfen sie nur mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten einsehen oder weitergeben.
- (5) Aufzeichnungen auf elektronischen Datenträgern oder anderen Speichermedien bedürfen besonderer Sicherungs- und Schutzmaßnahmen, um deren Veränderung, Vernichtung oder unrechtmäßige Verwendung zu verhindern. Ärztinnen und Ärzte haben hierbei die Empfehlungen der Ärztekammer zu beachten.

## § 11 Ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden

- (1) Mit Übernahme der Behandlung verpflichten sich Ärztinnen und Ärzte den Patientinnen und Patienten gegenüber zur gewissenhaften Versor-

gung mit geeigneten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

- (2) Der ärztliche Berufsauftrag verbietet es, diagnostische oder therapeutische Methoden unter missbräuchlicher Ausnutzung des Vertrauens, der Unwissenheit, der Leichtgläubigkeit oder der Hilflosigkeit von Patientinnen und Patienten anzuwenden. Unzulässig ist es auch, Heilerfolge, insbesondere bei nicht heilbaren Krankheiten, als gewiss zuzusichern.

## § 12 Honorar und Vergütungsabsprachen

- (1) Die Honorarforderung muss angemessen sein. Für die Bemessung ist die Amtliche Gebührenordnung (GOÄ) die Grundlage, soweit nicht andere gesetzliche Vergütungsregelungen gelten. Ärztinnen und Ärzte dürfen die Sätze nach der GOÄ nicht in unlauterer Weise unterschreiten. Bei Abschluss einer Honorarvereinbarung haben Ärztinnen und Ärzte auf die Einkommens- und Vermögensverhältnisse der oder des Zahlungspflichtigen Rücksicht zu nehmen.
- (2) Die Übermittlung von Daten an Dritte zum Zweck der privatärztlichen Abrechnung ist nur zulässig, wenn die Patientin oder der Patient in die Übermittlung der für die Abrechnung erforderlichen Daten nachweisbar eingewilligt hat.
- (3) Ärztinnen und Ärzte können Verwandten, Kolleginnen und Kollegen, deren Angehörigen und mittellosen Patientinnen und Patienten das Honorar ganz oder teilweise erlassen.
- (4) Auf Antrag eines Beteiligten gibt die Ärztekammer eine gutachterliche Äußerung über die Angemessenheit der Honorarforderung ab.
- (5) Vor dem Erbringen von Leistungen, deren Kosten erkennbar nicht von einer Krankenversicherung oder von einem anderen Kostenträger erstattet werden, müssen Ärztinnen und Ärzte die Patientinnen und Patienten schriftlich über die Höhe des nach der

GOÄ zu berechnenden voraussichtlichen Honorars sowie darüber informieren, dass ein Anspruch auf Übernahme der Kosten durch eine Krankenversicherung oder einen anderen Kostenträger nicht gegeben oder nicht sicher ist.

## III. Besondere medizinische Verfahren und Forschung

### § 13 Besondere medizinische Verfahren

- (1) Bei speziellen medizinischen Maßnahmen oder Verfahren, die ethische Probleme aufwerfen und zu denen die Ärztekammer Richtlinien oder Empfehlungen zur Indikationsstellung und zur Ausführung festgelegt hat, haben Ärztinnen und Ärzte die Richtlinien oder Empfehlungen zu beachten. Dies gilt insbesondere für die Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion (Anlage).
- (2) Ärztinnen und Ärzte haben die Anwendung solcher Maßnahmen oder Verfahren der Ärztekammer anzuzeigen.
- (3) Vor Aufnahme entsprechender Tätigkeiten haben Ärztinnen und Ärzte auf Verlangen der Ärztekammer den Nachweis zu führen, dass die persönlichen und sachlichen Voraussetzungen entsprechend den Richtlinien oder Empfehlungen erfüllt werden.

### § 14 Erhaltung des ungeborenen Lebens und Schwangerschaftsabbruch

- (1) Ärztinnen und Ärzte sind grundsätzlich verpflichtet, das ungeborene Leben zu erhalten. Der Schwangerschaftsabbruch unterliegt den gesetzlichen Bestimmungen. Ärztinnen und Ärzte können nicht gezwungen werden, einen Schwangerschaftsabbruch vorzunehmen oder ihn zu unterlassen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen oder eine Fehlgeburt betreuen, haben dafür Sorge zu tragen, dass die tote Leibesfrucht keiner missbräuchlichen Verwendung zugeführt wird.

### § 15 Forschung

- (1) Ärztinnen und Ärzte, die sich an einem Forschungsvorhaben beteiligen, bei dem in die psychische oder physische Unversehrtheit eines Menschen eingegriffen wird und/oder Körpermaterialien oder Daten verarbeitet werden, die sich einem bestimmten Menschen zuordnen lassen, müssen sicherstellen, dass vor der Durchführung des Forschungsvorhabens eine Beratung erfolgt, die auf die mit ihm verbundenen berufsethischen und berufsrechtlichen Fragen zielt und die von einer bei der zuständigen Ärztekammer gebildeten Ethik-Kommission oder von einer anderen, nach Landesrecht gebildeten unabhängigen und interdisziplinär besetzten Ethik-Kommission durchgeführt wird. Dasselbe gilt vor der Durchführung gesetzlich zugelassener Forschung mit vitalen menschlichen Gameten und lebendem embryonalen Gewebe.
- (2) In Publikationen von Forschungsergebnissen sind die Beziehungen der Ärztin oder des Arztes zum Auftraggeber und dessen Interessen offen zu legen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte beachten bei der Forschung am Menschen nach § 15 Abs. 1 die in der Deklaration von Helsinki des Weltärztebundes in der Fassung der 64. Generalversammlung 2013 in Fortaleza niedergelegten ethischen Grundsätze für die medizinische Forschung am Menschen.

### § 16 Beistand für Sterbende

- (1) Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen und Leiden zu lindern.
- (2) Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten.
- (3) Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.

## IV. Berufliches Verhalten

### 1. Berufsausübung

#### § 17 Niederlassung und Ausübung ärztlicher Tätigkeit in Praxis und Krankenhaus

- (1) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit außerhalb von Krankenhäusern einschließlich konzessionierter Privatkliniken ist an die Niederlassung in einer Praxis (Praxissitz) gebunden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften etwas anderes zulassen.
- (2) Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, über den Praxissitz hinaus an zwei weiteren Orten ärztlich tätig zu sein. Ärztinnen und Ärzte haben Vorkehrungen für eine ordnungsgemäße, insbesondere zeitnahe, ärztliche Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten an jedem Ort ihrer Tätigkeiten zu treffen.
- (3) Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit im Umherziehen ist berufsrechtswidrig. Zum Zwecke der aufsuchenden medizinischen Gesundheitsversorgung kann die Ärztekammer auf Antrag der Ärztin oder des Arztes von der Verpflichtung nach Absatz 1 Ausnahmen gestatten, wenn sichergestellt ist, dass die beruflichen Belange nicht beeinträchtigt werden und die Berufsordnung beachtet wird.
- (4) Der Praxissitz ist durch ein Praxisschild kenntlich zu machen. Ärztinnen und Ärzte haben auf ihrem Praxisschild
  - den Namen,
  - die (Fach-) Arztbezeichnung,
  - die Sprechzeiten sowie
  - ggf. die Zugehörigkeit zu einer Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 18 a anzugeben.

Ärztinnen und Ärzte, welche nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden, können von der Ankündigung ihres Praxissitzes durch ein Praxisschild absehen, wenn sie dies der Ärztekammer anzeigen. Ärztinnen und Ärzte, die nach Absatz 2 an meh-

rerer Orten tätig sind, haben gegenüber den Patientinnen und Patienten in geeigneter Form auf die Zeiten hinzuweisen, zu denen sie planmäßig der Patientenversorgung zur Verfügung stehen.

- (5) Ort und Zeitpunkt der Aufnahme der Tätigkeit am Praxissitz sowie die Aufnahme weiterer ärztlicher Tätigkeiten und jede Veränderung haben Ärztinnen und Ärzte der Ärztekammer unverzüglich mitzuteilen.
- (6) Die vorstehenden Bestimmungen der Absätze 2 bis 5 gelten sinngemäß auch für ambulante und stationäre ärztliche Tätigkeiten im Krankenhaus.

#### § 18 Berufliche Kooperationen

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen sich zu Berufsausübungsgemeinschaften, Organisationsgemeinschaften, Kooperationsgemeinschaften und Praxisverbänden zusammenschließen. Der Zusammenschluss zur gemeinsamen Ausübung des Arztberufs kann auch zum Erbringen einzelner Leistungen erfolgen (Teilberufsausübungsgemeinschaft), sofern er nicht einer Umgehung des § 31 oder anderer Vorschriften der Berufsordnung dient. Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht. Die Anordnung einer Leistung, insbesondere aus den Bereichen der Labormedizin, der Pathologie und der bildgebenden Verfahren, stellt keinen Leistungsanteil im Sinne des Satzes 3 dar. Verträge über die Gründung von Teilberufsausübungsgemeinschaften sind der Ärztekammer vorzulegen.
- (2) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihren Beruf einzeln oder gemeinsam in allen für den Arztberuf zulässigen Gesellschaftsformen ausüben, wenn ihre eigenverantwortliche, medizinisch unabhängige sowie nicht gewerbliche Berufsausübung gewährleistet ist. Bei beruflicher Zusammenarbeit, gleich in welcher Form, hat jede Ärztin und je-

der Arzt zu gewährleisten, dass die ärztlichen Berufspflichten eingehalten werden.

- (2a) Eine Berufsausübungsgemeinschaft ist ein Zusammenschluss von Ärztinnen und Ärzten untereinander, mit Ärztegesellschaften oder mit ärztlich geleiteten Medizinischen Versorgungszentren, die den Vorgaben des § 23 a Absatz 1, Buchstabe a, b und d entsprechen, oder dieser untereinander zur gemeinsamen Berufsausübung. Eine gemeinsame Berufsausübung setzt die auf Dauer angelegte berufliche Zusammenarbeit selbständiger, freiberuflich tätiger Gesellschafter voraus. Erforderlich ist, dass sich die Gesellschafter in einem schriftlichen Gesellschaftsvertrag gegenseitig verpflichten, die Erreichung eines gemeinsamen Zweckes in der durch den Vertrag bestimmten Weise zu fördern und insbesondere die vereinbarten Beiträge zu leisten. Erforderlich ist weiterhin regelmäßig eine Teilnahme aller Gesellschafter der Berufsausübungsgemeinschaft an deren unternehmerischem Risiko, an unternehmerischen Entscheidungen und an dem gemeinschaftlich erwirtschafteten Gewinn.
- (3) Die Zugehörigkeit zu mehreren Berufsausübungsgemeinschaften ist zulässig. Die Berufsausübungsgemeinschaft erfordert einen gemeinsamen Praxissitz. Eine Berufsausübungsgemeinschaft mit mehreren Praxissitzen ist zulässig, wenn an dem jeweiligen Praxissitz mindestens ein Mitglied der Berufsausübungsgemeinschaft eine ausreichende Patientenversorgung verantwortlich sicherstellt.
- (4) Bei allen Formen der ärztlichen Kooperation muss die freie Arztwahl gewährleistet bleiben.
- (5) Soweit Vorschriften dieser Berufsordnung Regelungen des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes (Gesetz über Partnerschaftsgesellschaften Angehöriger Freier Berufe [PartGG]) vom



25.07.1994 – BGBl. I S. 1744) einschränken, sind sie vorrangig aufgrund von § 1 Absatz 3 PartGG.

- (6) Alle Zusammenschlüsse nach Absatz 1 sowie deren Änderung und Beendigung sind der zuständigen Ärztekammer anzuzeigen. Sind für die beteiligten Ärztinnen und Ärzte mehrere Ärztekammern zuständig, so ist jede Ärztin und jeder Arzt verpflichtet, die für ihn zuständige Kammer auf alle am Zusammenschluss beteiligten Ärztinnen und Ärzte hinzuweisen.

## § 18a Ankündigung von Berufsausübungsgemeinschaften und sonstigen Kooperationen

- (1) Bei Berufsausübungsgemeinschaften von Ärztinnen und Ärzten sind – unbeschadet des Namens einer Partnerschaftsgesellschaft oder einer juristischen Person des Privatrechts – die Namen und Arztbezeichnungen aller in der Gemeinschaft zusammengeschlossenen Ärztinnen und Ärzte sowie die Rechtsform anzukündigen. Bei mehreren Praxissitzen ist jeder Praxissitz gesondert anzukündigen. § 19 Absatz 4 gilt entsprechend. Die Fortführung des Namens einer/eines nicht mehr berufstätigen, einer/eines ausgeschiedenen oder verstorbenen Partnerin/Partners ist unzulässig.
- (2) Bei Kooperationen gemäß § 23 b muss sich die Ärztin oder der Arzt in ein gemeinsames Praxisschild mit den Kooperationspartnern aufnehmen lassen. Bei Partnerschaften gemäß § 23 c darf die Ärztin oder der Arzt, wenn die Angabe ihrer oder seiner Berufsbezeichnung vorgesehen ist, nur gestatten, dass die Bezeichnung „Ärztin“ oder „Arzt“ oder eine andere führbare Bezeichnung angegeben wird.
- (3) Zusammenschlüsse zu Organisationsgemeinschaften dürfen angekündigt werden. Die Zugehörigkeit zu einem Praxisverbund gemäß § 23 d kann durch Hinzufügen des Namens des Verbundes angekündigt werden.

## § 19 Beschäftigung angestellter Praxisärztinnen und -ärzte und Ausbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern

- (1) Ärztinnen und Ärzte müssen die Praxis persönlich ausüben. Die Beschäftigung ärztlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Praxis setzt die Leitung der Praxis durch die niedergelassene Ärztin oder den niedergelassenen Arzt voraus. Die Ärztin oder der Arzt hat die Beschäftigung der ärztlichen Mitarbeiterin oder des ärztlichen Mitarbeiters der Ärztekammer anzuzeigen.
- (2) In Fällen, in denen der Behandlungsauftrag der Patientin oder des Patienten regelmäßig nur von Ärztinnen und Ärzten verschiedener Fachgebiete gemeinschaftlich durchgeführt werden kann, darf eine Fachärztin oder ein Facharzt als Praxisinhaberin oder Praxisinhaber die für sie oder ihn fachgebietsfremde ärztliche Leistung auch durch eine angestellte Fachärztin oder einen angestellten Facharzt des anderen Fachgebiets erbringen.
- (3) Ärztinnen und Ärzte dürfen nur zu angemessenen Bedingungen beschäftigt werden. Angemessen sind insbesondere Bedingungen, die der beschäftigten Ärztin oder dem beschäftigten Arzt eine angemessene Vergütung gewähren sowie angemessene Zeit zur Fortbildung einräumen und bei der Vereinbarung von Wettbewerbsverboten eine angemessene Ausgleichszahlung vorsehen. Dies gilt entsprechend für die Beschäftigung von Psychologischen Psychotherapeuten.
- (4) Über die in der Praxis tätigen angestellten Ärztinnen und Ärzte müssen die Patientinnen und Patienten in geeigneter Weise informiert werden.
- (5) Ärztinnen und Ärzte, die Arzthelfer/innen/Medizinische Fachangestellte ausbilden, sind verpflichtet, die Auszubildenden für die Überbetriebliche Ausbildung freizustellen und die Kosten für diese Ausbildung ein-

schließlich notwendiger Internats- und Fahrtkosten zu übernehmen. Die auszubildenden Ärztinnen und Ärzte haben die Teilnahmepflicht der bzw. des Auszubildenden an der Überbetrieblichen Ausbildung im Ausbildungsvertrag vorzusehen.

## § 20 Vertretung

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sollen grundsätzlich zur gegenseitigen Vertretung bereit sein; übernommene Patientinnen und Patienten sind nach Beendigung der Vertretung zurück zu überweisen. Ärztinnen und Ärzte dürfen sich grundsätzlich nur durch eine Fachärztin oder einen Facharzt desselben Fachgebiets vertreten lassen.
- (2) Die Praxis einer verstorbenen Ärztin oder eines verstorbenen Arztes kann zugunsten ihres Witwers oder seiner Witwe, ihrer Partnerin oder seines Partners nach dem Gesetz über die eingetragene Lebenspartnerschaft oder eines unterhaltsberechtigten Angehörigen in der Regel bis zur Dauer von sechs Monaten nach dem Ende des Kalendervierteljahres, in dem der Tod eingetreten ist, durch eine andere Ärztin oder einen anderen Arzt fortgesetzt werden.

## § 21 Haftpflichtversicherung

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, sich hinreichend gegen Haftpflichtansprüche im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit zu versichern.

## § 22 (aufgehoben)

## § 23 Ärztinnen und Ärzte im Beschäftigungsverhältnis

- (1) Die Regeln dieser Berufsordnung gelten auch für Ärztinnen und Ärzte, welche ihre ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines privatrechtlichen Arbeitsverhältnisses oder öffentlich-rechtlichen Dienstverhältnisses ausüben.

(2) Auch in einem Arbeits- oder Dienstverhältnis darf eine Ärztin oder ein Arzt eine Vergütung für ihre oder seine ärztliche Tätigkeit nicht dahingehend vereinbaren, dass die Vergütung die Ärztin oder den Arzt in der Unabhängigkeit ihrer oder seiner medizinischen Entscheidungen beeinträchtigt.

### § 23a Ärztgesellschaften

(1) Ärztinnen und Ärzte können auch in der Form der juristischen Person des Privatrechts ärztlich tätig sein. Gesellschafter einer Ärztgesellschaft können nur Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige der in § 23 b Absatz 1 Satz 1 genannten Berufe sein. Sie müssen in der Gesellschaft beruflich tätig sein. Gewährleistet sein muss zudem, dass

- a) die Gesellschaft verantwortlich von einer Ärztin oder einem Arzt geführt wird; Geschäftsführer müssen mehrheitlich Ärztinnen und Ärzte sein,
- b) die Mehrheit der Gesellschaftsanteile und der Stimmrechte Ärztinnen und Ärzten zusteht,
- c) Dritte nicht am Gewinn der Gesellschaft beteiligt sind,
- d) eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung für jede/jeden in der Gesellschaft tätige Ärztin/tätigen Arzt besteht.

(2) Der Name der Ärztgesellschaft des Privatrechts darf nur die Namen der in der Gesellschaft tätigen ärztlichen Gesellschafter enthalten. Unbeschadet des Namens der Gesellschaft können die Namen und Arztbezeichnungen aller ärztlichen Gesellschafter und der angestellten Ärztinnen und Ärzte angezeigt werden.

### § 23b Medizinische Kooperationsgemeinschaft zwischen Ärztinnen und Ärzten und Angehörigen anderer Fachberufe

(1) Ärztinnen und Ärzte können sich auch mit selbständig tätigen und zur eigenverantwortlichen Berufsausübung befugten Berufsangehörigen anderer akademischer Heilberufe im Gesundheitswesen oder staatlicher Ausbildungsberufe im Gesundheitswesen sowie anderen Naturwissenschaftlerinnen und Naturwissenschaftlern und Angehörigen sozialpädagogischer Berufe – auch beschränkt auf einzelne Leistungen – zur kooperativen Berufsausübung zusammenschließen (medizinische Kooperationsgemeinschaft). Die Kooperation ist in der Form einer Partnerschaftsgesellschaft nach dem PartGG oder aufgrund eines schriftlichen Vertrages über die Bildung einer Kooperationsgemeinschaft in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts oder einer juristischen Person des Privatrechts gem. § 23 a gestattet.

(2) Ärztinnen und Ärzten ist ein solcher Zusammenschluss im Einzelnen nur mit solchen anderen Berufsangehörigen und in der Weise erlaubt, dass diese in ihrer Verbindung mit der Ärztin oder dem Arzt einen gleichgerichteten oder integrierenden diagnostischen oder therapeutischen Zweck bei der Heilbehandlung, auch auf dem Gebiete der Prävention und Rehabilitation, durch räumlich nahezugeordnetes und koordiniertes Zusammenwirken aller beteiligten Berufsangehörigen erfüllen können. Darüber hinaus muss der Kooperationsvertrag gewährleisten, dass

- a) die eingeverantwortliche und selbständige Berufsausübung der Ärztin oder des Arztes gewahrt ist;
- b) die Verantwortungsbereiche der Partner gegenüber den Patientinnen und Patienten getrennt bleiben;
- c) medizinische Entscheidungen, insbesondere über Diagnostik und Therapie, ausschließlich die Ärztin oder der Arzt trifft, sofern nicht die Ärztin oder der Arzt nach ihrem oder seinem Berufsrecht den in der Gemeinschaft selbständig tätigen Berufsangehörigen

eines anderen Fachberufs solche Entscheidungen überlassen darf;

- d) der Grundsatz der freien Arztwahl gewahrt bleibt;
- e) die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt zur Unterstützung in seinen diagnostischen Maßnahmen oder zur Therapie auch andere als die in der Gemeinschaft kooperierenden Berufsangehörigen hinzuziehen kann;
- f) die Einhaltung der berufsrechtlichen Bestimmungen der Ärztinnen und Ärzte, insbesondere die Pflicht zur Dokumentation, das Verbot der berufswidrigen Werbung und die Regeln zur Erstellung einer Honorarforderung, von den übrigen Partnerinnen und Partnern beachtet wird;
- g) sich die medizinische Kooperationsgemeinschaft verpflichtet, im Rechtsverkehr die Namen aller Partnerinnen und Partner und ihre Berufsbezeichnungen anzugeben und – sofern es sich um eine eingetragene Partnerschaftsgesellschaft handelt – den Zusatz „Partnerschaft“ zu führen.

Die Voraussetzungen der Buchstaben a–f gelten bei der Bildung einer juristischen Person des Privatrechts entsprechend. Der Name der juristischen Person muss neben dem Namen einer ärztlichen Gesellschafterin oder eines ärztlichen Gesellschafters die Bezeichnung „Medizinische Kooperationsgemeinschaft“ enthalten. Unbeschadet des Namens sind die Berufsbezeichnungen aller in der Gesellschaft tätigen Berufe anzukündigen.

(3) Die für die Mitwirkung der Ärztin oder des Arztes zulässige berufliche Zusammensetzung der Kooperation im einzelnen richtet sich nach dem Gebot des Absatzes 1 Satz 3; es ist erfüllt, wenn Angehörige aus den vorgenannten Berufsgruppen kooperieren, die mit der Ärztin oder dem Arzt entsprechend ihrem oder seinem Fachgebiet einen gemeinschaftlich erreichbaren medizinischen Zweck nach der Art ih-

rer beruflichen Kompetenz zielbezogen erfüllen können.

## § 23c Beteiligung von Ärztinnen und Ärzten an sonstigen Partnerschaften

Ärztinnen und Ärzten ist es gestattet, mit Angehörigen anderer Berufe als den in § 23 b beschriebenen in allen Rechtsformen zusammen zu arbeiten, wenn sie nicht die Heilkunde am Menschen ausüben.

## § 23d Praxisverbund

- (1) Ärztinnen und Ärzte dürfen, auch ohne sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammenzuschließen, eine Kooperation verabreden (Praxisverbund), welche auf die Erfüllung eines durch gemeinsame oder gleichgerichtete Maßnahmen bestimmten Versorgungsauftrags oder auf eine andere Form der Zusammenarbeit zur Patientenversorgung, z. B. auf dem Felde der Qualitätssicherung oder Versorgungsbereitschaft, gerichtet ist. Die Teilnahme soll allen dazu bereiten Ärztinnen und Ärzten ermöglicht werden; soll die Möglichkeit zur Teilnahme beschränkt werden, z. B. durch räumliche oder qualitative Kriterien, müssen die dafür maßgeblichen Kriterien für den Versorgungsauftrag notwendig und nicht diskriminierend sein und der Ärztekammer gegenüber offen gelegt werden. Ärztinnen und Ärzte in einer zulässigen Kooperation dürfen die medizinisch gebotene oder von der Patientin oder dem Patienten gewünschte Überweisung an nicht dem Verbund zugehörige Ärztinnen und Ärzte nicht behindern.
- (2) Die Bedingungen der Kooperation nach Absatz 1 müssen in einem schriftlichen Vertrag niedergelegt werden, der der Ärztekammer vorgelegt werden muss.
- (3) In eine Kooperation nach Absatz 1 können auch Krankenhäuser, Vorsorge- und Rehabilitationskliniken und Angehörige anderer Gesundheitsbe-

rufe nach § 23 b einbezogen werden, wenn die Grundsätze nach § 23 b gewahrt sind.

## § 24 Verträge über ärztliche Tätigkeit

Ärztinnen und Ärzte sollen alle Verträge über ihre ärztliche Tätigkeit vor ihrem Abschluss der Ärztekammer vorlegen, damit geprüft werden kann, ob die beruflichen Belange gewahrt sind. Auf Verlangen der Ärztekammer haben sie den Vertrag über ihre ärztliche Tätigkeit vorzulegen.

## § 25 Ärztliche Gutachten und Zeugnisse

Bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse haben Ärztinnen und Ärzte mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen. Gutachten und Zeugnisse, zu deren Ausstellung Ärztinnen und Ärzte verpflichtet sind oder die auszustellen sie übernommen haben, sind innerhalb einer angemessenen Frist abzugeben. Zeugnisse über Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung müssen grundsätzlich innerhalb von drei Monaten nach Antragstellung, bei Ausscheiden unverzüglich, ausgestellt werden.

## § 26 Ärztlicher Bereitschaftsdienst

- (1) Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, am ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen. Auf Antrag einer Ärztin oder eines Arztes kann aus schwerwiegenden Gründen eine Befreiung vom ärztlichen Bereitschaftsdienst ganz, teilweise oder vorübergehend erteilt werden. Die Befreiung wird, bei Vorliegen eines Befreiungsgrundes, auch für die nicht vertragsärztlich tätigen Mitglieder der Landesärztekammer Hessen auf Antrag von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen erteilt.
- (2) Für die Einrichtung und Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes im Einzelnen ist für alle nach § 23 des Heilberufsgesetzes verpflichteten Berufsangehörigen die Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen

Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 25.05.2013 beschlossenen Fassung, in Kraft getreten am 01.10.2013, zuletzt geändert am 27.10.2018, maßgebend. Die Verpflichtung zur Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst gilt für die von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen festgelegten Bezirke des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes.

- (3) Die Einrichtung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes entbindet die behandelnden Ärztinnen und Ärzte nicht von ihrer Verpflichtung, für die Betreuung ihrer Patientinnen und Patienten in dem Umfange Sorge zu tragen, wie es deren Krankheitszustand erfordert.
- (4) Ärztinnen und Ärzte haben sich auch für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst fortzubilden, wenn sie gemäß Absatz 1 nicht auf Dauer von der Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst befreit sind.

## 2. Berufliche Kommunikation

### § 27 Erlaubte Information und berufswidrige Werbung

- (1) Zweck der nachstehenden Vorschriften der Berufsordnung ist die Gewährleistung des Patientenschutzes durch sachgerechte und angemessene Information und die Vermeidung einer dem Selbstverständnis der Ärztin oder des Arztes zuwiderlaufenden Kommerzialisierung des Arztberufs.
- (2) Auf dieser Grundlage sind Ärztinnen und Ärzte sachliche berufsbezogene Informationen gestattet.
- (3) Berufswidrige Werbung ist Ärztinnen und Ärzten untersagt. Berufswidrig ist insbesondere eine nach Inhalt oder Form anpreisende, irreführende oder vergleichende Werbung. Ärztinnen und Ärzte dürfen eine solche Werbung durch andere weder veranlassen noch dulden. Eine Werbung für eigene oder fremde gewerbliche Tätigkeiten oder Produkte im Zusammenhang mit der ärztlichen Tätigkeit ist unzu-

lässig. Werbeverbote aufgrund anderer gesetzlicher Bestimmungen bleiben unberührt.

#### (4) Ärztinnen und Ärzte können

1. nach der Weiterbildungsordnung erworbene Bezeichnungen,
  2. nach anderen öffentlich-rechtlichen Vorschriften erworbene Qualifikationen,
  3. sonstige ärztliche Qualifikationen und hauptsächliche Tätigkeitsfelder, wenn im Rahmen der Ankündigung in allgemeinverständlicher Form deutlich herausgestellt wird, dass sie nicht nach öffentlich-rechtlichen Vorschriften verliehen wurden,
- und
4. organisatorische Hinweise ankündigen.

Die nach Nr. 1 erworbenen Bezeichnungen dürfen nur in der nach der Weiterbildungsordnung zulässigen Form geführt werden. Ein Hinweis auf die verleihende Ärztekammer ist zulässig.

Andere Qualifikationen und hauptsächliche Tätigkeitsfelder dürfen nur angekündigt werden, wenn diese Angaben nicht mit solchen nach geregelter Weiterbildungsrecht erworbenen Qualifikationen verwechselt werden können.

(5) Die Angaben nach Absatz 4 Nr. 1 bis 3 sind nur zulässig, wenn die Ärztin oder der Arzt die umfassten Tätigkeiten nicht nur gelegentlich ausübt.

(6) In der Bundesrepublik Deutschland anerkannte medizinische akademische Grade und ärztliche Titel dürfen angekündigt werden. Andere in der Bundesrepublik Deutschland anerkannte akademische Grade dürfen nur in Verbindung mit der Fakultätsbezeichnung genannt werden.

(6a) Ein ausländischer Hochschulgrad, der aufgrund eines nach dem Recht des Herkunftslandes anerkannten Hochschulabschlusses nach einem ordnungsgemäß durch Prüfung abgeschlossenen Studium verliehen worden und auch nach europäischem Rechtsverständnis ein Hochschulgrad ist, kann in der Form, in der er verlie-

hen wurde unter Angabe der verleihenden Hochschule geführt werden. Bei Graden aus der Europäischen Union und der Schweiz kann der Hinweis auf die verleihende Hochschule entfallen. Inhaber von in einem wissenschaftlichen Promotionsverfahren erworbenen Doktorgrad, der in einem Mitgliedstaat der EU erworben wurde, können anstelle der im Herkunftsland zugelassenen oder nachweislich allgemein üblichen Abkürzung die Abkürzung „Dr.“ ohne Zusatz und ohne Herkunftsbezeichnung führen.

(7) Die Bezeichnung „Professor“ darf geführt werden, wenn sie auf Vorschlag der medizinischen Fakultät (Fachbereich) durch die Hochschule oder das zuständige Landesministerium verliehen worden ist. Ist die Bezeichnung „Professor“ von einer anderen als einer medizinischen Fakultät verliehen worden, so darf die Bezeichnung „Professor“ nur unter der Angabe der Fakultäts- und Hochschulzugehörigkeit geführt werden. Absatz 6a Satz 1 und 2 gilt für ausländische Professorentitel entsprechend.

(8) Ärztinnen und Ärzte haben der Ärztekammer auf deren Verlangen die zur Prüfung der Voraussetzungen der Ankündigung erforderlichen Unterlagen vorzulegen. Die Ärztekammer ist befugt, ergänzende Auskünfte zu verlangen.

## § 28 (aufgehoben)

### 3. Berufliche Zusammenarbeit

#### § 29 Kollegiale Zusammenarbeit

(1) Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten. Die Verpflichtung, in einem Gutachten, auch soweit es die Behandlungsweise einer anderen Ärztin oder eines anderen Arztes betrifft, nach bestem Wissen die ärztliche Überzeugung auszusprechen, bleibt unberührt. Unsachliche Kritik an der Behandlungsweise oder dem beruflichen Wissen einer Ärztin oder eines Arztes sowie herabsetzende Äußerungen sind berufswidrig.

(2) Es ist berufswidrig, eine Kollegin oder einen Kollegen aus ihrer oder seiner Behandlungstätigkeit oder aus dem Wettbewerb um eine berufliche Tätigkeit durch unlautere Handlungen zu verdrängen. Es ist insbesondere berufswidrig, wenn sich Ärztinnen und Ärzte innerhalb eines Zeitraums von einem Jahr ohne Zustimmung der Praxisinhaberin oder des Praxisinhabers im Einzugsbereich derjenigen Praxis niederlassen, in welcher sie in der Aus- oder Weiterbildung mindestens drei Monate tätig waren. Ebenso ist es berufswidrig, in unlauterer Weise eine Kollegin oder einen Kollegen ohne angemessene Vergütung oder unentgeltlich zu beschäftigen oder eine solche Beschäftigung zu bewirken oder zu dulden.

(3) Ärztinnen und Ärzte mit aus einem Liquidationsrecht resultierenden oder anderweitigen Einkünften aus ärztlicher Tätigkeit (z. B. Beteiligungsvergütung) sind verpflichtet, den von ihnen dazu herangezogenen Kolleginnen und Kollegen eine angemessene Vergütung zu gewähren bzw. sich dafür einzusetzen, dass die Mitarbeit angemessen vergütet wird.

(4) In Gegenwart von Patientinnen und Patienten oder anderen Personen sind Beanstandungen der ärztlichen Tätigkeit und zurechtweisende Belehrungen zu unterlassen. Das gilt auch im Verhältnis von Vorgesetzten und Mitarbeitern und für den Dienst in Krankenhäusern.

(5) Die zur Weiterbildung befugten Ärztinnen und Ärzte haben ihre nach der Weiterbildungsordnung gegenüber Weiterzubildenden bestehenden Pflichten zu erfüllen.

(6) Ärztinnen und Ärzte dürfen ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nicht diskriminieren und haben insbesondere die Bestimmungen des Arbeits- und Berufsbildungsrechts zu beachten.

## § 29a Zusammenarbeit mit Dritten

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, zusammen mit Personen, die weder Ärztinnen oder Ärzte sind, noch zu ihren berufsmäßig tätigen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern gehören, zu untersuchen oder zu behandeln. Dies gilt nicht für Personen, welche sich in der Ausbildung zum ärztlichen Beruf oder zu einem Fachberuf im Gesundheitswesen befinden.
- (2) Die Zusammenarbeit mit Angehörigen anderer Fachberufe im Gesundheitswesen ist zulässig, wenn die Verantwortungsbereiche der Ärztin oder des Arztes und des Angehörigen des Fachberufes klar erkennbar voneinander getrennt bleiben.

## 4. Wahrung der ärztlichen Unabhängigkeit bei der Zusammenarbeit mit Dritten

### § 30 Ärztliche Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte sind verpflichtet, in allen vertraglichen und sonstigen beruflichen Beziehungen zu Dritten ihre ärztliche Unabhängigkeit für die Behandlung der Patientinnen und Patienten zu wahren.

### § 31 Unerlaubte Zuweisung

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten oder Untersuchungsmaterial oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere Vorteile zu fordern, sich oder Dritten versprechen oder gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen oder zu gewähren.
- (2) Sie dürfen ihren Patientinnen und Patienten nicht ohne hinreichenden Grund bestimmte Ärztinnen oder Ärzte, Apotheken, Heil- und Hilfsmittelerbringer oder sonstige Anbieter gesundheitlicher Leistungen empfehlen oder an diese verweisen.

### § 32 Unerlaubte Zuwendungen

- (1) Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, von Patientinnen und Patienten oder anderen Geschenken oder anderen Vorteilen für sich oder Dritte zu fordern oder sich oder Dritten versprechen zu lassen oder anzunehmen, wenn hierdurch der Eindruck erweckt wird, dass die Unabhängigkeit der ärztlichen Entscheidung beeinflusst wird. Eine Beeinflussung liegt dann nicht vor, wenn der Wert des Geschenkes oder des anderen Vorteils geringfügig ist.
- (2) Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht.
- (3) Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und nur in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen.

### § 33 Zuwendungen bei vertraglicher Zusammenarbeit

Soweit Ärztinnen und Ärzte Leistungen für die Hersteller von Arznei- oder Hilfsmitteln oder Medizinprodukten oder die Erbringer von Heilmittelversorgung erbringen (z.B. bei Anwendungsbeobachtungen), muss die hierfür bestimmte Vergütung der erbrachten Leistung entsprechen. Die Verträge über die Zusammenarbeit sind schriftlich abzuschließen und sollen der Ärztekammer vorgelegt werden.

## Anlage:

### Richtlinie zur Durchführung der assistierten Reproduktion<sup>1)</sup>

#### II.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juni 2019 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Berufsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2019



Dr. med. Edgar Pinkowski  
– Präsident –

-----

### Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

(18b2120-0002/2008/036)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in ihrer 4. Delegiertenversammlung der 16. Wahlperiode am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Berufsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 11. April 2019  
Im Auftrag

gez.  
Dr. Stephan Hölz

<sup>1</sup> Hier nicht abgedruckt. Für den Text der Richtlinie siehe HÄBL 05/2007, S. 325–330, HÄBL 06/2010, S. 392 und HÄBL 11/2014, S. 662.

## 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.

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

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

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

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

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

E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

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

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

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

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

**Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen**

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

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

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

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

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

E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

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

**Layout:** Urszula Bartoszek

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

**Bankverbindungen:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, gültig ab 01.01.2019

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2019:

Druckauflage: 36.700 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.407Ex.



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

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

80. Jahrgang

ISSN 0171-9661

**Urheber- und Verlagsrecht**

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

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

**Haftungsausschluss:**

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln