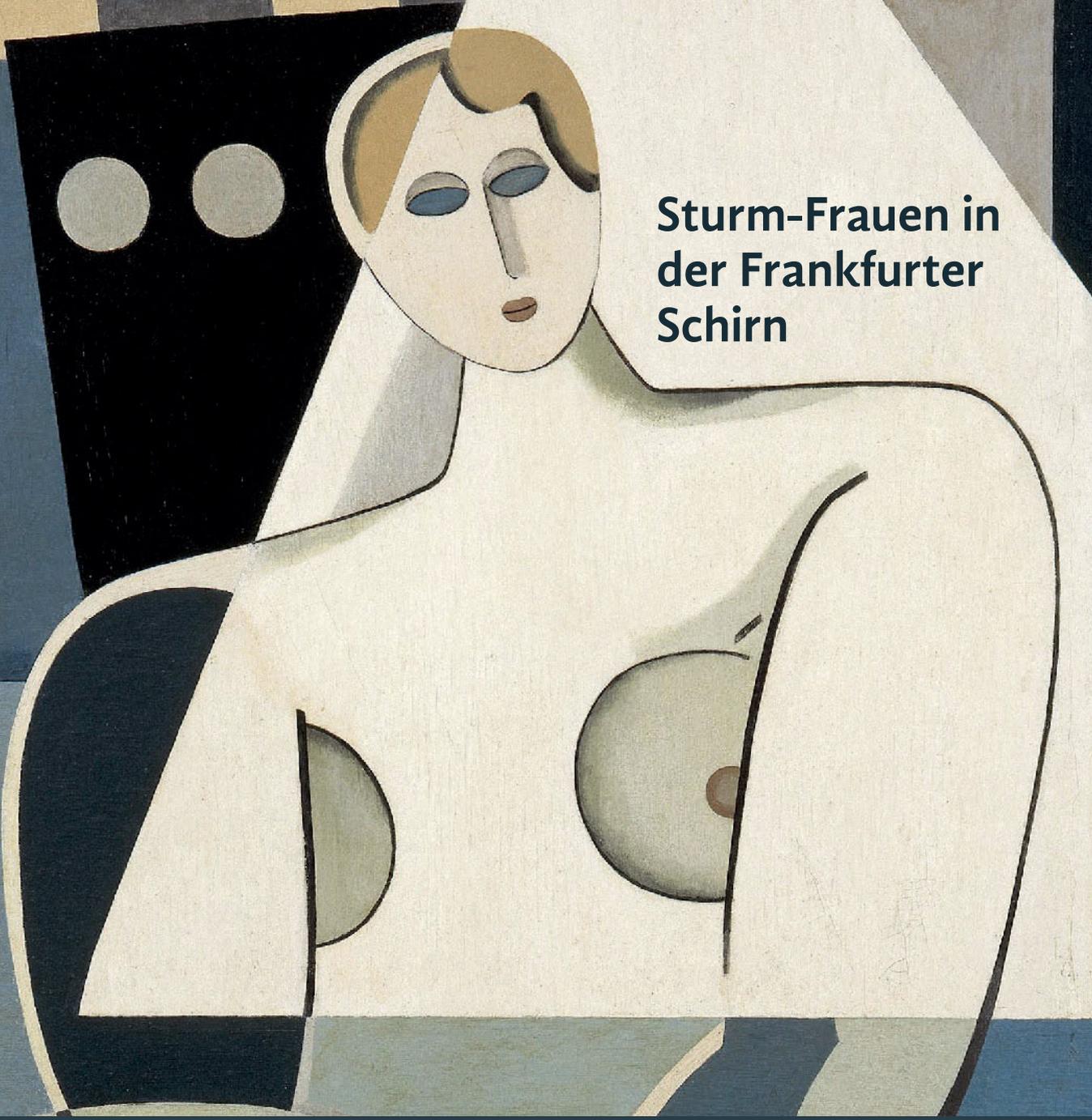


# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) 1 | 2016  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen 77. Jahrgang



## Sturm-Frauen in der Frankfurter Schirn

Marcelle Cahn, Frau und Segel, ca. 1926-27, Öl auf Leinwand,  
66 x 50 cm, Musée d'Art Moderne et Contemporain de Strasbourg  
(MAMCS) © Foto Musées de Strasbourg, A. Plisson

### 8. ordentliche Delegierten- versammlung

Das hessische Ärzteparlament befasste sich u. a. mit den Verhandlungen zur neuen GOÄ und dem geplanten Umbau des Kammergebäudes

### Akute Appendizitis

Über moderne Diagnostik und Therapie der akuten Appendizitis, eine der häufigsten Ursachen für ein akutes Abdomen, informiert die zertifizierte Fortbildung

### Im Gespräch

Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands, erzählt über Ziele, Struktur und Projekte der Hessischen Krebsgesellschaft e.V.



## Den Esel, der den Karren zieht, sollte man nicht prügeln

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das alte Jahr ist kaum vergangen und schon erwachsen uns neue Aufgaben. Ein neues Jahr bringt immer auch Ungewissheiten, wie beispielsweise die Umsetzung der im Krankenhausstrukturgesetz verankerten Portalpraxen.

Danach sollen die Kassenärztlichen Vereinigungen künftig gemeinsam mit den Klinikbetreibern den ambulanten Notdienst organisieren. In der Gesetzesbegründung heißt es dazu: „Da es sich auch bei der nun vorgenommenen Konkretisierung der Kooperationsverpflichtung um eine Soll-Regelung handelt, ist nach wie vor gewährleistet, dass regionale Konzepte nicht aufgegeben werden müssen und die Besonderheiten vor Ort bestimmend bleiben, soweit hiermit eine gute Versorgung sichergestellt ist.“ In der Begründung steht aber auch, dass Patienten „grundsätzlich zunächst die Notdienstpraxis in Anspruch nehmen“ müssen. „Dort ist dann zu entscheiden, ob die betreffende Person einer unmittelbaren stationären Behandlung im Krankenhaus, einer weiteren Untersuchung im Krankenhaus bedarf, oder auf die Weiterbehandlung im Rahmen der regulären Öffnungszeiten der vertragsärztlichen Praxen verwiesen werden kann.“ Die Notfallambulanzen müssen den Patienten vorbehalten bleiben, die die Mittel eines Krankenhauses benötigen. Ambulant versorgbare Patienten nehmen Ressourcen in Anspruch, die anderen, schwer erkrankten Patienten fehlen. Dies gilt ebenso für die Ressource Arzt, an der es auch im Krankenhaus mangelt.

Die vorgesehene Finanzierung der Portalpraxen stößt auf große Kritik, soll diese doch aus der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) erfolgen. Im Gesetz heißt es dazu: „Für die Vergütung der Leistungen im Notfall sowie im Notdienst ist künftig ein eigenes Honorarvolumen vor der Trennung der MGV in ein hausärztliches und fachärztliches Vergütungsvolumen als sogenannter Vorwegabzug zu bilden. Im Verteilungsmaßstab dürfen zudem keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für Notfall- und Notdienstleistungen angewandt werden.“ Im Klartext bedeutet dies, dass die Kosten für die ambulante Notfallbehandlung nicht gedeckelt sind und allein aus dem Topf der Kassenärztlichen Vereinigungen finanziert werden.

Hier muss dringend nachgebessert werden. Ein ungedeckeltes Budget für die Notfallbehandlung auf Kosten des immer kleiner werdenden gedeckelten Budgets für die Regelversorgung ist auf jeden Fall nicht die richtige Lösung, sondern provoziert geradezu Auseinandersetzungen zwischen Vertragsärzteschaft und Krankenhäusern. Forderungen nach einer gesonderten ungedeckelten Vergütung für den ärztlichen Notdienst hat man sich in der Ver-

gangenheit verschlossen. Womit ist jetzt ein ungedeckeltes Honorar im Vorwegabzug aus der MGV sachlich zu begründen?

Die Probleme lassen sich nur bewältigen, wenn die Parteien nicht über- oder gegeneinander reden, sondern miteinander. Und statt zu protestieren, muss wohl auch die Neustrukturierung des Ärztlichen Bereitschafts- und Notdienstes eine Korrektur erfahren.

Auch die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wird ein aufregendes Thema bleiben. Bei Redaktionsschluss für diese Ausgabe stand fest, dass es dazu auf Antrag einiger Landesärztekammern am 23.01.2016 einen Sonderärztetag geben wird. Die Politik als Verordnungsgeber dringt bis zur Vorlage des Referentenentwurfs der Bundesregierung, der für das kommende Frühjahr erwartet wird, auf Diskretion. Die bislang veröffentlichten Informationen zum Verhandlungsstand vermochten es offenbar leider nicht, die Arztöffentlichkeit zu beruhigen, geschweige denn positiv zu stimmen. Es bleibt zu hoffen, dass der Sonderärztetag den Verhandlungsführern der Ärzteschaft zusätzliches Gewicht verschafft, ohne dabei gleichzeitig den Verordnungsgeber von seinem bisherigen Zeitplan abzubringen. Die Gebührenordnung und deren Reformierung sind zweifelsohne von herausragender Bedeutung für die Ärzteschaft und seit Jahren dringend gefordert, ebenso wie eine kontinuierliche zeitgerechte aktualisierende Anpassung wie es dem Freien Beruf zukommt. Dennoch: Ein Kompromiss wird unausweichlich sein, aber kein Diktat um jeden Preis. Die Vertragsebene Arzt/Patient ist ein Merkmal des Freien Berufes und darf nicht gefährdet werden ebenso wie der Spielraum einer angemessenen freien Vertragsgestaltung. Die GOÄ kennt keine Rabattierung, wie sie im Vertragsarztwesen aufgezwungen wird. An dieser Stelle möchte ich jedoch davor warnen, sich innerärztlich zu entzweien.

„Vielleicht gibt es schönere Zeiten – aber diese ist die unsere“ (Jean-Paul Sartre). Und diese unsere Zeit sollten wir im neuen Jahr nach besten Kräften und Gewissen gestalten.

Ihr

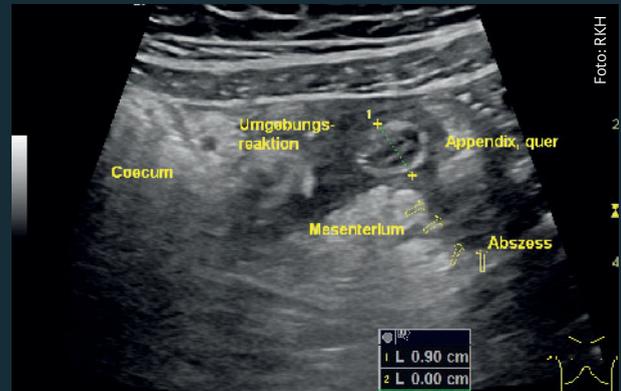
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
Präsident



## 8. ordentliche Delegiertenversammlung

Das hessische Ärzteparlament befasste sich unter anderem mit den Verhandlungen zur neuen Gebührenordnung für Ärzte. Zwei Ärztinnen und der ehemalige Schriftleiter des Hessischen Ärzteblattes, Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann, wurden mit der Ehrenplakette in Silber ausgezeichnet.

6



## CME-Beitrag: Akute Appendizitis

Über moderne Diagnostik und Therapie der akuten Appendizitis informiert die zertifizierte Fortbildung. Mit mehr als 20 Prozent ist sie eine der häufigsten Ursachen für ein akutes Abdomen. Jährlich werden in Deutschland 135.000 Appendektomien durchgeführt, einer der häufigsten viszeralchirurgischen Eingriffe.

17

<b>Editorial:</b> Den Esel, der den Karren zieht, sollte man nicht prügeln .....	3
<b>Aus dem Versorgungswerk:</b> Bericht über die Delegiertenversammlung .....	12
<b>Gesundheitspolitik:</b>	
Hessischer Krankenhaustag 2015 .....	13
Bad Nauheimer Gespräch: „Prävention – Chance oder Risiko?“ .....	42
<b>Ansichten und Einsichten:</b> Die neue GOÄ – ein Danaergeschenk .....	43
<b>Fortbildung:</b>	
Die aktuelle Osteoporose S-III-Leitlinie .....	22
Die Weiterbilder im Mittelpunkt: Train the Trainer-Seminare .....	44
Auslauf des Berufsgenossenschaftlichen H-Arztes Ende 2015 .....	50
<b>Bekanntmachungen</b>	
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen .....	51
■ Das Versorgungswerk informiert .....	55
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung .....	56
<b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	26
<b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	32
<b>Recht:</b> Neue Strafbarkeitsrisiken für Ärztinnen und Ärzte .....	36



Foto: André Berger

**Im Gespräch**

Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands, berichtet über Ziele, Struktur und Projekte der Hessischen Krebsgesellschaft e.V. Die Zahl der Neuerkrankungen sowie die Rate der Langzeitüberlebenden steigt und macht eine fundierte psychosoziale Beratung erforderlich.

14



Foto: Reproduktion © per (AT) myrehed.com

**Parlando**

Die Ausstellung „Sturm-Frauen. Künstlerinnen der Avantgarde in Berlin 1910–1932“ in der Frankfurter Schirn zeigt rund 280 Kunstwerke, darunter Sigrid Hjerténs Gemälde „Frau mit Pelz und rotem Hut“.

Außerdem in Frankfurt zu sehen: Erich Wolfgang Korngolds Oper „Die tote Stadt“.

38/39

**Medizinische Fachangestellte:**

Weiterqualifizierung von Medizinischen Fachangestellten in der Arbeitsmedizin .....	45
Nichtärztliche Praxisassistentinnen - „NäPAs“ für Hessens Ärzte .....	46
Auf zu neuen Herausforderungen! Vorstand der COS verabschiedet Dr. med. Elisabeth Lohmann .....	47

**Im Gespräch:**

Vom kreativen Umgang mit sich selbst und mit dem Anderen: Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel .....	34
„Die Fortbildung lenkt den Blick auf das Wichtige“ – Interview mit Dr. med. Dominik Grimm .....	40

**Personalien** .....

48

<b>Ärztchammer:</b> Erhebung für das Weiterbildungsregister 2015 gestartet .....	49
--	----

<b>Impressum</b> .....	60
------------------------	----

**Bücher**



**Handbuch des Rettungswesens**

Mendel-Verlag

S. 16



**Kinder krebskranker Eltern**

Georg Romer, Corinna Bergelt und Birgit Möller (Hrsg.)

S. 37



# „Unser Vertragspartner ist der Patient“

## 8. ordentliche Delegiertenversammlung



Mit der Ehrenplakette in Silber der LÄKH ausgezeichnet (v. l. n. r.): Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann, Dr. med. Martina Scheufler, Dr. med. Stefanie Keilig mit Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Blau, weiß, rot: Als Zeichen der Trauer und der Solidarität wurde die französische Flagge zum Auftakt der Delegiertenversammlung am 21. November auf der Leinwand eingeblendet. Die Trikolore stehe pars pro toto „für die unsicheren Zeiten, in denen wir leben“, erklärte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach. Ausdrücklich erwähnte er die Ärztinnen und Ärzte, die nach den Anschlägen in Paris ohne Rücksicht auf ihre persönliche Gefährdung sofort zur Stelle waren und die Verletzten versorgten.

### Drei Ärzte mit Ehrenplakette in Silber ausgezeichnet

Humanitäres und ärztliches Engagement zeichnet auch die beiden Ärztinnen aus, die in Bad Nauheim mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) geehrt wurden. Vor neunzehn Jahren gründeten die Allgemeinmedizinerin Dr. med. Martina Scheufler und die Gynäkologin Dr. med. Stefanie Keilig das Projekt „Medizinhilfe Munkacs/Karpato-Ukraine“, das humanitäre Hilfe in einer der ärmsten Regionen Europas leistet. Scheufler,

die dem Leitungsteam der Initiative angehört, gab auf der Delegiertenversammlung einen Einblick in die Projektarbeit und bat Kolleginnen und Kollegen um Unterstützung durch Sachspenden in Form von medizinischen Geräten. Dringend werde derzeit u. a. eine Röntgenanlage für die Mammographie benötigt. Fünfzehn Jahre lang, von 1999 bis 2014, war Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann Hauptschriftleiter des Hessischen Ärzteblattes. Für seine herausragenden Leistungen wurde der Facharzt für Anästhesie und Intensiv- und Notfallmedizin auf der Delegiertenversammlung mit der Ehrenplakette in Silber der LÄKH ausgezeichnet. „Ich freue mich, dass ich heute eine vom Präsidium der Landesärztekammer beschlossene Auszeichnung an einen engagierten und hochverdienten Arzt übergeben darf“, sagte von Knoblauch zu Hatzbach. In seiner Laudatio dankte er Graf-Baumann, der über viele Jahre auch für die Akademie der LÄKH in Bad Nauheim als Referent tätig war, für seine Arbeit. Dr. med. Peter Zürner, Präsidiumsmitglied und Leitender Redakteur des Hessischen Ärzteblattes, sprach Graf-Baumann ebenfalls seinen Dank aus.

### Regelungen für Asylsuchende mit ärztlicher Ausbildung

„Was uns momentan bewegt, ist der Zustrom von Menschen aus unterschiedlichen Ländern“, hob von Knoblauch zu Hatzbach in seinem Bericht zur Lage hervor. Am 20. Oktober 2015 trat das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz in Kraft; die darin enthaltenen Regelungen zur vorübergehenden Ausübung von Heilkunde durch Asylsuchende mit einer abgeschlossenen ärztlichen Ausbildung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung von Flüchtlingen bezeichnete der Ärztekammerpräsident als Erfolg der Bemühungen von Landes- und Bundesärztekammer, da es ihnen gelungen sei, eine Änderung der Bundesärzteordnung zu verhindern. So müssen Asylbewerber, die über eine abgeschlossene Ausbildung als Arzt verfügen und die vorübergehende Ausübung der Heilkunde in Aufnahmeeinrichtungen beantragen wollen, ihre Qualifikation als Arzt glaubhaft machen. Die Ermächtigung wird nur befristet erteilt und die Berufsbezeichnung „Ärztin“ oder „Arzt“ darf nicht geführt werden.

### „Hilfe beim Sterben“ wird nicht kriminalisiert

Von den zahlreichen, in den vergangenen Monaten verabschiedeten Bundesgesetzen begrüßte von Knoblauch zu Hatzbach ausdrücklich das Gesetz zur Verbesserung der Hospiz- und Palliativversorgung und das Gesetz zur Strafbarkeit der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung. Die Entscheidung des Deutschen Bundestages entspreche der Haltung der Ärzteschaft. „Hilfe beim Sterben“, werde durch den Gesetzentwurf nicht kriminalisiert, machte der Ärztekammerpräsident deutlich. Der Fleiß von Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe (CDU) ist sprichwörtlich. Kaum ein anderes Ministerium hat bisher in dieser Legislaturperiode so viele Gesetzesentwürfe eingebracht wie das Bundesgesundheitsministerium. Mit dem bereits im Juli 2015 in Kraft getrete-



nen Gesetz zu Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung sollen stärkere Anreize für eine Niederlassung in unterversorgten oder strukturschwachen Gebieten gesetzt werden. U. a. soll die Zahl der mindestens zu fördernden Weiterbildungsstellen von 5.000 auf 7.000 erhöht werden und die Vergütung jener von Weiterzubildenden im Krankenhaus entsprechen.

## Kritik an Portalpraxen

Kritik übte von Knoblauch zu Hatzbach u. a. an der Regelung des im November beschlossenen Krankenhausstrukturgesetzes, wonach die Kassenärztlichen Vereinigungen zur Sicherstellung des Notdienstes entweder vertragsärztliche Notdienstpraxen, sogenannte Portalpraxen, in oder an Krankenhäusern als erste Anlaufstelle einrichten oder Notfallambulanzen der Krankenhäuser unmittelbar in den Notdienst einbinden sollen. Damit würden Patienten verstärkt in den stationären Sektor gelenkt, kommentierte der Ärztekammerpräsident. Außerdem sei damit zu rechnen, dass Krankenhäuser besser für die Notfallversorgung vergütet würden als Niedergelassene. So sollen die Bewertungen der Notfall-Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab angehoben und die Kosten aus dem Budget der niedergelassenen Ärzte im Vorwegabzug unbudgetiert getragen werden.

## GOÄ: Unser Vertragspartner ist der Patient

Die Verhandlungen zur neuen Amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) wurden auch auf der Delegiertenversammlung (DV) intensiv diskutiert. Als einer der vier Vertreter der Bundesärztekammer (BÄK) im Ausschuss zur Erarbeitung der neuen GOÄ – mit am Tisch sitzen je zwei Vertreter des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe (Stimmverhältnis Ärzte vs. Kostenträger: 4:4) – warb von Knoblauch zu Hatzbach um das Vertrauen der Ärzteschaft in die gewählten Ausschussmitglieder der BÄK. „Ich kann Ihnen versichern: Es bleibt bei dem Arzt-Patienten-Verhältnis. Unser Vertragspartner ist der Patient“, erklärte der Ärztekammerpräsi-

dent. Sicherlich bedeute die von der Politik geforderte Zusammensetzung der Kommission eine Verhandlung auf unterschiedlicher Augenhöhe. „Aber es kann nur dann eine neue GOÄ geben, wenn sich BÄK und PKV einigen“. Sollte dies nicht gelingen, wären damit der Einheitsversicherung Tür und Tor geöffnet. Die Leistungsbewertungen der neuen GOÄ sollen mit „robusten Einfachsätzen“ festgelegt werden und dem bisherigen 2,3- bis 2,4-fachen Satz entsprechen. Anlass für einen Außerordentlichen Ärztetag, wie er in einem der DV vorliegenden Antrag gefordert wurde, sah von Knoblauch zu Hatzbach nicht. Er bat jedoch um Verständnis dafür, dass während der Verhandlungen ein Verschwiegenheitsgebot bestehe, das für alle Beteiligten gelte. Der Ärztekammerpräsident wies darauf hin, dass die BÄK am 24. November 2015 die

ärztlichen Berufsverbände und die medizinisch-wissenschaftlichen Fachgesellschaften über den Stand der GOÄ-Verhandlungen informieren werde und kündigte eine eigene Informationsveranstaltung zu dem Thema Anfang 2016 an. Der DV legte von Knoblauch zu Hatzbach Kerninhalte der neuen „GOÄ“ dar. Darüber hinaus erinnerte Dr. med. Alfred Möhrle, ehemaliger Präsident der LÄKH und früher langjähriger Vorsitzender des GOÄ-Ausschusses, daran, dass es sich bei der geplanten Gemeinsamen Kommission (GeKo) um einen lang gehegten Wunsch der Ärzteschaft handele. „Die Verhandlungen laufen, wie ich es sehe, sehr erfolgreich für die Ärztinnen und Ärzte“, urteilte Möhrle (Fachärzte Hessen), der dem Verhandlungsausschuss zur Erarbeitung einer neuen GOÄ als Mitglied angehört. Die Frage, ob es eine Budgetierung



Fotos: Katja Möhrle

Plenum der Delegiertenversammlung



geben werde, beantwortete er mit einem klaren „Nein“.

## Kein hessisches Votum – dennoch Außerordentlicher Ärztetag

Nachdem einige Delegierte fehlende Transparenz bei den Verhandlungen bemängelt hatten, hielt Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund) ein leidenschaftliches Plädoyer für das Vertrauen in die Verhandlungsführung der gewählten Ärztevertreter in den GOÄ-Ausschuss. Sie äußerte Verständnis für den Wunsch nach mehr Transparenz, wies jedoch darauf hin, dass auch bei laufenden Tarifverhandlungen mit Krankenhausarbeitgebern keine Inhalte herausgegeben würden. „Wollen wir eine neue Gebührenordnung? Ja, und zwar schon sehr lange“, bekräftigte Johna. Die neue GOÄ liege im Interesse der Ärzteschaft und nicht im Interesse des Ministeriums oder des Bundestages: „Wenn wir uns zerstritten zeigen, dann heißt es von dort: Wir machen es selbst oder gar nicht“, warnte Johna. Angesichts der verschiedenen Aspekte, die sich im Laufe der Diskussion ergeben hatten, wurde der Antrag auf einen außerordentlichen Deutschen Ärztetag zur GOÄ zurückgezogen. In der Diskussion sah die DV keine Notwendigkeit für einen Sonderärzttetag. (Stand 02.12.2015: Nachdem drei Ärztekammern auf ihren DVen einen Sonderärzttetag zu den GOÄneu-Verhandlungen beantragt hatten, wurde damit das in der Satzung notwendige Quorum erreicht. Der Außerordentliche Deutsche Ärztetag wird am 23.01.2016 in Berlin stattfinden.)

## Anpassung im Gebiet Arbeitsmedizin beschlossen

Heftige und kontroverse Diskussionen entzündeten sich auch an dem von Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund) eingebrachten Antrag, die Weiterbildung im Gebiet „Arbeitsmedizin“ zu ändern. Beantragt wurde, die bisher geltende Fassung „24 Monate Innere Medizin und/oder Allgemeinmedizin“ durch „24 Monate in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung“ zu ersetzen. Die Anpassung des Weiterbildungsinhalts an die neuen

Begriffsbestimmungen sei durch die Änderung von Gesetzen und Verordnungen erforderlich. Auch habe sich die Arbeitsmedizin gewandelt; so seien in den letzten Jahren die Erkrankungen des psychosomatischen Formenkreises nach vorne gerückt. „Es ist aber keineswegs beabsichtigt, die Allgemeinmedizin und die Innere Medizin auszugrenzen“, be-



Foto: Katja Möhrl

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

tonte Nowak. Durch die Änderung der Weiterbildungsinhalte bestehe nun jedoch auch für viele Ärztinnen und Ärzte anderer Fächer die Möglichkeit, die Facharztbezeichnung „Arbeitsmedizin“ zu erwerben. Dadurch hoffe man auch, dem Nachwuchsproblem in der Arbeitsmedizin entgegenzuwirken. Dr. med. Adelheid Rauch (Liste der kleinen Fachgebiete), Weiterbildungsermächtigte im Fach Arbeitsmedizin, sprach sich vehement gegen den Antrag aus: „Ich kann nicht nachvollziehen, dass die Qualität des Fachgebietes aufgeweicht werden soll. Wir brauchen weiterhin in der Weiterbildung Kollegen, die fundiertes Fachwissen in Allgemein- und Innerer Medizin haben“, argumentierte sie. Eine Auffassung, der u. a. Dr. med. Hansjoachim Stürmer (Liste Älterer Ärzte) – „Das wäre ein Bypass an der hausärztlichen Realität vorbei“ – als auch Jutta Willert-Jacob (ÄrztINNEN Hessen) – „Wenn die Änderungen umgesetzt werden, fehlt der umfassende Blick“ – beipflichteten. Birgit Cremer (ÄrztINNEN Hessen) empfahl, die geplanten Neuerungen zu überdenken. Am Ende der leidenschaftlichen Debatte sprach sich je-

doch die Mehrheit der Delegierten für die Anpassung aus.

## Simulationstraining bei Zusatzweiterbildung Notfallmedizin

Der Empfehlung des Weiterbildungsausschusses folgend, hatte das Präsidium der LÄKH beantragt, bei der Zusatzweiterbildung Notfallmedizin die Möglichkeit zu schaffen, 25 der geforderten 50 Einsätze im Rettungswagen bzw. Rettungshubschrauber durch Simulationstrainingseinheiten als Kursweiterbildung nach Paragraph 4 Abs. 8 der Weiterbildungsordnung zu ersetzen. In seiner Vorstellung der geplanten Änderung legte Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Weiterbildungsabteilung, dar, dass viele der 50 geforderten realen Einsätze vergeblich seien und mithin nicht das erforderliche Wissen vermittelten. Er berichtete von seinem Besuch in einem Simulationszentrum in Nordrhein-Westfalen, in dem im Beisein eines Supervisors „sehr, sehr real“ Notfälle mit Puppen nachgestellt werden. In der anschließenden Abstimmung beschloss das Ärzteparlament einstimmig die vorgeschlagene Änderung. Zu dem Antrag von Dr. med. Uwe Wolfgang Popert (DIE HAUSÄRZTE), Anmeldung, Zulassung und Abnahme einer Facharztprüfung bereits in den letzten sechs Monaten der Weiterbildungszeit auf Antrag zu ermöglichen, erklärte Karnosky, dass die Anträge von der LÄKH bereits vor Abschluss der Mindestweiterbildungszeit bearbeitet würden. Seine Information, dass die Bearbeitungszeit bei durchschnittlich 16,1 Tagen bei 55 bis 78 Prüfungen im Jahr liege, wurde mit Applaus quittiert. Auf Beschluss der Ärztevertreter soll zur nächsten DV eine Statistik vorgelegt werden, die die Zeiten vom Einreichen der vollständigen Prüfungsunterlagen zur Facharztprüfung bis zum Termin der Facharztprüfung darstellt.

## Gegen den Abbau von Versorgungskapazitäten

Die Delegierten forderten den Gesetzgeber auf, den Versorgungsbedarf einer alternden Gesellschaft in der Diskussion über Abteilungs-/Klinikschließungen zu



berücksichtigen. Versorgungskapazitäten dürften nicht auf der Basis einer vorge-schobenen Qualitätsdiskussion abgebaut werden, hob das Ärzteparlament auf der Grundlage eines Antrages von Dr. med. Susanne Johna und PD Dr. med. Andreas Scholz (beide Marburger Bund) hervor. Schon jetzt komme es immer wieder zu Engpässen, insbesondere der intensivme-dizinischen Kapazitäten. Bei der Diskussi-on über Versorgungskapazitäten sei eine Beurteilung nach Regionen und Erreich-barkeit wesentlich sinnvoller.

Außerdem appellierten die Ärztevertreter an die Hessische Krankenhausgesellschaft, ihre Mitglieder aufzurufen, bei der Gestal-tung des Mutterschutzes im Krankenhaus die individuelle Situation von Ärztinnen stärker zu berücksichtigen. Gefährdungs-beurteilungen müssten auf die individuel-len Bedürfnisse der Ärztin eingehen und mit der werdenden Mutter ausführlich be-sprochen werden, hieß es im von Dr. med. Susanne Johna und Yvonne Jäger (beide Marburger Bund) eingebrachten und von der DV beschlossenen Antrag. Eine Aufwei-chung der gesetzlichen Mutterschutzrege-lungen sei damit nicht beabsichtigt.

### Arztgerechte Bezahlung für Öffentlichen Gesundheitsdienst

Scharf kritisierte das Hessische Ärztepar-lament, dass die fachlich hervorragende und persönlich engagierte Arbeit der Ärz-tinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesun-deheitsdienst bisher keinen Niederschlag in ihren tariflichen Arbeits- und Entgeltbe-dingungen finde. Einem Antrag von Dr. med. Susanne Johna und PD Dr. med. Andreas Scholz (beide Marburger Bund) folgend, wurden die öffentlichen Arbeit-geber daher aufgefordert, ihre Verweige-rungshaltung aufzugeben und mit dem Marburger Bund einen arzt-spezifischen Tarifvertrag für die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) abzuschließen.

### Cannabis nur auf ärztliche Verordnung

Einem Antrag von Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen) und Dr. med. Eck-hard Starke (DIE HAUSÄRZTE) folgend, unterstrichen die Ärztevertreter nach-

Bekanntmachung der Landesärztekammer Hessen		
Delegierte zum 119. Deutschen Ärztetag vom 24. – 27.05.2016 in Hamburg		
Die Delegiertenversammlung hat am 21. November 2015 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 119. Deutschen Ärztetag 2016 in Hamburg und zu ggf. vor dem 119. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:		
	Delegierte	Stellvertretung
Liste 1	<b>Fachärzte Hessen</b> 1) Dr. med. Susan Trittmacher 2) Dr. med. Hans-Martin Hübner 3) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg 4) Dr. med. Klaus König 5) Dr. med. Wolf Andreas Fach 6) Dr. med. Peter Zürner	7) Christine Hidas 8) Michael Waldeck 9) Dr. med. Michael Repschläger 10) Dr. med. Klaus Doubek 11) Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann 12) Dr. med. Michael Weidenfeld
Liste 2	<b>ÄrztINNEN Hessen:</b> 1) Monika Buchalik 2) Birgit Cremer	3) Christiane Hoppe 4) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
Liste 3	<b>Marburger Bund Hessen</b> 1) Dr. med. Susanne Johna 2) PD Dr. med. Andreas Scholz 3) Anne Kandler 4) BMedSci Frank Seibert-Alves 5) Dr. med. Silke Engelbrecht	6) Dr. med. Lars Bodammer 7) Yvonne Jäger 8) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak 9) Dr. med. Kolja Deicke 10) Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph
Liste 4	<b>Ältere Ärzte</b> 1) Dr. med. Hansjoachim Stürmer	2) Dr. med. Gabriel Nick
Liste 6	<b>Demokratische Ärztinnen und Ärzte</b> 1) Dr. med. Bernhard Winter	2) Sabine Riese
Liste 8	<b>Die Hausärzte</b> 1) Michael Andor 2) Dr. med. Detlev Steininger 3) Dr. med. Philip Sängner	4) Dr. med. Lothar Hofmann 5) Dr. med. Egbert Reichwein 6) Erich Lickroth

drücklich ihre Überzeugung, dass Cannabi-noide mit definierter Wirkstoffmenge THC nur bei Indikation durch Ärzte ver-ordnet werden dürfen. Die Kosten für diese Medikamente sollen analog zu an-deren Verordnungen durch die Krankenkassen getragen werden. Außerdem diskutierten die Ärztevertreter die Risiken eines Anbaus von Hanfpflanzen zum persönlichen Gebrauch. Die unkalkulierbare

Wirkstoffmenge von THC könne zu ge-sundheitlichen Schäden führen und ein-em Missbrauch Vorschub leisten.

### Kommunikation zwischen Bezirks-ärztekammern und Präsidium

Kommunikation wird als Austausch und Übertragung von Informationen definiert. Wie diese Prozesse in einem Teilbereich



der Landesärztekammer ablaufen, machte Präsidiumsmitglied Dr. med. Peter Zürner (Fachärzte Hessen) in seinem Vortrag „Kommunikation zwischen Bezirksärztekammern und Präsidium“ deutlich. Detailliert zeichnete er zunächst Aufgaben und Organisationsstruktur der Bezirksärztekammern als unselbstständige Einheiten nach, die laut Organigramm der Ärztlichen Geschäftsführung unterstehen. Gemäß Geschäftsordnung der LÄKH unterstützen die Bezirksärztekammern die Organe der LÄKH bei der Erfüllung ihrer Aufgaben; einige Bezirksärztekammern nehmen Sonderaufgaben wahr. Die dem Präsidium unterstehenden Vorsitzenden führen die Geschäfte und sind gegenüber ih-



Foto: Katja Möhrle

Jutta Willert-Jacob

ren Mitarbeitern weisungsberechtigt. Diese wiederum sind sowohl der hauptamtlichen Geschäftsführung als auch den ehrenamtlich tätigen Vorsitzenden unterstellt. „Mit der Konsequenz von Reibungsverlusten“, kommentierte Zürner. Bei Bedarf, jedoch mindestens zweimal im Jahr, lade der Präsident die Vorsitzenden gemeinsam mit der Verwaltung und der Abteilungsleitung ein. Zur Verbesserung des Informationsaustauschs schlug Zürner vor, dass die Vorsitzenden künftig an Präsidiumssitzungen teilnehmen können, wenn dort für die Bezirksärztekammern relevante Beratungen oder Entscheidungen anstehen. Auch könne der Präsident die Vorsitzenden schriftlich über relevante Präsidiumsbeschlüsse informieren und sie

zu den Informationsgesprächen vor den Delegiertenversammlungen einladen.

Präsidiumsmitglied Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund) dankte Zürner für seinen Vortrag, der das komplexe Wechselspiel zwischen gewachsenen Strukturen und Realität veranschaulichte. Zürner habe gezeigt, wie kompliziert und verschlungen die Verwaltungsstrukturen in diesem Bereich sind, sagte Dr. med. Hans-Martin Hübner (Fachärzte Hessen), Vorsitzender Bezirksärztekammer Gießen, und forderte eine Verbesserung der Kommunikationswege. Sie sei immer wieder erstaunt, welche Steine dem Ehrenamt in den Weg gelegt würden, kritisierte Dr. med. Brigitte Ende, Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ), die Strukturen. „Ich empfinde meine Aufgabe als eine Art Visitenkarte der Landesärztekammer und des Präsidiums“, erklärte dagegen Dr. med. Michael Weidenfeld (Fachärzte Hessen), Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Zürners Vorschläge nannte er hervorragend. Dem Antrag von Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Dr. med. Karl Hans Baumgartl, Anne Kandler, Frank Seibert-Alves (alle Marburger Bund), Dr. med. Lothar Hofmann (DIE HAUSÄRZTE), Dr. med. Michael Weidenfeld (Fachärzte Hessen) folgend, forderte die Delegiertenversammlung das Präsidium auf, bei Beschlüssen, die direkte Auswirkungen auf die Bezirksärztekammern haben, die jeweiligen Meinungen der Bezirksärztekammervorsitzenden in die Beratung zu diesem Tagesordnungspunkt mit einzubeziehen und anschließend über die jeweiligen Beschlüsse zu informieren. Am Ende der Diskussion regte Zürner an, darüber nachzudenken, eine Bezirksärztekammer Fulda einzurichten, um die Region Osthessen präzenter zu machen.

## Haushaltsplan 2016

Ausführlich stellte Armin Beck, Vorsitzender des Finanzausschusses, den vom Präsidium zur Beschlussfassung vorgelegten Haushaltsplan 2016 vor. Einleitend wies er darauf hin, dass die Vertrauensstelle Krebsregister sowie Zinseffekte bei den langfristigen Rückstellungen zu deutlichen Kostensteigerungen führen werden, die zum Teil ergebniswirksam

sind. Aus der geplanten Ausweitung des Krebsregisters resultieren Aufwandserhöhungen in Höhe von 1.215 T€, die allerdings durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration gemäß dem am 22. Dezember 2014 zwischen der LÄKH und dem Land Hessen geschlossenen, öffentlich-rechtlichen Vertrag zurückerstattet werden. Rechnete man das Krebsregister heraus, würden die Aufwendungen (ohne neutral und Zinsen) der „Restkammer“ geringfügig um 560 T€ im Vergleich zum Vorjahresplan sinken. Durch fallende Zinsen am Kapitalmarkt sinkt auch der Rechnungszins für die Barwertberechnung der langfristigen Rückstellungen. Dies führe zu einer liquiditätsneutralen Rückstellungserhöhung. Der Mehraufwand in Höhe von 1.711 T€ werde im Finanzergebnis ausgewiesen.

Im weiteren Verlauf des Vortrags erläuterte Beck die wesentlichen Haushaltspositionen im Verwaltungshaushalt und den Investitionshaushalt, der mit 571 T€ 10 T€ knapp über dem Vorjahresplan liegt. Nach der Beitragserhöhung im Vorjahr habe man den Haushaltsplan 2016 unter der Prämisse konstanter Beitragsätze aufgestellt.

Unter der Annahme der geplanten Ertrags- und Kostenarten weist der Verwaltungshaushalt 2016 ein negatives Ergebnis in Höhe von -1.675 T€ aus, das durch die Entnahme aus der Allgemeinen Rücklage ausgeglichen werden soll. Somit werde der vor drei Jahren begonnene Prozess, die Allgemeine Rücklage planmäßig abzuschmelzen, fortgesetzt. Gemäß Haushaltsplan reduzierte sich diese zum Ende des Jahres 2016 auf 14.056 T€, läge dann aber immer noch deutlich über der Sollrücklage. Die Vorausschau der Rücklagenentwicklung zeigt auf, dass die Allgemeine Rücklage c.p. voraussichtlich im Haushaltsjahr 2018 die Sollrücklage unterschreiten wird. Der vorgestellte Haushaltsplan 2016 wurde einstimmig von der Delegiertenversammlung beschlossen.

Auf Antrag von PD Dr. med. Andreas Scholz, Yvonne Jäger, Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph (alle Marburger Bund) Sabine Riese (Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte), Dr. med. Henrik Reygers (Öffentlicher Gesundheitsdienst), Dr. med. Christof Stork



(LDÄÄ) beauftragte die Delegiertenversammlung das Präsidium, Konzepte für die betriebliche Altersversorgung bezüglich der Handhabung zukünftiger Risiken von Niedrigzinsen zu erstellen. So sollen in einer der nächsten Delegiertenversammlungen Konzepte oder Vorschläge unterbreitet werden, wie der Anstieg der Rückstellungen für die betriebliche Altersversorgung der Angestellten der LÄKH in Zukunft begrenzt werden kann.

### Hilfsfonds

Außerdem beschloss das Ärzteparlament die von Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph, Vorsitzender des Hilfsfonds-Ausschusses, vorgestellten Hilfsfonds-Richtsätze für laufend unterstützte Personen ab 1. Januar 2016. Die Richtsätze betragen ab 1. Januar 2016: für Ehepaare 1.840 €, für Alleinstehende 1.100 € und für Halbwaisen 880 €. Ab 1. Januar 2016 werden vier Personen laufend unterstützt.

### Künftig drei DV-Termine

Ab 2016 soll im September regelmäßig eine dritte Delegiertenversammlung (DV) im Jahr stattfinden.

### Geplanter Umbau des Kammergebäudes

Verwaltungssitz der LÄKH ist Frankfurt am Main. Im Jahr 2019 läuft der Mietvertrag für das Gebäude im Vogelsgesang 3 aus; derzeit verhandelt die Kammer mit dem Vermieter über eine mögliche Vertragsverlängerung. Voraussetzung dafür sind umfangreiche Umbau- und Erweiterungsmaßnahmen, da das Gebäude nicht mehr heutigen Anforderungen entspricht und die räumlichen Kapazitäten schon längst an ihre Grenzen gestoßen sind. Aktuell besteht die Option, zusätzliche Flächen im benachbarten Gebäude anzumieten, informierte Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer der LÄKH, die Delegierten.

Als er zum ersten Mal vor der Hauptverwaltung der LÄKH in Frankfurt stand, habe er zunächst vergeblich nach dem Eingang gesucht: In seinem Sachstandsbericht über die Planungen von Umbau-maßnahmen des Standortes „Im Vogels-

gesang“ machte Prof. Thomas Zimmermann, beratender Architekt der Kammer, die Notwendigkeit einer Neugestaltung deutlich. Neben einer auf den ersten Blick erkennbaren und repräsentativen Eingangssituation, müssten die räumlichen Gegebenheiten erweitert, modernisiert und den Anforderungen einer modernen Verwaltung angepasst werden. Als Berater – Zimmermann ist nicht Architekt des Entwurfs – sei es seine Aufgabe, die mit einer Machbarkeitsstudie beauftragte Lenkungsgruppe der LÄKH zu begleiten, Prozesse zu ordnen und eine belastbare Baubeschreibung zu liefern, sagte Zimmermann. Der Delegiertenversammlung stellte er Modell und Entwurfsanimation des möglichen Um- und Erweiterungsbau vor. Großzügig, hell, kundenfreundlich und funktional mit großem Fortbildungs- und Prüfungsbereich: Die Entwürfe zeigen, wie die Gebäude Im Vogelsgesang 1 und 3 auf allen Ebenen durch einen repräsentativen Glasbau verbunden werden sollen, der auch als Eingangsbereich fungiert. Da sowohl die Gestaltung als auch das zusätzliche Raumangebot und die Raumaufteilung aus seiner Sicht überzeugen – „Wichtig ist vor allem, dass die Abläufe funktionieren“ – empfahl Zimmermann der LÄKH, die Planungen fortzusetzen. Durch die vorgestellte Baumaßnahme würden über 2.000 Quadratmeter Fläche sowie 30 Stellplätze hinzugewonnen. Mit großer Mehrheit



Dr. med. Adelheid Rauch

zeigten sich die Delegierten von den Entwürfen angetan und beauftragten die Lenkungsgruppe damit, einen belastbaren Mietvertragsentwurf zu verhandeln, der auf der nächsten Delegiertenversammlung präsentiert werden soll. Abschließend wies Hauck daraufhin, dass der ehemalige Ärztliche Geschäftsführer der Ärztekammer, Dr. med. Roland Kaiser, das Projekt mit viel Fantasie vorangetrieben und die Idee mit dem gläsernen, beide Gebäude verbindenden Eingangsbereich entwickelt habe.

**Katja Möhrle**

# Bericht über die Delegiertenversammlung

Die Delegierten wurden am 21.11.2015 darüber informiert, dass die von der letzten Delegiertenversammlung beschlossenen Satzungsänderungen wegen der neuen Teilrente wie geplant umgesetzt wurden: Seit dem 01.10.2015 können die Mitglieder des Versorgungswerkes im Zeitraum zwischen der Vollendung des 60. Lebensjahres (62. Lebensjahres bei Mitgliedschaft ab dem 01.01.2012) und der Vollendung des 65. Lebensjahres (reguläres Renteneintrittsalter) neben der Voll- auch eine Teilrente beantragen. 30, 50 oder 70 % können als vorgezogene Rente in Anspruch genommen werden. Der zweite Teil der Rente kann zu einem beliebigen späteren Zeitpunkt beantragt werden. Diejenigen Mitglieder, die weiterhin ärztlich tätig sind, zahlen wie bisher Beiträge an das Versor-

gungswerk und können dadurch den zweiten Rententeil aufstocken. Mit der Teilrente kann der Übergang in den Ruhestand fließender und individueller gestaltet werden.

### Weitere Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses

Der Vorstand hat beschlossen, den bilanziellen Rechnungszins zum 31.12.2015 von 3,63 auf 3,58 % zu reduzieren. Dieser Zins ist für das Versorgungswerk von ganz entscheidender Bedeutung: er gibt an, wie viel mindestens an Rendite erwirtschaftet werden muss, um die Verpflichtungen gegenüber den Mitgliedern einhalten zu können. Deshalb hat das Versorgungswerk bereits vor einigen Jahren auf die zurückgehenden Zinsen an den Kapitalmärkten rea-

giert und der Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses Priorität eingeräumt. Schon das dritte Jahr in Folge kann der Zins nun abgesenkt werden. Dies ist mit einer erheblichen Kraftanstrengung verbunden, weil jedes Mal im Gegenzug der Deckungsrückstellung zusätzliche Mittel zur Verfügung gestellt werden müssen (je niedriger der Zins, umso höher muss bei gleichbleibenden Verpflichtungen die Deckungsrückstellung sein). Die jüngste Absenkung „kostet“ das Versorgungswerk rund 102 Mio. €. Das mittelfristige Ziel des Vorstandes eines Zinssatzes von 3,50 % rückt damit in greifbare Nähe.

**Dr. med. Titus Frhr.**

**Schenk zu Schweinsberg**

Stellv. Vorsitzender des Vorstandes

## Herzlicher Dank an Professor Dr. med. Toni Graf-Baumann

Konzentriertes Arbeiten, intensive Diskussionen und zur Auflockerung ein paar Scherze in süddeutschem Tonfall: Fünfzehn Jahre lang – von 1999 bis 2014 – leitete Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann die Redaktionskonferenzen des Hessischen Ärzteblattes. Im medizinischen Umfeld vernetzt und erfahren, gab er die Linie der Zeitschrift vor, die er – bis zu dessen Pensionierung im Jahr 2010 – gemeinsam mit Dr. med. Michael Popović als hauptamtlichem Vertreter der Landesärztekammer und in Zusammenarbeit mit den anderen Redaktionsmitgliedern gestaltete. Weit mehr als ein amtliches Mitteilungsblatt: Im Laufe der Jahre wurde die Mischung aus medizinischen Fachartikeln, berufspolitischen Beiträgen und Tagungsberichten charakteristisch für das Heft. Bis zu ihrem Tod im Dezember 2013 war Redaktionsassistentin Angelika Kob als Teampartnerin untrennbar mit Graf-Baumann verbunden. Konsequenterweise sorgte sie für den pünktlichen Eingang der Manuskripte und bereitete mit ihm jede Ausgabe vor.

Der süddeutsche Akzent Graf-Baumanns, der die Redaktion zu Weihnachten traditionell mit einem guten badischen Tropfen beschenkte, kommt nicht von ungefähr: 1945 in Bayern geboren, ist er seit vielen Jahren in



Foto: DGSS

Prof. Dr. med.  
Toni Graf-Baumann

Baden-Württemberg zu Hause. Schon früh machte sich sein vielseitiger Wissensdurst bemerkbar: Der Facharzt für Anästhesie und Intensiv- und Notfallmedizin kann auf ein abgeschlossenes Studium der Medizin, der Psychologie und der Rechtswissenschaften zurückblicken. Die Wurzeln für seine spätere Tätigkeit als Hauptschriftleiter des Hessischen Ärzteblattes wurden schon 1985 gelegt. Damals war Graf-Baumann wissenschaftlicher Leiter der Abteilung Klinische Literatur beim Springer Verlag in Heidelberg. 1987 habilitierte er sich im Bereich Gesundheitssystemforschung an der Eidgenössischen Wirtschaftswissenschaftlichen Hochschule St. Gallen. Als Lehrbeauftragter für Angewandte Ethik in der Medizin war er an der Universität Basel tätig.

Die Liste seines beruflichen und ehrenamtlichen Engagements ist lang, so dass an die-

ser Stelle nur einige Beispiele herausgegriffen werden können: Graf-Baumann war von 1991 bis 2010 Hauptgeschäftsführer und wissenschaftlicher Koordinator des Ärzteseminars Hamm-Boppard, jetzt DGMSM in der Deutschen Gesellschaft für Manuelle Medizin. Von 1992 bis 1996 stand er der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht als Präsident vor. Von grenzüberschreitender Bedeutung war seine Mitarbeit in der Internationalen Arbeitsgruppe der Internen Grant Agentur (IGA) des Tschechischen Gesundheitsministeriums (1991–2000). Seit 2005 ist er Geschäftsführer der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzens.

Noch heute spielt der Sport für ihn eine besondere Rolle: Graf-Baumann ist Mitglied in verschiedenen sportmedizinischen Kommissionen des Weltfußballverbandes, des DFB und der FIFA. Wenn er von seinen Reisen zurückkehrte, konnten wir in den Redaktionskonferenzen dank seiner Erzählungen immer auch ein wenig an seinen vielen Eindrücken teilhaben.

Wir danken Professor Graf-Baumann herzlich für die inspirierenden gemeinsamen Jahre.

**Im Namen der Redaktion: Katja Möhrle**

## Sicherheit und Qualität im Krankenhaus:

# Hessischer Krankenhaustag 2015

Was bringt die Krankenhausreform dem Patienten? Diese Fragestellung untertitelte den Hessischen Krankenhaustag 2015. Bereits zum zweiten Mal stand das Thema „Patientensicherheit und Qualität“ im Vordergrund. In der Zwischenzeit ist einiges passiert, wie der Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), Dieter Bartsch, in seiner Begrüßung erläuterte. So starteten HKG und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) eine Initiative, um mit gezielten Aktionen Patientensicherheit und Qualität langfristig zu fördern. Es wurde eine Befragung durchgeführt, an der 88 Krankenhäuser in Hessen teilnahmen. Ergebnis: ein Austausch wird gewünscht, um Problemfelder und Weiterentwicklungen zu diskutieren. „Wir haben aus den Ergebnissen konkrete Aktivitäten abgeleitet“, erläuterte Bartsch. Neben einer bereits stattgefundenen Fachtagung startet in Kürze ein Projekt im Bereich Qualitätssicherung zur Analyse der Prävalenz multiresistenter Erreger, unterstützt durch das HMSI sowie den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen in Hessen.

Im Mittelpunkt der von der HKG organisierten Veranstaltung stand das Krankenhausstrukturgesetz, das zum 1. Januar 2016 in Kraft treten soll. Positive Töne waren in der Überzahl. So auch von der HKG selbst: „Mit diesen Beschlüssen werden wesentliche Fehlentwicklungen des früheren DRG-Systems korrigiert, und das ist eine gute Entwicklung in Richtung Patient und fairer Finanzierung“, äußerte sich Bartsch. Themen wie die qualitätsbedingten Zu- und Abschlüsse oder unangekündigte Besuche des Medizinischen Diensts der Krankenversicherung (MDK) in den Krankenhäusern seien allerdings weiterhin zu diskutieren. Besonders positiv hob Bartsch die Entwicklung im Bereich der Investitionsmittel durch das Land Hessen hervor, das zwei Sonderprogramme finanziert. Er widersprach damit zugleich einer zuvor verbreiteten Meldung, die HKG beklage einen Investitionsstau. Eine Meldung, die

den Hessischen Minister für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, deutlich irritierte. Denn auch, wenn das Thema Krankenhausreform ein bundespolitisches sei, enthalte es sehr viel hessische Handschrift, so Grüttner: „Insgesamt werden die Kliniken damit finanziell deutlich besser gestellt.“ In den hessischen Kliniken wurden in diesem Jahr insgesamt Investitionen von 427 Millionen Euro ermöglicht, was ungefähr das Doppelte der durchschnittlichen Förderquote aller Bundesländer ausmache.

Die Krankenhausplanung werde sich wandeln, erklärte Grüttner und sah es als notwendig an, zukünftig verstärkt in Verbänden zu denken und zu handeln. Ähnlich dem Onkologiekonzept werde es zu weiteren Bereichen Konzepte geben, um betroffene Patienten in spezialisierten Zentren behandeln zu können. So soll 2016 ein Schlaganfallkonzept entwickelt werden.

Qualität erhalten und ausbauen, Innovationen ermöglichen und die Bezahlbarkeit des Systems gewährleisten – Herausforderungen, vor denen das Bundesministerium für Gesundheit stand, betonte dessen Staatssekretär Lutz Stroppe. Für die Patienten sei es wichtig, dass ein wohnortnahes Versorgungsangebot für Notfälle und die Grundversorgung gewährleistet werde. Bei elektiven Eingriffen seien Patienten jedoch bereit, auch über die eigene Region hinauszugehen, um Spitzenmedizin zu erhalten. Stroppe bestätigte eine bereits in den vergangenen Jahren im Krankenhausbereich gesteigerte Qualitätsentwicklung und sieht in der Verknüpfung von Qualität mit Mengensteuerung und Finanzierungsfragen einen wesentlichen Motor für dessen Weiterentwicklung: „Für gute Qualität gibt es Zuschläge, für schlechte Qualität gibt es eine Zeit, diese abzustellen, es gibt eine Zeit, bei der es Abschlüsse geben kann, und wenn die Qualität sich nicht verbessert, müssen planerische Maßnahmen greifen. Diese Trias ist entscheidend, um einen notwendigen Strukturwandel voranzubringen.“ Qualität sei

aber auch untrennbar mit dem Thema Personal verbunden und unter anderem mit dem Pflegestellenförderprogramm angegangen worden.

Auch der Hauptgeschäftsführer der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) Georg Baum sprach der Reform in den überwiegenden Punkten seine Zustimmung aus. Das Krankenhausstrukturgesetz habe den gesamten Komplex der Betriebskostenfinanzierung auf eine neue Grundlage gestellt. Eine Chance, um aus der Tarifschere herauszukommen, so Baum. Als wichtig empfand er zudem, dass der Bewertungsausschuss bis Ende 2016 den Auftrag erhalten habe, eine grundsätzlich neue Bewertung der ambulanten Notfallleistungen und -lasten vorzunehmen, wodurch perspektivisch eine faire Finanzierung der Notfallleistungen möglich werde. Insgesamt sei eine faire Mehrleistungsfinanzierungssituation entstanden, die jetzt allerdings in die Anwendung gehen müsse. „Wir akzeptieren viele der Instrumente, auch dass man aus dem Krankenhausplan rausgekündigt werden kann, wenn man nicht mehr die Qualitätsanforderungen erfüllt“, so Baum. „Aber vorher sind wir in der Pflicht, mit den Krankenkassen im Gemeinsamen Bundesausschuss Indikatoren zu entwickeln, die so gesichert sind, dass solche Entscheidungen getroffen werden können. Darin liegt die Schwierigkeit.“

**Maren Grikscheit**

Die Pressemitteilung der Hessischen Krankenhausgesellschaft mit weiterführenden Informationen und Erläuterungen finden Sie online auf [www.hkg-online.de/presse/pressearchiv/2015.html](http://www.hkg-online.de/presse/pressearchiv/2015.html)

Zu den wesentlichen Inhalten des Gesetzes siehe [www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz.html](http://www.bmg.bund.de/themen/krankenversicherung/krankenhausstrukturgesetz.html)

# „Wir benötigen mehr psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsangebote für Menschen mit einer Krebserkrankung“

Interview mit Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Vorsitzender des geschäftsführenden Vorstands der Hessischen Krebsgesellschaft e. V.

In Deutschland leiden aktuell 1,4 Millionen Menschen an Krebs. Über die Hälfte von ihnen sind zwischen 20 und 60 Jahre alt. Zurzeit treten in Hessen jährlich mehr als 35.000 neue Krebserkrankungen auf; die im Hessischen Krebsregister dokumentiert werden. Neue Studien belegen, dass sowohl die Zahl der Neuerkrankungen als auch die Rate der Langzeitüberlebenden steigt. Ziel der Hessischen Krebsgesellschaft e. V. ist die Prävention und Bekämpfung von Krebskrankheiten sowie die flächendeckende psychosoziale Beratung in Hessen. Welche Aufgaben und Perspektiven sind damit verbunden? Darüber haben wir mit dem Vorsitzenden des geschäftsführenden Vorstands der Gesellschaft, Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Zertifiziertes Brust- und Genitalkrebszentrum, am Sana Klinikum Offenbach gesprochen.

**In der Vergangenheit fühlten sich Krebskranke häufig von der Gesellschaft stigmatisiert. Das machte die Akzeptanz der Krankheit und die Rückkehr in ein normales Leben schwierig. Gilt das auch für die Gegenwart?**

Krebs ist weiterhin ein großes gesundheitspolitisches Thema in der Öffentlichkeit. Dies liegt einerseits an einer Art ‚Überinformation‘, zum anderen aber auch daran, dass noch nie so viele Menschen mit Krebs überlebt haben wie heute. Das ist die wirklich positive Nachricht. Andererseits bedeutet die Diagnose Krebs nach wie vor für die Betroffenen und deren Familien, förmlich vom sozialen Gleis genommen zu werden. Die Suche nach adäquaten Behandlungsformen beginnt. Für viele erscheint die Rückkehr in den Beruf fraglich. Deshalb brauchen die Betroffenen neben einer qualitativ hochwertigen medizinischen Versorgung

auch eine fundierte psychosoziale Beratung, die Perspektiven für das Leben mit und nach Krebs aufzeigt. Für diese Aufgabe haben wir sechs Beratungszentren und vier Außenstellen der Hessischen Krebsgesellschaft e. V. in Hessen.

**Die Hessische Krebsgesellschaft e. V. ist für Ärzte und Patienten da. Wie hat sich diese Struktur entwickelt und wie sieht die Aufgabenteilung von Deutscher Krebsgesellschaft und Hessischer Krebsgesellschaft aus?**

In Deutschland gibt es kein onkologisches Zentralinstitut, einem National Cancer Institute im eigentlichen Sinn entsprechend. Als größte wissenschaftlich-onkologische Fachgesellschaft engagiert sich die Deutsche Krebsgesellschaft e. V. (DKG) für eine hohe Qualität der onkologischen Versorgung. Im Mittelpunkt stehen dabei die Zertifizierung von onkologischen Versorgungszentren und die Entwicklung evidenzbasierter, unabhängiger Behandlungsleitlinien und Patientenleitlinien. Die 16 Landeskrebsgesellschaften gehören der DKG als Mitglieder an. Eine

von ihnen ist die 1952 gegründete Hessische Krebsgesellschaft (HKG), ein gemeinnütziger Verein onkologisch tätiger Ärztinnen und Ärzte und Psycho-Onkologinnen und Sozialarbeitern. Diese Aufgaben werden von Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftlern, Förderern aus dem öffentlich-rechtlichen und privatrechtlichen Bereich sowie Betroffenen und Interessierten unterstützt. Für die HKG steht der direkte Kontakt zum Patienten im Fokus. Ihr eigenständiges Aufgabengebiet sind Aufklärung über onkologische Erkrankungen, Vorsorge und Therapiemöglichkeiten sowie Beratung, Nachsorge und Prävention.

**Der Vorstand der HKG ist interdisziplinär besetzt. Ein Zufall?**

Keineswegs. Neben Ärzten und einer Juristin gehören dem geschäftsführenden Vorstand auch ein Diplom-Psychologe und eine Sozialpädagogin und Psycho-Onkologin an. Darin drückt sich der interdisziplinäre Ansatz aus, den wir seit Jahren verfolgen. Wir benötigen mehr psychosoziale Betreuung und Rehabilitationsangebote



du bist kostbar ist ein eingetragenes Markenzeichen der Hessischen Krebsgesellschaft e.V.

für Menschen mit einer Krebserkrankung. Aus diesem Grund haben wir in Hessen sechs Psychosoziale Beratungsstellen mit vier Außenstellen eingerichtet. Ihre Arbeit läuft nicht nur ausgesprochen gut, sie ist auch dringend notwendig. So liegen onkologische Patienten durchschnittlich nur noch fünf bis sechs Tage im Krankenhaus. In dieser kurzen Zeit ist es gar nicht möglich, sie auch ausreichend psychosozial zu unterstützen. Das übernehmen dann die Krebsberatungsstellen. Allerdings ist ihr Übergang in die Regelversorgung unklar, weil die Finanzierung für nächstes Jahr noch nicht steht (Stand: Oktober 2015).



Prof. Dr. med. Christian Jackisch

**Es gibt noch keine Definition darüber, was die Beratung von der Therapie unterscheidet. Die Beratungsstellen sollten über ein eigenständiges Profil verfügen. Ist das richtig?**

Ja, ganz genau. Es ist ja nicht damit getan, dass Patienten exzellent medizinisch behandelt werden. Vielmehr kommt es auch darauf an, wie es nach der Therapie weitergeht. Ich darf diese Situation an einem Beispiel illustrieren: eine alleinerziehende Mutter: Diese Patientin ist ohnehin stark belastet. Dann kommt die Krebserkrankung hinzu, die zum Arbeitsplatzverlust und damit schließlich sogar zum Wohnungsverlust führen kann, wie sieht die Kinderbetreuung während der Therapie aus. Diese Mehrfachbelastung stellt ein großes Problem dar. Da die notwendige Sozialberatung im ambulanten Bereich stattfindet, sind die Krebsberatungsstellen so ungemein wichtig und begegnen den Ratsuchenden mit praktischen Hilfen und bahnen so die dringend benötigten Hilfsangebote. Was glauben Sie, warum viele onkologische Patienten heute nicht mehr in Reha gehen? Weil sie Angst vor dem Verlust des Arbeitsplatzes haben. Deshalb wird der Alltag pseudonormalisiert. Wenn sie merken, dass es ihnen schlechter geht, haben sie meist keinen Anspruch auf Reha mehr. Die psychosoziale Beratung sollte im Idealfall bereits im Rahmen der Planung der Primärtherapie erfolgen, da die Therapiedauer häufig von den Patienten unterschätzt wird. Damit diese Menschen nicht alleine gelassen, sondern beraten und unterstützt werden, brauchen wir die Krebsberatungsstellen auch weiterhin. Wir kämp-

fen Jahr für Jahr für eine gesicherte, langfristige Finanzierung.

**Betrachten Sie die Hessische Krebsgesellschaft als eine Erfolgsgeschichte?**

Wir haben eine etwas turbulente Zeit hinter uns; die Hessische Krebsgesellschaft brauchte ein neues Profil. In den vergangenen Jahren hat sich die Situation jedoch dank eines gemeinschaftlichen Engagements aller Beteiligten zum Positiven verändert. So konnte die Hessische Krebsgesellschaft durch die sehr gute Kooperation mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), Akutkliniken und dem Reha-Bereich eine projektbezogene Förderung des HMSI für die Kampagne „du bist kostbar – Hessen gegen Krebs“ erhalten, die in Zusammenarbeit mit einer Düsseldorfer Agentur auf den Weg gebracht wurde. Im Februar 2014 wurde dieses Projekt zusammen mit dem HMSI und der Stiftung „Leben mit Krebs“ 2012 ins Leben gerufen und bundesweit ausgedehnt. Partner waren dabei die Deutsche Krebsgesellschaft und als Financier die Deutsche Krebsstiftung. Ein, wie ich finde, schöner Erfolg, der für die Mutmachende hessische Initiative spricht und sich zu einer bundesweiten Kampagne entwickeln konnte.

**Welchen Stellenwert hat die onkologische Prävention für die Hessische Krebsgesellschaft?**

Einen hohen Stellenwert. Für die meisten Menschen ist die Diagnose „Krebs“ zunächst ein Schock, der Angst und Hilflosigkeit auslöst. Viele Krebskranke fühlen sich mit der Diagnose überfordert. Mit

„du bist kostbar“ wollen wir Krebspatienten und ihre Angehörigen beim Umgang mit der Krankheit unterstützen und ihnen Orientierung bieten. Bei näherem Hinsehen erkennt man, dass das Wörtchen „du“ im Logo „du bist kostbar“ aus lauter kleinen Menschen besteht: Kinder, Erwachsene, Paare. In Form von Kurzfilmen werden auf [www.du-bist-kostbar.de](http://www.du-bist-kostbar.de) fünf Betroffene vorgestellt, die erzählen, wie sie mit ihrer Krebserkrankung umgehen, was sie fühlen und was ihnen hilft. So etwa die junge Ärztin, die kurz vor der Geburt ihres Kindes erfahren hatte, an Krebs erkrankt zu sein und seither das Leben mit ihrer Familie noch intensiver lebt als zuvor. Alle fünf Fälle berühren und ermutigen zugleich. „Du bist kostbar“ zeigt, dass niemand sich aufgrund einer Krebserkrankung aufgeben und die Hoffnung verlieren muss. Und zugleich wird, wie in dem ebenfalls engagiert von Dr. Catherina Maulbecker-Armstrong, HMSI, verfolgten Darmkrebsvorsorgeprojekt „1.000 mutige Männer“, die Notwendigkeit von Vorsorgeuntersuchungen deutlich gemacht.

**Gibt es weitere Initiativen zur Krebsprävention in Hessen?**

„Du bist kostbar“ ist die Dachkampagne verschiedener Projekte der Hessischen Krebsgesellschaft: 2013 startete das Projekt „Schatten, Shirt und Sonnencreme“, das auf das zunehmende Hautkrebsrisiko aufmerksam macht. Durch die Mitwirkung und Unterstützung des Landfrauenverbandes Hessen konnte das an Frauen gerichtete Projekt „Selbstuntersuchung der Brust“ in Kooperation mit dem HMSI,

dem Verband der Landfrauen in Hessen und der Landesärztekammer Hessen hessenweit ausgedehnt werden. Diese Projekte wurden von den Krankenkassen unterstützt. Mit Unterstützung der Landesärztekammer Hessen stehen außerdem das Mammographie-Screening sowie Bewegungs- und Ernährungsprogramme im Mittelpunkt des Projekts. Zu „du bist kostbar“ gehört auch die vom Gesundheitsamt Heppenheim ab dem Schuljahr 2014/15 gestartete Informationskampagne an Grundschulen des Kreises Bergstraße, mit der Eltern von Töchtern im Alter von 9–14 Jahren über die Wichtigkeit der HPV-Impfung aufgeklärt werden. Dieses in Deutschland einzigartige Projekt ist die erste Schulimpfkampagne für HPV-Impfungen. Um diese Initiativen bekannt zu machen, brauchen wir die Medien. Daher ist Öffentlichkeitsarbeit so wichtig.

### Wie beurteilen Sie das Onkologiekonzept der Hessischen Landesregierung?

Wir sind im Rhein-Main-Gebiet sehr gut vernetzt: über 60 Fachgebiete – von den Gynäkologen, über die Hämatologen bis hin zu den Kinderonkologen und den Strahl-

lenthérapeuten – arbeiten zusammen. Die Qualität der onkologischen Versorgung ist in ganz Hessen extrem hoch. Und nun ist in Hessen das Onkologiekonzept eingeführt worden, mit dem die medizinische Versorgung in festgelegten Versorgungsgebieten und definierten onkologischen Kompetenzzentren gebündelt werden soll. 18 kooperierende Krankenhäuser bilden einen Verbund, dessen Ziel die besser abgestimmte medizinische Versorgung aller Tumorkranken ist. Die Zusammenarbeit wird von zwei großen Kliniken koordiniert. Obwohl die Grundstrukturen, wie gesagt, alle bereits vorhanden sind, und es ein gut funktionierendes Netzwerk von Kliniken und niedergelassenen Ärzten gibt, wird jetzt eine neue Struktur geschaffen, die kleineren Kliniken und niedergelassenen Kollegen die Möglichkeit zur Teilnahme an interdisziplinären Konferenzen ermöglicht und somit heimatnah die Qualität der onkologischen Versorgung verbessern wird. Das gilt vor allem für seltene Malignome. Der Grundgedanke des Onkologiekonzepts – die verbesserte, wohnortnahe Versorgung der Patienten, einheitliche Behandlungsstandards nach neuesten wissenschaftlichen Erkenntnissen und die

Etablierung eines Zweitmeinungsverfahrens – mag gut sein, aber die Umsetzung ist finanziell nicht kostendeckend durchdacht. Die lokale Aufrechterhaltung der qualitätssichernden Maßnahmen in den Kliniken ist einfach nicht voll kostendeckend realisierbar.

### Welche Projekte sind Ihnen für die nächsten Jahre am wichtigsten?

Wichtig sind eine gesicherte Finanzierung und damit der Fortbestand der ambulanten Krebsberatungsstellen. Da die Onkologie durch die ständige Weiterentwicklung in Zukunft qualitativ immer hochwertiger, zugleich aber auch immer teurer wird und damit die Herausforderungen steigen, wünsche ich mir einen onkologischen „Think Tank“ in Hessen. In diesen Dialog sollten auch die niedergelassenen Fachärzte und hausärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen mit einbezogen werden, um die Therapieeffizienz zu steigern und die psychosozialen Folgen für die Betroffenen und deren Umfeld zu mindern.

Interview:

Dr. med. Peter Zürner und Katja Möhrle



### Handbuch des Rettungswesens. Erste Hilfe, Notfallrettung und Krankentransport

Mendel-Verlag, Witten

Printversion: Grundwerk in 7 Ordnern mit ca. 4.200 Seiten, 179 € netto (191,53 € brutto) ISBN: 9783930670307

CD-ROM: Grundwerk mit Einzelplatzlizenz, 179 € netto (213,01 € brutto) ISBN: 9783930670321

Das Handbuch des Rettungswesens wurde im September 2015 mit der 172. Ergänzungslieferung aktualisiert. Neben der seit 40 Jahren bestehenden Printausgabe ist das anerkannte Standardwerk für alle Fragen des Rettungsdienstes und der Notfallversorgung auch als digitale Ausgabe auf CD-ROM seit März 2006 verfügbar. Die CD bietet die Möglichkeit zu gezielten Abfragemöglichkeiten anhand

einer Stichwortsuche. Im Archiv der CD sind besonders interessante und nachhaltige Beiträge enthalten, die aus Platzmangel in der gedruckten Ausgabe weichen mussten.

Mit dem Redaktionsbeirat Günter Ohlig (DRK Hessen), Wilhelm Schier (Hessisches Ministerium für Soziales und Integration) und Prof. Dr. med. Peter Sefrin (emeritierter Leiter der Sektion für klinische Notfallmedizin) ist gewährleistet, dass sowohl das fundierte Sach- und Fachwissen der Rettungs- und Hilfsorganisationen, die jahrzehntelange Erfahrung eines Ministerialrates in der Gesetzgebung als auch die notfallmedizinische und berufspolitische Kompetenz adäquat vertreten sind. Das Handbuch „umfasst die relevanten Grundlagen der Gesetzgebung von europäischer bis hin zur Landesebene und bietet zusätzlich die entscheidenden Informationen zur Gesundheits- und Sozialpolitik, zum Qualitätsmanagement, über Erste Hilfe und Rettungsmittel sowie zum Arbeitsschutz und betrieblichen Rettungswesen“. Es ist das Standardwerk des Rettungswesens.

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

## Bücher

# Akute Appendizitis: Moderne Diagnostik und Therapie

VNR 2760602015115180009

Michael Braun

Mit mehr als 20 Prozent ist die akute Appendizitis eine der häufigsten Ursachen für ein akutes Abdomen. Die Appendektomie ist in Deutschland der häufigste viszeralkirurgische Notfalleingriff. Jährlich werden 135.000 Appendektomien durchgeführt. In der Technik der Appendektomie konkurriert zurzeit die offene traditionelle Technik über einen rechten, unteren lateralen Wechselschnitt nach McBurney (1894) mit der laparoskopischen Vorgehensweise. Die Indikation zur Appendektomie ist gegeben, wenn die Diagnose „akute Appendizitis“ gestellt wird. Dies stellt in Deutschland auch unter forensischer Sichtweise nach wie vor den Standard dar.

## Epidemiologie

Die Inzidenz der akuten Appendizitis liegt in Deutschland und Nordamerika bei ca. 100 Erkrankungen/100.000 Einwohner mit einem Manifestationsgipfel für Männer bei 10–14 Jahren und für Frauen bei 15–19 Jahren. Nur 5–10 Prozent der Patienten mit akuter Appendizitis sind älter als 60 Jahre. Dabei beträgt das Appendektomierisiko für Männer lebenslang ca. 12 Prozent, ist für Frauen mit 23 Prozent deutlich höher.

Insgesamt zeigt sich ein Rückgang der Inzidenz seit den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts. Die Gründe hierfür sind aber nicht klar. Die Appendizitis tritt in westlichen Ländern häufiger auf; so ist die Inzidenz in Thailand oder Afrika deutlich niedriger als in Deutschland.

Nach wie vor liegt die Rate der perforierten Appendizitis bei 20–30 Prozent.

## Anatomie

Embryologisch ist die Appendix vermiformis ein Teil des Coecums, die Basis der Appendix entspringt in der Regel an den am Coecalpol zusammenlaufenden drei Taenien. Histologisch zeigt sie denselben Wandaufbau wie das Coecum mit zirkulärer und longitudinaler Muskulatur. In der Submucosa liegen zahlreiche Lymphfollikel (bis 200), wobei

sich die höchste Zahl im Alter von 10–20 Jahren findet. Ab dem 60. Lebensjahr kommen praktisch keine Lymphfollikel mehr vor. Die Länge der Appendix ist sehr variabel; sie reicht von kompletter Agenesie bis ca. 30 cm. Im Mittel ist sie 5–10 cm lang, die Weite beträgt im Mittel 0,5–1 cm.

Die Lage der Appendix in der Bauchhöhle kann sehr unterschiedlich sein. Die häufigste Position ist retrocoecal mit ca. 65 Prozent sowie die Lage im kleinen Becken mit 31 Prozent. Auch ein Hochstand des Coecums mit der Appendix direkt unter der Leber ist möglich.

## Pathogenese

Durch eine Verlegung des Appendixlumens lässt sich experimentell die Entwicklung einer Appendizitis auslösen. Ursächlich hierfür kommen narbige Stenosen, Kotsteine, Parasiten, Schleim, Nahrungsbestandteile, ödematöse Schwellung, lymphoide Hyperplasie oder Tumoren in Frage.

Durch die Obstruktion kommt es bei anhaltender Schleimsekretion zu einer

Druckerhöhung mit nachfolgender Minderdurchblutung und Ulceration der Mucosa und bakterieller Besiedlung der gesamten Appendixwand mit Durchwanderung und Peritonitis. Anatomische Besonderheiten wie eine Gerlach-Klappe am Eingang der Appendix, ein scherengitterartiger Aufbau der Appendixwand, der zu einer Verhinderung der Lumenerweiterung führt sowie die Gefäßversorgung durch eine funktionelle Enderarterie (A. appendicularis) unterstützen diesen Prozess noch.

Das Stadium der Appendizitis ist vom Grad der Entzündung abhängig (siehe Tabelle 1). Die Dauer für die Entwicklung bis zu einer Gangrän oder Perforation ist sehr unterschiedlich und kann im Einzelfall nur wenige Stunden betragen.

## Gibt es eine neurogene Appendikopathie?

Neben entzündlichen Veränderungen kann die Appendix andere Erkrankungen aufweisen. Bei der sog. neurogenen Appendikopathie finden sich entsprechende histologi-

**Tabelle 1 – Stadien der akuten Appendizitis**

Akut katarrhalisch	Hyperämie der Appendix. Histologisch finden sich in einzelnen Schleimhautbuchten Oberflächendefekte mit Granulozyteninfiltraten.
Seropurulent	Die Appendix ist stark gerötet und verdickt. Alle Wandschichten weisen Granulozyteninfiltrate auf.
Ulzerophlegmonös	Die erheblich verdickte Appendix ist schmierig grau belegt. Sie zeigt Ulzerationen der Schleimhaut und granulozytär durchsetzte Fibrinbeläge auf der Serosa.
Gangränös	Die Wand der Appendix ist dunkelrot oder blaurot-blau-schwarz und zundrig-brüchig.
Ulzerös mit Perforation	Durch Nekrose der Appendixwand kommt es zum Austritt von Appendixinhalt.
Perityphlitischer Abszess	Benachbarte Dünndarmschlingen oder Omentum majus decken die Perforation zur Bauchhöhle ab.
Perforation mit Peritonitis	Infiziertes Material gelangt in die freie Bauchhöhle.

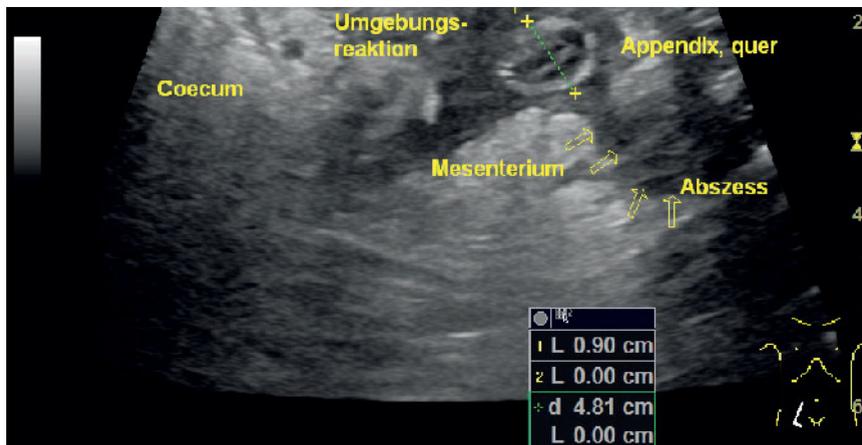


Abb. 1: Querschnitt einer entzündeten Appendix mit einem Durchmesser von 9 mm mit echoarmer Infiltration des entzündeten Mesenteriums sowie beginnender Abszedierung. Operative Diagnose: bestätigt die gedeckt perforierte Appendizitis (alle Abbildungen: RKH Kassel)

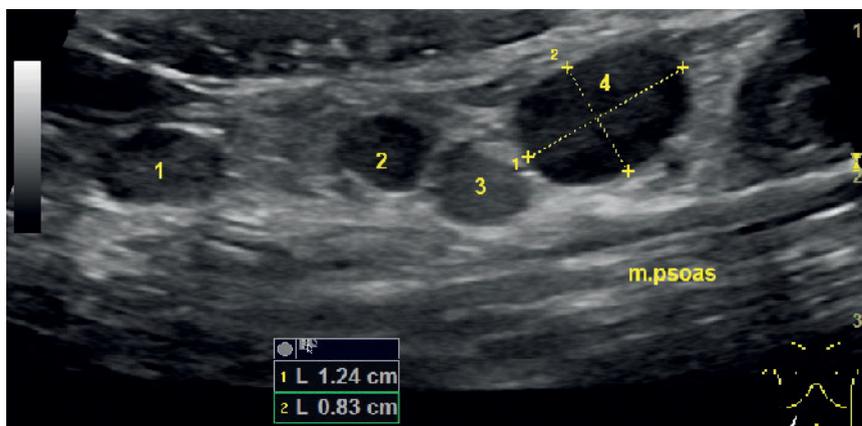


Abb. 2: Multiple rundlich-ovaläre Raumforderungen auf dem rechten Psoas. Bei unauffälliger Appendix Diagnose einer Lymphadenitis mesenterialis.

sche Veränderungen wie eine neuromartige Proliferation nervaler Strukturen aber auch verdickte Nervenbündel mit einer erhöhten Anzahl von Ganglienzellen. Bei Patienten mit derartigen Veränderungen können klinische Zeichen der akuten Appendizitis vorhanden sein (lokaler Druckschmerz im rechten Unterbauch, leichte Erhöhung der Entzündungswerte), das Präparat letztlich nach Appendektomie histologisch jedoch keine Entzündungszeichen aufweisen. Diese Patienten können einen chronisch rezidivierenden Verlauf aufweisen. Der Großteil dieser Patienten ist postoperativ dauerhaft beschwerdefrei.

## Klinische Symptomatik

Die Diagnose der akuten Appendizitis ist eine Bastion der klinischen Medizin. Der

sorgfältigen exakten Erhebung der Anamnese sowie einer guten klinischen Untersuchung kommt die wesentliche Bedeutung bei der Diagnosestellung bei einem Großteil der Fälle zu. Gerade für die Appendizitis gilt, dass Verzögerungen in der Diagnose bei einem relativ unkomplizierten Fall zu einer deutlichen Erhöhung der Morbidität oder Mortalität insbesondere bei Patienten mit schwerer Komorbidität führen können. Die typische Präsentation ist der abdominelle Schmerz über 12–24 Stunden. Zu Beginn sind die Beschwerden uncharakteristisch, häufig im Epigastrium oder periumbilikal. Der Schmerz ist anfangs schwer lokalisierbar, teils krampfartig (autonomer viszeraler Schmerz).

Unspezifische Symptome wie Übelkeit, Inappetenz, Erbrechen finden sich häufig. Durchfall ist ein eher seltenes Symptom

und kommt häufiger bei Gastro-Enteritiden vor. Er kann eine Appendizitis aber niemals ausschließen.

Mit der Zunahme des Entzündungsprozesses werden benachbarte Organe und insbesondere das parietale Peritoneum miteinbezogen und es kommt zur typischen „Schmerzwanderung“ in den rechten Unterbauch mit gut lokalisierbarem Punctum maximum (somatischer Schmerz). Typisch ist dann der lokale Druckschmerz am McBurney-Punkt (Linie zwischen Nabel und Spina iliaca anterior superior-laterale Drittelgrenze). Aufgrund der erheblichen Lagevariabilität der Appendix können die Schmerzen bei der akuten Appendizitis auch in anderen Regionen des Abdomens auftreten.

Eine perforierte Appendizitis tritt in etwa 20–30 Prozent der Fälle auf, bei über 60-jährigen sogar in 30–50 Prozent. Ursache hierfür ist meist eine geringer ausgeprägte Schmerzsymptomatik; diese Patienten stellen sich oft erst verzögert vor. Des Weiteren wird aufgrund vieler möglicher Differentialdiagnosen eine akute Appendizitis häufig primär nicht in Betracht gezogen. Perforiert die Appendix, so kommt es häufig zunächst zu einer Besserung der Beschwerden, dann aber bei zunehmender lokaler Peritonitis zum Bild des akuten Abdomens.

Klinische Zeichen der akuten Appendizitis sind:

- Druckschmerz am McBurney
- Blumberg-Zeichen: Loslassschmerz bei lokaler Peritonitis (ipsi- oder kontralateral)
- lokaler Klopfschmerz
- lokale Abwehrspannung rechter Unterbauch
- Peristaltikverminderung
- Rovsing-Zeichen: Schmerzzunahme rechter Unterbauch bei retrogradem Ausstreichen des Colons
- Psoadehnungsschmerz: bei retrocoecaler Lage Schmerzen in der Appendixloge beim Anheben des rechten Beines
- Rechtsseitiger Douglasschmerz bei rektaler Untersuchung bei Lage der Appendix im kleinen Becken
- Temperaturdifferenz über 0,5° C rektal/axillär (unspezifisch)

Perityphlitischer Abszess: durch körpereigene Abwehrmechanismen kann es bei ei-

ner akuten Appendizitis zu einer Begrenzung der lokalen Entzündungsreaktion mit Entwicklung eines umschriebenen Abszesses kommen. Diese Patienten stellen sich dann häufig erst einige Tage nach Beschwerdebeginn vor. Klinisch findet sich oft eine palpable Resistenz im rechten Unterbauch aber fehlende Zeichen einer peritonealen Reizung und lokalen Abwehrspannung. Bildgebend lässt sich der Abszess in der Sonographie und der KM-CT des Abdomens nachweisen. Somit muss der perityphlitische Abszess von der akuten komplizierten Appendizitis mit einem lokalen Abszess abgegrenzt werden.

In der Diagnostik der akuten Appendizitis bleibt die Qualität des erfahrenen Untersuchers bisher unerreicht, Anamnese und klinische Untersuchung müssen daher im Mittelpunkt der Diagnostik stehen. Daran ändern auch score-Systeme oder computergestützte Erfassung und Entscheidungen nichts.

### Differentialdiagnostik

Das Spektrum der Differentialdiagnosen der akuten Appendizitis ist breit (siehe Tabelle 2). Es ist bei der Beurteilung hilfreich, Alter und Geschlecht der Patienten in die Überlegungen mit einzubeziehen. So findet sich bei Kindern (aber auch bei Erwachsenen) häufig eine Lymphadenitis mesenterialis, die sich meist durch eine Verlaufsbeobachtung abgrenzen lässt, da sich die Beschwerden in der Regel rasch zurückbilden. Häufig sind andere Lymphknoten oder die Tonsillen beteiligt. Insbesondere bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen kommt differentialdiagnostisch eine Ileitis terminalis überwiegend durch Yersinien, sehr selten als Erstmanifestation eines Morbus Crohn in Frage. Gastro-Enteritiden können anfangs ähnliche Symptome wie eine Appendizitis auslösen, der dann aber häufig auftretende Durchfall lässt in aller Regel die Appendizitis abgrenzen.

Dennoch ist auch eine Appendizitis mit gleichzeitiger Enteritis möglich. Im Einzelfall sind hier klinische und sonographische Verlaufskontrollen erforderlich.

Fehldeutungen der Symptome betreffen besonders junge Frauen im gebärfähigen Alter, da hier zahlreiche gynäkologische Erkrankungen berücksichtigt werden müssen (Salpingitis, Ovarialzyste, rupturierte Extrauterin gravidität). Im Fall einer

Schwangerschaft kann die Lageveränderung des Coecums zu Fehlinterpretationen führen.

Retrocoecal gelegene Appendizitiden können zu entzündlichen Reaktionen der ableitenden Harnwege mit pathologischem Urinbefund führen.

Mit einer geringer ausgeprägten Klinik mit larvierten Verlaufsformen ist besonders bei älteren Patienten zu rechnen. Hier kann die Diagnosestellung eine große Herausforderung darstellen, da die Klinik häufig fehlt oder schwer erfassbar ist (Adipositas, Demenz).

### Diagnostik

Neben der Anamneserhebung sowie der klinischen Untersuchung werden zur Sicherung der Diagnose weitere Untersuchungsverfahren eingesetzt.

### Labor

Die wichtigsten Laborparameter sind die Leukozyten sowie das C-reaktive Protein. Die Leukozytenzahl liefert einen Anhalt für das Vorliegen einer Entzündung, hat jedoch keine ausreichende Spezifität hinsichtlich einer akuten Appendizitis. So findet sich im Mittel eine Erhöhung auf 15.000/ $\mu$ l, sie sind damit mäßiggradig erhöht.

Für die CRP-Werte wurde bisher ein Zusammenhang zwischen fortschreitender Entzündung und CRP-Anstieg beschrieben. Insbesondere bei Patienten über 60 Jahre finden sich aber signifikant höhere C-reaktive Protein-Werte bei fortgeschrittener oder perforierter Appendizitis. Zusammenfassend gilt, dass Normalwerte für Leukozyten oder C-reaktives Protein ei-

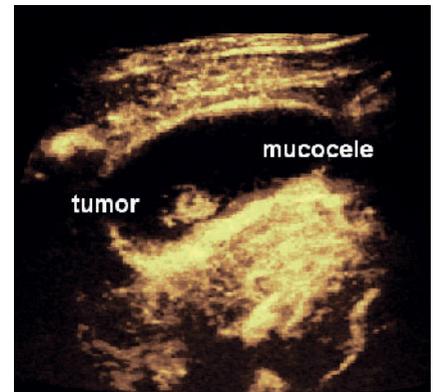


Abb. 3: Echoarm, wurstförmig vergrößerte Appendix. Nach Kontrastmittelgabe (SonoVue, 2 ml i.v.) stellt sich ein 8 mm kleiner hyperperfundierter intraluminärer Tumor dar. Histologisch zeigt sich eine niedrig gradige muzinöse Neoplasie (LAMN).

ne Appendizitis nicht ausschließen. Bei Frauen im gebärfähigen Alter muss eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden. Bei der Urinuntersuchung ist zu berücksichtigen, dass pathologische Befunde auch bei einer retrocoecalen Appendizitis gefunden werden können. Eine Erythrozyturie kann Hinweis für eine urologische Ursache der abdominellen Beschwerden (Ureterstein) sein.

### Sonographie

Neben den oben erwähnten Untersuchungen wird insbesondere die Sonographie als Schnittbildverfahren der 1. Wahl herangezogen. Im Idealfall kann die Appendix spezifisch und direkt dargestellt werden. Der abdominelle Ultraschall dient der frühzeitigen Indikationssicherung einer akuten Appendizitis, der Senkung der Per-

**Tabelle 2 – Differentialdiagnosen bei akuter Appendizitis**

Adnexitis, stielgedrehte Ovarialzyste, Tubargravidität, Ovulationsschmerz
Gastroenteritis, Yersinienenteritis
Cholezystitis, Pankreatitis, Ulcus duodeni et ventriculi
Morbus Crohn, Meckel'sches Divertikel, Sigmadivertikulitis, Invagination
Pyelonephritis, Harnleiterkolik, Blasenentzündung, Psoasabszess
selten Porphyrie

forationsrate und insbesondere der Vermeidung von Fehldiagnosen und damit verbundenen negativen Laparotomien/-skopien und deren Morbidität. In Metaanalysen wird eine Sensitivität bis 87 Prozent und eine Spezifität bis zu 94 Prozent berichtet. Dabei gilt, dass mit zunehmender Untersuchererfahrung die Treffsicherheit signifikant ansteigt.

Die Untersuchung in Rückenlage bezieht das gesamte Abdomen ein, um relevante Differentialdiagnosen zu erfassen. Nach deren Ausschluss wird die Ileocoecalregion mit einem hochauflösenden Schallkopf untersucht. Dabei kann störendes Darmgas verdrängt werden, im Idealfall ist dann die Appendix darstellbar, sowie die Kompressibilität der Appendix. Auch freie Flüssigkeit kann detektiert werden. Adipositas kann die Aussagefähigkeit der Sonographie erheblich einschränken.

Eine normale Appendix lässt sich unter guten Bedingungen in 70–80 Prozent der untersuchten Patienten darstellen. Sie zeigt einen mehrschichtigen Wandaufbau. Die normale Appendix hat einen Durchmesser < 6mm. Die Wand ist ohne Entzündung nicht verdickt, das Lumen meist mit Luft oder Stuhl gefüllt (Kokarde).

Ist die Appendix entzündet (phlegmonös, gangränös), ist die Wand meist deutlich verdickt mit teils erhaltener aber auch aufgelöster Wandschichtung (siehe Abbildung 1). Es findet sich dann meist eine pathologische Kokarde. Bei fortgeschrittener Entzündung kann das ganze Organ stark aufgetrieben sein, ggf. finden sich Lufteinschlüsse in der Wand. Für eine perforierte Appendix spricht ein inkongruenter Nachweis der Wand mit zusätzlichem Nachweis von Flüssigkeit als echoarmes Exsudat ggf. mit Lufteinschlüssen. Werden solche sonographischen Veränderungen gefunden, ist eine akute Appendizitis sehr wahrscheinlich.

Ein wesentlicher Anspruch an die Sonographie ist der Ausschluss wichtiger Differentialdiagnosen (Lymphadenitis, Urolithiasis, gestaute Niere, Ovarialzyste, Harnverhalt); im positiven Fall empfiehlt sich eine weitergehende Diagnostik (siehe Abbildungen 2 und 3). Lässt sich in der Sonographie eine entzündliche Appendix darstellen, besteht in der Regel eine Operations-Indikation. Ein negativer Befund schließt eine Appendizitis aber nicht aus.

### Radiologische Diagnostik

Eine Röntgen-Aufnahme des Abdomens im Stehen ist bei der klinischen Diagnose akute Appendizitis in der Regel verzichtbar, da freie Luft auch bei der Perforation praktisch immer fehlt. Die durch eine lokale Peritonitis bedingte Dünndarmatonie kann zur Bildung einzelner Dünndarm Spiegel führen.

Bei unklaren Befunden sollte großzügig die Indikation für eine KM-CT des Abdomens gestellt werden. Die Abgrenzung entzündlicher zu tumorösen Prozessen gelingt besser als in der Sonographie. Eine regelhafte CT-Diagnostik bei der akuten Appendizitis ist in Deutschland unüblich und entbehrlich (Strahlenhygiene). Wird sie durchgeführt, weist sie eine höhere Sensitivität und Spezifität als die Sonographie auf. Die Notwendigkeit einer MRT-Untersuchung ist nur selten gegeben, z. B. bei Kindern und jungen Menschen, Schwangeren oder bei KM-Allergie. Auch hier liegt die Sensitivität mit 100 Prozent und Spezifität bis 99 Prozent bei der KM-CT höher als bei der Sonographie.

Der Stellenwert der Sonographie sowie der CT in der Diagnostik nimmt zu. Dennoch korreliert die Zunahme der bildgebenden Diagnostik nicht mit einer Abnahme der perforierten Appendizitis, da diese in erster Linie durch ein zu spätes Kommen der Patienten bedingt ist.

### Therapie

- Bei nicht eindeutiger Diagnose beim Erstkontakt ist eine „aktive Beobachtung“ des Patienten gerechtfertigt. Hierzu sind dann wiederholte Kontrollen unter stationären Bedingungen erforderlich
- Wird aufgrund der Untersuchung die Diagnose „akute Appendizitis“ gestellt, besteht die Indikation zur zeitnahen Operation, das Abwarten der Nüchternheitsgrenze ist kontraindiziert.
- Ein konservativer Therapieansatz ist die antibiotische Therapie. So gibt es mittlerweile mehrere, aktuelle teils randomisierte Studien und Metaanalysen, die die konservative antibiotische Therapie bei unkomplizierter Appendizitis mit der primären Appendektomie vergleichen. In einigen Studien wurde bei allen Patienten eine KM-CT des Abdomens als diagnostische Maßnahme durchgeführt.

- Im Ergebnis zeigt sich bei diesen Studien, dass bei unkomplizierter Appendizitis eine primäre antibiotische Therapie möglich ist. Im frühen Verlauf muss jedoch mit einer Appendektomie unter anderem wegen einer Perforation bis zu 35 Prozent gerechnet werden.

In den vorliegenden Studien und Metaanalysen wird zurzeit keine eindeutige Empfehlung zur primär konservativen Therapie abgegeben. Wenn sie dennoch erwogen wird, kann die Durchführung nur unter stationären Bedingungen und täglicher Evaluation durch einen erfahrenen Viszeralchirurgen erfolgen. Aus medico-legalen Gründen (übersehene Perforation) wird dieses Vorgehen – wenn überhaupt – erst nach weiteren Studien eine realistische Alternative sein.

### Perityphlitischer Abszess

Hier kann meist mit einer perkutanen Drainage über 5–7 Tage mit begleitender Antibiose behandelt werden. Eine Intervallappendektomie ist in der Regel nicht erforderlich.

### Operative Therapie

Appendektomie bedeutet die Abtragung des Wurmfortsatzes direkt an der Basis. Hierzu muss auch das gefäßführende Fettgewebe (Mesenteriolum) durchtrennt werden. Ist die Basis der Appendix ebenfalls entzündlich verändert, muss ggf. eine Coecalpolresektion erfolgen. Bei schweren Entzündungszuständen ist im Einzelfall eine Ileo-Coecalresektion erforderlich. Immer ist darauf zu achten, dass die Appendix vollständig abgetragen wird, da sonst die Gefahr einer Stumpfappendizitis droht! Als OP-Verfahren stehen die offene Appendektomie (OA) per Wechselschnitt als Standardzugang (McBurney 1894) sowie die laparoskopische Appendektomie (LA) zur Verfügung (erstmalig durch den Gynäkologen Semm 1983); hierbei erfolgt der Zugang zur Bauchhöhle in der Regel über drei kleine Trokarinzisionen (10 mm; 2 x 5 mm) im Nabel sowie tief im Unterbauch beidseits. Der laparoskopische Zugang über nur einen Trokar (Single-Port-Technik) gilt bisher nicht als Standard. Die Absetzung der Appendix vermiformis kann dabei mit einem Klammernahtgerät (teuer), einer resorbierbaren Schlinge oder mit

Clips durchgeführt werden. Bei einer Unterbauchperitonitis kann auch eine mediane Unterbauchlaparotomie erfolgen.

Seit der Einführung ist der Anteil der LA stetig gewachsen: 1996/97 von etwa 33 Prozent auf 88 Prozent im Jahr 2008/2009 (AN-Institut). Eine Konversion vom laparoskopischen zum offenen Verfahren ist heute meist durch einen schweren Entzündungsbefund bedingt, die Rate beträgt etwa 8 Prozent.

Durch eine Antibiotikaphylaxe (single-shot) lässt sich die Rate an Wundinfektionen bereits signifikant reduzieren (OA von 3,7 Prozent auf 1,9 Prozent; LA von 1 Prozent auf fast 0 Prozent). Eine postoperative Antibiotikatherapie ist in Abhängigkeit einer Peritonitis über 3–5 Tage antibiogrammgerichtet (intraoperativer Abstrich!) erforderlich. In zahlreichen Studien und Meta-Analysen konnten in den vergangenen Jahren die Vor- und Nachteile der LA belegt werden:

**Vorteile:**

- komplette Exploration des Abdomens
- weniger Wundinfektionen (die entzündete Appendix wird in der Regel in einen Begebeutel verpackt); bei adipösen Patienten ist diese Reduktion der Wundinfektionsrate besonders evident
- geringere postoperative Schmerzen
- verkürzter KH-Aufenthalt
- bessere Kosmetik
- weniger Hernien
- frühere Rückkehr zur normalen Aktivität
- vermindertes Risiko einer nicht indizierten Appendektomie insbesondere bei jungen Frauen mit Appendizitisverdacht

**Nachteile:**

- erhöhte Rate an intraabdominellen Abszessen, vor allem in Studien aus der Anfangszeit der laparoskopischen Appendektomie; in aktuellen Studien lässt sich dieser Nachteil kaum noch nachweisen
  - längere Operationszeit bei Erwachsenen
  - höhere stationäre Behandlungskosten
- Dennoch ist im Einzelfall ein primär offenes Vorgehen angezeigt.

Mögliche Gründe:

- Patientenwunsch
- voroperierter Patient
- cardio-pulmonal instabiler Patient
- Schwangerschaft: zwei amerikanische Meta-Analysen zeigen ein erhöhtes Risiko für eine Fehlgeburt nach LA (5,6

Prozent vers. 3,1 Prozent nach OA); hier muss im Einzelfall mit der Patientin eine Risikoabwägung erfolgen

**Komplikationen:**

Zu den postoperativen Komplikationen zählen Nachblutungen (selten), Wundinfektionen, intraabdominelle Abszesse (nur selten findet sich hier ursächlich eine Stumpfsuffizienz); postoperative Atonie; Narbenhernien; späterer Ileus (etwa 1 Prozent). Die postoperative Mortalität beträgt < 1 Prozent, betrachtet man nur Erwachsene, liegt sie bei 1,8 Prozent.

Bei ca. 20 Prozent findet sich intraoperativ eine makroskopisch unauffällige Appendix. Zur Frage „Entfernung: ja oder nein?“ gibt es keine festen Empfehlungen. In den meisten Fällen wird aber nach Ausschluss einer anderen Pathologie (z. B. akuter Morbus Crohn) die Appendektomie erfolgen.

**Gründe:**

- Vermeidung einer späteren Appendizitis
- nicht Übersehen einer Innenappendizitis
- Vermeidung einer neurogenen Appendikopathie
- nicht Übersehen anderer Pathologica (z.B. Appendix-Carcinoid)

Voraussetzung für die besseren Resultate der LA ist ein entsprechend versierter, minimal-invasiver Operateur. Dann sind auch fortgeschrittene und perforierte Entzündungsstadien laparoskopisch zu versorgen. In Deutschland zumindest hat sich die LA zum dominierenden Verfahren bei der operativen Therapie der akuten Appendizitis entwickelt.

**Fazit**

Die akute Appendizitis ist nach wie vor eine häufige Ursache für ein akutes Abdo-

men, die Appendektomie ist immer noch der häufigste viszeral-chirurgische Notfallingriff. Die Inzidenz ist rückläufig, das gilt aber nicht für die perforierte Appendizitis. Nach wie vor ist bei 20–30 Prozent der Patienten die Appendix bei Aufnahme in die Klinik perforiert. Dann liegt meist eine Peritonitis oder ein Abszess vor.

In der Diagnostik kommt der klinischen Untersuchung durch einen erfahrenen Untersucher nach wie vor die größte Bedeutung zu; unterstützt wird sie neben der Labordiagnostik durch eine immer subtiler werdende Bildgebung. Verzögerungen in der Diagnostik können insbesondere bei älteren Patienten zu einer deutlichen Verschlimmerung des Krankheitsbildes führen. Wird die Diagnose „akute Appendizitis“ gestellt, besteht aus unserer Sicht immer noch die Indikation zur Appendektomie. Hierbei hat sich die laparoskopische Appendektomie aufgrund der nachgewiesenen Vorteile zum dominierenden Verfahren entwickelt. Eine konservative Therapie der akuten Appendizitis ist nur nach Ausschluss einer komplizierten Verlaufsform durch eine KM-CT oder Ultraschall durch einen erfahrenen Untersucher und kontinuierlicher Überwachung durch einen erfahrenen Viszeralchirurgen erlaubt.



**Dr. med. Michael Braun**

Rotes Kreuz Krankenhaus (RKH) Kassel  
 Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
 Hansteinstraße 29, 34121 Kassel  
 Fon: 0561 3086-4201  
 E-Mail: braun@rkh-kassel.de

**Multiple Choice-Fragen**

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Akute Appendizitis: Moderne Diagnostik und Therapie**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessi-

schen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **23.12.2015 bis 22.12.2016** möglich.

# Multiple Choice-Fragen:

## Akute Appendizitis: Moderne Diagnostik und Therapie

VNR 2760602015115180009

*(nur eine Antwort ist richtig)*

### 1. Welche Aussage ist falsch?

**Klinische Zeichen der Appendizitis sind:**

- 1) Druckschmerz rechter Unterbauch (McBurney-Punkt)
- 2) Psoasdehnungsschmerz bei freier intraabdomineller Lage der Appendix
- 3) Kontralateraler Loslassschmerz bei lokalisierter Peritonitis
- 4) Lokale Abwehrspannung rechter Unterbauch bei fortgeschrittenem Befund

### 2. Welche Aussage ist falsch?

**Typische Differentialdiagnosen für die akute Appendizitis sind?**

- 1) Lymphadenitis mesenterialis bei Kindern
- 2) Gynäkologische Erkrankungen bei jungen Frauen
- 3) entzündliche Reaktion der ableitenden Harnwege bei retrocoecaler Lagerung der Appendix
- 4) perforiertes Aortenaneurysma bei über 50-Jährigen

### 3. Welche Aussage zur Labordiagnostik bei akuter Appendizitis ist falsch?

- 1) Es findet sich immer eine signifikante Leukozytose
- 2) Bei gebärfähigen Frauen muss immer eine Schwangerschaft ausgeschlossen werden
- 3) Normalwerte für Leukozyten und CRP schließen eine akute Appendizitis nicht aus
- 4) Pathologische Urinbefunde können auch bei akuter Appendizitis gefunden werden

### 4. Welche Aussage zur akuten Appendizitis ist richtig?

- 1) Bei klinisch eindeutigem Befund kann auf jede Bildgebung verzichtet werden
- 2) Die Sonographie bei akuter Appendizitis dient u.a. dem Ausschluß nicht operationspflichtiger Differentialdiagnosen

3) Bei V.a. akute Appendizitis muß immer ein CT Abdomen erfolgen

4) Die Sonographie kann eine akute Appendizitis immer nachweisen

### 5. Welche Aussage zur akuten Appendizitis ist richtig?

- 1) Die Inzidenz ist im Alter > 60 Jahre höher
- 2) Der Hauptmanifestationszeitpunkt liegt bei Männern und Frauen unter 20 Jahren
- 3) Bei rückläufiger Inzidenz ist auch die Rate der perforierten Appendizitis rückläufig
- 4) Das Appendizitisrisiko ist für Männer höher als für Frauen

### 6. Welche Aussage ist richtig?

- 1) In der Mehrzahl liegt die Appendix frei in der Bauchhöhle
- 2) Bei der neurogenen Appendikopathie finden sich immer histologische Entzündungszeichen
- 3) Die Zeit vom Beginn einer akuten Appendizitis bis zur Gangrän oder Perforation kann sehr unterschiedlich sein
- 4) Eine Obstruktion der Appendix spielt für die Entwicklung einer akuten Appendizitis keine Rolle

### 7. Welche Aussage zur akuten Appendizitis ist richtig?

- 1) Die typischen Beschwerden bei akuter Appendizitis beginnen immer im rechten Unterbauch
- 2) Durchfall schließt eine Appendizitis aus
- 3) Akute Schmerzen im rechten Oberbauch können nie einer akuten Appendizitis entsprechen, da die Appendix immer im rechten Unterbauch liegt
- 4) Typisch für die akute Appendizitis ist die Verlagerung der Schmerzen von der Nabelgegend in den rechten Unterbauch

### 8. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Eine perforierte Appendizitis ist bei jungen Menschen häufiger als bei über 60-Jährigen
- 2) Bei einer Perforation kommt es schlagartig zu einer Verschlimmerung der Beschwerden
- 3) Insbesondere bei Älteren verläuft die Klinik der akuten Appendizitis oft larviert
- 4) Durch score-Systeme kann die Diagnostik der akuten Appendizitis entscheidend verbessert werden

### 9. Welche Aussage zur Appendektomie trifft nicht zu?

- 1) Zahlreiche Studien zeigen überwiegend Vorteile für die LA, bei jedoch erhöhten stationären Kosten
- 2) Auch eine perforierte Appendizitis mit Unterbauchperitonitis kann laparoskopisch operiert werden
- 3) Die Konversionsrate (Umstieg laparoskopisch-offen) liegt heute unter 10%
- 4) Eine bei einer Laparoskopie unter dem V.a. akuten Appendizitis gefundene makroskopisch unauffällige Appendix soll immer belassen werden

### 10. Welche Aussage zur Therapie bei akuter Appendizitis ist falsch?

- 1) Durch eine Antibiotikaprophylaxe kann die Rate an Wundinfektionen deutlich gesenkt werden
- 2) Eine aktive Beobachtung bei nicht eindeutiger Diagnose sollte stationär erfolgen
- 3) Als operative Therapie stehen die offene Operation sowie die laparoskopische Operation als dominierendes Verfahren zur Verfügung
- 4) Wenn die OP-Indikation gestellt ist, muß die Nüchternheitsgrenze abgewartet werden, um das Risiko für Aspirationen zu verringern

# Die aktuelle Osteoporose-S-III-Leitlinie – Wann, wie behandeln?

Friederike Thomasius, Peyman Hadji

## Einleitung

Vor gut einem Jahr, im November 2014, ist die aktualisierte Form der S-III-Leitlinie zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei Männern ab dem 60. Lebensjahr und bei postmenopausalen Frauen durch die Fachgesellschaften des Dachverbandes Osteologen (DVO) verabschiedet worden und in Kraft getreten. Ist das von Wichtigkeit?

Ja, denn Osteoporose ist häufig: Ca. 6,3 Millionen Osteoporosepatienten leben in Deutschland, vier mal mehr Frauen als Männer. Osteoporose ist eine multifaktorielle und polygenetisch bestimmte Erkrankung. Die Anzahl der Risikofaktoren, die zu einem erhöhten Knochenbruchrisiko i. S. einer Osteoporose führen, sind vielfältig. Somit ist die Osteoporose eine Erkrankung, die in verschiedenen fachärztlichen Disziplinen gesehen werden kann (Orthopädie, Unfallchirurgie, Endokrinologie, Gynäkologie, Rheumatologie, Neurologie, Psychiatrie, Pulmologie, Gastroenterologie, Urologie, Geriatrie), jedoch häufig nicht erkannt, diagnostiziert und behandelt wird. Die Therapiequote einer manifesten Osteoporose liegt derzeit bei ca. 20 %.

Dieser Artikel nimmt die aktualisierten Osteoporoseleitlinien zum Anlass, erneut Aufmerksamkeit auf ein Krankheitsbild zu richten, das trotz seit 12 Jahren ausgesprochener Diagnostik- und Therapieempfehlungen im Rahmen der S-III-Leitlinie des DVO zu wenig Beachtung im ärztlichen Alltag findet.

## Frakturrisikofaktoren

Osteoporose ist eine Erkrankung, die häufig als „Add on“ anderer Erkrankungen oder Medikationen diagnostiziert wird. Klassisches Beispiel ist die Kortikosteroidtherapie oder die entzündliche Gelenkerkrankung. Insgesamt 29 verschiedene Risikofaktoren werden in der aktuellen Leitlinienversion genannt, die das zukünftige Frakturrisiko zumindest verdoppeln. In der folgenden Tabelle sind diese den unterschiedlichen Fachdisziplinen zusätzlich zugeordnet.

Fachdisziplin	Risikofaktor
Allgemeine Risikofaktoren/ Fachübergreifende Risikofaktoren	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alter (2- bis 4-fach pro Dekade ab 50)</li> <li>• Geschlecht (Verhältnis Frakturen Frau/Mann: 2 zu 1)</li> <li>• Prävalente WK-Frakturen (2- bis 10-fach)</li> <li>• Niedrigtraumatische periphere Fraktur</li> <li>• Proximale Femurfraktur bei Vater oder Mutter</li> <li>• Multiple Stürze</li> <li>• Immobilität</li> <li>• Nikotinkonsum</li> <li>• Untergewicht (BMI &lt; 20)</li> <li>• hsCRP Erhöhung</li> <li>• Corticosteroidtherapie &gt; 3 Monate ≥ 2,5 mg Prednisolonäquivalent</li> </ul>
Endokrinologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cushing-Syndrom</li> <li>• Primärer Hyperparathyreoidismus</li> <li>• Wachstumshormonmangel bei Hypophyseninsuffizienz</li> <li>• Subklinische oder manifeste Hyperthyreose</li> <li>• Diabetes mellitus Typ 1 und 2</li> <li>• Glitazontherapie</li> </ul>
Gastroenterologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bill Magenresektion oder Gastrektomie</li> <li>• Zöliakie</li> <li>• Protonenpumpenhemmertherapie</li> </ul>
Geriatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Multiple Stürze</li> <li>• Sedativtherapie</li> <li>• Neuroleptikatherapie</li> <li>• Benzodiazepintherapie</li> <li>• Protonenpumpenhemmertherapie</li> </ul>
Gynäkologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hypogonadismus</li> <li>• Aromataseinhibitorentherapie</li> </ul>
Kardiologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Herzinsuffizienz</li> </ul>
Neurologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Epilepsie und Antiepileptika</li> <li>• Depressionen/Antidepressiva</li> </ul>
Orthopädie/ Unfallchirurgie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prävalente WK-Frakturen</li> <li>• Niedrigtraumatische periphere Fraktur</li> </ul>
Psychiatrie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Depression/Antidepressiva</li> </ul>
Pulmologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nikotin/COPD</li> </ul>
Rheumatologie	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rheumatoide Arthritis</li> <li>• Spondylitis ankylosans</li> </ul>

Liegen Frakturrisikofaktoren vor, so ist die Indikation für eine weiterführende Diagnostik mittels Knochendichtemessung

(Duale-Röntgen-Absorptiometrie als Methode der Wahl) gestellt. Hierbei kann der Risikofaktor in unterschiedlichen Alters-

gruppen unterschiedlich ins Gewicht fallen, wie nachfolgende Tabelle aus den aktuellen Leitlinien zeigt. Liegt eine Risikokonstellation vor, so ist eine Osteoporosediagnostik empfohlen.

**Frauen nach der Menopause und bei Männern ab dem 60. Lebensjahr:**

- Niedrigtraumatische Wirbelkörperfrakturen  $\geq 2$ . Grades singular oder  $\geq 1$ . Grades multipel, sofern andere Ursachen nicht wahrscheinlicher sind.
- Klinisch manifeste niedrigtraumatische singuläre Wirbelkörperfraktur 1. Grades mit Deckplattenimpression, sofern andere Ursachen nicht wahrscheinlicher sind (ohne Klinik: Einzelfallentscheidung).
- Niedrigtraumatische nicht vertebrale Frakturen (ohne Finger-, Gesichts-, Hand- und Knöchelfrakturen).
- Bestehende/geplante Therapie mit oralen Glukokortikoiden  $\geq 2,5$  mg tgl. für mehr als drei Monate im Jahr\*.
- Epilepsie/Antiepileptika\*
- B-II-Resektion oder Gastrektomie
- Cushing-Syndrom und subklinischer Hyperkortisolismus\*
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Diabetes mellitus Typ 1
- Wachstumshormonmangel\*
- Hormonablative Therapie oder Hypogonadismus beim Mann als Einzelfallentscheidung\*
- Aromatasehemmertherapie als Einzelfallentscheidung\*
- Rheumatoide Arthritis als Einzelfallentscheidung
- Monoklonale Gammopathie/Spondylitis unklarer Signifikanz

**Frauen ab dem 60. Lebensjahr, Männer ab dem 70. Lebensjahr**

(bei Vorliegen multipler Risikofaktoren und damit einem mutmaßlich höheren Frakturrisiko individuell auch bei Frauen ab der Menopause und bei Männern ab dem 60. Lebensjahr)

- Hüftfraktur bei Vater und/oder Mutter
- Untergewicht\*
- Rauchen und/oder COPD
- Multiple intrinsische Stürze oder erhöhte Sturzneigung\*
- Immobilität\*
- Herzinsuffizienz\*

- Protonenpumpeninhibitoren bei chronischer Einnahme\*
- Glukokortikoide hochdosiert inhalativ\*
- Zöliakie
- Glitazone
- Diabetes mellitus Typ 2
- Hyperthyreose, subklinische Hyperthyreose, sofern persistierend\*
- Aromatasehemmer\*
- Hormonablative Therapie oder Hypogonadismus beim Mann\*
- Spondylitis ankylosans
- Depression/Antidepressiva\*

\* sofern Risiko aktuell bestehend oder vor weniger als 12–24 Monaten beendet

**Frauen ab dem 70. Lebensjahr, Männer ab dem 80. Lebensjahr:**

Basisdiagnostik generell empfohlen, so eine Entscheidung über geplante therapeutische Maßnahmen dies rechtfertigt

**Knochendichtemessung-DXA**

Die Knochendichtemessung wird zur optimalen Frakturrisikobeurteilung als zusätzlicher Risikofaktor benötigt. Gleichzeitig ist sie essentiell zur Prüfung, ob eine medikamentöse Therapie indiziert ist oder nicht. Der Knochendichtewert, der erreicht sein sollte, um eine Therapieempfehlung auszusprechen, wird Frakturschwelle genannt und betrifft die Patienten, deren Frakturrisiko erhöht liegt. Die Frakturschwelle verändert sich mit dem Alter der Patienten, da das Knochenbruchrisiko mit dem Alter ansteigt. Sie wird auch über die vorliegenden Risikofaktoren moduliert, d. h., ein Patient mit Risikofaktoren und erniedrigter Knochendichte wird eher therapiert als ein Patient, der „nur“ eine erniedrigte Knochendichte als Frakturrisikofaktor aufweist. Die Indikation zu einer spezifischen osteoprotektiven Therapie kann also bei vorliegenden Risikofaktoren bereits bei geringerer Knochendichteminderung zu stellen sein.

Die Knochendichteminderung wird in T-Scores angegeben, hierbei wird der gemessene Wert mit einem Normkollektiv verglichen und die Differenz durch die Standardabweichung des gesunden Normkollektivs dividiert. Dies erklärt die Angabe der Knochendichteergebnisse in Standard-

abweichungen und nicht in %. T-Scores gelten nur für die DXA-Messung. In die Beurteilung fließen die Messergebnisse der LWS (Integral L1–4), und des Oberschenkelhalses (Gesamtwert –total oder Schenkelhalsfemoral neck) ein, der niedrigste der drei Werte ist hierbei therapieentscheidend.

**Differentialdiagnostik**

**1. Klinischer Befund/Anamnese**

Neben der Erhebung der Risikofaktoren und der klinischen Untersuchung, insbesondere in Bezug auf Hinweise für eine Fraktur oder das Vorliegen einer sekundären Osteoporose, steht bei der Osteoporose ab dem 70. Lebensjahr der Patienten die Überprüfung von Muskelkraft und Koordination aufgrund des Sturzrisikos im Vordergrund. „Timed up and Go“ sowie „Chair-Rising-Test“ in Kombination mit der Testung des Tandemstandes sowie ggf. eines geriatrischen Assessments sind hierbei neben Messen von Körpergröße und -gewicht (BMI < 20 Risikofaktor, KG-Abnahme > 5 cm-Frakturhinweis) essentiell.

**2. Labordiagnostik**

Aufgrund der hohen Raten der sekundären Osteoporose (ca. 20–50 %), ist nach Diagnose einer Osteoporose die Differentialdiagnostik essentiell. Die Osteoporose-Leitlinie gibt Empfehlungen für ein Basislabor, durch das in Kombination mit Anamnese und gezielter Risikofaktorenabfrage eine effektive Ausschlussdiagnostik bzw. Differentialdiagnostik zu anderen Osteopathien erfolgen kann. Zudem geben die erhobenen Parameter vor Einleitung einer Therapie Hinweise auf mögliche Kontraindikationen für eine spezielle medikamentöse Therapie (z. B. eingeschränkte GFR).

Folgende Parameter sind im Basislabor enthalten:

**Basislabor**

- Serumkalzium, Serumphosphat, Serumnatrium fakultativ
- Kreatinin-Clearance
- Alkalische Phosphatase, GGT
- Blutbild, BSG/CRP, Serumeiweißelektrophorese
- TSH

## INDIKATION FÜR EINE MEDIKAMENTÖSE OSTEOPOROSE THERAPIE NACH RISIKOPROFIL UND DXA-MESSUNG

Frau	Mann	T-Score -2 bis -2,5	T-Score -2,5 bis -3,0	T-Score -3,0 bis -3,5	T-Score -3,5 bis -4,0	T-Score < -4,0
50–60	60–70	Nein	Nein	Nein	Nein	Ja
60–65	70–75	Nein	Nein	Nein	Ja	Ja
65–70	75–80	Nein	Nein	Ja	Ja	Ja
70–75	80–85	Nein	Ja	Ja	Ja	Ja
>75	>85	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja

- 25-Hydroxyvitamin D3 im Einzelfall, Testosteron bei Männern fakultativ, Knochenumbau-Marker im Einzelfall

### 3. Röntgendiagnostik

Gibt es klinische Hinweise für eine osteoporotische Fraktur, so empfiehlt die Osteoporose-S-III-Leitlinie ein Röntgenbild der Wirbelsäule (LWS und BWS in 2 Ebenen) oder ein äquivalentes Bildgebungsverfahren. Gerade die frische vertebrale Fraktur ist in der Frühphase röntgenologisch häufig nicht eindeutig nachweisbar.

### Indikation zur Therapie – Wer gehört wann behandelt?

Das Knochendichtemessergebnis in Kombination mit individuellem Risikofaktorenprofil ist essentiell für die Entscheidung, ob eine erweiterte osteoprotektive Therapie indiziert ist oder nicht. Die T-Score-Schwellen, bei denen die Indikation für eine erweiterte Therapie gestellt ist, sind altersgruppen- und geschlechtsabhängig.

Generell liegt eine Indikation zur Therapie dann vor, wenn osteoporotische Knochenbrüche bereits eingetreten sind, d. h. singuläre oder multiple vertebrale Frakturen (so eine andere Ursache für die Fraktur unwahrscheinlich ist) oder niedrigtraumatische proximale Femurfrakturen.

Es liegt auch dann eine Therapieindikation vor, wenn eine orale Glukokortikoidtherapie mit mehr als 7,5 mg oral täglich über mehr als drei Monate geplant ist und die Knochendichte bereits  $\leq -1,5$  SD beträgt oder bereits Frakturen vorliegen.

Weiterhin wird die Therapieindikation früher gestellt, sofern entsprechende Risikokonstellationen vorliegen, die das zukünftige Frakturrisiko erhöhen. In den folgenden Tabellen werden die Risikofaktoren genannt, die zu einer Verschiebung der Therapieschwelle führen.

#### Therapieindikation bei bereits +1,0 SD höherem T-Score

- Glukokortikoide oral  $> 2,5$  mg und  $< 7,5$  mg Prednisolonäquivalent tgl. (außer bei rheumatoider Arthritis  $+0,5$ )
- Diabetes mellitus Typ 1
- $\geq 3$  niedrigtraumatische Frakturen in den letzten zehn Jahren im Einzelfall (nicht Finger-, Gesichts-, Hand- und Knöchelfrakturen)

#### Therapieindikation auch schon bei um +0,5 SD höherem T-Score

- singuläre Wirbelkörperfraktur 1. Grades
- nichtvertebrale Frakturen  $> 50$ . LJ
- Hüftfraktur bei Vater oder Mutter
- multiple intrinsische Stürze
- Immobilität
- Rauchen/COPD/hohe Dosen inhalativer Glukokortikoide\*
- langfristige Einnahme von Protonenpumpeninhibitoren\*
- Herzinsuffizienz
- Epilepsie/Antiepileptika
- Depression/Antidepressiva
- Zöliakie
- Spondylosis ankylosans
- rheumatoide Arthritis
- Primärer Hyperparathyreoidismus
- Antiandrogene Therapie/Hypogonadismus

- Aromatasehemmer
- Wachstumshormonmangel
- Hyperthyreose, subklinische
- Hyperthyreose, sofern persistent
- Subklinischer Hypercortisolismus
- Glitazone
- hsCRP Erhöhung
- Knochenumbau-marker im 4. Quartil
- als Einzelfallentscheidung

\* sofern Risiko aktuell bestehend oder vor weniger als 12–24 Monaten beendet

#### Beispiel:

Eine 64-jährige Frau mit einem T-Score von  $-3,2$  SD würde ohne Vorliegen eines Risikofaktors keine Therapieempfehlung für eine spezifische osteoprotektive Therapie erhalten, sie würde bezüglich prophylaktischer Maßnahmen, wie Gewährleistung einer ausreichenden Kalzium- und Vitamin-D-Versorgung und altersadäquaten Sport, beraten. Eine Empfehlung zur Kontrolle der Knochendichte nach einem Jahr würde ausgesprochen.

Würde bei derselben Frau ein RF wie z. B. aktuelle  $> 3$  Monate bestehende Protonenpumpenhemmereinnahme vorliegen, so würde sie eine Empfehlung für eine erweiterte osteoprotektive Therapie erhalten, ihr zukünftiges Frakturrisiko läge unbehandelt über der festgesetzten Therapieschwelle.

### Osteoporosetherapie – womit?

Die Basistherapie der Osteoporose besteht aus einer adäquaten Kalzium- und Vitamin-D-Versorgung. Diese liegt bei einer täglichen Aufnahme von ca. 1.000 mg Kalzium

### Zur erweiterten Therapie der Osteoporose steht eine Vielzahl von Medikamenten zur Auswahl:

#### Therapiemöglichkeiten bei der postmenopausalen Frau:

	Evidenz für weniger Wirbelkörperfrakturen	Weniger periphere Frakturen	Weniger proximale Femurfrakturen
<b>Alendronat</b>	A	A	A
<b>Bazedoxifen</b>	A	B	-
<b>Denosumab</b>	A	A	A
<b>Ibandronat</b>	A	B	-
<b>Östrogene</b>	A	A	A
<b>Risedronat</b>	A	A	A
<b>Teriparatid</b>	A	B	-
<b>Zoledronat</b>	A	A	A
<b>Strontiumranelat</b>	A	A	B

pro Tag und einer Vitamin-D-Aufnahme von 800 bis 1000 IE Colecalciferol pro Tag. Zur erweiterten Therapie der Osteoporose steht eine Vielzahl von Medikamenten zur Auswahl.

Folgende Medikamente sind für die **Therapie des Mannes** zugelassen: Alendronat, Denosumab, Risedronat, Strontiumranelat, Zoledronat und Teriparatid. Zur Behandlung der **glukokortikoidinduzierten Osteoporose** sind Alendronat, Risedronat, Teriparatid und Zoledronat zugelassen.

Die Therapie ist fortzuführen, solange das Frakturrisiko erhöht ist. Da Osteoporose zu den chronischen Erkrankungen zählt, ist prinzipiell von einer Langzeittherapie auszugehen. Nach Fraktur sollte die Therapiedauer mindestens drei bis fünf Jahre betragen, so der Konsens. Klinische Kontrollen des Patienten sind sehr wichtig, da in der Therapie der Osteoporose die Compliance ein genau so großes Problem darstellt wie auch bei anderen chronischen Erkrankungen. Die Kontrolle der Knochendichte spielt hingegen im Verlauf keine übergeordnete Rolle. Unter einer erweiterten osteoprotektiven Therapie ist sie alle zwei Jahre ausreichend.

#### Schlusswort

Die Osteoporose gehört zu den häufigsten, allerdings auch zu unterdiagnostizierten und -therapierten Erkrankungen in Deutschland. Alle Studien, die zu er-

höhter Mortalität nach klinischen Frakturen publiziert wurden, die Kenntnis, welches Leid eine proximale Femurfraktur mit sich bringt, die Daten zu Lebensqualität, Mobilität, Kosten usw., alles hat trotz nun seit zwölf Jahren existierender S-III-Leitlinien nicht zu einer deutlich messbaren verbesserten Versorgung von Patienten mit Osteoporose geführt. Weiterhin fristet diese Erkrankung ein Schattendasein. Der demographische Wandel wird in den kommenden Jahren zu einer deutlichen Zunahme an osteoporosebedingten Frakturen führen, die Rate proximaler Femurfrakturen wird sich bis 2040 in etwa verdoppeln. Diese Prognose kann deutlich verbessert werden, es bedarf hierfür nur uns Ärzte, die diagnostizieren und konsequent therapieren. Diagnostizieren und Therapieren ist einfach, Fraktur grausam und therapeutisch verhinderbar.

**Dr. med. Friederike Thomasius**  
**Prof. Dr. med. Peyman Hadji**

Osteoporosezentrum am  
Krankenhaus Nordwest  
Sektion Osteoonkologie, gynäkologische  
Endokrinologie und  
Reproduktionsmedizin  
Steinbacher Hohl 2–26  
64880 Frankfurt am Main  
Fon: 069 7601 8112



## 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!

#### Hygienebeauftragter Arzt

Mo., 29. Feb. – Fr., 04. Mär. 2016

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen  
**Teilnahmegebühr:** 700,00 € (Akademiemitgl.: 630,00 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

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

Mi., 27. Jan. 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**  
Mi., 10. Feb. 2016, 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

#### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Mi., 23. März 2016, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

**Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße**

**Teil 6: Auge, Niere, Fuß**

**Leitung:** Dr. med. P. Bauer, Gießen  
Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim  
**Teilnahmegebühr:** € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

#### Zahnmedizin und Medizin: Der Mund ist kein Nebenschauplatz

Sa., 05. Mär., 2016, 09:00 – 13:00 Uhr  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. R. Sader, Frankfurt, a. M.  
**Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

#### Medizinische Rehabilitation

Mi., 13. Apr., 2016, 13:30 – 20:45 Uhr

**Leitung:** Dr. med. W. Deetjen, Seelbach  
**Teilnahmegebühr:** € 200 (Akademiemitgl. € 180)  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

#### Medizinische Begutachtung

Modul III – Psychiatrie / Psychotherapie

Fr., 26. Feb. – Sa., 27. Feb. 2016

**Teilnahmegebühr:** € 240 (Akademiemitgl. € 216)

**Modul I a:** **Fr. 11. Mär. – Sa. 12. Mär. 2016**

**Teilnahmegebühr:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

**Modul I b:** **Fr. 22. Apr. 2016 – Sa. 23. Apr. 2016**

**Teilnahmegebühr:** € 180 (Akademiemitgl. € 162)

**Modul I c:** **Fr. 03. Jun. – Sa. 04. Jun. 2016**

**Teilnahmegebühr:** € 240 (Akademiemitgl. € 108)

**Modul II:** **in Planung!**

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

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

#### Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Interventionsradiologie

Sa., 13. Feb. 2016

**Teilnahmegebühr:** € 160 (Akademiemitglieder € 144)

**Leitung:** Prof. Dr. med. K. Rauber, Wetzlar

**Veranstaltungsort:** Wetzlar

**Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz**

Sa., 20. Feb. 2016, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**

**Teilnahmegebühr:** € 140 (Akademiemitgl. € 126)

**Kenntniskurs – Theoretische Unterweisung**

Sa., 23. Apr. 2016, 09:00 – 13:15 Uhr **4 P**

**Teilnahmegebühr:** € 100 (Akademiemitgl. € 90)

**Kenntniskurs – Praktische Unterweisung**

Sa., 23. Apr. 2016, 13:15 – 17:00 Uhr **4 P**

**Teilnahmegebühr:** € 60 (Akademiemitgl. € 54)

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



## Ultraschall

### Gefäße

**Interdisziplinärer Grundkurs der Doppler-Duplex-Sonographie für die Angiologie** 29 P

Do., 11. Feb. - Fr., 12. Feb. 2016 (Theorie)

Sa., 13. Feb. 2016 (Praktikum)

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademiestgl. € 432)

**Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** 25 P

Do., 16. Jun. - Fr., 17. Jun. 2016 (Theorie)

Sa., 18. Jun. 2016 (Praktikum)

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiestgl. € 360)

**Ort Praktikum:** Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

### Abdomen

**Grundkurs** 40 P

Sa., 16. Jan. + So., 24. Jan. 2016 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademiestgl. € 432)

**Aufbaukurs** 40 P

Sa., 12. Mär. + So., 20. Mär. 2016 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademiestgl. € 432)

**Ort Praktikum:** Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

**Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden  
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

## Qualifikation Tabakentwöhnung

**Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm**

Sa., 12. Mär. 2016

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestgl. € 162)

### Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“

Blended Learning Veranstaltung

Fr., 07. Okt. 2016 (1. Präsenzphase) **insg. 20 P**

Sa., 08. Okt. - Fr., 02. Dez. 2016 (Telelernphase)

Sa., 03. Dez. 2016 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiestgl. € 216)

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt

**Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208,  
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

## Rechtsmedizin

Theorie und Praxis der Leichenschau werden im Institut für Rechtsmedizin in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

**Mi., 17. Feb. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr**

**Mi., 24. Feb. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr**

**Mi., 09. Mär. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr**

**Mi., 16. Mär. 2016, 15:00 - 16:45 Uhr**

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

**Teilnahmegebühr:** € 180 (Akademiestgl. € 162)

**Ort:** Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

**Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208,  
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

## Geriatrische Grundversorgung

**Block II: Fr., 22. – So., 24. Jan. 2016** 22 P

**Leitung:** Dr. med. Patricia Groß, Darmstadt

**Teilnahmegebühr:** € 330 (Akademiestgl. € 297)

**Block III: Fr., 19. Feb. – Sa., 20. Feb. 2016**

**Leitung:** Dr. med. Patricia Groß, Darmstadt

PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

**Teilnahmegebühr:** € 210 (Akademiestgl. € 189)

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

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Fr., 18. Mär. 2016, 13:00 – 21:00 Uhr** 11 P

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechthelm

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

**Ort:** Wiesbaden, Bezirksärztekammer

**Teilnahmegebühr:** € 180 (Akademiestgl. € 162)

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

**Auskunft/Anmeldung:** C. Cordes, Fon: 06032 782-287

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

**Do., 18. – Fr., 19. Mär. 2016** 16 P

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

**Ort:** Kassel, Kongress-Palais

**Teilnahmegebühr:** € 340 (Akademiestgl. € 306)

**Max. Teilnehmerzahl:** 30

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

## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

**Fr., 22. - Sa., 23. Apr. 2016** **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

## Ernährungsmedizin

**Curriculum „Ernährungsmedizin“**  
**Block I: Fr., 15. – Sa., 16. Jan. 2016**  
**Block II: Fr., 29. – Sa., 30. Jan. 2016**  
**Block III: Fr., 05. – Sa., 06. Feb. 2016**  
**1. Prüfung: Fr., 12. Feb. 2016**  
**Block VI: Fr., 19. – Sa., 20. Feb. 2016**  
**Block V: Fr., 04. – Sa., 05. Mär. 2016**  
**Block VI: Fr., 18. – Sa., 19. Mär. 2016**  
**2. Prüfung: Fr., 15. Apr. 2016**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Stein, Frankfurt  
**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage  
**Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208,  
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

## Notfallmedizin

**Ärztlicher Leiter Rettungsdienst**  
**Mo., 01. - Fr., 05. Feb. 2016**  
**Leitung:** Dr. med. E. Wranze-Bielefeld,  
 Dautphetal  
**Teilnahmegebühr:** € 600 (Akademiemitgl. € 540)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Synkope - korrekte Diagnose und Therapie

**Fr., 11. Mär. 2016, 09:30 Uhr – 17:00 Uhr** **8 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden  
**Teilnahmegebühr:** € 140 (Akademiemitgl. € 126)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Psychosomatik

**Moderne Schmerztherapie und Psychosomatik**  
**Sa., 13. Feb. 2016, 09:30 Uhr – 16:00 Uhr**  
**Leitung:** Dr. med. A. Schüler-Schneider,  
 Frankfurt  
**Teilnahmegebühr:** € 90 (Akademiemitgl. kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Arbeitsmedizinische Vorsorge: Lärm

ArbMedVV „Lärm“ ist als Blended-Learning-Veranstaltung im Block B1 des Weiterbildungskurses integriert.  
**Telelernphase: So., 31. Jan. – Fr., 26. Feb. 2016**  
**Präsenzphase: Fr., 27. – Sa., 28. Feb. 2016**  
 mit abschließender Lernerfolgskontrolle  
**Leitung:** Dr. rer. nat. J. Kießling, Gießen,  
 Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt  
**Teilnahmegebühr:** € 360 (Akademiemitgl. € 324)  
**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

## Fachgebundene genetische Beratung

**Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung**  
 Kombination aus E-Learning und Präsenzlernen  
 In Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.  
**Modul 1: Vorgeburtliche Risikoabklärung Sa., 16. Jan. 2016 8 P**  
**Ort:** Frankfurt  
**Modul 2: Schwerpunkt Humangenetik Sa., 13. Feb. 2016 15 P**  
 Beginn Telelernphase: **Mi., 13. Jan. 2016**  
**Ort:** Frankfurt  
**Modul 3: Schwerpunkt Gynäkologie Sa., 05. Mär. 2016 15 P**  
 Beginn Telelernphase: **Fr., 05. Feb. 2016**  
**Ort:** Bad Nauheim  
**Leitung:** Dr. med. Dipl. Biol. E. - M. Schwaab,  
 Wiesbaden  
**Teilnahmegebühr:** je Block € 200 (Akademiemitgl. € 180)

**Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung 8 P**  
 (Im Anschluß wird eine Wissenskontrolle angeboten)  
**Sa., 16. Apr. 2016**  
**Teilnahmegebühr:** € 130 (Akademiemitgl. € 117)  
**Leitung:** Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg,  
 Gießen

**Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für Kardiologen (mit Wissenskontrolle)**  
**Sa., 30. Apr. 2016**  
**Teilnahmegebühr:**  
 Fortbildung € 130 (Akademiemitgl. € 117)  
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiemitgl. € 45)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung**  
 für zahlreiche Fachgebiete: **Sa., 13. Feb. / Sa., 05. Mär. / Sa., 19. Mär. / Sa., 23. Apr. 2016**  
**Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiemitgl. € 45)  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

**Weiterbildung**

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

**Arbeitsmedizin**

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.  
Die Blöcke werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.  
Die ArbMedVV „Lärm“ ist in den Block B1 integriert und die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ in den Block B2.

**A1:** Beginn der Telelernphase: **Fr., 18. Dez. 2015****A1:** Präsenzphase: **Sa., 23. Jan. – Fr. 29. Jan. 2016****B1:** Beginn der Telelernphase: **Sa., 30. Jan. 2016****B1:** Präsenzphase: **Sa., 27. Feb. – Sa., 05. Mär. 2016****C1:** Beginn der Telelernphase: **Fr., 18. Mär. 2016****C1:** Präsenzphase: **Sa., 23. Apr. – Fr., 29. Apr. 2016****A2:** Beginn der Telelernphase: **Fr., 05. Aug. 2016****A2:** Präsenzphase: **Sa., 03. Sep. – Fr., 09. Sep. 2016****B2:** Beginn der Telelernphase: **Fr., 14. Okt. 2016****B2:** Präsenzphase: **Sa., 12. Nov. – Fr., 19. Nov. 2016****C2:** Beginn der Telelernphase: **Fr., 04. Nov. 2016****C2:** Präsenzphase: **Sa., 03. Dez. – Fr., 09. Dez. 2016****Teilnahmegebühr:** je Kurs: € 550 (Akademiest. € 495)**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de**Psychosomatische Grundversorgung  
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin****Kurs C: Sa., 06. Feb. 2016 (10 Std.)** **10 P****Leitung:** Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg  
Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden**Kurs A: Fr., 17. – Sa., 18. Jun. 2016 (20 Std.)** **20 P****Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim**Kurs B: Fr., 23. – Sa., 24. Sep. 2016 (20 Std.)** **20 P****Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Kelkheim**Teilnahmegebühr:** 10 Std. € 150 (Akademiest. € 135)  
20 Std. € 300 (Akademiest. € 270)**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de**Krankenhaushygiene****Modul I: Mo., 29. Feb. – Fr., 04. Mär. 2016****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen**Teilnahmegebühr:** € 700 (Akademiest. € 630)**Ort:** **Gießen**, Universitätsklinikum**Modul II: Mo., 30. Mai – 02. Jun. 2016****Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen**Teilnahmegebühr:** € 560 (Akademiest. € 504)**Ort:** **Gießen**, Universitätsklinikum**Modul III: Di., 12. – Fr., 15. Apr. 2016****Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kempf,  
PD Dr. med. C. Brandt, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** € 560 (Akademiest. € 504)**Ort:** **Frankfurt**, Universitätsklinikum**Gesamtleitung:** Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de**Palliativmedizin**

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:  
Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II  
(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

**Aufbaukurs Modul I: Di., 15. – Sa., 19. Mär. 2016** **40 P****Leitung:** C. Riffel, Darmstadt**Teilnahmegebühr:** € 630 (Akademiest. € 567)**Aufbaukurs Modul II: Mo., 27. Jun. – Fr., 01. Jul. 2016** **40 P****Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel**Teilnahmegebühr:** € 630 (Akademiest. € 567)**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de**Repetitorium Allgemeinmedizin**

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

**Sa, 11. – So., 12. Jun. 2016** **16 P****Gesamtleitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiest. € 234)**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Akupunktur

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

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

Fr., 22. – So., 24. Jan. 2016	G1 – G3
Fr., 04. – So., 06. Mär. 2016	G4 – G6
Fr., 01. – So., 03. Jul. 2016	G7 – G9
Fr., 09. – So., 11. Sep. 2016	G10 – G12
Fr., 18. – So., 20. Nov. 2016	G13 – G15

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

Sa., 13. – So., 14. Feb. 2016	GP
Sa., 05. – So., 06. Mär. 2016	GP
Sa., 10. – So., 11. Sep. 2016	GP
Sa., 10. – So., 11. Dez. 2016	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

## Sozialmedizin

AK II: Mi., 03. – Fr., 12. Feb. 2016	80 P
GK I: Mi., 13. – Fr., 22. Apr. 2016	80 P
GK II: Mi., 06. – 15. Jul. 2016	80 P
<b>Gesamtleitung:</b> Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt	
<b>Teilnahmegebühr:</b> pro Teil € 650 (Akademiestud. € 585)	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b> C. Cordes, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.cordes@laekh.de	

## Suchtmedizinische Grundversorgung

<b>Kursteil 1:</b> Fr., 15. – Sa., 16. Jan. 2016	
<b>Ort:</b> Frankfurt, Bürgerhospital	
<b>Kursteil 2:</b> Fr., 29. – Sa., 30. Jan. 2016	
<b>Ort:</b> Frankfurt, Bürgerhospital	
<b>Kursteil 3 /Wahlthema:</b> Fr., 12. – Sa., 13. Feb. 2016	
<b>Ort:</b> Frankfurt, Bürgerhospital	
<b>Kursteil 4:</b> Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016	
<b>Ort:</b> Friedrichsdorf, Salus Klinik	
<b>Leitung:</b> D. Paul, Frankfurt	
<b>Teilnahmegebühr:</b> je Kursteil € 180 (Akademiestud. € 162)	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b> I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de	

## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

<b>Block I:</b>	Di., 16. – Sa., 20. Feb. 2016
<b>Block II a:</b>	Do., 21. – Sa., 23. Apr. 2016
<b>Projektarbeit/Heimarbeit:</b>	24 Stunden
<b>Block II b:</b>	Mi., 22. – Sa., 25. Jun. 2016
<b>Block III a:</b>	Mi., 21. – Sa., 24. Sep. 2016
<b>Telelernphase:</b>	So., 25. Sep. – Di., 15. Nov. 2016
<b>Block III b:</b>	Mi., 16. – Sa., 19. Nov. 2016
<b>Leitung:</b>	N. Walter, Frankfurt
<b>Teilnahmegebühren:</b>	Block I: € 990 (Akademiestud. € 891)
<b>Block II a, Block II b:</b>	je Block € 750 (Akademiestud. € 675)
<b>Block III a, Block III b:</b>	je Block € 750 (Akademiestud. € 675)
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Spezielle Schmerztherapie

<b>Block A:</b> Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016	20 P
<b>Leitung:</b> Dr. med. K. Böhme, Kassel Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf	
<b>Teilnahmegebühr:</b> € 260 (Akademiestud. € 234)	
<b>Block D:</b> Fr., 10. – Sa., 11. Jun. 2016	20 P
<b>Leitung:</b> Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt	
<b>Teilnahmegebühr:</b> € 260 (Akademiestud. € 234)	
<b>Block C:</b> Fr., 09. – Sa., 10. Sep. 2016	20 P
<b>Leitung:</b> C. Drefahl, Frankfurt Dr. med. W. Merkle, Frankfurt	
<b>Teilnahmegebühr:</b> € 260 (Akademiestud. € 234)	
<b>Block B:</b> Fr., 04. – Sa., 05. Nov. 2016	20 P
<b>Leitung:</b> PD Dr. med. M. Gehling, Kassel Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel	
<b>Ort:</b> Kassel, Klinikum	
<b>Teilnahmegebühr:</b> € 260 (Akademiestud. € 234)	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b> A. Zinkl, Fon: 06032 782-227 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de	

## Repetitorium Frauenheilkunde

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.	
<b>Do., 10. Nov. 2016 – So., 13. Nov. 2016</b>	
<b>Gesamtleitung:</b> Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen	
<b>Auskunft/Anmeldung:</b> J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de	



## Psychosomatische Grundversorgung

### 22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind 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.

<b>Fr., 15. – So., 17. Jan. 2016</b>	<b>20 P</b>
<b>Fr., 26. – So., 28. Feb. 2016</b>	<b>20 P</b>
<b>Fr., 20. – So., 22. Mai 2016</b>	<b>20 P</b>
<b>Fr., 08. – So., 10. Jul. 2016</b>	<b>20 P</b>
<b>Fr., 09. – So., 11. Sep. 2016</b>	<b>20 P</b>
<b>Fr., 04. – So., 06. Nov. 2016</b>	<b>20 P</b>

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

**Teilnahmegebühr:** je Block € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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

## Repetitorium Innere Medizin

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

**Mo., 25. – Sa., 30. Apr. 2016**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda  
**T**

**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

## Notfallmedizin

### Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH.

**Fr., 12. – Sa., 20. Feb. 2016**

**Leitung:** PD Dr. med. C. Kill, Marburg

**Ort:** **Marburg**, Universitätsklinikum

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage

**Auskunft/Anmeldung:** DRK Rettungsdienst Mittelhessen,  
Fon: 06421 950-220  
E-Mail: info@bzmh.de

## ALLGEMEINE HINWEISE

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

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

**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.

Akademie online:

**[www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)**

und persönlich:

**Fon:**  
**06032 782-200**

**E-Mail:**  
**[akademie@laekh.de](mailto:akademie@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 u. a. die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. Die Carl-Oelemann-Schule führt die Lehrgänge an verschiedenen Standorten in Hessen durch.

**Flyer und Termine unter:** [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de).

Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per E-Mail: [verwaltung.cos@laekh.de](mailto:verwaltung.cos@laekh.de)

### Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Fortbildung „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr: Themen des 5-stündigen Workshops: „Der erste Eindruck macht's!“, „Der richtige Gruß!“, „Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!“, „Sauber und ordentlich, ist doch klar!“, „Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!“ Flyer: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

**Termin:** Kurs Azubi 1: Fr., 19.02.2016, 11:00 – 16:00 Uhr

**Information:** Renate Treyse, Fon: 06032 782-174, Fax -180

**Gebühr:** € 70,00

### Schwerpunkt Medizin

#### Injektionen/Infusionen (MED 5)

Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.

**Termin:** Sa., 12.03.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** 105 €

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

#### „Autsch, mein Rücken“! (MED 12)

**Inhalte:** In der Veranstaltung werden Transfer- und Umlageungstechniken trainiert. Sie schonen damit Ihren Rücken und zugleich lernen Sie, wie Sie dem Patienten Hilfestellung für einen möglichst beschwerdefreien Bewegungsablauf geben können.

**Termin in Bad Nauheim:** Interessentenliste, mittwochs, 13:30 – 17:45 Uhr

**Termin in Kassel:** Fr., 18.03.2016, 13:00 – 17:15 Uhr

**Gebühr:** € 70,00

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

### Onkologie

#### Aufbaufortbildung „Psychoonkologie“ (PAT 15)

Die Inhalte der Fortbildung orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

**Termin:** Do., 10.03.2016 bis Sa., 12.03.2016, 24 Stunden

**Teilnahmegebühr:** € 280

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

### Strahlenschutzkurs 90 Stunden

#### Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (STR) 90 Stunden

**Inhalte theoretischer Teil:** Anatomie/Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien, Empfehlungen.

**Inhalte praktischer Teil:** praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen.

**Termin:** ab Fr., 29.01.2016

**Gebühr:** € 950 zuzügl. € 50 Prüfungsgebühr

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

### Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (BET) 140 Stunden

**Inhalte:** Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr:** € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

### Bekanntgabe von Prüfungsterminen

#### Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung:

##### Teilprüfung:

18.02.2016 (Anmeldeschluss: 28.01.2016)

09.06.2016 (Anmeldeschluss: 19.05.2016)

24.11.2016 (Anmeldeschluss: 03.11.2016)

##### Abschlussprüfung:

07.04.2016 - 09.04.2016 (Anmeldeschluss: 17.03.2016)

22.09.2016 - 24.09.2016 (Anmeldeschluss: 01.09.2016)



## Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

### Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

**Termin:** Sa., 05.03.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 75

### Abrechnung GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

**Termin:** Sa., 23.01.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

**Gebühr:** € 75

### Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

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

**Der Termin ist vorrangig für Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2016 absolvieren.**

Sa., 30.01.2016, 09:30 – 17:45 Uhr

**Gebühr:** € 95

### Medizinische Fachkunde (PVK 4)

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

**Termin:** Sa., 12.03. und Sa., 19.03.2016, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

**Gebühr:** € 130

### Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Im Kurs werden die Themen Laborkunde und EKG in vielen Übungen wiederholt und vertieft.

**Termin:** Sa., 13.02.2016, 09:15 – 17:30 Uhr

**Gebühr:** € 95

**Information:** Renate Treyse, Fon: 06032 782-174, Fax -180

## Palliativversorgung (120 Stunden)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten wird in Modulform angeboten.

Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website.

Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

**Beginn:** ab Mi., 20.01.2016

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

## Kardiologie (KAR) 120 Stunden

### Inhalte:

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

**Termin:** Interessentenliste

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

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

## Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

### Teamwork in Stresssituationen (PAT 3)

**Inhalte:** Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stresssituationen und kann das Arbeitsklima belasten. Teamgeist ist für den guten Praxisablauf ein wichtiger Erfolgsindikator.

Die Fortbildung bietet den Raum, Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten.

**Termin in Bad Nauheim:** Interessentenliste, 09:30 – 16:45 Uhr

**Termin in Kassel:** Fr., 18.03.2016, 10:00 – 17:15 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 105,00

**Information:** Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, 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, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-100, Fax: 06032 782-180

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

**Veranstaltungsort:** soweit nicht anders angegeben: Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

### 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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)

Vom kreativen Umgang mit sich selbst und mit dem Anderen:

# Ein Gespräch mit Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel

Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel ist Facharzt für Innere Medizin und Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Von 1976 bis 2005 leitete er die Psychosomatische Klinik des Zentrums für Innere Medizin der Philipps-Universität Marburg. Heute ist er weiterhin tätig in Praxis, Lehre, Aus-, Fort-, Weiterbildung und Beratung. Mit der Begründung der Anamnesegruppen, der Psychosomatischen Grundversorgung, der Wartburggespräche und dem Bewegenden Seminar hat Schüffel gemeinsam mit Kollegen vier Veranstaltungen konzipiert, die vor dem Hintergrund einer ganzheitlich verstandenen Psychosomatik entstanden sind.

### Herr Prof. Dr. Schüffel, Sie sind Mitbegründer der Anamnesegruppen. Wie ist es dazu gekommen?

Der Ursprung liegt in meiner Zeit am Universitätsklinikum Ulm 1969/1970. Als Stationsarzt lud ich die Pflegepraktikanten und Famulanten der Station ein, an den Stationsvisiten teilzunehmen. Dabei merkte ich, dass es vor allem die jungen Leute waren, die zwar keine medizinische Erfahrung hatten, aber sich in die Patienten einzufühlen vermochten. Studierende der Vorklinik berichteten, welche Gefühlszustände eine ursächliche Bedeutung für die Beschwerden oder Krankheiten der Patienten hatten oder auf bestimmte Erkrankungen hinwiesen. Dagegen klassifizierten Studierende im klinischen Studienabschnitt meist nur noch die Krankheiten. So berichtete mir ein Student, dass bei einer abzuklärenden Hypertonie mit anfallsweisem Herzjagen eigentlich die Bauchschmerzen der Patientin das Hauptsymptom waren. Die Vorkliniker hatten nämlich zuvor herausgefunden, dass die Bauchschmerzen immer dann auftraten, wenn die Patientin von ihren Kindern besucht worden war. Gemeinsam stellten wir dann fest, dass die Patientin in den vergangenen Monaten nicht nur Gewicht verloren hatte, sondern hin und wieder Blut im Stuhl beobachtete, dies aber nicht mitteilte, was

mit einem frühkindlichen Trauma zusammenhing. Unsere Aufmerksamkeit wurde dadurch in eine völlig neue Richtung gelenkt. Als Grundkrankheit stellte sich schließlich ein sich bösartig entwickelnder Polyp im Darmbereich heraus.

Ich merkte, wie hilfreich die Gruppe für mich als Stationsarzt geworden war. Wichtig war, dass sie sich in einer Arbeitsgruppe von Gleichberechtigten ausgebildet hatte, die wir – für die damalige Zeit für die deutsche Sprache und im Medizinbereich völlig ungewöhnlich – als „peer group“ bezeichneten.

1976 wechselte ich dann von Ulm nach Marburg, wo ich auf ein breites Spektrum interessierter Mitarbeiter traf und durch entsprechende Förderung 45 Jahre lang die Anamnesegruppen in Deutschland und Österreich begleitete. Heute sind ca. 30.000 Ärztinnen und Ärzte durch solche Gruppen gegangen.

### Was zeichnet die Anamnesegruppen aus?

Die grundlegende Frage lautet: Wie kommt die Empathie in den Kliniker rein? Mein Umfeld, vor allem mein damaliger Chefarzt Thure von Uexküll in Ulm ermöglichte es mir, diesen Gedanken weiterzuverfolgen.

Jüngere und ältere Studierende, also Vorkliniker und Kliniker, die sonst kaum miteinander sprachen, lernten sich wechselseitig in ihren Fähigkeiten schätzen, tauschten sich aus und entwickelten kleine Arbeitsgruppen. Kolleginnen und Kollegen in der Abteilung Innere Medizin und Psychosomatik machten ebenfalls mit. Mit der Zeit entstanden unter der Anleitung studentischer Tutoren und Co-Tutoren regelmäßige wöchentliche Arbeitstreffen zur Anamneseerhebung mit körperlich Kranken. Die Mitglieder der Abteilung wurden zu Supervisorinnen und Supervisoren.

Die damaligen Umstände, die Einführung der Approbationsordnung, die wachsende Demokratisierung und die aufkommende Genderdiskussion waren für die 70er-, 80er-Jahres-Verhältnisse bestimmend und beförderten zugleich die Entwicklung der Anamnesegruppen. Zunächst, das heißt in den frühen 1980er Jahren, wurde das Pro-

jekt getragen von der allgemeinen Faszination der Kolleginnen und Kollegen in einer Abteilung für Innere Medizin und Psychosomatik, die fest in den Gesamtverband einer Inneren Medizin eingebunden war.

Die Mitglieder der Anamnesegruppen beschäftigten sich mit den „Fantasien“ der Patienten. Hinter diesem Begriff verbirgt sich die Annahme, dass der Patient mit seinen Vorstellungen, Denkmustern und Erfahrungen selbst wichtige Beiträge zur Entstehung des Symptoms liefern kann. Heute zeichnet sich die Arbeit durch drei Elemente aus: (1) die konsequente Arbeit mit dem Symptom, (2) die gleichberechtigte Mitarbeit der Geschlechter, (3) das Prinzip der „strömenden“ Gruppe. Strömend bedeutet dabei, dass die Gruppe offen ist. Durch diese drei Elemente entsteht wiederum ein viertes, nämlich ein spezifisch basisdemokratisches Element, wodurch Arzt und Patient als ebenbürtig gesehen werden.

### Eine Weiterentwicklung der in den Anamnesegruppen praktizierten Gruppenmethode stellt die von Ihnen begründete Veranstaltung „Psychosomatische Grundversorgung“ dar, die als Curriculum zum festen Bestandteil der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim gehört.

Unterstützt wurden wir maßgeblich durch den früheren Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Professor Horst Joachim Rheindorf und die Vorsitzenden der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, namentlich Dr. med. Hans Kerger, Begründer und langjähriger Vorsitzender, sowie dessen Nachfolger Professor Felix Anschutz. Es handelt sich dabei um eine integrierte Veranstaltung. Enthalten in den insgesamt 80 Stunden sind 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patient-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Wissen. Wesentlich für die Veranstaltung ist es, eigene Patienten in die Veranstaltung mitzubringen und sie dort vorzustellen. Dies war bei Einfüh-

rung der Veranstaltung Anfang der 90er Jahre noch ein absolutes Novum. Viele Ärzte waren damals dagegen, Patienten mitzubringen. Heute ist das längst selbstverständlich. Einer der Dozenten unterhält sich mit dem Patienten in Gegenwart des Arztes. Er wie die anderen ärztlichen Teilnehmer des Plenums haben keinerlei Aktenkenntnis. Nach der Pause werden der Fall und das weitere Vorgehen im Plenum besprochen. Derzeit wird die Veranstaltungsreihe „Psychosomatische Grundversorgung“ unter Leitung von Pierre Frevort und Wolfgang Merkle fortgeführt. Ein Einstieg ist jederzeit möglich.

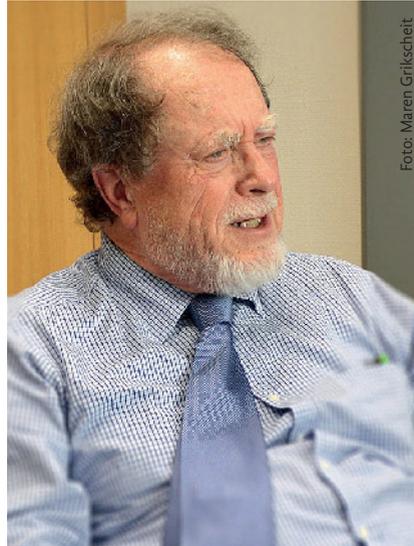
### Ein ähnliches Konzept mit etwas anderer Teilnehmerstruktur zeichnet auch die Wartburggespräche aus.

Die Wartburggespräche finden jährlich statt unter dem Leitthema „Gesundheit als Grundrecht für Alle – eine Utopie?“. Ihre Teilnehmer setzen sich jeweils zur Hälfte aus Ärzten bzw. therapeutisch Tätigen sowie aus medizinischen Laien zusammen. Aus der Mitte der Teilnehmerschaft meldet sich am ersten Tag ein „ganz gewöhnlicher“ Teilnehmer (kein Patient) zum sogenannten Gesundheitsgespräch, bei dem einer der Dozenten vor den rund 60 anderen Teilnehmerinnen und Teilnehmern mit ihm oder ihr spricht. Anschließend wird im Plenum über den nächsten Lebens-Schritt diskutiert. Im Vordergrund der Diskussion zum nächsten kleinen Schritt steht das salutogenetische Prinzip, also die Frage danach, was einen gesund erhält. Am zweiten Tag erfolgt ebenfalls im Plenum mit nachfolgender Diskussion eine Balint-Großgruppe, geleitet von Ernst Richard Petzold, dem langjährigen Vorsitzenden der Deutschen Balintgesellschaft und Emeritus für psychosomatische Medizin, Psychotherapie der Universität Aachen. Das Ziel ist, durch beide Veranstaltungen ein salutogenetisches und pathogenetisches Prinzip zu verfolgen und in Praxis und Theorie weiterzuentwickeln.

### „Beziehungsmedizin – ein Bewegendes Seminar“ ist die jüngste von Ihnen begründete Veranstaltung.

Die Erfahrungen aus der Arbeit mit den Anamnesegruppen, aus der Psychosoma-

tischen Grundversorgung und aus den Wartburggesprächen führten im Jahr 2006, einem Jahr nach meiner offiziellen Verabschiedung aus dem Amt als Leiter der Abteilung Psychosomatik und deren Klinik und Poliklinik, zur Einrichtung der kombinierten Unterrichts- und Fortbil-



Prof. Dr. med. Wolfram Schüffel

dungsveranstaltung „Beziehungsmedizin intergenerationell: das **Bewegende Seminar**“ (im Englischen: The Moving Seminar). Es handelt sich dabei um ein „Wahlpflichtfach Klinik für Vorkliniker“. Dort treffen sich wöchentlich medizinische Laien im durchschnittlichen Alter von 70 Jahren mit vorklinischen Studenten im durchschnittlichen Alter von 20 Jahren. Das Zusammenspiel der Generationen steht dabei im Vordergrund. Gemeinsam werden die Fragen bearbeitet, wie halte ich mich gesund in dieser Woche, in diesem Monat, in diesem Semester, in diesem Jahr? Die Senioren der Unterrichtsveranstaltung trugen dabei entscheidend zur Kohärenz als Universitätsveranstaltung über die letzten zehn Jahre bei. Diese vierte und letzte Veranstaltung sehe ich als die bedeutsamste an. Es ist eine kombinierte Ausbildungs- und Fortbildungsveranstaltung der Generationen, der Geschlechter, der Disziplinen und der Kulturen. Darin vollzieht sich ein Austausch mit dem Anderen, der wiederum zur Selbstfindung findet. Es ist ein basisdemokratisches Element.

### Ende Januar finden die 24. Wartburg-Gespräche statt. Welche Themen stehen dabei im Mittelpunkt?

Als wir uns im April 2015 in der Vorbereitungsrunde trafen, um uns über die Inhalte der bevorstehenden Wartburg-Gespräche auszutauschen, hatten wir die beginnenden Flüchtlingsbewegungen im Blick, konnten aber die Dimension dessen, was auf uns alle zukommt, noch nicht absehen. Angesichts der Entwicklung haben wir uns dazu entschlossen, der Veranstaltung einen transkulturellen Schwerpunkt zu verleihen. Im Mittelpunkt wird die Gesundheit flüchtender Kinder und Jugendlicher und die Gesundheit ihrer Helferinnen und Helfer stehen, die gewöhnlich weit über ihre Grenzen hinaus arbeiten und denen eine Reflexionshilfe geboten werden muss. In der Kollegenschaft sprechen wir mit den 24. Wartburg-Gesprächen besonders Ärztinnen und Ärzte mit ausländischen Patienten an, die ebenfalls willkommen sind.

**Interview:**  
Maren Grikscheit und Katja Möhrle

## Das 24. Wartburggespräch

**DAS SCHÖPFERISCHE SELBST zwischen VERLASSEN UND ANKOMMEN; die FLÜCHTLINGE und WIR findet vom 31. Januar bis 2. Februar 2016** in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim statt. Weitere Informationen und Anmeldungen erhalten Sie per E-Mail unter Edeltraud.Kolb@gmx.net bzw. bei Annegret Schneider, Fax: 06424 929293 Die Veranstaltung ist mit 21 Punkten durch die Hessische Landesärztekammer zertifiziert (beantragt).

Weitere Informationen zum Wartburggespräch und mehr erhalten Sie außerdem online auf [www.schueffel.com](http://www.schueffel.com).



Foto: Marco2811 – Fotolia.com

## Informationsveranstaltung zum geplanten Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen:

### Neue Strafbarkeitsrisiken für Ärztinnen und Ärzte

Ein Thema, das viele beschäftigt und für viele Diskussionen sorgte: Voraussichtlich im Frühjahr 2016 ist mit der Verabschiedung des Gesetzes zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen zu rechnen. Die Bundesregierung plant damit, die Bestechlichkeit und Bestechung im Gesundheitswesen unter Strafe zu stellen. Der neue § 299a Strafgesetzbuch (StGB) soll Verhaltensweisen erfassen, wenn sich Angehörige eines Heilberufs in ihren Entscheidungen von nicht gerechtfertigten wirtschaftlichen Anreizen leiten lassen.

„Wir wollen rechtzeitig über den aktuellen Stand und über veränderte Rahmenbedingungen informieren“, begründete Jörg Hoffmann, Geschäftsführer der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), die bereits vor Beschluss des Gesetzes organisierte Informationsveranstaltung, zu dem die KVH als gastgebende Körperschaft einlud. Mit wesentlichen Änderungen des bislang vorliegenden Gesetzesentwurfs sei nicht mehr zu rechnen.

Drei unterschiedliche Perspektiven beleuchteten das Thema – aus Sicht des Strafverteidigers, der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) sowie der Staatsanwaltschaft – und führten so zu einem umfassenden Blick der Lage.

#### Aus Sicht des Strafverteidigers

„Mit dem Gesetz soll eine bislang vorhandene Strafbarkeitslücke geschlossen werden“, erklärte Rechtsanwalt Alexander S. K. Gruner die Intention des Gesetzesgebers. So seien bislang angestellte Ärztinnen und Ärzte durchaus nach dem alten § 299 strafbar, nicht jedoch die Praxisinhaber. Mit dem neuen § 299a werde daher erreicht, vor allem diejenigen Ärzte in die Strafbarkeit einzubeziehen, die in eigener Praxis niedergelassen sind. Gruner erläuterte, dass das Gesetz nicht nur den ärztlichen Berufsstand betreffe, sondern alle Angehörigen der Heilberufe, die für die Berufsausübung oder für die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung benötigen. Eine in diesem Sinne strafrechtlich relevante Tat muss immer im Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs stehen, betonte Gruner. Ärztinnen und Ärzten ist es danach nicht gestattet, für die Zuweisung von Patienten oder Untersuchungen oder für die Verordnung oder den Bezug von Arznei- und Hilfsmitteln oder Medizinprodukten ein Entgelt oder andere

Vorteile für sich zu fordern, für Dritte gewähren zu lassen oder selbst zu versprechen. „Einen Vorteil zu erlangen ist per se noch nicht strafbar“, führte Gruner fort. „Erst dann, wenn dies im Zusammenhang mit der Ausübung des Berufs steht und zudem eine Unrechtsvereinbarung angenommen werden kann.“ Als problematisch bewertete er, dass viele Staatsanwälte in Deutschland mit Begriffen wie Heil- und Hilfsmitteln nicht vertraut seien. Um sich selbst bzw. die eigene Praxis vor Bestechungen und Korruption zu schützen, empfahl Gruner die Einführung von Compliance-Systemen sowie, auf Äquivalenz, Dokumentation und Transparenz zu achten. „Die normalen wirtschaftlichen Entscheidungen für Ärztinnen und Ärzte werden schwieriger, weil sie sich bei vielen dieser Entscheidungen strafbar machen können“, resümierte Gruner und sieht das Berufsrecht durch das Gesetz entwertet.

#### Aus Sicht der Landesärztekammer Hessen

„Ist der neue Paragraph 299a notwendig oder gibt es nicht bereits genügend Verbote und Sanktionen außerhalb des Strafrechts?“, stellte der Justitiar der LÄKH, Manuel Maier, fragend in den Raum. Materiellrechtlich ändere sich durch das Gesetz nichts. Die Inhalte seien unlängst bekannt und in der Berufsordnung, im Vertragsarztrecht, im Wettbewerbsrecht bzw. in anderen Normen und Vorschriften verankert. Maier verwies auf verschiedene in der Berufsordnung bestehende Paragraphen unter anderem zu unerlaubter Zuwendung (§ 32), Anwendungsbeobachtungen (§ 33) oder zu Teilberufsausübungsgemeinschaften (§ 18a). „Neu ist: Sie müssen in Zukunft mit einer anderen Institution, nämlich der Staatsanwaltschaft, rechnen“, so Maier. Es sei davon auszugehen, dass Ermittlungsverfahren gegen Ärztinnen und Ärzte ansteigen, da auch Krankenkassen antragsberechtigt seien. Erfahrungsgemäß gehe ein staatsanwaltschaftliches Ermittlungsverfahren auch mit einer höheren öffentlichen Wahrnehmung durch die Presse einher. „Wenn man damit in der Zeitung steht, ist der gute Ruf erst mal vorbei. Selbst wenn das Verfahren eingestellt wird.“ Auch die LÄKH gehöre zukünftig zum Kreis der Strafantragsberechtigten. „Es ist aber unser Selbstverständnis, das wir mit unseren eigenen Maßnahmen und Mitteln entsprechend sanktionieren“, betonte Maier.

Prävention vor Repression – das sei die Kernaussage der LÄKH. Sie setze dabei auf Beratung und die Wiederbelebung bzw. Weiterentwicklung des Clearingverfahrens. Neben LÄKH, KVH und Hessischer Krankenhausgesellschaft wäre es zudem der Wunsch, die Krankenkassen mit ins Boot zu holen. Verträge über ärztliche Kooperationen und Tätigkeiten könnten auf diese Weise durch alle Beteiligten auf ihre Rechtssicherheit hin geprüft werden und einen entsprechenden Schutz geben. Wenn der Vertrag dann für gut beurteilt würde, müsste er nur noch so gelebt werden, dann gebe es keine Notwendigkeit zu sanktionieren, erklärte Maier.

### Aus Sicht der Staatsanwaltschaft

Ein entsprechendes Problembewusstsein entwickeln und „Prävention vor Sanktion“ – diese Absicht verfolge auch Oberstaatsanwalt Alexander Badle aus Frankfurt am Main. Er betonte, dass es sich bei dem Gesetzesentwurf nicht um ein Sonderstrafrecht für Ärztinnen und Ärzte handele, sondern um eine Gleichstellung mit anderen Marktteilnehmern. Eine Weiterführung der Debatte über die Notwendigkeit des Strafrechts bei der Umsetzung sei

nicht mehr zielführend, da das Gesetz kommen wird. Wichtig sei hingegen die Beschäftigung mit der Frage, wie man sich effektiv und effizient vor Strafverfolgung schützen könne. „Die ethisch-moralische Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten ist der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, und dieser wird natürlich durch die Eröffnung eines strafrechtlichen Ermittlungsverfahrens massiv tangiert“, war sich Badle sehr wohl bewusst. Auch er machte deutlich, dass durch das Gesetz keine neuen Verbote jedoch eine neue Sanktionsschärfe geschaffen werde. Es sei ein in der Wertung ernstzunehmender Unterschied, ob man sich berufsrechtlich unlauter, ordnungswidrig oder strafbar verhalte. Sein Fazit: „Der § 299a ist im Grunde alter Wein in neuen Schläuchen. Achten Sie auf die Einhaltung der einschlägigen Regelungen, insbesondere der Berufsordnung. Achten Sie auf das Prinzip der Angemessenheit von Leistung und Gegenleistung. Damit schützen Sie sich.“

Weitere Termine der Informationsveranstaltung sind in Planung.

**Maren Grikscheit**

## Bücher



### Georg Romer, Corinna Bergelt und Birgit Möller (Hrsg.): Kinder krebskranker Eltern – Manual zur kindzentrierten Familienberatung nach dem COSIP-Konzept

Hogrefe 2014, 265 Seiten  
34,95 Euro, ISBN: 9783801724993

Das Buch von Georg Romer, Corinna Bergelt und Birgit Möller erweitert den Blick auf und die Arbeit mit Familien, in denen ein Elternteil krebskrank ist und in denen minderjährige Kinder leben. Das COSIP-Konzept (kindzentrierte medizinische Familienberatung) ist präventiv und damit niederschwellig ausgerichtet. Im Grundlagenteil des Buches werden drei Fragen aufgeworfen: Wie können und sollten betroffene Eltern ihr Kind begleiten? Wie können sie Halt und Orientierung vermitteln, wenn sie selbst halt- und orientierungslos sind? Wie können sich Eltern sowohl den eigenen seelischen Nöten und Bedürfnissen widmen als auch gleichzeitig die ihrer Kinder im Blick behalten? Bearbeitet werden diese Fragen mit Blick auf die verschiedenen Alters- und Entwicklungsphasen. Eltern wünschen – so gut das möglich ist – die Erhaltung von Alltagsnormalität. Häufig reagieren Kinder damit, eigene Sorgen von den Eltern fern zu halten. Warum es notwendig ist, mit den Kindern zu sprechen, wird mit Blick auf deren Krankheits- und Todeskonzepte, häufige psychosomatische Beschwerden, aber

auch die Notwendigkeit der Erhaltung elterlicher Kompetenz für eine ungestörte Entwicklung des Kindes begründet. Der Beratungsansatz gründet auf Annahmen des Bindungsansatzes aus der psychoanalytischen Paar- und Familientherapie und bezieht psychotraumatische Überlegungen mit ein.

Ein Kapitel ist der Krisenintervention bei unmittelbar drohendem Tode eines Elternteils gewidmet. Betrachtet werden eltern- und familienspezifische Situationen: Alleinerziehende – „Double-Trouble“ Familien (Familien in denen bereits prämorbid Familien- und Paarbeziehungen bestehen) – Familien mit Migrationshintergrund – Familien mit Säuglingen und Kleinkindern im Vorschulalter – Mädchen in der Pubertät, bei denen die Mutter an einer gynäkologischen Erkrankung oder Brustkrebs erkrankt ist.

Ebenfalls thematisiert werden sozialpädiatrische Aspekte (Jugendhilfen, Hilfen zur Erziehung u. a.) und Aspekte, die eher für ein fachspezifisches Publikum wichtig sind (Setting, Methoden und Techniken; Implementierung des COSIP-Modells in entsprechenden klinischen Abteilungen).

Das Buch wendet sich zwar primär an entsprechende Fachleute, jedoch ist die Kenntnis vieler angesprochener Themen wichtig für jeden Arzt mit familienmedizinischen Interessen. Es enthält viele Fallbeispiele und bietet eine Menge direkter Formulierungshilfen für Eltern-, Kind und Familiengespräche.

**Dr. Margret Kamm**  
Dipl.-Psychologin/Psychologische Psychotherapeutin

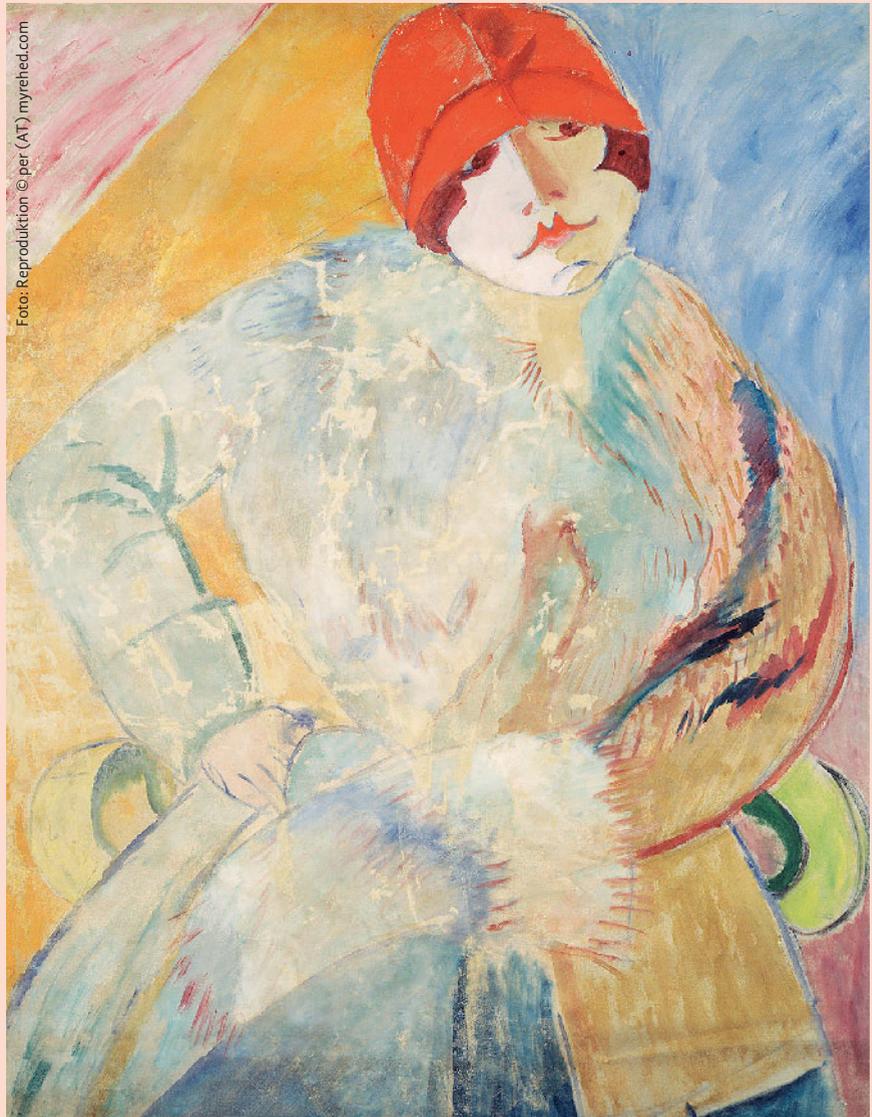
# „Gegen alles Laue und Ängstliche“

## Sturm-Frauen in der Frankfurter Schirn

Kokett zur Seite geneigter Kopf und aufmüpfige Miene. Unter dem signalroten Hut schaut ein Kurzhaarschnitt hervor – für Damen des frühen 20. Jahrhunderts nahezu revolutionär. Sigrid Hjerténs Gemälde „Frau mit Pelz und rotem Hut“ aus dem Jahr 1915 gehört ebenso zu den Blickfängern der Ausstellung „Sturm-Frauen. Künstlerinnen der Avantgarde in Berlin 1910–1932“ in der Frankfurter Schirn wie Gabriele Münters mit kräftigem Pinselstrich und leuchtenden Farben auf die Leinwand geworfenes Bildnis der Malerin Marianne von Werefkin. Der selbstbewusst auf den Betrachter gerichtete Blick lässt das Temperament der Portraitierten ahnen, die für ihren „gegen alles Laue und Ängstliche“ gerichteten Geist bekannt war. Zwei von rund 280 Kunstwerken, mit denen die Schirn erstmalig 18 Sturm-Künstlerinnen des Expressionismus, des Kubismus, des Futurismus, des Konstruktivismus und der neuen Sachlichkeit vorstellt: Eine ebenso facettenreiche wie beeindruckend schöne Schau.

### Synonym für Avantgarde

„Jussuf prince Tiba“ hatte Else Lasker-Schüler 1913 ihre kolorierte Zeichnung auf einer Postkarte an Franz Marc betitelt. Die als herausragende Vertreterin der avantgardistischen Moderne und des Expressionismus in der Literatur geltende deutsch-jüdische Dichterin und Zeichnerin, war von 1903 bis 1910 mit dem Kunsthändler und Verleger Georg Lewin verheiratet, den sie zu seinem Pseudonym Herwarth Walden inspirierte. Sie schlug ihm auch den Namen „Der Sturm“ für seine 1910 ins Leben gerufene Zeitschrift vor, die zum Synonym für die Avantgarde wurde. Waldens zweite Frau, die Malerin Nell Walden, engagierte sich ebenfalls für das „Sturm“-Projekt. In der gleichnamigen Galerie, die Walden zwei Jahre später eröffnete, bot er über 30 herausragenden Künstlerinnen die Möglichkeit, ihre Werke öffentlich zu präsentieren. Damit war der leidenschaft-



Sigrid Hjertén, Frau mit Pelz und rotem Hut, 1915, Öl auf Leinwand, 116 x 90 cm Privatsammlung

liche Ausstellungsmacher seiner Zeit weit voraus.

### Das Neueste, Ungewöhnlichste, Schrägste

„Sehen Sie, Fräulein, es gibt zwei Arten von Malerinnen, die einen möchten heiraten und die anderen haben auch kein Talent,“ formulierte die Zeitschrift „Simplicissimus“ 1901 böse und gab damit die Überzeugung der damaligen Kunstwelt wieder. Bis

zum Ende des Kaiserreichs 1919 war es Frauen gar verboten, an deutschen Kunstakademien zu studieren. Herwarth Walden, der Künstler und Künstlerinnen gleichermaßen förderte, ließen Vorurteile und Engstirnigkeit kalt. Er habe „das Neueste, Ungewöhnlichste, Schrägste“ ausstellen wollen, sagt Ingrid Pfeiffer, Kuratorin der Frankfurter Kunsthalle Schirn. Alle Künstlerinnen, deren Arbeiten in der Schirn gezeigt werden, wurden von dem Berliner Galeristen vertreten. Zu den bekanntesten

zählen Gabriele Münter oder Marianne von Werefkin, die der „Rembrandt Rußlands“ genannt wurde und als Vordenkerin, Mitstreiterin und Wegbereiterin des Blauen Reiters brillierte.

### Werke vergessener Künstlerinnen

Obwohl sie als Vertreterinnen der Avantgarde unkonventionelle Leben führten, waren die traditionellen Geschlechterrollen noch nicht abgestreift. Zehn Jahre lang hing Werefkin die Malerei an den Nagel, um ihren Lebensgefährten Alexej Jawlensky zu fördern. Eine bittere Entscheidung. Gabriele Münter schrieb Jahre später: „Ich war doch nur eine unnötige Beigabe zu Kandinsky. Dass eine Frau ein ursprüngliches, echtes Talent haben und ein schöpferischer Mensch sein kann, wird gern vergessen.“ In Frankfurt sind auch Werke fast vergessener

Künstlerinnen zu sehen. Eine von ihnen ist Lavinia Schulz. Wie Mixturen aus Fabelwesen und futuristischen Astronauten muten die Ganzkörpermasken an, in denen die Künstlerin und ihr Mann, der Schauspieler Walter Hold, einst auftraten. Das Ende war tragisch: 1924 erschoss Schulz zunächst ihren Ehemann und dann sich selbst. Erst 1988 wurden 20 ihrer Ganzkörpermasken auf dem Dachboden eines Hamburger Museums wiederentdeckt; neun Originalkostüme sind nun in der Schirn zu bestaunen.

### Abstraktion ist auch Frauensache

Die Annahme, Abstraktion sei eine Domäne männlicher Künstler, straft die Ausstellung Lügen. Das Werk „Komposition 1“ der Malerin Hilla von Rebay, später Gründungsdirektorin des Guggenheim Museums, gehört zu den frühesten abstrakten

Arbeiten, die in Waldens Sturm-Galerie ausgestellt wurden. Während ihr Frühwerk zunächst expressionistisch, dann vom Kubismus geprägt war, wurde die Malerin Marcelle Cahn in den Folgejahren zu einer bedeutenden Vertreterin des Purismus und des Konstruktivismus. In ihrem wunderbaren, zugleich gegenständlichen und abstrakten Bild „Frau und Segel“ (siehe Titelbild) sind Mensch und Maschine miteinander vereint. Hinter einer ernst blickenden nackten Frau tauchen geometrische Formen auf, die als Schiff mit Segel gedeutet werden können.

Die Moderne hätte es ohne die Sturm-Künstlerinnen so nicht gegeben. Das belegt die bis 7. Februar 2016 laufende Frankfurter Ausstellung eindrucksvoll.

Informationen unter [www.schirn.de](http://www.schirn.de).

**Katja Möhrle**

## Schein oder Wirklichkeit

### Erich Wolfgang Korngolds Oper „Die tote Stadt“ in Frankfurt

Kürzlich wurde das Opernhaus in Frankfurt als Europas Opernhaus des Jahres gefeiert. Eine Aufführung sticht besonders ins Auge: Erich Wolfgang Korngolds 1920 uraufgeführtes Werk „Die tote Stadt“.

Die aus drei Akten bestehende, inhaltlich an einen Roman Georges Rodenbachs aus dem Jahr 1892 angelehnte Oper beschreibt die Geschichte des ewig trauernden Witwers Paul, der zwischen Fantasie und Wirklichkeit irrt. Eine reiche Palette von Klangfarben, Impressionen und Anklängen an expressionistische Dramatik zeichnet die Musik aus. Im Mittelpunkt steht der Toten- und Reliquienkult: Paul, für den das Haar seiner verstorbenen Frau

besondere Bedeutung besitzt, hat eine „Kirche der Gewesenen“ installiert.

In der Inszenierung von Anselm Weber spielt der Erlösungsgedanke in Verknüpfung mit individuellem Schmerz und der Chance auf ein neues Leben eine zentrale Rolle. Paul lernt eine attraktive Frau kennen, die hin und her gerissen wird zwischen Pauls Sehnsüchten nach der Verstorbenen und seinem Wunsch, ein Leben mit ihr führen zu können. Die Handlung nimmt einen dramatischen Verlauf, der mit Pauls Mord an der Geliebten endet. Offen bleibt jedoch, ob dieser Tötungsakt real ist. Wurden auf der Bühne Schein oder Wirklichkeit dargestellt?

In früher Jugend galt Erich Wolfgang Korngold (1897–1957) als Wunderkind. Im Gegensatz zu seinen Zeitgenossen und Lehrern wie Zemlinsky oder Schönberg, Webern und Berg, die die Atonalität und die Zwölf-Ton-Technik aufbauten, folgte Korngold einem „spätromantischen Stil“. Anselm Weber und der Oper Frankfurt ist es gelungen, eine spannende Thematik mit einem faszinierenden Stoff auf die Bühne zu bringen. Die Inszenierung hat seit ihrer Erstaufführung 2009 nichts an Qualität verloren und kann in der Spielzeit 2015/2016 noch häufiger erlebt werden.

**Dr. med. Siegmund Drexler**

## „Die Fortbildung lenkt den Blick auf das Wichtige“

### Interview mit dem Kinderarzt Dr. med. Dominik Grimm zur arbeitsmedizinischen und sicherheitstechnischen Betreuung in der Arztpraxis

Am Rande der Innenstadt von Viernheim liegt die Praxis von Dr. med. Dominik Grimm. Vor viereinhalb Jahren ließ sich der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin in der südhessischen Kleinstadt nieder. Grimm gehört zu den Absolventen der Unternehmer-schulung, die von der bei der Bezirks-ärztekammer Wiesbaden angesiedelten Fachkundigen Stelle für die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Praxisbetreuung angeboten wird. Die Schulung, auch als Motivations- und Informationsmaßnahme bezeichnet, vermittelt niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten die notwendigen Kenntnisse für die eigenverantwortliche arbeitsmedizinische Betreuung ihrer Praxis.



Dr. med. Dominik Grimm mit Praxisteam

#### Wie haben Sie sich nach Ihrer Niederlassung auf die arbeitsmedizinische Verantwortung als Arbeitgeber vorbereitet?

Das Thema war nicht neu für mich, zumal die Grundlagen der Arbeitsmedizin und des Arbeitsschutzes bereits im Studium vermittelt wurden. Als ich die Praxis übernahm, lag dies allerdings schon einige Zeit zurück. Da ich als Praxisinhaber gesetzlich zur Umsetzung des Arbeitsschutzes in meinem Unternehmen verpflichtet bin, habe ich mich in den ersten sechs bis zwölf Monaten nach meiner Niederlassung intensiv mit dem Thema beschäftigt.

#### Wie sind Sie auf das Angebot ‚AbBA‘ der Landesärztekammer Hessen aufmerksam geworden und warum haben Sie sich für die Teilnahme an der Unternehmer-schulung entschieden?

Ich hatte im Hessischen Ärzteblatt von dem Angebot gelesen und mich sofort dafür interessiert. Da ich mich dazu entschlossen hatte, das betriebliche Gesundheitsmanagement in die eigenen Hände zu nehmen und das Fortbildungsangebot der Fachkundigen Stelle die notwendigen

Kenntnisse vermittelt, meldete ich mich zur Teilnahme an.

#### Wie beurteilen Sie die Schulung? Konnten Sie das neu erworbene Wissen sofort in die Praxis umsetzen?

Die Fortbildung ist anspruchsvoll und notwendig zugleich. Was mir besonders gut gefällt, ist, dass sie den Blick auf das Wichtige lenkt. Einige Inhalte lassen sich anschließend direkt umsetzen, so zum Beispiel die Gefährdungsanalyse. In den Alltag übertragen bedeutet dies, einmal im Jahr mit genauem Blick durch die Praxis zu gehen und auf mögliche Gefährdungspotentiale zu achten. Da wir ein kleiner Betrieb sind, mache ich das selbst mit Hilfe einer Checkliste, die eine meiner Arzthelferinnen vorab erstellt hat. Die Liste basiert auf den von der Berufsgenossenschaft (BG) zur Verfügung gestellten Handlungsanleitungen und Praxishilfen zur qualifizierten Erstellung einer Gefährdungsbeurteilung.

#### Haben Sie Anregung für eine Weiterentwicklung des Fortbildungsangebotes?

Die Regeln der Arbeitssicherheit sind insgesamt sehr formalisiert. Mit der Folge,

dass auch die Fortbildung teilweise mit Formalien überfrachtet ist. Meine Kritik bezieht sich allerdings nicht auf das Kursangebot, sondern auf das Regelwerk der BG, da es nicht auf den einzelnen Betrieb abgestimmt ist. Ärztinnen und Ärzte arbeiten nicht formalisiert, und die Normen der Arbeitssicherheit treffen nicht auf jeden Arbeitsplatz zu. Im Kern muss es doch darum gehen, die Vorschriften im Einzelfall anwenden zu können. Ich bin also gezwungen, zu prüfen, was für mich und meine Praxis sinnvoll ist und in Einklang mit den gesetzlichen Normen steht. Es wäre daher hilfreich, wenn in der Schulung mehr als bisher der Sinn hinter den Normen deutlich gemacht und damit das Bewusstsein für ihre Notwendigkeit gestärkt wird. Das gilt auch für die E-Learning-Angebote. Insgesamt kann ich das Fortbildungsangebot der Fachkundigen Stelle mit gutem Gewissen weiterempfehlen. An der arbeitsmedizinischen Betreuung von Arztpraxen führt kein Weg vorbei. Der große Vorteil des Kurses ist, dass man lernt, wie diese in eigener Verantwortung durchgeführt werden kann und man sich dadurch von externen Stellen unabhängig macht.

**Welchen Stellenwert haben Arbeitsschutz und arbeitsmedizinische Betreuung in Ihrer Praxis?**

Sie haben einen hohen Stellenwert! Für mich ist die arbeitsmedizinische Betreuung Teil des praxisinternen Qualitätsmanagements. Geräte kann ich austauschen, meine wertvollen Mitarbeiterinnen jedoch nicht. Daher beziehe ich das Praxisteam in das Qualitätsmanagement ein. Alle drei bis vier Wochen findet bei uns eine Sitzung statt, bei der es um Hygiene und Qualitätsmanagement geht. Wie vermeidet man Stichverletzungen? Wie verhalte ich mich bei einer Stichverletzung? Das sind Fragen, mit denen wir uns beschäftigen. Oder etwa die Überlegung, wie sich die Regel, dass bei der Blutabnahme Handschuhe angezogen werden müssen, in einer Kinderarztpraxis umsetzen lässt.

**Fühlen Sie sich durch die Fachkundige Stelle gut betreut?**

Auf jeden Fall. Ich kann jederzeit dort anrufen, erhalte Auskünfte und bei Bedarf auch sachkundige Unterstützung.

**Interview: Katja Möhrle**

**AbBA – alternative fachkundige Betreuung von Arztpraxen**

Die Umsetzung des Arbeitsschutzes in Arztpraxen ist in der Unfallverhütungsvorschrift „Betriebsärzte und Fachkräfte für Arbeitssicherheit“ (Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung DGUV, Vorschrift 2) geregelt. Neben der Regelbetreuung, mit festen Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte, besteht für Praxisinhaber und -inhaberinnen aber auch die Möglichkeit, an der alternativen, bedarfsorientierten Betreuung von Arztpraxen – kurz AbBA genannt – nach § 2 Absatz 4 DGUV Vorschrift 2 teilzunehmen. Bei der alternativen, bedarfsorientierten Betreuung entfallen feste Einsatzzeiten für Betriebsärzte und Sicherheitsfachkräfte. Um ihre Mitglieder zu unterstützen, hat die Landesärztekammer Hessen die bei der Bezirksärztekammer Wiesbaden angesiedelte Fachkundige Stelle für die betriebsärztliche und sicherheitstechnische Praxisbetreuung eingerichtet. Ne-

ben der Beratung bietet die Fachkundige Stelle Informationsveranstaltungen für Praxisinhaber, sogenannte Unternehmerschulungen an. Nach der Teilnahme gilt die Praxis im Sinne der DGUV Vorschrift 2 für fünf Jahre als betreut. Im Rahmen der Schulung werden Themen rund um den Arbeitsschutz in der Arztpraxis (Gefährdungsbeurteilung, Umgang mit Infektionsgefährdung und Gefahrstoffen, Unternehmerpflichten wie Mitarbeiterunterweisung etc.) vermittelt. Die notwendige Qualifikation kann durch eine erneute Schulung nach fünf Jahren oder durch jährliche Fortbildungsmaßnahmen wie E-Learning-Module der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) aufrechterhalten werden. Auskünfte erteilt die Fachkundige Stelle: Barbara S. Sebastian, Fon: 0611 97748-25, E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Anzeige



**Wir wünschen Ihnen eine schöne Weihnachtszeit und freuen uns auf ein ideenreiches Jahr 2016.**

### Bad Nauheimer Gespräch:

# „Prävention – Chance oder Risiko?“

„Prävention ist ein wichtiges Thema, das die gesamte Bevölkerung betrifft“, begrüßte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e.V., in ihren einführenden Worten die Teilnehmer der Veranstaltung. Prävention sei allerdings nicht nur eine ärztliche Aufgabe – entsprechend verankert in der Berufsordnung und im Sozialgesetzbuch – sondern müsse interdisziplinär betrachtet werden. Hasselblatt-Diedrich verwies dabei auf die erfolgreiche Kooperation von Landesärztekammer Hessen u. a. mit der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitserziehung e. V., dem Landessportbund oder der Deutschen Gesellschaft für Ernährung bei ihrem Diabetespräventionsprojekt „Fit und gesund älter werden“.

### Bestandteil ärztlichen Handelns

Nach vielen Anläufen ist im August 2015 das Präventionsgesetz verabschiedet worden. Ein Grund für das jahrelange Hin und Her: Prävention befindet sich in einem Spannungsfeld zweier unterschiedlicher Konzepte. „Auf der einen Seite steht die Erhöhung der Eigenverantwortung und auf der anderen Seite die Gemeinwohlorientierung des Staates“, erläuterte Rudolf Henke. Der Internist ist Mitglied des Bundestags, stellvertretender Vorsitzender des Gesundheitsausschusses, Präsident der Ärztekammer Nordrhein sowie Vorsitzender des Marburger Bundes. Als Experte referierte er auf der vom Förderkreis organisierten Veranstaltung.

„Prävention ist originärer Bestandteil ärztlichen Handelns und das seit den Anfängen der Medizin“, betonte Henke die Rolle der Ärzteschaft und verwies auf geschichtsträchtige Namen wie Hippokrates, Paracelsus oder Virchow.

Verbesserte Hygiene, Ernährung, Wohn- und Arbeitsbedingungen und höhere Sicherheitsstandards – Maßnahmen, die durch die Veränderung von Verhältnissen geschaffen wurden, haben die Lebenserwartung der Bevölkerung deutlich stei-

gern lassen. Es führte aber auch zu einem Wandel des Krankheitsspektrums: Infektionskrankheiten nahmen ab und wurden von komplexeren, multifaktoriell bedingten nichtübertragbaren Krankheiten abgelöst, erklärte Henke: „Eine einfache Ursache-Wirkung-Beziehung ist bei diesen nicht auszumachen und erschwert somit auch eine wirksame Prävention.“ Multifaktoriell bedingte Erkrankungen haben ein anderes Entwicklungsmodell als Infektionskrankheiten. Sie hängen mit genetischen Einflussfaktoren, mit Alter, Geschlecht, Umwelt- und Lebensstil zusammen. Eine erfolgreiche Prävention müsse deshalb an all diesen Faktoren ansetzen. Problematisch dabei: komplexe Interventionen lassen sich nur schwer evaluieren und so sei der Erfolg vieler Maßnahmen schwierig darzustellen. „Die köstliche Pizza ist nunmal erst spät von einer Erkrankung gefolgt und dies ist außerdem nicht sicher“, beschreibt Henke das Problem.

### Ist Prävention Pflicht?

Was passiert mit denjenigen, die eine erwartete Maßnahme – wie z. B. mehr Sport oder weniger Zucker – nicht erfüllen können oder wollen? Sind solche Personen „schuld“ und wie reagieren wir als Gesellschaft darauf? Sollen sie von bestimmten Leistungen der Solidargemeinschaft ausgeschlossen werden? Zum Teil gibt es das bereits. Zum Beispiel bei der Ermäßigung des Versicherungsbeitrags in der privaten Krankenversicherung, wenn Versicherte über sogenannte Fitnesstracker gesundheitsbezogene Daten übermitteln. „Prävention zeigt hier ihre Janusköpfigkeit“, kritisiert Henke. Aus einer vielversprechenden Chance werde die Gefahr, aus Prävention eine gesellschaftliche Pflicht des Einzelnen zu postulieren. Wichtig sei auch die Frage nach den Rahmenbedingungen für Gesundheit. Henke verwies auf den vielfach bestätigten Zusammenhang zwischen der sozialen Schichtzugehörigkeit und dem individuellen Krankheits- und Sterblichkeitsrisiko. „Wir als Ärzteschaft müssen insgesamt erkennen, wel-

che Bedeutung soziale Bedingtheit hat und sollten das zum Ausdruck bringen.“ Dieses Thema könne jedoch kein Arzt allein umsetzen, sondern sei nur durch eine Mitwirkung an der gesellschaftlichen Diskussion zu realisieren.

### Das Präventionsgesetz

Zentraler Ansatzpunkt im Präventionsgesetz ist die Stärkung gesundheitsförderlicher Strukturen in den Lebenswelten, wie Schulen oder Pflegeheime. Weiterentwickelt werde auch die ärztliche Präventionsberatung, so habe jeder Arzt nun die Möglichkeit als Ergebnis einer Untersuchung eine ärztliche Präventionsempfehlung abzugeben, die für die Krankenkasse bindend sei. Als negativ beurteilte Henke hingegen, dass in der Präventionskonferenz die Ärzteschaft nicht direkt vertreten sei. Durch das neue Gesetz werden die jährlichen Mindestausgaben der Krankenkassen insgesamt verdoppelt. Mindestens 2 Euro pro Versichertem und Jahr sollen für Leistungen der betrieblichen Gesundheitsförderung ausgegeben werden, mindestens 2 Euro für Leistungen für Lebenswelten und 3 Euro für individuelle Präventionsleistungen. Neu sei außerdem, dass die Pflegekassen und privaten Pflegeversicherungen 30 Cent je Versichertem für präventive Aktivitäten in Pflegeeinrichtungen und Tageskliniken geben.

Große Bedeutung habe die betriebliche Gesundheitsförderung. So mache das Gesetz eine Verknüpfung von Arbeitsschutz und gezielter Prävention möglich. Explizit werde der Betriebsarzt bei der aktiven Mitgestaltung von Präventionsangeboten erwähnt. „Unser Hauptproblem wird dann sein, genügend Ärzte für Arbeitsmedizin bereitzustellen“, gab Henke zu bedenken. „Die ärztliche Präventionsempfehlung wird als effektiv betrachtet“, lautete seine Schlussfolgerung aus dem Gesetz. „Wir müssen nun die Freude an der Prävention, die Freude am gesunden Leben der Bevölkerung vermitteln.“

**Maren Grikscheit**

# Die neue GOÄ – ein Danaergeschenk

Der Autor ist seit vielen Jahren Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), die gutachterlich in strittigen Fragen der alten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) tätig ist. Er hat als interessierter Zuhörer die Diskussion über ihre mögliche Novellierung verfolgt. Jetzt ist er Zuschauer beim Vorliegen der vorgesehenen Veränderungen. Da er gleichzeitig über noch mehr Jahre Mitglied in der Vertreterversammlung der anderen ärztlichen Selbstverwaltung (der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH)) war, die sich u. a. intensiv mit dem vergleichbaren Thema Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Honorarverteilung (HVM) beschäftigt hat, ist er keinesfalls überrascht, dass Politik (Beihilfe) und Kostenträger (private Krankenversicherungen) dabei die Gelegenheit genutzt haben, um den möglichen Einstieg in einen der ärztlichen Gebührenordnung nachgelagerten Verteilungsmechanismus zu erhalten.

Am Anfang stand der eigentlich selbstverständliche Wunsch der Ärzte, die GOÄ – „einfach nur“ – an den medizinischen Fortschritt, die neuen Behandlungsmethoden und die allgemeinen Preissteigerungen zumindest des vergangenen Jahrzehntes anzupassen. Ein kurzer realitätsnaher Blick auf die Ergebnisse der bekannten Honorardiskussionen im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) hätte aber genügen können, um die Finger von der „veralteten“ GOÄ zu lassen. Kein einziger Gesundheitspolitiker, kein Krankenkassenfunktionär, kein Patientenvertreter und auch niemand in den vielfältigen öffentlichen Medien zeigte da auch nur ansatzweise Verständnis für die Sichtweise der Vertragsärzte. Der Einfluss der KV auf die Gesetzgebung ist derart gering geworden, dass in der Vorbereitung mögliche gesundheitsgesetzliche Regelungen weder nennenswert beeinflusst noch gar verhindert werden

können. Das hatte z. B. zur Folge, dass im Ergebnis vermeintliche GKV-Honorarsteigerungen nie wirklich beim einzelnen Vertrags-Facharzt angekommen sind. Dennoch hat sich die andere für die GOÄ zuständige Organisation – die Bundesärztekammer (BÄK) – weiter auf die Novelle eingelassen.

PKV, Beihilfe und BÄK haben sich nicht auf die von den Ärzten gewollte rein medizinische Reform der Positionen beschränkt. Man hat die allgemeinen Bestimmungen gleich mit neu geregelt. Dementsprechend ist das Ergebnis ausgefallen. Im Dickicht der Paragraphen findet sich – verkläusuliert und noch „niedrig dosiert“ – Bekanntes aus der GKV, so dass Regelwerke zu Ausgabensteuerung (Mengenbegrenzung), Öffnungsklauseln (Sonderverträge), Leistungskatalog und Kostenbegrenzung (Budgets) zwar noch nicht eindeutig beschlossen aber zukünftig grundsätzlich möglich geworden sind. Die Beteiligten streiten dies natürlich ab, ihre „ausführlichen“ Erläuterungen der neuen Regularien laufen aber letztendlich genau darauf hinaus.

Politik und Kostenträger (PKV) haben sich demnach durchgesetzt. Der Einfluss der BÄK auf vorgesehene gesetzliche Regelungen ist – wie der der KV in der GKV – höchstens zweitrangig und ihre Rolle bei den Verhandlungen darüber eher undurchsichtig. Es könnte allerdings die Vermutung nahe liegen, dass die BÄK durch ihre von der Politik eingeforderte Teilhabe an diesen Verhandlungen eine grundsätzliche Aufwertung ihrer gesundheitspolitischen Bedeutung sieht und auch weiter verfolgt. An dieser Stelle sollte nicht unerwähnt bleiben, dass die BÄK lediglich eine Dachorganisation der Landesärztekammern darstellt. Die BÄK wird grundsätzlich im Auftrag der Landesärztekammern tätig und hierzu aus deren Haushalten finanziert. Die eigentlichen Entscheidungskompetenzen sollten aber weiterhin bei den Landes- bzw. in man-

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

chen Ländern sogar bei den Bezirksärztekammern liegen.

Die Interessenlage und das Engagement der Ärzte insgesamt sind unterschiedlich. Die vertragsärztlich tätigen Hausärzte finden allgemein mehr politisches Gehör und fühlen sich honorarmäßig im GKV-Bereich recht gut aufgehoben. Ihr Berufsverband – der Hausärzteverband – lehnt aber den vorliegenden Entwurf eindeutig ab. Krankenhausärzte mit Privatliquidation gibt es zwar, ihre Existenz ist aber realistisch betrachtet nur formal. Sie übernehmen die medizinische Behandlung, die zugehörige Liquidation wird aber von auswärtigen Abrechnungsunternehmen erstellt und das Honorar landet bei den Krankenhausträgern. Die Rolle ihres Berufsverbandes „des Marburger Bundes (MB)“ ist daher nicht klar einzuschätzen. Allerdings sind ehemals führende Mitglieder des MB auch hohe Funktionsträger in der BÄK.

Die „Last“ ruht somit auf den Schultern der Fachärzte und ihren Berufsverbänden. Die Forderung des größten fachärztlichen Berufsverbandes, des Berufsverbandes Deutscher Internisten e. V., einen außerordentlichen Ärztetag zur „ärzteparlamentarischen“ Legitimation abzuhalten, ist aufgrund der wegweisenden Bedeutung vollkommen nachvollziehbar. Nachdem drei Landesärztekammern diese Forderung übernommen haben, wird dieser satzungsgemäß auch stattfinden. Aus Sicht eines mit der „alten und unreformierten“ GOÄ Vertrauten sollte dabei der Ausstieg aus der Reform unbedingt als realistische Option angesehen werden. Er wäre das kleinere Übel.

**Dr. med. Thomas Klippstein**  
Vorsitzender der  
Gebührenordnungs-  
kommission der LÄKH



**Ihr „Heißer Draht“  
zum Präsidenten**

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

• 12. 01.2016 • 09.02.2016 • 01.03.2016 • Fon: 069 97672-777 / jeweils von 19 bis 20 Uhr

# Die Weiterbilder im Mittelpunkt

## Train the Trainer-Seminare für Weiterbilder/innen der Allgemeinmedizin in Hessen – der Start eines neuen Programms

Für eine qualitativ hochwertige und sichere Patientenversorgung in der Allgemeinmedizin ist eine gute Aus- und Weiterbildung essentiell. Die Weiterbilder/innen im ambulanten Bereich leisten hierfür tagtäglich wertvolle Arbeit und setzen sich engagiert für dieses Ziel ein. Wir, das Team der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin der Universitäten Frankfurt am Main und Marburg, sehen es als unsere Aufgabe, die Kolleginnen und Kollegen hierbei bestmöglich zu unterstützen. Um ihnen diese Arbeit zu erleichtern und mit Rat und Tat zur Seite zu stehen, starten im Frühjahr 2016 neu konzipierte „Train the Trainer-Seminare“ für Weiterbilder/innen der Allgemeinmedizin in Hessen.

### Train the Trainer-Seminare

In den Seminaren werden rechtliche und organisatorische Fragen rund um die Weiterbildung beantwortet, Möglichkeiten zur finanziellen Förderung erläutert und verschiedene didaktische Methoden und Tipps für die Praxis behandelt. Des Weiteren werden vielfältige Möglichkeiten zur Gestaltung einer strukturierten, attraktiven und qualitativ hochwertigen Weiterbildung vorgestellt, die die Effektivität und die Zufriedenheit von Weiterbilder/innen und Ärztinnen oder Ärzten in Weiterbildung erhöhen können. Ziel der Train the Trainer-Seminare ist es, die Weiterbilder/innen bei dieser für die Nachwuchssicherung so wichtigen Aufgabe zu unterstützen und ihre Expertise in diesem Bereich zu vertiefen. Die Veranstaltung richtet sich an alle erfahrenen und neuen Weiterbilder/innen der Allgemeinmedizin.

### Konzeption

Da die Weiterbilder/innen im Mittelpunkt der Seminare stehen, waren für uns ihre Expertise, Bedürfnisse und Erfahrungen essentielle Grundlagen für die Konzeption. Zur Entwicklung des ersten Train the Trainer-Seminars wurden zuvor verschie-

dene Aspekte, Erfahrungen und Wünsche sowie inhaltliche Schwerpunkte mit 14 Weiterbilderinnen und Weiterbildern aus ganz Hessen beleuchtet und diskutiert. Es wurde deutlich, dass die Weiterbilder/innen insbesondere einen Austausch und eine Vernetzung mit anderen Kolleg/innen wünschen. Ein Teilnehmer fasste seine bisherigen Erfahrungen so zusammen: „Man wird als Weiterbilder, wie so oft, ins kalte Wasser geworfen und jeder Weiterbilder steht erst mal für sich alleine da. Hilfreich wäre auf jeden Fall ein Netz von Kollegen, mit denen man Erfahrungen austauschen und auf das man bei Fragen zurückgreifen kann.“ Weitere Themen dieses Treffens waren unter anderem die Strukturierung der Weiterbildungsinhalte sowie hilfreiche Fähigkeiten und Eigenschaften von kompetenten Weiterbildern. Wir danken den Teilnehmer/innen für ihre Mitarbeit und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen für die zur Verfügung gestellten Räumlichkeiten.

Erfreulicherweise konnten wir bei der Konzeption der Train the Trainer-Seminare auch auf bereits gesammelte Erfahrungen in Deutschland und Europa zurückgreifen. So entstand das auf Hessen angepasste Seminar beispielsweise in guter Kooperation mit unseren Kolleginnen und Kollegen der Kompetenzzentren in Baden-Württemberg.

### Das erste Train the Trainer-Seminar

Das erste Train the Trainer-Seminar wird am Freitag, 12.02.2016 von 16 Uhr an bis Samstag, 13.02.2016 bis 16.30 Uhr im Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg in Mittelhessen stattfinden. Das zweitägige Seminar bietet viel Raum für kollegialen Austausch. Die Teilnahme ist für die Weiterbilder/innen kostenfrei. Erfreulicherweise können Übernachtung und Verpflegung aufgrund einer Unterstützung der Adolfs-Messer-Stiftung ebenfalls von den Kompe-

tenzzentren getragen werden. CME-Fortbildungspunkte sind beantragt. Im Anschluss an das Train the Trainer-Seminar erhalten die Teilnehmer/innen ein Zertifikat, das auch für junge Ärztinnen oder Ärzte in Weiterbildung, die eine Weiterbildungspraxis suchen, interessant sein könnte.

### Kompetenzzentren

Die Train the Trainer-Seminare sind ein Teil des Angebots der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen. Diese werden im Rahmen des „Hessischen Gesundheitspakts 2.0“ durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) gefördert und arbeiten eng mit der Koordinierungsstelle an der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG) zusammen. Auch die Junge Hessische Allgemeinmedizin (HESA) als Regionalvereinigung der Jungen Allgemeinmedizin Deutschland (JADE) sowie der Hausärzteverband Hessen sind als Kooperationspartner aktiv an der Förderung der Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin beteiligt. Weiterhin bieten die Kompetenzzentren das Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin an, das Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung während der gesamten Weiterbildungszeit mit einem Seminar- und Mentoringprogramm begleitet.

Bei Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung. Weitere Informationen unter: <http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de>

**Lia Pauscher, Marischa Broermann,  
Regina Kinzler, Silke Förster, Monika  
Sennkamp, Susanne Sommer,  
Armin Wunder, Erika Baum,  
Ferdinand M. Gerlach**

Mitarbeiter/innen der Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin an den Universitäten Marburg und Frankfurt

# Weiterqualifizierung von Medizinischen Fachangestellten in der Arbeitsmedizin

Am 115. Deutschen Ärztetag wurde der Beschluss gefasst: Die Bundesärztekammer (BÄK) solle ein Musterfortbildungscurriculum für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin entwickeln.

Qualifizierte MFA sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen Leistungen entlasten. Mit dem neuen Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin“ setzte die BÄK erneut das Zeichen: Keine Substitution an andere Berufsgruppen, sondern Weiterqualifizierung von fachkompetenten, engagierten MFA an der Seite der Ärztinnen und Ärzte! Die Arbeitsgruppe in Berlin zur Entwicklung des Curriculums bestand aus Vertretern der Deutschen Gesellschaft für Arbeits- und Umweltmedizin, des Verbandes Deutscher Betriebs- und Werksärzte, des Instituts für Arbeit und Gesundheit der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung, des Verbandes Arbeitsmedizinisches Fachpersonal, des Verbandes medizinischer Fachberufe und der Landesärztekammer Hessen.

Bereits seit 2002 bietet die zur Landesärztekammer Hessen gehörende Carl-Oelemann-Schule (COS) Fortbildungen für MFA in der Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin an. Die Pionierarbeit wurde maßgeblich von Dr. med. Dieter Kobosil geleistet, der im



Dr. med. Martin Kern (links) und Dr. med. Dieter Kobosil

Jahr 2001 den Fortbildungsbedarf an die Schule herangetragen hat. Als Impulsgeber, Dozent und mit dem aufmerksamen, kritischen Blick des Seminarleiters unterstützte Kobosil erfolgreich das Bildungsangebot in der Schule. Somit bestand keine Frage, dass auch die Entwicklungsarbeit in der BÄK unter seiner Beteiligung erfolgte.

Mit dem neuen 140-stündigen Curriculum wurde eine bundeseinheitliche Regelung zur Qualifizierung von MFA geschaffen. Das neue Angebot wird ab 2016 in der COS angeboten. Zusätzlich zum Gesamtlehrgang bietet die Schule Aufbaulehrgänge für alle Teilnehmer/innen des bisher 60-stündigen Lehrgangs an. Sowohl im Aufbaulehrgang als auch im Gesamtlehrgang werden Anteile

von Lerninhalten in einem Blended-Learning-Konzept vermittelt.

Am 6. Oktober 2015 traf sich das Dozententeam zur Beratung und Abstimmung der Umsetzungsplanung für die neuen Lehrgänge. Dynamisch und mit hohem Engagement verlief die Besprechung unter der Leitung von Kobosil und Dr. med. Martin Kern. Der Start zur Umsetzung der neuen Lehrgänge war gleichzeitig der Abschied von Kobosil als Seminarleiter. Zum 1. Januar 2016 wird Kern die Aufgabe der Seminarleitung für die Fortbildung „Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin“ in der Schule übernehmen.

„Die Arbeit in der Schule hat mir immer viel Spaß gemacht. Nun ist es an der Zeit, die Aufgaben an einen jüngeren Kollegen zu übergeben“, sagte Kobosil in seinen Abschiedsworten und freute sich darüber, dass der Vorstand der COS seiner Empfehlung zur Nachfolgebenebenung gefolgt ist. Ansprechpersonen für Informationen zum Aufbaulehrgang und zum Gesamtlehrgang „Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin“: Elvira Keller (Fon: 06032 782-185, E-Mail: [elvira.keller@laekh.de](mailto:elvira.keller@laekh.de)), Karin Jablotschkin (Fon: 06032 782-184, E-Mail: [karin.jablotschkin@laekh.de](mailto:karin.jablotschkin@laekh.de))

**Dipl. Med.-Päd. Silvia Happel**  
Schulleiterin Carl-Oelemann-Schule

## Buchtipps

### Winfried Stollmaier, Christa Feuchte: Fachbegriffe für Medizinische Fachangestellte

Verlag Handwerk und Technik, Hamburg. 4., überarbeitete und erweiterte Auflage, 2014, 72 Seiten, ISBN: 9783778258408, € 7,40

Fachbegriffe für Medizinische Fachangestellte (MFA) – ein Buch mit sieben Siegeln? Das muss für angehende MFA nicht sein. Im Verlag „Handwerk und Technik“ ist ein handliches Wörterbuch überarbeitet in der 4. Auflage erschienen, in dem ca. 500 wichtige Fachbegriffe – zum Teil mit Abbildungen – erklärt werden. Diese sind in Kapiteln geordnet, die den Lernfeldern zugeordnet werden können. Innerhalb der

Kapitel der Organsysteme werden sie zusätzlich in drei Abschnitte, „Grundbegriffe, Anatomie“, „Diagnostik, Therapie“ und „Pathologie“ unterteilt. Die Fachbegriffe sind sinnhaft geordnet, so werden Infarkt und Nekrose nacheinander erklärt.

Für Auszubildende zum/zur MFA ein idealer Begleiter, um sich im Irrgarten der medizinischen Fachbegriffe zurechtzufinden.

**Dr. med. Monika Goertler, Wiesbaden**



## Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir:

Daniela Keller, tätig bei Dr. med. T. Häfner und B. Aynal, Dietzenbach.

Zum **mehr als 40-jährigen**

**Berufsjubiläum** gratulieren wir:

Regina Kreuzer, seit 45 Jahren, davon 25 Jahre tätig bei Dr. med. O. Möbs, Gedern, vormals in verschiedenen Praxen.

# Nichtärztliche Praxisassistentinnen

## „NäPAs“ für Hessens Ärzte

Großes Engagement auf hohem fachlichen Niveau bescheinigten die Dozenten den Teilnehmerinnen der anspruchsvollen Fortbildung „NäPA“ und freuten sich über ein besonders positives Lernklima. Der Bedarf für die Fortbildung ergab sich im Herbst 2014. Bereits im Januar 2015 konnte die Fortbildung nach Absprache zwischen der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen realisiert werden. Zwischenzeitlich haben rund 80 Teilnehmerinnen die komplette Fortbildung erfolgreich abgeschlossen und entlasten die niedergelassenen Ärzte bei Hausbesuchen. Dafür haben sich erfahrene

Praxismitarbeiterinnen berufsbegleitend in bis zu 271 Unterrichtsstunden fachtheoretischem und fachpraktischem Unterricht in der Carl-Oelemann-Schule (COS) und an verschiedenen dezentralen Standorten in Hessen fortgebildet und die Fortbildung mit einer Lernerfolgskontrolle abgeschlossen. Durch Anerkennung von Berufsjahren konnten viele Teilnehmerinnen auch Stundenreduzierungen in Anspruch nehmen. Bereits absolvierte Qualifizierungskurse wie zum Beispiel „Ambulante Versorgung älterer Menschen“ oder Anpassungsfortbildungen konnten bei der Fortbildung gleichfalls zeitlich berücksichtigt werden.

Zusätzlich zum Gesamtlehrgang „Nichtärztliche Praxisassistentin“ bietet die COS auch die Aufbaufortbildung „VERAH zur NäPA“ für Versorgungsassistentinnen in der Hausarztpraxis (VERAH) an. Die COS führt die Lernerfolgskontrollen zu dieser „VERAH plus“ dezentral in den Bezirksärztekammern durch.

Informationen zur Fortbildung sowie Termine finden Sie auf den Webseiten der COS unter [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de).

**Gabriele Brüderle-Müller,**  
Assistentin der Schulleitung



Kurs „NäPA“ Bad Nauheim/Wetzlar, Abschluss 12.9.2015



Kurs „NäPA“ Bad Nauheim/Marburg, Abschluss 26.9.2015



Kurs „NäPA“ Bad Nauheim, Abschluss 12.9.2015



Kurs „NäPA“ Bad Nauheim, Abschluss 2.10.2015

## Auf zu neuen Herausforderungen!



Foto: Silvia Happel

Dr. med. Elisabeth Lohmann und Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (rechts)

Am 30. September 2015 hat der Vorstand der Carl-Oelemann-Schule Dr. med. Elisabeth Lohmann verabschiedet.

Weitsichtig, voller Inspiration, offen für vielerlei Gesprächsthemen und immer freundlich, so charakterisierte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg ihre Kollegin in der Rede zur Verabschiedung. Und fügte hinzu: Wenn es um das Themenfeld des Erhalts und die Verbesserung von palliativmedizinisch versorgenden Patienten geht, ist das Meinungsbild von Lohmann vielfältig gefragt.

In der Carl-Oelemann-Schule (COS) engagierte sich Lohmann seit 2005. Bereits seit der ersten Stunde war sie an der Entwicklung eines Curriculums für Medizinische Fachangestellte (MFA) in der Palliativversorgung beteiligt. Die ersten Lehrgänge wurden mit der Unterstützung durch die Pitzer-Stiftung an der Schule angeboten. Das Ziel, die Interprofessionalität in der Versorgung der Patienten zu fördern, führte schnell zu der Idee, das Curriculum der Carl-Oelemann-Schule mit dem – zum da-

maligen Zeitpunkt überarbeitungsbedürftigen – Curriculum „Onkologie“ für MFA zu verzahnen. Palliativmediziner und Onkologen aus der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und der Ärztekammer Westfalen-Lippe arbeiteten hierbei eng zusammen. Es entstanden die von der Bundesärztekammer im Jahr 2010 veröffentlichten Curricula „Palliativversorgung“ und „Onkologie“ für MFA.

Die Fortbildung von MFA im Bereich der Palliativmedizin sei eine wichtige Aufgabe, sagte Lohmann im Gespräch mit den Vorstandsmitgliedern und den anwesenden Mitgliedern des Präsidiums der LÄKH. Nur durch gute Teamarbeit, gegenseitige Wertschätzung und eine offene Kommunikationskultur können die umfangreichen Aufgaben mit Freude und hoher Leistungsbereitschaft bewältigt werden.

Nun sei es für sie Zeit, sich neuen Herausforderungen zu widmen. Auch wenn sie nun vom Entwicklungsteam und als Dozentin von der COS Abschied nimmt, stehe sie doch weiterhin der Schule beratend zur Verfügung.

**Dipl. Med. Päd. Silvia Happel**  
Schulleiterin der Carl-Oelemann-Schule

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

#### Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2016 vom 4. Mai 2016 bis zum 5. August 2016

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2016 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

**27. Januar und 3. Februar 2016**

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung **zusätzlich**: Die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

#### Zur Abschlussprüfung im Sommer 2016 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 5. Oktober 2015 endet,

2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sog. Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Weitere Informationen im Internet unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de) > Aktuelles.



Dr. med. Kerstin Amadori (rechts) und Claudia Ankerst

Die geriatrische Fachabteilung am Klinikum Frankfurt Höchst heißt nun Klinik für Altersmedizin und wird gemeinsam von zwei Ärztinnen im Kollegialsystem kommissarisch geleitet: **Dr. med. Kerstin Amadori**, Fachärztin für Neurologie (Zusatzweiterbildung Geriatrie), und **Claudia Ankerst**, Fachärztin für Innere Medizin (Zusatzweiterbildung Geriatrie). Der bisherige Chef, **Dr. med. Wolfgang Mühlberg**, ist in den Ruhestand gegangen. Neun Jahre lang hatte er als Chefarzt die Klinik für Innere Medizin 4/Geriatrie sowie die geriatrische Tagesklinik geleitet.

Ein Forschungsteam um den Gießener Lungenforscher

**Prof. Dr. med. Ardeschir Ghofrani** (48)

ist für die Entwicklung eines Medikaments gegen Lungenhochdruck mit

dem Deutschen Zukunftspreis 2015 ausgezeichnet worden. Der Technik- und Innovationspreis des Bundespräsidenten ist mit 250.000 Euro dotiert. Zum Team gehören außerdem Prof. Dr. rer. nat. habil. Johannes-Peter Stasch und Dr. med. Reiner Frey, beide Bayer Pharma AG, Wuppertal. Weitere Informationen dazu siehe unter [www.deutscher-zukunftspreis.de](http://www.deutscher-zukunftspreis.de).



Foto: IJU (R. Wegst)

**Prof. Dr. med. Axel Haferkamp** (Foto),

Direktor der Klinik für Urologie und Kinderurologie am Universitätsklinikum Frankfurt, ist neuer

Erster Vorsitzender der Deutschen Kontinenz Gesellschaft. Ihr Ehrenpräsident ist **Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior**, Kassel.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

**PD Dr. med. Christoph Langer** (Foto),

zuletzt als Oberarzt am Uniklinikum in Kiel tätig, hat die Leitung der Medizinischen Klinik I mit dem Schwerpunkt Kardiologie am Krankenhaus Bad Soden übernommen. Er tritt als Chefarzt die Nachfolge von



Foto: Kliniken des MTK

**Prof. Dr. med. Nicolaus Reifart** an, der der kardiologischen Klinik seit 2004 vorstand.

Reifart beendet aus Altersgründen seine Chefarztstätigkeit. Langer ist als interventioneller Kardiologe auf die Diagnose und Behandlung von Patienten mit Herz-Kreislauf- und Gefäßerkrankungen mittels Katheteruntersuchungen spezialisiert. Er ist neben seiner kardiologischen Qualifikation auch Sport-, Notfall- und Intensivmediziner.

### Ehrenplakette in Silber der LÄKH für Dr. med. Georg Pape

Am 4. November 2015 wurde Dr. med. Georg Pape für seine herausragenden Leistungen mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Silber ausgezeichnet. 1933 in Schöneck an der Elbe geboren, ließ sich Pape zunächst zum Fotografen ausbilden. Da ihm die ehemalige DDR den Zugang zum Medizinstudium verwehrt, gelangte er 1954 mit einem Besuchervisum in die Bundesrepublik und studierte in Frankfurt Medizin. 1978 erhielt Pape die Anerkennung als Arzt für Arbeitsmedizin, 1996 die Zusatzbezeichnung „Umweltmedizin“. Nach mehrjähriger Tätigkeit in Krankenhäusern und verschiedenen Praxen absolvierte er die Weiterbildung zum „Facharzt für Arbeitsmedizin“. 1987 gründete Pape den Arbeitsmedizinischen und Sicherheitstechnischen Dienst Frankfurt, dem er noch heute als Leitender Arzt vorsteht. Neben einem Lehrauftrag an der Frankfurter Goethe-Universität und ehrenamtlichem Engagement für die Kassenerärztliche Vereinigung Hessen und die LÄKH, war Pape Gründungsmitglied der Hessischen Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin e.V. der LÄKH in Bad Nauheim. Seit 1991 betreut er u. a. die LÄKH als Betriebsarzt.



Foto: Katja Kölsch

Überreichung der Plakette an Dr. med. Georg Pape (r.) durch Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

(moeh)

### Nachruf auf Prof. Dr. med. Hansjörg Becker

Hansjörg Becker wurde am 17. Februar 1926 als Sohn des Chirurgen Dr. Georg Becker und seiner Frau Emmy in Alzey (Rhein Hessen) geboren. Bereits als Schüler half Becker in Labor und Röntgenabteilung des gegenüber dem elterlichen Wohnhaus gelegenen Krankenhauses aus. Zur Inneren Medizin kam er – neben dem Vater – durch Franz Volhard, der seit 1945 wieder den Lehrstuhl der Inneren Medizin in Frankfurt innehatte. Nach Studium, Examen und Promotion 1951 folgten Stationen am Pathologischen Institut der Universität Heidelberg und der Medizinischen Universitätsklinik Frankfurt unter Prof. Ferdinand Hoff. Während der internistischen Lehrjahre bildete sich seine Vorliebe für die Hämatologie, mit der sich die Mehrzahl seiner Publikationen und die Habilitationsschrift beschäftigten. 1970 wurde Becker Chefarzt an der I. Medizinischen Klinik des Städtischen Krankenhauses Frankfurt-Höchst. Er prägte eine ganze Generation von Ärzten, die sich bis heute mit ihm verbunden fühlen. Die Ärzte in seiner Abteilung waren in der gesamten Klinik als die „Beckerbuben“ bekannt. Neben seinem Beruf war Beckers Leidenschaft die Musik – allem voran das Werk von Johann Sebastian Bach. Er selbst spielte noch bis ins hohe Alter auf dem Cembalo und war reger Konzertbesucher – immer mit Partitur.

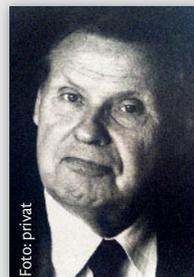


Foto: privat

**Dr. med. Wolfgang Falke und Kollegen, Klinikum Frankfurt-Höchst**



## Erhebung für das Weiterbildungsregister 2015 gestartet

Am 2. November 2015 wurden bereits zum dritten Mal alle Weiterbildungsbeauftragte per E-Mail oder Schreiben in Hessen gebeten, alle sich in Facharztweiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte, die in ihrer Weiterbildungsstätte am 1. Oktober 2015 tätig waren, zu melden. Wie nach § 5 Abs. 6 der aktuellen WBO vorgesehen, ist der zur Weiterbildung befugte Arzt verpflichtet, an den von der Ärztekammer durchgeführten Maßnahmen zur Qualitätssicherung der Weiterbildung teilzunehmen.

Schwerpunkt- oder Zusatzbezeichnungen werden bei der Erhebung nicht berücksichtigt. Sollten zum 1. Oktober 2015 keine Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beschäftigt worden sein, werden die Befugten darum gebeten, dies ebenfalls zu melden.

Erstmalig wurden Weiterbildungsbeauftragte, die bereits im Mitgliederportal der Landesärztekammer registriert sind, per

E-Mail aufgefordert, ihre Meldung bequem über das Mitgliederportal durchzuführen. Falls noch keine Portalregistrierung erfolgte, können sich die Weiterbildenden im Mitgliederportal unter folgendem Link anmelden: <https://portal.laekh.de> (Menüpunkt „Zugang beantragen“). Für die Meldung zum Register werden die Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN), die Namen der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung und die jeweilige Wochenarbeitszeit benötigt. Falls die EFN nicht bekannt sein sollte, so kann alternativ die Meldung anhand des Namens und des Geburtsdatums erfolgen.

Meldefrist der Befugten war der 15. Dezember 2015. Leider liegen der Landesärztekammer Hessen bis dato nicht alle Meldungen vor, oder die Informationen waren unvollständig oder nicht auswertbar. Infolgedessen werden im Februar diejenigen Befugten postalisch an die Meldung erinnert.

Zur Etablierung eines aussagekräftigen Weiterbildungsregisters benötigen wir auch in diesem Jahr die Mitwirkung aller Weiterbildenden. Wir möchten deshalb alle Befugten erneut auffordern, sich aktiv an diesem Register zu beteiligen und eine Meldung durchzuführen.

Für Rückfragen steht das Serviceteam Weiterbildungsregister unter der Telefonnummer 069 97672-434 montags bis donnerstags von 9 bis 16 Uhr und freitags bis 13 Uhr zur Verfügung.

Wir danken für Ihre Unterstützung!  
Ihr Serviceteam Weiterbildungsregister

**Dr. sc. hum. Iris Bruchhäuser,**  
Wissenschaftliche Referentin

**André R. Zolg,**  
Kommissarischer Ärztlicher Leiter  
Abteilung Zentrales Datenmanagement

### Jahrestagung 2016 der DSO, Region Mitte: „Auswirkungen der Gesetzes- und Richtlinienänderungen im Alltag“

- **Datum:** Samstag, 30. Januar 2016
- **Beginn:** 10 Uhr (bis 17 Uhr)
- **Veranstaltungsort:** Unimedizin Mainz, großer Hörsaal der Frauenklinik, zwei gegenüberliegende Seminarräume.

#### Programm:

##### **Workshops**

10:00 Begrüßung und Einführung in die Workshops –  
PD Dr. med. Ana Paula Barreiros DSO  
10:15–11:15 und 11:30–12:30 Uhr

##### **Workshops (A und B)**

**Thema A:** Praktische Übungen zur Hirntoddiagnostik anhand von Fallbeispielen und Falldiskussionen: Protokolle selbst ausfüllen, prüfen, auswerten

**Thema B:** ISYS plus und Eingabe Transplant-Check als Grundlage für Berichtspflichten

12:30–13:00 Mittagessen  
13:00 Begrüßung –  
PD Dr. med. Ana Paula Barreiros  
13:10 Grußworte der Ministerin Rheinland-Pfalz sowie Vertreter des Saarlandes und Hessen

##### **Vorträge:**

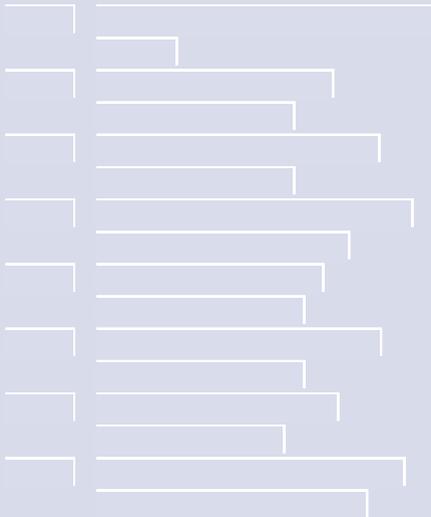
13:30 Neuigkeiten von der Ständigen Kommission (STÄKO) aus Sicht der Patientenverbände und Spenderangehörigen – Riemer/Heilbronn und Donauer/Homburg

##### **Wissenschaftlicher Teil:**

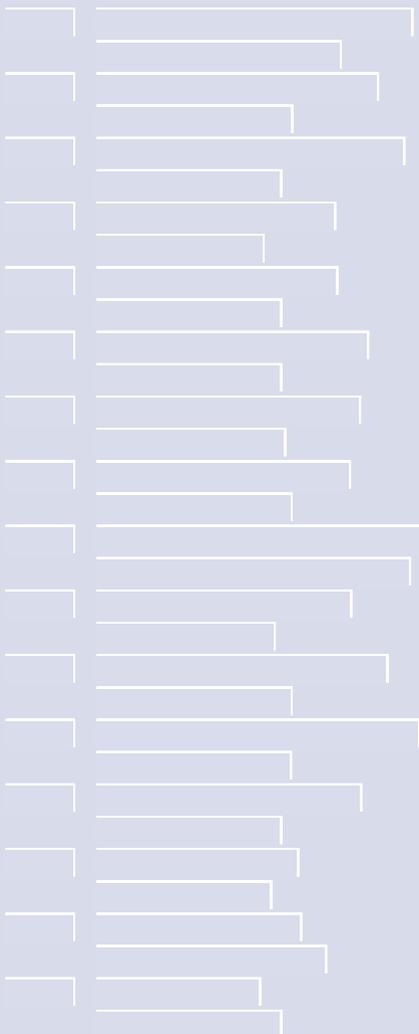
13:50 Bericht von der Prüfungs- und Überwachungskommission (PÜK) – Prof. Dr. med. Gerd Otto/Berlin, MZ  
14:10 Ergebnisse der Prüfung von Hirntod-Protokollen für die PÜK – was können

wir daraus lernen –  
Prof. Dr. med. Wolfgang Wagner/MZ  
14:30– 14:50 Kaffeepause  
14:50 Erfahrungen mit der Richtlinienänderung – aus Sicht des Neurologen – PD Dr. med. Ralf Ketter/ Homburg  
15:10 – aus Sicht des Chirurgen – PD Dr. med. Christian Mönch/ Kaiserslautern  
15:30 – aus Sicht der DSO – KOO/ PD Dr. med. Ana Paula Barreiros/ Mainz  
15:50 – aus Sicht des Transplantationsbeauftragten, Dr. med. Andreas Molitor/ Koblenz  
16:10 Zusammenfassung und Verabschiedung –  
PD Dr. med. Ana Paula Barreiros  
16:30 Abschluss des wissenschaftlichen Teils  
bis 17:00 Imbiss mit kollegialem Erfahrungsaustausch

### Bezirksärztekammer Darmstadt



### Bezirksärztekammer Frankfurt



# Auslauf des Berufsgenossenschaftlichen H-Arzt<sup>1</sup> Ende 2015

## M-Arzt-Verfahren startet zum 1. Januar 2016

Das berufsgenossenschaftliche (BG-lithe) H-Arzt-Verfahren für alle Berufsgenossenschaften läuft definitiv zum 31. Dezember 2015 aus. Nur 17 Prozent der bisherigen H-Ärzte konnten entsprechend den neuen Bestimmungen zum D-Arzt<sup>2</sup> übergeleitet werden, das sind bundesweit 380 ÄrztInnen.

Die sehr spezialisierte und zeitintensive Betreuung von Berufssportlern wird von vielen Orthopäden und Unfallchirurgen sowie Chirurgen seit Jahren erfolgreich durchgeführt. Gerade die hochsensible Behandlung von Spitzensportlern im Fußball, aber auch im Handball und Eishockey erfordert eine besondere Erfahrung und vertrauensvolle Zusammenarbeit mit besonderen Kenntnissen, sowohl in der Diagnostik als auch in der konservativen und operativen Therapie sowie den besonderen Ansprüchen an die zeitnahe Rehabilitation der Sportler. Die Vereinsärztinnen und -ärzte der Bundesliga-Mannschaften sind häufig langjährig bei ihren Vereinen und stellen sowohl für die Profisportler als auch für die Vereinsmanager und Physiotherapeuten ein wichtiges Bindeglied in der optimierten medizinischen Versorgung dar.

Dieses ist auch den Verwaltungs-BGen bekannt, bei denen die Berufssportler versichert sind. Aus diesem Grund wurde, vor allem im Hinblick auf das Auslaufen des H-Arzt-Modells, ein neues Pilotprojekt implementiert, das sogenannte Mannschaftsarzt-Verfahren (M-Arzt-Verfahren), in dem die Berufssportler ganzheitlich sportmedizinisch betreut werden und auch zusätzlich Verletzungsprävention betrieben wird. Die praxisstrukturellen und die medizinischen Voraussetzungen entsprechen

dem jetzigen H-Arzt und nicht den deutlich höheren Anforderungen der modernen D-Arztpraxis, d. h. die H-Ärzte, die jetzt ihren H-Arzt-Status zum 31. Dezember 2015 verlieren, können für die Betreuung der Berufssportler der Verwaltungs-BGen das M-Arzt-Verfahren beantragen. Hierzu müssen sie allerdings drei zusätzliche Kurse absolvieren, die die Verwaltungs-BGen anbieten.

Sie müssen dann bei entsprechenden Verletzungen einen entsprechenden M-Arztbericht erstellen, aber gleichzeitig den neuen Verletztenarten-Katalog der Berufsgenossenschaften, der auch für die Verwaltungs-BGen gilt, beachten. Die BGen sind Träger des Heilverfahrens, sodass bei z. B. VKB-Rupturen oder traumatischen Schulterinstabilitäten (VAV<sup>3</sup>-Fälle) eine operative Versorgung nach Kostenzusage der BGen und ggf. Vorstellung bei einem VAV-Krankenhaus-D-Arzt durchaus auch durch den niedergelassenen D-Arzt oder auch M-Arzt erfolgen kann.

Es bleibt zu hoffen, dass möglichst viele ausscheidende H-Ärzte, die Berufssportler betreuen, das M-Arzt-Verfahren für sich beantragen, um weiterhin eine optimale medizinische Betreuung der Profisportler garantieren zu können.

### Dr. med. Gerd Rauch

Landesvorsitzender  
in Hessen des BVOU  
Mitglied der gemeinsamen  
BG-Kommission  
der unfallchirurgisch-orthopädischen  
Berufsv Verbände (GBK)



<sup>1</sup> H-Ärzte sind an der besonderen Heilbehandlung beteiligte Ärzte

<sup>2</sup> D-Arzt = Durchgangsarzt ist ein Facharzt für Chirurgie mit Schwerpunkt Unfallchirurgie oder ein Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit Zusatzbezeichnung „Spezielle Unfallchirurgie“, der von den Berufsgenossenschaften eine besondere Zulassung erhalten hat

<sup>3</sup> VAV = Verletzungsartenverfahren

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL. 6/2015, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. November 2015 folgende Satzung beschlossen:

### Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

#### I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 59), wird wie folgt geändert:

#### 1.) Im Abschnitt B wird das Gebiet „4. Arbeitsmedizin“ wie folgt neu gefasst:

##### „4. Gebiet Arbeitsmedizin

###### Definition:

Das Gebiet Arbeitsmedizin umfasst als präventiv-medizinisches Fach die Wechselbeziehungen zwischen Arbeit und Beruf einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits, die Förderung der Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Vorbeugung, Erkennung, Behandlung und Begutachtung arbeits- und umweltbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten, die Verhütung arbeitsbedingter Gesundheitsgefährdungen einschließlich individueller und betrieblicher Gesundheitsberatung, die Vermeidung von Erschwernissen und die berufsfördernde Rehabilitation.

##### Facharzt / Fachärztin für Arbeitsmedizin (Arbeitsmediziner / Arbeitsmedizinerin)

###### Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung im Gebiet Arbeitsmedizin ist die Erlangung der Facharzt-

kompetenz nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

###### Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbezug an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- 24 Monate in den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung
- 36 Monate Arbeitsmedizin, davon können bis zu
  - 12 Monate in anderen Gebieten angerechnet werden
- 360 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Arbeitsmedizin, die während der 60 Monate Weiterbildung abgeleistet werden sollen

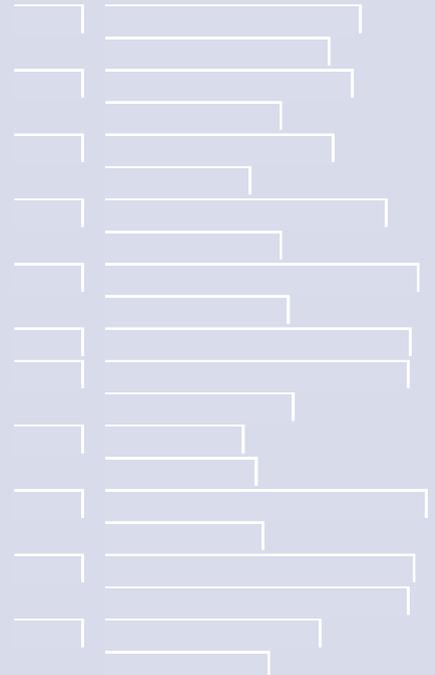
###### Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen, Erfahrungen und Fertigkeiten in

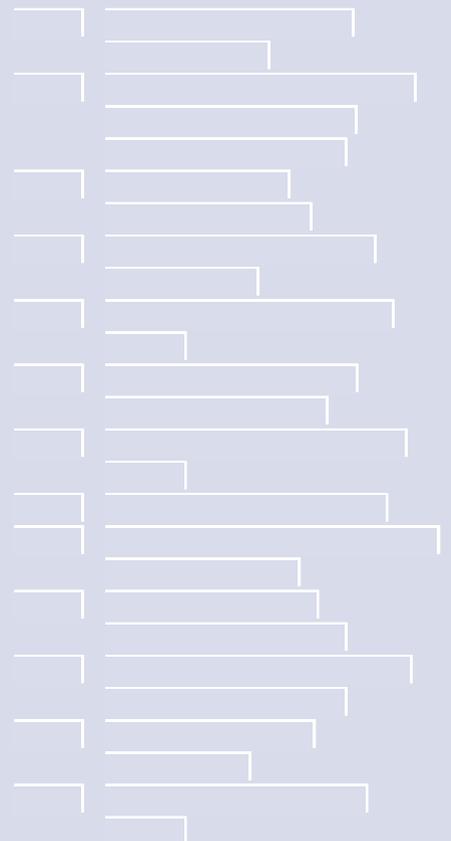
- der Prävention arbeitsbedingter Gesundheitsstörungen und Berufskrankheiten sowie der auslösenden Noxen
- Arbeitsplatzbeurteilung/Gefährdungsbeurteilung
- Epidemiologie, Statistik und Dokumentation
- der Gesundheitsberatung einschließlich Impfungen
- der betrieblichen Gesundheitsförderung einschließlich der individuellen und gruppenbezogenen Schulung
- der Beratung und Planung in Fragen des technischen, organisatorischen und personenbezogenen Arbeits- und Gesundheitsschutzes
- der Unfallverhütung und Arbeitssicherheit
- der Organisation und Sicherstellung der Ersten Hilfe und notfallmedizinischen Versorgung am Arbeitsplatz
- der Mitwirkung bei medizinischer, beruflicher und sozialer Rehabilitation
- der betrieblichen Wiedereingliederung und dem Einsatz chronisch Kranker und schutzbedürftiger Personen am Arbeitsplatz
- der Bewertung von Leistungsfähigkeit, Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit, Belastbarkeit und Einsatzfähigkeit einschließlich der Arbeitsphysiologie und Ergonomie

>> Fortsetzung auf Seite 52

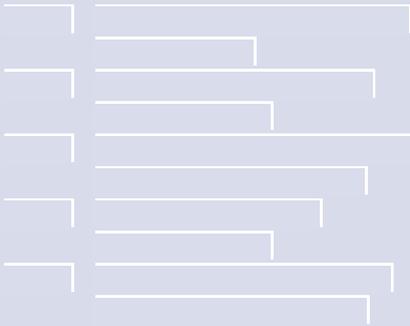
### Bezirksärztekammer Gießen



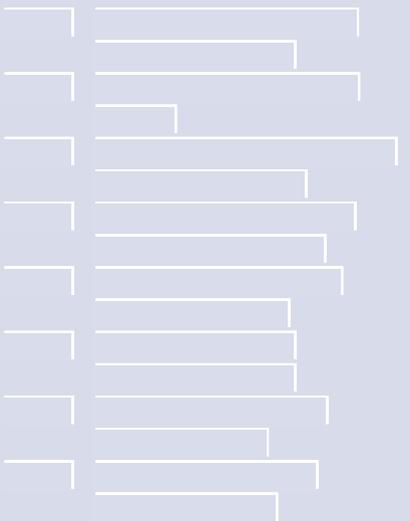
### Bezirksärztekammer Kassel



## Bezirksärztekammer Marburg



## Bezirksärztekammer Wiesbaden



## 10. Tag der Allgemeinmedizin Kassel/ Marburg

- **Termin:** Mittwoch, 16. März 2016 von 9 bis 16 Uhr
- **Ort:** Lehr-Lernzentrum (RPZ) des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg
- **Fortbildung für den Praxisalltag:** pharmaanabhängig
- **Zielgruppen:** Hausärzte/innen, Medizinische Fachangestellte, Ärzte/innen in Weiterbildung und PJ Allgemeinmedizin
- **Geboten** werden zahlreiche Workshops, praktische Übungen und Seminare
- **Programm und Anmeldeformular:** [www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/aktuelles](http://www.uni-marburg.de/fb20/allgprmed/aktuelles)

## >> Fortsetzung von Seite 51

- der Arbeits- und Umwelthygiene einschließlich der arbeitsmedizinischen und umweltmedizinischen Toxikologie
- der Arbeits- und Organisationspsychologie einschließlich psychosozialer Aspekte
- der arbeitsmedizinischen Bewertung psychischer Belastung und Beanspruchung
- arbeitsmedizinische Vorsorgen, Tauglichkeits- und Eignungsuntersuchungen einschließlich verkehrsmedizinischen Fragestellungen
- den Grundlagen hereditärer Krankheitsbilder einschließlich der Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung
- der Indikationsstellung, sachgerechten Probengewinnung und -behandlung für Laboruntersuchungen einschließlich des Biomonitorings und der arbeitsmedizinischen Bewertung der Ergebnisse
- der ärztlichen Begutachtung bei arbeitsbedingten Erkrankungen und Berufskrankheiten, der Beurteilung von Arbeits-, Berufs- und Erwerbsfähigkeit einschließlich Fragen eines Arbeitsplatzwechsels
- der arbeitsmedizinischen Erfassung von Umweltfaktoren sowie deren Bewertung hinsichtlich ihrer gesundheitlichen Relevanz
- der Entwicklung betrieblicher Präventionskonzepte

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:

- arbeitsmedizinische Vorsorgen nach Rechtsvorschriften
- Arbeitsplatzbeurteilungen und Gefährdungsanalysen
- Beratungen zur ergonomischen Arbeitsgestaltung
- Ergometrie
- Lungenfunktionsprüfungen
- Beurteilung des Hör- und Sehvermögens mittels einfacher apparativer Techniken
- arbeitsmedizinische Bewertung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klimagrößen, Beleuchtung, Gefahrstoffe
- Biomonitoring am Arbeitsplatz

2.) Im Abschnitt C wird in der Zusatz-Weiterbildung „Notfallmedizin“ der Absatz „Weiterbildungszeit“ wie folgt gefasst:

### „Weiterbildungszeit“:

- 6 Monate Weiterbildung in Intensivmedizin, Anästhesiologie oder in der Notfallaufnahme unter Anleitung eines Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1
- erfolgreiche Teilnahme an 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung
- und anschließend unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes
- 50 Einsätze im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber, davon können bis zu 25 Notfalleinsätze in Form eines anerkannten Simulatortrainings in der Notfallmedizin gemäß § 4 Abs. 8 absolviert werden.“

## II. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. November 2015 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 2. Dezember 2015 (Geschäftszeichen:

V2B-18b2120-0001/2008/007) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 4. Dezember 2015

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

Aufgrund §§ 2, 3 und 11 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 14. Mai 2012 (GVBl. I S. 126), i.V.m. §§ 2, 5 Absatz 6 Buchstabe "r", 13 Absatz 2 und 16 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL. 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 362) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. November 2015 folgende Satzung beschlossen:

## Satzung zur Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen

### I.

Die Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen vom 1. Juli 1996 (HÄBL. 8/1996, S. 262–264), zuletzt geändert am 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 362), wird wie folgt geändert:

### § 2 Abs. 2 Satz 3 wird wie folgt neu gefasst:

„Dem Meldebogen sind amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Abschriften oder amtlich beglaubigte (durch eine siegelführende Behörde) Fotokopien der folgenden Nachweise beizufügen:

- Approbationsurkunde oder Berufserlaubnis
- Urkunden über Akademische Grade sowie Hochschultitel und Hochschul-tätigkeitsbezeichnungen (Titel)
- Urkunden über Anerkennungen nach der Weiterbildungsordnung
- Sonstige Fachkunden/Ärztliche Qualifikationen.“

### II.

#### Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Meldeordnung in der sich aus dieser Satzung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

### III.

#### In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2016 in Kraft.

-----

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 21. Dezember 2015 beschlossene Änderung der Meldeordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, den 4. Dezember 2015

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

## Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und daher ungültig:

Arztausweis-Nr. 060022793 ausgestellt am 09.11.2011 für Gudetu Adugna Eticha, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035169 ausgestellt am 09.09.2014 für Dr. med. Doris Brigitte Atmanspacher, Kassel

Arztausweis-Nr. 060028723 ausgestellt am 31.01.2013 für Dr. med. Cornelia Bauer, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060027323 ausgestellt am 27.09.2012 für Lic./Univ. Valladolid Rafael Blanco Engert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040150 ausgestellt am 05.10.2015 für Petronela Coanda, Bad Schwalbach

Arztausweis-Nr. 060040518 ausgestellt am 04.11.2015 für Mohammad Felo, Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 060029426 ausgestellt am 27.03.2013 für Susanne Frey, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060037682 ausgestellt am 10.03.2015 für Prof. Dr. med. Susanne Fuchs-Winkelmann, Marburg

Arztausweis-Nr. 060038896 ausgestellt am 25.06.2015 für Dr. med. Susanne Gabriel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035801 ausgestellt am 23.10.2014 für Monika Hähner-Gläsel, Gießen

Arztausweis-Nr. 060034542 ausgestellt am 28.07.2014 für Dr. med. Christine Heller, Idstein

Arztausweis-Nr. 060036053 ausgestellt am 11.11.2014 für Dr. med. Henning Jahr, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060027830 ausgestellt am 08.11.2012 für Dr. med. Ulrike Kircher, Gersfeld

Arztausweis-Nr. 060023588 ausgestellt am 03.01.2012 für Dr. med. Eva Kathrin Koch, Düsseldorf

Arztausweis-Nr. 060040268 ausgestellt am 14.10.2015 für Manuel Niermeier, Langgöns

Arztausweis-Nr. 060032679 ausgestellt am 24.02.2014 für Andrea Ratmann, Pfungstadt

Arztausweis-Nr. 060040245 ausgestellt am 13.10.2015 für Taras Rudyy, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040298 ausgestellt am 19.10.2015 für Ashraf Salem, Rotenburg

Arztausweis-Nr. 060037908 ausgestellt am 24.03.2015 für Dr. med. Anne-Rose Schardt, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060033484 ausgestellt am 05.05.2014 für Priv.-Doz. Dr. med. Dr. med. habil. Angela Wagner, Coinsins

# Goldenes Doktorjubiläum

- 24.01.: Prof. Dr. med. Karl Heinz Langer, Hochheim, Bezirksärztekammer Frankfurt
- 05.02.: Dr. med. Agnes Hacker-Lederer, Kelkheim, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 09.02.: Dr. med. Otto Bertzen, Lohfelden, Bezirksärztekammer Kassel
- 11.02.: Dr. med. Brigitte Müller, Erbach, Bezirksärztekammer Darmstadt
- 11.02.: Dr. med. Barbara Teuchert, Mühlthal, Bezirksärztekammer Darmstadt
- 15.02.: Dr. med. Walter Boßhammer, Marburg, Bezirksärztekammer Marburg
- 15.02.: Dr. med. Ute Gotthardt, Kirchhain, Bezirksärztekammer Marburg
- 15.02.: Dr. med. Horst Hubrich, Wiesbaden, Bezirksärztekammer Wiesbaden
- 18.02.: Dr. med. Juergen Peters, Wiesbaden, Bezirksärztekammer Wiesbaden
- 22.02.: Dr. med. Peter Diehls, Vellmar, Bezirksärztekammer Kassel
- 22.02.: Dr. med. Margarete Tausch, Schwalmthal, Bezirksärztekammer Gießen
- 24.02.: Dr. med. Claus Soll, Bad Nauheim, Bezirksärztekammer Gießen
- 26.02.: Prof. Dr. med. Reinhard Matthias, Gießen, Bezirksärztekammer Gießen

## Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

### Wir gedenken der Verstorbenen

Prof. Dr. med. Alexander Appel, Frankfurt

\* 01.04.1926 † 24.01.2015

Dr. med. Brigitte Elisabeth Baronin Taube, Wetzlar

\* 12.01.1923 † 08.10.2015

Dr. med. Hans Bodewig, Lorsch

\* 01.02.1940 † 09.10.2015

Dr. med. Maria Chmillon, Darmstadt

\* 31.05.1921 † 07.10.2015

Dr. med. Henryk Doktorczyk, Bad Nauheim

\* 15.01.1926 † 03.11.2014

Prof. Dr. med. Wolfgang Helmut Herbert Dorndorf, Buseck

\* 17.04.1929 † 04.10.2015

Dr. med. Joerg Driest, Herborn

\* 04.12.1939 † 04.03.2015

Dr. med. Claudia Hohn, Bad Vilbel

\* 05.09.1961 † 11.10.2015

Dr. med. Gerhard König, Oberursel

\* 08.08.1919 † 23.10.2014

Dr. med. Jürgen Kottenhahn, Korbach

\* 21.12.1939 † 06.08.2015

Dr. med. habil. Ralf Matkowitz, Wiesbaden

\* 16.06.1939 † 23.08.2015

Dr. med. Karl Nickel, Wächtersbach

\* 07.06.1948 † 19.10.2015

Prof. Dr. med. Hellmut Nieth, Künzell

\* 25.06.1922 † 26.11.2013

Dr. med. Georg Puhalla, Wiesbaden

\* 06.03.1949 † 22.09.2015

Dr. med. Walter Waldemar Schmitt, Schlitz

\* 16.11.1933 † 20.07.2015

Dr. med. Manfred Sievert, Eschborn

\* 25.02.1926 † 02.02.2015

Dr. med. Jozef Sochanowski, Herborn

\* 13.05.1941 † 05.09.2015

Dr. med. Ilse Gertrud Streller, Bad Soden

\* 02.06.1932 † 27.10.2015

Dr. med. Wilfried Strothenke, Stadtallendorf

\* 22.04.1932 † 25.10.2015

Gerhard Robert Trümper, Limburg

\* 30.05.1947 † 13.09.2015

Dr. med. Christiane Tschann, Frankfurt

\* 14.10.1944 † 08.02.2015

### Kinderarzt/-ärztin für Einsatz in Uganda gesucht

Der Verein Kinderhilfe-grenzenlos e. V. aus Fulda ist dabei, für zwei Krankenhäuser in Uganda eine Patenschaft zu übernehmen. Die Patenschaften sollen helfen, in den dortigen Regionen Hilfe zur Selbsthilfe in Gang zu bringen. Im Februar besuchte Dr. med. Angelika Schultze, Initiatorin des Vereins, daher zum ersten Mal die Krankenhäuser in Nkokonjeru und in Buikwe/Lugazi, um eine Bestandsaufnahme der Situation sowie des Bedarfs an Unterstützung vorzunehmen. Ihr besonderes Augen-

merk galt der medizinischen Versorgung der Kinder.

Vor Ort gibt es keinerlei Unterstützung durch Fachärzte. Es arbeiten dort jeweils drei General Doctors, Ärzte nach abgeschlossenem Medizinstudium, aber ohne Facharztausbildung. Deshalb werden dringend eine Kinderärztin oder Kinderarzt sowie eine Anästhesistin oder Anästhesist benötigt, die der Verein nach Uganda vermitteln sowie finanziell unterstützen möchte. Interessierte schicken dem Verein bitte eine kurze Bewer-

bung per E-Mail, sie können sich auch persönlich mit Angelika Schultze in Verbindung setzen. Termine für den Einsatz können nach Abstimmung jederzeit sein.

**Dr. med. Angelika Schultze**

Fon: 0661 95250900

E-Mail:

kinderhilfe-grenzenlos@t-online.de

Spendenkonto: Sparkasse Fulda

IBAN: DE 58 5305 0180 0000 006633

BIC: HELADEF1FDS

## Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

### Beiträge ab 1. Januar 2016

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI).

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt 18,7 % des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze von 6.200,00 € monatlich (alte Bundesländer) bzw. 5.400,00 € monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreitet.

**Ab 1. Januar 2016** betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

1. für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:

18,7 % der maßgebenden Bruttobezüge,  
höchstens monatlich

alte Bundesländer	1.159,40 €
neue Bundesländer	1.009,80 €

2. für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:

9,35 % der maßgebenden Bruttobezüge,  
höchstens monatlich

alte Bundesländer	579,70 €
neue Bundesländer	504,90 €

3. für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen mit rechtskräftiger Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):

monatlich 579,70 €

4. für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassene Ärzte außerhalb Hessens gilt:

monatlich

alte Bundesländer	1.159,40 €
neue Bundesländer	1.009,80 €

5. für selbständig Tätige – außer Punkt 3. und 4.:

monatlich

alte Bundesländer	1.159,40 €
neue Bundesländer	1.009,80 €

6. für alle Ärztinnen und Ärzte, die den Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung entrichten, gilt:

monatlich

alte Bundesländer	115,94 €
neue Bundesländer	100,98 €

Für die Überweisung des für Sie zutreffenden neuen, monatlichen Beitrages laut Punkt 1. – 6. bitten wir, Sorge zu tragen.

### Höherversorgung:

**Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2016:**

monatlich

alte Bundesländer	2.318,80 €
neue Bundesländer	2.019,60 €

Die Vornahme einer Höherversorgung ist bis zu dieser Grenze auf schriftlichen Antrag – aber nicht rückwirkend – möglich.

Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen

## Projekt: Auswirkungen der Liberalisierung des Internethandels in Europa auf den Phänomenbereich der Arzneimittelkriminalität (ALPhA)

„ALPhA“ ist ein Verbundprojekt der Universität Osnabrück, der Hochschule der Sächsischen Polizei (FH), des Fraunhofer Instituts und der Bundesvereinigung der Deutschen Apothekerverbände, des Bundesverbandes Deutscher Versandapotheken sowie Produzenten von Arzneimitteln. Gegenstand ist die Tatsache, dass weltweit jedes zweite im Internet gekaufte Medikament eine Fälschung ist. ALPhA wird gefördert vom Bundesministerium für Bildung und Forschung. Allein im ersten Halbjahr 2013 hat der deutsche Zoll 1,4 Millionen Stück gefälschter Arzneimittel sichergestellt.

Ziel des Projektes ALPhA ist die Erarbeitung effektiver Instrumente zur Bekämpfung von internetgestützter Arznei-

mittelkriminalität. Dazu benötigen wir auch Ihre Erfahrungen als Ärztin bzw. Arzt!

Wir wären Ihnen verbunden, wenn Sie den kurzen Fragebogen zu unserem Projekt beantworten. Aufgrund datenschutzrechtlicher Vorgaben müssen wir Sie dazu bitten, die Internetseite <http://aerzte.amg-umfrage.de> zu besuchen. Dort finden Sie neben dem Fragebogen auch weitere Kontaktdaten. Die Projektpartner danken Ihnen für die Teilnahme an der Umfrage recht herzlich!

### Prof. Dr. Karlhans Liebl

Professor für Kriminologie und  
Projektleiter der Befragungsprojekte

# Anordnung und Aufhebung von des Bedarfsplans 2015 unter dem Vorbehalt

Beschluss Landesausschuss 26.11.2015, Arztbestand 01.10.2015

Tabelle 1: Allgemeine Fachärztliche Versorgungsebene

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	2,00	ÜV	ÜV	ÜV
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	2,00	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Odenwaldkreis	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Offenbach	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Wetteraukreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Schwalm-Eder-Kreis	1,50	ÜV	0,50	ÜV	1,50	ÜV
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV
freie Arztstze gesamt	6,00	0,00	4,50	2,00	5,00	0,00

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 26. November 2015 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.10.2015 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in
- den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

# Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztstzite gesamt
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
1,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,50
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
ÜV	ÜV	ÜV	2,00**	2,00
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
1,00	ÜV	ÜV	ÜV	4,50
1,00	ÜV	ÜV	0,5*	1,50
0,50	ÜV	1,00	ÜV	2,00
4,50	0,00	1,00	2,50	25,50

ÜV Überversorgung  
 \* geöffnet für KJP  
 \*\* geöffnet für ÄPT

Versorgungsgrad 100 bis 110 %  
 Versorgungsgrad unter 100 %  
 Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von 6 Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt/M., zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

# Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung

**Tabelle 2:** Hausärztliche Versorgungsebene

PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	3,00	Hofgeismar	ÜV
Alsfeld	ÜV	Homburg (Efze)	ÜV
Bad Arolsen	ÜV	Hünfeld	ÜV
Bad Hersfeld	ÜV	Idstein	9,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	0,50	Kassel-Nord	ÜV
Bad Orb	ÜV	Kassel-Stadt	ÜV
Bad Schwalbach	ÜV	Kassel-Süd	7,50
Bad Wildungen	ÜV	Kirchhain	1,50
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	ÜV	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV
Bensheim/Heppenheim	2,50	Korbach	ÜV
Biedenkopf	5,50	Lampertheim/Viernheim	6,50
Borken (Hessen)	0,50	Lauterbach	ÜV
Büdingen	2,00	Lich/Hungen/Reiskirchen	2,50
Butzbach	0,50	Limburg	3,50
Darmstadt	5,50	Marburg	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	11,50	Melsungen	ÜV
Eltville	ÜV	Michelstadt	ÜV
Erbach	5,50	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	4,00
Eschwege	ÜV	Nidda	ÜV
Frankenberg (Eder)	0,50	Offenbach	ÜV
Frankfurt	ÜV	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	0,50	Rüsselsheim	17,50
Fritzlar	ÜV	Schlüchtern	ÜV
Fulda	ÜV	Schwalmstadt	ÜV
Gelnhausen	ÜV	Seligenstadt	ÜV
Giessen	ÜV	Sontra	0,50
Gladenbach	ÜV	Stadtallendorf	1,50
Grünberg/Laubach	ÜV	Taunusstein	1,00
Haiger/Dillenburg	3,50	Usingen	ÜV
Hanau	3,50	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	0,50
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	ÜV	Weilburg	ÜV
Herborn	ÜV	Wetzlar	ÜV
Heringen (Werra)	ÜV	Wiesbaden	ÜV
Hessisch Lichtenau	ÜV	Witzenhausen	ÜV
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen	11,00	Wolfhagen	0,50
Hochheim/Flörsheim	ÜV	freie Arztstze gesamt	112,00

ÜV - Überversorgung	Versorgungsgrad unter 100 %
Versorgungsgrad 100 bis 110 %	Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietschwerpunkt, Barrierefreiheit).

**Hinweis:**

Besonderheiten gelten für den Fall, in dem eine Zulassung endet und die Praxis durch einen Nachfolger fortgeführt werden soll (§ 103 Abs. 4c SGB V).

**siehe Tabellen 1 bis 4**

**Redaktioneller Hinweis:**

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 26. November 2015 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell über-

holt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

**Matthias Mann**  
**Rechtsanwalt**  
**Vorsitzender des Landesausschusses**

**Tabelle 3:** Spezialisierte Fachärztliche Versorgungsebene

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	11,5	ÜV	11,50
Starkenburger	ÜV	ÜV	9	ÜV	9,00
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	24,50	0,00	24,50

ÜV Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

**Tabelle 4:** Gesonderte Fachärztliche Versorgungsebene

PLANUNGSBEREICH	Humangenetiker	Laborärzte	Neurochirurgen	Nuklearmediziner	Pathologen	Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	Strahlentherapeuten	Transfusionsmediziner	freie Arztstze gesamt
Hessen	0	0	0	0	0	1,5	0	0,5	2,00

ÜV Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

## ORGANISATIONSEMINAR FÜR BEREITSCHAFTSDIENSTÄRZTE

KASSENÄRZTLICHE  
VEREINIGUNG  
HESSEN



In diesem Seminar erfahren Sie, wie die Kassennärztliche Vereinigung Hessen die Struktur des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes regelt.

Sie erhalten Informationen über Ihre Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst und Tipps im Umgang mit Problemfällen. Es werden Ihnen wirtschaftliche Behandlungs- und Verordnungsweisen genauso wie Abrechnungsverfahren im ärztlichen Bereitschaftsdienst näher gebracht.

Als Abschluss erhalten Sie Hinweise zur Versteuerung Ihrer Bereitschaftsdiensteinnahmen.

- Zielgruppe:** nicht niedergelassene Ärzte, die im ÄBD arbeiten möchten
- Hinweis:** Das Seminar ist Voraussetzung für die Ausstellung eines Bereitschaftsdienstausweises.
- Teilnahmegebühr:** 25,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke und Pausensnack
- Dauer:** 4 1/2 Stunden
- Gruppengröße:** 100 Teilnehmer maximal

**6 Fortbildungspunkte sind beantragt**

### Termin:

Kursnummer 1883 Samstag 30.04.16 KVH Frankfurt 09.30 – 14.00 Uhr

### Anmeldungen bitte unter:

veranstaltung@kvhessen.de oder online: [www.kvhessen.de/veranstaltungsbuchung](http://www.kvhessen.de/veranstaltungsbuchung)

Bitte geben Sie bei Ihrer Anmeldung Ihr Geburtsdatum und Adresse an. Diese Angaben benötigen wir aus erfassungstechnischen Gründen. Beachten Sie bitte unsere AGB auf der Homepage der KV Hessen unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de)

## Hessisches Ärzteblatt

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

**Herausgeber:** Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

**Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):** Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

**Redaktion:** Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin  
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin  
Dr. med. Roland Kaiser  
Sabine Goldschmidt M.A.

Dr. med. H. Christian Piper, Vertreter des Präsidiums der LÄK Hessen

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

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

**Redaktionsbeirat:** siehe online unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de) (Hessisches Ärzteblatt)

**Arzt- und Kassenrecht:** Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen  
Dr. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

**Akademie:** Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

**Versorgungswerk:** Dr. med. Brigitte Ende

**Anschrift der Redaktion:** Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.

Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

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

**Redaktionsschluss:** fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag:** Deutscher Ärzte-Verlag GmbH  
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln  
Tel.: +49 2234 7011-0, [www.aerzteverlag.de](http://www.aerzteverlag.de)

**Geschäftsführung:** Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

**Leiterin Produktbereich:** Katrin Groos

**Produktmanagement:** Marie-Luise Bertram,  
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: [ml.bertram@aerzteverlag.de](mailto:ml.bertram@aerzteverlag.de)

**Abonnementservice:** Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314  
[Abo-Service@aerzteverlag.de](mailto:Abo-Service@aerzteverlag.de)

**Leiter Kunden Center:** Michael Heinrich  
Tel. +49 2234 7011-233, E-Mail: [heinrich@aerzteverlag.de](mailto:heinrich@aerzteverlag.de)

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:** Michael Laschewski,  
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: [laschewski@aerzteverlag.de](mailto:laschewski@aerzteverlag.de)

**Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt:** Katja Höcker,  
Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: [hoecker@aerzteverlag.de](mailto:hoecker@aerzteverlag.de)

**Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil:** Marga Pinsdorf

Tel.: +49 2234 7011-243, E-Mail: [pinsdorf@aerzteverlag.de](mailto:pinsdorf@aerzteverlag.de)

**Key Account Manager:** KAM Medizin Marek Hetmann  
Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: [hetmann@aerzteverlag.de](mailto:hetmann@aerzteverlag.de)

**Verkaufsleiter Medizin:** Eric Henquinet  
E-Mail: [henquinet@aerzteverlag.de](mailto:henquinet@aerzteverlag.de)

**Sales Management:** Petra Schwarz  
Tel.: +49 2234 7011-262

E-Mail: [schwarz@aerzteverlag.de](mailto:schwarz@aerzteverlag.de)

**Verkauf Industrieanzeigen**

**Verkaufsgebiete Nord&Ost:** Götz Kneiseler  
Tel.: +49 30 88682873, Fax: +49 30 88682874, Mobil: +49 172 3103383  
E-Mail: [kneiseler@aerzteverlag.de](mailto:kneiseler@aerzteverlag.de)

**Verkaufsgebiete Mitte&Süd:** Hardy Lorenz  
Tel.: +49 6131 219490, Fax: +49 6131 219492, Mobil: +49 172 2363730  
E-Mail: [lorenz@aerzteverlag.de](mailto:lorenz@aerzteverlag.de)

**Verkaufsgebiet Non-Health:** Eric Le Gall

Tel.: +49 2202 9649510, Fax: +49 2202 9649509, Mobil: +49 172 2575333  
E-Mail: [legall@aerzteverlag.de](mailto:legall@aerzteverlag.de)

**Leiter Medienproduktion:** Bernd Schunk  
Tel.: +49 2234 7011-280, E-Mail: [schunk@aerzteverlag.de](mailto:schunk@aerzteverlag.de)

**Herstellung:** Alexander Krauth  
Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: [krauth@aerzteverlag.de](mailto:krauth@aerzteverlag.de)

**Layout:** Sabine Tillmann

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

**Erscheinungsweise:**

Die Zeitschrift erscheint 11 x jährlich

Jahresbezugspreis Inland: 128,00 €, Einzelheftpreis: 13,25 €

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich: 80,00 €

Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt sechs Wochen zum Ende des Kalenderjahres. Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

**Konten / Account:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2, gültig ab 01.01.2016

Druckauflage: 34.000 Ex.



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



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

77. Jahrgang

ISSN 0171-9661

**Urheber- und Verlagsrecht**

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

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln