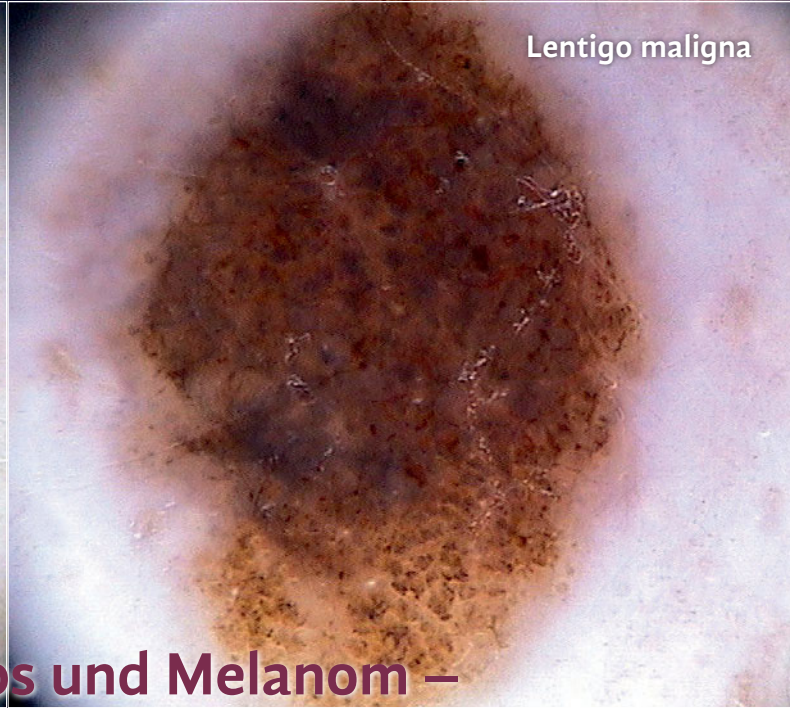


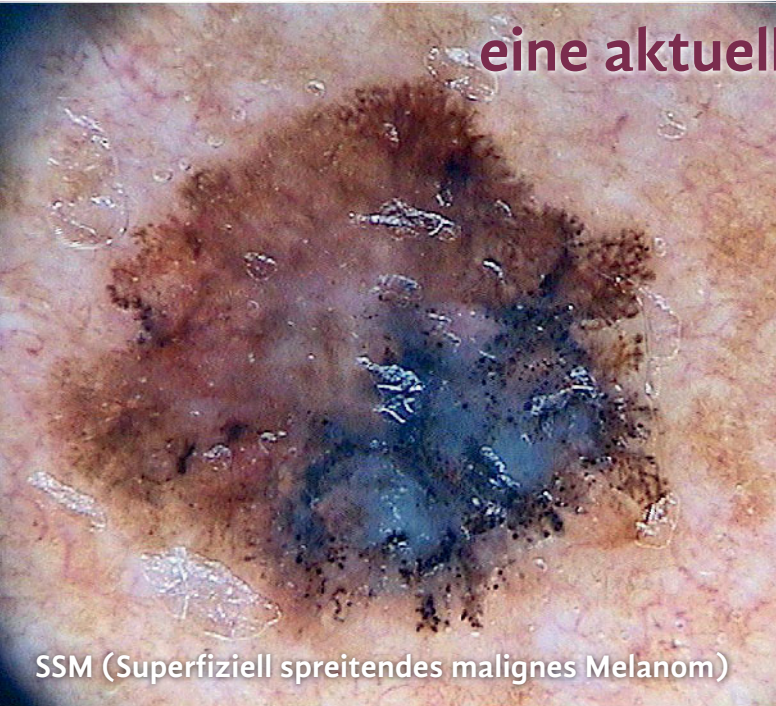
SSM in situ



Lentigo maligna



Weißer Hautkrebs und Melanom – eine aktuelle Übersicht



SSM (Superfiziell spreitendes malignes Melanom)



Lentigo-maligna-Melanom

alle Fotos: Dr. med. H.-M. Hübner

Nahrungsmittelallergien

Eine interdisziplinärer Fortbildungsbeitrag zum Thema Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen – Teil 1: Allergien auf Nahrungsmittel

HPV-Impfung

Modellprojekt im Rahmen der hessischen Krebspräventionskampagne „Du bist kostbar“ zu HPV-Impfung an Grundschulen gestartet

Ärztlicher Nachwuchs

Eine qualitative Studie der Landesärztekammer Hessen über Vorstellungen zur Weiterbildung und Sichtweisen auf die „Generation Y“



Oft gesagt und dennoch falsch

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

es ist nicht zu übersehen. Der Wahlkampf für die 2017 anstehenden Bundestagswahlen rückt unaufhaltsam näher und damit auch erneut die Verlautbarung alter SPD-Forderungen nach Abschaffung der Privaten Krankenversicherung zugunsten einer einheitlichen Bürgerversicherung. Gleichzeitig fordert die SPD den Stopp der derzeitigen Bemühungen, die amtliche Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) endlich systematisch zu erneuern und die Honorare anzupassen. Wohlgemerkt: die letzte Gesamtrevision der GOÄ erfolgte 1982 (!) und die letzte Teilrevision vor 20 Jahren. Die Forderung nach Abschaffung der Privaten Krankenversicherung ist nicht neu und wird durch ihre Wiederholung nicht richtiger. Gerade die Koexistenz von Gesetzlicher und Privater Krankenversicherung und damit der Wettbewerb unterschiedlicher Versicherungssysteme sorgen für ein im internationalen Vergleich hocheffizientes und modernes System der gesundheitlichen Versorgung.

Dies gilt übrigens auch für die Wartezeiten auf einen Termin, ob in der niedergelassenen Praxis oder im Krankenhaus. Es bleibt spannend, ob die Terminservicestellen, die nun frisch an den Start gegangen sind, die Erwartungen, die das Versorgungsstärkungsgesetz mit ihnen verbindet, erfüllen werden, denn wie die achte Versichertenbefragung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zeigte, gaben 92 Prozent der Befragten an, ein gutes bis sehr gutes Vertrauensverhältnis zu ihrem Arzt haben. Zudem gaben mehr als 60 Prozent an, innerhalb von drei Tagen ein Termin bei ihrem Wunscharzt zu erhalten. Nur wenige halten die Wartezeit für zu lang. Ein solches Ergebnis kann kaum verbessert werden und zeugt vom ärztlichen Einsatz für Patientinnen und Patienten. Genau dieser Einsatz bedarf jedoch einer angemessenen Vergütung, die auf einer sowohl inhaltlich aktuellen als auch preislich angemessenen Gebührenordnung beruht. Forderungen nach einem Stopp der GOÄ-Anpassung bzw. sogar deren Abschaffung sind eindeutig abzulehnen. Damit ginge die Abschaffung des freien Arztberufs zugunsten einer um sich greifenden staatlichen Regulierung einher.

Der freie Beruf ist ein hohes Gut und sein Erhalt eine der wichtigsten Aufgaben der Kammern. Denn wofür stehen der freie Beruf und damit die Kammern? Freie Berufe sind gekennzeichnet durch ihre hohe Professionalität, ihre Verpflichtung gegenüber dem Gemeinwohl, ihre Eigenverantwortlichkeit, ihre Unabhän-

gigkeit und ihre strenge Selbstkontrolle. Dies gilt es zu wahren und zu verteidigen. Darin liegt eine der wichtigsten Aufgaben der Kammern. Selbstredend sind dabei gesetzliche, gesellschaftliche wie auch ethische Normen und Vorgaben zu berücksichtigen, so dass auch Angehörige eines freien Berufes nicht losgelöst von diesen Rahmenbedingungen völlig frei agieren können.

Die Kammern ermöglichen ihren Mitgliedern jedoch, sich selbst zu verwalten. Der Staat hat ihnen im Sinne des Subsidiaritätsprinzips wichtige Aufgaben übertragen und damit auf den Aufbau eigener Regulierungs- und Kontrollapparate verzichtet. Wer könnte die Weiterbildung besser regeln als Ärztinnen und Ärzte selbst? Wer kann die Pflicht, für Ordnung im Beruf zu sorgen, besser wahrnehmen als Ärztinnen und Ärzte selbst? Am Rande sei kurz angemerkt, dass es sicher teurer wäre, wenn staatliche Behörden diese Aufgaben erledigen müssten. Die dafür zu entrichtenden Gebühren wären mit Sicherheit deutlich höher als Mitgliedsbeiträge und Gebühren der Ärztekammern. Ganz zu schweigen davon, dass sonst ein wichtiger Interessensvertreter aller Ärztinnen und Ärzte nicht mehr vorhanden wäre. Die Kammern als Körperschaften des öffentlichen Rechts bewahren uns eine Freiheit im Konsens.

Einmal mehr möchte ich vor innerärztlichen Grabenkämpfen warnen. Engagierte, inhaltlich gut begründete Diskussionen sind wertvolle Zeichen eines demokratischen Diskurses, bloße Vermutungen, wie sie sich beispielsweise in ärztlichen Diskussionsforen im Internet finden, sind wenig hilfreich und lassen gelegentlich an Verschwörungstheorien denken. Und sagt der Volksmund nicht zu Recht: Wenn zwei sich streiten, freut sich der Dritte. Gerade die innerärztlichen Debatten um die GOÄ dürfen nicht zu einer Verzögerung der mehr als überfälligen Revision führen. Darüber dürften sich nur die Gegner der Privaten Krankenversicherung freuen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

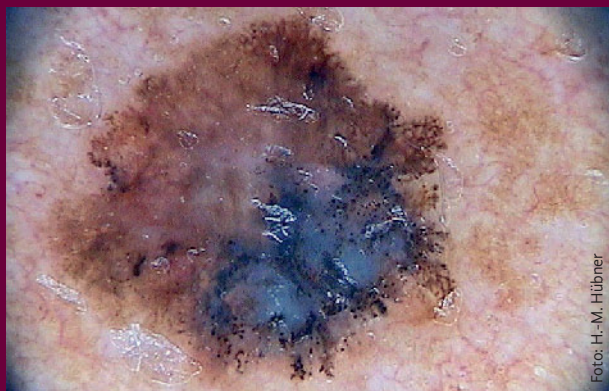


Foto: H.-M. Hübner

Weißer Hautkrebs und Melanom

Tumoren der Haut haben in jüngerer Zeit deutlich zugenommen. In einer aktuellen Übersicht informiert die zertifizierte Fortbildung über Systematik und Anamnese des Basalzellkarzinoms, aktinischer Keratosen und des spinozellulären Karzinoms sowie des malignen Melanoms.

74



Foto: karepa/fotolia.com

Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen

In Teil 1 dieser zertifizierten Fortbildung geht es speziell um Nahrungsmittel, die schwere bis tödliche allergische Reaktionen auslösen können. Neben der medizinisch-wissenschaftlichen Einordnung wird auch die Laboranalytik mittels molekularer Komponentendiagnostik dargestellt.

79

Editorial: Oft gesagt und dennoch falsch	71
---	----

Ärztchammer

GOÄ-Novelle: Hessische Ärzte fordern Nachbesserungen	90
Arzt und Humanist: Nachruf auf Dr. med. Siegmund Kalinski	102
Die Kommission „Lebenspende“ der LÄKH feiert 15-jähriges Bestehen	108
Politik als Herzensangelegenheit: Nachruf auf Dr. med. Wilfried Bieniek	113

Junge Ärztinnen und Ärzte: Mutterschutz unter Berücksichtigung von Ärztinnen in Weiterbildung	87
--	----

Fortbildung: Palliative Versorgung an den Wünschen Sterbender orientieren – 7. Fachtagung in Bad Nauheim	88
---	----

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	117
---	-----

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	94
--	----

Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	100
--	-----

Parlando

Beim Malen hört das Zittern auf: Für den Parkinson-Patienten Jörgen Bruchhäuser ist Kunst Therapie	92
„Ärztliche Hilfe“: Vorbild, Zeitbild, Sinnbild? – Die Plastik Knud Knudsens in Bad Nauheim	93

Mensch und Gesundheit: Neustart in der Transplantationsmedizin	106
---	-----



HPV-Impfung

Ein Modellprojekt im Rahmen der hessischen Krebspräventionskampagne „Du bist kostbar“ zu HPV-Impfung ist mit Beginn des Schuljahres 2015/2016 an sechs Grundschulen im Kreis Bergstraße gestartet. Ziel ist, die HPV-Impfquoten in der Region in den nächsten zehn Jahren bei den Mädchen zu verdoppeln.

109



Ärztlicher Nachwuchs

Eine strukturierte Weiterbildung ist der Startpunkt einer erfüllten Facharztlaufbahn und das Fundament für eine gute Patientenversorgung. Mit den Vorstellungen zur Weiterbildung und Sichtweisen auf die „Generation Y“ befasste sich eine qualitative Studie der Landesärztekammer, deren Ergebnisse vorgestellt werden.

83

Recht

Plazentarestenach der Geburt	103
Bagatellgrenzen in der Arzthaftung – Aufklärung und Einwilligung für jeden Pieks?	105
Ambulante Sprechstunden im Krankenhaus	115

Ansichten und Einsichten: Erfahrungsbericht als Hausarzt und Psychotherapeut	111
---	-----

Gesundheitspolitik: Intergeschlechtliche Kinder	116
--	-----

Personalien	114
--------------------------	-----

Schlaglichter, Notizen, Nachrichten	112
--	-----

Impressum	120
------------------------	-----

Bücher



Geschichte(n) der Medizin Band 2

Andreas Otte &
Oliver Ehrens
(Hrsg.)

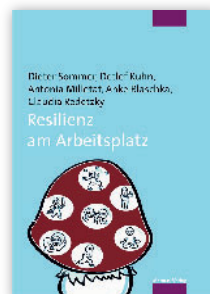
S. 78



Gendergesund- heit – Jahrbuch

M. & A. Kloepfer,
C. Kurscheid
(Hrsg.)

S. 86



Resilienz am Arbeitsplatz

Dieter Sommer
et. al.

S. 119

Weißer Hautkrebs und Melanom – aktuelle Übersicht

VNR 2760602016022320001

Hans-Martin Hübner

Einleitung

Eine deutliche Zunahme der Hautkrebserkrankungen innerhalb der vergangenen Jahrzehnte ist auch in Deutschland zu verzeichnen. Dabei spielt eine wesentliche Ursache die vermehrte Sonnenlichtexposition, die Benutzung von Solarien sowie genetische Faktoren, insbesondere bei Menschen mit Hauttyp I und II. Dazu kommen beruflich bedingte Auslöser, wie Tätigkeiten in der Landwirtschaft, im Baugewerbe, im Freizeitgewerbe und Profisport. Auch chemische Substanzen wie beispielsweise Arsen und Teer sind als Auslöser bekannt. Immunsupprimierte Patienten haben ebenfalls ein deutlich erhöhtes Risiko.

Für das Jahr 2012 lag die geschätzte Zahl der Hautkrebserkrankungen bei ca. 263.870 [1]. Mit Einführung des Hautkrebsscreenings im Jahre 2008 stieg die Früherkennungsrate bei Frühstadien des Melanoms und des Spinalzellkarzinoms auf fast 50 Prozent, ein Zeichen für die Notwendigkeit der Früherkennungsuntersuchungen in den Haus- und Facharztpraxen [6].

Systematik und Anamnese

A) Basalzellkarzinom

Basaliom (Basalzellkarzinom)-Subtypen

1. Solides Basaliom (siehe Bild 1)
2. Zystisches Basaliom
3. Ulceriertes Basaliom
4. Pigmentiertes Basaliom
5. Sklerodermiformes Basaliom
6. Superfiziellies Basaliom (Rumpfhautbasaliom)

Das Basalzellkarzinom ist der häufigste Tumor der Epidermis, für 2012 wurden circa 150.000 Erkrankungsfälle geschätzt [1]. Befallen sind vor allem die lichtexponierten Stellen der Haut, insbesondere Gesicht, Ohren und Schulterregion, häufig auch Körperstamm und Oberschenkel. Auslösende Ursache ist überwiegend die



Solides Basaliom

UV-Strahlung, insbesondere der UVB-Anteil, der zu nachhaltigen Schäden an der DNA und zu Störungen im Reparaturmechanismus führt, immunsupprimierte Patienten sind vermehrt gefährdet. Aber auch ionisierende Strahlung (Röntgen-Therapie) und chemische Substanzen, wie früher das bei Winzern gebräuchliche Arsen (Winzer-Krebs) oder Teerverbindungen (Straßenbau, Eisenbahn) können an den Kontaktstellen der Haut zu karzinomatösen Veränderungen führen [2].

Eine Sonderform ist das Narbenbasaliom, das sich auf chronisch vorgeschädigter Haut findet, zum Beispiel bei chronisch venösen Ulcera der Unterschenkel. Das Erscheinungsbild ist oftmals sehr indifferent, da neben der chronischen Entzündung sich im langen Verlauf unscheinbare Infiltrate im Randbereich zeigen, meist als flache indurierte Herde mit diskretem Randwall und häufig bogiger Anordnung. Bei Verdacht hilft nur eine histologische Untersuchung zur weiteren Abklärung.

Am häufigsten sind allerdings Basalzellkarzinome auf einer unauffälligen Epidermis im unbedeckten Kopfbereich, vor allem Gesicht, Nasenrücken und Ohrränder anzutreffen. Klinisch erscheinen die Früh-

formen oft wie Entzündungen der Haaransatzgebilde, allerdings die lange Bestandsdauer – über Jahre – sollte zur richtigen Diagnose führen. Typisch sind im Verlauf rötlich derbe Knoten mit leichtem Glanz im Seitlicht, einwachsende kleine Gefäße vom Rand her und sehr häufig ein knotenförmiger Randsaum, der unterschiedlich stark ausgeprägt sein kann.

Bei Palpation größerer Herde fällt eine Induration auf. Oftmals werden im Nasenaugenwinkelbereich derartige Veränderungen als Druckstellen der Brille fehlgedeutet, eine ausbleibende Abheilung nach einer längeren antieozematösen Therapie sollte das Augenmerk auf ein Basalzellkarzinom führen. Sehr oft kommt es zu zentralen Ulcerationen mit Krustenbildung, Nässen oder Superinfektionen. Das Basalzellkarzinom wächst lokal destruiend, d.h. mit fortschreitendem Wachstum werden lokalen Strukturen der Haut zerstört. Sonderformen sind das pigmentierte Basalzellkarzinom, das bei Inspektion mit einem nodulären Melanom verwechselt werden kann.

Eine weitere häufige Sonderform ist das Rumpfhautbasaliom, besser als superfiziellies Basalzellkarzinom bezeichnet. Dieses tritt multilokulär am Stamm, insbesondere am Rücken auf, imponiert klinisch als eher flache ekzematöse Veränderung, teilweise psoriasiform. Bei genauer Betrachtung im Seitlicht finden sich die typischen Perlsaumränder und ein diskreter Oberflächenglanz.

Therapie:

Zur Therapie des Basalzellkarzinoms stehen zahlreiche Optionen zur Verfügung, deren Auswahl von der Art des Tumors, der Lokalisation, des Lebensalters und auch von der Erfahrung des Arztes abhängen [3]. Man sollte gemeinsam mit dem Patienten das Vorgehen besprechen, da in vielen Fällen oft mehrere Optionen bestehen. Die Heilungserfolge sind beim primären Basalzellkarzinom sehr gut, die Hei-



Aktinische Keratose



Plattenepithelkarzinom

lungschancen liegen bei über 95 Prozent, bei Rezidiven sind diese auch noch annähernd bei 90 Prozent, allerdings muss immer auf einen konsequenten Lichtschutz geachtet werden.

Die Excision des Basalzellkarzinoms ist weiterhin Standard in der lokalen Therapie, grundsätzlich sollte eine histologische Beurteilung jedes Excisates erfolgen, damit die sichere Entfernung im Gesunden und der Tumortyp dokumentiert werden kann. Bei Lokalexcision ist ein Sicherheitsabstand von 2 – 10 mm anzustreben, bei größeren und unregelmäßigen Tumorverläufen sind größere Abstände besser, da das Basalzellkarzinom im Gewebe oft sehr unregelmäßige Tumorausläufer hat. Zur besseren Orientierung sind Fadenmarkierungen des OP-Präparates sinnvoll, damit der Pathologe eine nachvollziehbare orientierende Beschreibung von der Lage des Tumors in loco abgeben kann. Insbesondere im Gesichts- und Nasenbereich überschreitet die Tumorgroße oft die Grenze einer primären Excision mit einfachem Wundverschluss. Hier muss der Operateur mit Hilfe von Verschiebeplastiken und freien Hautplastiken, das heißt Hautentnahmen von anderen gesunden Hautpartien und Überpflanzung, die Operationsstelle wieder verschließen. Bei den initialen Basalzellkarzinomen stehen auch andere Behandlungsoptionen zur Verfügung:

1. Die Kryotherapie mit flüssigem Stickstoff kann bei oberflächlichen Tumoren zum Einsatz kommen. Nachteilig ist allerdings, dass der Therapieerfolg nicht kontrolliert werden kann, es naturgemäß deshalb häufiger zu Rezidi-

ven kommt. Auch die Narbenbildung ist nicht zu vernachlässigen, allerdings sollte dem Patienten deutlich gemacht werden, dass die Tumoreradikation im Vordergrund steht und somit eine mögliche Gewebeschädigung hingenommen werden sollte.

2. Die Curretage oder die elektrochirurgische Entfernung sind ähnliche Therapieoptionen mit den gleichen Einschränkungen wie bei der Kryotherapie, allerdings wird im Normalfall nur ein Eingriff nötig sein, um den Tumor zu entfernen.
3. In den vergangenen Jahren hat sich zunehmend die photodynamische Therapie in der ambulanten Praxis etabliert, mit dem Wirkprinzip der photooxidativen Reaktion, bei der freie Sauerstoffradikale zur Zerstörung von Epithelzellen führen. Die flächenhafte lokale Anwendung ist gut geeignet bei multilokulären Tumoren. Nachteilig sind die subjektive Schmerzhaftigkeit und die Photosensibilität. Die Durchführung dieser Behandlung sollte nur von erfahrenen Therapeuten erfolgen.
4. Die lokale Immuntherapie mit dem Wirkstoff Imiquimod ist beim oberflächlichen Basalzellkarzinomen eine weitere Therapieoption [7]. Imiquimod wird in Cremeform angewendet und regt die Produktion von Zytokinen an, die zur Abwehr von Tumorzellen in der Haut führen. Durch die lokale Anwendung sind systemische Nebenwirkungen weitgehend ausgeschlossen. Mit lokalen Nebenwirkungen, wie Schmerzen und nässende, erosive

Hautveränderungen ist zu rechnen, diese verschwinden allerdings innerhalb von wenigen Wochen wieder.

5. Auch die Anwendung von lokalen Zytostatika, wie 5-Fluorouracil, hat sich in der Lokalthherapie flacher Tumoren bewährt. Allerdings ist auch hier, wie bei der Therapie mit Imiquimod, mit ähnlichen Lokalreaktionen zu rechnen.

In der Übersicht sind die gebräuchlichsten Therapieoptionen für die Praxis aufgeführt worden, besondere Therapien wie Bestrahlungen oder Biologica sind Sonderformen des Basalzellkarzinoms vorbehalten und gehören immer in die Hand eines Spezialisten.

B) Aktinische Keratosen und spinozelluläres Karzinom (Spinalzellkarzinom, Plattenepithelkarzinom, siehe Abbildungen)

Das spinozelluläre Karzinom gehört zu den malignen Tumoren der Haut, das an Häufigkeit in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen hat. Die Hochrechnung an Erkrankungen für Deutschland im Jahre 2012 ergab eine Erkrankungsrate von ca. 83.300 Betroffenen [1], Tendenz weiter steigend. UV-Schädigungen der Haut sind im fast überwiegenden Fall die auslösende Ursache. Chemische Auslöser können Teerprodukte im Tabak sein als Ursache für Lippen- und Zungenkrebs, früher häufiger auch Arsen, enthalten in Pestiziden im Weinanbau, der sogenannte Winzerkrebs.

Als Vorstufe zum spinozellulären Karzinom gilt die aktinische Keratose (solare Keratose), die bei hellhäutigen Menschen sehr häufig anzutreffen ist. Diese ist Aus-

druck einer aktinischen Schädigung der Epidermis, die Reparaturmechanismen sind nachhaltig gestört, sodass die alterierten Zellen nicht mehr vom Immunsystem abgebaut werden können. Die Schädigung der DNA durch UV-Strahlung, insbesondere durch UV-B, führt somit zu einem unkontrollierten Wachstum der Zellen. Klinisch äußert sich das in einer umschriebenen lokalen Verhornungsstörung, die oft im frühen Stadium ekzematöse Strukturen aufweist. Typisch ist oft auch eine Berührungsempfindlichkeit und beim Entfernen der Krusten eine leichte Blutungsneigung. Die Latenzzeit von der Lichtschädigung und dem Auftreten der Keratosen dauert bis zu 20 Jahre, in dieser Phase kommt es dann zu einer beginnenden Invasion der atypischen Zellen in die Basalmembran. Aus diesem Grunde wird heute die aktinische Keratose auch als Carcinoma in situ bezeichnet, da dieses Stadium die Initialphase zum beginnenden spinozellulären Karzinom darstellt.

Die aktinischen Keratosen finden sich am häufigsten im Gesicht, an den unbehaarten Stellen des Kopfes (Glatze), den Ohrhängern, Nasenrücken und an den lichtexponierten Stellen von Unterarmen und Handrücken [4]. In bestimmten Berufsgruppen – Baugewerbe, Landwirtschaft – sind auch der Rücken und die Oberschenkel betroffen. Klinisch finden sich fast immer mehrere aktinische Keratosen, oft in unterschiedlich ausgeprägten Stadien. Leitsymptom ist die festhaftende Schuppung und Rötung, eine geringe Blutungsneigung bei Entfernung der Krusten. Die therapeutischen Maßnahmen sind vergleichbar mit der Behandlung des Basalzellkarzinoms:

1. Die Kryotherapie wird sehr häufig angewendet, durch den Kältereiz kommt es zu einer Ablösung der Keratose und oft zu narbenfreier Abheilung. Allerdings können mit dieser Methode nur oberflächliche Keratosen erfolgreich behandelt werden. Rezidive sollten immer in Betracht gezogen werden, regelmäßige Kontrollen der Haut sind grundsätzlich notwendig.
2. Chemische Behandlungen mit Imiquimod, 5-Fluorouracil-Creme oder mit Diclofenac-Gel werden auch bei nicht zu großen Keratosen mit gutem Erfolg eingesetzt. Die Behandlung mit Diclofenac-Gel wird über etwa drei Monate

regelmäßig durchgeführt. Auch die photodynamische Therapie kann bei aktinischen Keratosen eingesetzt werden, vor allem bei multiplen Herden, wie sie oft auf der Schädelkalotte zu finden sind. Regelmäßige Kontrollen nach Therapieabschluss sind in jedem Fall erforderlich, bei starker aktinischer Schädigung der Haut sollte eine jährliche Untersuchung erfolgen.

3. Chirurgische Maßnahmen sind den Fällen vorbehalten, in denen sich schon sehr derbe und größere Infiltrate vorfinden. Die Cürettage ist die einfachste Methode, dabei wird die Keratose aus der Oberhaut herausgeschält, das Material sollte immer histologisch beurteilt werden. Durch die histologische Untersuchung ist eine Beurteilung der Invasionstiefe und des in-situ-Stadiums möglich und erlaubt eine Prognose über den Gefährdungsgrad. Bei größeren Keratosen sind Excisionen erforderlich, eine histologische Beurteilung ist dann grundsätzlich durchzuführen.

Spinozelluläres Karzinom (Spinalzellkarzinom)

Durch das weitere Wachstum und die Infiltration der atypischen Keratinozyten in die Dermis entwickelt sich das spinozelluläre Karzinom der Haut. Eindringtiefe, Tumorstadium und Entdifferenzierungsgrad bestimmen den Tumortyp und die Malignität. Je mehr der Tumor in die Dermis eindringt (> 2 mm), wächst auch die Gefahr einer Metastasierung [8]. Eine Tumorausdehnung unter 1 cm ist prognostisch günstig, nach der Entfernung ist mit einer Heilungsrate von über 95 Prozent zu rechnen. Klinisch finden sich ganz unterschiedliche Wachstumsformen. Bei langsamen Voranschreiten des Tumors bleibt die ekzematöse Komponente lange erhalten, Schuppung, zentrale Infiltrate mit glasiger Struktur, teilweise auch rötlich und bei Berührung leicht blutend, bei raschem Wachstum auch zentrale Ulcerationen mit blutigen Krusten. Auch derbe Infiltrate, die teilweise bläulich imponieren, destruktive Veränderungen, zum Beispiel an der Ohrmuschel mit Zerstörung der Knorpelstruktur oder plattenartige Infiltrate, oft in der Mundhöhle oder auf der Zunge, sind bei der Untersuchung anzutreffen. Die Klinik ist sehr vielfältig und so-

mit ergeben sich bei der Diagnose oft Schwierigkeiten. Die Unterscheidung zu seborrhoischen Keratosen oder einem amelanotischem Melanom ist differentialdiagnostisch häufig schwierig, deshalb sollte immer durch eine Biopsie oder Excision der Befund geklärt werden. Bei kleinen Tumoren reicht eine primäre Excision unter Einbeziehung eines Sicherheitsabstandes zum Tumor von 3 – 4 mm in der Regel aus, um eine vollständige Sanierung zu erreichen. Bei größeren Tumoren, insbesondere im Gesicht, sind plastische chirurgische Maßnahmen oft notwendig und gehören deshalb in die Hand eines Spezialisten. Bei Verdacht auf Metastasierungen ist eine Klinikseinschleusung zwingend erforderlich, um alle erforderlichen Untersuchungen (Ultraschall, Sonografie, Lymphknotenbiopsie) durchführen zu können.

