

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 3 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Fortbildung Nahrungsmittelintoleranzen

Novellierung der GOÄ

Der außerordentliche Deutsche Ärztetag hat sich mit der Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) befasst.

Leserbefragung 2015

Lieber Print als Online: Die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes stellt die Ergebnisse der Leserbefragung von Oktober 2015 vor.

Im Gespräch

Dr. med. Dagmar Charrier leitet seit 1993 den Frankfurter Verein AIDS-Aufklärung. Es gebe keinen Grund für Sorglosigkeit, warnt sie.



60 Jahre Landesärztekammer Hessen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

am 10. März 1956 fand die konstituierende Sitzung der Landesärztekammer Hessen statt. Damit blicken wir voll Stolz auf 60 Jahre zurück, in denen die verfasste Ärzteschaft ihre Angelegenheiten in demokratisch legitimierten Strukturen selbst regelt. Dieses wertvolle Gut gilt es zu bewahren und zu verteidigen, aber auch gebührend zu feiern. Was wäre dazu besser geeignet als ein Hessischer Ärztetag, zu dem ich Sie schon heute herzlich einlade. Unter anderem werden die abschließenden Ergebnisse unseres Forschungsprojekts über die Jahrzehnte, die der Kammergründung vorausgingen, präsentiert werden. Einen Ausblick auf das Programm für den Hessischen Ärztetag, der am Samstag, 3. September 2016 in Frankfurt stattfinden wird, lesen Sie in der nächsten Ausgabe.

In der vorliegenden Ausgabe beschreiben Delegierte der Landesärztekammer Hessen ihre persönlichen Eindrücke vom außerordentlichen Deutschen Ärztetag, der sich am 23. Januar in Berlin ausschließlich mit der Novellierung der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) beschäftigte. Entgegen anderslautenden Stimmen erteilten die Delegierten dem Vorstand der Bundesärztekammer mit eindeutig großer Mehrheit das Mandat, die Verhandlungen über eine neue GOÄ mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe fortzuführen, allerdings durchaus verbunden mit der Aufforderung, Nachverhandlungen in einzelnen Punkten anzustreben. In der engagierten und zeitweise emotionalen Diskussion wurde mehrfach die doppelte Schutzfunktion der GOÄ für Patienten und Ärzte betont. Durch das Festlegen ausgewogener Preise werden die Patienten vor finanzieller Überforderung geschützt und die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet.

Finanzielle Überforderung der Patienten droht jedoch nicht selten von ganz anderer Seite. So zeigen Seifart et al. (Seite 145 ff.) in ihrem Beitrag die sozialen Folgen einer Tumorerkrankung insbesondere für Langzeitüberlebende auf. Danach empfinden viele betroffene Patienten die Sorgen über finanzielle Nöte als belastender als die eigentliche Erkrankung oder deren Therapie. Negative Auswirkungen dieser Sorgen auf die Prognose erscheinen keineswegs abwegig, dies umso mehr, je niedriger der soziale Status ist. An dieser Stelle darf ich den von Rudolf Virchow im Jahr 1848 geprägten Satz „Die Aerzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die sociale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiction“ zitieren. Auch wenn dieser Satz unter anderen Umständen als den heutigen fiel, so darf seine Übertragung

in die heutige Zeit doch unsere Aufmerksamkeit auf besonders hilfebedürftige Patienten lenken.

Im November 2015 wurde das „Junge Krebsportal“ der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs gegründet (www.junge-erwachsene-mit-krebs.de). Darüber sollen die Betroffenen bundesweit sozialmedizinische Hilfe erhalten, denn mit den sozialen Folgen einer schweren Erkrankung sind junge Menschen fast immer praktisch überfordert. Dass Portal will mit Unterstützung ehrenamtlicher Sozialmedizinerinnen und -mediziner Rat und Hilfe bei den nötigen Anträgen geben, ist doch der Dschungel des Gesundheits- und Sozialsystems selbst für Ärztinnen und Ärzte nicht immer zu durchschauen.

Ein anderes noch nicht gelöstes Problem stellen die zunehmend häufiger werden Lieferengpässe für einzelne Medikamente wie z. B. Melphalan dar. Bitte lesen Sie dazu den Artikel von Holtkamp (Seite 148). Ganz aktuell erhielt ich dazu im Rahmen meiner monatlichen Telefonsprechstunde für Kammermitglieder den Anruf einer zutiefst besorgten Patientin, die mir berichtete, dass sie dieses für die Vorbereitung einer Stammzelltransplantation unverzichtbare Medikamente nur gegen Zahlung eines erheblichen Aufschlags aus dem Ausland beziehen könne.

Auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte war mit Stand vom 10. Februar 2016 zu lesen: „Derzeit gibt es leider noch kein Datum für die uneingeschränkte Lieferfähigkeit. Aspen (Anm.: Aspen ist der Hersteller) wird entsprechend informieren. Zur Aufrechterhaltung der Lieferfähigkeit wird Alkeran® i.v. bis auf weiteres kontingentiert abgegeben.“

Hier müssen dringend gesetzliche Regeln geschaffen werden, die Abhilfe versprechen.

Auch weiterhin wird es viele Gebiete geben, auf denen wir uns als Ärztinnen und Ärzte für unsere Patientinnen und Patienten, aber auch für uns selbst, einsetzen können und müssen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Foto: Dmytro Sukharevskyy – Fotolia.com

Nahrungsmittelintoleranzen

Teil 2 der zertifizierten Fortbildung beschäftigt sich mit Nahrungsmittelintoleranzen, die nicht-toxisch und nicht-immunologisch bedingt sind: speziell das Histaminintoleranz-Syndrom, die Salicylatintoleranz, Erkrankungen bei Kohlenhydratmalabsorptionen wie Lactasemangel sowie Zöliakie und andere Weizensensitivitäten.

141



Foto: Karja Wöhr

GOÄ: Außerordentlicher Ärztetag in Berlin

Die geplante Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) war alleiniges Thema eines außerordentlichen Ärztetages am 23. Januar 2016 in Berlin, den drei Ärztekammern eingefordert hatten. In vier Beiträgen lesen Sie Berichte und Meinungen hessischer Delegierter zum Thema.

134

Editorial: 60 Jahre Landesärztekammer Hessen 131

Ärztekammer

Novellierung der GOÄ: Außerordentlicher Ärztetag am 23. Januar 2016 in Berlin 134

Meinungen zum außerordentlichen Ärztetag

Hessische Delegierte zur Novellierung der GOÄ 136

Ansichten und Einsichten: GOÄneu – Interessenkonflikte vermeiden 138

Ansichten und Einsichten: Große Mehrheit für die GOÄ-Novelle nach heftigen Debatten 139

Gesundheitspolitik:

Wieder Engpass beim Krebsmedikament Melphalan 148

Fortbildung: Simulatortraining in der Notfallmedizin – Änderung der Weiterbildungsordnung 152

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen 176

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 155

Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 161

Mensch und Gesundheit:

Armut durch Krebs 145

Universitäres Lungenkrebszentrum Frankfurt am Main 168

Lebenserwartung steigt – Robert-Koch-Institut legt Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vor 175



Ergebnisse der Leserbefragung

Rund 500 Leserinnen und Leser des Hessischen Ärzteblattes haben sich an der Leserbefragung im Oktober 2015 beteiligt. Mit großer Mehrheit wird die Mitgliederzeitschrift der Landesärztekammer Hessen weiterhin vorwiegend in Papierform gewünscht. Weitere Ergebnisse lesen Sie auf Seite

149



Aids: Interview mit Dr. med. Dagmar Charrier
 Ende dieses Jahres wird der Frankfurter Verein AIDS-Aufklärung 30 Jahre alt. Im Interview stellt dessen Leiterin Dr. med. Dagmar Charrier einen zunehmend sorgloseren Umgang mit der HIV-Infektionsgefahr fest. Aber trotz des medizinischen Fortschritts sind HIV und Aids bis heute nicht heilbar, betont die Ärztin.

150

Im Gespräch: Wiesbadener Hospitationsprojekt soll Lücken in der MFA-Ausbildung schließen 153

Ärztlicher Berufsalltag: Regelung läuft aus: Unterlagen für den MDK per Umschlagverfahren via Krankenkasse 174

Parlando

Imaginäres Museum auf Zeit – Drei Kunstsammlungen unter einem Dach 166

One Day in Life – ein Konzertprojekt ohnegleichen 167

Recht

Wenn Patienten nicht zum vereinbarten Termin in die Praxis kommen – Thema Ausfallhonorar 163

Personalia 172

Schlaglichter, Notizen, Nachrichten 170

Impressum 178

Bücher



**Der Pharmakoguide
 Arzneistoffe – die TOP 100**
 Martin Smollich und Martin Scheel
 S. 147



**Das Gefühl,
 Gestalt anzunehmen –
 Zur Subjektivität in der
 Psychotherapieausbildung**
 Jutta Kahl-Popp
 S. 154



Novellierung der GOÄ

Außerordentlicher Deutscher Ärztetag am 23. Januar 2016 in Berlin



Foto: Manuel Maier

Blick auf die Sitzreihen der hessischen Delegierten mit u. a. Dr. med. Wolf Andreas Fach, Dr. med. Peter Zürner, Michael Waldeck und Dr. med. Susanne Johna (von vorne rechts)

Ein außerordentlicher Ärztetag wurde einberufen, da die Delegierten von drei Ärztekammern diesen einforderten. Alleiniges Thema war die Gebührenordnung für Ärzte, die dieses Jahr nach langjährigen Verhandlungen novelliert werden soll.

Der Sachstand dieser Verhandlungen wurde zuletzt im Deutschen Ärzteblatt publiziert (Dtsch. Ärztebl. 2015; 112 Seite 51–52; im Internet: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/173391>).

In einleitenden Worten berichtet Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, Präsident der Bundesärztekammer und Präsident der Ärztekammer Hamburg, dass das Bundesministerium für Gesundheit eine absolute Vertraulichkeit der Verhandlungen forderte. Dies habe dazu geführt, dass die Ärzteschaft lange nicht ausreichend informiert wurde. Montgomery: „Wir hätten früher informieren müssen.

Wir hätten die Vertraulichkeit, die uns aufoktroziert wurde, etwas rheinisch-katholischer sehen sollen.“

Montgomery ging auf Publikationen ein, die darauf hinweisen, dass zahlreiche Ärztekammervorsitzende in den Beiräten führender Versicherungskonzerne sitzen und einen Interessenkonflikt unterstellen.

Diesen sehe er nicht, da der Beirat eine Schutzfunktion für ärztliche Mitglieder von Gruppenversicherungsverträgen habe. Dies führte zu Gejohle im Publikum.

In einem Grußwort bewertet der Vorsitzende der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), Dr. med. Andreas Gassen, die GOÄ-Novellierung positiv. Es gebe allerdings auch Sorgen. So dürfe es keine „EBM“-isierung“ der GOÄ geben. Die Gebührenordnung müsse so gestaltet sein, dass sie die Anforderung eines freien Berufes erfüllt.

Dr. med. Bernhard Rochell, Verwaltungsdirektor der KBV, verteidigt die bisherigen Verhandlungsergebnisse und stellt „Behauptungen“ und „Ergebnisse“ gegenüber.

Besonders kontrovers wird innerhalb der Ärzteschaft die Schaffung einer Gemeinsamen Kommission diskutiert, die künftig Bewertungen und eventuelle Steigerungen oder Senkungen in der GOÄ festlegen soll. Es besteht das Prinzip der Einstimmigkeit. In der Kommission sind vier Ärzte und vier Vertreter von PKV (Privater Krankenversicherung) und Beihilfe vertreten. Die Kommission gibt Empfehlungen an das Bundesgesundheitsministerium.

Rochell findet diese Lösung unproblematisch, da Ärzte nicht überstimmt werden können. Die erreichten Vereinbarungen werden vehement verteidigt und die mögliche Novellierung einer neuen GOÄ als einmalige Chance für die Ärzte dargestellt.

Diese Position unterstützt Dr. med. Theodor Windhorst, Vorsitzender des BÄK-Ausschusses Gebührenordnung, beredt und leidenschaftlich.

Als Vertreter einer kritischen Position spricht Dr. med. Elmar Wille, Vizepräsident der Ärztekammer Berlin. Der Präsident der Berliner Kammer, Dr. med. Günther Jonitz, stellt fest, dass Wille die Position der Berliner Kammer vertrete.

Wille beginnt grundsätzlich. Er betrachtet die von der Bundesärztekammer und der PKV vorgeschlagenen Änderungen der Bundesärzteordnung als fundamental: „Sie ermöglichen dann die systematischen Eingriffe in die GOÄ und das privatärztliche Behandlungsverhältnis.“

Aus Willes Sicht unterscheiden sich der jetzt bestehende Zentrale Konsultationsausschuss fundamental von der geplanten Gemeinsamen Kommission, die in der Bundesärzteordnung verankert werden soll. Der Zentrale Konsultationsausschuss der aktuellen GOÄ sei ein von der Bundesärztekammer eingesetzter Beratungsaus-

* EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab



schuss. Die Gemeinsame Kommission aber wäre ein durch Gesetz geschaffenes Gremium mit gesetzlichen Aufgaben.

Der bisherige Zentrale Konsultationsausschuss spricht ausschließlich Empfehlungen aus. Wenn man im Ausschuss sich nicht einig ist, hat das letzte Wort die Bundesärztekammer, wie es bisher bei 30 Prozent der Abrechnungsfragen war. Dann gibt es keine gemeinsame Abrechnungsempfehlung, sondern nur eine solche der Bundesärztekammer.

In der Konzeption der Gemeinsamen Kommission erlässt diese verbindliche Vorgaben. Kommt im Ausschuss kein Einvernehmen zustande, hat das Bundesministerium das letzte Wort.

Ein weiterer Kritikpunkt von Wille ist § 1 Absatz 2 in dem neuen GOÄ Entwurf, der festlegt:

Vergütungen darf der Arzt nur für Leistungen berechnen, (...) für deren Erbringung der Arzt nach Maßgabe des Weiterbildungsrechts grundsätzlich die fachliche Qualifikation besitzt. Diese schließe 110.000 Kollegen ohne Facharztanerkennung von der Liquidation aus.

Wille sieht die neue GOÄ als Einstieg in die Bedarfsplanung und Bürgerversicherung. Er hält eine Gemeinsame Kommission nicht für erforderlich und eine entsprechende Regelung für rechtswidrig: Die Gemeinsame Kommission werde weiter eine Datensammelstelle, die halbjährlich die Honorar- und Ausgabenentwicklung erheben solle. Diese Daten sollen Grundlage für Empfehlungen der Gemeinsamen Kommission sein zur Weiterentwicklung und Anpassung der neuen GOÄ. Sein Fazit ist:

- Die GOÄ wird zum Steuerungs- und Planungsinstrument,
- mit bisher nie dagewesenem Einfluss der Privatversicherungswirtschaft.
- Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) und PKV übernehmen Kompetenzen der ärztlichen Selbstverwaltung.
- Die Ärztliche Berufsfreiheit wird weiter eingeschränkt,
- die Ärztliche Approbation entwertet.

Dieser Vortrag führte erwartungsgemäß zu heftigen Diskussionen. Von mehreren Delegierten wurde betont, dass die Ausführungen Willes nicht korrekt seien und Wille persönlich angegriffen.

Anschließend gab es einen Geschäftsordnungsantrag mit dem Ziel, dass der Präsident des Berufsverbandes Deutscher Internisten (BDI), Dr. med. Wolfgang Wesiack, und der Bundesvorsitzende des Hausärzterverbandes, Ulrich Weigeldt, Rederecht erhalten können. Dies wurde nach kontroverser Diskussion positiv abgestimmt.

Wesiack sieht die Gemeinsame Kommission als ordnungspolitischen Sündenfall. Die PKV könne damit in die GOÄ hineinregieren. Dies werde zu einer schlechten Regulierung führen. Die habe er in 30 Jahren im GKV-System erlebt.

Weigeldt betont, dass die Hausärzte gemeinsam mit den Fachärzten eine modernisierte GOÄ wollen. Der Start eines bürokratischen Monsters mit Regulierungen sei jedoch sehr problematisch. Für Hausärzte seien multimorbide Patienten in der neuen GOÄ noch nicht ausreichend abgebildet.

Dr. med. Susanne Blessing aus Baden-Württemberg sieht, dass die Gemeinsame Kommission Größe in die Hände spiele. Die Drohung dass bei Ablehnung einer neuen GOÄ eine Bürgerversicherung komme sei ein Scheinargument. Wenn die Politik sie will, werde sie kommen.

Dr. med. Andreas Scholz (Landesärztekammer Hessen) sieht den schwarzen Peter von der Politik geschickt zu den Ärzten verschoben. Die Gemeinsame Kommission sei allerdings grundsätzlich sinnvoll. Eine differenziertere Abstufung der Gebührensätze (bisher einfach und doppelt geplant) sei wünschenswert.

Dr. med. Anja Dippmann (Ärzttekammer Berlin) weist darauf hin, dass die Datensätze der Datenstelle unter der Datenhoheit der PKV liegen. Es gäbe keine Sicherheit, dass es sich um vollständige Daten handeln. Dies sei dann die Basis für wichtige Entscheidungen. Hier seien Nachverhandlungen nötig.

Rochell antwortet direkt und sagt zu, die Daten zu prüfen und Mindestanforderungen zu definieren.

Windhorst verspricht, eine Inflationsindexierung der GOÄ nochmals anzuregen. Er weist erneut darauf hin, dass die Entscheidungen der Gemeinsamen Kommission als Empfehlung dem Gesundheitsministerium vorgelegt werden und dieses entscheide.

Nach einer Pause ging es in die Abstimmung. Trotz erheblicher Bedenken



Impression vom Plenum des außerordentlichen Deutschen Ärztetages in Berlin

stimmte die Mehrheit der Abgeordneten dem Verhandlungsergebnis zu.

Dr. med. Matthias Lohaus (Ärzttekammer Berlin) et al. appellierten in einem kritischen Antrag an das Bundesgesundheitsministerium, den Vorstand der Bundesärztekammer und die Vertreter der Privaten Krankenversicherungen das seitherige Ergebnis nachzubessern: „Dabei muss sichergestellt werden, dass die Freiberuflichkeit des Arztes in Klinik und Praxis uneingeschränkt erhalten bleiben und eine ordnungspolitische Annäherung an Strukturen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) vermieden und das individuelle Patienten-Arzt-Verhältnis nicht beeinträchtigt werden.“ Der Antrag (1–02) wurde knapp mit 109 gegen 98 Stimmen abgelehnt.

Danach wurde der Entschließungsantrag des Vorstandes mit überwältigender Mehrheit der Stimmen verabschiedet.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass die Bedenken der niedergelassenen Haus- und Fachärzte von der Mehrheit des Marburger Bundes nicht ernst genommen wurden.

Die Atmosphäre war scharf im Ton, zeitweise vergiftet. Kritiker wurden mehrfach persönlich verunglimpft. Dieses wichtige Thema hätte eine sachlichere Atmosphäre verdient gehabt.

Dr. med. Peter Zürner

Verantwortlicher Redakteur
des Hessischen Ärzteblattes

Hessische Delegierte zur Novellierung der GOÄ

1. Welche Erwartungen hatten Sie an den außerordentlichen Deutschen Ärztetag in Berlin?

Dr. med. Alfred Möhrle:

Sachstandsbericht über die Verhandlungsergebnisse. Bestätigung des Mandats für die Verhandlungskommission der Bundesärztekammer (BÄK).

Monika Buchalik:

Ich hatte gehofft, dass der Vorstand der BÄK auf den Wunsch der Hausärzte nach einem eigenständigen Hausärztkapitel in der GOÄ (Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte) eingeht. Leider wurde der Entschließungsantrag „Forderung der Nachverhandlung der bisherigen Ergebnisse“ verhindert. Dieser Antrag wurde von der Allianz Deutscher Ärzteverbände eingebracht, einem Zusammenschluss des Deutschen Hausärzteverbandes mit dem Spitzenverband der Fachärzte Deutschlands (SpiFa).

Dr. med. Susanne Johna:

Ich hoffe, dass der Sonderärztetag zu mehr klaren Informationen und zu einer offenen innerärztlichen Diskussion führt. Viel zu häufig sprechen Ärzteverbände übereinander und nicht miteinander.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci:

Dass er ein klares Signal der Unterstützung für die Verhandlungsführung der BÄK auf breiter Basis der Delegierten setzt.



Dr. med. Susanne Johna



Frank Seibert-Alves

2. Was muss eine neue GOÄ aus Ihrer Sicht leisten?

Johna:

Ganz entscheidend ist es, endlich wieder zu einer rechtssicheren GOÄ zu kommen. Immer häufiger kommt es zu Auseinandersetzungen zwischen Kassen und Patient – insbesondere über Leistungen, die nach Analogziffern abgerechnet werden müssen. Hierunter leidet der Patient und durch Zahlungsausfälle auch die Ärztin/der Arzt. Ebenso wichtig ist die längst überfällige bessere Vergütung im Sinne einer Berücksichtigung des fehlenden Inflationsausgleichs. Die bessere Vergütung der „sprechenden“ Medizin ist schon seit vielen Jahren eine Forderung der Ärzteschaft und sollte unbedingt erreicht werden.

Buchalik:

Die neue GOÄ muss die hausärztliche Betreuung von multimorbiden Patientinnen und Patienten in einer eigenen Gebührenordnungsposition widerspiegeln. Auch muss der Einsatz einer VERAH¹ im hausärztlichen Bereich honoriert werden und mit einer eigenen GOÄ-Ziffer honorarwirksam sein.

Seibert-Alves:

Es sollte insbesondere einen Mechanismus geben, der verhindert, dass die GOÄ noch einmal derart veraltet. Die viel kritisierte GeKo (Gemeinsame Kommission) erscheint mir bei „richtiger“ Anwendung eine intelligente Lösung für dieses Problem zu sein. Ob sie dies jedoch in der Praxis wirklich sein wird, muss sich erst noch erweisen.

Möhrle:

Angemessene Vergütung der Leistungen des Arztes bei Vermeidung einer finanziellen Überforderung der Patienten.

3. Wie ist Ihr Eindruck des bisherigen Verlaufs der Verhandlungen zwischen den Vertragspartnern?

Buchalik:

Die Enttäuschung bei allen Niedergelassenen ist groß. Einzelheiten der Verhandlungen werden verschwiegen. Ein offener und fairer Dialog findet nicht statt.

Seibert-Alves:

Obwohl die Ergebnisse generell sehr annehmbar sind, ist dies aufgrund der mangelhaften Transparenz leider etwas „untergegangen“.

Alfred Möhrle:

Erstaunliches Verständnis seitens der Kostenträger, besonders der privaten Krankenversicherer (PKV). Offenbar hat ein Sinneswandel stattgefunden: Die PKV hat erkannt, dass eine Annäherung der GOÄ an die gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ihr Marktmodell gefährden würde.

Johna:

Ohne Zweifel hat der Gesetzgeber sich geschickt aus der Affäre gezogen mit der Auflage, dass sich PKV und BÄK zunächst auf einen gemeinsamen Entwurf einigen müssen. Dennoch ist jedem klar, dass Bund und Länder auf Grund der vielen Beihilfe-Berechtigten ein massives Eigeninteresse hat, die Steigerungssätze nicht zu hoch ausfallen zu lassen. Gleichzeitig ist der Ordnungsgeber formal nur zur Anhörung der Betroffenen verpflichtet – insofern sind das natürlich keine Verhandlungen auf Augenhöhe.

4. Wie beurteilen Sie die bisherigen Ergebnisse? Wo sehen Sie Nachbesserungsbedarf?

Johna:

Die bisher bekannten Ergebnisse bringen insbesondere Rechtssicherheit und alle Voraussetzungen für eine laufende Anpassung der GOÄ an die medizinische Entwicklung. Sicher ist: Die GeKo, an der Ver-

¹ VERAH – Versorgungsassistentin in der Hausarztpraxis, Qualifizierungsprogramm für MFA

treter der BÄK, PKV und Beihilfe gemeinsam am Tisch sitzen, ist nicht das, was sich die Ärzteschaft gewünscht hat. Aber Verhandlungen führen selten dazu, dass alles genauso wird, wie eine Verhandlungspartei das möchte. Verhandlungsergebnisse sind immer Kompromisse – und jeder muss wohl die eine oder andere Kröte schlucken. Auch wenn ich der Überzeugung bin, dass uns die GeKo auch relevantes zusätzliches Geld kosten wird, sehe ich die Rechtfertigung in den unter Frage 2 genannten Zielen.

Buchalik:

Die bisherigen Ergebnisse sind unzureichend. Nachbesserungsbedarf besteht unter anderem für die Einführung eines eigenen hausärztlichen Kapitels, in dem beispielsweise die Betreuung von Multimorbiden sowie der Einsatz von VERAHs honorarwirksam wird.

Seibert-Alves:

Meiner Auffassung nach haben Herr Dr. Theo Windhorst und Herr Dr. Bernhard Rochell bisher ein äußerst akzeptables Verhandlungsergebnis erreicht! Bei aller berechtigter Kritik an einzelnen Punkten, die besser gelöst hätten werden können, wird von den Kritikern der neuen GOÄ oft „übersehen“, dass Ergebnisse, die (wie hier) auf dem Verhandlungsweg erreicht werden müssen, nur äußerst selten optimal für eine Verhandlungspartei ausfallen.

Möhrle:

Die bisherigen Ergebnisse sind ermutigend, aber es ist noch nicht alles in trockenen Tüchern. Einzelne Themen sind weiter zu verhandeln, z. B. die Kompetenzen der GeKo betreffend, oder besser abgestufte Steigerungsmöglichkeiten.

5. Welche Konsequenzen hätte es, wenn sich der Deutsche Ärztetag (DÄT) gegen den Entwurf der neuen GOÄ ausgesprochen hätte?

Möhrle:

Dies wäre ein dramatischer Rückschritt gewesen, denn er hätte vielleicht die letz-

te Chance auf eine Novellierung der GOÄ im Sinne der Ärzteschaft verspielt.

Buchalik:

Nur positive, da im Fall der Ablehnung des bisher Entwurfs der neuen GOÄ, der ja noch immer nur mit wenigen Einzelheiten bekannt ist, Nachverhandlungen der bisherigen Ergebnisse hätten erfolgen müssen.

Johna:

Hätte sich die Ärzteschaft nach so langen Verhandlungen und unterstützenden Beschlüssen von mehreren Ärztetagen jetzt gegen die Reform ausgesprochen, hätten wir uns als Verhandlungspartner unmöglich gemacht und das Ziel einer neuen GOÄ, dass die Ärzteschaft nun seit mehr als zehn Jahren verfolgt, wieder nicht erreicht.

Seibert-Alves:

Dies ist glücklicherweise nicht geschehen!

6. Ihre Bilanz des außerordentlichen Deutschen Ärztetages?

Seibert-Alves:

Sehr positiv war, dass das erreicht wurde, was von sehr vielen Delegierten gewünscht worden war, jedoch lange Zeit fraglich erschien – nämlich ein klares und einheitliches Signal der deutschen Ärzteschaft! Insgesamt war die Sitzungsleitung und die Organisation der Antragsbearbeitung für mich sehr beeindruckend. Das Ergebnis: Die ärztlichen Verhandlungsführer – durch breiten innerärztlichen Konsens gestärkt – zu beauftragen, die neue GOÄ auf der Basis des bisherigen Verhandlungsergebnisses zeitnah zu einem akzeptablen Ende zu bringen, scheint mir der bestmögliche Ausgang dieses außerordentlichen Deutschen Ärztetags zu sein. Ob sich allerdings der gesamte (auch der nicht unerhebliche finanzielle) Aufwand wirklich lohnt hat, wird sich noch zeigen müssen.

Möhrle:

Die relativ ruhige und sachliche Diskussion unter den Delegierten wurde ständig durch laute ablehnende oder zustim-



Dr. med. Alfred Möhrle



Monika Buchalik

mende Meinungsäußerungen aus der Gruppe der massenhaft angereisten Interessenvertreter der Fachgesellschaften gestört. Die Delegierten ließen sich Gott sei Dank hierdurch nicht bei ihren Entscheidungen stören. Sehr gute Sitzungsleitung durch den Präsidenten der BÄK. Bei aufmerksamer Lektüre der schon vorher seitens der BÄK erfolgten Veröffentlichungen und der Beschlüsse der zurückliegenden Ärztetage wäre dieser DÄT wohl entbehrlich gewesen. Leider aber haben nicht nur bestimmte Kreise mittels breit gestreuter Falschinformationen, sondern auch mehr oder weniger kompetente Stellungnahmen der üblichen Besserwisser zu einer paranoiden Hysterie größerer Ärztgruppen geführt. In diesem Sinne war der außerordentliche Deutsche Ärztetag eine therapeutische Maßnahme.

Buchalik:

Das einzig Positive dieses außerordentlichen Deutschen Ärztetages ist die Tatsache, dass sich die SpiFa mit dem Deutschen Hausärzterverband zusammen geschlossen hat, um in Form einer Allianz gemeinsam für einen fairen und offenen Dialog einzutreten, damit auf dieser Grundlage nachverhandelt werden kann.

Johna:

Ich hatte so eindeutige Mehrheiten gar nicht erwartet und bin insofern froh, dass die verfasste Ärzteschaft sich trotz aller Verschwörungstheorien nicht hat auseinander dividieren lassen.

Die Fragen stellte Katja Möhrle

Ansichten und Einsichten

GOÄneu: Interessenkonflikte vermeiden

Seit gut 20 Jahren hat man uns den Inflationsausgleich in der GOÄ (Gebührenordnung für Ärzte) vorenthalten. Die längst notwendige inhaltliche Anpassung (Streichung veralteter und Aufnahme neuer, zeitgemäßer Leistungsinhalte) wurde stets mit Verweis auf eine irgendwann, irgendwie, wie auch immer kommende Reform verschoben, sinnvolle Korrekturen wurden nicht durchgesetzt.

Man erinnere sich an die Skurrilität bei der Vergütung der Leichenschau: Das Aufsuchen der Leiche dürfen Ärztinnen und Ärzte nach Lesart der Bundesärztekammer nicht berechnen, da man eine Leiche nicht beraten könne, aber eine Kurzberatung obligater Bestandteil eines Hausbesuchs sei ...

Versicherungswirtschaft und Beihilfe waren Nutznießer des Reformstaus. Die Politik zögerte und verzögerte: Ärzte und Krankenversicherer (!) sollen sich über den Wert ärztlicher Leistungen einigen, der Gesetzgeber würde dann die neue Gebührenordnung in Form einer Rechtsverordnung durchwinken.

Bundesärztekammer und der PKV-Verband (Verhandlungsführerin Dr. Birgit König, Vorstandsvorsitzende der Allianz Private Krankenversicherungs-AG*) führten Geheimverhandlungen (TTIP lässt grüßen), der Minister wünsche Vertraulichkeit ...

Was an Einzelheiten durchsickerte und in den vergangenen Monaten als Information bekannt gegeben wurde, lässt uns aufwachen.

Durch eine, in der Bundesärzteordnung (!) festzuschreibende Einrichtung namens „GeKo“ („Gemeinsame Kommission“ = Ärzte/Privatkassen/Beihilfe) soll mit Hilfe einer „Datenstelle“ die Ausgabenentwicklung die ersten drei Jahre beobachtet und danach bei Überschreiten noch zu bestimmender „Unter- und Obergrenzen“ eingegriffen werden. Dem Gesetzgeber werden

dann „Empfehlungen, insbesondere (...) zur Beseitigung von Über- und Unterbewertungen“ (...) gegeben.

Auf die detaillierte Aufzählung der weiteren Instrumente und Tools einer zu etablierenden, kostenträchtigen (?) Kontroll- und Regelungsbürokratie möge an dieser Stelle verzichtet werden (siehe Entwurf Änderung § 11 Bundesärzteordnung). Die durch den Nachholbedarf aufgestaute Energie soll offenbar für einen Systemwechsel genutzt werden.

Bei dem eigens zu diesem Tagesordnungspunkt (GOÄ) einberufenen außerordentlichen Deutschen Ärztetag am 23. Januar 2016 in Berlin haben als Verhandlungsführer der Ärzteschaft Dr. med. Theodor Windhorst (Marburger Bund, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Mitglied des Ärztebeirats der Allianz Private Krankenversicherungs-AG*) und Dr. med. Bernhard Rochell (2012 bis 2014 Hauptgeschäftsführer der BÄK und ruhendes Mitglied des Ärztebeirats der Allianz Private Krankenversicherungs-AG*) zum Sachstand berichtet.

In einem ausführlichen Referat trug Dr. med. Elmar Wille (Vizepräsident der Ärztekammer Berlin) seine grundsätzliche, nach meiner persönlichen Meinung absolut berechtigte Kritik an diesem Gesamtkonzept vor.

Nach zum Teil kontroversen Redebeiträgen folgte dann ein streckenweise schwer überschaubares Abstimmungsprozedere. Von den 44 Beschlussanträgen wurden die Nr. 36–44 nur an die Wand projiziert. Durch die mehrheitliche Annahme des Antrages Nr. 41 wurden „alle Anträge, deren Umsetzung eine Unterbrechung der laufenden Verhandlungen zur Folge“ hätte, gleich zu Beginn der Abstimmung pauschal und unbestimmt an den Gebührenausschuss der Bundesärztekammer „überwiesen“.

Ein durch die großen Berufsverbände gemeinsam getragener Antrag mit der

Forderung, Nachverhandlung aufzunehmen:

- dass es sich bei der GOÄneu um eine Gebührenordnung für Ärzte handelt, nach der weitere Berufsgruppen, insbesondere psychologische Psychotherapeuten nicht honoriert werden dürfen,
- dass im Rahmen des dreijährigen Monitoring nach Einführung der GOÄneu keine absoluten oder prozentualen Ausgabenobergrenzen festgelegt werden dürfen,
- dass die Gemeinsame Kommission (GeKo) entfällt. Sollte sich der Deutsche Ärztetag für eine GeKo aussprechen, darf diese lediglich eine beratende Funktion für den Vorstand der Bundesärztekammer haben,
- für die hausärztliche Versorgung ist ein eigenes Kapitel vorzusehen,

wurde mehrheitlich abgelehnt!

Durch den mehrheitlich angenommenen Leitantrag des Vorstandes der Bundesärztekammer wird die Bundesregierung aufgefordert, den „ausgehandelten Kompromissvorschlag zum nächstmöglichen Zeitpunkt“ in Kraft zu setzen.

Auf einmal tun sich Blickwinkel auf, die Schatten im Nebel bekommen Konturen, Korridore werden gezeichnet, Stellschrauben montiert. Mit anderen Worten: Ausgabenobergrenze, Kostendämpfung, Budgetierung, Beitragssatzstabilität, floatende Werte, Hamsterrad scheinen nicht mehr fern. Die GeKo, Gemeinsame Kommission, dürfte wohl auf dem kalten Wege die Geburt einer neuen Gemeinsamen Selbstverwaltung** bedeuten. Die KV-Welt lässt grüßen! Folgen wir dem Blick ins Nachbargebäude!

Dr. Bernhard Rochell (siehe oben) war in der Zeit von 2004 bis 2012 als Honorardezernent bei der KBV unter Dr. Andreas Köhler für die Entwicklung des „EBM

* Geschäftsbericht der Allianz Private Krankenversicherungs-AG 2014

** Seite B 50 Deutsches Ärzteblatt, 22. Januar 2016

2000plus“ verantwortlich tätig. Seit September 2014 ist er wieder bei der KBV, aktuell als Verwaltungsdirektor. Er vertritt nun unsere Interessen als Mitglied des BÄK-Verhandlungsteams (!) gegenüber dem PKV-Verband. Seine Mitgliedschaft im Ärztbeirat der Allianz Private Krankenversicherungs-AG ruht seit Juni 2013*).

Die Leitung der Versammlung hatte Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery

(Marburger Bund, Präsident der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages sowie Vorsitzender des Ärztbeirats der Allianz Krankenversicherungs-AG*) inne.

Für die Akzeptanz einer GOÄneu wäre sicher förderlich, wenn die Kollegen, die mit ihrem Spezialwissen die Allianz beraten, nicht zugleich unsere Interessen der Allianz gegenüber vertreten würden.

Michael Andor
Delegierter des
Sonderärztetages
der LÄKH



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

Ansichten und Einsichten

Große Mehrheit für die GOÄ-Novelle nach heftigen Debatten

Drei Ärztekammern (Berlin, Baden-Württemberg und Brandenburg) haben im November 2015 die Einberufung eines Sonderärztetages beschlossen. Auch wenn man erwartet hatte, dass es dazu kommen könnte, war man durch Äußerungen im Vorfeld doch besorgt, wie diese Entscheidung wohl in der Öffentlichkeit und der innerärztlichen Diskussion wahrgenommen würde.

Seit mehreren Jahren beschäftigen sich die Deutschen Ärztetage (DÄT) zu Recht immer auch mit dem Thema Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Die Anpassung an die aktuelle medizinische Entwicklung ist mehr als überfällig. In dem Zeitraum, in dem andere Gebührenordnungen (z. B. die der Rechtsanwälte) mehrfach erhöht wurden, ist diese Anpassung den Ärztinnen und Ärzten verwehrt worden. Die Blockade der Politik ist leicht erklärt. Die Beihilfeberechtigten Patienten werden nach GOÄ abgerechnet – und diese Kosten möchten die Bundesländer, die dafür unmittelbar aufkommen müssen, natürlich so niedrig wie möglich halten. Gleichzeitig kann der Gesetzgeber jederzeit per Verordnung eine Änderung der GOÄ umsetzen – die Betroffenen müssen lediglich gehört werden. Die Zuständigkeiten sind

also völlig klar und die Ärzteschaft hat kein direktes Druckmittel.

Leider ist die im Jahr 2012 von der Bundesärztekammer (BÄK) dem Ministerium vorgelegte Anpassung der GOÄ abgelehnt worden. Stattdessen wurde festgelegt, dass die Privaten Krankenversicherer (PKV) und die BÄK zu einem geeinten Vorschlag kommen müssen – nur dann würde eine Anpassung möglich. Dieser geschickte Schachzug der Politik hat zu weiteren Jahren der Verzögerung und zur Verschiebung des schwarzen Peters geführt. Dummerweise hat aber derjenige, der ohnehin nur angehört werden muss, keine andere Möglichkeit, als dann notgedrungen in die Verhandlungen einzutreten, und so wurde es auch vom deutschen Ärztetag (DÄT) beschlossen.

Unsere Verhandlungskommission wurde vom Vorstand der BÄK benannt und hat die Inhalte vertreten, die vom Ausschuss GOÄ der BÄK vorbereitet wurden. Dieser Ausschuss besteht aus dem Vorsitzenden, dem Kammerpräsidenten in Westfalen-Lippe, Dr. med. Theodor Windhorst, als einzigem angestellten Arzt, sowie zwei stellvertretenden Verhandlungsführern, dem Präsidenten der hessischen Ärztekammer, Dr. med. Gottfried von Knob-

lauch zu Hatzbach, und dem Vizepräsidenten der Kammer Westfalen-Lippe und Vorsitzenden des Hartmannbundes Dr. med. Klaus Reinhardt – beides niedergelassenen Kollegen. Sechs weitere alleinstammig niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen gehören zum Ausschuss – von einer oft unterstellten Dominanz der angestellten Ärzte kann also keine Rede sein. Zuletzt wurden auf dem regulären Deutschen Ärztetag in Frankfurt 2015 Beschlüsse zum weiteren Prozedere der Verhandlungen gefasst.

Wie kommt es also, dass wir Ärztinnen und Ärzte in der Auseinandersetzung mit dem Ordnungsgeber (Bundesregierung), den Bundesländern und der PKV jetzt untereinander streiten, statt miteinander für unsere Interessen zu kämpfen? Letztendlich war es zunächst das verbreitete Gefühl der mangelnden Transparenz über detaillierte Verhandlungszwischenstände und Ergebnisse. Dies ist auch auf Grund des langen Zeitraums der Verhandlungen durchaus nachvollziehbar und die Informationspolitik war auch nicht immer optimal. Gleichzeitig ist es aber natürlich nicht ungewöhnlich, dass in einem laufenden Verhandlungsprozess die Teilnehmer der Verschwiegenheit verpflichtet wer-

Meinungen zum außerordentlichen Ärztetag

den. Würde man jede einzelne Gebührenposition erst mit allen diskutieren, würde es nie zu einer Novellierung kommen. Man kann nach 30 Jahren Entwicklung der Medizin und ihrer Methoden nicht ernsthaft alles beim Alten belassen und gleichzeitig hoffen, dass sich etwas Zukunftsfähiges von alleine ergibt.

Der Sonderärztetag hat gezeigt, dass die 250 demokratisch legitimierten Delegierten sich ihrer Verantwortung für die gesamte Ärzteschaft durchaus bewusst sind. Nach den Vorträgen von den Verhandlungsführern Dr. med. Bernhard Rochell (bei Verhandlungsbeginn Hauptgeschäftsführer der BÄK, nun bei der KBV) und Dr. med. Theodor Windhorst (Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe), die den Verhandlungsstand ausführlich dargelegt und begründet haben, sprach für die Kritiker Dr. med. Elmar Wille (Vizepräsident der Ärztekammer Berlin). Auch ausgewiesenen Gegnern der GOÄ-Novelle – Dr. med. Wolfgang Wesiack (Vorsitzender des BDI) und Ulrich Weigeldt (Vorsitzender des Hausärzterverbandes) – wurde in der Debatte Redezeit eingeräumt, obwohl sie keine gewählten Delegierten waren.

Die Zeit zur Aussprache wurde von vielen Ärztinnen und Ärzten intensiv genutzt. Auch wenn einzelne Kritikpunkte sicher nachvollziehbar sind (Besetzung der Ge-

meinsamen Kommission, Positiv-Negativliste, unflexible Steigerungsmöglichkeit) war ebenso klar, dass bei einer Verhandlung immer auch Kompromisse eingegangen werden müssen. Das Ziel, endlich wieder Rechtssicherheit für Ärztinnen und Ärzte als auch für Patienten zu erreichen, die Aufwertung der sprechenden Medizin und natürlich auch die zu fordernde höhere Vergütung im Bereich der GOÄ sind es wert. Ob die Vergütung wirklich im zweistelligen Prozentbereich steigen wird, was Windhorst mehrfach als sein Verhandlungsziel benannt hat, muss sich noch zeigen, aber es wird eine längst überfällige Steigerung geben.

Die Sorge, dass die PKV versuchen könnten, ihr Versorgungsniveau deutlich zu reduzieren, wurde auch diskutiert. Eine Angleichung der PKV an die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) ist zwar sicher von einem SPD-Politiker mit Fliege gewünscht, kann aber ja nicht im Interesse der PKV-Vorstände sein, denn dann verlöre die PKV rasch ihre Daseinsberechtigung.

Die meisten Rednerinnen und Redner waren an einer inhaltlichen Auseinandersetzung interessiert und haben viele sinnvolle und notwendige Änderungsvorschläge zur weiteren Bearbeitung eingebracht. Leider ging es einzelnen delegierten Diskutanten mehr um persönliche Attacken

an handelnden Personen. Sehr bedauerlich war das Verhalten einer Reihe von Ärztinnen und Ärzten, die nicht Delegierte des Ärztetags waren, ihr Recht auf Anwesenheit als Zuhörer aber rüde missbraucht haben. Durch Zwischenrufe und läppisches Gelächter wurde offenbar bewusst versucht, ein Bild der Zerstrittenheit der Ärzteschaft zu provozieren.

Umso bedeutsamer war die große Mehrheit, mit der der Leitantrag des Vorstands der Bundesärztekammer angenommen wurde, der die Verhandlungskommission beauftragt, die Verhandlungen fortzusetzen. Die Bundesregierung wird aufgefordert, die GOÄ-Novelle unter den Voraussetzungen, die vom Sonder-Ärztetag mit beschlossen sind, zügig und definitiv noch in dieser Legislaturperiode umzusetzen.

Dr. med. Susanne Johna
Delegierte des Sonderärztetages der LÄKH



Foto: Vera Friederich

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

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 folgendem Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:



Foto: Katja Kölsch

- **Dienstag, 1. März 2016**
- **Dienstag, 12. April 2016**
- **Dienstag, 10. Mai 2016**

Aktuelle Themen bei Röntgenanwendungen

2. Fortbildungsveranstaltung der Ärztlichen Stelle für Qualitätssicherung in der Radiologie Hessen des TÜV Süd in Zusammenarbeit mit dem HMSI u. a.

- **Termin:** Mittwoch, 9. März 2016
3.30 bis 17.15 Uhr
- **Ort:** Klassikstadt, Orberstr. 4a,
60386 Frankfurt
- **Anmeldungen** per E-Mail an:
aerztlicheStelle@tuev-sued.de oder
Fon: 069 7916-122
- **Eintritt frei**, CME-Punkte sind beantragt

Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme

Teil 2: Nahrungsmittelintoleranzen

VNR 2760602016041070009

Ludger Klimek¹, Klaus-Michael Keller²

Begriffsbestimmungen

Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel werden gemäß dem Positionspapier der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie (EAACI) nach pathogenetischen Gesichtspunkten eingeteilt [1, 2] (Abbildung 1). Allergische (= immunologische) Mechanismen setzen die spezifische Auseinandersetzung (Sensibilisierung) und Einleitung einer allergischen Reaktion vom Soforttyp (Typ 1: IgE-vermittelt) oder Typ 4 (zelluläre Immunreaktion), seltener auch eine Typ 2-Reaktion voraus.

Nicht-allergische / nicht-immunologische Ursachen von Nahrungsmittelintoleranzen bezeichnen ein weites Spektrum struktureller, funktioneller, toxischer und nicht-toxischer Ursachen [3].

Psychische Aversionen auf Lebensmittel und psychosomatoforme Störungen, zum Beispiel im Rahmen des sogenannten „Klinischen Ökologie-Syndroms“ oder der „Idiopathischen Umweltbezogenen Intoleranzen“ müssen von Allergien und Intoleranzen abgegrenzt werden, da sich die vermeintliche krankhafte Rolle von Nahrungsmitteln oder Nahrungsmittel-Zusatzstoffen bei diesen Pathologien heute mit keiner wissenschaftlichen Methode untermauern lässt [4, 5].

Von Nahrungsmittelallergien (bzw. Nahrungsmittelzusatzstoffallergien) spricht man nur, wenn die krankhaften Symptome nach Nahrungsaufnahme als Folge von immunologischen Mechanismen entstehen, welche die Bildung von allergenspezifischen Antikörpern oder von sensibilisierten T-Effektorzellen induzieren (siehe auch Teil 1 dieses Beitrags im Hessischen Ärzteblatt 02/2016) [6].



Milch und Milchprodukte können auf unterschiedliche Weise zu Unverträglichkeiten führen, u. a. bei IgE-vermittelten allergischen Reaktionen auf Milchproteine und bei Lactose-Intoleranz

Die häufigsten Nahrungsmittelallergien werden durch IgE-Antikörper verursacht: Die Symptome können dabei bereits durch kleine Mengen des betreffenden Nahrungsmittels ausgelöst werden, verschwinden nach dessen Elimination und können überzeugend und reproduzierbar durch eine erneute Exposition ausgelöst werden.

Einleitung

Nicht-allergische / nicht-immunologische Ursachen von Nahrungsmittelintoleranzen bezeichnen ein weites Spektrum struktureller, funktioneller, toxischer und nicht-toxischer Ursachen [3].

Strukturell bedingte Nahrungsmittelunverträglichkeit haben ihre Ursache in einer anatomisch-morphologisch belegbaren Erkrankung mit einer Strukturverände-

rung des Gastrointestinaltrakts, die sekundär zum Auftreten nahrungsmittelassoziierter Beschwerden führt, beispielsweise führen Dünndarmdivertikel zu einer bakteriellen Dünndarmüberwucherung, diese wiederum verursacht postprandialen Meteorismus und Diarrhö.

Toxisch bedingte Reaktionen auf Nahrungsmittel sind bedingt durch Toxinwirkungen, die zum Beispiel vorkommen durch Kontamination der Nahrungsstoffe durch Bakterien-, Pflanzen-, Pilztoxine, Glykoalkaloide oder andere Gifte.

So können Vergiftungserscheinungen nach Genuss einiger Pilze oder roher Bohnen infolge des Lektin gehaltes auftreten. Lektine werden durch Kochen inaktiviert, daher sind sie gekocht genießbar. Bakterielle oder mykotische Toxine können fieberhafte Durchfälle und Erbrechen nach Genuss verdorbener Speisen auslösen.

¹ Allergiezentrum Wiesbaden, ² DKD-Helios Kliniken Wiesbaden

Auch kann die bakterielle Kontamination bei nicht richtig gelagertem Fisch zu einem Abbau von Histidin zu Histamin führen, und somit die sogenannte Skombroid-Reaktion auslösen, eine allergieähnliche Reaktion mit Flush, urtikariellem Exanthem, Dyspnoe, Kopfschmerzen, Magen-Darm-Symptomatik bis zum anaphylaktischen Schock [35].

Strukturell und toxisch bedingte Nahrungsmittelintoleranzen sind jedoch explizit nicht Gegenstand dieser Übersichtsarbeit, diesbezüglich sei vielmehr auf die Vielzahl ausgezeichneter Review-Arbeiten und Leitlinien der Gastroenterologie verwiesen (www.AWMF.org).

Funktionell bedingte Nahrungsmittelunverträglichkeit werden oft durch isolierte Funktionsstörungen (zum Beispiel Laktasemangel im Dünndarm) hervorgerufen und zeigen initial keine weitere anatomisch-morphologische Veränderung am Gastrointestinaltrakt.

Nicht-toxische Reaktionen auf Nahrungsmittel werden in zwei Hauptmechanismen unterteilt, die immunologisch sowie die nicht immunologisch vermittelten Reaktionen [3]. Insgesamt machen nicht immunologisch, nicht-toxisch vermittelte Reaktionen den größten Anteil (15 bis 20 Prozent) aller Reaktionen auf Nahrungsmittel aus [3]. Nicht immunologisch vermittelte Formen der Nahrungsmittelunverträglichkeiten stellen keine Allergie dar. Sie umfassen pseudoallergische und pharmakologische Wirkungen beispielsweise durch Salicylate, biogene Amine (zum Beispiel Histamin, Tyramin, Serotonin etc.), Sulfite (enthalten in Wein und Medikamenten) u. a. m.

Den meisten durch Additiva bedingten Intoleranzen liegen vorläufig unbekannte Mechanismen zu Grunde, welche zu einer Mediatorenfreisetzung aus Blutbasophilen oder mukosalen Mastzellen führen. Da sie echten allergischen Reaktionen ähnlich sind, wurde früher der Begriff „pseudoallergische Reaktionen“ (PAR) verwendet. In den Positionspapieren der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie (EAACI) wird empfohlen, diesen Begriff nicht mehr zu verwenden [1, 5, 36].

Histaminintoleranz-Syndrom (HIS)

Die Ursache eines Histaminintoleranz-Syndroms kann einerseits ein quantitati-

ver Mangel bzw. eine reduzierte Aktivität des für den extrazellulären Histamin-Abbau verantwortlichen Enzyms Diaminoxidase sein: DAO (zum Beispiel durch DAO-Inhibition) bei „normaler“ Histaminmenge, andererseits eine „normale“ DAO-Menge und -Aktivität bei erhöhtem Anfall von Histamin, bedingt z. B. durch die vermehrte Aufnahme von histaminreicher Nahrung, Histaminliberatoren oder andere Ursachen [37, 38]. Auch die für den intrazellulären Histaminabbau verantwortliche Histamin-N-Methyltransferase (HNMT) kann betroffen sein.

Die Symptomatik tritt dosisabhängig bereits beim Erstkontakt in Erscheinung; es existiert ein individueller Schwellenwert. Betroffen sind circa drei Prozent der Weltbevölkerung, hiervon 80 Prozent Frauen mittleren Alters. Das Beschwerdebild der Histaminintoleranz ist sehr vielfältig und betrifft nahezu alle Organe. Die häufigsten Symptome oder Erkrankungskomplexe sind:

Quincke-artige Ödeme, chronisch-persistierende oder chronisch-rezidivierende Rhinitis; chronische Rhinosinusitis oder Polyposis nasi et sinuum, Cephalgien, Flush-Syndrome; Asthma bronchiale; Migräne, Arrhythmien, Hypotonie, rezidivierende Urticaria, Diarrhoe; unspezifische gastrointestinale Symptomatiken u. a. Dyspepsie, Völle- und Spannungsgefühl, Vomitus und Dysmenorrhoe [37, 38]. Ursächlich hierfür sind die vielfältigen Wirkungen von Histamin an glatter Muskulatur, Drüsen, Gefäßen etc. Das Histaminintoleranz-Syndrom kann daher auch lebensbedrohliche Ausmaße annehmen und zum anaphylaktischen Schock führen.

Diagnostik des Histaminintoleranz-Syndroms

Bedingt durch die hohe Bandbreite an möglichen Symptomen ist eine detaillierte Anamnese nötig. Dies beinhaltet sowohl die detaillierte Befragung des Patienten zur Aufnahme histaminreicher Nahrungsmittel oder Einnahme von Medikamenten, die in den Histaminstoffwechsel eingreifen als auch die diagnostische Abklärung gastrointestinaler Erkrankungen und IgE-vermittelter Allergien. Gerade die allergo-

logische Diagnostik ist hierbei hervorzuheben, da die Symptome des HIS von den Symptomen einer Typ-I-Allergie kaum zu unterscheiden sind.

Labordiagnostisch sind der Histaminspiegel im Serum und die DAO-Aktivität im peripheren Blut als Hinweise zu werten, allerdings nicht beweisend. Da die Aktivität der DAO normalerweise relativ gering ist, kann vor Blutentnahme Heparin gespritzt werden, um gewebegebundene DAO freizusetzen. Die postheparine Freisetzung der DAO ist allerdings höchst inkonsistent und weist eine hohe interindividuelle Variabilität auf. Neuere Methoden wie ein sensitiver Assay auf Basis der Oxidation von O-Dianisidin und unter Nutzung von Cadaverindihydrochlorid als Substrat könnten zukünftig bessere Ergebnisse liefern. Um falsch negative Befunde auszuschließen sollte bei Patienten, die klinische Merkmale des Histaminintoleranz-Syndroms aufweisen, zusätzlich der Histaminspiegel im Serum untersucht werden.

Weiterhin kann es sinnvoll sein, Kupfer, Vitamin B6 und Vitamin C zu bestimmen. Diese dienen der DAO als Kofaktoren und sind essenziell für die Funktion des Enzyms und damit für die Metabolisierung des Histamins. Bei pathologischen Befunden ist gegebenenfalls eine Substitutionsbehandlung erforderlich.

Als Goldstandard in der HIS-Diagnostik gilt der doppelblinde, placebokontrollierte orale Provokationstest (DBPCFC) nach histaminarmer Diät [37, 38]. Der Patient erhält dazu an aufeinanderfolgenden Tagen ein ernährungswissenschaftlich zusammengestelltes Menü. Im Gegensatz zu einer offenen Provokation ist hierbei weder dem Patienten noch dem Arzt bekannt, an welchem Tag histaminreiche Lebensmittel getestet werden. Der Histamingehalt der Speisen ist dabei entweder den ganzen Tag über hoch (Histaminprovokation) oder ausgesprochen niedrig (Placebokontrolle). Die Provokation ist zeitlich aufwendig, dafür verringert diese Vorgehensweise jedoch die Anzahl an falsch positiven Reaktionen.

Die Bestimmung der Serumtryptase kann zudem hinsichtlich einer differentialdiagnostisch zu bedenkenden versteckten Mastozytose hilfreich sein.

Salicylatintoleranz (ASS-Intoleranz-Syndrom: AIS)

Die Prävalenz der Salicylatintoleranz beträgt ca. 2 bis 3,5 Prozent [39, 40]. Klassischerweise löst das AIS respiratorische Symptome (Rhinitis, Sinusitis, Polyposis nasi, Asthma bronchiale) aus, sie kann jedoch auch zu Magen-Darmbeschwerden mit Druckgefühl, Meteorismus, Flatulenz, Diarrhöen führen.

Die Pathogenese der Salicylatintoleranz beruht auf einer Hemmung der Cyclooxygenase-1 durch Salicylate und andere nicht steroidale Analgetika und durch salicylathaltige Nahrungsmittel und Nahrungsmitteln zugesetzte Säuren (beispielsweise Benzoesäure oder Farbstoffe) mit der Folge einer verminderten Prostaglandinsynthese [39, 40].

Den wegweisenden pathobiochemischen Befund der AERD stellt der basal erhöhte Leukotrienspiegel dar, der nach Einnahme von COX-1 Inhibitoren exzessiv ansteigt. Dieser Anstieg der Leukotriene (LTs) beruht auf der pharmakologisch kompetitiven Hemmung der Cyclooxygenase (COX)-1 Enzyme, was unter anderem zu einer reduzierten Synthese von Prostaglandin E2 (PGE2) führt. Da PGE2 den wichtigsten Inhibitor der 5-Lipoxygenase und damit der Leukotrienproduktion darstellt, verläuft die Leukotrienproduktion ungebremst und führt zu dem exzessiven Anstieg der Leukotriene LTB4, LTC4, LTD4 und LTE4. Durch die erniedrigte Bildung der broncho- und vasodilatativen Mediatoren PGI2 und PGE2 kommt es zum klinisch evidenten Überwiegen der leukotrienvermittelten Broncho- und Vasokonstriktion und somit zur typischen klinischen Intoleranzreaktion an den Atemwegen. Darüber hinaus führt die erniedrigte PGE2-Synthese zu einer Destabilisierung von Mastzellen, welche vermehrt Histamin freisetzen und PGD2 sowie Leukotriene synthetisieren, was das Auftreten von Symptomen auch an anderen Organsystemen erklärt.

Kohlenhydratmalabsorption

Bei den Kohlenhydraten spielen Erkrankungsprozesse wie der Lactasemangel (Milchzuckerunverträglichkeit) und Erkrankungen, die den Transport bestimm-

ter Mono- und Disaccharide betreffen, eine wichtige Rolle.

Störungen der Verdauung und Resorption einfacher Kohlenhydrate stellen in der europäischen Bevölkerung die häufigsten nicht immunologischen Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln dar (Lactose, Fructose-, Sorbitmalabsorption etc.).

Die Kohlenhydrate können nicht in den Dünndarm aufgenommen werden, wenn zum Beispiel ein Lactasemangel beziehungsweise Transportdefekt besteht (wie zum Beispiel GLUT 5 beim Fructosetransport, GLUT 2 bei Glucose-, Galactose- und Fructosetransport) und gelangen daher in osmotisch wirksamer Form in den Dickdarm. Sie werden dort durch bakterielle Zersetzung zu kurzkettigen Fettsäuren, Methan, Kohlendioxid, Wasserstoff metabolisiert, die Meteorismus, Flatulenz, abdominale Schmerzen und Diarrhöen induzieren [3]. Da Kohlenhydrate in vielen Lebensmitteln enthalten sind, kann die Kohlenhydrat-Unverträglichkeit im Sinne einer Malabsorption gegenüber Fructose, Sorbit und Lactose zu vielen undifferenzierten Unverträglichkeiten ohne exakte Angabe der auslösenden Nahrungsmittel führen. Weitere Enzymmangelzustände und Transportstörungen sind in der Literatur beschrieben – spielen jedoch in der klinischen Praxis selten eine wesentliche Rolle.

Glutensensitive Enteropathie (Zöliakie)

Der Name Zöliakie ist abgeleitet von „koilia“, die bauchige Krankheit (Aretaeus von

Kappadokien, 2. Jhd. n. Chr.). Als Erstbeschreibung dieser Krankheit gilt der Bericht von Samuel Gee (1888), der von „coeliac affection“ sprach und damit eine Verdauungsstörung meinte, die bevorzugt Kleinkinder zwischen ein bis fünf Jahren betraf. Diese wiesen meist ein aufgetriebenes weiches Abdomen, dünne Extremitäten (Kachexie) und lockere, helle, massige Stühle auf. Den Zusammenhang zwischen der Zufuhr von Weizen und Zöliakie erkannte der Pädiater K. W. Dicke in den in den frühen 1930er-Jahren, zuvor war die hohe Letalität von 30 bis 60 Prozent gefürchtet. In den 1950er-Jahren wurden in kurzer Zeit Gluten (das Speicherprotein des Weizens) als Auslöser der Zöliakie – die Zottenatrophie mit Kryptenhyperplasie als morphologisches Korrelat (Margot Shiner 1957) und die Gliadin-Antikörper im Serum – erkannt. Erst Ende des 20. Jahrhunderts folgte die Entdeckung der Gewebstransglutaminase (TG2) als diagnostisch wichtiges Autoantigen der Zöliakie [41] sowie die Beschreibung der genetischen Prädispositionsfaktoren HLA-DQ2 und -DQ8.

Die Zöliakie ist eine zunehmend häufiger werdende immunologisch vermittelte Systemerkrankung (Prävalenz 0,9 Prozent in Deutschland bis 2,4 Prozent in Finnland) [42, 43]. Auf Grund ihres breiten klinischen Spektrums ist sie unterdiagnostiziert [43].

Die Zöliakie führt bei Personen mit genetisch-determiniertem Risiko (HLA-DQ2 und -DQ8) durch eine fehlgeleitete Immunantwort auf Gluten zur Bildung von Serum-Antikörpern gegen Endomysium

und Gewebstransglutaminase. Eine zusätzlich entscheidende Rolle spielen für Gluten hochaffine T-Zellen [44]. Folge ist eine duodenale Entzündung mit charakteristisch gestörter Mukosaarchitektur. Klinische Symptome können komplett fehlen (Screeningpatienten), betreffen in der Regel den Gastrointestinaltrakt, können jedoch auch völlig atypisch sein (z. B. isolierter Kopfschmerz). Die klassische Präsentation ist heute eher selten, möglicherweise mit verursacht durch die längeren Stillzeiten.

Zu den heutzutage häufigeren klinischen Manifestationen gehören z. B. unklarer Eisenmangel, chronische Bauchschmerzen mit und ohne Gedeihstörung, chronischer Durchfall, Obstipation, Kleinwuchs, Zahnschmelzdefekte, Osteopenie sowie z. B. unklar erhöhte Transaminasen im Serum. Es lohnt sich, auch bei ungewöhnlichen Symptomkonstellationen immer an die Zöliakie zu denken.

Die Diagnose fußt auf einer Kombination von klinischen Symptomen sowie serologischen Markern (Gewebstransglutaminase-IgA-Antikörper, Ausschluss eines IgA-Mangels!), endoskopischen und histologischen Befunden (Marsh-Klassifikation). Antikörperbestimmungen im Stuhl oder Speichel werden nicht empfohlen. Unter lebenslanger glutenfreier Diät (GFD) kommt es zur Remission der klinischen Symptomatik und der serologischen und histologischen Befunde [45]. Nach neuen europäischen Leitlinien kann in Absprache mit dem betreuenden Kindergastroenterologen bei klassischer Präsentation und 10-fach erhöhten Transglutaminase-Anti-

körpern unter Umständen auf die histologische Diagnostik verzichtet werden [46].

In aller Regel gehört die Entnahme von mindestens sechs Dünndarmbiopsien zur histologischen Klassifikation nach Marsh vor glutenfreier Diät jedoch zum diagnostischen Standard. Bei gesicherter Diagnose muss die glutenfreie Diät lebenslang strikt eingehalten werden, die Mitgliedschaft bei der Selbsthilfegruppe der Deutschen Zöliakiegesellschaft wird unbedingt angeraten.

Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität

Die Nicht-Zöliakie-Nicht-Weizenallergie-Weizensensitivität ist bislang noch unzureichend definiert. Sie ist eine wichtige Differenzialdiagnose der Zöliakie und der IgE-vermittelten Weizenallergie. Klinisch ist die Weizensensitivität nicht von der Zöliakie zu unterscheiden. Alle Befunde deuten auf eine klinische Reaktion der angeborene Immunität hin. Möglicherweise spielen die alpha-Amylase-Trypsin-Inhibitoren (ATIs) eine große Rolle, die in be-

sonders schädlingsresistenten Weizensorten gezüchtet wurden. Es gibt noch keinen diagnostischen Test, Zöliakie oder Weizenallergie müssen jedoch ausgeschlossen werden. Klinisch bestehen Überlappungen zum Reizdarmsyndrom. Die weizenabhängige Klinik soll durch ein Beschwerdetagebuch dokumentiert und vor allem bei Kindern und Jugendlichen am besten durch eine doppelblinde, Placebo kontrollierte Belastung bewiesen oder ausgeschlossen werden, um negative psychosoziale Folgen einer glutenfreien Diät zu vermeiden [47].

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 2: Nahrungsmittelintoleranzen**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) so-

wie 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 **25.02.2016 bis 24.02.2017** möglich.

CME-Beitrag aus Ausgabe 02/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Bedeutung und Entwicklung wissenschaftlich begründeter Leitlinien für die klinische Praxis“ von Albrecht Encke und Ina Kopp im Hessischen Ärzteblatt 02/2015, Seite 68 ff:

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

Buchtipps

Neuaufgaben: Operationen- und Prozedurenschlüssel 2016 ICD-10-GM- & OPS-Versionen – je als Systematisches oder Alphabetisches Verzeichnis

Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme; 10. Revision – German Modification Version 2016, Deutscher Ärzte-Verlag 2016, je € 24,99

Bedingt durch die Anpassung des G-DRG-Fallpauschalensystems hat das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information die ICD-10-GM- und OPS-Versionen aktualisiert und erweitert. Beide Werke sind verbindlich für die Dokumentation und Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen und ambulanter Operationen. Die neuen Versionen sind durch das Bundesministerium für Gesundheit mit Wirkung vom 1. Januar 2016 in Kraft gesetzt.

Multiple Choice-Fragen:

Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme

Teil 2: Nahrungsmittelintoleranzen / VNR 2760602016041070009

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Die Prävalenz der Zöliakie in Deutschland liegt bei:

- 1) 0,3 Prozent
- 2) 0,9 Prozent
- 3) 2 Prozent
- 4) 5 Prozent
- 5) 9Prozent

2. Welche Symptome und Befunde kommen bei Zöliakie vor?

- 1) Bauchschmerzen, Durchfall
- 2) Kopfschmerzen, chronische Müdigkeit
- 3) Verstopfung, Stuhlnregelmäßigkeiten
- 4) Eisenmangel, erhöhte Leberenzyme, Osteoporose
- 5) alle der oben genannten Symptome und Befunde

3. Welche der folgenden Krankheiten ist eher nicht mit der Zöliakie assoziiert?

- 1) Typ2 Diabetes mellitus
- 2) Typ1 Diabetes mellitus
- 3) IgA-Mangel
- 4) Hashimoto Thyreoiditis
- 5) Down-Syndrom

4. Für die Diagnose der Zöliakie wird eine der folgenden Methoden üblicherweise nicht benötigt:

- 1) Transglutaminase-IgA-Antikörper im Serum
- 2) IgA im Serum
- 3) Entnahme von mehreren Dünndarmbiopsien
- 4) histologische Klassifikation nach Marsh
- 5) Kapselendoskopie

5. Welches der folgenden Getreidesorten ist glutenfrei?

- 1) Weizen
- 2) Dinkel
- 3) Hirse
- 4) Einkorn
- 5) Emmer

6. Welche der folgenden Aussagen zum Histamin-Intoleranz-Syndrom trifft nicht zu ?

- 1) Ein quantitativer Mangel des Enzyms Diaminoxidase (DAO) kann ursächlich sein.
- 2) Eine reduzierte Aktivität des Enzyms Diaminoxidase (DAO) kann ursächlich sein.
- 3) Ein erhöhter Anfall von Histamin z. B. durch die vermehrte Aufnahme von histaminreicher Nahrung kann ursächlich sein.
- 4) Eine reduzierte Aktivität des Enzyms Histamin-N-Methylperoxidase (HNPD) kann ursächlich sein.
- 5) Eine reduzierte Aktivität des Enzyms Histamin-N-Methyltransferase (HNMT) kann ursächlich sein.

7. Welche der folgenden Symptome sind typisch für das Histamin-Intoleranz-Syndrom?

- 1) Quincke-artige Ödeme
- 2) Migräne
- 3) Arrhythmien
- 4) Diarrhoe
- 5) alle Aussagen sind richtig

8. Welche der folgenden Aussagen zum ASS-Intoleranz-Syndrom ist richtig ?

- 1) Die Prävalenz der Salicylatintoleranz beträgt ca. 15 bis 20 Prozent.
- 2) Den wegweisenden pathobiochemischen Befund der AERD stellt der basal erhöhte Prostaglandinspiegel dar.
- 3) Die erhöhte Synthese von Prostaglandin E2 (PGE2) führt zu einem exzessiven Anstieg der Leukotriene LTB4, LTC4, LTD4 und LTE4.
- 4) typische assoziierte Krankheitsbilder sind Sinusitis, Polyposis nasi, Asthma bronchiale, Magen-Darmbeschwerden und Urtikaria.

- 5) Die gesteigerte Aktivität der Cyclooxygenase-1 durch Salicylate und andere nicht steroidale Analgetika führt zu einer verminderten Prostaglandinsynthese.

9. Welche der folgenden Aussagen zur Kohlenhydratmalabsorption ist falsch?

- 1) Störungen der Verdauung und Resorption einfacher Kohlenhydrate stellen in der europäischen Bevölkerung die häufigsten nicht immunologischen Unverträglichkeiten von Nahrungsmitteln dar.
- 2) Die häufigsten Kohlenhydratmalabsorptionen betreffen Lactose und Maltose.
- 3) Die häufigsten Kohlenhydratmalabsorptionen betreffen Lactose und Fructose
- 4) Bei der Kohlenhydratmalabsorption können Kohlenhydrate nicht in den Dünndarm aufgenommen werden, da beispielsweise ein Transportdefekt GLUT 5 beim Fructosetransport besteht.
- 5) Bei der Kohlenhydratmalabsorption werden Kohlenhydrate durch bakterielle Zersetzung zu kurzkettigen Fettsäuren, Methan, Kohlendioxid, Wasserstoff metabolisiert, die Meteorismus, Flatulenz, abdominale Schmerzen und Diarrhöen induzieren.

10. Welche der folgenden Aussagen zum Positionspapier der Europäischen Akademie für Allergologie und klinische Immunologie (EAACI) über Unverträglichkeitsreaktionen auf Nahrungsmittel ist richtig ?

- 1) Nicht-allergische / nicht-immunologische Ursachen von Nahrungsmittel-Intoleranzen bezeichnen ein weites Spektrum struktureller, funktioneller,

- toxischer und nicht-toxischer Ursachen.
- 2) Von Nahrungsmittelallergien spricht man nur, wenn die krankhaften Symptome nach Nahrungsaufnahme als Folge von immunologischen Mechanismen entstehen.
- 3) Psychische Aversionen auf Lebensmittel und psychosomatoforme Störungen müssen von Allergien und Intoleranzen abgegrenzt werden.
- 4) Allergische (= immunologische) Mechanismen setzen die spezifische Auseinandersetzung (Sensibilisierung) und Einleitung einer allergischen Reaktion voraus.
- 5) alle Antworten sind richtig

Armut durch Krebs

Wenn Menschen als Folge der Erkrankung in soziale Notlagen geraten

Ulf Seifart¹, Hanna Bohnenkamp², Christian Jackisch³

Abstract

Aufgrund der verbesserten Prognose von Tumorpatienten werden Fragen nach den sozialen und wirtschaftlichen Folgen der Tumorerkrankung immer wichtiger, insbesondere für jüngere Krebspatienten. Vor allem die wirtschaftlichen Folgen einer Krebserkrankung sind wegen der geminderten Leistungsfähigkeit von Krebspatienten mit erheblichen Einschränkungen der Lebensqualität verbunden. Bislang gibt es jedoch kaum Erkenntnisse, welche Patienten von einer solchen Sozialschere abwärts besonders betroffen sind. Ziel dieser Untersuchung war es daher, Patienten zu identifizieren, die durch einen Verlust des Arbeitsplatzes oder einer Reduzierung des Arbeitsumfanges somit von negativen finanziellen Folgen einer Krebserkrankung bzw. deren Therapie bedroht sind.

171 Patienten, die als Ratsuchende die Beratungsstellen der Hessischen Krebsgesellschaft aufsuchten, wurden konsekutiv mittels Fragebogen zu ihrer sozialen Situation befragt. Nach den hier erhobenen Daten gehören insbesondere Tumorpatienten, die älter als 40 Jahre sind und eine mittelschwere oder schwere Arbeit haben, zu der zuvor definierten Risikogruppe. Diese Patienten sollten sehr frühzeitig in der Behandlungskette eine sozialmedizinische Beratung erhalten.

Einleitung

Für die meisten Langzeitüberlebenden unter den Krebspatienten besitzt die Rückkehr ins „normale“ Leben einen hohen Stellenwert und ist – im erwerbsfähigen Alter – eng mit der Frage nach dem Erhalt des Arbeitsplatzes verknüpft.

Krebspatienten besitzen allerdings ein deutlich erhöhtes Risiko, ihren Arbeitsplatz zu verlieren, bzw. ihren Arbeitsumfang reduzieren zu müssen. Aktuelle Analysen zeigen, dass nur jeder zweite Krebs-

patient seine Tätigkeit in vollem Umfang wieder aufnehmen kann. Als Folge droht vielen Patienten und deren Familien ein finanzieller und damit sozialer Abstieg. Dieser ist mit einer Reduzierung der Lebensqualität, vielleicht sogar der Prognose der Tumorerkrankung assoziiert [1]

Die vorliegende Untersuchung an 171 Patienten versucht Risikofaktoren zu identifizieren, die es ermöglichen Patienten, die vom sozialen Abstieg durch die Tumorerkrankung betroffen sind, frühzeitig zu identifizieren, um schnell Hilfen anzubieten. Zumal das Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland eine Fülle von Hilfsleistungen bietet.

Material und Methoden

Über einen Zeitraum von fünf Monaten wurden 171 Patienten, die als Ratsuchende die Beratungsstellen der Hessischen Krebsgesellschaft aufsuchten, konsekutiv

mittels Fragebogen* zu ihrer sozialen Situation befragt.

Erfasst wurden folgende Items: Geschlecht, Alter, Diagnose, Zeitpunkt der Diagnose, Schulabschluss, Ausbildungsabschluss, Erwerbsstatus, Berufliche Tätigkeit, Arbeitsunfähigkeit und deren Dauer, Veränderung des Arbeitgebers, Veränderung des Stundenumfanges der Tätigkeit, Kündigung sowie die Beantragung einer Erwerbsminderungsrente. Fernerhin Belastungsfaktoren am Arbeitsplatz, Schichtarbeit, Konflikte am Arbeitsplatz, Schwere der Arbeit, Zufriedenheit am Arbeitsplatz, Inanspruchnahme einer Rehabilitation und ob die Patienten mindestens 30 Minuten Sport am Tag absolvieren.

Resultate

Alle angesprochenen Patienten füllten den Fragebogen aus. 41 Fragebögen mussten aus der Analyse ausgeschlossen

¹Klinik Sonnenblick Amöneburger Straße 1–6, 35043 Marburg ²Hessische Krebsgesellschaft, Töngesgasse 39, 60311 Frankfurt ³Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, Sana Klinikum Offenbach, Starkenburgring 66 ⁴SEER: Abkürzung für „Surveillance, Epidemiology, and End Results (SEER) Program“ des National Cancer Institute (USA), eine wichtige Quelle für Krebs-Statistiken der US-Bevölkerung ⁵REFA: Verband für Arbeitsgestaltung, Betriebsorganisation und Unternehmensentwicklung – Anbieter für betriebliche Weiterbildung, Internet: <http://www.refa.de> ⁶Auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt (aktuelle Ausgabe) einsehbar

werden, da $n = 14$ keine Angaben über ihre beruflichen Status machten, 18 Altersrentner und neun als Hausfrau tätig waren. Insgesamt konnten somit 130 Patienten in die Analyse aufgenommen werden.

Die Patienten-Charakteristika stellten sich wie folgt dar:

104 der 130 erfassten Patienten waren weiblich, das Alter der Patienten betrug im Mittel 52 Jahre.

Die befragten Patienten wiesen eine Krankschreibungszeit aufgrund ihrer Tumorerkrankung von im Mittel 7,62 Monaten auf, wobei der Range 0,2 bis 60 Monate betrug. 36 Prozent der Patienten gaben an, dass sie bedingt durch die Tumorerkrankung ihre zeitliche berufliche Tätigkeit auf Kosten ihres Einkommens veränderten: 6,7 Prozent der Patienten wurde aufgrund der Erkrankung gekündigt, während 23 Prozent krankheitsbedingt einen Antrag auf Erwerbsminderungsrente stellten.

Bezüglich ihrer beruflichen Tätigkeit gaben die Befragten an, dass sie überwiegend unter einem Zeit- und Leistungsdruck leiden würden.

Die Schwere der Arbeit klassifizierten die Patienten zu zwei Dritteln als leicht, während nur etwa sieben Prozent ihre Arbeit als schwer (siehe auch Anhang 2 REFA-Kriterien) bezeichneten.

13 Prozent der befragten Patienten gaben an, in Schichtarbeit zu arbeiten. Konflikte am Arbeitsplatz nannten 24 Prozent. Dementsprechend hoch war die Arbeitsplatzzufriedenheit. Etwas mehr als die Hälfte der Patienten (53 Prozent) hatte eine Rehabilitationsleistung in Anspruch genommen und 27 Prozent gaben an, mindestens 30 Minuten am Tag Sport zu treiben.

Hinsichtlich der Korrelation zwischen den erhobenen Items und den sozialen Folgen einer Krebserkrankung ergaben sich folgende Resultate: Patienten mit einem Abitur reduzierten signifikant weniger ($p=0,007$) häufig die Arbeitsstundenzahl als Patienten mit einem niedrigeren Schulabschluss.

Patienten mit einer mittelschweren Tätigkeit gaben im Vergleich zu Patienten mit einer leichten Tätigkeit knapp signifikant häufiger an, eine Erwerbsminderungsrente beantragt zu haben. Häufiger gekündigt wurde bei einer leicht-mittelschweren als bei einer leichten Tätigkeit. Patienten mit einer mittelschweren und schweren Tätigkeit gaben häufiger an, ihre berufliche Tätigkeit auf Kosten ihres Einkommens verändert zu haben.

Alle anderen hier erhobenen Items zeigten keinen statistisch nachweisbaren Zusammenhang zu beruflichen oder finan-

ziellen Veränderungen aufgrund der Tumorerkrankung.

Diskussion

Soziale Konsequenzen einer Tumorerkrankung sind insbesondere für Langzeitüberlebende Patienten (Longterm Survivors) zunehmend von Bedeutung. Nach Schätzungen sind derzeit ca. 700.000 Patienten in Deutschland von diesem Problem betroffen. Analysen der Deutschen Rentenversicherung Bund und in einer Untersuchung von Anja Mehnert [6] konnte gezeigt werden, dass nur 50 Prozent dieser Kranken ihre berufliche Tätigkeit wieder voll aufnehmen können. Somit wären ca. 350.000 Menschen von dieser Problematik betroffen.

Soziale und finanzielle Konsequenzen einer Tumorerkrankung stellen für onkologische Patienten eine erhebliche Belastung der Lebensqualität dar. So berichten Delgado et al. [7], dass Patienten Sorgen bezüglich finanzieller Nöte als belastender empfanden als die körperlichen oder psychischen Nebenwirkungen der Erkrankung und der Therapie.

Dieses bestätigen auch Daten der Deutschen Hodgkin-Gruppe (mündliche Mitteilung). Auch in diesen Studien gaben Longterm Survivors finanzielle Sorgen als dritt-schwerste belastende Nebenwirkung an.

Neben den Einschränkungen der Lebensqualität könnte diese Problematik auch Einfluss auf die Prognose der Erkrankung haben. So beschrieben für die USA Banal et al. in einer Analyse von SEER-Daten⁴ in Kombination mit Daten der „federal bankruptcy records“ eine um 75 Prozent erhöhte Mortalität von Tumorkranken, die während der Erkrankung einen Gläubigerschutz beantragten mussten [8].

Daten aus dem skandinavischen Gesundheitssystem lassen einen ähnlichen Schluss zu. Kristensen et al. [9] untersuchten insgesamt 23.809 Patienten, die an einer akuten Leukämie oder einem multiplen Myelom erkrankt waren und innerhalb einer Studie therapiert wurden. In der Analyse eines fünf Jahreszeitraumes wiesen überlebende Patienten mit einem höheren sozialen Status (white-collar workers, Büroangestellte etc.) einen signifikanten Vorteil gegenüber „blue-collar workers“ (Fabrikarbeiter etc.) auf.

„du bist kostbar“ – Hessen gegen Krebs Weltkrebstag im Biebricher Schloss

Anlässlich des Weltkrebstages hatte Minister Stefan Grüttner als Schirmherr zum fünften Mal zu „du bist kostbar“ – Hessen gegen Krebs“ nach Wiesbaden ins Biebricher Schloss geladen. Der hessische Gesundheitsminister konnte zusammen mit der Hessischen Krebsgesellschaft rund 130 Gäste begrüßen.

Im Zentrum der Veranstaltung am 1. Februar 2016 stand das Thema HPV-Infektion und die vorbeugende Impfung gegen Gebärmutterhalskrebs bei Mädchen und Jungen. Im Vorfeld hatte das Hessische Ärzteblatt in der Ausgabe 02/2016 (Seite 109 f.) über ein Modellprojekt zur HPV-Impfung an Grundschulen in Südhessen berichtet.

Neben der Filmpremiere des fünften Videos der „du bist kostbar“-Filmreihe, das sich mit der Prävention des Zervix Karzinoms beschäftigt, berichtete der Nobelpreisträger für Medizin, Prof. Dr. med. Harald zur Hausen in einem Vortrag über „den Weg zum Impfstoff gegen Krebs“. Ein weiteres Referat „Armut und Krebs“ von PD Dr. med. Ulf Seifart beleuchtete die sozialen Folgen, die eine Krebserkrankung auslösen kann. Die dem Vortrag zugrunde liegende Studie ist hier abgedruckt.

Informationen zu den „du bist kostbar“-Projekten finden sich im Internet unter: www.du-bist-kostbar.de oder www.hessische-krebsgesellschaft.de

Auch in Deutschland gibt es Hinweise, dass das soziale Umfeld Einfluss auf das Überleben unserer Patienten haben könnte [10]. Das Sozialsystem der Bundesrepublik Deutschland bietet in diesen Situationen über das Sozialgesetzbuch IX eine Fülle an Hilfestellungen an, die aber oftmals frühzeitig initiiert werden müssen. Aus diesem Grunde ist es sinnvoll, frühzeitig Patienten zu identifizieren, die von negativen finanziellen, bzw. sozialen Folgen einer Tumorerkrankung bedroht sind. Die Identifizierung solcher „Risikofaktoren“ war das Ziel dieser Untersuchung.

Fazit

Die vorliegende Arbeit zeigt, dass Tumorpatienten, die eine niedrigere Schulbildung, bzw. eine mittelschwere Arbeit verrichten,

gravierenden sozialen Konsequenzen ausgesetzt sind. Dies betrifft insbesondere die Häufigkeit von Kündigungen, Beantragung der Erwerbsminderung sowie die zeitliche Reduzierung der Arbeitszeit mit den entsprechenden negativen finanziellen Konsequenzen. Sehr ähnliche Daten berichtete die Arbeitsgruppe um Anja Mehnert [6]. In ihrer Untersuchung konnte sie zeigen, dass ein höheres Lebensalter und eine geringere Schulausbildung die Teilhabe am Erwerbsleben erschweren. Die Schwere der Arbeit wurde in ihrer Untersuchung jedoch nicht geprüft. In einer eigenen, bislang nicht publizierten Untersuchung an allogenen transplantierten Patienten konnten die Autoren dieser Studie ebenfalls zeigen, dass Patienten, die älter als 40 Jahre und eine mittelschwere oder schwere Tätigkeit ausüben, ebenfalls signifikant häufiger von finanziellen Belastungen nach

erfolgter Therapie betroffen waren. Somit decken sich die Erkenntnisse dieser Studie mit den wenigen Evidenzen in der Literatur. In der Konsequenz sollten insbesondere Tumorpatienten, die älter als 40 Jahre sind und eine mittelschwere oder schwere Arbeit nach den REFA-Kriterien⁵ (siehe Anlage 2)⁶ ausüben, frühzeitig sozialmedizinisch beraten werden.

PD Dr. med. Ulf Seifart
Hanna Bohnenkamp
Prof. Dr. med. Christian Jackisch
 Korrespondenzadresse:
 E-Mail: ulf.seifart@drv-hessen.de

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

Bücher



Martin Smollich und Martin Scheel:
Arzneistoffe – die TOP 100
Der Pharmakoguide

Schattauer Verlag Stuttgart 2015. 600 Seiten, kart. ISBN: 9783794530410 (Print), auch als E-Book, € 49.99

Ohne Arzneimittel keine moderne Medizin. Eine Heilung, Besserung, Linderung von Krankheiten wäre selten möglich, krankheitsbedingte Symptome wie Schmerzen ließen sich kaum behandeln.

Die unverzichtbare Arzneimitteltherapie, die zunehmende Polypharmazie bei oft sehr alten Patienten erfordert nicht nur Wissen über die Wirksamkeit, sondern genauso wichtig Wissen über die Nebenwirkungen, Interaktionen mit anderen Wirkstoffen, Problemen bei jungen und alten Patienten, in der Schwangerschaft und Stillzeit sowie bei Leber- und Nierenerkrankung. Hier ist „Arzneistoffe – die TOP 100“ gut, hilfreich, nützlich. In außerordentlicher Prägnanz und auf dem neuesten Wissensstand informiert das Buch praxisnah alphabethisch über die 100 verordnungstärksten Wirkstoffe und deren Pharmakologie, Wirksamkeit und Nutzen-Risiko-Bewertung. Außerordentlich gut sind die Informationen zu Indikation, Kontraindikationen, Wechselwirkungen, wie die mit dem Cytochrom P 450-System, Pharmakokinetik, Intoxikation und Dosierung.

Mehr als hilfreich ist das Eingehen auf spezielle Patientengruppen und Sondersituationen wie pädiatrische und geriatrische Patienten, Schwangerschaft und Stillzeit, Leber- und Nierenerkrankungen. Selbst geschlechtsspezifische und ethnische Besonderheiten sind erfasst.

Besonders wertvoll ist die ausführliche Angabe von „Besonderheiten und Cave“ sowie die Wirkstoffbeurteilung, die den evidenzbasierten Standard des Wissens wiedergeben. Weiterhin werden bei der Therapie erforderliche Kontrolluntersuchungen genannt, es finden sich Hinweise auf Alternativen bei unzureichendem Ansprechen bzw. Wirkstoffunverträglichkeit einer Arzneimitteltherapie. Für acht relevante Arzneimittelgruppen – beispielsweise Glucocorticoide, Opiode – gibt es Äquivalenzdosisübersichten.

Das Buch verdient eine weite Verbreitung. In diesem Zusammenhang wünsche ich mir für künftige Neuauflagen eine kleine Änderung: Vielleicht kann man pharmakologisch und therapeutisch weniger relevante Arzneimittel (z. B. Acetylcystein) oder therapeutisch nicht mehr so relevante Erstvertreter einer Arzneimittelgruppe (z. B. Captopril bei den ACE-Hemmern oder Losartan bei den AT1-Blockern) durch das verordnungstärkste Präparat einer relevanten und weit eingesetzten Arzneimittelgruppe – beispielsweise TNF-Inhibitoren – ersetzen.

Dieses Buch gehört in die Hand jeder Ärztin, jeden Arztes im Zusammenhang mit der Verschreibung von Arzneimitteln für unsere Patienten.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich

Literatur zum Artikel:

Armut durch Krebs

Wenn Menschen als Folge der Erkrankung in soziale Notlagen geraten

von Ulf Seifart, Hanna Bohnenkamp, Christian Jackisch

1. O. Rick, E.-M. Kalusche, T. Dauelsberg, V. König, C. Korsukéwitz, U. Seifart: Reintegration von Krebspatienten ins Erwerbsleben; *Dtsch Arztebl Int* 2012; 109(42) 702–8; DOI:10.3238/arztebl.2012.0702.
2. de Boer AG, Taskila T, Ojajarvi A, van Dijk FJ, Verbeek JH: Cancer survivors and unemployment: a meta-analysis and meta-regression. *JAMA* 2009; 301: 753–762.
3. Mehnert A: Employment and work-related issues in cancer survivors. *Crit Rev Oncol Hematol* 2011; 77: 109–30.
4. Kristinsson SY.; Derolf AR.; Edgren G.; Dickman PW.; Björkholm M.: Socioeconomic differences in patient survival are increasing for acute myeloid leukemia and multiple myeloma in sweden. *J. Clin. Oncol.* 2009; 27: 2073–80.
5. Lina Jansen, Andrea Eberle, Katharina Emrich, Adam Gondos, Bernd Holleczek, Hiltraud Kajuter, Werner Mayer, Alice Nennecke, Ron Pritzkuleit and Hermann Brenner for the GEKID Cancer Survival Working Group: Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: An ecological analysis in 200 districts in Germany; *Int. J. Cancer*: 00, 00–00 (2013) VC 2013 UICC.
6. Mehnert A.: Employment and work-related issues in cancer survivors ; *Clinical Reviews in Oncology/Hematology* 77 (2011) 109–130).
7. Delgado-Guay MO: Frequency, intensity, and correlates of financial distress (FD) among advanced cancer patients (AdCa); *J Clin Oncol* 32:5s, 2014 (suppl; abstr 9635).
8. Aasthaa Bansal et al: Financial insolvency as a risk factor for mortality among patients with cancer; *J Clin Oncol* 33, 2015 (suppl; abstr 6509).
9. Kristinsson et al: Socioeconomic Differences in Patient Survival Are Increasing for Acute Myeloid Leukemia and Multiple Myeloma in Sweden *JCO Vol* 27 Nr 12 April 2009
10. Jansen L., Eberle A., Emrich K. et al : Socioeconomic deprivation and cancer survival in Germany: An ecological analysis in 200 districts in Germany; *International Journal of Cancer International Journal of Cancer* 2014 Jun 15; 134 (12); 2951–60.

Anhang 1 Fragebogen

1.0) ARBEITS- UND BERUFSANAMNESE:

Erwerbsstatus:

Zur Zeit sind Sie:

- Berufstätig
- Hausfrau/-mann
- Arbeitsunfähig seit
- Altersrentner seit
- Krankengeld seit
- Zeitrente seit läuft bis
- Arbeitslos seit
- Freistellungsphase der Altersteilzeit
- Arbeitslosengeld seit
- befinde mich seit in der Aktivphase der Altersteilzeit
- Hartz IV seit

2.0)

Beruflicher

Werdegang:

Schulabschluss:

- ohne Abschluß
- Volks-/Hauptschule
- Mittlere Reife
- Abitur
- Sonstige Abschlüsse

Berufsausbildung:

- Ja als was:
- Nein

Als was arbeiten Sie zur Zeit?

Anhang 2:

Klassifizierung der körperlichen Beanspruchung an Arbeitsplätzen nach REFA*

leicht	Grad I	Leichte Arbeiten wie Handhaben leichter Werkstücke und Handwerkszeuge, Bedienen leichtgehender Steuerhebel und Controller oder ähnlicher mechanisch wirkender Einrichtungen, auch langdauerndes Stehen oder ständiges Umhergehen
mittelschwer	Grad II	Mittelschwere Arbeiten wie Handhaben 1 bis 3 kg schweregehender Steuereinrichtungen, unbelastetes Begehen von Treppen und Leitern, Heben und Tragen von mittelschweren Lasten in der Ebene (von etwa 10 bis 15 kg) oder Hantierungen, die den gleichen Kraftaufwand erfordern Ferner: leichte Arbeiten entsprechend Grad I mit zusätzlicher Ermüdung durch Haltearbeit mäßigen Grades wie Arbeiten am Schleifstein, mit Bohrwinden und Handbohrern
schwer	Grad III	Schwere Arbeiten wie Tragen von etwa 20 bis 30 kg schweren Lasten in der Ebene oder Steigen unter mittleren Lasten und Handhaben von Werkzeugen (über 3 kg Gewicht), auch von Kraftwerkzeugen mit starker Rückstoßwirkung, Schaufeln, Graben, Hacken. Ferner: Mittelschwere Arbeiten entsprechend Grad II in angespannter Körperhaltung, z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Dauer der Körperbeanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse) = 7 Stunden
schwerst	Grad IV	Schwerste Arbeiten wie Heben und Tragen von Lasten über 50 kg oder Steigen unter schwerer Last, vorwiegend Gebrauch schwerster Hämmer, schwerstes Ziehen und Schieben. Ferner: Schwere Arbeiten entsprechend Grad III in angespannter Körperhaltung z.B. in gebückter, kniender oder liegender Stellung. Höchstmögliche Beanspruchung in diesem Schweregrad bei sonst günstigen Arbeitsbedingungen (Umwelteinflüsse) = 6 Stunden
Ergänzender Hinweis:		Belastende Körperhaltungen (Haltearbeit, Zwangshaltungen) erschweren die Arbeit um eine Stufe. Belastende Umgebungseinflüsse müssen ebenfalls berücksichtigt werden.

Wieder Engpass beim Krebsmedikament Melphalan

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe: „Die Politik ist am Zug!“

Im Dezember 2015 wurde bekannt, dass es zum zweiten Mal innerhalb nur weniger Monate zu einem Lieferengpass bei Melphalan [Handelsname: Alkeran®] gekommen ist. Melphalan ist ein medizinisch unverzichtbares Medikament, das insbesondere im Rahmen der Hochdosistherapie mit autologer Stammzelltransplantation bei Myelom-Patienten zur Anwendung kommt. Wie ist es möglich, dass dieses unverzichtbare Medikament in einem hoch entwickelten Land wie Deutschland auf einmal nur noch eingeschränkt zur Verfügung steht? Das passt doch so gar nicht in unser ansonsten hervorragend aufgestelltes Gesundheitswesen. Betroffenen ist das kaum zu vermitteln.

Als Grund für den erneuten Lieferengpass gibt das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) auf seiner Internetseite an: „Technische Störung in der Produktionsstätte.“ Und als Zusatzinformation wird angeführt: „Zur Aufrechterhaltung der Lieferfähigkeit

wird Alkeran® i. v. bis auf weiteres kontingentiert abgegeben.“

Bereits im August 2015 hatte uns dieser Lieferengpass in Atem gehalten. Damals war das Produkt zur Endverpackung aus Qualitätsgründen nicht freigegeben worden. Weil es nur noch eine einzige Firma in Europa gibt, die Melphalan herstellt, und das Medikament nicht durch ein anderes ersetzt werden kann, konnten im Sommer 2015 in einigen Kliniken in Deutschland Myelom-Patienten vorübergehend nicht mehr transplantiert werden. Was das für Betroffene bedeutet, die an einer lebensbedrohlichen Erkrankung leiden, können Nichtbetroffene nur schwer nachvollziehen.

Betroffen sind meist ältere Arzneimittel ohne Patentschutz

Die Gründe für Lieferengpässe von Arzneimitteln sind vielfältig. Probleme entstehen meistens bei Substanzen, die wie Melphalan seit Jahrzehnten zugelassen sind und keinen Patentschutz mehr haben. Weltweit gibt es für solche Arzneimittel oft nur noch wenige, manchmal sogar nur noch einen einzigen Hersteller. Die Firmen können dann zwar sehr kosteneffektiv produzieren, aber wenn es zu Problemen im Produktionsprozess kommt, entstehen Lieferengpässe. Im Falle eines Monopolisten gibt es dann keine Alternativen.

Gesetzliche Regelungen derzeit nicht ausreichend

Das Beispiel Melphalan macht in eindrücklicher Weise deutlich, dass es jederzeit wieder zu einem Lieferengpass kommen kann, solange keine Gegenmaßnahmen ergriffen werden. Die derzeitigen gesetzlichen Regelungen sind offensichtlich nicht ausreichend.

Bisher wurde lediglich ein Register für Lieferengpässe beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) eingerichtet. Dieses dient zweifellos der Transparenz, soll doch damit ein Überblick über den Umfang von Lieferengpäs-

sen geschaffen werden. Dieses Register ist allerdings nicht vollständig, denn die Eintragungen sind freiwillig.

Außerdem ist eine Liste unverzichtbarer Arzneimittel in Arbeit. Auch dies kann nur die Basis für weitergehende regulatorische Maßnahmen sein, durch die zukünftig sichergestellt wird, dass medizinisch unverzichtbare Arzneimittel ohne Unterbrechung verfügbar sind. So sollten die zuständigen Behörden gesetzlich ermächtigt werden, in kritischen Situationen Maßnahmen zur Sicherstellung der Arzneimittelversorgung zu treffen. Dazu zählt z. B. die Anweisung, die Produktionskapazitäten auszuweiten oder bestimmte Großhändler und Krankenhäuser vorrangig zu beliefern. Außerdem sollte der Bereitstellungsauftrag der Arzneimittelhersteller gemäß Arzneimittelgesetz erweitert und präzisiert werden. Produzenten medizinisch unverzichtbarer Arzneimittel sollten dazu verpflichtet werden, diese für mindestens drei bis sechs Monate zu bevorraten. Bei Verstößen gegen den Bereitstellungsauftrag sollten strikte strafrechtliche oder ordnungsrechtliche Sanktionen greifen. Bisher gibt es solche Sanktionen nicht.

Fazit

Der erneute Lieferengpass bei Melphalan zeigt auf, dass es ohne weitergehende rechtliche Regelungen nicht möglich sein wird, absehbare Engpässe in der Arzneimittelversorgung, die mit gravierenden Folgen für Patienten verbunden sein können, zu verhindern. Es ist an der Zeit, dass die Politik entsprechende Regelungen nun endlich in Angriff nimmt!

Dr. med.

Ulrike Holtkamp

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V.

Thomas-Mann-Straße 40

53111 Bonn

E-Mail: u.holtkamp@leukaemie-hilfe.de



Foto: privat

Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe

Die Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V. (DLH) ist der Bundesverband der Selbsthilfeorganisationen zur Unterstützung von Erwachsenen mit Leukämien und Lymphomen. Sie wurde im Mai 1995 gegründet und steht unter der Schirmherrschaft der Deutschen Krebshilfe – das heißt, sie wird von ihr großzügig finanziell und ideell unterstützt.

Ein Arbeitsschwerpunkt liegt bei der Förderung lokaler und regionaler Selbsthilfeinitiativen für Leukämie- und Lymphombetroffene, von denen es ca. 130 im deutschen Sprachraum gibt. In der DLH-Geschäftsstelle in Bonn steht ein Team Betroffenen und Angehörigen bei Fragen und Problemen hilfreich zur Seite. Die DLH ist außerdem Ansprechpartner für Ärzte, Journalisten und andere Interessenten.



Ergebnisse der Leserbefragung 2015

Liebe Leserinnen und Leser, in der Oktober-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes 2015 fanden Sie als Beilage eine schriftliche Leserbefragung. 507 Fragebögen sind vom 25. September bis zum Ende des Befragungszeitraums am 30. Oktober 2015 in der Redaktion eingegangen. Dafür danken wir Ihnen sehr und möchten Ihnen die wesentlichen Ergebnisse kurz vorstellen.

Mit großer Mehrheit wird von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern der Befragung jede Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes (HÄBL) gelesen (88 Prozent). Jede zweite bis dritte Ausgabe wird von 8 Prozent gelesen. Seltener oder gar nicht lesen es jeweils nur 2 Prozent der Befragten.

Zu den beliebtesten Rubriken zählen „Fortbildung“, „Recht“ und „Beruflicher Alltag“ (siehe Tabelle). Jedoch nicht nur die Quantität, sondern auch die Qualität überzeugt: So fällt die Bewertung der Inhalte fällt durchweg positiv aus, wie es sich an Mittelwerten zwischen 1,99 und 2,45 (Schulnotensystem: 1 = sehr gut bis 6 = ungenügend) ablesen lässt. Auch bei den Bewertungen stehen die Rubrik „Fortbildung“ (Note 1,88) und „Recht“ (Note 1,99) auf den vorderen Plätzen.

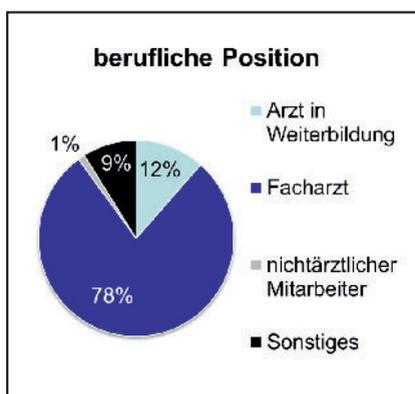
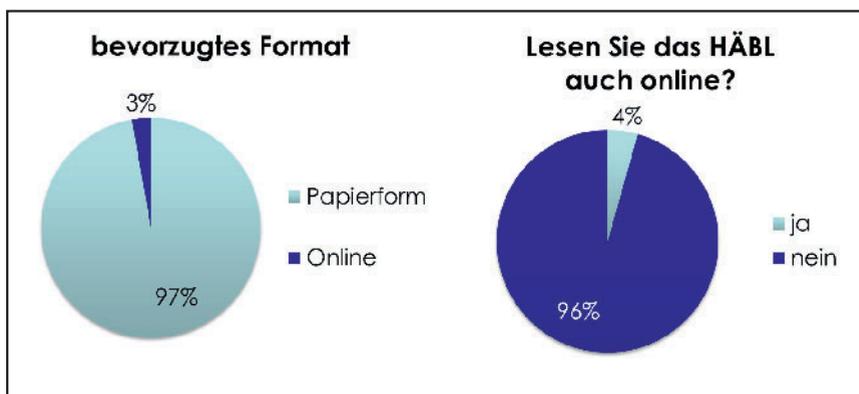
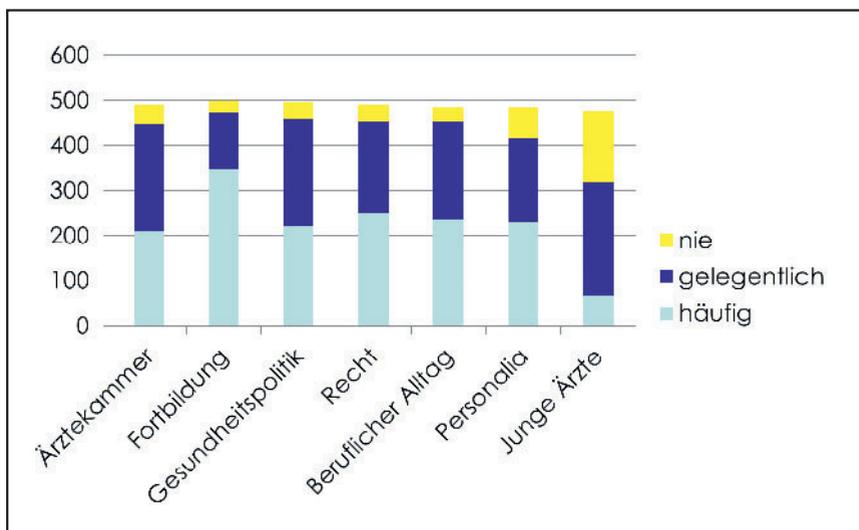
Gelesen wird das Hessische Ärzteblatt vor allem in Papierform (97 Prozent). Nur 4 Prozent der teilnehmenden Befragten lesen das HÄBL auch online.

43 Prozent der Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren Frauen, 57 Prozent Männer. Die Altersstruktur verteilt sich zu elf Prozent auf bis 40 Jahre, 53 Prozent sind in einem Alter zwischen 41 und 65 Jahre und 36 Prozent sind 66 Jahre und älter.

Der überwiegende Anteil ist berufstätig (67 Prozent) und Facharzt bzw. Fachärztin (78 Prozent). 51 Prozent der befragten Teilnehmerinnen und Teilnehmer arbeiten in einer Praxis, 35 Prozent im Krankenhaus.

Für die zahlreichen wertvollen Kommentare und Anregungen möchten wir uns bei unseren Leserinnen und Lesern bedanken. Die Antworten sind uns Ansporn, das Hessische Ärzteblatt stetig weiterzuentwickeln und Ihren Wünschen und Bedürfnissen anzupassen. Gerne können Sie uns weiterhin Ihre Meinung mitteilen. Wir freuen uns über Ihre

Abb. 1: Zentrale Rubriken des HÄBL: Wie oft lesen Sie folgende Inhalte?



Zentrale Rubriken des HÄBL: Wie bewerten Sie folgende Inhalte?

Rubrik	Mittelwert
Ärztekammer	2,25
Beruflicher Alltag	2,23
Fortbildung	1,88
Junge Ärzte	2,45
Gesundheitspolitik	2,32
Personalia	2,13
Recht	1,99

Leserbriefe per E-Mail an: schriftleitung-haebel@laekh.de.

Die Redaktion

„Auch heute ist das Kondom der beste Schutz“

Seit 1993 leitet Dr. med. Dagmar Charrier den Frankfurter Verein AIDS-Aufklärung

Am 8. Dezember 1986 gegründet, wird der Verein AIDS-Aufklärung Ende dieses Jahres 30 Jahre alt. Seit 1993 ist Dr. med. Dagmar Charrier Vorsitzende des Vereins an der Großen Seestraße im Frankfurter Stadtteil Bockenheim. Dass die Fachärztin für Allgemeinmedizin im Januar 71 Jahre alt geworden ist, sieht man ihr nicht an. Charrier, die als Betriebsärztin mehrere Firmen mit großen Belegschaften betreut und sich auch politisch engagiert, spricht vor Unternehmungslust. Die ehrenamtliche Tätigkeit in der HIV- und Aids-Prävention ist der vierfachen Mutter ein Herzensanliegen. Dass dazu auch die immerwährende Suche nach neuen Sponsoren gehört, ist unvermeidlich: Der Verein finanziert sich zu 75 Prozent aus Spenden.

Steigende Zahl der HIV-Infektionen

„Aufklärung ist so aktuell und notwendig wie eh und je“, betont Charrier im Gespräch mit dem Hessischen Ärzteblatt. „Das macht die steigende Zahl der HIV-Infektionen in Europa deutlich.“ Einem Bericht des Europäischen Zentrums für die Prävention und die Kontrolle von Krankheiten (ECDC) zufolge, wurde das Aids-Virus 2014 bei 142.197 Menschen festgestellt. In Deutschland waren über 3700 Frauen und Männer betroffen – sieben Prozent mehr als im Jahr zuvor. „Dies heißt jedoch nicht unbedingt, dass die Zahl der Neuinfektionen gestiegen ist“, räumt Charrier ein. Möglich sei auch, dass sich mehr Menschen auf HIV testen ließen. Dennoch lasse die Bereitschaft, sich testen zu lassen, allgemein zu wünschen übrig. „Gründe sind sowohl die Angst vor einem positiven Befund als auch die nachlassende Sorge, sich mit dem HI-Virus infizieren zu können.“

Doch obwohl die HIV-Therapie große Fortschritte gemacht habe, sei Aids noch nicht heilbar, stellt Charrier nüchtern fest. „Präventionsarbeit und die Stärkung von Eigenverantwortung sind daher nach wie vor wichtig.“ Über drei Jahrzehnte sind vergangen, seit Aids zum ersten Mal in

den U.S.A. festgestellt wurde. 1982 diagnostizierte die Frankfurter Ärztin Prof. Dr. med. Eilke Brigitte Helm den ersten Aids-Fall in Deutschland. Dass sich daraus keine Panikwelle entwickelte, ist nicht zu

hören sie zum täglichen Angebot des Vereins. „Im vergangenen Jahr waren es über 2010 Tests“, erzählt Charrier. „Ich mache diese Schnelltests wegen des intensiven Kontakts zu den Menschen gerne. Das



Dr. med. Dagmar Charrier

den rasch einsetzenden Informationskampagnen der Aidshilfen zu verdanken. In den ersten Jahren seines Bestehens bot der Frankfurter Verein AIDS-Aufklärung Vorträge für Jugendliche an, 1988 wurde eine Telefonberatung eingerichtet.

Anonyme Tests vor Ort

Seit 1993 bietet Charrier mit ihrem Team Aufklärung in Schulen und Betrieben in Frankfurt am Main, im Hochtaunuskreis, im Main-Taunus-Kreis und in Hanau sowie in Justizvollzugsanstalten an. Pro Jahr sind es durchschnittlich 100 zielgruppenorientierte Präventionsveranstaltungen, darunter auch Veranstaltungen zu HIV und Sucht sowie Präventionsveranstaltungen für Flüchtlinge und Fortbildungsmaßnahmen für Ärzte und andere Fachberufe. Vor fünfzehn Jahren wurden die ersten anonymen HIV-Tests durchgeführt. Heute ge-

Testergebnis steht schon nach 15 Minuten fest. Während dieser Zeit ist eine individuelle ärztliche Beratung und Betreuung ebenso selbstverständlich, wie die anschließende persönliche Mitteilung des Ergebnisses. Wenn es negativ ausfällt, ist das nicht nur eine riesige Erleichterung für die Ratsuchenden, sondern auch für mich ein schöner Moment. Wer ein positives Ergebnis erhält, wird damit nicht alleine gelassen. Wir beraten die Betroffenen und leiten sie zu einer spezialisierten Praxis weiter.“ Neben dem HIV-Antikörpertest bietet der Verein Hepatitis B/C-Tests und Syphilis-Tests an. „Auch hier steigen die Infektionen“, sagt Charrier. „Oft leiden Aids-Patienten unter Koinfektionen.“

Kein Grund für Sorglosigkeit

Das Gespräch mit Ratsuchenden ist der Ärztin wichtig; Interessierte können sich

in den Räumen des Vereins individuell beraten lassen. Für Menschen aus Äthiopien oder Eritrea steht nach Bedarf ein muttersprachlicher Ansprechpartner zur Verfügung. Jährlich führen Charrier und ihre drei Mitarbeiter durchschnittlich 50 persönliche und ca. 1000 telefonische Beratungsgespräche; rund 40 Anfragen werden per Mail beantwortet „Leuten, die weder telefonischen Kontakt suchen, noch in die Beratungsstelle kommen wollen, bieten wir unter [beratung@aids-aufklaerung](mailto:beratung@aids-aufklaerung.de) eine anonyme Online-Beratung an. Sie können sich per Mail an uns wenden, wenn sie Fragen zu HIV und Aids haben, wissen wollen, wann ein HIV-Antikörper-Test sinnvoll ist und welche Symptome auftreten können, oder wenn sie sich Gedanken über eine Ansteckung machen.“ Nach wie vor wird das Virus in rund 43 Prozent der Fälle beim Sex zwischen Män-

nern übertragen. „Daher unterschätzen Heterosexuelle, darunter auch viele Frauen, die Infektionsgefahr beim ungeschützten Geschlechtsverkehr“, warnt Charrier. „Es gibt jedoch keinen Grund für Sorglosigkeit. Sextourismus und Bordellbesuche tragen dazu bei, dass sich das Virus auch unter heterosexuellen Männern und Frauen verbreitet. Häufig kommen Männer in die Beratungsstelle, die Angst haben, ihre Frau nach dem Besuch einer Prostituierten anzustecken und deshalb einen Test machen wollen.“ Zwar ist Aids durch die Weiterentwicklung in der Medizin kein Todesurteil mehr. Früh erkannt, lässt sich der Ausbruch der Immunschwächekrankheit medikamentös hinauszögern; auch können die Symptome einer bereits ausgebrochenen Aids-Erkrankung mit Hilfe von Medikamenten abgemildert werden. „Normalerweise sind die Patienten arbeitsfä-

hig; dennoch müssen sie mit den Nebenwirkungen der Medikamente leben“, sagt Charrier. Ganz abgesehen von den hohen Kosten von rund 1.800 Euro im Monat, die von den Krankenkassen übernommen werden. „Auch heute ist das Kondom der beste Schutz vor einer HIV-Infektion“, unterstreicht die Ärztin, die von der Initiative Hand in Hand für Frankfurt zur „Frankfurterin des Jahres 2004“ gewählt, im Jahre 2006 mit der Ehrenplakette der Stadt Frankfurt am Main und 2008 mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande für ihr ehrenamtliches Engagement in der Aids-Aufklärung ausgezeichnet wurde.

Informationen im Internet unter <http://www.aids-aufklaerung.de>

Katja Möhrle

Fachtagung der AIDS-Hilfe Frankfurt 18. März 2016: Versorgungsqualität und Akzeptanz von HIV-positiven Menschen im ländlichen Raum

• Ort & Datum:

Freitag, 18. März 2016
16 Uhr
„Zum Alten Schlachthof“
Urseler Straße 22
61348 Bad Homburg

ger Versorgungsstrukturen, zum anderen häufigere Diskriminierungserfahrungen.

Auf Einladung der Aids-Hilfe Frankfurt diskutieren auf der Tagung Fachleute und Betroffene aus dem Main-Taunus-Kreis und dem Hochtaunuskreis.

Ziel: Defizite und Problemfelder zu identifizieren sowie an Lösungsstrategien zu arbeiten.

Anmeldung bis zum 15. März 2016 per E-Mail an: florian.beger@frankfurt.aidshilfe.de

Referenten:

- Klaus-Jürgen Weber, AIDS-Hilfe Gießen e. V.
- Mechthild Carneiro, AIDS-Hilfe Frankfurt e. V., Betreutes Wohnen
- Vertreter/in der lokalen Gesundheitsverwaltung
- Michael Hahling, Betroffener

HIV-Betroffene aus dem ländlichen Raum erleben ihre Erkrankung im sozialen Umfeld häufig anders als Betroffene aus dem städtischen Raum. Einerseits gibt es weni-

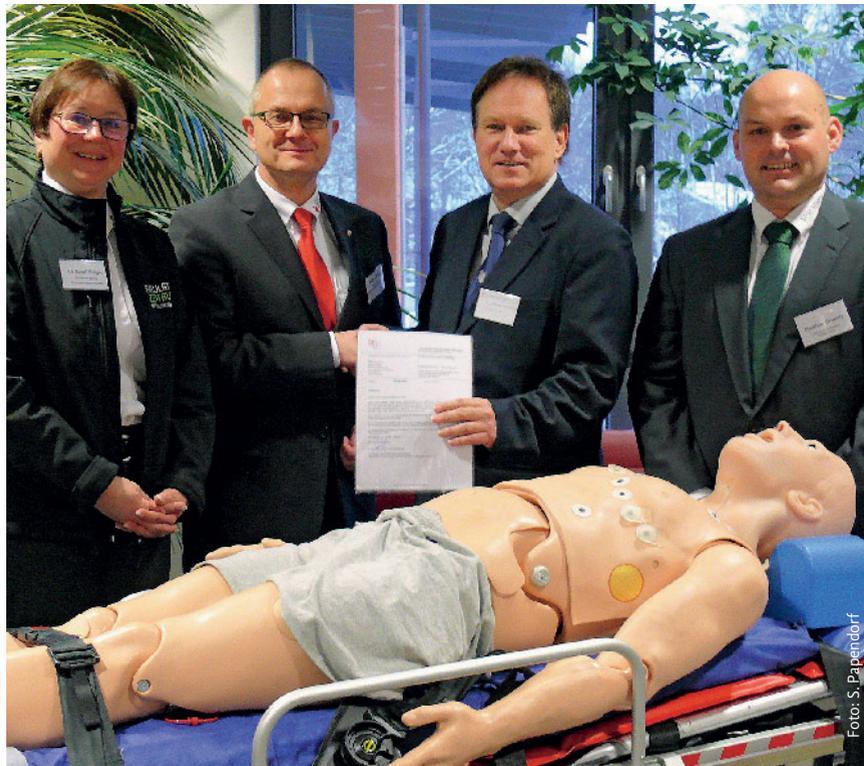
Sport, Musik oder Tanz: Down-Sport-Festival sucht Talente

Bereits zum 14. Mal wird am 4. Juni 2016 das Deutsche Down-Sportlerfestival in Frankfurt am Main veranstaltet. Bereits im Vorfeld werden Talente gesucht, die ihre besondere Begabung im Bereich Sport, Musik oder Tanz beim Festival präsentieren. Die Beitragsvorschläge können ab sofort bis zum 18. März eingereicht werden. Über die Teilnahme wird dann per Online-Abstimmung entschieden, die ab dem 21. März 2016 (Welt-Down-Tag) beginnt. Informationen dazu gibt es im Internet unter www.down-sportlerfestival.de.

Auch in diesem Jahr werden zum Deutschen Down-Sportlerfestival wieder mehr als 2.500 Gäste und knapp 600 Sportler aus ganz Deutschland erwartet.

Simulatortraining in der Notfallmedizin

Änderung der Weiterbildungsordnung



Übergabe der Anerkennungsurkunde der LÄKH an das Simulationszentrum Mittelhessen. Von links: Dr. med. Birgit Plöger (Zentrum für Notfallmedizin, Ärztliche Leiterin des Simulationszentrums Mittelhessen), Markus Müller (Geschäftsführer des DRK Rettungsdienst Mittelhessen), Dr. med. Paul Otto Nowak (Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg und Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“) und Stephan Grosch (Leiter Simulationszentrum)

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) hat in ihrer Herbstsitzung 2015 eine Änderung der Weiterbildungsordnung (WBO) bei der Zusatzweiterbildung „Notfallmedizin“ beschlossen, die in der Ausgabe 01/2016 des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht worden ist und zum 1. Januar 2016 in Kraft trat.

Die Änderung beinhaltet, dass von den geforderten 50 Einsätzen im Notarztwagen oder Rettungshubschrauber bis zu 25 Notfalleinsätze in Form eines anerkannten Simulatortrainings in der Notfallmedizin gemäß § 4 Abs. 8 WBO absolviert werden können.

Bisher gab es nur zwei anerkannte Simulationszentren in der Bundesrepublik, nämlich in Hamburg und im Saarland. Mit dem

Simulationszentrum Mittelhessen in Marburg-Cappel steht seit Juni 2015 das erste Zentrum in Hessen zur Verfügung.

Beim 15. Mittelhessischen Rettungsdienstsymposium 2016 im Universitätsklinikum Marburg konnte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg und zugleich Vorsitzender des Ausschusses „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“, Dr. med. Paul Otto Nowak, dem Geschäftsführer des Deutschen Roten Kreuzes Rettungsdienst Mittelhessen, Markus Müller, das Anerkennungsschreiben der LÄKH überreichen.

Bereits Mitte Juli 2015 hatten sich die Experten des Ausschusses „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“ der LÄKH über die Möglichkeiten informiert,

die das Simulationszentrum im Bereich der Notfallsimulation bietet und waren beeindruckt von den Räumlichkeiten, der Ausstattung und den Kurskonzepten, die in Hessen bisher einmalig sind.

In der Praxis können eine ausreichende Einsatzfrequenz und ein möglichst umfassendes Einsatzspektrum oftmals jedoch nicht sicher erreicht werden. Besonders kritische Notfallereignisse finden nur selten statt und nicht immer kann ein angehender Notarzt dabei umfassend selbst tätig werden. Mit dem Marburger Kursangebot „E-SIM-25“ kann die Hälfte der geforderten Einsätze im Rahmen eines dreitägigen Simulationstrainings absolviert werden.

Im Kurs werden kritische Notfallsituationen und komplexe Szenarien aus den Bereichen Traumatologie, Innere Medizin, Neurologie und Pädiatrie simuliert und geübt, ohne dass dabei Menschenleben in Gefahr gebracht werden. Die Arbeit am High-End-Simulator erfolgt in Kleingruppen: Je vier Teilnehmer werden dabei von zwei erfahrenen Instruktoren und Notfallmedizinern begleitet. Dabei werden nicht nur medizinische Versorgungsabläufe trainiert, sondern auch das Zusammenspiel im Einsatzteam (Team Resource Management). Die Trainingseinheiten werden audio- und videogestützt absolviert und durch eine umfassende Schlussbesprechung abgeschlossen.

Die ärztliche Leitung liegt beim Zentrum für Notfallmedizin des Universitätsklinikums Marburg. Durch das Zusammenwirken von erfahrenen Instruktoren aus Präklinik und Klinik können alle Bereiche der Rettungs- und Notfallmedizin kompetent vermittelt werden.

Informationen im Internet:
www.sim-mh.de

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

Facharzt für Arbeitsmedizin, Flugmedizin
Facharzt für Innere Medizin,
Notfallmedizin
Frankenberg/Eder

Wiesbadener Hospitationsprojekt soll Lücken in der MFA-Ausbildung schließen

Interview mit Dr. med. Michael Weidenfeld, Valerie Schramm und Simone Walk

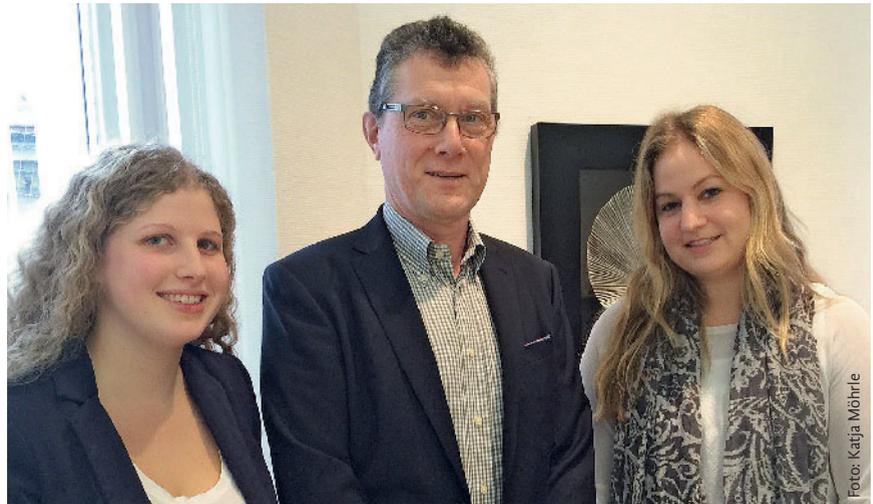
Im April 2015 haben die Bezirksärztekammer Wiesbaden und das Wiesbadener Facharztzentrum Medicum gemeinsam ein Hospitationsprojekt im Rahmen der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten auf den Wege gebracht. Im Interview mit dem Hessischen Ärzteblatt stellen Dr. med. Michael Weidenfeld, Facharzt für Urologie und Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Simone Walk, in der Bezirksärztekammer Wiesbaden zuständig für das Ausbildungswesen, und Koordinatorin Valerie Schramm das Projekt vor.

Hat sich das Aufgabenspektrum Medizinischer Fachangestellter (MFA) in den vergangenen Jahren verändert?

Dr. med. Michael Weidenfeld: Ja, das Berufsbild hat sich kolossal weiterentwickelt. Während noch vor 20 Jahren die Sprechstundenhilfe in erster Linie den Überblick am Empfang behalten musste, sind die Qualifikationsanforderungen an MFA inzwischen deutlich gestiegen. Ärztinnen und Ärzte brauchen Mitarbeiterinnen, die qualifiziert ausgebildet sind und Eigeninitiative zeigen. Beratung von Patienten, Hilfe bei der Instrumentenreinigung, Katheterwechsel – dies und noch viel mehr gehört etwa in der urologischen Praxis zur Aufgabenpalette einer MFA. Wichtig ist, dass junge Leute während ihrer Ausbildung mit unterschiedlichen Inhalten vertraut gemacht werden.

Wird die praktische Ausbildung diesen Anforderungen immer gerecht?

Weidenfeld: Ich bilde schon seit vielen Jahren aus und habe dabei stets den Fokus auf „meine“ Mitarbeiterinnen gelegt, da sie früher in „meinen“ Fächern geprüft wurden. Erst als ich anfang, mich von Amts wegen mit der 2006 in Kraft getretenen neuen Ausbildungsordnung auseinanderzusetzen, ist mir aufgefallen, dass die Weichen in den Praxen häufig nicht richtig gestellt werden. Viele Auszubildende arbei-



Initiative für MFA-Ausbildung: Valerie Schramm (Projektkoordinatorin), Dr. med. Michael Weidenfeld (Vorsitzender Bezirksärztekammer Wiesbaden), Simone Walk (Bezirksärztekammer Wiesbaden), v. l.

ten drei Jahre lang ausschließlich an einer Stelle und lernen dabei zwangsläufig zu wenige Facetten des Berufes kennen. Dabei ist neben einem fundierten theoretischen Wissen auch ein breit angelegtes fachliches Wissen für eine erfolgreiche Abschlussprüfung und die spätere Tätigkeit entscheidend.

Lassen sich mögliche Defizite an den Prüfungsergebnissen ablesen?

Simone Walk: Durchaus, denn die Prüfungsergebnisse sind entsprechend schlecht. Die meisten Azubis fallen im praktischen Teil durch. So hat beispielsweise ein Drittel der MFA-Auszubildenden in Wiesbaden im Sommer 2015 die Prüfung wegen des praktischen Teils nicht bestanden.

Worauf führen Sie die Gründe für das schlechte Abschneiden im praktischen Teil zurück?

Weidenfeld: Wir haben uns schon vor einiger Zeit die Frage gestellt: Woran liegt das? An den Praxen, oder an der Ausbildung? Nach gründlicher Analyse der Gründe haben wir uns in der Annahme be-

stätigt gesehen, dass die Ursachen vermutlich in der einseitigen Ausbildung in Praxen liegen. So gibt es Kollegen, die ihren Azubis nicht die Möglichkeit bieten, über den Tellerrand hinaus zu blicken. Oft fehlen Einzelpraxen auch schlicht die Voraussetzungen – beispielsweise eine enge Zusammenarbeit mit anderen Fachpraxen, um Ausbildungsinhalte anzubieten, die über das eigene Fachgebiet hinausgehen.

Was hat Sie auf die Idee gebracht, in Wiesbaden ein Hospitationsprojekt für MFA-Auszubildende ins Leben zu rufen?

Weidenfeld: Der dringende Wunsch, die inhaltliche Gestaltung der praktischen Ausbildung zu verbessern. Durch Kooperation und Vernetzung verfügen vor allem Gemeinschaftspraxen oder Praxisverbünde über gute Möglichkeiten, die Ausbildung vielseitig, flexibel und facettenreich zu gestalten. Deshalb haben die Bezirksärztekammer Wiesbaden und das Wiesbadener Facharztzentrum Medicum mit mehr als 60 selbstständigen, niedergelassenen Fachärzten an einem Standort im April 2015 das Hospitationsprojekt ins Leben gerufen.

Im Rahmen dieses Projekts können Auszubildende in verschiedene Praxen des Medicum hinein schnuppern. Und zwar nach einem geregelten Rotationsmodell, das ihnen die Grundlage für eine sinnvolle Erweiterung ihrer praktischen Erfahrungen bietet. Mit Frau Schramm haben wir eine engagierte Mitarbeiterin an der Seite der Geschäftsführung, die sich um die Koordination des Projekts kümmert.

Welche Voraussetzungen bringen Sie für die Projektkoordination mit?

Valerie Schramm: Zum einen meine berufliche Qualifikation: Von 2011 bis 2014 habe ich meine Ausbildung in einer kardiologischen Praxis des Medicum absolviert, in der ich seit meinem Abschluss als MFA tätig bin. Zum anderen meine Begeisterung: Ich finde den Beruf ebenso anspruchsvoll wie abwechslungsreich, da wir Ärzte bei ihren Aufgaben unterstützen. Neben der Abklärung wichtiger Fragen vor einer Behandlung bin ich automatisch dabei, wenn bei Patienten mit einer Kolik Infusionen gelegt werden; auch führe ich selbstständig Belastungs-EKGs durch. Diese Vielseitigkeit macht den Beruf aus meiner Sicht so spannend. Das Angebot, mich als Koordinatorin des Ausbildungsprojekts zu engagieren, hat

mich sofort gereizt. Ich bin selbst noch recht „frisch“ in dem Beruf und kann mich gut in die Auszubildenden hineinversetzen. Auch weiß ich aus eigener Erfahrung, worauf es in der praktischen Ausbildung und in der Abschlussprüfung ankommt.

Um Lücken zu schließen und den Blick über den Tellerrand zu ermöglichen, bietet die Carl-Oelemann-Schule die verpflichtende Überbetriebliche Ausbildung als Ergänzung der Ausbildung von Medizinischen Fachangestellten an.

Weidenfeld: Das ist ein ausgezeichnetes Angebot, in dessen Rahmen Ausbildungsinhalte intensiv vermittelt werden. Meine Auszubildenden berichten mir regelmäßig, dass sie dort viel gelernt haben.

Wie viele Auszubildende sind aktuell in das Projekt von Bezirksärztekammer und Medicum eingebunden?

Schramm: Derzeit nehmen 19 Auszubildende teil; die ersten haben schon Rotationen von ein bis zwei Wochen hintereinander absolviert. Vorgesehen sind zwei bis drei Rotationen im Jahr. Diese müssen gut geplant und aufeinander abgestimmt sein, damit die Azubis davon profitieren. Selbst-

verständlich kann man in ein bis zwei Wochen nicht alles lernen, aber es geht ja auch um die wichtigsten Inhalte, also das Spezifische der jeweiligen Fachpraxis. Die oder der Auszubildende läuft „professionell“ mit, lernt beispielsweise im ambulanten OP, was sterilisiert werden muss und wie man sich seine Handschuhe anzieht.

Gibt es Pläne, das Projekt inhaltlich weiter auszubauen?

Weidenfeld: Ja, wir haben einen Runden Tisch geplant, der alle paar Monate stattfinden wird. Auch sollen Repetitorien eingerichtet und Fortbildungen angeboten werden. Die Ausbildung in den Praxen ist der Bereich, den wir aktiv verändern können. In drei Jahren werden wir sehen, ob das neue Konzept Früchte trägt und die Prüfungsergebnisse besser werden.

Interview: Katja Möhrle

Information:
Bezirksärztekammer Wiesbaden
Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte
Schulen: Limburg, Usingen, Wiesbaden
Simone Walk
Fon: 0611 97748-21
E-Mail: simone.walk@laekh.de

Bücher



Jutta Kahl-Popp: Das Gefühl, Gestalt anzunehmen – Zur Subjektivität in der Psychotherapieausbildung

Brandes & Apsel, Frankfurt,
1. Auflage 2015, 208 Seiten,
ISBN 9783955581176, € 24.90,
auch als E-Book

Die Autorin Dr. phil. Jutta Kahl-Popp (2015) gibt in ihrem Buch „Das Gefühl, Gestalt anzunehmen – Zur Subjektivität in der Psychotherapieausbildung“ einen hoch interessanten Einblick in die Innenwelt psychotherapeutischer Ausbildung (Tiefenpsychologisch fundierte PT, Verhaltenstherapie, psychoanalytische PT). Sie berichtet über zwei ihrer Studien, die sich zum einen auf interaktive Prozesse zwischen Patient und Therapeut beziehen, zum anderen, als Pilotprojekt, auf die Prozesse zwischen Therapeutinnen und Supervisorinnen. Sie nutzt dabei einen qualitativen

methodischen Zugang, den der Interaktions-Evaluationsanalyse, um zu verdeutlichen, welche Prozesse im Interaktionsgeschehen im Sinne von Lernen, Wachstum und Entwicklung wirksam werden können. Sie gibt außerdem einen Einblick in andere Arbeiten, die das gleiche Ziel haben, Klinische Kompetenz zu erforschen. Sie spart auch mögliche schädliche Folgen durch Supervision in ihren Betrachtungen nicht aus. Das Buch ist ein wichtiger Beitrag im Bereich Psychotherapieforschung und reflektiert die Wirkvariable „Therapeuten(Supervisor)verhalten“.

Die Autorin Kahl-Popp ist Psychoanalytikerin und analytische Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin und tätig sowohl in privater Praxis als auch (universitäre) Dozentin, Gutachterin, Supervisorin und Lehranalytikerin, universitäre Lehrtätigkeit sowie Dozentin. Sie ist Preisträgerin der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung des Psychoanalytic Training Today Award 2009 und langjährig in der Psychotherapie-Forschung tätig.

Dr. Margret Kamm, Dipl. Psychologin

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!

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

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker 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 **4 P**

Fr., 04. März 2016, 15:00 – 18:10 Uhr

Leitung: PD Dr. med. K. Exner, Frankfurt

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Substanzinduzierte Notfälle **4 P**

Sa., 05. März 2016, 09:00 – 12:30 Uhr

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

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Zahnmedizin und Medizin: **5 P**

Der Mund ist kein Nebenschauplatz

Sa., 05. März 2016, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. Dr. R. Sader, Frankfurt

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Fr., 24. – Sa., 25. Juni 2016

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

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 02. März 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Mi., 20. April 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

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

Gebühr: € 110 (Akademiestatistiker € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Medizinische Begutachtung

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

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

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

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

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

Gebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

Modul II: **Sa., 17. September 2016**

Gebühr: € 120 (Akademiestatistiker € 108)

Modul III Orthopädie/Unfallchirurgie:

Fr., 14. – Sa., 15. Oktober 2016

Gebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

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

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

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

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Ort: **Wiesbaden**, Bezirksärztekammer

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Fachkunde im Strahlenschutz

- Kenntniskurs – Theoretische Unterweisung**
 Sa., 23. April 2016, 09:00 – 13:15 Uhr **4 P**
Gebühr: € 100 (Akademiestatistiker € 90)
- Kenntniskurs – Praktische Unterweisung**
 Sa., 23. April 2016, 13:15 – 17:00 Uhr **4 P**
Gebühr: € 60 (Akademiestatistiker € 54)
- Grundkurs**
 Sa., 04. – So., 05. Juni 2016, 09:00 – 17:50 Uhr **20 P**
 + 2 Praktikumstermine zur Auswahl: 07. / 08. Juni 2016
Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)
- Spezialkurs Röntgendiagnostik**
 Sa., 24. – So., 25. September 2016, 09:00 – 16:30 Uhr **20 P**
 + 2 Praktikumstermine zur Auswahl: 27./28. September 2016
Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)
- Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz**
 Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**
Gebühr: € 140 (Akademiestatistiker € 126)

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

Hämotherapie

- Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**
 Fr., 18. – Sa., 19. März 2016 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Ort: Kassel, Kongress-Palais
Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)
Max. Teilnehmerzahl: 30
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

- Weniger ist mehr – Antibiotika sorgsam einsetzen**
 Sa., 11. Juni 2016
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287
 E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Synkope - korrekte Diagnose und Therapie

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

Ultraschall

- Gefäße**
Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße **25 P**
 Do., 16. – Fr., 17. Juni 2016 (Theorie)
 Sa., 18. Juni 2016 (Praktikum)
Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)
Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest
- Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße** **20 P**
 Fr., 25. November 2016 (Theorie)
 Sa., 26. November 2016 (Praktikum)
Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)
Ort Praktikum: Frankfurt, Nordwestklinikum
- Leitung:** Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
 Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
- Abdomen**
Aufbaukurs **40 P**
 Sa., 12. März + So., 20. März 2016 (Theorie)
 + 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 480 (Akademiestatistiker € 432)
- Abschlusskurs** **29 P**
 Sa., 05. November 2016 (Theorie)
 + 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 350 (Akademiestatistiker € 315)
Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet
- Aufbaumodul Farb- und Spektral-Dopplersonographie**
 Termin auf Anfrage!
Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
Ort Praktikum: Groß-Umstadt, Kreisklinik
- Aufbaumodul Schilddrüse** **9 P**
 Sa., 21. Mai 2016, 09:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum
- Aufbaumodul Elastographie** **9 P**
 Sa., 03. Dez. 2016, 09:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum
- Leitung:** Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
- Auskunft/Anmeldung:** J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
 E-Mail: juliane.schwab@laekh.de



Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 3: Schwerpunkt Gynäkologie Sa., 05. März 2016 22 P

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Beginn Telelernphase: **Fr., 05. Februar 2016**

Ort: Bad Nauheim

Gebühr:

Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 4: Schwerpunkt Kinder- und Jugendmedizin

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Sa., 16. April 2016 8 P

Ort: Frankfurt

Gebühr:

Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 5: Schwerpunkte Neurologie, Innere Medizin, Allgemeinmedizin

Fr., 20. – Sa., 21. Mai 2016

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Beginn Telelernphase: **Mi., 20. April 2016**

Ort: Frankfurt

Gebühr:

Veranstaltung: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Leitung: Dr. med. Dipl. Biol. E. - M. Schwaab, Wiesbaden

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung im Kontext vorgeburtlicher Risikoabklärung

8 P

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Sa., 16. April 2016

Gebühr:

Fortbildung € 130 (Akademiestatistiker € 117)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Leitung: Prof. Dr. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für Kardiologen (mit Wissenskontrolle)

Sa., 30. April 2016

Gebühr:

Fortbildung € 130 (Akademiestatistiker € 117)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

für zahlreiche Fachgebiete:

Fr., 18. März Kassel, Kongress Palais;

Sa., 19. März; Sa., 23. April 2016 Bad Nauheim

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung - Basisseminar

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober 2016 +

Fr., 11. – Sa., 12. November 2016

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

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

Geriatrische Grundversorgung

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

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

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

Wenn der Patient Ihnen Fehler vorwirft - Verhalten und Kommunikation in Schadensfällen

Sa., 23. April 2016, 09:00 Uhr – 16:30 Uhr 10P

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Wiesbaden
P. Weidiger, Köln

Gebühr: € 120 (Akademiestatistiker € 108)

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

Einführung in die Schlafmedizin (BUB-Kurs)

Fr., 03. – So., 05. Juni +

Sa., 02. – So., 03. Juli 2016 ges. 30 P

Leitung: Prof. Dr. Dr. med. T. O. Hirche,
Dr. med. J. Heitmann,
Dipl.-Psych. M. Specht,

Ort Praktikum: Hofheim, Schlaflabor

Gebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

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

Ernährungsmedizin

Curriculum „Ernährungsmedizin“

Block V: Fr., 04. – Sa., 05. März 2016

Block VI: Fr., 18. – Sa., 19. März 2016

2. Prüfung: Fr., 15. Apr. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. J. Stein, Frankfurt
auf Anfrage

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



Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober 2016 **20 P**
Leitung: Dr.med. W. Zeckey,
Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm
Sa., 12. März 2016
Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“
Blended Learning Veranstaltung
Fr., 07. Oktober 2016 (1. Präsenzphase) **insg. 20 P**
Sa., 08. Oktober – Fr., 02. Dezember 2016 (Telelernphase)
Sa., 03. Dez. 2016 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)
Gebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)
Fr., 08. – So., 10. April 2016 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

Seminar Leitender Notarzt
Sa., 16. – Di., 19. April 2016 **40 P**
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Dipl.-Ing. N. Schmitz, Kassel
Ort: Kassel
Gebühr: € 740 (Akademiestatistiker € 666)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt
Sa., 26. November 2016
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Dipl.-Ing. N. Schmitz, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Sa., 11. – So., 12. Juni 2016 **16 P**

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Sozialmedizin

GK I: Mi., 13. – Fr., 22. Apr. 2016 **80 P**
GK II: Mi., 06. – 15. Juli 2016 **80 P**
Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt
Gebühr: pro Teil € 650 (Akademiestatistiker € 585)
Auskunft/Anmeldung: C. Cordes, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 04. – So., 06. März 2016 **G4 – G6**
Fr., 01. – So., 03. Juli 2016 **G7 – G9**
Fr., 09. – So., 11. September 2016 **G10 – G12**
Fr., 18. – So., 20. November 2016 **G13 – G15**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 05. – So., 06. März 2016 **GP**
Sa., 10. – So., 11. September 2016 **GP**
Sa., 10. – So., 11. Dezember 2016 **GP**

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühr: 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



Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

Die Blöcke werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen“ ist in den Block B2 integriert.

C1: Beginn der Telearnphase: **Fr., 18. März 2016**

C1: Präsenzphase: **Sa., 23. Apr. – Fr., 29. April 2016**

A2: Beginn der Telearnphase: **Fr., 05. August 2016**

A2: Präsenzphase: **Sa., 03. Sep. – Fr., 09. September 2016**

B2: Beginn der Telearnphase: **Fr., 14. Oktober 2016**

B2: Präsenzphase: **Sa., 12. Nov. – Fr., 18. November 2016**

C2: Beginn der Telearnphase: **Fr., 04. November 2016**

C2: Präsenzphase: **Sa., 03. Dez. – Fr., 09. Dezember 2016**

Gebühr: je Kurs: € 550 (Akademiest. € 495)

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

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

Projektarbeit/Heimarbeit: 24 UEs

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

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

Telearnphase: **So., 25. Sep. – Di., 15. November 2016**

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

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Gebühren: Block I: € 990 (Akademiest. € 891)

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

Block III a, Block III b: je Block € 750

(Akademiest. € 675)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 25. – Sa., 30. April 2016

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

Gebühr ges.: € 540 (Akademiest. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiest. 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. März 2016 **40 P**

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

Gebühr: € 700 (Akademiest. € 630)

Ort: **Gießen**, Universitätsklinikum

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

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

Gebühr: € 560 (Akademiest. € 504)

Modul III: Di., 12. – Fr., 15. Apr. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
PD Dr. med. C. Brandt, Frankfurt

Gebühr: € 560 (Akademiest. € 504)

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

Gesamtleitung: Dr. med. K.-H. Blum, Frankfurt

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

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II

(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Aufbaukurs Modul II: Mo., 27. Juni – Fr., 01. Juli 2016 **40 P**

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Fallseminar Modul III: Mo., 21. – Fr., 25. November 2016 **40 P**

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

Basiskurs: Di., 29. Nov. – Sa. 03. Dez. 2016 **40 P**

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühren: Basiskurs/Aufbaukurs Modul II:
je € 630 (Akademiest. € 567)

Fallseminar Modul III:

€ 740 (Akademiest. € 666)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block D: Fr., 10. – Sa., 11. Juni 2016 **20 P**

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Block C: Fr., 09. – Sa., 10. September 2016 **20 P**

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Block B: Fr., 04. – Sa., 05. November 2016 **20 P**

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: **Kassel**, Klinikum

Gebühr: je Block € 260 (Akademiest. € 234)

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

Psychosomatische Grundversorgung

22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden. Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Gebühren enthalten.

Fr., 20. – So., 22. Mai 2016 20 P

Fr., 08. – So., 10. Juli 2016 20 P

Fr., 09. – So., 11. September 2016 20 P

Fr., 04. – So., 06. November 2016 20 P

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

Gebühr: je Block € 330 (Akademiemitgl. € 297)

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Grundlagenseminar: 8 P

Gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Sa., 30. Apr. 2016, 09:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. P. Hadji

Gebühr: € 140 (Akademiemitglieder € 128)

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

Repetitorium Frauenheilkunde

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

Do., 10. November 2016 – So., 13. November 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

Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe-Universität

Mo., 14. - Fr., 18. März 2016 55 P

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga,
Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer,
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A: Fr., 17. – Sa., 18. Juni 2016 (20 Std.) 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Kurs B: Fr., 23. – Sa., 24. September 2016 (20 Std.) 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühr: 20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

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

Gebühr (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 Gebühren 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.

Beginn: 20.04.2016

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 Website (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

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP) (80 Stunden)

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

Lehrgangsinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation
- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

Termin: ab Mi., 24.08.2016

Gebühr: € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin: Sa., 09.04.2016, 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.

Termin: Fr., 06.05.2016, oder Sa., 07.05.2016, oder Sa., 14.05.2016, jeweils 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., 04.06.2016, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Praxisorganisation Teil 1 „Verwaltung und Wirtschaftskunde“

In Teil 1 stehen der Zahlungsverkehr und die allgemeine Praxisorganisation im Mittelpunkt.

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

Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 2 „Verwaltung und Wirtschaftskunde“

In Teil 2 werden rechtliche Grundlagen behandelt.

Termin: Sa., 23.04.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

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



Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte: Die in der Fortbildung vermittelten Kenntnisse und Fertigkeiten sollen die Teilnehmer/innen befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen.

Termin in Bad Nauheim: Fr., 22.04.2016, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 08.10.2016, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95,00

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

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte: Die Teilnehmer/innen der Fortbildung werden systematisch in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie eingeführt und erwerben über diese Kenntnisse, die Fähigkeiten, Bedürfnisse des Gesprächspartners zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

Termin in Bad Nauheim: Sa., 23.04.2016, 10:00 – 17:30 Uhr

Termin in der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 03.09.2016, 10:00 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95,00

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

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 der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 21.05.2016, 09:30 – 16:45 Uhr

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

Gebühr: € 105,00

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

Telefongespräche mit schwierigen Patienten (PAT 4)

Inhalte: Anhand von Fallbeispielen wird das Verhalten am Telefon trainiert. Im Mittelpunkt der Übungen steht die Zufriedenheit der Patienten und die Zufriedenheit des Praxisteam durch stressfreies, patientenorientiertes Telefonieren.

Termin in der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 25.06.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Termin in Bad Nauheim: Interessentenliste

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. Praktische Übungen und Fallbeispiele vertiefen die Kenntnisse.

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

Gebühr: € 105

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

Ärztliche Abrechnung und DMP „EDV gestützt“ (PAT 6)

Inhalte: Die Grundlagen für die EDV gestützte Abrechnung werden vermittelt sowie vorgegebene Prüfläufe u. a. zur Quartalsabrechnung werden erläutert und anhand von praktischen Übungen demonstriert.

Termin: Sa., 21.05.2016, 10:00 – 15:45 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 Lehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Informationen dazu finden sich im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website, ein Infolyer kann angefordert werden.

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

Gebühr: € 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



Wenn Patienten nicht zum vereinbarten Termin in die Praxis kommen

Wann kann Ausfallhonorar berechnet werden?

Es ist immer ärgerlich, wenn wieder einmal ein Patient zum vereinbarten Termin unentschuldig nicht erscheint. Nach einer Studie der Kassenärztlichen Bundesvereinigung¹ empfindet etwa ein Viertel aller Praxen in Deutschland die Terminuntreue als „großes oder sehr großes Problem“. Die am häufigsten praktizierte Reaktion: Nach dem ersten Mal unentschuldigtem Fehlen wird freundlich nachgefragt und auf die Problematik des Ausfalls hingewiesen. Beim zweiten Mal gibt es den Hinweis, dass es beim dritten unentschuldigten Fehlen keinen erneuten Termin mehr gibt. Dies ist aber teilweise problematisch.

Ein privatärztlich tätiger Arzt kann tatsächlich Patienten, die zu vereinbarten Terminen nicht erscheinen, zukünftig ablehnen. Dagegen darf ein Vertragsarzt die Behandlung eines Kassenpatienten nur in Ausnahmefällen ablehnen. Solche sind nach § 13 Abs. 7 Bundesmantelvertrag – Ärzte (Textauszug siehe Kasten) die Nichtvorlage der elektronischen Gesundheitskarte oder eines anderen gültigen Anspruchsnachweises und sogenannte „begründete“ Fälle, wie beispielsweise Überlastung, eine nicht gerechtfertigte Überschreitung des Fachgebietes, eine Störung des Vertrauensverhältnisses im Verlauf einer Behandlung oder ein angeforderter Hausbesuch außerhalb des üblichen Praxisbereichs.

Eine Ablehnung aufgrund mehrfach versäumter Behandlungstermine kann höchstens dann einen „begründeten Fall“ darstellen, wenn der Patient bei einer bereits laufenden, mehrere Termine benötigenden Behandlung immer wieder nicht erscheint. Die Säumnis eines Patienten, der sich noch gar nicht in Behandlung befindet und immer wieder den Erstbesuch absagt bzw. nicht erscheint, kann hingegen das Vertrauensverhältnis nicht erschüttern. Hiervon ist selbstverständlich die Notfallsituation zu trennen. In Notfallsituationen darf niemals eine Behandlung abgelehnt werden, gleichgültig, ob gesetzlich oder privat versichert.

Es stellt sich jedoch die Frage, ob man man einen gewissen Ausfall einkalkulieren und die gewonnene Zeit anderweitig sinnvoll nutzen muss, oder ob es Möglichkeiten gibt, dem säumigen Patienten den Honorarausfall in Rechnung zu stellen?

1. Gesetzliche Anspruchsgrundlagen für das Ausfallhonorar

1.1. Als Anspruchsgrundlage kommen die Bestimmungen über den sogenannte Annahmeverzug nach § 615 BGB i.V.m. § 630b BGB sowie § 280 Abs. 1 BGB wegen Verletzung einer Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag in Betracht. Nach § 615 Satz 1 BGB kann die Vergütung verlangt werden, ohne selbst zur Leistung verpflichtet zu sein, wenn der Patient die vereinbarte Leistung nicht in Anspruch nimmt (oder juristisch: mit der Annahme der Dienste in Verzug gerät). Berücksichtigt, das heißt abgezogen werden muss allerdings Dasjenige, was in Folge des Unterbleibens der Dienstleistung erspart wird.

Grundlage hierfür ist Vorschrift des § 296 BGB: Die Vereinbarung eines Behandlungstermins muss als „kalendermäßige Bestimmung der Leistung“ anzusehen sein. Dies ist dann der Fall, wenn die Praxis so durchorganisiert ist, dass der Arzt mit längeren Terminvorläufen arbeiten, der Patient im voraus zum Termin einbestellt ist, der wegen der Dauer der Behandlung eine gewisse Zeit in Anspruch nehmen kann und kein anderer Patient gleichzeitig bestellt wird. Dies ist bei allen sogenannten „Bestellpraxen“ der Fall. Bei einer solchen Terminabsprache richten sich Arzt und Patient auf eine Behandlung zu diesem Termin ein; der Arzt nimmt sich für die Terminstunde Zeit und reserviert diese exklusiv für den Patienten. Selbst wenn der Patient den Termin kurzfristig absagt, muss er das Honorar für den nicht eingehaltenen Arzttermin zahlen, denn gerade wenn ein Arzt mit längeren Terminvorgaben arbeitet, fällt es schwer, auf die Schnelle ersatzweise Patienten zu finden. Ein typisches Beispiel für eine reine Bestellpraxis ist die psychotherapeutische Praxis.

1.2. Werden Termine hingegen in überlaufenen, oder überbuchten Praxen zwei- oder dreifach vergeben, lässt sich bei Nichterscheinen eines Patienten ohne weiteres auf andere Patienten zurückgreifen. In solchen Praxen entsteht durch den Ausfall eines Patienten kein Leerlauf. In einem solchen Fall ist § 296 BGB nicht anwendbar, es liegt kein Annahmeverzug des Patienten vor und ein Ausfallhonorar kann nicht verlangt werden.

¹ Informationen dazu auch auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV): <http://www.kbv.de/html/9953.php>

1.3. Ob und unter welchen Voraussetzungen für den Fall eines nicht zu kompensierenden Behandlungsausfalls bei einem fest vereinbarten Behandlungstermin ein Ausfallhonorar zuzusprechen ist, ist in der Rechtsprechung umstritten. Die Rechtslage zum sogenannten Ausfallhonorar ist noch nicht von einem Grundsatzurteil geprägt, sondern von uneinheitlichen unterinstanzlichen Urteilen. Die Uneinheitlichkeit der Rechtsprechung liegt nicht an verschiedenen Auffassungen der Gerichte, sondern vor allem daran, dass die Sachverhalte nicht immer einheitlich sind; schon der Umstand, dass verschiedene Klauseln verwendet werden, kann zu unterschiedlichen Urteilen führen, die nur scheinbar widersprüchlich sind.

So wird der Anspruch auf Ausfallhonorar teilweise abgelehnt mit der Begründung, die Vereinbarung eines Behandlungstermins diene lediglich der Sicherung eines zeitlich geordneten Behandlungsablaufs. Da Terminabsprachen im Geschäftsverkehr üblich seien, könne nicht davon ausgegangen werden, dass die ärztlicherseits zu erbringenden Leistungen mit der Einhaltung des Termins „stehen und fallen“ sollen. Die ärztlichen Leistungen seien vielmehr jederzeit nachholbar (LG München, Urteil vom 8.11.1983, Az. 2 S 1327/83; AG Bremen, Urteil vom 18.02.2013, Az. 9 C 0566/11; AG Calw, Urteil vom 16.11.1993, Az. 4 C 762/93).

Darüber hinaus stehe dem Patienten ein jederzeitiges Kündigungsrecht zu, also auch unmittelbar vor dem vereinbarten Behandlungstermin. Mithin könne er für die Nichteinhaltung des Termins auch keine Entschädigung verlangen. Das LG Konstanz (Urt. v. 27.05.1994, Az: 1 S 237/93) und in dessen Folge andere Gerichte hingegen gestehen bei einem Bestellsystem unter folgenden Voraussetzungen Anspruch auf eine Vergütung zu:

- Die Praxis ist so durchorganisiert, dass sie mit längeren Terminvorläufen arbeitet.
- Die Patienten werden im Voraus für eine längere Behandlung zu einem bestimmten Termin bestellt.
- Kein anderer Patient wurde gleichzeitig bestellt oder konnte behandelt werden.

Dies im Einzelfall darzulegen und auch zu beweisen ist nicht einfach.

2. Vertragliche Anspruchgrundlage für das Ausfallhonorar

Um diese rechtlichen Unwägbarkeiten zu minimieren, empfiehlt es sich, mit dem Patienten eine schriftliche Honorarausfallvereinbarung abzuschließen, die entweder den Honorarausfall konkret regelt oder zumindest auf die Folgen eines Fernbleibens von dem vereinbarten Termin hinweist. Das AG Neukölln (Urteil vom 07.10.2004, Az. 4 C 179/04) hält folgende Vereinbarung für wirksam:

„Unsere Praxis wird mit Bestellsystem geführt. Wir bitten daher, die Termine pünktlich einzuhalten bzw. falls erforderlich, die Termine frühzeitig, spätestens aber 24 Stunden vorher, abzusagen. Reservierte, aber nicht spätestens 24 Stunden vorher abgesagte Termine werden in Rechnung gestellt, und zwar ... pro halbe Stunde.

Ich habe das oben Ausgeführte zur Kenntnis genommen und bin damit einverstanden.

Datum, Unterschrift“

Das LG Berlin (Urt. v. 15.04.2006, Az. 55 S 310/04; ebenso AG Nettetal, Urt. v. 12.09.2006, Az. 17 C 71/03) hält eine derartige Vereinbarung allerdings für unangemessen, wenn diese keinen Hinweis darauf enthält, dass sich der Patient auf fehlendes Verschulden – etwa bei Krankheit – seinerseits berufen kann. Daher sollte dem Patienten in der Vereinbarung diese Möglichkeit eingeräumt werden. Insofern könnte die zuvor genannte Vereinbarung wie folgt ergänzt werden:

„..., es sei denn, das Nichterscheinen ist unverschuldet.“

Das AG Nettetal (Urt. v. 12.09.2006, Az. 17 C 71/03) berücksichtigt diese Vorgabe und gesteht bei folgender Vereinbarung ein Ausfallhonorar von knapp 1.400 Euro zu:

„Sie kommen zur Behandlung in eine Praxis, die nach dem Bestellsystem geführt wird. Dies bedeutet, dass die vereinbarte Zeit ausschließlich für Sie reserviert ist und Ihnen hierdurch in der Regel die anderorts vielfach üblichen Wartezeiten erspart bleiben. Dies bedeutet jedoch auch, dass Sie, wenn Sie vereinbarte Termine nicht einhalten können, diese spätestens 48 Stunden vorher absagen müssen, damit wir die für Sie vorgesehen Zeit noch anderweitig verplanen können. Diese Vereinbarung dient nicht nur der Vermeidung von Wartezeiten im organisatorischen Sinne, sondern begründet zugleich beiderseitige vertragliche Pflichten. So kann Ihnen, wenn Sie den Termin nicht rechtzeitig absagen, die vorgesehene Zeit und die Vergütung bzw. die ungenutzte Zeit gemäß § 615 BGB in Rechnung gestellt werden, es sei denn, an dem Versäumnis des Termins trifft Sie kein Verschulden. Es wird vereinbart, das ansonsten Annahmeverzug dadurch eintritt, dass der vereinbarte Termin nicht fristgerecht abgesagt und eingehalten wird. ...“

Diese Formulierung ist als gerichtsfest zu empfehlen.

2. Schaden

Um einen Schaden darzulegen, was erforderlich ist, wenn keine Vereinbarung oder eine solche oder Ausfallpauschale geschlossen wird, bedarf es eines konkreten Nachweises, dass sich ein anderer Patient um einen kurzfristigen Termin bemüht hat, aber abgewiesen werden musste. Alternativ müsste es zumindest als wahrscheinlich belegt werden, dass bei Einhaltung einer 24-Stunden-Frist einer Absage der Termin an einen anderen Patienten hätte vergeben werden können. Es ist daher stets ratsam, schriftlich eine Terminabsagefrist zu vereinbaren; hier bietet sich die weithin anerkannte Frist von 24 Stunden an. Auf diese Weise ist die vertragliche Nebenpflicht des Patienten dokumentiert.

Zur Höhe des Ausfallschadens führen die Gerichte noch immer Schätzungen nach § 287 ZPO durch, die sich nach einem „Durchschnittspatienten“ richten (AG Heidelberg, Urteil vom 17.02.2003, Az. 20 C 298/01), oder es wird ein abstraktes Ausfallhonorar berechnet nach dem durchschnittlichen Kostenfaktor der Praxis (AG Hameln, Urteil vom 07.09.2001, 21 C 199/01, in dem der Kostenfaktor pro Stunde mit EUR 100,00 angesetzt wurde.). Das AG Dresden (Urteil vom 29.01.2010, Az. 107 C 5428/09) hat eine Schätzung durchgeführt und dabei einen Ausfallschaden von 80 Euro für die Behandlungsstunde als angemessen erachtet. Ist der Schaden nach Grund und Höhe in der Verein-

barung pauschaliert, wie oben formuliert, bedarf es dieser „Klimmzüge“ nicht.

3. Steuerliche Behandlung des Ausfallhonorars

Das Ausfallhonorar unterliegt der Einkommensteuer. Der Umsatzsteuer unterliegen nur Vorgänge, bei denen ein Leistungsaustausch vorliegt. Da aufgrund des Nichterscheins des Patienten jedoch ärztlicherseits keine Leistung erbracht wird, fehlt dieser Leistungsaustausch. Umsatzsteuerrechtlich handelt es sich unabhängig von der zivilrechtlichen Einordnung des Ausfallhonorars um einen echten Schadenersatz. Die Rechnung an den Patienten ist ohne Umsatzsteuer auszustellen; es ist keine Umsatzsteuer an das Finanzamt abzuführen. Gewerbesteuerrechtlich kann das Ausfallhonorar keine so genannte „Infektion“ auslösen. Da das Ausfallhonorar nicht zu den gewerblichen Einkünften zählt, droht daher auch Berufsausübungsgemeinschaften nicht das Risiko der Gewerbesteuer, wenn sie ihren Patienten ein solches Honorar in Rechnung stellen.

3. Fazit

Was lässt sich gegen Terminuntreue unternehmen? Wie oben dargelegt, bietet sich zunächst die höfliche aber bestimmte Ermahnung des Patienten an. Eine solche kann das Problem in einigen Fällen beheben. Terminuntreuen Patienten kann man als weitere „Sanktion“ die Konsequenz ihrer Unzuverlässigkeit dadurch spüren lassen, dass künftig nur noch „unbequeme“ Termine angeboten werden. Wer zu beliebten Terminen (beispielsweise Freitagnachmittag und Samstag) nicht erscheint, erhält künftig nur noch Termine an anderen Tagen zu Randzeiten. Oder es wird etwa zweimal zwei Stunden wöchentlich eine „terminfreie Laufsprechstunde“ angeboten, die dann von solchen Patienten genutzt werden kann – mit entsprechend unkalkulierbaren Wartezeiten. Die Ablehnung vertragsärztlich Versicherter ist schwierig und nur in Ausnahmefällen möglich. Alle diese erzieherischen Maßnahmen führen freilich nicht zu einem Ersatz des Honorarausfalls.

Hierfür erforderlich ist ein Behandlungsvertrag mit Ausfallregelung. Für alle „zeitgebundenen Leistungen“ in einer Bestellpraxis sind Terminausfallrechnungen rechtlich zulässig, sofern der Patient *schriftlich informiert* wurde und eine entsprechende *Vereinbarung unterzeichnet* hat. Als Terminausfall gilt dabei ein Termin, der nicht oder weniger als 24 Stunden vorher abgesagt wurde,

unabhängig vom Grund der Verhinderung. Von diesem Vorgehen dürfte die Eigenverantwortlichkeit und Wertschätzung der Patienten für ihre Therapie profitieren.

Grundsätzlich ist daher zu empfehlen, dass sowohl bei Privatpatienten als auch bei gesetzlich Versicherten eine Erklärung mit dem oben vorgeschlagenen Inhalt unterschrieben wird, mit dem Hinweis, dass es sich um eine Bestellpraxis handelt und daher darum gebeten wird, die Termine einzuhalten bzw. rechtzeitig abzusagen. Für den Fall der Säumnis wird erklärt, dass der Ausfall – idealerweise in Form einer Pauschale – vom säumigen Patienten getragen wird. Die Schadenshöhe ist dann pauschalisiert und nicht mehr angreifbar.

Noch ein Hinweis: Nach einem Urteil des OLG Stuttgart vom 17. 04. 2007 (Az. 1 U 154/06) entfällt für den Fall der Absage eines fest vereinbarten Behandlungstermins seitens des Patienten der Anspruch auf Ersatz des Behandlungshonorars, wenn mit dem Patienten nach Verzugsbeginn einvernehmlich ein neuer Behandlungstermin vereinbart wird.

Dr. iur.

Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Gesetzestext: Auszug aus dem Bundesmantelvertrag – Ärzte (BMV-Ä)

§ 13 Anspruchsberechtigung und Arztwahl

Der Vertragsarzt ist berechtigt, die Behandlung eines Versicherten, der das 18. Lebensjahr vollendet hat, abzulehnen, wenn dieser nicht vor der Behandlung die elektronische Gesundheitskarte vorlegt. Dies gilt nicht bei akuter Behandlungsbedürftigkeit sowie für die nicht persönliche Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch den Versicherten. Der Vertragsarzt darf die Behandlung eines Versicherten im Übrigen nur in begründeten Fällen ablehnen.

Gesundheitstage Nordhessen 17. – 19. März 2016

- Die Gesundheitsmesse für die Region Nordhessen bietet Fort- und Weiterbildungen und einen konstruktiven Austausch zu allen Bereichen des Gesundheitswesens.
- Zertifizierte Fortbildungsveranstaltung für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Assistenz- und Pflegeberufe sowie für Medizinische Fachangestellte – Seminare, Workshops und Vorträge
- **Eröffnung** am Donnerstag, 17. März 2016 um 17 Uhr
Podium: „Nur geimpft in die Kita“
- **Messtage:** 18. & 19. März 2016
9 bis 18 Uhr
- **Ort:** Kongress Palais Kassel
Stadhalle, Holger-Börner-Platz 1
- **Anmeldung & Informationen:**
www.gesundheitstage-nordhessen.de

Imaginäres Museum auf Zeit

Drei Kunstsammlungen unter einem Dach



Martin Kippenberger, The Modern House of Believing or Not, 1985

Werke erinnernd bewahren

Inspiriert wurde die Ausstellung von Ray Bradburys Science - Fiction- Roman „Fahrenheit 451“ (1953) und dessen legendärer Verfilmung von François Truffaut (1966). „Fahrenheit 451“, das ist die Temperatur, bei der Papier zu brennen beginnt. In einer Zukunft, in der literarische Werke aus der Gesellschaft verbannt sind, liegt die einzige Möglichkeit, sie zu bewahren, darin, die Werke zu erinnern. Ein Feuerwehrmann, der eigentlich Bücher verbrennen soll, revoltiert gegen das System totaler Kontrolle. Wie Bradburys „Büchermenschen“, die Texte nur durch Auswendiglernen konservieren, sollen sich die Besucher des Museums auf Zeit die Kunstwerke in ihrem Gedächtnis einprägen. Abschlusswochenende der Ausstellung ist der 10./11. September 2016 im MMK2; dann werden fast alle Kunstwerke entfernt sein und durch Menschen ersetzt werden, die die Ausstellungsstücke durch ihre persönlichen Erinnerungen und Interpretationen wiedergeben. Imagination und Gedächtnis werden zum Ort der Kultur. Infos unter: <http://mmk-frankfurt.de>

„Die Kunst ist in Gefahr“: Mit dieser schrillen Warnung hatte der deutsche Publizist Wieland Herzfelde 1925 seinen Aufsatz überschrieben, in dem er die Erfindung der Fotografie mit der beginnenden Dämmerung der Kunst assoziierte. Doch die Gefahr drohte aus einer anderen Richtung: Nur wenige Jahre später sahen sich Künstler, deren Werke nicht den nationalsozialistischen Idealen entsprachen, mit Berufs- und Malverboten belegt. Auch heute droht Kunst Vernichtung. So bietet etwa Frankreich Kulturgütern aus Syrien und dem Irak temporär Asyl, um sie vor terroristischer Zerstörung zu schützen.

Internationale Museenkooperation

Und welche Gefahren bergen die kommenden Jahrzehnte? Unter dem Titel „Das imaginäre Museum“ führen drei renommierte europäische Museen für moderne

und zeitgenössische Kunst – das Centre Pompidou in Paris, die Tate Gallery in London und das MMK Museum für Moderne Kunst in Frankfurt – bedeutende Werke aus ihren Sammlungen zu einem europäischen Museum auf Zeit zusammen. Zu sehen sein wird diese einzigartige internationale Museumskooperation vom 24. März bis zum 4. September 2016 im MMK 2 im TaunusTurm. Konzeptueller Ausgangspunkt ist eine Zukunftsvision: Wir schreiben das Jahr 2052. Die Museen sind von der Auslöschung bedroht und die Kunst verschwindet aus der Gesellschaft. Um sie zu schützen, werden 80 Hauptwerke aus den drei europäischen Sammlungen – von den 1920er Jahren bis in die heutige Gegenwart – temporär unter einem Dach vereint. Darunter Arbeiten so illustrierender Künstler wie Louise Bourgeois, Marcel Duchamp, Isa Genzken, On Kawara, Claes Oldenburg, Sigmar Polke, Bridget Riley oder Andy Warhol.

Katja Möhrle



Dan Flavin, Untitled (to the citizens of the Swiss cantons) 2, 1987

One Day in Life – ein Konzertprojekt ohne Gleichen



24 Stunden Musik an 18 ungewöhnlichen Orten in Frankfurt am Main, wie in fahrenden Straßenbahnen (oben) oder im Wohnhaus von Oskar Schindler (rechts)
Fotos: AOF – Norbert Miguletz



Auf Einladung der Alten Oper Frankfurt hat der US-amerikanische Architekt Daniel Libeskind ein Konzertprojekt ungewöhnlicher Art konzipiert. Das Vorhaben geht weit über den Rahmen von Konzertsälen hinaus und überschreitet die gewohnten Grenzen anspruchsvoller Musikerlebnisse. Vielleicht deutet sich in dem Titel „One Day in Life“ an, wohin Libeskind uns mitnehmen will.

Libeskind, bekannt als Architekt besonderer Gebäude, z. B. des Felix-Nussbaum-Museums in Osnabrück und des jüdischen Museums in Berlin, ist auch professioneller Musiker. Er fordert uns als Publikum auf, 24 Stunden mit ihm zu verbringen, aktiv zu sein und die Stadt, die Musik und sich selbst neu zu entdecken. An achtzehn Stationen der Stadt wird jeweils eine Interaktion des Ortes mit der dort gespielten Musik und einem Grundthema des menschlichen Daseins präsentiert. Wir sollen Raum, Zeit und Klang verbinden. Jedes Programm wird an dem jeweiligen Ort alle zwei Stunden wiederholt; so lässt sich der musikalische Tag von Station zu Station durchwandern.

Operationssaal als Konzerthalle

Nicht nur bekannte Konzerthallen laden zum Zuhören ein. Unter anderem sind große Spielstätten wie die Alte Oper,

Commerzbank-Arena, der Betriebshof Gutleut, in dem üblicherweise Straßenbahnen stationiert sind, Konzertorte. Es gibt aber auch eher unkonventionelle Veranstaltungsräume wie das Rebstockbad, den Standort der verbrannten Synagoge oder ein U-Bahn-Gleis im Frankfurter Hauptbahnhof. Hinzu kommen das Siegmund-Freud-Institut, das Wohnhaus von Oskar Schindler, das Senckenberg-Naturmuseum, eine fahrende Straßenbahn, aber auch sonst nicht zugängliche Orte wie ein Operationssaal im Hospital zum Heiligen Geist oder die unterirdischen Magazine der Deutschen Nationalbibliothek. Interpreten sind namhafte Künstler wie etwa der Pianist Pierre-Laurent Aimard oder die Geigerin Carolin Wiedmann und das HR-Sinfonieorchester. Außerdem treten Studierende des internationalen Ensemble Modern-Akademie auf sowie die Musikhochschule für moderne Darstellende Kunst aus Frankfurt am Main.

Daniel Libeskind, dessen Entwürfe auch dem One World Trade Center in New York zugrunde liegen, wählte auch die Musik: Werke von Claudio Monteverdi, Wolfgang A. Mozart und Franz Schubert bis hin zu Komponisten unserer Zeit, überdies werden grenzüberschreitende Berührungen zur indischen Musik und zu Elektrosounds ge-

ten. Mal konkret, mal eher abstrakt spricht Libeskind – er feiert in diesem Jahr 70. Geburtstag – die Dimensionen menschlichen Seins an und verbindet sie mit zentralen Parametern des Lebens – dem Körper, der Natur, der Schwerkraft, der Erinnerung, der Bewegung dem Glauben, der Arbeit, dem Willen und dem Unterbewusstsein.

Die Stadt ist für den Architekt und Stadtplaner nicht nur ein realer, sondern auch ein virtueller Ort, der in dem Bewusstsein sein Bewohner existiert und lebt. Jede Bedeutung, die irgendein Teil der Stadt für irgendeinen ihrer Bewohner besitzt, hat im Stadtbild eine reale Entsprechung. Im Innenleben ihrer Bürger ist die Stadt lebendig als komplexes, neuronales Ereignis, das sich mit elementaren Aspekten des Lebens des Einzelnen, mit seinem Bewusstsein oder seiner Fantasie vernetzt.

Jede Persönlichkeit wird von ihren Lebensumständen geprägt, von der Luft die sie atmet, von Herkunft, und Entwicklung, von Politik, und Gefühlen – das schafft die Einzigartigkeit des Menschen. Wir hören aber auch sehr unterschiedlich. Mozart oder Schubert können wir nicht unmittel-



Der US-amerikanische Architekt Daniel Libeskind verbindet bei „One Day in Life“ Architektur, Menschen und Musik
Foto: AOF – Wonge Bergmann

bar erleben, aber wir hören, wie Musiker uns ihre Musik darbieten und erleben oft unbewusst den Ort, an dem Musik gespielt wird. Und wir hören das, was wir verstehen, um unsere Ohren und unsere Herzen öffnen zu können.

One Day in Life wird am 21. und 22. Mai 2016 in Frankfurt am Main stattfinden. Der Vorverkauf hat bereits begonnen. Ein Erlebnis, das ich nicht versäumen will.

Beratung & Tickets: Fon 069 1340447

Dr. med. Siegmund Drexler

Universitäres Lungenkrebszentrum Frankfurt am Main

Gerasimos Varelis, Thomas O. F. Wagner, Wolfgang Gleiber, Peter Kleine, Joachim Bargon

Die Deutsche Krebsgesellschaft hat das Ziel, dass möglichst viele Patienten mit malignen Tumoren in zertifizierten Organzentren behandelt werden. Zusammen mit den jeweiligen Fachgesellschaften wurden dazu Kriterien erarbeitet, die die Voraussetzung für eine Zertifizierung festlegten.

2008 entstanden die ersten Lungenkrebszentren in Deutschland, inzwischen gibt es 41 Zentren bundesweit, meist an einem Standort, manchmal auch mehreren. In Hessen gibt es zwei dieser Zentren (Immenhausen und Frankfurt).

Die Kernziele unseres Organzentrums sind im Wesentlichen:

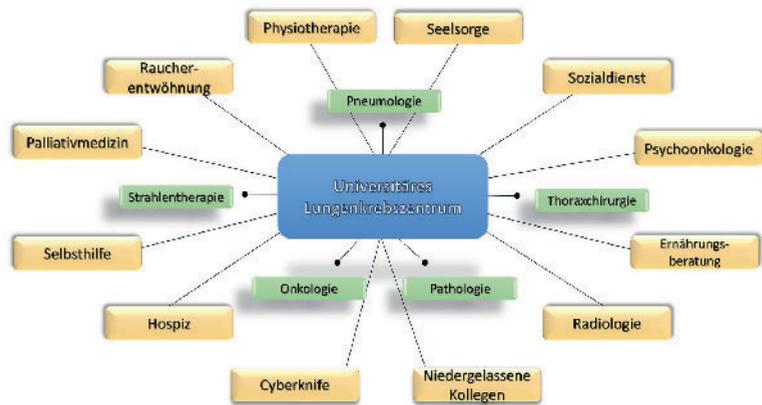
- Behandlungsverfahren: basierend auf dem Boden der S3-Leitlinie und der gemeinsamen Leitlinie der beiden Standorte und des UCT zur Behandlung des Lungenkrebses, die regelmäßig auf den neusten Stand gebracht werden.
- Die fachliche Interdisziplinarität sicher zu stellen.
- Die Vorhaltung aller relevanten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten an einem Ort.
- Die verwendeten Behandlungsverfahren einer objektiven Prozess- und Ergebnisqualität zu unterziehen.

Entstehung des universitären Lungenkrebszentrums Frankfurt (an mehreren Standorten)

Nachdem sich das St. Elisabethen-Krankenhaus und die Universitätsklinik Frankfurt unabhängig voneinander bei der Deutschen Krebsgesellschaft der Prüfung unterzogen haben und die Zertifizierung als Lungenkrebszentrum geschafft haben, war es naheliegend, dass man versuchte, aufgrund der ohnehin vorhandenen Zusammenarbeit ein gemeinsames Zentrum zu gründen und sich als solches zu zertifizieren.

Die Voraussetzungen, sich als Zentrum zu zertifizieren, sind relativ hoch angesetzt und werden durchaus kontrovers disku-

Die Kooperationspartner der Standorte des universitären Lungenkrebszentrums



tiert. Bisher gilt, dass die hohe Hürde von 200 Primärfällen pro Jahr erreicht werden muss und 75 Operationen (anatomische Resektionen) im Zentrum durchgeführt werden müssen. Zusätzlich müssen natürlich alle relevanten diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten am Ort vorhanden sein. Geprüft wird im Rahmen des jährlichen Audits, ob diese Voraussetzungen erfüllt sind. Die Ergebnisse des vergangenen Jahres werden einer objektiven Überprüfung der Prozess- und Ergebnisqualität unterzogen.

2013 begannen die beiden Zentren in Frankfurt eine engere Kooperation. Vereinfacht wurde dies, da die Thoraxchirurgie durch Prof. Dr. med. Peter Kleine schon an beiden Standorten geleitet wurde und er und sein Team sich an den Tumorkonferenzen beteiligten und die Operationen schon an beiden Standorten durchführten.

So begann man damit, dass an den Tumorkonferenzen regelmäßig auch das jeweils andere Zentrum teilnahm, dass Morbiditätskonferenzen gemeinsam stattfanden und dass Patienten an Therapie-Studien Standort-übergreifend teilnehmen konnten.

Im März 2014 fand das erste gemeinsame Audit statt und von den Auditoren wurde das zwei-standortige Zentrum positiv be-

gutachtet und von OnkoZert, die das Verfahren für die Deutsche Krebsgesellschaft abwickeln, zertifiziert.

Vorteile für die Patienten

Die fachliche Interdisziplinarität ist eine der Voraussetzungen und Bedingungen einer Zertifizierung. Dazu zählen die Hauptbehandlungspartner und die sonstigen Behandlungspartner (Abbildung).

So ist es Pflicht, dass jeder Patient die Möglichkeit zu einem Gespräch mit einer Psychoonkologin bzw. einem Psychoonkologen und einem Kollegen/in von der Sozialarbeit bekommt. Auch das wird im Audit überprüft. Ein weiterer Vorteil für den Patienten ist es, dass er von der Diagnose bis über die Therapie (Operation, Chemotherapie, Strahlentherapie oder eine Kombination der Verfahren) im Zentrum betreut wird und auch die Nachsorge eventuell bis zur Palliativ-Versorgung dort stattfindet. Durch die Kommunikation der verschiedenen Fachabteilungen und die Dokumentation erspart sich der Patient Besuche bei verschiedenen Spezialisten, denen er jeweils seine Krankengeschichte immer noch einmal erzählen muss. Jeder Behandler im Zentrum kann auf die Unterlagen des Patienten zugreifen und ohne Verzögerung den zuständigen Kollegen

durch einen Anruf oder im Rahmen des Tumorboards hinzuziehen.

Zusätzlich kann sich der Patient darauf verlassen, dass er nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen behandelt wird, denn auch Fortbildungen müssen bei OnkoZert sowohl für Ärzte als auch für Pflege nachgewiesen werden.

Unabdingbar ist die Tumorkonferenz, in der jeder Patient einzeln mit allen Unterlagen vorgestellt und wo mit allen Behandlungspartnern diskutiert wird, welche Therapie die bestgeeignete für diesen Patienten ist. Wurde eine Operation vorgeschlagen, wird er nach der OP und Vorliegen der Pathologie noch einmal vorgestellt, um das weitere Prozedere festzulegen.

Ein weiterer Faktor ist die Zeit zwischen Verdachtsdiagnose und Therapievor-schlag. Die beiden Standorte des Zentrums haben es sich auf die Fahne geschrieben, schnell zu sein – d.h. die für den Patienten oft sehr beunruhigende Phase kurz zu halten. Innerhalb kürzester Zeit bekommen die Patienten einen Termin zur Vorstellung oder stationären Aufnahme und innerhalb von ca. einer Woche sollte er seine Diagnose und das weitere Vorgehen erfahren.

Unabhängig jedoch von nationalen und internationalen Leitlinien ist eins der wichtigen Ziele unseres Zentrums die personalisierte „maßgeschneiderte“ individuelle onkologische Therapie, die sich sowohl auf die jeweilige Tumorbilologie, und die Komorbidität des Patienten wie auch auf das soziale Umfeld bezieht. So werden die Patienten nicht nur mit dem bestmöglichen zielgerichteten verfügbaren Medikament behandelt, sondern es werden auch die Angehörigen oder andere Bezugspersonen – soweit erwünscht – in das gesamte Behandlungsmanagement (inklusive Therapieabwicklung, Nebenwirkungsbewältigung etc.) mit einbezogen. Dadurch bekommen die Patienten eine enorm wichtige psychologische aber auch körperliche Unterstützung, die durch das zusätzliche professionelle psychoonkologische Ange-

bot des Zentrums verstärkt wird. Dadurch genießen die Patienten deutlich mehr Lebensqualität, die für die Therapiewirksamkeit eine wichtige Rolle spielt.

Ohne Zweifel ist die Qualität der Behandlung unserer Patienten durch die Etablierung unseres Zentrums und auch durch das Zusammenwirken der Zentren gestiegen. Ohne Unterstützung des Trägers der Einrichtungen wird eine Zertifizierung allerdings nicht dauerhaft Bestand haben können, denn die Steigerung der Qualität und das Angebot aller Disziplinen bis zum Sozialarbeiter und Psychoonkologen ist nicht kostenneutral und auch die Zertifizierung und Dokumentation der Behandlungen kostet nicht nur Zeit, sondern auch Geld. Unserer Meinung nach aber lohnt es sich sowohl für die Patienten als auch für die Behandler, wenn man weiß, dass man objektiv nachweisbar eine exzellente Arbeit leistet, deren Ergebnis mit unserem Motto korreliert:

„...wir behandeln Menschen und nicht nur Lungenkrebs...“

Verantwortliche im universitären Lungenkrebszentrum Frankfurt:

Ansprechpartner am
St. Elisabethen Krankenhaus:
Leiter: Prof. Dr. med. Joachim Bargon
Koordinator: Dr. med. Gerasimos Varelis
Fon: 069 7939-2119 oder -2219

Ansprechpartner Universitätsklinik
Leiter: Prof. Dr. med. Thomas O.F. Wagner
Koordinator: Dr. med. Wolfgang Gleiber
Fon: 069 6301-6336

Thoraxchirurg beider Standorte:
Prof. Dr. med. Peter Kleine
Fon: 069 7939-2207 oder
069 6301-4976

Kontakt:
Prof. Dr. med. Joachim Bargon
St. Elisabethen Krankenhaus
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt
E-mail: bargon@em.uni-frankfurt.de

Die Landesapothekerkammer informiert:

Betäubungsmittel-Rezept per Fax – ist die Abgabe zulässig?

In jüngster Zeit kommt es vermehrt zu Problemen bei der Belieferung von Betäubungsmittel-Rezepten (BtM-Rezept), die insbesondere bei der Mitwirkung von Palliativ-Care-Teams auftreten. So schicken die beteiligten Ärzte die BtM-Rezepte zunächst per Fax an die Apotheke und erwarten, dass auf Vorlage des Faxes das BtM abgegeben werden soll. Das Originalrezept wird nachgeliefert und liegt somit bei Abgabe des Arzneimittels noch nicht der Apotheke vor. Die Abgabe eines BtM ohne Vorlage der Verschreibung ist jedoch nicht zulässig und verstößt gegen § 13 Betäubungsmittelgesetz (BtMG) in Verbindung mit den Vorschriften der Betäubungsmittelverschreibungsverordnung (BtMVV). Bei einem solchen Verstoß handelt es sich um eine Straftat im Sinne des § 29 Abs. 1 Nr. 7 a) BtMG.

Die Verschreibung muss den Anforderungen der §§ 8 und 9 BtMVV entsprechen, das heißt das amtliche Formblatt eines Betäubungsmittelrezeptes muss mit den entsprechenden Angaben versehen sein. Eine vorherige Übermittlung per Fax kann lediglich dazu dienen, dem Apotheker vorab zu informieren, damit dieser das Betäubungsmittel für den Patienten bereitstellen kann. Gegen Vorlage des Originalrezeptes kann es dann ohne weitere Verzögerungen abgegeben werden.

Ausnahme

Einzige Ausnahme für die Abgabe eines BtM ohne Vorlage eines Betäubungsmittelrezeptes auf dem amtlichen Vordruck lässt das Gesetz in § 8 Abs. 6 der BtMVV die „Notfall-Verschreibung“ zu. Allerdings gilt auch hier, dass die Angaben gemäß § 9 Abs. 1 BtMVV erfüllt sein müssen und damit eine eigenhändige Unterschrift des Arztes vorliegen muss. Es reicht auch in diesem Fall ein Fax nicht aus, um ein BtM abgeben zu können.

40 Millionen Euro für Forschungsnetzwerk Zoonosen wie Zika & Co

Die Bundesregierung stärkt die Forschung zu Krankheiten, die zwischen Tieren und Menschen übertragbar sind und hat die seit 2006 bestehende gemeinsame Forschungsvereinbarung verschiedener Ministerien zu Zoonosen erneuert. Zoonosen, zum Beispiel Vogelgrippe, Ebola, Zika-Virus-Infektion oder MERS (Coronavirus), stellen weltweit etwa zwei Drittel aller Infektionskrankheiten beim Menschen dar. Zugleich gefährden sie die Nutz- und Heimtierpopulationen. Das Bundesforschungsministerium wird hierfür ein interdisziplinäres „Nationales Forschungsnetz zu zoonotischen Infektionserkrankungen“ mit 40 Millionen Euro für fünf Jahre fördern. Beteiligen können sich Universitäten, außeruniversitäre Forschungseinrichtungen, Einrichtungen des öffentlichen Gesundheitssystems und Unternehmen.

Gold-Zertifikat „Saubere Hände“ für Uniklinik Frankfurt/Main

Dem Universitätsklinikum Frankfurt/Main wurde im Dezember das Gold-Zertifikat der Aktion Saubere Hände verliehen. Das Klinikum konnte also im Rahmen der Kampagne seine Händehygiene nachweislich noch weiter verbessern. In ganz Hessen erfüllen momentan lediglich vier Krankenhäuser die hohen aktuellen Bewertungskriterien dieser Kategorie. Das Zertifikat ist für zwei Jahre gültig.

Walter-Picard-Preis fördert zwei Projekte für Psychisch-Kranke

Die Vereine EX-IN Hessen aus Marburg und Forum Schmiede aus Taunusstein erhalten den diesjährigen Walter-Picard-Preis des Landeswohlfahrtsverbandes (LWV) Hessen. „Die Erfahrungen psychisch kranker Menschen zu nutzen, ist Ziel beider Preisträger. Sie unterstützen andere Betroffene dabei, nach der Akutphase einer Erkrankung wieder Fuß zu fassen“, so LWV-Landesdirektor Uwe Brückmann. Beide Sieger teilen sich den mit 5.000 Euro dotierten Preis, der im März in Kassel überreicht wird. EX-IN Hes-

sen ist Teil des gleichnamigen Bundesvereins, der psychiatrieeerfahrene Menschen als sogenannte Genesungsbegleiter ausbildet und einsetzt. Somit wird deren Erfahrungen von Genesung gesellschaftlich nutzbar gemacht. Die Selbsthilfegruppe Forum Schmiede organisiert seit 2001 jahreszeitbezogene Märkte in der Scheune des historischen Lehenshofs in Taunusstein-Hahn. Daneben werden ein Café, eine Bücherstube und ein Flohmarkt-Lädchen betrieben. Die Einnahmen kommen bedürftigen Mitgliedern zugute. Die Preisträger im Internet:

<http://www.ex-in-hessen.org>

<http://www.forum-schmiede.de>

Nierentelefon erweitert Angebot

Der Verband Deutsche Nierenzentren und der Bundesverband Niere (beide e. V.) erweitern die Fachkompetenz am gemeinsamen Nierentelefon. Seit 1. Februar können jeden Mittwoch von 16 bis 18 Uhr neben medizinischen nun auch sozialrechtliche Fragen von Experten am Telefon beantwortet werden. Die gebührenfreie Hotline für Fragen rund um die Niere ist zu den angegebenen Zeiten erreichbar unter Fon: 0800 2484848.

Alternativen zum Tierversuch

Das Bundesforschungsministerium fördert die Suche nach Ersatzmethoden zum Tierversuch seit über 30 Jahren – bislang mit insgesamt rund 160 Millionen Euro für mehr als 500 Projekte. Künftig sollen verstärkt Strategien zur Einführung und Verbreitung von Alternativmethoden gefördert werden sowie Mentorenprogramme. Das Spektrum der alternativen Ansätze ist vielfältig: Mit Hilfe von Zellkulturen wird zum Beispiel im Labor künstliche menschliche Haut gezüchtet, um die Wirkung von Arzneimitteln oder Chemikalien darauf verlässlicher zu testen als auf der Haut von Versuchstieren. Weitere Forscherteams entwickeln Computermodelle, die physiologische Prozesse in Organen wie der Leber simulieren. Derzeit arbeiten Wissenschaftler daran, die Organe des menschlichen Körpers auf „Biochips“ nachzubilden und zu verbinden. Die Vision

ist ein „Human-on-a-Chip“, der nicht viel größer ist als ein Smartphone, die Abläufe im menschlichen Organismus jedoch eins zu eins widerspiegelt. So könnte in Zukunft die Zahl der Tierversuche für Wirkstofftests erheblich reduziert werden.

Nebenwirkungen bedingt durch Medikationsfehler melden

Bei der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) läuft seit Anfang 2015 ein vom Bundesministerium für Gesundheit gefördertes Projekt zur Erfassung und Bewertung von Medikationsfehlern. Untersucht wird beispielsweise, ob die systematische Analyse von Medikationsfehlern zu einer verbesserten Sicherheit der Patienten beitragen kann. Geänderte europäische Regularien sehen nun vor, dass auch medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen in den nationalen Pharmakovigilanzsystemen dokumentiert werden sollen. In dem neuen Pilotprojekt sind Ärzte aufgerufen, medikationsfehlerbedingte Nebenwirkungen oder Beinahefehler zu melden. Aus der Analyse sollen Ansätze zur Vermeidung von Medikationsfehlern entwickelt werden. Die Sammlung von Fallberichten konnte Anfang 2016 beginnen. Internet: www.akdae.de

Sterblichkeit durch Herzerkrankungen nimmt leicht zu

Die Zahl der Sterbefälle durch Herzerkrankungen hat leicht zugenommen, so der Deutsche Herzbericht 2015. Wie in den Vorjahren sterben bei Betrachtung der Herzerkrankungen in der Summe mehr Frauen als Männer. Dank des medizinischen Fortschritts hat sich in Deutschland zwar die Zahl der Sterbefälle durch Herzerkrankungen zwischen 1990 und 2013 deutlich um 17,2 Prozent verringert. So starben 1990 noch 85.625 Menschen am Herzinfarkt, im Jahr 2013 sind es 52.044. Trotzdem verzeichnet die Statistik laut Herzstiftung weiterhin jährlich über 338.000 Todesfälle durch Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie den Herzklappenkrankheiten, den Herzrhythmusstörungen und der koronaren Herzerkrankung. Internet: www.herzstiftung.de/herzbericht



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Ab 1. Juli 2016 wird ein neuer Ärztlicher Direktor das Universitätsklinikum Frankfurt/Main leiten. **Prof. Dr. med. Jürgen Graf** (46, Foto), seit zwei Jahren Klinischer Direktor am Klinikum Stuttgart, tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich** an, der das Uniklinikum seit Oktober 2010 hauptamtlich leitet und nun aus Altersgründen ausscheidet. Wie Schölmerich ist auch Graf habilitierter Internist. Als Facharzt für Innere Medizin, Anästhesiologie und Intensivmedizin verfügt Graf über mehrere Zusatzqualifikationen, unter anderen in Flugmedizin, Betriebsmedizin und Notfallmedizin. Ärztlichen Tätigkeiten am Universitätsklinikum Aachen, im Rätischen Kantonsspital in Chur in der Schweiz, am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, und beim Medizinischen Dienst der Deutschen Lufthansa AG in Frankfurt folgte 2014 die Tätigkeit als Klinischer Direktor beim Klinikum Stuttgart.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Eilke Brigitte Helm, die am 16. März ihren 80. Geburtstag feiert, ist im Rahmen eines wissenschaftlichen Symposiums ihr zu Ehren für ihr Lebenswerk als Ärztin und Forscherin im Kampf gegen die Immunschwächekrankheit HIV und Aids ausgezeichnet worden. Seit dem ersten Aids-Patienten im Jahr 1982 am Uniklinikum Frankfurt/Main hat Helm zu diesem Thema umfangreich geforscht, publiziert, gemahnt und aufgeklärt. Dafür wurde sie u. a. mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

Nachdem er einen Ruf nach Gießen erhalten hatte, wechselte **PD Dr. med. Marc Schlamann** (42) von der Medizinischen Fakultät der Universität Duisburg-Essen an die Justus-Liebig-Universität. Er leitet nun als Professor die Abteilung für Neuroradiologie des Uniklinikums Gießen und Marburg (UKGM) am Standort Gießen.

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde hat **Prof. Dr. med. Volker Roelcke M. Phil.** (Foto), Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Gießen, zum Ehrenmitglied ernannt. Die Auszeichnung erfolgte für seine Tätigkeit zur historischen Aufklärung über der Geschichte der psychiatrischen Fachgesellschaft im Nationalsozialismus und für seinen damit verbundenen Beitrag zu einer historisch basierten systematischen Selbstreflexion zu Fragen von Ethik und professionellem Verhalten in der Psychiatrie. Außerdem wurde der mit insgesamt 12.500 Euro dotierte Herbert-Lewin-Forschungspreis zur Geschichte der Ärzteschaft im Nationalsozialismus Ende 2015 für drei Arbeiten vergeben, unter denen eine aus Gießen stammt. Das Buch „Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin“ (Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht 2013) von **Dr. phil. Sascha Topp** wurde mit dem zweiten Preis ausgezeichnet.



Foto: privat

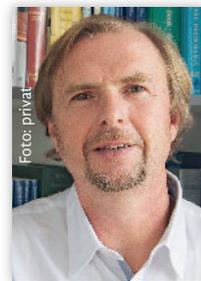


Foto: privat

Eine Spenderin hat der Arthur-Merx-Stiftung 1,15 Millionen Euro zur Förderung der neurologischen Forschung am Frankfurter Universitätsklinikum zur Verfügung gestellt. Das Geld kommt u. a. einer Arbeitsgruppe um **Prof. Dr. med. Karl H. Plate** am Edinger-Institut zugute, die an neuen Therapien gegen Glioblastome forscht, den häufigsten und bösartigsten Gehirntumoren. Die Wissenschaftler konnten einen bisher unbekanntem Mechanismus identifizieren, der für eine Resistenzentwicklung von Glioblastomen mitverantwortlich ist, die diese häufig nach einer Chemotherapie zeigen. In präklinischen Modellen konnte dieser Mechanismus bereits ausgehebelt und damit eine deutliche Verlangsamung des Tumorwachstums erreicht werden. Neben dem Neurozentrum des Uniklinikums sind Kollegen aus Freiburg, Tübingen, Köln, Dresden und Bonn beteiligt. Die Ergebnisse wurden im Dezember vom Fachmagazin EMBO Molecular Medicine veröffentlicht.

Dr. med. Gunther K. Weiß (49, Foto) hat seit Januar 2016 den Vorsitz der Geschäftsführung des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM) GmbH übernommen – zusätzlich zu seiner Funktion als kaufmännischer Geschäftsführer in Marburg. Für beide Standorte gibt es weiterhin je einen kaufmännischen und einen ärztlichen Geschäftsführer. Aktuell sind dies Prof. Dr. med. Werner Seeger und Dr. med. Christiane Hinck-Kneip in Gießen sowie Prof. Dr. med. Harald Renz und Dr. med. Gunther K. Weiß in Marburg.



Foto: UKGM

Seit Anfang November 2015 ist **PD Dr. med. Carsten Dalchow** (Foto) Chefarzt der Klinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie, Allergologie am Klinikum Frankfurt Höchst. Er folgt auf **Prof. Dr. med. Christian Milewski**, der nach langjähriger Tätigkeit seinen Ruhestand angetreten hat. Dalchow war zuletzt Leitender Oberarzt der Klinik und Poliklinik für HNO, Kopf- und Halschirurgie der Uniklinik Hamburg Eppendorf. Zu seinen klinischen Schwerpunkten gehört unter anderem auch die Behandlung von Erkrankungen der Tuba Eustachii, die Neuro-Otologie die plastisch-rekonstruktive Tumorchirurgie sowie die endoskopische Operation der Nasennebenhöhlen und Frontobasis.



Foto: Klinikum Höchst

Prof. Dr. med. Peter Huppert (63), Direktor des Instituts für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin am Klinikum Darmstadt, wurde bei der Mitgliederversammlung der Deutschen Röntgengesellschaft zum Präsidenten des Deutschen Röntgenkongresses 2018 gewählt. Er gehört seit drei Jahren dem Vorstand der Deutschen Röntgengesellschaft an.



Foto: privat

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen



PD Dr. med. Eva Rettinger (links) und
PD Dr. med. Marlies Wagner (rechts)

Die Theodor-Stern-Stiftung zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main hat den gleichnamigen Stiftungspreis 2015 an zwei Ärztinnen verliehen: **PD Dr. med. Eva Rettinger** und **PD Dr. med. Marlies Wagner** wurden mit dem Theodor-Stern-Stiftungspreis ausgezeichnet. Wagner konnte Bildgebungsverfahren zur Analyse von Alterungsprozessen und Erkrankungen der Hirngefäße untersuchen und weiterentwickeln. Dabei gelang es ihr, bestimmte Aspekte der Hirnalterung bildgebend darzustellen. Wagner ist Oberärztin am Institut für Neuroradiologie und leitet die Arbeitsgruppe „MRT-Forschung und Brain Imaging Center“. Rettinger hat ein Verfahren entwickelt, für das man dem Patienten körpereigene Zellen entnimmt. Diese werden dann in einem anspruchsvollen Laborprozess so beeinflusst, dass sie in der Lage sind, Leukämiezellen und Tumoren anzugreifen. Sie

ist Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin an der gleichnamigen Frankfurter Klinik mit Schwerpunkt Stammzelltransplantation und Immunologie.

Die Deutsche Ophthalmologische Gesellschaft – Gesellschaft für Augenheilkunde (DOG) hat im Rahmen ihres Jahreskongresses die Marburger Augenärzte **Prof. Dr. med. Walter Sekundo** und **Dr. Apostolos Lazaridis** mit dem „2. Videopreis“ ausgezeichnet, gestiftet von der Firma Haag-Streit Deutschland GmbH (Wedel). Dass Videodokumentationen hoch komplexe Sachverhalte möglichst einfach und schnell vermitteln können, zeigten die Autoren mit dem englischsprachigen Videobeitrag „Refraktive Lentikeltransplantation (RLT): eine neue Technik zur Korrektur von LASIK-Komplikationen“, der sich mit einem neuen Operationsverfahren bei Hornhaut-Lebendspenden befasst.



Prof. Dr. med. Walter Sekundo (rechts) und
Dr. Apostolos Lazaridis (links)

Medizinische Fachangestellte



Erfolgreiche Prüfung: An der Carl-Oelemann-Schule haben im November 2015 zwölf Teilnehmerinnen die Prüfung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ bestanden: Esra Demirboga, Zehra Emre, Kathrin Faust, Marion Latzke, Theresa Lauer, Melanie Müller, Catharina Reissner, Luisa Schmidt, Valerie Schramm, Sarah Tegethoff, Miriam Wiederhold und Anna Zebi (in alphabetischer Reihenfolge, nicht alle Absolventinnen sind auf dem Foto)

Wir gratulieren zum **zehn- und mehr als zehnjährigen** Berufsjubiläum:

Kerstin Roos-Köhl
und
Andrea Henke,
beide tätig bei Dr. med. H. Keller-Istwany,
Bad Hersfeld;

Yvonne Bender-Jung,
seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. U. Freitag,
Ebsdorfergrund;

Yvonne Ratz,
seit 19 Jahren tätig bei Dr. med. C. Lüdicke,
vormals Praxis Dr. med. R. Ritzel,
Groß-Umstadt.

Zum **25- und mehr als 25-jährigen** Berufsjubiläum gratulieren wir:

Iris Schaller,
tätig bei Dr. med. M. Sindel, vormals Praxis
Dr. med. H. Sorg, Frankfurt;

Marianne Schönherr,
tätig bei Dr. med. V. Sprengel, Fulda;

Doris Hanke-Freitag und
Bettina Haas, beide tätig bei Dr. med.
U. Freitag, Ebsdorfergrund, vormals Praxis
Dr. med. G. Hartmann

Andrea Behring;
seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. U. Künzel
und Dr. med. C. Öftring, Taunusstein;

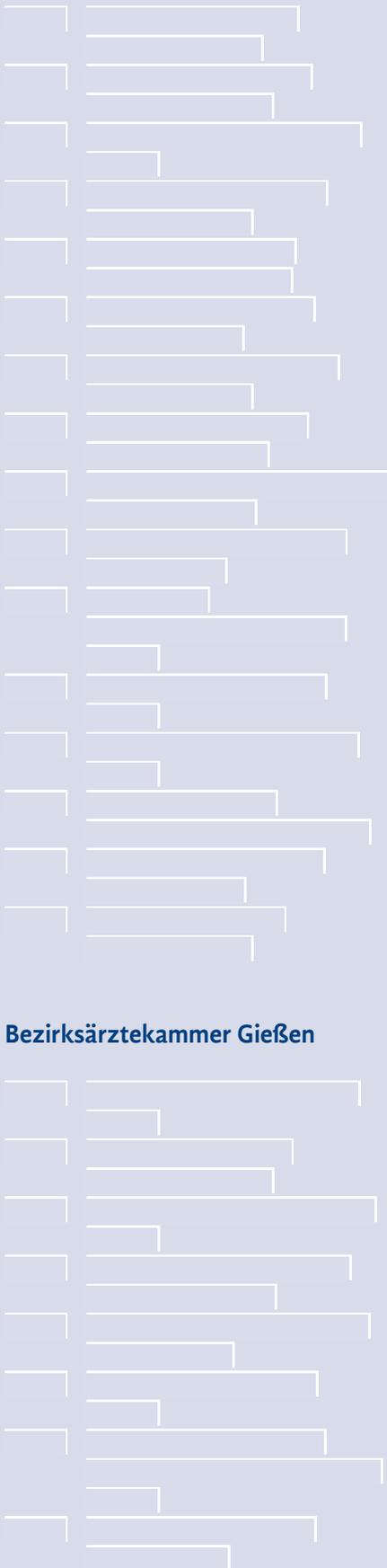
Heike Seel,
seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. A. Schie-
mann und A. Seiler, vormals Praxis
Dr. med. A. Schiemann, Taunusstein

Elvira Sieling,
seit 30 Jahren tätig bei Dr. med. C. Beier,
vormals Praxis Dr. med. J. Dülme,
Wiesbaden.

Wir gratulieren der Helferin zum **mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:**

Ursula Grau,
tätig bei Dr. med. U. Freitag, vormals Praxis
Dr. med. G. Hartmann, Ebsdorfergrund.

Bezirksärztekammer Frankfurt



Regelung läuft aus: Unterlagen für den MDK per Umschlagverfahren via Krankenkasse

Das sogenannte Umschlagverfahren, wonach Krankenkassen beim behandelnden Vertragsarzt begutachtungsrelevante Unterlagen für den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) anfordern und im ungeöffneten Umschlag an diesen weiterleiten, läuft aus. Die Bundesdatenschutzbeauftragte fordert für die Zukunft eine Übermittlung von Sozialdaten zwischen Leistungserbringern und MDK nur noch auf direktem (Post-)Weg, auch bei Anforderung durch die Krankenkassen.

Die Bundesdatenschutzbeauftragte hat in einem Gespräch mit dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen am 16.

September 2015 angekündigt, das Umschlagverfahren noch bis 1. Januar 2017 zu tolerieren. Einige Vertragsärzte senden allerdings schon jetzt die Unterlagen direkt an den MDK.

Den Unterlagen, die vom Vertragsarzt beim MDK eintreffen, sind dann häufig die zuständige Krankenkasse und der konkrete Begutachtungsauftrag nicht zu entnehmen. Um eine eindeutige Zuordnung der Unterlagen zu gewährleisten, ist es daher ratsam, den dem MDK direkt übermittelten Unterlagen das Anforderungsschreiben der Krankenkasse in Kopie beizufügen.

Dr. med. Jörg van Essen

Leitender Arzt MDK Hessen

Die Rolle des MDK im Gesundheitswesen

Der MDK (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung) ist ein sozialmedizinischer Beratungs- und Begutachtungsdienst der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung. Er berät die gesetzlichen Kassen in allgemeinen Grundsatzfragen und führt Einzelfallbegutachtungen durch. Im einzelnen sind die Aufgaben des MDK in § 275 des 5. Sozialgesetzbuches beschrieben. Hierzu gehören Stellungnahmen für die Krankenkassen bei Fragen zur

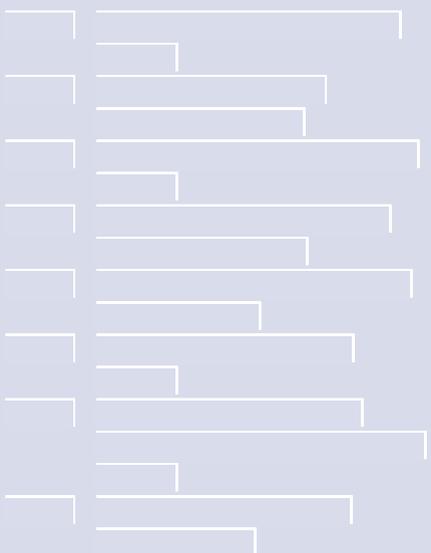
- Arbeitsunfähigkeit
- Notwendigkeit, Art, Umfang und Dauer von Rehabilitationsleistungen bzw. -maßnahmen
- Verordnung von Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln
- Notwendigkeit und Dauer einer Krankenhausbehandlung
- Notwendigkeit und Dauer von häuslicher Krankenpflege

Darüber hinaus beraten die Medizinischen Dienste die gesetzlichen Krankenkassen und ihre Verbände in grundsätzlichen Fragen der präventiven, kurativen und rehabilitativen Versorgung sowie bei der Gestaltung der Leistungs- und Versorgungsstrukturen.

Ein wichtiges Tätigkeitsgebiet des MDK Hessen ist die Qualitätsprüfung sowie Beratung von ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen. Die Mitglieder der für diese Aufgabe regional tätigen, speziell geschulten Teams führen hessenweit jährlich in rund 2.000 ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen umfassende Qualitätsprüfungen durch. Der MDK begrüßt die bundesweit einheitliche Umsetzung des Projektes „Strukturmodell – Effizienzsteigerung der Pflegedokumentation in der ambulanten und stationären Langzeitpflege“, das vom Bundesministerium für Gesundheit initiiert wurde. Durch dieses Projekt werden professionell Pflegenden von Dokumentationsverpflichtungen für „Routinetätigkeiten“ entlastet. Ziel ist es, in jedem Bundesland eine Beteiligung von mindestens 25 Prozent der vollstationären Einrichtungen und ambulanten Dienste für die Teilnahme am Projekt zu erreichen (in Hessen sind aktuell 35,5 Prozent der stationären und 30,1 Prozent der ambulanten Einrichtungen registriert).

Dr. med. Jörg van Essen

Bezirksärztekammer Gießen



Lebenserwartung steigt

RKI legt Bericht „Gesundheit in Deutschland“ vor

Der Bericht „Gesundheit in Deutschland“ des Robert-Koch-Instituts (RKI) gibt in elf Kapiteln einen fundierten Überblick über den aktuellen Stand und die Entwicklung der Gesundheit in Deutschland. Es ist der dritte Bericht dieser Art in der Gesundheitsberichterstattung (GBE) des Bundes. Im Fokus stehen das Krankheitsgeschehen und das Gesundheits- und Risikoverhalten von Erwachsenen, Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Darüber hinaus enthält der Bericht Beiträge zu Angebot und Inanspruchnahme der Gesundheitsversorgung und Prävention sowie zu den Kosten des Gesundheitswesens.

Erfreulich ist demnach, dass die Lebenserwartung bei Frauen wie Männern kontinuierlich steigt. Ein weiterer positiver Trend ist der Rückgang schwerer oder tödlicher Krankheiten, beispielsweise Herzinfarkt und Schlaganfall. Chronische Erkrankungen nehmen hingegen weiter zu, beispielsweise Diabetes mellitus Typ 2. Auch für einige Krebserkrankungen steigen die Fallzahlen. Viele dieser Entwicklungen stehen im Zusammenhang damit, dass der Anteil älterer Menschen an der Bevölkerung steigt.

Im Bereich der psychischen Gesundheit sind unterschiedliche Entwicklungen zu erkennen: Während epidemiologische Daten keine Zunahme psychischer Störungen nahelegen, steigt ihre Bedeutung bei Fehlzeiten und Frühberentungen deutlich an. Hier spielt auch die Enttabuisierung psychischer Krankheitsbilder eine Rolle. Der Bericht zeigt auch, dass lebensstilbedingte Gesundheitsrisiken in der Bevölkerung weiterhin stark verbreitet sind, selbst wenn zum Beispiel die Rauchquoten seit Anfang der 2000er-Jahre sinken. Ein ent-

sprechend großes Potenzial besteht in den Bereichen Prävention und Gesundheitsförderung.

Zwei große Entwicklungen bestimmen das Gesundheits- und Versorgungsgeschehen in Deutschland wesentlich: die demografischen Veränderungen und der starke Einfluss der sozialen Lage auf die Gesundheit. Ein niedriger Sozialstatus geht mit einer geringeren Lebenserwartung einher. Hier werden Unterschiede von fast elf Jahren für Männer sowie acht Jahren für Frauen unterschiedlicher Einkommensgruppen berichtet. Auch Krankheiten wie Herzinfarkt, Schlaganfall, Diabetes mellitus und Depression betreffen Menschen mit niedrigem Sozialstatus häufiger. Die gesundheitliche Entwicklung ist bereits im Kindes- und Jugendalter mit der sozialen Herkunft assoziiert.

Durch den demografischen Wandel ergeben sich Herausforderungen für das Gesundheitswesen. Beispielsweise ist mit einer weiteren Zunahme nichtübertragbarer Erkrankungen wie Diabetes mellitus, Krebs sowie Demenz zu rechnen, mit ihren vielfältigen Auswirkungen auf das Versorgungssystem.

Der Bericht basiert auf zahlreichen belastbaren Datenquellen, zunächst den Daten aus dem Gesundheitsmonitoring des Robert Koch-Instituts und weiterer Studien und ist unter

www.rki.de/gesundheitsbericht kostenfrei abrufbar. Angebote der GBE finden sich unter www.rki.de/gbe.

Dr. phil. Anke-Christine Saß

Dr. med. Thomas Ziese

Robert Koch-Institut Berlin

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Kassel

Fortbildung Qualitätsmanagement im Krankenhaus

30. QM-Netzwerktreffen mit dem Schwerpunktthema „Zertifizierungen“

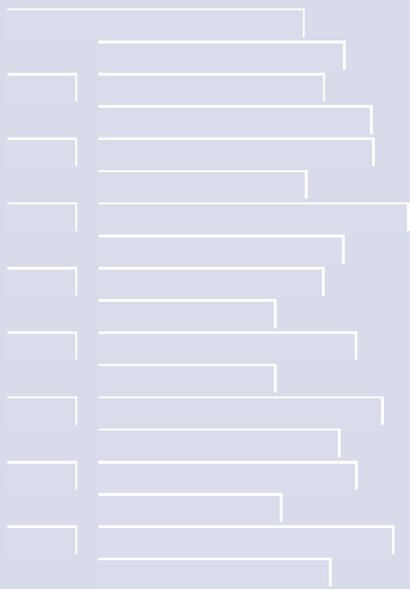
- **Termin:** 6. April 2016, 10 – 17.30 Uhr
7. April 2016, 8.45 – 15.30 Uhr
- **Ort:** Bildungszentrum | Am Tannenwald 1 | 66459 Kirkel

Veranstalter: Ärztekammer Saarland

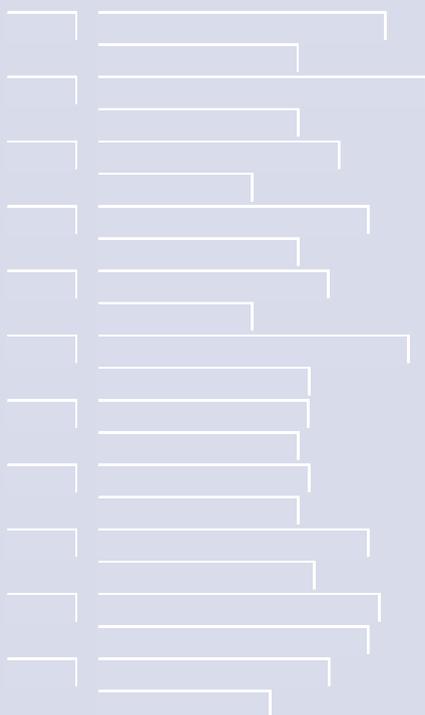
Fachliche Leitung: Dr. med. Josef Mischo, Sonja Holzäpfel, Alexander Neufang

Info & Anmeldung per E-Mail: s.holzaepfel@t-online.de oder alexander.neufang@t-online.de

Bezirksärztekammer Marburg



Bezirksärztekammer Wiesbaden



Doktorjubiläum

- 01.04.: Wolf-Dieter Heidemann,
Offenbach, Bezirksärztekammer
Frankfurt/Main
- 14.04.: Hans-Georg Jester, Babenhausen,
Bezirksärztekammer Darmstadt
- 16.04.: Dietmar Boerner, Viernheim, Be-
zirksärztekammer Darmstadt

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, 9. März 2016, um 18 Uhr

im Hause der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt am Main

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Begrüßung und Moderation:

Dr. med. Johannes Knollmeyer

Direktor Gesundheitspolitik Sanofi Aventis

REFERENTEN

Dr. Katja Leikert, MdB

Prof. Dr. med. Georgios Raptis

Ostbayerische Technische Hochschule (OTH) Regensburg

Martin Leimbeck

Facharzt für Allgemeinmedizin

Ausschuss Telematik der Landesärztekammer Hessen

Digitalisierung im Gesundheitswesen – Chancen und Risiken

Das „E-Health-Gesetz“ (2015) soll Grundlagen für sichere digitale Kommunikation, Infrastrukturen und Anwendungen schaffen. Verbesserungen der Gesundheitsversorgung werden erwartet. Neue Nutzenanwendungen weisen eine hohe Dynamik auf. Im Zentrum der Kritik stehen Fragen zur Datensicherheit bei explodierenden Datenmengen, die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht und das Recht auf informationelle Selbstbestimmung des Patienten. Experten und Nutzer informieren und geben Antworten auf ihre Fragen.

Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main

Fon/Fax: 069 766350

www.bad-nauheimer-gespraech.de

E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Horst-Walther Adler, Marburg
* 03.05.1942 † 28.11.2015

Dr. med. Hedwig Bode, Glashütten
* 05.02.1922 † 08.12.2015

Mudr. Georg Daniel, Baunatal
* 13.06.1927 † 15.12.2015

Jan Heinrich van Dassen, Berkatal
* 28.04.1951 † 04.12.2015

Ltd. Medizinaldirektor a. D.
Dr. med. Horst Friedel, Dillenburg
* 12.12.1920 † 06.01.2016

Rainer Krauß, Gelnhausen
* 01.10.1948 † 12.11.2015

Siegfried Klaus Peter Kruschwitz,
Ebsdorfergrund
* 25.07.1942 † 21.12.2015

Dr. med. Theodor Matner,
Greifenstein
* 12.10.1919 † 30.08.2015

Dr. med. Hein Erich Müschen, Fulda-
rück
* 02.05.1950 † 23.10.2015

Dr. med. Karim Naderian, Korbach
* 23.09.1933 † 18.12.2015

Harald Dietmar Nicklas, Grünberg
* 10.04.1949 † 24.10.2015

Theodor Psyraakis, Essenheim
* 09.03.1957 † 19.12.2015

Dr. med. Horst Steinhäuser, Frankfurt
* 11.05.1926 † 24.11.2015

Dr. med. Laszlo Mihaly Szappanos,
Darmstadt
* 24.04.1940 † 19.12.2015

Dr. med. Karl Werner, Bad Soden
* 01.05.1921 † 01.04.2014

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren
gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060039513 ausgestellt am
13.08.2015 für Heike Baumgarten,
Wilnsdorf

Arztausweis-Nr. 060036815 ausgestellt am
13.01.2015 Nuray Erdemir, Butzbach

Arztausweis-Nr. 060040993 ausgestellt am
11.12.2015 für Fawad Ahmad Faqiri, Stuhr

Arztausweis-Nr. 060030767 ausgestellt am
12.08.2013 für Dr. med. Matthias
Gieringer, Oestrich-Winkel

Arztausweis-Nr. 060027506 ausgestellt am
11.10.2012 für Dr. med. Helmuth Greger,
Kassel

Arztausweis-Nr. 060024914 ausgestellt am
02.03.2012 für Sandra Heß, Kelsterbach

Arztausweis-Nr. 060022324 ausgestellt am
22.09.2011 für Dr. med. Hans Christoph
Kreck, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060034744 ausgestellt am
11.08.2014 für Dr. med. Ines Layer, Mainz

Arztausweis-Nr. 060037393 ausgestellt am
18.02.2015 für Oliver Mennicken, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040497 ausgestellt am
02.11.2015 für Dr. med. Eberhard Meyer,
Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060032414 ausgestellt am
30.01.2014 für Dirk Mühlbauer, Gießen

Arztausweis-Nr. 060024648 ausgestellt am
13.02.2012 für Dr. med. Sven Rachor,
Hanau

Arztausweis-Nr. 060033891 ausgestellt am
05.06.2014 für Dr. med. Barbara Scheer-
Hochheimer, Glashütten

Arzneiverordnung in der Praxis (AVP): Ausgabe 01/2016 jetzt online

Themen der aktuellen Januar-Ausgabe „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) sind unter anderem die Behandlung nichttumorbedingter Schmerzen mit Opioiden und die Therapie der durch Opioiden verursachten Obstipation. Zwei Beiträge informieren über die Auswirkungen der frühen Nutzenbewertung nach AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes) auf die ärztliche Praxis. Anhand eines Fallbeispiels wird dargestellt, welche Arzneimittel eine Vaskulitis auslösen können. Das gesamte Heft ist online kostenfrei verfügbar (<http://www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/aktuell/index>).

html). Die Beiträge können auch einzeln heruntergeladen werden. AVP erscheint vierteljährlich. Ein Newsletter informiert regelmäßig über neue Ausgaben (E-Mail an: newsletter@akdae.de). Das wirtschaftlich unabhängige Bulletin AVP ist das Informationsblatt der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ). AVP richtet sich vor allem an Allgemeinärzte und hausärztlich tätige Internisten und an alle Ärzte, Apotheker, Medizin- und Pharmaziestudenten, die Entwicklungen in der Arzneimitteltherapie verfolgen wollen. AVP ist Mitglied der International Society of Drug Bulletins (ISDB).

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 Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224
E-Mail: schriftleitung-haebel@laekh.de

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

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: DAAEDED3

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2, gültig ab 01.01.2016

Druckauflage: 34.000 Ex.



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

Der Verlag ist Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED

IA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e.V.

77. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln