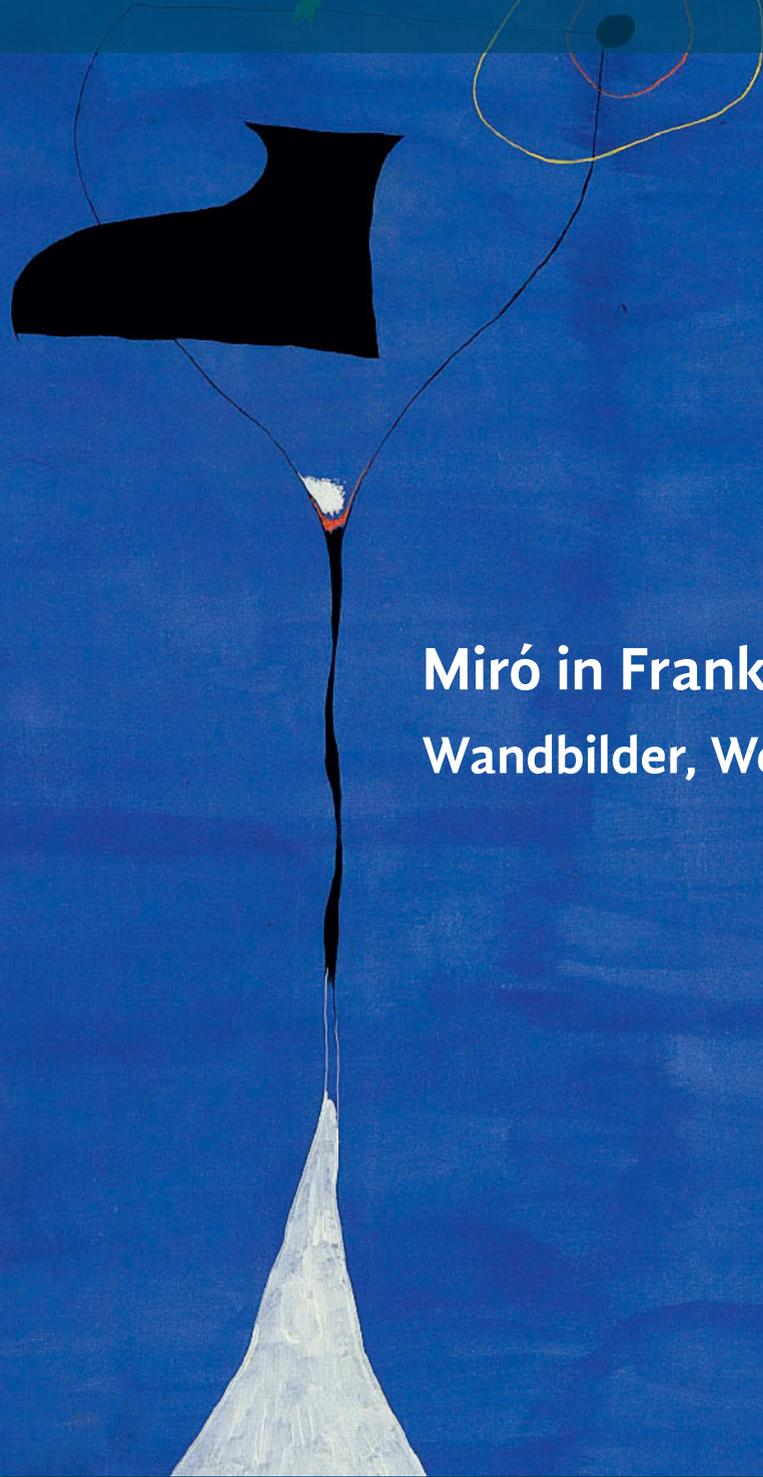


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Miró in Frankfurt Wandbilder, Weltenbilder

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Vertreter der Landesärztekammer besuchen Frankfurter Flüchtlingsunterkunft auf dem Neckermann-Gelände

Der Mund ist kein Nebenschauplatz

Die zertifizierte Fortbildung informiert über Therapiemöglichkeiten für Parodontitis und Mundhöhlenkarzinome

E-Health-Gesetz

Drei Beiträge erläutern Entwicklung, aktuellen Sachstand, Risiken und klären darüber auf, was auf Kliniken und niedergelassene Ärzte zukommt



48. Internationaler Seminarkongress

28.08.-02.09.2016 in Grado/Italien

Veranstalter: Collegium Medicinae Italo-Germanicum in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen u. a. mit dem deutschen „Dr. House“ Prof. Dr. Jürgen Schäfer

Programm:

Eröffnungsvortrag

am Sonntag, 28. August 2016 um 16 Uhr

Schwerpunkthemen der Seminare

vom 29. August bis 02. September 2016:

- Akutsituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst - Theorie, von der KVB anerkannt, Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg
- Palliativmedizin, Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch, Berlin
- Seltene Erkrankungen, Prof. Dr. Jürgen Schäfer, Marburg
- Forensische Psychiatrie, Dr. Hanna Ziegert, München
- Medizin in Zeiten globaler Epidemien, Prof. Dr. Dr. René Gottschalk, Frankfurt am Main

Kurs (mit Zusatzgebühr):

- Akutsituation im ärztlichen Bereitschaftsdienst – Praxis, Prof. Dr. Peter Sefrin, Rainer Schmitt, Würzburg

Die **Anerkennung der Veranstaltung** für den Erwerb von Fortbildungspunkten wird bei der Landesärztekammer Hessen beantragt. Die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an.

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Sozial-, Gesundheits- und ärztliche Berufspolitik
Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

Fortbildung und Familienurlaub verbinden

Auskunft:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen | Fon: 06032 782-222 | E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



Foto: Massimo Crivellari

Lebendig, malerisch und familienfreundlich:

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Das auf römische Zeiten zurückgehende Grado bietet Hotels und Pensionen in allen Preisklassen, Ferienwohnungen, aber auch Campingplätze mit eigenen Stränden. Die kleine venezianische, romantische Altstadt mit ihren verwinkelten Gässchen, die schöne, frühchristliche Basilika „Santa Eufemia“ und der pittoreske Hafen sind gern besuchte Plätze.

Zur Erholung laden neue Thermalanlagen ein. Der sehr gepflegte und bewachte vier Kilometer lange Strand fällt sanft ab. Die zunächst geringe Wassertiefe garantiert Sicherheit für die „Kleinen“. Für die „Großen“ bieten sich ebenfalls hervorragende Bademöglichkeiten. Tretboote garantieren nicht nur Kindern eine fröhliche und abwechslungsreiche Zeit. Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest und auch Venedig sind jeweils nur etwa eine Autostunde entfernt.

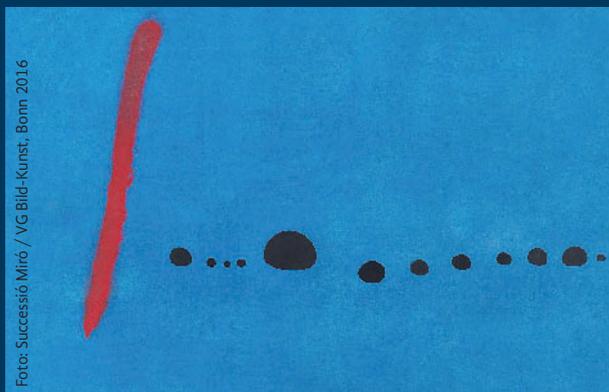


Foto: Successió Miró / VG Bild-Kunst, Bonn 2016

Joan Miró in der Frankfurter Schirn

Die Ausstellung bietet einen eindrucksvollen Blick auf das Œuvre eines der wichtigsten Künstler des 20. Jahrhunderts. Gezeigt werden vor allem großformatige Mirós. Die Werkschau ist zugleich Auftakt der Feierlichkeiten zum 30-jährigen Bestehen der Frankfurter Kunstthale am Römerberg in diesem Jahr.

210



Foto: RP Darmstadt

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen

Über 1300 Menschen aus zwölf Nationen wohnen derzeit im ehemaligen Neckermann-Bürogebäude in Frankfurt. Nachdem Ende Januar eine Initiative scharfe Kritik an der Unterkunft geübt hatte, konnten nun Vertreter der Landesärztekammer Hessen bei einem Besuch eine positive Bilanz ziehen.

196

Editorial: GOÄneu – Eile mit Weile	194
Ärztekammer: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) bei niedergelassenen Ärzten	208
Fortbildung	
Der interessante Fall: Nur eine einfache kreislaufbedingte Synkope?	198
Wie können Heilmethoden der komplementär-alternativen Medizin beurteilt werden?	228
Refresher-Seminar Neurologische Begutachtung: Fallstricke geschickt umschiffen	234
Mensch und Gesundheit	
Weniger ist mehr: Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen	209
Einführung von Schulgesundheitsfachkräften	225
Gesprächshilfe für Kinder von Krebskranken	227
Aus anderen Ärztekammern: Die Landeszahnärztekammer Hessen	206
Bekanntmachungen	
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	239
Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	217
Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	223
Parlando: Musikakademien als besondere Konzertorte	211



Foto: siehe LitVZ, Eickholz [1]

Der Mund ist kein Nebenschauplatz

Die Mundhöhle ist die Eintrittspforte in den Organismus. Die zertifizierte Fortbildung aus den Bereichen Zahnmedizin und Medizin informiert über Diagnose und Therapiemöglichkeiten für Parodontitis und Mundhöhlenkarzinome sowie Erkrankungen der Mundschleimhaut.

200



Foto: Sashkin – Fotolia.com

E-Health-Gesetz

Drei Beiträge erläutern Entwicklung, aktuellen Sachstand und Risiken zum E-Health-Gesetz, das seit 1. Januar 2016 in Kraft ist. Aus rechtlicher Perspektive wird aufgezeigt, was auf Kliniken sowie niedergelassene Ärztinnen und Ärzte zukommt, wenn die Telemedizin schrittweise ausgebaut wird.

212 – 216

Leserbriefe

Gerechtere Vergabe von Organspenden	232
Augenheilkundliche Ergänzungen zur Polymyalgia rheumatica	233

Medizinische Fachangestellte

Hochwaldkrankenhaus unterstützt Carl-Oelemann-Schule mit Röntgenanlage	237
Ausbildungsmesse in Marburg	238

Ansichten und Einsichten

Was will die Bundesärztekammer mit der neuen GOÄ?	227
Der Glaube an die Globuli: Kritischer Blick auf Homöopathie & Co. / Neues Buch von Norbert Schmacke	231

Personalia

.....	236
Impressum	242

Bücher

■ Ulrich Kuhlmann et al. (Hrsg.): Nephrologie: Pathophysiologie – Klinik – Nierenersatzverfahren	199
■ Benjamin Bardé et al.: Klinische Psychokardiologie – Beiträge zur Psychotherapie von Herzkranken	214
■ Bernd Kalvelage: Klassenmedizin. Plädoyer für eine soziale Reformation der Heilkunst	214
■ Christiane Eichenberg et al.: Einführung in die Onlineberatung und -therapie	230
■ Rolf F. Kroidl et al.: Kursbuch Spiroergometrie	241



GOÄneu – Eile mit Weile

Liebe Kolleginnen und Kollegen!

Dieses Editorial war bereits im Druck, als der Vorstand der Bundesärztekammer nach eingehender Diskussion am 17.03.2016 folgenden Beschluss fasste: „Der Vorstand der Bundesärztekammer hat den aktuellen Diskussionsstand zum Leistungsverzeichnis der GOÄneu eingehend erörtert und weiteren Diskussionsbedarf festgestellt.“ Das eröffnet die Möglichkeit, nochmal alles auf den Prüfstand zu stellen.

Der Deutsche Ärztetag hat kontinuierlich mit seinen Beschlüssen dem Vorstand der Bundesärztekammer den Auftrag gegeben, eine neue GOÄ zu entwickeln. Bundesärztekammer und PKV erhielten dazu vom Gesetzgeber gemeinsam das entsprechende Mandat. Der Vorstand der BÄK hat aber nie Zweifel daran gelassen, dass bis zur Verabschiedung einer neuen GOÄ durch den Gesetzgeber eine Unterbrechung des Weges erfolgt, wenn es berechnete Zweifel an einer im Sinn der Ärzteschaft gestalteten GOÄ geben sollte.

Es bietet sich jetzt an, die Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen mit Experten der jeweils betroffenen Arztgruppen genau abzustimmen, um das Ziel einer arztgerechten, betriebswirtschaftlich basierten, belastbaren GOÄ mit doppelter Schutzfunktion für Patienten und Ärzte nach § 11 Bundesärzterordnung doch noch zu erreichen.

Nachfolgend möchte ich Ihnen die Hintergründe der GOÄ bis zum heutigen Stand der Entwicklung der GOÄneu darstellen.

Schon der Codex Hammurapi aus dem 18. Jahrhundert vor Christi enthielt quasi eine amtliche Gebührenordnung für Ärzte. Bis zur ersten amtlichen Gebührenordnung für Ärzte in Preußen, der 1896 eingeführten Preußischen Gebührenordnung für approbierte Ärzte und Zahnärzte (Preugo), sollten noch mehrere tausend Jahre vergehen. Am 1. April 1965 wurde in der Bundesrepublik die erste Bundesgebührenordnung für Ärzte und Zahnärzte (Bugo) im heutigen Sinn eingeführt und verband die Preugo mit dem damaligen Leistungsverzeichnis der Ersatzkassen. Die Privatliquidation war weiterhin an das Leistungsverzeichnis der Ersatzkassen angelehnt, allerdings mit einer bedarfsabhängigen Steigerungsmöglichkeit.

1982 schließlich trat die aktuelle GOÄ, seitdem nur 1996 partiell angepasst, in Kraft. Schon damals wurde der Staat ermahnt, zukünftig an die laufende Fortentwicklung der amtlichen Gebührenordnung zu denken, wurde diese bis dahin doch nicht geändert. Mit der Anpassung 1996 erfolgte auch eine Eingrenzung des Gebührenrahmens, das heißt der Steigerungsmöglichkeit des Honorarsatzes.

Seitdem drifteten privatärztliche und kassenärztliche Rahmenbedingungen zunehmend auseinander. In der Gesetzlichen Kran-

kenversicherung (GKV) erfolgten erst eine Rabattierung und dann eine Budgetierung. Hier hat der Arzt kein unmittelbares Abrechnungsverhältnis zum Patienten, sondern mittelbar über die kassenärztlichen Vereinigungen zum Kostenträger. Bei der Privatbehandlung, für die die GOÄ gilt, gibt es im Gegensatz zur GKV keine Kostenträger, sondern zwischen Arzt und Patient herrscht eine direkte Beziehung in Form eines Individualvertrags, das heißt der Patient selbst ist der „Entgeltverpflichtete“.

Die GOÄ ist die einzige gesetzliche Gebührenordnung durch den Ordnungsgeber auf der Grundlage des § 11 der Bundesärzterordnung. Sie hat feste Preise und unverändert kein Budget. Dies ist bedeutend für die Gegenwart wie auch für die Zukunft. Weder die Ausgabenentwicklung noch die Einnahmeentwicklung der Privaten Krankenversicherer (PKV) haben eine Wirkung auf die individuelle Honorarrechnung.

Seit Mitte der 90er-Jahre des vergangenen Jahrhunderts fordern Ärztekammern wie auch Ärzteverbände eine Anpassung der GOÄ, um die Entwicklungen und Innovationen der ärztlichen und medizinischen Leistungen abzubilden. 2012 scheiterten die damaligen Verhandlungen über eine neue GOÄ und sorgten für erneuten Stillstand. Die erbetene Kommentierung seitens der Berufsverbände war nur in Teilen erfolgt.

Hinsichtlich der aktuellen Verhandlungen für eine neue GOÄ erteilte der Ordnungsgeber, also das Bundesgesundheitsministerium (BMG) als allein Verantwortlicher für die GOÄ, das Mandat und den Auftrag für eine Neuentwicklung. Das BMG verpflichtete die Auftragsnehmer, nämlich die Bundesärztekammer (BÄK) und die PKV (sowie Beihilfe) zu einer einvernehmlichen Lösung. Im Zuge der aktuellen Verhandlungen war die PKV bereit, die von der Bundesärztekammer erarbeitete Vorlage als Modell zu übernehmen. Mittels betriebswirtschaftlich kalkulierter Berechnung sollen Preise für die ärztlichen Leistungen, die technischen Leistungen und die personellen Leistungen ermittelt werden. Die „sprechende“ Medizin als Basis der typisch ärztlichen Leistung auf Grundlage der Kompetenz und Qualifikation soll adäquat vergütet werden. Der Kalkulation liegt die Annahme einer unternehmerisch zeitgemäß kalkulierten Vergütung zugrunde. Selbstverständlich muss auch der Aufwand für technische Ausstattung und Leistungen adäquat refinanziert werden.

Durch die Mandatierung und die auferlegte Verpflichtung zur Einigung zwischen BÄK, PKV und Beihilfe konnten die Verhandlungen nur geführt werden, wenn dem Verhandlungspartner die eigenen Überlegungen nicht gleich offenbart wurden. Die so bei vielen Kolleginnen und Kollegen entstandene Unklarheit verursachte verständlicherweise eine erhebliche Unsicherheit.

Die GOÄneu enthält ca. 4.600 Gebührenpositionen und ist mit der etwa 2.900 Gebührenpositionen umfassenden bisherigen GOÄ nicht vergleichbar. Daher ist eine Vorhersage, wie sich die Steigerung der PKV-Ausgaben entwickeln wird, nicht möglich. Valide Daten über die bundesweiten Einnahmen aus der Privatliquidation hat auch die Ärzteschaft inklusive der Privatärztlichen Verrechnungsstellen nicht. PKV und Beihilfe verfügen bezüglich der Ausgabenseite nur über Informationen aus den eingereichten Rechnungen. Diese sind jedoch nur ein Teil der Gesamtprivatliquidation. Eine Diskussion über den Umfang möglicher Zuwächse ist daher reine Spekulation. So ist auch eine Transkodierung der neuen betriebswirtschaftlich kalkulierten Gebührenordnungspositionen auf die alte GOÄ und somit eine Abschätzung des Zuwachses schwierig.

Der außerordentliche Ärztetag, dessen Delegierte sich aus 136 niedergelassenen Ärzten, 73 Krankenhausärzten inklusive der leitenden Krankenhausärzte und 41 Ärzten aus sonstigen Bereichen zusammensetzten, stimmte mit deutlicher Mehrheit der Aufforderung an die Bundesregierung zu, die GOÄ-Novelle noch in der aktuellen Legislaturperiode in Kraft zu setzen, und zwar nach Maßgabe des Kompromissvorschlags von Bundesärztekammer, PKV und Beihilfe:

- eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen.
- Nicht unterschreitbare Gebührensätze unter Berücksichtigung gerechtfertigter Ausnahmefälle.
- Abbildung von Innovationen durch Analogabrechnung.
- Weiterhin die Möglichkeit für abweichende Honorarvereinbarungen.
- Berücksichtigung der Gehalts- und Kostenentwicklungen sowie eines Inflationsausgleichs.
- Dreijährige Monitoringphase: Beseitigung von Inkongruenzen bei Legenden und Bewertungen; Überprüfung der Praktikabilität und Angemessenheit der neuen Steigerungssystematik.

Alle in weiteren Anträgen formulierten Forderungen zur Fortentwicklung der GOÄ sind seither in die Überlegungen des GOÄ-Ausschusses zur Beratung des BÄK-Vorstandes und der Verhandlungsführer einbezogen worden.

Die Mehrheit des Ärztetages hielt auch die Bildung und die Aufgaben der Gemeinsamen Kommission (GeKo) für sinnvoll:

- ständige Weiterentwicklung der GOÄ,

- Integration des medizinischen Fortschritts in das Gebührenwerk,
- Interpretation von Leistungslegenden,
- Schaffung von Regeln für die Anwendung des Steigerungssatzes und
- Korrektur bei Fehlentwicklungen.

In den Beratungen der GeKo können die Ärzte nicht überstimmt werden. Sie ermöglicht entsprechend der seit langem erhobenen Forderung eine zeitnahe Anpassung der GOÄ. Die GeKo ist kein dem EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab) entsprechendes Regulierungsinstrument.

Bei der privatärztlichen Behandlung wird es auch in Zukunft kein wie auch immer geartetes Budget und kein EBM-ähnliches Konstrukt geben. Das Morbiditätsrisiko verbleibt bei den Entgeltverpflichteten und nicht bei den Ärzten.

Da – wie erwähnt – der Ausgabenzuwachs durch die GOÄneu nicht valide berechnet werden kann, soll die GeKo nur in den ersten drei Jahren und nicht darüber hinaus die Ausgabenseite überprüfen. Dies ist wichtig und angemessen, denn es dient sowohl dem Schutz der Ärzte als auch dem Schutz der Patienten. Ärzte oder einzelne Arztgruppen sollen so vor unbeabsichtigten Einnahmeverchiebungen und Patienten vor unbeabsichtigter finanzieller Überforderung geschützt werden.

Wenn die GeKo eine Einigung erzielt, wird das Ergebnis als Vorschlag an das Bundesgesundheitsministerium (BMG) übergeben. Falls die GeKo keine Einigung erzielt, wird dies dem BMG berichtet. Das BMG entscheidet als Ordnungsgeber.

Vor dem Hintergrund der aktuellen Entwicklungen bleibt nur noch ein sehr kleines Zeitfenster, um eine im Sinn der Ärzteschaft überarbeitete GOÄneu in der laufenden Legislaturperiode in Kraft zu setzen.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Der Speisesaal, die ehemalige Neckermann-Kantine, ist großzügig und freundlich

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Vertreter der Landesärztekammer ziehen positive Bilanz

Begehung der Flüchtlingsunterkunft auf dem Frankfurter Neckermann-Gelände

Überall Kinder, das ist der erste Eindruck. Sie laufen durch die Flure, die sich wie in einem Labyrinth durch die Stockwerke schlängeln. Einige schauen hinter den Rücken erwachsener Verwandter hervor; andere gehen direkt auf die kleine Gruppe von Besuchern zu: „Guten Tag, ich heiße Amira. Und wie heißt du?“, möchte ein Mädchen wissen. Auf die Frage nach ihrem Alter hebt sie beide Hände und dann nochmals zwei Finger in die Höhe. „Zwölf Jahre?“ Sie nickt und lacht.

Über 1.300 Menschen aus zwölf Nationen leben derzeit (Stand Mitte Februar 2016) in der Flüchtlingsunterkunft auf dem ehemaligen Neckermann-Gelände in Frankfurt. 455 von ihnen sind Kinder, für die gesonderte Spielräume zur Verfügung stehen. „Sozialarbeiter des Arbeiter Samariter Bundes (ASB) bringen den Kleinen Deutsch bei“, erzählt der stellvertretende Leiter der vom ASB betreuten Einrichtung, Florian Reisberg.

Funktionell eingerichtet

Mitte Dezember 2015 hatten die ersten Flüchtlinge das riesige Gebäude im Stadtteil Fechenheim bezogen, das Platz für bis zu 2.000 Menschen bietet. Die Flüchtlinge wohnen hier zwei bis drei Monate, bevor sie auf die hessischen Kommunen verteilt werden. Ende Januar hatte die Initiative „Welcome Frankfurt“ in einem offenen Brief scharfe Kritik an der Frankfurter Erstaufnahmeeinrichtung geübt. Da sich die Vorwürfe auch auf die medizinische Versorgung bezogen, besuchten Vertreter

der Landesärztekammer Hessen gemeinsam mit der Darmstädter Regierungspräsidentin Brigitte Lindscheid und Prof. Dr. med. Leo Latasch, Gesundheitsamt Frankfurt, die Aufnahmeeinrichtung, um sich vor Ort zu informieren. Die Bilanz der Ärzte fiel positiv aus.

Zweifellos gibt es anheimelndere Wohnstätten. Wie ein großer grauer Klotz ragt das Betongebäude an der Hanauer Landstraße in die Höhe. Sein Inneres ist nicht komfortabel, aber funktionell eingerichtet. Ursprünglich hatte die Stadt der Nutzung als Flüchtlingsunterkunft skeptisch gegenüber gestanden und kleineren Unterkünfte für weniger Menschen den Vorzug gegeben. Dagegen hielt die Landesregierung das Gebäude für geeignet, da dort eine getrennte Unterbringung von Frauen und Kindern sowie allein reisenden Männern möglich ist. Tatsächlich wirkt die Flüchtlingsunterkunft bei der Begehung trotz ihrer vielen Bewohner nicht überfüllt. Der

weitläufige Speisesaal, der schon zu Neckermann-Zeiten als Kantine genutzt wurde, ist großzügig und freundlich. Im Eingangsbereich stehen Gruppen junger Männer, an den Tischen sitzen Erwachsene unterschiedlichen Alters und Familien. „Dass wir hier so viele Familien haben, wirkt sich günstig auf die Atmosphäre insgesamt aus“, sagt Reisberg. Selten entstehen größere Konflikte; erst zweimal musste die Polizei gerufen werden.

Tägliche ärztliche Sprechzeiten, 100 im Wechsel tätige Ärztinnen und Ärzte verschiedener Fachrichtungen, eine 24-stündige personelle Besetzung des „Medical Point“: Professor Leo Latasch vom Frankfurter Gesundheitsamt, das die medizinische Versorgung an sieben Tagen in der Woche koordiniert, führte die Besuchergruppe durch die drei Behandlungsräume und zeigte die Medikamentenvorräte. „Hier gibt es keinen Mangel“, betonte er. „Weder an Medika-



Das ehemalige Neckermann-Bürogebäude im Frankfurter Stadtteil Fechenheim bietet Platz für bis zu 2.000 Menschen



menten, noch an Fachleuten. Vom 18. Dezember bis zum 2. Februar haben wir 1.400 Erstkontakte gehabt. Das ist das Maximum dessen, was wir zu leisten vermögen.“ Wenn Flüchtlinge eine fachärztliche Behandlung benötigen, werden sie an einen niedergelassenen Arzt oder in ein Krankenhaus überwiesen. Konflikte mit den Patienten wegen kultureller Unterschiede habe er bisher nicht erlebt. Auch seien immer Dolmetscher in den Sprechstunden dabei, um die Sprachbarrieren zu überbrücken.

Und wie sieht es mit der psychotherapeutischen Behandlung der vielfach traumatisierten Flüchtlinge aus? Latasch wies auf das kürzlich in Darmstadt gestartete Modellprojekt „Step-by-Step“ zur Betreuung von traumatisierten Frauen und Kindern unter Flüchtlingen hin. Im Rahmen des zusammen mit dem Sigmund-Freud-Institut erarbeiteten Angebotes sollen Flüchtlinge die Möglichkeit haben, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen. „Das möchten wir gerne ausweiten.“

Ärztliche Versorgung ist geregelt

Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Frankfurt, Dr. med. Wolfgang Seher,



Das Türschild weist auch in arabischen Lettern auf einen ärztlichen Behandlungsraum hin

zeigte sich sowohl von den angebotenen Leistungen als auch von der Ausstattung der Behandlungsräume in der Flüchtlingsunterkunft angetan. „Die ärztliche Versorgung ist gut geregelt. Dass es bei über 1.300 Flüchtlingen in der Einrichtung gelegentlich zu Wartezeiten kommt, ist nachvollziehbar.“ Auch Dr. med. Lars Bodammer, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, urteilte nach der Begehung, „dass das medizinische Angebot den aktuellen Anforderungen an eine ausreichende medizinische Versorgung sicherlich gerecht“ werde. „Wir haben uns ein Bild von dem gemacht, was in kurzer Zeit geleistet

wurde. Sollte es Missstände gegeben haben, sind diese behoben worden“, fasste Dr. med. Ernst Girth, Menschenrechtsbeauftragter der hessischen Ärztekammer, seine Eindrücke zusammen.

Auch die hygienischen Verhältnisse in der Flüchtlingsunterkunft entsprechen den Notwendigkeiten: Ein Großteil der 200 Duschen wurde neu installiert, Boiler sorgen für die Warmwasserversorgung. „Sicherlich kann es vorkommen, dass man bei großer Inanspruchnahme morgens oder abends gelegentlich ein paar Minuten auf das warme Wasser warten muss, aber das ist in jeder Familie so“, sagte Latasch. Die Einhaltung hygienischer Standards (Küche, Duschen, Toiletten, Behandlungsräume etc.) werde vom Gesundheitsamt u. a. durch unangemeldete Stichproben kontrolliert. „Wir haben vier bis sechs Wochen gebraucht, bis wir mit unserem Leistungsangebot soweit waren wie heute. Und dies mit großem Einsatz aller Beteiligten“, so Latasch weiter. Es werde in einer solch großen Einrichtung auch noch in einem halben Jahr an einigen Stellen Ecken und Kanten geben. „Aber ich vermag nicht zu sagen, wo wir uns wesentlich verbessern könnten.“

Katja Möhrle

Mitarbeit bei „Ärzte ohne Grenzen“: Infoabend am 5. April 2016

„Ärzte ohne Grenzen“ e. V. lädt alle Interessierten zu einem Informationsabend am Dienstag, 5. April 2016, um 19 Uhr in Frankfurt ein.

- Ort: Klinikum der Johann Wolfgang von Goethe Universität Haus 22, Seminarraum 1, Theodor-Stern-Kai 7

Ein Projektmitarbeiter wird die Hilfsorganisation vorstellen, Möglichkeiten der Mitarbeit aufzeigen und über persönliche Erfahrungen berichten. „Ärzte ohne Grenzen“ – Träger des Friedensnobelpreises – sucht Ärzte, Chirurgen, Anästhesisten, Gynäkologen, Hebammen, Gesundheits- und Krankenpfleger, Operationspfleger, medizinische Laboranten, Epidemiologen, Psychologen, Psychiater, Apotheker und technisch und handwerklich begabte „Allrounder“ als Logistiker sowie Personalkoordinatoren und Finanzfachkräfte.

Für Studenten sei die Veranstaltung im Hinblick auf die Berufsplanung interessant, so eine Mitteilung.

Die Teilnahme ist kostenlos, eine Anmeldung ist nicht notwendig. Website: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/event/infabend-113>

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:

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

- **Dienstag, 12. April 2016**
- **Dienstag, 10. Mai 2016**
- **Dienstag, 14. Juni 2016**

Nur eine einfache kreislaufbedingte Synkope?

Kasuistik:

Eine 45-jährige Patientin erwachte nachts gegen 3 Uhr wegen ihres Kindes, verspürte Bauchschmerzen, retrosternales Brennen und Übelkeit. Der Ehemann fand die Patientin kurz darauf auf dem Weg zur Toilette am Boden liegend auf und alarmierte den Rettungsdienst. Die Patientin wurde mit Synkope unklarer Ursache zur Aufnahme gebracht.

Schon im Mai 2015 wurde die Patientin wegen Thoraxschmerzen stationär aufgenommen und mittels Koronarangiographie eine koronare Herzkrankheit (KHK) ausgeschlossen. Damals seien laut Aussagen der Patientin die Beschwerden deutlich stärker gewesen.

Aufnahme-Befund:

45-jährige Patientin, ansprechbar, orientiert, in gutem Allgemein- und Ernährungszustand. Blutdruck 113/71 mmHg, Herzfrequenz (HF) 70/min, Blutsauerstoffspiegel (spO₂): 100 Prozent, Atemfrequenz (AF) 12/min, Temperatur 36,6° C., Cor: reine Herztöne, rhythmische Herzaktion. Pulmo: sonorer Klopfeschall, vesikuläres Atemgeräusch (AG) beidseits. Abdomen: weich, kein Druckschmerz (DS), keine Abwehrspannung, keine pathologischen Resistenzen, Darmgeräusche (DG) vorhanden. Nierenlager ohne Klopfeschmerz. Keine fokale-neurologischen Ausfälle.

Echokardiographisch ergab sich ein normal großer linker Ventrikel mit guter linksventrikulärer Pumpfunktion ohne Kontraktionsstörungen. Keine Relaxationsstörung. Klappen unauffällig, keine erhöhter PA-Druck, keine Perikarderguss. Welche Verdachtsdiagnose ergibt sich aus dem Ruhe-EKG der Patientin? (Abbildung 1):

- Akuter Myokardinfarkt
- Pericarditis
- Lungenembolie
- unspezifischer EKG-Befund
- Brugada-Syndrom?

EKG- Interpretation:

Normofrequenter Sinusrhythmus, Indifferenztyp, q in V1-V2, ST-Streckenhebungen in V1-V2, regelrechte PQ- und QT-Zeiten.

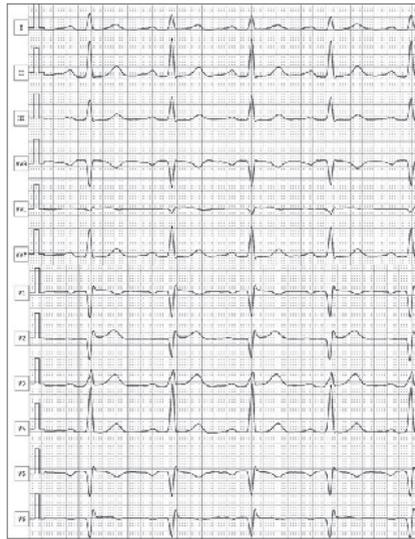


Abbildung 1: EKG bei Aufnahme

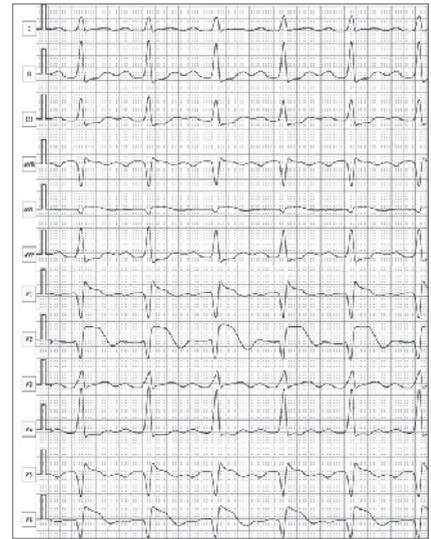


Abbildung 2: EKG nach Gabe von Ajmalin

Fotos: CCB

Verlauf:

Nach invasivem KHK-Ausschluss bestand durch die ST-Streckenhebungen in den Brustwandableitungen V1-V2 der Verdacht auf ein Brugada-Syndrom. In einem Ajmalin-Test konnte dies betätigt werden (Abbildung 2). Der Patientin wurde bei Brugada-Syndrom Typ 1 mit Synkope nach entsprechender Aufklärung am Folgetag ein Defibrillator implantiert. Die Fa-

milienanamnese war bis auf eine frühere Synkope der Schwester zu diesem Zeitpunkt unauffällig. Entsprechende Screening-Untersuchungen der Familienmitglieder wurden veranlasst.

Dr. med. Achim Jäckel

Cardioangiologisches Centrum Bethanien
Im Prüfling 23, 60389 Frankfurt
E-Mail: achim.jaekel@fdk.info

Das Brugada-Syndrom gehört zu den angeborenen Ionenkanalerkrankungen des Herzens, die für Synkopen und ca. fünf bis zehn Prozent der jährlichen plötzlichen Herztodesfälle verantwortlich gemacht werden. Anamnestisch findet man oft eine familiäre Häufung von Ereignissen, und inzwischen gelingt auch ein genanalytischer Nachweis.

Die Prävalenz des Brugada Syndroms wird mit 1:2000 bis 1:5000 angegeben. Es kommt beim weiblichen Geschlecht etwa viermal häufiger vor. Das Krankheitsbild manifestiert sich meist um das vierzigste Lebensjahr mit Schwindel oder Synkopen aufgrund schneller polymorpher Ventrikulärer Tachykardien bzw. mit Kammerflimmern und fatalem Ausgang mit plötzlichem Herztod.

Hinweise auf das Syndrom können im EKG in den Ableitungen V1 bis V3 in Form einer

dachförmigen (Typ 1) oder sattelförmigen (Typ 2) ST-Streckenhebung gefunden werden. Hat man den Verdacht auf ein Brugada-Syndrom, führt man unter klinischen Bedingungen unter kontinuierlicher EKG-Ableitung einen Ajmalin-Test durch, indem man 1 mg pro Kilogramm Körpergewicht der Substanz fraktioniert injiziert. Dies sollte selbstverständlich nur in einem Umfeld gemacht werden, in welchem rhythmologische Notfälle inklusive Reanimation/Defibrillation beherrscht werden. „Demaskiert“ der Test eine dachförmige ST-Hebung in besagten Ableitungen, gilt nach Ausschluss möglicher Differenzialdiagnosen (Elektrolytstörungen, Perikarditis, akuter Myokardinfarkt, Schenkelblock, arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie) die Diagnose als gesichert. Die Therapie besteht in der Implantation eines Kardioverter-Defibrillators (ICD).



**Ulrich Kuhlmann, Joachim Böhrer et al. (Hrsg.):
Nephrologie: Pathophysiologie –
Klinik – Nierenersatzverfahren**

Thieme Verlag Stuttgart, 6. Auflage
2015, 864 Seiten, 444 Abbildungen,
ISBN: 9783137002062, € 169,99,
auch als E-Book

„Eine Lust zu lesen“, möchte man sagen, oder „ein großes Buch“, wenn man dieses exzellente Nephrologie-Buch in 6. Auflage zur Hand nimmt. Umfangreiche Bebilderungen, viele Handlungsschemata und farbliche Gliederungen erleichtern den Zugang. Das „Wichtigste in Kürze“ wird jeweils vorangestellt; praktische Hinweise und Besonderheiten sind mit „Merke“ farblich unterlegt. Mehrere Abschnitte sind völlig neu geschrieben, wie beispielsweise chronische Nierenerkrankungen, Nierentransplantation, akutes Nierenversagen und nephrologische Intensivmedizin. Dies betrifft die labortechnische und kli-

nische Diagnostik gleichermaßen wie die Angaben zu moderner Therapie. Alle Facetten der Pathophysiologie und die aktuellen Entwicklungen der klinischen Nephrologie sind erfasst. Die Dialyseverfahren sowie die Plasmaseparation sind bildlich und praxisnah beschrieben. Hilfreich ist auch das prägnante Schlusskapitel „Nephrokalkulator“.

Studienergebnisse und Evidenzen sind in den laufenden Text eingearbeitet. Dazu werden zu jedem Kapitel weiterführende Literaturzitate und zusätzliche Weblinks geliefert. Wichtige Originalarbeiten sind mit kritischen Kurzkommentaren im Literaturverzeichnis hervorgehoben.

In dieser Vielfalt und hohen Wissenschaftlichkeit bleibt das Buch immer übersichtlich, leicht lesbar und gut verständlich. Das Buch ist multimodal für Klinik und Praxis hervorragend aufgestellt. Es kann im beruflichen Alltag als E-Book patientennah verfügbar gemacht werden.

Dr. med. H. Christian Piper

Internist/Nephrologie, Wiesbaden
Mitglied des Präsidiums der LÄKH



© M.studio - Fotolia.com



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH)
lädt ein zum

**Hessischen Ärztetag
„60 Jahre Landesärztekammer
Hessen“**

**am 03. September 2016 von 10-15:30 Uhr
in den Mainarcaden Frankfurt**

Kurt-Schumacher-Str. 10, 60311 Frankfurt
(im Haus der Stadtwerke Frankfurt,
Nähe Konstablerwache)

Vorträge und Diskussionen mit prominenten Referenten aus Politik, Ärzteschaft und Wirtschaft.

Die Zertifizierung der Veranstaltung ist beantragt.

Zahnmedizin und Medizin: Der Mund ist kein Nebenschauplatz

VNR: 2760602016050450001

Peter Eickholz, Yvonne Jockel-Schneider, Oksana Petruchin, Shahram Ghanaati, Robert Sader

Was ist eigentlich Parodontitis?

Die Mundhöhle ist die Eintrittspforte in den Organismus und wie andere Körperoberflächen bakteriell besiedelt. Unsere Zähne sind einzigartige Festkörper, die singulär im menschlichen Organismus die Integrität der Körperhülle physiologisch durchdringen und deshalb besonderer Reaktionsmechanismen bedürfen, um ein Eindringen von Mikroorganismen zwischen Zahnoberfläche und Zahnfleischsaum in Bindegewebe und Knochen zu verhindern.

Dieser Reaktionsmechanismus manifestiert sich klinisch als Entzündung dieses Zahnfleischsaums (Gingivitis). Werden die bakteriellen Zahnbeläge (Biofilm) entfernt, klingt die Gingivitis nach wenigen Tagen ab. In einem Spannungsfeld von mikrobiologischer Exposition und der Reaktionslage des Wirts kommt es bei vielen Menschen früher oder zumeist später zu Entgleisungen dieser Infektabwehr. Die wirtseigene Verteidigungslinie weicht dann vor den Mikroorganismen zurück und der Organismus zerstört auf der „Flucht“ vor den Bakterien Bindegewebe und Knochen des Zahnhalteapparates (Parodontitis).

Die Zähne verlieren ihren Halt, was im ungünstigsten Fall Zahnverluste zur Folge haben kann. Die chronische Entzündung Parodontitis hängt einerseits von der Reaktionslage des Gesamtorganismus ab, kann aber andererseits über eine große Wundfläche (8–20 cm²) [Loos 2005] durch Ausbreitung von Mikroorganismen (Bakteriämie) den Gesamtorganismus beeinflussen. Es ist nur plausibel, dass der gesamte Organismus einen entzündlichen Prozess vom Ausmaß einer schweren Parodontitis systemisch wahrnimmt. Bei Patienten mit Parodontitis ist beispielsweise das C-reaktive Protein (CRP) im Vergleich zu parodontal Gesunden deutlich erhöht.

Parodontitis ist eine chronische multifaktorielle Infektionserkrankung mit hoher Prävalenz. Etwa 15 bis 20 Prozent der deutschen Bevölkerung sind parodontal schwer erkrankt. Parodontitis ist durch Zahnfleischbluten, Foetor ex ore, Zahnfleischtaschen, Zahnfleischrückgang, Zahnlockerung und Zahnwanderung gekennzeichnet und kann unbehandelt letztlich zu Zahnverlust führen. Neben dem Mundhygieneverhalten (bakterielle Zahnbeläge) beeinflussen die genetische Prädisposition, Risikofaktoren wie sozioökonomisch ungünstige Bedingungen, Rauchen oder Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus die Krankheitsentstehung und erhöhen das Erkrankungsrisiko.

Duo infernale: Parodontitis und Diabetes

Diabetes mellitus ist eine Systemerkrankung, die über Organ-, Sektor- und Fachgrenzen hinausgeht. Das Ziel jeder Behandlung ist eine optimale glykämische Einstellung, um den Langzeitfolgen des Diabetes vorzubeugen. Neben den schon lange bekannten Spätschäden wie Makroangiopathien, Neuro-, Nephro- und Retinopathien und deren Folgen wird heute auch von der Parodontitis (entzündliche Zerstörung des Zahnhalteapparates) als einer weiteren wichtigen Diabetesfolgeerkrankung gesprochen. So haben Diabetes-Patienten im Vergleich zu Nicht-Diabetikern ein dreifach erhöhtes Risiko, an Parodontitis zu erkranken. Eine manifeste Parodontitis erschwert wiederum bei Diabetikern die Stoffwechselkontrolle und verschlechtert ihre glykämische Einstellung. Verbreitung, Schweregrad und Verlauf der Parodontitis und des Zahnverlustes sind mit Diabetes mellitus verknüpft. Unabhängig vom Diabetestyp sind die durchschnittliche Sondierungstiefe (klinisch gemessene Tiefe der Zahnfleischtaschen)

und der durchschnittliche klinische Attachmentverlust (Verlust der Verankerung der Zahnwurzel im Alveolarknochen) bei Diabetes mellitus signifikant erhöht. Sowohl Typ 1 als auch Typ-2-Diabetes gelten nachweislich als Risikofaktor für Parodontitis. Die Progression von Parodontitis ist bei Diabetikern beschleunigt, was sich auch in höherem Zahnverlust manifestiert. Das erhöhte Risiko, bei Vorliegen eines Diabetes mellitus an Parodontitis zu erkranken, steht im direkten Zusammenhang mit der glykämischen Kontrolle. Ist der Diabetes-Patient gut eingestellt, weist er kein erhöhtes Risiko auf und spricht ähnlich gut auf eine Parodontistherapie wie Nichtdiabetiker an. Mit schlechterer glykämischer Kontrolle hingegen nimmt das Risiko für eine parodontale Destruktion und Zahnverlust zu.

Wie auch bei anderen chronischen Entzündungen weisen Diabetiker mit einer Parodontitis eine schlechtere glykämische Einstellung als parodontal gesunde Diabetes-Patienten auf. Mit Zunahme der Sondierungstiefe parodontaler Taschen oder des entzündeten parodontalen Gewebes steigt auch der HbA1c-Wert an. Das Vorhandensein schwerer Parodontitiden erhöht die Insulinresistenz der Gewebe und erschwert so die Einstellung des Blutzuckers. Bei Typ-2-Diabetikern mit schwerer Parodontitis war im Vergleich mit parodontal gesunden oder parodontal leicht erkrankten Diabetikern die Sterblichkeit aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit 2,3-fach und einer diabetischen Nephropathie 8,5-fach sowie die Inzidenz von Makroalbuminurie 2,1-fach und die einer terminalen Niereninsuffizienz 3,5-fach erhöht.

Eine erfolgreiche Behandlung der parodontalen Entzündung kann nicht nur die lokalen Symptome der Erkrankung des Parodonts (Zahnhalteapparat) reduzieren, sondern auch den Status des Diabetes



Abb. 1: 54-jähriger Patient mit insulinpflichtigem Diabetes mellitus Typ 2, metabolisch gut eingestellt. Generalisierte schwere chronische Parodontitis und plaqueinduzierte Gingivawucherung: Sondierungstiefen im Oberkiefer überwiegend 6 bis 10 mm, im Unterkiefer 5 bis 7 mm. Generalisiertes Bluten auf Sondieren, an vielen Stellen Suppuration auf Sondierung (aus: siehe Literaturverzeichnis, Eickholz [1])



Abb. 2: Zustand nach nichtchirurgischer antiinfektiöser Therapie nach dem Konzept der Full-Mouth-Disinfection mit unterstützender Gabe von Amoxicillin und Metronidazol für 7 Tage nach Instrumentierung: Sondierungstiefen 1 bis 4 mm, Bluten auf Sondieren 12 %, keine Suppuration. Der Patient ist jetzt ohne Insulin metabolisch gut eingestellt (aus: Eickholz [1])

verbessern. In einer Reihe von Meta-Analysen wurde nachgewiesen, dass durch eine effektive Parodontitistherapie die glykämische Einstellung bei parodontal erkrankten Diabetikern verbessert werden kann. Die Senkung des HbA1c-Wertes bei Typ-2-Diabetes lag drei Monate nach nicht-chirurgischer Parodontitistherapie zwischen 0,4 und 0,5 Prozent, was von der klinischen Bedeutung dem Hinzufügen eines zweiten Medikaments zu einer pharmakologischen Therapie bei Diabetes entspricht.

Wenn Parodontitis zu Herzen geht: Parodontitis und Herz-Kreislauf-erkrankungen

Parodontitis wie auch Herz-Kreislauf-Erkrankungen stellen in der Bevölkerung weit verbreitete Gesundheitsprobleme dar. Durch eine stetig wachsende Zahl von Studien, Übersichtsarbeiten und Metaanalysen konnte eine positive Assoziation zwischen Arteriosklerose und parodontaler Entzündung gut belegt werden. So zeigte die von Kardiologen als Maß für atherosklerotische Gefäßveränderungen benutzte Messung der so genannten Intima-Media-Dicke bei Patienten mit schwerer Parodontitis gegenüber alterskorrelierten parodontal gesunden Kontrollen signifikant erhöhte Werte an. In einer klinischen Studie führte bereits alleine die Auflösung der parodontalen Entzündung

durch sorgfältige mechanische Reinigung der erkrankten Zähne von entzündungsauslösenden bakteriellen Biofilmen innerhalb eines Jahres zu einer signifikanten Abnahme der Intima-Media-Dicke.

In weiteren Studien konnte eine Korrelation zwischen dem Vorliegen einer Parodontitis und einer Linksherzhypertrophie bei Niereninsuffizienten Patienten und in der Allgemeinbevölkerung nachgewiesen. Die genaue Ursache hierfür ist jedoch noch unklar. Ob Parodontitis und kardiovaskuläre Erkrankungen dabei nur zwei verschiedene Symptome einer gemeinsamen ätiologischen Ursache wie etwa des Rauchens darstellen, oder ob über eine reine Korrelation hinaus eine Ursachen-Wirkungs-Beziehung zwischen parodontalen Entzündungen und Entzündungen des kardiovaskulären Systems besteht, blieb jedoch aufgrund des Fehlens klinisch experimenteller Daten aus randomisierten, kontrollierten Studien lange Zeit spekulativ.

Mit Hilfe der flussvermittelten Dilatation (FMD), welches bereits die Initialstadien endothelialer Gefäßveränderungen noninvasiv erfasst, gelang es im Jahr 2007 in einer kontrollierten prospektiven Studie an parodontal schwer erkrankten Patienten den ersten Nachweis zu erbringen, dass die erfolgreiche Reduktion der parodontalen Entzündung mittels antiinfektiöser Parodontaltherapie nachfolgend auch die manifeste endotheliale Dysfunktion der

Studienteilnehmer signifikant zu reduzieren vermochte. Bei parodontal erkrankten Patienten korreliert die Abnahme der flussvermittelten Dilatation mit dem Schweregrad der oralen Entzündung. Die FMD ist jedoch ein sehr techniksensitives Analyseverfahren, dessen Präzision von vielen Parametern beeinflusst werden kann und dessen notwendiger Aufwand bei der Messung einer allgemeinen Anwendung in der klinischen Routine entgegensteht.

Die Suche nach einfacher anzuwendenden Alternativen führte zum Prinzip der Messung der so genannten Pulswellengeschwindigkeit (PWV), welche die Geschwindigkeit und Stärke der Reflexion der aortalen Pulswelle durch das periphere Gefäßsystem als Maß für den Status der vaskulären Gesundheit verwendet. Erhöhte PWV ist ein starker Prädiktor für zukünftige kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität bei Patienten mit und ohne verschiedenen Risikofaktoren, wie Niereninsuffizienz, Patienten mit Typ 2 Diabetes, Bluthochdruck oder der Gesamtbevölkerung.

Die am Würzburger Universitätsklinikum durchgeführte Analysen zur Evaluation der kardiovaskulären Gesundheit parodontal schwer erkrankter Patienten mit Hilfe der PWV-Messung enthüllten, dass die Betroffenen im Vergleich zu parodontal gesunden Kontrollen eine pathologisch vorgealterte Gefäßgesundheit aufwiesen. Sie zeigten erhöhte PWV-Werte wie sie

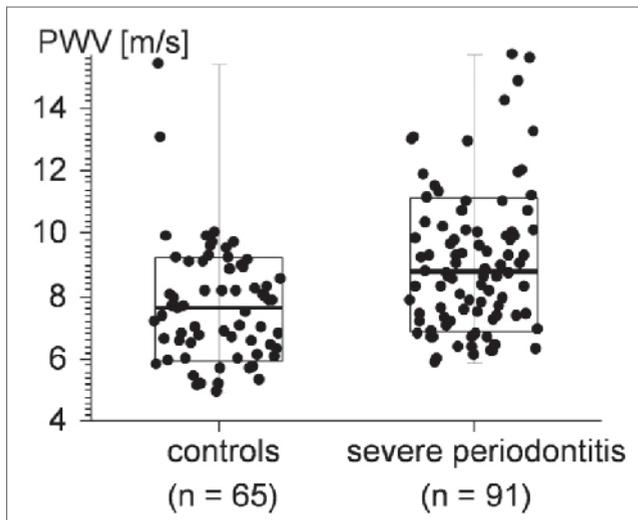


Abb. 3: Erfasste Pulswellengeschwindigkeitswerte parodontal schwer erkrankter Patienten im Vergleich zu alterskorrelierten, parodontal gesunden Kontrollen. Quelle: Jockel-Schneider et al., PLoS ONE 2014

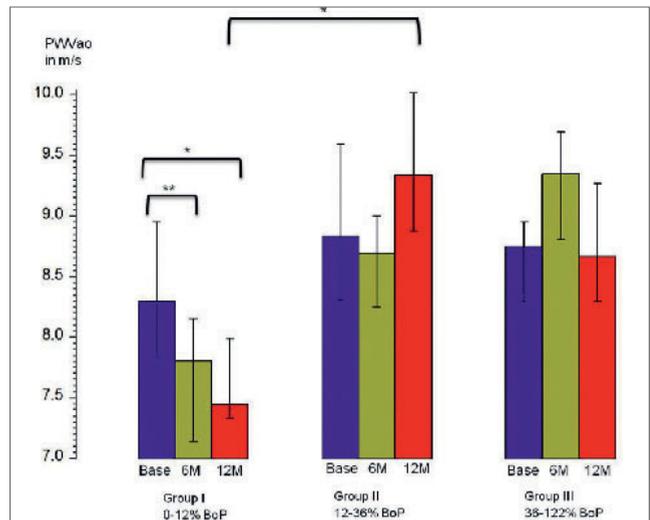


Abb. 4: Erfasste Pulswellengeschwindigkeitswerte vor sowie 6 und 12 Monate nach antiinfektiöser Parodontaltherapie in Abhängigkeit vom Ausmaß der nach 12 Monaten verbliebenen parodontalen Restentzündung

ansonsten nur bei zehn bis 15 Jahre chronologisch älteren Individuen typischerweise zu finden sind. In welchem Umfang erhöhte PWV-Werte bei Patienten mit schwerer unbehandelter Parodontitis durch eine erfolgreiche antiinfektiöse Parodontaltherapie positiv zu beeinflussen sind, untersuchte eine weitere klinische Interventionsstudie am Würzburger Universitätsklinikum. Bei dieser wurden von allen Studienteilnehmern die PWV-Werte vor sowie sechs und zwölf Monate nach antiinfektiöser Parodontaltherapie erfasst. Bei Studienpatienten, die im Verlauf der Therapie eine sehr deutliche Reduktion der parodontalen Entzündung auf ≤ 10 Prozent des Ausgangsbefunds zeigten, wurde zeitgleich auch eine signifikante Reduktion des gemessenen PWV-Mittelwertes um ca. 0,9 m/s beobachtet. Dieses durch erfolgreiche Parodontaltherapie induzierte Verbesserung der Gefäßgesundheit ist damit sogar mit dem üblicherweise erwarteten Rückgang der PWV von ca. 0,7 m/s bei Hochdruckpatienten nach optimaler Einstellung der medikamentösen Therapie vergleichbar. Patienten hingegen, bei denen die durchgeführte Parodontaltherapie zu keiner wesentlichen Reduktion der oralen Entzündungssituation führte, zeigten nachfolgend neben einer weiteren Verschlechterung der PWV-Werte auch eine signifikante Zunahme des zentral-aortalen Druckes.

Die vorliegende Evidenz zur Interaktion von Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen ist sicherlich noch nicht ausreichend, um allgemein gültige Handlungs- und Therapieempfehlungen aussprechen zu können. Die bereits verfügbare Datenlage legt aber nahe, die Kooperation zwischen Innerer Medizin und Zahnmedizin deutlich zu intensivieren, da parodontale und kardiovaskuläre Gesundheit weit enger miteinander verbunden sind als dies selbst Experten noch vor wenigen Jahren vermutet hätten.

Wie kann Parodontitis therapiert werden?

Im Rahmen einer systematischen Parodontitisbehandlung werden zunächst die Mundhygiene des Patienten optimiert, Reizfaktoren beseitigt (Zahnstein, überstehende Füllungsrande) und pathogene Biofilme (Zahnbelag) professionell entfernt (Hygienephase). Es folgen das subgingivale Debridement (mechanische Reinigung der Wurzeloberflächen in den Zahnfleischtaschen) sowie ggf. korrektive chirurgische Maßnahmen mit dem Ziel, entzündungsfreie Verhältnisse zu schaffen. Die sich anschließende, (bedarfsorientiert) regelmäßig durchzuführende, unterstützende Parodontitistherapie (UPT) soll das erreichte Behandlungsergebnis aufrechterhalten und ist damit ein we-

sentlicher Schlüssel zum langfristigen Therapieerfolg. Bei über 90 Prozent der parodontal erkrankten Patienten ist keine chirurgische Behandlung nötig.

Erkrankungen der Mundschleimhaut – was muss ich erkennen, was muss ich tun

Nach den Zahlen der deutschen Krebsgesellschaft werden in Deutschland jedes Jahr etwa 500.000 mit der Diagnose Krebs konfrontiert, davon entfallen 50.000 bis 100.000 auf den Kopf-Halsbereich. An bösartigen Tumoren der Mundhöhle und des Rachens erkranken in Deutschland im Jahr etwa 9.500 Männer und 3.500 Frauen. Bei Männern stehen diese Tumoren damit hinsichtlich der Häufigkeit an fünfter Stelle aller Krebserkrankungen. Im Durchschnitt sind Männer zum Zeitpunkt der Diagnose 66 Jahre alt, Frauen 70 Jahre alt.

Die Mehrzahl oraler Plattenepithelkarzinome im Kopf-Halsbereich entsteht auf der Basis von Krebsvorstufen so genannten Vorläuferläsionen. Darunter versteht man Schleimhautbezirke mit morphologisch verändertem Gewebe auf dem Boden dessen das Auftreten von Plattenepithelkarzinom wahrscheinlicher ist als in Bereichen normaler Mundschleimhaut. Hierzu zählt Leukoplakie oder Erythroplakie als eine weißliche bzw. rötliche nicht



Abb. 5: Leukoplakie am Mundwinkel links



Abb. 6: oraler Lichen ruber planus

abwischbare Veränderungen an der Mundschleimhaut, die auf keine andere Erkrankung zurückzuführen ist.

Unter einer prämaligen Kondition werden Grunderkrankungen zusammengefasst, die generell eine erhöhte Entartungstendenz der Mundschleimhaut aufweisen, dazu gehört in erster Linie der Orale lichen planus (OLP) aber auch seltener systemische Erkrankungen wie Syphilis, Eisenmangelanämie und Xeroderma pigmentosum (sk2 Leitlinie). Klinisch kann sich eine Veränderung an der Mundschleimhaut durch Erosion, Ulzeration, veränderte Pigmentierung oder Verhornung bemerkbar machen und von Symptomen wie Brennen oder Schmerzen begleitet sein.

Diese Vorstufen gilt es durch Zahnarzt zu erkennen und rechtzeitig zu handeln. Die Mehrzahl oraler Plattenepithelkarzinome wird auch in Ländern mit hohem medizinischen Versorgungsstandard erst in fortgeschrittenen Stadien der Tumorprogression diagnostiziert. Die Diagnoseverzögerung durch den primärversorgenden Arzt/Zahnarzt liegt dabei im Mittel in einer Größenordnung von zwei bis vier Monaten und ist als maßgeblicher negativer Prognosefaktor in zahlreichen Studien belegt. Es kann heute als gesichert gelten, dass eine Therapieverzögerung von mehr als vier Wochen eine signifikant schlechtere Überlebensrate bedingt.

In der aktuellen WHO-Klassifikation der Kopf-Hals-Tumoren von 2005 wird das Konzept der intraepithelialen Neoplasie (Squamous Intraepithelial Neoplasia: abgekürzt: SIN) auf Vorläuferläsionen des Plattenepithelkarzinoms angewandt. Man

unterscheidet analog der Dysplasiegrade eine niedriggradige, mäßiggradige und hochgradige intraepitheliale Neoplasie (SIN 1 – SIN 3). In dieser Nomenklatur entspricht die hochgradige intraepitheliale Neoplasie (SIN 3) dem alten Begriff des Karzinoma in situ (Karzinomrisiko von 90 Prozent). Ob eine verdächtige Veränderung dysplastische oder sogar Krebszellen enthält, kann mit Gewissheit nur anhand von Gewebe- oder Zellproben festgestellt werden. Diese werden mithilfe einer Biopsie (Stanze oder Skalpell) oder Abstrich (Zytologie) entnommen und anschließend vom Pathologen mikroskopisch untersucht. Weitere diagnostischen Hilfsmethoden einer Früherkennung von suspekten Läsionen an der Schleimhaut umfassen die Toluidinblaufärbung, Photodynamische- und Autofluoreszenzdiagnostik. Diese Methoden eignen sich allerdings entweder aufgrund der teilweise sehr zeitintensiven Vorbereitung oder unzureichender klinischer Datenlage derzeit nicht zur Routinediagnostik. Goldstandard in der Diagnostik von Plattenepithelcarcinomen und seiner Vorläuferläsionen an der Mundschleimhaut ist heute nach wie vor die Skalpellbiopsie und histopathologische Begutachtung.

Eine länger als zwei Wochen andauernde Anwendung von „Heilsalben“ jeglicher Art darf nie ohne eine vorherige eindeutige Diagnose zu sichern fortgesetzt werden. Wird durch eine pathohistologische Untersuchung eine Malignität ausgeschlossen, gilt es alle möglichen Risikofaktoren für die Entstehung von oralen Vorläuferläsionen und Konditionen auszuschließen. Dazu gehören neben Verbesserung der

Mundhygiene und Sanierung des Zahnstatus, eine Elimination von Alkohol und Tabak. Unter Umständen auch eine Abklärung von möglichen allergischen Reaktionen oder Unverträglichkeiten. Bildet sich eine Mundschleimhautläsion nach dem Ausschalten mechanisch irritativer Ursachen innerhalb von zwei Wochen nicht zurück, ist eine Biopsie und histologische Untersuchung durch den Facharzt oder die weiterbehandelnde Klinik angezeigt. Nach initialer Diagnostik, Dokumentation und Diagnosesicherung muss für jeden Patienten abhängig von seinen individuellen Risikofaktoren ein Recallintervall festgelegt werden um eine mögliche Entartung einer bestehenden Läsion möglichst frühzeitig zu erkennen.

Das Mundhöhlenkarzinom – ein häufiger, aber oft verkannter Tumor

In Deutschland erkranken pro Jahr circa 11.000 Menschen an bösartigen Tumoren der Mundhöhle und des Rachens. Männer sind deutlich häufiger betroffen und damit steht bei ihnen diese Krebserkrankung an der fünften Stelle aller bösartigen Tumoren. Frauen sind zunehmend betroffen, aktuell erkranken jährlich etwa 3.500 Frauen in Deutschland. Männer sind im Durchschnitt zum Diagnosezeitpunkt 66 Jahre alt, Frauen 70 Jahre alt. Etwa 95 Prozent der bösartigen Tumoren der Mundhöhle gehen vom Plattenepithel der Mundschleimhaut aus. Seltener sind andere Mundhöhlentumoren, wie Adenokarzinome oder Myo- oder Osteosarkome. Jeder Bereich in der Mundhöhle kann be-



Abb. 7: Anteriores Mundbodenkarzinom



Abb. 8: Postoperativer Zustand nach Mundbodenresektion, Defektdeckung mit Nasolabiallappen beidseits und kaufunktioneller Rehabilitation mit dentalen Implantaten

troffen sein; überwiegend sind es allerdings Zunge und Mundboden. Auf Grund der funktionellen Bedeutung der Zunge für Sprechen, Schlucken und Essen stellt die Erkrankung eine große physische und psychische Belastung für den Betroffenen und deren Angehörigen dar. Das Mundhöhlenkarzinom streut hauptsächlich lymphogen, deutlich seltener hämatogen.

Risikofaktoren

Haupttrisikofaktoren für eine Erkrankung des Mundhöhlenkarzinoms sind chronischer Nikotinkonsum sowie langjähriger und exzessiver Alkoholabusus. Besonders eine Kombination aus diesen beiden Risikofaktoren erhöht das Risiko einer Manifestation erheblich. Einen weiteren Risikofaktor stellen Mundschleimhautveränderungen dar, da diese potenziell präkanzerösen Läsionen in ein Karzinom transferieren können. Eine in der Bevölkerung besonders weit verbreitete Mundschleimhautveränderung ist die Leukoplakie, eine vornehmlich weiße, nicht abwischbare Läsion der Mundschleimhaut, die nicht einer anderen genau bestimmbar Läsion zugeordnet werden kann. Als weitere Risikofaktoren werden genetische Prädispositionen, wie eine Mutation des Tumorsuppressorgens p53 diskutiert.

Diagnostik

Einen wesentlichen Stellenwert für die Therapie als auch die Prognose des Mundhöhlenkarzinoms nehmen das frühzeitige

Erkennen und die zeitnahe weiterführende Diagnostik einer Veränderung der Mundschleimhaut ein. Im Rahmen der Diagnostik erfolgt zunächst die Anamnese und klinische Untersuchung, welche aus Inspektion und Palpation der verdächtigen Läsion sowie der palpatorischen Untersuchung der Halslymphknoten besteht. Dabei sind alle Veränderungen der Mundschleimhaut in Form, Farbe und Textur als primär verdächtig einzustufen. Die Veränderung der Mundschleimhaut kann sich vielgestaltig zeigen und initial oft nicht von einer harmlosen Druckstelle oder Aphte unterschieden werden. Häufig zeigt sich zentral ein Ulkus, oftmals begleitet von einem entzündlichen Randwall. Die Einteilung der Tumore erfolgt mit Hilfe der TNM-Klassifikation. Dabei beschreibt T die Tumorausdehnung und das Verhalten des Primärtumors, N das Fehlen bzw. Vorhandensein von regionären Lymphknotenmetastasen und M das Fehlen bzw. Vorhandensein von Fernmetastasen. Des Weiteren wird entsprechend der Dysplasiegrade eine niedriggradige, mäßiggradige und hochgradige intraepitheliale Neoplasie unterschieden, wobei die hochgradige intraepitheliale Neoplasie dem alten Begriff des Carzinoma in situ entspricht. Die sichere Diagnosestellung eines Mundhöhlenkarzinoms ist jedoch auch bei klarem klinischen Verdacht nur durch Gewinnung einer Histologie möglich.

Die klinische und histologische Diagnostik wird von einer bildgebenden Untersuchung vervollständigt. Dabei haben sich Ultraschalldiagnostik, MRT- und CT-

nahmen zur Beurteilung der Halslymphknoten etabliert.

Die MRT Untersuchung weist im Allgemeinen einen besseren Weichteilkontrast mit höherer Detailerkennung an Weichteilen und oberflächlichen Strukturen, in der CT Untersuchung sind die knöchernen Strukturen besser zu erkennen. Hinsichtlich der bildmorphologischen Diagnostik der Halslymphknoten wird in der Literatur für CT und MRT eine ähnliche Genauigkeit beschrieben, als weitere, zeit-, kosteneffiziente und flexible Methode zur Beurteilung möglicher Halslymphknoten hat sich die Ultraschall-Untersuchung erwiesen. Sie findet vor allem in der Verlaufskontrolle ihre Rechtfertigung. Röntgen oder CT-Aufnahmen des Thorax komplettieren die bildgebende Diagnostik und geben Aufschluss über eine mögliche Metastasierung in Lunge oder Thorax. Bei besonderer Indikationsstellung kann die PET/CT Diagnostik zur Anwendung kommen. Als zahnärztliche Basisdiagnostik sollte, auch im Hinblick auf eine mögliche Strahlentherapie, zur Beurteilung des Zahnstatus eine Panorama-Schichtaufnahme vorliegen.

Therapie

Die Behandlung des Mundhöhlenkarzinoms wird innerhalb einer interdisziplinären Konferenz unter Beteiligung der Kliniken für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Strahlentherapie, Onkologie, Pathologie und Radiologie nach Abstimmung jedes individuellen Falls durchgeführt. Vor Behandlungsbeginn

sollte aus prophylaktischen Gründen eine zahnärztliche Untersuchung stattfinden, um bei einer anstehenden Strahlentherapie der möglichen Nebenwirkung einer Strahlentherapie, einem Zahnverlust sowie der Osteoradionekrose entgegenzuwirken. Wenn das Mundhöhlenkarzinom noch nicht hämatogen metastasiert hat, besteht ein kurativer Therapieansatz. Der voraussichtliche Krankheitsverlauf ist abhängig von der Größe, Ausbreitung und Aggressivität des Tumors, ebenso von dem Befall von Halslymphknoten. Als kuratives Behandlungsverfahren kommen die alleinige chirurgische Therapie, die alleinige Strahlentherapie, die kombinierte Radiochemotherapie sowie die Kombinationen aus chirurgischer Therapie, Strahlentherapie und Chemotherapie in Frage.

Operative Therapie

Die Therapie muss individuell entschieden werden: Der Funktionserhalt sowie der allgemeine Gesundheitszustand als auch die persönlichen Ängste und Wünsche spielen eine Rolle. Bei gutem Allgemeinzustand, Fehlen von Fernmetastasen und prinzipiell resektablen Tumoren sollte eine Operation durchgeführt werden. Bei fortgeschrittenen Karzinomen sollte nach der Operation eine adjuvante Therapie mittels Bestrahlung oder kombinierter Radiochemotherapie durchgeführt werden. Beim operativen Vorgehen wird das Tumorgewebe vollständig mit einem Sicherheitsabstand entfernt, dieser sollte circa fünf Millimeter betragen. Der entstandene Defekt muss entweder in der gleichen, respektiven nachfolgenden Operation gedeckt werden, um Funktion und Ästhetik wiederherzustellen. Die lokale Tumorkontrolle bei Patienten mit knappen oder histologisch befallenen Resektionsrändern kann durch eine postoperative Strahlentherapie mit einer effektiven Tumordosis von mindestens 60 Gy verbessert werden.

Kopf-Hals-Tumore können in die Halslymphknoten metastasieren. Bei der operativen Therapie erfolgt deshalb gleichzeitig zur Tumorsektion die Halslymphknotenraumung, die sogenannte Neck dissection. Der Umfang der Neck dissection ist davon abhängig, ob und gegebenenfalls wie viele Lymphknoten auf Metastasierung verdächtig sind.

Strahlentherapie

Die Strahlentherapie stellt die zweite wichtige Behandlungsmöglichkeit dar. Sie kann als alleiniges Verfahren oder auch kombiniert mit einer Chemotherapie eingesetzt werden. Außerdem kann eine Strahlentherapie ergänzend vor oder nach einer Operation sinnvoll sein.

Allerdings wirkt die Bestrahlung auch auf gesunde Zellen und führt so zu den bekannten Nebenwirkungen wie Reizung von Haut und Schleimhäuten, Mundtrockenheit, Geschmacksstörungen, Schluckstörungen, lokale Wassereinträge, Müdigkeit und Kopfschmerzen, infizierte Osteoradionekrose sowie Strahlentherapie.

Wird die Strahlentherapie gemeinsam mit einer Chemotherapie durchgeführt, spricht man von einer Radio-Chemotherapie. Zytostatika verhindern hier auf unterschiedliche Arten die Zellteilung und sollen so die Tumorzellen für die Strahlentherapie sensibilisieren. Eine Chemotherapie allein stellt aber bis heute keinen kurativen Therapieansatz dar, sondern wird stets sowohl prä- als auch postoperativ nur in Kombination mit einer Strahlentherapie durchgeführt.

Leider bekommt jeder fünfte Patient mit einem Mundhöhlenkarzinom ein Rezidiv und muss erneut chirurgisch oder falls möglich strahlentherapeutisch behandelt werden.

Palliative Chemotherapie

Sollte weder eine Operation noch Strahlentherapie möglich sein, verbleibt nur

noch der palliative Ansatz. Hier soll das Tumorwachstum gebremst, das Leben verlängert und möglichst lange die Lebensqualität erhalten bleiben. Mittels zyklisch verabreichter Chemotherapie werden Tumorwachstum und -streuung gebremst. Gemäß Leitlinie wird bei Patientin in gutem Allgemeinzustand eine palliative Chemotherapie mit einer platinhaltigen Substanz in Kombination mit dem Antikörper Cetuximab empfohlen. Bei schlechterem Allgemeinzustand sollte eine Behandlung mit nur einem Medikament (Cisplatin, Carboplatin, Methotrexat, 5-Fluorouracil, Taxane oder Cetuximab) erwogen werden, da die Nebenwirkungen zu belastend sein könnten.

Palliative Strahlentherapie

In besonderen Fällen kann auch eine palliative Strahlentherapie durchgeführt werden. Bei fortgeschrittenem Krankheitsverlauf könnten palliative chirurgische und/oder radiologisch-interventionelle Maßnahmen zur Verbesserung tumor-assoziiertter Komplikationen wie Luftnot, Tumorarrosionsblutung durchgeführt werden. Zur „best supportive care“ gehören dann Maßnahmen, die die Begleitsymptome des Tumorleidens und die Nebenwirkungen der Behandlung lindern. Hierzu zählen unter anderem Schmerzbehandlung, Verbandswechsel und psychoonkologische Anbindung. Der Patient sollte durch das spezialisierte Palliativteam unterstützt werden.

Prognose

Bei Erkrankung an einem Mundhöhlenkarzinom hängen Krankheitsverlauf und Prognose wesentlich von der Tumorausdehnung, dem Befall von Halslymphknoten und dem Vorhandensein von Fernmetastasen ab. Bezüglich der maximalen Tumorausdehnung konnte gezeigt werden, dass eine höhere T-Klassifikation, wie auch eine Tumordicke von mehr als vier Millimeter mit einer schlechteren Prognose einhergehen. Ebenso wirken sich eine perineurale Infiltration, ein basaloides oder spindelzelliges Wachstum, ein infiltratives Tumorstadium und ein höheres Grading negativ auf die Prognose aus. Ebenso beeinflussen die Beschaffenheit der Resektionsränder des Primärtumors oder das Vorliegen von Dysplasien im Randbereich des Tumors das lokale Rezidivverhalten. Mit ansteigender Primärtumorgröße erhöht sich zudem sowohl die Inzidenz von Lymphknotenmetastasen als auch von Zweittumoren oder Fernmetastasen, welche bei T3/T4 Tumoren in der Literatur mit 4 bis 33 Prozent beschrieben werden.

Prävention

Neben Faktoren wie Tumorgröße, Lymphknotenbefall und Vorhandensein von Fernmetastasen haben die frühzeitige Prävention und Erkennung von Mundhöhlentumoren einen Einfluss auf die Prognose des Mundhöhlenkarzinoms. Die Aufklärung in der Bevölkerung ist jedoch immer noch unzureichend und es liegen ein geringes Bewusstsein und eine geringe Bereitschaft zu Vorsorgeuntersuchungen in der ärztlichen oder zahnärztlichen Praxis vor. Speziell dem Zahnarzt kommt bei der Früherkennung eine wesentliche Bedeutung zu, da der regelmäßige Patientenkontakt und eine ausführliche enorale Inspektion die Grundvoraussetzung für ein zeitnahe Weiterleitung von Patienten mit unklaren Befunden zum Spezialisten ist. Nur so kann das Zeitintervall vom ersten Symptom bis zum Einsetzen der tumorspezifischen Behandlung verkürzt und somit die Prognose verbessert werden.

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

Korrespondenzadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Dr. med. dent.
Robert Sader
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie
Universitätsklinikum Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7; 60590 Frankfurt/M

Adressen der Autoren:

Univ.-Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz
Poliklinik für Parodontologie
Zentrum der Zahn-, Mund- und Kiefer-
heilkunde der Johann Wolfgang Goethe-
Universität Frankfurt
Theodor-Stern-Kai 7; 60596 Frankfurt/M

Dr. med. dent. Yvonne Jockel-Schneider
Poliklinik für Zahnerhaltung
und Parodontologie
Universitätsklinikum Würzburg

Dr. med. dent. Oksana Petruchin
Poliklinik für Zahnärztliche Chirurgie
und Implantologie
Carolinum Zahnärztliches
Universitäts-Institut gGmbH
Theodor-Stern-Kai 7; 60590 Frankfurt/M

PD Dr. med. Dr. med. dent.
Shahram Ghanaati
Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische
Gesichtschirurgie, Uniklinikum Frankfurt

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel **„Zahnmedizin und Medizin: Der Mund ist kein Nebenschauplatz“** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Sei-

ten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.03.2016 bis 24.03.2017** möglich.

Aus anderen Ärztekammern

Die Landeszahnärztekammer Hessen

Das Kompetenzzentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde stellt sich vor

Seit nunmehr 60 Jahren ist die Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH) Teil der sogenannten mittelbaren Staatsverwaltung und nimmt als Berufsorganisation hoheitliche Aufgaben an Stelle des Landes Hessen für die mehr als 6300 hessischen Zahnärztinnen und Zahnärzte wahr. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts besteht eine ihrer wesentlichen Aufgaben darin, die Interessen ihrer Mitglieder, der Zahnärztinnen

und Zahnärzte in Hessen sowie die der Patienten auf Landesebene zu vertreten. In diesem Sinn regelt die LZKH die Einhaltung der Berufspflichten, sichert die hohe Qualität der zahnmedizinischen Versorgung zum Beispiel durch die kontinuierliche Fort- und Weiterbildung ihrer Mitglieder und des Praxispersonals und versteht sich generell als Kompetenzzentrum für den zahnärztlichen Berufsstand in allen

Fragestellungen rund um die zahnärztliche Berufsausübung.

Fortbildung sichert Qualität

Die Landeszahnärztekammer Hessen sorgt durch ihre Fortbildungsakademie mit ihrem modernen Seminarzentrum dafür, dass die hessischen Zahnärztinnen und Zahnärzte mit dem rasanten Fortschritt der Zahnme-

Literatur zum Artikel:

Zahnmedizin und Medizin: Der Mund ist kein Nebenschauplatz

Von Peter Eickholz, Yvonne Jockel-Schneider, Oksana Petruchin, Robert Sader

Literatur Eickholz

1. Arndt, R., Eickholz, P., Siegelin, Y.: Plaqueinduzierte Gingivawucherung trotz gut eingestelltem Diabetes mellitus Typ 2 – Ein Fallbericht. *Parodontologie* 2010; 21: 253–259.
2. Chávarry NG, Vettore MV, Sansone C, Sheiham A. The relationship between diabetes mellitus and destructive periodontal disease: a meta-analysis. *Oral Health Prev Dent* 2009; 7: 107–127.
3. Chen L, Wei B, Li J, Liu F, Xuan D, Xie B, Zhang J. Association of periodontal parameters with metabolic level and systemic inflammatory markers in patients with type 2 diabetes. *J Periodontol* 2010; 81: 364–371.
4. Demmer RT, Desvarieux M, Holtfreter B, Jacobs DR Jr, Wallaschofski H, Nauck M, Völzke H, Kocher T. Periodontal Status and Hemoglobin A1C Change: Longitudinal Results from the Study of Health in Pomerania (SHIP). *Diabetes Care* 2010; 33: 1037–43.
5. Engebretson S, Kocher T. Evidence that periodontal treatment improves diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2013; 40(14): 153–63.
6. Jansson H, Lindholm E, Lindh C, Groop L, Bratthall G. Type 2 diabetes and risk for periodontal disease: a role for dental health awareness. *J Clin Periodontol* 2006; 33: 408–414.
7. Löe H. Periodontal disease. The sixth complication of diabetes mellitus. *Diabetes Care* 1993; 16: 329–334.

8. Loos BG (2005) Systemic markers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol* 76:2106–2115.
9. Paraskevas S, Huizinga JD, Loos B (2008) A systematic review and meta-analysis on C-reactive protein in relation to periodontitis. *J Clin Periodontol* 35:277–290.
10. Salvi GE, Carollo-Bittel B, Lang NP. Effects of diabetes mellitus on periodontal and peri-implant conditions: update on associations and risks. *J Clin Periodontol* 2008; 35(8): 398–409.
11. Saremi A, Nelson RG, Tulloch-Reid M, Hanson RL, Sievers ML, Taylor GW, Shlossman M, Bennett PH, Genco R, Knowler WC. Periodontal disease and mortality in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 27–32.
12. Shultis WA, Weil EJ, Looker HC, Curtis JM, Shlossman M, Genco RJ, Knowler WC, Nelson RG. Effect of periodontitis on overt nephropathy and end-stage renal disease in type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2007; 30: 306–311.
13. Simpson TC, Needleman I, Wild SH, Moles DR, Mills EJ. Treatment of periodontal disease for glycaemic control in people with diabetes. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 5: CD004714.
14. Taylor GW, Burt BA, Becker MP, Genco RJ, Shlossman M, Knowler WC, Pettitt DJ. Non-insulin dependent diabetes mellitus and alveolar bone loss progression over 2 years. *J Periodontol* 1998; 69: 76–83.

Literatur Jockel-Schneider

1. Janket SJ, Baird AE, Chuang SK, Jones JA. Meta-analysis of periodontal disease and risk of coronary heart disease and stroke. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 2003; 95:559–569
2. Meaume S, Benetos A, Henry OF, Rudnichi A, Safar ME. Aortic pulse wave velocity predicts cardiovascular mortality in subjects >70 years of age. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2001; 21:2046–2050
3. Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: A systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008;23: 2079–2086
4. Behle JH, Papapanou PN. Periodontal infections and atherosclerotic vascular disease: An update. *Int Dent J.* 2006; 56:256–262
5. Demmer RT, Desvarieux M. Periodontal infections and cardiovascular disease: The heart of the matter. *J Am Dent Assoc.* 2006;137 Suppl:14S-20S; quiz 38S
6. Beck JD, Eke P, Lin D, Madianos P, Couper D, Moss K, Elter J, Heiss G, Offenbacher S. Associations between igg antibody to oral organisms and carotid intima-medial thickness in community-dwelling adults. *Atherosclerosis.* 2005;183:342–348
7. Piconi S, Trabattoni D, Luraghi C, Perilli E, Borelli M, Pacei M, Rizzardini G, Lattuada A, Bray DH, Catalano M, Sparaco A, Clerici M. Treatment of periodontal

- disease results in improvements in endothelial dysfunction and reduction of the carotid intima-media thickness. *FASEB J.* 2009;23:1196–1204
8. Franek E, Blaschkyk R, Kolonko A, Mazur-Psonka L, Langowska-Adamczyk H, Kokot F, Wiecek A. Chronic periodontitis in hemodialysis patients with chronic kidney disease is associated with elevated serum c-reactive protein concentration and greater intima-media thickness of the carotid artery. *J Nephrol.* 2006;19:346–351
 9. Angeli F, Verdecchia P, Pellegrino C, Pellegrino RG, Pellegrino G, Prosciutti L, Giannoni C, Cianetti S, Bentivoglio M. Association between periodontal disease and left ventricle mass in essential hypertension. *Hypertension.* 2003;41:488–492
 10. Tonetti MS, D’Aiuto F, Nibali L, Donald A, Storry C, Parkar M, Suvan J, Hingorani AD, Vallance P, Deanfield J. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med.* 2007;356: 911–920
 11. Amar S, Gokce N, Morgan S, Loukideli M, Van Dyke TE, Vita JA. Periodontal disease is associated with brachial artery endothelial dysfunction and systemic inflammation. *Arterioscler Thromb Vasc Biol.* 2003;23: 1245–1249
 12. Baulmann J, Nurnberger J, Slany J, Schmieder R, Schmidt-Trucksass A, Baumgart D, Cremerius P, Hess O, Mortensen K, Weber T. [arterial stiffness and pulse wave analysis]. *Dtsch Med Wochenschr.* 2010;135 Suppl 1:S4–14
 13. Blacher J, Guerin AP, Pannier B, Marchais SJ, Safar ME, London GM. Impact of aortic stiffness on survival in end-stage renal disease. *Circulation.* 1999;99:2434–2439
 14. Cruickshank K, Riste L, Anderson SG, Wright JS, Dunn G, Gosling RG. Aortic pulse-wave velocity and its relationship to mortality in diabetes and glucose intolerance: An integrated index of vascular function? *Circulation.* 2002; 106:2085–2090
 15. Boutouyrie P, Tropeano AI, Asmar R, Gautier I, Benetos A, Lacolley P, Laurent S. Aortic stiffness is an independent predictor of primary coronary events in hypertensive patients: A longitudinal study. *Hypertension.* 2002; 39:10–15
 16. Mitchell GF, Hwang SJ, Vasan RS, Larson MG, Pencina MJ, Hamburg NM, Vita JA, Levy D, Benjamin EJ. Arterial stiffness and cardiovascular events: The framingham heart study. *Circulation.* 2010;121:505–511
 17. Vlachopoulos C, Aznaouridis K, Stefanadis C. Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with arterial stiffness: A systematic review and meta-analysis. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55:1318–1327
 18. Willum-Hansen T, Staessen JA, Torp-Pedersen C, Rasmussen S, Thijs L, Ibsen H, Jeppesen J. Prognostic value of aortic pulse wave velocity as index of arterial stiffness in the general population. *Circulation.* 2006;113:664–670
 19. McEnery CM, Yasmin, Hall IR, Qasem A, Wilkinson IB, Cockcroft JR, Investigators A. Normal vascular aging: Differential effects on wave reflection and aortic pulse wave velocity: The anglo-cardiff collaborative trial (acct). *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:1753–1760
 20. Jockel-Schneider Y, Harks I, Haubitz I, Fickl S, Eigenthaler M, Schlagenhauf U, Baulmann J. Arterial stiffness and pulse wave reflection are increased in patients suffering from severe periodontitis. *PLoS One.* 2014;9:e103449
 21. Ong KT, Delorme S, Pannier B, Safar ME, Benetos A, Laurent S, Boutouyrie P, investigators. Aortic stiffness is reduced beyond blood pressure lowering by short-term and long-term antihypertensive treatment: A meta-analysis of individual data in 294 patients. *J Hypertens.* 2011;29:1034–1042
- Literatur Petruchin**
1. Allison, P., Franco, E., Black, M. and Feine, J., The role of professional diagnostic delay in the prognosis of upper aerodigestive tract carcinoma. *Oral Oncology* 34: 147–153 (1998).
 2. Amir, Z., Kwan, S.Y.L., Landes, D., Feber, T. and Williams, S.A., Diagnostic delay in head and neck cancer. *Eur J Cancer Care* 8: 198–203 (1999).
 3. Driemel, O. et al, Erkennung oraler Risikoläsionen der zahnärztlichen Praxis Deutsche Krebshilfe: 29–39 (2008)
 4. Forastiere, A., Koch, W., Trotti, A. and Sidransky, D., Head and Neck Cancer. *N Engl J Med* 345: 1890–1900 (2001).
 5. Kowalski, L.P. and Carvalho, A.L., Influence of time delay and clinical upstaging in the prognosis of head and neck cancer. *Oral Oncology* 37: 94–98 (2001).
 6. Kujan O1, Glennly AM, Duxbury J, Thakker N, Sloan P., Evaluation of screening strategies for improving oral cancer mortality: a Cochrane systematic review. *J Dent Educ.* Feb; 69(2): 255–65 (2005).
 7. S 2 k-Leitlinie: Diagnostik und Management von Vorläuferläsionen des oralen Plattenepithelkarzinoms in der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde, Stand: 01.03.2010
 8. Teppo, H., Koivunen, P., Hyrynkgangas, K. and Alho, O.P., Diagnostic delay in laryngeal carcinoma: Professional diagnostic delay is a strong independent predictor of survival. *Head Neck* 25: 389–394 (2003).
 9. Vokes, E.E., Weichselbaum, R.R., Lippmann, S.M. and Hong, W.K., Head and neck Cancer. *N Engl J Med* 328: 184–194 (1993).
 10. Wissenschaftliche Stellungnahme Orale Leukoplakie/Erythroplakie DGZMK

Literaturverzeichnis Ghanaati

1. Deutsche Krebsgesellschaft
2. Jemal, A.; Siegel, R.; Xu, J.; Ward, E. (2010): Cancer statistics, 2010. In: CA Cancer J
3. Clin 60 (5), S. 277–300.
4. Talamini R, Bosetti C, La Vecchia C, Dal Maso L, Levi F, Bidoli E, et al. Combined effect of tobacco and alcohol on laryngeal cancer risk: a case-control study. *Cancer causes & control : CCC.* 2002;13(10):957–64. Epub 2003/02/18.
5. Altieri A, Bosetti C, Talamini R, Gallus S, Franceschi S, Levi F, et al. Cessation of smoking and drinking and the risk of laryngeal cancer. *Br J Cancer.* 2002;87(11):1227–9. Epub 2002/11/20.
6. Corrao G, Bagnardi V, Zambon A, Arico S. Exploring the dose-response relationship between alcohol consumption and the risk of several alcohol-related conditions: a meta-analysis. *Addiction.* 1999;94(10):1551–73. Epub 2000/05/03.
7. van der Waal I, Scully C. Oral cancer: comprehending the condition, causes, controversies, control and consequences. 6. Co-morbidities. *Dental update.* 2011;38(4):283–4. Epub 2011/07/01.
8. Elahi A, Bendaly J, Zheng Z, Muscat JE, Richie JP, Jr., Schantz SP, et al. Detection of UGT1A10 polymorphisms and their association with orolaryngeal carcinoma risk. *Cancer.* 2003;98(4):872–80. Epub 2003/08/12.
9. Cheng L, Sturgis EM, Eicher SA, Spitz MR, Wei Q. Expression of nucleotide excision repair genes and the risk for squamous cell carcinoma of the head and neck. *Cancer.* 2002;94(2):393–7. Epub 2002/03/20.
10. Cruz GD, Le Geros RZ, Ostroff JS, Hay JL, Kenigsberg H, Franklin DM. Oral cancer knowledge, risk factors and characteristics of subjects in a large oral cancer screening program. *J Am Dent Assoc.* 2002;133(8):1064–71; quiz 94. Epub 2002/08/30.
11. Dahlstrom KR, Adler-Storthz K, Etzel CJ, Liu Z, Dillon L, El-Naggar AK, et al. Human papillomavirus type 16 infection and squamous cell carcinoma of the head and neck in never-smokers: a matched pair analysis. *Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research.* 2003;9(7):2620–6. Epub 2003/07/12.
12. Pitiphat W, Diehl SR, Laskaris G, Cartsos V, Douglass CW, Zavras AI. Factors associated with delay in the diagnosis of oral cancer. *Journal of dental research.* 2002;81(3):192–7. Epub 2002/03/06.
13. Scottish Executive Health Department. *Scottish Referral Guidelines for Suspected Cancer.* Edinburgh: Scottish Executive Health Department; 2002. [cited 11 August 2006]. Available from url: http://www.show.scot.nhs.uk/sehd/mels/hdl2002_45.pdf.
14. Jones TM, Hargrove O, Lancaster J, Fenton J, Shenoy A, Roland NJ. Waiting times during the management of head and neck tumours. *J Laryngol Otol.* 2002;116(4):275–9. Epub 2002/04/12.
15. Day TA, Davis BK, Gillespie MB, Joe JK, Kibbey M, Martin-Harris B, et al. Oral cancer treatment. *Current treatment options in oncology.* 2003;4(1):27–41. Epub 2003/01/15.
16. Spector JG, Sessions DG, Haughey BH, Chao KS, Simpson J, El Mofty S, et al. Delayed regional metastases, distant metastases, and second primary malignancies in squamous cell carcinomas of the larynx and hypopharynx. *Laryngoscope.* 2001;111(11404625):1079–87.
17. Ozdek A, Sarac S, Akyol MU, Unal OF, Sungur A. Histopathological predictors of occult lymph node metastases in supraglottic squamous cell carcinomas. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2000;257(11052252):389–92.
18. British Dental Association. Opportunistic oral cancer screening. BDA occasional paper, April 2000 (issue number 6). [cited 11 August 2006]. Available from url: http://www.bda-dentistry.org.uk/about/docs/mouth_cancer.pdf.
19. Royal College of Pathologists. *Standards and Datasets for Reporting Cancers: Datasets for histopathology reports on head and neck carcinomas and salivary neoplasms.* 2nd Edition. London: The Royal College of Pathologists; 2005. [cited 11 August 2006]. Available from: <http://www.rcpath.org/resources/pdf/HeadNeckDatasetJun05.pdf>.
20. Slootweg PJ, Hordijk GJ, Schade Y, van Es RJJ, Koole R. Treatment failure and margin status in head and neck cancer. A critical view on the potential value of molecular pathology. *Oral Oncol.* 2002;38(12110346):500–3.
21. Leslie A, Fyfe E, Guest P, Goddard P, Kabala JE. Staging of squamous cell carcinoma of the oral cavity and oropharynx: a comparison of MRI and CT in T- and N-staging. *J Comput Assist Tomogr.* 1999;23(1):43–9. Epub 1999/03/02.
22. Vidiri A, Ruscito P, Pichi B, Pellini R, Covelto R, Sperduti I, et al. Oral cavity and base of the tongue tumors. Correlation between clinical, MRI and pathological staging of primary tumor. *Journal of Experimental and Clinical Cancer Research.* 2007;26(4):575–82.
23. Vidiri A, Guerrisi A, Pellini R, Mancio V, Covelto R, Mattioni O, et al. Multi-detector row computed tomography (MDCT) and magnetic resonance imaging (MRI) in the evaluation of the mandibular invasion by squamous cell carcinomas (SCC) of the oral cavity. Correlation with pathological data. *J Exp Clin Cancer Res.* 2010;29:73.

24. Imaizumi A, Yoshino N, Yamada I, Nagumo K, Amagasa T, Omura K, et al. A potential pitfall of MR imaging for assessing mandibular invasion of squamous cell carcinoma in the oral cavity. *AJNR Am J Neuroradiol.* 2006;27(1):114–22.
25. Van Cann EM, Koole R, Oyen WJG, de Rooy JWJ, de Wilde PC, Slootweg PJ, et al. Assessment of mandibular invasion of squamous cell carcinoma by various modes of imaging: constructing a diagnostic algorithm. *International Journal of Oral & Maxillofacial Surgery.* 2008;37(6):535–41.
26. Wiener E, Pautke C, Link TM, Neff A, Kolk A. Comparison of 16-slice MSCT and MRI in the assessment of squamous cell carcinoma of the oral cavity. *Eur J Radiol.* 2006;58(1):113–8.
27. van den Brekel MW, Castelijns JA, Stel HV, Golding RP, Meyer CJ, Snow GB. Modern imaging techniques and ultrasound-guided aspiration cytology for the assessment of neck node metastases: a prospective comparative study. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 1993;250(1):11–7. Epub 1993/01/01.
28. Hohlweg-Majert B, Metzger MC, Voss PJ, Holzle F, Wolff K-D, Schulze D. Preoperative cervical lymph node size evaluation in patients with malignant head/neck tumors: comparison between ultrasound and computer tomography. *Journal of Cancer Research & Clinical Oncology.* 2009;135(6):753–9.
29. Thomsen JB, Sorensen JA, Grupe P, Karstoft J, Krogdahl A. Staging N0 oral cancer: lymphoscintigraphy and conventional imaging. *Acta Radiol.* 2005;46(5):492–6.
30. To EWH, Tsang WM, Cheng J, Lai E, Pang P, Ahuja AT, et al. Is neck ultrasound necessary for early stage oral tongue carcinoma with clinically N0 neck? *Dentomaxillofac Radiol.* 2003;32(3):156–9.
31. Andrie J, Scharfetter VH, Schwentner I, Deibl M, Sprinzl GM. Initial staging examinations for head and neck squamous cell carcinoma: are they appropriate? *J Laryngol Otol.* 2009;123(8):885–8. Epub 2009/04/18.
32. Baek C-H, Chung MK, Son Y-I, Choi JY, Kim H-J, Yim YJ, et al. Tumor volume assessment by 18F-FDG PET/CT in patients with oral cavity cancer with dental artifacts on CT or MR images. *J Nucl Med.* 2008;49(9):1422–8.
33. Epstein JB, Lunn R, Le N, Stevenson-Moore P. Periodontal attachment loss in patients after head and neck radiation therapy. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod.* 1998;86(6):673–7. Epub 1998/12/30.
34. Lefebvre JL, Coche-Dequeant B, Buisset E, Mirabel X, Van JT, Prevost B. Management of early oral cavity cancer. Experience of Centre Oscar Lambret. *Eur J Cancer B Oral Oncol.* 1994;30(3):216–20. Epub 1994/05/01.
35. Sessions DG, Spector GJ, Lenox J, Parriotti S, Haughey B, Chao C, et al. Analysis of treatment results for floor-of-mouth cancer. *Laryngoscope.* 2000;110(10):1764–72.
36. Glanzmann C, Gratz KW. Radionecrosis of the mandibula: a retrospective analysis of the incidence and risk factors. *Radiother Oncol.* 1995;36(2):94–9100
37. dos Santos CR, Goncalves Filho J, Magrin J, Johnson LF, Ferlito A, Kowalski LP. Involvement of level I neck lymph nodes in advanced squamous carcinoma of the larynx. *Ann Otol Rhinol Laryngol.* 2001;110(10):982–4. Epub 2001/10/20.
38. Bailey JS, Blanchaert RH, Ord RA. Management of oral squamous cell carcinoma treated with inadequate excisional biopsy. *J Oral Maxillofac Surg.* 2001;59(11526566):1007–10.
39. Zelefsky MJ, Harrison LB, Fass DE, Armstrong JG, Shah JP, Strong EW. Postoperative radiation therapy for squamous cell carcinomas of the oral cavity and oropharynx: impact of the therapy on patients with positive surgical margins. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1993;25(1):17–21.
40. Byers RM, El-Naggar AK, Lee YY, Rao B, Fornage B, Terry NH, et al. Can we detect or predict the presence of occult nodal metastases in patients with squamous carcinoma of the oral tongue? *Head Neck.* 1998;20(2):138–44. Epub 1998/03/04.
41. Nieuwenhuis EJC, Castelijns JA, Pijpers R, van den Brekel MWM, Brakenhoff RH, van der Waal I, et al. Wait-and-see policy for the N0 neck in early-stage oral and oropharyngeal squamous cell carcinoma using ultrasonography-guided cytology: is there a role for identification of the sentinel node? *Head Neck.* 2002;24(11891961):282–9.
42. Smith GI, O'Brien CJ, Clark J, Shannon KF, Clifford AR, McNeil EB, et al. Management of the neck in patients with T1 and T2 cancer in the mouth. *Br J Oral Maxillofac Surg.* 2004;42(6):494–500. Epub 2004/11/17.
43. Crean S-J, Hoffman A, Potts J, Fardy MJ. Reduction of occult metastatic disease by extension of the supraomohyoid neck dissection to include level IV. *Head Neck.* 2003;25(12953312):758–62.
44. Kligerman J, Lima RA, Soares JR, Prado L, Dias FL, Freitas EQ, et al. Supraomohyoid neck dissection in the treatment of T1/T2 squamous cell carcinoma of oral cavity. *Am J Surg.* 1994;168(7977957):391–4.
45. Akhtar S, Ikram M, Ghaffar S. Neck involvement in early carcinoma of tongue. Is elective neck dissection warranted? *JPMA J Pak Med Assoc.* 2007;57(6):305–7.
46. Yuen AP-W, Ho CM, Chow TL, Tang LC, Cheung WY, Ng RW-M, et al. Prospective randomized study of selective neck dissection versus observation for

- N0 neck of early tongue carcinoma. *Head & Neck*. 2009;31(6):765–72.
47. Spiro JD, Spiro RH, Shah JP, Sessions RB, Strong EW. Critical assessment of supraomohyoid neck dissection. *Am J Surg*. 1988;156(4):286–9
48. Kohler HF, Cunha IWD, Kowalski LP. Impact of modified radical neck dissections on the number of retrieved nodes, recurrence and survival. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2010;76(3):374–7.
49. Rapoport A, Ortellado DK, Amar A, Lehn CN, Dedivitis RA, Perez RS, et al. Radical versus supraomohyoid neck dissection in the treatment of squamous cell carcinoma of the inferior level of the mouth. *Rev Bras Otorrinolaringol (Engl Ed)*. 2007;73(5):641–6.
50. Laverick S, Lowe D, Brown JS, Vaughan ED, Rogers SN. The Impact of Neck Dissection on Health-Related Quality of Life. *Archives of Otolaryngology – Head and Neck Surgery*. 2004;130(2):149–54.
51. Kowalski LP, Bagietto R, Lara JR, Santos RL, Tagawa EK, Santos IR. Factors influencing contralateral lymph node metastasis from oral carcinoma. *Head Neck*. 1999;21(2):104–10.
52. De Zinis LOR, Bolzoni A, Piazza C, Nicolai P. Prevalence and localization of nodal metastases in squamous cell carcinoma of the oral cavity: role and extension of neck dissection. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*. 2006;263(12):1131–5.
53. Yu S, Li J, Li Z, Zhang W, Zhao J. Efficacy of supraomohyoid neck dissection in patients with oral squamous cell carcinoma and negative neck. *American Journal of Surgery*. 2006;191(1):94–9.
54. Chao KS, Deasy JO, Markman J, Haynie J, Perez CA, Purdy JA, et al. A prospective study of salivary function sparing in patients with head-and-neck cancers receiving intensity-modulated or three-dimensional radiation therapy: initial results. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 2001;49(4):907–16. Epub 2001/03/10.
55. Pernot M, Luporsi E, Hoffstetter S, Peiffert D, Aletti P, Marchal C, et al. Complications following definitive irradiation for cancers of the oral cavity and the oropharynx (in a series of 1134 patients). *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1997;37(3):577–85. Epub 1997/02/01.
56. Duncan W, MacDougall RH, Kerr GR, Downing D. Adverse effect of treatment gaps in the outcome of radiotherapy for laryngeal cancer. *Radiation Oncology*. 1996;41(3):203–7. Epub 1996/12/01.
57. Bourhis J, Amand C, Pignon JP. Update of MACH-NC (Meta-Analysis of Chemotherapy in Head and Neck Cancer) database focused on concomitant chemoradiotherapy: 5505. *J Clin Oncol* 2004 ASCO Annual Meeting Proceedings (Post-Meeting Edition) 2004; 22(14S (July 15 Supplement)).
58. Bernier J, Dometge C, Ozsahin M, Matuzewska K, Lefebvre JL, Greiner RH, et al. Postoperative irradiation with or without concomitant chemotherapy for locally advanced head and neck cancer. *N Engl J Med*. 2004; 350(19):1945–52. Epub 2004/05/07
59. Cooper JS, Pajak TF, Forastiere AA, Jacobs J, Campbell BH, Saxman SB, et al. Postoperative concurrent radiotherapy and chemotherapy for high-risk squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2004; 350(19):1937–44. Epub 2004/05/07.
60. Lundahl RE, Foote RL, Bonner JA, Suman VJ, Lewis JE, Kasperbauer JL, et al. Combined neck dissection and postoperative radiation therapy in the management of the high-risk neck: a matched-pair analysis. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1998;40(9486600):529–34.
61. Awwad HK, Lotayef M, Shouman T, Begg AC, Wilson G, Bentzen SM, et al. Accelerated hyperfractionation (AHF) compared to conventional fractionation (CF) in the postoperative radiotherapy of locally advanced head and neck cancer: influence of proliferation. *Br J Cancer*. 2002;86(4):517–23. Epub 2002/03/01.
62. Bernier J, Cooper JS, Pajak TF, van Glabbeke M, Bourhis J, Forastiere A, et al. Defining risk levels in locally advanced head and neck cancers: a comparative analysis of concurrent postoperative radiation plus chemotherapy trials of the EORTC (#22931) and RTOG (# 9501). *Head Neck*. 2005;27(10):843–50. Epub 2005/09/15.
63. Goodwin WJ, Jr. Salvage surgery for patients with recurrent squamous cell carcinoma of the upper aerodigestive tract: when do the ends justify the means? *Laryngoscope*. 2000;110(3 Pt 2 Suppl 93):1–18. Epub 2000/03/14.
64. Haraf DJ, Weichselbaum RR, Vokes EE. Re-irradiation with concomitant chemotherapy of unresectable recurrent head and neck cancer: a potentially curable disease. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 1996;7(9):913–8. Epub 1996/11/01.
65. Stevens KR, Jr., Britsch A, Moss WT. High-dose reirradiation of head and neck cancer with curative intent. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*. 1994;29(4):687–98. Epub 1994/07/01.
66. Bonner JA, Harari PM, Giralt J, Azarnia N, Shin DM, Cohen RB, et al. Radiotherapy plus cetuximab for squamous-cell carcinoma of the head and neck. *N Engl J Med*. 2006;354(6):567–78. Epub 2006/02/10.
67. Clavel M, Vermorken JB, Cognetti F, Cappelaere P, de Mulder PH, Schornagel JH, et al. Randomized comparison of cisplatin, methotrexate, bleomycin and vincristine (CABO) versus cisplatin and 5-fluorouracil (CF) versus cisplatin (C) in recurrent or metastatic squamous cell carcinoma of the head and neck. A phase III study of the

- EORTC Head and Neck Cancer Cooperative Group. *Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology / ESMO*. 1994;5(6):521–6. Epub 1994/07/01.
68. Mohanti BK, Umapathy H, Bahadur S, Thakar A, Pathy S. Short course palliative radiotherapy of 20 Gy in 5 fractions for advanced and incurable head and neck cancer: AIIMS study. *Radiother Oncol*. 2004;71(3):275–80. Epub 2004/06/03.
69. Wilner HI, Lazo A, Metes JJ, Beil KA, Nowack P, Jacobs J. Embolization in cataclysmal hemorrhage caused by squamous cell carcinomas of the head and neck. *Radiology*. 1987;163(3):759–62. Epub 1987/06/01.
70. Paleri V, Stafford FW, Sammut MS. Laser debulking in malignant upper airway obstruction. *Head Neck*. 2005;27(4):296–301. Epub 2005/01/27.
71. Fortin A, Couture C, Doucet R, Albert M, Allard J, Tetu B. Does histologic grade have a role in the management of head and neck cancers? *J Clin Oncol*. 2001;19(11689578):4107–16.
72. Yamazaki H, Inoue T, Teshima T, Tanaka E, Koizumi M, Kagawa K, et al. Tongue cancer treated with brachytherapy: is thickness of tongue cancer a prognostic factor for regional control? *Anticancer Res*. 1998;18(2B):1261–5. Epub 1998/06/06.
73. Barnes L, Eveson JW, Reichart P, Sidransky D, editors. *Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours*. Lyon: IARC Press; 2005. (WHO Classification of Tumours).
74. McMahon J, O'Brien CJ, Pathak I, Hamill R, McNeil E, Hammersley N, et al. Influence of condition of surgical margins on local recurrence and disease-specific survival in oral and oropharyngeal cancer. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2003;41(4):224–31. Epub 2003/08/30.
75. de Bree R, Deurloo EE, Snow GB, Lee-mans CR. Screening for distant metastases in patients with head and neck cancer. *Laryngoscope*. 2000;110(3 Pt 1):397–401. Epub 2000/03/16.
76. Hay JL, Ostroff JS, Cruz GD, LeGeros RZ, Kenigsberg H, Franklin DM. Oral cancer risk perception among participants in an oral cancer screening program. *Cancer epidemiology, biomarkers & prevention : a publication of the American Association for Cancer Research, cosponsored by the American Society of Preventive Oncology*. 2002;11(2):155–8. Epub 2002/02/28.
77. Horowitz AM, Canto MT, Child WL. Maryland adults' perspectives on oral cancer prevention and early detection. *J Am Dent Assoc*. 2002;133(8):1058–63. Epub 2002/08/30.

Multiple Choice-Fragen:

Zahnmedizin und Medizin: Der Mund ist kein Nebenschauplatz

VNR: 2760602016050450001

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Eine Leukoplakie ist eine

- 1) maligne Erkrankung.
- 2) weißliche abwischbare Mundschleimhautveränderung, die keine Krankheitsbedeutung hat.
- 3) weißliche nicht abwischbare Veränderung, die keiner anderen definierbaren Schleimhautveränderung zugeordnet werden kann.
- 4) temporäre Mundschleimhautläsion, die wie die Erythroplakie mit einer Salbe therapiert werden kann.
- 5) Mundschleimhautveränderung, die schnell und sicher mit der Fluoreszenzdiagnostik beurteilt werden kann.

2. Welche Aussage zum invasiven Plattenepithelkarzinom ist richtig:

- 1) entsteht immer auf dem Boden einer prä-malignen Mundschleimhautläsion.
- 2) entspricht pathohistologisch der SIN 1.
- 3) die Diagnosesicherung muss mit einer Biopsie und histologischen Untersuchung erfolgen.
- 4) kann mit dem Begriff eines „Karzinoma in situ“ synonym bezeichnet werden.
- 5) der Lichen ruber planus ist keine prä-maligne Vorstufe.

3. Welche Aussage bezüglich des Mundhöhlenkarzinoms ist falsch:

- 1) Nach operativer Entfernung eines ausgedehnten Tumors kann eine adjuvante Strahlentherapie sinnvoll sein.
- 2) Rauchen und Alkohol spielen bei der Entstehung des Mundhöhlenkarzinoms eine sehr große Rolle.
- 3) Vor einer Tumorbehandlung kann auf eine zahnärztliche Untersuchung und Behandlung verzichtet werden, da ein schlechter Zahnstatus keine Bedeutung für die onkologische Therapie hat.

4) Tumoren der Mundhöhle metastasieren vorwiegend lymphogen, deswegen müssen häufig bei der operativen Tumorentfernung die ableitenden Lymphwege mitentfernt werden.

5) Jede Veränderung der Mundhöhlen-schleimhaut, die nach zwei Wochen nicht abgeheilt ist, muss als malignitätsverdächtig eingestuft werden.

4. Welche Aussage ist bei der Primärbehandlung einer bösartigen Neubildung im Mund-Kiefer-Gesichtsbereich (Mundhöhlenkarzinom) falsch ?

- 1) Das Plattenepithelkarzinom sollte, wenn möglich primärchirurgisch behandelt werden.
- 2) Eine lokale Tumorexzision bedeutet für den Patienten meistens keine besondere Einschränkung der postoperativen Lebensqualität.
- 3) Bei der Tumor-Operation müssen auch die ableitenden Lymphwege mitentfernt werden (sog. Neck dissection).
- 4) Neben den Weichteilen kann auch der Knochen durch autogene Transplantate rekonstruiert werden.
- 5) Je frühzeitiger der Tumor erkannt werden kann (Vorsorgeuntersuchung beim Zahnarzt), desto besser sind die Heilungschancen.

5. Wie groß ist die Wundfläche, die bei einer unbehandelten generalisierten schweren Parodontitis in den parodontalen Taschen vorliegt und über die ständig Bakteriämien stattfinden?

- 1) A 10 mm²
- 2) B 8–20 cm²
- 3) C 0,5 m²
- 4) D 0,5 mm²

6. Wie heißt die infektiös-entzündliche Erkrankung, bei der der Zahnhalteapparat (Parodont) zerstört wird?

- 1) Gingivitis
- 2) Parodontose
- 3) Parodontitis
- 4) Gingivawucherung

7. Für welchen Parameter ist die Messung der Pulswellengeschwindigkeit ein direktes Maß?

- 1) peripherer Blutdruck
- 2) Linksherzhypertrophie
- 3) Gefäßsteifigkeit
- 4) erhöhte Blutzuckerwerte

8. Welche Aussage zu Messung der Pulswellengeschwindigkeit bei unbehandelten parodontal erkrankten Patienten im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe ist richtig?

- 1) Parodontal erkrankte Patienten zeigen erhöhte PWV-Werte.
- 2) Parodontal erkrankte Patienten zeigen erniedrigte PWV-Werte.
- 3) Die Werte sind in beiden Gruppen gleich.
- 4) Parodontal erkrankte Patienten zeigen Werte, wie sie ansonsten nur bei 10–15 Jahre chronologisch jüngeren Individuen zu finden sind.

9. Für die Diagnostik des Mundhöhlenkarzinoms gilt

- 1) Mit der Computertomographie lässt sich die weichgewebige Tumordinfiltration am besten darstellen.
- 2) Die Ultraschalldiagnostik ist vor allem in der Tumornachsorge bedeutsam.
- 3) Die PET-CT-Diagnostik besitzt keinerlei Bedeutung in der Kopf-Hals-Onkologie.
- 4) Für die Diagnosesicherung ist der klinische Befund ausreichend.

5) Auf eine zahnärztliche Panorama-Röntgenaufnahme kann immer verzichtet werden.

10. Welche Aussagen sind nicht richtig

- 1) Jede Veränderung der Mundhöhlenschleimhaut, die länger als zwei Wochen besteht, muss als malignitätsverdächtig eingestuft werden.
- 2) Tumore der Kopf-Hals-Region treten sehr selten auf und spielen in der Onkologie eine untergeordnete Rolle.

3) Hauptrisikofaktoren sind vor allem Nikotinabusus, starker Alkoholkonsum und schlechte Mundhygiene.

4) Die Erkrankung mit einem Mundhöhlenkarzinom stellt häufig eine sehr große Belastung des Patienten dar, da funktionelle Beeinträchtigungen von Sprechen oder Schlucken auftreten.

5) Kopf-Hals-Malignome gehen meistens vom Plattenepithel der Mundschleimhaut aus.

dizin und Technik mithalten. Zur Fortbildungsakademie Zahnmedizin Hessen GmbH (FAZH) gehören ein moderner Phantomkopfraum, ein Hörsaal mit 120 Plätzen, EDV-Arbeitsplätze sowie weitere Seminarräume für über 100 Personen.

Die Landeszahnärztekammer Hessen war bundesweit eine der ersten zahnärztlichen Organisationen, die durch ein neues Fortbildungskonzept die Qualitätssicherung vorangetrieben haben. Mit den seit September 2002 eingeführten curricularen Fortbildungen in den Teilbereichen der Zahnheilkunde Implantologie, Parodontologie, Endodontie, Restaurative Funktionsdiagnostik und -therapie, Kinderzahnheilkunde, Ästhetische Zahnheilkunde, Restaurative Zahnheilkunde, Kieferorthopädische Funktionsdiagnostik und Alterszahnmedizin wurden für alle wichtigen Bereiche der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde spezielle, praxisorientierte Fortbildungen geschaffen.

Bei erfolgreichem Durchlaufen dieser Fortbildungen dürfen die Zahnärztinnen und Zahnärzte aufgrund der erworbenen umfassenden theoretischen und praktischen Kenntnisse einen entsprechenden Tätigkeitsschwerpunkt der LZKH auf dem Praxisschild ausweisen. Die neuen Hinweise auf den Praxisschildern ermöglichen den Patienten künftig eine schnellere Orientierung, wo sie entsprechend qualitativ hochstehend fortgebildete Zahnärzte finden können.

Beratungsinstanz für Patienten und Mitglieder

Information und Aufklärung, Patientenzufriedenheit und Patientenschutz stehen innerhalb des weiten Tätigkeitsfelds der LZKH an herausragender Stelle. Deshalb unterhält die LZKH eine eigene Patientenberatungsstelle. Mit diesem Service bietet sie den Bürgerinnen und Bürgern Hessens eine zentrale Anlaufstelle für alle Fragen rund um die zahnärztliche Behandlung. Damit die neuen Bürgerinnen und Bürger in Hessen von Geburt an mit einem naturgesunden Gebiss aufwachsen und eine Karieskarriere von vorneherein vermieden wird, ist die LZKH in der Individual- und Gruppenprophylaxe für Kinder und Jugendliche und deren Eltern und Erzieher aktiv und hilft bei der Schulung und Unterweisung in Kindertagesstätten, Schulen und in den Praxen.



Lenken die Geschicke des Berufsstands: Amtierender Vorstand und Präsidium der Landeszahnärztekammer Hessen: Dr. Andreas Dehler, Dr. Dieter Nolte, Präsident Dr. Michael Frank, Prof. Dr. Olaf Winzen, Dr. Nikolaus Edler, Dr. Doris Seiz, Dr. Antje Köster-Schmidt, Vizepräsident Dr. Wolfgang Klenner und Dr. Andreas Friedrich (v. h. l. n. v. r.)

Neben der Patientenberatung bietet die Kammer als Berufsorganisation ihren Mitgliedern umfassende Beratung beispielsweise bei rechtlichen Fragen rund um die zahnärztliche Praxis sowie zu allen Themen, die mit der Berufsausübung verbunden sind. Dazu zählt auch die Hilfe bei der täglichen Umsetzung der hohen Standards im Bereich der Praxishygiene und die Unterstützung bei der Etablierung eines vollumfänglichen praxisinternen Qualitätsmanagements durch das Zahnärztliche Qualitätsmanagementsystem der LZKH (ZQMS).

Soziales Engagement

Die Landeszahnärztekammer Hessen unterstützt und fördert das vielfältige soziale Engagement der hessischen Zahnärztinnen und Zahnärzte. Zu den Projekten zählen eine zahnärztliche Sprechstunde für Obdachlose, Materialspenden und zahnärztliche Hilfseinsätze in Lateinamerika und Afrika, die Förderung studentischer und zahnärztlicher Famulaturen in Entwicklungs- und Schwellenländern, Versorgung von Flüchtlingen und zahlreiche durch Zahngoldspenden finanzierte soziale Projekte in ganz Hessen. Durch Kooperationen im Bereich des Behindertensports soll zudem die Mundgesundheit von Risikogruppen wie Menschen mit einer geistigen Behinderung nachhaltig verbessert werden.

Dem demografischen Wandel folgen

Stetig steigende Lebenserwartung und sinkende Geburtenraten führen auch in unserem Land zu einer grundlegend veränder-

ten Altersstruktur. Die Menschen leben länger und behalten dabei bis ins hohe Alter ihre eigenen Zähne. Immer mehr sehr alte Patienten mit verschiedenen Erkrankungen und einer hochkomplexen Medikation stellen Zahnärztinnen und Zahnärzte aber auch Pflegekräfte vor eine große Herausforderung. Die Landeszahnärztekammer Hessen nimmt sich dieser Aufgabe an. Neben den Fortbildungsmaßnahmen im Bereich der Alterszahnmedizin wird auch die Aufklärung und Schulung des Pflegepersonals in Alten- und Pflegeheimen im Bereich der Mundhygiene künftig von besonderer Bedeutung sein. Gerade im hohen Alter verschiebt sich der Aspekt der Schönheit und der Attraktivität verstärkt in Richtung Funktionalität und Erhaltung der Gesundheit. Dem alten Menschen und den ihm zur Seite stehenden Helfern muss bewusst gemacht werden, dass die bakterielle Besiedlung der Mundhöhle in vielfacher Verbindung zu Erkrankungen seines Körpers stehen, diese beeinflussen, verschlimmern oder sogar bedingen kann. Aufgabe der Zahnärzteschaft ist es, dieses Bewusstsein zu wecken und zielgerichtete Informationen zur Mundhygiene bei Senioren und in der Pflege zu geben, mit denen die Risiken eingedämmt oder sogar vermieden werden können.

Dreh und Angelpunkt: Gesundheitspolitik

Zur Erhaltung des hohen Niveaus der zahnärztlichen Versorgung und der Patientenzufriedenheit ist es ebenfalls die Aufgabe der Landeszahnärztekammer Hessen, sich ge-

sundheitspolitischen Problemstellungen auf Landesebene anzunehmen. Sie berät daher öffentliche Stellen bei der Gesetzgebung und der Gesetzesdurchführung und arbeitet eng mit dem öffentlichen Gesundheitsdienst zusammen. Um die Anliegen der Heilberufe mit einer gemeinsamen, starken Stimme an die politischen Entscheider zu bringen und im gesellschaftlichen Bewusstsein zu verorten, ist die LZKH, zusammen mit den übrigen sechs Heilberufekörperschaften, seit sieben Jahren im Bündnis heilen & helfen aktiv.

Weitere wichtige gesetzliche Aufgaben sind außergerichtliche Verfahren der Streitbeilegung für Zahnärzte, Patienten und Praxispersonal und die Benennung

von Gutachtern für Patienten, Behörden und Gerichte.

Die LZKH – ein demokratisches Institut

Die gesetzlichen Aufgaben einer Kammer sind in der Regel sehr allgemein gehalten. Sie konkret zu gestalten, den Berufsstand und seine Arbeit zukunftsfähig zu machen, gesellschaftliche Veränderungen frühzeitig zu erkennen und darauf mit kreativen Konzepten zu reagieren, ist Aufgabe des zentralen Gremiums der Kammer: der Delegiertenversammlung. Dieses zahnärztliche Parlament wird alle fünf Jahre neu gewählt und wählt seinerseits

den Vorstand und das Präsidium. Deren politische Entscheidungen umzusetzen obliegt dem Team der Frankfurter Geschäftsstelle.

Kammer sind aber nicht nur DV und Vorstand, Ehren- und Hauptamt. Kammer sind alle Zahnärztinnen und Zahnärzte in ganz Hessen. Sie alle sind aufgefordert, die Arbeit der LZKH mitzutragen und mitzugestalten – denn nur so kann die Selbstverwaltung des freien Zahnarztberufs ihrerseits zukunftsfähig sein und bleiben.

Dr. Wolfgang Klenner

Vizepräsident

der Landeszahnärztekammer Hessen

Ärztekammer

Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) bei niedergelassenen Ärzten

Eine Umfrage des MRE-Netztes Rhein-Main und der Landesärztekammer Hessen

Antibiotikaresistente Erreger stellen Ärzte vor zunehmende Probleme. Während MRSA in jüngerer Zeit abnehmen, wird ein deutlicher Anstieg der multiresistenten gramnegativen Erreger MRGN beobachtet, also beispielsweise von E. coli- oder Klebsiellen-Stämmen, gegen die Penicilline und Cephalosporine sowie Gyrasehemmer wie Ciprofloxacin, teilweise auch schon Carbapeneme, nicht mehr wirken. Wenn dann noch, wie in „The Lancet“ beschrieben, eine Resistenz gegen das absolute Reserveantibiotikum Colistin dazukommt, kann man pessimistisch schon fast schon von einer postantibiotischen Situation sprechen. Im europäischen Vergleich ist der Antibiotika-Einsatz in den Arztpraxen in Deutschland erfreulich niedrig und zeigt sogar eine weiter abnehmende Tendenz. Allerdings werden in Deutschland vergleichsweise häufig Breitband-Antibiotika verordnet, und dies mit deutlich zunehmender Tendenz.

Um die Wirkung dieser für die Behandlung von Infektionen so wertvollen Medika-

mente zu erhalten, müssen Antibiotika verantwortungsvoll und zurückhaltend eingesetzt werden. Deswegen unterstützt die Landesärztekammer Hessen die Aktion „Weniger ist mehr – Antibiotika sorgsam einsetzen“ (siehe HÄBL 10/2015). Die Kammer plant darüber hinaus weitere praxisorientierte Fortbildungsangebote zum rationalen Antibiotika-Einsatz (siehe auch den Veranstaltungskalender unserer Akademie unter <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungangebot>).

Vor acht Jahren wurde eine Untersuchung zu „Einflüssen auf die Verordnung von Antibiotika bei Ärzten“, die sogenannte EVA-Studie, bundesweit durchgeführt. Um festzustellen, was sich in der Zwischenzeit verändert hat, möchten wir diese Untersuchung nun in Hessen mit **unseren niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen** wiederholen. Durch Ihre Teilnahme an dieser Studie können Sie aktiv an der Entwicklung und Priorisierung von Maßnahmen zur Prävention

und Kontrolle der multiresistenten Erreger mitwirken. Die Beantwortung der Fragen dauert etwa zehn Minuten. Wir sichern Ihnen zu, die Daten anonym auszuwerten, die Ergebnisse auch im Hessischen Ärzteblatt zu veröffentlichen und Ihre Anregungen möglichst aufzunehmen und umzusetzen, beispielsweise im Rahmen der geplanten Fortbildungen. Ich bitte Sie herzlich um Ihre Teilnahme bis zum 30. April 2016 und um Ihre Unterstützung. Gehen Sie dazu auf unsere spezielle Internetseite <http://umfrage.laekh.de>

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach

Präsident

der Landesärztekammer Hessen



Nebenstehender
QR-Code führt
Smartphonebenutzer
direkt zur Umfrage

Weniger ist mehr: Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen

Expertinnenrunde informierte über die richtige Therapie von Grippe & Co.

Auf Einladung des MRE-Netz Rhein-Main haben kürzlich im Nordwestzentrum Frankfurt Vertreterinnen der Landesärztekammer, der Landesapothekerkammer und der Hessischen Krankenhausgesellschaft Bürginnen und Bürger zu Erkältung, Grippe und Antibiotika informiert. Unter Moderation von Knud Zilian (Hessischer Rundfunk) wurden Vorträge, eine Umfrage und ein Gewinnspiel geboten.

Erkältungszeit = Antibiotikazeit? Nein!

Winterzeit ist Erkältungszeit. Ein Fall für Antibiotika? Nein! Da waren sich alle Expertinnen einig. Monika Buchalik, Fachärztin für Allgemeinmedizin und Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen, betonte, dass bei Infekten zunächst der Hausarzt oder die Hausärztin aufgesucht werden soll. „Nach genauer Untersuchung wird Ihre Ärztin oder Arzt die angemessenen Mittel empfehlen. Erkältungen der oberen Luftwege sind in 80 Prozent der Fälle virale und nur zu ca. 20 Prozent bakterielle Infektionen. Aber nur bei bakteriellen Infekten können Antibiotika helfen. Bei Viralen sind sie wirkungslos“. Buchalik weiter: „Sollte eine Besserung ausbleiben, empfehle ich unbedingt eine Verlaufskontrolle nach einer Woche bei Ihrem Hausarzt, da eine sekundäre bakterielle Besiedlung möglich ist. Die Therapie mit Antibiotika ist dann vom Alter und Allgemeinzustand des Patienten abhängig.“

Antibiotika: Von der Wunderwaffe zum stumpfen Schwert

Bei viralen Infekten helfen körperliche Schonung, vermehrte Flüssigkeitsaufnahme, Schleimlöser, Hustenstiller, abschwellende Nasentropfen und Schmerzmittel. Antibiotika sind hier kontraindiziert. Dies konnte Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen, nur unterstützen. „Wir Apotheker geben Tipps, wie Patienten sich bei den in der Regel viralen



Expertinnenrunde mit (von links): LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf (MRE-Netz), Ursula Funke (Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen) und Dr. med. Diana Mäser (Hessische Krankenhausgesellschaft) mit Moderator Knud Zilian (Mitte)

Infekten verhalten sollen. Das Wichtigste sind Schonung und viel Trinken. Wir informieren über die richtige Einnahme von Antibiotika. Keinesfalls dürfen Antibiotika eigenmächtig abgesetzt werden, wenn man sich besser fühlt. So werden nur Resistenzen gefördert.“

Was es bedeutet, wenn bakterielle Infektionen nicht mehr mit Antibiotika zu behandeln sind, legte Dr. med. Diana Mäser, Oberärztin an den Main-Kinzig-Kliniken Gelnhausen und Schlüchtern als Vertreterin der Hessischen Krankenhausgesellschaft anschaulich dar. „Zwar werden in Kliniken weniger Antibiotika verbraucht als im ambulanten Bereich, aber in den Kliniken und insbesondere auf den Intensivstationen werden Menschen mit schweren Infektionen behandelt. Wir sind darauf angewiesen, dass Antibiotika wirksam bleiben, damit wir unseren Patienten noch helfen können. Wenn gegen die krankmachenden Bakterien nur noch wenige oder sogar keine Antibiotika mehr wirken, können wir Ärzte die Infektionsursache nicht mehr wirksam bekämpfen.“ „Deswegen haben wir das Projekt ‚Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen‘ gestartet“, sagte Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Vorsitzende des MRE-Netz Rhein-Main, und verwies auf die informativen Flyer des Netzwerks. „Auch wenn Antibiotika gegen die Erkältung nicht helfen, schädigen sie immer die Darmbakterien und können Magen-Darm-

Probleme verursachen. Darüber hinaus kann jede Antibiotikatherapie Resistenzen bei Bakterien triggern. Denken Sie also nicht, Ihr Arzt sei ein schlechter Arzt, wenn er Ihnen bei einer Erkältung kein Antibiotikum verordnet.“

„Kann man hier Antibiotika gewinnen?“

42 Zuhörer füllten einen Fragebogen aus. Über 40 Prozent meinten, dass eine Erkältung wirksam mit Antibiotika behandelt werden könne. Wie notwendig solche Infoveranstaltungen sind, zeigte die Frage einer Passantin, die im Hinblick auf das Gewinnspiel wissen wollte: „Kann man hier Antibiotika gewinnen?“ Weitere Informationen gibt es im Internet unter www.mre-rhein-main.de/wim.php. Dort können auch kostenlos Flyer und Poster bestellt werden. Die Landesärztekammer Hessen startet jetzt in Zusammenarbeit mit dem MRE-Netz Rhein-Main eine Umfrage unter niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten über Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika (EVA), siehe Seite 208.

Monika Buchalik
Fachärztin für Allgemeinmedizin
und Vizepräsidentin der LÄKH

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
MRE-Netz Rhein-Main

Magie der Farben

Miró-Ausstellung in der Frankfurter Schirn

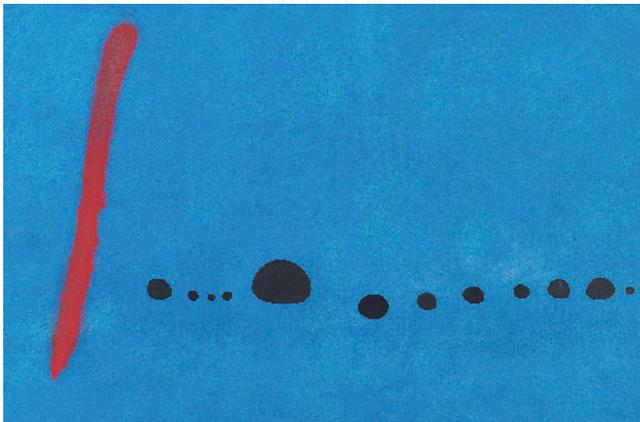


Foto: Successió Miró / VG Bild-Kunst, Bonn 2016

Joan Miró, Blau II/III, 4. März 1961 (Bleu II/III, 4 mars 1961), Öl auf Leinwand, 270 x 355 cm, Centre Pompidou – Musée national d'art moderne/ Centre de création industrielle, Paris

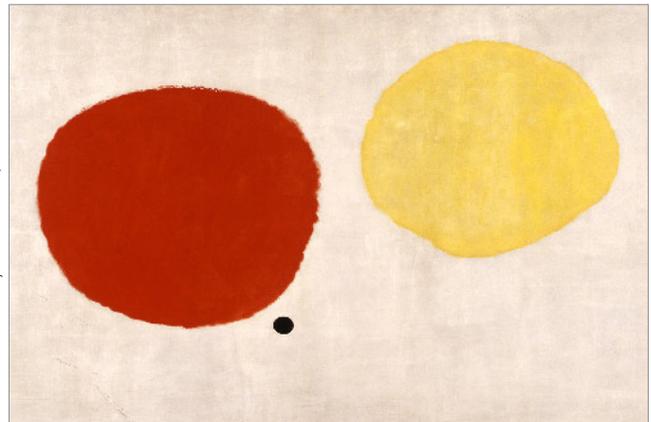


Foto: Successió Miró / VG Bild-Kunst, Bonn 2016

Joan Miró, Malerei (Die Magie der Farbe), 1930, Öl auf Leinwand, 150,2 x 225,2 cm, The Menil Collection, Houston

Pantoffeltierchen vor blauem Hintergrund, verspielte Anklänge an Höhlenmalereien, Graffiti-Männchen, Tiere oder rätselhaft bunte Kleckse: Man glaubt, die Bilder des spanischen Malers und Bildhauers Joan Miró i Ferrà (1893–1983) zu kennen. Sie sind in Museen in Paris oder New York zu sehen, Reproduktionen seiner Werke hängen in Restaurants und Privatwohnungen. Mit großformatigen Bildern will die Ausstellung „Wandbilder, Weltbilder“ in der Frankfurter Schirn nun einen anderen Miró zeigen.

Nicht den Schöpfer heiter-dekorativer Kunst, sondern einen Künstler, der die Kunst nach eigenen Worten „ermorden“ wollte. Der nach einer neuen, „reinen“ Formensprache suchte, aber auch auf die Ereignisse seiner Zeit, auf den Spanischen Bürgerkrieg, den Zweiten Weltkrieg oder die Franco-Diktatur Krieg reagierte. Die Werkschau ist zugleich Auftakt der Feierlichkeiten zum 30-jährigen Bestehen der Kunsthalle in diesem Jahr.

Die von Simonetta Fraquelli kuratierte, in Zusammenarbeit mit dem Kunsthaus Zürich entstandene Schau lädt zu einem ungewöhnlichen Blick auf das Œuvre des Künstlers ein, der schon als Kind zu zeichnen begonnen hatte und damit zunächst bei seinem Vater auf Ablehnung gestoßen war. Von 1910 bis 1911 arbeitete Miró als Buchhalter und zog nach einem Nervenzusammenbruch in den Bauernhof seiner

Familie nach Mont-roig del Camp bei Tarragona. Er genas, und der Widerstand gegen eine künstlerische Ausbildung schwand. Miró schrieb sich an der privaten Kunstschule „Escola d'Art“ von Francesc Galí ein, die er von 1912 bis 1915 besuchte. Sein frühes, von naiver Volkskunst inspiriertes Werk trägt Züge des Kubismus und des Fauvismus. In den 1920er-Jahren wandte sich Miró, beeinflusst von den Kunstströmungen des Dadaismus und Surrealismus, von der gegenständlichen Malerei ab. Als Vertreter der klassischen Moderne zählt der experimentierfreudige Spanier zu den bekanntesten Künstlern des 20. Jahrhunderts.

„Während der neun Monate, die ich an dem Bauernhof arbeitete, malte ich etwa sieben bis acht Stunden am Tag. Ich litt entsetzlich, fürchterlich, wie ein Verdammter. Ich wischte sehr viel weg und fing an, die ganzen fremden Einflüsse rauszuwerfen und mit Katalonien Verbindung aufzunehmen“, kommentierte Miró seine Arbeit an dem Bild „Der Bauernhof (La Ferme)“ aus den Jahren 1921/22, das als Schlüsselwerk seiner surrealistischer Periode gilt. Laut Kuratorin Fraquelli sind der Ursprung von Mirós Werk seine Vorliebe für große Formate und seine Faszination für die Wand. Die gemauerten Wände des Bauernhofs der Familie in Mont-roig del Camp regten ihn zu dem

Joan Miró, Der Bauernhof (La Ferme), 1921/22, Öl auf Leinwand, 123,8 x 141,3 x 3,3 cm, National Gallery of Art, Washington, D. C., Geschenk von Mary Hemingway

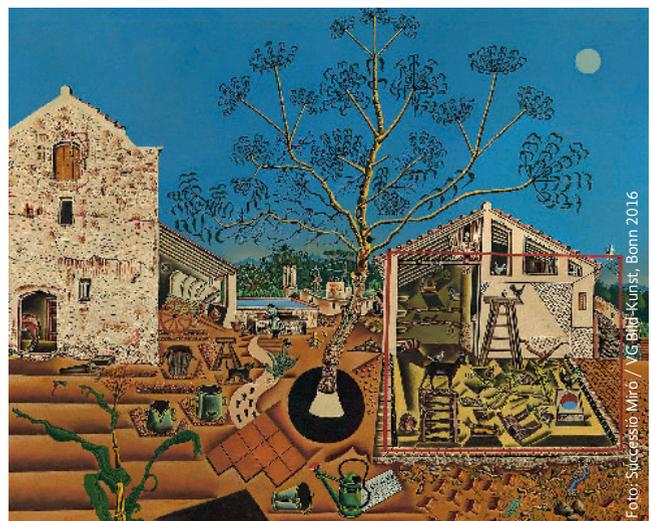


Foto: Successió Miró / VG Bild-Kunst, Bonn 2016

vordergründig gegenständlichen Gemälde „La Ferme“ (1921/22), in dem der Künstler detailgetreu ihre Beschaffenheit mit Rissen und abgeblättertem Putz zu Papier brachte. Das katalanische Volkskunst mit surrealistischen Motiven verknüpfende Bild begeisterte den amerikanischen Schriftsteller Ernest Hemingway so sehr, dass er es 1925 kaufte.

Bilder auf ungewöhnlichen Untergründen: Miró malte auf Sandpapier, Teerpappe, Faserplatten oder roher Jute. Die Oberfläche

schien dem Künstler Geschichten zu erzählen. Dabei löste er sich von einer einfachen Wiedergabe der Realität und setzte, so die Interpretation der Ausstellungsmacher, die Bildfläche mit einer Wand gleich. Auf dieser kreierte er schier unerschöpflich scheinende Fantasiewelten. Mirós Magie der Farben wird in der Schirn virtuos in Szene gesetzt. Auf schwarze, sich kringelnde Linien reduzierte Bilder aus den 1970er-Jahren und weißgründige Kompositionen mit schwarzer Sonne kontrastieren mit abstrakten Werken

der frühen Jahre auf weißem, braunem oder blauem Grund. 1961 malte der Katalane die riesigen Leinwände Blau 1,2,3, die in seinem mallorquinischen Atelier an drei angrenzenden Wänden lehnten. In der Frankfurter Ausstellung laden sie den Betrachter bis zum 12. Juni 2016 dazu ein, in einen strahlend blauen Kosmos mit geheimnisvollen Einsprengeln einzutauchen. Information im Internet unter: <http://www.schirn.de>

Katja Möhrle

Musikakademien als besondere Konzertorte

Zum Musikstudium ist die Hochschule für Musik und darstellende Kunst in Frankfurt allgemein bekannt. Hessen hat darüber hinaus vier Musikakademien: in Darmstadt, Kassel, Wiesbaden und Frankfurt. Ihre Geschichte reicht ins 19. Jahrhundert zurück. In Kassel trägt die Musikakademie den Namen von Louis Spohr (1784 – 1859). Sie hat ihre Anfänge zu Beginn des 19. Jahrhunderts. Spohr – Geigenvirtuose, Komponist, Dirigent und Musikpädagoge – war einer der Lichtgestalten seiner Zeit.

Die Wiesbadener Musikakademie wurde 1888 ins Leben gerufen und hat ihren Schwerpunkt in der Musikpädagogik. Sie wurde wie die anderen hessischen Musikakademien 2012 in eine Fachhochschule umgewandelt, mit der Berechtigung, einen „Bachelor of Music“ zu verleihen.

Die Darmstädter Tonkunstakademie auf der Ludwigshöhe existiert seit 1851. Die Frankfurter Berufsakademie ist im Dr. Hoch's Konservatorium untergebracht. Dieses wurde 1878 als Stiftung von Dr. Josef Hoch gegründet. In seinem Namensverzeichnis stehen berühmte Lehrende und Absolventen: Paul Hindemith, Engelbert Humperdinck, Clara Schumann oder Percy Grainger.

In den Akademien werden alle Instrumentalfächer, Gesang und elementare Musikpädagogik sowie Tonsatz angeboten. In Frankfurt gibt es zudem eine Abteilung für Erwachsenenbildung, die Laien unterstützt, ihre Spielkunst zu verbessern. Abteilungen für neue Musik und alte Musik sowie eine Ballettschule sind ebenfalls vorhanden. Frankfurt hatte bereits 1927

eine Jazzklasse. Ihre Gründung auf Initiative des Lehrers Bernhard Sekles wurde mit Erstaunen und zunächst Widerstand aufgenommen.

Die Musikakademien folgen dem „Bolognaprozess“, der Einrichtung von Bachelor- und Masterstudiengängen. Sie haben kein Promotionsrecht, sind jedoch Fachhochschulen gleichgestellt. Sie verstehen sich als Vermittlerinnen von beruflicher Qualifizierung für Lehrende und für Instrumentalmusiker, aber auch als Vermittler von Musik in der Gesellschaft. Die Beschäftigung mit Tonkunst, Harmonielehre, Tonsatz und die Präsentation von Konzerten sind einige ihrer Aufgaben. Künstlerische Qualität und Niveau entsteht durch einen Prozess des Suchens und Fragens, der neues Finden ermöglicht.

Frühzeitig hat die „Mutterinstitution“ der Musik auf akademischem Niveau in Frank-

furt eine sprunghafte Entwicklung genommen. Bald waren die Studentenzahlen so groß, dass die Räume des Dr. Hoch's Konservatoriums nicht mehr ausreichten. Nach der Machtübernahme der Nazis erfolgte nach der Entfernung der Juden aus dem Lehrkörper die Umwandlung in eine Universität, die 1938 den Namen „Hochschule für Musik und darstellende Kunst“ erhielt. Heute ist sie als einzige akademische Einrichtung in Hessen berechtigt, Konzertreifeprüfungen und Masterstudiengänge anzubieten – mit Promotionsrecht.

Die hessische Landesmusikakademie Schlitz, im Schloss Hallenburg gelegen, ist ein Konzert-, Seminar- und Veranstaltungsort. Auch für „Jugend Musiziert“. Es ist jedoch keine Musikhochschule.

Insgesamt zählen die vier Musikakademien rund 450 Studierende. An der Hochschule für Musik und darstellende Kunst sind es rund 860 Studierende und ca. 385 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Ein oft übersehenes Angebot der Musikakademien sind die Konzerte. Nicht nur an Tagen der offenen Tür, sondern auch aus Liebe zur Musik und bei den Prüfungen finden Konzerte an den jeweiligen Einrichtungen statt. Hier können Zuhörer junge Musiker auf erstaunlichem Spielniveau erleben, die den Weg in die Kulturszene noch vor sich haben, aber bereits mit beeindruckenden musikalischen Fähigkeiten ausgestattet sind. Es lohnt, sich auf den Webseiten der Einrichtungen über die angebotenen Konzerte zu informieren.

Dr. med. Siegmund Drexler



Hessische Musikakademien

- Landesmusikakademie Hessen
Schloss Hallenburg in Schlitz:
www.landesmusikakademie-hessen.de
- Darmstadt:
www.akademie-fuer-tonkunst.de
- Kassel: www.kassel.de/miniwebs/musikakademie
- Wiesbaden:
www.wma-wiesbaden.de
- Frankfurt: www.dr-hochs.de/de

Foto: Imah

E-Health-Gesetz: Historische Entwicklung und aktueller Sachstand

Zum besseren Verständnis der aktuellen Situation folgt hier ein Überblick über die bisherige Entwicklung.

2004: Das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) beschreibt in § 291 a SGB V (Sozialgesetzbuch), dass bis spätestens zum 1. Januar 2006 die Erweiterung der Krankenversicherungskarte zu einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK) erfolgen soll. Ebenso wurde im GMG bereits die Umsetzung angedacht: § 291 b SGB V Absatz 1 besagt: „Die Spitzenverbände der Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung, die Bundesärztekammer, die Bundeszahnärztekammer, die Deutsche Krankenhausgesellschaft sowie die für die Wahrnehmung der wirtschaftlichen Interessen gebildete maßgebliche Spitzenorganisation der Apotheker auf Bundesebene vereinbaren die Schaffung der, insbesondere für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte, des elektronischen Rezeptes und der elektronischen Patientenakte, erforderlichen Informations-, Kommunikations- und Sicherheitsinfrastruktur.“

2005 wurde entsprechend § 291 b SGB V die oben bereits avisierte Gesellschaft für Telematik (Gematik) gegründet, die gemäß gesetzlicher Vorgaben die Einführung der eGK sowie den Aufbau einer sogenannten Telematik-Infrastruktur (TI) in Deutschland umsetzen soll. Die Bundesärztekammer (BÄK) als eine der Gesellschafter der Gematik ist dabei u. a. verantwortlich für die Einführung des elektronischen Heilberufsausweises, der laut der Heilberufsgesetze der Bundesländer von den Ärztekammern der Länder herausgegeben wird. Die Telematik-Infrastruktur bedeutet u. a., dass jeder gesetzlich Versicherte eine eGK besitzt, Ärzte einen elektronischen Heilberufsausweis (eHBA) und alle Leistungserbringer im Gesundheitswesen (zum Beispiel

niedergelassene Ärzte, Krankenhäuser, Apotheker, sonstige Erbringer ärztlich verordneter Leistungen...) elektronisch an ein sicheres Datennetz angebunden sind. Über dieses sichere Netz können dann Daten unter Ärzten, aber auch mit Krankenhäusern und sonstigen Leistungserbringern ausgetauscht werden. Ebenso kann der Arzt mit einem Kartenleser Daten lesen, die auf der eGK vorhanden sind, und auch selbst Daten auf die eGK schreiben. Solche Daten wären beispielsweise ein Notfalldatensatz, ein Medikationsplan, elektronische Rezepte und vieles mehr. Unter anderem im späteren Ausbau der TI auch eine elektronische Patientenakte. Natürlich geht dies nur nach Autorisierung mit seinem eHBA.

In den folgenden Jahren gab es viel Kritik an den gesetzlichen Vorgaben, insbesondere was den Schutz der Daten der Patienten angeht, da lange unklar war, ob Patientendaten zentral oder dezentral gespeichert werden sollen. Auch gab es viele Verzögerungen bei der Umsetzung, insbesondere bei der Herausgabe der eGK.

2007 bis heute: Unter anderem auf den Deutschen Ärztetagen wird regelmäßig die Kritik der Ärzteschaft an den geplanten Vorhaben erneuert.

2008: Die hessischen Ärzte sprechen sich auf ihrer Delegiertenversammlung gegen die Einführung einer eGK aus und entscheiden sich gegen einen Beitritt zu den Rahmenverträgen der BÄK bezüglich der Herausgabe des eHBA. In den Folgejahren gibt die Landesärztekammer Hessen erfolgreich einen eigenen Sichtarzttausweis mit qualifizierter Signatur heraus, so dass Ärzte bei Bedarf auch ohne Telematik-Infrastruktur qualifiziert signieren können.

2016: Zu Beginn des Jahres ist das E-Health-Gesetz in Kraft getreten. Neben einigen – durchaus gravierenden – Änderungen (z. B. der Erweiterung des Zugriffs auf den Notfalldatensatz auf Nichtärzte) be-

fristet der Gesetzgeber nun die verschiedenen Schritte der Umsetzung der Telematik-Infrastruktur und sieht Budgetkürzungen einiger Gesellschafter der Gematik vor, falls Termine nicht eingehalten werden. Ebenso gibt es zeitlich befristet Vergütungen für Vertragsärzte, z. B. für die elektronische Übermittlung qualifizierter signierter Arztbriefe. Von der Befristung im Gesetz erwartet man nun eine deutliche Erhöhung der Aktivitäten der Gematik bei der Einführung der Telematik-Infrastruktur.

Bis heute existiert diese allerdings nicht. Das einzige weit verbreitete „sichere Netz“ ist aktuell das „sichere Netz der KV'en“, an das bereits viele Vertragsärzte angeschlossen sind und das für die sichere Übermittlung des ab 1. Januar 2017 geförderten eArztbriefes genutzt werden kann.

Natürlich gibt es viele technische und organisatorische Voraussetzungen, die mit in Kraft treten des E-Health-Gesetzes nach und nach in der Arztpraxis zu erfüllen sind, auch verbunden mit entsprechendem finanziellem Aufwand. Neben einem eHBA sind Anpassungen im Praxisverwaltungssystem notwendig, ein Kartenleser wird benötigt, ebenso wie Software zur Erstellung einer qualifizierten elektronischen Signatur. Daneben sind auch organisatorische Maßnahmen umzusetzen bezüglich der Arztbriefschreibung, bzw. der Abbildung des Medikationsplanes.

Wir werden künftig weiterhin über Themen des E-Health-Gesetzes informieren, insbesondere was den elektronischen Heilberufsausweis angeht, für den die Landesärztekammer Hessen die herausgebende Stelle ist. Lesen Sie zum Thema auch die folgenden Beiträge auf Seite 213 und 215.

Ralf Münzing

Leiter EDV und Organisationsentwicklung
Landesärztekammer Hessen

E-Health-Gesetz: Politik muss für Datensicherheit sorgen

Edgar Pinkowski

Der Anspruch klingt nach einer Revolution: Das am 1. Januar 2016 in Kraft getretene E-Health-Gesetz soll das digitale Zeitalter im Gesundheitswesen einläuten. Nach jahrelangen Verzögerungen will Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe mit dem Gesetz den Zeitdruck auf Industrie und Akteure im Gesundheitssektor erhöhen. Das damit verbundene Ziel, Patienten und Ärzten möglichst zeitnah sinnvolle medizinische Anwendungen über die Telematik-Infrastruktur zur Verfügung zu stellen, ist zu begrüßen. Doch noch fehlt es vielerorts an den elementaren Voraussetzungen.

So ist in Hessen bisher keine flächendeckende Breitbandvernetzung in Sicht; nach wie vor gelten einige Regionen als digitales Brachland. Wenn das neue Gesetz dazu beitragen soll, auch in unterversorgten Gebieten den Versorgungsauftrag zu erfüllen, muss die Politik hier umgehend handeln. Eine angestrebte digitale Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und Patienten setzt landesweit zwingend ein schnelles und leistungsfähiges Internet voraus.

Gegen Speicherung auf zentralen Servern

Sensible Patientendaten sind ein potenziell gefährdetes Gut. Sie können sowohl für die Pharmaindustrie, für Krankenkassen, Versicherungsunternehmen als auch etwa für Arbeitgeber interessant sein. Da das gesamte Gesundheitswesen sektorenübergreifend digital vernetzt werden soll, müssen höchste Anforderungen an Datenschutz und Sicherheit gerichtet werden. Tatsächlich jedoch ist die Datenhaltung noch längst nicht sichergestellt! Während Patientendaten bis heute in den Arztpraxen gehütet werden, ist noch nicht für alle Anwendungen in der Telematik-Infrastruktur festgelegt, wo sie künftig liegen werden. Lediglich für die Anwendung „Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)“ hat der Gesetzgeber im § 291 a SGB V (Sozialgesetzbuch) festge-

legt, dass der Speicherort der Notfalldaten dezentral und somit auf der eGK des Versicherten liegen muss. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) hat sich in der Vergangenheit mehrfach gegen eine Datenspeicherung auf zentralen Servern ausgesprochen, so lange der Schutz dieser Daten nicht gewährleistet ist. Der Speicherort muss sich unbedingt nach der Sicherheit der Patientendaten richten. Hier ist die Politik aufgefordert, für Klarheit zu sorgen.

Aktualisierung der Stammdaten ist Aufgabe der Krankenkassen

Um Druck bei der Umsetzung des E-Health-Gesetzes zu machen, hat der Gesetzgeber die Einführung einzelner Anwendungen an Fristen, Sanktionen und Belohnungen geknüpft. Dass Zeitdruck und Bestrafungssysteme allerdings nicht immer sinnvoll sind, ist keine neue Erkenntnis. So soll mit dem neuen Gesetz die elektronische Prüfung und Aktualisierung von Versichertenstammdaten als Voraussetzung für die elektronische Patientenakte innerhalb von zwei Jahren flächendeckend etabliert werden. Wir lehnen eine sanktionsbewährte Verpflichtung der Ärzte, das Versichertenstammdatenmanagement durchzuführen, nachdrücklich ab. Dies ist Aufgabe der Krankenkassen.

Und wie sieht es mit den „Boni“ aus? Ab 1. Januar 2017 sollen Ärzte eine Vergütung von 55 Cent für den Versand des elektronischen Arztbriefs (eArztbrief), erhalten, der mit der qualifizierten Signatur des elektronischen Heilberufsausweises (eHBA) versehen sein muss. Allerdings fehlt ein wichtiges Instrument für den sektorenübergreifenden Datenaustausch – ein funktionierender, zugelassener Konnektor (Schnittstelle zum Austausch von Daten). Während schon heute das Übergabemanagement zwischen stationärem und ambulatem Sektor über das sichere Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen erfolgen könnte, setzt die Politik auf E-Health-Kartenterminals, die zum Auslesen und zur gegenseitigen

Authentifizierung von eGK und eHBA sowie zur Aktualisierung der Gesundheitskarten einen Konnektor zwischen dem Praxis- oder Kliniknetz und dem Wide Area Network benötigen. Ursprünglich sollte die Industrie bereits am 1. Juli 2015 Musterexemplare dieser Konnektoren zur Prüfung an das Bundesamt für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) ausliefern. Dieser Termin konnte nicht eingehalten werden. Unklar ist, wer für die Verzögerung die Verantwortung trägt.

Innovation braucht Zeit

Fazit: Ein Gesetz, das grundlegende Veränderungen für die Arzt-Patienten-Beziehung mit sich bringt, sollte an entscheidenden Stellen nicht mit heißer Nadel gestrickt werden. Zeitliche Fristen erzeugen Druck, machen aber nur Sinn, wenn die Voraussetzungen für die Umsetzung neuer Anwendungen gegeben sind. Der grundlegende Appell an die Politik muss sein, nachhaltig für Datensicherheit zu sorgen, sonst wird aus der geplanten Revolution ein Flop.

Ein weiteres bislang nicht wahrgenommenes Problemfeld des Datenschutzes ist die durch die Telekommunikations-Anbieter forcierte Umstellung der Telefonanschlüsse auf Internet-Telefonie.

Nach dieser Umstellung laufen die Telefonate ungeschützt übers Internet – ein SuperGau für das Arzt-Patienten-Verhältnis, den Datenschutz und für die tägliche ärztliche Arbeit. Dann können nicht mal mehr kollegiale Telefonate zum Wohle unserer Patienten geführt werden...

Diese von mir mehrfach auf einschlägigen Veranstaltungen vorgebrachten Tatsachen und Einwände, auf denen die Politik die angebliche Blockadehaltung der Ärzteschaft angeprangert hatte, blieben sowohl seitens der „Fachpolitiker/-innen“ als auch der Telekommunikationsindustrie unbeantwortet.

Die hessische Ärzteschaft ist, anders als immer wieder behauptet, nicht innovationsfeindlich, sondern ganz im Gegensatz allen sinnvollen und der Datensicherheit

Rechnung tragenden Neuerungen gegenüber aufgeschlossen. Dies zeigt vor allem das Bemühen der LÄKH, mit marktüblichen und etablierten Instrumenten eine sichere Kommunikation zwischen allen Partnern im Gesundheitswesen sicher zu stellen (Signatur-Karte/Arztausweis). Leider versucht der Gesetzgeber mit dem E-Health-Gesetz diesen, aus unserer Sicht sinnvollen, Weg wieder auszuhebeln.

Mit den Mitteln der modernen Datenverarbeitung haben wir beispielsweise auch für die Fälschungssicherheit von Urkunden gesorgt, die von der LÄKH herausgegeben werden. Eine Innovation, die einige andere Kammern bereits übernommen haben oder noch übernehmen werden. Die hessische Ärzteschaft will Innovationen, aber immer unter Beachtung des Datenschutzes zum Wohle unserer Patienten. Auch sollen sie dazu beitragen, Bürokratie

und Verwaltungsaufwand zu mindern und nicht dem politischen Selbstzweck dienen!

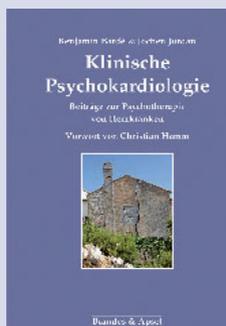
Dr. med. Edgar Pinkowski

Mitglied des
Präsidiums der LÄKH
Vorsitzender des
Telematikausschusses
der LÄKH



Foto: Vera Friederich

Bücher



**Benjamin Bardé, Jochen Jordan:
Klinische Psychokardiologie –
Beiträge zur Psychotherapie
von Herzkranken**

Verlag Brandes und Apsel, Frankfurt/M; 1. Aufl. 2015, Paperback
Großoktav, 424 Seiten,
ISBN: 9783955580469, € 39,90

Die cardio-vaskulären Krankheiten stehen an erster Stelle der Todesursachen. Über Einschränkungen im Alltag hinaus erleben viele Patienten ihre Erkrankung als traumatisierend für ihr gesamtes Leben.

Alle Kardiologinnen und Kardiologen kennen Menschen, die nach kardio-chirurgischen Eingriffen in Lebenskrisen geraten – oftmals trotz guter Befunde. Diese Patienten sind im Alltag der Kardiologie schwierig zu behandeln.

Der erste Teil des Buches widmet sich der wissenschaftlichen Literatur zum Thema, der zweite Teil der klinischen Psychokardiologie, wenn Patienten ihre Diagnosen oder wiederholte Herzkatheter-Untersuchungen als permanente Bedrohung erleben. Manche haben zwischen der Erstdiagnostik bis zum Eingriff oftmals bis zu 15 verschiedene Ärztinnen und Ärzte aufgesucht, die zum Teil unterschiedliche Aussagen treffen. Angst, Panikattacken und Depressionen sind eine mögliche Folge.

Ein Schwerpunkt liegt auf der Bewältigung der Probleme in der Partnerschaft. Ausführlich werden Patienten betrachtet, die mehrfache Schockabgaben durch Defibrillatoren erleben mussten. Wichtig sind die Ausblicke zur Professionalisierung der Psychopathologie und zur Integration dieses noch neuen Faches in den medizinischen Alltag.

Das Buch ist als Standardwerk der Psychokardiologie zu betrachten und wird, insbesondere auch für Rehakliniken, nachdrücklich empfohlen.

Dr. med. Sigmund Drexler



**Bernd Kalvelage:
Klassenmedizin. Plädoyer für
eine soziale Reformation der
Heilkunst**

Springer-Verlag 2014, 218 Seiten.
Soft-Cover: ISBN 9783642547485,
34,99 Euro
eBook: ISBN 9783642547492
26,99 Euro

Auch in einem Land, das sich auf den Grundsatz der sozialen Gerechtigkeit und gleichberechtigten Teilhabe am gesellschaftlichen Leben beruft, wird die gesundheitliche Lage durch die soziale Situation der Bevölkerung beeinflusst. Maßnahmen wie die soziale Absicherung im Krankheitsfall, der hohe Standard der medizinischen Versorgung oder die zunehmend höhere Bewertung von Prävention reichen nicht aus, um die Benachteiligung sozial schlechter gestellter Bevölkerungsgruppen auszugleichen. Ein Zustand, den der Autor Bernd Kalvelage aus seiner langjährigen Tätigkeit als Facharzt für Innere Medizin in einer Gemeinschaftspraxis im Hamburger „Problem“-Viertel Wilhelmsburg selbst kennt.

Im Buch werden verschiedene Problemlagen anhand von zahlreichen Fallbeispielen aus der Praxis dargestellt. Dabei geht es dem Autor und Gründungsmitglied des Vereins demokratischer Ärztinnen und Ärzte darum, die Wahrnehmung zu schärfen und die Perspektive „von unten“ aufzuzeigen, um somit eine soziale Distanzierung von Arzt zu Patient zu vermeiden.

Im Stil eines Lehrbuchs sind die Kapitel minutiös unterteilt. Grundlagen und Erkenntnisse aus Soziologie und Public Health fließen immer wieder in die Erzählstränge ein. Im Vordergrund stehen allerdings die Erfahrungen von Kalvelage, aus denen er wiederum eigene Hypothesen ableitet. Das kann man mögen oder auch nicht. In den zehn Kapiteln lernt der Leser jedoch so einiges über „gutes“ Arztsein und Menschbleiben, die Folgen von Hierarchie und Kommerzialisierung im Krankenhaus oder die prekäre Krankenversorgung von Flüchtlingen.

Maren Grikscheit

E-Health-Gesetz:

Was kommt auf Kliniken und niedergelassene Ärzte zu?

Ines Martenstein, Albrecht Wienke



Foto: Sashkin – Fotolia.com

Ende vergangenen Jahres hat der Bundestag das „Gesetz für sichere digitale Kommunikation und Anwendungen im Gesundheitswesen“, kurz E-Health-Gesetz genannt, verabschiedet. Nach den Beratungen im Bundesrat ist das Gesetz am 1. Januar 2016 in Kraft treten. Mit der Gesetzesinitiative soll eine sichere digitale Kommunikation zwischen Ärzten, Krankenhäusern, Krankenkassen und Patienten gewährleistet werden. Zudem sollen Patientendaten schneller abrufbar sein.

Um das Projekt der Digitalisierung möglichst zügig voranzubringen und umzusetzen, stellt das E-Health-Gesetz einen Fahrplan für alle Beteiligten auf. Hierfür enthält das Gesetz ein Bündel von Fristen, Anreizen und Sanktionen. Was durch das geplante E-Health-Gesetz auf Kliniken und niedergelassene Ärzte im Einzelnen zukommt und welche Anreize und mitunter auch Sanktionen bei Abweichen vom Terminplan verhängt werden können, wird im Folgenden näher erläutert.

1. Sektorenübergreifende Vernetzung und schneller Abruf von Patientendaten

Mit den gesetzlichen Neuregelungen will die Bundesregierung Ärzte, Kliniken, Apotheken und Krankenkassen künftig besser miteinander vernetzen. Wie eine Datenautobahn soll die Telematik-Infrastruktur die Beteiligten im Gesundheitswesen so miteinander verbinden, dass sie die für die Behandlung wichtigen medizinischen Informationen schnell, sicher und praktikabel austauschen können.

Die Zeitpläne für die bundesweite Einführung der Telematik-Infrastruktur haben die Gesellschaft für Telematikanwendungen der Gesundheitskarte (Gematik) und die Industrie festgeschrieben. Danach soll ab Mitte 2016 mit der Umsetzung begonnen werden und bis Mitte 2018 sollen Arztpraxen und Krankenhäuser flächendeckend an die Telematik-Infrastruktur angeschlossen sein.

2. Speicherung von Notfalldaten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK)

Bisher sind lediglich die Stammdaten des Patienten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Geschlecht, Krankenversicherungsnummer, Versichertenstatus) auf der eGK hinterlegt. Ab 2018 sollen auf

Wunsch der Patienten auch medizinische Notfalldaten auf der eGK gespeichert werden können, damit im Notfall wichtige Informationen über bestehende Allergien, Arzneimittelunverträglichkeiten oder Vorerkrankungen schnell verfügbar sind. Ähnlich wie bei der Bankkarte muss der Patient den Zugriff auf seine medizinischen Daten mittels seiner eGK und einer PIN freischalten.

Im Notfall ist der Zugriff auch ohne Autorisierung durch den Patienten und nur mit dem elektronischen Heilberufsausweis oder dem elektronischen Arztausweis des behandelnden Arztes möglich. Die auf der eGK gespeicherten Daten sollen von den Ärzten – sowohl im stationären als im ambulanten Bereich – angelegt und stets aktualisiert werden. Die Lesbarkeit der Daten soll durch ein tragbares, nicht netzgebundenes Lesegerät gewährleistet werden. Zur Beschleunigung der Einführung des Notfalldatensatzes erhalten Ärzte, die einen Notfalldatensatz erstellen und aktualisieren, eine Vergütung.

Elektronischer Heilberufsausweis

Ärzte und Zahnärzte erhalten einen elektronischen Heilberufsausweis, damit sie auf die sensiblen Daten der eGK der Patienten zugreifen können. Die verschlüsselten Daten können, wenn der Patient den Zugriff auf diese Daten einem mitbehandelnden Arzt ermöglichen möchte, nur durch das gleichzeitige Stecken der Gesundheitskarte des Patienten und des Heilberufsausweises des Arztes in das Kartenlesegerät entschlüsselt werden.

3. Stammdatenmanagement – Prüfungspflicht der Vertrags(zahn)ärzte

Ab dem 1. Juli 2016 sind Vertragsärzte, also insbesondere niedergelassene Ärzte, verpflichtet, die Versichertenstammdaten ihrer Patienten auf der eGK zu prüfen und gegebenenfalls zu aktualisieren. Dieses Stammdatenmanagement soll für aktuelle Daten in der Arztpraxis sorgen und vor Leistungsmissbrauch zu Lasten der Beitragszahler schützen. Nach Äußerungen der Gematik sollen Ärzte, gesetzliche Krankenkassen und Apotheken Mitte 2016 in der Lage sein, die Stammdaten von Patienten über eine sichere Netzverbindung miteinander abzugleichen; bis Anfang 2018 sollen Notfalldaten auf die eGK aufgespielt werden können. Ab Juli 2018 sind pauschale Kürzungen der Vergütung der Ärzte und

Zahnärzte vorgesehen, die ihrer Verpflichtung zur Versichertenstammdatenprüfung nicht nachkommen – und zwar so lange, bis die Prüfung durchgeführt wird.

4. Medikationsplan

Patienten, die mindestens drei verordnete Arzneimittel gleichzeitig anwenden, haben ab dem 1. Oktober 2016 einen Anspruch auf Aushändigung eines Medikationsplans in Papierform durch einen Vertragsarzt. Hierdurch soll die Therapiesicherheit verbessert und unerwünschte Nebenwirkungen von Arzneimitteln verhindert werden. Der Arzt soll in dem Medikationsplan alle verordneten und angewendeten Arzneimittel mit Anwendungshinweisen sowie Hinweise auf Medizinprodukte, sofern sie für die Einnahme der Medikamente relevant sind, dokumentieren. Auch soll der Vertragsarzt den Patienten über seinen Anspruch auf Aushändigung eines Medikationsplans aufklären. Ärzte, die einen Medikationsplan erstellen und aktualisieren, erhalten hierfür eine Vergütung. Ab 2018 soll der Medikationsplan zusätzlich elektronisch über die Gesundheitskarte abrufbar sein.

5. Elektronische Patientenakte

Zudem soll das E-Health-Gesetz bis Ende 2018 die technischen Voraussetzungen für eine elektronische Patientenakte schaffen. Die elektronische Patientenakte soll ab 2019 als freiwillige Anwendung für die gesetzlich Versicherten zur Verfügung stehen und Daten wie Arztbriefe, Notfalldatensatz, Medikationsplan, Impfpass oder Mutterpass etc. für sie bereitstellen. Über diese Gesundheitsdaten sollen die Versicherten den behandelnden Arzt dann entsprechend informieren können.

6. Ausbau der Telemedizin

Telemedizinische Leistungen wie die telekonsiliarische Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen (ab 1. April 2017) und die Online-Videosprechstunde (ab 1. Juli 2017) sollen in die vertragsärztliche Versorgung aufgenommen und im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) ausgebaut und mit Zuschlägen finanziell gefördert werden. Hierdurch soll insbesondere die intersektorale Kooperation von Ärzten und die Versorgung von Patienten in unterversorgten Regionen, gerade bei Nachsorge- und Kontrollterminen, erleichtert werden.

7. Elektronischer Entlassbrief – Vergütungszuschläge

Krankenhäuser erhalten ab dem 1. Juli 2016 für das Erstellen eines elektronischen Entlassbriefes einen Zuschlag von einem Euro pro voll- und teilstationärem Behandlungsfall und die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen für das Einlesen eines elektronischen Entlassbriefes einen Zuschlag von 50 Cent. Diese Vergütung ist als Anschubfinanzierung zu verstehen und daher auf zwei Jahre bis zum 30. Juni 2018 begrenzt. Der elektronische Entlassbrief soll mindestens folgende Angaben enthalten: Diagnosen, Befunde, Therapiemaßnahmen, die Medikation bei Entlassung aus dem Krankenhaus, den Entlassungsgrund und

empfohlene Rehabilitationsmaßnahmen. Eine Extravergütung ist auch für Ärzte vorgesehen, die ab 2016 die Arztbriefe elektronisch übermitteln (55 Cent pro Brief). Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung dieser personenbezogenen Daten darf nur nach vorheriger Information des Patienten und mit dessen Einwilligung erfolgen; sie kann jederzeit widerrufen werden. Information, Einwilligung und Widerruf bedürfen der Schriftform.

8. Datenschutz

Der Zugriff auf die Daten der Gesundheitskarte darf nur zum Zwecke der medizinischen Versorgung und nur durch einen engen, gesetzlich festgelegten Personenkreis, insbesondere durch Ärzte und Zahnärzte, erfolgen. Um auf die medizinischen Daten der Gesundheitskarte zugreifen zu können, gilt das sogenannte Zwei-Schlüssel-Prinzip: Sowohl der elektronische Heilberufsausweis des Arztes als auch die elektronische Gesundheitskarte des Patienten sind notwendig, um Zugriff auf die Daten zu haben. Der Patient stimmt dem Zugriff des Arztes zu, indem er seine Gesundheitskarte in das Kartenlesegerät des Arztes steckt und seine PIN eingibt. Eine Ausnahme besteht bei Notfalldaten und, wenn der Patient dies wünscht, dem Medikationsplan.

9. Fazit

Auf der einen Seite werden die nun geplanten gesetzlichen Neuregelungen das digitale Zeitalter im Gesundheitswesen nicht revolutionär voranbringen. Sie sind vielmehr als ein weiterer Schritt hin zu einer zunehmenden Digitalisierung der Arzt – Patientenbeziehung zu verstehen. So ist der Nutzen der Telematik nicht zu verkennen, um insbesondere in unterversorgten Gebieten den Versorgungsauftrag erfüllen zu können.

Auf der anderen Seite rücken wir dem Szenario des gläsernen Patienten immer näher und sehen die Befürchtungen eines „big brothers“ bestätigt. So werden zukünftig Krankenkassen und auch Arbeitgeber immer stärker den Anspruch auf Zugang zu den elektronisch gespeicherten Gesundheitsdaten erheben. Die notwendigen Sicherungskonzepte müssen für diese Fälle den Schutz der Patientenautonomie gewährleisten.

Aus Erfahrungen in anderen gesellschaftlichen Bereichen wird man durchaus Zweifel hegen dürfen, dass solche elektronischen Sicherungen im digitalen Sektor auch tatsächlich halten, was sie versprechen.

Dr. iur. Albrecht Wienke
Rechtsanwalt, Fachanwalt
für Medizinrecht

Ines Martenstein
Rechtsanwältin LL.M.

Kontakt:
Rechtsanwälte Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
E-Mail: awienke@kanzlei-wbk.de
Fon: 0221 3765310

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., 29. Juni, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P

Teil 1: Prävention - Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten

Teil 2: Metabolisches Syndrom -

Aktuelle therapeutische Strategien

Leitung: Dr. med. B. Fischer, Gießen
Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

Mi., 11. Mai 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

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

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

Medizinische Begutachtung

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

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 24 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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „state of the art“

Mi., 22. Juni 2016 **Gastroenterologie, Neuropädiatrie**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen
Gebühr: auf Anfrage

Mi., 21. September 2016 **Neonatalogie, Stoffwechsel**
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage

Mi., 15. März 2017: **Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle**
Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

9. Sommerakademie

Verletzungsdokumentation

Mo., 20. Juni 2016, 14:30 - 18:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt
Gebühr: € 70 (Akademiestmitglieder € 63)

Intensivkurs – Hygiene in Arztpraxen (auch für med. Fachpersonal)

Di., 21. Juni 2016, 13:00 - 21:00 Uhr
Leitung: S. Niklas, Modautal
Gebühr: € 160 (Akademiestmitglieder € 144)

EKG-Refresher-Kurs

Do., 23. Juni 2016, 13:00 - 21:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Gebühr: € 140 (Akademiestmitglieder € 126)

Hautkrebs-Screening

Fr., 24. Juni 2016, 13:00 - 21:00 Uhr
Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
 Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)
 zzgl. € 70 € für Unterlagen

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Fr., 10. – Sa., 11. Nov. 2016 **16 P**
Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt
Ort: Darmstadt, Marienhospital
Gebühr: € 340 (Akademiestmitglieder € 306)
Max. Teilnehmerzahl: 30
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@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 (Akademiestmitglieder € 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 (Akademiestmitglieder € 288)
Ort Praktikum: Frankfurt, Nordwestkrankenhaus
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
 Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen

Abschlusskurs **29 P**
Sa., 05. November 2016 (Theorie)
+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 350 (Akademiestmitglieder € 315)
Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Aufbaumodul Farb- und Spektral-Dopplersonographie

Sa., 15. Oktober 2016, 09:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)
Ort: Groß-Umstadt, Kreisklinik

Aufbaumodul Schilddrüse

Sa., 21. Mai 2016, 09:00 – 18:00 Uhr **9 P**
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Aufbaumodul Elastographie

Sa., 03. Dez. 2016, 09:00 – 18:00 Uhr **9 P**
Gebühr: € 180 (Akademiestmitglieder € 162)
Ort: Frankfurt, Uniklinikum
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
 Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober 2016 **20P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühr: € 360 (Akademiestmitglieder € 324)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.floeren@laekh.de
Max. Teilnehmerzahl: 16

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 4: Kinder- und Jugendmedizin

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 38 P

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Beginn Telelernphase: Mi., 20. April 2016

Ort: Frankfurt

Gebühr:

Veranstaltung: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 1: Vorgeburtliche Risikoabklärung

Sa., 20. – Sa., 11. Juni 2016

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Ort: Frankfurt

Gebühr:

Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

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. med. 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:

Sa., 23. April, Sa., 21. Mai 2016

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 09. – So., 11. Dezember 2016 24 P

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

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

Max. Teilnehmerzahl: 30

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.flören@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 08. – So., 10. April 2016 30P

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

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 16. – Di., 19. April 2016 40P

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung - Basisseminar

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober + 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



Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning Veranstaltung

Beginn der Telelernphase: Sa., 21. Mai 2016

Präsenzphase: Do., 23. – Sa., 25. Juni 2016

Kriseninterventionsseminar (zur Auswahl):

Mi., 31. Aug. oder Mi., 05. Okt. 2016

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein
PD Dr. med. A. Barreiros

Gebühr: Theorie € 600 (Akademiestatistiker € 540)

Kriseninterventionsseminar € 150 (Akademiestatistiker € 135)

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

Qualifikation Tabakentwöhnung

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

Bad Nauheimer Interdisziplinäre Tage

**Übergewicht und seine Folgen chirurgisch heilen und
plastisch-chirurgisch therapieren**

Sa., 24. November 2016

Leitung: PD Dr. med. U. Rieger, Frankfurt

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

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

C1: Beginn der Telelernphase ab: **Fr., 18. März 2016**

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

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

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

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

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

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

C2: Präsenzphase: **Sa., 03. – 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**

Telelernphase: **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 II: Mo., 30. Mai – 02. Juni 2016

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

Gebühr: € 560 (Akademiest. € 504)

Modul III: Di., 12. – Fr., 15. April 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. Nov. 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
Dr. med. F. Kretschmer, 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., 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 (Akademienmitgl. € 297)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.flören@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 (Akademienmitglieder € 128)

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

Gebühr ges.: € 480 (Akademienmitglieder € 432)

Gebühr / Tag: € 150 (Akademienmitglieder € 135)

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213
E-Mail: melanie.turano@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 (Akademienmitgl. € 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's 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





Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin Gesamtlehrgang (140 Std.)

Inhalte: Gemäß dem neuen Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer bietet die Carl-Oelemann-Schule den 140-stündigen Qualifizierungslehrgang „Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin“ an. Einen Infolyer schicken wir Ihnen gerne auf Anforderung zu. Teilnehmer/innen, die an der Carl-Oelemann-Schule bereits an Fortbildungen (Modulen) mit vergleichbaren Lerninhalten teilgenommen haben, beraten wir gerne über Anerkennungsmöglichkeiten.

Beginn: 20.04.2016

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin Aufbaulehrgang

Inhalte: Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz“ der Landesärztekammer Hessen entwickelt, die ihre Qualifikation auf das Niveau des neuen 140-stündigen Curriculums erweitern möchten. Angesprochen sind Inhaber des Zertifikates „Betriebsmedizinische Assistenz“ sowie Teilnehmer/innen, denen zur Ausstellung des Zertifikates nur noch das Modul „Allgemeine Grundlagen“ fehlt.

Beginn: ab Mi., 26.10.2016

Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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., 21.05.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

Termin: Fr., 04.06.2016, 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

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Teamwork in Stresssituationen (PAT 3)

Inhalte: Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stresssituationen und kann das Arbeitsklima belasten. Teamgeist ist für den guten Praxisablauf ein wichtiger Erfolgsindikator. Die Fortbildung bietet den Raum, Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten.

Termin in der Bezirksärztekammer Wiesbaden:

Sa., 21.05.2016, 09:30 – 16:45 Uhr

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

Gebühr: € 105

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

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

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

Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

Inhalte: Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Lerninhalte sind u. a. Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung und werden durch kommunikative, situationsbezogene Übungen und Simulationen vermittelt.

Termin: Interessentenliste, 4 Termine, Sa., jeweils von 10:00 bis 14:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

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



Impfmanagement

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Das Lehrgangskonzept kombiniert die theoretische Wissensvermittlung mit einer intensiven Transferlernphase. Die Teilnehmer/innen erarbeiten hierbei konkrete Praxisfälle, die anschließend unter der Überschrift „Best practice“ reflektiert und Verbesserungspotentiale erarbeitet werden. Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine: Fr., 07.10.2016 – Sa., 08.10.2016 und
Fr., 04.11.2016 – Sa., 05.11.2016

Gebühr: € 480 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Impfungen (MED 10)

Inhalte: In der Anpassungsfortbildung werden die Themen: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement behandelt. In praktischen Übungen wie die Vorbereitung einer Injektion sowie Injektionen am Phantom werden die vermittelten Fertigkeiten vertieft. Die Fortbildung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin: Sa., 03.09.2016, 09:30 – 16:45 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, 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 Infoflyer kann angefordert werden.

Beginn: ab Do., 12.05.2016

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., 06.10.2016 bis Sa., 08.10.2016, 24 Stunden

Gebühr: € 280

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

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: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, 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

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

Einführung von Schulgesundheitsfachkräften

Modellprojekt der Länder Hessen und Brandenburg

Catharina Maulbecker-Armstrong

Seit vielen Jahrzehnten sind vor allem in den skandinavischen und angloamerikanischen Ländern spezialisierte Pflegekräfte in Schulen tätig, die als „School (health) nurses“ die Kinder und Jugendlichen in allen gesundheitlichen Angelegenheiten betreuen. In Deutschland sind diese Gesundheitspflegekräfte fast nur in Privatschulen anzutreffen. In einem Modellprojekt wollen nun die Länder Brandenburg und Hessen zeigen, dass es auch in Deutschland sinnvoll ist, Schulgesundheitspflege in die Regelversorgung in Schulen zu etablieren. Damit erwecken sie eine Initiative zum Leben, die es hier bereits vor fast 100 Jahren schon einmal gab.



Hilfe bei kleinen Wunden und vieles mehr

Hintergrund

Dies belegt ein Artikel der Zeitschrift „Unterm Lazaruskreuz“ aus dem Jahr 1917: „Schulkrankenschwestern kümmerten sich um kranke und bedürftige Kinder in der Volksschule, bekämpften Kopfläuse und übertragbare Krankheiten, kontrollierten Gewicht und Größe und achteten auf Ernährung und Hygiene.“ Die Schulkrankenschwestern verschwanden allerdings mit der Zeit fast gänzlich aus dem Schulalltag in Deutschland.

Nach Ansicht der Weltgesundheitsorganisation (englisch: World Health Organization, WHO) beginnt Gesundheitsförderung in der unmittelbaren Umgebung. Schülerinnen und Schüler verbringen einen erheblichen Teil ihrer Kindheit in der Schule. Studien belegen einen Zusammenhang zwischen Gesundheit und Bildungserfolg. Staat und Gesellschaft haben also ein Interesse an einer funktionierenden Schulgesundheit.

Die für Deutschland repräsentativen Daten der KiGGS-Studie¹ des Robert-Koch-Instituts und der HBSC-Studie² untermauern, dass sich Kinder und Jugendliche sowohl bundesweit als auch in Hessen und Bran-

denburg allgemein einer guten Gesundheit erfreuen. Die Daten zur subjektiven Beschwerdelast der HBSC-Studie zeigen jedoch auch, dass 17,7 Prozent der Jugendlichen wöchentlich unter Einschlafproblemen, 12,8 Prozent unter Kopfschmerzen, 11,5 Prozent unter Rückenschmerzen und 7,9 Prozent unter Bauchschmerzen leiden. Bei bis zu 10 Prozent der Kinder eines Schuljahrgangs in Deutschland sind langanhaltende körperliche oder psychische Auffälligkeiten zu registrieren. Deutlich wird: Kinder und Jugendliche haben einen wachsenden Bedarf an Prävention, Gesundheitsversorgung und der Vermittlung von Gesundheitskompetenz.

Armut und Gesundheit

Eine Vielzahl empirischer Studien belegt, dass Armut und soziale Benachteiligung Konsequenzen für die gesundheitliche Entwicklung im Kindes- und Jugendalter haben. Gesundheitsprobleme und Risikofaktoren, wie beispielsweise Verhaltensauffälligkeiten, Sprach- und Sprechstörungen, Essstörungen, Adipositas, Bewegungsman-

gel oder Tabak- und Alkoholkonsum, sind in dieser Zielgruppe verstärkt ausgeprägt. Im Gegenzug nehmen Kinder und Jugendliche mit niedrigerem sozialökonomischen Status Krankheitsfrüherkennungsprogramme, zahnärztliche Kontrolluntersuchungen und Impfangebote vergleichsweise weniger in Anspruch. Gesundheitliche Chancengleichheit ist also ein nach wie vor nicht erreichter Zielzustand.

In Deutschland sind Schulen im Regelfall personell wie materiell für eine angemessene medizinische Versorgung unzureichend ausgestattet. Insbesondere für chronisch kranke und behinderte Schüler/innen kann sich eine Versorgungslücke ergeben. Dies gilt vor allem für die wachsende Zahl von Schulen im Ganztagssetting. Verschiedene Akteure der bundesweiten Bildungs- und Gesundheitslandschaft fordern deshalb den Aufbau einer Schulkrankenpflege auch in Deutschland.

Besondere Anforderungen an die Gesundheitsfürsorge in Schulen ergeben sich aktuell aus der zunehmenden Anzahl von schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen, die allein oder mit ihren Eltern nach

¹ KiGGS: Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland

² Kinder- und Jugendgesundheitsstudie „Health Behaviour in School-aged Children“ – World Health Organization Collaborative Cross-National Survey (HBSC). Schirmherrschaft: World Health Organization (WHO), Regional Office for Europe

Deutschland geflüchtet sind. Diese Kinder und Jugendlichen haben häufig einen erhöhten Betreuungs- und Hilfebedarf, zum Beispiel weil sie traumatisiert sind. Schulpflegekräfte können die Schulen und Gesundheitsämter bei der Koordinierung der Hilfen und in der gesundheitlichen Versorgung unterstützen.

Umsetzung

Ein gemeinsames Modellprojekt der Bundesländer Brandenburg und Hessen widmet sich der Intention, schuleigene Pflegekräfte an ausgewählten allgemeinbildenden Schulen, vorzugsweise mit Ganztagsangeboten, einzusetzen.

Im Rahmen einer Machbarkeitsstudie hat der Projektträger in Brandenburg, der AWO Bezirksverband Potsdam e. V., gemeinsam mit den für Bildung und Gesundheit zuständigen Ministerien in Brandenburg festgestellt, dass und wie es möglich ist, das Konzept der Schulgesundheitspflege auch auf Schulen in Deutschland zu übertragen. Die Studie beschreibt zudem zu beachtende Rahmenbedingungen bei der Qualifizierung von examinierten Gesundheits- und (Kinder-)Krankenpflegefachkräften zu Schulpflegekräften und umfasst eine erste Konzeption für ein Modellprojekt. In Abstimmung mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) und dem Hessischen Kultusministerium ist die Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung e. V. (HAGE) seit dem Frühjahr 2014 als weiterer Projektträger für das Land Hessen eingebunden.

Ab Oktober 2016 soll das Projekt zunächst modellhaft für zwei Jahre an voraussichtlich jeweils zehn Schulen in beiden Bundesländern umgesetzt werden. Nach Ende der Pilotphase werden auf der Grundlage der Evaluierungsergebnisse eine Verstetigung dieser Leistung und deren – wenn möglich – bundesweite Etablierung als Teil des schulischen Regelangebotes angestrebt.

Ziele des Projekts sind die Etablierung nachhaltig wirkender Präventionsprogramme und die Verbesserung der Gesundheitsversorgung an Schulen, insbesondere Präventions- und Gesundheitsförderungsprogramme für behinderte oder chronisch kranke Schüler/innen, sowie die Verbesserung der Lernbedingungen für Schüler/in-

nen mit sozial bedingten Entwicklungsauffälligkeiten. Mit der Einführung der Schulgesundheitsfachkräfte soll ein niedrigschwelliger kultursensibler Zugang zu allen Schülergruppen geschaffen werden.

Aufgabenspektrum

Vor dem Hintergrund dieser Zielsetzung ergibt sich ein umfassendes Aufgabenspektrum für die Schulgesundheitspflegekräfte. Kernpunkte sind hierbei:

- Gewährleistung einer Akutversorgung von erkrankten und verletzten Personen auf dem Schulgelände.
- Unterstützung bei der Früherkennung von möglichen gesundheitlichen Entwicklungsstörungen.
- Unterstützung der Lehrkräfte bei unterrichtsbegleitenden, bereits bewährten und qualitätsgesicherten Gesundheitsförderungs- und Präventionsprojekten.
- Optimierung der gesundheitlichen Kompetenz von Lehrkräften, Eltern und Schüler/innen durch Einbindung in den Unterricht.
- Unterstützung von chronisch Kranken und Kindern mit Beeinträchtigungen sowie von Schülern/innen nach krankheitsbedingter längerer Abwesenheit.
- Ansprech- und Vertrauensperson für Schüler/innen mit gesundheitlichen Auffälligkeiten.
- Interdisziplinäre inner- und außerschulische Zusammenarbeit.

Die Umsetzung dieser Aufgaben setzt eine enge Zusammenarbeit mit dem Kinder- und Jugendgesundheitsdienst des zuständigen Gesundheitsamtes wie auch den ärztlichen Strukturen vor Ort voraus. Um die pädagogischen wie fachlichen Voraussetzungen zu schaffen, wird aktuell ein „Curriculum für Schulgesundheitsfachkräfte“ für die vorbereitende und projektbegleitende Qualifizierung erarbeitet. Auf Grundlage dieser Weiterbildung erfolgt der Einsatz der Schulgesundheitsfachkraft im Rahmen der Modellprojektphase.

Weiterhin wird ein Evaluationskonzept erstellt, das eine Planungsgrundlage für die Weiterführung ermöglicht. Vorgesehen ist, die Evaluierung parallel zur Modellprojektphase vorzunehmen, um eine direkte Anschlussfähigkeit zu gewährleisten. Entscheidende Voraussetzungen

dafür, dass die Schulpflegekraft erfolgreich einen Gesundheitsservice an der Schule und ein vertrauensvolles Verhältnis zur Schülerschaft aufbauen kann, sind die Unterstützung der Schulleitung und die Integration in das Kollegium.

Fazit

Das Präventionsgesetz verfolgt die Intention, Prävention und Gesundheitsförderung in den Lebenswelten und in allen Lebensphasen zu stärken. Von besonderer Bedeutung ist angesichts der demografischen Entwicklung die kontinuierliche Verbesserung des Gesundheitszustandes von Kindern und Jugendlichen. Der inklusive Bildungsanspruch, Ganztagsangebote und die Förderung bildungsbezogener Chancengleichheit stellen die Schulen zunehmend vor neue Herausforderungen. Vor diesem Hintergrund ist das Projekt von besonderem Wert, da es in der Lebensphase „Gesund aufwachsen“ im Setting Schule eine Versorgungs- und Kompetenzlücke schließt und Deutschland zum weltweiten Standard aufschließen lässt.

Dr. Catharina Maulbecker-Armstrong

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
Referat Prävention und Gesundheitsberichterstattung

Dostojewskistraße 4, 65187 Wiesbaden

Fon: 0611 817-3654

E-Mail:

catharina.maulbecker-armstrong@hsm.hessen.de



Foto: privat

Danksagung: In Zusammenarbeit mit der HAGE e. V. und dem Hessischen Kultusministerium. Die AOK Hessen fördert dieses Modellprojekt maßgeblich. Unser besonderer Dank gilt Peter Gossel für seine engagierte Unterstützung.

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

Literatur zum Artikel:

Einführung von Schulgesundheitsfachkräften

Modellprojekt der Länder Hessen und Brandenburg

von *Catharina Maulbecker-Armstrong*

- Machbarkeitsstudie zum Innovationskonzept Schulpflegekräfte an Schulen in öffentlicher Hand im Land Brandenburg, Herausgeber AWO Bezirksverband Potsdam e. V.
http://www.awo-potsdam.de/files/data/pdf/Machbarkeitsstudie-Schulpflege_kraft.pdf
- Empfehlungen zum Ausbau des Schulgesundheitssystems durch „school nurses“, in Deutschland – Schulgesundheitschwester (SGS) in Deutschland. Autoren: Ulrike Horacek, Gabriele Ellsäßer, Bettina Langenbruch, Januar 2015.
<http://www.dgspj.de/wp-content/uploads/service-stellungnahmen-schulgesundheitschwester-januar-2015.pdf>
- Schulgesundheitspflege in Deutschland, Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe, Januar 2014.
http://www.dbfk.de/media/docs/download/Allgemein/Schulgesundheitspflege_2014-12-11.pdf

Was will die Bundesärztekammer mit der neuen GOÄ?

Der Sonder-Ärztetag zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist gelaufen. Viele gegensätzliche Einschätzungen bleiben bestehen. Delegierte, die mit der GOÄ nichts oder nichts mehr zu tun haben, finden das Meiste gut, siehe auch entsprechende Interviews in der März-Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts (03/2016). Viele der zukünftigen Benutzer der GOÄ haben dagegen weiter große Bedenken wegen der EBM-isierung* durch die Gemeinsame Kommission, fehlende Legenden und Preise und eingeschränkter Steigerungsmöglichkeiten.

Zukünftigen Anwendern stehen die Haare zu Berge. Nach fehlenden Erhöhungen der Vergütungssätze seit Auflage der alten GOÄ bleiben die neuen Vergütungen weiter im Dunkeln. Auf adäquate Steigerungen wagt niemand mehr zu hoffen. Bis heute wissen weder die Delegierten des Sonder-Ärztetages noch der einzelne Arzt und Ärztin wie die einzelnen Leistungen vergütet werden. Blumige Hin-

weise des Chefverhandlers Dr. med. Theodor Windhorst verweisen lediglich auf Steigerungen der „Sprechenden Medizin“.

Der Sack sei zugemacht worden, wird zwischenzeitlich kolportiert. Bundesärztekammer und Private Krankenversicherer hätten ein unterschriebenes Verhandlungsergebnis beim Minister abgeliefert. Änderungen sind nicht mehr vorstellbar. Von der zugesagten Beteiligung der Berufsverbände und Fachgremien bliebe dann nicht einmal mehr ein Feigenblatt.

Die Verhandlungsführung des Präsidenten Montgomery beim Deutschen Ärztetag wirft weiter Fragen auf. Schulmeisterlich in der Diktion und mit taktischem Geschick wurde die Meinungsbildung während des Deutschen Ärztetages gelenkt. Konkrete Informationen wurden selbst den Delegierten verweigert. Notwendigkeiten und Nöte eines nach der GOÄ abrechnenden Arztes/Ärztin spielten dort keine Rolle.

Auch die intransparente und vorschnelle Umsetzung der GOÄ werfen Fragen auf. Inzwischen überwiegt die Sorge vor spürbaren Honorarminderungen, insbesondere in den technischen Fächern. Alles sei betriebswirtschaftlich berechnet. Was unterscheidet dann die neue GOÄ noch vom EBM?

Die beruhigenden Kommentare im Hessischen Ärzteblatt 03/2016 erscheinen mir mehr als verfrüht.

**Dr. med. Wolf
Andreas Fach**
Berufsverband
Deutscher
Internisten – Lan-
desverband Hessen,
Präsidiumsmitglied
der LÄKH



Foto: Vera Friederich

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

* EBM: Einheitlicher Bewertungsmaßstab

Mensch und Gesundheit

Gesprächshilfe für Kinder von Krebskranken

Bei rund 70.000 Menschen im Jahr wird in Deutschland Brustkrebs neu diagnostiziert. Viele haben Kinder. Die müssen die Gründe kennen, warum Mutter oder Vater plötzlich nicht mehr so funktionieren, wie gewohnt, müssen ihre Ängste artikulieren können. Sonst besteht die Gefahr, dass sie psychosomatisch erkranken. Doch wie mit der Aufklärung anfangen?

Der Offenbacher Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“ hat mit professioneller Unterstützung eine App entwickelt, die in erster Linie betroffenen Familien als Gesprächsleitfaden dienen soll, aber auch Pädagogen oder Erziehern. In kindgerechter Sprache und mit kurzen Filmchen werden verschiedene Aspekte der Krankheit erläutert wie etwa Haarausfall oder Hormontherapie. Ent-



Foto: Jürgen Gawron, Grafikcafé

Der Zauberbaum auf der Startseite ist Namensgeber der App

spannung liefern Spiele, für ein oder zwei Teilnehmer.

„Der Zauberbaum“ heißt das kostenlose digitale Angebot. Mit daran gearbeitet haben PD Dr. med. Cornelia Liedtke, kommissarische Leiterin des Brustzentrums der Uniklinik Schleswig-Holstein

sowie Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe & Brustzentrum am Offenbacher Sana-Klinikum. Ein Jahr hat die Entwicklung des digitalen Angebots gedauert, an dem auch Medienexperten und das Brustkrebsmagazin „Mamma Mia“ beteiligt waren. Die Finanzierung ermöglichte ein Pharmahersteller. Das digitale Angebot wendet sich an Drei- bis Zehnjährige.

„Der Zauberbaum“ ist im App Store oder Play Store erhältlich, der Verein „Hilfe für Kinder krebskranker Eltern“ in Offenbach berät Eltern, Kinder, Erzieher und andere, die mit dem Thema konfrontiert sind:

Fon: 0180 443 553 0, im Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

Jutta Rippegather

Wie können Heilmethoden der komplementär-alternativen Medizin beurteilt werden?

Manfred Anlauf

Der Anteil von CAM-Medikamenten (CAM für complementary alternative medicine) am Gesamtumsatz aller Arzneimittel ist klein. CAM-Verfahren umfassen aber mehr als Arzneimittel. Dies vermitteln unter anderem die Medien – nicht nur in der Werbung, sondern auch redaktionell. Immer wieder finden sich Journalisten, die nicht nur glauben, eine Überlegenheit von CAM im Vergleich zu AM-Therapien (AM für academic medicine, Schulmedizin, konventionelle oder wissenschaftsorientierte Medizin) belegen zu können. Manche meinen sogar, in der Auseinandersetzung zwischen AM und CAM die eigentlich fortschrittsfördernde Dialektik der Medizin zu erkennen. Von prominenten Vertretern beider Lager wurde zur friedensstiftenden Begegnung von AM und CAM „auf Augenhöhe“ aufgerufen. Dies könnte unfruchtbare gegenseitige Vorwürfe von Unredlichkeit und Geschäftemacherei verhindern und zu mehr rationaler, kritischer und selbstkritischer Auseinandersetzung führen. Zudem sind die Grenzen zwischen AM und CAM unscharf. Bestimmte, weitgehend unumstrittene Praktiken von Physikalischer Medizin, Balneologie oder Physiotherapie können als AM oder CAM verstanden werden. Schließlich haben immer wieder Außenseitermethoden ihren Weg in die konventionelle Medizin gefunden. Plädiert wird daher für einen nicht wertenden, unscharfen (fuzzy) CAM-Begriff (Schöne-Seifert et al. 2015).

Eine operationale Definition von Schulmedizin

Gegenstand der folgenden Überlegungen sind die Grundlagen der Schulmedizin. Sie führen zur Möglichkeit, CAM-Maßnahmen rational zu beurteilen. Eine eingehendere Besprechung insbesondere der in Deutschland zugelassenen „besonderen Therapierichtungen“ ist hier nicht möglich, sie findet sich unter anderem im Internet (Anlauf et al. 2015 [http://www.egms.de/static/pdf/journals/gms/2015-](http://www.egms.de/static/pdf/journals/gms/2015-13/000209.pdf)

13/000209.pdf, deutsch ab Seite 25, open access).

Schulmedizinisches Handeln

- (1) ist geprägt von Mitmenschlichkeit zwischen Therapeut und Patient mit gegenseitigem Respekt für individuelle Wertdifferenzen,
- (2) erkennt im Individuellen das handlungsrelevante Allgemeine, unterscheidet normal von pathologisch, diagnostiziert Krankheit oder schließt sie mit akzeptablem Risiko aus,
- (3) entscheidet sich für gut begründete Interventionen zum richtigen Zeitpunkt.

(1) Mitmenschlichkeit: Der Patient sucht beim Arzt sowohl Empathie als auch höchstmögliche Sachkompetenz für die Deutung und Behandlung seiner Beschwerden. Mitmenschlichkeit kann CAM keineswegs abgesprochen werden. Im Gegenteil, Patienten meinen sie in ihr häufig sogar eher zu erfahren als in der konventionellen Medizin. Die Ursachen für diese Erfahrungen sind vielfältig: CAM imponiert durch längere Zeiten der persönlichen Begegnung von Therapeut und Patient sowie häufig leichter verständliche Deutungsmuster seiner Beschwerden und

eingängige Symbolik ergriffener Maßnahmen. Dagegen werden bei AM zunehmend knappe Zeitbudgets in Kauf genommen sowie eine für Laien unverständliche Kompliziertheit von Diagnostik und Therapie, die Zeit und Aufmerksamkeit des Arztes absorbieren – insgesamt eine problematische Ökonomisierung.

(2) Erkennen des handlungsrelevanten Allgemeinen:

Menschen leiden entgegen dem Sprachgebrauch nicht an Krankheiten, sondern unter Schmerzen, an Schwäche, Husten, Atemnot, Übelkeit, Durchfall, Juckreiz, Vergesslichkeit, Niedergeschlagenheit, Wahrnehmungen und anderem. Eng verbunden mit den Fortschritten der Schulmedizin ist der Begriff der Krankheit. Er ist es, der Ursachen von Gesundheitsbeeinträchtigungen erkennen, Verläufe erklären, Prognosen stellen und Therapien finden lässt (siehe u. a. Hucklenbroich 2015).

Das westliche, auf Morphologie, (Patho-)Physiologie, zelluläre und molekulare Veränderungen gegründete System der Krankheiten (z. B. ICD) hat sich bisher allen übrigen Ordnungssystemen als überlegen erwiesen. Jedoch kann nicht in jedem Fall eine sichere Diagnose gestellt werden. Einfach lindernde Maßnahmen, Beobach-

Eckdaten zu CAM in Deutschland

2004 betrug der Kostenanteil von Phytotherapeutika und Homöopathika an allen Arzneimittelausgaben bei den gesetzlichen Krankenversicherungen 0,61 Prozent, er sank bis 2013 auf 0,27 Prozent. Bei den privaten Krankenversicherungen belief er sich 2011 auf 3,8 Prozent, zusammen mit Anthroposophika sogar auf 4,3 Prozent.

Von den 365.200 berufstätigen Ärzten hatten 2014 insgesamt 60.016 Zusatzbezeichnungen „im Umfeld der alternati-

ven Therapie“ (Begriff: Gesundheitsberichterstattung des Bundes) erworben, in abnehmender Häufigkeit: Manuelle Medizin, Naturheilkunde, Akupunktur, Homöopathie, Physikalische Therapie/Balneotherapie.

In den vergangenen zehn Jahren zeigen sich relativ zur Anzahl der Ärzte Abnahmen bei der Physikalischen Therapie/Balneotherapie, starke Zunahmen bei der Akupunktur (absolut von 2.113 auf 13.946), während die übrigen konstant blieben.

tung des Verlaufs und Ausschluss schwerwiegender Gesundheitsstörungen müssen häufig genügen.

(3) Entscheidung für gut begründete Interventionen: Die bestmögliche Begründung ist eine wissenschaftliche. Wissenschaft soll begründen, erklären, verstehen helfen, zudem intersubjektiv und selbstreflexiv sein (Tetens 2013).

Hieraus ergibt sich für eine wissenschaftsorientierte Medizin eine operationale Definition. Sie

- formuliert klare, für menschliches Leben essenzielle Ziele ihres Handelns:
 - Lebensverlängerung,
 - Verhinderung oder Heilung von Krankheit,
 - Verbesserung von Lebensqualität bei Krankheit,
- findet rationale Erklärungen
 - für die Entstehung von Krankheit
 - für die Wirksamkeit ihrer eingesetzten Mittel.
- setzt rational begründbare Mittel ein,
 - deren Einzelemente definiert sind
 - die mit begründeter Wahrscheinlichkeit die genannten Ziele erreichen lassen.

AM orientiert sich zudem am Prinzip der Einfachheit (Parsimonität), eliminiert Überflüssiges und Unwirksames.

Vielfach ist es nicht gerechtfertigt, mit dem Einsatz von Mitteln zu warten, bis alle oben genannten Kriterien einer wissenschaftsorientierten Medizin erfüllt sind. Das betrifft Diagnostik und Therapie. Der Patient lebt und leidet jetzt, und jetzt muss ihm geholfen werden, vor allem in bedrohlichen Situationen. Der richtige Zeitpunkt im Einsatz von Mitteln kann bereits dann gegeben sein, wenn Wirksamkeit belegt ist, auch wenn sie noch nicht erklärt werden kann.

Es ist ein zentrales Charakteristikum der wissenschaftsorientierten Medizin, dass die Fragen, ob und wie eine Therapie wirkt, unabhängig voneinander rational konsensfähig beantwortet werden. Nicht selten wird die Antwort nach dem „wie“ sehr viel später als die nach dem „ob“ gefunden.

Hierzu zwei Beispiele: Dass Zitrusfrüchte Skorbut heilen können, wurde mit Hilfe einer der ersten kontrollierten klinischen

Studien der Medizingeschichte gesichert (Lind 1753). Aber erst 180 Jahre später wurde Vitamin C als verantwortlicher Wirkstoff gefunden (Haworth und Szent-Györgyi, Nobelpreise 1937). Jetzt wurde es auch möglich, die Rolle des Vitamins im Prolinstoffwechsel und in der Kollagensynthese zu ermitteln und die Symptome eines Vitaminmangels zu erklären.

Der seit über 2.000 Jahre erfolgreiche Einsatz von *Artemisia annua* (Einjähriger Beifuß) in China bei Malaria führte zur Entde-



Dass Zitrusfrüchte Skorbut heilen können, galt schon lange vor der Entdeckung des Wirkstoffes Vitamin C als medizinisch gesichert

ckung der Substanz Artemisinin und damit zur Aufklärung ihrer Antimalariawirkung über eine Reduktion der Zahl von Parasiten im Blut (Youyou Tu, Nobelpreis 2015).

Vor Darstellung von Vitamin C bzw. Artemisinin war der Einsatz von Zitrusfrüchten bzw. Beifußpräparationen bei den genannten Störungen begründet. Was fehlte, waren Erklärung und Verständnis der Wirkungen, wie auch Sicherheit in der Dosierung des eigentlichen Wirkstoffes. Hier zeigt sich eine der Vorteile des Prinzips der Einfachheit. Es sind eben nicht Aussehen, Geruch, Farbe, Anbauregion, Erntezeit u. a., die eine verlässliche Wirkung der genannten Früchte und Kräuter ausmachen, sondern eine „Quintessenz“, die oft nur unter größten Mühen gefunden werden kann. Wie bei Artemisinin ergibt sich häufig jetzt erst die Möglichkeit, weitere, eventuell bessere

Wirkstoffe zu entwickeln sowie die bereits entdeckten eventuell auch bei anderen Krankheiten einzusetzen.

Therapieempfehlungen in Abhängigkeit von Wirksamkeitsmodell und Wirksamkeitsbeleg

Vorzugsweise sollten Mittel eingesetzt werden, für die ein plausibles, naturwissenschaftskonsistentes Wirksamkeitsmodell vorliegt und auch eindeutige positive Evi-

denz der Wirksamkeit (beispielsweise Antibiotika). Eine mögliche Anwendung kann sich aber auch ergeben, wenn die Evidenz der Wirksamkeit positiv ist, obgleich ein plausibles Wirksamkeitsmodell (noch) fehlt (siehe Beispiele oben, gilt zurzeit auch für Lithium bei bipolaren Störungen).

Eine mögliche Anwendbarkeit besteht auch in bestimmten Fällen eines plausiblen Wirksamkeitsmodells, aber (noch) fehlender Evidenz (wie bei Substitutionstherapien, zurzeit zum Beispiel bei genetisch bedingten Enzymdefekten mit klinischer Spätmanifestation). Entscheidungskriterien sind hier das Fehlen von Alternativen und therapeutische Dringlichkeit.

Abzuraten ist dagegen von Therapieformen mit negativer Evidenz (nicht zu verwechseln mit fehlender Evidenz wegen fehlender Studien), trotz Plausibilität des Wirksam-

keitsmodells (zum Beispiel HDL steigern des Torcetrapib, aber kardiovaskulär nicht präventiv) wie auch von solchen mit fehlendem naturwissenschaftskonsistentem Modell und fehlender Evidenz (gilt zum Beispiel nach weitgehendem Konsens für Homöopathika).

Konsequenzen für die Beurteilung von CAM-Therapien

Die vorgeschlagene operationale Definition einer wissenschaftsorientierten Medizin gestattet, einige häufig anzutreffende Differenzen zu CAM-Methoden aufzuzeigen.

Auffallend häufig suchen CAM-Vertreter die Wirksamkeit ihrer Methoden nicht durch Heilung von Krankheit, geschweige denn Lebensverlängerung, sondern vor allem anhand der Veränderung von Symptomen zu belegen, die zudem subjektiv und schwer objektivierbar sind. In kontrollierten Studien ergeben sich, wenn überhaupt, nur sehr schwache Überlegenheiten im Vergleich zu einer Placebothherapie. Wegen der pathophysiologischen Heterogenität der genannten Störungen ist für eine klare Indikationsstellung in der Regel

wenig gewonnen. Realistisches Ziel der meisten CAM-Methoden ist ganz überwiegend eine Verbesserung der Lebensqualität. Dies erfolgt nicht selten spontan oder ist durch Placeboanwendungen erreichbar.

Placeboeffekte sind kein Schwindel, sondern objektivierbare und zunehmend mechanistisch erklärbare Folgen von Symbolen und Ritualen. Im Bereich der Symbole – mit dem Arzneimittel als Zentralsymbol konservativer Medizin – sind beispielsweise überraschende Effektänderungen auf Krankheitssymptome durch wahrheitswidrige Etikettierungen auch pharmakologisch wirksamer Substanzen belegt (Kaptschuk und Miller 2015). Irrige Überzeugungen des Therapeuten von der Wirksamkeit seiner Therapie könnten Placeboeffekte durchaus positiv verstärken. Placebos können Symptome bessern, aber heilen können sie nicht (Enck 2016).

Eine Argumentationsstrategie von CAM ist, die Anwendbarkeit der Regeln einer evidenzbasierten Medizin grundsätzlich zu bestreiten. Werden aber CAM-Studien gemacht, sind sie methodisch häufig stark angreifbar. Vor allem aber bleiben negative Ergebnisse meist ohne Konsequenz.

Die wissenschaftsorientierte Medizin eliminiert dagegen Methoden mit negativer Evidenz oder auch solche mit deutlicher Unterlegenheit. Prinzipiell unbegrenzt ist dagegen die Aufnahmebereitschaft für überlegene Innovationen. Wenn Wirksamkeit bewiesen wird, ist die Provenienz neuer Möglichkeiten gleichgültig (siehe Artemisinin).

Literatur beim Verfasser

**Prof. Dr. med.
Manfred Anlauf**

privat:
Friedrich-
Plettke-Weg 12
27570 Bremerhaven
E-Mail: manfred.
anlauf@t-online.de



Fon und Fax (n. Anmeldung) 0471 22679
Mobil 0170 3245021

Praxis:
Vogelsand 167
27476 Cuxhaven
Fon 04721 42080 | Fax 04721 420825

Bücher



Christiane Eichenberg, Stefan Kühne: Einführung in die Online- beratung und -therapie

Grundlagen, Interventionen und
Effekte der Internetnutzung
Reihe: PsychoMed compact 7
UTB 2014. ISBN: 9783825241315
kart. 32,99 Euro, E-Book 26,99 Euro

Das Buch bietet einen guten Start, sich schnell einen Überblick über das Thema Onlineberatung und -therapie zu verschaffen. Es spannt einen Bogen zwischen theoretischen Grundlagen und Rahmenbedingungen, praktischer Anwendungen der modernen Medien und den wachsenden Anforderungen an die (Online-)Berater. Zielgerichtet wird der Leser in die Themenkomplexe Online-Information, -Beratung und -Therapie eingeführt. Diese werden kritisch-neutral mit Vor- und Nachteilen, unter Berücksichtigung der Evaluationen, beschrieben. Häufig finden sich Hinweise über nationale Besonderheiten. Beim Themenfeld „Auswirkung-

gen der Internetnutzung“ werden exzessive, dysfunktionale, selbstschädigende und deviante Nutzungsweisen behandelt. Informiert wird über Cybermobbing, Computerspielsucht, Cyperchondrie und Cyberstalking. Abgerundet wird das Buch durch die Beschreibung der wachsenden Herausforderungen an die Ausbildung der (Online-)Berater. Die Autoren stellen die geforderten Kompetenzen systematisch dar und gehen auf bestehende Curricula ein. Sie analysieren auch ethische Aspekte der Onlinebehandlung/-therapie.

Nach der Lektüre ist festzustellen, dass die neuen Medien auch im Bereich „Beratung und Therapie“ großes Potenzial bieten. Allerdings dürfen diese weder unbedacht noch überkritisch Verwendung finden. Die Studienlage nimmt zu, reicht aber noch nicht aus, um jedmögliche Interventionsarten strikt patientenorientiert einzusetzen.

Das Buch zeichnet sich durch einen fundierten Überblick der Studienlagen auf dem Gebiet aus. Es ist jedem zu empfehlen, der sich wissenschaftlich orientiert dem Thema nähern möchte.

André R. Zolg, M. Sc.
Ärztlicher Referent LÄKH

Der Glaube an die Globuli

Kritischer Blick auf Homöopathie & Co. / Neues Buch von Norbert Schmacke

Über die Verheißungen der „Homöopathie“ und der „anthroposophischen Medizin“ berichten Schmacke et al. in einem sehr lesenswerten Büchlein für alle, die guten Willens sind, jenseits von Vorurteilen und Glaubensbekenntnissen einen aktuellen wissenschaftlichen Informationsstand über die so genannte Alternativmedizin erhalten zu wollen. Prof. Dr. med. Norbert Schmacke lehrt als Internist in Bremen Gesundheitswissenschaften und forscht über Fragen der Patientenorientierung.

Berechtigte Zweifel an der Verlässlichkeit

Wer jedoch vom Glauben an die Globuli und die hochpotenzierte Wirkung des sogenannten Wassergedächtnisses beseelt ist, oder den Heilerfolg durch Misteltherapie für ein Naturgesetz hält, braucht dieses Büchlein nicht zu lesen. Denn der Autor kommt nach umsichtiger wissenschaftlicher Recherche der vorhandenen aktuellen Literatur zu dem klaren Ergebnis: Für die Homöopathie gibt es keine Belege in der Heilung von Krankheiten. Trotz vielfacher Versuche, den Nutzen zu belegen, wie dies in der Medizin sonst üblich ist.

Kein einziges homöopathisches Medikament hätte in Deutschland eine Chance, einen Zusatznutzen nach dem Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (ANMOG) attestiert zu bekommen. Das Gleiche gilt für die Misteltherapie bei Krebs, zu der das amerikanische National Cancer Institut 2015 festgestellt hat: „Es gab zahlreiche Berichte über Verbesserungen des Überlebens und / oder der Lebensqualität, aber fast alle dieser Studien wiesen große Schwächen auf, die an der Verlässlichkeit der Ergebnisse zweifeln lassen.“

Schmacke zögert nicht, die Vertreter der alternativen Medizin laut und deutlich zu kritisieren. Wohlwissend, dass „Homöopa-

then allerdings unbelehrbar sind“. Was aber den Autor besonders erzürnt, ist die Ungleichbehandlung der verschiedenen Therapierichtungen durch den Gesetzgeber. Dieser akzeptiert seit Jahrzehnten – vermutlich sogar trotz besseren Wissens – einen extrem niederschweligen Zugang der homöopathischen und anthroposophischen Arzneien zum deutschen Markt. Und errichtet gleichzeitig eine hochschwellige Zugangshürde für alle neuen Wirkstoffe.

Angeblich befürworten 70 Prozent der Bevölkerung milde, natürliche und „chemiefreie“ Therapien. Der Deutsche Bundestag wird deswegen aus wahltaktischen Gründen, die historisch gewachsene Rechtslage zu Gunsten der „besonderen“ Therapierichtungen nicht ändern.

Der besondere Reiz dieses Buches liegt vor allem darin zu erfahren: „Why smart people believe in stupid things?“

Wirtschaftlich erfolgreicher „Humbug“

Denn es ist für einen wissenschaftlich ausgebildeten Arzt beunruhigend zu erkennen, dass es überwältigende Belege dafür gibt, mit welchem Humbug nicht nur in Deutschland unter dem Label „sanfte Medizin“ Geld verdient wird.

Das ist nicht alleine durch eine sarkastische römische Sentenz: „mundus vult decipi, ergo decipiatur“* erklärlich, sondern auch den therapeutischen Placeboeffekten der alternativen Therapierichtungen geschuldet. Schmacke fordert deswegen, dass neben der Aufklärung über evidenzbasiertes medizinisches Wissen die dringende Notwendigkeit besteht, „die Erwartungen und Gefühle von Kranken in Erfahrung zu bringen“. Ein gewiss mitentscheidender Punkt, der in der Zeitnot des Berufsalltags eines Schulmediziners gerne mal vergessen wird. Während der „alternativ“ tätige Arzt genau an diesem notleidenden Punkt der Arzt-Patienten-Beziehung ansetzt.

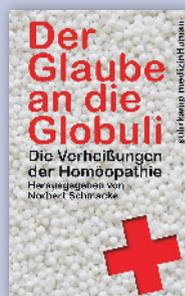
Dr. med. Jürgen
Bausch
E-Mail:
juergen.bausch@
gmx.de



Foto: Petra Bendrich, KV Hesse

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

Buchtipps



Norbert Schmacke (Hrsg.):
Der Glaube an die Globuli.
Die Verheißungen der Homöopathie

Suhrkamp Taschenbuch, Band 16 der Reihe medizinHuman,
hrsg. von Dr. med. Bernd Hontschik, Broschur, 244 Seiten
ISBN: 9783518466391, € 14,00

* „Die Welt will betrogen sein, darum sei sie betrogen“, hergeleitet aus einem alten römischen Rechtsgrundsatz

Gerechtere Vergabe von Organspenden

Zum Artikel „Neustart in der Transplantationsmedizin – Mehr Spender, weniger Organe; DSO will Kliniken noch mehr unterstützen“ (Hessisches Ärzteblatt 02/2016), ab Seite 106 von Jutta Rippegather

Neulich habe ich – wie übrigens auch im vergangenen Jahr – von meiner Krankenkasse einen Organspenderausweis mit einer kleinen Aufklärungsbroschüre zugeschickt bekommen. Es ist erfreulich, dass wenigstens die Krankenkassen etwas Werbung für die Organspende machen, nachdem die Politiker diesbezüglich nur strengere Vorschriften zur Mangelverwaltung erlassen haben und unsere Berufskollegen sich wohl auch keine Gedanken über eine gerechtere Vergabe der Spenderorgane machen – zumindest keine laut geäußerten und publik gewordenen Gedanken.

Im Jahr 2015 sind in Deutschland mehr als 21.000 Menschen an einem Unfall verstorben. Die Zahl von 877 Organspenden nimmt sich dagegen bescheiden aus. Dass in Deutschland nur ein Organspender auf 100.000 Einwohner kommt, ist beschämend und setzt die all so vorbildliche Bundesrepublik in dieser „Disziplin“ auf einen der letzten Plätze in Europa.

Und schlimm ist auch, dass sich für viele Patienten, die in den vergangenen Jahren durch eine Transplantation eine Verlängerung des Lebens und eine deutliche Verbesserung der Lebensqualität erfahren haben, die Frage der Organspende erst dann gestellt hat, als sie selbst ein Spenderorgan benötigt haben. Wobei das geschenkte Organ fast immer und all zu oft ohne schlechtes Gewissen angenommen wurde, oft genug auch, ohne darüber nachzudenken, wie die Geschichte geendet hätte, wenn alle anderen auch nicht Organspender gewesen wären.

Da es in Deutschland wegen der großen Zahl der ewigen Bedenkenträger wohl nicht möglich sein wird, eine Regelung wie in manchen anderen Ländern zu schaffen („wer nicht ausdrücklich widerspricht, ist potenzieller Organspender“),

werden wir wegen der „Massenträgheit“ wohl nie ausreichend viele Organe zur Verfügung haben.

Wir wissen alle, dass eine Solidargemeinschaft nur funktionieren kann, wenn das gegenseitige Geben und Nehmen in einem gesunden Verhältnis stehen. Wir haben aus der Geschichte gelernt, dass es in Zeiten der Ressourcenknappheit immer zu Verteilungungerechtigkeiten und in schlimmen Fällen auch zu Schwarzhandel und Korruption gekommen ist.

Do ut des: Ich gebe, damit du gibst

Einen Vorschlag zur kurzfristigen Verbesserung der Situation habe ich nicht. Wer aktuell auf ein Spenderorgan wartet, muss einfach versuchen zu überleben. Ich habe aber einen Vorschlag, der in ein paar Jahren wenigstens für diejenigen, die selbst seit Jahren einen Spenderausweis haben, eine relative Sicherheit geben könnte, zeitgerecht ein Spenderorgan zu erhalten. Dieser Vorschlag mag vielleicht unpopulär erscheinen, er ist auch streng genommen nicht von mir, sondern aus dem bürgerlichen Gesetzbuch (§ 320 Abs. 1) und entspricht dem alten römischen Rechtsprinzip: „do ut des“.

Man könnte ein zentrales Register führen, wo jeder, der im Falle seines Todes seine Organe spenden will, aufgenommen wird. Ein solches Register müsste selbstverständlich staatlich geführt werden, nur so kann man einigermaßen sicher sein, dass es nachher nicht wieder „die Ärzte“ waren, wenn es zu irgendwelchen Fehlern gekommen ist. Dann könnte man festlegen, dass bei der Vergabe von Spenderorganen zuerst Patienten berücksichtigt werden, die selbst seit Jahren einen Organspenderausweis haben.

Sonderregelungen für Härtefälle sollte man sich natürlich vorbehalten, aber im Prinzip sollte man nach der Regel verfahren: Wer im Register steht, hat Vorrang, wer nicht im Register steht, braucht sich nicht zu beklagen. „Do ut des.“ Weil Latein immer mehr aus der Mode gekommen ist, möchte ich das, zwar ganz frei, aber doch einigermaßen sinngemäß, in die wesentlich populärere Sprache der Finanzwirtschaft übertragen: Wer kein Konto hat, bekommt auch keine Zinsen.

Und wenn erst einmal bekannt würde, dass man bei eigenem Bedarf eher ein Spenderorgan bekommt, wenn man selbst einen Spenderausweis hat, hätten wir irgendwann vielleicht auch keine Ressourcenknappheit mehr.

Sicher, ich habe es zu Anfang schon festgestellt, die Lösung mag unpopulär erscheinen, gerechter wäre sie aber sicher. Und sie könnte auch zu einer Sensibilisierung der Menschen für die Organspende beitragen.

Die Ethiker und Moralisten werden aufstehen und sagen, dass wir Ärzte alle Patienten gleich behandeln müssen, Patienten mit einer schlechten Compliance ebenso wie Patienten mit einer guten, und Menschen mit geringer sozialer Kompetenz müssen aus der Solidargemeinschaft die gleichen Leistungen bekommen wie Menschen mit einer großen. Und die Obermoralisten werden versuchen darzulegen, dass es unsozial ist, von jemand, der eine Leistung aus der Solidargemeinschaft will, eine Gegenleistung oder wenigstens die Bereitschaft dazu zu verlangen.

Dr. med. Hans Rudolf Kerner
Ferdinand-Schrey-Weg 8
60598 Frankfurt/Main

Augenheilkundliche Ergänzungen zur Polymyalgia rheumatica

Zum Themenheft *Rheumatologie* (Hessisches Ärzteblatt 11/2015) und speziell zum Beitrag „Ein rheumatologischer Notfall? Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellerarteriitis)“ von Dr. med. Marc Frerix, Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Prof. Dr. med. Uwe Lange, Seite 630 ff.

Herrn Lange und seinem Team kann grundsätzlich zu ihrer Fortbildung „Schwerpunktthema Rheumatologie“ im Hessischen Ärzteblatt 11/2015 gratuliert werden. Zu dem Beitrag „Ein rheumatologischer Notfall?“ sind jedoch zwei ophthalmologische Ergänzungen anzuführen:

1. Objektive okuläre Diagnose

Das von den Autoren angegebene „Verschwommene Sehen“ stellt ein subjektives Symptom mit vielen möglichen okulären Ursachen dar, das erst vom Augenarzt objektiviert werden muss. Leider fehlt die objektive okuläre Diagnose in der vorgestellten Kasuistik.

Aus augenärztlicher Erfahrung ist davon auszugehen, dass bei der vorgestellten 57-jährigen Patientin eine Schwellung der Sehnervenscheibe mit unscharfer Begrenzung (Papillitis) am rechtem Auge vorgelegen hat. Fortgeschrittenes Alter, starke Kopfschmerzen sowie Papillen-Schwellung und -Unschärfe mit konsekutiver Sehverminderung sind für den Augenarzt untrüg-

liche Zeichen einer Polymyalgia rheumatica (Eponyme: Arteriitis temporalis, Riesenzellerarteriitis, Morbus Horton). Die Verdachtsdiagnose wird verstärkt durch Palpieren einer verhärteten A. temporalis. Die sofort durchzuführende, stark erhöhte Blutsenkung bestätigt die Verdachtsdiagnose. Noch am gleichem (!) Tag muss stationär in der Augenklinik in Zusammenarbeit mit dem Internisten/Rheumatologen mit einer hoch dosierten Steroid-Therapie begonnen werden. Es besteht Erblindungsgefahr (!), da bei zu später oder nicht ausreichender Steroid-Therapie auch das zweite Auge im Sinne einer Papillitis befallen werden kann. Leider kann in seltenen Fällen, trotz intensiver interdisziplinärer Kontrolle und Therapie, eine Erblindung an beiden Augen nicht verhindert werden!

2. Polymyalgia rheumatica mit Sehnervenfalle ist ein ophthalmologischer Notfall

Eine diagnostisch einwandfreie Polymyalgia rheumatica sollte unter keinen Um-

ständen allein vom Hausarzt oder Internisten mit Steroiden behandelt werden. Hier besteht die unbedingte Indikation des Hausarztes oder Internisten, den Augenarzt miteinzubeziehen in die anfänglich kurzfristigen interdisziplinären Kontrolluntersuchungen. Dem Patienten/der Patientin muss eindringlich klar gemacht werden, dass bei den ersten Anzeichen einer Sehverminderung sofort der Augenarzt aufzusuchen ist.

Bei dem Krankheitsbild Polymyalgia rheumatica mit Sehnervenfalle handelt es sich nicht nur um einen rheumatologischen, sondern auch um einen ophthalmologischen Notfall, der bei zu später Diagnose und Therapie zur Erblindung an beiden Augen führen kann!

Prof. Dr. med. Walter Lisch

Hanau/Mainz – Augenklinik Mainz
Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

E-Mail:

prof.dr.lisch@augenklinik-hanau.de

Schreiben Sie uns Ihre Meinung



Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe und Anregungen, Kommentare, Vorschläge, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor.

E-Mails richten Sie bitte an: schriftleitung-haeb@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Interessenkonflikt

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

Refresher-Seminar Neurologische Begutachtung: Fallstricke geschickt umschiffen

Nächster Termin ist am 11./12. November 2016

Die Deutsche Gesellschaft für Neurowissenschaftliche Begutachtung (DGNB) hat im November 2015 zum 9. Mal das „Frankfurter Refresher-Seminar“ veranstaltet – in erweiterter Form, so dass es die Voraussetzungen des Modul III der curricularen Fortbildung Medizinische Begutachtung der Bundesärztekammer (BÄK) erfüllt. Schon immer gut besucht, wurde möglicherweise deswegen mit 177 Teilnehmern ein Rekord gezählt.

Das Programm haben Prof. Dr. Dr. med. Bernhard Widder und Dr. med. Jörg Madlener gestaltet. Wie von der BÄK gefordert, mussten die Teilnehmer für deren Zertifikat die vorgegebenen Mustergutachten selbstständig bearbeiten.

Als praxisnahe Fortbildung zur neurologischen Begutachtung bilden besonders interessante Fälle aus der neurologischen Gutachter-Tätigkeit der Teilnehmer das Grundgerüst der Tagung. Besonders schwierige Kasuistiken stammen in der Regel aus den Themenbereichen Schmerzbegutachtung und dem Grenzbereich zwischen Neurologie und Psychiatrie.

Themen zwischen Neurologie, Psychiatrie und Recht

Außerdem stimulieren verschiedene Vorträge alle Teilnehmer der Refresher-Seminare zu intensiven Diskussionen. Traditionell nehmen der gesamte Vorstand der DGNB sowie viele Richter des Hessischen Landessozialgerichts teil, so dass fachlich allerhöchstes Niveau geboten wird. Die intensiven Gespräche verdeutlichen die Wichtigkeit des Austauschs zwischen Neurologen, Psychiatern und Juristen, weil sich praktisch alle neurologisch-psychiatrischen Gutachten mit unterschiedlichen Akzenten in den Themenfeldern zwischen Neurologie, Psychiatrie und Recht bewegen.

Dr. iur. Gert H. Steiner, Vorsitzender Richter am Hessischen Landessozialgericht, referierte über „Häufige Missverständnisse in der Kommunikation zwischen Juristen

und Medizinern“. Er stellte dar, welche Fallstricke im Zusammenhang mit Gutachtensaufträgen bestehen, welche Aufgaben ein Arzt bei der Begutachtung hat und weshalb Grundkenntnisse der zugrunde liegenden Rechtssysteme notwendig sind. Es gelang ihm, Problemsituationen anschaulich zu erläutern. Steiner appellierte an Gutachter und Auftraggeber, beim Gericht frühzeitig das Gespräch zu suchen, um Missverständnisse auszukurieren oder gleich ganz zu vermeiden.

Diagnosefehler versus Diagnoseirrtum

PD Dr. med. Tanja Schlereth, Klinik und Poliklinik für Neurologie Mainz, hatte Klinik und Diagnosekriterien des komplexen regionalen Schmerzsyndroms (CRPS) zum Thema. Sie erläuterte, welche Veränderungen bei diesem Krankheitsbild ob-



Prof. Dr. med.
Peter W. Gaidzik



Dr. iur. Gert H. Steiner



PD Dr. med.
Tanja Schlereth

jektivierbar sind und welche letztlich aus den anamnestischen Angaben des Begutachtenden mit den aktuellen Diagnosekriterien abgeglichen werden müssen. Spezielle Fragen der Arzthaftung beleuchtete Prof. Dr. med. Peter W. Gaidzik von der Universität Witten-Herdecke. Er setzte sich mit dem Begriff des „allgemein anerkannten Standards“ und seiner rechtli-

chen Wertung auseinander. Die Bedeutung von Leitlinien als Maßstab ärztlichen Handelns und die juristische Bewertung ärztlichen Handelns wurden von ihm kritisch beleuchtet. Gaidzik stellte als Beispiel den „Diagnosefehler“ dem „Diagnoseirrtum“ gegenüber. Ein Diagnosefehler sei eine falsche Schlussfolgerung aus korrekt und vollständig ermittelten Befunden – also eine Fehlinterpretation. Bei einem Diagnoseirrtum dagegen erweise sich eine zunächst mögliche Arbeitsdiagnose letztlich als falsch. Die Unterscheidung dessen sei für Ärzte von erheblicher Relevanz, hob er hervor. Denn Diagnosefehler stellen einen möglichen Haftungsgrund in der Arzthaftung dar, ein Diagnoseirrtum jedoch nicht.

Wieder einmal wurde die Bedeutung sorgfältiger Dokumentation für die juristische Bewertung der Arzthaftung betont. Prof. Dr. med. Bernd Gallhofer, Klinik für Psychiatrie am Universitätsklinikum Gießen, sprach über die Objektivierung psychischer Beschwerden in der gutachterlichen Praxis. Er gab insbesondere Hinweise dazu, wie die Beschwerdeangabe von zu Begutachtenden durch objektivierbare Befunde auch auf dem Gebiet der psychiatrischen und psychischen Störung verifiziert bzw. falsifiziert werden können. Dabei ging er insbesondere auf die Unmöglichkeit der „Messung“ psychischer Beeinträchtigung und Schmerzen in der Begutachtung ein, zum Beispiel durch Fragebögen ein. Der Gutachter komme nicht umhin, eine umfassende Plausibilitätsprüfung vorzunehmen aus Aktenlage, Angaben des Probanden, Kenntnis der Regeln der psychopathologischen Befundung und des Verlaufs der psychiatrischen Krankheitsbilder.

Persönlichkeitsveränderungen nach Intensivtherapie

Dr. Dr. med. Erwin Wehking, Facharzt für Neurologie und Spezielle Schmerztherapie an der Klinik am Rosengarten in Bad

Oeynhaus, erläuterte das Thema „Wiederkehrende Probleme im Beratungsarztverfahren“. Denn auch in der Beratungsärztlichen Tätigkeit ergeben sich die größten Probleme, wenn psychische Aspekte mit beurteilt werden müssen, insbesondere wenn es um Psyche und Schmerz geht. Jeder Schmerz, insbesondere das bereits von Schlereth



Dr. Dr. med.
Erwin Wehking

geschilderte CRPS, hat neben körperlichen auch gewichtige psychische Aspekte. Ausführlich wurde ferner auf die posttraumatische Belastungsstörung eingegangen – eine Diagnose, die von Therapeuten oft leichtfertig ohne Berücksichtigung der vorgegebenen Kriterien vergeben wird.

„Wesensänderungen nach Intensivtherapiebehandlung bei nicht-neurologischen Erkrankungen“ standen im Mittelpunkt des Vortrages von Prof. Dr. med. Wolfgang Müllges vom Universitätsklinikum Würzburg: Ursache von Persönlichkeitsveränderungen können hirnorganische

kognitive und psychische Störungen sein, die erst infolge der intensivmedizinischen Behandlung entstehen – obwohl der Unfall selbst primär gar keine Schädigung von Gehirn oder anderen Nervenstrukturen ausgelöst hat. Müllges Referat umfasste eine ausführliche Kasuistik und systematische Aufarbeitung der Literatur – Erkenntnisse, die für die Begutachtung von weitreichender Bedeutung sind.

Kopfschmerzen als Unfallfolge

Zur Begutachtung von Kopfschmerzerkrankungen sprach der Autor dieses Beitrags, PD Dr. med. Charly Gaul von der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein. Auch bei der gutachterlichen Einschätzung primärer Kopfschmerzerkrankungen ist problematisch, dass die Diagnose allein auf den Beschwerdeangaben der Betroffenen beruhen. Zur Begutachtung müssen objektivierbare Befunde zusätzlich herangezogen werden. Ausführlich wurde die Bedeutung von Kopfschmerzen nach leichten, mittelschweren und schweren Schädelhirntraumen dargestellt. Diese Kopfschmerzen können auch verzögert nach einem Trauma auftreten und entsprechen phänomenologisch keinem ein-

heitlichen Bild. Ihre Erscheinung folgt häufig dem Bild primärer Kopfschmerzerkrankungen. Daher sind der Beweisbarkeit, dass es sich nach einem posttraumatischen Kopfschmerz um eine Unfallfolge handelt, Grenzen gesetzt.

Die rechtlichen Grundlagen und Problem-situationen zur Begutachtung der Fahreignung bei neurologischen Erkrankungen stellte der Berliner Neurologe Prof. Dr. med. Peter Marx vor. Von entscheidender Bedeutung sei hier die detaillierte Kenntnis der Begutachtungsleitlinien zur Kraftfahreignung in der aktuellen Fassung, betonte er.

Das 10. Frankfurter Refresher-Seminar findet am 11./12. November 2016 statt (Saalbau Frankfurt-Bockenheim, Schwälmer Straße 28). Das Programm wird einige Wochen zuvor auf der Website der DGNB veröffentlicht: www.dgnb-ev.de.

PD Dr. med.
Charly Gaul
Migräne- und Kopfschmerzklinik
Königstein; E-Mail:
c.gaul@migraene-klinik.de



CME-Beitrag aus Ausgabe 03/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge bei Patienten mit Plattenepithelkarzinomen von Mundhöhle, Rachen und Kehlkopf“ von Susanne Wiegand, Afshin Teymoortash, Jochen A. Werner im Hessischen Ärzteblatt 03/2015, Seite 127ff:

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

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)



Nach dem Ruf von **Prof. Dr. med. Axel Haferkamp** an die Uniklinik Mainz übernimmt **Prof. Dr. med. Wolf Otto Bechstein** (Foto), Direktor der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie, kommissarisch die Leitung der Klinik für Urologie im Zentrum der Chirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/M. Die Leitungsposition der urologischen Klinik und der damit verbundene Lehrstuhl soll bis voraussichtlich bis Ende 2016 neu besetzt werden, teilt die Uniklinik mit. Kinder und Jugendliche mit Erkrankungen der Nieren, Harnwege oder Genitalien, die einer operativen Versorgung bedürfen, werden von **Prof. Dr. med. Udo Rolle**, Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, und seinem Team behandelt.

Prof. Dr. med. Susanne Valerie Herold (39), PhD, Oberärztin und Arbeitsgruppenleiterin der Medizinischen Klinik II des Zentrums für Innere Medizin (Sektion Infektiologie) der Justus-Liebig-Universität Gießen, hat im Juli 2015 den Ruf auf die W2-Professur für Acute Lung Injury angenommen.



Im Rahmen einer Tagung der Gesellschaft für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (GPOH) wurde der Fritz-Lampert-Preis 2015 an **Prof. Dr. med. Peter Bader** verliehen, tätig an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Uniklinikum Frankfurt/Main, Leiter des Schwerpunkts Stammzelltransplantation und Immunologie. Er entwickelte ein molekulargenetisches Verfahren, mit dem sich zuverlässig ein erhöhtes Rückfallrisiko nach einer Stammzelltransplantation bei Kindern und Jugendlichen mit akuter lymphatischer Leukämie bestimmen lässt. Diese Arbeit dient nun als



Grundlage zur Entwicklung neuer Therapien zur Leukämiebehandlung von Kindern und Jugendlichen. Der mit 10.000 Euro dotierte Fritz-Lampert-Preis gilt als einer der renommiertesten Preise der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie.



Mit dem Nachwuchspreis 2015 des Vereins zur Förderung der Neurologischen Wissenschaften ist die medizinische Promotionsarbeit der Medizinstudentin **Lara Kay** ausgezeichnet worden. Zusammen mit der Arbeitsgruppe Epileptologische Versorgungsforschung am Uniklinikum Frankfurt/Main untersucht sie den Einsatz des konzentrierten Midazolam-Nasensprays zur Vermeidung von generalisierten Anfällen. Kay will ihr Medizinstudium 2017 abschließen.

Seit Jahresbeginn leitet **Dr. med. Jörg Schulze** (52) als Chefarzt das Institut für Labordiagnostik und Krankenhaushygiene am Sana-Klinikum Offenbach. Der Facharzt für Medizinische Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie für Laboratoriumsmedizin kommt vom Klinikum Frankfurt-Höchst nach Offenbach.



Weitere Auszeichnung für **Dr. med. Dr. rer. physiol. Stephan Göttig**, Institut für Medizinische Mikrobiologie und Krankenhaushygiene am Klinikum der Goethe-Universität: Für seine herausragenden Arbeiten zur Charakterisierung von Antibiotika-Resistenzmechanismen und Pathogenitätsfaktoren von klinisch relevanten Gram-negativen Bakterien wurde ihm der Förderpreis der Stiftung der Deutschen Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie verliehen (vgl. HÄBL 6/2015, S. 354).



Prof. Dr. med. Michaela Nathrath (52), Direktorin der Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie am Klinikum Kassel, wurde bei der Tagung der International Society of Pediatric Oncology (SIOP) in Kapstadt mit dem Nöllenburg-Preis geehrt. Damit zeichnet die SIOP den jeweils besten Beitrag zu Knochtumoren aus. In ihrer Forschungsarbeit sucht sie nach neuen Therapieansätzen gegen das Osteosarkom, des häufigsten bösartigen Knochtumors im Kindes- und Jugendalter. Neben ihrer Tätigkeit in Forschung und Klinik ist sie Mitbegründerin und Vorsitzende des Vereins Kleine Riesen Nordhessen e. V., dem rechtlichen Träger des ambulanten Kinderpalliativteams Nordhessen (siehe HÄBL 12/2015, S. 698)



Nach dem Zusammenschluss der Kliniken im Main-Taunus-Kreis und des Klinikums Frankfurt Höchst sind Aufsichtsrat und Geschäftsführung der neuen Klinik-Dachgesellschaft personell besetzt worden. Die Ärztin und erfahrene Klinikmanagerin **Dr. med. Dorothea Dreizehnter** (Foto) übernimmt zusammen mit Dr. Tobias Kaltenbach die Geschäftsführung der Kliniken Frankfurt-Main-Taunus (FMT). Zusammen mit Thomas Steinmüller leitet sie zudem das Klinikum Frankfurt Höchst als Vorsitzende der Geschäftsführung. Die promovierte Internistin war unter anderem Mitglied des Vorstandes der Sana Kliniken AG und Generalbevollmächtigte für die Region Nordrhein-Westfalen mit sechs Akutkrankenhäusern. Zuvor arbeitete sie u.a. in leitender Funktion für Deutschlands größte kommunale Klinikgruppe Vivantes in Berlin. Die Kliniken FMT soll als gemeinnützige Gesellschaft die Kliniken an den drei Standorten Bad Soden, Hofheim und Frankfurt-Höchst wirtschaftlich betreiben, mit rund 1.500 Betten und 3.600 Mitarbeitern.



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

Hochwaldkrankenhaus unterstützt Carl-Oelemann-Schule mit Röntgenanlage

Die guten nachbarschaftlichen Kontakte zwischen dem Hochwaldkrankenhaus und den Bildungseinrichtungen der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim haben in diesem Jahr besondere Früchte getragen. So hat die Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen mit Freude auf eine großzügige Unterstützung durch das Hochwaldkrankenhaus in Bad Nauheim reagiert: Nachdem die Klinik ein neues Mammographie-Gerät erworben hatte, bot sich die Möglichkeit, die bisherige Röntgen-Anlage durch die Überlassung an die benachbarte Bildungseinrichtung weiter sinnvoll einzusetzen.

Das Hochwaldkrankenhaus überließ der Landesärztekammer die Anlage kostenfrei, die im Gegenzug die Umzugskosten übernahm. Dank des tatkräftigen Engagements der Standortverantwortlichen konnte der Umzug des dringend von der Carl-Oelemann-Schule benötigten Geräts innerhalb von vier Wochen realisiert werden.

Neben der Vermittlung von Lerninhalten in der Überbetrieblichen Ausbildung wird die neue Röntgenanlage insbesondere in Fortbildungen zum Strahlenschutz für Medizinische Fachangestellte eingesetzt. So können



Auszubildende können am Röntgengerät praxisnah unterrichtet werden

Auszubildende mit Hilfe des Geräts lernen, wie Patienten gelagert werden und in praxisnahen Situationen die Einstellung für Röntgenaufnahmen üben. Auch Techniken zur Reduzierung der Strahlenbelastung und Maßnahmen zum Patientenschutz gehören wesentlich zu den Simulationsübungen dazu. Zielgruppen der Fortbildungsveranstal-

tungen sind insbesondere Medizinische Fachangestellte. Zusätzlich werden die Fachräume der Schule auch von der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung genutzt.

Silvia Happel

Leiterin Carl-Oelemann-Schule

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte informiert: Praktikanten in Arztpraxen

Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen.

Ein Informationsblatt für Ärzte

Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten

Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie klarer Regelungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten.

Weitere Informationen können im Internet unter:

http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Betriebspraktika/Merkblatt_Schuelerpraktika.pdf abgerufen werden.

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:**

Kerstin Berge und Evelyn Renner-Möllers, beide seit 16 Jahren tätig bei Dr. med. M. C. Heine, Dr. med. H. Engel, Dr. med. J. Zowierucha und Dr. med. T. Böhme, Frankfurt.

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

Iris Pfeil, tätig bei Dr. med. M. Grün, Mücke.

Ausbildungsmesse in Marburg

Beruf der Medizinischen Fachangestellten vorgestellt

Bei der Ausbildungsmesse 2016 Marburg hat die Bezirksärztekammer Marburg der Landesärztekammer Hessen den Beruf der Medizinischen Fachangestellten vorgestellt. Durch den großen Besucherstrom mit circa 1600 Schülern aus 20 Schulen war der Stand der Ärztekammer immer gut besucht. Auf besonderes Interesse stieß die Durchführung der Blutentnahme am Punktionsarm, der von den MFA assistiert wurde. Die Berufsbezeichnung „Medizinische Fachangestellte“ ist noch nicht allen Schülerinnen und Schülern gebräuchlich; sie kennen den Beruf noch unter dem alten Namen „Arzthelferin“. Der Stand der Ärztekammer war sowohl mit Schülerinnen aus dem dritten Ausbildungsjahr als auch mit Lehrerinnen und Lehrern der Kaufmännischen Schulen und darüber hinaus mit dem Personal der Bezirksärztekammer besetzt. Bei der Marburger Ausbildungsmesse im Cineplex wurden über 70 Berufe vorgestellt.

Dr. med. Paul Otto Nowak



Unter Aufsicht von Dr. med. Paul Otto Nowak zeigt Tamara Heck (links hinter dem Ständer) einer Messebesucherin die Blutentnahme

Demographischer Wandel fordert Innovation 122. Internistenkongress in Mannheim

- Vom 9. bis 12. April veranstaltet die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e.V. (DGIM) den 122. Internistenkongress in Mannheim, Congress Center Rosengarten
 - Biomarker / stratifizierte Therapie
 - Der multimorbide Patient
 - Neurologie trifft Innere Medizin
 - Training als Therapie
 - Moderne Bildgebung ersetzt invasive Diagnostik
- Leitthema „Demographischer Wandel fordert Innovation“
 - Kardiologie für den Generalisten
 - Digitale Medizin
 - Infektiologie – Antibiotikaresistenz – Migrationsmedizin
 - Klug entscheiden
- Hauptthemen des Kongresses:
 - Minimalinvasive internistische Eingriffe
 - Innere Medizin statt Chirurgie
 - Von der Differentialdiagnose zur Systemmedizin
- Weitere Informationen im Internet auf der Kongress-Homepage unter: www.dgim2016.de

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Donnerstag, 7. April 2016, 19 Uhr

im Hause der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

– Dr. O. P. Schaefer-Saal –

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

eine

AUTORENLESUNG



Franziska Gerstenberg

1979 geboren in Dresden

Studium „Deutsches Literaturinstitut“ Leipzig

2007 Hermann-Hesse-Förderpreis

2013 Förderpreis zum Lessing-Preis des Freistaates Sachsen

Werke:

2004 „Wie viel Vögel“

2007 „Solche Geschenke“

2012 „Spiel mit ihr“

**„So lange her, schon gar nicht mehr wahr“
(Schöffling & Co. Verlag)**

Acht Erzählungen, große Themen auf Kleinformat. Franziska Gerstenberg stellt Personen und Orte meisterlich dar – wie aus nächster Nähe. Große Gefühle fesseln den Leser – Liebe, Leidenschaft, Sehnsüchte, Versagen, Einsamkeit, Verletztheit – der Alltag des Lebens. Vieles bleibt offen. Spannende Texte, die in ihrer Sachlichkeit im Umgang mit emotionalen Themen erschüttern.

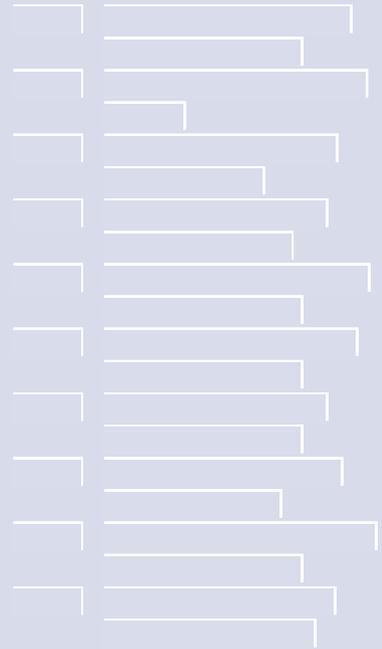
Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei.

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt a. M.,

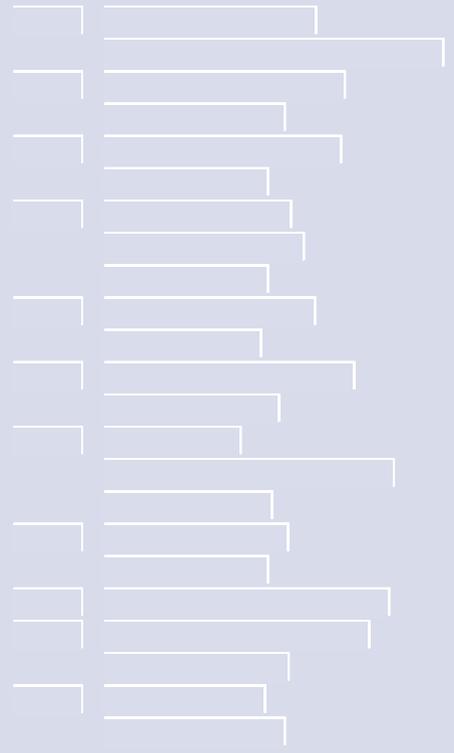
Fon/Fax 069 76 63 50 www.bad-nauheimer-gespraech.de

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

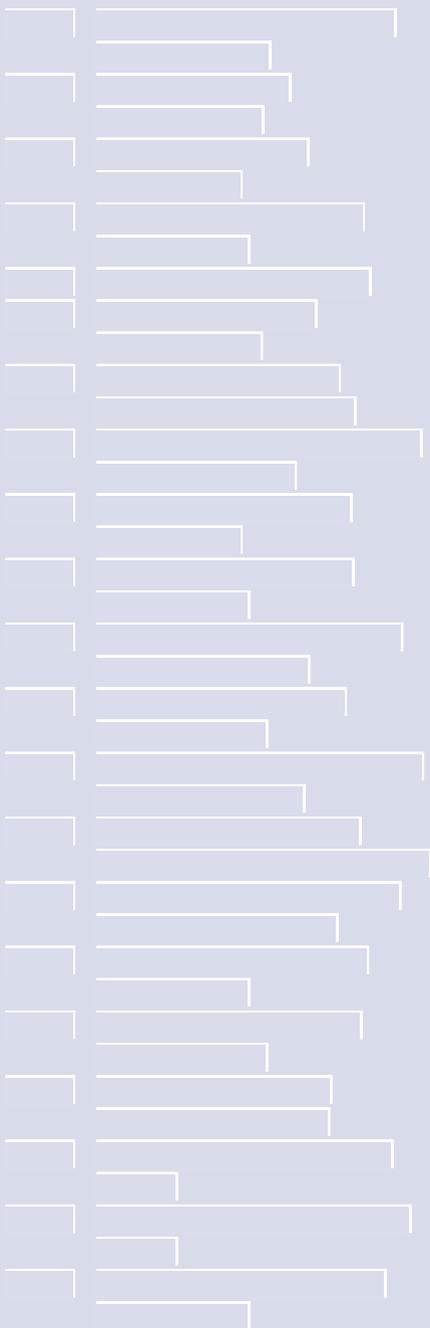
Bezirksärztekammer Darmstadt



Bezirksärztekammer Gießen



Bezirksärztekammer Kassel



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060020955 ausgestellt am 24.05.2011 für Brigitte Brugger, Herborn

Arztausweis-Nr. 060040498 ausgestellt am 02.11.2015 für Ortrun Berends, Schöneck

Arztausweis-Nr. 060021211 ausgestellt am 15.06.2011 für Dr. med. Ursula Böhm, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060028130 ausgestellt am 05.12.2012 für Dr. med. Daniela Graf, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060021819 ausgestellt am 05.08.2011 für Theda Hansen, Gießen

Arztausweis-Nr. 060034222 ausgestellt am 03.07.2014 für Dr. med. Leila Koscher, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060023653 ausgestellt am 05.01.2012 für Ulf Möbius, Kalamaria

Arztausweis-Nr. 060030083 ausgestellt am 03.06.2013 für Dr. med. Susanne Prüfner-Feig, Weilburg

Arztausweis-Nr. 060025178 ausgestellt am 21.03.2012 für Dr. med. Edmond Schiek-Kunz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039395 ausgestellt am 04.08.2015 für Miriam Schiller, Kassel

Arztausweis-Nr. 060025086 ausgestellt am 14.03.2012 für Dr. med. Damla Tah-tali, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060023208 ausgestellt am 13.12.2011 für Eric Tanke Dasse, Gießen

Arztausweis-Nr. 060039522 ausgestellt am 14.08.2015 für Dr. med. Corinna Thielmann, Burbach

Arztausweis-Nr. 060021189 ausgestellt am 15.06.2011 für Kleopatra Varna, Frankfurt

Ausschreibung Hufeland-Preis 2016

- Stifter: Deutsche Ärzteversicherung AG zusammen mit Bundesärztekammer, Bundeszahnärztekammer sowie Bundesvereinigung Prävention und Gesundheitsförderung e. V.
- Dotierung: 20.000 Euro
- Prämiert wird die beste Arbeit auf dem Gebiet der Präventivmedizin. Die Arbeit muss ein Thema der Gesundheitsvorsorge zum Inhalt haben und zur Förderung der Präventivmedizin beitragen.
- Teilnehmer: alle Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärzte mit einer deutschen Approbation; ggf. maximal zwei Co-Autoren mit abgeschlossenem wissenschaftlichen Studium
- Einsendungen bis 31. Oktober 2016 an Dr. Christoph Neuhaus, Kattenbug 2, 50667 Köln; Stichwort „Hufeland-Preis 2016“
- Informationen im Internet: www.hufeland-preis.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Eva Böhlau, Bad Soden
* 04.04.1921 † 26.01.2016

Dr. med. Elisabeth Feith, Frankfurt
* 16.06.1921 † 12.09.2013

Dr. med. Dr. medic. Georg Fodor,
Frankfurt
* 28.06.1931 † 23.02.2015

Dr. med. Joachim Gasch, Hochheim
* 02.04.1924 † 24.01.2016

Temam Ghali, Bad Homburg
* 28.08.1970 † 05.04.2015

Dr. med. Helmut Wilhelm Hoyme,
Herdorf
* 17.09.1948 † 29.12.2015

Dr. med. Hans-Georg Kleinen,
Lauterbach
* 18.04.1924 † 03.02.2014

Dr. med. Michael Köhler, Marburg
* 14.11.1948 † 15.01.2016

Dr. med. Joachim Köhler, Bad Kissingen
* 04.02.1956 † 13.09.2015

Dr. med. Martin Opitz, Ahnatal
* 14.05.1969 † 21.12.2015

Dr.-medic. Karl Renye, Frankfurt
* 10.06.1926 † 16.01.2016

Mounia Ridder, Frankfurt
* 08.11.1976 † 29.04.2015

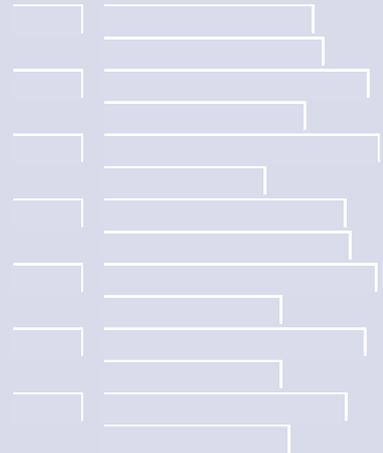
Dr. med. Gabriele Schildwächter,
Bad Soden
* 20.09.1928 † 25.12.2015

Dr. med. Herbert Schmitt, Limburg
* 12.04.1923 † 10.02.2016

Dr. med. Elisabeth Thüroff, Limburg
* 20.05.1921 † 11.11.2009

Dr. med. Dipl.-Chem.
Hans-Dieter Zuchhold, Aarbergen
* 03.02.1948 † 17.01.2016

Bezirksärztekammer Marburg



Bezirksärztekammer Wiesbaden



Bücher



Rolf F. Kroidl et al.: Kursbuch Spiroergometrie

Thieme Verlag Stuttgart 2014, 3. vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage, 528 Seiten, 507 Abbildungen, gebunden, ISBN: 9783131434432, € 129,99

Die Neuauflage des „Kursbuch Spiroergometrie“ hat deutlich an Umfang zugelegt. In vorbildlich didaktischer Art wird die Spiroergometrie von den physiologischen Grundlagen bis hin zur konkreten klinischen Anwendung vermittelt. Allein das Grundlagenkapitel ist so umfangreich dargestellt, dass es beinahe ein Physiologiebuch ersetzen kann. Im Aufbaukurs wird u. a. auf klinisch relevante Fragestellungen wie der präoperativen Beurteilung von Risikopatienten mittels Spiroergometrie eingegangen. Die Autoren besprechen erstmals die relativ neue Inertgas-Rückatmungsmethode. Die im Abschlusskurs aufgeführten Fallbeispiele sind gegenüber der vorherigen Auflage teilweise umstrukturiert und um Beispiele aus der Sportmedizin und der arbeitsmedizinischen Begutachtung ergänzt worden.

Das Buch ist für Lernende und für Erfahrene ein Gewinn. Es ist durch die Erweiterungen noch besser geworden.

Dr. med. Christian Reinhardt, Immenhausen

Goldenes Doktorjubiläum

- 01.05.: Professor Dr. med. Jarmila Dufek Frankfurt, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 12.05.: Dr. med. Dieter Stock, Frankfurt, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 13.05.: Dr. med. Ortwin Joch, Bad Homburg, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 24.05.: Professor Dr. med. Hansjörg Melchior, Kassel, Bezirksärztekammer Kassel
- 27.05.: Dr. med. Hannes Isenberg, Modautal, Bezirksärztekammer Darmstadt

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

Leiterin Anzeigenmanagement Industrie und verantwortlich für den Anzeigenteil: Marga Pinsdorf
Tel.: +49 2234 7011-243, E-Mail: pinsdorf@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

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: DAAEEDDD

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2, gültig ab 01.01.2016

Druckauflage: 34.000 Ex.



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



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

77. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

© Copyright by Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, Köln