Eine Besonderheit des spinozellulären Karzinoms stellt das Keratoakanthom dar, das sich auch fast immer in lichtexponierten Hautarealen findet. Es tritt sehr oft erst nach dem 60. Lebensjahr auf und befällt Männer häufiger als Frauen. Ein erhöhter Nikotinabusus wird als mögliche Ursache diskutiert. Die Keratoakanthome entstehen perifollikulär, haben einen atypischen Verlauf mit einem sehr schnellen initialen Wachstum. Klinisch findet sich ein anfänglich kleines derbes Infiltrat, das dann rasch größer wird, randwärts oft wulstig ist und zentral ulceriert. Nach mehreren Monaten kommt es zu einer Regression des Tumors und oft zu einer vollständigen Rückbildung unter dem Bild einer atrophischen Narbe. Histologisch finden sich regelmäßig angeordnete unregelmäßig strukturierte Keratinozyten, die wenig entdifferenziert sind. Eine chirurgische Entfernung ist immer gerechtfertigt, da letztlich zum Zeitpunkt der Diagnose nicht von einer Spontanremission ausgegangen werden kann.

Eine weitere wichtige Sonderform des spinozellulären Karzinoms ist der Morbus Bowen. Es handelt sich hier um ein Carcinoma in situ des spinozellulären Karzinoms und wird oft durch Papillom-Viren (HPV16/18) ausgelöst. Der Morbus Bowen findet sich deshalb häufig im Genitalbereich an der Glans penis oder der Vulva.

C) Malignes Melanom

Das maligne Melanom hat in den vergangenen Jahrzehnten an Häufigkeit deutlich

zugekommen, nach einer Hochrechnung des Krebsregisters Schleswig-Holstein gab es 2010 in Deutschland ca. 28.000 Erkrankungsfälle [1]. Auch hier ist vor allem die UV-Strahlung der Sonne (UV-B) als wesentliche Ursache zur Entstehung eines Melanoms anzusehen. Hellhäutige Menschen mit Hauttyp I und II sind besonders gefährdet, häufige Sonnenbrände im Kindesalter sind ebenso Auslösefaktor wie die oft zu beobachtende missbräuchliche Benutzung von Solarien (UV-A), vor allem auch schon im Jugendalter.

Durch das geänderte Freizeitverhalten kommt es durch die schon frühzeitige und anhaltende UV-Exposition zu einer nachhaltigen Schädigung der Melanocyten, weshalb das Melanom schon im frühen Erwachsenenalter auftreten kann. Klinisch ist die Frühdiagnose oft sehr schwierig, da die Abgrenzung zu gutartigen Melanocytentennevi und anderen benignen Pigmentveränderungen differentialdiagnostisch durch Inspektion schwerfällt. Das Dermatoskop ist in solchen Fällen ein unabdingbares Hilfsmittel, um die Feinstruktur besser erkennen zu können. Die **ABCD**-Regel ist für die klinische Beurteilung ein gutes Hilfsmittel: **A** – Asymmetrie, **B** – Begrenzung, **C** – Color (Farbe), **D** – Durchmesser. Eine unregelmäßige Struktur des untersuchten Pigmentherdes, eine unscharfe Begrenzung zur Umgebung, eine Mehrfarbigkeit von braun bis braun/schwarz oder glasig/grau, ein Durchmesser von mehr als 2–3 mm ist verdächtig. Kommen alle Merkmale zusammen, ist ein maligner Prozess sehr wahrscheinlich. Die Melanome werden folgend typisiert:

- Lentigo-maligna-Melanom (LMM),
- Superfiziell spreitendes Melanom (SSM, siehe Abbildung oben),
- Noduläres Melanom (NM),
- Akrolentiginöses Melanom (ALM),
- Weitere Subtypen sind die Schleimhautmelanome (Oropharynx, Genitalbereich, Anorektalregion), Netzhautmelanom, amelanotisches Melanom.

Eine Frühform des Melanoms ist die Lentigo maligna, ein klinisch unregelmäßig pigmentierter und strukturierter intradermaler Herd, der oft jahrzehntelang bestehen kann und sich dann im Verlauf weniger Jahre zu einem Lentigo-maligna-Melanom (LMM) weiterentwickelt. Dieses weist typische dunkle bis schwarzbraune Pig-



Superfiziell spreitendes malignes Melanom (SSM)

mentnester innerhalb der hellbraunen Grundpigmentierung auf und findet sich sehr häufig im Gesicht.

Das superfiziell spreitende Melanom ist die häufigste Tumorart und tritt überwiegend am Stamm auf. Sehr oft wird ein schon bestehendes Muttermal beschrieben, das innerhalb von wenigen Jahren oder auch Monaten eine Größenzunahme mit unregelmäßiger Pigmentierung und Abgrenzung zeigt. Im weiteren Verlauf kann der Tumor neben dem Flächenwachstum auch vertikales Wachstum aufweisen, es handelt sich dann um ein sekundär knotiges superfiziell spreitendes Melanom (sekundär knotiges SSM). Klinisch findet sich bei Berührung eine vermehrte Blutungsneigung.

Das noduläre Melanom (NM) wächst schon primär in die Vertikale bei geringer Flächenausbreitung. Oft wird auch in diesen Fällen ein vorbestehender Naevus beschrieben. Durch das vertikale Wachstum erfolgt rasch ein Einbruch in die Dermis in die lymphatischen Strukturen und somit kann es schon sehr früh zu Metastasierungen kommen.

Das akrolentiginöse Melanom (ALM) findet sich an Handinnenfläche und Fußsohlen, sehr oft auch im Nagelbett der Zehen. Im Hautbereich der Hände und Füße erscheint es klinisch als lentigoartige Veränderung, typisch unregelmäßig pigmentiert und abgegrenzt zur gesunden Haut. Tritt das Melanom im Nagelbett auf, kann es von einem Hämatom anfangs nur schwer abgegrenzt werden. Typisch für die Melanomstruktur ist das Herauswachsen der Pigmentanteile in die distalen Na-

gelanteile, ferner das Übergreifen der Pigmentierung auf die Nagelfalz (Hutchinson-Zeichen) [5].

Ein Hämatom wird immer begrenzt bleiben und von proximal nach distal mit dem Nagel innerhalb von mehreren Monaten herauswachsen. Ein amelanotisches akrolentiginöses Melanom ist erst im späteren Stadium erkennbar, da die charakteristischen Pigmentierungen fehlen. Oft ist es zu diesem Zeitpunkt schon zu Metastasierungen gekommen. Das amelanotische Melanom ist immer schwer zu diagnostizieren, da die entdifferenzierten Melanomzellen kein Pigment mehr bilden. Typische Verwechslungen sind die mit einem Basalzellkarzinom oder einem Granuloma pyogenicum (eruptives Angiom) oder auch lymphocytären Neoplasmen. Bedeutung hat noch das Netzhautmelanom, das zu Gesichtsfeldeinschränkungen führt und dann bei einer augenärztlichen Untersuchung als dunkler Fleck in der Macula gefunden wird.

Die Therapie [12] des Melanoms richtet sich nach der Größe und optischen Beschaffenheit. Bei kleinen oberflächlichen Tumoren (LMM, SSM) reichen oft Exzisionen mit einem Sicherheitsabstand von 5 mm (Melanoma in situ) bis mehr als 2 cm bei sekundär-knotigen Melanomen. Limitiert wird die lokale primäre Exzision durch die Größe und Lokalisation des Tumors. Probebiopsien sollten vermieden werden, da eine sichere Beurteilung des Tumortyps mit einer nur anteiligen Gewebeprobe nicht sicher möglich, aber für die Prognose unabdingbar ist.

Bei größeren Herden ist eine stationäre Behandlung und Entfernung unter Vollnarkose mit Ausräumung der regionären Lymphknoten erforderlich. Die oft auftretenden Satellitenmetastasen sollten immer weitgehend rasch und weit im Gesunden entfernt werden. Bei Fernmetastasen oder inoperablen cutanen Metastasen sind systemische Therapieoptionen mit Cytostatica und Immuntherapeutika geboten, die von Onkologen durchgeführt werden müssen.

Auch eine adjuvante Chemotherapie zur vorbeugenden Behandlung von Metastasen ist dem Spezialisten vorbehalten. Die Tumorklassifikation nach Breslow dient zur Risikoabschätzung und Beschreibung

der Überlebensrate. Die Parameter zur Eindringtiefe (Clark-Level) werden heute nur noch zur Orientierung benutzt. Nach Balch et. al. 2009 wird heute eine wesentlich genauere Stadieneinteilung verwendet zur Bestimmung der 5-Jahres-Überlebensrate [5].

Die Nachsorge richtet sich nach dem Tumortyp und der Ausdehnung mit/ohne lokale Metastasen bzw. Fernmetastasierung. Die ersten fünf Jahre ist bei Tumoren unter 1,0 mm eine jährliche Kontrolluntersuchung ausreichend. Bei Tumoren über 1,0 mm sollten halbjährige Untersuchungen erfolgen mit kompletter Inspektion der Haut. Bei Tumordicken von 1,5 mm und mehr sind zusätzlich Lymphknotenultraschall und die Bestimmung von Protein S 100 notwendig. Bei Fernmetastasen zur Verlaufskontrolle bildgebende Verfahren (CT, MRT oder PET).

Zusammenfassung:

Die Tumoren der Haut haben in jüngerer Zeit deutlich zugenommen, bedingt durch ein anderes Freizeitverhalten (Sonnenkult, Solarium, Schönheitsideal), aber auch durch UV-Exposition in den soge-

nannten „Outdoor-Berufen“. So werden seit August 2013 die aktinischen Keratosen und das spinözelluläre Karzinom als Berufskrankheiten von der Berufsgenossenschaft dann anerkannt, wenn als auslösende Ursache die berufsbedingte Exposition mit hinreichender Wahrscheinlichkeit nachgewiesen ist [9,10]. Grundsätzlich sollte in der Sprechstunde auf die Möglichkeit einer Vorsorgeuntersuchung hingewiesen werden, denn nur eine frühzeitige Erkennung und Therapie möglicher prä-maligner oder maligner Prozesse kann zu einer vollständigen Heilung führen. Auch die Notwendigkeit eines ausreichenden Lichtschutzes muss in der Sprechstunde umfassend erläutert werden, da hier oft noch erhebliche Defizite

bestehen oder Fehleinschätzungen vorherrschen [11].

Dr. med. Hans-Martin Hübner

Facharzt für Dermatologie,
Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH



Carl-Oelemann-Weg 7
61231 Bad Nauheim

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Weißer Hautkrebs und Melanom – aktuelle Übersicht“** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.01.2016 bis 24.01.2017** möglich.

Bücher



Andreas Otte und Oliver Ehrens (Hrsg.):

Geschichte(n) der Medizin Band 2

Gentner Verlag, Stuttgart 2015,
180 Seiten, gebunden, € 38,
ISBN 9783872477705

Im ersten Band, erschienen Ende 2014 anlässlich des 70. Geburtstags des Ärzteblattes Baden-Württemberg, zeigten die Herausgeber wie es möglich ist, Geschichten der Medizin spannend und unterhaltsam zu erzählen. Dieser Ansatz hatte eine so gute Resonanz, dass nun ein zweiter Band folgt.

Und wieder ist es ein Vergnügen, in den Geschichten zu schmökern und – ganz ohne belehrt zu werden – aus unserer Geschichte zu lernen.

So lesen wir über „Bach statt Betablocker: Musik soll nicht die Ohren füllen, sondern das Herz in Bewegung setzen“. Wir lernen die erste Frau kennen, „die in Deutschland die medizinische Doktorwürde erwarb. Dorothea Christiane von Erxleben (1715–1762)“. Oliver Ehrens erinnert uns an zwei berühmte Ärzte in Frankfurt: „Der Struwpeter und die Krankheit des Vergessens.“

Auch die neuere Medizingeschichte kommt nicht zu kurz: So lernen wir Frank Netter und seinen Blick in den menschlichen Körper kennen. Seine Bilder begleiteten Generationen von Ärzten in Ausbildung und im Berufsleben.

Mit Horst Gundermann wird ein bedeutender Phoniater vorgestellt, der in der DDR und dann in Westdeutschland prägend wirkte. Abgerundet wird dieses breite Spektrum an Geschichten mit einer medizinhistorischen Übersicht der Prothetik und einer Historie der Hüftendoprothetik.

Wir würden uns freuen, wenn wir nächstes Jahr einen weiteren Band vorstellen könnten.

Dr. med. Peter Zürner

Multiple Choice-Fragen:

Weißer Hautkrebs und Melanom – aktuelle Übersicht

VNR 2760602016022320001

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welcher Risikofaktor spielt keine Rolle bei der Entstehung von weißem Hautkrebs?

- 1) Solarium
- 2) Vermehrte Sonnenlichtexposition
- 3) vermehrter Alkoholkonsum
- 4) berufliche Tätigkeit im Freien
- 5) Medikamententherapie

2. Welche Basaliomform wird primär nicht durch Sonnenlichtexposition verursacht?

- 1) Solides Basaliom
- 2) Superfiziellies Basaliom (Rumpfhautbasaliom)
- 3) Zystisches Basaliom
- 4) Sklerodermiformes Basaliom
- 5) Narbenbasaliom

3. Welche therapeutische Maßnahme zur Entfernung des Basalzellkarzinoms sollte nicht in der Allgemeinpraxis durchgeführt werden?

- 1) Excisionen in Lokalanästhesie
- 2) Teilexcisionen des Primärtumors
- 3) Cürettage
- 4) Radiatio
- 5) Chemische Lokalbehandlung

4. Welche Aussage zur Entstehung der aktinischen Keratosen ist richtig?

- 1) Aktinische Keratosen finden sich bei allen Hauttypen gleich häufig.
- 2) Aktinische Keratosen sind die Vorläufer des spinozellulären Karzinoms.
- 3) Aktinische Keratosen sind typischerweise mit Basalzellkarzinomen assoziiert.
- 4) Aktinische Keratosen wachsen rasch in die Vertikale und bilden schnell Hyperkeratosen.
- 5) Aktinische Keratosen neigen zur Spontanremission.

5. Welche Aussage zu den Eigenschaften der aktinischen Keratosen ist falsch?

- 1) Die aktinischen Keratosen finden sich in lichtexponierten Hautarealen.
- 2) Aktinische Keratosen finden sich nur sehr vereinzelt auf der Haut als Ausdruck einer lokalen aktinischen Schädigung.
- 3) Die aktinischen Keratosen wachsen über viele Jahre langsam und zeigen oft das Bild von ekzematösen Veränderungen.
- 4) Aktinische Keratosen werden auch als Carcinoma in situ bezeichnet, weil sie sehr häufig in ein spinozelluläres Karzinom übergehen.
- 5) Aktinische Keratosen neigen bei Berührung zu Missempfindungen und leichter Blutung.

6. Welche Aussage zum spinozellulären Karzinom ist falsch?

- 1) Je mehr das spinozelluläre Karzinom in die Dermis wächst, desto eher kommt es zu Metastasierungen.
- 2) Das spinozelluläre Karzinom zeigt sehr unterschiedliche Wachstumsformen und ist deshalb schwerer zu identifizieren.
- 3) Bei raschem Wachstum des Tumors kommt es zur Zerstörung des umliegenden Gewebes und häufig zu Blutungen.
- 4) Spinozelluläres Karzinom und Basaliom werden vor allem durch Lichtschäden ausgelöst.
- 5) Das spinozelluläre Karzinom und das Keratoakanthom sind durch ihr rasches Wachstum besonders aggressiv.

7. Welche der genannten Eigenschaften des malignen Melanoms stimmen nicht?

- 1) Das maligne Melanom ist ein typischer Alterstumor, da erst durch die lange

UV-Exposition sich der Tumor bilden kann.

- 2) Das maligne Melanom metastasiert sehr schnell, da durch das vertikale Eindringen der Tumorzellen es schnell Kontakt mit den lymphatischen Strukturen erhält.
- 3) Das maligne Melanom ist durch die sehr unterschiedliche Pigmentstruktur oft schwer erkennbar.
- 4) Die Lentigo maligna als Vorstufe zum Melanom wächst langsam.
- 5) Die ABCD-Regel ist eine gute Hilfsmöglichkeit zur Differenzierung des Melanoms zu gutartigen Pigmentstrukturen.

8. Welche Aussage zum malignen Melanom ist falsch?

- 1) Die lokale Excision eines kleinen Tumors (Melanoms in situ) mit einem Sicherheitsabstand von > 5 mm ist ausreichend.
- 2) Das sekundär knotige Melanom (sekundär knotige SSM) neigt sehr leicht zu Blutungen.
- 3) Die Tumordicke des Primärtumors bestimmt das weitere therapeutische Vorgehen, zum Beispiel Sonografie oder Protein-S-100 Bestimmung.
- 4) Zur Diagnostik reicht eine Probeexcision des Primärtumors zur Bestimmung des Tumortyps.
- 5) Die akrolentiginösen Melanome im Nagelbereich können nur schwer von subungualen Hämatomen unterschieden werden.

9. Welche therapeutischen Maßnahmen bei der Behandlung des malignen Melanoms sind nicht zutreffend?

- 1) Der Sicherheitsabstand bei der Excision eines Melanoms ist grundsätzlich gleich und beträgt ca. 5 mm.

- 2) Die Tumorgroße des Primärtumors ist entscheidend für das operative Vorgehen.
- 3) Systemische Therapien sind unabdingbar bei metastasierenden Melanomen.
- 4) Die Nachsorgeuntersuchungen richten sich nach dem Tumortyp, der Tumordicke und einer möglichen Metastasierung.
- 5) Die Bestimmung des S-100 Proteins ist für die Verlaufskontrolle des metastasierenden Melanoms sehr wertvoll.

10. Welche allgemeinen Aussagen zum weißen Hautkrebs und zum Melanom treffen nicht zu?

- 1) Weißer Hautkrebs und Melanome haben in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zugenommen.
- 2) Die Früherkennung durch das seit 2008 eingeführte Hautkrebsscreening hat zu einer besseren primären Heilungsrate geführt.
- 3) Aktinische Keratosen und spinozelluläres Karzinom können bei bestimmten „Outdoor-Berufen“ als berufsbedingte

Erkrankung der Berufsgenossenschaft gemeldet werden.

- 4) Das Melanom und auch den weißen Hautkrebs kann man durch das sogenannte „Vorbräunen“ der Haut verhindern, da durch die verstärkte Pigmentierung der Epidermis UV-Schäden gemindert werden.
- 5) Das Melanom und auch das Basaliom wird seit Jahren schon im frühen Erwachsenenalter beobachtet, bedingt durch die UV-Schäden im Kindesalter und durch häufige Sonnenbäder oder Solarium.

Literatur zum Artikel:

Weißer Hautkrebs und Melanom – aktuelle Übersicht

von Hans-Martin Hübner

- [1] Prof. Dr. med. Alexander Katalinic www.krebsregister-sh.de/aktuelles/Zahlen_Hautkrebs_2015.pdf www.krebsregister-sh.de www.gekid.de alexander.katalinic@uksh.de. Aktuelle Zahlen zur Epidemiologie von Melanomen und Hellem Hautkrebs. Mai 2015 ...
- [2] S2k-Leitlinie 032/021: Basalzellkarzinom aktueller Stand: 12/2013 AWMF-Register Nr.032/021 Klasse: S2k Kurzleitlinie – Basalzellkarzinom der Haut
- [3] Aktuelle Therapie des Basalzellkarzinoms, D. Debus, E.S. Schultz, Akt. Dermatologie 2012, 38: 265–271
- [4] Aktinische Keratosen, Volker Steinkraus, Springer Verlag. 2004
- [5] Braun-Falco's Dermatologie, Venerologie und Allergologie, Plewig, Landthaler, et. al., Springer Verlag 6. Auflage, 2012
- [6] Ch. Veit, F. Lüken, O. Melsheimer Evaluation der Screeninguntersuchungen auf Hautkrebs gemäß Krebsfrüherkennungs-Richtlinie des gemeinsamen Bundesausschusses Abschlussbericht 2009 – 2010 im Auftrag des Gemeinsamen Bundesausschusses, 2015
Stand 11. März 2015, v1–2
- [7] Spezielle dermatologische Behandlungsoptionen mit Imiquimod, Ulrich R. Hengge, Thieme Verlag, 2008
- [8] S2k Kurzleitlinie – Plattenepithelkarzinom der Haut, JDDG, Supplement 3.2013 (Band 11), 39–47
- [9] DGUV-Arbeitshilfe „Hautkrebs durch UV-Strahlung“, Hautkrebs durch UV-Strahlungsexposition. Eine Hilfestellung für die UV-Träger
– Stand 25. September 2013 –
- [10] Zusammenhang von beruflich bedingter Sonnenexposition und hellem Hautkrebs, Klinische Grundlagen, Epidemiologie, Berufskrankheitenverfahren und Prävention
Manigé Fartasch, Thomas Ludwig Diepgen, Jochen Schmitt, Hans Drexler, Deutsches Ärzteblatt, Jg. 109, Heft 43, 26. Oktober 2012
- [11] Hautkrebs, Die blauen Ratgeber, Heft 05, Herausgeber Deutsche Krebshilfe e. V., Stand 6/2013
- [12] S3-Leitlinie „Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Melanoms“
Version 2.6, 29.06.2012, Konsultationsfassung, AWMF Registrierungsnummer: 032–024OL
- [13] Hautkrebs – ein Leitfaden für die Praxis, Prof. Dr. Eggert Stockfleth, Unimed Verlag, 2. Auflage 2008

Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme

Teil 1: Allergien auf Nahrungsmittel

VNR 2760602016030020007

Ludger Klimek¹, Klaus-Michael Keller²

Prävalenz von Nahrungsmittelallergien

Die Prävalenz der Nahrungsmittelallergien ist weltweit angestiegen. Vor allem die Erdnuss- und Baumnussallergie hat sich beispielsweise in den USA verdreifacht [7]. Nahrungsmittel sind häufige Auslöser schwerer allergischer Reaktionen, die tödlich verlaufen können [7].

Aktuelle Übersichtsarbeiten zur Inzidenz und Prävalenz der Nahrungsmittelallergie in Deutschland und in Europa zeigen, dass die Punktprävalenz von selbst berichteter Nahrungsmittelallergie ungefähr sechsmal höher war, als die Punktprävalenz einer mittels Provokationstestung überprüften Nahrungsmittelallergie. Die Prävalenz der Nahrungsmittelallergie war grundsätzlich bei Kindern (bis 7,5 %) höher als bei Erwachsenen (bis 3,5 %) [7–13], während bei Inhalationsallergien Erwachsene (ca. 26 %) häufiger betroffen sind als Kinder (ca. 19 %) [14, 15]. Die höchste Prävalenz primärer Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel liegt gemäss einer Studie mit ca. 6,6 % im Säuglingsalter und sinkt auf ca. 3,2 % im 5. Lebensjahr ab [16].

Die Daten zur Häufigkeit im zeitlichen Verlauf in Europa zeigen, dass die Inzidenz in den vergangenen Jahren stabil war, während für den Anstieg der Prävalenz wahrscheinlich die sekundären Nahrungsmittelallergien infolge von Kreuzreaktionen mit Inhalationsallergenen und/oder einer verbesserten Aufmerksamkeit, Diagnose und Aufzeichnung ursächlich ist. Inhalationsallergien auf Pollen haben in Europa deutlich zugenommen und mit ihnen die sogenannten pollenassoziierten Nahrungsmittelallergien, welche sich vor allem unter dem Bild des sogenannten oralen Allergiesyndroms (OAS) manifestieren [17].



Erdnüsse gehören zu den aggressivsten Nahrungsmittelallergenen

tieren [17]. An Risiko- und prognostischen Faktoren für die Entwicklung oder den Verlauf einer Nahrungsmittelallergie spielen das Geschlecht, Alter, der Wohnort, die familiäre Atopieanamnese sowie das Vorhandensein anderer allergischer Erkrankungen eine wichtige Rolle [7].

Die höchsten Zuwachsraten an Nahrungsmittelallergien werden in den industrialisierten Ländern auf Erdnüsse gefunden, was parallel zu einem Anstieg des Verbrauchs geht [18]. Der jährliche Konsum an Erdnüssen wird in den USA auf 2,6 Kilo je Einwohner und in Großbritannien auf 2,1 Kilo je Einwohner geschätzt [19].

Bedeutsam ist in den vergangenen zwei Jahrzehnten ebenfalls die zunehmende Häufigkeit der letal verlaufenden Nahrungsmittelallergien durch einen allergischen Schock (Anaphylaxie) wobei in den USA und in England Erdnüsse auf der Hitliste der Nahrungsmittelallergene an erster Stelle stehen [7].

In Deutschland sind Nüsse, Gewürze, Kräuter, Obst und Gemüse (Sellerie, Apfel, Karotte), Milch und Milchprodukte; Fisch-

und Schalentiere, Hühnerei und Hülsenfrüchte (Erdnüsse, Soja) die bedeutendsten Nahrungsmittelallergene [7].

Epidemiologische Studien und die tägliche Praxis zeigen aber eindeutig, dass eine große Diskrepanz besteht zwischen einer von den Patienten wahrgenommenen Unverträglichkeit auf ein Lebensmittel und den Resultaten einer genauen Abklärung mittels Provokationstests [20, 21]. Auch werden durch alternative, wissenschaftlich nicht anerkannte Testverfahren zu häufig multiple „Nahrungsmittel-“ und „Nahrungsmittelzusatzstoffallergien“ diagnostiziert bzw. eine ganze Reihe unklarer, funktioneller und organischer Erkrankungen als Ausdruck einer Nahrungsmittelallergie angesehen [4, 5]. Klare Definitionen und genaue Diagnoseverfahren sind deshalb auf dem Gebiet der Nahrungsmittelallergien unbedingt zu fordern [1, 2, 22].

Klinik

Nahrungsmittel können nicht nur per Ingestionem, lokal durch direkten Kontakt mit

¹ Allergiezentrum Wiesbaden, ² DKD-Helios Kliniken Wiesbaden

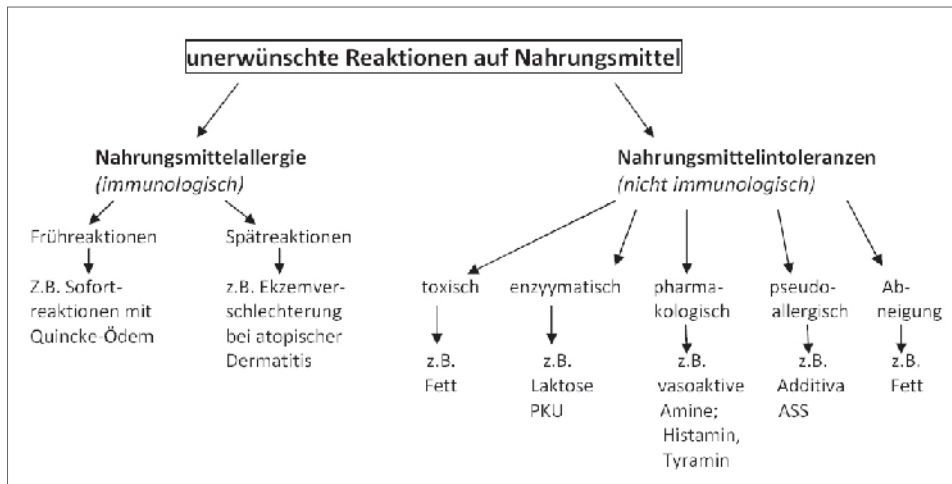


Abbildung 1: Einteilung der verschiedenen Reaktionen auf Nahrungsmittel

den Schleimhäuten im oberen, mittleren oder unteren Verdauungstrakt Allergiesymptome auslösen, sondern auch hämatogen, nach Resorption im Magen-Darm-Trakt, an entfernten Schockorganen (z. B. Haut, Atemtrakt), perkutan, durch direkten Hautkontakt, und per inhalationem [23]. Die allergischen Krankheitsmanifestationen können sofort (Minuten bis zu einer Stunde), verzögert (mehrere Stunden) oder als Spätreaktion (über 12 bis 36 Stunden) nach Allergenaufnahme auftreten.

Basierend auf einem grundsätzlich unterschiedlichen Sensibilisierungsweg von Kleinkindern und Erwachsenen und der Art der involvierten Allergene werden drei Typen der Nahrungsmittelallergien unterschieden [24]:

Nahrungsmittelallergien Typ A

Sie treten bei Säuglingen und Kleinkindern auf, welche sich über den Gastrointestinaltrakt sensibilisieren. Relativ stabile Proteine lösen die Beschwerden aus, welche bei Reifung der oralen Toleranz häufig wieder verschwinden.

Nahrungsmittelallergien Typ B

Sie entwickeln ältere Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Eine aerogene, klinisch manifeste oder subklinisch verlaufende Sensibilisierung gegen Pollen- oder Berufsallergene (z. B. Latex) umgeht die orale Toleranz gegen Lebensmittel wie Obst, Nüsse, Gemüse usw., die ähnliche Proteine enthalten (Kreuzreaktivität). Die Stabilität der kreuzreaktiven Nahrungsmittelallergene bestimmt die Art und Lokalität der klinischen Symptomatik (Scho-

ckorgan). Von Bedeutung sind möglicherweise auch hitzestabile Nahrungsmittelallergene, die auf aerogenem Weg (Dampf) eine direkte Sensibilisierung auslösen.

Nahrungsmittelallergien Typ C

Sie sind selten und treten vor allem bei weiblichen Erwachsenen auf, welche im Gegensatz zu Typ A und B häufig keine atopische Disposition aufweisen. Sie beruhen auf einer Sensibilisierung über den Gastrointestinaltrakt, meist gegen wenige, relativ stabile Nahrungsmittelproteine.

Diese Klassifizierung kann zu einem besseren Verständnis der Nahrungsmittelallergien beitragen und die spezifische Allergiediagnostik unter Berücksichtigung der Altersklassen und eines eventuell assoziierten Heuschnupfens auf eine bestimmte Richtung (Typ A vor allem Milch, Ei, Getreide, Soja, Erdnuss, Fisch; Typ B vor allem Obst, Gemüse, Nüsse) lenken.

Lebensbedrohende und tödliche Nahrungsmittelallergien: Anaphylaxie

Eine schwerwiegende, lebensbedrohliche und gelegentlich auch letal verlaufende allergische Reaktion auf Nahrungsmittel stellt der anaphylaktische Schock dar. In jüngerer Zeit wurde eine Zunahme von akuten, lebensbedrohlichen allergischen Reaktionen auf Lebensmittel festgestellt [25]. Nahrungsmittelbedingte Anaphylaxien stellen ursächlich, je nach Statistik mit 33 % bis 60 %, – neben Arzneimitteln und Insektenstichen – die häufigste Ursache

schwerer anaphylaktischer Reaktionen dar [26–28]. Letale oder lebensbedrohliche allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel kommen bei Säuglingen und Kindern, besonders aber bei Jugendlichen und Erwachsenen vor. Der Tod, häufig infolge Erstickung, tritt meistens innerhalb von 30 Minuten nach Beginn der Symptomatik ein [29].

Das okkulte Vorkommen von Nahrungsmittelallergenen, z. B. Erdnussallergen als Erdnusspaste in Süßigkeiten und Schokolade, erschwert eine Karenz. Nicht nur Nahrungsmittel mit «versteckten» Allergenen (Hamburger, Falafel, Saucen, Patisserie), sondern auch Mahlzeiten in Kantinen (Schulen, Betrieb) und Restaurants sind besonders gefährlich für Patienten mit einer Nahrungsmittelallergie [30, 31]. Selbst bei aller Vorsicht können bei hochgradiger Sensibilisierung schwere ingestive Anaphylaxien vorkommen, wenn sich nur kleinste Mengen okkulten Allergene in der Nahrung befinden, z. B. wenn das verzehrte Nahrungsmittel in der gleichen Pfanne zubereitet wurde, in der zuvor ein anderes Lebensmittel gekocht wurde, auf welches der Patient sensibilisiert ist [32]. Auch die Inhalation von Dämpfen, z. B. von Hummer und Fisch in Spezialitätenrestaurants oder von Milch, kann bei Asthmatikern mit einer Nahrungsmittelallergie zum Erstickungstod führen [26, 27].

Diagnostik von Nahrungsmittelallergien

Die Diagnose einer Nahrungsmittelallergie beruht auf Anamnese, Hauttestungen,

Labordiagnostik, diagnostischer Eliminationsdiät und oraler Provokation [22].

Hauttests oder Serum-IgE-Bestimmungen zeigen nur das Vorhandensein von entsprechenden Sensibilisierungen auf die geprüften Nahrungsmittel, welche bei Atopikern vor allem durch sogenannte Kreuzreaktivitäten vorkommen. Bei entsprechenden oralen Provokationstestungen bleiben häufig allergische Symptome aus. Orale Provokationsteste können offen, einfach-blind oder doppelt-blind durchgeführt werden. Nach dem Position Paper der EAACI (European Academy of Allergy and Clinical Immunology) ist für eine einwandfreie Diagnostik oft die Durchführung von doppelblinden, placebokontrollierten oralen Provokationen (DBPCFC) mit Lebensmitteln oder Lebensmittelzusatzstoffen erforderlich. Wegen des hohen Placeboeffektes einer Diät oder einer offenen Provokation sind DBPCFC unerlässlich. Offene Provokationen sind jedoch wertvoll, wenn sie negativ ausfallen, denn hier kann auf die nachfolgende DBPCFC verzichtet werden.

Bei Lebensmittelzusatzstoff-Intoleranzen [33] ist die orale einfachblinde oder doppelblinde orale Provokation mit in Kapseln abgefüllten Additiven das einzig wissenschaftlich anerkannte diagnostische Verfahren.

Laboranalytik mittels molekularer Komponentendiagnostik

In der Labordiagnostik von Nahrungsmittelallergenen spielt heute zunehmend die molekulare Komponentendiagnostik eine wesentliche Rolle. In der Vergangenheit wurden fast ausschließlich Allergenextrakte zur Diagnostik verwendet. Diese Extrakte enthalten die krankheitsauslösenden Komponenten neben weiteren – meist klinisch unbedeutenden Substanzen. Inzwischen sind viele Allergene im engeren Sinne, d.h. die verantwortlichen Proteine (oder Allergenkomponenten), identifiziert worden. Bei den Allergenkomponenten handelt es sich um die eigentlich Allergie-auslösenden Proteine oder Glykoproteine. Sie sind Teil des Allergenextrakts, der bislang zur Diagnostik eingesetzt wurde. Diese Allergie-auslösenden Proteine im engeren Sinne werden definitionsgemäß als Major-, Intermediär- oder Minorallergene bezeichnet.

Nahrungsmittel sind komplexe Allergenquellen und enthalten diverse dieser (Glyko)proteine.

Mittlerweile sind die wichtigsten Proteinfamilien und Einzelallergene pflanzlicher Nahrungsmittel identifiziert. Sie werden zunehmend zur IgE-Diagnostik eingesetzt.

Anhand der biologischen Verwandtschaft der betreffenden Nahrungsmittel und über die biochemische Ähnlichkeit der enthaltenden Allergene können wichtige Gruppen von Allergenkomponenten eingeteilt werden [7]:

Wichtige pflanzliche Proteinfamilien und ihre Allergene: (nach Worm [7])

Profiline

Profiline sind stark konservierte Proteine und gelten als klinisch weniger relevante Allergene. Sensibilisierungen, häufig primär durch eine Gräserpollenbelastung entstanden, betreffen durch ausgeprägte Kreuzreaktionen sämtliche Pollen und zahlreiche pflanzliche Nahrungsmittel (z. B. Äpfel, Karotten). Meistens genügt ein Vertreter (z. B. Gräserpollenprofilin Phl p 12 oder Birkenpollenprofilin Bet v 2) zur IgE-Diagnostik. Bei exotischen Früchten abseits des Bet v 1-Nahrungsmittelallergen-Clusters (z. B. Melonen, Banane, Avocado, Mango) kann ebenfalls eine Profilin-Sensibilisierung als Auslöser vorwiegend oropharyngealer Symptome zugrunde liegen.

Bet v 1-homologe PR-10-Proteine

Die in Mitteleuropa häufige Birkenpollen-Allergie beruht überwiegend auf einer Sensibilisierung gegenüber dem Major-Allergen Bet v 1, einem natürlichen Pflanzen-Stressprotein („pathogenesis-related protein family 10“, PR-10). Ähnliche PR-10-Proteine kommen nicht nur in Baumpollen von Hasel, Erle, Buche und Eiche, sondern auch in diversen Obst- und Gemüsesorten, sowie Nüssen und Hülsenfrüchten vor. Sie sind Grundlage Birkenpollen-assoziiierter Kreuzreaktionen z. B. gegen Äpfel, Kirschen, Pfirsiche, Haselnüsse u.v.a.. Die Symptome bleiben wegen fehlender Hitze- und Verdauresistenz der PR-10-Proteine auf rohe Nahrungsmittel und meist auf den Mund- und Rachenraum beschränkt. Im Einzelfall werden auch bedrohliche systemische Symptome beobachtet (Beispiele: Gly m 4 im Soja,

seltener auch Api g 1 im Sellerie, Dau c 1 in Karotten).

Lipidtransfer-Proteine

Systemische Reaktionen durch Obst, Gemüse, Nüsse, Leguminosen und Getreide können auf Lipidtransfer-Proteinen (LTP) beruhen. Vorwiegend im Mittelmeerraum beschrieben, entsteht eine primäre Sensibilisierung möglicherweise durch reife Pfirsiche. Die strukturelle Ähnlichkeit des Pfirsich-LTP Pru p 3 mit anderen hitze- und säurestabilen LTP bedingt Kreuzreaktionen gegenüber anderen pflanzlichen Lebensmitteln, z.T. unabhängig vom beschriebenen Bet v 1-Cluster (z. B. Weintrauben, Heidelbeeren, Gemüse). Zum Sensibilisierungsnachweis genügt häufig das Leitallergen Pru p 3.

Samenspeicherproteine

Speicherproteine bezeichnen strukturell verwandte, stabile und klinisch bedeutsame Nahrungsmittelallergene, z. B. in Nüssen, Samen, Hülsenfrüchten (Leguminosen), zu denen auch Erdnuss, Sojabohne und Lupine zählen, wie auch Getreide (Cerealien).

Anhand ihrer Struktur werden 2S-Albumine aus der Prolamin- und Globuline aus der Cupinsuperfamilie unterschieden. Die Globuline enthalten Viciline (7/8S-Globuline) und Legumine (11S-Globuline). Durch die stabile Struktur und den hohen Anteil am Gesamt-Protein bereiten Speicherproteine selten Probleme bei der Diagnostik mit Extrakten. Durch ihre Stabilität gegenüber Hitze und Verdauung sind sie mit erhöhtem Risiko für systemische Symptome assoziiert und eignen sich gut für einen analytisch selektiven Sensibilisierungsnachweis/-ausschluss:

- Gly m 5 und 6 bei Soja-Allergie
- Ara h 1, 2, 3 und 6 bei Erdnuss-Allergie
- Cor a 9 und 14 bei Haselnuss-Allergie
- Jug r 1 und 2 bei Walnuss-Allergie
- Ber e 1 bei Paranuss-Allergie.

Serologische Kreuzreaktionen zwischen den Speicherproteinen erlauben wie die IgE-Diagnostik mit Extrakten von Nüssen, Samen und Hülsenfrüchten keine Vorhersage zum Auftreten klinischer Symptome.

Kreuzreaktive Kohlenhydratepitope

Viele pflanzliche Nahrungsmittelallergene sind Glykoproteine mit kreuzreaktiven Kohlenhydratseitenketten (crossreactive

carbohydrate determinants, CCD, u.a. in Pollen, pflanzlichen Nahrungsmitteln, Gliedertieren, Mollusken und gewissen pathogenen Helminthen). Ihre IgE-Bindung bleibt meist ohne klinische Relevanz. Im Hauttest reagieren sie nicht, erschweren aber die serologische IgE-Diagnostik mit Extrakten oder natürlichen, CCD-tragenden Einzelallergenen durch klinisch irrelevante Resultate. Zum Screening auf CCD-spezifisches IgE eignen sich Bromelain, Meerrettichperoxydase oder das N-Glykan MUXF (CCD-Einzelallergenkomponente vom Bromelain ohne Peptidanteil).

Oleosine

Oleosine kommen in fettreichen Pflanzen als Allergene vor. Als lipophile Allergene sind sie in wässrigen Extrakten von Hülsenfrüchten (z. B. Erdnuss), Saaten (z. B. Sesam) und Baumnüssen (z. B. Haselnuss) unterrepräsentiert und können bei der Diagnostik falsch negative Resultate zeigen. Bei dieser Konstellation ist eine Testung der nativen Nahrungsmittel im Hauttest angezeigt.

Thaumatine und Enzyme

Thaumatin-verwandte Proteine, thermo- und verdauungsstabile pflanzliche Nahrungsmittelallergene, z. B. in Kirschen (Pru av 2), Äpfeln (Mal d 2), Kiwi (Act d 2), Banane (Mus a 4), Pfirsich (Pur p 2), Tomate, Paprika und Walnuss, stehen bisher für die Diagnostik nur vereinzelt zur

Verfügung (Act d 2, ImmunoCAP ISAC). Die Häufigkeit von Sensibilisierungen oder klinisch relevanten Reaktionen ist unklar. Das gilt ebenfalls für eine Reihe von Enzymen, die in pflanzlichen Nahrungsmitteln (z. B. exotischen Früchten) vorkommen.

Zusammenfassung

Unverträglichkeiten nach Nahrungsaufnahme werden nach den Entstehungsmechanismen eingeteilt: toxische Reaktionen, Lebensmittelallergien und -intoleranzen, wie Enzymopathien und pharmakologische Reaktionen auf biogene Amine, psychische Aversionen und psychosomatische Reaktionen müssen scharf abgegrenzt werden. Von Nahrungsmittelallergien (bzw. Nahrungsmittelzusatzstoffallergien) spricht man nur, wenn die krankhaften Reaktionen durch immunologische Mechanismen entstehen, welche in genetisch veranlagten Individuen die Bildung von allergenspezifischen Antikörpern induzieren. Für eine einwandfreie Diagnostik ist die Durchführung von doppelblinden, plazebokontrollierten oralen Provokationen (DBPCFC) unerlässlich. In den letzten Jahren wurde eine Zunahme von akuten, lebensbedrohlichen und tödlichen allergischen Reaktionen auf Lebensmittel festgestellt. Das okkulte Vorkommen von Nahrungsmittelallergenen, z. B. Erdnussallergen in Süßigkeiten und Schokolade, erschwert eine Karenz. Nicht nur Lebensmittel mit «versteckten» Allergenen, sondern

auch Mahlzeiten in Kantinen und Restaurants sind besonders gefährlich für Patienten mit einer Nahrungsmittelallergie.

Literatur bei den Verfassern

Prof. Dr. med. Ludger Klimek
Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller

Kontakt:

Prof. Dr. med. Ludger Klimek
Allergiezentrum

An den Quellen 10, 65183 Wiesbaden

Fon: 0611 308 6080

E-Mail: ludger.klimek@allergiezentrum.org

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme / Teil 1: Allergien auf Nahrungsmittel“** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.01.2016 bis 24.01.2017** möglich.



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

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

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

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

• **Dienstag, 9. Februar 2016**

• **Dienstag, 1. März 2016**

Multiple Choice-Fragen:

Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme

Teil 1: Allergien auf Nahrungsmittel / VNR 2760602016030020007

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort ist falsch?

Bedeutende Risiko- und prognostische Faktoren für die Entwicklung oder den Verlauf einer Nahrungsmittelallergie sind:

- 1) Geschlecht
- 2) häufige gastrointestinale Infekte
- 3) Alter
- 4) Familiäre Atopieanamnese
- 5) Vorhandensein anderer allergischer Erkrankungen

2. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Bei Kindern sind Nahrungsmittelallergien häufiger als bei Erwachsenen.
- 2) Kinder haben grundsätzlich mehr Allergien als Erwachsene.
- 3) Inhalationsallergien sind bei Kindern häufiger als bei Erwachsenen.
- 4) Nahrungsmittelallergien sind häufiger als Inhalationsallergien.
- 5) Erwachsene haben fast nie echte Nahrungsmittelallergien.

3. Welche Antwort ist falsch?

Zu den häufigsten Nahrungsmittelallergenen in Deutschland gehören

- 1) Nüsse
- 2) Geschmacksverstärker
- 3) Gewürze
- 4) Hühnerlei
- 5) Hülsenfrüchte

4. Für die Prävalenz primärer Sensibilisierungen gegen Nahrungsmittel gilt:

- 1) Sie liegt bei ca. 16,6 % im bei Kindern im 10. Lebensjahr.
- 2) Sie liegt bei ca. 3,6 % bei Kindern im Säuglingsalter.

3) Sie liegt bei ca. 6,6 % bei Kindern im Säuglingsalter.

4) Sie liegt bei ca. 13,2 % bei Kindern im 5. Lebensjahr.

5) Sie liegt bei ca. 13,2 % bei Kindern im 10. Lebensjahr.

5. Welche Antwort ist falsch?

Lipidtransfer-Proteine kommen häufig vor in:

- 1) Nüssen
- 2) Getreiden
- 3) Fleisch
- 4) Gemüse
- 5) Obst

6. Zu den Thaumatinen und Enzymen als molekulare Nahrungsmittelallergene gehört nicht:

- 1) Mal d 2
- 2) Pur p 2
- 3) Act d 2
- 4) Bet v 2
- 5) Mus a 4

7. Die Diagnose einer Nahrungsmittelallergie beruht nicht auf:

- 1) Anamnese
- 2) Hauttestungen
- 3) diagnostischer Rotationsdiät
- 4) diagnostischer Eliminationsdiät
- 5) Provokation

8. Welche Aussage ist falsch ?

Folgende Samenspeicherproteine eignen sich gut für einen analytisch selektiven Sensibilisierungsnachweis/-ausschluss:

1) Gly m 5 und 6 bei Soja-Allergie

2) Ara h 1, 2, 3 und 6 bei Mandel-Allergie

3) Cor a 9 und 14 bei Haselnuss-Allergie

4) Jug r 1 und 2 bei Walnuss-Allergie

5) Ber e 1 bei Paranuss-Allergie

9. Welche Aussage ist falsch ?

Bet v 1-homologe PR-10-Proteine kommen vor in:

- 1) Erlenpollen
- 2) Walnüssen
- 3) Äpfeln
- 4) Thunfisch
- 5) Pfirsichen

10. Welche Aussage zu lebensbedrohlichen oder tödlichen Nahrungsmittelallergien (Anaphylaxien) trifft zu ?

Eine schwerwiegende, lebensbedrohliche und gelegentlich auch letal verlaufende allergische Reaktion auf Nahrungsmittel stellt der anaphylaktische Schock dar.

1) In jüngerer Zeit wurde eine Abnahme von akuten, lebensbedrohlichen allergischen Reaktionen auf Lebensmittel festgestellt.

2) Nahrungsmittelbedingte Anaphylaxien gehören zu den seltenen Ursachen schwerer anaphylaktischer Reaktionen.

3) Letale oder lebensbedrohliche allergische Reaktionen auf Nahrungsmittel kommen fast nur bei Säuglingen und Kindern vor.

4) Der Tod tritt häufig infolge Erstickung, seltener wegen kardio-vaskulären Schocks ein.

5) Die Symptomatik tritt meistens erst vier bis sechs Stunden nach der Allergenexposition auf.



Ärztlicher Nachwuchs blickt auf die eigene Generation

Eine qualitative Studie der Landesärztekammer Hessen

Iris Bruchhäuser, Maren Grikscheit, Silke Nahlinger, Nina Walter

Eine strukturierte Weiterbildung ist der Startpunkt einer erfüllten Facharztlaufbahn und das Fundament für eine gute Patientenversorgung. Sie ist darüber hinaus Gradmesser für generationenübergreifende Kollegialität. Es gibt deshalb zahlreiche Gründe für eine kontinuierliche Evaluation der Weiterbildung zum Facharzt. In den Jahren 2009 und 2011 wurden bundesweit Ärzte in Weiterbildung zur Weiterbildungssituation an ihrem Arbeitsort quantitativ befragt. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) hat weiterhin das Ziel, die Bedürfnisse und Wünsche des fachärztlichen Nachwuchses zu beleuchten [1]. Im Sommer 2015 startete die Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH mit einer hessenweiten Befragung zur Weiterbildungsqualität. Im Rahmen der Fragebogenentwicklung wurde 2013 eine qualitative Erhebung als Vorstudie durchgeführt. Ziel war es, die Vorstellungen der Ärzte in Weiterbildung und Fachärzte, die der Generation Y angehören, bezüglich ihrer Weiterbildung anhand von Einzelinterviews zu untersuchen. Ferner wurden sie nach ihren Sichtweisen auf die eigene Generation befragt. Anhand der Aussagen wurden Hypothesen abgeleitet und relevante Themen in den Fragebogen der Studie integriert, die im Sommer 2015 durchgeführt wurde.

Doch wie wird die „Generation Y“ definiert? Als Generation Y werden die rund um das Jahr 1980 geborenen Menschen bezeichnet [2]. Es gibt sowohl nationale als auch internationale Veröffentlichungen und Debatten zur Generation Y [3]. Sie wird allgemein in der Literatur als selbstbewusst, flexibel, ergebnisorientiert, jedoch nicht kritikfähig, orientierungslos und sprunghaft beschrieben. Hierarchien würden von dieser Generation strikt abgelehnt und die Anforderungen an den Arbeitsplatz seien sehr hoch [4].

Bislang existierten in Hessen kaum qualitative Befragungen zur Weiterbildungssituation von Ärzten, die der Generation Y zuzurechnen sind. Ferner wurden unseres Wissens die Sichtweisen des ärztlichen Nachwuchses auf die eigene Generation bis dato nicht evaluiert.

Der Fokus dieses Artikels richtet sich deshalb auf die Perspektive der befragten Jungmediziner der Generation Y.

Interviews mit Ärzten

Für die Studie wurde ein qualitatives Forschungsdesign gewählt, um auf Basis einer offenen Befragung individuelle Bedürfnisse des fachärztlichen Nachwuchses zu ermitteln. Ziel qualitativer Forschung ist es, die subjektive Sicht des Beforschten nachzuvollziehen sowie Muster und Strukturen zu erkennen. Aus den gewonnen Erkenntnissen lassen sich Hypothesen ableiten, die im nächsten Schritt im Rahmen eines quantitativen Forschungsdesigns überprüft werden.

Im März 2013 wurden 30 Ärztinnen und Ärzte (20 Ärzte in Weiterbildung und zehn Fachärzte) um Teilnahme an Interviews gebeten. Um aussagekräftige, individuelle Meinungsbilder zu gewinnen, sollte die Stichprobengröße gering gehalten werden. Die Stichprobe wurde aus einer kleinen Gruppe von für den Untersuchungsgegenstand typischen Vertretern ausgewählt [5]. Nachdem zehn Zusagen eingetroffen waren (von sieben Ärzten in Weiterbildung und drei Fachärzten), wurden acht Ärzte nach folgenden Kriterien ausgewählt und zu einem Interview eingeladen:

- Geschlecht;
- Jünger als 33 Jahre ($\geq$ Jahrgang 1980);
- Weiterbildung in Hessen;
- Alle Ärzte in Weiterbildung befinden sich seit mindestens zwei Jahren in der Weiterbildung;
- Alle Fachärzte haben ihre Weiterbildung vor sechs Monaten bis maximal zwei Jahren beendet;
- Guter Mix der Teilnehmer aus dem ambulanten und stationären Bereich;
- Guter Mix aus operativen und nicht-operativen Fächern;
- Stationärer Bereich: guter Mix aus Teilnehmern, die in kleinen Krankenhäusern (< 200 Betten), mittleren (201–800 Betten) und großen Krankenhäusern (> 800 Betten) tätig sind;
- Guter Mix hinsichtlich der Fachgebiete.

Es erfolgten acht Interviews (sechs Ärzte in Weiterbildung, zwei Fachärzte) à 90 Minuten zum Thema „Weiterbildungssituation“, basierend auf teilstrukturierten Leitfragen. Die Interviews wur-

Stichprobenverteilung (N=8)					
Pseudonym	Facharztbezeichnung	Beginn Weiterbildung	Bereich	Geschlecht	Krankenhaus-Größe
AiW* 1	Innere Medizin und Kardiologie	2011	stationär	w	mittel
AiW 2	Urologie	2008	stationär	w	klein
AiW 3	Innere Medizin	2008	stationär	m	mittel
FA** 4	Kinder- und Jugendmedizin	fertig seit 2013	stationär	w	klein
FA 5	Allgemeinmedizin	fertig seit 2012	ambulant	w	Einzelpraxis
AiW 6	Gynäkologie	2007	stationär	w	mittel
AiW 7	Allgemeinchirurgie	2010	stationär	m	groß
AiW 8	Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie	2011	stationär	w	groß
*AiW = Arzt in Weiterbildung **FA = Facharzt					

den von fachfremden Personen, zwei Soziologinnen mit langjähriger Erfahrung im Gesundheitssektor, durchgeführt. Drei Interviews fanden in der LÄKH statt und fünf in den Arbeitsstätten der Ärzte. Die Leitfragen beinhalteten folgende Schwerpunkte:

- Allgemeine Bewertung der Facharzt-Weiterbildung
- Detailabfrage Arbeits- und Weiterbildungssituation
- Weiterbildungsbefugter und Betreuung
- Generation Y
- Verbesserungsvorschläge hinsichtlich der Weiterbildungssituation
- Fragebogen Evaluation Weiterbildung Hessen

In dem vorliegenden Artikel sind die Kernergebnisse zum Schwerpunkt „Generation Y“ zusammengefasst. Folgende Leitfragen wurden dazu gestellt:

- Ist Ihnen der Begriff „Generation Y“ bekannt?
- Wie würden Sie die Generation Y beschreiben?
- Inwiefern hat sich das Verhalten dieser Generation verändert? Was sind die Gründe für das Verhalten bzw. für die Veränderung?
- Wie muss die Weiterbildungssituation der Generation Y angepasst werden, um diese weiter zu optimieren?

Die Beschreibung der Arztstichprobe kann der Tabelle entnommen werden. Die Mehrheit der Befragten war weiblich und im stationären Bereich tätig.

Aus den Antworten der Ärzte werden im folgenden Ergebnisteil die prägnantesten Zitate kategorisiert dargestellt.

Beschreibung der Generation Y

Fordernde Generation: Für jeden Teilnehmer war „Generation Y“ ein gängiger Begriff. Die Generation wird als dominant und fordernd charakterisiert; Probleme würden offen angesprochen werden:

„Ich glaube schon, dass die Generation Y eine sehr fordernde Generation ist und dass früher viel stärker die negativen Dinge nicht angesprochen wurden. Heute werden Probleme offen angesprochen und eine Lösung gefordert.“ (AiW 1)

Selbstbewusste/mutige Generation: Die Generation sei selbstbewusst und mutig. Dies beobachten auch ärztliche Kollegen der älteren Generation:

„Mein 45-jähriger Kollege wundert sich immer wieder, was wir so für Ansichten haben. Dass wir so mutig sind und einfach sagen: ‚Dann gehe ich halt.‘ Er gehört zur Generation, wo man noch den AiP (Arzt im Praktikum) gemacht hat. Früher hat man viel mehr akzeptiert, das passiert heute nicht mehr.“ (AiW 2)

Ablehnung strenger Hierarchien: Strenge Hierarchien würden heutzutage nicht mehr akzeptiert werden. Man wolle sich auf „Augenhöhe“ begegnen:

„(...) dass strenge Hierarchien früher einfach hingenommen wurden. Das wird jetzt gar nicht mehr akzeptiert. Alles muss auf Augenhöhe geschehen. (AiW 1)

„Opferbereitschaft“ nicht mehr ausgeprägt: Die heutige Generation vertrete nicht mehr die Einstellung, zu leben um zu arbeiten. Die Opferbereitschaft sei nicht mehr so stark ausgeprägt:

„Ich glaub’ einfach, dass diese Opferbereitschaft wie früher, wo Ärzte sich kasteiten, nicht mehr vorhanden ist. Sein ganzes Leben nur der Medizin zu opfern, das ist ein zu hoher Preis. Ich finde dies auch vollkommen in Ordnung, denn man lebt wirklich nicht, um zu arbeiten.“ (FA 5)

Work-Life-Balance wichtig: Insbesondere die Einhaltung der „Work-Life-Balance“ werde von der Generation Y als wichtig erachtet. Damit wird auch der Spaß am Arbeiten assoziiert:

„Der Begriff ‚Work-Life-Balance‘ steht nicht nur dafür, viel Freizeit zu haben, sondern auch für den Arbeitsinhalt. Die Arbeit soll Spaß machen, soll einen weiter bringen, man will etwas lernen. Die Arbeit muss ausgewogen sein, und dies bedeutet sicher nicht, zwölf Stunden Arztbriefe zu schreiben.“ (AiW 7)

Gründe für den Einstellungswandel

Sowohl berufsspezifische als auch gesellschaftliche Faktoren beeinflussen das Verhalten der Generation Y. Folgende Faktoren wurden von den Befragten genannt:

Aktuelle Arbeitsmarktlage: Vereinzelt wird die gute Arbeitsmarktlage als ausschlaggebender Grund für das selbstbewusste Verhalten der Generation Y genannt. Die junge Generation kön-

ne es sich leisten, Forderungen zu stellen. Bei Unzufriedenheit finde sich schnell eine andere Arbeitsstelle:

„Man findet recht leicht eine Stelle. Vor 20 Jahren, als der Markt einfach viel dichter war, gab es Menschen, die ihre Weiterbildung ohne Gehalt gemacht haben, um ihren Facharzt zu erreichen. Wir können uns das heute so ein bisschen aussuchen. Nur dann kann man Ansprüche stellen. Ich hätte gerne Work-Life-Balance und keine Überstunden.“ (AiW 2)

Hohe Arbeitsbelastung: Aufgrund der hohen Arbeitsbelastung würden sich die jungen Ärzte persönliche Grenzen setzen. Überstunden und eine „Aufopferung“ für die Karriere würden nicht mehr ohne weiteres akzeptiert, weil sich jeder vor einer Überlastung schützen wolle. Die „Work-Life-Balance“ solle für Ausgleich und Wohlbefinden. Nur wer ausgeglichen sei, könne die volle Leistung bringen:

„Ich finde es unglaublich wichtig, dass man Spaß an seiner Arbeit hat. Aber es muss auch irgendwann Schluss sein. Ein Arzt kann nur wirklich gute Arbeit leisten, wenn er genügend Zeit hat, um sich zu regenerieren. Ein Arzt, der ständig überarbeitet ist, macht Fehler. Es ist wichtig, hier Grenzen zu setzen.“ (FA 5)

Feminisierung der Medizin: Die Medizin werde weiblicher, dementprechend würden sich die Werte der jungen Ärzteschaft wandeln. Der Fokus wird auf die Vereinbarkeit von Privatleben, Familie und Beruf gelegt und weniger auf Karrierechancen. Gefordert werden flexible Arbeitszeiten und die Möglichkeit, trotz Teilzeitstelle eine gute und schnelle Weiterbildung zu absolvieren:

„Es liegt am Wechsel vom männlichen Kollegium zum weiblichen. Vor 40 oder 50 Jahren war die Frau zu Hause bei den Kindern, und der Mann hat das Geld verdient. Jetzt machen auch die Frauen zum Großteil eine Weiterbildung.“ (AiW 7)

Anpassung der Weiterbildung an die Generation Y

Vereinbarungen treffen und halten: Fast allen Befragten ist es wichtig, Aufgaben und Ziele im Rahmen ihrer Weiterbildung klar definiert zu bekommen. Vereinbarungen und Versprechen, die zwischen den Ärzten in Weiterbildung und den Weiterbildungs-ermächtigten bestehen würden, seien einzuhalten:

„Man braucht Klarheit, dass jeder weiß, was auf einen zukommt, dass man alles von Anfang an absteckt und die Versprechungen hält. Sonst hält es keiner lange durch und man ist weg.“ (AiW 1)

Feedback erhalten: Regelmäßiges Feedback hinsichtlich ihrer Tätigkeit wird von allen Teilnehmern erwartet und eingefordert:

„Feedback ist uns heute wichtig. Nicht nur einmal, sondern immer wieder. Regelmäßig sollten diese Gespräche stattfinden, sonst weiß man ja gar nicht, woran man ist. Unklarheit ist furchtbar. Ich bitte meinen Betreuer hin und wieder um Feedback.“ (AiW 6)

Vereinbarkeit von Familie und Beruf: Sowohl Frauen als auch Männer unter den Befragten betrachten die Vereinbarkeit von Familie und Beruf als einen wichtigen Faktor, um zufrieden zu sein:

„Sicherheit ist wichtig. Inwieweit ist mein Chef bereit, Elternzeit zu garantieren. Ist in der Nähe eine Kita für meine Kinder. Solche Dinge werden wichtiger.“ (FA 4)

Diskussion

Die Beschreibung der Generation Y aus Perspektive der befragten hessischen Ärzte spiegelt ihre Charakterisierung in der aktuellen Literatur wider: Es ist eine selbstbewusste und fordernde Generation, die strenge Hierarchien ablehnt und kaum „Opferbereitschaft“ zeigt [7]. Insbesondere die Work-Life-Balance wurde von den Befragten mehrfach als wichtiges Kriterium für die Berufszufriedenheit betont. Dieses Phänomen wird auch international diskutiert: Im Rahmen einer Schweizer Befragung von angehenden Allgemeinmedizinerinnen zu ihren beruflichen und privaten Zielen kristallisierte sich heraus, dass die Einhaltung der Work-Life-Balance ein wichtiges Ziel für die Jungmedizinerin ist [8].

Doch welche Gründe sind für diesen Haltungswandel verantwortlich? Gesellschaftliche Faktoren spielen offenbar eine zentrale Rolle: Die Generation Y wuchs in einem friedliebenden und wirtschaftlich gesegneten Vierteljahrhundert auf. Entfaltungsmöglichkeiten waren nie so zahlreich wie in dieser Zeit. Keine vorherige Generation hatte so viele Chancen [9]. Die enormen wirtschaftlichen Veränderungen der vergangenen Jahrzehnte beeinflussen demnach das Denken und Handeln der Gesellschaft – und zwar bei Berufseinsteigern mehr als bei Menschen, die schon viele Jahre arbeiten.

Die befragten Ärztinnen und Ärzte nannten als wichtigen Faktor die Feminisierung der Medizin. In fast allen OECD-Staaten ist der Anteil der Frauen im ärztlichen Arbeitsfeld seit einigen Jahren stark angestiegen [10]. Auch deshalb werden flexible Arbeitszeiten und Teilzeit-Modelle gefordert. Neben diesen konkreten Postulaten bezüglich des beruflichen Alltags muss grundsätzlich der Frage nachgegangen werden, wie die gesellschaftliche Gestaltung von Arbeit und Leben zukünftig aussehen soll.

Die ärztliche Weiterbildungsordnung hat in Hessen zur Förderung der Frauen beigetragen: „So kann bis zu einem Jahr der Facharztweiterbildung in Abschnitten von mindestens drei Monaten absolviert werden, während früher sechsmonatige Abschnitte vorgeschrieben waren“ erklärt Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Weiterbildungsabteilung der Landesärztekammer Hessen [11]. Hinsichtlich der fachärztlichen Weiterbildung bedeutet dies, dass diese für Ärztinnen mit Kindern nicht nur ermöglicht wird, sondern dass Frauen dabei auch aktiver als bisher unterstützt werden [12].

Neben gesellschaftlichen Faktoren beeinflusst die gute Arbeitsmarktlage das Verhalten der Jungmediziner. Seit Jahren spitzt sich der Ärztemangel zu. Beobachter gehen davon aus, dass sich die Situation in der kommenden Zeit weiter verschärfen wird [13]. Aufgrund des guten Arbeitsmarkts steigen die Chancen von Ärzten auf ihren „WunschJob“. Laut Aussagen der Befragten kann es sich die junge Ärztegeneration leisten, diesbezüglich Forderungen zu stellen.

Um die Weiterbildung der Generation Y so anzupassen, dass die junge Ärzteschaft zufrieden ist, wünschen sich die Interviewten vor allem flexible Arbeitszeiten und die Möglichkeit der Vereinbarkeit von Privatleben, Familie und Beruf.

Auch an die Führungsebene werden Forderungen gestellt: Regelmäßige Feedbackgespräche sollten realisiert und Versprechen bzw. Vereinbarungen eingehalten werden. Idealerweise sollte die Zusammenarbeit auf „Augenhöhe“ erfolgen; flache Hierarchien werden von den Jungmedizinerinnen geschätzt.

Diese Ansichten werden von den älteren Generationen oft kritisch beäugt, die den ärztlichen Nachwuchs als zu selbstbewusst und verwöhnt tituliert [14]. In den Interviews wurde deutlich, dass sich Kollegen der älteren Generation über das sehr selbstbewusste und fordernde Verhalten verwundert zeigen. Solche Differenzen können zu Spannungen zwischen den Generationen führen. Allein Forderungen nach besseren Arbeitsbedingungen und Ansprüche an die Chefetagen reichen deshalb nicht aus, um die aktuelle Weiterbildungssituation attraktiver zu gestalten. Vielmehr müssen zunächst beide Generationen verstehen, weshalb es diese Unterschiede gibt [15]. Durch die Auseinandersetzung mit der jeweils anderen Generation und einer offenen Kommunikation kann sich ein besseres Verständnis für deren Sicht- und Verhaltensweisen entwickeln. Potentielle Spannungen basieren weniger darauf, dass sich Ärzte unterschiedlicher Generationen gegenüberstehen, sondern mehr darauf, dass unterschiedliche Glaubenssätze zu Arbeit und Führungsstil aufeinander treffen [16].

Welche Handlungsoptionen ergeben sich?

Folgende Hinweise können helfen, potentielle Spannungen zwischen den Generationen abzuschwächen oder zu verhindern:

- Von der anderen Generation lernen und somit profitieren: Unterschiedliche Erfahrungen können eine größere Bandbreite an Wissen ermöglichen.

- Mentoring-Möglichkeiten zwischen erfahrenen und jüngeren Kollegen nutzen.
- Die Einhaltung regelmäßiger Feedbackgespräche und gemeinsame Zielsetzungen.
- Flexible Arbeitszeiten für Männer und Frauen, auch in den Chefetagen.
- Die noch bessere Vereinbarkeit von Privatleben/Familie und Beruf.

Die Basis für eine gute Zusammenarbeit liegt darin, die andere Generation zu verstehen, zu respektieren und gemeinsam daran zu arbeiten, eine gute Arbeitsatmosphäre zu schaffen. Nur so können sich unterschiedliche Generationen sowohl heute als auch in Zukunft auf „Augenhöhe“ begegnen.

Korrespondenzadresse:
Dr. Dipl.-Soz. Iris Bruchhäuser,
Wissenschaftliche Referentin
Landesärztekammer Hessen
E-Mail: iris.bruchhaeuser@laekh.de

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

Bücher



Martina Kloepfer, Albrecht Kloepfer, Clarissa Kurscheid (Hrsg.): Jahrbuch Gendergesundheit 2014. Gesellschaft, Versorgung und Arbeit

medhochzwei Verlag GmbH Heidelberg,
2014. 193 Seiten, Softcover.
ISBN 9783862161492, 49,99 Euro

Es existiert viel und auch fundiertes Wissen über geschlechtsspezifische Unterschiede in der medizinischen Versorgung in Deutschland – nur leider in verschiedenen Köpfen. Insofern ist das Anliegen des Bundeskongress „Gendergesundheit“, eine Plattform für den interdisziplinären Austausch der Akteure in den Gesundheitsberufen zu etablieren, nicht nur zu begrüßen, sondern auch dringend notwendig und längst überfällig.

In vier Abschnitten werden gesundheits- und sozialpolitische Aspekte zur Gendergesundheit sowie ihre gegenseitigen Abhängigkeiten und Implikationen beleuchtet. In ihrer Einführung machen die Autoren deutlich, dass es keine geschlechtsneutrale Medizin gibt. Sie zeigen auf, wie Kultur, Tradition und Sozialisation sich auf die Geschlechterrolle von Mann und Frau auswirken. Es folgen Beiträge zu spezifischen Krankheitsbildern, die in der Aus-

prägung, im Verlauf als auch in der Therapie zum Teil deutliche geschlechtsspezifische Unterschiede aufweisen. Es wird dargelegt, dass Gender in der Medizin kein „Frauenthema“ ist. Es geht auch nicht darum, tradierte Behandlungsmethoden zu verdammen, sondern um die Umsetzung wichtiger Erkenntnisse in der medizinischen Versorgung bei effizienter Ausschöpfung knapper werdender Mittel. Ein weiterer Schwerpunkt stellt das Kapitel „Gesundheit und Arbeitsleben“ dar. Sowohl in der Pflege als auch in der medizinischen Versorgung werden zukünftig mehr Frauen als Männer tätig sein. Hier gilt es, die Rahmenbedingungen der Erwerbstätigkeit so anzupassen oder zu verändern, dass das volle Potenzial der Erwerbstätigen, Männer wie Frauen, im Gesundheitswesen zu nutzen und zu erhalten.

Das Jahrbuch liest sich etwas mühselig. Das liegt nicht nur an dem sozialwissenschaftlichen Sprachduktus, sondern auch daran, dass mit jedem der Schwerpunktthemen ein eigener Kongress ausgerichtet werden könnte. So bleiben die Autoren stellenweise oberflächlich, zum Beispiel fehlen Ausführungen zum Transfer des erarbeiteten Wissens in Lehre und Praxis. Hier ist das spezifische Wissen der Ärzte und Ärztinnen dringend gefragt. Nichtsdestotrotz, es wurde ein wichtiges Thema aufgerufen, dass auf jedem Medizinkongress angesprochen und weitergebracht werden sollte.

Dr. med. Susan Trittmacher

Literatur zum Artikel:

Ärztlicher Nachwuchs blickt auf die eigene Generation

Eine qualitative Studie der Landesärztekammer Hessen

von Iris Bruchhäuser, Maren Grikscheit, Silke Nahlinger und Nina Walter

- [1] Bruchhäuser I., Nahlinger S., Walter N., Kaiser R. Aktuelle Befragungsprojekte der Landesärztekammer Hessen zum ärztlichen Nachwuchs. Hessisches Ärzteblatt, Sonderdruck 5/2015, 1–3.
- [2] Schmidt, C.E., Möller J., Schmidt K. et al. Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Der Anästhesist 6/2011. 60:517–524.
- [3] Ankowitz E. Diskussion über den „Acht-Stunden-Arzt“. Deutsches Ärzteblatt 2014, Jg. 111, Heft 12.
- [4] Deutsche Gesellschaft für Personalführung e.V. Zwischen Anspruch und Wirklichkeit: Generation Y finden, fördern und binden. Praxis Papier 9/2011.
- [5] Flick U, Kardoff E v, Kneupp H. et al. Handbuch Qualitativer Sozialforschung. München: Psychologie Verlags Union, 1995
- [6] Mayring P. Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken. Beltz Verlag 2008, Weinheim und Basel
- [7] Schmidt, C.E., Möller J., Schmidt K., et al. Generation Y. Rekrutierung, Entwicklung und Bindung. Anästhesist 2011. 60:517–524
- [8] Buddeberg-Fischer B., Stamm M., Buddeberg-Fischer C. et al. The new generation of family physicians – career motivation, life goals und work-life-balance. Swiss medical weekly 2008; 138 (21–22): 305–312
- [9] DocCheck. Generation Y: Knockin' on hospitals door. (<http://news.doccheck.com/de/11480/offener-brief/>) Zugriff: 20.7.2015
- [10] B. Gedrose, C. Wonneberger, J. Jünge et al. Haben Frauen am Ende des Medizinstudiums andere Vorstellungen über Berufstätigkeit und Arbeitszeit als ihre männlichen Kollegen? Ergebnisse einer multizentrischen postalischen Befragung. Deutsche Medizinische Wochenschrift 2012; 137(23): 1242–1247
- [11] Karnosky, V. Der Beratungsbedarf ist größer geworden. Forum junge Ärztinnen und Ärzte. Hessisches Ärzteblatt 5/2014, S. 255
- [12] Van den Bussche, H. Karriere – Wunsch und Wirklichkeit. Hamburger Ärzteblatt 09/ 2012, 12–16
- [13] Bundesärztekammer: Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2013. Ärzteschaft in der Generationenfalle. (<http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.12002>) Zugriff: 14.7.2014
- [14] Hucklenbroich C. Ärzte der Generation Y: Selbstbewusst, gut bezahlt und gern in Teilzeit. Frankfurter Allgemeine Zeitung. (<http://www.faz.net/aktuell/beruf-chance/arbeitswelt/aerzte-und-kliniken/aerzte-der-generation-y-selbstbewusst-gut-bezahlt-und-gern-in-teilzeit-12622408.html>). Zugriff: 24.07.2015
- [15] Haaf M. Heult doch. Über eine Generation und ihre Luxusprobleme. Piper Verlag GmbH 2011, München
- [16] Burkhart S. Ein Ypsiloner über die Babyboomer. (<http://generation-why.org/2014/03/27/ein-ypsiloner-uber-die-babyboomer/>). Zugriff: 20.07.2015

Mutterschutz unter Berücksichtigung von Ärztinnen in Weiterbildung

Das Mutterschutzgesetz (MuSchG) und die Mutterschutzverordnung dienen dem Schutz der Schwangeren und des ungeborenen Kindes und regeln verbindlich Tätigkeitseinschränkungen während Schwangerschaft und Stillzeit. Hieraus ergeben sich in Einzelfällen notwendige individuelle (MuSchG § 3) und generelle (Arbeitsplatz bezogene) Beschäftigungsverbote (MuSchG § 4). Sie werden durch Vorgaben der Bundesländer, beispielsweise zum Umgang mit Infektionsgefährdung, weiter spezifiziert.

Gefährdungsbeurteilung

In die Beurteilung (Gefährdungsbeurteilung) ob eine Schwangere ihre Tätigkeit entweder wie bisher, arbeitsteilig modifiziert oder gar nicht weiterführen kann, gehen der Arbeitsplatz, die möglichen Veränderungen in der Arbeitsorganisation und individuelle Aspekte wie beispielsweise der Immunitätsstatus gegenüber Infektionskrankheiten ein. Die Gefährdungsbeurteilung wird von Seiten des Arbeitgebers, wesentlich durch den jeweiligen Vorgesetzten, unterstützt durch den Betriebsarzt und unter Einbeziehung der Schwangeren und des Betriebsrats durchgeführt.

Aus der Gefährdungsbeurteilung am Arbeitsplatz ergibt sich entweder eine der Aufsichtsbehörde mitzuteilende unbedenkliche Weiterbeschäftigung, eine Beschäftigung unter arbeitsorganisatorischen Veränderungen (formal auch partielles Beschäftigungsverbot) oder ein arbeitsplatzbezogenes („generelles“) Beschäftigungsverbot. Bei letzterem bekommt die Schwangere ihr bisheriges Gehalt weiter, der Arbeitgeber erhält eine Kompensation über die Krankenversicherung.

Es gibt weitere Sachverhalte, bei denen eine Beschäftigung in der Schwangerschaft nicht möglich ist. Aus einer gynäkologischen oder sonstigen ärztlichen Beurteilung können sich in den Besonderheiten der individuellen Schwangerschaft gelegene Hinderungsgründe und ein individuelles Beschäftigungsverbot ergeben. Im Ausnahmefall und vorübergehend kann sich dieses von extern erstellte Beschäftigungsverbot auch durch den Arbeitsplatz begründen. Aus einer ärztlichen Beurteilung des allgemeinen Gesundheitszustandes kann wie bei allen anderen Arbeitnehmern die Feststellung einer Arbeitsunfähigkeit resultieren.

Keine Einheitlichkeit

Mutterschutz wird nicht überall einheitlich gehandhabt. Häufig sind die Vorgaben zum Mutterschutz nicht ausreichend bekannt. Hieraus können sich Unsicherheiten und eine unterschiedliche Handhabung bei einzelnen Arbeitgebern ergeben. Oftmals werden Gefährdungsbeurteilungen bei Schwangerschaften nicht ernst genug genommen. Sie werden insbesondere nicht ausrei-

chend auf die individuellen Gegebenheiten des Arbeitsplatzes und der Tätigkeit oder nicht auf mögliche schützende arbeitsorganisatorische Maßnahmen bezogen.

Komplexe Arbeitsfelder

Die genannten auf den einzelnen Arbeitsplatz und die Schwangere bezogenen Aspekte haben eine besondere Bedeutung. Insbesondere, wenn es sich um so komplexe Arbeitsfelder und Tätigkeitsinhalte wie bei in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen handelt. Hier werden im individuellen Kontext noch mögliche Tätigkeitsfelder unter Einbeziehung arbeitsorganisatorischer Maßnahmen in der Regel soweit auszudehnen sein wie dies unter Berücksichtigung der Schutzinteressen der Schwangeren und des ungeborenen Kindes dem Arbeitgeber möglich ist. Beispielsweise kann es unter Festlegung und Einhaltung arbeitsteiliger Maßnahmen auch Schwangerenarbeitsplätze für Anästhesistinnen geben.

Auch wenn der Arbeitgeber hier besonders gefordert ist, so muss sich die Schwangere andererseits bewusst sein, dass ein weiterer Einsatz zum Beispiel einer gegen Kinderkrankheiten nicht ausreichend immunen Ärztin der Kinderklinik oder einer operativ in der Thoraxchirurgie tätigen Schwangeren nur möglich ist, wenn Alternativen bestehen und nicht gleichzeitig bei anderen Schwangeren ähnliche dann wiederum durch weitere Mitarbeiter zu kompensierende Einschränkungen bestehen. Auch können weitere Vorgaben des Mutterschutzgesetzes wie „kein Nachtdienst“ nicht individuell aufgehoben werden oder ist eine gefährdende Tätigkeit „auf eigene Verantwortung“ aufgrund des Gesetzes nicht möglich.

Individuelle Lösungen suchen

In allen auf den Arbeitsplatz und die Schwangerschaft bezogenen Problemfällen empfiehlt es sich, mit betrieblichen Verantwortlichen und Experten, so den Vorgesetzten, dem Betriebsarzt, dem Betriebsrat frühzeitig Kontakt aufzunehmen und auch gegebenenfalls aus eigener Sicht Lösungsmöglichkeiten aufzuzeigen. Sollte sich hieraus keine zufriedenstellende Problemlösung ergeben, kann die zuständige Arbeitsschutzbehörde, in Hessen das zuständige Regierungspräsidium, kontaktiert und um Überprüfung gebeten werden.

Prof. Dr. med. Thomas Weber

Facharzt für Innere Medizin,

Facharzt für Arbeitsmedizin,

Wiesbaden

E-Mail:

Weber@professor-weber-wiesbaden.de



Foto: B. Weber-Schnee

Palliative Versorgung an den Wünschen Sterbender orientieren

7. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung“ in Bad Nauheim

„Dass Sie so zahlreich erschienen sind, zeigt, wie gut Sie vernetzt sind und wie sehr Sie für das Thema brennen“: Mit diesen Worten begrüßte Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, 122 Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 7. Fachtagung „Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung“ in Bad Nauheim. Am 11. November 2015 fand die gemeinsam von der Akademie der Landesärztekammer, der HAGE e. V., Arbeitsbereich KASA-Koordinations- und Ansprechstelle für Dienste der Sterbebegleitung und Angehörigenbetreuung, dem Hospiz- und Palliativverband Hessen e. V. sowie dem Fachverband SAPV Hessen e. V. veranstaltete Tagung unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministers für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, statt.

„Wir brauchen Ihren Sachverstand“

Auch Wolfgang Dippel, Staatssekretär für Soziales im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI), betonte die Bedeutung der Netzwerkarbeit. Mit dem kürzlich beschlossenen neuen Hospiz- und Palliativgesetz solle die Palliativversorgung in Deutschland ausgebaut und gestärkt werden. Doch nicht nur die Politik, sondern die gesamte Gesellschaft sei gefordert, Menschen am Lebensende sorgend zu begleiten. Hessen habe auf Bundesebene die Forderung nach einer großen Öffentlichkeitskampagne eingebracht. „Wichtig ist, über die Möglichkeiten und Angebote der Sterbebegleitung zu informieren. Wir brauchen dafür Ihren Sachverstand“, appellierte Dippel an seine Zuhörer. Wie wichtig sachgerechte Aufklärung in den Medien sei, unterstrich ebenfalls Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen. Es dürfe nicht sein, wie unlängst in einer TV-Sendung gesche-

hen, dass etwa die Bedeutung der Begriffe Sterbehilfe und Sterbebegleitung durcheinander gebracht werde. „Wir müssen noch besser aufklären als bisher“, erklärte von Knoblauch zu Hatzbach und unterstrich einmal mehr die Bedeutung interdisziplinärer Zusammenarbeit, die weiterentwickelt werden müsse.

Diskrepanz der Wahrnehmung

Dies zeigen auch die Ergebnisse des seit drei Jahren laufenden Forschungsprojektes „Transdisziplinäre Professionalität in

Sichtweise und Wahrnehmung der Befragten ergeben. Zu den Bedürfnissen der Sterbenden zähle u. a. der Wunsch nach einem würdigen Lebensraum für die verbleibende – qualitativ gute – Zeit, nach Rückschau, Gesprächen über Sinnfragen und danach, vor dem körperlichen Tod keinen sozialen Tod erleiden zu müssen. Die Überlegungen seien frei von Methodik und besonderen Versorgungsvorgaben. Dagegen sei das Denken der professionellen Sterbebegleiter von Leitfäden, Zeitvorgaben und der Suche nach Lösungen für die Zukunft geprägt.



Großes Interesse: 122 Teilnehmer besuchten die Fachtagung

der spezialisierten ambulanten Palliativversorgung (TP | SAPV) der Frankfurt University of Applied Sciences, dessen erste Teilergebnisse Professor Ulrike Schulz in ihrem Vortrag vorstellte. Sie berichtete von Gesprächen, die im Rahmen des Projekts sowohl mit Mitarbeitern von SAPV-Teams als auch mit sterbenden Menschen und ihren Angehörigen geführt wurden. Im Ergebnis habe die Auswertung eine bemerkenswerte Diskrepanz von

Durch das professionelle „Sorgearrangement“ entstehe Unruhe, sagte Schulz. Eine Versorgung gelinge dann, wenn die Logik der Sache vor die Logik der Disziplin trete, so die Hypothese. Dies bedeute, dass sich der Blick der Professionellen trotz der Komplexität der Versorgungsfälle auf das Hier und Jetzt – und damit auf die Bedürfnisse der Sterbenden – konzentrieren solle. Bei dieser schwierigen Aufgabe käme den ehrenamtlich in ambulanten Hospizdiens-

ten Tätigen eine wichtige Rolle im Netz der Versorger zu, da sie ohne zeitliche Vorgaben gemeinsam mit den Sterbenden aus der Situation heraus Zeit gestalten können. „Leiden wenigstens für einen Moment nachempfinden“ und sich auf wandelbare Situation einstellen können – darum gehe es bei der Sterbebegleitung.

Überblick über palliative Angebote

„Wir brauchen dringend transprofessionelle und bedarfsorientierte Forschung, auch an hessischen Hochschulen“, bekräftigte Dr. med. Ingmar Hornke, Vorsitzender des Fachverbandes für die spezialisierte ambulante Palliativversorgung Hessen (SAPV) und drückte die Hoffnung aus, „dass wir irgendwann den Facharzt für Palliativmedizin bekommen“. Gemeinsam mit Michaela Hach (SAPV) und Lothar Lorenz, Vorsitzender des Hospiz- und Palliativverbandes Hessen (HPVH), bot Hornke einen Überblick über die Angebote der Hospiz- und Palliativarbeit in Hessen. Dazu gehörten Angaben über die Zahl stationärer Hospize (14), Kinderhospize (1), Palliativeinrichtungen (11), 22 ambulanter Palliativteams sowie ambulanter Hospizinitiativen (105; davon werden 64 nach dem Sozialgesetzbuch V gefördert) in Hessen. Die Befürchtung wurde geäußert, dass durch neue finanzielle Anreize ein „Wildwuchs“ stationärer Einrichtungen entstehen könne, der nicht bedarfs- und bedürfnisgerecht sei. Außerdem kritisierte Lorenz, dass die Betreuung von Sterbenden und ihren Angehörigen durch Profis ins Abseits gedrängt werden könne. „Das Ehrenamt ist die Grundlage“, betonte Michaela Hach.

„Wichtig ist, dass wir es in Hessen schaffen, eine allgemeine ambulante Palliativversorgung zur Verfügung zu stellen“, so Hornke. Dass palliative Betreuung künftig an Krankenhäusern angeboten werden soll, sei aus seiner Sicht eine Fehlentwicklung. Die Referenten waren sich darin einig, dass die Versorgung sterbender Menschen stärker an deren Bedürfnissen orientiert werden müsse. So dürfe das Denken nicht in erster Linie an der Finanzierung der Versorgung ausgerichtet sein: „Wir müssen im Gesundheitswesen umdenken und die Nutzerorientierung ins Zentrum stellen“, fasste Hornke zusam-

men. Auch sei ein tragfähiges Konzept für die Versorgung chronisch kranker sowie mehrfach behinderter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener notwendig. Elke Kiltz, Referatsleiterin im HMSI, hob die klare Positionierung des Landes Hessen gegen Sterbehilfe und für die Förderung von palliativer Versorgung hervor.

Zentrale Themen der Charta

Dr. Thomas Nolte beschrieb in seinem Vortrag den Weg der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland hin zu einer Nationalen Strategie. Die fünf zentralen Themen der Charta sind: Analyse der Situation schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland; die Nöte und Bedürfnisse der Betroffenen und deren Angehöriger; die gesellschaftliche Dimension des Sterbens; das Aufzeigen von Unterstützungs- und Fördermöglichkeiten; weitere Entwicklungen und Ausbau der Palliativ- und Hospizversorgung. Neben der Notwendigkeit, die Bevölkerung über Versorgungs- und Begleitungsmöglichkeiten zu informieren, sprach sich Nolte eindringlich dafür aus, dass sich jeder Mensch mit seinen Wünschen für sein Lebensende durch das Verfassen einer Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht auseinandersetzen solle.

Nachmittags diskutierten die Teilnehmer der Fachtagung in Arbeitsgruppen weiter. Themen waren sowohl die Charta als auch die Beschäftigung mit hospizlicher Beglei-

tung und palliativer Versorgung in Pflegeeinrichtungen, die Zugangsgerechtigkeit zu den Angeboten der Hospiz- und Palliativarbeit, bürgerschaftliches Engagement und die S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer unheilbaren Krebserkrankung.

Wie es weitergeht

Am Ende der Fachtagung lassen sich die Ergebnisse der Diskussionen wie folgt zusammenfassen: Die Hospizbewegung habe die Verantwortung, das Thema „Sterben und Tod“ weiterhin öffentlich zu machen und über die Angebote der Hospiz- und Palliativarbeit zu informieren. Begrifflichkeiten müssten verständlich erklärt werden und es müsse deutlich werden, dass „kurativ“ und „palliativ“ keine Gegensätze seien. Der Austausch über Beispiele guter Praxis der Versorgung und Begleitung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen solle verstärkt werden. Deutlich wurde die Notwendigkeit, die Vernetzung der einzelnen Akteure in der Region voranzutreiben. Dadurch werde eine bessere Begleitung, Beratung und Versorgung sterbender Menschen und ihrer Angehörigen möglich. Fortbildungen mit Teilnehmern verschiedener Professionen sollen die Möglichkeit bieten, frühzeitig ein gemeinsames Arbeiten auf Augenhöhe für den späteren Berufsalltag einzuüben und zu vertiefen.

Katja Möhrle

GOÄ-Novelle: Hessische Ärzte fordern Nachbesserungen

Informationsveranstaltung der Landesärztekammer Hessen vor dem außerordentlichen Deutschen Ärztetag

Überholt und intransparent: Eine Reform der über 30 Jahre alten Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist längst überfällig. Nun scheint nach jahrelangem Bemühen eine Novellierung zum Greifen nahe, doch in der Ärzteschaft rumort es. Grund: Viele Ärzte sehen sich nicht ausreichend über die Inhalte der geplanten neuen GOÄ informiert. Um die hessischen Ärztevertreter im Vorfeld des außerordentlichen Deutschen Ärztetages zur GOÄ am 23. Januar aus erster Hand über den Verhandlungsstand zu unterrichten, hatten Ärztekammer Hessen und die PVS-Akademie als Vertreter der beiden Verhandlungsführer den GOÄ-Beauftragten der Bundesärztekammer (BÄK) Dr. med. Bernhard Rochell und Dr. Birgit König, Stellvertretende Vorsitzende des Verbandes der Privaten Krankenversicherung (PKV), als Referenten in die Räume der Apobank nach Frankfurt eingeladen.

Rochell und König brachten die Ziele der neuen GOÄ in ihrem gemeinsamen Vortrag auf den Punkt: mehr Transparenz, Abrechnungssicherheit und Verständlichkeit. U.a. sollen die sprechende Medizin gestärkt, die neuen deutlich höheren Einzelsätze der Gebührenordnung nicht unterschritten und die geplante Gemeinsame Kommission (GEKO) paritätisch besetzt werden: 4 Sitze durch die BÄK und je 2 Sitze durch die PKV und Beihilfeträger. Damit die neue Gebührenordnung entsprechend einer von der Ärzteschaft seit Langem erhobenen Forderung kontinuierlich weiterentwickelt werden kann, um medizinische Innovationen frühzeitig aufnehmen zu können, soll die GEKO mit Datenstelle dem Bundesgesundheitsministerium (BMG) bzw. dem Gesetz- und Verordnungsgeber diesbezüglich Empfehlungen geben. Bei Uneinigkeit besteht die Option eines Schlichtungsverfahrens beim BMG. Die ersten 36 Monate nach Inkrafttreten der neuen GOÄ dienen dem Risikocontrolling.



Großes Interesse an der Informationsveranstaltung



Ärzttekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach mit Referenten (v.l.n.r.): Dr. med. Theodor Windhorst, Dr. Florian Reuther, Dr. med. Bernhard Rochell, Dr. Birgit König, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Egbert Maybach-Nagel

Die neue GOÄ sehe einen einfachen Satz – Startpunkt sei der bisherige 2,4-fache Satz, sowie einen zweifachen Satz bei eindeutig schwierigen Fällen vor, die aufgrund bestimmter Kriterien festgelegt würden, teilte König mit. Die Analogbewertung werde beibehalten; auch dazu werde die GEKO Empfehlungen geben. „Die Öffnungsklausel ist vom Tisch“, berichtete Rochell. Es komme vielmehr auf einen fairen Interessenausgleich an: keine Überforderung der zur Zahlung der

Entgelte Verpflichteten und angemessene Vergütung der ärztlichen Leistung (§11 Bundesärzteordnung). Mit Blick auf den Paragraphenteil des neuen Regelwerks unterstrich Rochell, dass es keine Änderungen an der Schnittstelle zu den DRGs gebe. Die Wahlärztkette bleibe im Wesentlichen so bestehen, wie heute. Bei der wahlärztlichen Behandlung trage auch im Fall der Vertretung der Wahlarzt die Gesamtverantwortung für die sachlich korrekte Rechnungslage.

BÄK und PKV waren 2011 von dem Gesetzgeber verpflichtet worden, bei der Entwicklung eines neuen GOÄ-Entwurfs zusammenzuarbeiten. Dass die Eckpunkte nun in dieser Form mit über 4.300 Gebührensätzen – 500 mehr als in der alten GOÄ, dem Ministerium vorgelegt werden konnten, nannte König einen „riesigen“ Erfolg. Beide, PKV und BÄK, wollten damit die Privatmedizin stärken. „Natürlich handelt es sich bei dem Entwurf zur GOÄ-Novelle um einen Kompromiss“, räumten neben den Referenten auch Dr. med. Theodor Windhorst, Präsident der Ärztekammer Westfalen Lippe und Vorsitzender des Ausschusses „Gebührenordnung“ der BÄK sowie Dr. Florian Reuther, Geschäftsführer Recht des PKV-Verbandes in der anschließenden, von Egbert Maibach-Nagel, Chefredakteur des Deutschen Ärzteblattes, moderierten Diskussion ein. Beide Seiten hätten Zugeständnisse machen müssen, um das Werk auf den Weg zu bringen. Voraussetzung für eine neue Gebührenordnung sei allerdings auch, dass die Bundesärztekammer sich nicht nur mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung, sondern darüber hinaus nun zusätzlich auch mit den Beihilfeträgern auf einen gemeinsamen Entwurf einer neuen GOÄ einigen müsse.



Diskussionsrunde (v.l.n.r.): Egbert Maybach-Nagel, Dr. med. Theodor Windhorst, Dr. Florian Reuther, Dr. med. Bernhard Rochell, Dr. Birgit König

Die Ausführungen der Referenten warfen auf der Informationsveranstaltung neue Fragen auf: So äußerten einige Zuhörer die Befürchtung, dass mit der neuen GOÄ eine sogenannte EBMisierung verbunden sei. Ein Verdacht, den Windhorst und Rochell entschieden zurückwiesen. Weder würden über die neue Gebührenordnung die Analogabrechnung noch Budgets eingeführt. Jeder Arzt rechne mit seinem Patienten ab. Neben dem Appell, einzelne Inhalte nachzubessern, artikulierten viele Ärztevertreter deutliche Kritik an bisher unzureichender Information. Diese wurde von Windhorst mit der Auflage des Bundesgesundheitsministeriums begründet, während der Verhandlungen keine detaillierten Inhalte

zu veröffentlichen. Er rief die Ärzte dazu auf, ihre Forderungen nach Nachbesserungen und mehr Transparenz auf dem außerordentlichen Ärztetag zu formulieren. Der neuerliche Vorstoß der SPD-Fraktion gegen eine Novellierung der GOÄ und für eine Bürgerversicherung müsse ernst genommen werden. Wenn sich die Delegierten des außerordentlichen Deutschen Ärztetages gegen den Entwurf von BÄK und PKV aussprechen würden, bestehe die Gefahr, dass damit die vielleicht letzte Chance für eine Novellierung der GOÄ verspielt und der Weg für die von der SPD geforderte Bürgerversicherung eröffnet sei, warnte Rochell.

Katja Möhrle

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Beim Malen hört das Zittern auf

Für den Parkinson-Patienten Jörgen Bruchhäuser ist Kunst Therapie

Der abendliche Himmel taucht das Jugendstilgebäude im Frankfurter Nordend in Dunkelheit. Umso reizvoller ist der Blick in die hellen Fenster im ersten Stock. An den Wänden des Eckzimmers hängen Bilder mit leuchtend bunten geometrischen Formen. Was es mit diesen auf sich hat, wird bei einem Besuch der nervenärztlichen Praxis von Professor Alexandra Henneberg deutlich. Unter dem Titel „Frankfurt bewegt sich“ sind in den

hohen Räumen der Altbauetage Aquarelle und Acrylgemälde von Jörgen Bruchhäuser ausgestellt. In unterschiedlichen Formaten und intensiven Farbvariationen zeigen sie die Frankfurter Skyline in neuem Licht.

Um die geraden Linien der Hochhäuser auf die Leinwand zu bringen, braucht es eine ruhige Strichführung. Dass Bruchhäuser diese beherrscht, ist keine Selbstverständlichkeit, denn der 1942 in Kopenhagen geborene, pensionierte Wirtschaftsingenieur leidet an Parkinson. Seit 1968 lebt er in Deutschland, davon 30 Jahre in Neu-Isenburg. 2004 wurde die Krankheit bei ihm diagnostiziert; verschiedene Behandlungen und Anwendungen folgten. Vier Jahre später, 2008, kam Bruchhäuser kurz vor dem Ende eines Klinikaufenthaltes in der Parkinson-Klinik in Bad Schwalbach mit der Malerei in Berührung. „In der Therapiestunde habe ich mein erstes Aquarellbild gemalt“, erinnert er sich. Dabei sei der Funke übergesprungen: „Das Erstaunliche war: Beim Malen hörte das Zittern auf – und das ist noch heute so.“

Zurück zu Hause bildete sich Bruchhäuser autodidaktisch weiter. Es entstanden Blumen- und Landschaftsbilder: Farbenfroh, optimistisch und mit den Jahren in immer besserer Qualität. „Ich habe früher viel fo-



Skyline Frankfurt 9 – Acryl auf Leinwand, 50 x 100 cm von Jörgen Bruchhäuser

tografiert, aber nie einen Zeichenstift oder Pinsel in die Hand genommen. Den Anstoß gab die Therapie; inzwischen kann ich kaum mehr aufhören, zu malen. Dabei konzentriere ich mich so stark, dass ich in meinen Bildern versinke und ruhiger werde.“ Neben der Unterstützung seiner Frau habe ihm die Ermutigung durch Henneberg geholfen, die ihn seit zehn Jahren ärztlich betreut: „Das Gefühl, angenommen zu werden und ein Vertrauensverhältnis zu haben, ist nicht nur für mein Leben mit der Krankheit wichtig. Ein gutes Arzt-Patienten-Verhältnis hilft auch dabei, einen neuen Weg zu beschreiten. So wie ich den Weg der Malerei, die mir dabei hilft, die Krankheit vorübergehend zu vergessen.“

Wie es zu den Bildern der Frankfurter Hochhauskulisse kam, ist schnell erzählt: Sohn und Schwiegertochter wollten ein großes Bild der Skyline für ihr Wohnzimmer erwerben. „Da habe ich vorgeschlagen: ich male Euch eines.“ Inzwischen ist daraus eine ständig wachsende Serie geworden, die nicht vor Ort, sondern in Bruchhäusers Wohnhaus in Neu-Isenburg entsteht. Schlanke Büro- und Bankentürme bilden einen interessanten Kontrast zu Dom und alter Mainbrücke. In immer neuen Ansichten und kräftigen Farbvariationen bannt der Maler die Banken-Metropo-

le auf die Leinwand. Mal realistisch, mal abstrakt, im Morgenlicht, bei Sonnenuntergang oder in der Nacht. Unter blau-schwarzem Himmel spiegelt sich die Skyline mit kräftigen Rot-, Gelb- und Grüntupfen im nächtlichen Main. Auf einem heiteren Gemälde recken sich buntgetupfte Türme in den blauen Frankfurter Himmel. Häufig taucht die Europäische Zentralbank als Motiv in den Bildern auf, die Bruchhäuser teilweise auch digital verfremdet.

„Ich lasse meiner Fantasie freien Lauf, um der Skyline in meinen Bildern mehr Leben und Ausstrahlung einzuhauchen“, sagt Bruchhäuser. Noch bis Frühjahr 2016 sind seine Arbeiten in den Praxisräumen von Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg zu sehen. Ein spannendes Wechselspiel: Während die geometrischen Formen der Skyline-Bilder mit dem üppigen Stuck des Altbaus in der Scheffelstraße kontrastieren, lockern ihre strahlenden Farben die sachliche Atmosphäre der Zweigpraxis am Merianplatz auf. Den Erlös aus der rund 60 Bilder umfassenden Ausstellung „Frankfurt bewegt sich“ will Bruchhäuser für die Flüchtlingshilfe spenden.

Informationen zu Jörgen Bruchhäuser unter www.bruchhaeuser-arts.de

Katja Möhrle

„Ärztliche Hilfe“: Vorbild, Zeitbild, Sinnbild?

Die Plastik Knud Knudsens im Garten des Fortbildungszentrums

In einem Rosenbeet vor dem Seminargebäude des Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in Bad Nauheim stand fast dreißig Jahre lang eine lebensgroße Plastik aus Duraluminium, betitelt „Ärztliche Hilfe“. Seit sie im Jahre 2002 dem Neubau des Fortbildungszentrums weichen musste, steht die Skulptur des Bad Nauheimer Künstlers Dr. Knud Knudsen im Garten.

Die Plastik stellt die Begegnung zweier Menschen dar: Die eine Figur kauert am Boden, die Körperhaltung mit dem vornüber gebeugten Kopf drückt Leiden aus. Ihre ausgestreckte linke Hand reckt sich zu der zweiten Person mit selbstbewusstem Gesichtsausdruck, deren gleichfalls ausgestreckten rechten Arm sie aber nicht erreicht.

1973 wurde das Fortbildungszentrum der LÄKH eingeweiht. Der Künstler schrieb selbst zu seinem Werk: „Ärztliche Hilfe ist das Thema dieser symbolischen Zweiergruppe. Ärzte haben in kritischen Situationen mein Leben gerettet. Ich wollte, besonders nach schwerer Krankheit, ganz selbstverständlich den Helfer, den Retter symbolisieren. In unserer Zeit schien mir weder der Äskulapstab noch eine menschliche Figur allein das adäquate Mittel zu sein, die besondere Leistung des Mediziners zu erfassen. Erst die seelische Bereitschaft des Patienten, der ärztlichen Hilfe zu vertrauen, ermöglicht dem Arzt eine erfolgreiche Behandlung.“¹

Knud Knudsen wurde 1916 in Berlin geboren. Ab 1935 studierte er dort Zeitungswissenschaften und promovierte in Kunstgeschichte. Nach einer Ausbildung als Pressezeichner arbeitete Knudsen als Kriegszeichner.

Von 1950 bis 1951 war Knudsen Generalsekretär des Deutschen Koordinierungsrates der Gesellschaften für Christlich-Jüdische Zusammenarbeit in Bad Nauheim. Er arbeitete als Bildhauer in Bad Nauheim und auf Ibiza, hielt Vorlesungen im In- und Ausland und wurde vor allem durch seine Bildnisplastiken bekannt, etwa von Theo-



Die Skulptur „Ärztliche Hilfe“ von Dr. Knud Knudsen in Bad Nauheim

dor Heuß, John F. Kennedy und Max Planck. 1998 starb er in Bad Nauheim.

Das Bedeutsame an Knudsens Skulptur ist das dargestellte Arzt-Patienten-Verhältnis, das auch der Grund für das Unbehagen des heutigen Betrachters sein dürfte. Denn die Arzt-Patient-Beziehung hat sich seither grundlegend geändert. Damals trafen Ärzte allein die Entscheidung über die nach ihren Vorstellungen bestmögliche Behandlung des Patienten, legitimiert durch ihren Wissens- und Erfahrungsvorsprung, orientiert an einem tugendhaften, durch das „hippokratische“ Denken geprägte Arzt-Ideal.

Davon ausgehend, dass jeder mündige Mensch für sein Tun die Verantwortung trägt, hat das Selbstbestimmungsrecht diesen medizinischen Paternalismus abgelöst. In unserer demokratischen und pluralistischen Gesellschaft soll der Patient als gleichberechtigter Partner auf Augenhöhe gesehen werden, der nach einem gemeinsamen Entscheidungsfindungsprozess über seine Behandlung entscheidet.

Das Selbstbestimmungsrecht und das Recht auf körperliche Unversehrtheit stehen heute über vermeintlichen medizinischen Notwendigkeiten. Dass der selbstbestimmte Patient zunehmend zum Auf-

traggeber im Sinne eines Dienstleistungsverhältnisses wird, ist die Kehrseite der Medaille. Wenn das Gesundheitswesen nur noch als Dienstleistungsbetrieb betrachtet wird, wie von Juristen und Geschäftsleuten gewünscht, verkommt die Medizin zu einem Geschäftsmodell, bei dem die Entscheidungsverantwortung allein beim Patienten liegt. Er sucht sich aus, was die Medizin anzubieten hat.

Eine gemeinsame, auf Kommunikation und wechselseitiger Information basierende Entscheidungsfindung von Arzt und Patient setzt eine gleichberechtigte, partnerschaftliche Zusammenarbeit sowie einen Konsens in der Ausführung der geplanten diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen voraus. Dieses Modell hat in der Arzt-Patienten-Interaktion noch keinen richtigen Platz gefunden.

Knud Knudsen könnte, würde er noch leben, diese neue Kommunikation sicher ausdrucksstark figürlich darstellen.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

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

¹ Knud Knudsen (1974): Vorbilder, Zeitbilder, Sinnbilder. Begegnungen mit Menschen und Problemen. Verlag Karl Thieme München, 110–111



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

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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

Interdisziplinäre Behandlung von Tumorerkrankungen aus chirurgischer Sicht

Fr., 04. Mär. 2016, 15:00 – 19:00 Uhr

Leitung PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

Substanzinduzierte Notfälle

Sa., 05.03.2016

Leitung Dr. med. K. Heid, Darmstadt
Prof. Dr. med. A. Klimke, Friedrichsdorf
Teilnahmegebühr: auf Anfrage

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

Mi., 02. Mär. 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

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)

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

Fachkunde im Strahlenschutz**Spezialkurs Interventionsradiologie**

Sa., 13. Feb. 2016

Teilnahmegebühr: € 160 (Akademienmitglieder € 144)

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

Veranstaltungsort: Wetzlar

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im StrahlenschutzSa., 20. Feb. 2016, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**

Teilnahmegebühr: € 140 (Akademienmitgl. € 126)

Kenntniskurs – Theoretische UnterweisungSa., 23. Apr. 2016, 09:00 – 13:15 Uhr **4 P**

Teilnahmegebühr: € 100 (Akademienmitgl. € 90)

Kenntniskurs – Praktische UnterweisungSa., 23. Apr. 2016, 13:15 – 17:00 Uhr **4 P**

Teilnahmegebühr: € 60 (Akademienmitgl. € 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 (Akademienmitgl. € 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 (Akademienmitgl. € 360)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden**Abdomen****Aufbaukurs** **40 P**

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

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademienmitgl. € 432)

Aufbaukurs **40 P**

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

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Teilnahmegebühr: € 480 (Akademienmitgl. € 432)

Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-UmstadtAuskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@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 (Akademienmitgl. € 162)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de**Hämotherapie****Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**Fr., 18. – Sa., 19. Mär. 2016 **16 P**

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

Ort: Kassel, Kongress-Palais

Teilnahmegebühr: € 340 (Akademienmitgl. € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de**Geriatrische Grundversorgung****Block III: Fr., 19. Feb. – Sa., 20. Feb. 2016**

Leitung: Dr. med. Patricia Groß, Darmstadt

PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Teilnahmegebühr: € 210 (Akademienmitgl. € 189)

Block I: Fr., 09. – So., 11. Dez. 2016

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

Teilnahmegebühr: € 360 (Akademienmitgl. € 324)

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, Bechtheim

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Ort: Wiesbaden, Bezirksärztekammer

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademienmitgl. € 162)

zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

E-Mail: claudia.cordes@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

Ernährungsmedizin

Curriculum „Ernährungsmedizin“

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

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Sa., 12. Mär. 2016

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiemitgl. € 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 (Akademiemitgl. € 216)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Blended Learning Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

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

(Im Anschluß wird eine Wissenskontrolle angeboten)

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. / Fr., 18. 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

Notfallmedizin

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo., 01. – Fr., 05. Feb. 2016

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld,
Dautphetal

Teilnahmegebühr: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 08. – So., 10. Apr. 2016

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

Teilnahmegebühr: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 16. – Di., 19. Apr. 2016

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Dipl.-Ing. N. Schmitz, Kassel

Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

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

Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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 (Akademiemitgl. € 135)
 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

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

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.

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 (Akademiemitgl. € 495)

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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

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 (Akademiemitgl. € 234)

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

Teilnahmegebühr ges.: € 540 (Akademiestgl. € 486)

Teilnahmegebühr/Tag: € 150 (Akademiestgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Krankenhaushygiene

Modul I: Mo., 29. Feb. – Fr., 04. Mär. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr: € 700 (Akademiestgl. € 630)

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

Modul II: Mo., 30. Mai – 02. Jun. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Teilnahmegebühr: € 560 (Akademiestgl. € 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 (Akademiestgl. € 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

Aufbaukurs Modul II: Mo., 27. Jun. – Fr., 01. Jul. 2016 40 P

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Fallseminar Modul III: Mo., 21. Nov. – Fr., 25. Nov. 2016

Leitung: Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

Basiskurs: Di., 29. Nov. – Sa. 03. Dez. 2016

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Teilnahmegebühren: Basiskurs/Aufbaukurs Modul I/II:
je € 630 (Akademiestgl. € 567)
Fallseminar Modul III:
€ 740 (Akademiestgl. € 666)

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

Fr., 26. – So., 28. Feb. 2016 20 P

Fr., 20. – So., 22. Mai 2016 20 P

Fr., 08. – So., 10. Jul. 2016 20 P

Fr., 09. – So., 11. Sep. 2016 20 P

Fr., 04. – So., 06. Nov. 2016 20 P

Leitung: P. E. Frevert, Frankfurt

Dr. med. Wolfgang Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: je Block € 330 (Akademiestgl. € 297)

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: Di., 16. – Sa., 20. Feb. 2016

Block II a: Do., 21. – Sa., 23. Apr. 2016

Projektarbeit/Heimarbeit: 24 Stunden

Block II b: Mi., 22. – Sa., 25. Jun. 2016

Block III a: Mi., 21. – Sa., 24. Sep. 2016

Telelernphase: So., 25. Sep. – Di., 15. Nov. 2016

Block III b: Mi., 16. – Sa., 19. Nov. 2016

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Teilnahmegebühren: Block I: € 990 (Akademiestgl. € 891)

Block II a, Block II b: je Block € 750 (Akademiestgl. € 675)

Block III a, Block III b: je Block € 750
(Akademiestgl. € 675)

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

Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt

Teilnahmegebühr: pro Teil € 650 (Akademiestgl. € 585)

Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie**Block A: Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016** **20 P****Leitung:** Dr. med. K. Böhme, Kassel
Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Block D: Fr., 10. – Sa., 11. Jun. 2016** **20 P****Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Block C: Fr., 09. – Sa., 10. Sep. 2016** **20 P****Leitung:** C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Block B: Fr., 04. – Sa., 05. Nov. 2016** **20 P****Leitung:** PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel**Ort:** Kassel, Klinikum**Teilnahmegebühr:** € 260 (Akademiemitgl. € 234)**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de**Suchtmedizinische Grundversorgung****Kursteil 3 /Wahlthema: Fr., 12. – Sa., 13. Feb. 2016****Ort:** Frankfurt, Bürgerhospital**Kursteil 4: Fr., 26. – Sa., 27. Feb. 2016****Ort:** Friedrichsdorf, Salus Klinik**Gesamtleitung:** D. Paul, Frankfurt**Teilnahmegebühr:** je Kursteil € 180
(Akademiemitgl. € 162)**Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@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,
E-Mail: info@bzmh.de**Repetitorium Frauenheilkunde**

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

Do., 10. Nov. 2016 – So., 13. Nov. 2016**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med.
Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen**Auskunft/Anmeldung:** J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@laekh.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

und persönlich:

Fon: 06032 782-200**E-Mail: akademie@laekh.de**



► ► NEU ► ► Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (BET) 140 Stunden ► ► ► NEU ► ► ► NEU ► ►

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

Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NÄPA)

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

Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage eine Information zur Fortbildung.

Fragen bitte per E-Mail an : verwaltung.cos@laekh.de

Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Auch 2016 finden wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr statt. Das Infoblatt zur Fortbildung steht zum Herunterladen auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

- 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!

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

Information: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175

Gebühr: € 70,00

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende zur Vorbereitung auf die Winterprüfung!

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

Gebühr: € 75,00

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

Termin: Fr., 08.04.2016, 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.

Fr., 06.05.2016, 09:30 – 17:45 Uhr oder

Sa., 07.05.2016, 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

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

Gebühr: € 105

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



Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis (MED 9)

Wir bringen Licht in das Dunkel des Medizinprodukterechts. Kurz und übersichtlich werden eine Einführung in die Regelwerke und Hinweise zur Umsetzung in der Praxis gegeben.

Termin: Fr., 08.04.2016, 12:00 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 70,00

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Impfungen (MED 10)

Inhalte: Impfkalendar der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin: Sa., 16.04.2016, 09:30 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 95

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

„Autsch mein Rücken!“ (MED 12)

Inhalte: Hier werden Transfer- und Umlagerungstechniken 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

Mi., 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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

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 sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Infos im Fortbildungsprogramm und im Internet.

Termin: Fr., 12.02.2016

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

Gebühr: € 105,00

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

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termin: Sa., 16.04.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

Onkologie (120 Stunden)

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

Beginn: ab Do., 12.05.2016

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

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

Allgemeine Hinweise

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an, eine Bestätigung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180
Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

61231 Bad Nauheim | Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Arzt und Humanist

Nachruf auf Dr. med. Siegmund Kalinski (1927 – 2015) / Auszug aus Trauerrede

Der Versuch, Siegmund Kalinski zu würdigen, heißt, sich mit seinem Leben und der Verflechtung von Zeitgeschichte mit persönlichem Schicksal, insbesondere mit dem schwierigen 20. Jahrhundert, zu beschäftigen.

Als Jude am 21. März 1927 in der Kulturhochburg Krakau geboren, in der polnischen und deutschen Kultur verwurzelt, geriet er rasch ins Visier der Verfolgung durch die nationalsozialistischen Truppen. Er wurde 1942 als 15-jähriger Schüler verschleppt und zunächst im Konzentrationslager Szebnie in Südpolen, später in Auschwitz gefangen gehalten. Ab 1945 begannen die deutschen Besatzer und SS-Truppen die Evakuierung des Lagers Auschwitz vor der heranrückenden Sowjetarmee. Die Gefangenen, unter ihnen Kalinski, wurden bei minus 20 Grad in das 70 Kilometer entfernte Gleiwitz getrieben. Viele überlebten diese Todesmärsche nicht. Auf Viehwaggons folgte eine Irrfahrt durch Böhmen, über Österreich und die deutschen KZ Sachsenhausen, Oranienburg und Flossenbürg, bis in die Nähe der französischen Grenze, wo ihm die Flucht in die befreiten Gebiete gelang. Mit 18 Jahren kehrt Kalinski nach Polen zurück. Die Familie ist auseinandergerissen. Viele seiner Angehörigen sind ermordet worden. Der Geburtsname Klausner wurde „polnisiert“ und in Kalinski umgewandelt.

Im Lager bildeten sich Freundschaften, von denen Kalinski lebenslang geprägt wurde. Diese Gruppe ehemaliger KZ-Häftlinge bleibt lebenslang in Verbindung, hatte immer Zutritt zu ihm, seinem Privathaus und seiner Praxis.

Kalinski legte 1947 das Abitur in Krakau ab und studierte Medizin. Bereits im Studium finanzierte er seinen Lebensunterhalt als Journalist, aber auch als Conferencier. Manche seiner Zuhörer berichteten über einen außerordentlich witzigen jungen Mann, der über ein schier unendliches Gedächtnis für Anekdoten, Persönlichkeiten der deutsch-polnischen Literatur und Geschichte verfügte. Seine Grundeinstellung, die ihn bis zum Lebensende beglei-



Dr. med. Siegmund Kalinski

tet: Die Ausrichtung auf den Menschen, die Humanität, die Fähigkeit zu tiefer Freundschaft und der Humor.

Kalinski kommt 1965 in die Bundesrepublik. Zunächst als Assistenzarzt in Nordrhein-Westfalen in Rheydt, dann im Städtischen Krankenhaus Höchst. 1968 promovierte er und wurde eingebürgert. Anerkennung als Praktischer Arzt und Niederlassung in Frankfurt-Schwanheim folgten. Die mehr als 28-jährige Betreuung von Patienten schafft Beziehungen, Freundschaften und Anerkennung. Er erreichte die Facharztanerkennung für Allgemeinmedizin und 1977 die Weiterbildungsermächtigung in diesem Fach. 1984 wird er Lehrbeauftragter für Allgemeinmedizin an der Goethe-Universität, 1992 habilitiert er sich für das Fach Allgemeinmedizin an der Krakauer Jagellonen-Universität. 1996, mit 69 Jahren, gibt er die Praxis an eine Nachfolgerin ab.

Über Jahrzehnte war Kalinski aus der ärztlichen Standespolitik nicht wegzudenken. Er wurde Mitglied der Abgeordnetenversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV), des Zulassungsausschusses der KV, des Geschäftsausschusses von 1981–1996 und war seit 1980 streitbarer Geist in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen. 1996 wurde er Mitglied des Präsi-

ums der Kammer und behält dieses Amt bis 2008. Erst 2010, bereits erkrankt, gab er das Delegiertenmandat auf. Viele Jahre lang vertrat er die KV Hessen bei der Vertreterversammlung der Bundesvereinigung. Seine berufspolitische Heimat war und blieb der Hausärzte-Verband.

Außerdem engagierte er sich in der Stadt Frankfurt, für die medizinische Akademie in Warschau sowie die Universität Krakau und war Mitglied im Rat der Überlebenden des Fritz-Bauer-Instituts. Im Auschwitzprozess war er wichtiger Zeuge.

Neben dem beruflichen und standespolitischen Engagement war Siegmund Kalinski ein scharfzüngiger und witziger Kolumnist. In der Ärztezeitung erschienen weit über 1000 Kolumnen unter seinem Pseudonym „Ironius“. Auch hat er über Jahre im Hessischen Ärzteblatt unter dem Titel „Mit meinen Augen“ geschrieben.

Er beeindruckte durch die stets gute Laune, den scharfen Verstand, die unermessliche Gedächtnisleistung, den Humor und die Fähigkeit, trotz Meinungsdivergenzen in sachlicher Diskussion Lösungen herauszuarbeiten. Seine Lebensleistung wurde mit zahlreichen Ehrungen ausgezeichnet, darunter das Bundesverdienstkreuz am Bande, Bundesverdienstkreuz 1. Klasse, Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber und Paracelsusmedaille. Die letzten Jahre begleitete ihn Ada Hoyer, eine Frau, die er überaus liebte und ihm eine wunderbare Partnerin war.

Die Landesärztekammer Hessen dankt Siegmund Kalinski für die eingebrachte Persönlichkeit, die eingebrachten Ideen und für die vielen gemeinsamen Aktivitäten in den vergangenen Jahrzehnten. Der Tod von Siegmund Kalinski am 10. Dezember 2015 reißt einen wertvollen Menschen aus unserer Mitte. Eine Persönlichkeit europäischen Zuschnitts mit vielen Facetten. Siegmund Kalinski wird uns fehlen.

Dr. med. Siegmund Drexler

Der Nachruf ist ein Auszug aus Dr. Drexlers Trauerrede.

Plazentarestes nach der Geburt

Verletzter Uterus nach Kürettage

§ Medizinrecht

Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Die am 31.5.1982 geborene Frau A. wurde am 13.7.2011 in den XY-Kliniken entbunden. In den Kliniken ist vermerkt, nach der Geburt „folgen die Plazenta und die Eihäute vollständig bei gut kontrahiertem Uterus“. Mutter und Kind wurden bei Wohlbefinden auf die Station verlegt. Am 13.9.2011 suchte die Patientin die beteiligte Ärztin zu einer postpartalen Untersuchung auf. Es stellte sich für die Ärztin der Verdacht auf Plazentarestes. Am 16.9.2011 wurde die Patientin durch die Ärztin in Maskennarkose wegen Plazentaresten hysteroskopiert und nachkürettiert. Der Situs wird wie folgt beschrieben: „Zervixschleimhaut unauffällig, die gesamte Gebärmutter ist mit Plazentaresten ausgefüllt, beide Ostien nicht darstellbar“. Es erfolgte daraufhin eine Saugkürettage. Das Plazentagewebe wurde als fest verbacken mit der Uteruswand beschrieben. Es heißt ferner: „Die Entfernung durch Saugkürettage gestaltet sich sehr schwierig, sodass eine längere Nachkürettierung mit einer stumpfen Kürettage erforderlich ist“. Es wurde reichlich Plazentagewebe gewonnen. Histologisch wurden „22 ml größtenteils nekrotisches Plazentagewebe, daneben schwach proliferierendes Endometrium“ nachgewiesen. Danach kam es zu einer stärkeren Blutung, wodurch der Verdacht auf eine Uterusperforation entstand. Die Patientin wurde zeitnah in die XY-Kliniken eingewiesen. Dort wurde ein Notfallingriff durchgeführt. Es erfolgten eine Querschnittlaparotomie, das Absaugen des Blutes und eine Spülung. Eine große Perforationsstelle am Isthmus uteri rechts mit frischer Blutung war erkennbar. Bei der weiteren Inspektion fand sich ein großes retroperitoneales, parametranes Hämatom rechts, das komplett ausgeräumt wurde. Als Folge des Eingriffes an der Gebärmutterhöhle entstanden ein sogenanntes Asherman-Syndrom (völliger Verlust der Gebärmutter Schleimhaut) und eine sekundäre Unfruchtbarkeit und Amenorrhoe, ein Verlust der Menstruationsblutungen. Die anwaltlich vertretene Patientin hat ein Verfahren gegen die XY-Kliniken und die beteiligte Ärztin eingeleitet. Sie hat vorgetragen, in den XY-Kliniken seien nach der Geburt die Plazentarestes nicht vollständig entfernt worden. Bei der Kürettage vom 16.9.2011 sei es zu einer fahrlässigen Verletzung des Uterus gekommen.

Gutachten des Sachverständigen

Der ärztliche Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 5.11.2014, zusammengefasst für beide Verfahren, ausgeführt,

dem Geburtshelferteam könne kein Vorwurf gemacht werden, zumal keine richtungsweisende klinische Symptomatik vorgelegen habe, die auf einen Verbleib von Plazentaresten hingewiesen hätte. Bezüglich der beteiligten Ärztin könne eine direkte Schuldzuweisung im Sinne einer eindeutig fehlerhaften ärztlichen Behandlung nicht festgestellt werden. Sie habe aus den Untersuchungsbefunden vom 13.9.2011 eine korrekte Diagnose erhoben. Die in Kopie vorliegenden Ultraschallbilder sprächen dafür, dass es sich – bereits präoperativ erkennbar – um reichlich Plazentagewebe gehandelt haben dürfte. Hier stelle sich die Frage, ob bei dem später auch hysteroskopisch erkannten kompletten Ausfüllen des Cavums durch Plazentamassen nicht auch therapeutische Alternativen hätten erwogen werden müssen, spätestens nach der Hysteroskopie und vor der Durchführung der Kürettage. Angesichts des sehr unscharf begrenzten inhomogenen und asymmetrischen Bildes des Plazentarestes mit in einen Bereich weit in das Myometrium reichenden Anteil hätte am 13.9.2011 auch die Möglichkeit einer Plazenta accreta bzw. einer Plazenta increta in Betracht gezogen werden müssen.

Ex post müssten die fehlende Einbeziehung therapeutischer Alternativen und die Durchführung des Eingriffes ohne sonographische Kontrolle bemängelt werden. Bei kleinen Plazentaresten habe sich die operativ-hysteroskopische Resektion bewährt, da ganz gezielt gut erkennbare Plazentarestes an Ort und Stelle sicher unter Sicht reseziert werden könnten und damit das postpartal äußerst empfindliche, weil noch zum Teil atrophische Endometrium hätte geschont werden können. Es sei bekannt, dass unmittelbar postpartale als auch spätere „forcierte“ Kürettagen die häufigste Ursache für ein Asherman-Syndrom seien und nicht das alleinige Vorliegen eines Plazentarestes. Die Formulierung, „sodass eine längere Nachkürettierung erforderlich war“, mache nachdenklich.

Es stelle sich weiterhin die Frage, warum angesichts des ausgedehnten sonographischen Befundes mit der Bestätigung durch den hysteroskopischen Befund der Eingriff offensichtlich ohne sonographische Kontrolle durchgeführt worden sei. Alternativ zur gezielten operativ-hysteroskopischen Resektion von Plazentaresten sei es, nicht nur zur Vermeidung einer Perforation, eigentlich „good practice“, solche Eingriffe zur Sicherheit der Patientin unter Ultraschallkontrolle durchzuführen.

Alternativ zu einem operativen Vorgehen hätte (auch noch nach dem hysteroskopischen Befund und Verzicht auf eine Kürettage) die Möglichkeit einer weiteren Diagnostik (zum Beispiel MRT) erwogen werden können, um die Möglichkeit einer Plazenta increta auszuschließen. Vorausgegangene Aborte wie im vorliegenden Fall mit in der Regel durchgeführten Kürettagen, seien oft Ursachen für Plazentanidationsstörungen mit einer Disposition für Plazentalösungsstörungen. Im Falle eines solchen Verdachtes biete sich bei relativer Beschwerdefreiheit die medikamentöse Therapie, z.B. mit Methotrexat an, um nicht kürettierbare, dennoch beschwerdeverursachende Plazentaanteile entweder vollständig oder partiell zu zerstören und damit eine anschließende Kürettage entweder ganz zu vermeiden oder zu erleichtern. Die zwischen Diagnose und Therapie liegenden drei Tage wiesen darauf hin, dass nicht eine so akute Situation vorliegen haben müsse, dass nicht auch über diese Alternativen hätte nachgedacht werden können. Ein früherer Behandlungstermin hätte am Befund selbst und an den potentiellen Gefahren eines operativen Eingriffes nichts wesentliches geändert. Der Patientin sei daher außer einer verlängerten Wartezeit auf den Eingriff selbst kein zusätzlicher Schaden entstanden.

Die Art der Verletzung am Uterus spreche dafür, dass eine Kürettage unter sonographischer Kontrolle die Perforation bzw. Via falsa hätte vermeiden helfen können. Die intraoperative Beschreibung der Verletzung bei der Notfalloperation „man sieht eine große Perforationsstelle an den Isthmus uteri rechts“ wie auch der Befund aus dem Klinikum XY mit der Beschreibung einer dünnen Stelle im Bereich der Uterusvorderwand mit Vorwölbung spreche retrospektiv am ehesten für eine schwere Schädigung des Myometriums durch eine Plazenta increta in diesem Bereich. Eine Perforation in diesem Bereich, insbesondere durch eine forcierte Nachkürettage, sei naheliegend.

Gegen dieses Gutachten richtet sich der Antrag der Patientin auf Kommissionsentscheidung. Sie trägt vor, es seien gravierende Fehler gemacht worden. Demzufolge hätte der Gutachter auch daraus die Konsequenzen ziehen und den Kunstfehler zumindest zum Nachteil der behandelnden Frauenärztin bejahen müssen. Sie verweise auf Seite 10 vorletzter Absatz unten des Gutachtens, wonach am 13.9.2011 auch die Möglichkeit einer Plazenta accreta bzw. einer Plazenta increta hätte in Betracht gezogen werden müssen. Es frage sich, warum der Gutachter daraus nicht die Konsequenzen gezogen habe. Immerhin habe die Behandlungsmethode bei ihr zur Unfruchtbarkeit geführt.

Ergebnis der Kommission

Der Antrag der Patientin auf Kommissionsentscheidung richtet sich allein gegen die Ausführungen des Sachverständigen in Bezug auf ihre Behandlung durch die beteiligte Frauenärztin nach der Geburt des Kindes.

Der beteiligten Ärztin sind bei der Behandlung der Patientin im September 2011 vermeidbare Fehler unterlaufen.

Wie der Sachverständige zutreffend dargelegt hat, hätten vor der Kürettage vom 16.9. 2011 angesichts des am 13.9. 2011 erkennbaren reichlichen Plazentagewebes, das sich in den Ultra-

schallbildern gezeigt hatte, therapeutische Alternativen gegenüber einer Kürettage erwogen werden müssen. Auch noch nach dem hysteroskopischen Befund hätte durch weitere Diagnostik die Möglichkeit des Vorliegens einer Plazenta accreta bzw. increta bedacht werden müssen, die wegen des vorausgegangenen Schwangerschaftsabbruchs mit einer in der Regel dabei durchgeführten Kürettage der Patientin nahegelegen hat. Derartige Kürettagen sind oft Ursachen von Plazentanidationsstörungen mit einer Disposition zu Plazentalösungsstörungen. Deshalb hätte sich eine medikamentöse Therapie, z. B. mit Methotrexat, empfohlen. Eine anschließende Kürettage wäre dadurch entweder ganz vermieden oder jedenfalls erleichtert worden. Nach Auffassung der Ärztin wurde eine „längere Nachkürettierung erforderlich“. Ohnehin wäre, da bereits zwei Monate seit der Entbindung der Patientin vergangen waren und sich die intrauterinen Verhältnisse entsprechend angepasst hatten, erhöhte Vorsicht geboten gewesen. So wird das Plazentagewebe von der beteiligten Ärztin als „festverbacken mit der Uteruswand“ beschrieben.

Unmittelbar postpartale und spätere „forcierte“ Kürettagen sind die häufigste Ursache für ein Asherman-Syndrom. Die intraoperative Beschreibung des späteren Notfalleingriffes in den XY-Kliniken lautet: „Man sieht eine große Perforationsstelle an dem Isthmus uteri rechts.“ Der im Ultraschall vom 13.9.2011 ersichtliche Befund und die Anamnese der Patientin hätten der Ärztin das Risiko einer Perforation durch eine Nachkürettage, deren Ausmaß nicht von vornherein absehbar war, vor Augen führen müssen.

Bei den operativen Methoden wäre, wie der Sachverständige überzeugend erläutert hat, zudem eine operativ-hysteroskopische Resektion in Frage gekommen, damit an Ort und Stelle sicher unter Sicht hätte reseziert und das postpartal äußerst empfindliche, weil noch zum Teil atrophische, Endometrium hätte geschont werden können. Außerdem werden zur Vermeidung einer Perforation derartige Eingriffe zur Sicherheit der Patientin unter Ultraschallkontrolle durchgeführt. Die Ärztin hatte die Verpflichtung, die Methode zur Entfernung der Plazentarestes zu wählen, die in der konkreten Situation der Patientin die sicherste und schonendste war, und sie hatte die ihr zur Verfügung stehenden Vorsichtsmaßnahmen, etwa eine sonographische Kontrolle, auch bei der Kürettage, vorzunehmen, einzuhalten. Das hat sie nicht getan. Während einer sonographischen Kontrolle der vorsichtig auszuführenden Kürettage wäre es, spätestens vor der längeren Nachkürettierung mit einer stumpfen Kürettage, geboten gewesen, die Maßnahme einzustellen und jedenfalls jetzt eine medikamentöse Therapie mit Methotrexat einzuleiten.

Durch die von der Ärztin vorgenommene forcierte Kürettage ist die Schädigung der Patientin, ein Asherman-Syndrom mit konsekutiver sekundärer Unfruchtbarkeit und Amenorrhoe (Verlust der Menstruationsblutungen als Folge des Eingriffes an der Gebärmutterhöhle), eingetreten.

Nach Maßgabe dieser Gründe wird das angefochtene Gutachten bezüglich der beteiligten Ärztin abgeändert.

Dr. jur. Katharina Deppert

Vorsitzende der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Bagatellgrenzen in der Arzthaftung – Aufklärung und Einwilligung für jeden Pieks?

„Das ist im Berufsalltag gar nicht mehr umsetzbar!“ äußern Ärzte immer häufiger, wenn sie mit ihren wachsenden Pflichten bei Einholung der Patienteneinwilligung konfrontiert sind. Müssen Ärztinnen und Ärzte sich permanent mit einem Fuß in der Haftungs-falle wähen?

Keine medizinische Maßnahme ohne Einwilligung: Selbst wenn eine Einwilligung nicht vorher eingeholt werden kann, muss die mutmaßliche Einwilligung des Patienten angenommen werden können (§ 630d Abs. 1 BGB). Die eingeholte Einwilligung muss zum möglichst überzeugenden Nachweis schriftlich (Originalunterschrift) vorliegen – mündlich unter Zeugen oder Textform z. B. per E-Mail ist zwar möglich, hat jedoch in der Regel geringere Beweiskraft.

Aufklärung nur ausnahmsweise entbehrlich: Grundsätzlich ist die Einwilligung nur nach Aufklärung wirksam (vgl. § 630d Abs. 2 BGB). Lediglich besondere Umstände können die Aufklärung entbehrlich machen (vgl. § 630e Abs. 3 BGB): Der Patient kann beispielsweise auf Aufklärung verzichten; allerdings muss dieser Verzicht ausdrücklich und sollte ebenfalls unbedingt schriftlich erfolgen. Die Aufklärung findet zudem nicht statt, wenn die Maßnahme unaufschiebbar ist. Solch besondere Umstände können jedoch keine Bagatellgrenze z. B. der „Geringfügigkeit“ von Maßnahmen begründen.

Aufklärung nicht über (allgemein) Bekanntes: Sinn und Zweck der Aufklärung erschöpfen sich jedoch darin, beim Patienten ein Wissensdefizit zu beseitigen, damit er weiß, worin er einwilligt. Hieraus ergibt sich die Grenze, dass nicht über Umstände aufgeklärt werden muss, die der Patient bereits kennt bzw. nach berechtigter Einschätzung kennen dürfte.

Die Kenntnis des Patienten kann sich aus dem Allgemein- oder einem Spezialwissen, einer vorherigen Aufklärung oder einer einschlägigen Erfahrung ergeben. Lediglich, soweit die Kenntnis bei dem Patienten nach dem konkreten Eindruck (Bildungsstand, etc.) im Einzelfall nicht angenommen werden kann, hat der Arzt von sich aus aufzuklären.

Beispielsweise kann bei medizinisch ausgebildeten Patienten (Ärzte, Krankenpflege) das Fachwissen entsprechend der konkreten Qualifikation (Fachgebiet) vorausgesetzt werden (vgl. OLG Hamm, Urteil vom 11.12.1996, Az. 3 U 93/96). Aber auch bei medizinischen Laien kann jedenfalls bei allgemein „vertrauten“ größeren Operationen (z. B. Blinddarmentfernung) grundsätzlich davon ausgegangen werden, dass allgemeine typische Risiken (Wundinfektionen, Narbenbrüche, Embolien) bekannt sind (BGH, Urteil vom 23.10.1979, Az. VI ZR 197/78). Erst recht darf deshalb in den meisten Fällen wohl angenommen werden,

dass der Patient von dem notwendigen „Pieks“ einer Spritze oder möglichem Muskelkater nach heftigem Fahrradfahren während eines Belastungs-EKG Kenntnis hat.

Achtung: Die Übergabe des Beipackzettels bei der Medikamentengabe führt nicht zu entsprechender Kenntnis beim Patienten; zumindest über schwerwiegende Risiken ist aufzuklären (BGH, Urteil vom 15.03.2005, Az. VI ZR 289/03).

Aufklärungsmängel ohne hypothetischen Entscheidungskonflikt irrelevant: Mängel (z. B. Fehlen) der Aufklärung sind irrelevant, wenn der Patient ohnehin auch trotz mangelfreier Aufklärung eingewilligt hätte (sog. hypothetische Einwilligung, § 630h Abs. 2 Satz 2 BGB). Beruft sich der Arzt durch substantiierte Darlegung hierauf, muss der Patient plausible Gründe dafür darlegen, dass er sich nach mangelfreier Aufklärung in einem wirklichen Entscheidungskonflikt befunden haben würde.

Ergebnis: Aufklärungsgrenzen ohne „Bagatellisierung“: Es gibt keine Bagatel- bzw. Geringfügigkeitsgrenze hinsichtlich der Maßnahme, über die aufgeklärt werden muss.

Als „Bagatelle“ könnte man allenfalls Umstände bezeichnen, die wegen (anzunehmender) Kenntnis des Patienten nicht aufklärungspflichtig sind. In diesem Rahmen kann in der Tat lediglich eine Grundaufklärung zur Sicherstellung, dass ein zutreffender Eindruck von der Schwere der Maßnahme und Belastungen vorhanden ist, ausreichen (BGH, Urteil vom 12.03.1991 Az. VI ZR 232/90).

Jedenfalls sollte der Arzt aber im Zweifel immer umfassend aufklären und vor allem bei der Aufklärung keine Abstriche machen in der Hoffnung, der Patient könne seinen hypothetischen Entscheidungskonflikt nicht darlegen.

Aus Praktikabilitätsgründen sollte die zwingend (auch) mündliche Aufklärung (wie die Einwilligung) möglichst den gesamten erwarteten Behandlungsverlauf erfassen, damit später nicht über Einzelmaßnahmen aufgeklärt werden muss. Gegebenenfalls kann ein juristisch geprüftes Aufklärungskonzept zur Straffung ohne „Bagatellisierung“ der Aufklärung dienen.

Dr. iur. Christoph Osmialowski

Rechtsanwalt und Fachanwalt
für Medizinrecht
Kanzlei ArztMedizinRecht, Mannheim
www.arzt-medizin-recht.de
kontakt@arzt-medizin-recht.de

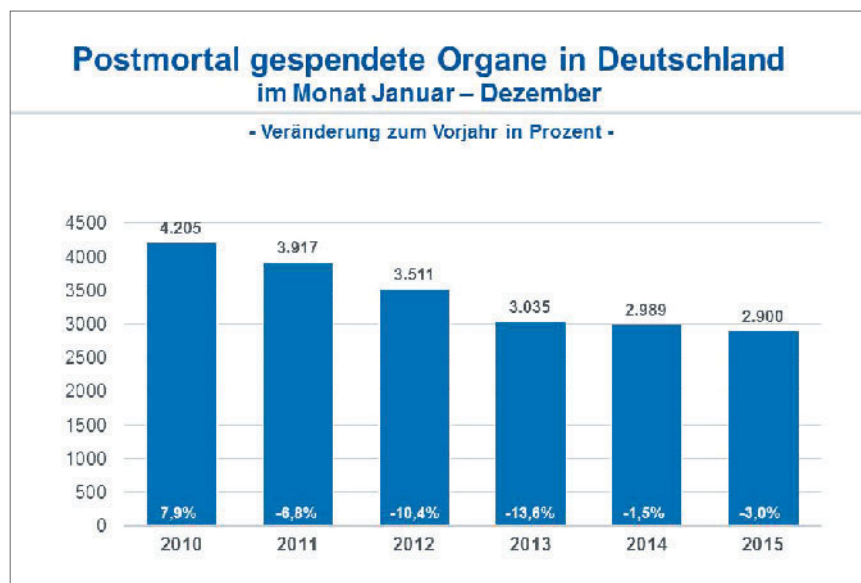


Neustart in der Transplantationsmedizin

Mehr Spender – weniger gespendete Organe / DSO will Kliniken noch mehr unterstützen

Die Novellierung des Transplantationsgesetzes habe zu einem Neubeginn in der Transplantationsmedizin geführt. Transparenz und Qualitätssicherung könnten die Versorgung Schwerstkranker verbessern. Da sei er optimistisch, sagte Prof. Dr. med. Björn Nashan, Vorsitzender des DSO-Stiftungsrat und Präsident der Deutschen Transplantationsgesellschaft beim 11. Jahreskongress der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO) im November in Frankfurt. Doch es gebe noch viel zu tun. Entscheidend für ein erfolgreiches Umsetzen und den weiteren Ausbau der Qualitätssicherung sei das geplante Transplantationsregister sowie die Kooperation mit weiteren Fachgesellschaften, wobei Nashan speziell die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Notfall- und Intensivmediziner mit ins Boot holen will. Er forderte „eine konsequente Förderung, Freistellung, Ausbildung, Schulung und Finanzierung der Transplantationsmediziner“. Das Engagement der Beauftragten in den Kliniken müsse entsprechend honoriert und gefördert werden, damit sich die Situation verbessere.

Angesichts von 10.000 Patienten auf der Warteliste in Deutschland ist das dringend geboten. Zwar zeigt die Statistik für das Jahr 2015, dass zumindest der Rückgang der Organspenden vorerst gestoppt zu sein scheint. Im Vergleich zum Vorjahr stiegen sie leicht um 1,5 Prozent auf 877. Die Gesamtzahl der gespendeten Organe ging jedoch von 2989 im Jahr 2014 auf 2900 zurück. Der Medizinische DSO-Vorstand Dr. med. Axel Rahmel erklärte die Abnahme bei den gespendeten Herzen, Lungen, Lebern und Bauchspeicheldrüsen damit, dass die Spender immer älter werden. An einer gesunkenen Bereitschaft in der Bevölkerung könne der Rückgang nicht liegen. Seit Jahren liegen die Zustimmungsquote bei knapp 60 Prozent. In Hessen gibt es 99 sogenannte Entnahmekliniken, das heißt Häuser, in denen ein Patient potenziell ein Spender sein könnte. Alle sind auf der Website der DSO be-



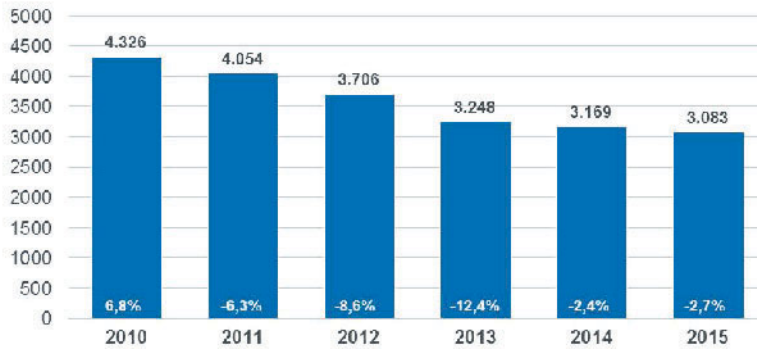
schrrieben, samt ihrer Aktivitäten in dem Bereich. Jede hat mindestens einen Transplantationsbeauftragten, der sowohl ein Arzt sein kann, als auch eine Pflegekraft. Deren vordringliche Aufgabe ist, einen potenziellen Spender zu identifizieren und das Gespräch mit den Angehörigen zu führen. Hilfe können sie bei der DSO anfordern.

Rahmel lobte die Krankenhäuser: Es sei dort wieder ein „deutlich zunehmendes Engage-

ment in der Organspende“ festzustellen. Spezielle nicht universitäre Kliniken meldeten sich häufiger bei der DSO. „Wir wollen gerade in diesen Häusern noch umfangreicher unterstützen. Die Organspende ist dort ein eher seltenes Ereignis.“ Ziel sei nicht allein die Rettung für einen Patienten auf der Warteliste, sondern auch darum, den Willen der Verstorbenen umzusetzen. Die vor drei Jahren in Kraft getretene Novellierung des Transplantationsgesetzes

Organübertragungen nach postmortaler Organspende in Deutschland im Monat Januar – Dezember

- Veränderung zum Vorjahr in Prozent -



Postmortale Organspende in Deutschland

Januar bis Dezember	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
---------------------	------	------	------	------	------	-------

Realisierte Organspender

Hessen	95	82	83	68	53	56
Deutschland gesamt	1.296	1.200	1.046	876	864	877

Januar bis Dezember	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
---------------------	------	------	------	------	------	-------

Gespendete Organe**

Hessen	314	256	275	250	195	188
Deutschland gesamt	4.205	3.917	3.511	3.035	2.989	2.900

*Stand: 15. Jan. 2016

** Organe entnommen und anschließend bundesweit sowie im Ausland transplantiert.
Stabsstelle Statistik

Organübertragungen nach postmortaler Organspende in Deutschland

Januar bis Dezember	2010	2011	2012	2013	2014	2015*
---------------------	------	------	------	------	------	-------

Transplantierte Organe nach postmortaler Organspende

Hessen	254	185	155	138	163	140
Deutschland gesamt	4.326	4.054	3.706	3.248	3.169	3.083

*Stand: 15. Jan. 2016

Stabsstelle Statistik

alle Grafiken: DSO

habe die Grundlagen für eine strukturelle Verbesserung geschaffen: Bundesweit flächendeckend seien inzwischen Entnahmekrankenhäuser benannt, Transplantationsbeauftragte eingesetzt. „Erfolgreich wird Organspende aber erst durch das persönliche Engagement und den Einsatz jedes Einzelnen“, stellte der Medizinische Vorstand klar: „Das gilt für die Transplantationsbeauftragten, die Koordinatoren der DSO, die Entnahmekirurgen und alle, die direkt oder indirekt am Organspendeprozess beteiligt sind.“

Rahmel wies auf die neuen Verfahrensanweisungen hin, die die DSO mit dem Bundesfachbeirat im Auftrag des Gesetzgebers erarbeitet hat. Ziel sei, damit die verschiedenen Aufgaben und Verantwortlichkeiten aller Beteiligten klar zu strukturieren und so Sicherheit und Transparenz in den Abläufen zu gewährleisten. Gleichzeitig werden die vielfältigen Unterstützungsangebote dargestellt – angefangen von einer allgemeinen Krankenhausbetreuung und Beratung bis zur konkreten Unterstützung. Die Transplantationsmedizin in Deutschland stehe immer noch vor großen Herausforderungen, betonten Rahmel und sein kaufmännischer Vorstandskollege Thomas Biet. Die Aufarbeitung der Manipulationen an Kliniken sowie die Diskussion um die Richtlinien zur Organvermittlung und die damit verbundene Verteilungsgerechtigkeit sei notwendig. Rahmel wünscht sich auch eine besseren Information der Bevölkerung. Die Standardanschriften der Krankenkassen reichten nicht aus. Wünschenswert sei, dass auch niedergelassene Ärzte sachlich informieren.

Internet: www.dso.de

Jutta Rippegather

Die Kommission „Lebendspende“ der LÄKH feiert 15-jähriges Bestehen

Seit 1997 regelt das neue Transplantationsgesetz (TPG) die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen. Hierzu gehört auch die Organentnahme bei lebenden Menschen, die sogenannte Lebendspende. Sie ist nur unter engen allgemeinen Voraussetzungen (zum Beispiel Volljährigkeit) und medizinischen (beispielsweise absehbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen) möglich.

Darüber hinaus muss eine Kommission – die „Kommission Lebendspende“ – gutachterlich dazu Stellung nehmen, „ob begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung des Spenders in die Lebendspende nicht freiwillig erfolgt oder das zu spendende Organ Gegenstand verbotenen Handelns ist“.

Bei den Lebendspenden spielen die Lebendnierenspenden eine größere Rolle als die Leberteilspenden. Die Lebendspende ist nur zulässig zur Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder Personen, die in besonderer persönlicher Beziehung stehen. Eine Organentnahme darf erst erfolgen, wenn Organspender und -empfänger sich



Der Kommission „Lebendspende“ gehören derzeit an: Dr. jur. Peter Eschweiler (Mitte), Prof. Dr. med. Albrecht Encke (r.) und Dr. med. Wolfgang Merkle (l.)



Stellvertretende Mitglieder sind: Dr. jur. Thomas K. Heinz, Prof./Dott. Univ. Rom Vittorio Paolucci und Dr. med. Christine Linkert (von links)

zu einer ärztlichen Nachbetreuung bereit erklärt haben.

Im Zentrum steht die eigene Entscheidung zur Organspende

Nach dem TPG müssen die Spendewilligen von der Kommission „Lebendspende“ persönlich angehört werden. Wenn jemand der deutschen Sprache nicht mächtig ist, wird ein unabhängiger Dolmetscher hinzugezogen. Zu der Freiwilligkeit der Spender, von der sich die Kommission ein Bild machen muss, gehört, dass es sich um eine wirklich eigene Entscheidung des Organspenders handelt, und er abzuschätzen vermag, was dieser Schritt für seine Gesundheit bedeuten kann. Um den vier hessischen Transplantationszentren (Frankfurt, Fulda, Gießen, Marburg)¹ die Antragstellung zu erleichtern, hat die Kommission „Lebendspende“ ein Antragsformular und Empfehlungen für das psychologische Gutachten erarbeitet. Die Kommission „Lebendspende“ hatte seine konstituierende Sitzung am 17. Januar

Übersicht über die Anhörungen der Kommission Lebendspende seit 2001:

Jahr	Anzahl Anhörungen	Anträge
2001	9	19
2002	10	23
2003	10	33
2004	12	39
2005	11	34
2006	12	27
2007	11	34
2008	11	55

Jahr	Anzahl Anhörungen	Anträge
2009	12	43
2010	12	42
2011	11	50
2012	12	54
2013	12	50
2014	11	48
2015	12	49
Insgesamt	168	600

¹ in Bad Nauheim werden keine Lebendspenden durchgeführt



2001. Gemäß § 2 des hessischen Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (HAGTPG) besteht die Kommission aus drei Mitgliedern (Abs. 1), und für jedes Kommissionsmitglied wird ein stellvertretendes Mitglied bestellt (Abs. 2). Die Mitglieder werden für die Dauer von drei Jahren gewählt (Abs. 3). Sie werden vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Einvernehmen mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration berufen. Zu den Mitgliedern gehört ein Arzt, der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist und auch nicht Weisungen eines Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, ferner eine Person mit der Befähigung zum Richteramt und einer Person die in psychologischen Fragen erfahren ist. In Hessen ist letzteres ein Facharzt bzw. eine Fachärztin für Psychosomatische Medizin. Die Geschäftsstelle der Kommission Lebendspende wurde vom zuständigen Ministerium der LÄKH übertragen.

600 Anträge in 15 Jahren

Seitdem die Kommission „Lebendspende“ ihre Arbeit im Jahre 2001 aufnahm, hat sie bis Dezember 2015 in 168 Anhörungen insgesamt 600 Anträge der Transplantationszentren begutachtet (siehe Tabelle). Hierbei handelt es sich meistens um Anträge auf Lebendnierenspende. Von die-

sen 600 Anträgen war ein Antrag auf eine Dünndarmteilspende und 12 Anträge auf eine Teileberspende zu begutachten. Einmal im Jahr findet ein Erfahrungsaustausch der Kommission „Lebendspende“ mit den Transplantationszentren statt. Die Landesärztekammer Hessen und ihr Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach gratulieren der Kommission „Lebendspende“ zum 15-jährigen Bestehen und hoffen auf eine weitere gute Zusammenarbeit.

Olaf Bender

Referent Ärztliche Geschäftsführung

Miriam Mißler

Sekretariat Referent ÄGF
Landesärztekammer Hessen

Mensch und Gesundheit

Modellprojekt zur HPV-Impfung an Grundschulen in Südhessen – vielversprechender Start

Gebärmutterhalskrebs ist in Deutschland bei Frauen im Alterssegment 15 bis 44 Jahre die dritthäufigste Krebserkrankung. Jedes Jahr erhalten fast 5.000 Frauen diese Diagnose, rund 1.600 sterben an dieser Krankheit. Mehr als 90.000 Frauen müssen operiert werden, um Krebsvorstufen zu entfernen. Dabei könnten diese Zahlen viel niedriger sein, da das Erkrankungsrisiko durch eine Impfung erheblich reduziert werden kann. Leider ist die HPV-Impfung in Deutschland im Vergleich zu anderen Standardimpfungen wenig verbreitet: Nur vier von zehn Mädchen haben diesen wirkungsvollen Schutz. In Hessen nehmen gar nur etwa 22 Prozent der Frauen die Chance einer vollständigen Impfung wahr. Und dies, trotzdem die gesetzlichen Krankenkassen seit 2007 die Kosten übernehmen. Ein Modellprojekt an südhessischen Schulen soll dazu beitragen, aufzuklären und die Impfquoten zu steigern.

Eine Impfung gegen Krebs? Ist das denn sinnvoll? Die Antwort ist ein klares Ja. Einen wirkungsvollen Impfstoff gegen Krebs zu haben, war lange Zeit eine Vision. Zur Jahrtausendwende wurde diese Realität. Prof. Dr. med. Harald zur Hausen, langjähriger Vorstandsvorsitzende des Deutschen Krebsforschungszentrums, erkannte, dass Gebärmutterhalskrebs durch Infektionen

HPV-Impfung für Jungen

Bislang empfehlen nur wenige Länder die HPV-Impfung für Jungen als Standardimpfung, beispielsweise die USA und Kanada.

Die Bundesländer Hessen und Sachsen haben bei der Arbeitsgemeinschaft der obersten Landesgesundheitsbehörden eingebracht, die Schutzimpfung gegen Humane Papillomviren (HPV) auch bei Jungen im Alter von neun bis 14 Jahren zu befürworten und die Ständige Impfkommission (STIKO) beim Robert Koch-Institut zu bitten, die HPV-Impfung für Jungen als empfohlene Standardimpfung zu prüfen.

Eine HPV-Impfung für Jungen ist aus zwei Gründen sinnvoll:

- Zum einen können Jungen Infektionsträger sein. Daher kann die Impfung von Jungen auch für die Erreichung des Impfziels der STIKO Verhinderung von Zervixkarzinom-Fällen beitragen.
- Die Zahl von geschätzt jährlich etwa 1500–1800 HPV-attributablen Krebs-

neuerkrankungen beim Mann könnte durch die Impfung vermutlich reduziert werden. Bei Jungen zwischen neun und 15 Jahren wurde durch die Impfung nicht nur ein hoher Antikörper-Titer erreicht, auch die Wirksamkeit gegen Genitalwarzen und Vorstufen des Analkarzinoms konnte nachgewiesen werden.

„Ich kann keinen Grund erkennen, warum nicht Jungen ebenfalls geimpft werden sollten. Da die Übertragung der Viren im Wesentlichen durch den Sexualkontakt zustande kommt, wäre es besonders wichtig, dass beide Geschlechter geimpft sind,“ sagt Nobelpreisträger Prof. Dr. med. Harald zur Hausen (im Interview für die Medizin-Welt, Internet: www.medizin-welt.info). Professor zur Hausen spricht anlässlich des Weltkrebstages am Montag, 1. Februar 2016, auf Einladung der Hessischen Krebspräventionsinitiative „Du bist kostbar“ der Hessischen Krebsgesellschaft e. V. im Biebricher Schloss Wiesbaden, 10 bis 15 Uhr.

mit Humanen Papillomviren ausgelöst wird. Vor allem die Hochrisikotypen HPV

16 und 18 sind nach Schätzungen an der Entstehung von rund 70 Prozent aller Fälle

mit Gebärmutterhalskrebs beteiligt. Seine Forschung hat es ermöglicht, einen Impfstoff zu entwickeln, der wirksam vor einer Infektion mit den HPV-Typen 16 und 18 und den Vorstufen des Gebärmutterhalskrebses schützt. Hierfür wurde er 2008 mit dem Nobelpreis für Medizin ausgezeichnet. Die Impfungen sollten nach den neusten Empfehlungen der Ständigen Impfkommission am Robert-Koch-Institut vom Herbst 2014 bei Mädchen im Alter von 9–14 Jahren und möglichst vor dem ersten Geschlechtsverkehr mit zwei Impfstoffdosen im Abstand von sechs Monaten stattfinden. Versäumte Impfungen sollten bis zum 18. Lebensjahr nachgeholt werden.

Andere Länder geben Orientierung, wie wirksam gegen Gebärmutterhalskrebs vorgebeugt werden kann. In Australien hat ein im Jahr 2007 aufgesetztes öffentlich finanziertes HPV-Impfprogramm an Schulen bewirkt, dass Impfquoten von über 70 Prozent erreicht wurden. Dabei zeigte sich ein deutlicher Rückgang von Krebsvorstufen bei jungen Frauen. Daneben konnte ein deutlicher Rückgang von Feigwarzen, die ebenfalls durch HPV ausgelöst werden und gegen die einer der beiden verfügbaren HPV-Impfstoffe schützt, bei Frauen und Männern berichtet werden. In Großbritannien wurden schon 2008/2009 über öffentlich finanzierte Schulimpfungen Impfquoten von deutlich über 80 % erreicht.

Diese Initiativen haben durchaus Vorbildfunktion. Mit Beginn des Schuljahrs 2015/2016 ist der Startschuss für ein Modellprojekt gefallen, dass an sechs Grundschulen im Kreis Bergstraße durchgeführt wird. Ziel ist, durch fundierte Aufklärungsarbeit und freiwillige Impftage die HPV-Impfquoten in der Rhein-Neckar-Region in den kommenden zehn Jahren bei den Mädchen zu verdoppeln. Dadurch wollen die Akteure im genannten Zeitraum allein in der Rhein-Neckar-Region rund 200 Leben retten, 600 Krebsneuerkrankungen verhindern und mehr als 10.000 Operationen vermeiden. Das Modellprojekt läuft im Rahmen der Ausweitung der hessischen Krebspräventionskampagne „Du bist kostbar“, die inzwischen als Dachkampagne für die Krebsprävention in Deutschland etabliert wird. Initiatoren und Partner sind insbesondere die Initiative „Prävention in der Metropolregion Rhein-Neckar“, das Hessische Ministerium für Soziales und Integra-



© Alex. Traksel / Fotolia.com

Je früher die Impfung, desto besser der Schutz: Das Projekt setzt bei Grundschülerinnen der 4. Klasse an

tion, der Kreis Bergstraße sowie Vertreter verschiedener Ärzteguppen.

„Je früher die Impfung erfolgt, desto besser ist der Schutz, da das Immunsystem in jungen Jahren besonders gut auf die HPV-Antikörper anspricht“, erklärt Dr. med. Claus Köster, Präsident des Gesundheitsnetzes Rhein-Neckar e. V. Daher setzt das Projekt schon bei Grundschülerinnen der 4. Klasse an. Bei Elternabenden informieren Ärzte aus der Region ausführlich über die Impfung und beantworten alle Fragen zur Wirksamkeit und möglichen Nebenwirkungen. Eine Auskunftsstelle wurde im örtlichen Gesundheitsamt eingerichtet. Interessierte Eltern können ihre Töchter anschließend an einem Impftag in der Schule von den beteiligten Ärzten impfen lassen.

Erste Erkenntnisse

Schon die ersten Erkenntnisse der Informationskampagne bestätigen die These von Köster: „Wenn man Eltern fundiert über die Wirksamkeit und mögliche Nebenwirkungen der Impfung aufklärt und Wissenslücken schließt, steigt die Impfbereitschaft.“ Wie eine Befragung der Teilnehmer am Modellprojekt zeigt, fühlen sich 94 Prozent der Eltern im Anschluss an die Elternabende ausreichend informiert, 65 Prozent möchten ihre Töchter demnach gegen HPV impfen lassen. Immerhin 43 Prozent beabsichtigen, das niederschwellige Angebot eines Impftages an der Schule nutzen.

Die ersten Impftage haben bereits an allen sechs Grundschulen stattgefunden. Die Erfahrungen dabei sind durchweg positiv, wie Ärzte, Eltern und Schulleitungen zurückmelden. Im Mai 2016 wird dann die zweite Impfstoffdosis verabreicht.

Die Initiative wird durch einen Pressefilm begleitet, der unter folgendem Link abgerufen werden kann:

www.rnf.de/mediathek/tag/kreis-bergstrasse/video/impfung-gegen-gebaermutterhalskrebs-pilotprojekt-in-suedhessischen-schulen-startet/

Wissenschaftlicher Partner des Modellprojekts ist das Deutsche Krebsforschungszentrum in Heidelberg, wo in den 1980er-Jahren die Grundlagen für die Entwicklung des HPV-Impfstoffs gelegt wurden. In Zusammenarbeit mit allen beteiligten Partnern fließen die Erkenntnisse des Pilotprojekts in einen Handlungsleitfaden ein. Dieser wird unter anderem mit Unterstützung der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung auch anderen Städten und Regionen zur Verfügung gestellt.

Nach der Pilotphase ist geplant, das Projekt in ganz Hessen und der Rhein-Neckar-Region, die neben dem Kreis Bergstraße Teile von Rheinland-Pfalz und Baden-Württemberg umfasst, umzusetzen. Die Initiative liegt auf der politischen Linie der hessischen Landesregierung, die Gesundheit der Bevölkerung nachhaltig zu unterstützen. Gesundheitsminister Stefan Grüttner bestätigt anlässlich des Weltkrebstages 2015: „Vorsorge ist das beste Mittel gegen Krebs. Ich appelliere an alle Eltern, sich ausführlich über die HPV-Impfung zu informieren.“

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration, Leiterin Referat Prävention und



Foto: privat

Gesundheitsberichterstattung

E-Mail:

catharina.maulbecker-armstrong@hsm.hessen.de

In Zusammenarbeit mit: Gesundheitsnetz Rhein-Neckar e. V. und Peter Gossel

Erfahrungsbericht als Hausarzt und Psychotherapeut

Schon als Assistenzarzt in der Inneren Medizin, im Rahmen der Weiterbildung zum Arzt für Allgemeinmedizin, bemerkte ich bald, dass Patienten, die zur stationären Abklärung in den 1970er-Jahren eingewiesen wurden, in nicht unerheblicher Ausprägung an psychosomatischen Krankheiten litten. Dies erlebte ich auch in der Weiterbildungszeit in der allgemeinmedizinischen Praxis. Das Erkennen von psychosomatischen Zusammenhängen war für mich nicht das Problem, aber wie kann ich dem Patienten helfen, dies anzunehmen oder die dahinter stehenden Konflikte aufzulösen? Deshalb begann ich berufsbegleitend die Zusatzweiterbildung Psychotherapie nach meiner Anerkennung zum Arzt für Allgemeinmedizin 1980 und schloss diese 1985 ab. Diese Weiterbildung hatte einen ganz anderen Patientenzugang zur Folge.

In der Arzt-Patienten-Beziehung musste ich lernen, zu Patienten Distanz zu halten aber auch den Patienten zu verstehen, um sich mit ihm verständigen zu können. In der Praxis erfolgte gleichzeitig mit der somatischen Anamnese und der klinischen Untersuchung eine psychosoziale Betrachtung des Geschehens. Ich spürte schneller als bisher das Phänomen der „somatischen Eintrittskarte“, und dies bemerkten sogleich die Patienten. Sie sprachen mich in der Folge direkt auf ihre beruflichen und sonstigen privaten Probleme an. Dies überforderte mich zunehmend in meinem Zeitbudget.

Ich hatte Glück, meine psychotherapeutische Weiterbildung im Rahmen einer Gemeinschaftspraxis absolvieren zu können. Später bekam ich Unterstützung in der Praxis durch Ärzte in Weiterbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin. In der ersten Zeit nach Abschluss der psychotherapeutischen Weiterbildung habe ich die psychischen Aspekte manchmal etwas überbewertet und damit hauptsächlich somatische Ursachen nicht immer rechtzeitig erkannt. Eine psychosomatische Mitbeteiligung des Beschwerdebilds in dem Patientenkollektiv meiner Hausarztpraxis ist sehr häufig. Sie liegt in einem neuen Stadtteil von Darmstadt mit Einwohnern aus 90 Nationen. Viele Patienten

haben einen Migrationshintergrund. Vor der Zeit des Psychotherapeutengesetzes musste ich viele Patienten im Delegationsverfahren an psychologische Psychotherapeuten weiterleiten.

In der Anfangszeit meiner psychotherapeutischen Bemühungen bot ich Autogene Trainingsstunden in der Gruppe an. Zuerst waren die Gruppen durch engagierte Klienten gut besetzt. Später kamen dann Klienten, bei denen die Kassen die Stunden bezahlten. Eine Zuzahlung zur Motivationserhöhung ist verboten. Aber die Klienten kamen zu unregelmäßig und so lohnte es sich finanziell nicht mehr. In meinem Eifer habe ich zudem themenzentrierte Gruppentherapien angeboten. Das war eine ganz neue Erfahrung und forderte mich sehr, so dass ich doch lieber Einzeltherapien vorgezogen habe.

In der täglichen Hausarztpraxis ist das Problemfeld chronischer Alkoholabusus häufig anzutreffen. Aus diesem Grund habe ich mein Wissen darüber mit dem Fortbildungscurriculum „Suchtmedizin“ erweitert. Dies hat zu einem wesentlich besseren Umgang mit dem Konfliktfeld chronischer Alkoholabusus mit den Patienten und insbesondere mit den betroffenen Angehörigen geführt.

1997 gründete ich mit fünf weiteren psychotherapeutisch tätigen Kolleginnen und Kollegen den ersten von der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Hessen anerkannten Qualitätszirkel „Psychotherapie“ als Moderator.

Die eigenen Psychotherapiestunden im Antragsverfahren als psychologisch fundierte Psychotherapie erfolgten nach der normalen allgemeinärztlichen Praxiszeit am späten Abend, mittwochnachmittags und samstagsvormittags. Dies war eine erhebliche Belastung für die junge Familie. Aber die Psychotherapie machte mir Spaß. Die nötige Empathie war mir nicht fremd. Es ist wichtig, dass der Arzt lernt zuzuhören, dann erkennt er leichter die „Diagnose“, die der Patient beschreibt. Die Grundhaltung des Arztes heißt hinhören.

Der so ganz andere Zugang zum Patienten, der doch von der somatischen Untersuchungssituation abweicht, bereicherte

meine hausärztlichen Fähigkeiten. Nächtliche Beratungsanlässe oder dringende Hausbesuche zur Kassennacht wurden seltener. Für die Behandlung im Rahmen der genehmigungspflichtigen Psychotherapie habe ich mehr die mir zugewiesenen Patienten geschätzt. Da fiel es mir leichter, das besondere psychotherapeutische Setting einzuhalten.

Mein Ziel war nicht, als reiner Psychotherapeut tätig zu sein. Ich wollte immer hauptsächlich Hausarzt sein, der eine besondere psychotherapeutische Kompetenz hat. Mit Einführung des Regelleistungsvolumen im Abrechnungssystem der KV mit den entsprechenden Abrechnungsausschlüssen, insbesondere spürbar bei den probatorischen Sitzungen, gehört ein gewisses Maß an Enthusiasmus dazu, um dies weiterzuführen. In der Folge habe ich bis vor wenigen Jahren die Psychotherapieangebote vermindert.

Seit ich die hausärztliche Praxiszeit nach 36 Arbeitsjahren aus Altersgründen reduziert habe, habe ich seit zwei Jahren mir wieder die Freiheit genommen, vermehrt Psychotherapie, aber jetzt in der regulären Praxiszeit, anzubieten.

Es ist für die Patienten vorteilhaft, wenn der Hausarzt eine psychotherapeutische Kompetenz besitzt. 1200 Hausärzte haben in Deutschland die Zusatzweiterbildung „Psychotherapie“ absolviert. Von ca. 2670 hausärztlich tätigen Praxen in Hessen rechnen gerade mal 86 psychotherapeutische Leistungen der Richtlinien Psychotherapie ab.

Als Hausarzt psychotherapeutisch tätig zu sein macht Spaß, aber man muss es als engagiertes Hobby betrachten. Allgemeinmedizin und Psychotherapie in Kombination rechnet sich unter den gegebenen Umständen der Gesundheitspolitik nicht.

Dr. med. Horst Löckermann

Facharzt für Allgemeinmedizin
und Psychotherapie, Darmstadt
E-Mail: loeckermann@gmx.de

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

Internet-Beratungsportal für junge Erwachsene mit Krebs

Die Diagnose Krebs bedeutet gerade für junge Menschen auf mehrfache Weise eine existenzielle Bedrohung – nicht nur gesundheitlich, sondern auch finanziell und sozial. Die Deutsche Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs hat deshalb ein neues Informationsportal im Internet ins Leben gerufen, um junge Menschen mit der Diagnose Krebs auch „digital“ besser zu informieren. Das „Junge Krebsportal“ hilft jungen Patientinnen und Patienten im Alter von 18 bis 39 Jahren mit kostenloser Unterstützung durch Sozialmedizinerinnen und Sozialmediziner – im Online-Chat, telefonisch und im persönlichen Gespräch. Eine spätere wissenschaftliche Auswertung der gewonnenen Daten soll laut der Stiftung Versorgungslücken aufdecken, um letztendlich die Versorgungssituation von jungen Erwachsenen mit Krebs in Deutschland nachhaltig zu verbessern. Siehe im Internet: <https://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de/projekte/junges-krebsportal/>

Neues Deutsches Zentrum für Entwicklungspsychiatrie

In der Rhein-Main-Region ist das Deutsche Zentrum für Entwicklungspsychiatrie e. V. eröffnet worden. Die Einrichtung soll gravierende Lücken in der Erforschung und Behandlung psychischer Erkrankungen schließen. Psychiatrische Krankheitsbilder wie ADHS, Autismus oder Angsterkrankungen treten meist zuerst im Kindesalter auf und bleiben oft auch im Erwachsenenalter bestehen. Durch die Aufteilung der Disziplinen Kinder- und Jugendpsychiatrie einerseits sowie Erwachsenenpsychiatrie auf der anderen Seite sind die Altersgruppen bisher getrennt. Damit wird jedoch der fortschreitende Prozess dieser Erkrankungen nicht adäquat berücksichtigt. Das Fachgebiet der Entwicklungspsychiatrie untersucht den Verlauf psychischer Störungen über die gesamte Lebensspanne.

„Das Zentrum hat zum Ziel, die Forschung über entwicklungspsychiatrische Erkrankungen zu fördern und damit auch die wissenschaftlich fundierte Therapie auf

diesem Gebiet weiter voranzubringen“, erklärt Prof. Dr. med. Andreas Reif, Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Uniklinikum Frankfurt und Vorsitzender des Zentrums, das ein Verbundprojekt der Universitätskliniken Frankfurt und Mainz sowie der beiden zugehörigen Universitäten ist.

Land Hessen fördert Ersatzneubau des Klinikums Frankfurt Höchst mit 54,7 Millionen Euro

Mit 54,7 Millionen Euro unterstützt das Land Hessen den Ersatzneubau des Klinikums Frankfurt Höchst. Für die Bausumme von insgesamt 236,7 Millionen Euro – den Löwenanteil in Höhe von 182 Millionen Euro bezahlt die Stadt Frankfurt am Main als Trägerin des Klinikums Frankfurt Höchst – bekommt die Stadt östlich des jetzigen Bettenhauses in Richtung Windthorststraße ein sechs Stockwerke umfassendes Gebäude. Geplant sind 664 stationäre Betten; dazu kommen 40 tagesklinische Plätze. Auf dem Klinikgelände ist außerdem ein Gesundheitszentrum geplant. Der Ersatzneubau soll 2018 fertig werden.

Krankenhaus Nordwest gründet Institute of International Medicine and Telemedicine Frankfurt

Am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main wurde ein Institut für internationale medizinische und wissenschaftliche Zusammenarbeit neu gegründet, um den medizinischen Fortschritt auch in Regionen der Welt zu tragen, die bislang keinen Zugang dazu hatten. Das „Institute of International Medicine and Telemedicine“ profitiert von den langen Erfahrungen insbesondere der Klinik für Neurologie und des Instituts für Neuroradiologie im Bereich der Telemedizin mit dem Sultanat Brunei und wird künftig Projekte im Krankenhaus- und Gesundheitssektor begleiten. Geleitet wird das Institut von Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé. Neben Aufgaben in der wissenschaftlichen Beratung, der telemedizinischen Konsultation sowie der praktischen Unterstützung wird das Institut Aufgaben in Forschung und Lehre übernehmen.

Innovativer Linearbeschleuniger für Nordwest-Krankenhaus

Anfang Dezember wurde der neue 11 Tonnen schwere Linearbeschleuniger der Klinik für Radioonkologie für den neu gebauten dritten Strahlenbunker am Krankenhaus Nordwest Frankfurt geliefert. Das ca. drei Millionen Euro teure Gerät der neuesten Generation kommt aus Kalifornien (USA) und ermöglicht hochpräzise Bestrahlungen von Tumoren. Umliegendes Gewebe wird weitestgehend verschont. Selbst die Lageveränderung des Tumors zum Beispiel durch Atmung kann von dem neuen Gerät berechnet und ausgeglichen werden. Innovativ ist die Technologie, eine MRT-Spule unmittelbar an den Patienten zu bringen, die die Bewegung zuvor im Zielgebiet implantierter Marker verfolgen kann, ohne zusätzliche Röntgenbelastung des Patienten. Im April soll die neue Behandlungseinheit für Patienten in Betrieb gehen.

Ist die neue Unabhängige Patientenberatung wirklich unabhängig?

Gegen den Widerstand der Institutionen der Heilberufe hat der Spitzenverband der Gesetzlichen Krankenkassen zu Beginn des neuen Jahres die Unabhängige Patientenberatung (UPD) neu aufgestellt und in die Hände der Sanvartis GmbH gegeben, zu deren Kunden gesetzliche Krankenkassen wie z. B. die Barmer GEK und große Pharmafirmen wie u. a. Bayer und Merck Serono zählen. Kassenärztliche Bundesvereinigung, Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, Bundesärztekammer und Bundeszahnärztekammer sehen damit die Unabhängigkeit und Neutralität der Beratung bedroht: „Finanzierung und Vergabe müssen an die Bedingung geknüpft werden, dass die künftige Patientenberatung auch tatsächlich unabhängig arbeiten kann.“ Die gesetzliche Patientenberatung wurde 2006 eingeführt. Die UPD beriet bis dato alle Bürger im Auftrag des Gesetzgebers kostenfrei und neutral zu allen Gesundheitsfragen. Träger war bis Ende 2015 ein Verbund aus Sozialverband VdK Deutschland, Verbraucherzentrale Bundesverband und des Verbundes unabhängige Patientenberatung. (asb, gold)

Die Rolle der Neurologie im Nationalsozialismus

Das Institut für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität zu Köln hat auf dem Jahreskongress 2015 der Deutschen Gesellschaft für Neurologie (DGN) erste Ergebnisse einer Untersuchung zur Rolle der Neurologie in der Zeit des Nationalsozialismus präsentiert. Die DGN beauftragte mit der wissenschaftshistorischen Analyse eine Arbeitsgruppe um die Kölner Medizinhistoriker Prof. Dr. med. Heiner Fangerau (jetzt Düsseldorf) und Prof. Dr. med. Axel Karenberg.

Die Neurologie befand sich als Wissenschaft Anfang des 20. Jahrhunderts auf hohem Niveau, doch institutionell führte sie in ihrer Selbstwahrnehmung ein

„Aschenbrödel-Dasein“, wie es Wilhelm Erb (1840–1921) beschrieb. Er war 1907 einer der Gründerväter der „Gesellschaft Deutscher Nervenärzte“. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde sie 1935 in die „Gesellschaft deutscher Neurologen und Psychiater“ eingegliedert. Die fachliche Emanzipation der Neurologie wurde so zurückgeführt.

„Die eigentliche Frage ist die nach den Handlungsspielräumen der beteiligten Akteure“, so Fangerau. Das komplexe Gefüge aus Interessen, gegenseitiger Indienstnahme und die Verwobenheit von Politik und Neurologie ist Gegenstand der Untersuchungen.

Das Projekt „Die Rolle der Neurologie in der Zeit des Nationalsozialismus“ begann im Dezember 2014, die Laufzeit beträgt ein Jahr. Die Resultate sollen in einer Sonderpublikation der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ veröffentlicht werden.

Prof. Dr. med. Heiner Fangerau

Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine Universität Düsseldorf
heiner.fangerau@uni-duesseldorf.de

Prof. Dr. med. Martin Grond

2. Vorsitzender der DGN
E-Mail: grond@dgn.org



Ärztekammer

Politik als Herzensangelegenheit

Nachruf auf Dr. med. Wilfried Bieniek (1951 – 2015)

Wilfried Bieniek, geboren am 2. September 1951, war ein politischer Freund. Und doch auch ein Freund fürs Leben. Denn so wie wir „68er“ Politik verstanden, gehörte zu einem guten Leben, sich politisch einzumischen.

Als Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie kam er in den Gründerkreis der Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte und wurde 1976 Delegierter der Landesärztekammer Hessen für viele Jahre.

Standespolitik war sein Ding nicht. Ärztliche Berufspolitik am Interesse aller, zualererst am Wohl des Patienten auszurichten, die Rolle der Ärzte im Nationalsozialismus in der Ärzteschaft endlich zu thematisieren, Arbeitslosigkeit und Armut als Ursachen von Krankheit benennen, die damals unkritische Zusammenarbeit mit „Apartheidsärzten“ im Weltärztebund bekämpfen. Das waren die Gründe, warum er sich in der Kammer engagierte. Aber es war ihm auch klar, dass ärztliche Selbst-



Dr. med. Wilfried Bieniek

verwaltung auch Tagesgeschäft bedeutete. Er engagierte sich im Weiterbildungsausschuss und im Ärztlichen Versorgungswerk. In den monatlichen Treffen unserer Liste war er ein streitbares und kreatives

Mitglied. Politik und besonders eine fortschrittliche Gesundheits- und Berufspolitik waren ihm nicht nur intellektuelle Auseinandersetzung, sondern eine Herzensangelegenheit. Neben Beruf und Politik wollte er auch das Leben genießen, seine musikalischen Fähigkeiten am spät erworbenen Flügel erweitern. Herz und Verstand. Seine Krankheit nahm ihm beide dafür notwendigen Organe, erst sein gesundes Herz und dann auch noch sein funktionsfähiges Gehirn. Viele Jahre musste er diesen schrecklichen Zustand zwischen Leben und Tod erdulden, bis er am 17. Dezember 2015 erlöst wurde. Er fehlt uns schon lange. Seine Angehörigen haben ihm diese Zeilen von Hermann Hesse mit auf den Weg gegeben: Einschlafen dürfen, wenn man müde ist, und eine Last fallen lassen dürfen, die man lange Zeit getragen hat, das ist eine köstliche, eine wunderbare Sache.

Dr. med. Ernst Girth
Kardiologe, Frankfurt



Dr. med. Phillip de Leuw vom HIV-Center des Frankfurter Universitätsklinikums erhielt beim Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress den Nachwuchsforscherpreis der Deutschen AIDS-Gesellschaft für sein Forschungsprojekt zur chronischen HCV-Infektion bei Vorliegen einer HIV-Infektion. Die Auszeichnung ist mit 3.000 Euro dotiert.



Die Asklepios Klinik Langen hat **Dr. med. Hans-Ulrich Thürk**, langjähriger Chefarzt der Klinik für Unfallchirurgie und Orthopädie, in den Ruhestand verabschiedet. Mehr als 26 Jahre war Thürk in der Langener Klinik tätig, seit 1997 als Chefarzt der Abteilung. **PD Dr. med. Christian Eberhardt** (Foto), Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie, übernimmt den Staffelposten. Der 48-Jährige ist Spezialist auf dem Gebiet der orthopädischen Chirurgie insbesondere der Endoprothetik der großen Gelenke. Mit seinen Zusatzbezeichnungen spezielle orthopädische Chirurgie, Kinderorthopädie, Notfall- und Sportmedizin sowie spezieller Schmerztherapie und physikalischer Therapie deckt er ein breites Spektrum seines Arbeitsgebietes ab.



Im Rahmen der Jahrestagung 2015 der Deutschen Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen in Berlin wurde **PD Dr. med. Klaus Exner** mit der Dieffenbach-Medaille ausgezeichnet – für besondere Verdienste um die Plastische Chirurgie und insbesondere sein Engagement für Interplast e. V. (ein gemeinnütziger Verein für plastische Chirurgie in Ländern der „Dritten Welt“). Exner war Chefarzt im Markus-Krankenhaus in Frankfurt/M und hat sich ehrenamtlich für viele bedürftige Menschen in Entwicklungsländern eingesetzt,

denen er durch plastisch-rekonstruktive Operationen helfen konnte. Auch jetzt nach seiner Pensionierung ist er als Arzt tätig und immer wieder mit Interplast-Teams unterwegs, sei es in Myanmar oder Paraguay, wo er vielen dortigen Kollegen die Techniken der Plastischen Chirurgie vermittelt.



Prof. Dr. med. Bernd Kronenberger, Facharzt für Innere Medizin und Gastroenterologie, wechselte vom Universitätsklinikum Frankfurt an das Herz-Jesu-Krankenhaus in Fulda.

Zum 1. November 2015 hat Kronenberger als neuer Chefarzt die dortige Abteilung für Innere Medizin, Gastroenterologie und Diabetologie übernommen. Seine klinischen Schwerpunkte sind die diagnostische und interventionelle Endoskopie und Notfallendoskopie. Zudem verfügt er über langjährige Erfahrungen in der Behandlung von endokrinologischen und diabetologischen Erkrankungen.



FamSurg steht für „Family and Surgery“ und „Female Surgeon“ und beschreibt ein Projekt zur Förderung von Frauen und familienfreundlichen Strukturen in der Chirurgie. Gestiftet von der Firma Karl Storz, wurde der FamSurg-Preis 2015 zum dritten Mal verliehen: an die Gießener Chirurgin **Prof. Dr. med. Katja Schlosser**, Sektionsleiterin Gefäßchirurgie und Endokrine Chirurgie sowie stellv. Chefärztin der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Gefäßchirurgie im Agaplesion Evangelisches Krankenhaus Mittelhessen. Schlosser wurde u.a. für ihr Engagement im Bereich der Frauenförderung ausgezeichnet. Sie gründete 2013 innerhalb kürzester Zeit das erste deutschsprachige Chirurginnen-Netzwerk, welches über die sozialen Internetplattformen Xing und Facebook agiert.

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

Auszeichnungen für drei Mitarbeiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main



Dr. med. Juliane Liese, Dr. med. Mazen Juratli, PhD, PD Dr. med. Nils Habbe (alle v.l.)

Dr. med. Juliane Liese (33) erhält den Junior Clinical Research Grant 2015 der European Society of Organ Transplantation in Höhe von 50.000 Euro für die Identifizierung von neuen

Biomarkern zur Prognoseabschätzung und Behandlung des Leberkrebs, des hepatozellulären Karzinoms. Darüber hinaus erhielt sie die „Förderung von Nachwuchsforschern“ durch die Frankfurter Forschungsförderung in Höhe von 66.000 Euro für ein Projekt zur Chemotherapeutikaresistenz des hepatozellulären Karzinoms.

Dr. med. Mazen Juratli, PhD (31), wurde mit dem Frankfurter Forschungspreis der Rudolf-Geißendörfer-Stiftung ausgezeichnet. Für seine Grundlagenforschung mit dem Titel „Preventing treatment-induced circulating tumor cell release“ erhielt er 5.000 Euro.

PD Dr. med. Nils Habbe (39), Facharzt für Viszeralchirurgie und Chirurgie sowie Oberarzt der Klinik, erhielt den Theodor-Billroth-Preis, einen Habilitationspreis der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (dotiert mit 3.000 Euro). Der Titel der ausgezeichneten Arbeit lautet „Pathogenese, perioperatives Management und chirurgische Therapiestrategien bei Tumoren endokriner Organe“.

Ambulante Sprechstunden im Krankenhaus

Ambulante Sprechstunden sind in der Regel Angelegenheit eines niedergelassenen Arztes und finden in der Praxis statt. Aber auch in den Krankenhäusern gibt es viele Sprechstunden für ambulante Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung.

Die Rechtslage ist unübersichtlich und kann zum Fehlverhalten der Beteiligten führen.

Die ambulante Behandlung im Krankenhaus von gesetzlich versicherten Patienten muss nach den Kriterien und gesetzlichen Vorgaben des Sozialgesetzbuch (SGB V) sowie nach dem Vertragsarzt- und Berufsrecht durchgeführt werden. Doch was bedeutet das genau? Ambulante Sprechstunden für gesetzlich versicherte Patienten sind in der Regel der vertragsärztlichen Versorgung außerhalb des Krankenhauses vorbehalten.

In den Krankenhäusern werden jedoch eine Vielzahl von Spezial-, Indikations-, Kontroll- und Zweitmeinungssprechstunden usw. auch für Patienten der gesetzlichen Krankenversicherung angeboten, obwohl keine vertragsärztliche Zulassung erteilt ist. Hier besteht häufig Unklarheit über die Abrechnungsmodalitäten dieser Sprechstunden.

Wegen der Unsicherheiten in der korrekten Abrechnung dieser Sprechstunden haben der Hessische Chirurgenverband (www.hcv-ev.de) und die Genossenschaft nieder-

gelassener Ärzte operativer Fachgebiete Hessen (www.gnoh.de) zusammen mit der BG Unfallklinik Frankfurt am Main (www.bgu-frankfurt.de) eine Arbeitsgruppe zur Lösung des dargestellten Problems gegründet und weisen auf Folgendes hin:

- **GOÄ & Co.:** In der Regel ist im Krankenhaus, auch für dort vorgehaltene Sprechstunden, eine adäquate Rechnung nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) oder nach dem Deutsche Krankenhausgesellschaft Normaltarif I (DKG-NT I) sachgerecht, sofern keine andere vorgeschriebene Abrechnungsmodalität besteht.
- **Spezielle Regeln** gelten laut SGB V für die ambulante Behandlung von gesetzlich versicherten Patienten im Krankenhaus unter anderem bei
 - a) unvorhergesehener Notfallbehandlung,
 - b) Behandlung nach § 115 a (prä- und poststationäre Behandlung),
 - c) Behandlung nach § 115 b (Ambulantes Operieren),
 - d) Behandlung nach § 116 b (ambulante spezialfachärztliche Versorgung) und bei
 - e) Behandlung im Rahmen einer vertragsärztlichen Ermächtigung.
- **Standesrechtliche Vorgaben:** Sprechstunden können nicht regelhaft kosten-

los angeboten werden, da dies für die daran beteiligten Ärzte (nur sekundär für die Krankenhäuser) ein berufsrechtliches Vergehen (vgl. § 12 Abs. 2 Berufsordnung) darstellen und außerdem nach dem Gesetz gegen den unlauteren Wettbewerb (UWG) wettbewerbswidrig sein könnte.

- **MVZ:** Sofern krankenhaus-eigene Medizinische Versorgungszentren (MVZ) an der Versorgung von Patienten teilnehmen, gelten die Voraussetzungen für die Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung. Es handelt sich dabei nicht um eine Behandlung im Krankenhaus.

Detailliert dargestellt wird die Sachlage im Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Richtlinie über die Verordnung von Krankenhausbehandlungen (Krankenhaus-einweisungs-Richtlinie / KERL) vom 22. Januar 2015 sowie im Flyer der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen „Der kleine Unterschied“.

Prof. Dr. med. Thomas Auhuber
Prof. Dr. Dr. med. Reinhard Hoffmann
 beide BG Unfallklinik Frankfurt am Main
Michael Waldeck
 Hessischer Chirurgenverband e.V.
Dr. med. Christoph Schüürmann
 Genossenschaft der niedergelassenen Ärzte operativer Fachgebiete Hessen e.G.

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Über die vorzeitige Zulassung erhält der/die Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner/ihrer regulären Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine/ihre Leistungen während der gesamten Ausbildungszeit dies rechtfertigen.

Die einzelnen Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung in Verbindung mit den aktuellen Prüfungsterminen können im Internet unter: http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Informationen_vorzeitige_abschlusspruefung.pdf abgerufen werden.

Korrektur:

In dem Kasten „Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert“ (Ausgabe 01/2016, Seite 47) ist im Abschnitt „Zur Abschlussprüfung im Sommer 2016 sind anzumelden“ die falsche Jahreszahl abgedruckt. Richtig heißt es: „1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 5. Oktober 2016 endet, ...“.

Derzeit führt das Deutsche Institut für Menschenrechte im Auftrag des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) eine Befragung von Ärztinnen und Ärzten der Geburtshilfe zum Umgang mit intergeschlechtlichen Kindern durch. Diese Befragung fließt in eine Evaluierung der Neuregelung im Personenstandsgesetz (§ 22 Abs. 3 PStG) ein.

Mit Inkrafttreten des § 22 Abs. 3 Personenstandsgesetz (PStG) zum 1. November 2013 sind Kinder, die „weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden [können]“ ohne Angaben zum Geschlecht im Geburtenregister einzutragen. Grundlage einer solchen fehlenden Geschlechtsangabe ist die Geburtsanzeige, aus der sich ergeben muss, „dass das Kind zum Zeitpunkt der Anzeige weder dem männlichen noch dem weiblichen Geschlecht zugeordnet werden kann“ [PStG-VwV].

Seither ist demnach nicht nur der Eintrag eines männlichen oder weiblichen Geschlechts gesetzlich möglich und geregelt, sondern auch eine ausbleibende Einordnung in ein männliches oder weibliches Geschlecht für intergeschlechtliche Kinder vorgesehen. Damit ist die Neuregelung nicht nur für die Neugeborenen und deren Eltern von Bedeutung, sondern auch für Ärztinnen und Ärzte, die das Geschlecht eines Kindes mit der Geburtsanzeige als männlich oder weiblich angeben oder die Zuordnung offen lassen.

BMFSFJ. Um die Praxiserfahrung und Sichtweise von Ärztinnen und Ärzten bei der Evaluation und Erarbeitung von Regelungsvorschlägen für intergeschlechtliche Kinder (DSD) berücksichtigen zu können, bittet das Institut um die Teilnahme an einer kurzen Online-Befragung. Für die Beantwortung der Fragen gibt es keine Voraussetzungen, das heißt sie richtet sich explizit an alle Ärztinnen und Ärzte, die in der Geburtshilfe tätig sind oder waren. Die Beantwortung des Fragebogens dauert fünf bis zehn Minuten. Alle Angaben sind anonym. Die Antworten können also nicht persönlich zugeordnet werden. Zur Online-Befragung geht es über folgenden Link: https://ww3.unipark.de/uc/deutsches_institut_fuer_menschenrechte_aerztinnen/

Außerdem würde das Deutsche Institut für Menschenrechte gerne Ärztinnen und Ärzte, die seit dem 1. November 2013 Geburtshilfe bei einem intergeschlechtlichen Kind geleistet haben und/oder das Geschlecht eines Kindes auf der Geburtsanzeige als nicht feststellbar eingetragen haben, für ein ca. 30-minütiges Interview gewinnen.

Bei Interesse melden Sie sich bitte bei
Greta Schabram, Wissenschaftliche Mitar-
beiterin, per E-Mail: [schabram@institut-
fuer-menschenrechte.de](mailto:schabram@institut-
fuer-menschenrechte.de) oder unter
Fon: 030 259359-468.

Deutsches Institut
für Menschenrechte

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Fortbildung Psychosen-Psychotherapie

- **13. Februar 2016, 9.30-17 Uhr**
- **Veranstalter & Ort:**
Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e. V.
Ludwigstr. 73, 35392 Gießen
- **Anmeldung:**
bis 8. Februar 2016 im Sekretariat des
Institut für Psychoanalyse
und Psychotherapie Giessen e.V.

Fon: 0641 74527, Fax: 0641 78056,
E-Mail: Inst.PSAuPsth-Giessen@
t-online.de

- **Informationen:**
Dr. med. Terje Neraal
Fon: 0641 8772754
E-Mail: t.neraal@t-online.de
- **Programm im Internet:**
<http://gpi.dpv-psa.de/>

**Einladung zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
15. Wahlperiode 2013 – 2018**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Samstag, 19. März 2016, 10 Uhr s.t.

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

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 8. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 21. November 2015**
4. **Ehrungen**
5. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
6. **Nicht erledigte Anträge aus der Delegiertenversammlung vom 21. November 2015**
7. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
 - a) Berufsordnung
 - b) Weiterbildungsordnung
 - c) Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle
 - d) Kostensatzung
8. **Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen „Im Vogelsgesang“ in Frankfurt am Main**
9. **Versorgungswerk**

Bericht des Vorstandes
10. **Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung**

Bericht des Vorsitzenden
11. **Nachwahl von Vorsitzenden und Stellvertreter/innen der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen**
12. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
13. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 13. Januar 2016

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

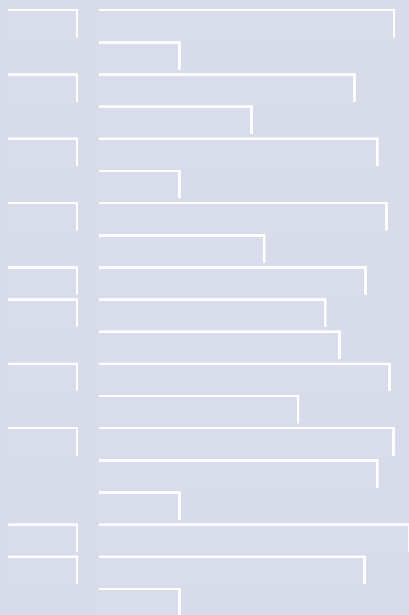
J. Krolland

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

Bezirksärztekammer Frankfurt/M

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel



Bezirksärztekammer Marburg



Goldenes Doktorjubiläum

- 29.02.: Doctor medicinae FarukErdem, Izmir, Bezirksärztekammer Darmstadt
- 01.03.: Dr. med. Harald Fischer, Niddatal, Bezirksärztekammer Gießen
- 07.03.: Dr. med. Reinhold Ferrari, Kassel, Bezirksärztekammer Kassel
- 07.03.: Dr. med. Norbert Nickel, Hanau, Bezirksärztekammer Frankfurt
- 08.03.: Dr. med. Albert Ortwein, Kassel, Bezirksärztekammer Kassel
- 17.03.: Dr. med. Horst Lehning, Pfungstadt, Bezirksärztekammer Darmstadt
- 18.03.: Dr. med. Faraj Rummani, Wiesbaden, Bezirksärztekammer Wiesbaden
- 21.03.: Professor Dr. med. Wolfgang Giere, Taunusstein, Bezirksärztekammer Wiesbaden
- 21.03.: Dr. med. Hans Hampel, Frankfurt, Bezirksärztekammer Frankfurt

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Haushaltsplan 2016

Der von der Delegiertenversammlung am 21. November 2015 beschlossene Haushaltsplan 2016 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung (Stand: 1. Juli 2013) in der Zeit vom **8. bis 19. Februar 2016** im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt, Im Vogelsgang 3, Zimmer des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr, Montag und Donnerstag von

14 bis 17 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14 bis 15:30 Uhr) für alle Kammermitglieder zur Einsichtnahme aus.

Frankfurt/Main, 2. Dezember 2015

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

CME-Beiträge aus den Ausgaben 12/2014 und 01/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Prävention in der Gastroenterologie – von Ernährung bis Vorsorge-Koloskopie“ von Richard Raedsch im Hessischen Ärzteblatt 12/2014, Seite 681 ff.

Frage 1	3	Frage 6	4
Frage 2	4	Frage 7	2
Frage 3	4	Frage 8	2
Frage 4	3	Frage 9	3
Frage 5	2	Frage 10	1

Zu den Multiple Choice-Fragen „Chronisch entzündliche Darmerkrankungen“ von Rainer Duchmann, im Hessischen Ärzteblatt 12/2014, Seite 690 ff.

Frage 1	4	Frage 6	4
Frage 2	1	Frage 7	2
Frage 3	2	Frage 8	3
Frage 4	4	Frage 9	1
Frage 5	3	Frage 10	2

Zu den Multiple Choice-Fragen „Empfehlungen zum Umgang mit dem Symptom Müdigkeit“ von Erika Baum et. al. im Hessischen Ärzteblatt 01/2015, Seite 12 ff:

Frage 1	5	Frage 6	2
Frage 2	4	Frage 7	1
Frage 3	3	Frage 8	3
Frage 4	2	Frage 9	2
Frage 5	5	Frage 10	3

Bücher

Margot Unbescheid: Alzheimer: Das Erste-Hilfe-Buch

Strandgut Verlag Frankfurt 2015, ISBN 9783981273465, € 18,50

Diagnose Alzheimer: Das „Erste-Hilfe-Buch“ von Margot Unbescheid will vermitteln, was dann den Alltag bestimmt, wo es Hilfe gibt, wie das Miteinander von Patienten und Betreuenden besser gelingen kann. Die Autorin verbindet eigene Erfahrungen mit konkreten Ratschlägen. (asb)

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Bernhard Eckermann,
Petersberg
* 01.02.1950 † 21.03.2015

Dr. med. Hans Dieter Fleischhauer,
Offenbach
* 22.03.1938 † 25.07.2015

Dr. med. Hildegard Maria-Luise
Germann-Günther, Oestrich-Winkel
* 05.04.1959 † 20.10.2015

Jost Grebe, Twistetal
* 08.04.1938 † 29.03.2015

Dr. med. Rolf-Dieter Heck,
Frankfurt
* 18.03.1949 † 10.11.2015

Dr. med. Emilie Klotz, Darmstadt
* 29.04.1928 † 04.12.2015

Dr. med. Hans Sattler, Höchst
* 18.12.1927 † 22.11.2015

Rolf Schwarzenberger, Usingen
* 04.12.1939 † 06.12.2015

Dr. med. Thomas Wegener, Neukirchen
* 25.07.1946 † 03.12.2015

Dr. med. Hans Zielinski
* 23.03.1926 † 10.10.2015, Kassel

Christian Richard Hagen Zintel, Mainz
* 18.01.1973 † 20.11.2015

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060030771 ausgestellt am
12.08.2013 für Michael Burger, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060031704 ausgestellt am
21.11.2013 für Dr. med. Özkan Demirbas,
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060026279 ausgestellt am
19.06.2012 für Tatjana Derksen, Kassel

Arztausweis-Nr. 060029521 ausgestellt am
11.04.2013 für Anna Dörr, Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060038224 ausgestellt am
23.04.2015 für Dr. med. Melanie Drefßler,
Hanau

Arztausweis-Nr. 060034454 ausgestellt am
21.07.2014 für Ursula Joachimi, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040051 ausgestellt am
28.09.2015 für Dr. med. Metin Kilic, Eltville

Arztausweis-Nr. 060040362 ausgestellt am
21.10.2015 für Dr. med. Peter Lilienthal,
Altenstadt

Arztausweis-Nr. 060024031 ausgestellt am
13.01.2012 für Dr. med. Karl Albert Mutter,
Offenbach

Arztausweis-Nr. 060030895 ausgestellt am
23.08.2013 für Mai Huong Nguyen, Mainz

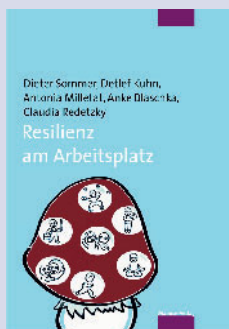
Arztausweis-Nr. 060019888 ausgestellt am
04.02.2011 für Dr. med. Babette Rebbel-
mund, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060030999 ausgestellt am
04.09.2013 für Privatdozent Dr. med.
Edgar Rinast, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060026983 ausgestellt am
27.08.2012 für Lutz-Michael Schäfer, Kassel

Arztausweis-Nr. 060038182 ausgestellt am
20.04.2015 für Shachi Jenny Sharma, Gießen

Arztausweis-Nr. 060032748 ausgestellt am
27.02.2014 für Dr. med. Wiebke Smart,
Frankfurt



Dieter Sommer et al.: Resilienz am Arbeitsplatz

Weitere Autoren: Detlef Kuhn, Antonia Millettat,
Anke Blaschka und Claudia Redetzky
Mabuse-Verlag 2014
256 Seiten, ISBN 9783863211769
€ 29,90

Es gibt Menschen, die arbeiten viel, sind erfolgreich und strahlen dabei Gelassenheit und Optimismus aus. Was ist ihr Geheimnis? Die Autorinnen und Autoren haben darauf eine Antwort: Resilienz. Sie sehen in der „psychischen Widerstandsfähigkeit“ den Schlüssel zum Umgang mit den sich verändernden Anforderungen der Arbeitswelt.

Mit einem Überblick über den Stand der Resilienzforschung beginnt das Buch. So wird unter anderem die Pionierstudie von Emmy Werner und Mitarbeitern auf Kauai, vorgestellt, die herausfanden, dass trotz schwieriger Lebensbedingungen ein Drittel der Kinder eine völlig normale Entwicklung nahmen. Bestimmte Eigenschaften stellten eine Art Schutz dar, die einen größeren Einfluss auf den Lebensweg ausübten, als die Risikofaktoren, denen die Kinder ausgesetzt waren.

Die zentrale Botschaft lautet: „Jeder kann zum Glückspilz werden!“ Im „Praxismodell für das Arbeitsleben“ werden sieben Faktoren der Resilienz in Bezug darauf beschrieben, mit welchen Einstellungen, Kompetenzen und Eigenschaften der (Berufs-)Alltag besser bewältigt werden kann. Es werden Tipps gegeben, was man selbst tun kann, aber auch was Betriebe für ihre Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter tun können. Teil drei und vier des Buches widmen sich der Forschungsarbeit der Autorinnen und Autoren. Mithilfe eines Resilienzbarometers erhält der Leser die Möglichkeit eines detaillierten Überblicks darüber, wie man selbst den Alltag wahrnimmt, verarbeitet und beeinflusst, auf welche vorhandenen Ressourcen in Krisen zurückgegriffen wird und in welchen Bereichen eine Förderung möglich ist.

Maren Grikscheit

Bücher

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 (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 Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.

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

E-Mail: schriftleitung-haeb@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

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski,
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Leiterin Anzeigenmanagement Stellen-/Rubrikenmarkt: Katja Höcker,
Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

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

Tel.: +49 2234 7011-243, E-Mail: pinsdorf@aerzteverlag.de

Key Account Manager: KAM Medizin Marek Hetmann
Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

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

E-Mail: 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

Verkaufsgebiete Mitte&Süd: Hardy Lorenz

Tel.: +49 6131 219490, Fax: +49 6131 219492, Mobil: +49 172 2363730
E-Mail: 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

Leiter Medienproduktion: Bernd Schunk

Tel.: +49 2234 7011-280, E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Herstellung: Alexander Krauth

Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: 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: DAAEDED

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 Fest-
stellung 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 Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen 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, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzte-Verlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Ar-
tikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln