Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2015
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 76. Jahrgang

118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

Foto: Foto Wachendörfer

Fortbildung
Überblick über den aktuellen Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen

Recht
Medicolegale Aspekte bei der Behandlung von Kindern. Und: Ärzte auf dem gewerblichen Gesundheitsmarkt

Parlando
Von Samba und starken Frauen bis Amphitryon: Sommer-Festivals in Hessen von Norden bis Süden

© Foto: Vera Friederich

Gegen das Bett des Prokrustes

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in der sommerlichen Doppelausgabe (Juli/August) des Hessischen Ärzteblattes finden Sie ausführliche Berichte über den 118. Deutschen Ärztetag in Frankfurt, den die Landesärztekammer Hessen als diesjährige gastgebende Kammer gemeinsam mit der Bundesärztekammer ausrichtete. Den Bildern und Schilderungen können Sie entnehmen, dass es eine rundum gelungene Veranstaltung war, bei der die hessische Ärzteschaft hervorragend repräsentiert wurde. Ohne das große Engagement der vielen beteiligten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, denen ich an dieser Stelle ausdrücklich im Namen der Landesärztekammer Hessen und der zahlreichen Gäste aus dem In- und Ausland danke, wäre das nicht möglich gewesen. Doch lesen Sie selbst, was der 118. Deutsche Ärztetag alles zu bieten hatte.

So positiv dieser Ärztetag wahrgenommen wurde, so kritisch ist die öffentliche Wahrnehmung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung derzeit. Ja, ein offener Diskurs und kritische Auseinandersetzungen sind unverzichtbare Bestandteile einer demokratischen Gemeinschaft, aber mehr oder weniger entehrende, mit offensichtlicher Unnachgiebigkeit geführte Auseinandersetzungen schädigen das öffentliche Ansehen der Ärzteschaft und bergen die Gefahr, dass die ärztliche Selbstverwaltung – seien es die Kassenärztlichen Vereinigungen oder die Kammern – an Bedeutung verliert. Leider gibt es auch innerhalb der Ärzteschaft Gegner der institutionalisierten Selbstverwaltung. Der Glaube, dass der Staat deren Aufgaben besser wahrnehmen könnte, würde im Ernstfall schnell eines Besseren belehrt werden. Ärztliche Kritik ist willkommen. Doch nicht der Ruf nach dem Staat, sondern das aktive Engagement zum Beispiel in der Landesärztekammer Hessen ist die richtige Antwort, um Verbesserungen zu erzielen und damit der Kammer in der Öffentlichkeit bzw. gegenüber der Politik mehr Bedeutung zu geben.

Bei manchen Kritikern habe ich den Eindruck, dass sie die Struktur, die Aufgaben und die Befugnisse der Kammern gar nicht kennen. So hörte ich auf dem Hauptstadtkongress in Berlin die Forderung von Kollegen, ein Simulationstraining gesetzlich verbindlich vorzuschreiben. Offensichtlich war diesen Kollegen nicht bekannt, dass dies in die Zuständigkeit der Weiterbildungsordnung fällt. Im Übrigen ist ein Simulationstraining bei der Novellierung der neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung tatsächlich vorgesehen.

Der Kluge hat übrigens nicht nur eine Hol-, sondern auch eine Bringschuld, das heißt er ist gefordert, sein Wissen und seine Expertise geduldig und verständlich an den richtigen Stellen verfügbar zu machen. Manchmal heißt das auch, gegen den Strom zu schwimmen und sich beispielsweise für die Individualität eines einzelnen Patienten einzusetzen. Bekanntlich passt nicht jeder Mensch in das Bett des Prokrustes, der jenen Herbergsgästen, die nicht das rechte Maß für sein Bett hatten, überlange Gliedmaßen kürzte oder zu kurze Glieder streckte, denn er sah es als Bestes, wenn alle gleich waren.

Doch Menschen und Patienten sind nicht gleich. Was einigen wenigen hilft, zeitigt bei vielen anderen überhaupt keine Wirkung oder umgekehrt. Aber darf das ein Grund sein, den einigen wenigen ein Medikament zu verweigern, sprich es nicht in die Liste der verschreibungs- und erstattungsfähigen Medikamente aufzunehmen? Lassen wir uns hier womöglich vom nahezu allgegenwärtigen und allmächtigen Gemeinsamen Bundesausschuss doch in das Bett des Prokrustes zwängen? Statistisch und ökonomisch betrachtet mag das korrekt sein, aber es vernachlässigt das einzelne Individuum. Unsere ärztliche Aufgabe besteht aber darin, dem einzelnen Patienten, der uns aufgrund unserer Expertise als Arzt um Hilfe bittet, zu helfen.

In zarter Hoffnung, dass die weitere Entwicklung der sogenannten personalisierten Medizin uns dabei zukünftig stärker unterstützen kann, wünsche ich Ihnen allen einen schönen Sommer.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Foto: Monika Buchalik

Mit dieser umfangreichen Doppelausgabe für Juli und August wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine erholsame Sommerzeit. Die nächste Ausgabe 09/2015 erscheint Ende August.

Inhalt

Foto: Foto Wachendörfer

Schwerpunktheft: Der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt am Main

Die Landesärztekammer Hessen war in diesem Jahr Gastgeberin des 118. Deutschen Ärztetages in Frankfurt am Main. Rund ein Dutzend Beiträge beschäftigen sich mit diesem Großereignis, bei dem es auf vielerlei Ebenen um die ärztliche Freiheit und Verantwortung ging.

386–407

Foto: UKGM/VTG-Chirurgie

Zwei CME-Beiträge

Gleich zwei Mal Fortbildungspunkte: Die medikamentöse Behandlung während der Schwangerschaft ist Thema des ersten CME-Beitrags „Ein Fall für Zwei". Jährlich 90.000 Schilddrüsen-OPs in Deutschland: Ein weiterer Fortbildungs-Artikel zeigt den aktuellen Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen.

408/413

Editorial: Gegen das Bett des Prokrustes **383**

118. Deutscher Ärztetag:
Blauer Himmel und Gastfreundschaft **387**
Ehrung für zwei hessische Ärzte **389**
Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery weiter an der Spitze der deutschen Ärzteschaft **390**
Kommentar: Vor und hinter den Kulissen **390**
Verstehen und Verständigen – Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag **391**
Medizin in Zeiten globaler Epidemien / Interview mit Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk **394/396**
Verhandlungen zur GOÄ-Novelle kommen voran **397**
Keine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht **398**
Eindrücke hessischer Delegierter vom 118. Deutschen Ärztetag **402**
„Ärzte unter Palmen" – festlicher Höhepunkt des 118. Deutschen Ärztetages **406**

Bekanntmachungen

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** **454**
Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung **420**
Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule **426**

Ärztekammer:
Ein neuer Lotse kommt an Bord **419**

Gesundheitspolitik:
Interview mit Dr. med. Susanne Johna zu einer Umfrage des Marburger Bundes Hessen **428**
Sterbebedingungen in Pflegeheimen und deren Konsequenzen für den Hausarzt **444**

Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Juristische Exkurse
Im ersten Beitrag der Rubrik „Recht“ geht es um die spezifischen Rahmenbedingungen bei der Behandlung von Kindern. In einem zweiten Artikel, zu dem es im nächsten Heft eine Fortsetzung gibt, wird das Thema „Ärzte auf dem gewerblichen Gesundheitsmarkt – was ist zu beachten“ näher betrachtet.

432/434

Foto: Helmut R. Schulze

Sommer-Festivals in Hessen & Erinnerung an Literaturkritiker Marcel Reich-Ranicki
„Warum in die Ferne schweifen? Sieh, das Gute liegt so nah!“ – Frei nach Goethe locken überall in Hessen Festivals, die den Sommer zelebrieren. Mit Eppelwoi, Latin, Theater und viel mehr. Außerdem erinnert eine Ausstellung in Frankfurt/Main an Marcel Reich-Ranicki.

438/439

Junge Ärztinnen und Ärzte: Schwerpunktcurriculum „Primärversorgung“ der Philipps Universität Marburg **430**

Fortbildung:
Konkurrenz und Kommunikation unter Ärzten: Aktuelle Daten aus der iCEPT-Studie **436**
Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon? Schwierige Gesprächssituationen meistern **447**

Aus den Berufsverbänden: Ärztin, Frau, Patientin, Mutter, Chefin… Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. **443**
Leserbriefe **448**

Bücher
Heike Haarhoff (Hrsg.): Organversagen – Die Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland **431**
Alexandra von Bose: Bunte Vielfalt – Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen **446**

Mensch und Gesundheit

- Ein Ausflug ins medizinische Teheran **440**
- Die Zukunft gestalten – Querdenker Kongress 2015 **442**
- Wenn Psychotherapien abgebrochen werden: Häufigkeit und Risikofaktoren **446**

Personalia **450**
Dr. med. Ernst Girth zum 70. Geburtstag **447**
Nachruf auf Prof. Dr. med. Stavros Mentzos, Frankfurt **449**
Gegen das Vergessen: Stolperstein für Dr. med. Josef Strauß (1872–1942) **453**
Schlaglichter, Notizen, Nachrichten **452**
Impressum **460**

Musikalische Eröffnung mit dem Frankfurter Medizinerorchester

Blick ins Publikum, in der ersten Reihe Ehrengäste und Festredner (siehe unten)

Sänger Gregor Metternich und Dirigent Simon Traxler

118. Deutscher Ärztetag in Frankfurt am Main

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer

In der Paulskirche

Peter Feldmann, Oberbürgermeister der Stadt Frankfurt

Stefan Grüttner, hessischer Minister für Soziales und Integration

Hermann Gröhe, Bundesminister für Gesundheit

Fotos: Maren Grikscheit (9)

Blauer Himmel und Gastfreundschaft

Start in einen gelungenen Deutschen Ärztetag

Vier Tage Kaiserwetter: Die auf den deutschen Kaiser Wilhelm II. zurückgehende, sprichwörtlich gewordene Redensart – bei nationalen Festen, denen er einst die Ehre gab, soll regelmäßig schönes Wetter geherrscht haben – ließ sich in der zweiten Maiwoche auch auf Frankfurt am Main übertragen. Sonnenstrahlen tanzten über das runde Dach der Paulskirche und brachten die gläsernen Fassaden der Hochhäuser zum Leuchten. Über der Mainmetropole wölbte sich ein zumeist blauer Himmel, der nach zwei, drei kurzen Schauern nur umso intensiver glänzte. Beste Rahmenbedingungen für den 118. Deutschen Ärztetag, den umfangreiche Vorbereitungen, engagierte Diskussionen und zukunftsweisende Beschlüsse zu einer erfolgreichen Veranstaltung machten.

Foto: jardaj/modusphoto

Die Frankfurter Paulskirche

Darauf, dass Gastfreundschaft bei der gastgebenden Landesärztekammer Hessen groß geschrieben wird, stimmte schon das feierliche Abendessen für Präsidenten und internationale Gäste im Frankfurter Hof am Abend vor der Eröffnungsveranstaltung (siehe Bericht HÄBL 06/2015) ein. Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, der alle Anwesenden herzlich willkommen hieß, freute sich u.a. besonders darüber, auch die israelischen Gäste, Leah Wapner und Dr. Leonid Eidelman, vom Israelischen Ärzteverband, im Jahr des 50. Jubiläums der Aufnahme der diplomatischen Beziehungen zwischen der Bundesrepublik Deutschland und Israel begrüßen zu können. „Dies ist ein Zeichen für das wieder gewachsene Vertrauen und unserer guten Zusammenarbeit mit Kolleginnen und Kollegen aus Israel."

Mit den Worten „Freiheit heißt nicht nur frei sein von etwas, sondern auch frei sein zu etwas", zitierte von Knoblauch zu Hatzbach den deutschen Bundespräsidenten Joachim Gauck in seiner Begrüßungsrede. Gauck haben auch gesagt: „Freiheit der Erwachsenen hat einen Namen. Sie heißt Verantwortung." Genau diese „erwachsene" Verantwortung für Patienten und für die Allgemeinheit trügen Ärztinnen und Ärzte bei der Ausübung ihres Berufes. „Für den Erhalt dieser Freiheit in Verantwortung treten wir mit Nachdruck ein", betonte von Knoblauch zu Hatzbach und wies zugleich auf

Foto: Foto Wachendörfer

Empfang unter freiem Himmel

Foto: Foto Wachendörfer

Festliche Runde beim Präsidentenessen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

Dr. Katrin Fjeldsted

die Notwendigkeit von Vernetzung hin: „Als Ärztinnen und Ärzte können, wollen und müssen wir voneinander lernen. Zugleich müssen wir noch besser und über die Grenzen hinweg zusammenarbeiten, um den großen gesundheitspolitischen Herausforderungen in Europa aber auch weltweit zu begegnen."

Übereinstimmung in grundlegenden Ansichten bewies der Umstand, dass auch Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery das Zitat Joachim Gaucks über Freiheit in Verantwortung in seine Rede eingeflochten hatte. Freiheit und Verantwortung seien unteilbar. „In diesem Sinne übernehmen wir Ärzte Verantwortung." Montgomery unterstrich die Bedeutung, die die Paulskirche als Veranstaltungsort der Eröffnung des Deutschen Ärztetages habe. Das nationale Symbol der Freiheit gelte in Deutschland als Wiege der Demokratie. Ein würdiger Ort also, um über die Wechselwirkungen von Freiheit, Demokratie, Verantwortung und Selbstverwaltung nachzudenken.

Mit verschmitzter Miene und launigen Worten erweckte Dr. Katrin Fjeldsted, Präsidentin des Ständigen Ausschusses der Europäischen Ärzte (CPME), die Jahre der eigenen Kindheit und Jugend und mithin eine Zeit zum Leben, in der eine mehr oder minder gesunde Lebensführung selbstverständlich gewesen sei. Ohne Kalorienzählen, die Unterscheidung zwischen vegetarischer oder veganer Ernährung, Angst vor Fett in Lebensmitteln, Internetrecherchen in Sachen Gesundheit und der ständigen Sorge, sich richtig, das heißt gesundheitsbewusst zu verhalten. „Damals haben wir einfach gelebt", sagte Fjeldsted. Kinder hätten sich oft im Freien bewegt und seien schon dadurch glücklich und gesund gewesen. Dass sie mit ihrer Rede bei vielen Erinnerungen an vermeintlich unbeschwerte Zeiten heraufbeschworen hatte, machte der Applaus deutlich.

Katja Möhrle

Die internationalen Gäste des 118. Deutschen Ärztetages

Die Rede von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, zur Eröffnung des 118. Deutschen Ärztetages in der Frankfurter Paulskirche finden Sie im Internet: www.laekh.de/deutscher-aerztetag-2015/index.html

Ehrung für zwei hessische Ärzte

Hessen setzte in diesem Jahr zahlreiche Akzente: Dr. med. Alfred Möhrle, ehemaliger langjähriger Präsident der Landesärztekammer Hessen, wurde vom Präsidium der Bundesärztekammer zum Ehrenpräsidenten des 118. Deutschen Ärztetages in seiner Geburtsstadt Frankfurt am Main ernannt. Eine lange Liste an Ämtern zeugt von seinem außerordentlichen berufspolitischen Engagement, für das er bereits vielfach ausgezeichnet wurde. 1999 erhielt er das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, 2005 die Ehrenplakette in Gold der Landesärztekammer Hessen und 2010 die Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft. Möhrle, Jahrgang 1939, war 1. Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen, er gehörte von 1972 bis 1976 dem Präsidium der Landesärztekammer Hessen an und war von 1992 bis 2004 ihr Präsident. Seit 2007 ist er Mitglied im Vorstand des Versorgungswerkes.

Der Facharzt für Orthopädie engagierte sich auch in zahlreichen Gremien der Bundesärztekammer. Seit 2001 vertritt Alfred Möhrle die Landesärztekammer Hessen im Landesverband Freier Berufe, seit 2007 im Vorstand. Er ist seit 2001 Mitglied des Rundfunkrates des Hessischen Rundfunks und war von 2005 bis 2008 dessen Vorsitzender. Seit 2005 ist er Vorstandsmitglied der Berufsgenossenschaft BGW. Nach mehrjähriger Tätigkeit in mehreren Krankenhäusern, zuletzt im Städtischen Krankenhaus Frankfurt/Höchst, ließ sich Möhrle 1974 in eigener Praxis nieder und gründete 1993 eine Praxisgemeinschaft, bevor er sich 2007 aus dem aktiven Berufsleben zurückzog. Seit Jahren gilt sein Interesse dem Spezialgebiet „Manuelle Medizin", worin er als Dozent in bisher über 40 Jahren Hunderte von Ärztinnen und Ärzten sowie Physiotherapeuten weitergebildet hat.

Zum Auftakt des Deutschen Ärztetages in der Paulskirche wurde Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior, ehemaliger langjähriger Direktor der Klinik für Urologie des Klinikum Kassels, für seine herausragenden Verdienste mit der höchsten Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, der Paracelsus-Medaille, geehrt. Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery hob in seiner Laudatio hervor, dass Melchior, 1937 in Kassel geboren, sich in besonderer Weise für das Fach Urologie eingesetzt und sich berufspolitisch engagiert habe. Für seinen Einsatz erhielt er zahlreiche Ehrungen, unter anderem den Maximilian Nitze-Preis sowie die Maximilian-Nitze-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Urologie, den Ehrenpreis der Deutschen Kontinenzgesellschaft und das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse.

Bereits 1977 gründete Melchior den Arbeitskreis „Urologische Funktionsdiagnostik und Urologie der Frau" der Deutschen Urologen, dessen Vorsitzender er bis 1991 war und seitdem Ehrenvorsitzender ist. Von 1977 war Melchior Direktor der Urologie des Klinikums Kassel (ehemals Städtische Kliniken Kassel). Neben vielen weiteren Ämtern leitet er von 1980 bis 2012 die Sektion Urologie der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, von 1991 bis 1999 war er Mitglied des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Urologie, dessen Präsident er von 1992 bis 1993 war, sowie von 2008 bis 2013 Mitglied der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. Melchior ist Gründer und Wissenschaftlicher Leiter der Kasseler Gesundheitstage sowie des Maximilian Nitze-Kreises der Deutschen Gesellschaft für Urologie.

Katja Möhrle

Hedda Möhrle und Dr. med. Alfred Möhrle, Ehrenpräsident des 118. Deutschen Ärztetages

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior erhielt die höchste Auszeichnung der deutschen Ärzteschaft, die Paracelsus-Medaille

Kommentar:

Vor und hinter den Kulissen

Vier Tage von der Außenwelt abgeschirmt – so könnte man die Arbeit auf dem Deutschen Ärztetag beschreiben. Der Sitzungssaal, ohne Fenster, so dass man nicht in Versuchung kommt, vom schönen Wetter draußen abgelenkt zu werden. Es soll ja in erster Linie darum gehen, was in diesem Sitzungssaal vor sich geht. Und das sind selbstverständlich wichtige Themen.

Architektonisch betrachtet weisen die Sitzungssäle bundesweit eine erstaunliche Ähnlichkeit auf – Fenster spielen dabei wohl, unabhängig davon in welcher Stadt man sich befindet, eine eher untergeordnete Rolle. Das macht es eigentlich fast egal, wo der Deutsche Ärztetag stattfindet. Lediglich die Themen und die Menschen im Saal ändern sich – zumindest teilweise. Es sind die Veranstaltungen neben und insbesondere nach den Plenarsitzungen, die den Unterschied ausmachen. Dort zeigt sich erst, in welcher Stadt man eigentlich ist und was diese alles zu bieten hat.

Bahnhofsviertel, Sachsenhausen oder Bockenheim. So unterschiedlich die Viertel, so unterschiedlich war das Programm: 60er-Jahre Charme inklusive Skylineblick mit Sonnenuntergang im 21. Stock des InterContinental Hotels, Äppler im Bembel und Solber garniert mit Frankfurter Schnauze im Gemalten Haus und ein festlicher Ausklang mit Kulturprogramm im Palmengarten. Man fühlte sich ein wenig als Tourist in seiner „eigenen" Stadt. Eine schöne „Entschädigung" für die vielen Stunden, die man von der Außenwelt abgeschirmt verbrachte.

Foto: Foto Wachendörfer

Maren Grikscheit
Referentin der Stabsstelle Medien der Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery weiter an der Spitze der deutschen Ärzteschaft

Der 118. Deutsche Ärztetag in Frankfurt am Main war auch ein Wahl-Ärztetag. Das mit Spannung erwartete Ergebnis lautete: Auch in den kommenden vier Jahren steht Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery an der Spitze der deutschen Ärzteschaft. Mit 161 von 230 gültigen Stimmen wurde der Präsident der Ärztekammer Hamburg in seinem weiteren Amt als Präsident der Bundesärztekammer (BÄK) bestätigt. Montgomery, Oberarzt am Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, kündigte an, sich weiter für die Einheit der Ärzteschaft einsetzen zu wollen. Er unterstrich, dass die ärztliche Freiberuflichkeit bewahrt und die ärztliche Selbstverwaltung gestärkt werden müsse.

Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, wurde mit 221 von 245 gültigen Stimmen ebenfalls in ihrem Amt als Vizepräsidentin der BÄK bestätigt. Die Oberärztin im Kreiskrankenhaus Diekholzen ist unter anderem Vorsitzende der Deutschen Akademie der Gebietsärzte sowie Vorsitzende des BÄK-Ausschusses und der Ständigen Konferenz „Gesundheit und „Umwelt".

Auch Dr. med. Max Kaplan, Präsident der Bayerischen Ärztekammer und Vorsitzender der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin, wurde mit 209 von 233 gültigen Stimmen im Amt des BÄK-Vizepräsidenten bestätigt. Der Facharzt für Allgemeinmedizin ist seit 2010 Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer.

Foto: jardai/modusphoto

Wiedergewählt: Dr. med. Martina Wenker, Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery und Dr. med. Max Kaplan (v.l.n.r.)

Als weitere BÄK-Vorstandsmitglieder wurden Dr. med. Ellen Lundershausen, Thüringen, mit 133 von 248 gültigen Stimmen, und Dr. med. Klaus Reinhardt, Westfalen-Lippe, mit 123 von 244 gültigen Stimmen gewählt.

Dr. med. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, hatte ebenfalls für das Amt eines BÄK-Vorstandsmitgliedes kandidiert und war Reinhardt nur knapp mit 121 Stimmen unterlegen.

Katja Möhrle

Verstehen und Verständigen

Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag

„Solche wie Sie haben wir hier alle fünf Jahre. Und ich sag' Ihnen eins: Keiner von denen hat überlebt": Ein Patient, der bei diesen Worten seines Arztes nicht Reißaus nimmt, hat entweder ein dickes Fell oder keine andere Wahl. Auch eine zutreffende, aber wenig empathisch vorgetragene Diagnosemitteilung durch den Arzt hinterlässt einen negativen Eindruck. Sie wird als unsensibel, zynisch und nicht selten erschütternd empfunden. Das eingangs genannte Beispiel mag überspitzt klingen. Doch obwohl umfassende Forschungsergebnisse besagen, dass eine funktionierende Arzt-Patienten-Kommunikation für die erfolgreiche Patientenbehandlung entscheidend ist, droht sie unter dem Zeitdruck des ärztlichen Alltags immer wieder vernachlässigt zu werden.

„Patienten erwarten, dass wir Zeit für sie haben"

Der Arztberuf ist ein sprechender Beruf. So war es an der Zeit, die Kommunikation im ärztlichen Alltag als ein zentrales Thema auf die Tagesordnung eines Deutschen Ärztetages zu setzen. „Whether you like them or you fail" – Entweder du magst sie, oder du versagst: Im dritten klinischen Semester sei er auf diesen Satz gestoßen, der ihn elektrisiert habe, leitete Prof. Dr. med. Ulrich Schwantes, Medizinische Hochschule Brandenburg, seinen Vortrag „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag – Verstehen und Verständigen" ein. Mit „sie" waren die Patienten gemeint. „Erst in der Medizinalassistenzeit und in der Weiterbildung habe ich gelernt, wie man mit ihnen umgeht", berichtete der Facharzt für Allgemeinmedizin. Die Vorbilder seien zum Teil gut gewesen, aber nicht alle. „Ich merkte, dass Patienten nicht nur gute Medizin wollten, sondern mehr. Patienten erwarten, dass wir Zeit für sie haben und ihnen Medizin verständlich herüberbringen."

Was bedeutet Kommunikation aus wissenschaftlicher Sicht? Man kann nicht nicht kommunizieren, zitierte Schwantes eine der fünf Grundregeln (Axiome), mit denen der österreichisch-amerikanische Kommunikationswissenschaftler und Psychotherapeut Paul Watzlawick die menschliche Kommunikation erklärt. Kommunikation ist symmetrisch oder komplementär, besagt das fünfte Axiom. Da sich Ärzte in dem Arzt-Patienten-Verhältnis in einer „mächtigeren" Position befänden, handele es sich hier um eine asymmetrische oder komplementäre Kommunikation, erklärte Schwantes.

Respekt und Wertschätzung

Wichtig für gelingende Kommunikation, so Schwantes weiter, seien erstens Respekt, zweitens Akzeptanz, drittens Wertschätzung und an vierter Stelle Empathie. Dabei gehe es darum, die Gefühle des anderen zu verstehen. Zur Verdeutlichung schlüpfte der Allgemeinarzt vor dem Mikrofon in unterschiedliche Rollen: Zunächst in die eines Mannes, der mit Kopfschmerzen zum Arzt kommt und aufgrund seiner Recherchen im Internet genau zu wissen glaubt, um welche Arten von Kopfschmerzen es sich handelt. Dann in jene einer etwas unsicher wirkenden Patientin, die voll des Lobes für die Praxis ist („Ach, es ist so schön hier. Ich fühle mich richtig aufgehoben"). Und zuletzt – „Nun, Herr Doktor. Sie sind doch in dieser Beziehung nicht so kompetent" – in die Rolle des respektlosen Patienten. „Entscheiden Sie selbst", resümierte Schwantes: „Gehen Sie mit allen drei Patienten gleich um?"

Die richtigen Worte finden: Darauf komme es beim ärztlichen Verhalten ebenso an wie auf Hören und Zuhören, Fühlen und Sehen, so der Vortragende. „Dies alles ergibt die Zuwendung, die Sie dem Patienten geben müssen." Falsche Worte dagegen, zum Beispiel das Gleichsetzen des Patienten mit seiner Krankheit (Diabetiker, Hypertoniker etc.) hielten die Patienten auf Distanz. Auch würden Ärzte ihre Patienten oft schon nach 11 bis 14 Sekunden unterbrechen. „In der ärztlichen Kommunikation bestehen Defizite." Die erforderlichen Kompetenzen müssten gelehrt, gelernt und geübt werden. „Wir brauchen Lehrer, die Vorbilder sind – in ethischer und in emotionaler Hinsicht." Und man brauche beim Üben geeignete Szenarien: geschützte Atmosphäre, kleine Gruppen, Schauspielerpatienten. „Ärztliche Kommunikationskom-

Dr. med. Susan Trittmacher

Foto: Wachendörfer

„Kommunikative Kompetenz halte ich für das wichtigste ärztliche Werkzeug überhaupt. Es ist zwar bedauerlich, dass so ein wichtiges Thema erst als TOP auf einem Ärztetag landen muss, um entsprechend gewürdigt zu werden. Aber sei es drum – ich hoffe, dass dieses Thema integraler Bestandteil der Ausbildungs- und Weiterbildungsordnung wird."

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

Foto: Wachendörfer

„Die Bedeutung der Kommunikation zwischen Arzt und Patient kann gar nicht hoch genug angesetzt werden. Der Patient kommuniziert meist auf der emotionalen Ebene, der Arzt meist auf der Sachebene. Beide Ebenen müssen übereinstimmen, damit sich Arzt und Patient verstehen.

Beispiel:

Patient: Ich habe Schmerzen.

Arzt: Die müssen sie nicht haben, es gibt gute Schmerzmittel. Hier ist das Rezept.

Beide Partner kommunizieren auf verschiedenen Ebenen, die angeglichen werden müssen."

petenz muss ein zentraler Bestandteil in der Aus-, Weiter- und Fortbildung sein", forderte Schwantes und unterstrich: „Kommunikation ist die Schlüsselkompetenz des ärztlichen Berufes."

Patientenorientiert kommunizieren

Mit den Worten „Was Sie im ersten Beitrag gehört haben, ist, dass enorm viel von Ihnen erwartet wird", begann Jun.-Prof. PD Dr. rer. medic. Nicole Ernstmann, Institut für Medizinsoziologie, Versorgungsforschung und Rehabilitationswissenschaft der Universität Köln, ihren Vortrag. Darin ging es um die wissenschaftliche Evidenz zu Kommunikation. Warum sollten Ärzte patientenorientiert kommunizieren? Weil die Vorteile einer auf die Bedürfnisse der Patienten ausgerichteten Kommunikation nachweisbar sind, so Ernstmann. Therapieadhärenz und Wohlbefinden könnten verbessert, die Beschwerden reduziert, die Therapie besser abgestimmt, die physische und die emotionale Lebensqualität erhöht und Depressionen verringert werden.
Wie lassen sich Defizite in der Kommunikation ermitteln? Die Referentin warnte vor Zufriedenheitsbefragungen. „Zufriedenheit ist mit Vorsicht zu genießen. Wir müssen nach unerfülltem Informationsbedarf fragen." Kommunikationstrainings für Ärzte trügen zu einer besseren Kommunikation bei. Sie erhöhten die Adhärenz und verbesserten den Informationsfluss. Allerdings, räumte Ernstmann ein, gäbe es weder einen Nutzennachweis in Bezug auf „Patient Reported Outcomes" (Messgrößen, die auf Patienteneinschätzungen basieren) und auf Ängste der Patienten noch in Bezug auf Patientenzufriedenheit. „Das ist bitter, aber verständlich, wenn man sich anschaut, wie die Kommunikation funktioniert. Die Frage ist: Können Sie eine Beziehung zum Patienten aufbauen?" Abschließend stellte Ernstmann fest, dass viele Faktoren auf die ärztliche Kommunikation einwirkten und patientenseitige Faktoren mehr als bisher einbezogen werden sollten. „Die Strategien zur Verbesserung der Kommunikation müssen vielschichtig sein. Wir müssen uns an dem, was bei den Patienten ankommt, messen."

Dr. med. Susanne Johna

Foto: Foto Wachendörfer

„Erfreulicherweise ist das Thema Kommunikation zwischen Arzt und Patient heute bereits im Studium ein wichtiger Baustein. Oft vergessen wird die Bedeutung der Kommunikation zwischen Ärztinnen und Ärzten, oder auch mit anderen Gesundheitsberufen. Im Sinne von Qualitätssicherung und Risikominimierung müssen wir fordern, dass Ärztinnen und Ärzte über ausreichende Sprachkenntnisse verfügen, um sowohl mit Patientinnen und Patienten, als auch mit Kolleginnen und Kollegen kommunizieren zu können!"

Balance von empathischer Nähe und professioneller Distanz

Gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient oder Angehörigen: das bedeute für beide Seiten eine größere unmittelbare Zufriedenheit mit dem Gespräch und habe einen positiven Einfluss auf das Patientenverhalten, unterstrich Rudolf Henke, Präsident der Ärztekammer Nordrhein, in seiner Rede. „Ob sie heilt, wissen wir allerdings noch nicht." Aktuelle Veränderungen im Rollenbild von Arzt und Patient beeinflussten die (Wieder-)Erkenntnis des Stellenwerts der ärztlichen Kommunikation: „Gesellschaftlicher Wandel, eine leichtere Verfügbarkeit medizinischer Informationen, aber auch die wachsende Anzahl verfügbarer Diagnose- und Therapiemöglichkeiten bedingen ein partnerschaftlich und dialogisch geprägtes Bild der Arzt-Patienten-Beziehung." Grundlage dafür sei die Bildung eines Vertrauensverhältnisses zwischen Arzt und Patient, das durch eine Balance von empathischer Nähe und professioneller Distanz ermöglicht werde." Wir wollen uns ja nicht verbrennen", fügte Henke hinzu.
Der ärztliche Alltag bringe zahlreiche Herausforderungen mit sich, die die Kommunikation mit dem Patienten erschweren könnten: Patienten, die aufgrund von Krankheit, Demenz oder Behinderung nur eingeschränkt in der Lage seien, zu kommunizieren, beispielsweise, oder Patienten mit Migrationshintergrund, sprachlichen Verständigungsschwierig-

Beschlüsse des 118. Deutschen Ärztetages zum Thema Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag

- Die Fakultäten werden aufgefordert, die in der Approbationsordnung für Ärzte festgelegte Kompetenzentwicklung in der ärztlichen Gesprächsführung konsequent auszubauen. Die interkulturelle und sprachliche Sensibilität müsse auch in der ärztlichen Weiter- und Fortbildung kontinuierlich gefördert werden.

- Die Entwicklung eines Curriculums der Bundesärztekammer zur ärztlichen Gesprächsführung, das für die Weiter- und Fortbildung von Ärztinnen und Ärzten aller Fachrichtungen genutzt werden soll, wird begrüßt. Exemplarisch für die besonderen Herausforderungen bei der Kommunikation mit schwer erkrankten Patienten und ihren Angehörigen sowie im interprofessionellen Team soll ein darauf aufbauendes Curriculum für Ärzte entwickelt werden.

- Zumindest für die Erstversorgung, die Diagnose von akut behandlungsbedürftigen Erkrankungen und wichtige Vorsorgemaßnahmen (zum Beispiel Impfstatus, Kinder- und Schwangerenvorsorge) bei Flüchtlingen, Asylbewerbern und weiteren akut aufgenommenen Migranten müsse durch Kommunen und Krankenkassen die Finanzierung von professionellen Sprach- und Kulturmittlern gesichert werden. Gleiches gelte für die ärztliche Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund.

Die ausführlichen Beschlussanträge mit Erläuterungen finden Sie auf den Internetseiten der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

keiten und kulturell bedingten Verständnisproblemen. Einerseits seien Ärzte in der direkten Arzt-Patienten-Beziehung mit heterogenen Beratungsansprüchen – vom „informierten" Patienten bis hin zum blind vertrauenden Patienten – konfrontiert. Andererseits, so Henke, existierten im Berufs- und Versorgungsalltag hinderliche Rahmenbedingungen für ärztliche Gespräche. Diese reichten von hoher Arbeitsbelastung, Zeitmangel und steigender Ökonomisierung der Medizin bis zur Zunahme patientenferner Tätigkeiten. Als weitere Faktoren zählte Henke einen hohen Spezialisierungsgrad, technische Behandlungsmöglichkeiten und Fehlanreize für eine zunehmend technisierte Medizin auf.

Investition in das Ansehen der ärztlichen Profession

„Der Arzt als Mensch darf nicht durch eine spezialisierte und technisierte Medizin abhandenkommen", forderte Henke. „Um unserer Rolle gerecht zu werden, müssen wir mit medizinischer Kompetenz empathisch auf den Patienten zugehen." Im Sinne der Qualität der Patientenversorgung sowie im Interesse der ärztlichen Berufszufriedenheit müsse die ärztliche Kommunikation gestärkt werden. Andernfalls würden sich Ausbildungs- und Tätigkeitsfelder für allein auf Kommunikation spezialisierte Berufsgruppen entwickeln. Es stehe viel auf dem Spiel, warnte der nordrheinische Ärztekammerpräsident. Sowohl für Ärzte als auch für Patienten. Letztlich stelle sich die Frage danach, wer für die Steuerung im Gesundheitswesen zuständig sei und ob dabei die im Gespräch mit dem Arzt getroffene informierte Entscheidung des Patienten zentral bleibe. Die Steuerung über „Programme" oder durch die Kostenträger müsse demgegenüber immer nachgeordnet bleiben.

Henke wies darauf hin, dass zur Gesprächsführung im ärztlichen Alltag auch die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft sowie zwischen Ärzten und anderen Gesundheitsfachberufen gehöre. „Voraussetzung hierfür ist die gegenseitige Wertschätzung der Berufsgruppen und ihrer jeweiligen Aufgabenbereiche." Gelingende Kommunikation auf hohem qualitativem Niveau sei eine entscheidende Investition in das Ansehen der ärztlichen Profession, die zu Recht einen hohen gesellschaftlichen Status, Einfluss, Ansehen und Vertrauen erwarte. „Zeit, zuhören und ernst nehmen", darauf komme es an. Deswegen lohne sich jeder Einsatz, deswegen müsse Kritik ernst genommen werden, deswegen sei eine hohe Gewichtung der Thematik im Studium richtig – und deswegen müsse jede Weiter- und Fortbildung Kommunikation im Blick haben, sagte Henke in seinem leidenschaftlichen Plädoyer.

Dr. med. Peter Zürner

Foto: Manuel Maier

„Ich bin sehr glücklich darüber, dass dieses Thema einen Schwerpunkt auf dem Frankfurter Ärztetag bildete. Patienten möchten mit ihren Ärzten kommunizieren und nicht mit selbst ernannten Kommunikationsexperten. Eine Haupttätigkeit fast aller Arztgruppen ist es, mit ihren Patienten zu kommunizieren. Auch die Kommunikation zwischen Ärzten war Thema. Nur wenn Ärzte auf starre Hierarchien verzichten und einander zuhören, das Gegenüber ernst nehmen und wertschätzen, gelingt auch eine moderne Kommunikation mit ihren Patienten. Ein paramilitärischer Gestus hat lange viele Kliniken geprägt; es war üblich, Assistenzärzte vor Patienten herunterzuputzen. Der Kulturwandel geschieht, ist aber noch nicht abgeschlossen.

Eine Reflexion des eigenen Kommunikationsverhaltens, das Kennenlernen der eigenen blinden Flecke gehört heute ebenso zur ärztlichen Fortbildung wie andere fachliche Themen. Dies wird dann für Ärzte einfacher, wenn nicht andere Fachgebiete ihnen erklären, dass sie ohnehin alles falsch machen…"

„Wir müssen das Rad nicht neu erfinden"

Selbstkritisch und intensiv setzte sich das Ärzteparlament in der anschließenden Diskussion mit dem Thema auseinander. „Das war ein toller Tag heute", lobte Anne Kandler, Delegierte der Landesärztekammer Hessen. Endlich habe man festgestellt, dass ein gutes Arzt-Patienten-Gespräch nicht länger dauere als ein schlechtes. „Ich möchte eine Lanze für das medizinische Studium brechen", ergänzte Kandler. Dort würden im Rahmen von Szenen, wie sie im ärztlichen Alltag vorkämen, Kommunikationstechniken geübt, so zum Beispiel das Überbringen schlechter Nachrichten. „Mein Vorschlag daher: Orientieren Sie sich an dem, was bereits vorhanden ist. Wir müssen das Rad nicht neu erfinden."

Katja Möhrle

Medizin in Zeiten globaler Epidemien

Epidemien sind nicht nur medizinische, sondern auch soziale Ereignisse. Denn neben der körperlichen Gesundheit eines einzelnen Menschen wird auch die Gesellschaft in ihrer Struktur angegriffen, das öffentliche Leben bricht zusammen. Die Angst vor einer Ansteckung und das Gefühl, dem ausgeliefert zu sein, sind groß.
Im vergangenen Jahr hat der Ebola-Ausbruch in Westafrika viel Aufmerksamkeit auf das Thema Epidemien gelenkt. Obwohl zwischen Deutschland und Westafrika Tausende von Kilometern liegen, zeigte sich auch hierzulande eine große Verunsicherung. „Der Ebola-Ausbruch hat uns vor Augen geführt, welche Folgen unkontrollierte Ausbrüche von Infektionskrankheiten haben können. Es ist abzusehen, dass uns solche Ausbrüche weltweit immer wieder bedrohen werden. Daher ist es wichtig, sich mit den drängenden Fragen des Bevölkerungsschutzes – national wie international – jetzt und mit Blick auf die Zukunft auseinanderzusetzen“, erklärte Dr. med. Martina Wenker, Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, die Entscheidung, dieses Thema ausführlich auf dem 118. Deutschen Ärztetag zu diskutieren.

Ebola als mahnendes Beispiel

„Die Weltgemeinschaft hat es ein Jahr lang nicht geschafft, Ebola in den Griff zu kriegen“, lautete die Bilanz von Dr. med. Tankred Stöbe, Vorstandsmitglied der deutschen Sektion von Ärzte ohne Grenzen. Der jüngste Ebola-Ausbruch sei in seinen Ausmaßen bislang einmalig und sprenge alle Dimensionen. Politisches Versagen sei dafür verantwortlich: Neben der Überforderung der drei betroffenen Länder, deren schon zuvor schwaches Gesundheitssystem noch weiter geschwächt wurde, trage die gesamte internationale Staatengemeinschaft durch ihr viel zu spätes und unzureichendes Eingreifen eine Mitschuld. „Die WHO muss ihrer Führungsrolle besser gerecht werden, dafür ist Ebola ein mahnendes Beispiel.“
Im Laufe der Epidemie seien Ärzte ohne Grenzen mit etwa 1300 internationalen Mitarbeitern in die drei betroffenen Länder gegangen und behandelten in acht Zentren fast 9500 Patienten. Davon starben fast 3000 Patienten unter ihren Händen weg.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

„Ebola-Infektion mit kompetenter Darstellung und Diskussion – keine Angstmache!“

Wissensdefizite im Umgang mit hochinfektiösen Patienten

„Ebola hat auch die Welt bei uns völlig verändert“, so Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk. Der Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes erläuterte, dass bereits 1999 die zivilmilitärische Bund-Länder-Fachgruppe Seuchenschutz am Robert-Koch-Institut ein Konzept für das Management hochinfektiöser Erkrankungen verfasste, auf dessen Grundlage alle Kompetenz- und Behandlungszentren in Deutschen (Hamburg, Berlin, Leipzig, Düsseldorf, Frankfurt, Würzburg, Stuttgart und München) aufgebaut seien. Dabei sei Frankfurt bundesweit für das Management und Probleme im Kontakt mit hochinfektiösen Patienten verantwortlich. Die Zentren sind in einem Arbeitskreis (STAKOB) zusammengeschlossen, der unter anderem von Gottschalk gegründet wurde und dessen Sprecher er außerdem ist. „Vor Ebola hat sich eigentlich keiner für uns interessiert, wir waren eine Art Taubenzüchterverein. Mit Ebola war die Bundesregierung nun froh, dass sie uns hatte, weil wir das gesamte Management, so auch die Annahme von Patienten, regeln konnten“, berichtete Gottschalk. Insgesamt drei Patienten mit Ebola wurden in Deutschland behandelt. Alle waren im Vorhinein aus Westafrika angemeldet. Dabei habe sich gezeigt, dass ein erheblicher

Beschlüsse des 118. Deutschen Ärztetages zum Thema Epidemien:

- Die Erforschung von Infektionskrankheiten sowie die die Entwicklung und den Einsatz von diagnostischen Tests, Therapien und Impfstoffen muss vorangetrieben werden – dafür soll es eine staatliche Förderung für die Entwicklung und Bereitstellung von Arzneimitteln und Impfstoffen zur Eindämmung von Epidemien geben sowie die Finanzierung flächendeckender Impfprogramme.
- Aufklärungen in den betroffenen Ländern sollen kultursensibel erfolgen.
- Finanzielle Mittel zum Wiederaufbau der Gesundheitssysteme der von Epidemien betroffenen Länder sollen in einem Fonds bereitgestellt werden.
- Medizinisches und Nicht-medizinisches Personal soll beim Auslandseinsatz ausreichend abgesichert werden, es soll Freistellungsmöglichkeiten und Arbeitsplatzgarantien geben
- Die Regierung soll ein staatlich finanziertes und organisiertes medizinisches Hilfswerk einrichten, um auf diese Weise medizinische Soforthilfe mit speziell ausgebildetem Personal in Krisengebieten zu ermöglichen.
- Die Gesundheitssysteme in den betroffenen Staaten sollen langfristig unterstützt werden.
- Rettungsflugzeug „Robert Koch“ soll erhalten werden.

Die ausführlichen Beschlussanträge mit Erläuterungen finden Sie auf den Internetseiten der Bundesärztekammer (www.bundesaerztekammer.de).

Dr. med. Susanne Johna

„Eindrucksvoll waren die Vorträge zu Thema Medizin in Zeiten globaler Epidemien. Die in diesem Zusammenhang getroffenen Beschlüsse zur Notwendigkeit der vergüteten Freistellung von Ärztinnen und Ärzten im Falle von Epidemien oder Pandemien zeigen, dass wir in Deutschland trotz einer Überregulierung in manchen Bereichen letztlich entscheidende Themen nicht geklärt haben. Eine rasche und unkomplizierte Hilfe ist aber nur möglich, wenn Ärztinnen und Ärzte ohne Angst vor finanziellen Risiken oder Ressentiments auch helfen können."

Informationsbedarf auch bei Ärztinnen und Ärzten zum Umgang mit hochinfektiösen Patienten bestand – so auch im Umgang mit Verdachtsfällen: „Auch wenn von unserer Seite aus klar war, es kann kein Ebola sein, haben sich Kliniken quergestellt, diese Patienten zu versorgen." Nach persönlicher Einschätzung Gottschalks würde bei mindestens 95 Prozent der Fälle bereits die Frage „Wo kommen Sie her und was haben Sie gemacht?" ausreichen, um klarzustellen, dieser Patient kann kein Ebola haben.

Neben der Anamnese habe es auch Defizite bei der Schutzkleidung gegeben, die entweder überhaupt oder nicht ausreichend vorhanden war. Aber selbst in Häusern, die Schutzkleidung hatten, waren die Mitarbeiter häufig nicht im richtigen Umgang damit geschult. „Was mich erschüttert hat, war die Furcht des medizinischen Personals, das man sich trotz Schutzkleidung und ausreichend Abstand, hätte infizieren können", resümiert Gottschalk. Da müsse nachgearbeitet werden.

Maren Grikscheit

BMedSci Frank Seibert-Alves

„Als Thema stach für mich ‚Medizin in Zeiten globaler Epidemien' positiv heraus. Zwei ausgezeichnete Referenten gaben einen umfassenden Einblick zur Ebola-Krise."

Interview mit Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk

Medizin in Zeiten globaler Epidemien – worauf kommt es an?
Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk: Es ist ein sehr komplexes Geschehen. Zuerst kommt es darauf an, dass man überhaupt erkennt, dass eine Epidemie oder eine Pandemie am Laufen ist. Das ist am Anfang sehr schwierig. Häufig werden die anfangs wenigen Fallzahlen übersehen, die dann ganz plötzlich hochschnellen. Das war bei Ebola genauso. Man hätte im Prinzip bereits im März 2014 reagieren müssen und reagieren können. Aber man hat es nicht. Es wurde einfach übersehen und das genau ist das Problem.
Um in einem Land effektiv Epidemien bekämpfen zu können, braucht man außerdem Strukturen, auf die man sich verlassen kann. Man benötigt Fachleute, die Kontaktpersonensuche machen, gut trainierte Ärztinnen und Ärzte, die Verdachtspatienten behandeln und isolieren können, bis eine Diagnose gestellt wurde. Man braucht Möglichkeiten, um Proben schnell untersuchen zu können, Möglichkeiten, um Patienten vernünftig beatmen und unter Umständen auch dialysieren zu können. All diese Dinge spielen eine wesentliche Rolle.

Was ist die Aufgabe des Frankfurter Kompetenzzentrums?
Gottschalk: Es soll den gesamten Bereich von hochpathogenen Infektionskrankheiten regeln. In Frankfurt sind wir zuständig für Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland. Wir halten rund um die Uhr einen Service bereit und fahren bei Bedarf auch zu Patienten hin und wenn wir es für nötig erachten, organisieren wir den Transport, zum Beispiel aus Saarbrücken nach Frankfurt. Wir regeln, dass der Patient hier aufgenommen wird, führen alle notwendigen Diskussionen mit dem Sozialministerium

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes Frankfurt/Main, spricht auf dem 118. Deutschen Ärztetag

und mit dem Bundesgesundheitsministerium. Wir erarbeiten Managementmaßnahmen am Flughafen, für den wir ebenfalls zuständig sind. Das Ganze machen wir momentan mit fünf Ärzten.

Wissensdefizite, Schutzkleidung, Verweigerungshaltung – sind die Probleme mittlerweile überwunden?
Gottschalk: Nein, die haben wir nicht im Griff, ganz im Gegenteil. Es gibt rege Diskussion, da manche Kliniken sagen, das machen wir nicht, dafür sind wir nicht zuständig. Das ist natürlich falsch. Die Gesetzeslage ist eindeutig: Jede Klinik muss auch einen Patienten mit möglicher Infektionskranheit zumindest solange versorgen, bis er in die richtige Klinik weitertransportiert werden kann. Alles andere ist unterlassene Hilfeleistung. Es muss sehr darauf geachtet werden, wie man in Zukunft Kliniken so schult und informiert, dass sie ihrem gesetzlichen Auftrag auch nachkommen. In den 1950er Jahren als es die Pocken noch gab, wusste jeder Arzt genau, dass der richtige Umgang mit Infektionskrankheiten entscheidend ist. Ein Arzt hat einen Patienten gesehen und viele dieser Patienten hatte Infektionskrankheiten. Jeder niedergelassene Arzt hat bei Grippe-Pandemie-Bekämpfungen mitgemacht und mitgeimpft. Das war völlig normal. Und das ist aus dem Fokus geraten, weil Infektionskrankheiten mit der Ära der Breitbandantibiotika scheinbar in in den Hintergrund gerückt sind. Aber jetzt wird wieder deutlich und evident, dass – neben ausgeprägten Resistenzen – vor allen in Globalisierungszeiten Krankheiten hier auftreten, die es vorher nie bei uns gab. Auch so eine Erkrankung wie Ebola-Fieber kann eine Hauptstadt erreichen und damit bestünde prinzipiell die Möglichkeit, dass dies über den Flugverkehr zehn Stunden später in den Metropolen der Welt ist.

Was ist Ihre Botschaft an die hessischen Ärztinnen und Ärzte?
Gottschalk: Ich habe Ärztinnen und Ärzte erlebt, die hervorragend mit hochinfektiösen Patienten umgegangen sind, andere wiederum nicht. Mein Appell ist, dass alle Ärztinnen und Ärzte wieder einsehen, dass Patienten mit fraglichen Reiseinfektionen, mit hochpathogenen Erregern, in den Kliniken versorgt werden müssen. Dafür ist ein Basiswissen an Reisemedizin und über Infektionskrankheiten notwendig. Auf den Internetseiten des Gesundheitsamtes haben wir einen Anamnesebogen zur Verfügung gestellt, der alle relevanten Fragen enthält. Sollte man sich bei der Bewertung unsicher sein, kann man uns aber auch anrufen, dann können wir die Fragen gemeinsam bearbeiten und die Ergebnisse bewerten.

Interview: Maren Grikscheit

Die Landesärztekammer Hessen dankt den folgenden Unternehmen, die sie bei der Ausrichtung des 118. Deutschen Ärztetags unterstützten:

- Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG
- Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG
- Deutsche Ärzteversicherung AG
- Frankfurter Volksbank eG
- Janssen-Cilag GmbH
- PEH Wertpapier AG
- Sanofi Aventis Deutschland GmbH

Verhandlungen zur GOÄ-Novelle kommen voran

„Wie berechnet sich ein fairer Arztlohn?“, fragte Dr. med. Theo Windhorst, Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der Bundesärztekammer, zu Beginn seiner Ausführungen zum Sachstand GOÄneu. Das gemeinsame Ziel der Novelle sei die Ablösung der alten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) durch eine moderne, den aktuellen Stand der medizinischen Versorgung entsprechenden Gebührenordnung.

Aktueller Stand

Nach einem kurzen Rückblick auf die Inhalte der GOÄ-Rahmenvereinbarung von 2013 und die Entschließungen zum Thema auf dem 117. Deutschen Ärztetag in Düsseldorf (siehe auch www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/118-deutscher-aerztetag-2015/referate/) stellte Windhorst den aktuellen Stand der Arbeiten dar. Er erinnerte an die Generalbedingung des Bundesgesundheitsministeriums, welche einen Konsens von Bundesärztekammer, Privater Krankenversicherung und der Beihilfe fordert. Seit Juli 2014 liefen enge Abstimmungen unter den Beteiligten.

Im März dieses Jahres sei das „GOÄneu Informationspaket“ – eine Voraussetzung für den Einstieg in die Detailabstimmungen mit dem Bundesgesundheitsministerium – vorgelegt worden. Es enthalte die TOP 400 Gebührenpositionen (GPen), die vollständigen Kapitel B und M sowie den Entwurf des Paragraphenteils. Geeinigt habe man sich bereits über Kapitel B, Kapitel M, die Paretoliste (über 500 Leistungen in der GOÄneu) sowie über die wesentlichen Punkten des Paragraphenteils.

Ein wichtiger Schritt sei die zuletzt von Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery unterzeichnete Durchführungsvereinbarung gewesen. Sie beinhalte die Verständigung auf die wesentlichen Arbeitsfelder und Zuständigkeiten für die Umsetzung der GOÄ-Novelle gemäß der Rahmenvereinbarung sowie die Vereinbarung oben genannter Generalbedingung.

Eine gemeinsame Gesetzesinitiative sehe außerdem Regelungen über nicht unterschreitbare Gebührensätze (Ausnahme Sozialtarife) sowie die Steigerung der Gebührensätze bei besonderer Schwere im Einzelfall vor.

Auch stehe der Entwurf des Paragraphenteils. Als Paradigmenwechsel bezeichnete Windhorst die Aufnahme der Formulierung, dass das Ziel der Behandlung das bestmögliche qualitative Ergebnis für den Patienten unter verantwortungsvollem Einsatz der Mittel sei. Darüber hinaus enthalte der Entwurf des Paragraphenteils Abschnitte zur rechtzeitigen Aufklärung des Patienten, Konkretisierung der Regelung zur Vertretung des Wahlarztes, Konkretisierung der Regelungen zum Bezug von Laborleistungen (noch in Verhandlung).

Forderungen des 118. Deutschen Ärztetags

Die konservativen Leistungen müssen angemessen bewertet werden, forderte der 118. Deutsche Ärztetag im Zusammenhang mit den GOÄ-Verhandlungen. Außerdem müsse die GOÄ eine rein ärztliche Gebührenordnung bleiben. Eine Beteiligung von Gebührenordnungspositionen für psychologische Psychotherapeuten wird abgelehnt.

Da mit der jetzigen Vergütung eine qualitativ hochwertige ärztliche Leichenschau nicht kostendeckend möglich sei, forderte der Ärztetag, die in der neuen GOÄ dafür vorgesehenen Gebührenordnungspositionen bereits vor Abschluss auszugliedern und zur Abrechnung freizugeben. Der 118. Deutsche Ärztetag warnte ferner vor einer Schieflage der Mittelverwendung von Beitragsgeldern aufgrund hoher Vermittlungsprovisionen bei der Privaten Krankenversicherung. Es wird eine deutliche Absenkung dieser Abschlussprovisionen gefordert. Ferner seien die Kosten für Verwaltung und „Leistungsmanagement“ zu prüfen. Der größtmögliche Anteil des Beitragsvolumens müsse den Versicherten für medizinische Zwecke zur Verfügung stehen.

Der Referentenentwurf wird zur Jahreswende 2015/2016 erwartet, im Frühjahr 2016 der Kabinettsbeschluss. Bundestag und Bundesrat sollen sich dann im Spätsommer 2016 mit der Reform befassen, damit diese am 1. Oktober 2016 in Kraft treten kann.

Mit Goethes Worten rief Windhorst abschließend dazu auf, die Chance zur Neugestaltung der GOÄ auch zu nutzen: „Einer neuen Wahrheit ist nichts schädlicher als ein alter Irrtum.“

Maren Grikscheit

Foto: Katja Kölsch

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit **Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:**

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die Telefonsprechstunde bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen wird an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

- **Dienstag, 7. Juli 2015**
- **Dienstag, 4. August 2015**
- **Dienstag, 8. September 2015**
- **Dienstag, 6. Oktober 2015**

Keine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht

Übersicht über Themen und Entscheidungen des 118. Deutschen Ärztetages

Abstimmung: Dr. med. Susanne Johna, Michael Thomas Knoll, Christine Hidas, Dr. med. Klaus König

Hauptamt: Hans-Peter Hauck und Nina Walter

Hessische Delegierte bei der Arbeit

Auf der Eröffnungsveranstaltung in der Frankfurter Paulskirche hatte Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery das geplante GKV-Versorgungsstärkungsgesetz (GKV-VSG), und die darin enthaltenen Regelungen zur Stilllegung von frei werdenden Arztsitzen als Gefährdung der ärztlichen Freiberuflichkeit bezeichnet. Auch im Plenarsaal des Congress Centers Messe, dem Tagungsort des 118. Deutschen Ärztetages, wurde lebhaft über die geplanten gesetzlichen Regelungen diskutiert.

Die Delegierten forderten den Gesetzgeber auf, zentrale Maßnahmen des geplanten GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes zurückzunehmen bzw. zu überarbeiten. Das heißt: kein gegenseitiges Ausspielen von Fachärzten in der ambulanten und stationären Versorgung durch die Einführung einer Terminservicegarantie, keine Aufweichung des ärztlichen Delegationsprinzips und keine weitere Verlagerung von Zuständigkeiten der ärztlichen Selbstverwaltung auf den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA). Der Ärztetag warnte dringend vor einer weiteren Kommerzialisierung der Medizin.

Forderung nach Ende der Honorarbudgetierung und verpflichtende Krankenhausinvestitionen

Für die Praxen der niedergelassenen Ärzte forderten die Delegierten eine angemessene Honorierung der Leistungen und die Beendigung der Honorarbudgetierung. Der Gesetzgeber müsse außerdem „klare und einklagbare Verpflichtungen der Länder für Krankenhausinvestitionen sowie ergänzende Mittel des Bundes“ schaffen, erklärten die Ärztevertreter mit Blick auf die geplante Krankenhausreform. Auch sei eine Neukonzeption des DRG-Fallpauschalensystems erforderlich; dabei müssten unter anderem steigende Ausgaben zum Beispiel durch Tarifanpassungen stärker berücksichtigt werden.

Ausdrücklich sprach sich das Ärzteparlament für verbindliche Mindest-Personalschlüssel für den ärztlichen und pflegerischen Dienst in Krankenhäusern aus. Unterbesetzung von Abteilungen führe zu einer Gefährdung der Gesundheit von Patienten und Mitarbeitern; außerdem sei Arbeitszufriedenheit eine notwendige Voraussetzung, um auch künftig den erforderlichen Nachwuchs für die ärztliche und pflegerische Versorgung gewinnen zu können.

Ärztliche Expertise für Qualitätsoffensive

Das mit der Umsetzung der Qualitätsoffensive der Bundesregierung beauftragte

Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen sowie der G-BA wurden aufgefordert, praxisnahe, am Nutzen für Patientinnen und Patienten und an deren Präferenzen ausgerichtete Lösungen zu entwickeln. Hierzu sei die systematische Einbeziehung ärztlicher Expertise – vertreten durch die Ärztekammern – unerlässlich.

Ärztekammern sollen für ärztliche Weiterbildung zuständig bleiben

Viele der von Ärzteschaft und Politik angestoßenen Projekte zur Bekämpfung des Ärztemangels zeigten inzwischen erste Erfolgte, stellte der Deutsche Ärztetag fest. So steige die Zahl der Weiterbildungsassistenten in der Allgemeinmedizin seit Inkrafttreten des neuen Förderprogramms Allgemeinmedizin kontinuierlich an. Der Bildung von Kompetenzzentren im Rahmen der Weiterbildung außerhalb des Ärztekammerbereichs erteilte der Ärztetag allerdings eine Abfuhr. Einstimmig forderten die Delegierten den Erhalt der originären Zuständigkeit der Ärztekammern für die fachliche Qualifikation von Ärztinnen und Ärzten. Diese Zuständigkeit dürfe nicht durch andere Strukturen, die nicht unter der Leitung der Ärztekammern stehen, ersetzt werden.

Stärkung der ambulanten Weiterbildung

Die Abgeordneten machten sich für eine Stärkung der ambulanten Weiterbildung stark. Die Unterschiede zwischen ambulantem und stationärem Sektor erforderten, dass die Finanzierung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung vergleichbar zum Förderprogramm Allgemeinmedizin vom Gesetzgeber eigenständig im SGB V (Strafgesetzbuch V) geregelt werde. Der Ärztetag begrüßte, dass mit dem Entwurf des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen die bislang auf die Allgemeinmedizin beschränkte Förderung von ambulanten Weiterbildungsstellen auf andere Fachgebiete ausweiten können.
Weiterbildung finde im Rahmen ärztlicher Berufsausübung statt; daraus leite sich auch der Anspruch der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung auf ein angemessenes, den tariflichen Konditionen für die angestellten Ärzte im Krankenhaus entsprechendes Gehalt ab. Bisher fehle jedoch ein angemessenes Finanzierungsmodell. Die Abgeordneten plädierten für eine Mischfinanzierung aus einem gesetzlich verankerten extrabudgetären Förderprogramm der Krankenkassen und aus der Vergütung der Leistungen, die der Weiterzubildende im Rahmen seiner ärztlichen Tätigkeit erbringt. Für die Weiterbildungsstätten im ambulanten Bereich müsse eine Möglichkeit zur Refinanzierung der von ihnen an die Weiterzubildenden gezahlten Gehälter geschaffen werden.

Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung

Derzeit finde ein umfangreicher Abstimmungsprozess zwischen der Bundesärztekammer und den Landesärztekammern über Struktur und Inhalte der Novelle der (Muster-) Weiterbildungsordnung (M-WBO) statt, berichtete Franz-Joseph Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der BÄK, auf dem Deutschen Ärztetag in Frankfurt am Main. Grundlage seien die Vorschläge, die Fachgesellschaften und Berufsverbände im Frühjahr 2013 auf der Internet-Plattform Wiki-Baek für ihre jeweiligen Fachgebiete gemacht haben. Im Mittelpunkt der geplanten Reform der M-WBO stehe eine Ausrichtung an Kompetenzen. Als Leitschnur bezeichnete Bartmann die Frage: Welche Kompetenzen benötigt ein Arzt, um als Facharzt eigenständig tätig zu sein? Die Grundstruktur von Facharzt, Schwerpunktbezeichnung und Zusatzweiterbildung bleibe in der neuen M-WBO erhalten. Da sich die bisherige M-WBO aber zu sehr an Richtzahlen orientiere, sollen an die Stelle der bisherigen Spiegelstrichaufzählungen Weiterbildungsblöcke treten, die die Inhalte der Fächer definieren.

Ärztemangel: ein facharztübergreifendes Problem

Der Ärztemangel in Deutschland betrifft nicht nur die hausärztliche Versorgung, sondern ist ein facharztübergreifendes Problem: das unterstrichen die Ärztevertreter in Frankfurt am Main. Studien zeigten, dass insbesondere die konservativ tä-

PD Dr. med. Andreas Scholz kritisiert, dass der Entwurf des Krankenhaus-Strukturgesetzes zu weiteren finanziellen Kürzungen führt

Dr. med. Sabine Dominik fordert den Stopp einer zunehmenden Bürokratisierung im Gesundheitswesen

Prof. Dr. med. Ulrich Finke: „Das DRG-System nimmt den Krankenhäusern die Luft und muss dringend verändert werden!“

tigen Fachärztinnen und -ärzte überdurchschnittlich unzufrieden mit ihrer wirtschaftlichen Situation seien. Notwendig seien daher feste und angemessene Preise für alle Grundleistungen. Haus- und fachärztliche Grundleistungen sollten außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung und ohne Mengenbegrenzung vergütet werden. Um mehr junge Ärzte für eine Tätigkeit im ambulanten Bereich zu gewinnen, forderte der Ärztetag, die finanziellen Fördermöglichkeiten für den Start in die Niederlassung zu verbessern.

Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umsetzen

Um den Mangel an Arztstunden in Deutschland nachhaltig zu beheben, müsse bereits im Medizinstudium angesetzt werden, betonten die Delegierten. Die Gesundheits- und Wissenschaftsminister von Bund und Ländern wurden aufgefordert, den im Koalitionsvertrag angekündigten Masterplan Medizinstudium 2020 zügig umzusetzen. Notwendig seien vor allem ausreichend Mittel für Forschung und Lehre, angemessenere Auswahlverfahren bei der Studienplatzvergabe und die Stärkung der Rolle der Allgemeinmedizin im Studium.
Der Ärztetag rief den Gesetzgeber und die Fakultäten dazu auf, bundesweit von Beginn an eine zeitgemäße und praxisorientierte Lehre einzuführen. Zugleich sprachen sich die Abgeordneten für eine Stärkung der wissenschaftlichen Kompetenz im Medizinstudium aus.
In einer weiteren Entschließung forderte der Ärztetag Bund und Länder dazu auf, das Kapazitätsrecht so zu ändern, dass Medizinstudierende mit Teilstudienplätzen nach dem ersten Abschnitt der ärztlichen Prüfung nahtlos in das klinische Semester wechseln können.

Änderungen der (Muster-)Berufsordnung

Wesentliche Inhalte der (Muster-)Berufsordnung sind unter anderem Vorgaben zu den Berufspflichten, darunter zur Schweigepflicht, zur Fortbildung, zu Werbung und zur gemeinsamen Praxisausübung sowie zum beruflichen Verhalten. In Frankfurt am Main beschloss der Deutsche Ärztetag die Novellierung einzelner Vorschriften der (Muster-)Berufsordnung. Beispielsweise ist Patienten künftig auf deren Verlangen unverzüglich Einsicht in ihre vollständige Patientenakte zu gewähren.
Eine weitere Änderung bezieht sich auf die Zulässigkeit einer Teil-Berufsausübungsgemeinschaft, die nicht auf Zuweisung von Patienten ausgerichtet sein darf. „Eine Umgehung liegt insbesondere vor, wenn der Gewinn ohne Grund in einer Weise verteilt wird, die nicht dem Anteil der persönlich erbrachten Leistungen entspricht“, heißt es in der (Muster-) Berufsordnung. Darüber hinaus wird die Bestimmung zur Weiterführung der Praxis nach dem Tod des Praxisinhabers an das Lebenspartnerschaftsgesetz angepasst und der Vertretungszeitraum von drei auf sechs Monate verlängert.

Keine Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht

Eine weitere Lockerung der ärztlichen Schweigepflicht, wie sie vor dem Hintergrund der Germanwings-Katastrophe in die Diskussion gebracht worden war, lehnte der Ärztetag entschieden ab. Die ärztliche Schweigepflicht zähle zu den Kernbereichen ärztlicher Berufsethik; sie gelte auch über den Tod des Patienten hinaus.

Die Verantwortung liegt beim Arzt

Die Pläne der Bundesregierung für einen Direktzugang von Patienten zu Physiotherapeuten lehnte der Deutsche Ärztetag ab. „Die Stellung einer korrekten Diagnose ist eine urärztliche Aufgabe. Nur auf dieser Grundlage erfolgt die Erstellung eines individuellen Therapieplans“, heißt es in der entsprechenden Entschließung. Die Behandlungen könnten dann an die jeweils zuständigen Berufsgruppen delegiert werden. Die Verantwortung für die Indikation, die Verlaufskontrollen und die Therapieanpassungen liege aber beim Arzt. In einer weiteren Entschließung sprach sich der Ärztetag dafür aus, Kooperationen mit Gesundheitsfachberufen konstruktiv zu gestalten.

Michael Andor weist darauf hin, dass Ärzte, die über die KV in die Zentren geleitet werden, in der Peripherie fehlen

Michael Waldeck setzt sich für den Erhalt des Facharztes für Allgemeinchirurgie ein

Aufmerksam und engagiert: Dr. med. Klaus König, Dr. med. Peter Zürner, Dr. med Edgar Pinkowski, Michael Waldeck, Dr. med. Bernhard Winter und Michael Thomas Knoll (alle von rechts)

„Tarifeinheitsgesetz ist verfassungswidrig“

Die Ärztevertreter forderten die Bundesregierung auf, das geplante Tarifeinheitsgesetz (am 22.5.15 vom Bundestag beschlossen) zurückzuziehen. Das Grundgesetz garantiere allen Arbeitnehmern das Recht, sich in Gewerkschaften ihrer Wahl zu organisieren. Das schließe eigene Tarifverträge und das Recht auf Streik mit ein. Wenn nur noch der Tarifvertrag der Gewerkschaft mit den meisten Mitgliedern im Betrieb zur Anwendung komme, bleibe kein Raum mehr für eine eigenständige Tarifpolitik berufsspezifischer Gewerkschaften, kritisierten die Delegierten: „Das Gesetz ist verfassungswidrig und für die Patientenversorgung gefährlich.“

Gesetzentwurf zur Korruptionsbekämpfung abändern

Bei der Formulierung des Gesetzesentwurfs zur Bekämpfung der Korruption im Gesundheitswesen habe es die Politik versäumt, die Ursachen der Korruption zu analysieren, warfen die Delegierten der Bundesregierung vor. Das Ärzteparlament warnte davor, Ärzte ohne fundierte Analyse korruptiver Strukturen und Mechanismen einem gesonderten Straftatbestand zu unterwerfen. Aufgrund ihrer Unbestimmtheit sei die geplante Strafrechtsnorm als verlässliches Instrument zur Korruptionsbekämpfung vollkommen ungeeignet. Der Gesetzgeber wurde aufgefordert, den Gesetzesentwurf so abzuändern, dass er insbesondere hinsichtlich der neu zu schaffenden Strafrechtsreform des § 299a STGB-E (Strafgesetzbuch-E) den notwendigen verfassungsrechtlichen Anforderungen gerecht werde.

Ärztlichen Sachverstand einbeziehen

Der Entwurf des Präventionsgesetzes sieht vor, dass sich die geplante Nationale Präventionskonferenz aus Sozialversicherungsträgern, Ministerien sowie Länder- und Patientenvertretern zusammensetzen soll. Nachdrücklich hat der Ärztetag daher für die Ärzteschaft Sitz und Stimme in dem Gremium gefordert. Die Delegierten wiesen auf die zentrale Position der Ärzte bei der Prävention hin.
Außerdem rief der Ärztetag die Bundesregierung vor dem Hintergrund des aktuellen Masern-Ausbruchs in Deutschland dazu auf, den Nationalen Aktionsplan 2015 – 2020 zur Elimination der Masern und Röteln zu verabschieden und konsequent umzusetzen. Auf Länderebene solle der Besuch von Kindergärten oder Schulen nur noch bei nachgewiesenem vollständigem Impfschutz gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission oder bei nachgewiesener medizinischer Gegenindikation erlaubt werden.
Darüber hinaus wurde der Gesetzgeber aufgerufen, eine Vorsorgeuntersuchung für junge Erwachsene einzuführen. Außerdem forderte der Ärztetag mehr spezialisierte Behandlungszentren für Kinder und Jugendliche mit seltenen und komplexen Erkrankungen mit Fehlbildungen.

Telemedizin und E-Health-Gesetz

Ausführlich befasste sich der Ärztetag sowohl mit den Themen Telemedizin und Telematik sowie dem geplanten E-Health-Gesetz. Die darin vorgesehene Verpflichtung zum Online-Versichertenstammdatenmanagement in Arztpraxen wurde abgelehnt. Allerdings sprachen sich die Delegierten dafür aus, die Telematikinfrastruktur unter Einbeziehung der ärztlichen Expertise zu fördern. Gefordert wurde ein „Vorrang für medizinisch relevante Anwendungen“.

Katja Möhrle

Eindrücke hessischer Delegierter vom 118. Deutschen Ärztetag

Wie bewerten Sie die Reden auf der Eröffnungsveranstaltung des 118. Deutschen Ärztetages?

Dr. med. Peter Zürner: Unser Präsident hat eine eindrucksvolle Eröffnungsrede gehalten und grundsätzliche Fragen erörtert, die im berufspolitischen Tagesgeschäft leicht zu kurz kommen. Hervorheben möchte ich sein Engagement für den ärztlichen Beruf als freien Beruf.
Neben vielen Problemen, die uns bei der Ausführung dieses schönen Berufes hindern, wies er auf die Gefahr von Normen hin, die aus ökonomischen Interessen EU-weit durchgesetzt werden und bedankte sich bei Gesundheitsminister Gröhe, der die Anwendung einer ersten unsinnigen Norm verhindern konnte.
Auch die Problematik, dass manche Studenten nur für den ersten Abschnitt des Medizinstudiums zugelassen werden und dann nicht weiterstudieren können, wurde durch von Knoblauch zu Hatzbach dankenswerterweise angesprochen und Abhilfe angemahnt.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Minister Gröhe war erstaunlich freundlich zu uns. Professor Montgomery brachte auch für Niedergelassene wichtige Punkte – Versorgungsstärkungsgesetz etc.

BMedSci Frank Seibert-Alves: Die Eröffnungsveranstaltung in der Paulskirche stellte einen überaus gelungenen Auftakt zum Frankfurter Ärztetag dar. Die meisten Reden waren der Veranstaltung angemessen, nicht zu konfrontativ, jedoch auch nicht die Problempunkte aussparend. Die für mich unbestrittenen Höhepunkte setzte Goethes KOMMchester (Medizinerorchester), das studentische Orchester am Campus Niederrad – Medizincampus der Goethe-Universität. Das erste Stück „I don't need no doctor" stand jedoch im diametralen Gegensatz zum Inhalt der nachfolgenden Reden.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak: Nach den Beschimpfungsaktionen der früheren Jahre durch die Gesundheitsministerinnen ist seit dem 113. Ärztetag in Dresden ein sachlicher, sogar freundlicher Dialog bei den Eröffnungsveranstaltungen eingetreten. Sowohl Bundesgesundheitsminister Gröhe als auch Bundesärztekammerpräsident Professor Montgomery vertreten zwar vehement, zum Teil pointiert, ihre verschiedenen Standpunkte, bleiben dabei aber stets auf der Sachebene.
Die Paulskirche war für die Auftaktveranstaltung ein würdiger Ort. Auch war die musikalische Gestaltung der Veranstaltung durch die Medizinstudenten des Medizinerorchester Frankfurt außerordentlich gelungen.
Umso bedauerlicher ist es, dass gerade der engagierte Sänger der Gruppe, Gregor Metternich, als Medizinstudent nach bestandenem Physikum wegen der Teilstudienplatzregelung exmatrikuliert wurde.

Hat die Rede von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe Ihren Erwartungen entsprochen? Konnte er neue Perspektiven für die Gesundheitspolitik aufzeigen?

Dr. med. Gabriel Nick: Nein, und wenn nur gegen uns.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Der Bundesgesundheitsminister hat in keiner Weise auf die Rede von Montgomery reagiert. Gröhe hat banal herumgesprochen, aber getan, als ob beide sich regelmäßig treffen würden. Es hat mich sehr frustriert.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph: Herr Minister Gröhe hat seine bekannte Begründung für die Notwendigkeit des Versorgungsstärkungsgesetzes abgespult. Tatsache ist jedoch, dass durch die geplanten Termin-Service-Stellen eine Bürokratieebene zusätzlich eingeführt wird, was nicht der Gesundheit des Patienten dient, sondern nur die Verwaltungskosten

Dr. med. Jürgen Glatzel

Dr. med. Klaus König

BMedSci Frank Seibert-Alves

erhöht und das Recht auf eine freie Arztwahl für die Patienten einschränkt.

Dr. med. Klaus König: Gröhe erzählt immer das gleiche, spricht frei; Inhalt ist ohne großen Wert.

Dr. med. Susanne Johna: Herr Gröhe ist geschickt jedem Konflikt aus dem Weg gegangen. Knackpunkte in dem Gesetzesentwurf zur Krankenhausreform wurden gar nicht erwähnt. Dass Pflegestellen in der Patientenversorgung finanziell gefördert werden sollen, ist zu begrüßen. Die bereitgestellte Summe wird aber allenfalls zur Einstellung von zwei bis vier Pflegekräften pro Krankenhaus führen und damit keine wirkliche Entlastung bringen. Die zu Recht geforderte hohe Qualität in der Patientenversorgung ist aber nur mit ausreichendem und gut qualifiziertem Personal möglich.

Dr. med. Peter Zürner: Die Erwiderung von Minister Gröhe war verbindlich und freundlich, in der Sache jedoch klar. Unterschiedliche Sichtweisen wurden benannt und die Gesprächsatmosphäre zwischen dem Bundesärztekammerpräsidenten und dem Ministerium gelobt. Leider gäbe es ja einen Koalitionsvertrag, sonst wäre man sich fast einig – das wurde nicht gesagt, aber so war der Subtext. Perspektiven konnte ich nicht erkennen, es drohen noch mehr Regelungen, Bürokratie und Gängelungen…

Dr. med. Susan Trittmacher: Die Rede war im Ton freundlich und ein Interesse an den Anliegen und Nöten der Ärzte und Ärztinnen konnte ich heraushören. Dennoch vermisse ich weiterhin eine politische Vision, wie gesundheitspolitische und soziale Probleme in unserem Staat angegangen werden könnten. Keine Ideen und schon gar kein Aufruf zu gemeinsamen Handeln im Hinblick auf den Erhalt ärztlicher Kompetenz in Stadt und Land, auf die Stärkung ärztlicher Kompetenz in der Versorgung alter Menschen, auf die Prävention und ganz zu schweigen im Hinblick auf Pandemien.

Wie bewerten Sie die Rede von Bundesärztekammerpräsident Professor Montgomery?

Dr. med. Gabriel Nick: Gut. Er hat leider nicht alle Themen angesprochen, zum Beispiel Umweltverschmutzung durch industrielle Abfälle, besonders in der (so genannten) Dritten Welt. (Es darf) keine Schweigepflicht bei erkennbarer Bedrohung von anderen Leben durch den eigenen Selbstmord (geben). Freier Beruf existiert nur auf dem Papier.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Monti hat eine gute kämpferische Rede gehalten.

Dr. med. Klaus König: Die Rede von Montgemery war sehr gut und auch brillant vorgetragen.

Dr. med. Susan Trittmacher: Professor Montgomerys klare und teilweise provozierende Worte sind immer eine Freude. Es ist nicht immer das, was man hören möchte, aber man kann trefflich diskutieren und sich austauschen. Hierin sehe ich unter anderem einen Sinn der Ärztetage.

Dr. med. Susanne Johna: Eine sehr gelungene Rede von Professor Montgomery, die in der Paulskirche als nationalem Freiheitssymbol die Bedeutung der Freiberuflichkeit, aber auch die sich daraus ergebende Verantwortung der Ärztinnen und Ärzte betont hat. Wichtige Kritikpunkte an vorliegenden Gesetzen bzw. Gesetzesentwürfen wurden klar benannt, wie zum Beispiel das Paradoxon des Versorgungsstärkungsgesetzes – auf der einen Seite Regelungen zur Schließung von frei werdenden Praxen zu treffen und auf der anderen Seite Terminprobleme von Patienten durch Servicestellen regeln zu wollen.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph: Bundesärztekammerpräsident Professor Montgomery wies in seiner sehr eloquent geführten Rede auf die vielen Schwachstellen des Versorgungsstärkungsgesetzes hin und betonte wiederholt die gemeinsamen Anstrengungen zum Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen den Zielen der Politik und der Ärzteschaft. Stichwort: Freiberuflichkeit einschränken und reglementieren.

Dr. med. Peter Zürner: Die Rede von Montgomery war sehr gut, präzise, detail-

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

Dr. med. Dipl. Chem. Paul Otto Nowak

Dr. med. Gabriel Nick

reich, schnörkellos und als Wahlrede perfekt. Alle relevanten berufspolitischen Themen wurden angesprochen.

Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie besonders wichtig?

Dr. med. Lothar Hofmann: Freiberuflichkeit!

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Persönlich nicht glücklich war ich über Impfzwang im Kindergarten und Schulausschluss. Dies bedeutet eine doppelte Bestrafung für ohnehin benachteiligte Kinder und Jugendliche.

BMedSci Frank Seibert-Alves: Wichtig war die große Einheit unter den ärztlichen Delegierten bei der Ablehnung des sog. Tarifeinheitsgesetzes.

Dr. med. Gabriel Nick: Kommunikation, Kampf um Wiedererlangung des Freien Berufes, Honorarungerechtigkeiten (Männer, Frauen).

Dr. med. Susan Trittmacher: Alle Beschlüsse, die zu einem gemeinsamen und verantwortungsvollen Handeln im Umgang mit Pandemien getroffen wurden.

Dr. med. Peter Zürner: Nachdem sehr viel Zeit für den Sachstandsbericht zur Muster-Weiterbildungsordnung benötigt wurde und alle Anträge pauschal an den Vorstand überwiesen wurden, zeigte sich deutlich, dass die dringend benötigte neue Weiterbildungs-Ordnung wohl noch länger auf sich warten lässt. Dies bedauere ich sehr. Wir müssen auf Kammerebene dringend nötige Anpassungen verabschieden.
Themen, die unter dem Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer diskutiert werden sollten, wurden nicht diskutiert und in einem sinnlosen Marathon (über 150 Anträge) durchgewunken, abgelehnt oder an den Vorstand überwiesen.
Hier möchte ich einen Entschließungsantrag der Bundesärztekammer hervorheben, der mehrfach modifiziert wurde: „Die Rolle der Ärzteschaft in der Versorgung von Patienten mit psychischen und psychosomatischen Erkrankungen stärken." Darin wird unter anderem festgestellt, dass das Versorgungssystem den aktuell wachsenden Anforderungen in der realen ambulanten Versorgungssituation oft nicht ausreichend gerecht wird und entsprechend angepasst werden muss. Das psychotherapeutische Angebot müsse flexibilisiert werden. Es wird unter anderem eine niederschwellige Akutsprechstunde angeregt. Ein für Psychotherapeuten wichtiger Beschluss war der Antrag VI-99, in dem lapidar festgestellt wird: „Jeder psychotherapeutisch weitergebildeter Arzt ist ein Psychotherapeut." Diese Feststellung ist wichtig, weil somatischen Fachärzten mit psychotherapeutischer Ausbildung immer wieder die Zulassung als Psychotherapeut verwehrt wird. Gerade die Integration von psychotherapeutischem Handeln in die Somatomedizin ist uns ein berufspolitisches Anliegen.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph:
1. Die Positionierung der Ärzteschaft gegen das derzeit in Planung befindliche Tarifeinheitsgesetz.
2. Die Verdeutlichung der Unterfinanzierung der Krankenhäuser bei den Krankenhausinvestitionen.
3. Abkehr bzw. Umkehr von der vorherrschenden Priorisierung der Wirtschaftlichkeit vor der Versorgungsqualität.
4. Schaffung von gesetzlichen Grundlagen für eine international einsetzbare medizinische Helferorganisation mit Personal- und Materialvorhaltung (analog dem Technischen Hilfswerk oder den freiwilligen Feuerwehren).

Dr. med. Klaus König: GOÄ, Berufsordnung, Neuorganisation der Gremien, Wahl und Weiterbildungsordnung.

Wie bewerten Sie das Thema „Kommunikative Kompetenz im ärztlichen Alltag" als Tagesordnungspunkt?

Dr. med. Gabriel Nick: Sehr gut. Das ist der Kernpunkt für die hausärztliche Betreuung.

Dr. med. Jürgen Glatzel: Die Kompetenzdiskussion war relativ sinnlos. Sehr viel Zeit wurde sinnlos verbraten.

BMedSci Frank Seibert-Alves: Ein wichtiges Thema. Allerdings konnte keines der Referate auf dem Ärztetag in kommunikativer Hinsicht mit dem Vortrag von Herrn Prof. Matthias Volkenandt auf der 127. Hauptversammlung des Marburger Bundes am Samstag vor dem Ärztetag mithalten. Prof. Volkenandt sprach nicht nur (theoretisch) über Kommunikation; sein Vortrag war ein begeisterndes Beispiel kommunikativer Kompetenz mit vielen praktischen Tipps für die Umsetzung im ärztlichen Alltag.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Wichtiges Thema – aber ohne Angaben der Vergütungsfrage nicht zu lösen.

Dr. med. Klaus König: Interessant, vieles aber schon bekannt.

Dr. med. Lothar Hofmann: +++ !

Welche Erwartungen haben Sie an den neu gewählten Präsidenten der Bundesärztekammer?

Dr. med. Peter Zürner: Ich gehe davon aus, dass das alte und neue Dreierteam (Montgomery, Wenker, Kaplan) weiterhin die vielfältigen anstehenden Aufgaben souverän meistert.

Dr. med. Lothar Hofmann: (Ich befürchte) weiterhin eine Benachteiligung des hausärztlichen Sektors (siehe Beschluss zur Akademie).

Dr. med. Gabriel Nick: Er soll die Interessen der Klinikärzte gleich behandeln wie die der Niedergelassenen.

Dr. med. Susan Trittmacher: Die, die ich auch an alle bisherigen hatte: Eine würdige, professionelle und vorausschauende Vertretung aller Ärzte und Ärztinnen.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Die Interessen aller Ärzte im Sinne eines guten Gesundheitssystems zu vertreten.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph: Noch mehr Gestaltungs- und Überzeugungskraft auf die politischen Entscheidungsträger und Meinungsbildner.

BMedSci Frank Seibert-Alves: Da der „alte“ Präsident auch der „neue“ ist, erwarte ich Kontinuität.

Dr. med. Susanne Johna: Klare Benennung der Voraussetzungen für eine gute Patientenversorgung in Deutschland. Verstärkung der Beteiligung von ärztlichem Sachverstand in gesundheitspolitischen Gremien. Abbau der Abgrenzung zwischen Ärztinnen und Ärzten aus verschiedenen Versorgungsbereichen.

Dr. med. Klaus König: Auf Grund des schlechten Wahlergebnisses Nachdenken über sein schlechtes Ergebnis und vielleicht Besserung seines Auftretens.

Ihr Fazit des 118. Deutschen Ärztetages?

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg: Eine tolle Veranstaltung – Paulskirche, Palmengarten: Glückwunsch an Präsident und Landesärztekammer Hessen!

Dr. med. Gabriel Nick: Viel gesagt, aber was wird verwirklicht? Wenn man das Gedicht von Eugen Roth über die Krankenkassen und ihr Verhalten gegenüber Patienten liest und erkennt, dass sich alles nur verschlechtert hat, dann wird der Ärztetag (...) kaum etwas verändern. Leider.

Dr. med. Lothar Hofmann: Es gibt Probleme zwischen den Fachrichtungen, die nicht mit Mehrheit entschieden werden sollten!

Dr. med. Jürgen Glatzel: Viele Diskussionen haben mich enttäuscht; ein Tag weniger wäre vielleicht erfolgreicher gewesen.

Dr. med. Susan Trittmacher: Wir Ärzte und Ärztinnen müssen noch viel präsenter nicht nur in gesundheitspolitischen Gremien, sondern auch in allen anderen bundes- und kommunalpolitischen Gremien sein, die sich mit den Rahmenbedingungen des gesellschaftlichen Zusammenleben beschäftigen.

Dr. med. Klaus König: Ort gut gewählt, Veranstaltungssaal super, Tagung der kurzen Wege, Organisation sehr gut...

Dr. med. Susanne Johna: Interessante Diskussionen, viele gute Beschlüsse – aber leider auch Fortsetzung der Abgrenzung zwischen Ärztinnen und Ärzten in Anstellung und Niederlassung. Nur mit einer geeinten Ärzteschaft können wir aber künftige Herausforderungen erfolgreich meistern.

Dr. med. Peter Zürner: Mit dem Schwerpunkt Kommunikation und der Würdigung Ärztlicher Hilfsgruppen am Beispiel der „Ärzte ohne Grenzen“ ist die Ärzteschaft ihrer gesellschaftlichen Verantwortung beispielhaft gerecht geworden.

Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph: Ein breites, aber auch buntes Forum für die Meinungsbildung zu aktuellen medizinischen Problemen und markante Positionierung der Deutschen Ärzteschaft.

BMedSci Frank Seibert-Alves: Vier arbeitsreiche Tage, viele sinnvolle Beschlüsse, viele gute Gespräche mit Kolleginnen und Kollegen sowie Studierenden; allerdings auch Abstimmungsergebnisse, die ich mir anders gewünscht hätte.

Die Fragen stellte Katja Möhrle

Viele hessische Anträge

Auf dem 118. Deutschen Ärztetag wurden elf Anträge hessischer Delegierter angenommen. Jeweils fünf Anträge kamen zum TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik sowie zum TOP VI Tätigkeitsbericht. Inhaltlich befassten sich diese rund um die Themen Epidemien und multiresistente Erreger sowie Probleme der Objektivität von Fortbildungsinhalten oder der Verbesserung der gesundheitlichen Lage von Flüchtlingsfamilien.
Ein weiterer galt dem Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016 und fordert kostenreduzierte Alternativkonzepte für die Ausrichtung des Deutschen Ärztetages. Außerdem beteiligten sich die hessischen Delegierten an 27 weiteren angenommenen Anträgen, ebenfalls zu TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik sowie zum TOP VI Tätigkeitsbericht. Neben verschiedenen Gesetzesvorhaben wie dem Zehn-Punkte-Plan zur Infektionsbekämpfung, dem Krankenhausstrukturgesetz oder dem Tarifeinheitsgesetz waren weitere Antragsthemen die ärztliche Schweigepflicht, der Begriff der Freiberuflichkeit, die Personalausstattung in Kliniken und der Ausbau an Medizinstudienplätzen.
Die Übersicht über alle hessischen Beiträge inklusive Antragsteller findet sich auf der Website www.laekh.de, Rubrik Hessisches Ärzteblatt. (gri)

Hessische Delegierte stellten zahlreiche Anträge

Angenommene Anträge aus Hessen auf dem 118. Deutschen Ärztetag

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	
Anne Kandler PD Dr. med. Andreas Scholz (beide Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 weist im Zusammenhang mit dem Absturz des Germanwings-Airbus A320 am 24. März 2015 auf die besondere Verantwortung bei der Abgabe ärztlicher Stellungnahmen hin. Ärztliche Stellungnahmen zur möglichen Ursache derartiger Unfälle müssen mit höchster Sorgfalt und möglichst umfassender Sachkenntnis erstellt werde.
Dr. med. Susanne Johna BMedSci Frank Seibert-Alves PD Dr. med. Andreas Scholz (alle Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an das Bundesgesundheitsministerium, bei den wichtigen Bemühungen, die Ausbreitung multiresistenter Erreger zu vermindern, die Notwendigkeit einer besseren Personalbesetzung in vielen deutschen Kliniken nicht zu vergessen.
Dr. med. Susanne Johna BMedSci Frank Seibert-Alves PD Dr. med. Andreas Scholz (alle Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag fordert, den Verbrauch von Fluorchinolonen und Cephalosporinen der 3. und 4. Generation in der Veterinärmedizin zu verbieten oder zumindest auf klar umgrenzte Einzelfälle gesetzlich einzuschränken. Analog zu Punkt 5 des Zehn-Punkte-Plans sollten auch in der Veterinärmedizin verpflichtende Fortbildungen für rationalen Antibiotikatherapie eingeführt werden. Da die unterschiedlichen Dosierungen nicht berücksichtigt werden, sagt die Reduktion des Antibiotikaverbrauchs in der Veterinärmedizin in Tonnen wenig über die tatsächliche Behandlungsdichte von Tieren aus.
Anne Kandler BMedSci Frank Seibert-Alves (beide Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 appelliert an die Bundesregierung, das Ende vergangenen Jahres im Auftrag des Auswärtigen Amtes in mehreren Wochen umgebaute Rettungsflugzeug Robert Koch zu erhalten. Das Schutzkonzept entspricht dem einer deutschen Sonderisolierstation und ist damit eine weltweit einzigartige Lufttransportmöglichkeit von Patientinnen und Patienten mit hochkontagiösen Erkrankungen in allen Krankheitsstadien.
Dr. med. Susanne Johna BMedSci Frank Seibert-Alves PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. Dr. med. Hans-Dieter Rudolph Anne Kandler (alle Marburger Bund)	1. Arbeitsplatzgarantie: Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die Ärztinnen und Ärzten ihren heimischen Arbeitsplatz während eines Hilfseinsatzes (humanitäre Hilfe/Entwicklungszusammenarbeit) und im Anschluss daran garantiert. 2. Freistellungsverpflichtung: Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, die Ärztinnen und Ärzten, die an Hilfseinsätzen teilnehmen wollen, eine Freistellung vom Dienst für die Dauer des Hilfseinsatzes garantiert.

TOP IX Haushaltsvoranschlag für das Geschäftsjahr 2015/2016	
Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Vorstand, die Geschäftsführung und die Finanzgremien der Bundesärztekammer auf, kostenreduzierende Alternativkonzepte zur derzeitigen Praxis der Ausrichtung der Deutschen Ärztetage zu entwickeln und diese dem 119. Deutschen Ärztetag 2016 vorzulegen.

TOP VI Tätigkeitsbericht	
BMedSci Frank Seibert-Alves PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (alle Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Verantwortlichen in den Hochschulen und Universitätskliniken auf, für eine angemessene Vergütung der studentischen Hilfskräfte Sorge zu tragen. Wir fordern eine Vergütung von mindestens 12 Euro pro Stunde. Dieses Stundenentgelt stellt unsere Mindestforderung dar. Es sollte unter Berücksichtigung der verantwortungsvollen Aufgaben und des jeweiligen Ausbildungsgrads der studentischen Hilfskräfte angemessen erhöht werden.
Dr. med. Sabine Dominik Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen)	Die Bundesregierung wird aufgefordert, eine zunehmende und kostenintensive Bürokratisierung im Gesundheitswesen zu stoppen und den Datenschutz unserer Patienten zu wahren.
PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Das ärztliche Selbstverständnis erfordert, dass Fortbildungsinhalte frei von ideologischen und wirtschaftlichen Interessen sind. Zur Prüfung der Objektivität von Fortbildungsinhalten sind Kriterien, die bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen, erforderlich. Die Unabhängigkeit von Inhalten und Bewertungen in der Fortbildung (insbesondere von kommerziellen Interessen) muss entsprechend der ärztlichen Berufsordnung aus der Ärzteschaft selbst heraus definiert und gestaltet werden. Bisher liegen dazu keine bundesweit einheitlichen Prüfkriterien vor.
Dr. med. Barbara Jäger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte, LDÄÄ)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, die gesundheitlichen und psychosozialen Risiken junger Flüchtlingsfamilien und deren Kinder zu vermindern, indem sie folgende Punkte verbessern: 1. Qualifizierte Sprachkurse von der ersten Woche des Aufenthalts an. 2. Medizinische Versorgung nach den Grundsätzen der WHO und der UNHCR. Entlastung der Kommunen mittels Einführung der Krankenversicherung analog ALG 2 mittels elektronischer Gesundheitskarte (eGK). 3. Familienbezogene Unterbringung nach den ersten drei Monaten des Aufenthalts. Verbot von Gemeinschaftsunterkünften für Familien mit Kindern über die Erstendrei sechsMonate hinaus. 4. Versorgung der Flüchtlingskinder mit Ganztagsplätzen in Kindertagesstätten mindestens drei Jahre vor Schuleintritt. 5. Früher Zugang der Eltern zum Arbeitsmarkt oder zu öffentlich finanzierter Arbeit zum Nutzen der Gemeinschaft auf kommunaler oder regionaler Ebene.
PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert Änderungen der betäubungsmittelrechtlichen Vorschriften (BtMÄV) zu neuen synthetischen Cannabinoiden, Cathinonen, Amphetaminen und des Phencyclidins. Mit ihr sollen weitere neue und mögliche kommende psychoaktive Substanzen in die Anlagen I und II des Betäubungsmittelgesetzes (BtMG) aufgenommen und somit verboten werden.

Angenommene Anträge mit hessischer Beteiligung auf dem 118. Deutschen Ärztetag

TOP I Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik	
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt, dass Bund und Länder im vorliegenden Referentenentwurf eines Gesetzes zur Reform der Krankenhausstruktur (KHSG) ausdrücklich dazu stehen, dass die Krankenhausversorgung ein Element der Daseinsvorsorge ist.Die geplanten Regelungen führen zu weiteren Kürzungen der Finanzausstattung der Krankenhäuser und gefährden damit Arbeitsplätze im Krankenhaus. Der 118. Deutsche Ärztetag unterstützt trukturverbesserungen, soweit sie auf Grundlage valider Erkenntnisse erfolgen. Ein bloßer Rückzug von Bund und Ländern aus der Daseinsvorsorge auf Grundlage behaupteter Überkapazitäten ist angesichts hoher Arbeitsbelastung und überfüllter Notfallambulanzen das falsche Signal an die angestellten Ärztinnen- und Ärzte in den Krankenhäusern.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 begrüßt, dass sich die Bundesregierung mit der Vorlage eines Zehn-Punkte-Plans der Infektionsbekämpfung intensiver annimmt und anerkennt, dass die Infektionsprophylaxe das Gesundheitswesen als Ganzes und insbesondere auch die Veterinärmedizin sowie die Landwirtschaft betrifft. Er kritisiert allerdings, dass in dem Plan angedachte Maßnahmen auf Annahmen beruhen, für die keine oder nur unzureichende valide Erkenntnisse vorliegen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Die Regelungen des aktuell vorgelegten Referentenentwurfs eines KrankenhausStrukturgesetzes (KHSG) beinhalten keine Lösung der Investitionskostenproblematik. Bund und Länder machen es sich an dieser Stelle zu leicht. Moment an enthalten die Länder den Krankenhäusern jedes Jahr mehr als 3,3 Mrd. Euro vor. Allein für 2014 hat die Große Koalition Länder und Kommunen in Deutschland mit Bundesmitteln in Höhe von 22 Mrd. Euro entlastet. Vor diesem Hintergrund muss über die Festlegungen, die Bund und Länder getroffen haben, konkret geklärt werden, wie die notwendigen Investitionsmittel in die Krankenhäuser kommen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015tritt entschieden gegen Korruption und für eine von Dritten unbeeinflusste Indikationsstellung ein.Der 118. Deutsche Ärztetag begrüßt grundsätzlich die Einführung eines Straftatbestandes für Korruption im Gesundheitswesen. Er fordert den Gesetzgeber jedoch auf, den vorliegenden Referentenentwurf zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen und seine Begründung nachzubessern. Das Gesetz ist für juristische Laien extrem unverständlich und führt somit zur Verunsicherung engagierter Ärztinnen und Ärzte und insbesondere Fortbilder.Statt Rechtssicherheit zu schaffen, wird das Gegenteil schon durch die nur für Strafrechtsexperten verständlichen Formulierungen erreicht.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015fordert die Abgeordneten des Deutschen Bundestages mit großem Nachdruck auf, das Tarifeinheitsgesetz nicht zu beschließen. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert den Gesetzgeber zur Vorlage einer Krankenhausreform auf, die den Ankündigungen einer großen grundlegenden Reform auch inhaltlich Rechnung trägt. Er fordert insbesondere ein Gesamtkonzept, das verhindert, dass sich die angedachten Maßnahmen letztlich gegenseitig aufheben. Darüber hinaus muss die Reform auch ein Konzept zur Ausstattung der Krankenhäuser mit ausreichenden Investitionsmitteln beinhalten.

u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund)	Nach Auffassung des 118. Deutschen Ärztetages 2015 ist es rechtssystematisch verfehlt, dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) Aufgaben im Rahmen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG) und damit für die gesamte Krankenhausversorgung übertragen zu wollen. Der 118. Deutsche Ärztetag fordert, die geltende Aufstellung/Zusammensetzung und Aufgabenstellung desG-BA zu prüfen.
u.a. Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert den Gesetzgeber eindringlich auf, die Primärprävention zur Verhinderung der intrauterinen und perinatalen Programmierung im Präventionsgesetz zu berücksichtigen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund)	Wenn jetzt anlässlich des an Dramatik und Tragik kaum zu überbietenden Flugzeugunglücks in Frankreich über eine Abschwächung der ärztlichen Schweigepflicht diskutiert wird, so stellt der 118. Deutsche Ärztetag 2015fest, dass Änderungen der gesetzlichen oder derberufsrechtlichen Vorgaben nicht erforderlich sind. Auch einzelne Diagnosen oder Diagnosegruppen dürfen von den bestehenden Regelungen zur ärztlichen Schweigepflicht nicht ausgenommen werden.
u.a. Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 unterstützt grundsätzlich die angekündigte Qualitätsoffensive mit dem Ziel der Aufrechterhaltung und Weiterentwicklung einer guten Versorgungsqualität. Angesichts des vorliegenden Referentenentwurfs mahnt der 118. Deutsche Ärztetag aber vor falschen Weichenstellungen. Bedenklich ist, dass die Qualitätsindikatoren in erster Linie als Messinstrument für finanzielle Zu-und Abschläge genutzt werden sollen. Damit geht es bei der Qualitätsoffensive nicht vorrangig um die Verbesserung der Patientenversorgung, sondern um die Einführung eines zusätzlichen Steuerungsinstruments für die Krankenkassen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund, MB)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Akteure im Gesundheitswesen auf, den Begriff der Freiberuflichkeit im Hinblick auf den Arztberuf zutreffend und korrekt zu gebrauchen. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus. Sie sind ausschließlich dem Wohl ihrerPatienten verpflichtet. Dies gilt unabhängig davon, ob sie ihre Tätigkeit selbständig oder angestellt, ambulant oder stationär ausüben. Der Gesetzgeber hat deshalb in § 1 Abs. 2 der Bundesärzteordnung festgelegt: „Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf." Eine identische Formulierung findet sich in den Berufsordnungen aller Landesärztekammern. Alle Ärztinnen und Ärzte üben demnach einen freien Beruf aus. Dies ist auch Beschlusslage des Deutschen Ärztetages (Entschließung 112. Deutscher Ärztetag, Entschließung III –05).
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna, beide MB	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 lehnt die Bildung von Kompetenzzentren im Rahmen der Weiterbildung außerhalb des Ärztekammerbereiches ab.
u.a. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte Hessen)	Der 118. Deutsche Ärztetag2015 fordert die Kassenärztlichen Vereinigungen auf, rechtssichere und angemessene Kriterien zur Entscheidung zu verabschieden, wann eine Arztpraxis nicht mehr nachbesetzt werden soll.
u.a. Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte Hessen)	Die bisherige Bedarfsplanung basiert auf historisch gewachsenen Zahlen und bildet die reale Versorgungssituation nicht ab. Bis valide medizinische und sozioökonomische Versorgungsdaten vorliegen, wird der Gesetzgeber aufgefordert, die bisherige „Kann"-Bestimmung im Nachbesetzungsverfahren von Praxissitzen beizubehalten.

u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag2015 fordert die medizinischen Fakultäten und Landesprüfungsämter auf, die Vorgaben der Ärztlichen Approbationsordnung zur uneingeschränkten Mobilität im Praktischen Jahr (PJ) durch entsprechende Ausführungsbestimmungen bundesweit einheitlich umzusetzen.Dazu gehört auch die Möglichkeit der Ableistung von mindestens zwei Tertialen im Ausland.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die medizinischen Fakultäten auf, die Zulassung zur Promotion nicht von den Ergebnissen des Ersten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung abhängig zu machen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	In § 8 Abs. 3 legt die Fortbildungsordnung seit 2013 fest, dass (auch) Veranstalter von zertifizierten Fortbildungsmaßnahmen ihre Interessen gegenüber den Teilnehmern offenlegen müssen. Hierzu liegt aktuell noch kein konsentiertes Datenset vor, das von denKammern im Rahmen des Anerkennungsverfahrens abgefragt und dann den Teilnehmern mitgeteilt werden kann. Der 118. Deutsche Ärztetag2015 beauftragt die Bundesärztekammer, baldmöglichst ein solches Datenset vorzulegen, das dann bundesweit einheitlich zur Anwendung kommen soll.
u.a. Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015fordert die Deutsche Krankenhausgesellschaft (DKG) und den Verband der Universitätsklinika Deutschlands sowie ihre Mitgliedsverbände auf, Sorge dafür zu tragen, dass bei der zukünftigen Beschäftigung von sogenannten Gastärzten ausdem Ausland zum Zweck der Weiterbildung eine Gleichbehandlung hinsichtlich der Einstellungsvoraussetzungen und Arbeitsbedingungen mit anderen in-und ausländischen Ärzten gewährleistet ist.
u.a. Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung erneut auf, gemäß § 20 Abs. 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) einen kompletten Impfnachweis gegen Masern und andere von Mensch zu Mensch übertragbare Erkrankungen, gegen die es in Deutschland wirksame und zugelassene Impfstoffe gibt, zu fordern, wenn ein Kind in eine staatlich geförderte Kindertageseinrichtungaufgenommen werden möchte, sofern keine medizinischen Kontraindikationen vorliegen. Dies gilt auch für alle Professionen, die Kinder betreuen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz Dr. med. Susanne Johna (beide Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015fordert den Gesetzgeber auf, sicherzustellen, dass die ambulante Notfallversorgung in den Notaufnahmen der Krankenhäuser vollumfänglich refinanziert wird. Dies umfasst auch die Kosten für eine angemessene Personalausstattung.
u.a. Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen)	Der118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern gemäß der eingegangenen Verpflichtung der UN-Kinderrechtskonvention sicherzustellen.
u.a. PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund)	Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Politik und Organe der Standesvertretung auf, das sich abzeichnende Versorgungsdefizit der Bevölkerung nicht durch Überregulierung, Umverteilung und Einschränkung zu verschärfen. Um die Versorgung auch in Zukunft zu sichern, bedarf es zunächst einer ausreichenden Zahl von qualifizierten Beschäftigten im Gesundheitswesen. Die Zahl an Medizinstudienplätzen muss dringend erhöht werden.

Das Team der Landesärztekammer Hessen erwartet die Gäste

Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Hedda und Dr. med. Alfred Möhrle

Blick in den Festsaal (großes und kleines Foto)

„Ärzte unter Palmen“ – festlicher Höhepunkt des 118. Deutschen Ärztetages

Atemberaubende Skyline mit elegant in den Himmel stechendem Fernmeldeturm, historische Fassaden rund um den Römer und verwinkelte Gässchen in Alt-Sachsenhausen: Alles Bilder, die sich mit der Mainmetropole verbinden. Arecaceae drängen sich dagegen als Assoziation nicht sofort auf. Dass der Gesellschaftsabend des 118. Deutschen Ärztetages dennoch den Titel „Ärzte unter Palmen“ trug, hatte auswärtigen Besuchern deshalb zunächst Rätsel aufgegeben. Ein Tribut an verkitschte Arztserien etwa? Mitnichten. Seit der Eröffnung des Frankfurter Palmengartens im Jahr 1871 gehören Arecaceae – Palmengewächse – zu der Stadt wie das Stöffche (Apfelwein) zum Bembel. Und wo lässt sich schöner unter Palmen flanieren als in dem aus der Gründerzeit stammenden Palmenhaus: Teil eines einmaligen Ensembles aus Gesellschaftshaus und grüner Oase Frankfurts.

Hatte tagsüber die Sonne den Ärztetag verwöhnt, wartete abends der von pinkfarbenen Scheinwerfern und Kerzenschimmer illuminierte Festsaal des Gesellschaftshauses auf die Gäste. „Die Dame etwas nach links, der Herr mehr nach rechts“: Freundlich, aber bestimmt dirigierte der Fotograf die Ankommenden zunächst am Eingang vor die Fotowand; im Hintergrund beschworen die Coconut-Boys trommelnd Südsee-Atmosphäre herauf. Bewundernde Ahs und Ohs entlockte dann der Anblick des aus dem Jahr 1870 stammenden Festsaals im Stil der Neorenaissance. Durch die großen Fenster zum Palmenhaus schimmerten Palmenwipfel in unterschiedlichen Grüntönen. Während die Tigerband auf der Bühne musikalisch auf den Abend einstimmte, wagten einige Besucher schon vor der Vorspeise einen ersten Rundgang durch die historische Pflanzensammlung des Palmenhauses.

Der eingebildete Kranke mit Arzt, Apotheker und Haushälterin Nanette (in der Hauptrolle: Michael Quast)

Die Tigerband heizte ein...

Vizepräsidentin Monika Buchalik und Sigbert Lang-Buchalik

Schöne Kulisse: Der Frankfurter Palmengarten

Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit Gattin Andrea

„Es freut mich, dass ich hier und heute ein beachtliches weibliches Segment der Kammer vertreten darf", erklärte Monika Buchalik, Vizepräsident der Landesärztekammer, in ihrer Begrüßungsrede. Vor 117 Jahren, nämlich am Festabend des 26. Deutschen Ärztetags im Juni 1898 in Wiesbaden, wäre das nicht möglich gewesen. Dieser habe damals zur Frage der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium festgestellt, dass dies keinen erheblichen Nutzen für die Kranken bringe. Er würde sogar mehr schaden als nützen. Schmunzelnd vermutete Buchalik, dass befürchtet wurde, die Anwesenheit einer Ärztin könne die Pulsfrequenz männlicher Patienten erhöhen. Die Zeiten hätten sich zum Glück geändert, sagte Buchalik: So habe der Anteil von Ärztinnen unter den berufstätigen Mitgliedern der Landesärztekammer Hessen Ende April 2015 bei 46 Prozent gelegen. „Bei den Studienanfängern liegt der Frauenanteil sogar bei etwa 70 Prozent." Die Befürchtung der ärztlichen Vorväter habe sich also nicht bewahrheitet, lächelte Buchalik, hieß ihre Kolleginnen und Kollegen gleichermaßen herzlich willkommen und wünschte einen genussvollen Abend.

Ein Wunsch, der in jeder Beziehung Wirklichkeit wurde: Neben kulinarischen Genüssen wartete der Gesellschaftsabend auch mit einer komödiantischen Einlage auf: Seit zehn Jahren spielt der Schauspieler, Kabarettist und Theaterprinzipal der Fliegenden Volksbühne Michael Quast in dem Festival „Barock am Main" Molière-Komödien in hessischer Mundart. In der Titelrolle brachte er mit weiteren Darstellern zwei Szenen aus „Der eingebildet Kranke" in der hessischen Fassung von Wolfgang Deichsel auf die Bühne des Gesellschaftshauses: Der wohlhabende Pariser Bürger Argan ist ein wahnhafter Egoist und Hypochonder. Glauben schenkt er nur seinem Arzt und seinem Apotheker. Dass er eigentlich kerngesund ist, ist ihm ebenso wenig beizubringen wie die Tatsache, dass die beiden Herren ihn bloß ausnehmen wollen.

Mit gepuderten Gesichtern, fantasievollen Kostümen und frechen Sprüchen begeisterten Quast und Co. die Zuschauer und brachten sie zum Lachen. Zur fetzigen Musikauswahl der Tigerband tobten sich viele Gäste bis weit nach Mitternacht auf der Tanzfläche aus. Wer es entspannter mochte, gab sich auf der Terrasse des Palmenhauses dem karibischen Flair der Cocktail-Bar hin: Ärzte unter Palmen im wahrsten Sinn des Wortes.

Katja Möhrle

Alltag der Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft

„Ein Fall für Zwei?“ – Medikamentöse Behandlung einer Schwangeren

VNR 2760602015072180000

Klaus J. Doubek

Ein Beispiel aus der Praxis

Montagvormittag, Anruf einer Schwangeren in der Frauenarztpraxis: Am Wochenende sei sie mit Fieber beim ärztlichen Notdienst vorstellig gewesen, und dort habe man ihr ein Antibiotikum verschrieben. Frage: „Soll ich das wirklich einnehmen? Im Beipackzettel steht aber …“
Gleichwohl wird eine so verkürzte Schilderung weitere vertiefende Nachfragen zum Sachverhalt auslösen. Es sind derartig typische Telefonate, welche frauenärztliche Praxen unter der Woche erreichen, in denen haus- und fachärztliche Behandlungsempfehlungen mit Arzneimittelverordnungen sowie Fortführung medikamentöser Behandlungen nach Entlassung aus der Klinik hinterfragt werden.
Ist Unsicherheit in ärztlicher Verschreibungspraxis oder Verunsicherung der Schwangeren Auslöser für diese Interaktion? Für alle Fachgebiete gilt selbstverständlich, dass über die Behandlungsindikation gegenüber einer Patientin individuell im Beratungsgespräch aufzuklären ist. Die jeweiligen Umstände gebieten zudem die Betrachtung von Behandlungsalternativen. Für die Sichtweise einer Patientin, welche die Informationen mitunter unterschiedlich zur ärztlichen Beratung gewichtet, sollten für ein Verständnis bei Ausstellung eines Arzneimittelrezeptes auch mögliche Risiken präzisiert werden und Zusammenhänge nachvollziehbar dargelegt werden. Und dies nicht nur bei einer Pharmakotherapie in Schwangerschaft oder Stillzeit.
Lassen Sie uns den Wunsch nach Sicherheit und Schadensabwehr, insbesondere für das Ungeborene, aus derartigen Nachfragen einer Schwangeren ableiten. Und sollten einmal Kurzbriefe, Notfall-/Vertreterscheine oder Einträge im Mutterpass nicht vorliegen, dann können wir für kollegiale Rückfragen bei aller Kommunikationsvielfalt ganz einfach zum Telefon greifen.

Tabelle 1 – Interpretation von Risikodaten

Die Interpretation von Risikodaten richtet sich nach der Beratungssituation. Unter der theoretischen Annahme, dass Paroxetin das Risiko für Herzfehlbildungen um 50 % erhöht (RR = 1,5) und dass bei 10.000 Schwangerschaften 100 Herzfehlbildungen spontan auftreten (Prävalenz 1%), ergeben sich für die unterschiedlichen Beratungssituationen jeweils andere Interpretationen desselben Risikos.

Beratungssituation	RR = 1,5 für kardiale Defekte bei Paroxetin; Prävalenz für kardiale Defekte aufgerundet 100/10.000
Wenn 10.000 Frauen das Medikament im 1. Trimenon einnehmen, erkranken an einem Herzfehler	50 Kinder zusätzlich
Wenn eine Schwangere im 1. Trimenon exponiert war, beträgt das Risiko für einen Herzfehler	1,5% statt 1,0%
Hat ein Kind nach Exposition im 1. Trimenon einen Herzfehler, ist die Wahrscheinlichkeit für eine kausale Assoziation	1:2

Quelle: Schaefer, Christof; Spielmann, Horst; Vetter, Klau. (2011). Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit, 24. http://student.elsevierelibrary.de/pdfreader/arzneimittel-in-schwangerschaft-und-stillzeit/38

Plötzlich schwanger…

Die meisten chronischen Erkrankungen sollten im günstigsten Falle bereits vor einer Schwangerschaft in der frauenärztlichen Praxis bekannt sein, insbesondere wenn diese geplant wird. Ein guter Ansatz zur Erfassung bietet die jährliche Konsultation zur Krebsfrüherkennungsuntersuchung mit entsprechender Fragestellung zur Zwischenanamnese. Die Beratungssituation ist vergleichsweise deutlich entspannter, als im eingangs geschilderten Fallbeispiel bei bereits eingetretener Schwangerschaft. Für die Mehrzahl von Erkrankungen existieren Arzneimittel, die bei vergleichender Risikobeurteilung anwendbar sind. Genannt seien an dieser Stelle Allergien, Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Hyper- und Hypothyreose, bakterielle Infektionen, Schmerzen und psychische Erkrankungen.

Die Rolle des Vaters

Selbst eine paternale Exposition gegenüber zytotoxischer Therapien begründet

Tabelle 2 – Auswahl beispielhafter Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit

Hinweis: Die tabellarische Auflistung bedarf ausdrücklich der Vertiefung zu speziellen Einschränkungen und Alternativen anhand aktueller Fachliteratur

Allergien	Loratadin, Cetirizin Clemastin
Asthma	Inhalierbare Glucocorticoide, z.B. Budesonid Inhalierbare ß-2-Sympathomimetika - kurz wirksame: z.B. Salbutamol - lang wirksame: Formoterol (Reserve: Theophyllin)
Bakterielle Infektionen	Penicilline Cephalosporine ggf. Makrolide
Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen	Mesalazin Sulfasalazin Budesonid, Prednisolon Azathioprin
Depression	Sertralin, Citalopram Amitriptylin, Nortriptylin
Diabetes mellitus	Humaninsulin
Gastritis	Antazida, z.B. Magaldrat bewährte H2-Blocker wie Ranitidin Omeprazol
Glaukom	Timolol Dorzolamid, Brinzolamid
Hustendämpfung	Dextromethorphan Codein, jeweils nur Einzeldosen
Hypertonus	α-Methyldopa Metoprolol Reserve: Nifedipin, Dihydralazin, nach dem 1. Trimenon auch Urapidil
Krätze (Skabies)	Permethrin (Reserve: Benzylbenzoat, Crotamiton)
Läuse	Dimeticon Kokosöl (Reserve: Pyrethrumextrakt und Pyrethroide)
Migräne	s. Schmerzen und ggf. auch Sumatriptan
Mukolytika	Acetylcystein
Refluxösophagitis	Omeprazol
Schlafstörungen	Diphenhydramin Einzeldosen von Diazepam, Lorazepam, Zolpidem (weitere Informationen notwendig)
Schmerzen	Paracetamol, ggf. in Einzeldosen auch mit Codein Ibuprofen, Diclofenac (nur bis SSW 28) ggf. Tramadol (weitere Informationen notwendig)
Übelkeit / Hyperemesis	Meclozin Doxylamin Dimenhydrinat Metoclopramid
Wurmerkrankung	Pyrviniumembonat Mebendazol Niclosamid

Quelle: Schaefer, Christof; Spielmann, Horst; Vetter, Klau. (2011). Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit, a. http://student.elsevierelibrary.de/pdfreader/arzneimittel-in-schwangerschaft-und-stillzeit/2

per se keine fetale Chromosomenanalyse, da bisher keine signifikante Erhöhung chromosomaler Aberrationen beobachtet wurde. Ein Schwangerschaftsabbruch aufgrund paternaler Arzneimittelexposition ist aufgrund fehlender klinischer Verdachtsmomente nicht zu rechtfertigen.

Umgang mit Informationen

Eine mangelnde Therapietreue und Überreaktionen nach Einnahme vermeintlich riskanter Arzneimittel basieren häufig auf kurzgefassten Informationen von Packungsbeilagen oder nicht aktuellen Beschreibungen in der Roten Liste. Der fachliche Hintergrund ist unabdingbar für den Umgang mit derartigen komprimierten Informationen. Die ärztliche Beratung kann helfen, Fehlinterpretationen zu Risiken und Verträglichkeit eines Medikamentes zu vermeiden. Die Richtlinie zur

Tabelle 3 – Die wichtigsten teratogenen Arzneimittel

Eine Monotherapie mit einem der genannten Medikamente im 1. Trimenon führt keineswegs in jedem Fall zu einer Schädigung des Embryos. Das Risiko für große Fehlbildungen liegt, mit Ausnahme des Thalidomids, der Retinoide und eventuell des Mycophenolats, noch unter zehn Prozent. Nicht in dieser Liste aufgeführte Medikamente dürfen aber nicht als nachweislich harmlos angesehen werden. Zu den meisten Arzneimitteln liegen keine ausreichenden Daten für eine fundierte Risikobewertung vor.

Substanz	(Leit-)Symptome bzw. vorwiegend betroffene Organe
Androgene	Maskulinisierung
Antimetaboliten	multiple Fehlbildungen
Carbamazepin	Spina bifida, Herz, Gaumen, urogenitales System, Extremitäten, Dysmorphien des Gesichts
Cumarin-Derivate	Nase, Extremitäten
Diethylstilbestrol	Scheidenkarzinom
Misoprostol (nach misslungener Aborteinleitung)	Möbius-Sequenz, Extremitäten
Mycophenolat	Gaumen, Ohr
Penicillamin	Cutis laxa (selten)
Phenobarbital/Primidon (anti-epileptische Therapie)	Herz, Gaumen, urogenitales System, Extremitäten, Dysmorphien des Gesichts
Phenytoin	Herz, Gaumen, urogenitales System, Extremitäten, Dysmorphien des Gesichts
Retinoide	Ohr, ZNS, Herz, Skelett
Thalidomid	Extremitäten
Trimethadion	Herz, Gaumen, urogenitales System, Extremitäten, Dysmorphien des Gesichts
Valproinsäure	Spina bifida, Herz, Gaumen, urogenitales System, Extremitäten, Dysmorphien des Gesichts
Vitamin A (>> 25.000 IE / Tag)	wie Retinoide
Als sog. „schwache Teratogene“ (Risiko ≤ 1:1.000 exponierte Feten) werden diskutiert:	
Glucocorticoide (systemisch)	Gaumenspalten
Lithium	Herz (Ebstein-Anomalie)
Methimazol	Choanalatresie, tracheoösophageale Fisteln, Aplasia cutis
Trimethoprim/ Co-trimoxazol	Neuralrohrdefekte

Quelle: Schaefer, Christof; Spielmann, Horst; Vetter, Klau. (2011). Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit, 7. http://student.elsevierelibrary.de/pdfreader/arzneimittel-in-schwangerschaft-und-stillzeit/21

Schwangerschaft der europäischen Zulassungsbehörde EMEA fordert einen restriktiven Umgang mit dem Terminus „kontraindiziert“ und empfiehlt keine Verwendung, wenn keine therapeutisch Alternativen ohne Gegenanzeige verfügbar sind.
Informationsflut und Wissensdefizit liegen dicht zusammen. Ob Mausklick oder Touchscreen, der digitale Zugang erscheint allgegenwärtig. Im Praxisalltag ist dieser Aspekt gerade bei Beratung und Behandlung von Frauen mit Kinderwunsch und in der Schwangerschaft zu berücksichtigen.
Betrachtet man unter dem Aspekt der Patientensicherheit den Einsatz von Informationstechniken zur Unterstützung der Arzneimitteltherapiesicherheit kann diese bei adäquatem Einsatz hilfreich und nützlich sein. Im Alltag der Praxis geht es jedoch oftmals eine Stufe kleiner. Beispielhaft kann das Ausstellen eines Arzneimittelpasses für Schwangerschaft und Stillzeit (Herausgeber: Deutsches Grünes Kreuz, Marburg) als Vorlage dienen. Selbstverständlich ersetzt diese Handhabe nicht das individuelle Führen eines Mutterpasses der jeweilig aktuellen Version. Dennoch ist ein Arzneimittelpass geeignet, allen Mitbehandlern – ärztlich und nichtärztlich – auf einen Blick Arzneimittel/Wirkstoff, Dosierung, Indikation und Einnahmedauer aufzulisten. Zudem ergänzt dieser Arzneimittelpass für Schwangerschaft und Stillzeit neben allgemeinen Ratschlägen zum Umgang mit Genussgiften auch die häufigsten Anwendungsanlässe zur Selbstmedikation.

Der Mutterpass

Die frühzeitige Anlage eines Mutterpasses ist die Gelegenheit bis dato Unbekanntes aus der Eigenanamnese der Schwangeren zu erfragen. Der Mutterpass ist Bestandteil der Mutterschafts-Richtlinien. Diesbezügliche Richtlinien werden vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem obers-

Tabelle 4 – Die wichtigsten fetotoxischen Arzneimittel

Diese Medikamente können dem Feten nach dem 1. Trimenon, in der Spätschwangerschaft oder unter der Geburt schaden. Die Liste erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Nicht in dieser Liste aufgeführte Substanzen dürfen aber nicht als nachweislich harmlos angesehen werden. Eine Exposition führt keineswegs zwangsläufig zu der angegebenen Symptomatik. Ausschlaggebend sind neben individuellen pharmakokinetischen Merkmalen die Dosis und der Behandlungszeitraum.

Substanz	(Leit-)Symptome bzw. vorwiegend betroffene Organe
ACE-Hemmstoffe	Nieren, Oligohydramnion, Anurie, Gelenkkontrakturen, Schädelhypoplasie
Aminoglykoside (parenteral)	Innenohr und Nieren
Androgene	Maskulinisierung
Angiotensin-II-Rezeptor-Antagonisten	Nieren, Oligohydramnion, Anurie, Gelenkkontrakturen, Schädelhypoplasie
Benzodiazepine (Langzeittherapie oder sub partu)	Atemdepression, Anpassungsstörung, Floppy-Infant-Syndrom
Cumarin-Derivate	Hirnblutung
Ergotamine (bei wehenbereitem Uterus)	fetale Hypoxie
Immunsuppressiva	Knochenmarkdepression
Radioiod (in therapeutischer Dosis)	Schilddrüsenhypoplasie oder –aplasie
Lithium	Floppy-Infant-Syndrom, Hypothyreose
Opioide/Opiate (Langzeittherapie oder sub partu)	Entzugssymptome
Psychopharmaka	Anpassungsstörungen, bei SSRI serotonerge Symptomatik
Tetracycline (nach SSW 15)	Gelbfärbung der Zähne
Zytostatika	Knochenmarkdepression

Quelle: Schaefer, Christof; Spielmann, Horst; Vetter, Klau. (2011). Arzneimittel in Schwangerschaft und Stillzeit, 8. http://student.elsevierelibrary.de/pdfreader/arzneimittel-in-schwangerschaft-und-stillzeit/22

ten Beschlussgremium der gemeinsamen Selbstverwaltung der Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, Krankenhäuser und Krankenkassen in Deutschland, beschlossen. Eine sorgfältige Erfassung anamnestischer Angaben in Katalog A (Anamnese und allgemeine Befunde/Erste Vorsorge-Untersuchung), als auch in Katalog B (Besondere Befunde im Schwangerschaftsverlauf), dient unzweifelhaft der Patientensicherheit. Der Unterpunkt Dauermedikation wird ausdrücklich aufgeführt. An dieser Stelle bietet sich geradezu an, den bereits erwähnten Arzneimittelpass für Schwangerschaft und Stillzeit auszufüllen, und dem Mutterpass beizufügen.

Das Risiko und die Zahlen

Der Arzneimittelkonsum nichtschwangerer Frauen unterscheidet sich kaum von der Medikamenteneinnahme während einer Schwangerschaft. Berücksichtigt man hierbei die Selbstmedikation neben der ärztlichen Verordnung, so kann man von durchschnittlich drei bis acht verschiedenen Medikamenten ausgehen. Die Beratungssituationen umfassen zurückliegende, laufende und geplante Arzneimitteltherapien. Betroffene Patientinnen können Kinderwunsch oder eine bereits bestehende Schwangerschaft angeben.

Wurde ein Kind mit einer Anomalie geboren, so sind kausale Zusammenhänge mit einer Arzneitherapie in der Schwangerschaft zu bewerten. Eine sensible und besonnene Vorgehensweise hilft langjährige Schuldgefühle zu vermeiden und kann vor einer juristischen Streitigkeit bewahren. Mit dem Begriff Kontraindikation eines Medikamentes wird oftmals eine hohe Wahrscheinlichkeit als Ursache einer beobachteten Fehlbildung beim Kind unterstellt. An dieser Stelle wird die Bedeutung einer kollegialen Zusammenarbeit deutlich, bei der die verschiedenen Fachgebiete eine gemeinsame Ausgangsbasis für die Entstehung von Fehlbildungen in den Beratungen betroffener Eltern und Familien beschreiben. Die Frage nach einer Ursache spielt in dem Prozess der Verarbeitung eine führende Rolle. Basierend auf den Arbeiten von Wilson gilt auch heute noch ein Großteil angeborener Anomalien als ätiologisch nicht eindeutig geklärt. Hingegen werden Arzneimittel, Einflüsse durch Umwelt und Genussgifte für nur wenige Prozent der pränatalen Schädigungen als Ursache angesehen.

Die Auswahl macht es aus

Nach Abwägen nichtmedikamentöser Optionen zur Behandlung gilt es einige Prinzipien beim Verschreiben von Arzneimitteln zu beachten. Insbesondere bei Frauen

im gebärfähigen Alter sind die Fragen nach zuverlässiger Kontrazeption und Regelanamnese geeignet auch Langzeitmedikation ohne erkennbare Risiken anzusprechen und deren weitere Einnahme im Falle des Eintritts einer Schwangerschaft anzuraten. Vertrauensbildende Beratung umfasst die Erläuterung zur Medikamentenwahl von Präparaten, welche schon längere Zeit zugelassen sind und bei denen entsprechende Erfahrungen vorliegen. Eine Monotherapie gilt es ebenso zu bevorzugen wie die Dosierung so niedrig wie therapeutisch möglich anzusetzen. Aktuelle Praxisverwaltungs-Systeme mit angebundener Medikamentendatenbank bieten im Hinblick auf Arzneimitteltherapiesicherheit bei Aufruf mehrerer Verordnungen einen Interaktionscheck an.

Hinweis zu Klassifikationen

Tabellarische Auflistungen mit Klassifizierung in „teratogen" oder „fetotoxisch" sind bedingt hilfreich, und sollten lediglich als erste Orientierung dienen. Eine derartige kategorische Simplifizierung erlaubt keine Aussage zum Ausmaß eines Risikos und keine individuelle, vergleichende Risikobewertung. Dennoch erlaubt diese Betrachtung, wie sie sich ebenfalls in Standardwerken findet, den Ansatz einer Beratung.

Vorgehen in der täglichen Routine

Aus täglicher Umsetzung der Thematik Arzneimittel und Schwangerschaft in frauenärztlicher Praxis entstanden Überlegungen eines bedarfsgerechten Zugriffs auf Informationen im Hinblick auf eine erforderliche Patientensicherheit. Im Gegensatz zu einer wissenschaftlichen Projektarbeit ist im Praxisablauf die Erwartung an eine rasche Auskunft durch Praxismitarbeiterin, Ärztin oder Arzt, einfach „mal schnell" am Telefon oder „zwischendurch", an der Tagesordnung. Auch wenn die Indikationsstellung zur Behandlung eine originäre ärztliche Aufgabe darstellt, so profitiert das gesamte Praxisteam vom Zugriff auf eine Auswahl adäquater Informationsquellen. Im Bedarfsfall können Zugriffe auf detaillierte Informationen zur Verträglichkeit der wichtigsten über 400 Wirkstoffe beispielsweise unter www.embryotox.de als Beratungsgrundlage dienen. Für schriftliche Anfragen mittels Faxschreiben und telefonische Auskünfte bieten sich bspw. das Pharmakovigilanz- und Beratungszentrum für Embryonaltoxikologie an der Charité – Universitätsmedizin in Berlin und das Institut für Reproduktionstoxikologie in Ravensburg an. Im Einsatz haben sich weiterhin Orientierungshilfen und Checklisten, wie sie umfangreichen Lehrbüchern beigefügt sind, sowie Buchbeiträge im Kitteltaschenformat zur ausgewählten analgetischen Pharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit, bewährt. Bemerkenswert ist ferner seit Frühjahr 2014 der unentgeltliche Zugriff via App, sowohl für Android-Systeme als auch iPhone, auf das Informationssystem von Embryotox mit einem Ampelsystem in Rot, Grün und Grau.

Dr. med.
Klaus J. Doubek
Frauenarzt
Rheinstraße 31
65185 Wiesbaden

Foto: privat

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Alltag der Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft"** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (https://portal.laekh.de) vom **01.07.2015 bis 30.06.2016** möglich.

4. Hessischer Gesundheitspreis

Die Landesregierung lobt zum vierten Mal den Hessischen Gesundheitspreis aus, mit dem herausragende Projekte der Gesundheitsförderung ausgezeichnet werden.
Beispiele guter Praxis in folgenden Kategorien werden prämiert:

- Gesund Aufwachsen
- Gesund Bleiben mitten im Leben
- Gesund Altern

Verliehen wird jeweils ein Förderpreis von 2.000 Euro in den drei Kategorien. Neben dem Geldbetrag erhält jede Preisträgerin beziehungsweise jeder Preisträger eine Urkunde sowie die Möglichkeit, das Projekt vorzustellen. Eine unabhängige Jury bewertet die Projekte nach gesellschaftlicher Relevanz, Qualität der methodischen Umsetzung, Praxistauglichkeit und einer landesweiten Übertragbarkeit.

- **Bewerbungsschluss**: 17. Juli 2015
- **Weitere Informationen:** www.hage.de/gesundheitspreis.html
- **Registrierung:** http://www.hage.de/aktivitaeten/qualitaet/registrierung.html

Multiple Choice-Fragen:

Alltag der Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft

(VNR 2760602015072180000)

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage trifft zu?

1) Im ärztlichen Bereitschaftsdienst/Notdienst ist im Falle einer Arzneimittel-Verordnung an eine Schwangere der Verweis auf die Fachinformation („Beipackzettel") ausreichend.
2) Im Falle einer Folgeverordnung nach stationärem Aufenthalt einer Schwangeren/Wöchnerin liegt die Verantwortung der Medikamentenauswahl beim Krankenhausarzt, und es bedarf keiner weiteren Risikobeurteilung in der nachbetreuenden Praxis.
3) Individuelle Beratung zur Behandlungsindikation – unter Einbezug von Behandlungsalternativen – obliegt Haus- und Fachärzten im Rahmen der Pharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit.
4) Individuelle Beratung zur Behandlungsindikation – unter Einbezug von Behandlungsalternativen – obliegt ausschließlich den jeweilig im Mutterpass eingetragenen FrauenärztInnen im Rahmen der Pharmakotherapie in Schwangerschaft und Stillzeit.
5) Die Antworten von 1 bis 4 sind alle falsch.

2. Welche Kommunikationsform dient im Falle einer Arzneimittelverordnung in Schwangerschaft und Stillzeit einer kollegialen Zusammenarbeit, und dient dadurch einer Strategie zur Fehlervermeidung?

1) Arztbrief/ärztlicher Kurzbrief
2) Telefonat
3) Eintragung im Mutterpass (Katalog A, Katalog B, Besonderheiten)
4) Notfall-/Vertreterscheine
5) Alle Antworten 1 bis 4 sind zutreffend

3. Welche Aussage trifft zu?

1) Pharmakotherapie chronischer Erkrankungen ist nur bei unerfülltem Kinderwunsch bezüglich einer Risikobeurteilung relevant.
2) Mit Eintritt einer Schwangerschaft obliegt es ausschließlich der frauenärztlichen Praxis das Risikoprofil einer Arzneimittelverordnung zu beurteilen.
3) Der Hinweis auf eine vorliegende Schwangerschaft obliegt der Betroffenen und ist bei Arzneimittelabgabe in der Apotheke ausreichend.
4) Im Online-Versandhandel von Arzneimitteln dürfen nur risikofreie Medikamente zur Behandlung von bakteriellen Infektionen und Asthma bronchiale in Schwangerschaft und Stillzeit abgegeben werden.
5) Alle Antworten 1 bis 4 sind unzutreffend

4. Welche weiterführende Diagnostik ist nach paternaler, fraglich zytotoxischer Medikation gegenüber der Schwangeren zu empfehlen?

1) Keine
2) Hochauflösende Ultraschalldiagnostik
3) Chorionzottenbiopsie
4) Messung der Arzneimittelkonzentration mittels Nabelschnurpunktion
5) fetale Karyotypisierung mittels Amniozentese

5. Welche Aussage zur Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft trifft zu?

1) Bei jeder Verordnung von Arzneimitteln im gebärfähigen Alter muss eine möglicherweise bereits bestehende und bis dahin nicht bekannte oder unter Pharmakotherapie eintretende Schwangerschaft berücksichtigt werden.
2) Bei positivem Schwangerschaftstest müssen alle Medikamente abgesetzt werden und nur bei Wiederauftreten von klinischen Symptomen erneut verordnet werden.
3) Arzneimitteltherapien gelten allgemein risikoreicher als die zu therapierende Erkrankung. Daher muss im ersten Trimenon auf Medikamente verzichtet werden.
4) Das Risiko korreliert mit der Dosis. Keine embryotoxischen Effekte sind daher im unteren Bereich einer empfohlenen Tagesdosis zu erwarten.
5) Bei Schwangeren sollten neu zugelassene Medikamente bevorzugt werden, da diese im Hinblick auf das embyrotoxische Risikoprofil besser untersucht sind als alte Arzneimittel.

6. Welche Antwort zur Risikointerpretation einer Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft ist zutreffend?

1) Die Angaben der Roten Liste sind für eine Risikobeurteilung eindeutig, ausreichend und aktuell.
2) Die Angaben in der jeweiligen Fachinformation sind vollständig und eindeutig.
3) Die Schwangere findet im Internet über jede Suchmaschine ausreichende Informationen.
4) Der Terminus „kontraindiziert" soll nach der EMEA auch bei fehlender Behandlungsalternative ohne Gegenanzeige sicherheitshalber vermerkt werden.
5) Alle Antworten 1 bis 4 sind falsch

7. Welche Antwort ist richtig? Die Selbstmedikation einer Schwangeren...

1) ...bedarf keiner weiteren Veranlassung, da alle OTC-Präparate für Schwangere geprüft und zugelassen wurden.
2) ...bedarf keiner weiteren Risikobeurteilung, da es sich ausnahmslos um Nahrungsergänzungsmittel handelt.
3) ...ist nur im ersten Trimenon relevant und mit der Schwangeren zu besprechen.
4) ...ist im Mutterpass einzutragen, und mit der Schwangeren ebenso, wie rezeptierte Medikation und Genussgifte, zu besprechen.
5) Keine Antwort ist richtig

8. Welche Antwort ist zutreffend?

Der Arzneimittelpass für Schwangerschaft und Stillzeit des Deutschen Grünen Kreuzes beinhaltet Angaben zu...

1) Arzneimittel/Wirkstoff
2) Dosierung
3) Indikation
4) Einnahmedauer
5) Alle Antworten 1 bis 4 sind richtig

9. Eine Schwangere in der 11. Woche leidet unter Migräne. Welche vorrangige Medikation sollte versucht werden?

1) Paracetamol in Säuglingsdosis
2) Naratriptan
3) Ergotamintartrat
4) Keine Medikamente im 1. Trimenon
5) Ibuprofen

10. Eine Online-Recherche zur Arzneimittelsicherheit in der Schwangerschaft ist zielführend unter der Adresse...

1) www.embryotox.de
2) www.rki.de
3) www.bzga.de
4) www.dgk.de
5) keine Internetquelle, da fehlende Kriterien für eine Risikobeurteilung

Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen

VNR 2760602015072190009

Elisabeth Maurer[1], Detlef K. Bartsch[1]

Die Anfänge der Schilddrüsenchirurgie stellten im 18. und 19. Jahrhundert ein ebenso blutiges wie gefährliches Unterfangen dar. In den vergangenen 200 Jahren hat sich die Schilddrüsenoperation zu einem häufigen Eingriff mit kalkulierbaren intra- und postoperativen Risiken entwickelt. In jüngster Zeit hat sich jedoch ein Wandel der Operationsmethoden und Resektionsausmaße bei verschiedenen Schilddrüsenerkrankungen vollzogen.

In Deutschland werden derzeit jährlich etwa 90.000 Schilddrüsenoperationen durchgeführt. Über 80 Prozent dieser Eingriffe entfallen auf die Resektion euthyreoter, benigner Knotenstrumen. Operationen einer Hyperthyreose mit Struma werden in 15–20 Prozent der Fälle durchgeführt. Lediglich ca. 1 Prozent der Eingriffe entfallen auf Operationen eines Schilddrüsenkarzinoms. Schilddrüsenkarzinome sind die häufigsten endokrinen Malignome, bezogen auf alle Tumorerkrankungen treten sie jedoch selten auf (in Deutschland etwa 1 Prozent, ca. 2500 Neuerkrankungen pro Jahr)[1]. Der nachfolgende Artikel gibt einen Überblick über den aktuellen Stand der operativen Therapie der benignen Struma.

Geschichte

Die Schilddrüsenchirurgie blickt auf eine lange Tradition zurück. 1791 entfernte Pierre Joseph Desault (1744–1795) in Paris als vermutlich erster Arzt einen vergrößerten Schilddrüsenlappen [2]. Am 8. Oktober 1800 erfolgte die erste „Totalexstirpation des Kropfes" durch Johann August Wilhelm Hedenus sen. (1760–1836) in Dresden am Collegium medico-chirurgicum [3]. Die erste detaillierte Schilderung einer Schilddrüsenoperation liegt aus dem Jahr 1834 vor und wurde von Conrad Johann Martin Langenbeck (1776–1851) verfasst [4]. Er berichtete von einer Mortalitätsrate von bis zu 75 Prozent seiner Patienten. Samuel D. Gross (1805–1884) sagte hierzu 1866: „If a surgeon should be so foolhardy as to undertake a thyroid removal, every step of the way will be environed with difficulty, every stroke of his knife will be followed by a torrent of blood and lucky will it be for him if his victim lives long enough to enable him to finish his horrid butchery. No honest and sensible surgeon would ever engage it."[5]

Der Berner Chirurg Theodor Kocher (1841–1917) gilt als Begründer der modernen Schilddrüsenchirurgie. Er erhielt 1909 den Medizin-Nobelpreis für seine Arbeiten über Physiologie, Pathologie und Chirurgie der Schilddrüse. Im Laufe seines Arbeitslebens führt Kocher über 5000 Schilddrüsenoperationen – hauptsächlich Thyreoidektomien – durch. Durch seine Weiterentwicklungen der Operationstechnik – vor allem im Bereich der Antisepsis und Blutstillung – reduzierte Kocher die Mortalität der Schilddrüsenresektion auf 0,5 Prozent im Jahr 1912 [6, 7].

Johann Freiherr von Mikulicz-Radecki (1850–1905) beschrieb 1885 erstmals die subtotale Schilddrüsenresektion und damit die erste Modifikation der bislang gängigen Thyreoidektomie.

Es dauerte etwa 100 Jahre bis wesentliche Neuerungen, nämliche die Einführung minimalinvasiver Verfahren sowie des Neuromonitorings etabliert wurden. So erfolgte 1996 die erste komplett endoskopische Schilddrüsenoperation durch Michel Gagner [8]. Zwei Jahre später wurde die minimalinvasive videoassistierte Schilddrüsenchirurgie von Paolo Miccoli erstmals beschrieben [9].

Im vergangenen Jahrzehnt wurden im Hinblick auf das kosmetische Ergebnis zunehmend Operationstechniken zur Gewährleistung eines narbenfreien Halses mit extrazervikalen Zugängen entwickelt: der transmammilläre Zugang [10], der transaxilläre Zugang [11], kombinierte Zugänge (ABBA: axillo bilateral breast approach) [12], der transorale Zugang [13] und der retroaurikuläre Zugang [14].

Die ersten roboterassistierten Schilddrüsenoperationen wurden 2007 in Korea durchgeführt, erste Daten wurden zwei Jahre später publiziert [15].

Die Einführung des intraoperativen Neuromonitorings stellte in den 1990er-Jahren einen technischen Fortschritt in der Schilddrüsenchirurgie dar. Das Neuromonitoring erweiterte die präparativen Möglichkeiten des Operateurs dadurch, dass er eine intraoperative neurophysiologische Untersuchung durch Stimulation des N. recurrens und zeitgleich abgeleitetes Kehlkopf-Elektromyogramm (EMG) durchführen konnte [16]. Frank H. Lahey plädierte bereits 1938 in Boston für die routinemäßige Darstellung des Nervus recurrens, um eine Risikominderung für Recurrensparesen zu erreichen [17, 18]. Die erste Anwendung eines intraoperativen Monitorings der N. laryngeus recurrens beim Menschen wurde 1969 von Flisberg veröffentlicht [19].

Präoperative Diagnostik

Die sinnvoll durchzuführende Operation bei der benignen Struma ist in den S2k Leitlinien der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft für Endokrinologie (CAEK) von 2011 „Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen" [20, 21] dargelegt. Die Anamneseerhebung einschließlich Evaluation familiärer Dispositionen und die klinische Untersuchung sind Voraussetzung für Indikationsstellung und Operationsplanung. TSH, fT3 und fT4 sollen präoperativ bestimmt werden. Eine Kalziumbestimmung vor Schilddrüseneingriffen dient dem Ausschluss ei-

[1] Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg

Tab. 1 DRG-Statistik 2005 & 2013 – vollstationärer Krankenhausaufenthalt bei Histologie benigne Schilddrüsenerkrankung (Statistisches Bundesamt, Außenstelle Bonn, Kap. 5–06, Operationen an endokrinen Drüsen)

OPS-Code	OPS-Text	Anzahl (%) 2005	Anzahl (%) 2013
5–060	Inzision im Gebiet der SD	2.267 (2,3%)	2.174 (2,7%)
5–061	Hemithyreoidektomie	15.398 (15,4%)	23.060 (28,2%)
5–062	Andere partielle SD-Resektion	57.873 (58,1%)	15.240 (18,6%)
5–063	Thyreoidektomie	23.781 (23,9%)	41.011 (50,2%)
5–064	Operation an der SD dr. Sternotomie	313 (0,3%)	279 (0,3%)
gesamt		**99.632**	**81.764**

nes Hyperparathyreoidismus. Bei bestehender Hyperkalzämie muss präoperativ die weitere Abklärung erfolgen.

Die Ultraschalluntersuchung des Halses gehört zur Basisdiagnostik und soll Auskunft über Ausdehnung und Struktur der Schilddrüse geben. Knotige Veränderungen und extrathyreoidale Pathologika wie vergrößerte Lymphknoten können Hinweise auf potenzielle Malignität geben.

Die Ergänzung der Diagnostik durch eine Szintigraphie kann zur Funktionsdifferenzierung von Knoten und zur Unterscheidung zwischen einer fokalen und disseminierten Autonomie dienen.

Eine zusätzliche Schnittbildgebung (diffusionsgewichtete MRT oder CT ohne KM) ist lediglich bei lokal-infiltrativen Prozessen oder retrosternaler, intrathoraler Strumaausdehnung erwägenswert.

Die präoperative Laryngoskopie zur Untersuchung der Stimmbandfunktion wird generell empfohlen. Bei Stimmveränderungen oder Rezidiveingriffen ist sie unerlässlich.

Eine Feinnadelpunktion sollte erfolgen, wenn ein nicht-operatives Vorgehen erwogen wird oder bereits durch Bildgebung ein Malignomverdacht besteht. In diesem Fall kann die zytologische Diagnose hilfreich für die Planung des Operationsverfahrens und Resektionsausmaßes sein. Eine Feinnadelpunktion wird folglich empfohlen bei klinisch oder bildmorphologisch suspekten Knoten, tumorverdächtigen Halslymphknoten oder lokal-invasivem Wachstum.

Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen

Entsprechend den Leitlinien der CAEK für benigne Struma [20, 21] besteht die Indikation zur Operation bei gutartigen Schilddrüsenerkrankungen bei lokalen Beschwerden, dystoper Lage, Malignitätsverdacht oder konservativ nicht beherrschbarer Hyperthyreose.

Ein Schilddrüsenknoten mit sonographischen und/oder punktionszytologischen Malignitätshinweisen stellt stets eine Operationsindikation dar. Bei fehlenden Malignitätshinweisen kann der Knoten je nach Größe und klinischer Symptomatik operiert, medikamentös behandelt oder beobachtet werden. Ein solitärer Knoten ohne Malignomverdacht kann je nach Größe und intrathyreoidaler Lage mit einem Randsaum gesunden, knotenfreien Schilddrüsengewebes exzidiert werden. Alternativ kann eine subtotale Lappenresektion vorgenommen werden oder eine Hemithyreoidektomieerfolgen. Bei malignitätsverdächtigen Knoten sollte aufgrund der Möglichkeit des erst postoperativ definitiven Karzinomnachweises immer eine Hemithyreoidektomie durchgeführt werden. So wird im Falle einer Komplettierungsthyreoidektomie eine zweite Exploration der tumortragenden Seite vermieden [22, 23]. Hiermit sinkt wiederum das Risiko von Komplikationen im Rahmen der Reoperation. Die BAETS (British Association of Endocrine & Thyroid Surgeons) empfiehlt bei Struma uninodosa eine Hemithyreoidektomie oder Isthmusresektion bei Isthmusknoten durchzuführen. Aufgrund einer Rezidivrate von 15 Prozent in England wird die subtotale Lappenresektion nicht empfohlen [24].

Autonome Adenome können bei solitärem Auftreten je nach Größe, klinischen Beschwerden und Stoffwechsellage operativ behandelt, radiojodtherapiert oder beobachtet werden. Vor einer operativen

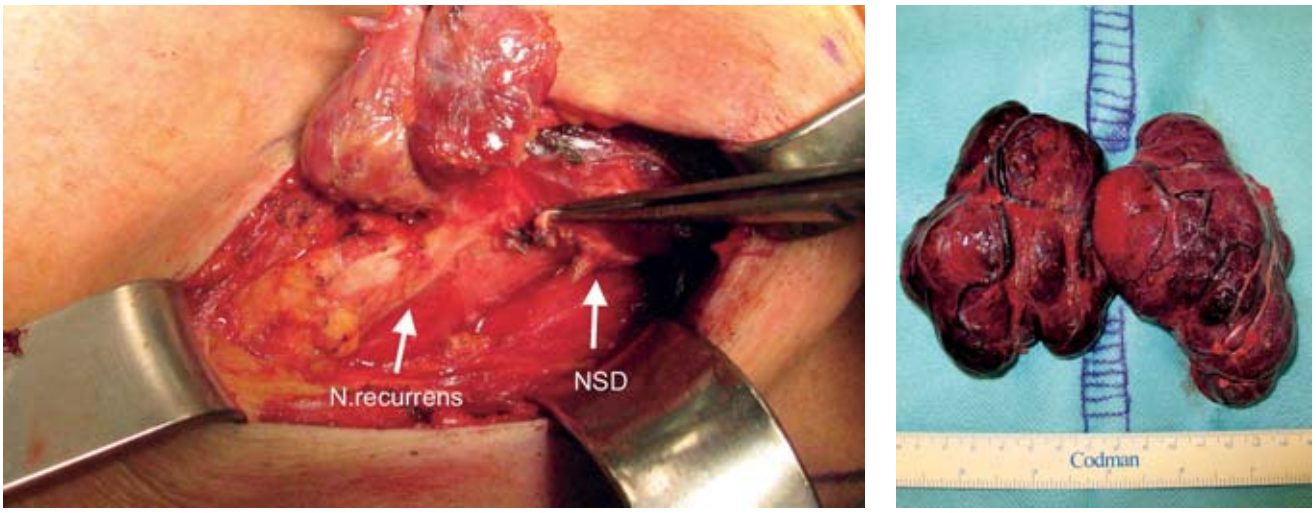


Abb. 1: Operationssitus im Rahmen einer Hemithyreoidektomie (links) und Präparat einer Thyreoidektomie (rechts)

Therapie ist eine euthyreote Stoffwechsellage anzustreben. Bei unifokaler Autonomie entspricht die Operationstaktik derjenigen von Solitärknoten ohne Malignitätshinweis. Die multifokale Autonomie wird analog der euthyreoten Struma multinodosa mit einer Thyreoidektomie oder fast-totalen Thyreoidektomie operativ therapiert [20, 21].

Malignitätsverdächtige Zysten stellen eine absolute Operationsindikation dar. Bei lokalen Beschwerden ohne Malignitätshinweise kommen eine Operation oder alternativ ein konservativer Therapieversuch in Frage. Beim Rezidiv nach konservativer Therapie ist häufig die Operation indiziert. Asymptomatische Zysten werden zunächst beobachtet oder konservativ behandelt [20, 21].

Die euthyreote Struma nodosa stellt die häufigste Operationsindikation in Deutschland dar. Je nach Größe, klinischer Symtomatik und Stoffwechsellage kann operativ, radiojodtherapeutisch oder medikamentös behandelt werden. Malignitätsverdacht bzw. der Ausschluss desselben, lokale Beschwerden oder eine subklinische bzw. manifeste Hyperthyreose sind Operationsindikationen. Bei großem retrosternalen Strumaanteilen oder dystoper Lage kann auch ohne Symptomatik oder Malignomverdacht eine Operationsindikation bestehen. Je nach Schilddrüsenvolumen, Größe der Knoten und deren Verteilungsmuster kommen verschiedene Resektionsausmaße zur Anwendung. Weiterhin spielen patientenspezifische Risiken (Nebenerkrankungen, Lebensalter) bei der Auswahl des geeigneten Operationsverfahrens eine wichtige Rolle. Vor allem die Rezidivrate von bis zu 40 Prozent bei parenchymerhaltenden Eingriffen und die Malignomwahrscheinlichkeit haben die Chirurgen in den vergangenen Jahren zu den „radikaleren" Eingriffen Thyreoidektomie und Hemithyreoidektomie bewegt [23]. Bei bilateralen multinodulären Strumen hat die Thyreoidektomie in jüngster Zeit starke Verbreitung gefunden (Tabelle 1). Knotenorientierte, partielle oder subtotale Schilddrüsenresektionen haben stark abgenommen [25]. Die Notwendigkeit von Rezidivoperationen oder Komplettierungsoperationen bei postoperativ nachgewiesenem Karzinom soll so gering wie möglich gehalten werden. Etwa 80 Prozent der Patienten mit einer Struma nodosa sind bei der Erstoperation zwischen 18 und 65 Jahre alt. Die Inzidenz eines Schilddrüsenkarzinoms liegt für diese Patienten bei ca. 5 Prozent.

Bei jüngeren Patienten wird die Karzinominzidenz bei singulären kalten Knoten mit über 10 Prozent angegeben. Hier ist eine Hemithyreoidektomie dringlich indiziert. Strumapatienten, die sich vor dem 25. Lebensjahr einer Schilddrüsenoperation unterziehen, haben eine höhere Rezidivrate als ältere Patienten. Daher rührt die Empfehlung bei jüngeren Patienten generell ein radikaleres Vorgehen (Thyreoidektomie, Hemithyreoidektomie, Abb. 1) zu wählen. Es sollten grundsätzlich keine Knoten belassen werden. Sollte eine Struma multinodosa vorliegen, kann eine unilaterale Entfernung der dominierenden Seite erwogen werden [26]. Sind die Knoten gleichermaßen auf beide Lappen verteilt, wird in Großbritannien die totale Thyreoidektomie oder fast-totale Thyreoidektomie durchgeführt. Andere europäische Guidelines, sowie die ATA (American Thyroid Association) empfehlen ähnliche Resektionsstrategien [27].

Besteht nach konservativer Primärtherapie einer Autoimmunthyreopathie vom Typ Basedow die Indikation zur definitiven Therapie, so stehen Operation und Radiojodtherapie je nach Schilddrüsenvolumen zur Verfügung. Die Operation wird bevorzugt bei Schilddrüsenwachstum, endokriner Orbitopathie, Malignitätsverdacht, Nebenwirkungen oder Unverträglichkeit der thyreostatischen Therapie sowie unter medikamentöser Therapie bestehender Hyperthyreose. Auch die Ablehnung der Radiojodtherapie durch den individuellen Patienten führt häufig zur operativen Therapie. In Deutschland gilt bis dato die Empfehlung eine Thyreoidektomie durchzuführen. Die Entfernung der gesamten Schilddrüse vermeidet eine Persistenz oder Rezidive und ist bei vorhandener aktiver endokriner Orbitopathie unter immunologischen Gesichtspunkten anzustreben. Europäische Leitlinien empfehlen sowohl die beidseitige subtotale Resektion (der belassene Schilddrüsenrest sollte unter 5 ml liegen) als auch die einseitige Hemithyreoidektomie mit subtotaler Resektion der Gegenseite [24]. Die ATA (American Thyroid Association) empfiehlt die Thyreoidektomie für Patienten mit Operationsindikation (große Schilddrüse, Schild-

drüsenknoten, Schwangerschaft, Unverträglichkeit der thyreostatischen Therapie) [27].
Die jodinduzierte Hyperthyreose oder thyreotoxische Krise muss auch im klinisch hypertyreotem Zustand operativ behandelt werden, wenn die konservative Therapie nicht zum Erfolg führt oder sich schwerwiegende Nebenwirkungen entwickeln.
Thyreoditiden stellen im Allgemeinen keine Operationsindikation dar. Bei der Immunthyreoiditis Hashimoto ergeben sich Operationsindikationen lediglich bei Malignitätsverdacht oder therapierefraktären lokalen Beschwerden. Die Thyreoiditis de Quervain heilt meist spontan aus. Auch hier kann die Operation zusammen mit einer Glukokotikoidtherapiein seltenen Fällen bei rezidivierenden Schmerzen erwogen werden. Bei der sehr seltenen chronisch fibrosierenden Thyreoiditis Riedel machen Malignitätsverdacht oder mechanisch bedingte Beschwerden (zum Beispiel Trachealeinengung) eventuell eine operative Therapie erforderlich [20, 21].
Im Falle einer Rezidivstruma ergibt sich eine Operationsindikation aus lokalen Beschwerden und Malignitätsrisiko. Im Falle eines operativen Vorgehens ist dem erhöhten Komplikationsrisiko sowie ggf. vorbestehender Schäden (Recurrensparese, Hypoparathyreoidismus) Rechnung zu tragen. Die Operationsstrategie zielt auf die Beseitigung des führenden Befundes, der Vermeidung eines erneuten Rezidivs und dem Erhalt der Stimmbandbeweglichkeit und Nebenschilddrüsenfunktion ab. Die befunddominante Seite wird zuerst angegangen. In gleicher Sitzung darf die kontralaterale Seite nur reseziert werden, wenn sicher von der anatomischen und funktionellen die Intaktheit des N. laryngeus recurrens ausgegangen werden kann. Hierzu ist das intraoperative Neuromonitoring unerlässlich, da für Rezidiveingriffe eine Verringerung der Recurrenspareserate durch intraoperatives Neuromonitoring nachgewiesen ist[20, 21]. Bei Unsicherheit ist ein zweizeitiges Vorgehen zu favorisieren.
Insgesamt werden in Deutschland derzeit in etwa 73 Prozent Hemithyreoidektomien und Thyreoidektomien bei der benignen Struma durchgeführt, wobei andere Operationsverfahren demgegenüber deutlich in den Hintergrund getreten sind (siehe Tab.1) [28, 29].

Operationstechnik

Allgemein

Funktionsstörungen des N. laryngeus recurrens können mit Stimmstörungen, Schluckstörungen und Beeinträchtigung der Atmung einhergehen. Das Risiko, den Stimmbandnerv zu verletzen, wird vom Ausmaß der Resektion und von individuellen Lagevarianten des Nervs bestimmt. Nach Empfehlung der CAEK [20, 21] ist grundsätzlich die schonende, d.h. nichtskelettierende Darstellung des N. laryngeus recurrens anzustreben um die Nervendurchblutung nicht zu kompromittieren. Dies gilt für Primäreingriffe ebenso wie für Rezidivoperationen. Das intraoperative Neuromonitoring ersetzt nicht den Goldstandard der visuellen Nervendarstellung. Es bietet lediglich eine Ergänzung. Das intraoperative Neuromonitoring kann den N. laryngeus recurrens sicher identifizieren und seine Funktionsfähigkeit bei ungestörtem Überleitungssignal sehr wahrscheinlich machen. Zur Erfassung des gesamten Nervenverlaufs ist eine Vagusstimulation vor und nach Resektion notwendig [30]. Ist nach Resektion eines Schilddrüsenlappens bei funktionierendem Neuromonitoring kein Signal mehr ableitbar, sollte die Gegenseite zunächst nicht reseziert werden. Erst wenn eine Laryngoskopie die Stimmbandbeweglichkeit der betroffenen Seite nachgewiesen hat, kann die Gegenseite operiert werden.
Über dieses Vorgehen sollte der Patient im Rahmen der Operationsaufklärung hingewiesen werden. Eine signifikante Senkung des Risikos einer Recurrensparese durch intraoperatives Neuromonitoring ist bis dato nur bei Rezidivoperationen nachgewiesen [31]. Das kontinuierliche intraoperative Neuromonitoring ist eine Weiterentwicklung des intraoperativen Neuromonitoring und ermöglicht eine Echtzeitüberwachung des N. laryngeus recurrens über seinen gesamten anatomischen Verlauf [32, 33]. Die Stimulation erfolgt über eine flexible Vagussonde. Der Operateur hat die Möglichkeit sofort auf eine Abnahme der Signalamplitude oder Alteration der Latenzzeit, die durch Druck- oder Zugschäden am Nerven auftreten zu reagieren. Besonders für die operative Therapie von Rezidivstrumen oder Schildrüsenkarzinomen werden hierdurch Vorteile vermutet [34, 35].
Ein Hypoparathyreoidismus kann eine erhebliche Einschränkung der Lebensqualität bedeuten. Eine adäquate Substitution der Nebenschilddrüsenfunktion ist schwierig zu bewerkstelligen, die Spätfolgen der dauerhaften Nebenschilddrüsenunterfunktion sind gravierend (Katarakt, Basalganglienverkalkungen etc.). Sämtliche Nebenschilddrüsen sollten also unbedingt sicher identifiziert werden und unter Erhalt ihrer Durchblutung in situ verbleiben. Eine periphere Durchtrennung der A. thyreoidea inferior nahe der Schilddrüsenkapsel sollte bei bilateraler Schilddrüsenresektion angestrebt werden. Wird eine Nebenschilddrüse devaskularisiert oder partiell oder vollständig reseziert, sollte sie in die Halsmuskulatur autotransplantiert werden [20, 36, 37]. An dieser Stelle sei nochmals eindringlich auf die Wichtigkeit eines vollständigen und genauen Operationsberichts hingewiesen. Sicher identifizierte, in situ belassene Nebenschilddrüsen sollten erwähnt werden, genauso wie resezierte, autotransplantierte Drüsen. Dies erleichtert eine potenzielle Folgeoperation für den nächsten Operateur ungemein und trägt essentiell zum Erhalt der ungestörten Nebenschilddrüsenfunktion bei.
Die intraoperative Schnellschnittuntersuchung hat zum Ziel, Karzinome intraoperativ zu identifizieren und so Zweiteingriffe zur onkologischen Komplettierung oder zur Lymphadenektomie zu vermeiden. Es bestehen jedoch explizit bei Schilddrüsengewebe methodenspezifische Einschränkungen, sodass eine definitive histopathologische Diagnose häufig erst am Parafffinschnitt und durch immunhistochemische Untersuchungen postoperativ gestellt werden kann. Der Patient sollte über diesen Unsicherheitsfaktor aufgeklärt werden. Manchmal ist die Konsequenz einer zweizeitigen Operation nicht vermeidbar. Die intraoperative Schnellschnittuntersuchung ist sinnvoll bei präoperativ klinisch, bildmorphologisch oder zytologisch suspekten Knoten, bei intraoperativem Malignitätsverdacht oder bei nicht-totaler Thyreoidektomie.

Abb. 2: Operations-Setting für eine roboterassistierte Schilddrüsenoperation mit dem da Vinci System (Intuitive Surgical, Inc.)

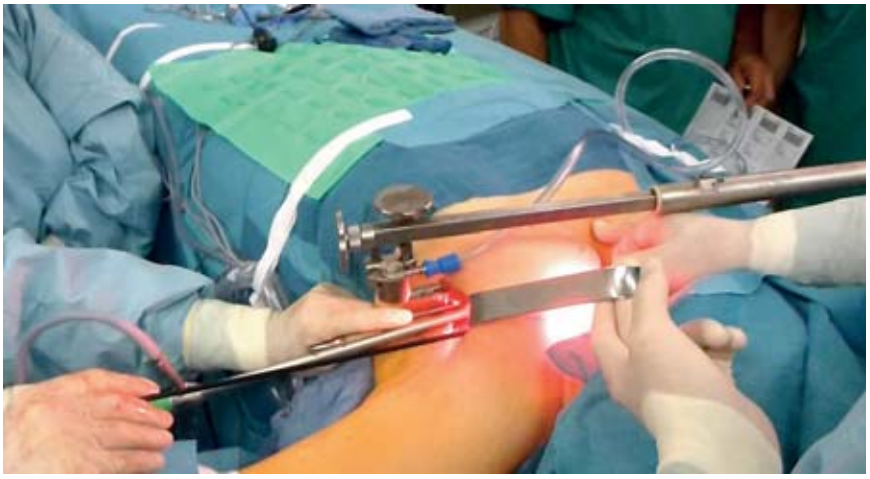


Abb. 3: Transaxillärer Zugang im Rahmen einer roboterassistierten Hemithyreoidektomie vor Einsatz des Operationsroboters

Alle Fotos und Abbildungen: UKGM/VTG-Chirurgie

Eine postoperative histologische Aufarbeitung des Operationspräparats ist immer notwendig [20, 21].

Minimalinvasive, endoskopische und roboterassistierte OP-Techniken

Minimalinvasive Techniken haben sich zu einem festen Bestandteil im operativen Repertoire der Schilddrüsen- und Nebenschilddrüsenchirurgie entwickelt. Ziel ist die Minimierung des Zugangstraumas am Hals. Teilweise werden technische Hilfsmittel wie die Videoskopie eingesetzt (MIVAT: minimalinvasive viedoassistierte Schilddrüsenoperation) [38]. Eine Alternative ist die offene minimalinvasive Thyreoidektomie oder die endoskopische Thyreoidektomie mit CO2-Insufflation über Inzisionen entlang des M. sternocleidomastoideus. Die Indikation zur minimalvasiven Schilddrüsenchirurgie hat sich mittlerweile auf „kleine Befunde" konzentriert und eine Evidenz zum Stellenwert dieser Verfahren besteht aktuell vor allem für die MIVAT. Es eignen sich etwa 10–20 Prozent der Patienten mit Indikation zur Thyreoidektomie oder Hemithyreoidektomie für ein minimalinvasives Verfahren. Das Schilddrüsenvolumen sollte ca. 25 ml nicht überschreiten, die Größe des/der Knoten bei 3–4 cm liegen [39].

Der wesentliche Unterschied zur konventionellen Operation besteht bei der MIVAT im Einsatz der Kamera zur Darstellung, Vergrößerung und Ausleuchtung des Situs. Als Vorteile der MIVAT werden Kosmetik und geringere Schmerzen genannt. Nachteile sind eine längere Operationszeit (im Durchschnitt ca. 15 Minuten nach Metaanalysen und publizierten Fallserien) und je nach verwendeten Materialien potenziell höhere Kosten. Es wurden keine Unterschiede gemessen bezüglich Recurrenspareseraten, Nachblutungen, Rate an Hypokalzämien und Wundheilungsstörungen [40].

Eine Alternative zur MIVAT ist die offene minimalinvasive Thyreoidektomie (MIT). Hier unterscheiden sich die Operationsprinzipien nicht von der konventionellen Operation. Vielmehr wird dem Wunsch der Patienten nach kleineren Hautschnitten Rechnung getragen. Folglich bietet sich dieses Verfahren für ein Patientenklientel mit kleinen uni- oder bilateralen Befunden an [40].

Bei der endoskopischen Thyreoidektomie erfolgt eine CO2-Insufflation zur Schaffung eines Arbeitsraumes über zumeist drei kleine Inzisionen Entlang der M. sternocleidomastoideus oder im Bereich des Kocher'schen Kragenschnitts [40].

In den vergangenen zehn Jahren haben endoskopische Verfahren mit extrazervikalem Zugang Einzug in die Schilddrüsenchirurgie gefunden. Hier sind zu nennen: ABBA (axillo bilateral breast approach), BABA (bilateral axillo-breast approach) mit Hautschnitten jeweils am Vorderrand der Axilla bzw. periareolär [12, 40] und die transaxilläre endoskopische Thyreoidektomie (Hautschnitt am Vorderrand der Axilla) [40]. Diese Operationstechniken werden teilweise mit dem Einsatz von Operationsrobotern kombiniert. Allen diesen Verfahren ist hoher präparativer Aufwand durch den extracervikalen Zugang gemein. Dies bedingt eine längere Operationszeit als bei der konventionellen Operation. Die Rate an permanenten Recurrensparesen liegt bei 1 Prozent, die Rate an passageren Paresen bei bis zu 25 Prozent. Eine vorübergehende Hypokalzämie tritt in höherem Maß als bei der konventionellen Operation auf. Insgesamt sind die publizierten Daten zu Komplikationen uneinheitlich und nicht eindeutig zu bewerten [40]. Alle genannten Verfahren gelten als sicher durchführbar. Die Patientenakzeptanz ist aufgrund des kosmetischen Ergebnisses ohne Narbe am Hals hoch [41, 42].

Aufgrund eigener Erfahrungen möchten wir noch kurz auf die roboterassistierte transaxilläre Schilddrüsenchirurgie (TRAT, Abb. 2) eingehen, die vor allem in Asien und den USA seit 2007 im Gegensatz zu Deutschland eine relativ weite Verbreitung gefunden hat. Nach einer Metaanalyse [42] bietet diese Technik vergleichbare dauerhafte Komplikationen und Morbidität, Vorteile hinsichtlich kosmetischem Ergebnis und Patientenzufriedenheit, aber auch Nachteile wie eine dreimal so hohe Rate an passageren Recurrensparesen, eine längere Operationszeit und einen geringfügig längere Krankenhausverweildau-

er als bei der konventionelle Operation. Die TRAT eignet sich für uni- oder bilobuläre Befunde mit einem Lappenvolumen bis 40 ml. Klarer Vorteil dieser Methode ist das kosmetische Ergebnis bedingt durch den etwa 6 cm langen Hautschnitt am Vorderrand der Axilla (Abb. 3).

Die zehnfach vergrößernde 3-D-Kamera ermöglicht eine sehr gute Visualisierung wichtiger Strukturen wie N. laryngeus recurrens und Nebenschilddrüsen, sodass sich die Komplikationsraten bezüglich permanenter Recurrensparesen und Hypoparathyreoidismus nach aktuellen Daten von der konventionellen Operationstechnik nicht unterscheiden. Aufgrund des hohen technischen Aufwands (videoassistierte Präparation des Zugangswegs, Andocken und Platzieren des Roboters etc.) ist die Operationszeit länger als bei der konventionellen Operation. Der Zugangsweg bedingt eine Lagerung des betroffenen Armes in Abduktion, was bis dato in der Schilddrüsenchirurgie nicht bekannte Komplikationen wie eine passagere oder permanente Schädigung des Armplexus mit sich bringen kann. Die Kosten werden etwa doppelt so hoch wie für den konventionellen Eingriff veranschlagt. Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die roboterassistierte Schilddrüsenchirurgie sicher durchführbar ist und ein sehr gutes kosmetisches Ergebnis (Abb. 4) gewährleistet. Das Verfahren sollte erfahrenen Schilddrüsenchirurgen vorbehalten bleiben, eine flächendeckende Verbreitung ist nicht zu erwarten und auch nicht sinnvoll.

Abb. 4: Kosmetisches Ergebnis drei Wochen nach roboterassistierter Hemithyreoidektomie über eine transaxillären Zugang

Eine weitere Modifikation des Zugangs bietet die roboterassistierte unilaterale Schilddrüsenoperation über einen retroaurikulären Zugang am Haaransatz.

Postoperative Maßnahmen

Das Risiko einer Nachblutung nach Schilddrüsenoperation liegt bei etwa 1 Prozent der Fälle. Da eine Nachblutung am Hals den Patienten vital gefährden kann, ist ein postoperatives Überwachungsintervall von etwa acht Stunden mit Kontrolle der Vitalparameter und Wundverhältnisse notwendig. Ein Patient nach Schilddrüsenoperation sollte für mindestens 24 Stunden postoperativ stationär behandelt werden, so die Leitlinie der CAEK [20, 21]. In den USA werden ambulante Schilddrüseneingriffe für ein selektioniertes Patientenklientel als sicher erachtet. Die Patienten werden für mindestens 2 Stunden postoperativ überwacht und dann mit entsprechender Aufklärung und prophylaktischer Calciumsubstitution entlassen [43].

Eine postoperative laryngoskopische Kontrolle der Stimmbandfunktion ist indiziert zur frühzeitigen Einleitung therapeutischer Maßnahmen und dient zudem der Qualitätssicherung.

Eine postoperative Kalzium-Kontrolle deckt (meist passagere) Funktionsstörungen der Nebenschilddrüsen auf und ermöglicht eine zeitnahe Substitutionstherapie. Empfohlen wird eine Bestimmung des Serumkalziums am ersten und zweiten postoperativen Tag. Notwendigkeit, Dosierung und Dauer einer Substitutionstherapie richten sich nach klinischen Symptomen der Hypokalzämie und dem Serumkalziumspiegel [20, 21].

Bei erhaltenem Restschilddrüsengewebe sollten regelmäßige Kontrolluntersuchungen erfolgen.

Die postoperative Substitution von Schilddrüsenhormonen dient der Aufrechterhaltung einer euthyreoten Stoffwechsellage. Die Therapie kann unabhängig vom histopathologischen Befund direkt postoperativ mit einer individuellen Dosierung Levothyroxin ggf. in Kombination mit Jodid je nach zu erwartender Funktion begonnen werden falls rekombinantes TSH für eine potenzielle Radiojodtherapie verwendet wird. Die Schilddrüsenhormonsubstitution sollte mit den weiterbehandelnden Nuklearmedizinern oder Endokrinologen abgesprochen werden. Nach Thyreoidektomie wird meist 100µg L-Thyroxin verabreicht, nach Hemithyreoidektomie 200µg Jodid. Die erste Kontrolle der Schilddrüsenparameter sollte vier bis sechs Wochen nach der Operation erfolgen [20, 21] und die Substitution ggf. angepasst werden.

Dr. med. Elisabeth Maurer
Fachärztin für Chirurgie, Oberärztin

Prof. Dr. med. Detlef K. Bartsch
Direktor (Facharzt für Chirurgie, Viszeral- und Thoraxchirurgie, Dipl. Gesundheitsökonom)

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Elisabeth Maurer
Klinik für Visceral-, Thorax- und Gefäßchirurgie
Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH, Standort Marburg
Baldingerstraße, 35043 Marburg
E-Mail: maurere@med.uni-marburg.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen"** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (https://portal.laekh.de) vom **01.07.2015 bis 30.06.2016** möglich.

Literatur zum Artikel:

Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen

von Elisabeth Maurer und Detlef K. Bartsch

1. Dralle H, Stang A, Sekulla C, Rusner C, Lorenz K, Machens A: Strumachirurgie in Deutschland. Chirurg 2014; 85: 236–245

2. von Rodt WE: Beitrag zur Geschichte der Schilddrüse. LangenbecksArchSurg 1912; 116(1):628–642

3. Gurlt E: „Hedenus, August Wilhelm" in: Allgemeine Deutsche Biographie (1880), s. Onlinefassung; URL: http://www.deutsche-biographie.de/pnd116563486.html

4. Kutzer M: „Langenbeck, Conrad Martin Johann" in: Neue Deutsche Biographie 13 (1982), s. Onlinefassung; URL: http://www.deutsche-biographie.de/ppn116706988.html

5. Hajdu S: Samuel D Gross of Philadelphia: pathologist, surgeon and medical historian. Ann Clin Lab Sci 2007; 37(1): 102–4

6. Chiesa F, Kocher ET: The 100 Anniversary oft he Nobel Prize Award winner Emil Theodor Kocher, a brilliant farsighted surgeon. Acta Otorhinolaryngolltal 2009; 29(6): 289

7. Choong C, Kaya AH: Emil Theodor Kocher (1841–1917). J ClinNeurosci 2009; 16(12):1552–4

8. Gagner M, Inabnet WB 3rd. Endoscopic thyroidectomy for solitary thyroid nodules. Thyroid 2001;11:161–163

9. Miccoli P, Berti P, Bendinelli C et al. Minimally invasive sugery for thyroid small nodules: preliminary report. J Endocrinol Invest 1999; 22:849–851

10. Ohgami M, Ishii S, Arisawa Y, Ohmori T, Noga K, Furukawa T, Kitajima M: Scarless endoscopic thyroidectomy: breast approach for better cosmesis.SurgLaparoscEndoscPercutan Tech. 2000;10(1):1–4

11. Ikeda Y, Takami H, Niimi M et al. Endoscopic neck surgery by axillary approach. J Am Surg 2000; 191:336

12. Choe JH, KimSW, Chung Kw et al. Endoscopic thyroidectomy using a new bilateral axillo-breast approach. World J Surg 2007; 31:601–606

13. Witzel K, Benhidjeb T: Monitoring of the recurrent laryngeal nerve in totally endoscopic thyroid surgery.EurSurg Res. 2009;43(2):72–6

14. Schardey HM1, Schopf S, Kammal M, Barone M, Rudert W, Hernandez-Richter T, Pörtl S: Invisible scar endoscopic thyroidectomy by the dorsal approach: experimental development of a new technique with human cadavers and preliminary clinical results. SurgEndosc. 2008;22(4):813–20

15. Kang SW, Lee SC, Lee SH, Lee KY, Jeong JJ, Lee YS, Nam KH, Chang HS, Chung WY, Park CS: Robotic thyroid surgery using a gasless, transaxillary approach and the da Vinci S system: the operative outcomes of 338 consecutive patients.Surgery. 2009;146(6): 1048–55

16. Neumann HJ, Hamelmann WH, Timmermann W: Intraoperatives neurophysiologisches Monitoring des Nervusrecurrens. DtschArztebl 2001; 98: A 1129–1133

17. Lahey FH: Exposure of the recurrent laryngeal nerves in thyroid operations. SurgGynecolObstet 1938; 66: 775–777.

18. Kaplan EL, Salti GI, Roncella M, Fulton N, Kadowaki M: History of the recurrent laryngeal nerve: from Galen to Lahey. World J Surg. 2009;33(3): 386–93

19. Flisberg K, Lindholm T: Electrical stimulation of the human recurrent laryngeal nerve during thyroid operation. Acta OtolaryngolSuppl (Stockh) 1969; 263: 63–67

20. Musholt TJ, Clerici T, Dralle H et al: German Association of Endocrine Surgeons practice guidelines forthe surgical treatment of benign thyroid disease. Langenbecks Arch Surg 2011; 396:639–649

21. Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie: Operative Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen. AWMF/11/003/0021

22. Leitlinie der deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie – Chirurgische Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie: Operative Therapie maligner Schilddrüsenerkrankungen. AWMF-Leitlinien-Register Nr. 088/002

23. HolzheimerRG, Mannick JA (Hrsg): Surgical Treatment – Evidence-Basedand Problem-Oriented, Munich: Zuckschwerdt; 2001. ISBN-10: 3–88603– 714–2

24. Guidelines on Training and Management of Endocrine Disease, British Association of Endocrine and Thyroid Surgeons

25. Goretzki PE, Schwarz K, Lammers B: Chirurgie der gutartigen Struma nodosa mit Euthyreose. Allgemein-&Viszeralchirurgie up2date 2011, 23–46

26. Agarwal G, Argawal V: Is total thyroidectomythe surgical procedure of choice for benign multinodular goiter? An evidence-basedreview. World J Surg 2008; 32:1313–1324

27. David S. Cooper, M.D.1 (Chair)*, Gerard M. Doherty, M.D.,2 Bryan R. Haugen, M.D.,3 Richard T. Kloos, M.D.,4 Stephanie L. Lee, M.D., Ph.D.,5 Susan J. Mandel, M.D., M.P.H.,6 Ernest L. Mazzaferri, M.D.,7 Bryan McIver, M.D., Ph.D.,8 FurioPacini, M.D.,9 Martin Schlumberger, M.D.,10 Steven I. Sherman, M.D.,11 David L. Steward, M.D.,12 and R. Michael Tuttle, M.D.13: Revised American Thyroid Association Management Guidelines for Patients with Thyroid Nodules and Differentiated Thyroid Cancer. Thyroid research article; Volume 19, Number 11, 2009 a Mary Ann Liebert, Inc.

28. Statistisches Bundesamt. Außenstelle Bonn. Fallpauschalenbezogene Krankenhausstatistik (DRG-Statistik) Operationen & Prozeduren der vollstationären Patienten(innen) in Krankenhäusern – Ausführliche Darstellung. https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Gesundheit/Krankenhaeuser/OperationenProzeduren5231401117014?_blob=publicationFile.

29. Klauber J, Geraedts M, Friedrich J, WasernJ (Hrsg): Krankenhausreport 2013. Schattauer, Stuttgart

30. Dralle H, Lorenz K, Schabram P, Musholt TJ, Dotzenrath C, Goretzki PE, Kußmann J, Niederle B, Nies C, Schabram J, Scheuba C, Simon D, Steinmüller T, Trupka A: Intraoperatives Neuromonitoring in der Schilddrüsenchirurgie. Chirurg 2013; 84:1049–1056

31. Dralle H, Lorenz K, Schabram P et al: Empfehlung der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie zur Anwendung des intraoperativen Neuromonitorings in der Schilddrüsenchirurgie. LangenbecksArchSurg 2014; 399 (in press)

32. Phelan E1, Schneider R, Lorenz K, Dralle H, Kamani D, Potenza A, Sritharan N, Shin J, W Randolph G: Continuous vagal IONM prevents recurrent laryngeal nerve paralysis by revealing initial EMG changes of impending neuropraxic injury: a prospective, multicenter study. Laryngoscope2014; 124(6):1498–505

33. Lamadé, W, Ulmer, C, Seimer, A, Molnar, V, Meyding-Lamadé, U, Thon, KP, Koch, K.P.: A new system for continuous recurrent laryngeal nerve monitoring. Minim Invasive Ther Allied Technol, 2007; 16: 149–154

34. Ulmer, C, Koch, KP, Seimer, A, Molnar, V, Meyding-Lamadé, U, Thon, KP, Lamadé, W: Real-time monitoring of the recurrent laryngeal nerve: An observational clinical trial. Surgery, 2007; 143: 359–365

35. Schneider R, Lamade W, Hermann M, Goretzki PE, Timmermann W, Hauss J, Leinung S: Continuous Intraoperative Neuromonitoring of the Recurrent Laryngeal Nerve in Thyroid Surgery (CI-ONM) – Where are we now? An Update to the European Symposium of Continuous Neuromonitoring in Thyroid Surgery. ZentralblChir 2011; 137(1): 88–90

36. Goretzki PE, Schwarz K, Sekulla N, Laumers B: Chirurgische Therapie der gutartigen Struma nodosa – Komplikationen aus chirurgischer Sicht. In Großendorf M (Hrsg) Schilddrüse 2011. Lehmanns Media, Berlin S145–154

37. Thomusch O1, Machens A, Sekulla C, Ukkat J, Brauckhoff M, Dralle H: The impact of surgical technique on postoperative hypoparathyroidism in bilateral thyroid surgery: a multivariate analysis of 5846 consecutive patients. Surgery. 2003;133(2):180–5

38. Miccoli P, Bellantone R, Mourad M, Walz M, Raffaelli M, Berti P: Minimally invasive video-assisted thyroidectomy: multiinstitutional experience. World J Surg. 2002;26(8):972–5

39. Pisanu A, Podda M, Reccia I et al.: Systematic review with meta-analysis of prospective randomized trials comparing minimally invasive video-assisted thyroidectomy (MIVAT) and conventional thyroidectomy. LangebecksArchSurg 2013; 398:1057–1068

40. Simon D, Boucher M, Lassau M: Minimalinvasive Chirurgie der Schilddrüse und Nebenschilddrüse. Allgemein-&Viszeralchirurgie up2date 2014; 2:127–14

41. Landry CS, Grubbs EG, Warneke CL et al: Robot-assisted transaxillary thyroid surgery in the United States: is it comparable to open thyroid lobectomy? Ann SurgOncol 2012;19:1269–1274

42. Lang BH1, Wong CK, Tsang JS, Wong KP, Wan KY: A systematic review and meta-analysis comparing surgically-related complications between robotic-assisted thyroidectomy and conventional open thyroidectomy. Ann SurgOncol. 2014;21(3):850–6

43. Terris DJ, Snyder S, Carneiro-Pla D, Inabet III WB, Kandil E, Orloff L, Shindo M, Tufano RP, Tuttle RM, Yeh MW: American Thyroid Association Statement on Outpatient Thyroidectomy. Thyroid 2013; Volume 23, Number 10

Multiple Choice-Fragen:

Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen

(VNR 2760602015072190009)

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Untersuchungen sind vor einer Schilddrüsenoperation nicht regelhaft indiziert?
1) Sonographie des Halses
2) Kalziumbestimmung
3) Szintigraphie
4) Laryngoskopie zur Klärung der Stimmbandbeweglichkeit

2. Vorteile der minimalinvasiven und roboterassistierten Schilddrüsenoperationen mit extrazervikalem Zugang sind:
1) besseres kosmetisches Ergebnis
2) geringere Kosten
3) geringere Rate an Recurrensparesen
4) kürzere Operationszeiten

3. Bei einer 31-jährigen Frau findet sich ein im Szintigramm gut abgegrenztes autonomes Adenom im linken Schilddrüsenlappen ohne klinische Symptome. Sie lehnt eine Radiojodtherapie ab. Welches Vorgehen ist nun a.e. indiziert?
1) eine Knotenresektion mit einem Saum gesunden Schilddrüsengewebes
2) eine Thyreoidektomie
3) die Gabe von Thiamazol
4) die Gabe von L-Thyroxin

4. Eine sinnvolle operative Strategie zur Behandlung einer Struma multinodosa ist nicht
1) die totale Thyreoidektomie
2) die subtotale Thyreoidektomie beidseits
3) die einseitige Hemithyreoidektomie und subtotale Resektion der Gegenseite
4) die Resektion einzelner Knoten

5. Bei welcher Operationsindikation führt das intraoperative Neuromonitoring nachweislich zu einer Reduzierung der Recurrenspareserate?
1) Strumamultinodosa
2) Schilddrüsenkarzinom
3) Rezidivstruma
4) M. Basedow

6. Bei einer 70-jährigen Patientin wird eine euthyreote Knotenstruma diagnostiziert, die ein deutliches Globusgefühl verursacht. Eine Therapieoption ist:
1) eine Radiojodtherapie
2) eine Substitution von Schilddrüsenhormonen
3) einetotale Thyreoidektomie
4) eine Resektion einzelner prominenter-Knoten

7. Nach einer Schilddrüsenoperation ist nicht zwingend notwendig
1) eine Kalziumbestimmung
2) die laryngoskopische Kontrolle der Stimmbandbeweglichkeit
3) die Bestimmung der Schilddrüsenhormone nach 4–6 Wochen
4) die Substitution von Schilddrüsenhormonen

8. Bei einer 24-jährigen Frau findet sich szintigraphisch ein kalter Knoten mit einem Durchmesser von 2 cm im rechten Schilddrüsenlappen, der insgesamt normal groß ist. Der linke Schilddrüsenlappen ist unauffällig. Was ist in diesem Fall eine sinnvolle Therapie?
1) totale Thyreoidektomie
2) Hemithyreoidektomie rechts
3) Resektion des kalten Knotens mit einem Randsaum gesunden Schilddrüsengewebes
4) Verlaufskontrolle in einem Jahr

9. Welche Aussage zum intraoperativen Vorgehen bei Schilddrüsenoperationen trifft zu?
1) Eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung kann das Vorliegen eines Schilddrüsenkarzinom 100-prozentig ausschließen.
2) Mit-resezierte oder devaskularisierte Nebenschildrüsen sollten nicht autotransplantiert werden, wenn eine Nebenschilddrüse sicher identifiziert und regelrecht durchblutet in situ belassen wurde.
3) Ist nach Resektion eines Schilddrüsenlappens kein adäquates Signal mittels intraoperativem Neuromonitoring vom N. vagus der betroffenen Seite ableitbar, sollte die Gegenseite in dieser Sitzung nicht reseziert werden.
4) Eine intraoperative Schnellschnittuntersuchung sollte grundsätzlich bei Schilddrüsenoperationen angestrebt werden, weil Schilddrüsenkarzinome häufig auftreten.

10. Welche Aussage trifft zu?
1) Eine Schilddrüsenoperation kann bedenkenlos ambulant durchgeführt werden.
2) Jeder Eingriff an der Schilddrüse zieht eine zumindest passagere Substitution von Schilddrüsenhormonen nach sich.
3) Die Schilddrüsenwerte sollten am ersten postoperativen Tag nach einer Schilddrüsenoperation bestimmt werden, um gegebenenfalls eine Substitutionstherapie einzuleiten.
4) Das Serumkalzium sollte am ersten postoperativen Tag nach einer Schilddrüsenoperation bestimmt werden um ggf. eine Substitutionstherapie einzuleiten.

Ein neuer Lotse kommt an Bord

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

ab 1. Juli 2015 wird Kollege Dr. med. Alexander Marković seine Tätigkeit als neuer Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen beginnen.

Dr. med. Alexander Marković

Der derzeitige Ärztliche Geschäftsführer, Dr. med. Roland H. Kaiser, wird gemäß eigenem Wunsch im Rahmen einer einvernehmlichen Nachfolgeregelung zu diesem Zeitpunkt die laufenden Tagesgeschäfte an Alexander Marković übergeben, bleibt aber noch bis Mitte 2016 weiter an drei Tagen/Woche bei uns tätig. Roland Kaiser wird seinen Nachfolger bei der Einarbeitung beraten und unterstützen sowie verschiedene bereits laufende Projekte und Vorhaben weiterführen und abschließen.

Dr. med. Alexander Marković ist ab 1. Juli 2015 zu erreichen unter:
Fon: 069 97672-105
E-Mail: aegf@laekh.de

Marković (Jahrgang 1961) studierte in Tübingen Medizin und legte dort 1988 sein Staatsexamen ab. 1990 wurde ihm vom Regierungspräsidium Stuttgart die Approbation erteilt, und 1991 promovierte er an der Medizinischen Fakultät der Eberhard-Karls-Universität Tübingen. 1996 erhielt Dr. Marković durch die Bezirksärztekammer Südwürttemberg die Anerkennung als Facharzt für Transfusionsmedizin. 2006 erwarb er die Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement" bei der Bezirksärztekammer Koblenz, und 2011–2013 absolvierte er an der Universität Mainz ein Zusatzstudium „Master of Business Administration". Nach mehrjähriger Tätigkeit beim DRK-Blutspendedienst in Nordrhein-Westfalen leitete Dr. Marković 2003–2011 als Ärztlicher Geschäftsführer den DRK-Blutspendedienst Rheinland-Pfalz und Saarland in Bad Kreuznach. Seit 2012 war er Leiter des Medizinischen Dienstes bei der „Züricher Blutspendedienst SRK AG, Schweiz" mit Sitz in Zürich.

Die Vertretung des Ärztlichen Geschäftsführers bleibt unverändert in bewährten Händen bei Kollegin Nina Walter M.A. (Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie) und Dr. med. Viktor Karnosky (Leiter der Weiterbildungsabteilung). Wir wünschen unserem neuen Ärztlichen Geschäftsführer einen guten und erfolgreichen Start bei uns in Hessen.

Dr. med. Roland H. Kaiser

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Dr. med. Roland H. Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert:

Spendenaufruf zugunsten der Berufsschulen mit Klassen für MFA

Die Klassen für Medizinische Fachangestellte an den Berufsschulen wären dankbar, wenn ihnen gebrauchte medizinische Geräte gespendet würden. Siehe Link im Internet: www.laekh.de/aktuelles/index.html

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen in diesem Jahr Anfang September. Das jeweilige konkrete Einschulungsdatum siehe unter: http://www.laekh.de/upload/MFA_AH/Berufsschulen/Einschulungstermine_Berufsschulen.pdf

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!

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 08. Jul. 2015, 16:00 – 21:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
RAin M. Strömer, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 90 (Akademiemitgl. € 81)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD) **29 P**
Fr., 06. - So., 08. Nov. 2015
Leitung: M. Leimbeck, Braunfels
Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. €360)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Organspende

Kriseninterventionsseminar (Nur für Teilnehmer, die bereits den theoretischen Teil absolviert haben!)
Mi., 22. Jul. / Mi., 30. Sep. 2015
Leitung: Prof. Dr. med. M. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Marburg
Teilnahmegebühr: € 150 (Akademiemitgl. € 135)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 27. – So., 29. Nov. 2015 **24 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Block II: Fr., 22. – So., 24. Jan. 2016
Block III: Fr., 19. – So., 20. Feb. 2016
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

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

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzteverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Mi., 23. Sep. 2015, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**
Teil 1: Prävention
Teil 2: Metabolisches Syndrom
Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim
Dr. med. B. Fischer, Gießen
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Fr., 30. Okt. - So., 01. Nov. 2015
Sa.: 09:00 Uhr **Was der Radiologe und der Allgemeinmediziner voneinander wissen sollten**
Leitung: Prof. Dr. med. M. Düx, Frankfurt
Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Sa.: 14:00 Uhr **Ethische Fragen im medizinischen Alltag**
Leitung: Dr. phil. B. Wolf-Braun, Frankfurt
So.: 09:00 Uhr **Interdisziplinäre Behandlung von Tumorerkrankungen**
Leitung: PD Dr. med. Exner, Frankfurt
So.: 14:00 Uhr **Medizin, Migration und kulturelle Kompetenz: Perspektiven für Klinik und Praxis**
Leitung: PD Dr. med. Knipper, Gießen

Teilnahmegebühr:: je Veranstaltung € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Moderatorentraining

Fr., 06. – Sa., 07. Nov. 2015, 14:00 – 16:30 Uhr **20 P**
Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz
Teilnahmegebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ultraschall

Abdomen
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley
Abschlusskurs
Sa., 31. Okt. 2015 (Theorie) **29 P**
und 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.)
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Ort Praktikum: **Frankfurt,** Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Gefäße
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof
Abschlusskurs (periphere Gefäße) **20 P**
Fr., 27. – Sa., 28. Nov. 2015 (Theorie + Praktikum)
Teilnahmegebühr: € 320 (Akademiemitgl. € 288)
Ort Praktikum: **Frankfurt,** Krankenhaus Nordwest

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik **insg. 20 P**
Sa., 26. – So., 27. Sep. 2015
Praktikumstermine zur Auswahl:
Di., 29. oder Mi., 30. Sep. 2015
Ort Praktikum: **Frankfurt,** Krankenhaus Nordwest
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Sa., 10. Okt. 2015 **insg. 8 P**
Teilnahmegebühr: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)
Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)
Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitglieder € 45)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde
Sa., 28. Nov. 2015 **8 P**
Teilnahmegebühr: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 08. Jul. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Mi., 30. Sep. 2015, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 17. Okt. 2015**
Modul III: **Fr., 13. – Sa. 14. Nov. 2015**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Teilnahmegebühr: Modul II € 120 (Akademiemitgl. € 108)
Modul III € 240
(Akademiemitgl. € 216)
Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Hämotherapie

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz
Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie
Mo., 06. - Fr., 10. Jul. 2015
Ort: **Mainz,** Akademie
Teilnahmegebühr: € 800 (Akademiemitgl. € 720)
Auskunft/Anmeldung: A. von Loeben, Fon: 06131 2843816, E-Mail: vonloeben@arztkolleg.de

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Do., 12. – Fr., 13. Nov. 2015 **16 P**
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt, Darmstadt
Ort: **Darmstadt,** Marienhospital
Max. Teilnehmerzahl: 30
Teilnahmegebühr: je € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar (siehe Seite 429)

Fr., 09. Okt. – Sa., 10. Okt. 2015 +
Fr., 13. Nov. – Sa., 14. Nov. 2015 **insg. 32 P**
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 520 (Akademiemitgl. € 468)
Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Arbeitsmed. Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen Bedingungen

Fr., 06. - Sa. 07. Nov. 2015, 09:00 - 16:15 Uhr **16 P**
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Dr. med. R. Snethlage, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiemitgl. € 252)
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283, E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
Mi., 04. Nov. 2015, 15:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim,** Kerckhoff-REHA-Zentrum
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Qualifikation Tabakentwöhnung

Blended Learning Veranstaltung. **insg. 20 P**
Fr., 09. Okt. 2015
(1. Präsenzphase mit Einführung in die Telelernphase)
Sa., 10. Okt. - Mi., 04. Dez. 2015 (Telelernphase)
Sa., 05. Dez. 2015 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)
Teilnahmegebühr: € 200 (Akademiemitgl. € 180)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Übergewicht und seine Folgen chirurgisch heilen und plastisch-chirurgisch therapieren

Sa., 13. Nov. 2015
Leitung: PD Dr. med. U. Rieger, Frankfut
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

Mi., 14. Okt. 2015, 16:00 - 19:30 **4 P**
Leitung: Prof. Dr. med. F.-L. Welter, Fritzlar
Dr. jur. G. Offczors, Darmstadt
Teilnahmegebühr:: € 50 (Akademiemitgl. € 45)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Neues zu antibiotikaresistenten Erregern - Welche Handlungsmöglichkeiten bleiben?

Sa., 14. Nov. 2015, 14:00 - 18:00 Uhr
Leitung: PD. Dr. med. U. Heudorf, Gießen
Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei,
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Gem. Hess. Hygieneverordnung (HHygVO nach § 10 Abs. 2).
Mi., 04. - Do., 05. Nov. 2015 **16 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Teilnahmegebühr: 2 Tage € 240 (Akademiemitgl. € 216), 1 Tag € 140 (Akademiemitgl. € 126)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

(s. auch Artikel HÄBl 06/2015, S. 353)
Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontex von Blutgerinnungsstörungen
Zielgruppe: u. a. Internisten, Anästhesiologen, Labormediziner.
Fr., 04. Sep. 2015, 08:00 – 12:00 Uhr + **insg. 8 P**
Sa., 05. Sep. 2015, 13: 00 – 16:30 Uhr
(mit anschließender Wissenskontrolle in 2 Teilen)
Leitung: Prof. Dr. med. T. Haas, Würzburg
Prof. Dr. med. T. Grimm, Würzburg
Ort: **Frankfurt,** Universität, Campus Westend
Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60, außerhalb Hessen tätige Ärzte € 80)

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung
Sa., 31. Okt. 2015 **8 P**
Sa., 16. Apr. 2016
Leitung: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen
Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60, außerhalb Hessen tätige Ärzte € 80)

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für Kardiologen
Sa., 30. Apr. 2016
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. J. Ehrlich, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 70 (Akademiemitgl. € 60, außerhalb Hessen tätige Ärzte € 80)

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebunden genetischen Beratung
für zahlreiche Fachgebiete; bitte fragen Sie uns an!
Sa., 13. Feb. / Sa., 19. Mär. / Sa., 23. Apr. 2016
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

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

II. Weiterbildung
Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 10. – So., 12. Jul. 2015	**G7 – G9**
Fr., 18. – So., 20. Sep. 2015	**G10 – G12**
Fr., 13. – So., 15. Nov. 2015	**G13 – G15**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 19. – So., 20. Sep. 2015	**GP**
Sa., 12. – So., 13. Dez. 2015	**GP**

Leitung: H. Luxenburger, München
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de **oder** A. Bauß, DÄGfA,Fon: 089 71005-11, E-Mail: bauss@daegfa.de

Arbeits- und Betriebsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin bzw. der Zusatzbezeichnung Betriebsmedizin in sechs Kursblöcken.
Die Blöcke A2 und C2 werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.
Die arbeitsmedizinische Vorsorge „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen" ist in den Kursblock B2 integriert.

A2: Beginn der Telelernphase: **Fr., 21. Aug. 2015**
A2: Präsenzphase: **Sa., 19. – Fr., 25. Sep. 2015** **insg. 60 P**
B2: Sa., 31. Okt. – Sa., 07. Nov. 2015 **60 P**
C2: Beginn der Telelernphase: **Fr., 06. Nov. 2015**
C2: Präsenzphase: **Sa., 05. – Fr., 11. Dez. 2015** **insg. 60 P**
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Teilnahmegebühr: je Kurs: € 550 (Akademiemitgl. € 495)
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283, E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Do., 05. – So., 08. Nov. 2015
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen
Teilnahmegebühr ges.: € 480 (Akademiemitgl. € 432)
Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. € 135)
Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Block B: Fr., 06. – Sa., 07. Nov. 2015 **20 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling Kassel, Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Ort: **Kassel,** Klinikum

Block C: Fr., 04. – Sa., 05. Sep. 2015 **20 P**
Leitung: Dr. med. C. Drefahl, Frankfurt, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: pro Block € 260 (Akademiemitgl. € 234)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Akademie, Fon: 06032 782-227 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Kurs B: Fr., 25. – Sa., 26. Sep. 2015 (20 Std.) **20 P**
Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken
Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim
Teilnahmegebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Kurs C: Sa., 06. Feb. 2016 (10 Std.) **10 P**
Psychosom. Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – Verbale Interventionstechniken
Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg, Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Kurs A: Fr., 17. – Sa., 18. Jun. 2015 (20 Std.) **20 P**
Psychosomatische Grundversorgung – Theorie
Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Kelkheim
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: R. Heßler, Fon: 06032 782-203, E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 16. – Sa., 21. Nov. 2015 **insg. 63 P**
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Teilnahmegebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. € 486)
Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Krankenhaushygiene

Modul IV: Mo., 07. – Do., 10. Sep. 2015
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann,
Ort: **Gießen,** Universitätsklinikum

Modul: V: Di., 15. – Fr. 18. Sep. 2015
Leitung: PD Dr. med. habil. C. Brandt,
PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl,
Frankfurt

Modul VI: Mo., 05. – Do., 08. Okt. 2015
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr je Kurs € 560 (Akademiemitgl. € 504)

Modul I: Mo., 29. Feb., - Fr., 04. Mär. 2016
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Ort: **Gießen,** Universitätsklinikum

Modul II: Mo., 30. Mai - 02. Jun. 2016
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Modul III: Di., 12. - Fr., 15. Apr. 2016
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
PD Dr. med. habil. C. Brandt
Frankfurt
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum

Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 15. – Sa., 16. Jan. 2016
Ort: **Frankfurt,** Bürgerhospital

Kursteil 2: Fr., 29. – Sa., 30. Jan. 2016
Ort: **Frankfurt,** Bürgerhospital

Kursteil 3 /Wahlthema: Fr., 12. – Sa., 13. Feb. 2016
Ort: **Frankfurt,** Bürgerhospital

Kursteil 4: Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016
Ort: **Friedrichsdorf,** Salus Klinik

Leitung: D. Paul, Frankfurt
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

32. Frankfurter Intensivmed. Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe-Universität.
Mo., 21. – Fr., 25. Sep. 2015 **55 P**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga,
Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer,
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,
Frankfurt
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock
Teilnahmegebühr: je € 590 (Akademiemitgl. € 531)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke
Mi., 18. Nov. 2015, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen
Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen,
Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden: Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.
Fallseminar Modul III: Mo., 23. – Fr., 27. Nov. 2015 **40 P**
Leitung: Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden
Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)
Basiskurs: Di., 01. – Sa., 05. Dez. 2015 **40 P**
Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau
Teilnahmegebühr: € 600 (Akademiemitgl. € 540)
Aufbaukurs Modul I: Di., 15. – Sa., 19. Mär. 2016 **40 P**
Leitung: C. Riffel, Darmstadt
Dr. med. E. Lohmann, Friedberg
Teilnahmegebühr: auf Anfrage
Aufbaukurs Modul II: Mo., 27. Jun. – Fr., 01. Jul. 2016 **40 P**
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Max. Teilnehmerzahl: 24
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Sozialmedizin

GK II: Mi., 08. – Fr., 17. Jul. 2015 **80 P**
AK I: Mi., 07. – Fr., 16. Okt. 2015 **80 P**
Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

AK II: Mi., 03. – Fr., 12. Feb. 2016
GK I: Mi., 13. – Fr., 22. Apr. 2016
GK II: Mi., 06.– 15. Jul. 2016
AK I: Mi., 05. – 14. Okt. 2016
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

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 hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden.
Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.
21. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Termine 2015 bereits ausgebucht!
Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu erbringen ist.
Block I: **Di., 16., - Sa., 20. Feb. 2016**
Block II a: **Do., 21., - Sa., 23. Apr. 2016**
Projektarbeit/Heimarbeit: 24 Stunden
Block II b: **Mi., 22., - Sa., 25. Jun. 2016**
Block III a: **Mi., 21., - Sa., 24. Sep. 2016**
Telelernphase: **25. Sep., - 15. Nov. 2016**
Block III b: **Mi., 16., - Sa., 19. Nov. 2016**

Leitung: N. Walter, Frankfurt
Teilnahmegebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)
In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH.
Fr., 02. – Sa., 10. Okt. 2015
Leitung: PD Dr. med. C. Kill, Marburg
Ort: **Marburg,** Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Fon: 06421 950-220, E-Mail: info@bzmh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Eine verbindliche Anmeldung ist im Internet unter https://portal.laekh.de schnell und kostenfrei möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-220. Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen!

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.

Teilnahmegebühr (sofern nicht anders angegeben)**:** Gilt inkl. 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 Teilnahmegebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NÄPA)

Die Fortbildung zur/zum NÄPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels, der sich insbesondere in den ländlichen Regionen Hessens weiter verschärfen wird, können NÄPA wichtige Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention.
Die Carl-Oelemann-Schule bietet die Lehrgänge an verschiedenen Standorten in Hessen an. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Homepage (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.**
Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung.
Ihre Fragen beantworten wir gerne per E-Mail:
verwaltung.cos@laekh.de

Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

Qualitätsmanagement: DIN-EN ISO Normenänderung 9001:2008 auf 9001:2015 (PAT 10)
Inhalte: Was bedeutet die neue DIN ISO 9001:2015 für Arztpraxen, die ihr Qualitätsmanagementsystem nach den bisherigen Vorgaben der DIN ISO 9001:2008 ausgerichtet haben? In der Veranstaltung werden Änderungen vorgestellt und Arbeitsschritte zur Umstellung im internen Praxissystem erarbeitet.
Termin: Interessentenliste, 09:30 – 17:00 Uhr
Gebühr: € 95
Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 11)
Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird das Verhalten am Telefon trainiert. Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und des Praxisteams durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.
Termin: Sa., 14.11.2015, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 95
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Refresherkurs: GOÄ und UV-GOÄ (PAT 14)
Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die im Rahmen ihres Tätigkeitsgebietes in der Ablauforganisation berufsgenossenschaftlicher Abrechnung zukünftig mitwirken wollen. Weiterhin richtet sich dieses Angebot an die Teilnehmer/innen des Qualifizierungslehrgangs „Betriebsmedizinische Assistenz“ zur Erweiterung und Aktualisierung ihres Kenntnisstandes.
Termin: Sa., 26.09.2015, 10:00 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Aufbaufortbildung „Psychoonkologie“ (ONK_Z1)
Die Inhalte orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.
Termin: Do., 26.11.2015 bis Sa., 28.11.2015, 24 Stunden
Teilnahmegebühr: € 280
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (MED 1)
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: Sa., 17.10.2015, 08:30 – 17:00 Uhr
Teilnahmegebühr: 95 €
Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 154–184, Fax: –180

Herz und Lunge (MED 3)
Die Fortbildung wird anerkannt bei der Qualifizierung **„Nichtärztliche Praxisassistenz“.**
Inhalte: Neben der theoretischen Vermittlung der häufigsten Messverfahren erfolgen vielfältige praktische Übungen.
● Ruhe-EKG ● Langzeitmessung-EKG ● Langzeitblutdurckmessung ● Spirometrie ● Inhalationstherapie.
Termin: Interessentenliste, samstags, 10:00 – 17:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Injektionen/Infusionen (MED 5)
Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Es werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die Forderungen der TRBA 250 vermittelt.
Termin: Sa. , 31.10.2015 10:00 – 16:30 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Notfalltraining (MED 6)
Im Gruppentraining wird das gesamte Praxisteam rund um den Notfall geschult. Durch praxisorientiertes Training mit dem gesamten Notfallequipment werden Hemmschwellen abgebaut und Sicherheit für die Notfallversorgung geschaffen.
Termin: Sa., 10.10.2015, , 09:15 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Medizinproduktebücher und Bestandverzeichnisse in der Praxis (MED 9)
Mit dieser Veranstaltung soll Licht in das Dunkel des Medizinprodukterechts gebracht werden. Kurz und übersichtlich wird

sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis gegeben.
Termin: Fr., 09.10.2015, 12:00 –16:45 Uhr
Gebühr: € 70,00
Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax: -180

Impfungen (MED 10)
Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplikationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen
Termin: Sa., 26.09.2015, 09:30 – 16:45 Uhr
Teilnahmegebühr: € 95
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Wundmanagement Aufbaufortbildung (MED 16)
Inhalte: In der Aufbaufortbildung werden die Entstehung und Behandlung von Dekubitus anhand konkreter Fallbeispiele behandelt sowie die Kompressionstherapie, Auswahl und Umgang mit Produkten der modernen Wundversorgung vermittelt. In vielen praktischen Übungen können die Inhalte geübt werden. Die Fortbildung setzt den Kenntnisstand der Teilnehmer/innen aus der Fortbildung „Wundmanagement" voraus.
Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 6 Stunden), **Gebühr:** € 95
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Onkologie

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. Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren siehe im Fortbildungsprogramm und auf der Homepage. Infoflyer können angefordert werden.
Beginn: ab Fr., 11.09.2015
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Kardiologie (KAR 2)

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei ambulanten nichtinvasiven sowie invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Weitere Themen sind: Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen im Fortbildungsprogramm und auf der Homepage.
Termin: ab 04.09.2015
Gebühr: € 1.180 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Erwerb der Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin für OP-Personal (STR_OP)

Inhalte: Vermittelt werden die in der Röntgenverordnung geforderten Kenntnisse im Strahlenschutz. Die Fortbildung umfasst 20 Stunden und ist für Personen geeignet, die unter Aufsicht und Verantwortung des fachkundigen Arztes, im Rahmen einer Operation oder Intervention, die Röntgeneinrichtung bedienen.
Termin: Interessentenliste, 20 Stunden
Gebühr: € 315 inkl. Lernerfolgskontrolle
Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 3)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:
● Betriebswirtschaftliche Praxisführung ● Patientenbetreuung und Teamführung ● Risikopatienten und Notfallmanagement ● Einsatz von Kommunikationstechnologien ● Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz ● Qualitätsmanagement ● Durchführung der Ausbildung ● Lern- und Arbeitsmethodik
Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden unter anderem Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Im Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule (kann angefordert werden) sind u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de.
Termin: ab 17.09.2015
Gebühr Pflichtteil: € 1.520
Prüfungsgebühren: € 200
Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.
Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Allgemeine Hinweise

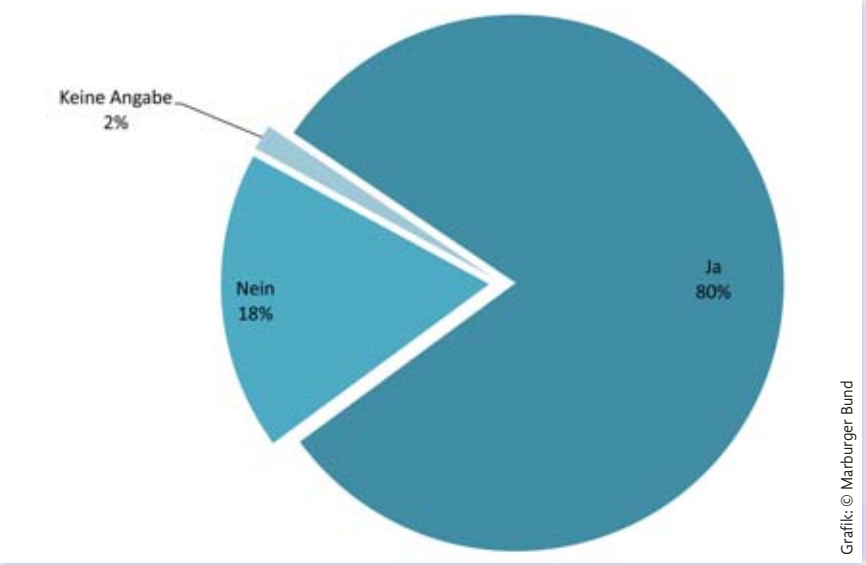
Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-0 | Fax: 06032 782-180 | Website: www.carl-oelemann-schule.de
Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben)**:**
Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5
Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:
Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule,
Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-140, Fax: 06032 782-320,
E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

„Es darf nicht sein, dass Ärztinnen und Ärzte durch ihre Arbeit krank werden“

Interview mit Dr. med. Susanne Johna zur Umfrage des Marburger Bundes Hessen an hessischen Universitätskliniken

Kann Arbeit krank machen? Die Antwort lautet Ja. Nach einer Umfrage des Marburger Bundes Hessen im Februar 2015 fühlen sich Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Von den rund 2500 Ärztinnen und Ärzten, die an hessischen Uni-Kliniken arbeiten, haben 262 an der Umfrage teilgenommen[1] (Frankfurt und Gießen-Marburg). Ihre Antworten machen die hohe Arbeitsbelastung deutlich, die sich auch negativ auf die „Work-Life-Balance“ auswirkt. 80 Prozent gaben an, an Schlafstörungen und häufiger Müdigkeit zu leiden. Außerdem kommen nach Angaben der Befragten Forschung und Lehre an den hessischen Unikliniken zu kurz.

„Es muss sich dringend etwas ändern“, sagt Dr. med. Susanne Johna, Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen, im Interview.



Grafik zur Frage „Haben Sie das Gefühl, dass die Gestaltung der Arbeitszeiten in ihrem Krankenhaus Sie in ihrer Gesundheit beeinträchtigen, z.B. in Form von Schlafstörungen oder häufiger Müdigkeit?“

Waren Sie über die Ergebnisse der Umfrage erstaunt?

Dr. med. Susanne Johna: Nein, die Ergebnisse haben mich leider nicht überrascht. Wir hatten Vorbefragungen unter den Mitgliedern des Marburger Bundes gemacht und dabei ähnliche Resultate erzielt.

Was sind für Sie die wichtigsten Aussagen der Umfrage?

Johna: Erstens die Tatsache, dass 80 Prozent der Befragten angegeben haben, sie fühlten sich durch die Gestaltung der Arbeitszeiten in ihrem Krankenhaus in ihrer Gesundheit beeinträchtigt. Dies ist alarmierend, aber angesichts der hohen Arbeitsbelastung auch nicht verwunderlich.

Ein Drittel der Krankenhausärztinnen und Ärzte, die an unserer Umfrage teilgenommen haben, arbeiten nach eigenen Angaben inklusive Bereitschaftsdiensten mehr als 60 Stunden in der Woche. Wenn der überwiegende Teil der Befragten das Gefühl hat, dadurch in der eigenen Leistungsfähigkeit eingeschränkt zu sein, braucht man keine weitere Ursachenforschung zu betreiben. Die Gründe liegen klar auf der Hand.

Zweitens: Für Forschung und Lehre gibt es an den Universitätskliniken zu wenig Zeit und Raum. Das ist ein gravierendes Ergebnis. 85 Prozent derjenigen, die die Frage zur Forschung beantworten, erklären, dass ihnen die Arbeitszeitorganisation nicht genügend Zeit und Raum für die Forschung lässt. Nur 18 Prozent können Forschung und Lehre im Rahmen der Dienstzeit erledigen. Überstunden werden in den meisten Fällen (79 Prozent) nicht ausgeglichen. Skandalös. Wir brauchen die unabhängige Forschung an Universitätskliniken und dürfen uns nicht nur auf Pharmafirmen verlassen.

Wir würden uns wünschen, dass die Unikliniken gemeinsam mit uns Lösungen für eine Reduktion der Belastung durch Bürokratie suchen. Nur 18 Prozent derer, die auf die Frage nach dem täglichen Aufwand für Verwaltungstätigkeiten antworten, geben weniger als eine Stunde an.

Wie erklärt sich die hohe Arbeitsbelastung, die im Widerspruch zum Arbeitszeitgesetz steht?

Johna: Die Umfrage zeigt, dass mehr als 40 Prozent der teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte zusätzlich zur „regulären“ Arbeitszeit fünf bis zehn Bereitschaftsdienste im Monat leistet. Aufschlussreich sind die Angaben zur Opt-out-Regelung zur Verlängerung der persönlichen Arbeitszeit. Immerhin 64 Prozent der Befragten haben eine solche Regelung unterzeichnet. Von den 33 Prozent, die mit „Nein“ geantwortet haben, arbeiten dennoch 12 Prozent mehr als 48 Stunden in der Woche. Das bedeutet im Klartext: Hier wird gegen gesetzliche Regelungen verstoßen.

[1] Nicht alle Teilnehmer haben auf jede Frage geantwortet, so dass die Grundgesamtheit, auf die sich die jeweiligen Prozentangaben beziehen, differiert.

Die Zahl der Überstunden ist beachtlich: 56 Prozent leisten 11 bis 30 Überstunden im Monat. Diese werden bei 24 Prozent gar nicht und bei 40 Prozent der Befragten nur teilweise erfasst.

Lassen sich aus der Befragung Rückschlüsse auf die Zufriedenheit bzw. Unzufriedenheit der Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken ziehen?
Johna: Ja, durchaus. So sind 148 von 247 Ärztinnen und Ärzten, die auf die entsprechende Frage geantwortet haben, mit den Möglichkeiten der Vereinbarkeit von Familie und Beruf unzufrieden bzw. sehr unzufrieden. Nur 36 erklären, dass sie die Arbeit unter qualitativ guten Bedingungen für die Patientenversorgung erbringen können. Auch geben viele – 133 Ärztinnen und Ärzte – an, dass sie unzufrieden bzw. sehr unzufrieden mit der Wertschätzung ihrer Arbeit sind.

Gibt es auch positive Erkenntnisse?
Johna: Die Informationen zum Umfang der Beschäftigungsverhältnisse sind bemerkenswert. Von den Befragten arbeiten 81 Prozent Vollzeit und 16 Prozent Teilzeit. Dabei bieten die Universitätskliniken ein sehr breites Spektrum an Teilzeitmöglichkeiten an. Die Möglichkeiten variieren zwischen 20 und 40 Wochenstunden. Eine positive Entwicklung, gerade für Ärztinnen und Ärzte in der Familienphase.
Auf den ersten Blick positiv ist auch der Umstand, dass 96 Prozent der Befragten angegeben haben, in ihrer Abteilung würden keine externen Honorarärzte eingesetzt. Auf den zweiten Blick heißt das jedoch, dass die hohe Arbeitsbelastung allein von den angestellten Krankenhausärztinnen und -ärzten erbracht werden muss.

Foto: Vera Friederich

Dr. med. Susanne Johna ist Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen

Was muss geschehen, damit sich die Arbeitsbedingungen ändern?
Johna: Am Anfang steht die Frage: Stimmt die personelle Besetzung in den Kliniken? In der Umfrage haben 62 Prozent der Ärztinnen und Ärzte angegeben, dass es in ihrer Abteilung unbesetzte Stellen gebe. Es liegt auf der Hand, dass die Arbeit sich auf die verfügbaren Ärzte verteilt. Wir brauchen eine exakte elektronische Zeiterfassung in den Kliniken, um zu verhindern, dass gegen das Arbeitszeitgesetz verstoßen wird. Dies kann auch bedeuten, dass ein Mitarbeiter in Freizeit verplant werden muss, wenn sich herausstellt, dass seine Arbeitszeiten überschritten werden. Es darf nicht sein, dass Ärztinnen und Ärzte durch ihre Arbeit krank werden. Daher ist es wichtig, dass sich die Arbeitsorganisation in den Universitätskliniken im Sinne der Mitarbeiter und zum Wohl der Patienten ändert.

Interview: Katja Möhrle

Die Umfrage des Marburger Bundes Hessen ist im Internet abrufbar unter www.mbhessen.de/tl_files/mbhessen/downloads/pdf/Umfrageergebnis_Unikliniken.pdf

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim

Unter der Leitung von Dr. med. Ulrich Klinsing bietet die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung das Basisseminar Reisemedizinische Grundversorgung gemäß dem Curriculum der Bundesärztekammer an (siehe auch S. 421). Zielgruppe dieses Kurses sind Ärzte/innen, die sich in Praxen, Institutionen, Ämtern oder Betrieben mit der Beratung und medizinischen Vorbereitung von Reisenden befassen. Für Ärzte/innen, die schwerpunktmäßig Reisemedizin betreiben wollen, bietet der Kurs eine Grundlage für weiterführende Spezialisierung. Arbeits- und Betriebsmedizinern bietet der Kurs einen wesentlichen Teil des reisemedizinischen Wissens, die der Verordnungsgeber nach der ArbMedVV fordert.
Das Basisseminar findet statt vom
Fr., 9.10. – Sa., 10.10.2015 und
Fr., 13.11. – Sa., 14.11.2015
Es beinhaltet 32 Unterrichtseinheiten und ist mit 32 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Eine verbindliche Anmeldung ist über das Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen unter **https://portal.laekh.de** jederzeit schnell und kostenfrei möglich. Persönlich können Sie sich telefonisch oder per E-mail an Renate Heßler wenden, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen, Carl-Oelmann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782–203, Fax: 069 97672–67203,
E-Mail: renate.hessler@laekh.de.

Foto: Westend61 – Fotolia.com

Schwerpunktcurriculum „Primärversorgung“ der Philipps Universität Marburg

Studierende frühzeitig für die hausärztliche Tätigkeit begeistern

Mit der Betreuung von Studierenden hat Dr. med. Amir Baalbaki Erfahrung. Der in Lohra, einer kleinen Gemeinde im Landkreis Marburg-Biedenkopf, niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin ist mit seiner hausärztlichen Praxis bereits seit mehreren Jahren als akademische Lehrpraxis der Philipps Universität Marburg an der studentischen Ausbildung beteiligt. Im Rahmen des dreiwöchigen Blockpraktikums Allgemeinmedizin hat er regelmäßig Studierende aus dem dritten klinischen Semester in seiner Praxis, die er gemeinsam mit seinem Bruder Dr. med. Rassan Baalbaki führt. „Am Anfang sind die Studenten meist etwas skeptisch, aber innerhalb von zwei bis drei Tagen tauen die meisten auf und sind dann am Ende meist ganz begeistert“, erzählt Amir Baalbaki. Trotz dieser überwiegend positiven Reaktionen habe er die Erfahrung gemacht, dass Studierende im dritten klinischen Semester bereits relativ entschieden seien und konkrete Vorstellungen darüber haben, wie es für sie weitergeht. Die hausärztliche Tätigkeit stehe dabei meist nicht an erster Stelle. „Der Entscheidungsprozess ist eigentlich früher“, schlussfolgert Amir Baalbaki. Das war für ihn der Grund, beim Schwerpunktcurriculum „Primärversorgung“ der Universität Marburg mitzumachen.

Bundesweit einmaliges Modellprojekt

Von Anfang an Kontakt zu Patienten haben und bei einem erfahrenen Arzt in einer Praxis in hausärztlich unterversorgten Gemeinden mitarbeiten – diesen Ansatz verfolgt das Schwerpunktcurriculum „Primärversorgung“, das von PD Dr. med. Stefan Bösner, wissenschaftlicher Mitarbeiter der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin des Fachbereichs Medizin an der Universität Marburg, geleitet wird. Das bundesweit einmalige Modellprojekt kooperiert zu diesem Zweck aktuell mit über 30 Hausarztpraxen in Nord- und Mittelhessen. Die Begeisterung für den Arztberuf auf dem Land wecken, steht dabei im Mittelpunkt. Pro Jahr werden zwölf Studierende in das Projekt aufgenommen, jeder/jedem wird ein ärztlicher Mentor zugeteilt.

Auf diese Weise kam Mareike Künkler, Studentin im dritten vorklinischen Semester, in die Praxis von Baalbaki. Regelmäßig ist sie bei Gesprächen, Untersuchungen oder Hausbesuchen mit dabei und darf dabei mit ansehen, anfassen, anhören und nachfragen, sofern die Patienten damit einverstanden sind, erzählt Künkler. Die weitaus überwiegende Mehrheit der Patienten stehe dem sehr aufgeschlossen gegenüber, bestätigt Baalbaki. Nur in den wenigsten Fällen werde das Gespräch unter vier Augen mit dem Arzt gewünscht. Was die Studierenden machen dürfen, hänge von jedem einzelnen und seinen Fähigkeiten ab: angefangen von Beobachtung und Teilnahme an Untersuchungen, über Blutdruckmessungen und Abhören bis hin zur selbstständigen Anamneseerhebung.

Foto: Maren Grikscheit

Dr. med. Amir Baalbaki in seiner Praxis

Neben dem Längsschnittpraktikum beinhaltet das Curriculum sechs begleitende Wochenendseminare zu verschiedenen Themen wie Kommunikation, evidenzbasierter Medizin, Spezifika der Arzt-Patienten-Beziehung und Umgang mit chronisch Kranken. Darüber hinaus werden die Wahlpflichtfächer „Allgemeinmedizinische Fälle für Vorkliniker“ sowie „Global Health“ und „Differenzialdiagnose in der Allgemeinmedizin“ aus dem klinischen Studienabschnitt integriert. Die Begeisterung für das Schwerpunktcurriculum unter den teilnehmenden Studierenden ist groß; bisher sind noch alle 32 Studierenden dabei, nur ein Teilnehmer ist wegen des Wechsels an eine andere Universität ausgeschieden. Zur Bewerbung aufgefordert werden Studierende schon im ersten vorklinischen Semester. Entscheidend ist vor allem die Motivation des Studierenden.

Praxisbezug von Anfang an

„Ich bin zwar erst am Beginn des Studiums und mir daher durchaus bewusst, dass es noch viele Fachbereiche und Nischen für ärztliche Tätigkeiten gibt, die ich erst mit der Zeit entdecken werde. Aber angefangen mit dem Studium habe ich mit dem ausdrücklichen Interesse am Allgemeinen“, erklärt Künkler ihre Beweggründe, sich für das Curriculum zu bewerben. Sie ist nun bereits seit über einem Jahr dabei und empfindet es als große Stütze: „Es hilft mir, am Ball zu bleiben und den Kontext nicht aus den Augen zu verlieren. Man beginnt ja dieses Studium nicht aus dem Bedürfnis, eine riesige Zahl an Formeln, lateinischen Begriffen und Stoffwechselwegen auswendig zu lernen. Und trotzdem tue ich genau das fast ausschließlich seit Beginn des Studiums. Es ermutigt mich, davon ab und zu Abstand zu gewinnen und das in den Blick zu nehmen, wofür ich diese Auswendiglernerei überhaupt mache.“ Insbesondere die ersten zwei Studienjahre seien für viele Studierende eine Herausforderung, weil die praktischen Bezüge fehlten und so häufig die Frage aufkomme, was man da eigentlich mache, erzählt Baalbaki und verrät, dass dies auch bei ihm nicht anders war.

Maren Grikscheit

Bücher

Heike Haarhoff (Hrsg.): Organversagen – Die Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland

Referenz-Verlag Frankfurt/Main 2014,
320 Seiten,
Englische Broschur, 24,90 EUR
ISBN: 9783943441161

Der im Jahr 2012 aufgedeckte Transplantationsskandal durch Manipulationen der Wartelisten für eine Leber-TX an vier deutschen TX-Zentren hat zu einer breiten öffentlichen Diskussion, besonders in den Medien, zur Verunsicherung der Bevölkerung und potentieller Organspender und zu einem Vertrauensverlust in die TX-Medizin geführt.

In der Monographie „Organversagen“ wird in zehn Einzelbeiträgen die „Krise der Transplantationsmedizin in Deutschland“ aus psychologischer, juristischer, philosophisch-ethischer, gesundheitsökonomischer und gesellschaftspolitischer Sicht kritisch diskutiert. Zwei medizinisch-klinische Beiträge behandeln das Nierenversagen und die ambulante prä- und postoperative Betreuung lebertransplantierter Patienten. Leider fehlt ein Beitrag eines aktiven Transplantationsmediziners, vor allem eines Chirurgen, der die medizinische Wirklichkeit und die oft schwierige akute ärztliche Entscheidungssituation aus eigner Kenntnis und Erfahrung schildern könnte. Eine besondere Problematik bei der in der Kritik stehenden Leber-TX bildet die Berücksichtigung des sog. MELD- Score (Model for Endstage Liver Disease). In fast allen Beiträgen werden Vorwürfe gegen das medizinische Management, namentlich gegen die Bundesärztekammer und deren Kommissionen, und gegen die Politik bzw. den Gesetzgeber erhoben, die so nicht gerechtfertigt sind und zum Teil in der Wortwahl polemisch anmuten wie zum Beispiel die „Altherrensauna“ der Herausgeberin der Monographie oder auch einige juristische Kommentare. Aus psychologischer Sicht wird der Mythos „Transplantation“ mit seinen positiven und negativen Aspekten dargestellt, unterschwellig negativ bezüglich des ärztlichen und wissenschaftlichen Engagements und äußerer Interessen, zum Beispiel der Pharmaindustrie und des Krankenhausmanagements. Die juristischen Beiträge betrachten kritisch die Entwicklung der gültigen Gesetzeslage. Trotz einiger bedenkenswerter Überlegungen fehlt hier das Verständnis für die medizinische Realität. Problematisch ist die besondere Betonung der Dringlichkeit einer TX gegenüber der Erfolgsaussicht im deutschen Transplantationsgesetz (TPG), die im internationalen Vergleich zwangsläufig zu schlechteren Ergebnissen führt. Die eingebrachten Lösungsvorschläge mit Ausschaltung der individuellen ärztlichen Entscheidung erscheinen nicht umsetzbar. Die vorgelegten Daten und deren Interpretation in den einzelnen Beiträgen sind adäquat. Zu Recht wird das Fehlen eines TX-Registers bemängelt. Die besonderen Gesichtspunkte der evidenzbasierten Medizin werden korrekt dargestellt.

Die Monografie ergibt aus ärztlich-medizinischer Sicht keine neuen Gesichtspunkte, zeigt aber auf, dass der Dialog mit der Gesellschaft intensiviert werden muss.

Prof. Dr. med. Albrecht Encke
ehemaliger Direktor der Klinik für Allgemein- und Gefäßchirurgie der Goethe-Universität Frankfurt/Main

Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Medicolegale Aspekte bei der Behandlung von Kindern

Die Behandlung von Kindern stellt nicht nur an die verantwortlichen Ärzte besondere Anforderungen; auch die maßgeblichen Rechtsrahmenbedingungen, unter denen die ärztliche Behandlung von Kindern erfolgt, muss seit jeher spezifische Besonderheiten beachten. Besonders augenfällig wird dies aus medizinischer Sicht im Zusammenhang mit dem Einsatz von Arzneimitteln bei der Behandlung von Kindern. Nur ganz wenige Arzneimittel sind für den Einsatz bei Kindern mit der zu fordernden Evidenz erforscht; vielmehr beruhen die Erkenntnisse über den Einsatz und die Wirkungsweise von Arzneimitteln im Wesentlichen auf Forschungsergebnissen beim Einsatz an Erwachsenen. Viele Kinder können im Rahmen der notwendigen Behandlung ein eigenes Selbstbestimmungsrecht, was mit ihnen und ihrer Krankenversorgung geschehen soll, nicht geltend machen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass Kinder ein solches Selbstbestimmungsrecht von vornherein nicht hätten. Das Gegenteil ist der Fall.

Rechtliche Grundlagen

Jeder ärztliche, auch der auf Heilung und Linderung gerichtete Eingriff in die Körperintegrität des Patienten stellt tatbestandlich eine Körperverletzung dar. Diese bereits durch das Reichsgericht Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte Rechtsdogmatik wurde zuletzt auch in den am 26.2.2013 in Kraft getretenen Änderungen des Patientenrechtegesetzes vom Gesetzgeber bestätigt. Nur die auf Basis einer umfassenden Aufklärung abgegebene wirksame Einwilligung des Patienten kann den ärztlichen Eingriff rechtfertigen und damit legalisieren. Die Pflicht zur Einholung der Einwilligung des Patienten und zur Aufklärung ist in §§ 630d und 630e des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) ausdrücklich normiert.

Zentrale Frage ist daher, wer diese rechtfertigende Einwilligung bei der Behandlung Minderjähriger erteilen muss. Neben den vorstehenden allgemeinen, auch in der Rechtsprechung über Jahrzehnte hinweg entwickelten Grundaussagen zur Einwilligung und Aufklärung könnte man insoweit eine klarstellende gesetzliche Regelung erwarten. Doch das Patientenrechtegesetz schweigt dazu, wenn es um die Frage der Einwilligungserklärung bei der Behandlung von Minderjährigen geht. Lediglich in der Gesetzesbegründung ist der Hinweis enthalten, es müsse im Einzelfall entschieden werden, „ob seine Eltern als gesetzliche Vertreter, gegebenenfalls der Minderjährige allein oder auch der Minderjährige und seine Eltern gemeinsam einwilligen müssen". Genaue Kriterien oder Fallgruppen, wann etwa eine Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen anzunehmen ist, und wie dies zu dokumentieren ist, wird im Patientenrechtegesetz nicht festgehalten. Damit verschließt sich der Gesetzgeber der Möglichkeit, in diesem Zusammenhang für eine allseitig erwünschte Rechtssicherheit zu sorgen.

Das Selbstbestimmungsrecht des Minderjährigen

Es besteht kein Zweifel darüber, dass das grundrechtlich verbürgte medizinische Selbstbestimmungsrecht einem Kranken oder Gebrechlichem in gleicher Weise zusteht wie einem Gesunden. Auch Minderjährige sind Träger dieses Selbstbestimmungsrechtes. Das Bundesverfassungsgericht hat in seinem Beschluss vom 21.12.1977 ausgeführt, dass der Minderjährige mit zunehmendem Alter in immer stärkerem Maße eine eigene durch Artikel 2 Abs. 1 in Verbindung mit Artikel 1 Abs. 1 des Grundgesetzes geschützte Persönlichkeit ist. Hiervon zu trennen ist jedoch die Fähigkeit des Minderjährigen, sein ihm grundsätzlich zustehendes Recht auf Ausübung der Selbstbestimmung zu realisieren (Grundrechtsmündigkeit). Üblicherweise werden Entscheidungen des Minderjährigen stellvertretend durch seine Eltern abgegeben. Die Eltern sind nach § 1627 BGB auch in Fragen der Krankenversorgung des Kindes sorge- und damit vertretungsberechtigt. Dieses Elternrecht reduziert sich mit zunehmender Selbstbestimmungsfähigkeit des Kindes bis zur gänzlichen Aufhebung mit Erreichen der Volljährigkeit. Sofern eine partielle Mündigkeit des Minderjährigen in bestimmten Bereichen oder in bestimmten Entscheidungsfragen bejaht wird, wird das elterliche Sorgerecht gegenstandslos. Eine Parallelität zwischen der Ausübung des elterlichen Sorgerechtes einerseits und der Grundrechtsmündigkeit des Minderjährigen andererseits existiert nicht. Insoweit wird das elterliche Sorgerecht durch das Vorliegen des eigenen Selbstbestimmungsrechtes des Kindes vollständig aufgehoben.

Die Bestimmung der Einwilligungsfähigkeit

Zur Festlegung der Einwilligungsfähigkeit Minderjähriger werden auch in Deutschland immer wieder starre und gesetzlich nor-

mierte Altersgrenzen gefordert. Insbesondere die Ärzteschaft weist daraufhin, dass es den behandelnden Ärzten nicht zuzumuten sei, in jedem Einzelfall die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen zu beurteilen. Auch im Patientenrechtegesetz hat es hierzu keine Klarstellungen gegeben. Interessant sind in diesem Zusammenhang allerdings die gesetzlichen Bemühungen des österreichischen Gesetzgebers, der mit Wirkung zum 1.1.2013 das Bundesgesetz über die Durchführung von ästhetischen Behandlungen und Operationen in Kraft gesetzt hat. Hiernach sind jedenfalls für den Bereich der reinen ästhetischen Behandlungen und Operationen solcher Eingriffe bei Minderjährigen, die das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, generell unzulässig. Der deutsche Gesetzgeber hat sich zu solchen starren Altersgrenzen bisher auch in Teilbereichen nicht entschließen können.

Bemerkenswert sind aber die vom deutschen Gesetzgeber in anderem Zusammenhang bereits eingeführten gesetzlichen Altersgrenzen. So liegt die Grenze für die Einwilligung in eine Adoption oder die Grenze für die Verfahrensfähigkeit nach dem Familienverfahrensgesetz bei 14 Jahren. Die 16-Jahresgrenze hat der Gesetzgeber in Bezug auf das Vereidigungsverbot der Zivilprozessordnung, der Eheschließung, der Testierfähigkeit oder auch der Organspende vorgesehen. Nach den Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Ernährungsmedizin und der Deutschen Gesellschaft für Geriatrie zur enteralen und parenteralen Ernährung wird eine Altersgrenze von 14 Jahren für die Einwilligungsfähigkeit empfohlen. Für entsprechende Maßnahmen bei 14- bis 17-Jährigen wird eine Einzelfallprüfung vorgeschlagen.

Starre Altersgrenzen sind letztlich für die Einzelfallbeurteilung ungeeignet. Das Alter des Minderjährigen allein kann nicht darüber entscheiden, ob eine Einwilligungs- und Einsichtsfähigkeit im konkreten Fall vorliegt oder nicht. Insoweit ist regelmäßig eine Einzelfallentscheidung über die individuelle Reife des Minderjährigen in der konkreten Situation zu treffen. Eine gewisse Richtung gibt § 40 Abs. 4 Nr. 3 des Arzneimittelgesetzes vor, wo es heißt:

„Ist der Minderjährige in der Lage, Wesen, Bedeutung und Tragweite der klinischen Prüfung zu erkennen und seinen Willen hiernach auszurichten, so ist auch seine Einwilligung erforderlich. Eine Gelegenheit zu einem Beratungsgespräch nach Absatz 2 Satz 2 ist neben dem gesetzlichen Vertreter auch dem Minderjährigen zu eröffnen."

Die Deutsche Gesellschaft für Medizinrecht (DGMR) e.V. hat bei der ärztlichen Behandlung von Kindern als Entscheidungskriterien insbesondere auch die Schwere der Erkrankung und die Fähigkeit des Kindes, dem Aufklärungsgespräch zu folgen, Fragen zu stellen, das Für und Wider abzuwägen sowie die besondere eigene Situation zu erfassen und sich dazu zu äußern, hervorgehoben. Insoweit können Altersgrenzen nur als Faustregel oder Richtschnur gelten:

Bei unter 14-jährigen Minderjährigen ist in der Regel keine Einwilligungsfähigkeit anzunehmen, bei denjenigen Jugendlichen, die kurz vor Vollendung des 18. Lebensjahres stehen, ist in der Regel von einer Einwilligungsfähigkeit auszugehen. Aber auch Art, Umfang und Gefährlichkeit des geplanten ärztlichen Eingriffes sind Abwägungskriterien. So wird man auch zwischen Routinemaßnahmen, wie Blutentnahmen, einerseits und lebensbedrohlichen Eingriffen, wie zum Beispiel die Durchführung einer Tonsillektomie, anderseits unterscheiden müssen. Auch die jeweilige individuelle psychische Konstitution des Minderjährigen, sein Bildungsgrad, seine Herkunft, die bestimmenden kulturellen Traditionen und auch die eigene Krankheitserfahrung des Minderjährigen werden als Entscheidungskriterium für die Ermittlung der Einwilligungsfähigkeit heranzuziehen sein.

Unbestritten ist bei alldem, dass der verantwortliche behandelnde Arzt eine Entscheidung im Einzelfall anhand der dargestellten Kriterien treffen muss und diese Entscheidung unter Heranziehung der von ihm für wesentlich erachteten Kriterien in den Krankenunterlagen dokumentieren muss. Er darf die Entscheidung über die mögliche Einwilligungs- und Einsichtsfähigkeit nicht etwa den Eltern des Kindes überlassen oder sich z.B. mit dem Umstand abfinden, dass die Eltern bei einem notwendigen operativen Eingriff bei ihrer 17 jährigen Tochter die Minderjährige nicht zum Aufklärungsgespräch mit hinzuziehen. In diesen Fällen muss sich der behandelnde Arzt selbst einen eigenen Eindruck von der Entwicklung und Reife der minderjährigen Patientin machen, im Zweifel auch gegen den Willen der Eltern.

Folgen der Einwilligungsfähigkeit

Bei Vorliegen einer Einsichtsfähigkeit kann und muss der Minderjährige selbst in die Behandlung einwilligen – ein „bisschen" Einwilligungsfähigkeit gibt es nicht. Die Aufklärung richtet sich in diesem Fall allein an den Minderjährigen selbst, denn nur derjenige, dem Risiken bekannt sind, kann selbstbestimmt entscheiden, ob er in den Eingriff einwilligt oder nicht. Es besteht daher keine Verpflichtung oder Berechtigung des behandelnden Arztes, die Eltern oder Dritte in das Behandlungsgeschehen einzubinden, wenn zuvor die Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen positiv festgestellt worden ist. In diesen Fällen ist von besonderer Bedeutung, dass die behandelnden Ärzte bei einwilligungsfähigen Minderjähren – wie jedem anderen volljährigen Patienten auch – die ärztliche Schweigepflicht zu beachten haben. Markantes Beispiel für die wesentliche Bedeutung der ärztlichen Schweigepflicht in diesen Situationen ist die Verschreibung von Kontrazeptiva an jugendliche Mädchen, die kurz vor Vollendung des 18. Lebensjahres stehen und selbst nicht wünschen, dass die Eltern über die Einnahme der Kontrazeptiva vom Arzt informiert werden.

Liegt eine Einwilligungsfähigkeit des Minderjährigen vor, haben die sorgeberechtigten Eltern auch kein Vetorecht gegen die im einwilligungsfähigen Zustand getroffene Entscheidung des Minderjährigen. Das elterliche Sorgerecht gewährleistet allerdings einen Informationsanspruch der Eltern über den ärztlichen Eingriff; insoweit können Eltern beratend auf den Minderjährigen einwirken. Anzustreben ist daher eine gemeinsame Entscheidung des Minderjährigen und der Eltern unter Mitwirkung des behandelnden Arztes; möchte der einwilligungsfähige Minderjährige eine Beteiligung und Mitwirkung der Eltern aber nicht, hat diese zu unterbleiben.

Folgen fehlender Einwilligungsfähigkeit

Stellt sich nach individueller Beurteilung durch den behandelnden Arzt heraus, dass der Minderjährige im Hinblick auf den beabsichtigten Eingriff einwilligungsunfähig ist, verbleibt es bei der

Ausübung des elterlichen Sorgerechtes. Grundsätzlich haben dabei beide Elternteile die Einwilligung in bevorstehende Eingriffe vorzunehmen. Allerdings darf der behandelnde Arzt bei kleinen und weniger Risiko behafteten Eingriffen darauf vertrauen, dass bei Erscheinen nur eines Elternteils und dessen Zustimmung zum bevorstehenden Eingriff auch der andere nicht erschienene Elternteil dem Eingriff zustimmt. Bei Kenntnis über ein Getrenntleben der Eltern und ein alleiniges Sorgerecht hat der behandelnde Arzt auch diese Umstände zu berücksichtigen. Bestehen Zweifel über die Sorgeberechtigung und insbesondere bei der bevorstehenden Durchführung Risiko behafteter Eingriffe, muss der Arzt Wert darauf legen, dass die Einwilligung in den bevorstehenden Eingriff immer von beiden Elternteilen geäußert wird.

Für die Praxis bedeutet dies, dass es bei kleineren, harmlosen Eingriffen grundsätzlich ausreicht, wenn nur ein Elternteil erscheint und einwilligt, selbst wenn dem Arzt bekannt ist, dass die Eltern getrennt leben und sich das Sorgerecht teilen. Fragen nach dem anderen Elternteil sind hier nicht erforderlich. Erscheint nur ein Elternteil und handelt es sich um eine risikobehaftete Operation, ist durch konkrete Nachfrage zu ermitteln, ob es eine weitere sorgeberechtigte Person gibt und ob diese ebenfalls zustimmt.

Insoweit dürfte es zum Beispiel vor Durchführung der Tonsillektomie ratsam sein, immer beide Elternteile in das Aufklärungsgespräch einzubinden und die Einwilligung für die Operation von beiden Elternteilen einzuholen. Bei der Verweigerung eines dringend gebotenen ärztlichen Eingriffes wird man in der Regel auf den Missbrauch des elterlichen Sorgerechtes schließen können. In diesem Fall ist die Anrufung des Familiengerichtes durch den verantwortlich behandelnden Arzt erforderlich. Die Entscheidung des Familienrichters ersetzt dann die unterbliebene Entscheidung der Eltern bzw. Sorgeberechtigten.

Zusammenfassung

Bei der ärztlichen Behandlung von Kindern ist wie bei der Behandlung Erwachsener stets das Selbstbestimmungsrecht des Patienten zu berücksichtigen. Soweit der Arzt im persönlichen Gespräch mit dem Minderjährigen feststellt, dass der Minderjährige in Bezug auf die konkrete vorgesehene ärztliche Behandlung sein Selbstbestimmungsrecht auch selbst ausüben kann, also einsichtsfähig ist, muss sich die Aufklärung über den bevorstehenden Eingriff ausschließlich oder jedenfalls gemeinsam mit den Eltern auf den Minderjährigen beziehen. Seine Einwilligung ist für die Durchführung des Eingriffes rechtlich maßgeblich, wenn er selbst einwilligungsfähig ist.

Auch bei der ärztlichen Behandlung von Kindern ist stets eine objektive Entscheidung auf Basis der aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse zu treffen. Wünschen oder Erwartungen der Kinder bzw. Sorgeberechtigten sind im Hinblick auf den besonderen Schutz der Minderjährigen nicht nachzugeben.

Dr. Albrecht Wienke
Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht
Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
E-Mail: awienke@kanzlei-wbk.de

Foto: Wienke & Becker

Ärzte auf dem gewerblichen Gesundheitsmarkt – Was ist zu beachten? Teil 1

Fachkenntnisse der Ärzte werden von Patienten auch in den Bereichen der Gesundheitsprodukte oder Gesundheitsdienstleistungen nachgefragt. Eine unternehmerische Tätigkeit von Ärzten mit Arztbezug bringt jedoch Risiken mit sich, die eine gute Geschäftsidee in das genaue Gegenteil umkehren könnten. Insbesondere schwebt über solchen Projekten die Bedrohung der Korruption im Gesundheitswesen.

Eine rechtssichere Umsetzung schützt vor derartigen Risiken, die nicht selten erhebliche auch finanzielle Auswirkungen haben könnten. Einige wesentliche Risiken und die wichtigsten Gesichtspunkte für eine rechtssichere Umsetzung zusätzlicher gewerblicher Tätigkeit mit Arztbezug sollen nachfolgend kurz beleuchtet werden.

Getrennte Bereiche

Wesentlich ist, dass Arztpraxis und Unternehmen getrennt geführt werden. Die Rechtsprechung hat bestätigt, dass ein Arzt, der in den Räumen seiner Praxis eine gewerbliche Ernährungsberatung durchführt, nicht berufsrechtswidrig handelt, wenn er diese Tätigkeit im Übrigen von seiner freiberuflichen ärztlichen Tätigkeit in zeitlicher, organisatorischer, wirtschaftlicher und rechtlicher Hinsicht getrennt hält (vgl. zum Beispiel Landesberufsgericht für Heilberufe Münster (LbgHl Münster, Urteil vom 18.02.2009, 6t A 1456/05-T im Anschluss an BGH, Urteil vom 29. Mai 2008 – I ZR 75/05).

a. Die organisatorische Trennung werde gewährleistet durch getrennte Schilder an den Außentüren und an dem Empfangstresen sowie nach Funktionen getrennte Räume (zum Beispiel Untersuchung, Kabine, Labor, EGK einerseits, Ernährungsberatung, Vortrag etc.). Eine gemeinsame Nutzung von Briefkasten, Eingangsbereich (Eingang, Treppenhaus) sowie Wartezimmer und Toiletten stehe einer hinreichenden organisatorischen Trennung nicht entgegen. Eine strikte Trennung auch dieser Räumlichkeiten sei aus verfassungsrechtlichen Gründen unverhältnismäßig. Dasselbe gelte für die gemeinsame Beschäftigung von Angestellten, ei-

ne Kommerzialisierungsgefahr könne hierin nicht gesehen werden (LbgHl Münster a.a.O.).

b. Bei der geforderten zeitlichen Trennung wird teilweise von den Landesärztekammern, auch der Landesärztekammer Hessen, die Auffassung vertreten, dass während des normalen Praxisbetriebes gar keine gewerbliche Dienstleistung, auch nicht durch Angestellte, erbracht werden darf.

c. Die rechtliche Trennung wird durch das Führen des gewerblichen Unternehmens in einer gesonderten Gesellschaft (zum Beispiel GmbH) gewährleistet. Allein der Abschluss eines entsprechenden Vertrages reicht aber nicht aus. Was auf dem Papier steht, muss auch so gelebt werden. Gewinnermittlung, Buchführung etc. ist gesondert zu halten.
Eine Verquickung der Bereiche Praxis und Unternehmen muss auch aus steuerrechtlicher Sicht vermieden werden. Für Berufsausübungsgemeinschaften besteht sonst die Gefahr, dass die gewerblichen Einkünfte auf die freiberuflichen Einkünfte abfärben, mit der Folge, dass die freiberuflichen Einkünfte allesamt umsatzsteuer- und gewerbesteuerpflichtig werden.
Die Beteiligungsregelungen, die sich in den verschiedensten rechtlichen Ausgestaltungen finden lassen, sind kritisch zu prüfen. Die Beteiligung darf keinen unzulässigen Vorteil im Sinne des in § 31 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) geregelten Verbots der Zuweisung gegen Entgelt darstellen. Vorteil im Sinne des § 31 Abs. 1 BO ist jede wirtschaftliche Besserstellung des Arztes und kann daher auch ein Gewinnanteil oder eine sonstige Einnahme aus einer gesellschaftsrechtlichen Beteiligung zum Beispiel an einem Kosmetikinstitut sein. Auf die Höhe der prozentualen Beteiligung des Arztes an einem Unternehmen kommt es nicht an. Entscheidend ist, ob Beteiligung tatsächlich von einer Gegenleistung gedeckt ist und nicht aufgrund der Patientenzuweisung erfolgt. Vereinbarungen nach denen die Gewinnbeteiligung oder sonstige Vorteile des Arztes unmittelbar von der Zahl seiner Verweisungen oder dem damit erzielten Umsatz abhängen, sind nach der wettbewerbsrechtlichen Rechtsprechung des BGH stets unzulässig (vgl. BGH Urteile v. 13.01.2011, 1 ZR 111/08; 23.02.2012 – I ZR 231/10).
Eine berufsrechtlich unzulässige Beteiligungsregelung führt auf zivilrechtlicher Seite zur Nichtigkeit des Gesellschaftsvertrages, da § 31 BO ein Verbotsgesetz im Sinne von § 134 BGB ist. Die gewerblichen Dienstleistungen durften dann gar nicht erbracht werden. In diesen Fällen können mitunter hohe Rückforderungen und Schadensersatzforderungen entstehen.

d. Bei der Trennung der Tätigkeitsbereiche ist darauf zu achten, dass ärztliche Leistungen ausschließlich in der ärztlichen Praxis und gewerbliche Leistungen ausschließlich im Unternehmen zu erbringen und entsprechend zu liquidieren sind. Zum Beispiel sind schönheitsmedizinische Leistungen strikt der Arztpraxis zuzuordnen und auch nach GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) abzurechnen. Nur ein Arzt oder ein aufgrund Erlaubnis durch das Heilpraktikergesetz Befugter darf heilkundliche Leistungen am Menschen erbringen.
Das gewerbliche Unternehmen darf nicht Gegenstand der ärztlichen Praxis sein. Hinweise eines ärztlichen Engagements zum Beispiel in einem Kosmetikstudio über die Inhaberschaft hinaus, sind aus wettbewerbsrechtlichen Gründen zu vermeiden. Solche Hinweise könnten ein fachliches Engagement des Arztes in dem gewerblichen Unternehmen suggerieren. Ärztliche Leistungen sind in der Praxis zu erbringen, sie können im Kosmetikstudio gar nicht gewährleistet werden.

(Teil 2 folgt)

Tatjana Prochnow
Rechtsanwältin
Fachanwältin für Medizinrecht
Passavantstraße 28,
60596 Frankfurt am Main
Fon: 069 69 71 25 6- 0
Fax: 069 69 71 25 6- 11
E-Mail: info@prochnow-konrad.de

Foto: privat

Wahrheit braucht Mut
Ratgeber in Deutsch und Türkisch

Ein neuer Ratgeber zum Gespräch mit Kindern krebskranker Eltern wurde vom Universitären Centrum für Tumorerkrankungen herausgegeben – und zwar sowohl in deutscher als auch in türkischer Sprache.
Der Ratgeber „Wahrheit braucht Mut“ von Dr. Bianca Senf (Abteilung Psychoonkologie) bietet Unterstützung für Familien, wenn Vater oder Mutter an Krebs erkrankt sind. Er richtet sich sowohl an Betroffene als auch an alle an der Behandlung beteiligten Personen
Den Ratgeber gibt es in deutscher und türkischer Sprache. Bestellt werden kann er kostenlos per Mail an: psychoonkologie@kgu.de oder unter Fon: 069 6301-83787.

Bernd Tersteegen-Preis & Georg Haas-Preis 2015

Der Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V., Bundesverband der vertragsärztlich niedergelassenen Nephrologen in Deutschland, vergibt den

- **Bernd Tersteegen-Preis 2015**
  (Dotierung: 8.000 Euro) für Arbeiten zur chronischen Niereninsuffizienz und ambulanten Nierenersatztherapie

Sowie für Doktoranden den

- **Georg Haas-Preis 2015** (Dotierung 2.600 Euro) im Fachgebiet Nephrologie.
- **Informationen:** Im Web unter www.dnev.de oder schriftlich: Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V., Immermannstraße 65 A, 40210 Düsseldorf).
- **Einsendeschluss:** 15. Juli 2015 (E-Mail: info@dnev.de)

Konkurrenz und Kommunikation unter Ärzten

Aktuelle Daten aus der iCEPT-Studie

Die iCEPT-Studie (von engl. „perception") verfolgt das Ziel, die Arbeitssituation von Ärztinnen und Ärzten in deutschen Krankenhäusern zu untersuchen.

Noch 1980 wurde Ärzten und Ärztinnen eine Typ-A Persönlichkeit zugeschrieben [1]. Darunter versteht man nach Friedman et al. [2] eine Persönlichkeit, welche unter anderem durch Ehrgeiz, stramme Organisation und Statusbezogenheit charakterisiert wird. Aus heutiger Sicht würde man diesen Persönlichkeitstypus umgangssprachlich am ehesten mit dem Begriff „Workaholic" bezeichnen. Aber ist diese Sicht auf die heutige Arbeitswirklichkeit noch immer aktuell?

Damit Konkurrenz unter Personal primär entsteht, müssen zwei Bedingungen erfüllt sein:

1. Ehrgeiziges und zielorientiertes Personal (entsprechend einer hohen Nachfrage)
2. Mangelndes Stellenangebot (entsprechend eines geringen Angebotes)

Die Beteiligten in der deutschen Ärzteschaft sind zur Zeit durch drei Generationen charakterisiert: „Babyboomer" (Jahrgänge 1946–1964), die „Generation X" (Jahrgänge 1965–1980) und die „Generation Y" (Jahrgänge 1981 und jünger). Am ehesten lassen sich die drei Generationen durch ihr Verhältnis zur Arbeit charakterisieren: Die Babyboomer leben, um zu arbeiten; die Generation X arbeitet, um zu leben; die Generation Y arbeitet beim Leben [3]. Damit hat die Arbeit als Lebensmittelpunkt an Wert verloren, was letztlich auch dazu führt, dass Konkurrenzgedanken in den Hintergrund geraten. Weiterhin führt der größer werdende Anteil an Ärztinnen zu einem geringeren Karriereanspruch insgesamt: So zeigte eine multizentrische Befragung aus dem Jahr 2011 [4], dass Medizinstudentinnen deutlich seltener eine leitende Position im Beruf anstreben: Laut dieser Befragung strebten nur 29 Prozent der Medizinabsolventinnen eine leitende Position im Krankenhaus an, während es bei den Absolventen 50 Prozent waren. In Bezug auf das Stellenangebot ist angesichts eines herrschenden Ärztemangels in den meisten Bereichen nicht mit einem Stellenmangel zu rechnen [5].

Aber wie wird nun die aktuelle Konkurrenzsituation wahrgenommen? Im Rahmen der 2013/14 durchgeführten iCEPT-Studie [6], welche Daten von 7090 Ärzten und Ärztinnen in deutschen Krankenhäusern nach Fachgebieten untersuchte, wurde die aktuelle Konkurrenzsituation analysiert (siehe auch http://www.occup-med.com/content/8/1/3): Hierbei gaben 25,2 Prozent der befragten Anästhesisten (n=1321) an, einer starken Konkurrenz ausgesetzt zu sein [7]. Unter den Chirurgen (n=1142) lag dieser Anteil bei 28,9 Prozent [8] und unter den Internisten (n=1696) bei 25,8 Prozent [9]. Damit zeigen die Daten der iCEPT-Studie, dass ungefähr jeder vierte Beschäftigte eine starke Konkurrenz wahrnimmt. Interessant war auch die Tatsache, dass der gefühlte Konkurrenzdruck abnahm je höher die Befragten auf der Karriereleiter standen. Zwischen den Geschlechtern bestand allerdings kein signifikanter Unterschied.

Ein weiterer wichtiger Aspekt bei der Betrachtung von Konkurrenzsituationen ist die Art der Kommunikation. Eine große norwegische Studie (n=2628) [10] kam zu dem Schluss, dass die Kommunikation innerhalb der Ärzteschaft durch gegenseitigen Respekt und Unterstützung gekennzeichnet ist. Eine Subgruppenanalyse der Ärzteschaft in Krankenhäusern zeigte hier allerdings eine eigennützigere und konkurrierendere Kommunikationsatmosphäre verglichen mit der niedergelassenen Ärzteschaft. Insgesamt betrachtet kann die Kommunikation unter Ärztinnen und Ärzten trotzdem als positiv bewertet werden.

Letztlich kann Konkurrenz innerhalb der Ärzteschaft aber auch positive Effekte hervorbringen. Es sollte prinzipiell das Ziel jedes Arztes und jeder Ärztin sein, sich stetig zu verbessern. Ein Motor dieses Prozesses kann eine richtig genutzte Konkurrenzsituation sein [11]. Beispielsweise sollten gute Leistungen der „top performer" hervorgehoben werden, allerdings muss an dieses Lob die Verpflichtung gekoppelt werden, die „best practice" zu teilen. Auf der anderen Seite sollten „underperformer" nicht gedemütigt werden, sondern öffentliche und private Unterstützung erfahren. Durch solch ein Verhalten kann die Konkurrenzsituation genutzt werden, um die persönliche und fachliche Expertise voranzutreiben und damit letztendlich eine bessere Patientenversorgung sicher zu stellen.

Für die heutige Konkurrenz unter ärztlichem Personal muss damit konstatiert werden, dass sie zwar existiert, die externen Faktoren aber dazu führen, dass diese nicht besonders ausgeprägt ist.

Um allerdings eine tiefergehende Analyse innerärztlicher Auswirkungen externer Arbeitsbedingungen zu erhalten, sind weitere Untersuchungen notwendig. Diese sind bereits geplanter Bestandteil einer weiteren Befragungswelle im Rahmen der iCEPT-Studie.

Jan Bauer
Doktorand am Institut für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Goethe-Universität, Frankfurt am Main

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. David A. Groneberg
Direktor, Institut/Poliklinik für Arbeitsmedizin, Sozialmedizin und Umweltmedizin und Fliegerärztliche Untersuchungsstelle, Goethe-Universität Frankfurt
E-Mail: arbsozmed@uni-frankfurt.de

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

Literatur zum Artikel:

Konkurrenz und Kommunikation unter Ärzten

Aktuelle Daten aus der iCEPT-Studie

von Jan Bauer und David A. Groneberg

1. Friedman M. The physician's own type A behavior pattern. Fam Community Heal. 1980;3: 89–91.

2. Friedman M, Rosenman R. Association of specific overt behavior pattern with blood and cardiovascular findings; blood cholesterol level, blood clotting time, incidence of arcus senilis, and clinical coronary artery disease. J Am Med Assoc. 1959;169: 1286–96.

3. Schmidt C, Möller J, Windeck P. Vier Generationen unter einem Dach. Dtsch Arztebl. 2013;110: A–928 / B–808 / C–804.

4. Gedrose B, Wonneberger C, Jünger J, Robra BP, Schmidt A, Stosch C, et al. Do female medical graduates have different views on professional work and workload compared to their male colleagues?. Dtsch Med Wochenschr. 2012;137: 1242–7. doi:10.1055/s-0032– 1304872

5. Kopetsch T. Studie zur Altersstruktur- und Arztzahlentwicklung: Dem deutschen Gesundheitswesen gehen die Ärzte aus! 5. aktualisierte und komplett überarbeitete Auflage. Berlin: Bundesärztekammer; 2010. pp. 1–146.

6. Bauer J, Groneberg DA. Perception of stress-related working conditions in hospitals (iCept-study): a comparison between physicians and medical students. J Occup Med Toxicol. Journal of Occupational Medicine and Toxicology; 2013;8: 3. doi:10.1186/1745–6673–8–3; Link: www.occup-med.com/content/8/1/3

7. Bauer J, Groneberg DA. Stress and job satisfaction in the discipline of inpatient anesthesiology: Results of a web-based survey. Anaesthesist. 2014;63: 32–40. doi:10.1007/s00101–013–2275–6

8. Bauer J, Groneberg DA. Distress Among Surgeons – a Study in German Hospitals. Zentralbl Chir. 2014; doi:10.1055/s-0033–1350893

9. Bauer J, Groneberg DA. Distress and job satisfaction among hospital physicians in internal medicine. Internist (Berl). 2014; doi:10.1007/s00108–014–3575-x

10. Akre V, Falkum E, Hoftvedt BO, Aasland OG. The communication atmosphere between physician colleagues: Competitive perfectionism or supportive dialogue? A Norwegian study. Soc Sci Med. 1997;44: 519–526. doi: 10.1016/S0277–9536(96)00178–5

11. Dhaliwal G. Doctors Are Competitive: Use That to Improve Care Delivery. Heal Financ Manag. 2014;68: 152.

Längst hat das Rheingau Musik Festival das Schloss Vollrads als besondere Spielstätte für sich entdeckt und veranstaltet im Schatten des Turmes, den Goethe bei seinem Besuch im Jahre 1814 als „wunderlich" empfand, Konzerte und Feste

Von Samba und starken Frauen bis Amphitryon

Sommer-Festivals in Hessen

Und ewig lockt der Sommer. „Egal ob man schwitzt oder friert, Sommer ist was in deinem Kopf passiert", singen die Wise Guys. Dieses Motto haben sich auch die Hessen von Norden nach Süden zu eigen gemacht und zelebrieren den Sommer – meist – unter freiem Himmel in Festival-Manier. Eine kleine Auswahl wird hier vorgestellt:

Auf dem internationalen **Samba- und Latinfestival „Fiesta del Sol"** vom 4. bis 6. September 2015 im nordhessischen Bad Wildungen versprechen südamerikanische Rhythmen den Besuchern selbst bei kühlen Temperaturen einzuheizen.
Informationen im Internet unter
www.sambadwildungen.de

Unter dem Motto „Starke Frauen" locken die Wetzlarer Festspiele 2015 bis zum 1. August 2015 mit Musicals, Schauspiel, Konzerten, Kabarett und Kleinkunst Kulturlustige in das mittelhessische Städtchen im Lahntal. Zu den Höhepunkten zählt die Eigeninszenierung „Lotte", das neue Wetzlarer Musical nach Goethes „Leiden des jungen Werther". Aufgeführt wird es im Lottehof.
Informationen und Programm im Internet unter www.wetzlarer-festspiele.de

Rund um den Apfel
„Blues, Schmus & Apfelmus" nennt sich das oberhessische Blues-Festival, das vom 21. bis 23. August 2015 im Schlosspark von Laubach stattfindet. Im Namen steckt das Programm: Neben Musik bietet das Festival mit Apfelkuchen, Apfelbrei, Apfelmus, Apfelschnaps oder Apfelwein allerlei Kulinarisches rund um den Apfel.
Informationen im Internet unter
www.bluesschmusundapfelmus.de

Mit der zweiwöchigen kubanisch-europäischen Orchesterakademie »CuE« betritt das **Rheingau Musik Festival** im August Neuland. 60 junge Musiker aus Kuba und Europa treffen sich vom 17. bis 28. August 2015 zu einer Akademiephase im Rheingau. Bis zum 12. September 2015 stehen außerdem die Themenschwerpunkte „25 Jahre Deutsche Einheit" und „Tschaikowski: 175. Geburtstag" im Vordergrund. An 43 Spielstätten des Rheingaus und benachbarter Regionen erleben Besucher einen Sommer voller Musik. 153 Konzerte von Klassik bis Jazz werden gegeben; Hauptveranstaltungsorte sind das Kloster Eberbach, Schloss Johannisberg und das Kurhaus in Wiesbaden, dazu kommen zahlreiche Schlösser, Kirchen und Weingüter.
Informationen im Internet unter
www.rheingau-musik-festival.de

Kultur in der Burgruine
Vom 19. Juli bis 9. August 2015 präsentiert das theater kuenstlerhaus43 die

Burgfestspiele Wiesbaden auf der Burg Sonnenberg. Nur ungefähr drei Kilometer in nordöstlicher Richtung von Kurhaus und Theater der Landeshauptstadt entfernt, erhebt sich die Burgruine Sonnenberg aus dem 13. Jahrhundert auf einem steilen, in drei Stufen aufsteigenden Felsen. Auf dem diesjährigen Spielplan stehen sowohl der „Räuber Hotzenplotz" für Kinder als auch der „Sommernachtstraum" und der „Diener zweier Herren" für Erwachsene.
Informationen im Internet unter www.burgfestspiele-wiesbaden.de

Auf dem Gesellschaftsabend des 118. Deutschen Ärztetages gaben sie bereits eine virtuose Kostprobe: Zum zehnjährigen Jubiläum des **Barock am Main-Festivals** zeigt die Fliegende Volksbühne in Frankfurt unter der Leitung von Michael Quast im Sommer drei hessische Molière-Komödien. Nach den Stücken „Der tollkühne Theaterdirektor" und „Die Lieb macht dappisch" ist vom 26. bis zum 30. August 2015 „Der eingebildet Kranke" in der hessischen Fassung von Wolfgang Deichsel im Garten des Bolongaropalasts in Frankfurt-Höchst zu sehen.
Informationen im Internet unter www.barock-am-main.com

Internationale Gassensensationen
Figurentheater, Artistik, große und kleine Inszenierungen: Seit 1993 präsentiert die Kreisstadt Heppenheim an der Bergstraße das jährliche internationale Straßentheaterfestival „Gassensensationen". Vom 8. bis zum 11. Juli 2015 erleben Besucher internationale Theaterensembles vor der malerischen Altstadtkulisse. Das Besondere an dem Festival ist sein internationaler Charakter, denn Künstlergruppen aus der ganzen Welt bieten ein breit gefächertes Programm für Groß und Klein. Der Eintritt ist frei.
Infos: www.diebergstrasse.de oder www.gassensensationen.de

Heppenheimer Festspiele
Nach gewonnenen Schlachten kommt im Morgengrauen Feldherr Amphitryon nach Hause und will endlich seine Gattin Alkmene zärtlich umarmen. Leicht irritiert schwärmt diese ihm jedoch von der vergangenen, gemeinsam verbrachten Liebesnacht vor und fragt, warum er nun schon wieder da sei. Amphitryon zweifelt daraufhin an seinem Verstand und an der Treue Alkmenes, die ihn wiederum verdächtigt, eine andere zu haben, da er die gemeinsame Nacht verleugnet: Heinrich von Kleists „Amphitryon" ist ein Lustspiel mit tragischen Momenten. Ab 6. August 2015 kommt das Theaterstück auf die Bühne der Heppenheimer Festspiele.
Bereits am 23. Juli starten diese mit der überdrehten und turbulenten Gaunerkomödie „Auf und Davon" des Australiers Peter Yeldham in die neue Saison. Getreu dem Motto „Und ewig lockt das Weib" reisen Elizabeth und Josephine um die Welt, um ihren Lebensunterhalt in den Rollen einer unglücklich in Geldsorgen geratenen attraktiven Gräfin und ihrer nicht minder attraktiven Zofe zu verdienen. Über diese und weitere Inszenierungen können sich Interessierte im Internet unter www.festspiele-heppenheim.com informieren.

Katja Möhrle

Marcel Reich-Ranicki zwischen Literatur und Privatleben

Vor zwei Jahren verstarb Marcel Reich-Ranicki im 93. Lebensjahr. Nun widmet ihm die Frankfurter Johann Wolfgang Goethe-Universität eine Ausstellung. Unter der Konzeption von Wolfgang Schopf, dem Leiter des Literaturarchivs der Universität, wurde eine Ausstellung zusammen gestellt, die bis jetzt wenig Bekanntes, insbesondere Bildmaterial, zusammen getragen hat.
Reich-Ranicki gehörte zu den einflussreichsten Kritikern der deutschen Nachkriegsgeschichte.
Sein Sohn Andrew, ein in England lebender Mathematikprofessor, hat die Familienalben mit fast 200 Fotos zur Verfügung gestellt, die das Leben seiner Eltern in Polen, Großbritannien und der Bundesrepublik dokumentieren. Das historische Museum hat den Schreibtisch Reich-Ranickis beigesteuert. Die mit der Familie Reich-Ranicki befreundete Frankfurter Autorin Eva Demski hat das Biedermeier-Ensemble zur Verfügung gestellt, an dem sie mit Teofila und Marcel Reich-Ranicki Weihnachten zu feiern pflegte. Schopf hat diese Stücke aus den verstreuten Beständen zusammen gebracht.
Die Botschafter-Ausstellung bezweckt, den Menschen Reich-Ranicki und die Familie als Bestandteil einer lebendigen Literaturszene zu präsentieren mit Beziehung zu sehr vielen Autoren. Diese Beziehung, lobende und „vernichtende" Kritiken enthaltend, war Bestandteil der Literaturszene mit vielen fruchtbaren und befruchtenden Resultaten. Reich-Ranicki habe, so Schopf, für die Literatur mehr getan als viele wahrnahmen und zugaben.
Am 2. Juni 2015 wäre Marcel Reich-Ranicki 95 Jahre alt geworden.
Nicht nur als historischer Zeuge für die Verfolgung der Juden, als Autor von Kritiken und eines bemerkenswerten Buches, welches unter dem Titel „Mein Leben" eine Millionenauflage erreichte, ist Reich-Ranicki bis heute präsent und nach wie vor einflussreich. Als Initiator und langjähriger Leiter des literarischen Quartetts im Fernsehen, als Begründer eines Kanons für Gedichte und Romane sowie als Initiator der Frankfurter Anthologie, einem sehr lebendigen Forum für Gedichtinterpretationen in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung.
Ein unbequemer, kantiger Mann mit einer sicher quälenden und belastenden Biografie, ein von deutscher Literatur und Kultur Besessener.
Die Ausstellung ist in den Räumen des Archivs der Frankfurter Goethe-Universität in der Dantestraße 9 zu sehen. Öffnungszeiten: Montag bis Freitag von 15 bis 19 Uhr sowie Samstag und Sonntag von 11 bis 20 Uhr.
Besichtigungen können auch unter der Telefonnummer 069 798227-17 vereinbart werden.

Dr. med. Siegmund Drexler

Hauptstadt und Wirtschaftsknotenpunkt im iranischen Hochland: Teheran. Die Stadtbezirke liegen zwischen 1.000 und 1.700 Höhenmetern. Teheran mit 18 Millionen Einwohnern ist außerdem eine bedeutende Wissenschafts- und Kulturmetropole

Ein Ausflug ins medizinische Teheran

First International Congress of Pain (TUMS) and 12th Scientific Congress of Iranian Pain Society (IASP Chapter) 13 – 15 May, 2015 in Teheran

„In the name of GOD" fand dieser hervorragend organisierte Kongress in Teheran statt. Unter der Leitung des Scientific Secretariat am Neuroscience Research Institute of Tehran University of medical Sciences im Imam Khomeini Hospital Complex Center wurde 2 ½ Tage ein hochklassiges Programm mit Grundlagen-wissenschaftlichen, klinischen und psychologischen Vorträgen zu allen Themen der aktuellen Schmerztherapie geboten. Workshops und Postersessions rundeten das Programm ab.

Das Bild des großen persischen Arztes, Philosophen und Gelehrten Ibn Sina war nicht nur auf dem Programm zu sehen, sondern begleitete alle durch den ganzen Kongress (Foto leider mit leeren Blumentöpfen im Vordergrund). Eine bemerkenswerte Ausstellung der einschlägigen medizintechnischen Industrie und eine gut sortierte Bücherausstellung fand viele Interessierte.

Neben den ca. 60 Referenten und vor allem jungen Referentinnen aus dem Iran waren sechs Experten aus Deutschland und den USA eingeladen.

Allen voran Prof. Dr. med. Mohsen Mohadjer, der Leiter des Schmerzzentrums an den RKK-Kliniken in Freiburg und noch immer Leiter des Shefa Interdisciplinary pain center in Teheran, des von ihm gegründeten Schmerzzentrums, das er regelmäßig besucht, um junge Ärzte und Ärztinnen in Spezieller Schmerztherapie weiterzubilden und von diesen vorgestellte Patienten/innen zu sehen.

Prof. Dr. rer. biol. hum. Walter Magerl, der Leiter der Neurophysiology Gruppe am Center for Biomedicine and Medical Technology der Universität Mannheim-Heidelberg, Mitarbeiter des IASP[1]-Präsidenten Prof. Dr. med. Rolf-Detlef Treede, hielt drei viel beachtete und fleißig diskutierte Grundlagenvorträge zum Oberthema „Neurophysiologie des Schmerzes", Dr. med. Barbara Kleinmann von der Univ.-Schmerzklinik Freiburg sprach über Palliativmedizin und die Bedeutung der Pumpen-Implantation in der Schmerztherapie. Dr. med. Martin Klein, niedergelassener Unfallchirurg, Orthopäde und Schmerztherapeut in Freiburg, beleuchtete die Rolle der Physiotherapie in der Schmerztherapie. Dabei wurde deutlich, dass die Aktivierung der Patienten im Vordergrund steht, was im Iran wohl noch entwicklungsfähig ist.

Der Autor, Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie (DIVS) und langjähriger Geschäftsführer der Deutschen Schmerzgesellschaft (DGSS), überbrachte die Grüße beider und hielt einen im Verlauf des Kongresses oft angesprochenen Vortrag zur „Multimodalen Interdisziplinären Schmerztherapie", den auch das iranische Gesundheitsministerium aufgriff und um weitere Unterstützung bei deren Aufbau im Iran bat.

Dr. Mazloom Doost, Absolvent an der School of Medicine am Johns Hopkins Hospital und ärztlicher Mitarbeiter im De-

[1] International Association for the Study of Pain (IASP)

[2] Hospital Anxiety and Depression Scale – Deutsche Version: Die HADS-D dient der Erfassung von Angst und Depression bei Patienten mit körperlichen Erkrankungen oder (möglicherweise psychogenen) Körperbeschwerden.

[3] Der SF-36 und seine ökonomische Kurzform SF-12 sind Fragebögen zum Gesundheitszustand – krankheitsübergreifende Messinstrumente zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von Patienten.

partement für Schmerztherapie und Anästhesiologie in Lexington, hielt einen Vortrag zur Rolle der modernen Medizintechnik in der Schmerzversorgung.
Die Vorträge, Workshops und Poster zeigten die eindrucksvolle Entwicklung der Schmerzversorgung im Iran, aber zumeist beschränkt auf großstädtische Kliniken. Die sehr großen Distanzen zwischen den Städten und den ländlichen Gebieten mit ihren infrastrukturellen Problemen lassen eine flächendeckende Versorgung mit multimodaler interdisziplinärer Schmerztherapie kaum zu.
Obendrein wird Schmerztherapie mit Ausnahme des Zentrums in Teheran zumeist nur von Anästhesisten mit interventionellen Methoden praktiziert, die psychologischen – sowieso durch die kulturellen Unterschiede gekennzeichnet – und die sozialen Aspekte bleiben weitgehend auf der Strecke, es wird aber an einer Verbesserung gearbeitet.
Unsere Erhebungs- und Dokumentationsinstrumente zum Beispiel HADS[2] und SF-12[3] müssen adaptiert werden, die interdisziplinäre Kommunikation funktioniert nur in den Schmerzzentren. Daher traf eine kurze Vorstellung von KEDOQ's (EDV-basierte Kerndokumentation zur Qualitätssicherung in der Schmerzversorgung), das von der Deutschen Schmerzgesellschaft entwickelt wurde (Prof. Dr. med. Hans-Raimund Casser et al.) durch den Autor auf größtes Interesse.
Natürlich kam auch ein wenig Sightseeing in Teheran nicht zu kurz, wenn auch die Kongresszeiten den vollen Tag brauchten und in Teheran kein Weg wirklich kurz ist, hat die Stadt doch 18 Millionen Einwohner und einen stets dichten Verkehr.
Es wurden Freundschaften zwischen den iranischen Kolleginnen und Kollegen und den eingeladenen ausländischen Besuchern geschlossen und eine weitere Zusammenarbeit vereinbart.

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

Der persische Arzt und Philosoph Ibn Sina

Palast in Teheran

Fotos: Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

Fachkräftesicherung im Krankenhaus: Tagung am 9. Juli 2015

Die Hessische Krankenhausgesellschaft lädt gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen zu der Tagung ein:

Wie gelingt Fachkräftesicherung im Krankenhaus – bedarfsorientiert, organisatorisch, geschlechtergerecht und nachhaltig?

- **Termin:** Donnerstag, 9. Juli 2015, 11 bis ca. 15 Uhr
- **Ort:** Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim
- **Zielgruppe:** Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an die Geschäftsführungen der hessischen Krankenhäuser, an Personalverantwortliche, an Leitende Ärztinnen und Ärzte sowie an potenzielle Berufsrückkehrerinnen (Ärztinnen).
- **Begrüßung:**
  Rainer Greunke, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V.;
  Monika Buchalik, Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen
- **Referate:**
  Nina Walter, Landesärztekammer Hessen (LÄKH): „Bedürfnisse und Erwartungen Hessischer Ärztinnen und Ärzte hinsichtlich ihrer beruflichen Tätigkeit"– Ergebnisse aus fünf Jahren Befragungsprojekt der LÄKH
  Prof. Dr. phil. Dorothee Alfermann, Universität Leipzig: „Geschlechtergerechte Fachkräftesicherung im Krankenhaus"
  Dr. phil. Swantje Reimann, Universität Leipzig: Transfermaßnahmen zur gendergerechten Förderung von Frauen in der Medizin
  Dr. med. Susanne Johna, LÄKH und Marburger Bund Hessen: Arbeitszeitgestaltung – Möglichkeiten und Grenzen
  Prof. Dr. med. Marion Haubitz, Fulda: Karriereförderung für Ärztinnen
- **Information und Anmeldung:** Hessische Krankenhausgesellschaft, Andrea Iffert, Fon: 06196 4099-62 oder per E-Mail: mail@hkg-online.de
- **Internet:** www.hkg-online.de

Die Zukunft gestalten – Querdenker Kongress 2015

Querdenken war das Motto, Zukunftsvisionen der rote Faden und Ethikdebatten der Rahmen. Rund 300 Besucher aus der Gesundheitsbranche lockte der erste Agaplesion Querdenker Kongress ins Offenbacher Büsing Palais. Bereits die Auswahl des Schirmherrn – der 14 Jahre alte Gymnasiast Moritz Platen aus Oberursel – machte deutlich, worum es geht: Die Zukunft des Gesundheitswesens, die es zu gestalten gilt und die er erleben wird. Dabei ging es jedoch nicht nur um die Bedeutung neuer Technologien für die eigene Branche, sondern auch um den Blick über den Tellerrand hinaus.

Potenziale der Medizinrobotik

„Operiert vom Roboter Ihres Vertrauens?" – diese Frage stellte Michael Otto, Leiter des Bereichs Medizin Robotik eines weltweit führenden Herstellers von Industrierobotern, in den Raum. Dabei gehe es aber um reine Assistenzsysteme. „Autonom von einem Roboter operiert zu werden, ist nicht das Ziel. Der Arzt bleibt zentraler Bestandteil, wir wollen unterstützen und zwar dort, wo Ergänzungen sinnvoll sind." Zwar gebe es bereits viele Medizinroboter, erläuterte Otto, aber dabei handele es sich meistens um Einzelapplikationen, die relativ teuer und aufwendig seien. Daran müsse sich etwas ändern und daran werde auch gearbeitet. Was die Robotik betrifft, so befinden wir uns aktuell in der zweiten, der sogenannten sensitiven Phase. Die nächsten fünf bis zehn Jahre würden der mobilen Robotik zugeschrieben und die nächsten zwanzig Jahre käme die Phase der neuronalen Robotik.

Dürfen wir alles, was wir können?

Über die ethische Auseinandersetzung mit den Möglichkeiten der modernen Gentechnik und seiner gesellschaftlichen Bedeutung referierte Prof. Dr. med. Christiane Woopen, Vorsitzende des Deutschen Ethikrates, Leiterin Forschungsstelle Ethik der Universitätsklinik Köln und Direktorin des Cologne Center for Ethics, Rights, Economics and Social Sciences of Health (CERES). Schwierig sei vor allem der Umgang und Bewertung mit der regelrechten Datenflut über sich selbst, die man zum Beispiel über eine Gesamtgenomsequenzierung erhalte. Aber auch die Zusammenführung aus verschiedenen Bereichen wie Versicherungs-, Forschungsdaten oder solchen, die die Patienten zum Beispiel mittels Apps selbst generieren und sozialen Daten führen zu einem verhältnismäßig umfassenden Bild eines Menschen. Ob wir das selbst alles noch unter Kontrolle haben, sei dabei fraglich. Woopens Moral von der Geschichte: „Vergiss das Leben nicht, aber das Leben in einer Auffassung, die alle Dimensionen in den Blickt nimmt." Man solle sich nicht auf Zahlen, Messungen oder die Anzahl an Schritten pro Tag reduzieren lassen.

Keine Angst vor der Zukunft

„Die Beschäftigung mit der Zukunft macht Angst, aber wir kommen nicht darum herum. Wir müssen uns damit beschäftigen, weil wir auch durch Nichtstun Zukunft produzieren", so Prof. Dr. Eckard Minx, Experte für Zukunftsforschung, Innovationsmanagement und Organisationsentwicklung und Vorsitzender des Vorstands der Daimler und Benz Stiftung, der die Debatte abschließend um eine philosophisch-soziologische Perspektive ergänzte. Veränderungen sollten nicht bekämpft werden, da wir uns zum größten Teil auch nicht dagegen wehren könnten, sondern als Herausforderung betrachtet werden. Gleichzeitig solle man aber auch nicht einfach alles akzeptieren, was passiert, sondern bewerten, um die Zukunftsgestaltung mitzulenken. „Digitalisierung ist wie ein Tsunami, der nicht nur Berufe hinwegfegen wird, Geschäfte obsolet macht, Geschäftsmodelle in völlig neue Entwicklungsrichtungen treibt, sondern auch vermutlich eine der größten Revolutionen, die wir miterleben." Zukunftsorientiert bedeute dabei, nicht überrascht zu sein von etwas, das uns eigentlich überrascht.

Maren Grikscheit

August Wilhelm und Lieselotte Becht Forschungspreis 2015

Stifter:
Deutsche Stiftung für Herzforschung

Bewerbungsschluss: 10. Juli 2015

Dotierung: 15.000 Euro

Teilnahme: Ausgezeichnet wird eine wissenschaftlich exzellente und zugleich patientennahe Forschungsarbeit auf dem Gebiet der Herz-Kreislauf-Krankheiten. Teilnehmen können in Deutschland tätige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das 40. Lebensjahr noch nicht überschritten haben. Die Arbeiten dürfen einen Gesamtumfang von 20 Seiten nicht übersteigen.

Informationen im Internet:
www.dshf.de/bewerben_online.php

Ärztin, Frau, Patientin, Mutter, Chefin, Unternehmerin und Wissenschaftlerin

Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. setzt sich berufspolitisch und gesellschaftlich für die Belange von Ärztinnen ein

Der Deutsche Ärztinnenbund e.V. (DÄB) ist ein Netzwerk von Ärztinnen und Zahnärztinnen aller Fachrichtungen und Tätigkeitsfelder. Er setzt sich für Rahmenbedingungen im ärztlichen Beruf ein, um eine ausgewogene Balance zwischen Beruf und Privatleben zu erreichen. Dazu gehört auch die Forderung nach gleichen Karrierechancen für Ärztinnen und nach familienfreundlichen Arbeitsbedingungen. Der Ärztinnenbund engagiert sich außerdem für eine nach Geschlecht differenzierte Gesundheitsforschung und -versorgung.

Es gibt verbandsintern mehrere Foren: Junges Forum (Studentinnen und Ärztinnen bis 40 Jahre) mit eigenen überregionalen Tagungen, Forum 40 plus (Ärztinnen zwischen 40 und 60 Jahren) mit eigenen überregionalen Tagungen, Forum 60 plus (Ärztinnen nach der Berufstätigkeit) und das DÄB-Mentorinnennetzwerk.

Alle zwei Jahre findet ein wissenschaftlicher Kongress statt, in dessen Rahmen der Wissenschaftspreis des DÄB (aktuell dotiert mit 4000 Euro) verliehen wird. Auf lokaler Ebene ist der DÄB in Regionalgruppen organisiert.

Die Mitgliedschaft im Ärztinnenbund beinhaltet auch die Mitgliedschaft im Weltärztinnenbund (MWIA). Die alle drei Jahre stattfindenden Kongresse des MWIA sind geprägt von der Vielfalt der Sprachen und Kulturen sowie der gemeinsamen Probleme (Karriere, Mitbestimmung, Gender medicin), aber auch Themen wie Säuglings- und Müttersterblichkeit, Gewalt gegen Frauen und Mädchen sowie Ungleichbehandlung der Frauen und Ärztinnen auf vielen Ebenen.

Die Regionalgruppe Frankfurt

Die Regionalgruppe Frankfurt des DÄB besteht seit den 1980er-Jahren. Die Gruppe war eine Zeit lang inaktiv aufgrund des Todes der damaligen Gruppenvorsitzenden. 1992 wurde sie mit 25 Mitgliedern von Dr. med. Ingrid Gräfin zu Solms-Wildenfels wieder ins Leben gerufen. 1999 übernahm Dr. med. Kirstin Börchers den Vorsitz, die Gruppe wuchs auf 55 Mitglieder an. Im Jahr 2002 wurde Dr. med. Ulrike Bös zur Vorsitzenden gewählt. 2005 übernahm Christine Hidas, Internistin und Nephrologin, den Vorsitz und ist seitdem mit Sabine Schlitt, niedergelassene Allgemeinmedizinerin und Heike Raestrup, Viszeralchirurgin, (Schatzmeisterin) im Amt. Mittlerweile sind 109 Kolleginnen Mitglied in der Gruppe. Besonders freuen wir uns über den Zustrom junger Kolleginnen bzw. Studentinnen. Ebenso unterstützen wir Kolleginnen, die sich in der Familienphase befinden.

Fortbildungen und gesellschaftliche Angebote

- Monatliche Treffen, die häufig im Rahmen zertifizierter Fortbildungen stattfinden, die immer industrieunabhängig und kostenfrei sind
- Referate von Kolleginnen, die sich an der Uniklinik Frankfurt habilitieren
- Eine jährliche Reise in Städte, aus denen wir stammen, wo wir gelebt und gearbeitet haben oder welche wir kennen. Dabei wird immer auch der Kontakt zur dortigen Ärztinnenverbänden gesucht. Dieses Jahr geht es nach Helsinki und 2016 ist Wien an der Reihe mit dem Besuch des MWIA -Kongresses (Kongress des Weltärztinnenbundes).
- In unregelmäßigen Abständen finden Sprechworkshops mit Anke Sevenich, einer Frankfurter Schauspielerin und Sprachcoach, statt.

Berufspolitisches und gesellschaftliches Engagement

Neben Fortbildungen und gesellschaftlichen Angeboten vertreten wir auch die Interessen von Ärztinnen in verschieden Gremien: So sind einige aus der Gruppe berufspolitisch engagiert (Landes- und Bundesärztekammer, Kassenärztliche Vereinigung, Sachverständigenrat, Fachgesellschaften), andere vertreten die Ärztinnen in frauenspezifischen Gremien wie dem Deutschen Frauenrat, Landesfrauenrat oder dem Arbeitskreis Frauengesundheit.

Viele von uns sind aber auch gesellschaftlich engagiert, in kleinen Vereinen (zum Beispiel Verein zur Förderung von Kindern krebskranker Eltern) oder in Arbeitsgruppen an Universitäten und Ministerien.

Auf berufspolitischer Ebene versuchen wir die Belange der Ärztinnen/Patientinnen immer wieder aufzuzeigen, auch hier machen wir Werbung sich zu engagieren. Der Ärztinnenbund ist also kein rein berufspolitischer Verband, auch keine Fachgesellschaft, und wir unternehmen auch nicht nur Reisen. Wir versuchen, die Themen Ärztin, Frau, Patientin, Mutter, Chefin, Unternehmerin und Wissenschaftlerin und vieles andere zu beleuchten und uns gegenseitig zu unterstützen – ein spannendes Unterfangen, welches viel Freude und Bereicherung mit sich bringt.

Im Internet: www.aerztinnenbund.de

Christine Hidas

Vorsitzende der Regionalgruppe Frankfurt im Deutschen Ärztinnenbund, Fachärztin für Innere Medizin und Neophrologie am Klinikum Darmstadt
Grafenstraße 9
64276 Darmstadt

Foto: privat

Sterbebedingungen in Pflegeheimen und deren Konsequenzen für den Hausarzt

Herleitung

Die bislang geübte Beschreibung der Betreuungssituation sterbender Bewohner/innen bzw. Patienten/innen in stationären Pflegeeinrichtungen erfolgt unsystematisch, weil kursorisch und entspricht nicht den sozial-epidemiologischen und versorgungsnotwendigen Erfordernissen. Vielmehr findet sie entlang einzelner Versorgungsaspekte bzw. Prüferfordernisse oder – bei tatsächlichen oder scheinbaren und öffentlich berichtenswerten Vorfällen – skandalisierend statt. Zugleich sind in der Literatur und natürlich auch in der Praxis, allein der vergangenen zehn Jahre, unzählbare Initiativen, Projekte, theoretische Einlassungen und Abhandlungen zu identifizieren, welche die Gestaltung des Sterbens in den Pflegeeinrichtungen zum Gegenstand haben und dabei insbesondere deren Verbesserung.

Wie wenig systematisch die Situation erfasst und analysiert wird, verdeutlicht der Sachverhalt, dass es bis heute keine bundesweite Berichterstattung zur Häufigkeit oder zu zusammengeführten Diagnosen des Sterbens in den Pflegeeinrichtungen gibt. Während dies für die Krankenhäuser alljährlich durch das Bundesamt für Statistik veröffentlich wird und damit Entwicklungen und die Effekte der Gesundheitsversorgung sichtbar werden, ist dies für Pflegeheime nicht üblich. Verschiedene induktive Berechnungsmöglichkeiten (Anzahl und Art der Pflegehäufigkeit bzw. Pflegestufe und deren Überlebenswahrscheinlichkeit, etc.) und exemplarisch erhobene regionale bzw. städtische Räume (in den jeweiligen Standesämtern) weisen darauf hin, dass von den über 893.825 in 2013 Verstorbenen (davon 419.241 in Krankenhäusern) zwischen 250.000 und 350.00 in den stationären Pflegeeinrichtungen verstorben sind. Zusätzlich ungefähr 25.000 Menschen in Hospizen.

Dabei sind alle Einrichtungen der stationären Pflege zu einem systematischen Qualitätsmanagement unter anderem nach SGB V (§ 135, § 137) und SGB XI (§ 79–80 § 112–120) verpflichtet und werden durch die Heimaufsicht bzw. auch durch den Medizinischen Dienst geprüft bzw. beraten. Immer mehr Einrichtungen unterziehen sich auch einem systematischen QM-Prozess.

Die im Folgenden vorgestellte, explorativ-deskriptive Studie hat das Ziel, erstmals die psycho-soziale und medizinisch-pflegerische Versorgung in stationären Pflegeeinrichtungen zu beschreiben. Neben den Ergebnissen sollen die daraus ableitbaren Empfehlungen insbesondere auch für die in den Versorgungsprozess einbezogenen Ärzte dargestellt werden.

Methode

Verwendet wurde ein für diesen Zweck nach den Regeln der klassischen Testtheorie konstruierter, in mehreren umfassenden Studien validierter Fragbogen. Das Messinstrument umfasst 11 institutions- bzw. personenbezogene und 33 inhaltliche Variablen zu den Sachverhalten: zeitliche, personelle und institutionelle Ressourcen (a), Ausbildung (b), Arbeitsklima (c), Angehörigenintegration (d), Kommunikation (e), Schmerz- /Symptomkontrolle, Lebenserhaltung und Aufklärung (f) und eigene Belastung, würdevolles Sterben (g). Es beteiligten sich 2613 Personen, von denen 2080 (ausgeschlossen wurden Krankenhäuser, Hospize etc.) in die statistische Auswertung gelangten. Diese arbeiten in insgesamt 467 Einrichtungen. 11 Prozent der angesprochenen Organisationen konnten erreicht werden. Aus methodischen und inhaltlichen Gründen wurde sich dort wo zweckmäßig für eine Clusterung der Daten entschieden. Für jede der 467 teilnehmenden Einrichtungen wurde dann jeweils ein Mittelwert für die einzelnen abhängigen Variablen ermittelt, unabhängig der Anzahl teilnehmender Mitarbeiterinnen. Im Durchführungsdesign wurde darauf geachtet möglichst alle Bundesländer zu erreichen und die unterschiedlichen Trägerschaften, Größen der Einrichtungen und deren Lage zu berücksichtigen. Ungefähr 35 Prozent der Einrichtungen wurden durch einen Online-, 65 Prozent durch einen Papierfragebogen erreicht. In drei Bundesländern ist es gelungen, über Forschungskooperationen interessierter Hochschulen die Datenerhebung und Ergebniskontextuierung zu präzisieren. Die Ergebnisse dieser Teilstudien und Einbindung in den Gesamtdatenfile stehen zum Teil noch aus.

Ergebnisse

Deskriptive Befunde

- Die zeitlichen und personellen Ressourcen werden von einem Drittel der Befragten sehr stark problematisiert, ähnlich groß ist der Anteil, die durchweg gute Bedingungen benennen.
- 34 Prozent würden grundsätzlich qualifizierte Pflegenden einsetzen.
- 53 Prozent geben an, verbindlich mit komplementären Partnern zu kooperieren.
- 38 Prozent sehen sich gut bzw. sehr gut, 31 Prozent mangelhaft bzw. ausreichend durch die Ausbildung vorbereitet.
- 44 Prozent attestieren sich gute Möglichkeiten auf die Situation der Betreuung Sterbender Einfluss zunehmen.
- 75 Prozent der Befragten geben an, dass nach dem Tod eines Bewohners Austausch mit den Kolleginnen stattfindet. Insgesamt wird ein gutes Arbeitsklima berichtet.
- In sechs von zehn Einrichtungen besteht die Möglichkeit, dass Angehörige bei Bedarf übernachten können.
- Angehörige werden zu 33 Prozent verbindlich in die Pflege der Sterbenden einbezogen.
- 27 Prozent der Befragten geben an, dass ihre Einrichtung verlässlich durch ehrenamtliche Mitarbeiter der Sterbebegleitung unterstützt wird.
- 75 Prozent berichten eine angemessene Schmerztherapie und gelungene Symptomkontrolle.
- 30 Prozent geben an, dass es grundsätzlich zu keinen unnötig lebensver-

längernden Interventionen kommen würde, 26 Prozent berichten dies als Regelfall.
- 35 Prozent geben an, dass in ihrer Einrichtung Bewohner grundsätzlich über ihre Prognose aufgeklärt werden.
- Dass Informationen den weiteren Verlauf ungünstig beeinflussen, geben 59 Prozent an.
- 34 Prozent geben an, dass Patienten oft bzw. immer alleine versterben (1/3 dass dies selten bzw. nie der Fall wäre).
- 75 Prozent der Befragten sind davon überzeugt, dass an ihrem Arbeitsplatz ein würdevolles Sterben möglich ist.

Gruppenvergleiche

- Trägerschaft (kommunal, privat, freigemeinnützig): Gezeigt werden konnte, dass die Art der Trägerschaft der Pflegeeinrichtung einen insgesamt mittleren Einfluss auf die Bewertung der Sterbebetreuungssituation besitzt. Die Pflegeeinrichtungen in kommunaler Trägerschaft weisen bessere Voraussetzungen und Ergebnisse vor.
- Größe der Einrichtung (bis 50/50–99/ab 100 Plätze). In den Einrichtungen bis 100 Plätze werden die besseren Betreuungsergebnisse erreicht.
- Lage der Einrichtung (Stadt/Land). Die besseren Betreuungsergebnisse bzw. Bedingungen werden in Einrichtungen des ländlichen Raums erzielt.
- Krankenhaus versus Pflegeheim: Hier korrespondieren die Befunde inkonsistent. Deutlich wird, dass die Schmerztherapie und Symptomkontrolle auch in Pflegeeinrichtungen gelingt und die Strukturqualität vielerorts besser geeignet sind als im Krankenhaus.
- Berufserfahrung: Erfahrenere problematisieren die bestehende Situation akzentuierter und verlassen sich zugleich stärker auf ihre eigenen Kompetenzen und Fähigkeiten.
- Berufliche Position: (Auszubildender/Mitarbeiter/Leitungsperson) – besitzt einen sehr starken Einfluss auf die Gesamtbewertung. Dabei korrespondieren die Ergebnisse mit einhergehenden Rollenerwartungen der Funktionen. Leitungspersonen beschreiben die Situation und erreichte Versorgungsqualität weit günstiger als Mitarbeiter. Deutlich wird auch die positive Rolle der Auszubildenden.
- Extremgruppenvergleich (Orte mit sehr geringer Versorgungsqualität): Gezeigt werden konnte, dass sich diese überdurchschnittlich in städtischer Lage und in privater Trägerschaft befinden und es sich um Einrichtungen mit über 100 Plätzen handelt.

Zur Rolle des behandelnden Arztes

- Schmerz- und Symptomkontrolle: sie gelingt zu 75 Prozent befriedigend, wobei sich in kleineren Einrichtungen bessere Ergebnisse erzielen lassen. Die Ergebnisse sind in städtischen Einrichtungen schlechter.
- Die Kooperation mit komplementären Partnern ist zurückhaltend, eine Aufklärung über die Prognose erfolgt nur in einem Drittel der Fälle.
- Häufig kommt es zu lebensverlängernden Interventionen.
- Je stärker die eigene Kompetenz, desto mehr verlässt man sich auf die eigenen Fähigkeiten.

Konsequenzen für die betreuenden Ärzte

Die Tatsache, dass kleinere Einrichtungen oftmals besser abschneiden als größere, ländliche besser als städtische, lässt den Rückschluss zu, dass die geringere Anzahl von Ansprechpartnern zu einer individuelleren Beziehung von Arzt zu Patient und Arzt zu Pflegepersonal führt. Die Kooperation mit komplementären Partnern und die Aufklärung von Patienten und Angehörigen muss dringend verbessert werden. Hier spielen möglicherweise eine ungenügende Honorierung und fehlende zeitliche Zuwendung eine Rolle. Auch ist das Arbeiten im Team gerade in Städten noch ungewohnt. Die Konsequenz bei der Pflege und Betreuung von Patienten am Lebensende wird noch nicht eindeutig verfolgt. So kommt es in nahezu 75 Prozent der Fälle zu einer lebensverlängernden Intervention. Dies kann ein Hinweis auf eine ungenügende Strategiebesprechung mit Patienten, Betreuern und Angehörigen sein. Wenn auch die Symptomkontrolle bei der Versorgung sterbender Patienten deutliche Fortschritte gemacht hat, gibt es noch Unsicherheiten in der konsequenten Sterbebegleitung. Während die Aufklärung über den Behandlungsauftrag, über medizinische Maßnahmen am Lebensende und verzichtbare Übertherapie eine ärztliche Leistung bleiben muss, können und müssen frühzeitig komplementäre Partner mit eingebunden werden. Das Arbeiten im Team, Notfallmaßnahmen auch ohne persönliche Anwesenheit des behandelnden Arztes und die empathische Betreuung von Patienten und Angehörigen können und müssen delegierbar sein. Zu wünschen ist ein engerer Informationsaustausch zwischen Basisversorgern wie Hausärzten und erfahrenen Palliativärzten sowie spezialisierten ambulanten Palliativteams. Auch müsste die sektorenüberschreitende Kooperation zwischen Palliativstationen in Kliniken mit der ambulanten Palliativversorgung und besonders mit den Hausärzten deutlich verbessert werden.

Die zweite vom TransMIT Projektbereich für Versorgungsforschung durchgeführte „Gießener Studie zu den Sterbebedingungen“ hat neben den stationären Pflegeheimen, die Situation in den bundesdeutschen Krankenhäusern (siehe Hessisches Ärzteblatt 2/2014, S. 72–74) und in den Hospizeinrichtungen erhoben. In Krankenhäuser versterben ca. 50 Prozent, in stationären Pflegeeinrichtungen ca. 35–40 Prozent, in deutschen Hospizen ca. 2,5 Prozent aller Bundesbürger. Die Studienergebnisse werden anlässlich des 3. Kongresses am 6. November 2015 in Gießen diskutiert (im Internet: www.giessener-kongress.de).

Prof. Dr. phil. Wolfgang M. George
Diplompsychologe
Leiter TransMit-Projektbereich
für Versorgungsforschung, Gießen
E-Mail: george@transmit.de

Dr. med. Eckhard Starke
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Palliativmedizin, Notfallversorgung,
Stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung der KV Hessen,
Vorsitzender des
Palliativausschusses der LÄKH

Das Literaturverzeichnis kann per E-Mail angefordert werden: george@transmit.de

Wenn Psychotherapien abgebrochen werden: Häufigkeit und Risikofaktoren

Nicht immer werden ambulante Psychotherapien auch beendet. Aus klinischer, ethischer und ökonomischer Sicht gelten Abbrüche als Misserfolg. Aber nicht jeder außerplanmäßige Abbruch muss automatisch ein Misserfolg sein, wie eine kürzlich vorgestellte Studie zeigt. Wissenschaftler unter anderem aus Jena, Mannheim, Heidelberg und München unter Federführung von Prof. Dr. phil. habil. Bernhard Strauß und Dr. phil. Uwe Altmann (beide Uniklinikum Jena) untersuchten genauer Häufigkeit, Risikofaktoren und Gründe, die zu einem Therapieabbruch führen.

Grundlage der Studie sind Daten des Projekts „Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie in Bayern" (QS-Psy-Bay-Studie). Drei Fragen standen bei der Analyse im Vordergrund: 1. Wie oft werden Psychotherapien aus qualitätsrelevanten Gründen abgebrochen? 2. Anhand welcher Merkmale lassen sich problematische Abbrüche vorhersagen? 3. Sind Therapien mit nichtplanmäßigen Abbrüchen Misserfolge im Sinne eines Ausbleibens einer Symptomreduktion? Oder Misserfolge im Sinn eines schlechteren Therapieergebnisses im Vergleich mit Therapien mit regulärem Ende?

Insgesamt umfasste die Studie 1.696 Patienten, von denen 1.449 eine antragspflichtige Psychotherapie begannen. 447 Psychotherapien wurden im Untersuchungszeitraum regulär oder vorzeitig, aber mit unproblematischen Grund beendet. 137 wurden aus einem problematischen Grund abgebrochen.

Als Risikofaktoren für einen Abbruch stellten sich unter anderen heraus: Patient weiblich, Patient arbeitslos sowie geringe Erfolgszufriedenheit bei Patient und/oder Therapeut. Ein Drittel der vorzeitig beendeten Therapien wurden nach Auskunft des Therapeuten aufgrund einer „Patientenseitigen Verweigerung der Therapie" abgebrochen. Die Ursachen solcher Therapieverweigerungen müssen noch stärker erforscht werden, so ein Fazit der Forscher.

Die Studie gibt außerdem Hinweise darauf, dass eine überdurchschnittlich große Beziehungszufriedenheit des Therapeuten bei gleichzeitig geringer Erfolgszufriedenheit ebenfalls zur Stagnation oder Abbruch des Therapieprozesses führen kann. „Wenn sich Therapeuten zu stark auf die Denk- und Verhaltensmuster des Patienten einlassen, können sie keine produktiven Handlungsalternativen mehr bieten", vermuten Altmann und Kollegen.

Positiv zu vermerken ist, dass auch abgebrochene Psychotherapien in der Regel mit einer Verbesserung der Symptomatik einhergehen. „Depressivität, Ängste, somatische Beschwerden und Stress wurden bei Therapieabbrechern signifikant verringert. […] Patienten mit regulärem oder unproblematischen Therapieende profitieren jedoch stärker von der Therapie."

Die Studie wurde in der Psychiatrischen Praxis (2014, Bd. 41, S. 305–312, doi: 10.1055/s-0034–1370172) publiziert. Kontakt: uwe.altmann@med.uni-jena.de.

Isolde Asbeck

Bücher

Alexandra von Bose
Bunte Vielfalt – Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen

Springer Verlag
ISBN: 9783662435793
Preis: 9,99 Euro

„Bunte Vielfalt – Interkulturelle Zusammenarbeit in Gesundheitsberufen" von Alexandra von Bose ist ein kompakter Praxisleitfaden für alle Angehörigen von Gesundheitsfachberufen, die sich zunehmend kommunikativen Herausforderungen stellen müssen. Es behandelt nicht nur die Verständigung mit internationalen Patienten, sondern auch die Zusammenarbeit mit Kollegen anderer Herkunft, Kultur oder Wertvorstellungen. Zahlreiche Beispielgeschichten zeigen, wo der Kern der interkulturellen Kompetenz anzusetzen ist. Das Buch beschreibt die Kommunikation im Miteinander mit Menschen anderer Kulturen, da sich hier am ehesten das Bewusstmachen von Stereotypen darstellen lässt. Auch werden Themenbereiche wie Geschlechterrollen, Schamgefühl und kulturspezifische Missverständnisse aufgegriffen. Das letzte Drittel des Buches befasst sich mit dem sensiblem Aspekt der Fremdheitserfahrung und Krankheit, denn nur wenige Arbeitsbereiche sind so intim wie die Pflege eines Menschen. Es bietet hilfreiche Informationen, um auf kultursensible Pflege vorbereitet zu sein.

Auf 171 Seiten wird in acht Kapiteln im A6 Pocketformat dem Leser eine strukturierte und gut verständliche Kommunikationshilfe mit anschaulichen und praxisnahen Beispielen an die Hand gegeben. Untermauert durch auflockernde Karikaturen werden kulturgeprägte Situationen charmant dargestellt. Insgesamt ein tolles Werk, das die relevanten Themen sehr übersichtlich abbildet. Als Nachschlagewerk für die Kitteltasche, vor allem für sämtliche in der ambulanten und stationären Versorgung Tätige, eignet sich das Buch hervorragend und kann dabei helfen unkompliziert, feinfühlig und hilfreich sich auf herannahende Situationen einzustellen.

Felicia Knauer
Gesundheits- und Krankenpflegerin,
Gesundheits- und Sozialökonomin (VWA)
Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen

Reden Sie noch oder kommunizieren Sie schon?

Schwierige Gesprächssituationen meistern / Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Ein Patient, der sich verstanden fühlt, zeigt nicht nur eine höhere Therapieadhärenz. Er ist auch zugänglicher in einer der anspruchsvollsten Situationen der Kommunikation, nämlich bei Eintritt eines unerwünschten Ereignisses oder Vorhalt eines Behandlungsfehlers. Leider gehören beide zur Versorgungswirklichkeit. Ein einfühlsames, informierendes Gespräch zeigt dem Patienten medizinische und rechtliche Perspektiven wie Behandlungsstrategien oder die Einschaltung der Gutachter- und Schlichtungsstelle. Gerichtliche Klagen, Strafverfahren und die Einschaltung der Medien lassen sich so oft vermeiden.

v.l.: Die Kursleiter Patrick Weidinger und Dr. med. Walter Merkle mit Kommunikationstrainer Sascha Mansour

Im Seminar „Wenn der Patient Ihnen Fehler vorwirft – Kommunikation und Verhalten in Schadenfällen" der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, das im April bereits zum wiederholten Male stattfand, geht es deshalb nicht nur um das „Was", sondern vor allem um das „Wie" der Kommunikation.

Manche Fälle in Gerichtsprozessen oder in den Medien eskalieren, ohne dass es eine Rolle spiele, ob ein Vorwurf des Patienten gerechtfertigt sei oder nicht, erklären die beiden Referenten Dr. med. Walter Merkle und Rechtsanwalt Patrick Weidinger, Abteilungsdirektor der Deutschen Ärzteversicherung, die Idee zu dieser Veranstaltung. Andererseits gebe es Beispiele dafür, dass Behandlungsverhältnisse trotz eines ärztlichen Fehlers fortgeführt werden. Die Weiche Richtung Konflikt oder Richtung Deeskalation hatte der Behandelnde oft selbst gestellt.

Anhand konkreter Schadenfälle erläuterte Weidinger, der für den juristischen Rahmen des Seminars zuständig ist, das neue Patientenrechtegesetz. Er stellte außerdem eine Anleitung für eine Patientenaufklärung vor und zeigte, wie man sich in einem Schadenfall rechtssicher verhält, ohne den Patienten zu brüskieren.

Das „Wie" der Kommunikation wurde in zwei auf tatsächlichen Fällen beruhenden Filmsequenzen thematisiert. Sascha Mansour, Kommunikationstrainer der Deutschen Ärzteversicherung, analysierte mit den Teilnehmern die Verhaltensfehler der in den Filmen dargestellten Ärzte. Neben der Vorstellung verschiedener Kommunikationsmodelle präsentierte er Techniken zur Kommunikationsförderung und zur Deeskalation.

Mit dem Vortrag „Kommunikation im OP – Fehlermöglichkeiten und Lösungswege" rundete der Leiter Dr. med. Walter Merkle das Seminar ab. Mit vielen Praxisbeispielen erläuterte er, welche Rolle der „Human Factor" für die Patientensicherheit spielt und stellte OTAS (Observational Teamwork Assessment for Surgery) vor, ein im englischsprachigen Raum existierendes Beobachtungsverfahren, mit dessen Hilfe systematisch Informationen über Kommunikation, Koordination, unterstützendes Verhalten, Führung und Aufmerksamkeit generiert und an das Operationsteam weitergebeben werden können.

Die Veranstaltung wird auch im nächsten Jahr wieder angeboten. Interessierte können sich dafür bereits den 23. April 2016 vormerken. Weitere Informationen erhalten Sie über Andrea Flören, Fon: 06032 782–238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de.

Maren Grikscheit

Dr. med. Ernst Girth zum 70. Geburtstag

Personalia

Am 9. Juli 2015 wird Dr. med. Ernst Girth, Internist mit Schwerpunkt Kardiologie und Menschenrechtsbeauftragter der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), 70 Jahre alt. Mit unseren herzlichen Glückwünschen verbindet sich hohe Anerkennung für sein leidenschaftliches Engagement. Das Spektrum, mit dem sich Girth beschäftigt, ist breit: Es geht um Beistand und Rückendeckung für Ärzte, die im staatlichen Auftrag an der Erstellung von Gutachten beteiligt sind und sich gegen die Aufweichung ärztlicher Standards wehren müssen, aber auch um die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge oder um Sanktionen bei der Missachtung berufsethischer Grundsätze: Wenn Menschenrechte bedroht und verletzt werden, wird Girth – langjähriger Delegierter der Landesärztekammer (von 1976 bis 2008) und vor seiner Ernennung zum Menschenrechtsbeauftragten Präsidiumsmitglied (1996–2000) – aktiv. Seit Beendigung seiner klinischen Tätigkeit als Kardiologe und leitender Arzt eines großen Herzkatheterlabors berät Girth heute in eigener privatärztlicher Praxis bei Herzkrankheiten.

Dr. med.
Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Wieso erst jetzt?

Zum Beitrag „Geschichte der Landesärztekammer Hessen von 1876 bis 1956 – Einblicke in ein Forschungsprojekt“ von Prof. Dr. phil. Benno Hafenger et al., Hessisches Ärzteblatt 05/2015, Seite 261

Mit Anerkennung und Interesse habe ich dem Hessischen Ärzteblatt 05/2015 entnommen, dass die Landesärztekammer Hessen als „erste Kammer“ ihre Geschichte in der Zeit des Nationalsozialismus untersucht, mit einem auf zwei Jahre angelegten Forschungsvorhaben seit 1. April 2014, also – und dies gibt zu denken – fast 70 Jahre nach Ende der NS-Herrschaft. Es bleiben viele Fragen, zum Beispiel: Weshalb nur Hessen? Wieso erst jetzt? Weil der Berufsstand der deutschen Ärzteschaft im Prozentsatz seiner Mitgliedschaft in der NS-Bewegung nur noch von dem der Juristen übertroffen wurde, wie schon vor Jahrzehnten zu lesen war?

Was ist mit der Zeit danach? Wieso müssen erst zwei Generationen vergehen – zumindest in den sogenannten alten Bundesländern – bis eine kritische Befassung mit der Involvierung von Mandatsträgern in den eigenen Reihen beginnt? Von welchem anderen gegenwärtigeren Unrecht wird mit der immer wieder brandaktuellen Beschäftigung der in Deutschland lange vertuschten Verstrickung in die Stabilisierung des NS-Systems und in die Perpetuierung seines Geistes abgelenkt?

Dass der Untersuchungszeitraum auch die Zeit nach 1945 erfasst, wenn auch nur bis 1956 (dem Gründungsjahr der LÄKH), ist zu begrüßen, auch die Hoffnung, dass das Vorhaben auf die Zeit nach 1956 ausgedehnt wird. Die im Artikel erwähnte „großzügige“ Handhabung der Entnazifizierung durch (westliche) Siegermächte ist lange bekannt und bestätigt die fragwürdige Seilschaft unserer nachkriegsdemokratischen Dienste, Ämter und Politiker mit den legeren Praktiken der Alliierten: Wie leicht die Entlastung hoher NS-Funktionsträger bis zum Obersturmbannführer gelang, erfuhr ich als junger Hausarzt schon in den frühen 1980er-Jahren.

Dr. med. Frank Köhler
Facharzt für Allgemeinmedizin
und Psychotherapie, Frankfurt/Main

Weitere Polemik gegen Tierversuche

Zum Beitrag „Tierversuche im Fokus“ von Dr. med. M.sc. Eva Katharina Kühner, Hessisches Ärzteblatt 06/2015, Seite 355

Der Beitrag ist eine weitere Polemik gegen die Verwendung von Tierversuchen zur Verbesserung der Arzneimitteltherapie beim Menschen. Leider ist es in solchen Beiträgen üblich, statistische Zahlen ohne Hintergrundinformationen zu verwenden.

Wenn Arzneistoffe untersucht werden, geht eine präklinische Phase voraus (Computermodelle, Zellkulturen, physikochemische Untersuchungen, Löslichkeit, mikrobielle Untersuchungen u.a.), in der keine Tiere verwendet werden. In dieser Phase werden viele Moleküle für eine weitere Studienphase ausgeschlossen. Die präklinische Phase wird von den Tierversuchskritikern in die „Tierversuche“ integriert, in der Originalstatistik machen hier die „Verluste“ bereits 30 Prozent aus (www.understandinganimalresearch.org.uk/). Es folgen die Studienphasen 1 bis 3, bevor eine Registrierung des Arzneistoffes für eine klinische Anwendung in Betracht kommt. Das Verfahren dient der Aussortierung von Arzneistoffen, die ein Risiko für den Patienten hinsichtlich Pharmakokinetik (Ausscheidung über Leber, Niere, Magen-Darm, etc.), Wirkmechanismen (Rezeptor-/nicht-Rezeptor-vermittelt), Unverträglichkeiten, allergischen Reaktionen, Toxizität auf verschiedenen Ebenen u.a.m. darstellen könnten. In den Phasen 1 bis 3 werden weitere Stoffe ausgesondert, die ein Risiko darstellen könnten. Die standardisierten Verfahren dienen dem Schutz des Patienten und haben primär nichts mit Tierversuchen zu tun.

Auch muss ich der Autorin widersprechen, dass Ergebnisse von Tierversuchen nicht übertragbar seien. Ein großer Teil der Forschung zu Wirkmechanismen über Rezeptoren wurde in Tierversuchen erarbeitet und hat erfolgreiche Anwendung in der Medizin gefunden. Auch die in Tierversuchen (an verschiedenen Spezies) erhaltenen Informationen zur Pharmakokinetik geben wichtige Hinweise für ein Verhalten eines Arzneistoffes beim Menschen. Weiterhin kann die Berücksichtigung einer unterschiedlichen Zeitstruktur (biologische Uhr), zum Beispiel zwischen Mensch (tag-aktiv) und den am häufigsten verwendeten Versuchstieren Ratte (nacht-aktiv), die Übertragbarkeit der physiologischen Regulationsmechanismen zwischen den Spezies außerordentlich erhöhen (siehe Lemmer, Chronopharmakologie, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Stuttgart, 4. Auflage, 2012).

Das Fehler gemacht werden, Irrtümer geschehen – auch bewusst gemogelt und betrogen wird – ist unbestritten. Um diese Faktoren zu reduzieren sind gerade Entscheidungsbäume und Vorgehensregelungen gesetzlich festgelegt worden, und sie werden ständig hinterfragt.

Prof. em. Dr. med. Dr. h.c
Björn Lemmer
Institut für Experimentelle und Klinische
Pharmakologie und Toxikologie,
Med. Fakultät Mannheim der
Universität Heidelberg
E-Mail: bjoern.lemmer
@medma.uni-heidelberg.de

Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen vor.

Wohlbegründete Sicht auf die menschliche Psyche

Nachruf auf Prof. Dr. med. Stavros Mentzos, Frankfurt

Am 16. Mai 2015 starb der Frankfurter Psychiater und Psychoanalytiker Prof. Dr. med. Stavros Mentzos im Alter von 85 Jahren in Bad Soden. Er leitete von 1971 bis 1995 die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik des Zentrum für Psychiatrie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main.

Professor Mentzos starb unerwartet; noch drei Tage vor seinem Tod hat er in seiner psychotherapeutischen Praxis in Frankfurt gearbeitet. Bei der Trauerfeier am 26. Mai haben seine Familie und Freunde, aber auch zahlreiche ehemalige Mitarbeiter/innen und Kollegen/innen von ihm Abschied genommen.

Stavros Mentzos wurde 1930 in Athen geboren. Nach dem Medizinstudium und dem Militärdienst ging er 1957 an das Universitätsklinikum Hamburg, wo er bei Prof. Dr. med. Hans Bürger-Prinz die Facharztweiterbildung zum Nervenarzt und einen Großteil der psychoanalytischen Ausbildung absolvierte. Seine Lehranalytiker waren PD Dr. med. Wolf-Dietrich Grodzicki (Hamburg), später Dr. med. Margarete Mitscherlich-Nielsen (Frankfurt). Seine Promotion 1960 behandelte ein neurologisches Thema und die Habilitation 1967 ein psychiatrisches. Im gleichen Jahr ging Mentzos mit Prof. Dr. med. Hans Joachim Bochnik an die Uniklinik Frankfurt/M und schloss dort am Sigmund-Freud-Institut seine psychoanalytische Ausbildung ab.

1971 wurde Stavros Mentzos Professor und baute die Abteilung für Psychotherapie und Psychosomatik im Zentrum der Psychiatrie des Klinikums der Goethe-Universität auf. 1976 übernahm Prof. Dr. med. Gerd Overbeck den Funktionsbereich Psychosomatik. Zu Hochzeiten bestand die Abteilung aus 26 Stellen an drei Standorten der Universität. 1995 wurde Mentzos emeritiert.

Erinnerung an Prof. Dr. med. Stavros Mentzos (1930–2015)

Mentzos' Schwerpunkt lag auf der Forschung, Lehre, aber insbesondere auf der klinischen Arbeit mit neurotischen und psychotischen Patienten in der ambulanten Versorgung. Zudem war er Lehranalytiker und Supervisor.

Nahezu alle seine Fachbücher wurden zu Bestsellern: „Interpersonale und institutionalisierte Abwehr" (1976), „Neurotische Konfliktverarbeitung" (1982), „Psychodynamische Modelle in der Psychiatrie" (1991), „Depression und Manie. Psychodynamik und Therapie affektiver Störungen" (1995), „Der Krieg und seine psychosozialen Funktionen" (2002), „Lehrbuch der Psychodynamik. Die Funktion der Dysfunktionalität psychischer Störungen" (2009).

Mentzos publizierte auch zusammen mit seinen Mitarbeitern und Mitarbeiterinnen viel beachtete Arbeiten wie: „Hysterie. Zur Psychodynamik unbewusster Inszenierungen" (1980), „Angstneurose. Psychodynamische und psychotherapeutische Aspekte" (1984) und „Psychose und Konflikt" (1992).

Sein Arbeits- und Forschungsschwerpunkt wurde zunehmend die psychoanalytische Psychosentherapie im Rahmen des legendären „Frankfurter Psychose-Projekts", das 1995 nach seiner Emeritierung außeruniversitär und bundesweit weiter arbeitete und durch die Schriftenreihe „Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie" bekannt wurde. Mentzos war auf Weiterbildungen und wissenschaftlichen Tagungen ein sehr gefragter Redner. Er verstand es, komplizierte psychodynamische Zusammenhänge der Psychosentherapie theoretisch und klinisch brillant zu vermitteln. Zahlreiche Kollegen suchten ihn als Supervisor auf, um die Psychodynamik ihrer Patienten besser zu verstehen.

Seinen zahlreichen Assistenten/innen (Mediziner und Psychologen) ermöglichte er, sich in ihrer klinischen und wissenschaftlichen Arbeit in einer kreativen und von einem humanistischen Geist getragenen Atmosphäre frei zu entwickeln. Sie sind ihm für diese berufliche Erfahrungen und seine immer freundliche, aber auch distanzierte Grundhaltung als Chef sehr dankbar.

Stavros Mentzos war Psychiater und Psychoanalytiker. Er hatte eine eigene, kreative und klinisch-wissenschaftlich wohlbegründete Sicht auf die menschliche Psyche. Damit war er bei Psychiaten und auch Psychoanalytikern nicht immer im Mainstream und zuhause. Das wollte er auch nicht; Dialektik, Konflikt, Dilemma und Bipolarität haben ihn eben immer schon fasziniert.

Prof. Dr. med. Matthias Elzer
Vorsitzender des
Frankfurter Psychoanalytischen Instituts
E-Mail: matthias.elzer@fpi.de

4. Bundeskongress des VLK

Datum: Samstag, 19. September 2015, 10 bis 16.15 Uhr, **Eintritt frei!**
Ort: Hilton Berlin, Mohrenstraße 30
Veranstalter: Verband der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK)
Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Thema: „Der Leitende Krankenhausarzt: Sündenbock oder Wertschöpfer?"
Wissenschaftliche Leitung:
Prof. Dr. med. Hans-Fred Weiser, Präsident des VLK
Infos & Anmeldung: www.vlk-online.de

Foto: Uniklinikum Frankfurt/Main

Die 33-jährige Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie **Dr. med. Miriam Rüsseler** aus Frankfurt/Main hat für ihre außergewöhnlichen Leistungen auf dem Gebiet der medizinischen Lehre und Lehrforschung den mit 5.000 Euro dotierten Theodor-Stern-Stiftungspreis erhalten. Schon als Studentin im Praktischen Jahr hatte sie ein Trainingsprogramm für Studierende im Fach Chirurgie entwickelt, das in Frankfurt inzwischen zur Standardausbildung zählt, sowie ein Prüfungsformat für die Notfallmedizin. Beide wurden mittlerweile in internationale und nationale Lehrpläne und Kurse der Aus- und Weiterbildung integriert. Rüsseler ist Unterrichtsbeauftragte des Frankfurter Zentrums für Chirurgie und leitet das vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit 1,8 Millionen Euro geförderte Verbundprojekt „Praktische Klinische Kompetenz" zur Weiterentwicklung der chirurgischen Ausbildung.

Foto: privat

Die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologische Endokrinologie und Fortpflanzungsmedizin e.V. (DGGEF) mit Sitz in München hat erstmals mit **PD Dr. med. habil. Nicole Sänger** eine Frankfurterin in den Vorstand berufen. Sänger ist geschäftsführende Oberärztin am Universitätsklinikum Frankfurt/Main und leitet seit 2013 den Schwerpunkt für Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Einer ihrer klinischen Schwerpunkte liegt in der Behandlung von Sterilitätspatientinnen und insbesondere bei Uterus myomatosus. Im Rahmen ihrer wissenschaftlichen Arbeit, die auch zur Habilitation führte, wurde Sänger vom National Cancer Center, New York, mit einem Forschungsstipendium in Höhe von 125.000 Euro gefördert.

Foto: Akademie für öffentliches Gesundheitswesen

Ehrung für Leitung des Gesundheitsamts Frankfurt/Main: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. René Gottschalk (links), und seine Stellvertreterin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf.

Der Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt/Main, **Prof. Dr. med. Dr. med. habil. René Gottschalk** (Infektiologe), und seine Stellvertreterin **Prof. Dr. med. Ursel Heudorf** (Hygienikerin) sind vom Bundesverband der Ärztinnen und Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Rostock mit der Johann-Peter-Frank-Medaille ausgezeichnet worden, dem höchsten Ehrenpreis des Verbandes. Der Präsident des Niedersächsischen Landesgesundheitsamtes, **Dr. med. Matthias Pulz**, bezeichnete die beiden Preisträger als „herausragende Experten auf dem Gebiet der Infektionsprävention, die durch ihre exzellente Fachkompetenz und ihr langjähriges, innovatives Engagement eine Vorbildfunktion innerhalb des Öffentlichen Gesundheitsdienstes einnehmen". Die Ehrung gelte gleichzeitig dem Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt, das Vorbildcharakter für andere Institutionen habe.
Der Namensgeber der Auszeichnung, der Arzt **Johann Peter Frank** (1745–1821), gilt als Begründer der Sozialhygiene und der Öffentlichen Gesundheitsdienste.

Foto: Lichtenau e.V.

Die Orthopädische Klinik Hessisch Lichtenau hat einen neuen Chefarzt. **Dr. med. Franz-Josef Müller** führt seit Anfang des Jahres den Bereich Allgemeine Orthopädie und Traumatologie. Er hat diesen Bereich bereits als Leiter verantwortet. Müller bleibt außerdem Chefarzt des Nachsorgezentrums Lichtenau. Er ist auf spezielle operative Orthopädie, physikalische Therapie und rehabilitative Medizin sowie Kinderorthopädie spezialisiert. Seine klinischen Schwerpunkte liegen in den Bereichen Endoprothetik und Wechseloperationen von Hüften und Knien, Vorfußchirurgie, Kreuzbandersatz sowie auf Versteifungs- und Achskorrekturoperationen der großen Gelenke und Röhrenknochen.

Foto: privat

Die Deutsche Stiftung für Herzforschung (DSHF) hat die mit rund 60.000 Euro dotierte Dr. Rusche-Projektförderung neu vergeben. Ausgezeichnet wurde das Forschungsvorhaben von **PD Dr. med. Bernd Niemann**, Ltd. Oberarzt der Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg (UKGM), Standort Gießen. Das für die Projektdauer von zwei Jahren geförderte Projekt trägt den Titel „Bedeutung der microRNA-vermittelten Interaktion zwischen epikardialem Fettgewebe und Myokard für die Adipositas-assoziierte perioperative metabolische und funktionelle Reduktion". Die Studie soll die Rolle von Signalmolekülen und Fettgewebshormonen im Herzen fettleibiger Menschen untersuchen und ihre Bedeutung für die Herzleistung dieser Patienten während und nach einer Herzoperation.

Foto: Archiv DKK

PD Dr. med. Ole-Alexander Breithardt (Foto) ist neuer Chefarzt der Klinik für Kardiologie und Rhythmologie der Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel (DKK). Er wird Nachfolger von **Prof. Dr. med. Albrecht Vogt**, der nach einer gemeinsamen Übergangszeit am 31. August in den Ruhestand gehen wird. Breithardt ist Facharzt für Innere Medizin mit den Schwerpunkten Kardiologie und internistische Intensivmedizin

Foto: Lahn-Dill-Kliniken

Professor Dr. med. Jan Schmitt (links) und PD Dr. med. Thomas Gausepohl (rechts) leiten ab sofort auch die Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie an den Dill-Kliniken in Dillenburg. Sektionsleiter ist Dr. med. Hans-Ferdinand Virnich (Mitte).

Die Unfallchirurgie und Orthopädie der Lahn-Dill-Kliniken ist jetzt standortübergreifend innerhalb eines Zentrums organisiert. Damit erhalten die Dill-Kliniken in Dillenburg auch zwei neue Leiter für den Bereich Unfallchirurgie und Orthopädie: **PD Dr. med. Thomas Gausepohl** und **Professor Dr. med. Jan Schmitt**, beide Chefärzte der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie am Klinikum Wetzlar, leiten jetzt auch die Abteilung der Dill-Kliniken in Dillenburg. Sie bleiben weiter Chefärzte der Abteilung am Klinikum Wetzlar und sind als Leiter des Zentrums für Unfallchirurgie und Orthopädie für beide Standorte verantwortlich.

Foto: SpiFa/A. Schoelzel

Der 2014 umgestaltete Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e.V. (SpiFa) will mit erweitertem Vorstand und neuen Mitgliedern Verantwortung für alle Fachärzte in Deutschland übernehmen. Gewählt wurden **Dr. med. Dirk Heinrich** als 1. Vorsitzender, **Dr. med. Axel Schroeder** als 2. Vorsitzender und **Dr. med. Christian Albring** als 3. Vorsitzender. Neu als 4. Vorstand wurde **Dr. med. Hans-Friedrich Spies** (Foto, BDI) gewählt, Internist und Kardiologe aus Frankfurt/Main.
Der Wahl vorausgegangen war der Beitritt des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte sowie des Berufsverbandes Deutscher Neurologen, des Berufsverbandes Deutscher Psychiater und des Berufsverbandes für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland.

Der Wissenschaftsrat hat **Prof. Dr. med. Simone Fulda**, Direktorin des Instituts für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie am Uniklinikum Frankfurt/Main, zur Vorsitzenden des Ausschusses für Forschungsbauten bestimmt. Bund und Länder haben dem Wissenschaftsrat die Aufgabe übertragen, geplante Förderungen von Forschungsbauten zu prüfen und eine Priorisierung vorzuschlagen. Der Ausschuss für Forschungsbauten bereitet diese Entscheidung vor und hat damit eine wesentliche Funktion für die Weiterentwicklung der Forschungslandschaft in Deutschland.

Foto: DSO

Seit Mitte Mai ist **PD Dr. med. Ana Paula Barreiros Clara** (42) Geschäftsführende Ärztin in der Region Mitte der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO). Sie unterstützt gemeinsam mit einem Team von 16 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern die rund 200 Entnahmekrankenhäuser in Hessen, Rheinland-Pfalz und Saarland im Organspendeprozess. Barreiros Clara ist Fachärztin für Innere Medizin, Gastroenterologie und Infektiologie. Sie war bisher als Oberärztin am Universitätsklinikum Regensburg tätig. Die enge Zusammenarbeit mit dem medizinischen Personal in den Entnahmekrankenhäusern ist ihr ein besonderes Anliegen. „Durch Aufklärung und Unterstützung im Organspendeprozess können Unsicherheiten und Ängste abgebaut und die Transparenz im Bereich der Organspende und der Transplantationsmedizin gesteigert werden", unterstreicht die Medizinerin ihre Ziele.

Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Dr. hc mult. David Groneberg, Direktor und Lehrstuhlinhaber des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main, hat die Fritz Lickint-Medaille der Deutschen Gesellschaft für Nikotin- und Tabakforschung e.V. (DGNFTF) erhalten. Groneberg hat sich als Mediziner, Wissenschaftler, Universitätsprofessor und Autor des Fachbuches „Tabakabhängigkeit – gesundheitliche Schäden durch das Rauchen" im Sinne der Statuten der DGNFTF verdient gemacht.

Foto: Karl-Heinz Burkhardt

Für 60-jährige Mitgliedschaft ist **Dr. med. Hans Medler** aus Hünfeld vom Sportärzteverband Hessen mit dem Ehrenzinnbecher geehrt worden. Gewürdigt wurde vor allem die Vielseitigkeit des Sportarztes auf mannigfaltigen sportmedizinischen Gebieten und sein Einsatz für die hessische Sportmedizin. 2013 wurde ihm die Goethe-Plakette des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst verliehen, seit 1978 ist der mittlerweile 91-Jährige Träger des Bundesverdienstkreuzes am Bande.

Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. Stefanie Dimmeler, Direktorin des Instituts für Kardiovaskuläre Regeneration im Zentrum für Molekulare Medizin an der Goethe-Universität Frankfurt/Main hat vom Europäischen Forschungsrat (ERC) den ERC Advanced Investigator Grant erhalten. Der ERC bewilligte der Biologin und Biochemikerin für ihre Forschungen 2,5 Millionen Euro für die nächsten fünf Jahre. Dimmeler untersucht die Regeneration im Gefäßsystem und im Herzen mit Hilfe von microRNA. Sie erhielt zahlreiche Forschungspreise, darunter den renommierten Gottfried Wilhelm Leibniz-Preis der Deutschen Forschungsgemeinschaft und den Ernst Jung-Preis für Medizin.

Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Die Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ der AWMF will Leitlinien besser in der Praxis verankern

Um Ärztinnen und Ärzte bei der Entscheidung für die jeweils sinnvolle Behandlung für ihre Patienten zu unterstützen, haben die Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften in der AWMF Leitlinien entwickelt, die immer wieder überarbeitet werden. Im Alltag sei die Umsetzung aus vielen Gründen jedoch oftmals schwierig, sagt Prof. Dr. med. Ina Kopp, Leiterin des Instituts für Medizinisches Wissensmanagement der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) in Marburg. Die AWMF hat deshalb die Initiative „Gemeinsam Klug Entscheiden“ gegründet.

Die Initiative will auf häufige Versorgungsprobleme aufmerksam machen und Empfehlungen zu ihrer Behebung anbieten. Erreicht werden sollen Ärzte und Patienten sowie auch Krankenkassen und Politik. Die Empfehlungen werden aus hochwertigen Leitlinien sorgfältig und nachvollziehbar ausgewählt und von den jeweils thematisch maßgeblichen Fachgesellschaften gemeinsam getragen.

Die Entwicklung und Finanzierung der Empfehlungen liegt bei den 171 Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, die sich in der AWMF zusammengeschlossen haben.

Siehe dazu auch den Beitrag von Albrecht Encke und Ina Kopp „Bedeutung und Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien für die klinische Praxis“ im Hessischen Ärzteblatt 02/2015). (asb)

Bürgerhospital und Clementine Kinderhospital als Akademische Lehrkrankenhäuser zertifiziert

Bei der Wahl ihrer Ausbildungsstätte im Praktischen Jahr (PJ) haben es Medizinstudierende ab sofort leichter. Durch ein neues Zertifikat bietet der Medizinische Fakultätentag der Bundesrepublik Deutschland e.V. (MFT) den angehenden PJ-lern eine neutrale Orientierungshilfe. In Frankfurt/M haben nun das Bürgerhospital und das Clementine Kinderhospital als Akademische Lehrkrankenhäuser die Anforderungen des MFT erfüllt. Sie dürfen ab sofort das MFT-Zert-Gütesiegel „Zertifiziertes Akademisches Lehrkrankenhaus“ tragen. Bei der Zertifizierung überprüfen jeweils zwei unabhängige Gutachter die Einhaltung von 24 Qualitätsstandards. (Quelle: Bürgerhospital)

Hessische Krankenhausgesellschaft kritisiert Gesetzentwurf zur Krankenhausreform

Der von der Bundesregierung vorgelegte Entwurf für das sogenannte Krankenhaus-Strukturgesetz (KHSG) ist nach Ansicht der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) „eine große Enttäuschung für die Krankenhäuser in Hessen“. Die von der Regierung angekündigte Krankenhausreform, die nun in den Gesetzentwurf eingemündet ist, habe finanzielle Hilfen für die schon seit Jahren unterfinanzierten Krankenhäuser in Deutschland in Aussicht gestellt. „Was nun herauskommt, ist exakt das Gegenteil, denn die Kliniken werden in der Regelversorgung in der Tendenz finanziell eher schlechter gestellt als bisher“, heißt es in einer Mitteilung der HKG. Mehr dazu unter: http://www.hkg-online.de/presse/pressearchiv/ 2015.html (Presseinformation vom 7. Mai 2015).

Erstes Epilepsiezentrum in Südhessen

Am Universitätsklinikum Frankfurt/M wurde jetzt das Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main eröffnet. Nach Angaben der Uniklinik bietet es nun Möglichkeiten in Diagnostik und Behandlung, die zuvor in der Region nicht vorhanden waren. In Hessen seien rund 36.000 Menschen von Epilepsie betroffen, heißt es in einer Mitteilung der Uniklinik. Ein Drittel von ihnen könne die gängige medikamentöse Behandlung nicht von Anfällen befreien. Dagegen kann es nach Auskunft der Frankfurter Mediziner möglich sein, diese Patienten zu über 50 Prozent von Anfällen zu befreien, wenn man sie epilepsiechirurgisch behandelt. Die dafür nötige Infrastruktur bietet nun das Epilepsiezentrum am Uniklinikum Frankfurt. Die Leitung obliegt Prof. Dr. med. Felix Rosenow, der zuvor das Epilepsiezentrum Marburg leitete. Er ist unter anderem Mitkoordinator eines internationalen Epilepsieforschungsprojekts. Seine Arbeit wird von der EU mit 2,2 Millionen Euro gefördert.

Forschungsprogramm über ADHS und ASS

Ein neues Forschungsprogramm geht neurobiologischen Ursachen und Risikofaktoren von ADHS und Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) auf den Grund. In der nun beginnenden Studie MiND – kurz für Mastering Skills in the Training Network for Attention Deficit Hyperactivity and Autism Spectrum Disorders – arbeiten Wissenschaftler aus ganz Europa und Industrieunternehmen zusammen. Die EU fördert das Projekt mit 3,9 Millionen Euro. Am Uniklinikum Frankfurt/M nehmen zwei Kliniken an MiND teil: Die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters unter Leitung von Prof. Dr. med. Christine M. Freitag und ihr Pendant für das Erwachsenenalter unter Prof. Dr. med. Andreas Reif.

Neu: Psychoanalytisches Zentrum

In Frankfurt/M ziehen fünf Institute aus dem Bereich der Psychoanalyse unter ein gemeinsames Dach. Dafür wurde das alte Gebäude des Sigmund-Freud-Instituts im Frankfurter Westend (Myliusstraße 20) umgebaut und erweitert. Hausherr ist das Sigmund-Freud-Institut (SFI), Psychoanalytisches Forschungsinstitut und Stiftung des Landes Hessen. Dazu kommen das Frankfurter Psychoanalytische Institut (FPI), das Anna-Freud-Institut (AFI), der Frankfurter Arbeitskreis für Psychoanalytische Pädagogik (FAPP) und das Jüdische Psychotherapeutische Beratungszentrum (JBZ). In diesem neuen psychoanalytischen Zentrum erhoffen sich alle Beteiligten eine intensive und produktive Kooperation für die professionelle psychotherapeutische Versorgung von Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen sowie für Ausbildung und Forschung. Einweihung ist am 18./19. September 2015. (asb)

E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Gegen das Vergessen

Stolperstein für Dr. med. Josef Strauß (1872–1942)
Facharzt für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in Frankfurt

Am 17. Mai 2015 wurde in Frankfurt am Main in Zusammenarbeit mit der dortigen Initiativgruppe mit der Verlegung eines Stolpersteines an Dr. med. Josef Strauß erinnert. Strauß führte von 1899 bis 1938 in der Frankfurter Kaiserstraße 36 eine Spezialpraxis für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten. Als Jude wurde Josef Strauß am 19. August 1942 in das Ghetto Theresienstadt deportiert; dort starb er drei Monate später. Seither war er vergessen.

Die Erinnerung an die Opfer der NS-Schreckensherrschaft wachzuhalten – dieser Aufgabe widmet sich seit Jahren der Kölner Bildhauer Gunter Demnig mit seinem Projekt „Stolpersteine". Er verlegt, meist in Zusammenarbeit mit örtlichen Initiativen, vor dem letzten selbst gewählten Wohnort der Ermordeten Gedenktafeln aus Messing ins Trottoir. Inzwischen liegen Stolpersteine in über 500 Orten Deutschlands und in mehreren Ländern Europas.

Josef Strauß wurde am 16. Oktober 1872 in Heilbronn in einer jüdischen Familie geboren. Er war der jüngere Bruder des national und international bekannten Internisten und Wissenschaftlers Hermann Strauß, der nach seiner Tätigkeit in der Charité von 1910 bis 1942 die Abteilung für Innere Medizin am Jüdischen Krankenhaus Berlin leitete und der wegweisende Beiträge zur Entwicklung der Medizin erarbeitete [1]. So führte er unter anderen die „Strauß-Kanüle" zur einfachen Blutentnahme sowie zur Infusion und die kochsalzarme Diät zur Therapie von Nierenkrankheiten ein. – Josef Strauß' Neffe war der spätere einflussreiche Staatssekretär im Bundesjustizministerium Walter Strauß, der 1946 aus Berlin zunächst nach Hessen kam, die Leitung des Rechtsamtes der Bizone übernahm, das Land Hessen im Parlamentarischen Rates vertrat und der wesentlich an der Formulierung des Grundgesetzes beteiligt war.

Josef Strauß studierte Medizin in Berlin und in Straßburg. Dort erhielt er 1895 seine Approbation. Im gleichen Jahr wurde er promoviert [2].

1895 wechselte er für 2 ½ Jahre nach Frankfurt am Main an die Medizinische Klinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt-Sachsenhausen zu dem Stoffwechselforscher Carl Harko von Noorden, 1 ½ Jahre als dessen Privatassistent [3]. Zudem arbeitete er im Frankfurter Armen- und Siechenhaus bei August Knoblauch [4]. Danach bildete sich Strauß in Berlin unter anderem bei dem damals führenden Neurologen Hermann Oppenheim fort, bevor er bei Carl Anton Ewald, dem Wegbereiter der modernen Gastroenterologie, im Berliner Augusta-Hospital seine spezielle Weiterbildung zum „Magen-Darm-Arzt" erhielt [5]. Es war jene Abteilung, in der Josefs Bruder Hermann Strauß sieben Jahre zuvor seine internistische ambitionierte Weiterbildung begonnen hatte [6].

Foto: Familienarchiv Irene Hallmann-Strauß

Er starb während der NS-Diktatur im Ghetto Theresienstadt: Dr. med. Josef Strauß (1872–1942)

1899 eröffnete Josef Strauß seine Spezialpraxis für Magen-, Darm- und Stoffwechselkrankheiten in der Kaiserstraße 36 in Frankfurt/Main. Das Spektrum seiner ärztlichen Tätigkeit umfasste neben den Verdauungskrankheiten die Betreuung und Behandlung von Patientinnen und Patienten mit einem Diabetes mellitus. Mit der Einführung des Insulins in den 1920er-Jahren ergaben sich grundsätzlich neue therapeutische Möglichkeiten.

Unter der Diktatur der Nationalsozialisten verlor Strauß 1933 die kassenärztliche Zulassung. Am 30. September 1938 wurde ihm die Approbation entzogen. Eine geplante Flucht in das Ausland scheiterte, seine letzte Adresse lautete Gagernstraße 36, jene des Krankenhauses der Israelitischen Gemeinde Frankfurts [7].

1942 wurde Josef Strauß im Alter von 69 Jahren in das Ghetto Theresienstadt deportiert [8]. Er starb dort am 30. November 1942, vermutlich an den Folgen einer schweren Enteritis [9]. Seine 1877 geborene Schwester Eva, die mit dem Berliner Neurologen und Psychiater Dr. Max Edel verheiratet war, wurde aus Berlin nach Theresienstadt deportiert; sie starb im Ghetto am 14. November 1942 [10]. Der 74-jährige Bruder Hermann Strauß wurde am 30. Juli 1942 nach Theresienstadt deportiert; er war dort seit Oktober 1942 Mitglied des Ältestenrates. Er starb im Ghetto am 17. Oktober 1944 [11].

Dr. med. Harro Jenss
Worpswede
E-Mail: h.jenss@gmx.de

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

Zum Autor:
Dr. med. Harro Jenss hat als Internist und Gastroenterologe viele Jahre an der Tübinger Medizinischen Universitätsklinik und von 1994 bis 2011 als Leitender Arzt am Spital Waldshut/Südbaden gearbeitet. Seit langem beschäftigt er sich mit vergessenen jüdischen Gastroenterologen. Jenss ist ehrenamtlich als Archivar für die Deutsche Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten (DGVS) tätig. Die Stolperstein-Initiative in Frankfurt/Main hat seine Anregung eines Stolpersteins für Dr. med. Josef Strauß verwirklicht.

Literatur zum Artikel:

Gegen das Vergessen

Stolperstein für Dr. med. Josef Strauß (1872–1942)

von Dr. med. Harro Jenss

1. Vgl. Jenss H., Hermann Strauss, Internist und Wissenschaftler an der Charité und am Jüdischen Krankenhaus Berlin. Jüdische Miniaturen, Bd. 95, Hentrich & Hentrich, Berlin 2010.

2. Strauß J. Untersuchungen über den Gehalt des eiweißhaltigen Harns an Serumalbumin, Serumglobulin, Nucleoalbumin und Mucin, unter besonderer Berücksichtigung der Frage der Nucleoalbuminurie. Strassburg, Med. Fak., Inaug.-Diss. 1895.

3. Kallmorgen W. Siebenhundert Jahre Heilkunde in Frankfurt am Main. Verlag Moritz Diesterweg, Frankfurt am Main 1936, S. 426.

4. Ebd.

5. Ebd.

6. Jenss H. Carl Anton Ewald (1848–1915). Wegbereiter der Gastroenterologie. Freiburg 2009.

7. Datenbank der aus Frankfurt am Main deportierten jüdischen NS-Verfolgten. Jüdisches Museum/Museum Judengasse Frankfurt.

8. Theresienstädter Gedenkbuch. Die Opfer der Judentransporte aus Deutschland nach Theresienstadt 1942–1945. Hrsg. Institut Theresienstädter Initiative, Verlag Academia, Prag/Berlin 2000, S. 628.

9. http://www.holocaust.cz/de/document/DOCUMENT.ITI.12227 (Nationalarchiv Prag). Zugriff am 5.2.2015

10. http://www.holocaust.cz/de/document/DOCUMENT.ITI.10250 (Nationalarchiv Prag). Zugriff am 10.2.2015

11. Jenss H, Reinicke P (Hrsg.). Der Arzt Hermann Strauß, 1868–1944. Autobiographische Notizen und Aufzeichnungen aus Theresienstadt. Hentrich & Hentrich, Berlin 2014.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), 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 10. Dezember 2014 (HÄBl. 1/2015, S. 39), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2015 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBl. 1/1994, S. 30–31), zuletzt geändert am 10. Dezember 2014 (HÄBl. 1/2015, S. 47), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:

In Gebührenabschnitt „I. 1. Allgemeine Gebühren" werden die Gebührenpunkte „1.1.2", „1.2" und „1.3" wie folgt neu gefasst:

Gebühren-punkt	Gegenstand	Gebühr (Euro)
1.1.2	Bestätigung der Arzteigenschaft und sonstige Bestätigungen	
1.1.2.1	Grundgebühr	von 20,00 bis 50,00
1.1.2.2	Zusatzgebühr bei Bestätigungen mit mehr als einem Arzt, je weiterem Arzt	10,00
1.2	Beglaubigungen von Unterschriften	von 10,00 bis 25,00
1.3	Beglaubigungen von Urkunden	von 10,00 bis 25,00

II.
In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2015 in Kraft.

– – – – –

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. März 2015 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 29. Mai 2015 (Geschäftszeichen: V2B-18b2120–0001/2008/009) gemäß § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 3. Juni 2015

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung

Präambel
Die Richtlinien über die Befugnis zur Weiterbildung für eine Facharztweiterbildung, einen zugehörigen Schwerpunkt und für eine Zusatz-Weiterbildung sind allgemeine Verwaltungsvorschriften nach den §§ 5 bis 7 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen (WBO).
Sie werden von der Landesärztekammer Hessen bei der Bemessung des Umfanges der Befugnis zur Weiterbildung zugrunde gelegt.
Im nachstehenden Text wird die Berufsbezeichnung „Arzt" („Ärzte") einheitlich und neutral für Ärztinnen und Ärzte verwendet.

I. Antragsverfahren:
Die Befugnis zur Weiterbildung erteilt die Landesärztekammer entsprechend den §§ 5 bis 7 Weiterbildungsordnung auf Antrag.

II. Fachliche Eignung

1. Mehrjährige Tätigkeit – Gebiete
Das Erfordernis der „mehrjährigen Tätigkeit nach Abschluss der entsprechenden Weiterbildung" nach § 5 Absatz 2 der Weiterbildungsordnung (sog. „Stehzeit") beträgt für Gebiete grundsätzlich 4 Jahre nach der entsprechenden Anerkennung.

Davon abweichend beträgt die Stehzeit für die Gebiete „Allgemeinmedizin", „Arbeitsmedizin", „Physikalische und Rehabilitative Medizin", „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie" und „Transfusionsmedizin" 3 Jahre.

Hat ein Kammermitglied zwei Fachärzte eines Gebietes erworben, so beträgt die Stehzeit für den zweiten Facharzt 3 Jahre.

2. Mehrjährige Tätigkeit – Schwerpunkte
Für Schwerpunkte entspricht die Stehzeit der Weiterbildungszeit, die zum Erwerb der Anerkennung zusätzlich zur jeweiligen Gebietsweiterbildung nachzuweisen ist.

3. Mehrjährige Tätigkeit – Zusatz-Weiterbildung
Für Zusatz-Weiterbildungen beträgt die Stehzeit grundsätzlich 2 Jahre nach der entsprechenden Anerkennung.

4. Niedergelassene Ärzte
Unabhängig von der o. g. Stehzeit können niedergelassene Ärzte grundsätzlich erst nach 2 Jahren ambulanter Tätigkeit zur Weiterbildung befugt werden.

5. Weisungsfreiheit
Um der Verpflichtung zur persönlichen Leitung und Gestaltung der Weiterbildung gemäß § 5 Absatz 3 Weiterbildungsordnung gerecht werden zu können, muss der weiterbildungsbefugte Arzt bezüglich der Gestaltung der Weiterbildung weisungsfrei sein.
Besteht zwischen einem befugten Arzt und einem in Weiterbildung befindlichen Arzt ein direktes Verhältnis der Weisungsbefugnis, ist die Anleitung zur Selbsterfahrung (einschließlich Balintgruppen und Vergleichbarem) in einem psychiatrischen, psychosomatischen, psychotherapeutischen oder psychoanalytischen Gebiet bzw. einer Zusatz-Weiterbildung zwischen dem Weiterbildungsbefugten und dem in Weiterbildung befindlichen Arzt ausgeschlossen.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Gießen

6. Teambefugnis
Machen Struktur und personelle Besetzung einer Weiterbildungsstätte es erforderlich, für die Weiterbildung in einem Gebiet mehrere Ärzte gemeinsam zu befugen, muss von allen befugten Ärzten gemeinsam gewährleistet werden, dass sich die Weiterbildung auf den gesamten Umfang der im Befugnisbescheid genannten Weiterbildungsinhalte erstreckt.

III. Persönliche Eignung

Die persönliche Eignung wird von der Landesärztekammer geprüft. Dabei sind insbesondere berufsrechtliche und strafrechtliche Verfahren sowie Verstöße gegen arbeits- und berufsbildungsrechtliche Vorschriften zu berücksichtigen.
Die angemessene Vergütung von in Weiterbildung befindlichen Ärzten ist sicherzustellen. Als angemessen gilt eine Vergütung, die sich am Ergebnis inländischer tarifvertraglicher Regelungen für Ärzte orientiert und z. B. auch über Stipendien oder Drittmittel aufgebracht werden kann.

IV. Zeitlicher Umfang der Weiterbildungsbefugnis

1. Regelleistungsnachweis
Die Bemessung des zeitlichen Umfangs der Weiterbildungsbefugnis ist davon abhängig, ob und in welchem Umfang die in den Weiterbildungsrichtlinien genannten Weiterbildungsinhalte vermittelt werden können. Kriterien dafür sind:

- Leistungsstatistiken in Diagnostik und Therapie
- Struktur des ärztlichen Dienstes der Weiterbildungsstätte, insbesondere der Nachweis eines ständigen Vertreters mit der in Frage stehenden Qualifikation
- die Durchführung diagnostischer und therapeutischer Verfahren in dem Umfang, der erforderlich ist, um die in den Richtlinien über den Inhalt der Weiterbildung genannten Weiterbildungsanforderungen im Verhältnis zur Zahl der in Weiterbildung befindlichen Ärzte vermitteln zu können
- Art und Umfang der Dokumentation,
- regelmäßige Fallbesprechungen auch unter interdisziplinären Aspekten,
- die für das Gebiet, die Facharztkompetenz, den Schwerpunkt, die Zusatz-Weiterbildung erforderliche räumliche und apparative Ausstattung,
- der Zugang zur Fachliteratur muss gewährleistet sein
- Art und Umfang der Konsiliartätigkeit
- Qualitätssicherungsmaßnahmen.

Der Antragssteller hat hierüber einen Nachweis zu erbringen (Regelleistungsnachweis).

2. Erleichterter Leistungsnachweis
2.1 Niedergelassene Vertragsärzte, angestellte Ärzte in MVZen oder in leitender, fachlich weisungsfreier Funktion tätige Krankenhausärzte erhalten grundsätzlich auf Antrag eine Weiterbildungsbefugnis im Umfang von 12 Monaten für eine Facharztweiterbildung bzw. im Umfang von 6 Monaten für eine Schwerpunktweiterbildung, sofern die in den weiteren Bestimmungen der Abschnitte II. 1–6 und III. dieser Richtlinie geregelten Voraussetzungen erfüllt sind.

2.2 Die Erteilung einer Befugnis für eine Zusatz-Weiterbildung, eine über 6 Monate hinausgehende Schwerpunkt-Weiterbildung bzw. eine über 12 Monate hinausgehende Facharzt-Weiterbildung kann beantragt werden, wenn Umfang und Art des Krankengutes, Leistungsspektrum und Versorgungstiefe, personelle und materielle Ausstattung sowie die räumlichen Voraussetzungen der Weiterbildungsstätte dies zulassen. Eines Regelleistungsnachweises nach Abschnitt IV. 1. bedarf es in den Fällen nach 2.1 bis 2.3 grundsätzlich nicht:

2.2.1 Niedergelassene Vertragsärzte oder angestellte Ärzte in MVZen, die eine Befugnis für eine Facharzt-Weiterbildung im Umfang von mehr als 12 Monaten bis zu 24 Monaten beantragen, können die Erfüllung dieser Voraussetzungen durch eine Bescheinigung der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass

- der/die Antragsteller über einen vollen selbständigen Vertragsarztsitz/zwei halbe Vertragsarztsitze verfügt/verfügen bzw. diesen/diese besetzt/besetzen,
- die Weiterbildungsstätte mindestens 70 % der durchschnittlichen Fallzahlen der Vergleichsgruppe im Durchschnitt der letzten vier Quartale erfüllt und
- die für das Fachgebiet typischen Leistungen (z. B. Hausbesuche in der Allgemeinmedizin) an einem breiten Patientenspektrum erbracht werden.

Alternativ kann ein Nachweis nach IV. 1 erbracht werden.

2.2.2 Amtsnachfolger an Hochschulen, in Krankenhausabteilungen, in medizinischen Instituten, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitsdienstes oder arbeitsmedizinischen Einrichtungen (Weiterbildungsstätten) können eine vorläufige Befugnis erhalten, die gegenüber dem Amtsvorgänger um ein Jahr reduziert wird. Der Umfang einer solchen Befugnis beträgt mindestens 12 Monate für eine Facharzt-Weiterbildung bzw. mindestens 6 Monate für eine Schwerpunkt-Weiterbildung. Nach Ablauf von 12 Monaten der leitenden Tätigkeit sind Leistungsnachweise nach Punkt IV. 1 einzureichen.

2.3 Von nicht vertragsärztlich zugelassenen Fachärzten in freier Praxis, in außerklinischen fachärztlichen Einrichtungen, wie z. B. Laborinstituten, öffentlichem Gesundheitsdienst oder arbeitsmedizinischen Einrichtungen oder ähnlichen und Klinikfachärzten ist das vorgehaltene Leistungsspektrum darzustellen. In diesen Fällen kann eine Befugnis von 3 bis maximal 24 Monaten erteilt werden.
Alternativ kann ein Nachweis nach IV. 1 erbracht werden.

V. Nachträgliche Änderungen der Voraussetzungen

Überprüfungen der Kriterien, die Voraussetzung zur Erteilung der Weiterbildungsbefugnis waren, sollen durch die Landesärztekammer Hessen in regelmäßigen Abständen erfolgen.

VI. In-Kraft-Treten

Die Richtlinien treten am 01.07.2015 in Kraft.

– – – – –

Die vorstehende, vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 3. Juni 2015 beschlossene Richtlinie über die Befugnis zur Weiterbildung wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 3. Juni 2015

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Einladung zur 7. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 7. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Mittwoch, 16. September 2015, 17:00 Uhr s.t.,

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

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 6. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 21. März 2015**
4. **Versorgungswerk**
   a) Jahresabschluss 2014
   b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2016, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
   c) Bestellung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2015
   d) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
5. **Jahresabschluss 2014**
   a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
   b) Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
   c) Feststellung des Jahresabschlusses 2014
   d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2014
6. **Änderung der Berufsordnung**
7. **Änderung der Weiterbildungsordnung**
8. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 03.06.2015

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Irmgard von Esebeck, Darmstadt
* 22.12.1921 † 02.05.2015

Dr. med. Hannelore Falkenberg, Groß-Gerau
* 15.09.1933 † 20.03.2015

Dr. med. Ingeborg Göllert, Langen
* 20.10.1951 † 06.07.2014

Guido Otto Gscheidle, Frankfurt
* 18.09.1930 † 05.11.2014

Dr. med. Jens Dirk Günther, Dreieich
* 15.11.1965 † 01.04.2015

Dr. Elemer Hod, Langen
* 05.09.1934 † 12.01.2015

Dr. med. Marie-Luise Kaiser, Wiesbaden
* 15.05.1924 † 26.03.2015

Dr. med. August-Wilhelm Klinge, Wiesbaden
* 28.02.1942 † 08.06.2014

Dr. med. Irmgard Krupka, Frankfurt
* 06.06.1927 † 23.04.2014

Dr. med. Rudolf Hermann Ulrich Lentz, Frankfurt
* 05.08.1920 † 21.02.2015

Dr. med. Annemarie Posenenske, Königstein
* 09.12.1916 † 20.11.2014

Dr. med. Heinrich Lammert Reiners Schmitt, Wetzlar
* 01.02.1938 † 14.04.2015

Dr. med. Franz Heinrich Maria Schütte, Rüsselsheim
* 11.05.1947 † 20.03.2014

Prof. Dr. med. Eberhard Straub, Königstein
* 12.04.1935 † 10.05.2015

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt:

Arztausweis-Nr. 060031742 ausgestellt am 26.11.2013 für Prof. Dr. med. Christian Bachmann, Marburg

Arztausweis-Nr. 060038008 ausgestellt am 07.04.2015 für Dr. med. Maria Bosch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060028417 ausgestellt am 08.01.2013 für Björn Ellensohn, Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060032676 ausgestellt am 24.02.2014 für Dr. med. Rainer Feige, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035343 ausgestellt am 23.09.2014 für Priv.-Doz. Dr. med. Wulf Hamelmann, Kassel

Arztausweis-Nr. 060024836 ausgestellt am 28.02.2012 für Dr. med. Christian Hügel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060025149 ausgestellt am 19.03.2012 für Dr. med. Lothar Rokitzki, Lorsch

Arztausweis-Nr. 060032471 ausgestellt am 04.02.2014 für Arne Rüdiger, Schlangenbad

Arztausweis-Nr. 060024864 ausgestellt am 29.02.2012 für Dr. med. Korkut Sözener, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060016651 ausgestellt am 20.04.2010 für Andrea Weber-Albu, Florstadt

Goldenes Doktorjubiläum

02.08.: Dr. med. Norbert Gottlieb, Dieburg, Bezirksärztekammer Darmstadt

05.08.: Dr. med. Klaus Meiforth, Marburg, Bezirksärztekammer Marburg

16.08.: Dr. med. Hans-Juergen Pettene, Offenbach, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main

18.08. Dr. med. Ingeborg Drissler-Klein, Bad Homburg, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main

18.08.: Dr. med. Harro Schirmer, Friedrichsdorf, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main

20.08.: Dr. med. Ingeborg Debes, Volkmarsen, Bezirksärztekammer Kassel

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

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

Kerstin Hees,
tätig bei Dr. med. A. Steiner und U. Tillmann-Korn, Haiger,

Elke Schöppner,
seit 39 Jahren tätig bei W. Léger-Söhlbrand, vormals Dr. med. S. Hilali, Offenbach,

Chrisoula Kopsari,
seit 30 Jahren tätig bei W. Léger-Söhlbrand, vormals Dr. med. S. Hilali, Offenbach,

und zum **40-jährigen Berufsjubiläum:**

Elvira Jäger,
tätig bei Dr. med. A. Büttner, vormals in verschiedenen Praxen, Rüdesheim.