

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 6 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Hessischer Ärztetag „60 Jahre Landesärztekammer Hessen“

am 3. September 2016 in den
Mainarcaden Frankfurt

Geschichte der Landesärztekammer

Als Vorgeschmack auf die Veröffentlichung werden ausgewählte Ergebnisse als Schlaglichter vorgestellt

Röntgen unter besonderen Umständen

CME-Fortbildung über Möglichkeiten und Grenzen der Röntgendiagnostik in der Schwangerschaft

Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum

Im Herbst 2015 hat das Zentrum am Universitätsklinikum in Marburg den Betrieb aufgenommen



Corporate Identity für die Ärzteschaft?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

vielleicht sind Sie jetzt irritiert. Wie komme ich auf den Gedanken einer Corporate Identity für die Ärzteschaft? Dafür gab es, insbesondere in jüngster Zeit, immer wieder Anlässe, die mir doch in Bezug auf das Selbstverständnis von uns Ärztinnen und Ärzten zu denken gaben. Nach meinem Verständnis gilt der Satz, „Ärztinnen und Ärzte haben sich untereinander kollegial zu verhalten“, aus § 29 unserer Berufsordnung auch jenseits der kollegialen Zusammenarbeit bei der Behandlung gemeinsamer Patienten. Nicht zuletzt die zum Teil öffentlich geführten Auseinandersetzungen über die GOÄneu oder die Vorgänge in der Kassenärztlichen Bundesvereinigung geben jedoch deutliche Hinweise, dass doch leider nicht wenige Kolleginnen und Kollegen dies offenbar anders sehen. Persönliche Angriffe, die im Einzelfall auch beleidigenden Charakter aufwiesen, waren immer wieder zu beobachten. Wer jedoch glaubt, mit dieser Art der Auseinandersetzung der eigenen Sache oder gar der Angelegenheit der Ärzteschaft besser Geltung zu verschaffen, der irrt, sagt doch schon der Volksmund „Wie es in den Wald hineinruft, schallt es heraus“.

Statt einer sachlichen Argumentation folgen in aller Regel emotionsgetriebene Angriffe und Gegenangriffe, in deren Folge die Beschäftigung mit der eigentlichen Problematik zunehmend in den Hintergrund gerät. Dabei tut gerade eine sachliche, ernsthafte Auseinandersetzung mit (inner-)ärztlichen Themen Not, sei es die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ), die Zukunft des Freien Berufs oder auch andere Themen. Nicht zuletzt gilt auch die alte Weisheit „Wenn zwei sich streiten, freut sich der Dritte“. Eine Ärzteschaft, die sich zunehmend zerstreitet, wird immer weniger Gehör finden, geschweige denn ernst genommen werden.

Vor allem den Vertretern des Staats, die in der Vergangenheit auf die Gestaltung der Berufsausübung durch die Berufsangehörigen selbst in einer Körperschaft des öffentlichen Rechts setzten, kommen Zweifel am Willen und Selbstbewusstsein der Ärzteschaft, neben eigenen Interessen das Gemeinwohl im Auge zu haben. Diese Entwicklung ist – so fürchte ich – dazu angetan, immer mehr durch gesetzgeberische Maßnahmen in die Selbstverwaltung einzugreifen, wie zum Beispiel Terminservicestellen, Portalpraxen, oder auch beispielsweise den Weg für die Einführung einer Bürgerversicherung zu ebnen.

Ärztinnen und Ärzte, die ihren Patientinnen und Patienten stets mit Respekt und Empathie begegnen sollen, sollen dies auch im Umgang untereinander walten lassen. Gerade in unserer heutigen Zeit, in der der sogenannte Ökonomismus zunehmend das Primat

aller Dinge zu sein scheint, bedarf es einer solchen Haltung immer mehr. In einer menschlichen Gesellschaft sollte sich nach meiner festen Überzeugung nicht alles an wirtschaftlichen Überlegungen orientieren. Der Wert der Dinge und des menschlichen Miteinanders liegt doch nicht nur im rein finanziellen Wesen begründet. Wenn wir uns jedoch in unserer Wortwahl nicht großer Sorgfalt bedienen, wenn wir beispielsweise Menschen als Humankapital bezeichnen, wenn wir uns selbst als „Mediziner“ und nicht als „Ärzte“ bezeichnen und damit in Gefahr sind, die ärztliche Haltung, die nicht nur in einer technokratischen Abarbeitung von Standard Operation Procedures besteht, sondern sich gerade auch auf die Fürsorge für unsere Patienten gründet, wenn wir in der Selbstverwaltung ehrenamtlich tätige Kolleginnen und Kollegen abfällig als Funktionäre bezeichnen, lassen wir es an dem Respekt und der Wertschätzung missen, die wir doch selbst auch erfahren möchten. Die goldene Regel lautet: „Behandle andere so, wie du von ihnen behandelt werden willst.“

Das heißt nicht, Konflikte unter den Teppich zu kehren, sondern im kritischen Diskurs gemeinsam nach einer Lösung zu suchen. Dazu bedarf es auf der einen Seite sachlicher Kritik und auf der anderen Seite innerhalb der ärztlichen Selbstverwaltung auch der Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstkritik. Hier müssen wir bereit sein, Fehler, die als solche erkannt wurden, zu korrigieren. Wenn Ärztinnen und Ärzte sich als Teil der Ärztegemeinschaft verstehen, wird klar, dass wie in jeder großen oder kleinen Gemeinschaft im Grunde recht einfache Regeln beachtet werden sollen: Wertschätzung und gegenseitige Achtung, Höflichkeit und Respekt, Ehrlichkeit und Offenheit, Hilfsbereitschaft und Rücksichtnahme, Verantwortung und Eigenverantwortung. All dies findet sich im Eid des Hippokrates, im Genfer Gelöbnis und in unserer Berufsordnung. Darin spiegeln sich nicht ohne Grund auch ideelle Maßstäbe.

Wenn wir dies beachten und umsetzen, dient das nicht nur dem jeweiligen Gegenüber, sondern letztlich und gerade auch uns selbst. Und das ist für mich die beste Corporate Identity.

Ihr

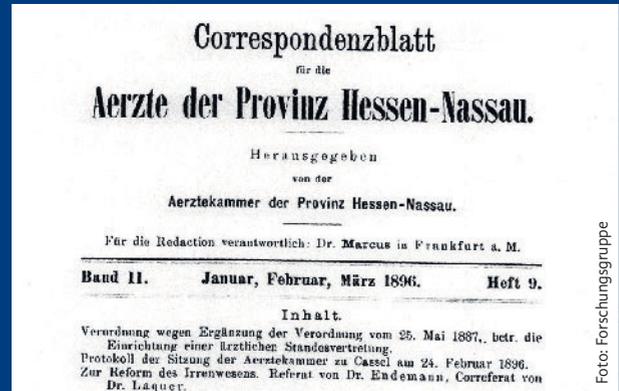
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Hessischer Ärztetag 2016

Die Landesärztekammer Hessen lädt ein zum Hessischen Ärztetag „60 Jahre Landesärztekammer Hessen“ am 3. September 2016 von 10–15:30 Uhr in den Mainarcaden in Frankfurt. Es erwarten Sie Vorträge und Diskussionen mit prominenten Referenten aus Politik und Ärzteschaft.

326



Schlaglichter aus der Geschichte der LÄKH

Das Forschungsvorhaben zur „Geschichte der Landesärztekammer Hessen“ ist weitgehend abgeschlossen. Die vollständigen Ergebnisse werden auf dem Hessischen Ärztetag vorgestellt. Vorab präsentiert die Forschungsgruppe in dieser und den folgenden zwei Ausgaben ausgewählte Ergebnisse als „Schlaglichter“.

322

Editorial: Corporate Identity für die Ärzteschaft?	319
Ärztekammer	
Stellenanzeige Ärztlicher Referent	334
Interview mit Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung „Ausbildungswesen für Medizinische Fachangestellte“	340
Recht: Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle: Diagnose und Therapie einer seltenen Augenerkrankung	342
Mensch und Gesundheit:	
Flüchtlinge: Verborgenes Leid ist doppeltes Leid	336
Medizinische Innovationen im Dialog – Gesundheitstage Nordhessen 2016	358
Gesundheitspolitik: Bad Nauheimer Gespräch: Digitalisierung im Gesundheitswesen – Chancen und Risiken	345

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	363
■ Das Versorgungswerk informiert	368
Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	346
Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	352
Parlando	
„Making Heimat“ – Architektur als Beitrag zur Integration	354
Von Schnittstellen und Haarsträubendem	355



Foto: Röntgenarchiv Spital Interlaken

Röntgen unter besonderen Umständen

Die zertifizierte Fortbildung informiert über die Möglichkeiten und Grenzen der Röntgendiagnostik in der Schwangerschaft. Thematisiert werden unter anderem die Strahlenempfindlichkeit biologischer Gewebe, die Vorschriften der Röntgenverordnung und Röntgenuntersuchungen bei bestehender Schwangerschaft.

327

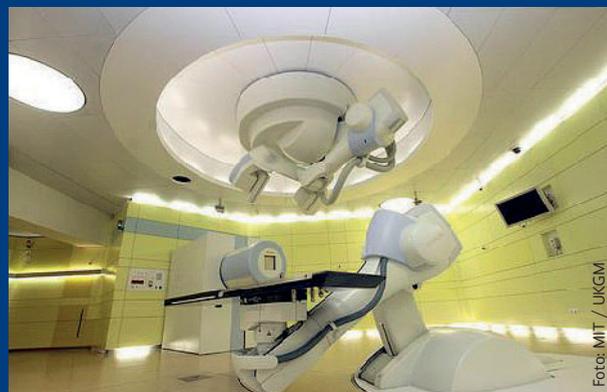


Foto: MIT / UKGM

Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum

Zwei Artikel befassen sich mit dem im Herbst 2015 eröffneten Zentrum: Zum einem wird das Zentrum selbst, der Ablauf einer Partikelbestrahlung sowie klinisches Konzept und Indikationen vorgestellt. Zum anderen wird ein Überblick über die gesundheitspolitische Dimension gegeben.

331/335

Ansichten und Einsichten:

Neue GOÄ: Was passiert auf dem Deutschen Ärztetag? 356

Personalia

Nachruf auf Peter Laß-Tegethoff 357

Medizinische Fachangestellte

Onkologische Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte in der Carl-Oelemann-Schule 360

Neue Unterrichtskonzepte in der Überbetrieblichen Ausbildung 361

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert 362

Impressum

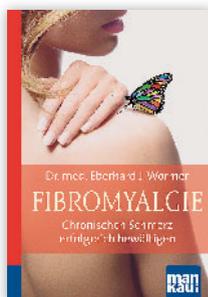
370

Bücher



Komplikationen und Folgeerkrankungen nach Schlaganfall
G. J. Junge-Hül-
sing, M. Endres
(Hrsg.)

S. 339



**Fibromyalgie –
Chronischen
Schmerz erfolg-
reich bewältigen**

E. J. Wormer

S. 344



**Steuerwissen für
Ärzte und Zahn-
ärzte**

C. Scheen

S. 368



Einladung zur Zeitreise

Ein Vorgeschmack auf die Veröffentlichung zur Geschichte der Landesärztekammer Hessen

Die Geschichte der organisierten Ärzteschaft, der Standesorganisationen und Vertretung der ärztlichen Interessen sowie der Gesetzgebung reicht in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück. Damals wurden die ersten regionalen Ärztekammern gegründet.

In einem historischen Forschungsprojekt hat sich die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit der eigenen Geschichte auseinandergesetzt. Das auf zwei Jahre angelegte und Ende Mai 2016 abgeschlossene Forschungsvorhaben, mit dem die Wissenschaftler Prof. Dr. phil. Benno Hafener (wissenschaftlicher Leiter), Mar-

cus Velke (M. A.) und Lucas Frings (B. A.) beauftragt waren, wurde von einem Beirat der LÄKH unter Federführung von Dr. med. Siegmund Drexler begleitet. Das Projekt befasst sich mit der Vorgeschichte der verfassten Ärzteschaft in den Hessen, der Zeit des Nationalsozialismus und dem Zeitraum von 1945 bis zur Gründung der Landesärztekammer Hessen als Körperschaft des öffentlichen Rechts im Jahr 1956.

Anlässlich des 118. Deutschen Ärztetages 2015 in Frankfurt wurden die bis zu diesem Zeitpunkt vorliegenden Forschungsergebnisse zur Geschichte der

Ärzttekammer in der NS-Zeit vorgestellt. Nun liegt die gesamte Forschungsarbeit vor. Pünktlich zum diesjährigen Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 wird sie als Buch erscheinen und auf dem Ärztetag erstmals vorgestellt werden.

Um das Interesse unserer Leserinnen und Leser schon jetzt zu wecken, laden wir Sie zu einer Zeitreise ein und stellen Ihnen in dieser und den beiden kommenden Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes Auszüge aus dem Buch vor.

Katja Möhrle

Schlaglichter aus der Geschichte der LÄKH

Teil I: Kaiserzeit und Weimarer Republik

Benno Hafener, Lucas Frings, Marcus Velke

Das Forschungsvorhaben zur „Geschichte der Landesärztekammer Hessen“ ist weitgehend abgeschlossen. Die Ergebnisse werden beim Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 in Frankfurt/Main vorgestellt; sie liegen dann in Buchform und auch als E-Book vor.

In dieser und den folgenden zwei Ausgaben des Hessischen Ärzteblattes stellen wir Ihnen einige ausgewählte Ergebnisse als „Schlaglichter“ vor. Der erste Beitrag bezieht sich auf die Kaiserzeit und die Weimarer Republik; es folgen ein Text zur Zeit des Nationalsozialismus und zur Geschichte des Hessischen Ärzteblattes.

Kaiserzeit und Weimarer Republik

Die Kaiserzeit und die Weimarer Republik waren Epochen der Gesetzgebung, der Organisation der Ärzteschaft, der Durchsetzung von Standesinteressen, der Suche nach Professionalität und von Prozessen der Professionalisierung. Dabei ging es vor allem um die Ärzte- und Standesordnung,

um die Gewerbeordnung, die Etablierung von Ärztekammern und das Verständnis eines „freien Berufes“ in „Würde und Wohlstand“. Aufgrund der geografisch-politischen Ordnung müssen für diese Zeiträume zwei hessische Kammern unterschieden werden: Die Ärztekammer der preussischen Provinz Hessen-Nassau von 1887 und neu formiert 1926, ab 1924 die Ärztekammer des Volksstaates Hessen mit ihren Vorläufern im Großherzogtum Hessen.

1. Schlaglicht: Kreisvereine

In der Organisation des Ärztetandes kam in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts den ärztlichen Vereinen – als Vorläufern der Kammern – eine große Bedeutung zu. So gründeten sich auch in hessischen Städten und allen Kreisen ärztliche Vereine, die sich in regionalen Vereinigungen und im Ärztlichen Hessischen Landesverein zusammenschlossen. Die lokalen und regionalen Vereine setzten in ihrer Tätigkeit unterschiedliche Akzente und hatten

vor allem vier Funktionen: die Pflege des geselligen Lebens, die Vertretung von Standesinteressen, die wissenschaftliche Fortbildung und die Einmischung in kommunale Sozial- und Gesundheitspolitik. Die folgenden fünf Beispiele zeigen einige Akzente und Aktivitäten in den jeweiligen Anfangsjahrzehnten:

Ärztlicher Kreisverein Bensheim-Heppenheim

Der „Ärztliche Kreisverein Bensheim-Heppenheim“ konstituierte sich am 28. Mai 1878 in Bensheim. Er befasste sich u. a. mit Fragen der Standesordnung, mit der Ehrengerichtsbarkeit sowie mit den „Kämpfen mit den Kassen“; und er begrüßte ausdrücklich die Gründung des Hartmannbundes im Jahr 1901 als „Bollwerk der Ärzte“ zur Durchsetzung ihrer Interessen.

Ärztlicher Verein zu Wiesbaden

Der am 7. Juli 1869 in Wiesbaden gegründete „Ärztliche Verein zu Wiesbaden“ be-



fasste sich in Kooperation mit den Behörden vor allem mit kommunalen Wohlfahrts- und Gesundheitsfragen, der Gesundheitsvorsorge und den Lebensbedingungen der (armen) Bürger. Er arbeitete u. a. in einer Schulkommission mit, befasste sich mit der „Überbürdung der Schuljugend“ und brachte sich bei Fragen der Hygiene ein, wenn es um sanitäre Anlagen und Kanalisation oder um die Bade- und Trinkkultur in Wiesbaden ging.

Verein Nassauischer Ärzte

Der „Verein Nassauischer Ärzte“ wurde am 21. Mai 1851 in Limburg/Lahn gegründet. Er befasste sich in erster Linie mit Organisations-, Vereins- und Satzungsfragen sowie mit Berufs- und Standespolitik. Zahlreiche wissenschaftliche Vorträge gehörten zum Profil des Vereins. Aufgrund seines großen Gebietes (Herzogtum Nassau) hielten die „ländlichen Ärzte“ wiederholt mit den schwierigen Umständen und Verkehrsverhältnissen. Es fehlte eine Bahnlinie: „Das damalige Auto des Landarztes bestand meistens aus vier, günstigstenfalls aus acht Pferdebeinen, deren Aktionsradius beschränkt war.“

Ärztlicher Verein Frankfurt a. M.

Der „Ärztliche Verein Frankfurt a. M.“ wurde 1845 gegründet. Seine Ursprünge als „Kränzchen“ Frankfurter Ärzte reichen noch weiter zurück. Der Verein entwickelte eine rege kommunal- und gesundheitspolitische Aktivität und setzte sich mit Themen wie „Hospitalbau“, „Schulbau“ und „Schlachthaus“ auseinander. Er war an Initiativen zur Bildung eines städtischen Gesundheitsrates beteiligt, forderte den Ausbau des Kanalisationssystems und den Anschluss aller Bevölkerungsgruppen an die Trinkwasserversorgung. Innerhalb der organisierten Ärzteschaft erwies er sich als ein streitbarer Verein, der in vielen Fragen andere Positionen als der Ärztevereinsbund und die Ärztekammer vertrat; das galt unter anderem für die Beibehaltung der Kurierfreiheit, den Verbleib in der Gewerbeordnung und die Ablehnung der Ehrengerichtbarkeit.

Kasseler Ärzteverein

Der „Kasseler Ärzteverein“ wurde am 26. April 1823 gegründet und hatte in der dem Lesen von Büchern und Zeitschriften ge-

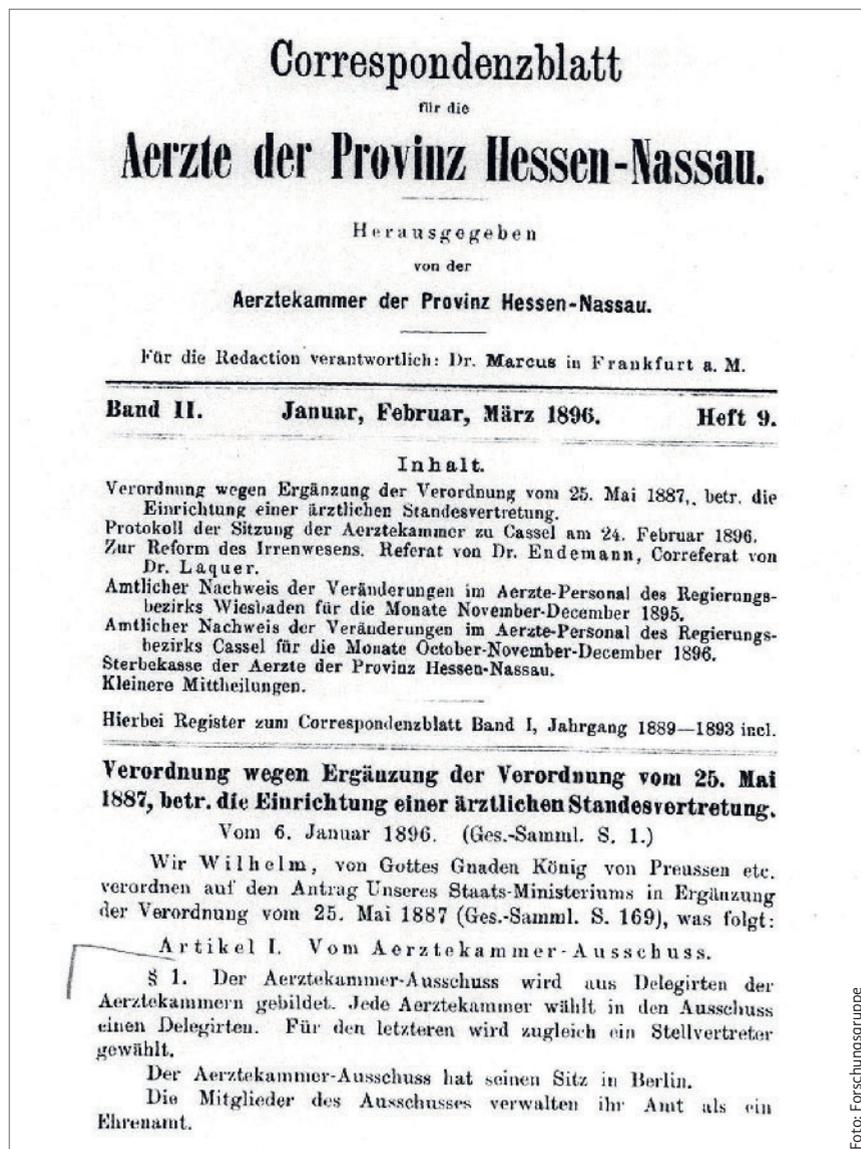


Foto: Forschungsgruppe

Die Zeitschrift der Ärztekammer der preußischen Provinz Hessen-Nassau, erschienen von 1889 bis 1918, hier mit dem Gesetzestext zur Gründung des Ausschusses aller Ärztekammern der preußischen Provinzen von 1896

widmeten „Lesegesellschaft“ seinen Vorläufer. Dem Kasseler Ärzteverein gehörte eine Bücherei, die in den 1930er-Jahren etwa 8.000 Bände umfasste. Neben der wissenschaftlichen Fortbildung und Pflege der Kollegialität widmete sich der Verein in den Anfangsjahren vor allem Fragen der Neuordnung des Medizinalwesens in Kurhessen und der Wohlfahrt; so rief er zur Gründung einer „Speiseanstalt für bedürftige Kranke und Wöchnerinnen“ auf, um „wöchentlich einmal einen erkrankten Armen mittags mit Speise zu versehen“.

Am Ende der Weimarer Republik waren im Hessischen Ärztlichen Landesverein des

Volksstaates Hessen 16 Kreisvereine mit insgesamt 834 Mitgliedern organisiert. Sie stellten kommunal und auf Landesebene ein gut organisiertes, meinungsbildendes Forum der Ärzteschaft in Hessen dar, und sie bestimmten mit der Ärztekammer – hier waren die handelnden Personen weitgehend identisch – die Diskurse, Forderungen und Interessenvertretung.

2. Schlaglicht: Kurpfuscherwesen

In der Diskussion um Studium und Approbation, Professionalität und Kompetenz – um die Zuständigkeit für medizinische Di-



agnose und Therapie – waren die „Kurfuscherei“ bzw. deren „Auswüchse und Unlauterkeiten“ sowie „Irreführung der Bevölkerung“ wiederholt Thema der hessischen Ärzteschaft. Hintergrund war die Reichsgewerbeordnung von 1869, nach der die Ausübung der Heilkunde freigegeben war; das heißt die Kurfuscher (auch „Quacksalber“ genannt) waren im Rahmen der Kurrierfreiheit des „freien Heilgewerbes“ Konkurrenten auf dem Markt der Heilkunde.

Die Ärztekammern warnten seit Beginn des 20. Jahrhunderts eindringlich vor den Kurfuschern, forderten die Aufhebung der Kurrierfreiheit, ein gesetzliches Verbot, eine polizeiliche Anzeige- und Meldepflicht sowie eine Kontrolle und ein Verzeichnis des Kurfuschertums.

Um was es bei der Kurfuscherei ging, zeigen die Ergebnisse einer Umfrage der Ärztekammer der Provinz Hessen-Nassau im Jahr 1900, in denen beispielsweise zu lesen ist:

Die kurfuschenden Personen (Männer und Frauen) wurden auch „nicht approbierte Heilkünstler“ genannt und sie reichten „von durchziehenden Oelhändlern, die auch Heilmittel verkaufen“, dubiosen „Heilverfahren und angeblich heilenden Medikamenten“, bis hin zu „Spezialisten“ für „Beinbrüche und Verrenkungen“, „Diphtherie“, „äussere Krankheiten“ und „Kinderkrankheiten“. Viele schienen „so ziemlich alles zu behandeln, was ihnen zugeht“; sie behandelten nach „homoöpathischen Grundsätzen“, als „Naturheilkundige“ oder durch „Sympathie“; einige sind „Magnetopathen“, „Jünger Kneipps“ oder verordnen „fromme Kuren“. Einige behandeln „je nach Gelegenheit und Eigenart des Patienten“, „nach Beschauen des Urins“, „verordnen und verkaufen Tee“. Als ehemalige oder derzeitige Berufe der Kurfuscher werden unter anderem angegeben: Bader, Lehrer, Naturheilkundige, Bauern, Schäfer, Kaufleute, Tischler, Förster, Barbieri, Apotheker, Pfarrer sowie deren Witwen oder auch Uhrmacher und Schumacher.

Weiter wird von einem „schwungvollen Geschäftsbetrieb“ berichtet und werden 1903 nach amtlichen Ermittlungen fast 10.000 „gewerbsmäßige Kurfuscher“ geschätzt; von einigen „Kurfuschergroßen“ sei bekannt, „dass die Kranken in Massen zu ihnen strömen“.

Hessische Ärzte arbeiteten in der „Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung des

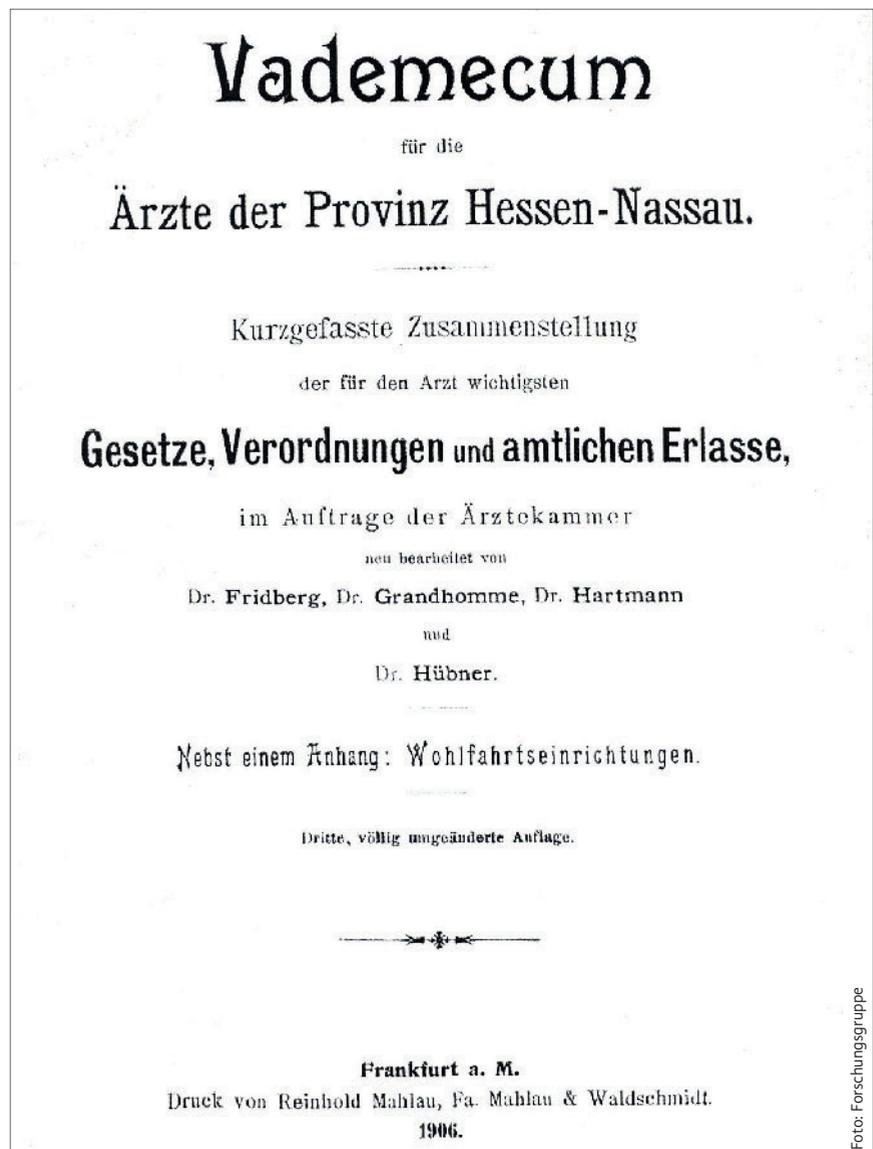


Foto: Forschungsgruppe

Im „Vademecum für die Ärzte der Provinz Hessen-Nassau“ wurden unter anderem Gesetze, Verordnungen und Erlasse zu den Aufgaben und Zuständigkeiten der Ärztekammer abgedruckt

Kurfuschertums“ mit. Im Jahr 1902 gab es einen ersten Erlass zur „Bekämpfung der Kurfuscherei“, der eine Meldepflicht und die Kreisärzte als kontrollierende Instanz vorsah. Zum Thema wurden Denkschriften formuliert, Tagungen organisiert und Anhörungen durchgeführt. Schließlich wurden die im Jahr 1927 „in mehreren Kreisen Hessens erlassenen Polizeiverordnungen“ von der Ärzteschaft als Schritt in die richtige Richtung gewürdigt. Eine gesetzliche Regelung (ein Verbot) gab es in der Weimarer Republik nicht – sie fand erst Eingang in das im Jahr 1939 verabschiedete Heilpraktikergesetz.

3. Schlaglicht: Kammerwahlen 1931

Für alle Kammerwahlen im Volksstaat Hessen (1924 und 1929) und in der Provinz Hessen-Nassau seit der ersten Wahl im Jahr 1887 und bis zum Jahr 1927 wurden immer nur eine – über die Kreisvereine und den Landesverein abgestimmte – „Einheitsliste“ vorgelegt. Dies folgte der Überzeugung, dass nur so eine einheitliche und damit schlagkräftige Interessenvertretung gesichert sei. Für die Wahlperiode 1932 – 1935 trat bei den Wahlen zur Kammer in der Provinz Hessen-Nassau – die wie alle Preußischen Kammern am 1. Janu-



ar 1934 aufgelöst wurde – im Jahr 1931 im Regierungsbezirk Wiesbaden (nicht im Regierungsbezirk Kassel) mit dem „Verein sozialistischer Ärzte“ erstmals eine weitere Liste an. Das führte zu einer scharfen Kontroverse in der „Westdeutschen Ärzte-Zeitung“, weil dieses Vorgehen von der bisherigen Einheitsliste und ihrem Listenführer August de Bary (Frankfurt/M.) als Schwächung der Vertretung von Standesinteressen gedeutet wurde. Gewarnt wurde vor Parteipolitik und auch mit den Kosten bei einer Wahl mit zwei Listen wurde – „bei der heutigen schlechten Wirtschaftslage“ – argumentiert.

Eine Gruppierung sozialistischer Ärzte wurde für die Ärztekammer als „sittenwidrig und unfruchtbar“ bezeichnet, sollten doch in ärztlichen Fragen parteipolitische Neutralität, „Einigkeit und Zusammenschluss“ herrschen. Der „Verein sozialistischer Ärzte“ dagegen kritisierte die einseitige Positionierung der Ärzteschaft und beschrieb eine tiefe gesellschaftliche Krisenentwicklung, bei der das Heilwesen „in allen Fugen kracht“, „immer mehr an Lebensfähigkeit verliert“; und dass es gerade in grundsätzlichen Fragen keine „einheitliche Weltanschauung“ und Ausrichtung des Gesundheitssystems geben kann.

In die Kammer wurden für den Regierungsbezirk Wiesbaden 30 und für den Regierungsbezirk Kassel 16 Mitglieder gewählt. Nachdem ein Angebot, doch gemeinsam auf einer Liste zu kandidieren, keine Zustimmung fand, entfielen im Regierungsbezirk Wiesbaden auf die Ein-

heitsliste/Liste II de Bary 1.061 Stimmen und damit 28 Sitze; die sozialistischen Ärzte erhielten 79 Stimmen und damit zwei Sitze. Bei der Kammerwahl 1931 gab es eine weitere Neuerung: Bis zu diesem Zeitpunkt waren ausschließlich Männer vertreten; erstmals wurden nun zwei Frauen – eine auf der bisherigen

Einheitsliste/Liste II de Bary und eine auf der Liste sozialistischer Ärzte – in die Kammer gewählt.

**Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger,
Lucas Frings (B.A.), Marcus Velke (M.A.)**

E-Mail:

hafenege@staff.uni-marburg.de

Preußische Provinz Hessen-Nassau & Großherzogtum und Volksstaat Hessen

Die Vorläufer des heutigen Bundeslandes Hessen setzten sich im 19. und 20. Jahrhundert aus mehreren, sich wandelnden und über das heutige Hessen hinausgehenden Teilgebieten zusammen. Von 1806 bis 1919 bestand das Großherzogtum Hessen aus den Provinzen Starkenburg (u. a. Darmstadt und Offenbach), Rheinhessen (u. a. Mainz und Worms) und Oberhessen (u. a. Alsfeld und Gießen); es war ab 1815 Teil des Deutschen Bundes. Die Nachbarstaaten Kurhessen (u. a. Kassel und Fulda) und Nassau (u. a. Wiesbaden und Montabaur) wurden nach der Niederlage des Deutschen Bundes im Deutschen Krieg 1866 von Preußen annektiert; sie wurden 1868 u. a. mit der Freien Stadt Frankfurt/M. zur preußischen Provinz Hessen-Nassau zusammengefasst, die bis 1944 bestand. In der Weimarer Republik gab es unterhalb des Preußischen Landtages Provinz-

ziallandtage, in dem in Hessen-Nassau die SPD die meisten Sitze hatte (gefolgt von der Zentrumsparterie).

Das Großherzogtum Hessen war zunächst Teil des Norddeutschen Bundes und ab 1871 Teil des Deutschen Kaiserreiches. Im Zuge der Novemberrevolution 1918 wurde der Großherzog Ernst Ludwig abgesetzt und die „Freie sozialistische Republik Hessen“ ausgerufen. Im Januar 1919 wurde der erste freie Landtag gewählt, dessen Verfassungsentwurf für den auch als Freistaat bezeichneten Volksstaat Hessen am 12. Dezember 1919 in Kraft trat. Im Landtag hatte die SPD bis 1931 die meisten Sitze, gefolgt von der Zentrumsparterie und dem konservativen (antisemitischen) Hessischen Bauernbund; bei der Wahl im Jahr 1931 trat die NSDAP erstmals an und erreichte die Mehrheit der Sitze.

Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger

Genderneutrale Sprache

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



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) lädt ein zum

Hessischen Ärztetag **„60 Jahre Landesärztekammer Hessen** **- Wurzeln und Zukunft“**

am **03. September 2016** von **10 - 15:30 Uhr** in den
Mainarcaden Frankfurt*, Kurt-Schumacher-Str. 10,
60311 Frankfurt

Vorträge und Diskussionen mit prominenten Referenten aus Politik und Ärzteschaft

Programm

10:00 - 12:30 Uhr:

Begrüßung

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

Musikalisches Zwischenspiel

Grußwort

Staatsminister Stefan Grüttner

Musikalisches Zwischenspiel

Ergebnisse des Forschungsprojekts „Geschichte der Landesärztekammer Hessen von 1876-1956“

Prof. Dr. Benno Hafenegger

Der freie Beruf - Auslaufmodell oder Erfolgsmotor?

Prof. Dr. Christoph Hommerich

Diskussion mit dem Podium und dem Auditorium: „Kann die Kammer Impulse geben oder arbeitet sie nur im stillen Kämmerlein?“

- Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 - Staatsminister Stefan Grüttner
 - Prof. Dr. Christoph Hommerich
 - Dr. Alexander Marković
- Moderator: Wolfgang van den Bergh

„Bestenehrung“ des Abschlussjahrgangs 2016 der Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten und der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Musikalisches Zwischenspiel

Mittagspause mit Imbiss

14:00 - 15:30 Uhr:

Musikalisches Zwischenspiel

Können wir uns Ethik noch leisten?

- Vorstellung des Modellprojekts „ambulante Ethikberatung“
PD Dr. Carola Seifart
- „Unnötiges vermeiden“ - Vorbild für andere Fachgruppen
PD Dr. Stefan Sahn

Weiterbildung

- Weiterbildung in Hessen - besser als ihr Ruf?
Nina Walter
- Löst die Verbundweiterbildung viele Probleme? - ein Erfahrungsbericht
Susanne Sommer
N.N.

Anmeldung:

Katja Baumann
Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der
Landesärztekammer Hessen
Fon: 06032 782-281
Fax: 06032 782-220
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

*Mainarcaden: im Haus der Stadtwerke Frankfurt,
Nähe Konstablerwache

Röntgen unter besonderen Umständen

Der Schutz des Ungeborenen genießt hohe Priorität

VNR 2760602016071090000

Susan Trittmacher

Zu Beginn dieser kleinen Abhandlung über die Möglichkeiten und Grenzen der Röntgendiagnostik in der Schwangerschaft möchte ich Ihnen ein Bild zeigen, das mir beim Auflösen unseres Filmarchivs in die Hände gefallen ist:



Fötus in utero. Die Aufnahme ist 60 Jahre alt

Das Bild zeigt einen Fötus in utero! Noch in den 1950er- und 60er-Jahren wurden solche Aufnahmen zwar nicht oft, aber regelmäßig angefertigt. Und zwar dann, wenn besondere Umstände sich ungünstig auf den Geburtsprozess hätten auswirken können oder wenn die Geburt selbst ins Stocken geriet. Zugegeben, das Bild ist Medizingeschichte. Unter diesen Umständen würden wir heute solche Aufnahmen nicht mehr anfertigen. Dennoch müssen wir uns mit den Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik in der Schwangerschaft auseinandersetzen, denn schwangere Frauen können, wie jede andere Patientin auch, schwerwiegende Krankheitsbilder entwickeln, die den Einsatz bildgebender Diagnostik notwendig macht.

Zu dieser Fragestellung gibt es sehr gute und detaillierte Arbeiten [1, 2], die das zum Teil hoch spezialisierte Fachwissen zusammenfassen. Mein Ziel ist es, durchaus mit Bezugnahme auf dieses Wissen,

Ihnen, als behandelnde Ärzte und Ärztinnen die Grundlagen des Strahlenschutzes in der Schwangerschaft darzulegen, damit Sie, auch bei einer unbeabsichtigten Strahlenexposition des ungeborenen Kindes, Ihren Patientinnen eine fundierte Auskunft geben können. Denn fast immer haben wir gute Gründe, um unseren Patientinnen zum Erhalt ihrer Schwangerschaft zu raten.

Nur ein klein wenig Propädeutik...

Sie erinnern sich, dass Röntgenstrahlung zu der elektromagnetischen Strahlung gehört, ebenso wie Radiowellen, Mikrowellen oder UV-Licht. Wir unterscheiden elektromagnetische Strahlung anhand ihrer Wellenlänge, und es gilt ein umgekehrt proportionales Verhältnis von Wellenlänge und Frequenz bzw. übertragener Energie: Je kürzer die Wellenlänge einer elektromagnetischen Strahlung, desto höher ist ihre Frequenz und desto mehr Energie wird übertragen. Ionisierende Strahlung, wie wir sie für die Anfertigung von Röntgenbildern nutzen, ist besonders kurzwellig und damit hochfrequent [3]. Ionisierende Strahlung – unabhängig davon ob sie aus natürlichen oder technischen Quellen stammt – überträgt so hohe Energien, dass sie Atome und/oder Moleküle verändern kann. Insbesondere bei biologischen Geweben kann diese Energieübertragung zu Schäden führen. Für die Durchführung einer Röntgenuntersuchung am Menschen bedarf es also in jedem Fall einer sog. rechtfertigenden Indikation [4].

Strahlenempfindlichkeit biologischer Gewebe

Grundsätzlich gilt, dass alle biologischen Gewebe mit einer hohen Zellteilungsrate, beispielsweise das blutbildende Knochenmark, die Keimdrüsen oder die Epithelien

des Magen-Darm-Trakts sehr strahlenempfindlich sind. Diese hohe Strahlenempfindlichkeit gilt auch für den Embryo bzw. den Fötus. Für die Induktion maligner Tumore existiert kein Schwellenwert, jedoch steigt die Wahrscheinlichkeit mit zunehmender Strahlendosis an. Für den Strahlenschutz werden folgende Schwellenwerte angenommen [5]:

- während der Präimplantationsphase (Tag 0 bis ca. Tag 10 post conceptionem) 100 mSv für den Tod des Embryos;
- während der Organbildungsphase (ca. Tag 10 bis 8. Woche post conceptionem) 100 mSv für Missbildungen, Wachstumshemmungen und/oder funktionelle Störungen;
- in der Fetalperiode (3. Monat post conceptionem bis zur Geburt) ca. 300 mSv für die Entwicklung schwerer geistiger Retardierung.

(Zur Erläuterung: Die Äquivalentdosis, angegeben in „Sievert“ bzw. „Sv“, ist ein Maß für die Strahlenbelastung durch ionisierende Strahlung. Sie berücksichtigt neben der übertragenen Energiedosis auch die relative biologische Wirksamkeit der verschiedenen Strahlenarten [3]).

Der Embryo bzw. der Fötus muss daher vor ionisierender Strahlung geschützt werden! Alleine die Möglichkeit des Vorliegens einer Schwangerschaft stellt Frauen im gebärfähigen Alter unter den besonderen Schutz der Röntgenverordnung [4].

Vorschriften der Röntgenverordnung

Unmissverständlich führt die Röntgenverordnung (RöV) in § 23 aus, dass vor Durchführung einer Röntgenuntersuchung der strahlenverantwortliche Arzt bzw. die Ärztin eine Patientin im gebärfähigen Alter befragen muss, ob eine Schwangerschaft besteht oder nicht. Wir

lassen daher die betreffende Patientin eine entsprechende Erklärung ausfüllen und unterschreiben; diese Erklärung muss wie alle Krankenunterlagen zehn Jahre verwahrt werden. Falls diese Erklärung nicht in die elektronische Krankenakte übernommen werden kann, muss nötigenfalls das Papierdokument entsprechend aufbewahrt werden.

In den Strahlenschutzkursen werden wir immer wieder gefragt, um welchen Zeitraum es sich bei dem „gebärfähigen Alter“ denn handelt. Der Gesetzgeber äußert sich hierzu nicht genauer. Aber in Anbetracht der Leistungen der Reproduktionsmedizin müssen wir meines Erachtens diesen Zeitabschnitt großzügig auslegen. In unserem Haus werden daher alle Patientinnen vom 11. bis zum 65. Lebensjahr befragt.

Bei der Frage nach einer bestehenden Schwangerschaft sind im Ergebnis folgende Szenarien denkbar:

- 1 Die Patientin kann eine Schwangerschaft mit Sicherheit ausschließen. Dann wird gemäß der allgemeinen Grundsätze des Strahlenschutzes die notwendige Röntgenuntersuchung durchgeführt. Zu den allgemeinen Grundsätzen des Strahlenschutzes gehört u. a. eine Abwägung und gegebenenfalls Einsatz von Alternativmethoden, ein möglichst großer Abstand der Patientin zur Röntgenröhre, die Begrenzung der Durchleuchtungszeit, gute Einblendung des Bildformats, u. a. m.
- 2 Die Patientin gibt eine Schwangerschaft an. In diesem Fall ist die Dringlichkeit der geplanten Untersuchung zu prüfen. Kann die Röntgenuntersuchung auf einen Zeitpunkt nach Beendigung der Schwangerschaft verschoben werden? Falls nein, können wir alternative Untersuchungsverfahren, z. B. den Ultraschall oder die Kernspintomografie einsetzen? Ist eine Röntgenuntersuchung dennoch aufgrund der Fragestellung und Dringlichkeit indiziert, so ist das Untersuchungsprotokoll so anzupassen, dass die Strahlendosis möglichst gering ist. Die in diesem Fall geltenden Anwendungsgrundsätze finden sich in § 25 Röntgenverordnung (RöV), in dem es heißt, dass alle Möglichkeiten zur Herabsetzung

Leitsymptom • Ursache (bspw.)	Untersuchungsverfahren der 1. Wahl	Zweitverfahren
Dyspnoe • Lungenembolie • Pneumonie • Pneumothorax	Venenduplex Thoraxröntgen Thoraxröntgen	CT-Angiografie
akutes/unklares Abdomen • Ileus • Urolithiasis	Ultraschall Ultraschall	CT low-dose CT
Trauma • Polytrauma • WS-Fraktur • SHT • Bauchtrauma • Extremitätenfraktur	CT CT CT CT konvent. Röntgen	
Akuter Kopfschmerz • V.a. ICB/SAB • V.a. SVT	CCT CCT	
Apoplex	CT-Angiografie	

CT = Computertomografie; CCT = craniale Computertomografie; WS = Wirbelsäule; SHT = Schädelhirntrauma; ICB = intracerebrale Blutung; SAB = Subarachnoidalblutung; SVT = Sinusvenenthrombose

Tabelle 1: Auswahl klinischer Leitsymptome, bei deren Abklärung auch bei schwangeren Patientinnen Röntgenuntersuchungen als primäres oder sekundäres Verfahren eingesetzt werden (modifiziert nach [2])

der Strahlenexposition der Schwangeren und ihres Kindes auszuschöpfen sind.

Es gilt das sog. ALARA-Prinzip. Das Akronym „ALARA“ bedeutet, dass die Dosis so gering wie vernünftigerweise möglich sein soll (as low as reasonably achievable). Die Betonung liegt auf dem Wort „vernünftigerweise“, denn durch die Absenkung der Strahlendosis darf eine hinreichende Bildqualität nicht gefährdet werden.

- 3 Die Patientin kann eine Schwangerschaft nicht ausschließen. Dieses Szenario ist organisatorisch betrachtet etwas aufwendiger. Das potenzielle Risiko, dass ein Embryo durch ionisierende Strahlung zu Schaden kommt, besteht jenseits der Präimplantationsphase, also ab Tag 10 post conceptionem [2]. Vorher gilt das Alles-oder-nichts-Prinzip: Jedes Agens, eben auch ein Röntgenquant, das vor der 4. Schwangerschaftswoche zu einer Schädigung des Embryos führt, löst einen Frühabort aus.

Das bedeutet für unsere Patientin, bei nicht überfälliger Menstruation wird kein Schwangerschaftstest durchgeführt und wir verfahren, wie unter Punkt 2 beschrieben. Bei überfälliger Menstruation empfiehlt sich die Durchführung eines Schwangerschaftstests. Bei positivem Test verfahren wir gemäß Punkt 2; bei negativem Test gemäß Punkt 1.

Röntgenuntersuchungen bei bestehender Schwangerschaft

Gerade in der Traumatologie, aber auch in anderen Notfallsituationen, kann es notwendig werden, dass bei einer schwangeren Patientin eine Röntgenuntersuchung durchgeführt werden muss. Unser Haus gilt als ein sogenanntes „alpines Notfallzentrum“, daher überwiegen auch bei schwangeren Patientinnen die traumatischen Fragestellungen. Eine umfassendere Zusammenstellung möglicher Indikationen bzw. Leitsymptome, die bei

Projektion	Uterusäquivalentdosis in mSv/Aufnahme bzw. bei DL mSv/min						
	a. p. anterior-posterior			p. a. posterior- anterior			lateral
Konstitution: sag. Patientendurchmesser	dünn 17 cm	normal 22 cm	dick 26 cm	dünn 17 cm	normal 22 cm	dick 26 cm	normal 36 cm
Rasteraufnahme Film-Folien-System	2	3	5	1	1,5	2,5	4
Digit. BV-Aufnahme	1	1,5	2	0,5	0,8	1	2
DL mit BV-Fernsehkette	16	24	40	8	12	20	32

DL = Durchleuchtung; BV = Bildverstärker; sag. = sagittal

Tabelle 2: Höchstwerte der Uterusäquivalentdosis in mSv bei radiografischen und Durchleuchtungsaufnahmen zur Abschätzung nach Stufe 1 des Drei-Stufen-Konzepts (modifiziert nach [6])

schwangeren Patientinnen eine Röntgenuntersuchung notwendig werden lassen können, finden Sie in Tabelle 1.

Als Faustregel gilt, dass bei der Einschätzung der Strahlenbelastung des Fötus der Stand des Uterus in Bezug zum Strahlenkegel entscheidend ist. Bei allen Röntgen- und computertomografischen (CT-) Untersuchungen, bei denen der Uterus nicht direkt im Strahlenkegel liegt, kann man von einer unerheblichen Uterusexposition ausgehen. Das betrifft alle Röntgen- und CT-Untersuchungen oberhalb des Zwerchfells und unterhalb der Oberschenkel. Bei entsprechender Dringlichkeit können somit alle traumatologischen und notfallmäßigen Fragenstellungen am Schädel, am Thorax, an der Hals- und Brustwirbelsäule und an den Extremitäten unter den üblichen Kautelen des Strahlenschutzes im konventionellen Röntgen und gegebenenfalls auch im CT bearbeitet werden [2].

Diese Information sollte meines Erachtens auch die Patientin erreichen, denn nach meiner Erfahrung kann die „gefühlte Gefährdung“ im Gegensatz zu der tatsächlichen Strahlenbelastung eine schwangere Patientin durchaus beunruhigen. Die einzige relevante, wenn auch geringfügige Strahlenbelastung kommt in den oben genannten Fällen durch die Streustrahlung aus der Röntgenröhre; und die kann durch Abdeckung der Schwangeren mit einer Bleischürze oder einer Bleimatte minimiert werden.

Sollte jedoch eine unaufschiebbare, dringliche Röntgen- oder CT-Untersu-

chung des Abdomens, des Beckens oder der Lendenwirbelsäule notwendig sein, so muss man davon ausgehen, dass der „schwängere Uterus“ im oder in der Nähe des Strahlenkegels liegt. In diesen Fällen ist die Anpassung des Untersuchungsdesigns von Bedeutung: das ALARA-Prinzip, eine gute Einblendung und, wo immer möglich, low-dose Programme helfen, die Strahlenexposition des Fötus zu minimieren.

Abschätzung der Uterusdosis

Sollte es trotz aller Vorsichtsmaßnahmen zu einer Strahlenexposition des ungeborenen Kindes gekommen sein, unabhängig davon ob dieser Umstand einer Notfallsituation geschuldet ist oder die Exposition unbeabsichtigt erfolge, so ist in jedem Fall die für den Fetus relevante Dosis zu ermitteln, gegebenenfalls zu schätzen und zu dokumentieren.

Die Abschätzung der Strahlenexposition des Ungeborenen erfolgt anhand des „Drei-Stufen-Konzepts zur Ermittlung der Uterusdosis“ gemäß der gemeinsamen Veröffentlichung der Deutschen Gesellschaft der Medizinphysikexperten (DGMPE) und der deutschen Röntgengesellschaft (DRG) [6]:

- Stufe 1: grobe Abschätzung der Uterusdosis anhand von Tabellen;
- Stufe 2: Abschätzung der Uterusdosis anhand von typischen Untersuchungsparametern und Patientendaten;
- Stufe 3: Berechnung der Uterusdosis anhand individueller Untersuchungs-

parameter und spezifischer Patientendaten;

Dieses Drei-Stufen-Konzept wird sequenziell angewendet, das heißt die Höhe der in einer Stufe ermittelten Dosis beeinflusst gegebenenfalls die Anwendung der nächst höheren Stufe und damit auch die Beratung der Schwangeren.

Erfahrungsgemäß bleibt die applizierte Dosis bei etwa $\frac{3}{4}$ der Röntgenuntersuchungen in der Schwangerschaft unter 5 mSv [1; 7]. Bei der Erläuterung des Drei-Stufen-Konzepts möchte ich mich daher auf die Stufe 1 beschränken. In der Stufe 1 erfolgt die Abschätzung der Uterusdosis durch den untersuchenden Arzt bzw. die Ärztin selbst, egal, ob es sich um eine Vollradiologin oder einen Teilradiologen handelt; das Ziel der Grobabschätzung liegt im Wesentlichen darin, die wenigen relevanten Fälle zu identifizieren, bei denen die Uterusdosis höher als 20 mSv liegt und somit einer entsprechenden Begutachtung zugeführt werden sollen.

Grobabschätzung der Uterusdosis Stufe 1

Die Grobabschätzung der Uterusdosis erfolgt mit Hilfe von Tabellen, in denen die Dosiswerte für typische Untersuchungen anhand von standardisierten Aufnahmeparameter zusammengefasst sind [6]. Des Weiteren muss die Konstitution der Patientin berücksichtigt werden, denn die Dosis wird ja auch von der Dicke und Dichte des durchstrahlten Gewebes bestimmt. In diesen Tabellen wer-

den also drei Körperdicken (dünn, normal, dick), gemessen an dem Sagittaldurchmesser der Patientin, berücksichtigt. Bisher unberücksichtigt in diesen Tabellen ist die zunehmende Digitalisierung der Röntgenuntersuchung; dieser technische Fortschritt wird sich aber positiv, also im Sinne einer weiteren Reduktion der Strahlenbelastung auswirken.

Ein sehr einleuchtendes Beispiel für das Vorgehen bei der Grobabschätzung der Uterusdosis findet sich in der Publikation von Scharwächter [1]; daraus möchte ich zitieren: „Eine Patientin mit einem sagittalen Durchmesser von 21 cm in der vierten Schwangerschaftswoche erhält normalerweise eine Röntgenübersichtsaufnahme des Thorax in zwei Ebenen sowie des Abdomens in einer Ebene und anschließend intraoperativ noch eine Durchleuchtung von 3 Minuten, hiervon des Beckens 30 Sekunden.“

Für die Grobabschätzung der Uterusdosis sind nur die Abdomenübersichtsaufnahme sowie die Zeit der Beckendurchleuchtung von Belang, da nur hier der Uterus im Nutzstrahlenbündel lag. Anhand der erwähnten Tabellen errechnet sich ein Wert von 15 mSv Uterusäquivalentdosis.

Sollte bei einer solchen Abschätzung, wie im oben genannten Beispiel ausgeführt, im Ergebnis die Uterusdosis ≤ 20 mSv sein, so erfolgt eine Protokollierung durch den untersuchenden Arzt bzw. die Ärztin. In dem Konzept ist eine Information der Patientin nur auf Nachfrage vorgesehen. Es ist festzustellen, dass keine medizinische Indikation zu einer Interruptio der Schwangerschaft vorliegt.

Vorgehen bei höheren Uterusdosen

Sollte im Ergebnis eine höhere Uterusdosis ermittelt werden (≥ 20 mSv, aber ≤ 100 mSv) würde gemäß des Drei-Stufen-Konzepts die Berechnung der Uterusdosis mittels Standarddaten erfolgen. Und bei einer Uterusdosis ≥ 100 mSv erfolgt die Berechnung mittels spezifischer Patientendaten.

Die Ermittlung der Uterusdosen gemäß Stufe 2 und Stufe 3 sind sehr kompliziert und aufwendig, so dass es aus meiner Sicht empfehlenswert ist, die Unterstützung eines MPE in Anspruch zu nehmen [1]. Den kompletten Bericht zur pränata-

len Strahlenexposition findet man auf der Homepage der Deutschen Gesellschaft für Medizinphysikexperten (www.dgmpe.de) unter dem Menüpunkt „Berichte“.

Fazit

- Wann immer möglich ist die Strahlenexposition eines ungeborenen Kindes zu vermeiden.
- In medizinischen Notfallsituationen steht das Leben der Schwangeren an erster Stelle.
- In der Präimplantationsphase (bis Tag 10 p.c.) ist eine Berechnung der Uterusdosis nicht nötig.
- Ab der Organogenese (ab Tag 10 p.c.) erfolgt die Abschätzung und gegebenenfalls Berechnung der Uterusdosis nach dem Drei-Stufen-Konzept der Deutschen Gesellschaft für Medizinphysikexperten und der Deutschen Röntgengesellschaft.

Dr. med. Susan Trittmacher

Teilzeitanstellung als Fachärztin für Radiologie im Spital Interlaken (Schweiz) und selbstständige Tätigkeit



als Fachärztin für Radiologie in Frankfurt/Main
E-Mail: s.trittmacher@web.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Röntgen unter besonderen Umständen“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungs-

punkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.05.2016 bis 24.05.2017** möglich.

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Telefonprechstunde 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 Telefonprechstunde bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

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

- **Dienstag, 14. Juni 2016** • **Dienstag, 12. Juli 2016** • **Dienstag, 16. August 2016**

Multiple Choice-Fragen:

Röntgen unter besonderen Umständen

Der Schutz des Ungeborenen genießt hohe Priorität

VNR 2760602016071090000

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort ist falsch?

Zu der elektromagnetischen Strahlung gehören:

- 1) Radiowellen
- 2) UV-Licht
- 3) Röntgenstrahlung
- 4) Schallwellen
- 5) Mikrowellen

2. Welche Aussage ist richtig?

- 1) In der Präimplantationsphase gilt das „alles oder nichts-Prinzip“.
- 2) Während der Organogenese des Embryos können Röntgenstrahlen Missbildungen hervorrufen.
- 3) Eine geistige Retardierung kann durch eine hohe Strahlenbelastung während der Schwangerschaft bedingt sein.
- 4) Wachstumshemmungen und/oder Funktionsstörungen können Folge einer intrauterinen Strahlenexposition sein.
- 5) Alle Aussagen sind richtig.

3. Welche Aussage ist falsch?

Zu den Geweben mit einer hohen Strahlenempfindlichkeit gehören

- 1) blutbildendes Knochenmark
- 2) Embryo/Fötus
- 3) Muskelgewebe
- 4) Keimdrüsen
- 5) Epithel des Magen-Darm-Trakts

4. Nach einem Supinationstrauma kommt eine Patientin, die in der 10. Schwangerschaftswoche ist, in die Sprechstunde. Das Sprunggelenk schmerzt, die Patientin kann den Fuß nicht belasten und es besteht eine erhebliche Schwellung über dem Außenknöchel. Welches diagnostische Vorgehen ist angemessen?

- 1) Frakturausschluss mittels Röntgenaufnahme des OSG in zwei Ebenen; Weiterbehandlung je nach Befund.

- 2) Keine Röntgenaufnahme wegen bestehender Schwangerschaft; feste Bandage.
- 3) Gipsverband für mindestens sechs Wochen, Röntgenkontrolle nach der Schwangerschaft.
- 4) Kernspintomografie
- 5) Keine spezielle Behandlung; einfach abwarten.

5. Eine offensichtlich schwangere Patientin stürzt mit dem Fahrrad, prellt sich den Schädel am Bordstein, ist für kurze Zeit bewusstlos. In der Notaufnahme ist sie benommen, äußerlich imponiert lediglich eine Schwellung über dem Jochbogen. Welche Bildgebung ist hinsichtlich des Schädel-Hirn-Traumas angemessen?

- 1) Röntgen Schädelübersicht in 2 Ebenen
- 2) Computertomografie des Schädels
- 3) Ultraschall am Gesichtsschädel
- 4) Sobald die Patientin wieder ansprechbar ist, erfolgt eine Kernspintomografie
- 5) Keine spezielle Diagnostik

6. Welche Anwendungsgrundsätze bei Röntgendiagnostik in der Schwangerschaft sind richtig?

- 1) Während der Durchführung einer indizierten Röntgenuntersuchung können Frauen im gebärfähigen Alter nach einer eventuell bestehenden Schwangerschaft befragt werden.
- 2) Bei einer bestehenden Schwangerschaft ist die Dringlichkeit der Röntgenuntersuchung besonders zu prüfen.
- 3) Alle Möglichkeiten zur Herabsetzung der Strahlenexposition einer schwangeren Frau sind auszuschöpfen.
- 4) Antwort 2 und 3 sind richtig.
- 5) Antworten 1 bis 3 sind richtig

7. Welche Antwort ist richtig?

- 1) Ionisierende Strahlung überträgt so hohe Energien, dass sie biologische Gewebe schädigen kann.
- 2) Zu den allgemeinen Grundsätzen des Strahlenschutzes gehört ein möglichst grosser Abstand des Patienten zur Röntgenröhre.
- 3) Eine sogenannte rechtfertigende Indikation muss für jede Röntgenuntersuchung am Menschen gestellt werden.
- 4) Frauen im gebärfähigen Alter müssen immer nach einer eventuell bestehenden Schwangerschaft befragt werden.
- 5) Alle Aussagen sind richtig.

8. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Röntgenuntersuchungen bei einer schwangeren Frau oberhalb des Zwerchfells führen zu einer unerheblichen Strahlenexposition des Embryos oder des Fötus.
- 2) Notfallmäßige Röntgenuntersuchungen bei Schwangeren werden gemäß der Grundsätze des Strahlenschutzes durchgeführt.
- 3) Nach einer Röntgenthoraxaufnahme bei v.a. Pneumonie bei einer schwangeren Frau erfolgt die Abschätzung der Uterusdosis gemäss des Drei-Stufen-Konzepts der DGMPE/DRG
- 4) Sogenannte low-dose-Programme in der Computertomografie helfen die Strahlenexposition zu minimieren.
- 5) Auch bei einer notfallmäßigen CT-Untersuchung des Abdomens nach stumpfen Bauchtrauma bei einer schwangeren Frau ist die für den Embryo bzw. Fötus relevante Dosis zu ermitteln bzw. zu schätzen.

9. Welche Aussage ist richtig?

Zu den Indikationen, bei denen eine Röntgen oder CT-Untersuchung auch in der Schwangerschaft durchgeführt wird, gehören:

- 1) V.a. Pneumonie
- 2) V.a. Enzephalomyelitis disseminata
- 3) V.a. cervikalen Bandscheibenvorfall
- 4) V.a. Ruptur der Rotatorenmanschette
- 5) Alle Aussagen sind richtig

10. Welche Antwort ist richtig?

- 1) Die Abschätzung der Uterusdosis erfolgt nach dem Drei-Stufen-Konzept der DGMPE/DRG.
- 2) Grundlage der Abschätzung gem. Stufe 1 sind Tabellen, in denen Dosiswerte für typische Untersuchungen zusammengefasst sind.
- 3) Für die Grobabschätzung der Uterusdosis sind nur die Untersuchungen relevant, in denen der Uterus im oder nahe des Nutzstrahlenbündels liegt.

- 4) Bei einer Uterusdosis von ≤ 20 mSv erfolgt eine Dokumentation durch den behandelnde Arzt bzw. die behandelnde Ärztin.
- 5) Alle Aussagen sind richtig.

Literatur zum Artikel:

Röntgen unter besonderen Umständen

Der Schutz des Ungeborenen genießt hohe Priorität

von Dr. med. Susan Trittmacher

- [1] Scharwächter, C. et al.: Pränatale Strahlenexposition. *RöFo* 2015; 187: 338–346
- [2] Hojreh, A. et al.: Schutz des ungeborenen Lebens bei diagnostischen und interventionellen radiologischen Verfahren. *Radiologe* 2015; 55:663–672
- [3] Kiefer, J: *Strahlen und Gesundheit – Nutzen und Risiken*. Wiley-VCH Verlag 2012; ISBN: 978–3–527–41099–6
- [4] Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz: Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen [Röntgenverordnung]. Ausfertigungsdatum 8.1.1987, zuletzt geändert am 11.12.2014
- [5] International Commission on Radiological Protection. *Annals of the ICRP* 1999; Publication 84: Pregnancy and Medical Radiation
- [6] Arbeitsausschuss zur Ermittlung der pränatalen Strahlenexposition, Deutsche Gesellschaft für medizinische Physik, Arbeitsgemeinschaft Physik und Technik in der bildgebenden Diagnostik der deutschen Röntgengesellschaft: Pränatale Strahlenexposition aus medizinischer Indikation. Dosisermittlung, Folgerungen für Arzt und Schwangere. 2002; DGMP-Bericht Nr. 7
- [7] Weisser, G. et al.: Radiologie und Schwangerschaft, Teil 2: Klinische Empfehlungen. *Der Radiologe* 2013; 1:75 – 82

Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum hat den klinischen Betrieb aufgenommen

Krebstherapie mit Ionenstrahlen wird evaluiert

Rita Engenhardt-Cabillic

Abstrakt/Aktueller Stand

Mit der Inbetriebnahme des Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrums (MIT) im Oktober 2015 steht für Patienten in Hessen eines der modernsten Strahlentherapiezentren für die Tumortherapie zur Verfügung. Aktuell sind am MIT bereits ca. 50 Patientinnen und Patienten vorwiegend mit Tumoren des ZNS, der Schädelbasis und des HNO-Bereichs, jedoch auch der Prostata behandelt worden. Ab dem zweiten Behandlungsjahr sollen mehrere Hundert Patienten von der neuen Therapieform profitieren.

Neues Partikelzentrum in Marburg

Das MIT wird von der Rhön-Klinikum AG und dem Universitätsklinikum Heidelberg in Kooperation mit der Philipps Universität Marburg auf einem 24.000 Quadratmeter großen Areal auf dem Campus des Universitätsklinikums Marburg betrieben und stellt seit November 2015 die überregionale klinische Versorgung von Tumorpatienten sicher.

Durch die Einbindung des MIT in die weiteren interdisziplinären klinischen Einrichtungen des UKGM in Marburg, welche unter dem Dach des Anneliese Pohl Comprehensive Cancer Centers (CCC) assoziiert sind, profitiert der Patient von der umfassenden Expertise aller an der multimodalen Therapie beteiligten onkologischen Disziplinen und einer unvergleichlich großen Bandbreite an Therapieoptionen.

Technik und Potenzial der Ionenstrahlen

Die Ionenstrahlen (Teilchenstrahlen oder auch Partikelstrahlen) zeichnen sich durch besondere physikalische Eigenschaften aus. Die Teilchenstrahlen aus Wasserstoffionen (Protonen) oder Kohlenstoffionen zeigen im Vergleich zur her-

kömmlichen Photonenstrahlung ein inverses Tiefendosisprofil. Das bedeutet, dass die gesamte Strahlenergie im Gewebe am Ende der Reichweite der Teilchen im sogenannten „Bragg-Peak“ deponiert wird. Die Position des Bragg-Peaks im Gewebe wird dabei über die Teilchenenergie gesteuert. Hinter diesem Energiepeak fällt die Bestrahlungsdosis praktisch auf Null ab, im Eingangskanal beträgt die Strahlendosis nur rund ein Fünftel der Maximaldosis im Bragg-Peak. Somit ist die Dosisbelastung im Normalgewebe deutlich geringer als bei der konventionellen Photonenbestrahlung.

Der Teilchenstrahl ist scharf fokussiert und rastert den Tumor Punkt für Punkt ab. In diesem sogenannten Rasterscanverfahren wird das Zielvolumen (Tumorgebiet) je nach Größe in mehrere zehntausend Zielpositionen aufgeteilt, die in wenigen Minuten bestrahlt werden und jeweils der Position eines Bragg-Maximums entsprechen. Durch diese punktweise Bestrahlung lässt sich eine sehr hohe Konformität im Zielgebiet erreichen. Darüber hinaus ist es möglich, an jedem Bestrahlungspunkt eine biologisch optimierte Dosis einzustrahlen und damit die differenzielle biologische Wirksamkeit der Strahlung zu berücksichtigen.

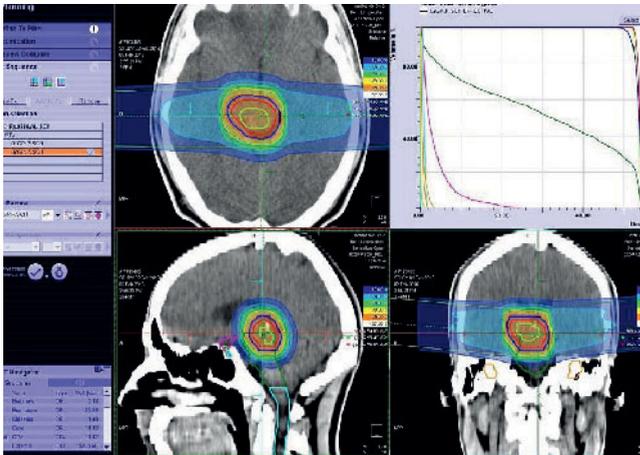
Schwere Teilchen wie Kohlenstoffionen zeichnen sich zudem durch eine unterschiedliche biologische Wirksamkeit aus. Die Kohlenstoffionen führen in der Zelle zu komplexen DNA-Schäden. Je nach genetischer Ausstattung der Zellen können die zelleigenen Reparaturmechanismen diese DNA-Schäden nur schwer oder nicht reparieren. Dies trägt zu einer höheren relativen biologischen Wirksamkeit (RBW, engl. RBE) bei, die sich in einer gesteigerten tumoriziden Wirkung widerspiegelt. So konnte in humanen Tumorzelllinien für Kohlenstoffionen-Bestrahlung bereits gezeigt werden, dass – verglichen mit der konventionellen Photonenbestrahlung –

nur ein Drittel der physikalischen Dosis erforderlich ist, um eine vergleichbare Reduktion der Zellüberlebensrate zu erreichen. Der RBW-Wert ist jedoch komplex und wird von unterschiedlichen Faktoren (wie der Gewebeart, der Dosis pro Sitzung, der Gesamtdosis etc.) beeinflusst. Für die Interpretation der Tumorsprache wie die Normalgewebsreaktion ist die genaue Kenntnis der RBW wichtig. Allerdings sind für Kohlenstoffionen die gewebespezifischen RBW wie die verantwortlichen molekularen Mechanismen der Zellschädigung noch nicht vollumfänglich bekannt. Daher werden die spezifischen Effekte der Kohlenstoffionen für weitere Tumor- und Normalgewebe durch begleitende wissenschaftliche Projekte untersucht.

Von den ersten Schritten bis zum MIT

Die Partikeltherapie mit Kohlenstoffionen wird weltweit nur an neun Zentren klinisch angewendet – zwei davon befinden sich mit Heidelberg und Marburg in Deutschland. Die Therapie mit Protonen ist in der klinischen Verfügbarkeit mit ca. 50 Therapiezentren weltweit bereits etabliert. In Deutschland stehen derzeit fünf Therapieanlagen (Heidelberg, München, Essen, Dresden und Marburg) für eine Protonentherapie zur Verfügung.

Historisch betrachtet wurde die Partikeltherapie in Großforschungseinrichtungen der Strahlenphysik entwickelt und in den letzten Jahrzehnten in klinische Anlagen transferiert. Daher ist die technische Ausstattung der einzelnen Zentren auch teils unterschiedlich. Für Kohlenstoffionen erfolgte in Deutschland die Pilotphase an der Gesellschaft für Schwerionenforschung (GSI) in Darmstadt, wo auch das moderne aktive Rasterscanverfahren entwickelt und erstmals klinisch angewandt wurde. In Kooperation mit der Universitätsstrahlenklinik in Heidelberg wurde an



Bestrahlungs-Planungs-CT eines Patienten mit Hirnstammgliom. Die Isodosenverteilung zeigt dabei die hohe Tumorkonformität und den steilen Dosisabfall bei einer Protonen-Bestrahlung. Dies resultiert in einer hohen Dosis im Zielvolumen (blaue Linie) bei gleichzeitiger niedriger Integraldosis im Umgebungsgewebe und einer guten Schonung der Risikoorgane (Chiasma, Nn. Optici, Rückenmark, Hirnstamm, Innenohr)



Blick in den Behandlungsraum mit robotergesteuertem Behandlungstisch, 3D-fähiger Röntgenbildgebung zur Lageverifikation und Auslass der Partikelstrahl-Führung (Nossel) an einem horizontal angelegten Behandlungsplatz

der GSI die erste klinische Pilotphase gestartet. Zwischen 1997 und 2008 wurden erfolgreich rund 450 Patienten, vor allem mit Chordomen und Chondrosarkomen der Schädelbasis, adenoidzystischen Karzinomen und Prostatakarzinomen, in klinischen Studien behandelt. Das Pilotprojekt mündete im Heidelberger Ionenstrahl-Therapiezentrum (HIT) als klinisch integrierter Therapieeinheit am Universitätsklinikum Heidelberg.

Im Jahr 2009 nahm das HIT seinen Betrieb auf. Es war das erste Partikelzentrum weltweit, an dem mit Protonen und mit Kohlenstoff – also zwei verschiedenen Ionen – behandelt werden kann. Seither haben die Kollegen am HIT mehr als 3300 Patienten überwiegend mit Kohlenstoffionen behandelt. Im Jahr 2012 nahm auch die Anlage des Centro Nazionale di Adroterapia Oncologica (CNAO) in Mailand den klinischen Betrieb mittels Kohlenstoffionen auf.

Das Marburger Ionenstrahltherapiezentrum MIT ist deutschlandweit die zweite und europaweit die dritte Anlage, welche mit dem aktiven Rasterverfahren ausgestattet ist und an der die Patienten ebenfalls sowohl mit Protonen als auch mit Kohlenstoffionen behandeln werden können. Dafür stehen vier Therapieplätze (drei mit horizontaler Ausrichtung des Partikelstrahls und einer mit 45-Grad Neigung) zur Verfügung.

Ablauf einer Partikelbestrahlung

Bei der Bestrahlungsplanung wird das Zielvolumen auf der Basis moderner Bildgebung (MRT, CT, PET-CT) konturiert und exakt festgelegt. Das Zielgebiet umfasst das Tumorareal und den für die Tumorentität notwendigen Sicherheitssaum. Bei der Bestrahlungsplanung mit dem Rasterverfahren wird das Zielgebiet zunächst in identisch dicke Scheiben („Scans“) aufgeteilt. Der Ionenstrahl rastert dann jede Tumorscheibe Punkt für Punkt ab. Durch eine geänderte Energiewahl, und damit geänderte Gewebeeindringtiefe, wird so das gesamte Zielvolumen mit der im Bestrahlungsplan festgelegten Dosis belegt.

Für die Bestrahlungsplanung steht ein eigen konzipiertes Planungssystem der Firma Siemens zur Verfügung. Die biologische Planoptimierung basiert auf dem Local Effect Model (LEM) der an der GSI entwickelten Software „Trip“. Diese Software berücksichtigt die entsprechende gewebespezifische RBW.

Um bei jeder Bestrahlungssitzung die identische Positionierung zu gewährleisten, wird die Patientenposition vor jeder Bestrahlungsfraction mittels eines 3D-fähigen Röntgengerätes (IGRT) überprüft und bei Bedarf durch eine softwaregesteuerte Korrektur der robotergesteuerten Behandlungsliege automatisch korrigiert. Danach

erfolgt die Bestrahlung, bei der das vorgeplante Zielvolumen Schicht für Schicht vom Ionenstrahl abgescannt und mit der festgelegten Dosis belegt wird. Die Bestrahlungszeit variiert dabei in Abhängigkeit von der Größe des zu behandelnden Zielvolumens. Für die Bestrahlung mit Kohlenstoffionen sind je nach Tumor und Behandlungsplan bis zu 20 Bestrahlungssitzungen, für die Protonenbestrahlung bis 30 Sitzungen erforderlich. Die Therapie wird überwiegend ambulant durchgeführt. Werden multimodale Therapiekonzepte angewandt, erfolgt die Chemotherapie in der interdisziplinären IAC am UKGM. Falls erforderlich, ist auch eine stationäre Behandlung möglich.

Klinisches Konzept und Indikationen

Das Marburger Ionenstrahl-Therapiezentrum erweitert das radioonkologische Methodenspektrum in den Kliniken für Strahlentherapie und Radioonkologie am UKGM. Über die Forschungskooperation zwischen der Philipps-Universität Marburg, der Universitätsklinik Heidelberg und dem UKGM ist das MIT voll im Anneliese Pohl Comprehensive Cancer Center (CCC) in Marburg integriert und mit allen onkologischen Disziplinen assoziiert. In den regelmäßig stattfindenden interdisziplinären Tumorkonferenzen wird die für

den Patienten beste Therapieentscheidung festgelegt.

Da die Partikeltherapie noch nicht in allen Facetten erforscht ist, werden die Patienten innerhalb klinischer Protokolle behandelt und in einem prospektiven Register erfasst.

Für die Protonen gilt, dass die Therapie sowohl im Rahmen der Heilkunde als auch der klinischen Forschung angewandt werden kann. Ein Ziel der Anwendung der Protonentherapie innerhalb klinischer Studien ist auch die weitere Verdichtung der Evidenz eines auf den physikalischen Vorteilen wie mögliche Dosissteigerung und Schonung des umliegenden Normalgewebes basierenden klinischen Vorteiles zur Rechtfertigung der – mit dieser Therapiemodalität verbundenen – höheren Behandlungskosten. Die Pädiatrischen Tumoren sind jedoch hiervon ausgenommen, sie gelten bereits als gesicherte Indikationen. Die Deutsche Gesellschaft für Radioonkologie hat in Übereinstimmung mit weiteren internationalen Fachgesellschaften eine „Stellungnahme zur Strahlentherapie mit Protonen in Deutschland“ im Jahr 2015 verfasst (siehe: www.degro.org).

Für die Anwendung der Protonenstrahlen gelten als gesicherte Indikationen:

Pädiatrische Tumoren, da die Protonentherapie eine optimale Reduktion der Dosis im Normalgewebe ermöglicht und hierdurch Langzeitnebenwirkungen reduziert werden können. In Deutschland werden in der pädiatrischen Onkologie alle Kinder und Jugendlichen in multimodalen Therapiestudien behandelt. Die Protonentherapie wird aktuell in diese Protokolle integriert und sollte Anwendung finden: insbesondere bei neuroonkologischen Tumoren (ZNS wie Rückenmark), Sarkomen sowie allen Tumorentitäten und -lokalisationen, bei denen die geringere Integraldosis eine bessere Schonung des Normalgewebes erlaubt und so Wachstums- und Entwicklungsdefizite vermeiden hilft.

Am MIT wurden die ersten Kinder und Jugendlichen mit Protonen in Kooperation mit der Klinik für Pädiatrische Hämatologie und Onkologie des UKGM (Prof. Dr. med. Dieter Körholz) therapiert. Aktuell wird in Kooperation mit der Klinik für



Die ringförmig angelegte Beschleunigeranlage (Synchrotron), in der die Partikel auf die therapeutisch erforderliche Energie beschleunigt werden

Anästhesie und Intensivmedizin des UKM (Prof. Dr. med. Hinnerk Wulf) die für kleine Kinder notwendige Anästhesieeinheit aufgebaut, so dass in einigen Monaten auch kleine Kinder in tiefer Sedierung behandelt werden können.

Weitere Indikationen bei Erwachsenen sind Aderhautmelanome, Chordome und Chondrosarkome sowie Tumore, bei denen eine günstige Wirkung-Nebenwirkungsrelation nur mittels Protonen erreicht werden kann.

Für die Therapie mit Kohlenstoffionen gibt es bisher nur wenige Indikationen, für die ein klinisch signifikanter Vorteil dieser Therapieoption erwiesen ist. Dies sind neben den Chordomen und Chondrosarkomen der Schädelbasis und des Beckens die

Schleimhautmelanome wie das adenoidzystische Speicheldrüsenkarzinom. Mediziner des HIT haben in einer jüngst publizierten Studie für Patienten mit adenoidzystischen Karzinomen bereits zeigen können, dass sich die verbesserte lokale Kontrolle auch in einen Überlebensvorteil übersetzt.

Theoretisch gelten lokal begrenzte, strahlenresistente Tumoren, für die bisherige teils multimodale Therapiekonzepte unzureichende Kontrollraten erbrachten als Indikationen. Erste klinische Ergebnisse lassen einen Benefit für das hepatozelluläre Karzinom, Knochen- und Weichteilsarkome, high grade Prostatakarzinome wie Rezidivtumoren des Beckens vermuten. Dies spiegelt sich in einigen wenigen Me-

taanalysen für Patientenkollektive dieser Tumorentitäten. Auch für Patienten mit lokal fortgeschrittenen inoperablen Pancreastumoren gibt es vielversprechende Therapieansätze. Die klinische Anwendbarkeit der Kohlenstoffionen-Therapie mit passiver Strahlenapplikation konnte im Rahmen einer multimodalen japanischen Phase I/II-Studie gezeigt werden. Aufgrund der vielversprechenden Ergebnisse wurde auch am MIT und HIT ein Studienprotokoll aufgelegt, um im Rahmen eines multimodalen Therapieansatzes den Stellenwert der neoadjuvanten Partikeltherapie zu evaluieren. Generell ist eine Therapie mit Kohlenstoffionen jedoch nur innerhalb klinischer Protokolle vorgesehen. Alle Protokolle finden sie auf: http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/umr_ptz/index.html

Fazit

Die Partikeltherapie ist eine neue Behandlungsoption mit hohem klinischem Potenzial. Ihre klinische Wirksamkeit ist für bestimmte Tumorentitäten bereits evident. Unter der Zielsetzung, eine Patientenversorgung auf höchstem klinischem Niveau sicherzustellen und diese moderne Therapieform als evidenzbasierte Standardtherapie zu etablieren, arbeiten die Medizinerinnen und Mediziner der beiden Standorte Marburg und Heidelberg eng zusammen. Um das Indikationsspektrum ausweiten zu können und die physikalischen und biologischen Vorteile klinisch umfassender nutzbar zu machen, sind sowohl weitere klinische Studien als auch präklinische zellbiologische, medizinphysikalische und physika-

lisch- technische Grundlagenforschung essenziell. Die aktuellen Studienprotokolle sind auf der Homepage des UKGM (http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/umr_ptz/index.html) aufgeführt. Perspektivisch ist innerhalb der nächsten Jahre eine klinische Anwendbarkeit bei einem breiteren Indikationsspektrum (Sarcome, NSCLC, Prostata) zu erwarten.

Prof. Dr. med. Rita Engenhardt- Cabillic

Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Baldinger Straße, 35043 Marburg
E-Mail: engenhar@med.uni-marburg.de



Foto: privat



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen – Körperschaft des öffentlichen Rechts für ca. 35.200 Ärztinnen und Ärzte in Hessen – betreibt im Auftrag des Landes Hessen die **Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters**. Diese erhält aus Krankenhäusern, Arztpraxen und Gesundheitsämtern Krebsmeldungen und Totenscheine. Sie bearbeitet und verschlüsselt die darin enthaltenen onkologischen Daten.

Ärztlicher Referent (m/w)

in Vollzeit (40 Std./Woche)

Nach den Vorgaben des entsprechenden Bundesgesetzes wird das Hessische Krebsregister derzeit von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister ausgebaut. Aufgaben sind in Zukunft die Erfassung von Auftreten, Behandlung und Verlauf bösartiger Erkrankungen, die Förderung der interdisziplinären, direkt patientenbezogenen Zusammenarbeit bei der Krebsbehandlung und die Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung. Für die Vertrauensstelle suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt im ärztlichen Geschäftsbereich am Standort Frankfurt einen Ärztlichen Referenten (m/w) in Vollzeit (40 Std./Woche).

Ihre Aufgaben:

- Unterstützung des Ärztlichen Leiters beim Aufbau des klinisch-epidemiologischen Krebsregisters – insbesondere auch in der Kommunikation mit den meldenden Ärztinnen und Ärzten in Klinik und Praxis und bei der Umsetzung datenschutzrechtlicher Vorgaben
- Anleitung und Schulung der medizinischen Dokumentare in Fragen der onkologischen Verschlüsselung, Plausibilitätsprüfung und Qualitätskontrolle
- Enge Zusammenarbeit mit den Informatikern des Registers
- Perspektive nach erfolgreicher Einarbeitung bei Eignung: Vertretung des Ärztlichen Leiters, evtl. auch die Option zur späteren Übernahme der ärztlichen Leitung

Ihr Profil:

- Mit gutem Erfolg abgeschlossenes Medizinstudium
- Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt – bereits erworbene ärztliche Berufserfahrung wäre von Vorteil, ist aber nicht zwingend
- Gute Kenntnisse in Onkologie und/oder Pathologie – zumindest die Bereitschaft und Fähigkeit, sich solche Kenntnisse rasch anzueignen
- Erfahrung mit onkologischen Schlüsselssystemen (ICD/O, ICD, TNM) qualifizieren Sie ggf. zusätzlich
- Absolut sichere Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift sowie versierte Anwendung üblicher Bürosoftware und Nutzung des Internets setzen wir voraus

Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste
- Attraktive Zusatzleistungen und Aufstiegschancen
- Wissenschaftlich interessante und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen
- Ggf. Möglichkeiten zu Promotion und Nebentätigkeiten
- Wiedereinstieg in den Beruf – z. B. nach Familienpause o. ä. – ist möglich

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen, bitte ausschließlich an die

Landesärztekammer Hessen

Personalabteilung, Im Vogelsgesang 3,
60488 Frankfurt am Main
oder per E-Mail an: bewerbung@laekh.de
www.laekh.de

Bewerbungsschluss ist der 10. Juni 2016.

Für persönliche ergänzende Auskünfte steht Ihnen telefonisch zur Verfügung:

Dr. med. Werner Wächter – Fon: 069 789045-21
(Ärztlicher Leiter der Vertrauensstelle des Krebsregisters Hessen)

Leuchtturmprojekt mit politischer Sprengkraft

Die Partikeltherapie spielte bei der Privatisierung der Uniklinik Gießen-Marburg eine maßgebliche Rolle

So mancher hatte nicht mehr damit gerechnet: Als Herbst 2015 das Partikeltherapiezentrum an der Marburger Universitätsklinik endlich eröffnete, endete ein jahrelanges Hickhack, bei dem sich auch die Schwächen des Konsortialvertrags offenbarten, den die hessische Landesregierung bei der Privatisierung im Januar 2006 mit dem Rhön-Konzern abgeschlossen hatte. Hessen hält zwar fünf Prozent der Gesellschafteranteile, hat de facto aber keinen Einfluss auf die Geschäftsgebaren der Aktiengesellschaft. Das hat sich bis heute nicht geändert.

Bei der Privatisierung der Universitätsklinik Gießen-Marburg spielte die Partikeltherapie eine maßgebliche Rolle. Die Rhön-Klinikum-Aktiengesellschaft habe bei dem Bieterverfahren den Zuschlag erhalten, weil sie als einziger „rechtlich abgesicherte Zusagen“ gegeben habe, heißt es in einer Pressemitteilung der Landesregierung vom Dezember 2005. Explizit genannt ist darin die „mit Vertragsstrafe belegte Bauzusage für eine Strahlenklinik in Marburg im Wert von mindestens 107 Millionen Euro“. Ende 2012 sollte sie in Betrieb gehen.

112 Millionen Euro zahlte Rhön für die bundesweit einzige privatisierte Uniklinik Gießen-Marburg, versprach weitere 370 Millionen Euro zu investieren, davon 30 Millionen in die Forschung. Für weitere 100 Millionen Euro werde ein weltweit einmaliges internationales Zentrum für Partikeltherapie errichtet mit bis zu 200 Arbeitsplätzen. In der Anlage sollen Protonen oder Kohlenstoff-Ionen auf sehr hohe Geschwindigkeit gebracht und gezielt in Tumore geschossen werden.

Das klang zukunftsweisend. Entsprechend euphorisch feierte die Politik das Projekt: „Ein Zeichen für die Aufbruchstimmung der Marburger Universitätsmedizin“, jubelt der damalige Bürgermeister Franz Kahle beim Baubeginn für das Gebäude im Juli 2008. Das Partikelzentrum sei „ein Leuchtturmprojekt“, sagte der damalige Ministerpräsident Roland Koch (CDU).

„Die Überlebensrate bei bestimmten Tumorarten könnte von 25 auf über 80 Prozent gesteigert werden“, versicherte 2010 Gesundheitsministerin Silke Lautenschläger (CDU). Rhön wolle die „Spitzentechnologie jedem Patienten verfügbar machen“. Nicht minder starke Worte wählte Rhön: Die Uniklinik werde sich als „international führender Standort der Radioonkologie“ profilieren, kolportierte Joseph Rohrer, einer der vielen Uniklinik-Geschäftsführer, die sich im Laufe der Jahre die Klinke in die Hand gaben. 1500 Patienten im Jahr lautete das Ziel.

Die Pressemitteilung von Rhön und Siemens im Juli 2011 setzte den Jubelarien ein jähes Ende: „Im Verlauf der Entwicklungsarbeit haben wir festgestellt, dass wir bei der wirtschaftlichen Umsetzung dieser Technologie in der Breitenversorgung zu ambitioniert waren“, gaben die beiden Partner der erstaunten Öffentlichkeit zur Kenntnis. Patienten würden in dem Zentrum in Marburg nicht behandelt werden können. Die vorhandene Technik werde ausschließlich als Forschungs- und Entwicklungsanlage für Siemens dienen. Eineinhalb Jahre später kehrte auch der Arzt und Strahlenbiologe Jochen Dahm-Daphi Marburg den Rücken, der als Direktor des Instituts für Strahlenbiologie und molekulare Radioonkologie im Partikeltherapiezentrum arbeitete.

Die lapidare Absage an das „Leuchtturmprojekt“ war Wasser auf die Mühlen der Privatisierungsgegner und entwickelte sich zum landespolitischen Dauerbrenner: Rhön ließ mehrfach Fristen verstreichen, die Wiesbaden setzte. Das Land drohte, die Summe von 103 Millionen Euro auf dem Klageweg einzufordern, setzte dies aber nicht um. Rhön zahlte die Pönale in Höhe von 3 Millionen Euro und wies jede weitere Verpflichtung von sich: Die im Kaufvertrag zugesagten Investitionen seien mehr als erfüllt. Statt versprochener 367 Millionen Euro habe der Konzern schließlich bereits 547 Millionen Euro in die Krankenhäuser gesteckt.

Die Situation eskalierte, als gravierende Personalabbau-Pläne in die Öffentlichkeit kamen. Außerdem wollte der Fresenius-Konzern Rhön übernehmen, was nicht gelang. Die zuständige Wissenschaftsministerin Eva Kühne-Hörmann (CDU) geriet unter enormen politischen Druck, fühlte sich düpiert: „Alles ist besser als Rhön“, sagte sie verärgert in einer Ausschusssitzung.

Schließlich musste die Landesregierung handeln: Am 1. März 2014 leitete sie eine Klage gegen Rhön ein, mit einer vertraglichen Nachfrist von zwei Monaten bis zum 2. Mai. Erst danach zeigte Rhön Einsicht. Die Aktiengesellschaft kündigte an, die Anlage jetzt gemeinsam mit der Universitätsklinik Heidelberg „technisch und klinisch“ betreiben zu wollen. Die Heidelberger sollten als Anstalt des öffentlichen Rechts 75,1 Prozent der Gesellschaftsanteile halten, 24,9 Prozent übernehme der Rhön-Konzern. Der werde mit 79 Millionen Euro in Vorleistung treten, denn die Anlage gehörte zu dem Zeitpunkt der Firma Siemens. Sie hatte sie im Sommer 2011 zum Preis von 86 Millionen Euro von Rhön zurückgekauft, nachdem deutlich geworden war, dass die Inbetriebnahme sich nicht rechnet.

Nach zähen Verhandlungen meldeten im September 2014 Landesregierung und Rhön Vollzug: Im Herbst 2015 würden die ersten Patienten in Marburg bestrahlt. „Ein sehr erfreulicher Anlass“ sagte Wissenschaftsminister Boris Rhein (CDU), Martin Menger vom Rhön-Vorstand sprach gar von einem „Meilenstein“.

Drei Jahre später als vertraglich zugesichert, ging die Anlage dann auch in Betrieb. Und die Planzahl der Patienten ist um 500 gesunken. Bei Vollauslastung sollen dort jetzt bis zu 1000 Menschen behandelt werden. Doch davon spricht jetzt kaum einer mehr.

Jutta Rippegather



Flüchtlinge: Verborgenes Leid ist doppeltes Leid

Das nordhessische Netzwerk des Alexander-Mitscherlich-Instituts Kassel für psychosoziale Hilfen in Erstaufnahmeeinrichtungen

Peter Kramuschke, Gertraud Schlesinger-Kipp, Ulrich Kreuzsch

Dass Flüchtlinge seelisch durch Krieg, Folter und Flucht leiden, ist wohl eine Binsenweisheit. Im Regierungsbezirk Kassel leisten Psychotherapeuten seit Beginn der Migrationswelle praktische Hilfen in Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE). Dieser Artikel stellt das in Deutschland außergewöhnliche Modell vor und beschreibt die bisherigen Erfahrungen.

Unsere bisherige Arbeit

Seit September 2015 hat eine Gruppe von etwa 25 Psychoanalytikern, ärztlichen und

psychologischen Psychotherapeuten, Mitgliedern und Gästen des Alexander-Mitscherlich-Instituts für Psychoanalyse und Psychotherapie Kassel ehrenamtlich mit Unterstützung des Regierungspräsidiums Kassel in acht Erstaufnahmeeinrichtungen in Nordhessen Sprechstunden zur psychosozialen Hilfe eingerichtet. Wir Psychotherapeuten wissen Einiges darüber, wie sich diese dehumanisierenden Prozesse in den Herkunftsländern der Flüchtlinge und während der Flucht auf das Individuum auswirken können, jetzt und auf Dauer. Wir fühlen uns durch unseren Beruf dazu verpflich-

tet, die Geflüchteten in ihrem Einzelschicksal anzunehmen, ihnen zuzuhören, einen Erzählraum zu schaffen, einen transkulturellen Übergangsraum.

In diesem transkulturellen Übergangsraum treffen verschiedene kulturell geprägte Erwartungen, Erfahrungen, Kommunikationsformen und Heilungsvorstellungen aufeinander. In einem gegenseitigen Lernprozess gewinnen auch wir Psychotherapeuten Kompetenz für den Integrationsprozess. Dieser Raum unterscheidet sich – wie im Folgenden deutlich werden wird – grundlegend von den bisher-

Inhaftiert, sexuell bedroht, entführt, gefesselt und geschlagen

Beispiel 1 – ein Arzt und Psychoanalytiker berichtet

Herr C. ist noch keine 20 Jahre alt und berichtet, auf der Flucht von Afghanistan nach Pakistan im Iran von einer Polizeisperre gestoppt und inhaftiert worden zu sein. In der Haft sei er zur Arbeit gezwungen worden. Ein Polizist habe von ihm sexuelle Handlungen verlangt. Daraufhin habe er gesagt, er sei Koranfest. Dies betont er immer wieder und macht mir damit deutlich, dass er über Bildung und Stolz verfügt. Seine Behauptung, Koranfest zu sein, habe schließlich dazu geführt, dass er einem Hauptmann vorgestellt wurde. Der habe ihn intensiv befragt, sodass er schließlich aus der Haft entlassen wurde. Auf der Fahrt nach Teheran sei er von seinem Fahrer betrogen worden. Er war ein

Räuber, setzte ihm ein Messer an die Kehle und entführte ihn – gemeinsam mit drei anderen Männern – in die Berge. Dort war er in einer Berghütte eingesperrt, bzw. nachts gefesselt. Während seine Entführer kifften, ließen sie ihn arbeiten oder Holz holen. Schaffte er es nicht, wurde er geschlagen. Sie stahlen ihm Geld, Kleidung, Wertsachen. Er wurde misshandelt, um von seinen Eltern Lösegeld zu erpressen. Bevor es aber zu einer Zahlung kam, konnte er fliehen, obwohl er verfolgt wurde.

Weil Herr C. dies distanziert und wie ein Reporter erzählte, fragte ich ihn nach seinen Gefühlen dazu. Daraufhin erzählte er, dass er tags unter Panikgefühlen leidet. Szenen des eben Geschilderten wür-

den sich einblenden, ganz plötzlich, wie von allein. Dies sei mit Schwindel und einem Gefühl von Nebel verbunden. Er habe Kopfschmerzen und Schlafstörungen, letzteres ebenfalls aufgrund seiner Panikzustände. In seinen Flashbacks erlebe er sich in der Berghütte, wie er friere und zittere. – Das machte er mir vor. – In der EAE sei er in der Nacht meist in der Zeit zwischen 23 bis 3 Uhr wach, aus Angst vor diesen Panikgefühlen und wegen der Ungewissheit, wie es hier weitergeht. Selbst in Träumen fände er sich in diesen traumatisierenden Situationen wieder. Am Tage könne er sich besser ablenken. Aber wenn diese Erinnerungen in der Nacht kämen, brauche er Zeit, sich wieder zu orientieren.



Foto: RP Kassel

Das Bild „Flucht übers Mittelmeer“ wurde auf das Seitenteil eines Bettes in einer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge in Nordhessen gemalt, der Künstler ist unbekannt.

gen Strukturen, in denen normalerweise Psychotherapie stattfindet.

Gesprächsführung

Von der Notwendigkeit eines Gesprächs mit einem Bewohner erfahren wir von den Sanitätern, Dolmetschern, Sozialarbeitern und Verwaltungsmitarbeitern der EAE mittels eines gelben Scheines, auf dem kurze Informationen hinterlegt werden. Fast immer werden wir vor dem Gespräch von einem Mitarbeiter über die Problematik unterrichtet. Das können beispielsweise beobachtbare Auffälligkeiten wie aggressives Verhalten, Ängste, wiederholte Darbietung somatoformer Beschwerden mit häufigen, ergebnislosen Klinikeinweisungen, Schlafstörungen, aber auch Rückzug von Menschen und Aktivitäten sein. Das Gespräch findet immer in Anwesenheit eines Dolmetschers statt, häufig in unruhiger Umgebung im Lager.

Da es sich oft um einmalige Gespräche handelt, wurde ein Konzept entwickelt, wie wir auch in dieser Situation hilfreich sein können (vgl. Straker, 1990)

Vertrauen schaffen

Die aktuelle Lebenssituation des Klienten gibt nachvollziehbar Anlass zu Argwohn und Misstrauen. Das resultiert aus den Fluchtgründen und -erfahrungen sowie den Erwartungen an Autoritätspersonen, denen sie ja auch in uns begegnen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass wir von einer Vertrauensperson eingeführt werden, in diesem Fall meist den Dolmetschern, die in der Einrichtung sozusagen leben. Wir haben die Erfahrung gemacht, dass unsere Klienten in vielen Fällen erstaunlich offen über ihre Beschwerden, einen Teil ihrer (traumatisierenden) Lebenserfahrungen, ihre Erlebnisse in der Einrichtung und über ihre eigenen Bemühun-

gen, die Probleme zu bewältigen, sprechen. Dazu bedarf es einer unsererseits offenen Haltung, die bereit ist, Schreckliches und Belastendes aufzunehmen, aber auch die Lebensleistung und die Bewältigungsversuche der Fluchterfahrungen zu würdigen.

Wir stellen uns dann in unserer Profession als Psychotherapeuten oder ggf. Psychiater vor. Wir erläutern, dass wir der Schweigepflicht unterliegen und ehrenamtlich tätig sind, demnach nicht im Auftrag des Staates oder der Verwaltung arbeiten, sondern das Gespräch dazu helfen kann, die belastende Situation zu klären und Ideen für weitere Schritte zu entwickeln. Unterstützt wird das Sprechen vermutlich dadurch, dass die Klienten oft aus Gesprächskulturen kommen. Uns gibt das die Möglichkeit, das privatisierte Leiden in veröffentlichtes Leid zu verwandeln.

Traumatische Erfahrungen

Nach der Diskussion um die Katastrophe von Krieg und Flucht und emotionalen Folgen im Allgemeinen können wir, je nach Einschätzung, auch nach der individuellen

traumatischen Geschichte fragen, immer begleitet von der Frage, ob sie darüber sprechen möchten. Es ist wichtig, insbesondere dann gezielt, aber zurückhaltend nachzufragen, wenn Lücken in der Erzählung oder in unserem Verständnis der Zusammenhänge entstehen. In diesen Lücken sind oft wesentliche Konflikte und traumatische Erfahrungen enthalten.

Die Klienten spüren unser Interesse und die Empathie, was Vertrauen und leise Hoffnung wachsen lässt. Das hilft ihnen, wieder verstärkt eigene Ressourcen zu nutzen und das bedrohte Identitätsgefühl zu stärken. Gleichzeitig ist es kontraindiziert, traumatische Erfahrungen gegen den Widerstand der Klienten eruieren zu wollen. Dies könnte zu einer Affektüberflutung führen. Wir als Therapeuten schaffen durch unsere Präsenz und unsere Unterstützung dem Flüchtling einen Schutzraum. Er sollte nicht von schmerzhaften Affekten überwältigt werden. Dabei ist es wichtig, dass wir als Therapeuten nicht kühl bleiben, sondern unsere Anteilnahme auch zeigen, ohne uns selbst überwältigen zu lassen. Es wird dabei auch erfahrbar, dass das Leben im Lager al-

le infiziert, die dort arbeiten, am meisten natürlich die Leitung, die Helfer, die Sanitäter, die immer dort sind, sowie die Dolmetscher, und auch uns.

Entlastung von Scham- und Schuldgefühlen

Viele Opfer von Krieg, Trauma, Folter und Flucht geben sich selbst subjektiv die Schuld für die Auswirkungen des Traumas. Hierbei ist es wichtig, eine Unterscheidung von vermeintlichem persönlichem Versagen und möglicherweise vorhandenen realistischen Verhaltensalternativen zu besprechen. Schamgefühle beziehen sich vor allem auf das Erleben des völligen Identitätsverlusts, des Verlusts der eigenen Wertvorstellungen und des Ich-Ideals (wie man gern sein möchte), sich in Lebensgefahr konturlos unterworfen zu haben. Hier kann es helfen, die Symptome und Beschwerden als eine normale Reaktion auf die anormale traumatische Erfahrung zu benennen.

Praktische Hilfen anbieten

Gegen Ende des Gesprächs ist es wichtig, dass der Flüchtling nicht in einer hilflosen, überwältigten Situation gelassen wird, sondern dass über aktuelle Sorgen und Probleme

gesprochen wird, auch um praktische Hilfen anzubieten. Es ist wichtig, den Geflüchteten zu sagen, dass es ihnen trotz Verfolgung und Krieg gelungen ist, psychisch zu überleben, zu fliehen, dass sie trotz Erfahrung des Ausgeliefertseins an die Gewalt imstande waren und sind, die Rolle der Nur-Leidenden, der Unterlegenen und Überwältigten abzulegen und selbst zu handeln.

Die hohe Bedeutung der Familie und des Kollektivs in der Kultur des Flüchtlings gilt es zu kennen und zu beachten. Damit verbunden sind Konflikte, die sich aus den individualistischen Bedürfnissen der Klienten ergeben, wenn sie die Anforderungen des Kollektivs als Korsett empfinden. Hier können wir dem Klienten helfen, seine Ambivalenz besser zu ertragen.

An konkreten Hilfen, die gegebenenfalls mit den Sanitätern, Ärzten, Sozialdienst und Verwaltung besprochen werden müssen, sind beispielhaft zu benennen: gezielter Transfer zu Angehörigen und Bekannten, Auswahl einer geeigneten Zweitunterkunft, Familienzusammenführung oder -trennungen nach Konflikten, gezielte Psychopharmakotherapie.

Fortbildung / Supervision

Inhaltlich beschränken wir die Fortbildung der in den EAE tätigen Helfer auf Psycho-

traumatologie und auf das Erkennen häufiger psychischer Erkrankungen wie Rückzug, Schlafstörungen, Ängsten, Somatisierung. Die Fortbildung bewirkt eine Stärkung ihrer Kompetenz in der Erkennung psychischer und somatoformer Beschwerden. Das begünstigt die Zuführung dieser Klienten zur psychosozialen Sprechstunde und stärkt die Sicherheit der Mitarbeiter im Umgang mit psychisch Hilfebedürftigen. Verhindert werden zudem Fehlallokationen in den somatischen Bereich der Medizin.

Supervision wird von uns unter dem Namen Burnout-Prophylaxe bekannt gemacht. Erfahrene Mitglieder unserer Arbeitsgemeinschaft stehen Mitarbeitern und Ehrenamtlichen für Einzel- und Gruppensupervisionen zur Verfügung. Das Prinzip der Vertraulichkeit und die Möglichkeit, nochmals aus einer anderen Perspektive auf die eigene Arbeit zu schauen, werden erläutert. Je nach Wunsch werden Gruppen gebildet, die beruflich gemischt oder separiert zusammengesetzt sind. Jeder wird in das Angebot eingeschlossen, auch Security und Hausmeister.

In den Gruppen kommt zum Beispiel die bestehende Überforderung der Helfer und Ehrenamtlichen aufgrund ihrer hohen emotionalen Beteiligung, die Konfrontation mit dem Fremden, den unterschiedlichen Kulturen, Familienbildern und Ge-

Schwangerschaft nach wiederholten Vergewaltigungen

Beispiel 2 – Bericht einer Psychologin und Psychoanalytikerin

Frau D. ist 20 Jahre alt und hochschwanger. Sie ist vorwiegend im Sudan aufgewachsen. Sie sei dann vom Sudan geflohen und in Libyen Tschad-Rebellen in die Hände gefallen. Sie sei in einem Camp gefangen gehalten worden. Die Männer wurden dort schwer misshandelt, die Frauen vergewaltigt. Auch sie sei immer wieder vergewaltigt worden und dabei auch verletzt worden. Sie konnte sich dann mit Geld bei einem Schlepper freikaufen und die Flucht übers Mittelmeer antreten. Erst in Deutschland, als sie mit einer anderen verletzten Frau im Krankenhaus untersucht worden sei, sei ihr gesagt worden, dass sie schwanger sei. Ihr sei das vorher nicht aufgefallen.

Frau D. zögert zunächst, über diese Vorfälle zu sprechen. Sie sagt, sie schäme sich immer, wenn sie in Bezug auf ihre Schwangerschaft gefragt werde, wo denn der Vater sei. Sie wisse nicht, wer der Vater sei. Sie wirkt sehr still, deprimiert, nicht anwesend, sehr gefasst und kontrolliert. Sie bemerkt in Andeutungen, dass sie ja nicht wisse, wie sie das Kind annehmen könne. Sie habe niemanden. Sie würde schlecht schlafen, die Schwangerschaft sei körperlich unproblematisch.

Ich mache eine längere Pause und überlege, was ich dieser freundlichen, gedemütigten Frau sagen kann. Ich sage ihr dann, dass sie sich nicht schämen müs-

se, sondern die Täter. Sie habe Schlimmes erlebt, aber jetzt bekomme sie bald ein Kind und das gebe auch Zukunft. Sie taut etwas auf und kann ihre Gefühle der Scham sehr verhalten schildern. Der Dolmetscher berichtet, dass er oft sähe, wie sie völlig abwesend irgendwo still säße. Wohl deshalb ist sie auch erst jetzt mir vorgestellt worden, obwohl sie schon seit Monaten in der Einrichtung lebt, weil sie eben nicht auffällt. Nach der Geburt ihres Kindes feiert die ganze Einrichtung ein Fest. Frau D. kann ihr Kind gut annehmen und stillen. Aber sobald sie kurz allein ist, hat sie wieder diesen leeren verlorenen Ausdruck in den Augen.

schlechterrollen zur Sprache. Neben Fallbesprechungen mit der Suche nach einem besseren Verständnis der Problematik und nach Lösungsvorschlägen gibt es Raum, organisatorische Abläufe und Konflikte miteinander zu besprechen und zu klären. Dadurch können zwangsläufig eintretende Enttäuschungen bearbeitet werden und neues Engagement entstehen!

Fazit und Ausblick

Ende April 2016 wurde bekannt, dass die Zahl der Erstaufnahmeeinrichtungen in Hessen reduziert und insbesondere kleine EAE geschlossen werden sollen. Dies gibt, zusammen mit den seit Sommer 2015 gewonnenen Erfahrungen mit psychosozialen Hilfen Anlass, ein vorläufiges Fazit zu ziehen und einen Ausblick zu wagen: Die Versorgung einer großen Zahl von Flüchtlingen mit einer hohen Prävalenz unterschiedlicher psychischer Störungen bedeutet einen großen Bedarf auch an psychosozialen Hilfen.

Die Bedingungen, unter denen diese Hilfen geleistet werden, führen zu deutlich veränderten Arbeitsbedingungen für Psychotherapeuten. Gleichwohl sind wirksame Interventionen, oft als Einmal-

kontakte, möglich. Frühzeitige Hilfen schaffen für Traumatisierte wirksame Entlastung und eine erste Orientierung über Möglichkeiten der Bewältigung. Sie wirken so einer Verfestigung von Traumafolgestörungen entgegen. Psychosoziale Hilfen unterstützen darüber hinaus den schwierigen Prozess der Neuorientierung in der fremden Kultur. Krisenhafte Zuspitzungen, gelegentlich auch in Form körperlicher Gewalt, kann entgegengewirkt werden.

Die häufig stark überforderten und dadurch auch psychisch belasteten Mitarbeiter der EAE werden durch Information und professionell begleitete Gespräche unterstützt und erhalten damit einen dringend benötigten Kompetenzgewinn. Da psychisches Leiden oft in Form somatischer Beschwerden präsentiert wird, entlasten psychosoziale Hilfen auch in erheblichem Maße die Inanspruchnahme von allgemeinmedizinischen Versorgungssystemen und Rettungsdiensten.

Das Angebot flächendeckender niedrigschwelliger Hilfen in den EAE sollte fortgeführt und es sollten diese Hilfen auch in den kommunalen Unterbringungen angeboten werden. Es gilt hier vor allem, den politischen Willen hierzu auch in den

Kommunen zu fördern. Die Belegungszahl in den EAE sollte unter 500 gehalten werden, da hierdurch psychosozialer Stress für Bewohner wie auch für Mitarbeiter wesentlich verringert wird. Medizinische, psychosoziale und sozialarbeiterische Hilfen in den EAE sollten miteinander eng verbunden werden.

Besonders wichtig ist dabei die Finanzierung von Dolmetschern beiderlei Geschlechts. Zwar wurden psychosoziale Hilfen bisher rein ehrenamtlich geleistet, doch sollten angemessene Honorarregelungen auch für nichtärztliche Psychotherapeuten geschaffen werden. Die Therapeuten haben die Erfahrung gemacht, dass ihre Angebote dringend gebraucht werden, dass sie selbst viel von den Geflüchteten lernen und dass ihre Arbeit nicht zuletzt auch dem Integrationsprozess dient.

Dr. med. Peter Kramuschke
Dr. phil. Gertraud Schlesinger-Kipp
Dr. med. Ulrich Kreuzsch
 (Regierungspräsidium Kassel)

Kontakt:
 Alexander-Mitscherlich-Institut e. V.
 Karthäuserstraße 5 A, 34117 Kassel
 E-Mail: Mitscherlich-Institut@t-online.de

Bücher



Gerhard Jan Junge-Hülsing, Matthias Endres (Hrsg.): Komplikationen und Folgeerkrankungen nach Schlaganfall

Thieme Verlag, Stuttgart 2015
 216 Seiten, 45 Abbildungen, gebunden
 ISBN: 9783131740113, € 79.99,
 auch als E-Book

Ziel der Autoren ist es, einen umfassenden Überblick über die derzeitige Therapie des Schlaganfalls und seiner Komplikationen zu geben. Neben der Buchform ist auch eine Aktivierung auf elektronische Medien zur besseren täglichen Verfügbarkeit möglich. Im ersten Teil werden internistische Zusatz- oder Folgeerkrankungen beleuchtet, dies aus der Sicht des Kardiologen, Pulmonologen, Gastroenterologen, Endokrinologen, Urologen und Hämatologen. Hierbei werden nicht nur differentialdiagnostisch sondern auch therapeutisch wertvolle Hinweise gegeben, und es wird herausgearbeitet, wie viele der Patienten über die genannten Krankheitsbilder nach Insult gefährdet sind.

Im zweiten Teil werden neurologische und psychiatrische Komplikationen des Schlaganfalles beschrieben: Geht es zunächst um direkte Folgeerkrankungen und neue Antworten hierauf, wird im Folgenden auch auf Differentialdiagnostik und Therapie von Epilepsien, motorischen Störungen, Schmerz und Delir eingegangen, auch psychiatrische Kapitel wie Angst und Depression sowie kognitive Störungen und Teilleistungsstörungen werden genau erläutert.

Hierbei, wie bei Neglect, Störungen der Okulomotorik, Schwindel und Gleichgewichtsstörungen und schlafbezogenen Atmungsstörungen, werden anatomische und pathophysiologische Gegebenheiten ebenso wie die klinische Symptomatik und die therapeutische Antwort darauf besprochen.

Im letzten Teil geht es um die Strukturen der Schlaganfallversorgung, sowohl in Form von Stroke Units als auch ideell bis hin zur Patientenverfügung. Es handelt sich also um ein umfassendes Buch über Schlaganfall, dessen Folgen und Bekämpfung dieser Krankheiten – sehr empfehlenswert für alle Ärztinnen und Ärzte, die sich mit diesem Krankheitsbild auseinandersetzen möchten.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg
 Ärztin für Neurologie und Psychiatrie
 – Physikalische Therapie, Epileptologie, Frankfurt/Main



„Ein erfolgreicher Abschluss ist eine gute Visitenkarte“

Interview mit Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung „Ausbildungswesen für Medizinische Fachangestellte“

Warum beschäftigt sich die Landesärztekammer eigentlich mit der Ausbildung zur/zum Medizinischen Fachangestellten (MFA)?

Roswitha Barthel: Das ist eine Frage, die uns auch viele Ärztinnen und Ärzte immer wieder stellen. Sie lässt sich mit einem Satz beantworten: Weil die Landesärztekammer laut Berufsbildungsgesetz dafür zuständig ist. So wie die anderen Heilberufskammern für ihre jeweiligen Auszubildenden übrigens auch. Ich habe mich hier also nicht eingeschlichen (*lacht*), sondern arbeite auf gesetzlicher Grundlage. Ich halte dies auch für eine wichtige Aufgabe der Ärztekammer, da Ärztinnen und Ärzte qualifiziert ausgebildete Mitarbeiterinnen* an ihrer Seite brauchen.

Wie sieht das Aufgabenspektrum der Abteilung „Ausbildungswesen für Medizinische Fachangestellte“ aus?

Barthel: Wir haben sowohl eine Beratungs- als auch eine Aufsichtsfunktion. Dies bedeutet, dass wir die Ausbildung durch Beratung aller an der Ausbildung Beteiligten, besonders ausbildender Ärzte und Auszubildender, fördern und zugleich ihre Durchführung überwachen. Außerdem sind wir für die Organisation des gesamten Prüfungswesens zuständig. Dieser Aufteilung entsprechen auch die Aufgabenbereiche meiner Mitarbeiterinnen. Während Ute A. Closmann und Marianne Kaiser-Müller mit Tätigkeiten rund um das Prüfungswesen betraut sind – Festlegung der Prüfungstermine, Erstellung von Prüfungsaufgaben, Auswertung der Prüfungsergebnisse, Organisation der Prüfungen bis hin zur Ausstellung der Prüfungszeugnisse – ist Petra Stoll in die telefonische Beratung von Auszubildenden und Ausbildern eingebunden, hat aber auch mehrere Sachgebiete wie zum Beispiel die Organisation der Berufsbildungsmessen, der Jobbörse und der Ehrungen.

Eine ihrer Mitarbeiterinnen ist der Bezirksärztekammer Gießen zugeordnet.

Wie kommt es, dass sie in Frankfurt arbeitet?

Barthel: Sandina Gall ist im Rahmen eines früheren Modellprojektes in Frankfurt tätig. Sie erledigt hier die gleichen Aufgaben, die auch bei ihren Kollegen in den anderen Bezirksärztekammern anfallen: Vorort-Betreuung für Praxen, für Auszubildenden und Berufsschulen im Zuständigkeitsbereich der Bezirksärztekammer Gießen. Dafür muss sie nicht in Gießen sein, denn durch die zunehmende Technisierung ist der persönliche Kontakt in der Regel überflüssig geworden: Gespräche finden telefonisch statt, Anfragen werden per Mail beantwortet. Der große Vorteil der Bezirksärztekammern ist ihr regionaler Bezug; allerdings können im Bereich MFA-Ausbildungswesen Routineaufgaben auch zentral bearbeitet werden. Frau Gall erledigt zusätzlich Sachgebietsaufgaben der Landesärztekammer.



Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung „Ausbildungswesen für Medizinische Fachangestellte“

Können Sie einen typischen Arbeitstag in der Abteilung beschreiben?

Barthel: Der Tag beginnt in der Regel mit der Beantwortung zahlreicher Mailanfragen. Sie kommen von Ausbildungsbetrieben, Ausbildungsbeauftragten in den Praxen, von Auszubildenden, von Ausbildungs-

beratern oder von den Berufsschulen in Hessen. In Hessen gibt es 24 davon. Fragen, die besser vor Ort beantwortet werden können, leiten wir an die zuständige Bezirksärztekammer weiter. Besondere Themen, insbesondere juristische übernehme ich selbst. So rufen häufig Ärztinnen und Ärzte an, wenn sie Probleme mit einem Auszubildenden haben. Gelegentlich kommt es auch vor, dass sich Medizinische Fachangestellte bei mir melden. Ein Beispiel: „Ich bin seit 23 Jahren in der Praxis und mein Chef gibt mir keinen Urlaub. Frau Barthel, können Sie mir helfen?“ In diesem Fall habe ich der Anruferin lediglich arbeitsrechtliche Grundsätze genannt und sie an einen Fachanwalt für Arbeitsrecht verwiesen, denn wir dürfen nur ausbildende Ärzte und Auszubildende, nicht jedoch fertige MFA beraten.

Worauf legen Sie in diesen Gesprächen Wert?

Barthel: Mir ist es wichtig, die anfragenden Ärzte und Azubis ausführlich zu beraten. Viele Fragen sind arbeitsrechtlicher Natur, so dass eine rechtliche Beratung gefordert ist. Doch in einigen Fällen lassen sich Probleme nicht einfach mit Hilfe von Paragraphen lösen. So gibt es Auszubildende, die sich aus unbekanntem Gründen häufig krankmelden. Dann versuche ich in dem Telefonat mit dem Rat suchenden Arzt zu erfahren, ob möglicherweise ein Problem im persönlichen Umfeld der Auszubildenden vorliegt oder Schwierigkeiten am Arbeitsplatz bestehen. Ich lege den Ärzten immer wieder nahe: Schauen Sie genauer hin, wenn ihr Azubi oft fehlt. Oft ist ein klärendes Gespräch hilfreich, bevor ein Vertrag gekündigt wird. Umgekehrt rate ich natürlich auch Auszubildenden, die sich mit Problemen in ihrem Ausbildungsbetrieb an mich wenden, nicht sofort „die Flinte ins Korn zu werfen“.

Gibt es Anlaufstellen, die Unterstützung bei Konflikten in der Ausbildung bieten?

Barthel: Ja, ich weise viele Anrufer auf das Programm QuABB des Landes Hessen hin.



Das schwer auszusprechende Kürzel steht für „Qualifizierte berufspädagogische Ausbildungsbegleitung in Betrieb und Berufsschule“; dahinter verbirgt sich eine hessenweite Unterstützungsmaßnahme, um Ausbildungsabbrüche zu vermeiden. Auszubildende, Ausbilder, Lehrkräfte und Eltern können sich persönlich, per E-Mail oder per Telefon an die zuständigen QuABB-Ausbildungsbegleiter in ihrer Region wenden. Sie bieten Sprechstunden in der Berufsschule an. Darüber hinaus stellt QuABB den an der Ausbildung Beteiligten Arbeitshilfen und Informationsmaterialien für den Ausbildungsalltag zur Verfügung. Das vom hessischen Wirtschaftsministerium eingeführte Programm hat sich sehr bewährt. Kürzlich hatte ich einen Arzt am Apparat, der sich nach Möglichkeiten erkundigen wollte, das Vertragsverhältnis mit einer Auszubildenden mit vielen Fehlzeiten und schlechten Ausbildungsleistungen zu lösen, um „Platz für eine oder einen Ausbildungswilligen“ zu machen.

Ich habe dem Arzt dennoch geraten, nicht sofort arbeitsrechtlich vorzugehen, auch um sich nicht dem Vorwurf unbilliger Härte auszusetzen, sondern zunächst das Gespräch mit seiner Auszubildenden zu suchen und sie auf QuABB hinzuweisen. Eventuell ist sie mit ihrer beruflichen Situation überfordert. Anfangs schien er von meinem Vorschlag nicht gerade begeistert; doch am Ende des Telefonats hat er mich gefragt; „Wie schreibt man QuABB“?

Für den Zugang zu QuABB muss natürlich bei allen Beteiligten zunächst ein Problembewusstsein vorhanden sein.

Welche Rolle spielen die Ausbildungsberater an den Berufsschulen?

Barthel: Unsere Ausbildungsberater an den 24 Berufsschulen in Hessen sind Ärzte, die von der Landessärztekammer auf der Grundlage des Berufsbildungsgesetzes bestellt werden. Sie sind Ansprechpartner für alle an der Berufsausbildung Beteiligten und helfen uns vor Ort, die Ausbildung zu überwachen. Ausbildungsberater vermitteln neutral bei Problemen, die während der Ausbildung in der Praxis oder in der Berufsschule auftreten. Dabei arbeiten sie oft mit den QuABB-Ausbildungsbegleitern zusammen. Für uns sind die Berater wichtig, da sie sich vor Ort auskennen und auch Praxen aufsuchen können.



Das Team der LÄKH-Abteilung „Ausbildungswesen für Medizinische Fachangestellte“: Marianne Kaiser-Müller, Sandina Gall, Petra Stoll, Ute A. Closmann und Leiterin Roswitha Barthel (alle von links)

Die Ausbildungsberater berichten der Landesärztekammer Hessen über ihre Tätigkeit. Enthalten ihre Berichte Beschwerden wie etwa die Überschreitung von Arbeitszeiten, häufigen Mitarbeiterwechsel oder unangemessenes Verhalten von Vorgesetzten, ist es zunächst das Ziel, die Vorwürfe kollegial auf Ebene der Bezirksärztekammer klären zu lassen. Wenn der betreffende Arzt jedoch sein Verhalten nicht ändert, muss die Rechtsabteilung und, falls notwendig, sogar das Präsidium eingeschaltet werden. Das äußerste Mittel, das in unsere Zuständigkeit fällt, ist der Entzug der Ausbildungsberechtigung.

Sie hatten eingangs gesagt, dass das Prüfungswesen neben den Beratungswesen einen großen Teil ihrer Arbeit ausmacht. Was kommt in diesem Bereich auf Ihre Abteilung zu?

Barthel: Pro Jahr werden in Hessen rund 1000 Neuverträge mit Auszubildenden zur Medizinischen Fachhelferin geschlossen; innerhalb der dreijährigen Ausbildungszeit begleiten wir daher 3000 Auszubildende. Diese Zahl begegnet uns auch in den Prüfungen: In den Zwischenprüfungen sind es jährlich rund 900 Prüflinge, in den beiden Abschlussprüfungen im Sommer und Winter über 1000 Prüflinge.

Der Zentrale Aufgabenerstellungsausschuss (ZAA), der aus Ärzten, Medizinischen Fachangestellten und Fachlehrern besteht, konzipiert die Prüfungsaufgaben und die Prüfungsfälle. Ich betreue den Ausschuss persönlich und bin in die Erstellung der schriftlichen Prüfungsaufgaben eingebunden. Für die Abnahme der Prüfungen haben wir ca. 200 Prüfer berufen, die sich aus Arbeitgebern, Ar-

beitnehmern und Lehrern zusammensetzen. Im Prüfungswesen arbeiten wir gut mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V., der Berufsorganisation der MFA, und den Berufsschulen zusammen. Die Prüfungsergebnisse der schriftlichen Teils der Abschlussprüfung sind zwar insgesamt etwas schlechter, aber es fallen weniger Prüflinge durch. Im praktischen Teil gibt es etliche 1er- und 2er-Kandidaten, aber auch viele, bei denen so gut wie keine praktischen Fertigkeiten vorhanden sind. Wer die Note 5 oder 6 erhält, hat die Prüfung nicht bestanden. Bei Note 6 schreibe ich die Ärzte an und versuche gemeinsam mit den Ausbildern herauszufinden, woran das schlechte Ergebnis lag.

Welchen Stellenwert hat die Prüfung?

Barthel: Die Anforderungen an den Beruf sind hoch. Aus diesem Grund ist auch die Prüfung anspruchsvoll, denn wir entlassen die Absolventen damit in das Berufsleben. Jede, die sich für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten entscheidet, sollte wissen, dass damit fundiertes medizinisches Fachwissen und organisatorische Fertigkeiten verbunden sind. Medizinische Fachangestellte tragen eine enorme Verantwortung und müssen mit Kopf und Herz dabei sein. Um Ärzten qualifiziertes Personal an die Hand geben zu können, sorgen wir für eine qualitativ hochwertige Ausbildung, an deren Ende eine aussagekräftige Prüfung steht. Ein erfolgreicher Abschluss ist die beste Visitenkarte für den Ausbildungsberuf.

Interview: Katja Möhrle

*Der Einfachheit halber verwenden wir im Text die weibliche Form



Aus der Gutachter- und Schlichtungsstelle:

Diagnose und Therapie einer seltenen Augenerkrankung

Katharina Deppert

Kasuistik

Der am 7. Mai 1978 geborene Patient befand sich seit 18. Juli 2012 in augenärztlicher Behandlung bei der beteiligten Ärztin. Er klagte zunächst über ein Trockenheitsgefühl, und es wurden ihm entsprechende Medikamente und auch Speziallinsen, sogenannte torische Linsen, verordnet.

Am 15. Oktober 2012 klagte der Patient über ein Fremdkörpergefühl und Entzündungserscheinungen. Bei der spaltlampenmikroskopischen Untersuchung stellte die Ärztin auf der Hornhaut oberflächliche Trübungen mit einem Fluoreszein-positiven Befund fest. Sie verordnete Vigamox-Augentropfen und Polyspektran-Augensalbe. Am 17. Oktober 2012 wurden wiederum oberflächliche Trübungen auf der Hornhaut, die sich mit Fluoreszein-Farbstoff anfärben ließen, beschrieben. Weitere Untersuchungen fanden im Oktober 2012 am 19., 22., 24., 26., 29. und 31. statt. Der Befund hatte sich in dieser Zeit nicht wesentlich geändert.

Bei häufigen Untersuchungen im November 2012 zeigten sich in der spaltlampenmikroskopischen Beschreibung des rechten Auges keine Veränderungen; es wurden oberflächliche Trübungen, Fluoreszein-positiv beschrieben. Dem Patienten wurden Bepanthen-Augensalbe, Regepithel-Augensalbe, zeitweise Isoptomax-Augensalbe verordnet. Bei der letzten ambulanten augenärztlichen Untersuchung am 19. November 2012 klagte der Patient über eine weitere Verschlechterung des Befindens.

Vom 20. bis 28. November 2012 wurde der Patient in einer Augenklintik unter der Verdachtsdiagnose Herpes Endothelitis stationär behandelt. Ihm wurden Aciclovir-Augensalbe, Inflanefran-Augentropfen, Boroscopol-Augentropfen und Vigamox-Augentropfen verordnet. Zusätzlich erfolgte eine systemische Gabe von Aciclovir. In den nächsten Tagen wurde Fortecortin unter die Bindehaut rechts injiziert. Die entzündlichen Erscheinungen besserten sich nicht wesentlich. Am 21. November 2012 werden erstmals ein rundliches Infiltrat auf der Hornhaut beschrieben sowie in der Vorderkammer des rechten Auges einzelne Entzündungszellen. Ihm wurden Dexamethason-Augentropfen sowie Cortison unter die Bindehaut injiziert. Es fand sich weiterhin ein ringförmiges Infiltrat der Hornhaut. Als Diagnose wurde angegeben: disciforme Herpes-Keratitis mit begleitender Iritis. Am 30. November und 3. Dezember 2012 folgten ambulant weitere Untersuchungen in der Augenklintik.

Ab 12. Dezember 2012 bis 18. Januar 2013 befand sich der Patient wegen starker Schmerzen erneut stationär in der Augenklintik. Es wurde die Verdachtsdiagnose einer Akanthamöben-Keratitis gestellt und am 23. Dezember 2012 durch Hornhautbiopsie nachgewiesen. Nunmehr begann eine intensive Therapie mit Hexacyl, Floxal, Broleone und Polyspektran-Augentropfen sowie Nizural-Tabletten.

Vom 22. Januar bis 6. Februar 2013 wurde der Patient stationär in der Augenklintik eines Universitätsklinikums behandelt. Am 24. Januar 2013 wurden eine lamelläre Keratektomie und ein Cross-linking sowie am 31. Januar 2013 eine perforierende Hornhautverpflanzung vorgenommen.

Am 19. März 2013 wurde eine Amnionmembrantransplantation durchgeführt. Am 20. März 2013 wurde der Patient entlassen. Der letzte Befund stammt vom 13. Mai 2014. Die Sehschärfe des rechten Auges lag jetzt bei 0,4 ohne Korrektur. Das Transplantat war klar, und das Hornhautepithel war geschlossen.

Patient kontra Ärztin

Der anwaltlich vertretene Patient hat vorgetragen, seine Augenerkrankung habe sich während der Behandlung durch die beteiligte Ärztin entwickelt. Sie habe keine Abstriche, Biopsien oder ähnliches veranlasst und ihn nicht in eine Augenklintik überwiesen. Sie habe keine Differentialdiagnose gestellt, obwohl seine Vorgeschichte (Hornhauttrübung wegen Kontaktlinsen) bekannt gewesen sei. Die Erkrankung und die anschließenden operativen Eingriffe seien dadurch verschuldet worden, dass die Akanthamöben-Keratitis zu spät diagnostiziert worden sei. Als er die Ärztin das erste Mal in ihrer Praxis aufgesucht habe, habe sich die Krankheit im absoluten Anfangsstadium befunden. Eine sofortige oder zeitnahe richtige Diagnose hätte ihm alle weiteren Operationen und Schmerzen erspart. Als sich an der ersten Augenklintik der behandelnde Professor nach der erneuten stationären Aufnahme am 12. Dezember 2012 an den auf Hornhaut spezialisierten Kollegen an der Universitätsklinik, ebenfalls Professor, gewandt habe, habe dessen Ferndiagnose aufgrund von Fotos sofort gelautet: Akanthamöben-Keratitis.

Die beteiligte Ärztin hat vorgetragen, sie habe dem Patienten mehrfach eindringlich eine Keimbestimmung und das Aufsuchen einer Augenklintik vorgeschlagen. Dies habe er stets abgelehnt,

bis er sich selbst in der ersten Augenklinik einen Termin für den 20. November 2012 habe geben lassen.

Gutachten des Sachverständigen

Der Sachverständige hat in seinem Gutachten vom 12. August 2015 unter Beifügung zahlreicher Literaturnachweise ausgeführt, der Patient sei zunächst vom 15. Oktober bis 19. November 2012, also insgesamt fünf Wochen, danach in der Augenklinik teils ambulant, teils stationär, behandelt worden, bis am 23. Dezember 2012 die Diagnose Akanthamöben-Keratitis festgestellt worden sei. Die Akanthamöben-Keratitis sei eine seltene Infektion mit Protozoen, die vornehmlich bei Trägern von Kontaktlinsen auf trete. Eine Infektion des vorderen Augenabschnitts mit Akanthamöben könne eine Vielzahl von uncharakteristischen Entzündungszuständen hervorrufen, die eine frühzeitige Diagnose erschweren. Die Akanthamöben-Keratitis zeige häufig ein Erscheinungsbild ähnlich einer Herpes Simplex Keratitis und werde trotz ausführlicher Darstellung in der wissenschaftlichen Literatur immer wieder mit ihr verwechselt. Einer der Hauptgründe dafür könnte sein, dass die Erkrankung trotz zunehmender Infektionsrate noch immer äußerst selten sei und daher ein wenig vertrautes klinisches Bild zeige.

Zusammenfassend könne festgestellt werden, bei der seltenen Infektion mit Akanthamöben könnten unterschiedliche Hornhautoberflächenveränderungen entstehen. Das klinische Bild sei differentialdiagnostisch schwierig gegenüber anderen Infektionen, speziell den herpetischen Infektionen, abzugrenzen. Ringinfiltrate kämen häufig vor, sie seien hier aber erst ca. acht Wochen nach Erstinfektion beschrieben worden. Charakteristisch seien extrem starke, nicht beherrschbare Schmerzen in Form einer Perineuritis des Hornhaut-Stromas. Die Infektion trete vermehrt bei Kontaktlinsenträgern auf. Der Nachweis sei schwierig. Eine Biopsie aus der Hornhaut könne erforderlich sein. Hier würden Zysten und Trophozoiten gefunden, auch die Behandlung sei schwierig. Nach Vorbehandlung könne eine Hornhautverpflanzung erforderlich sein.

Der hier beschriebene Verlauf einer Akanthamöben-Keratitis sei durch eine Diagnoseunsicherheit über längere Zeit gekennzeichnet. Es bestehe aber kein Zweifel, dass die selten vorkommende Akanthamöben-Keratitis schwer zu diagnostizieren sei und häufig durch einen langwierigen unklaren Verlauf gekennzeichnet

sei. Es könne somit auch nicht bewiesen werden, dass hier durch eine frühzeitigere Diagnosestellung das Krankheitsbild günstiger verlaufen wäre.

Widerspruch gegen Gutachten

Gegen dieses Gutachten richtet sich der Antrag des Patienten auf Kommissionsentscheidung. Er trägt vor, wenn der Gutachter zu dem Ergebnis komme, dass die Frage des günstigeren Krankheitsverlaufes bei frühzeitiger Diagnosestellung nicht beweisbar sei, könne er dem nicht beipflichten. Sein behandelnder Professor aus der Universitätsklinik habe hierzu eine andere Auffassung. Je frühzeitiger eine Akanthamöben-Keratitis erkannt würde, desto einfacher sei die Behandlung und desto weniger schwerwiegend die Folgen.

Es sei eindeutig, dass es sich um eine Erkrankung handle, die relativ schwer zu diagnostizieren sei. Allerdings sei ein unklarer Schmerz in dem hier geschilderten Ausmaß stets ein Anhaltspunkt für die Akanthamöben-Keratitis. Jedenfalls hätte die Ärztin, nachdem sie auf seine massiven Schmerzen sich keinen Rat gewusst habe, sofort einen Spezialisten zu Rate ziehen müssen. Eine laienhafte Internetrecherche für Akanthamöben-Keratitis habe ergeben, dass die Früherkennung zur Vermeidung von Operationen und schwerwiegenden Folgen maßgeblich sei. Innerhalb der ersten sechs Wochen der Erkrankung sei keine Operation nötig. Die Früherkennung sei ausschlaggebend für den Therapieerfolg. Die entsprechenden Präsentationen seien von den führenden Augenärzten verfasst, unter anderem von den im Gutachten als Quelle genannten Seitz und Szentmary.

Die Entscheidung der Kommission

Die Kommission kommt zu folgendem Ergebnis:

Der beteiligten Ärztin ist eine Fehldiagnose unterlaufen, weil sie bei den häufigen Untersuchungen des Patienten während eines Zeitraums von fünf Wochen die bei ihm vorliegende Akanthamöben-Keratitis nicht erkannt hat. Dieser Diagnosefehler ist aber nicht vorwerfbar und gereicht ihr nicht zum Verschulden. Zur Vermeidung von Wiederholungen wird in vollem Umfang auf das angefochtene Gutachten Bezug genommen.

Akanthamöben-Keratitis

- Die Akanthamöben-Keratitis ist eine Entzündung der Hornhaut (Keratitis), die durch Akanthamöben ausgelöst wird.
- Etwa fünf Prozent der Keratiden werden durch Akanthamöben verursacht.
- 83 – 93 Prozent der Patienten sind Kontaktlinsenträger. Weiße Kontaktlinsen mit verlängerter Tragedauer und unzureichender Hygiene (z. B. Tragen über Nacht, Reinigung mit Leitungswasser) sind die häufigste Ursache.
- Akanthamöben kommen weltweit im Erdreich, Schwimmbädern, Klimaanlage und im Leitungswasser vor und finden sich auch in der Nasen- und Rachenschleimhaut gesunder Menschen.
- Das klinische Bild ähnelt einer bakteriellen oder einer Herpes-simplex-Keratitis. Erste Anzeichen sind Lichtempfindlichkeit, Tränenfluss und starke okuläre Schmerzen.
- Ca. 90 Prozent der Patienten mit dieser Erkrankung werden initial fehldiagnostiziert.
- Wenn die Diagnose rechtzeitig gestellt wird, kann die Akanthamöbenkeratitis gut durch eine dreifache medikamentöse Therapie behandelt werden.

Die Redaktion

(Quelle: N. Szentmáry et al. (2012): Die Akanthamöbenkeratitis – ein seltenes und oft spät diagnostiziertes Chamäleon. In: Klin. Monatsbl. Augenheilkunde, 229: 521-528.)

Nach der Rechtsprechung (BGH, Urteil vom 8. Juli 2003 – VI ZR 304/02, VersR 2003, 1256 ff.) ist ein Behandlungsfehler nicht immer schon dann anzunehmen, wenn ein Arzt zu einer objektiv unrichtigen Diagnose gelangt. Grundsätzlich ist zwar das Nichterkennen einer erkennbaren Erkrankung und der für sie kennzeichnenden Symptome als Behandlungsfehler zu werten. Irrtümer bei der Diagnosestellung, die in der Praxis nicht selten vorkommen, sind jedoch oft nicht die Folge eines vorwerfbaren Versehens des Arztes. Die Symptome einer Erkrankung sind nämlich nicht immer eindeutig, sondern können auf die verschiedensten Ursachen hinweisen. Dies gilt auch unter Berücksichtigung der vielfachen technischen Hilfsmittel, die zur Gewinnung von zutreffenden Untersuchungsergebnissen einzusetzen sind.

Diagnoseirrtümer, die objektiv auf eine Fehlinterpretation der Befunde zurückzuführen sind, können nur mit Zurückhaltung als Behandlungsfehler gewertet werden. Die Frage nach einem ärztlichen Fehlverhalten kann sich jedoch auch stellen, wenn der behandelnde Arzt ohne vorwerfbare Fehlinterpretation von Befunden eine objektiv unrichtige Diagnose stellt und diese darauf beruht, dass der Arzt eine notwendige Befunderhebung entweder vor der Diagnosestellung oder zur erforderlichen Überprüfung der Diagnose unterlassen hat.

Bei Anwendung dieser Grundsätze ist der Ärztin die Fehlinterpretation der Befunde nicht als Verschulden anzulasten. Sie hat die Augen des Patienten regelmäßig, oft auch mehrfach in einer Woche, kontrolliert und die ihrer Diagnose entsprechenden Medikamente verordnet sowie auch bei deren Erfolglosigkeit die Therapie gewechselt. Der Sachverständige hat eingehend dargelegt, dass das klinische Bild differentialdiagnostisch schwierig gegenüber anderen Infektionen, speziell den herpetischen Infektionen, abzugrenzen ist. Dem schließt sich die Kommission an.

Die möglicherweise wegweisenden Ringinfiltrate wurden erstmals am 21. November 2012 in der ersten Augenklinik beschrieben und damit erst ca. acht Wochen nach der Erstinfektion. Aber auch dann wurde die richtige Diagnose in der Augenklinik, in der sich der Patient stationär vom 20. bis 28. November 2012 und dann nochmals ab 12. Dezember 2012 bis 18. Januar 2013 befand, erst am 23. Dezember 2012 gestellt. Nach dem Vorbringen des Patienten erfolgte dies nach einer Rücksprache mit dem Professor an der Universitäts-

linik, einem anerkannten Hornhautspezialisten. Dies alles bestätigt die Schwierigkeiten für die beteiligte niedergelassene Ärztin, bei dem Patienten zu einer richtigen Diagnose zu gelangen.

Keine Verletzung der Sorgfaltspflicht

Dem Vortrag des Patienten, die Ärztin habe ihre Sorgfaltspflichten verletzt, weil sie es versäumt habe, ihm angesichts seiner massiven Schmerzen rechtzeitig das Aufsuchen einer Augenklinik zu empfehlen, kann nicht gefolgt werden. Ausweislich der Vermerke der Ärztin auf ihrer Karteikarte hat sie dem Patienten am 2., 9., 14. November 2012 dazu geraten, sich in eine Augenklinik zu begeben. Im Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle ist von dieser ärztlichen Dokumentation auszugehen, weil in diesem Verfahren eine Vernehmung von Zeugen oder die Anhörung eines der Beteiligten nicht zulässig ist. Da der erste Rat, in einer Klinik vorstellig zu werden, am 2. November erfolgte, also gut zwei Wochen nach den am 15. Oktober 2012 von dem Patienten geklagten Beschwerden und dem von der Ärztin erhobenen Befund oberflächlicher Trübungen auf der Hornhaut, hat sie rechtzeitig reagiert.

Die Ärztin selbst konnte in ihrer Praxis die erforderliche weitere invasive Diagnostik, etwa eine Biopsie, nicht durchführen. Die hierzu nötigen Untersuchungen wären mit Schmerzen und der Gefahr von erheblichen Komplikationen (Vernarbung etc.) verbunden. Auch die Therapie dieser dann schließlich getroffenen schwerwiegenden Diagnose erforderte massive Eingriffe für den Patienten. Wie der Sachverständige in seinem Gutachten zutreffend erläutert hat, besteht bei diesem Krankheitsbild neben einer großen diagnostischen auch eine therapeutische Unsicherheit, selbst bei ausgewiesenen Hornhautexperten. Er ist daher zu dem Ergebnis gelangt, es sei nicht beweisbar, dass bei dem Patienten durch eine frühzeitigere Diagnosestellung das Krankheitsbild günstiger verlaufen wäre.

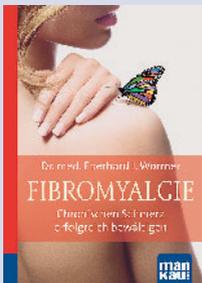
Nach alledem verbleibt es bei dem angefochtenen Gutachten.

Dr. iur. Katharina Deppert

Vorsitzende Richterin am BGH a. D.

Vorsitzende der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Bücher



Eberhard J. Wormer: Fibromyalgie – Chronischen Schmerz erfolgreich bewältigen

Kompakt-Ratgeber. Mankau Verlag 2015,
127 Seiten, ISBN 9783863742119
€ 7.99

Die Fibromyalgie (Faser-Muskel-Schmerz, FMS) ist eine chronische und unheilbare Erkrankung. Sie ist durch weit verbreitete Schmerzen mit wechselnder Lokalisation in der Muskulatur, Ge-

lenken, im Bereich des Rückens, Begleitsymptomen wie Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrations- und Antriebsschwäche, Schwellungsgefühl an Händen, Füßen und Gesicht und vielen weiteren Beschwerden gekennzeichnet. Betroffen sind (je nach Quelle) zwischen 0,6 und vier Prozent der Bevölkerung, davon bis zu 90 Prozent Frauen. Es gibt eine hochwertige S 3-Leitlinie dazu. Der Ratgeber geht sorgfältig mit dem gesicherten Wissen und den vielen ungesicherten Fiktionen des Syndroms um. Einer kurzen Beschreibung „Was ist Schmerz“ folgen Kapitel zu allen FMS-Aspekten, verständlich geschrieben mit viel Einfühlungsvermögen in die Problematik einer letztlich unbekanntem Krankheit. Der Autor beschreibt kritisch alle Therapiemöglichkeiten und Selbsthilfekonzepte.

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

Bad Nauheimer Gespräch:

Digitalisierung im Gesundheitswesen – Chancen und Risiken

Das E-Health-Gesetz soll Grundlagen für eine sichere digitale Kommunikation, Infrastrukturen und Anwendungen im Gesundheitswesen schaffen. Doch Digitalisierung pluralisiert: „Wir bewegen uns in einem Spannungsfeld von wachsenden Möglichkeiten und neuen Nutzenwendungen auf der einen Seite und Risiken in Bezug auf Datensicherheit und ärztliche Schweigepflicht auf der anderen Seite“, beschreibt Dr. med. Johannes Knollmeyer, 2. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e.V. und Direktor Gesundheitspolitik bei Sanofi Aventis, in seiner Begrüßung. Die Diskussionsveranstaltung, die bereits im März stattfand, näherte sich dem Thema aus den Perspektiven von Politik, Wissenschaft und ärztlicher Praxis.

Gesundheitssystem zukunftsfähig machen

Großen Anteil daran, dass das E-Health-Gesetz in dieser Legislaturperiode zum Abschluss gebracht wurde, hatte Dr. Katja Leikert. Sie ist ordentliches Mitglied im Gesundheitsausschuss, Schriftführerin des Deutschen Bundestages und Berichterstatterin für das Feld Telematik und stellte auf dem Bad Nauheimer Gespräch die Perspektive der Politik dar. Ist unser herkömmliches Gesundheitssystem mit seiner sektoralen Trennung, seiner Intransparenz und mit wenig Digitalisierung noch zukunftsfähig? Eine Frage, die im Bundestag schon lange diskutiert werde, versicherte Leikert. Ziel sei, eine Telematikinfrastruktur in Deutschland zu schaffen, die alle Leistungserbringer, Kostenträger, Patienten und auch die Pflege miteinander vernetze. „In die 210.000 Arztpraxen, 21.000 Apotheken und 2000 Krankenhäuser sollen überall sogenannte Konnektoren gestellt werden, in die verschlüsselte Informationen sicher rein- und rausgehen“, so Leikert. Neben der Einführung des elektronischen Arztbriefs, des elek-

tronischen Entlassbriefs und dem Medikationsplan als neue Instrumente, bezeichnete sie als Herzstück des E-Health-Gesetzes die elektronische Patientenakte. „Es muss ein Umdenken stattfinden. Die Daten gehören weder dem Krankenhaus, noch dem behandelnden Arzt oder Ärztin. Die Daten gehören dem Patienten“, betonte Leikert. Mit der elektronischen Patientenakte würden die Daten zurück in die Souveränität des Patienten gehen.

„Das Gesundheitswesen ist bereits weitreichend digitalisiert“, entgegnete Prof. Dr. med. Georgios Raptis, Arzt und Diplom-Mathematiker. Er war von 2005 bis Anfang 2016 im Dezernat für Telematik in der Bundesärztekammer tätig und ist seit Februar dieses Jahres an der ostbayerischen Technischen Universität Regensburg. Mit seiner Aussage bezog er sich auf die bereits vorhandene Hightech-Medizin mit ihrer Diagnostik und Therapie, die auf einem hohen technischen Niveau sei. Defizite gebe es hingegen in der Vernetzung und Kommunikation. „Wir nutzen weiterhin Kommunikationsmittel im Gesundheitswesen, die aus dem letzten Jahrhundert stammen.“ E-Health kann den Patienten den Zugang zu geeigneten medizinischen Maßnahmen eröffnen, die entweder noch nicht vor Ort verfügbar sind – Thema Telemedizin – oder nicht zur richtigen Zeit verfügbar sind – Thema Telemonitoring von chronisch kranken Patienten, die dann entsprechend überwacht werden können, fasste Raptis die Chancen zusammen. Bei aller Euphorie müsse man aber auch die entsprechenden Risiken betrachten. Diese lägen beim technischen Datenschutz.

Die Digitalisierung habe jedoch nicht nur technische, sondern auch gesellschaftliche Folgen, machte Raptis deutlich. Sie verändere den Umgang der Gesellschaft mit dem Gesundheitswesen: „Plötzlich hat man als Patient Zugang zu seinen eigenen Daten, man hat einen eigenen Umgang mit dem Datenschutz. Das sind Folgen,

die wir noch nicht kennen. Wir müssen schauen, ob wir mit diesen Folgen leben möchten.“ Auch müsse berücksichtigt werden, dass die Zielgruppe mit der Digitalisierung Schritt halten könne.

Praxistaugliche Konzepte wichtig

Als wichtig bewertete Raptis, dass die Digitalisierung im Gesundheitswesen sowohl für den Patienten als auch für die Ärzteschaft einen konkreten Nutzen haben müsse. So müssten praxistaugliche Konzepte entwickelt werden und wichtige, konzentrierte Daten von irrelevanten getrennt werden. „Wir müssen es schaffen, den Datenhunger in den Griff zu bekommen. Denn alles, was wir digitalisieren, führt oft dazu, dass noch mehr Daten abgerufen werden“, bestätigte auch Martin Leimbeck, der aus der Perspektive des Arztes an der Basis das Thema beleuchtete. Der in Braunfels seit vielen Jahren in hausärztlicher Gemeinschaftspraxis niedergelassene Facharzt für Allgemeinmedizin ist außerdem Mitglied im Ausschuss Telematik der Landesärztekammer Hessen. „Wir wollen digitalisieren“, stimmte er zu, machte aber zugleich vermehrt auf die Risiken aufmerksam. So dürfe die Schweigepflicht als Grundlage des Arztberufs nicht ausgehöhlt werden. Auch berge Digitalisierung die Gefahr einer Entsolidarisierung der Gesellschaft, was sich unter anderem an Tarifangeboten von Krankenkassen zeige, die günstigere Konditionen anbieten, wenn zum Beispiel die Abstinenz von Tabak und Alkohol nachgewiesen werde. Es sei daher unbedingt notwendig, einen gesellschaftlichen Diskurs über das Thema zu führen, das habe man in den vergangenen zehn Jahren versäumt.

Maren Grikscheit

Weitere Informationen zu den Bad Nauheimer Gesprächen siehe: www.bad-nauheimer-gespraech.de



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.

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., 08. Juni 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Mi., 21. September 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 **6 P**

Sa., 11. Juni 2016, 10:00 – 15:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Medizinische Begutachtung

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

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)

Kenntniskurs

Sa., 10. September 2016

(theoretische und praktische Unterweisung)

Gebühr: Theorie

Theorie € 100 (Akademiestatistiker € 90)

Praxis € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

EKG-Kurs

Fr., 03. – Sa., 04. Juni 2016 **22 P**

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

Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 298)

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

Aktuell und Interdisziplinär

In Kooperation mit dem Collegium Medicinae Italo-Germanicum.

48. Internationaler Seminarkongress Grado (Italien)

So, 28. August – Fr., 02. September 2016

Leitung: Dr. med. M. Kaplan, Dr. med. G. von Knoblauch zu Hatzbach, Prof. Dr. med. P. Sefrin, Prof. Dr. med. Dr. h.c. K. Vilmar auf Anfrage

Gebühr:
Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222, E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

9. Sommerakademie

Verletzungsdokumentation 4 P

Mo., 20. Juni 2016, 14:30 – 18:00 Uhr

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

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Intensivkurs – Hygiene in Arztpraxen 10 P
(auch für med. Fachpersonal)

Di., 21. Juni 2016, 13:00 – 21:00 Uhr

Leitung: S. Niklas, Eschborn

Gebühr: € 160 (Akademiestatistiker € 144)

EKG-Refresher-Kurs

Do., 23. Juni 2016, 13:00 – 21:00 Uhr 10 P

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

Gebühr: € 140 (Akademiestatistiker € 126)

Hautkrebs-Screening

Fr., 24. Juni 2016, 13:00 – 21:00 Uhr 11 P

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

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
zzgl. € 70 für Unterlagen

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 04. – So., 06. November 2016 30 P

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

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

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

Mi., 07. September 2016, Mi., 14. September 2016,
Mi., 21. September 2016, Mi., 28. September 2016

Leitung: Prof. Dr. med. Verhoff, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

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

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße 25 P

Do., 16. – Fr., 17. Juni 2016 (Theorie)

Sa., 18. Juni 2016 (Praktikum)

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden Gefäße 20 P

Fr., 25. November 2016 (Theorie)

Sa., 26. November 2016 (Praktikum)

Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)

Ort Praktikum: Frankfurt, Nordwestkrankenhaus

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt

für Gefäße: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen

Abschlusskurs 29 P

Sa., 05. November 2016 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Kurs und Modul: Farb- und Spektral-Dopplersonographie abdomineller Gefäße

Sa., 15. Oktober 2016, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ort: Groß-Umstadt, Kreisklinik

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley

Kurs und Modul: Elastographie

Sa., 03. Dezember 2016, 09:00 – 18:00 Uhr 9 P

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ort: Frankfurt, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. Friedrich-Rust, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: adiel.candelo-roemer@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „state of the art“

Mi., 22. Juni 2016 **Gastroenterologie, Neuropädiatrie**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen
Mi., 21. September 2016 **Neonatologie, Stoffwechsel**
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Mi., 15. März 2017 **Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle**
Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst
Gebühr jeweils: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning Veranstaltung
Präsenzphase: Do., 23. – Sa., 25. Juni 2016
 (Beginn der Telelernphase: Sa., 21. Mai 2016)
Kriseninterventionsseminar (zur Auswahl):
Mi., 31. August oder Mi., 05. Oktober 2016
Gebühr: Theorie € 600 (Akademiestatistiker € 540)
 Kriseninterventionsseminar € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene Transplantationsbeauftragte

Di., 15. November 2016, 09:30 – 17:30 Uhr **10 P**
Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
 PD Dr. med. A. P. Barreiros
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Begutachtung

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

Mi., 12. Oktober 2016 **4 P**
Leitung: Prof. Dr. med. F.-L. Welter,
 Dr. jur. C. Offczors
Gebühr: 50 € (Akademiestatistiker 45 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

Modul 1: Vorgeburtliche Risikoabklärung

Sa., 11. Juni 2016
 (Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)
Ort: **Frankfurt**

Gebühr:
 Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 2: Methoden der Humangenetik

Sa., 09. Juli 2016
 Beginn Telelernphase: **Do., 09. Juni 2016**
 (Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Ort: **Frankfurt**
Gebühr:
 Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 3: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sa., 10. September 2016 **38 P**
 (Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)
 Beginn Telelernphase: **Mi., 10. August 2016**

Ort: **Bad Nauheim**
Gebühr:
 Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)
Leitung: Dr. med. Dipl. Biol. E.-M. Schwaab,
 Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung** für zahlreiche Fachgebiete:

Sa. 04. Juni, 09. Juli 2016
Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Intensivmedizin

35. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 26. – Fr., 30. September 2016 **30 P**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga,
 Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer,
 Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,
 Frankfurt a. M.

Gebühr: 590 € (Akademiestatistiker 531 €)
Ort: Frankfurt a. M. Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de



Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

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

Einführung in das Medizinrecht

28. September 2016, 16:00 - 21:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth
 Rechtsanwältin M. Strömer
Gebühr: € 90 (Akademienmitglied € 81)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademienmitglieder € 558)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Impfkurs

Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**
Leitung: Dr. med. P. Neumann
Gebühr: € 180 (Akademienmitgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademienmitglieder € 216)
Leitung: D. Paul, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung - Basisseminar

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober + Fr., 11. – Sa., 12. November 2016
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Gebühr: € 520 (Akademienmitglieder € 468)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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

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 (Akademienmitglieder € 567)
 Fallseminar Modul III:
 € 740 (Akademienmitglieder € 666)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Sozialmedizin

GK II: Mi., 06. – Fr., 15. Juli 2016 **80 P**
Gebühr: € 650 (Akademiestmitgl. € 585)

AK I: Mi., 01. – Fr., 10. Februar 2017

AK II: Fr., 19. – Fr., 28. April 2017

Gebühr: auf Anfrage

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

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

Allgemeinmedizin

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 (Akademiestmitglieder € 234)

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

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke

Mi., 18. November 2016, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**

Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
 Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen
 Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestmitgl. € 162)

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

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

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

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

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

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühr: je Kurs. € 300 (Akademiestmitgl. € 270)

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

Psychosomatische Grundversorgung

22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

Gebühr: € 330 (Akademiestmitgl. € 297)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14. – Sa., 19. November 2016

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

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

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestmitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

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



Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

Fr., 07. – Sa., 15. Oktober 2016

Leitung: PD. Dr. med. C. Kill, Marburg
Ort: Marburg, Universitätsklinikum
Gebühr: 770 € (695 € für Mitarbeiter UKGM)
Auskunft/Anmeldung: Simulationszentrum Mittelhessen, Fon: 06421 950 2140 E-Mail: simulations@rdmh.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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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 (Akademiest. € 432)
Gebühr / Tag: € 150 (Akademiest. € 135)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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





► NEU ► ► **Impfmanagement** ► ► NEU ►

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Inhalte: 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 Verbesserungspotenziale erarbeitet werden.

Die Teilnahme an der achtstündigen 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 inklusive Lernerfolgskontrolle

Impfungen (MED 10)

Inhalte: In der Anpassungsfortbildung werden die Themen: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden und 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

**Schwerpunkt Patientenbetreuung /
Praxisorganisation**

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

**Qualitätsmanagement: DIN-EN ISO Normenänderung
9001:2008 auf 9001:2015 (PAT 11)**

In der Veranstaltung werden die wesentlichen Änderungen vorgestellt und konkrete Arbeitsschritte zur Umstellung im internen Praxissystem erarbeitet.

Termin: Sa., 10.09.2016, 09:30 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 105

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

Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NäPA)

Die Fortbildung zur/zum NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels 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

NEU ► ► ► **Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin**

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: Mi., 26.10.2016

Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Schwerpunkt Medizin

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 18a RöV (MED 2)

Der Sonderkurs richtet sich an alle, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin: Fr., 07.10.2016, 08:30 – 16:00 Uhr und

Sa., 08.10.2016, 08:30 – 17:00 Uhr

Teilnahmegebühr: 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Information: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-184, Fax: -180

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene (MED 4)

Inhalte: Erkennung von technischen Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie, Ruhe- und Belastungs-EKG, Notfallausstattung und Geräewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Grundlagen der Dopplermessung, Praxis, Auswertung eines Belastungs-EKGs

Termin: Sa., 03.09.2016, 09:15 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105

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



Onkologie (ONK) (120 Stunden)

„Psychoonkologie“ Aufbaufortbildung (PAT 15)

Die vorliegende Veranstaltung wird angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3, zu den Bundesmantelverträgen) vom 01.01.2011. Sie richtet sich insbesondere an Personen, die bereits erfolgreich an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben.

Termin: Do., 06.10.2016 bis Sa., 08.10.2016, 24 Stunden

Teilnahmegebühr: € 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

Kardiologie (KAR) (120 Stunden)

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

Termin: ab 07.10.2016

Gebühr: € 1.180,00 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin.

Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: ab 06.10.2016

Gebühr Pflichtteil: € 1.520

Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

Website: www.carl-oelemann-schule.de

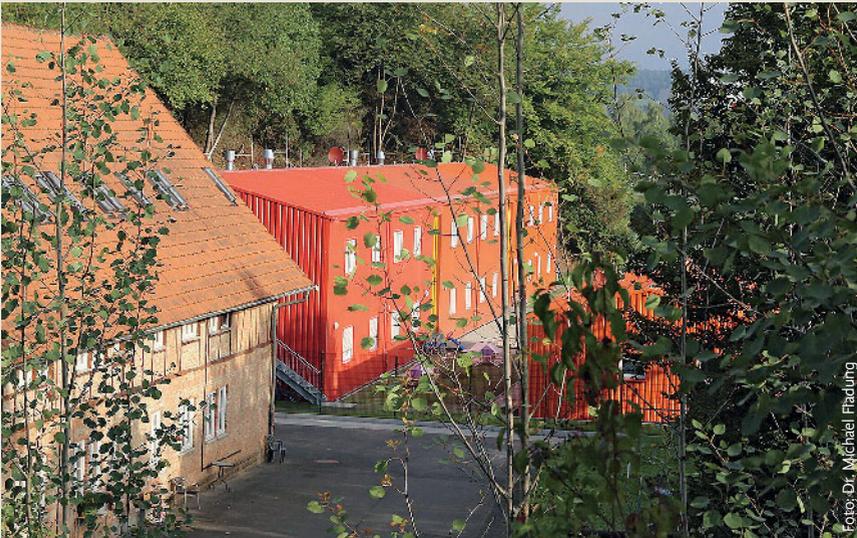
Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)
Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
61231 Bad Nauheim | Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320
E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

„Making Heimat“ – Architektur als Beitrag zur Integration

Das Deutsche Architekturmuseum gestaltet deutschen Pavillon auf der Architektur-Biennale in Venedig



Beispiel einer Flüchtlingsunterkunft, hier ein Wohn- und Gemeinschaftsgebäude in Hünfeld – Architekt: trapp wagner Architekten und Ingenieure, Hünfeld

Orangefarbene Container unter grünem Blätterdach, die in Form- und Farbgebung das benachbarte Fachwerkgehöft zitieren: Tradition trifft Gegenwart – so oder so ähnlich könnte das Bild einer Flüchtlingsunterkunft im hessischen Hünfeld überschrieben werden, das exemplarisch auf den Internetseiten des Deutschen Architekturmuseums in Frankfurt (DAM) zu sehen ist. Vom 28. Mai bis 27. November gestaltet das Museum in diesem Jahr den deutschen Pavillon auf der Architektur-Biennale in Venedig.

„Über alle Grenzen hinweg ziehen Millionen Menschen vom Land in die Städte. Von ihnen hängt unsere Zukunft ab“, gibt sich der britisch-kanadische Autor Doug Saunders überzeugt und vertritt in seinem Buch „Arrival City“ die These, dass „diese radikale, unumkehrbare Entwicklung“ eine positive sei – sowohl für die Migranten als auch für die Städte, in denen sie ankommen. In Anlehnung an den Titel seines Buches und inhaltlich an seinen Thesen orientiert, hat das Frankfurter Architekturmuseum die aus drei Teilen komponierte Ausstellung „Making Heimat. Germany, Arrival Country“ genannt.

Der erste Teil der Schau zeigt Flüchtlingsunterkünfte, also Lösungen zur Bewältigung der aktuellen Notsituation. Der zweite Teil fragt nach den Bedingungen, die in einer „Arrival City“ (Ankunftsstadt) gegeben sein sollten, damit aus Flüchtlingen Einwanderer werden können. Der dritte Teil der Ausstellung ist das räumliche Gestaltungskonzept des Deutschen Pavillons, mit dem das DAM „ein Statement zur aktuellen politischen Situation“ formulieren will.

„Ohne Heimat sein heißt leiden“

Was ist Heimat? Ein Ort, eine Landschaft, eine bestimmte Architektur, vertraute Gerüche, Feste und Rituale? Es gibt viele Definitionen von Heimat, deren Schnittmenge irgendwo zwischen Herkunft und Zugehörigkeitsgefühl zu liegen scheint. In einer globalisierten Welt, die einerseits von wachsender Mobilität, andererseits aber auch von Ausgrenzung und Enge charakterisiert ist, klingt Fjodor Dostojewskijs Feststellung „Ohne Heimat sein heißt leiden“ überraschend aktuell. Noch ist es

nicht lange her, dass Heimat von vielen mit Rückwärtsgewandtheit und Nostalgie assoziiert wurde. Angesichts der Flüchtlingsströme, die Europa seit Monaten vor große Herausforderungen stellen, stellt sich die Frage nach Heimat, Identität und Integration mit besonderer Intensität.

„Das zentrale Problem der Architektur ist der Raum, der den Menschen an Leib und Seele gesund erhält.“: Dieses Zitat des Schweizer Architekten Justus Dahinden fasst die Funktion menschengerechter Architektur in wenigen Worten zusammen. „Wie werden aus Neankömmlingen Bürger? Und welchen Beitrag können Architektur und Städtebau in diesem Prozess leisten?“, lenkt Peter Cachola Schmal, Direktor des Deutschen Architekturmuseums in Frankfurt und Generalkommissar für den deutschen Beitrag auf der 15. Architekturbiennale in Venedig, den Blick auf die zentrale Frage, um die sich das Konzept der Ausstellung „Making Heimat. Germany, Arrival Country“ rankt.

Doch welche Bauweise ist am besten geeignet? Zelte, Container, provisorische Unterkünfte aus Holz oder Metall, massive Kleinbauten bis hin zu Gebäuden mit Innenhöfen und Laubengängen: Das DAM hatte Architekten, die im öffentlichen Auftrag für Flüchtlinge bauen, gebeten, ihre Projekte einzureichen. Bewerben durften sie sich nur mit Gebäuden, die bereits fertig, gerade im Entstehen oder definitiv geplant sind. 50 Büros haben sich beteiligt; ihre Entwürfe werden auf der Online-Datenbank www.makingheimat.de gesammelt. „Kommunen und Kreise können sich dort informieren, wie es andere machen und was sie vielleicht übernehmen können“, erläutert Cachola Schmal.

Das Spektrum reicht von temporären Leichtbauhallen für 300 Personen, deren Inneneinrichtung von einem Architekten entworfen wurde, bis zu mehreren Projekten des dauerhaften, kostengünstigen Wohnungsbaus, der nicht allein Flüchtlin-

gen eine Bleibe bietet. Einen Schwerpunkt bilden Holzmodulbauten.

Die Datenbank versammelt auch Projekte von Bürgerinitiativen oder das Vorhaben eines privaten Auftraggebers, der in München eine Art Siedlung für Künstler und Flüchtlinge plant. Die architektonische Planung ist mit einigen Herausforderungen verbunden: So müssen Bauten für

Flüchtlinge zum Beispiel schnell zu verwirklichen und kostengünstig sein. Gleichzeitig sei es wichtig, so Cachola Schmal in einem Interview mit dem Hessischen Rundfunk, dass der Wohnraum das Bedürfnis der Menschen nach Privatsphäre, Freiraum und Schutz berücksichtige. Eine erfolgreiche „Arrival City“ ist, so gibt sich der Frankfurter Museumsdirektor über-

zeugt, eine Stadt, die in der Nähe von Arbeitsplätzen liegt, eine gute Infrastruktur und die Chance bietet, sich wirtschaftlich weiterzuentwickeln. In Frankfurt wird „Making Heimat“ erst 2017 zu sehen sein. Informationen im Internet unter: www.dam-online.de

Katja Möhrle

Von Schnittstellen und Haarsträubendem

Wann hat das eigentlich begonnen? Habe ich die Anfänge übersehen? Früher hießen Friseursalons „Friseure oder Frisöre“, gelegentlich auch „Coiffeure“. In der Werbung um Kundschaft, die in diesem Metier zulässig ist, waren Hinweise, ob es sich um Damen-, Herren- oder Kinderspezialisten für die Haarpflege handelte, üblich. Sind die heutigen Namenskreationen Nebeneffekte der Rechtschreibreform? Sind sie Ausdruck eines Wettstreits um Kreativität? Ich bin mir da nicht sicher. Mittlerweile achte ich in jeder Stadt, die ich besuche, auf Friseurnamen – und komme aus dem Staunen nicht mehr heraus.

Die ersten, die mir auffielen, waren Haarspalter, beste Friseure und ein unbescheidener Hairpalace. Nachdem mich die Aussicht auf Qualität vorübergehend beruhigte, wühlten die Salons Egoist, Hairkiller und Cuthaarstrophal mein verstörtes Gemüt wieder auf. Nachdenklich stimmten mich der „Veganer Friseur“ oder das „Artharist“. Und es nimmt kein Ende: Bel Hair, die Hairline oder der Salon Haarmonie sind mir



Ein silberfarbener Teller ist das alte Zunftzeichen der Friseure, hier an einem Laden in Bad Homburg. Das Symbol steht für ein Barbier- bzw. Rasierbecken, auf dem Rasierschaum geschlagen wurde.

sympathischer als der Salon Schamlos. Haargenau liegt im konservativen Trend, während die Hairlounge mit modernen Assoziationen an Bahnhofshallen oder Flughäfen wirbt. Die Haarfabrik gibt sich handwerklich, sympathisch muten die 4-Haarezzeiten oder das lautmalerische Schnipp-Schnapp für einen Friseurladen an. Wäh-

rend der Haarem eindeutig eine weibliche Zielgruppe adressiert, arbeiten die Salons Haarlekin und Glückssträhne mit Wortspielen. Haarscharf ist ebenso doppeldeutig wie Kopfgeld oder Haarfeger. Und den „Friseur ohne Haare“ gibt es auch.

Die Namen werden mittlerweile im Internet auf unterschiedlichsten Seiten gesammelt. Eine kleine Auswahl: Frisierbar, Lini-entreu, Schnittstelle, Haarsträubend, Open hair, Mata haari, Wunderhaar oder die Verlockung. Erstaunen weckt Chaa-rakthair, etwas zu weit scheint Hair Gott zu gehen. Adligen Ursprungs mag der Freihair von Schnitt sein; Haarvinci spielt offenbar auf Leonardo an. Medizinische Anklänge haben Geschäfte mit dem Namen Haarflimmern, Kurz und Schmerzlos, die Notaufnahme und der Kaiserschnitt. In welchen Salon würde ich gehen? Auf Nachfrage sagte mir eine Bekannte: Dunkelblond, das ist mein Geschäft. Na gut, wenn's passt?!

Dr. med. Siegmund Drexler

Plattentipp



Menuhin-Edition: Der Jahrhundert-Künstler

The Menuhin Century: 80 CDs, 11 DVDs, Deluxe-Buch, ca. € 200, Warner Classics 0825646782741. Die CD-Boxen der Jubiläumsedition sind auch einzeln erhältlich. Coverbild: Sampler „Yehudi“ (€ 16.99)

Yehudi Menuhin, geboren 1916 in New York, gilt als einer der größten Geiger des 20. Jahrhunderts, als Interpret von einzigartigem Musikverständnis und tiefer Spiritualität. Menuhin verbrachte den Großteil seines Lebens in Europa und starb 1999 in Berlin. Anlässlich seines 100. Geburtstages am 22. April 2016 hat Warner Classics eine große Jubiläums-Edition mit insgesamt 80 CDs im neuen Re-

mastering in fünf Themen-Boxen, 11 DVDs und einem umfangreichen Buch herausgebracht. Die Menuhin-Edition umspannt die Jahre 1929 bis 1998, also einen Zeitraum von 69 Jahren.

Der besondere Fokus der Box liegt auf den Referenz-Aufnahmen des Geigers und bisher unveröffentlichten Einspielungen und CD-Premieren. Die Menuhin-Edition entstand in enger Zusammenarbeit mit Bruno Monsaingeon, dem Filmemacher, Geiger und engem Freund Menuhins, von dem auch einige der DVD-Dokumentationen der Edition stammen. Monsaingeon ist auch der Autor des 250-seitigen Buches „Passion Menuhin“, das exklusiv als Teil dieser Menuhin-Edition erstmals als gebundene Ausgabe in deutscher und englischer Übersetzung erscheint. Wem die komplette Box zu groß ist: Parallel ist unter dem Titel „Yehudi“ (siehe Coverbild) ein Sampler mit drei CDs erschienen. (red)

Neue GOÄ: Was passiert auf dem Deutschen Ärztetag?

Der Entwurf der Bundesärztekammer (BÄK) zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) ist krachend gescheitert. Untaugliche Begründungen und hilflose Schuldzuweisungen des Präsidenten der BÄK helfen nicht weiter. Gefordert wird vielmehr eine substanzielle Neuorientierung im Interesse der Ärzteschaft, die mit dieser neuen GOÄ leben muss.

Alle sind sich einig, dass die Verhandlungen nur von einer kompetenten Kommission geführt werden können. Fachkundige Experten müssen die Verhandlungen unterstützen. Das kostet Geld, aber jeder investierte Cent lohnt sich. Der Sachverständigenrat der Berufsverbände und Fachverbände ist einzubeziehen. Ohne korrekte Legendierung und Simulationsberechnung kann keine neue GOÄ auf den Weg gebracht werden. Eigene Daten fehlen. Die BÄK ist daher auf die Kooperation mit den Abrechnungsstellen angewiesen.

Der Paragrafenteil der bisherigen GOÄ kann bleiben. Eine GeKo braucht es nicht, wohl

aber verlässliche Abstimmungen mit der Privaten Krankenversicherung (PKV). Für eine differenzierte und inhaltlich korrekte Rechnungsstellung sind Steigerungsfaktoren und Analogziffern unumgänglich. Mit Gewinnmaximierung hat das nichts zu tun.

Hausärztliche Leistungen müssen besser als bisher abgebildet werden. IGeL-Leistungen müssen weiter wie bisher abrechenbar sein. Ein ordnungspolitischer Charakter ist auch für diesen Bereich der ärztlichen Leistungen anzustreben.

Allen Beteiligten muss klar sein, dass das eigentliche politische Tauziehen um die Bürgerversicherung geht. Die neue GOÄ wird hierzu als Steilvorlage gesehen. Nicht nur die SPD um Prof. Lauterbach, auch Teile der CDU und Ärztekammerpräsident Prof. Montgomery halten das für absehbar. Wie ist sonst die Aussage im Gesundheitsausschuss zu verstehen: „Die neue GOÄ kann der Bürgerversicherung eher nützen als schaden“?

Die präsidentielle Choreographie des Sonder-Ärztetages zur GOÄ im Januar lässt für den Ärztetag in Hamburg Schlimmes befürchten. Danach könnte die GOÄ-Debatte an den Rand gedrängt und marginalisiert werden. Jede Delegierte und jeder Delegierte sollte sich dessen bewusst sein. Es gilt vorab zum Deutschen Ärztetag inhaltlich eindeutige und politisch stabile Mehrheiten für eine klare Neuausrichtung der GOÄ zu schaffen. Daran werden wir Delegierte uns messen lassen müssen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Berufsverband Deutscher Internisten – Landesverband Hessen, Präsidiumsmitglied der LÄKH

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

Fortbildung und Urlaub verbinden

48. Internationaler Seminarkongress in Grado/Italien • 28.08. bis 02.09.2016

Veranstalter:

Collegium Medicinæ Italo-Germanicum
in Zusammenarbeit mit der Landesärztekammer Hessen

Programm:

Eröffnungsvortrag am Sonntag, 28. August 2016 um 16 Uhr

Schwerpunkthemen der Seminare

vom 29. August bis 02. September 2016:

Notfall in der Praxis – Theorie (Prof. Dr. Peter Sefrin, Würzburg)

Seltene Erkrankungen (Prof. Dr. Jürgen R. Schäfer, Marburg)

Medizin in Zeiten globaler Epidemien (Prof. Dr. Dr. René Gottschalk, Frankfurt)

Palliativmedizin (Prof. Dr. H. Christof Müller-Busch, Berlin)

Psychiatrie (Dr. Hanna Ziegert, München)

Interdisziplinäre Gespräche, Themen täglich wechselnd

Kurs (mit Zusatzgebühr):

Notfall in der Praxis (Prof. Dr. Peter Sefrin, Rainer Schmitt, Würzburg)

Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Der vollständige Besuch dieser Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen mit 30 Fortbildungspunkten anerkannt.

Die Österreichische Ärztekammer und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an.

Auskunft:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Stephanie Pfaff

Fon: 06032 782-222, Fax: 069 97672-67222

E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



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.

Der sehr gepflegte und bewachte vier Kilometer lange Sandstrand fällt sanft ab. Die zunächst geringe Wassertiefe garantiert Sicherheit für die „Kleinen“. Für die „Großen“ bieten sich ebenfalls hervorragende Bademöglichkeiten.

Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest und auch Venedig sind jeweils nur etwa eine Autostunde entfernt.



Foto: Massimo Crivellari

Das Gesundheitsamt Wiesbaden hat seit 1. Mai 2016 eine neue Leiterin. **Dr. med. Kaschlin Butt** (Foto) war zuvor stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes der Hansestadt Lübeck. Sie ist Fachärztin für Öffentliches Gesundheitswesen, die Kompetenzen und Erfahrungen aus dem Kinder- und Jugendärztlichen Bereich, der Psychiatrie, der Inneren Medizin und der Sozialmedizin mitbringt. Das Gesundheitsamt der Landeshauptstadt zählt rund 70 Beschäftigte, darunter 16 hauptamtliche Ärztinnen und Ärzte. Der vorherige Amtsleiter **Dr. med. Holger Meireis** war bereits im Spätsommer 2014 in den Ruhestand verabschiedet worden.



Foto: Thomas Berg

Dr. med. Barbara Schindler hat zum 1. März 2016 die Leitung des Standortes Frankfurt des Medizinischen Dienstes der Deutschen Lufthansa AG übernommen.



Foto: privat

Die Fliegerärztin war eine der ersten Frauen in der Offizierslaufbahn der Bundeswehr und hat sich als Allgemeinärztin, Arbeitsmedizinerin und mit den Zusatzbezeichnungen

Sport-, Flug-, Betriebs- und Notfallmedizin, Chirotherapie und Manuelle Medizin, Naturheilverfahren und Akupunktur qualifiziert. Von 2010 bis 2016 hatte sie die medizinische Leitung der Medicare am Münchner Flughafen.

Prof. Dr. med. Stefanie Weber (Foto) ist neue Chefärztin am Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin an der Uniklinik Marburg. Sie leitet dort die Bereiche Pädiatrische Nephrologie,



Foto: privat

Transplantationsnephrologie und Allgemeine Pädiatrie. **Prof. Dr. med. Rolf Felix Maier** wird weiterhin die Bereiche Neonatologie, Neuropädiatrie, Pädiatrische Intensivmedizin und Allgemeine Pädiatrie in

Marburg vertreten und bleibt wie bisher Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin. Mit international ausgewiesener wissenschaftlicher Expertise und langjähriger Erfahrung in der Nierentransplantation bei Kindern und Jugendlichen wird Prof. Weber das Kindernierenzentrum in Marburg koordinieren und zusammen mit **Prof. Dr. med. Günter Klaus**, Leiter des KfH-Kinderdialysezentrums Marburg, weiterentwickeln.

PD Dr. med. Charly Gaul, Chefarzt der Migräne- und Kopfschmerzklinik Königstein, wurde von den Mitgliedern der Deutschen Migräne- und Kopfschmerzgesellschaft (DMKG) ab Januar 2016 zum Generalsekretär der DMKG gewählt.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Andrea Meurer, seit 2009 Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim gGmbH der Goethe-Universität Frankfurt/Main, wird 2017 neue Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopä-



Foto: Uniklinik Friedrichsheim

die und Orthopädische Chirurgie DGOOC und stellvertretende Präsidentin der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie DGOU. Die DGOU zählt mit über 10.000 Mitgliedern zu den größten Fachgesellschaften für Ärztinnen und Ärzte in Deutschland und ist die größte im Gebiet der Chirurgie. Meurer ist die erste Frau in dieser Funktion.

Die Anästhesistin **Dr. med. Ulrike Frieß** hat am 1. März als Geschäftsführende Leitende Ärztin die medizinische Führung des Marienhospitals in Darmstadt übernommen. Wie



Foto: Klinikum Darmstadt

die Klinikum Darmstadt GmbH, zu der das Marienhospital seit Mai 2015 gehört, mitteilte, wird sie außerdem als Chefärztin für Schmerztherapie die Behandlungsangebote für Schmerzpatientinnen und -patienten ausbauen und die Multimodale Schmerztherapie (MMS) neu ausrichten. Mit dem Ausbau der Schmerztherapie reagiert das Marienhospital auf die wachsende Zahl von Patienten und Patientinnen mit chronischen Schmerzen. Bis zu zehn Prozent der Erwachsenen in Deutschland leiden darunter.

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

Wir nehmen Abschied von unserem Kollegen

Peter Laß-Tegethoff

(* 21.10.1965 † 24.04.2016)

- Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Facharzt für Neurologie, Facharzt für Psychiatrie, niedergelassen in Hüttenberg
- Mitglied der Delegiertenversammlung von 2008 bis 2015
- Stellvertretender Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen von 2013 bis 2015; von 2008 bis 2013 1. Beisitzer des Vorstandes.

Wir danken für seinen Einsatz und seine Initiativen, neuropsychiatrisch Kranke auch ambulant möglichst gut zu betreuen und für sein berufspolitisches Engagement. Wir behalten Peter Laß-Tegethoff als Kollegen in Erinnerung, der freundlich und zurückhaltend für eine gute Atmosphäre im Raum sorgte, so dass es allen gleich ein wenig besser ging.



Foto: Heike Jung

Für die Liste Fachärzte: Dr. med. Peter Zürner

Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen

Für die Bezirksärztekammer Gießen: Dr. med. Hans-Martin Hübner

Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen

Medizinische Innovationen im Dialog

Gesundheitstage Nordhessen zählten 9000 Besucher und 143 Aussteller



Podium Impfen: Rechtsanwältin Christiane Freifrau von der Tann, Moderatorin Martina Heise-Thonicke, Dr. med. Karin Müller (Leiterin des Gesundheitsamtes Region Kassel), Kinder- und Jugendarzt Gerhard Bleckmann (von links)

Die Gesundheitstage Nordhessen (vormals Kasseler Gesundheitstage) waren auch 2016 wieder ein Erfolg. Das Modell, Informationen über medizinische Innovationen, Prävention und Früherkennen von Krankheiten für medizinische Laien zu kombinieren mit Fortbildung für Medizinerberufe und Präsentation der Medizinindustrie hat im März erneut 9000 Besucher und 143 Aussteller angelockt. In 70 Seminaren und Podiumsdiskussionen haben mehr als 100 Rednerinnen und Redner referiert und diskutiert. Das Wichtigste im Überblick:

Nur geimpft in die Kita?

Im Rahmen der Kongresseröffnung haben vor über 200 Teilnehmern die Leiterin des Gesundheitsamtes der Region Kassel, Dr. med. Karin Müller, die Fachanwältin für Medizinrecht, Christiane Freifrau von der Tann aus Fulda, und der Kinder- und Jugendarzt Gerhard Bleckmann aus Baunatal unter der Moderation von Martina Heise-Thonicke (Hessische/Niedersächsische Allgemeine HNA) dieses wichtige Thema diskutiert. Eine allgemeine Impfpflicht besteht in Deutschland derzeit nicht, auch wenn es gute Gründe dafür gäbe. Das Risiko einer Impfung muss in einem günstigen Verhältnis zu den Risiken der Erkrankung

stehen, vor der die Impfung schützt. Es besteht kein wissenschaftlicher Zweifel daran, dass diese Voraussetzung bei den von der Ständigen Impfkommission (STIKO) empfohlenen Schutzimpfungen erfüllt ist. Impfschäden sind außerordentlich selten. Wegen der fehlenden Einsicht mancher Eltern in das Verhältnis von Impfschaden zu den Krankheitsrisiken bedarf es einer verstärkten und für Laien verständlicher Aufklärung; man muss auch impfkritische Eltern in die Verantwortung nehmen. Impfungen schützen nicht nur das Individuum; hohe Durchimpfungsraten sorgen auch für eine belastbare Herdenimmunität und damit für den Schutz derer, die nicht geimpft wurden oder werden können. Impfen ist die effektivste und kostengünstigste Präventivmaßnahme in der Medizin!

Risiko Schlaganfall – Was ist im Notfall zu tun?

Neue Techniken erlauben es, Durchblutungsstörungen des Gehirns akut zu beheben und somit Hirnleistungsstörungen oder Lähmungen nach einem Schlaganfall zu vermeiden; Voraussetzung ist, dass der Patient innerhalb von kurzer Zeit nach dem akuten Ereignis in einer entspre-

chend ausgerüsteten Klinik von erfahrenen Ärzten behandelt wird. Die Öffnung eines verschlossenen Blutgefäßes im Gehirn ist mittels Kathetertechnik möglich! Hierüber informierten Prof. Dr. med. Andreas Ferbert, Prof. Dr. med. Wolfgang Deinsberger und Dr. med. Ralf Siekmann vom Klinikum Kassel und zeigten auch, wie man Risikofaktoren mit einfachen, aber wirksamen Untersuchungstechniken wie Sonographie und Doppler-Sonographie rechtzeitig früh erkennen kann.

Schwerhörig oder taub und trotzdem Hören

Die HNO-Ärztin Prof. Dr. med. Ulrike Bockmühl vom Klinikum Kassel demonstrierte in einem interaktiven Seminar die neuesten Techniken der Wiederherstellung des Gehörs durch Cochlea-Implantate und zeigte an Beispielen die Ergebnisse. Das Cochlea-Implantat (CI) übernimmt die Funktion des Innenohres (Schnecke) und überbrückt die ausgefallenen Hörsinneszellen („Haarzellen“), indem es den Schall in elektrische Signale transformiert und den Hörnerven stimuliert. Somit ersetzt das CI den „Hörsinn“ und ist bislang die einzige klinisch etablierte Prothese eines Sinnesorgans. „Noch ein Hörgerät oder schon ein CI?“ – das ist eine häufige

klinische Frage. In dem Seminar gab es auch die Möglichkeit, persönlich mit CI-Trägern zu sprechen.

Akuter Herzstillstand – Was tun?

Hierüber sprach der Kardiologe Prof. Dr. med. Rainer Gradaus vom Klinikum Kassel. „Herzstillstand“, das heißt das Aufhören der Pumpfunktion des Herzens, wird im Allgemeinen mit „Herztod“ gleichgesetzt. Rechtzeitige Reanimation und sofortige Wiederherstellung der Herzfunktion in einem entsprechend ausgerüsteten Herzzentrum innerhalb der ersten halben Stunde nach dem akuten Ereignis sind Voraussetzung für die Vermeidung irreversibler Organschäden, insbesondere von Hirnfunktionsstörungen. Welches sind die Risikofaktoren? Welche therapeutischen Möglichkeiten kann und sollte man prophylaktisch nutzen? Wie geht man im akuten Notfall vor? Diese Fragen hat der Kardiologe mit dem Auditorium diskutiert und Beispiele gezeigt.

Ambulante Krankenversorgung der Zukunft

Der zunehmende Ärztemangel, insbesondere in ländlichen Gebieten außerhalb der größeren Städte und der Ballungszentren, sowie die zunehmenden Kosten für moderne medizinische Einrichtungen und Geräte erfordern Überlegungen nach alternativen Versorgungsstrukturen. Neben der klassischen Arztpraxis mit einem oder mehreren Ärztinnen und Ärzten als „Unternehmer“ steht zunehmend das Modell des „Gesundheitszentrums“ – entweder als Gemeinschaftspraxis von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, gegebenenfalls unter Einschluss anderer Medizinberufe wie Physiotherapie, Rehabilitation oder Apotheke, oder als Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) im Rahmen eines Klinikums. Wer wird die Kosten tragen? Wird es vielleicht sogar wieder die „Gemeindeschwester“ geben? Können solche Einrichtungen, welche auch mit angestellten Ärzten arbeiten, auch unabhängig von Krankenhäusern von anderen Unternehmern angeboten und betrieben werden? Dieses Thema, welches wohl besonders für junge Ärzte und Medizinstudenten interessant ist, haben unter der Moderation

der Medizinjournalistin Uta Meurer diskutiert: Dr. Wulf-Dietrich Leber, Leiter der Abteilung Krankenhäuser des GKV-Spitzenverbandes, der Vorsitzende der Kasernenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), Frank Dastych, der Internist Dr. med. Gerro Moog, der Allgemeinarzt Dr. med. Uwe Popert, der Landrat des Werra-Meißner-Kreises, Stefan Reuß, und der Geschäftsführer des Rotes-Kreuz-Krankenhauses (RKH) Kassel, Michael Gribner.

Zweitmeinung vor Wahleingriffen

Die Zunehmende Kommerzialisierung der Medizin einerseits und die ständig wachsende Erweiterung des Spektrums der medizinischen Behandlungsmöglichkeiten andererseits sowie die zunehmende kritische Berichterstattung in den Medien hat zu einer wachsenden Verunsicherung der Patienten und deren Angehörigen geführt, welche der angebotenen Therapieformen im Einzelfall für den Betroffenen die günstigste ist. Der Gesetzgeber hat die formalen Voraussetzungen geschaffen, speziell vor Wahleingriffen, also nicht bei Notfällen, eine „Zweitmeinung“ bei einem anderen Arzt einzuholen. Über dieses Thema diskutierten unter der Moderation des Autors Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior die Fachanwältin für Medizinrecht von der Tann, der Chirurg Prof. Dr. med. Rudolf Hesterberg (RKH), der Endoskopie-Spezialist Dr. Moog (Marien-Krankenhaus), der Facharzt für Ästhetische Chirurgie, Prof. Dr. med. Ernst Magnus Noah (RKH), der Spezialist für Interventionelle Radiologie, Prof. Dr. med. Fritz-Peter Kuhn (ehemals Klinikum Kassel), der Krebspezialist Prof. Dr. med. Martin Wolf (Klinikum Kassel), der Orthopäde Prof. Dr. med. Werner Siebert (Vitos-Orthopädische Klinik) und der Urologe Prof. Dr. med. Björn Volkmer (Klinikum Kassel). Im Zentrum der Diskussion standen an Beispielen einzelner Krankheitsbilder alternative Therapiemöglichkeiten und deren einzelne Vor- und Nachteile, Heilungschancen und Komplikationsmöglichkeiten. Dabei wurden insbesondere die Vorteile einer interdisziplinären Kooperation wie in Tumorzentren behandelt. Die Diskussion wurde interaktiv, das heißt mit Beteiligung des Publikums, geführt.

Autonomie am Lebensende

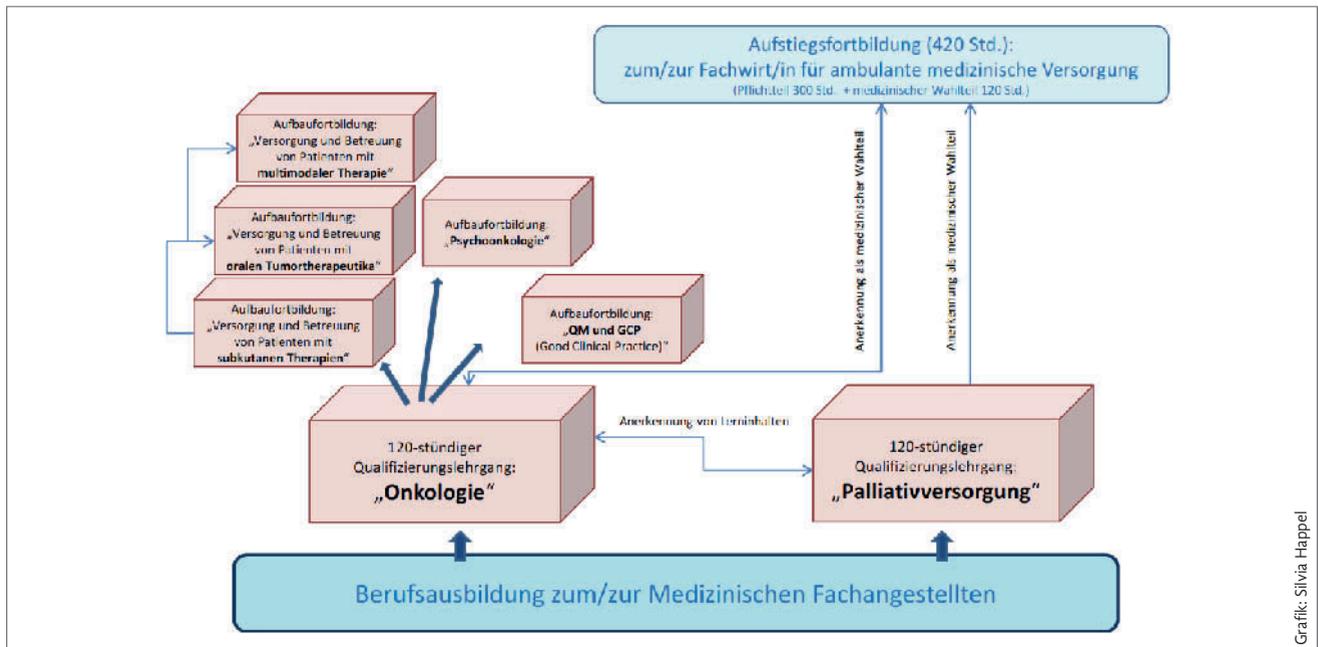
Zu diesem Thema stellte sich in einem interaktiven Seminar der Rechtsanwalt Dr. Jürgen Spalckhaver (Kassel) Fragen aus dem Publikum. Wie das Vermögen eines Menschen nach seinem Tod verteilt werden soll, wird meist durch ein Testament geregelt. Weitaus weniger Gedanken machen sich die meisten Menschen über ihr Leben, wenn es langsam zu Ende geht. Im Vortrag wurden die unterschiedlichen Handlungsmöglichkeiten auf der Grundlage privatautonomer Vorsorge im Gegensatz zur staatlichen Betreuung erörtert: Vorsorgevollmacht, Betreuungsverfügung und Patientenverfügung. Im Rahmen der Erörterung einer Sterbehilfe wurde auf die Möglichkeiten und Grenzen einer Inanspruchnahme von Suizidassistenten eingegangen. In der Diskussion wurden Fragen aus dem Publikum beantwortet.

„Hands-On“: Ultraschallkurs am virtuellen Patienten

Die Sonographie erfordert neben Kenntnissen der Organveränderungen bei verschiedenen Erkrankungen und guten Kenntnissen der räumlichen Anatomie auch ein praktisches Untersuchungsgeschick. Prof. Dr. med. Frank Schuppert vom Klinikum Kassel und Prof. Dr. med. Michael Gebel von der Medizinischen Hochschule Hannover haben zusammen mit Tutoren (Studierenden im höheren Semester) sowie Ärzten am Simulator verschiedene Krankheitsbilder aus der Notfallmedizin und von Erkrankungen im Bauchraum demonstriert und die Übenden in die Untersuchungstechnik eingewiesen. Obwohl diese Kurse kostenpflichtig waren, fanden sie eine große Resonanz und waren überbucht. Die nächsten Gesundheitstage Nordhessen werden am 24./25. März 2017 wiederum im Kongress Palais Kassel – Stadthalle stattfinden. Merken Sie diesen Termin vor und machen Sie Themenvorschläge (E-Mail siehe unten).

Prof. Dr. med. Hansjörg Melchior
Wissenschaftlicher Leiter
der Gesundheitstage Nordhessen
E-Mail: hansjoerg.melchior@t-online.de

Onkologische Fortbildungen für Medizinische Fachangestellte in der Carl-Oelemann-Schule



Grafik: Silvia Happel

Darstellung der neuen Aufbaumodule der Onkologie im Fortbildungsbereich MFA

Seit über 20 Jahren werden in der Carl-Oelemann-Schule (COS) erfolgreich Fortbildungen für Arzthelfer/innen und Medizinische Fachangestellte (MFA) im fachärztlichen Bereich der Onkologie angeboten. 1994 startete das Bildungsangebot mit 24-stündigen Kursen. Ab 1996 wurden die 120-stündigen Qualifizierungslehrgänge nach dem Muster-Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt, bis 2010 eine überarbeitete Fassung veröffentlicht wurde. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wirkte an der Überarbeitung des Curriculums aktiv mit, und so verlief der Umstellungsprozess auf die neuen Inhalte in der COS reibungslos. Neue Therapieformen und die aktuellen Entwicklungen in der Patientenversorgung gaben den Anlass, zusätzliche Aufbaufortbildungen zu entwickeln. Im Jahr 2015 wurde durch eine Arbeitsgruppe, die sich aus Vertretern des Berufsverbandes der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen in Deutschland e. V. (BNHO), des Wissenschaftlichen Instituts der niedergelassenen Hämatologen und Onkologen GmbH (WINHO), der Ärztekammer

Westfalen-Lippe und der LÄKH zusammensetzte, die neuen Aufbaumodule „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte entwickelt. Die erste Fortbildungsveranstaltung mit dem Titel „Psychoonkologie“ wurde bereits im vergangenen Jahr unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Peter Zürner durchgeführt. Die Fortbildung soll bis auf weiteres jährlich angeboten werden. Die Teilnahme an der Veranstaltung wird gemäß der Onkologievereinbarung (§ 7 Abs. 3) anerkannt. Erstmals wird im November 2016 das Modul „Qualitätsmanagement und Good Clinical Practice (GCP) in der onkologischen Praxis“ angeboten. Aus insgesamt drei Bausteinen besteht das Modul „Patientenedukation/-coaching im Rahmen subkutaner, oraler und multimodaler Tumortherapien“, die jedoch inhaltlich jeweils voneinander abgeschlossen sind. Die COS wird die Bausteine unabhängig voneinander in größeren Zeitabständen anbieten. Für interessierte Teilnehmerinnen und Teilnehmer ergibt sich dadurch die Möglichkeit, pro Jahr an einem Bau-

stein teilzunehmen und dies als Nachweis der Fortbildungsteilnahme gemäß der Onkologievereinbarung zu verwenden. Die Fortbildungsinhalte aller Module bauen auf dem Wissensstand des 120-stündigen Qualifizierungslehrgangs „Onkologie“ für Medizinische Fachangestellte auf. Die Systematik des neuen Bildungsangebotes wird in der Abbildung deutlich, in dem auch die weiterführenden Anerkennungsmöglichkeiten dargestellt sind. So werden einzelne Bausteine aus dem Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ im Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“ anerkannt. Beide Lehrgänge werden außerdem vollständig als medizinischer Wahlteil in der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ anerkannt.

PD Dr. med. Martin Graubner
Seminarleiter der onkologischen Fortbildungen in der COS

Silvia Happel
Schulleiterin COS

Neue Unterrichtskonzepte in der Überbetrieblichen Ausbildung



Lerntool: Fehler- und Beschwerdemanagement



Simulationsübungen im Lernbereich „Einführung in die Geriatrie“



Was gut ist, kann noch besser werden, lautet das Motto des Ausschusses Überbetriebliche Ausbildung (ÜA). Es ist ein Drei-Jahresprojekt, wenn der Ausschuss Änderungen in den Lehrplänen der ÜA vornimmt. Diese Zeit ist erforderlich, um Entwicklung und Umsetzung in allen drei Ausbildungsjahren durchzuführen.

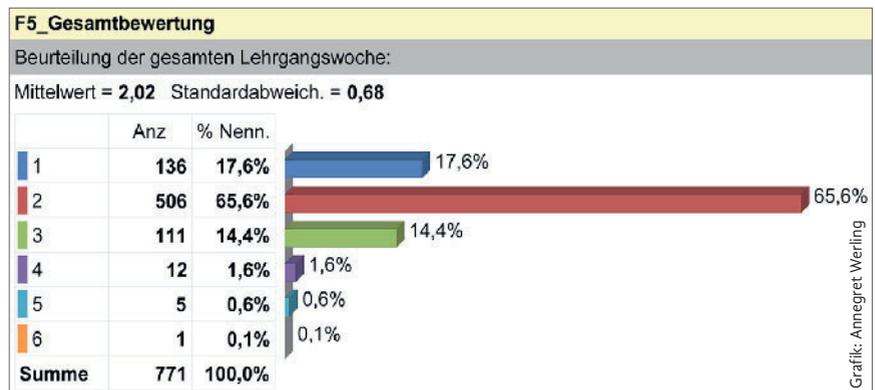
Im Jahr 2014 wurden inhaltliche Änderungen und methodische Neuentwicklungen für alle drei Ausbildungslehrgänge beschlossen. Im Mittelpunkt der pädagogischen Überlegungen stand für einzelne Lernbereiche die Umsetzung des erfahrungsorientierten Lernens.

Wie fühlt es sich an, unter einem Tinnitus zu leiden oder bewegungseingeschränkt zu sein? Was bedeutet es, wenn Grauer Star das Lesen erschwert oder ein Wasserglas zu füllen, das durch den Tremor zur anstrengenden Herausforderung wird? All diese Erfahrungen erleben die Auszubildenden im neuen Wahlteil „Einführung in die Geriatrie“.

Neben der Entwicklung neuer Lernbereiche wurden auch bereits bestehende inhaltlich und zeitlich überarbeitet. Durch den Einsatz neuer Lerntools wird beispielsweise das Thema „Fehler- und Beschwerdemanagement“ anschaulicher als bisher den Lerngruppen vermittelt. Als Praxisteam „manövriert“ sich die Gruppe durch ein Labyrinth von Alltagssituationen. Die Auszubildenden lernen hierbei, dass Teamgeist, gute Kommunikation und Entwicklung von Lösungsstrategien zum gemeinsamen Erfolg führen.



Die Mitarbeiterinnen im Bildungswesen der Carl-Oelemann-Schule: Daniela Reich, Tanja Tuna, Diana David, Bianca Lösche, Antje Harmert, Claudia Schlüter und Sabine Selent (alle von links)



Auswertung der Befragung zur Zufriedenheit in der Fachstufe 1 2015/2016

Wundversorgung und Verbandstechniken sind zwar keine neuen Lerninhalte in der ÜA. Aber auch hier sollen praktische Übungen durch die vollständige Durchführung von Handlungsabläufen verstärkt zum Einsatz kommen. Kennen und Können stehen im Fokus der Lernziele, aber

auch die Förderung von Empathie gegenüber den Patienten. Jeder Auszubildende soll sich dabei einmal in der Rolle der MFA befinden und einmal in der des Patienten. Mit hohem Engagement und vielen kreativen Ideen haben die festangestellten Mitarbeiterinnen im Bildungsbereich der

Carl-Oelemann-Schule in den vergangenen zwei Jahren an den neuen Unterrichtskonzeptionen gearbeitet. Das Team ist stolz darauf, so viel bewegt zu haben. Dass die Auszubildenden nun

mehr Spaß am Lernen haben, motiviert zur Weiterentwicklung. Als ärztliche Vertreter im Ausschuss freuen sich Dr. med. Lothar Hofmann und Dr. med. Edgar Pinkowski über die posi-

ve Entwicklung in der ÜA, die sich anhand der Auswertungen der Befragungen bestätigt.

Silvia Happel
Schulleiterin COS

Erfolgreiche Prüfungen an der COS



Freude und Erleichterung bei den Teilnehmerinnen über die bestandene Prüfung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ im April 2016 an der Carl-Oelemann-Schule (COS). Von links: Sandra Lautenschlager, Heike Rose, Annette Kreis und Jana Köchling. Informationen zur Aufstiegsfortbildung finden Sie auf unserer Homepage unter www.carl-oelemann-schule.de. Oder rufen Sie uns an: Monika Kinscher (Fon: 06032 782-187) oder Annegret Werling (Fon: 06032 782-193)

Tarifabschluss für MFA in Kraft

Nach Ablauf der Einspruchsfrist am 22. April um 12 Uhr steht fest: Die am 13. April in Berlin verhandelten Tarifverträge für Medizinische Fachangestellte treten rückwirkend zum 1. April 2016 in Kraft (wir berichteten in Ausgabe 05/2016, Seite 301). Auf der Website der Landesärztekammer finden Sie unter folgendem Link weitere Informationen dazu: <http://www.laekh.de/aktuelles/2532-aktuelles-2016-04-14-neue-tarifvertraege-mfa>

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte (MFA) informiert

Wichtige Ausbildungsbestimmungen

Zum Beginn des neuen Ausbildungsjahres macht die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte der Landesärztekammer Hessen auf wichtige Ausbildungsbestimmungen aufmerksam, zum Beispiel:

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Jugendarbeitsschutzgesetz (JuSchG)
- Probezeit
- Teilnahme an Prüfungen
- Freistellungen
- Kostenübernahmen
- Vertragliche Bestimmungen (zum Beispiel Gehalts- und Manteltarifver-

trag für Medizinische Fachangestellte/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)

- Betriebliche Altersvorsorge und Entgeltumwandlung
- Die Information „Ausbildungsbestimmungen“ kann im Internet unter http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Vorschriften_Vertraege/Ausbildungsbestimmungen.pdf abgerufen werden.

Erwerb des Abschlusses im staatlich anerkannten Ausbildungsberuf MFA durch Externenprüfung

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles

Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

Die Abteilung Ausbildungswesen macht deshalb darauf aufmerksam, dass nach § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz auch Kandidaten zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte zugelassen werden können, die keine dreijährige Vollzeitausbildung im dualen System durchlaufen haben.

Weitere Informationen zur „Externenprüfung“ können im Internet unter http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Erwerb_Abschluss_MFA_Externenpruefung.pdf abgerufen werden.

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Februar 2016 (GVBl. I S. 30), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe “d” der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 19. März 2016 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 4. Dezember 2015 (HÄBL 1/2016, S. 51), wird wie folgt geändert:

1.) Im Abschnitt A wird in § 4 nach Absatz 8 folgender neuer Absatz 9 angefügt:

„(9) Wird eine weitere Facharztbezeichnung erworben, kann sich die festgelegte Weiterbildungszeit im Einzelfall verkürzen, wenn abzuleistende Weiterbildungszeiten bereits im Rahmen einer anderen erworbenen fachärztlichen Weiterbildungsbezeichnung absolviert worden sind. Die noch abzuleistende Weiterbildungszeit darf die Hälfte der Minstdauer der jeweiligen fachärztlichen Weiterbildung gemäß Anlage V der Richtlinie 2005/36/EG nicht unterschreiten.“

2.) Im Abschnitt A wird § 14 Absatz 1 wie folgt neu gefasst:

„§ 14 Prüfung

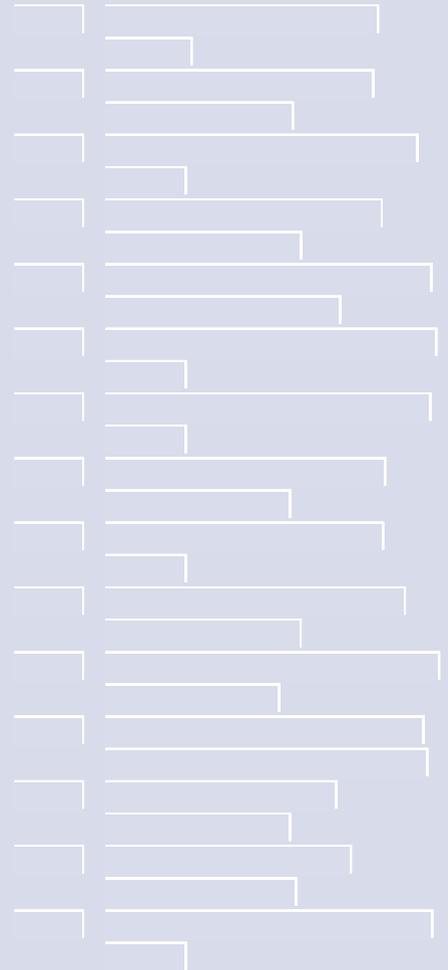
„(1) Die Landesärztekammer setzt den Termin der Prüfung im Einvernehmen mit dem Vorsitzenden des Prüfungsausschusses fest. Die Prüfung findet in angemessener Frist, spätestens sechs Monate nach der

Zulassung, statt. Der Antragsteller ist zum festgesetzten Termin mit einer Frist von mindestens zwei Wochen zu laden. Ihm werden die Namen seiner Prüfer und deren Stellvertreter frühzeitig bekanntgegeben, spätestens mit der Ladung zur Prüfung.“

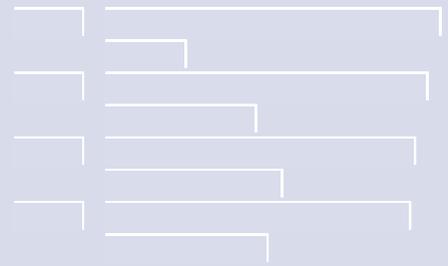
3.) Im Abschnitt A wird in § 18 Absatz 3 wie folgt neu gefasst:

„(3) Wer einen Weiterbildungsnachweis besitzt, der nicht nach Absatz 1 oder 2 automatisch anzuerkennen ist, erhält auf Antrag die Anerkennung einer Facharztbezeichnung, wenn die Gleichwertigkeit des Weiterbildungsstandes gegeben ist. Gleiches gilt bei Vorliegen eines Weiterbildungsnachweises aus einem anderen als den in Absatz 1 genannten Gebieten (Drittstaat), der durch einen anderen Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaat anerkannt worden ist, wenn der Antragsteller drei Jahre die betreffende ärztliche Tätigkeit im Hoheitsgebiet des Mitglied-, EWR- oder Vertragsstaates ausgeübt hat, der diesen Nachweis anerkannt und die zuständige Behörde oder eine andere zuständige Stelle dieses Staates ihm dies bescheinigt hat. Der Weiterbildungsstand ist als gleichwertig anzusehen, wenn die Weiterbildung des Antragstellers keine wesentlichen Unterschiede gegenüber der Weiterbildung nach dieser Weiterbildungsordnung aufweist; zudem muss die Gleichwertigkeit der vorangegangenen ärztlichen Grundausbildung durch die zuständige Behörde festgestellt werden. Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn in der nachgewiesenen Weiterbildung Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten fehlen, deren Erwerb eine wesentliche Voraussetzung für die beantragte Bezeichnung wäre. Wesentliche Unterschiede können ganz oder teilweise durch Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten ausgeglichen werden, die von den Antragstellern im Rahmen ihrer Berufspraxis in einem Mitglied-

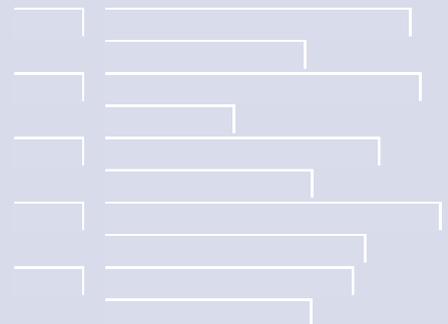
Bezirksärztekammer Frankfurt



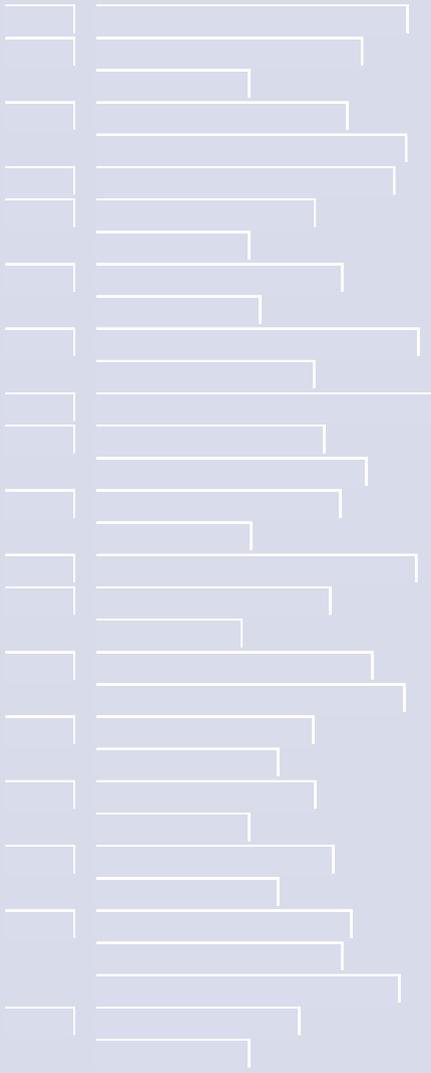
Bezirksärztekammer Marburg



Bezirksärztekammer Wiesbaden



Bezirksärztekammer Kassel



Buchtip

Albrecht Zaiß (Hrsg.): DRG – Verschlüsseln leicht gemacht

Deutsche Kodierrichtlinien, Stand 2016,
Deutscher Ärzteverlag Köln, 410 Seiten,
broschiert, 14. aktualisierte Auflage,
ISBN 9783769135909, € 49,99

- Die offiziellen Kodierrichtlinien 2016, kommentiert.
- Praxisnahes Handbuch zur sachgerechten Kodierung der Diagnosen und Prozeduren nach den Regeln der Deutschen Kodierrichtlinien 2016, der ICD-10-GM 2016 und des OPS 2016.
- Die nach medizinischen Gesichtspunkten gegliederten Zusammenfassungen für Themenbereiche (z. B. Tumoren und Geburtshilfe) bieten Beispiele, Tipps und Kommentare.

staat, einem EWR-Staat, einem Vertragsstaat oder einem Drittstaat erworben wurden. Wurden wesentliche Unterschiede nicht durch Berufspraxis ausgeglichen, ist hierüber ein Bescheid verbunden mit dem Angebot einer Eignungsprüfung zu erteilen. Hierin sind die Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten mitzuteilen, in denen wesentliche Unterschiede bestehen und auf die sich die Eignungsprüfung erstrecken soll. Für die Eignungsprüfung gelten – mit Ausnahme von § 14 Abs. 2, 4 und 5 – die §§ 13 bis 16 entsprechend. Die Dauer der Prüfung beträgt mindestens 30 Minuten.“

4.) Im Abschnitt A wird § 18a Absatz 2 wie folgt neu gefasst:

„(2) Wesentliche Unterschiede liegen vor, wenn sich die Dauer der nachgewiesenen Weiterbildung gegenüber der in dieser Weiterbildungsordnung geregelten Weiterbildung deutlich unterscheidet.“

5.) Im Abschnitt A wird § 19 Absatz 2 wie folgt neu gefasst:

„(2) Für die Überprüfung der Gleichwertigkeit gilt § 18 Abs. 3 Sätze 3 bis 5 entsprechend. Darüber hinaus liegen in der Regel wesentliche Unterschiede vor, wenn die nachgewiesene Weiterbildungsdauer mindestens ein Jahr unter der durch diese Weiterbildungsordnung festgelegten Weiterbildungsdauer liegt. Der Nachweis der erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten wird durch das Ablegen einer Prüfung erbracht. Für die Prüfung gelten die §§ 13 bis 16 entsprechend. Die erforderlichen Kenntnisse, Erfahrungen und Fertigkeiten sind nach Satz 2 auch nachzuweisen, wenn die Prüfung des Antrags nur mit unangemessenem zeitlichen oder sachlichen Aufwand möglich ist, weil die erforderlichen Unterlagen und Nachweise aus Gründen, die nicht in der Person des Antragstellers liegen, von diesem nicht vorgelegt werden können.“

6.) Im Abschnitt A wird § 19a Absatz 1 wie folgt neu gefasst:

„(1) Für die Fälle einer Anerkennung nach § 2 Abs. 3 und 4 gilt § 19 Abs. 2 Satz 1, 3, 4 und 5 sowie Abs. 3 entsprechend.“

7.) Im Abschnitt B werden im Gebiet

„7. Chirurgie“, in den Unterabschnitten „7.1 Facharzt / Fachärztin für Allgemeinchirurgie (Allgemeinchirurg / Allgemeinchirurgin)“, „7.2 Facharzt / Fachärztin für Gefäßchirurgie (Gefäßchirurg / Gefäßchirurgin)“, „7.3 Facharzt / Fachärztin für Herzchirurgie (Herzchirurg / Herzchirurgin)“, „7.4 Facharzt / Fachärztin für Kinderchirurgie (Kinderchirurg / Kinderchirurgin)“, „7.5 Facharzt / Fachärztin für Orthopädie und Unfallchirurgie (Orthopäde und Unfallchirurg / Orthopädin und Unfallchirurgin)“, „7.6 Facharzt / Fachärztin für Plastische und Ästhetische Chirurgie (Plastischer und Ästhetischer Chirurg / Plastische und Ästhetische Chirurgin)“, „7.7 Facharzt / Fachärztin für Thoraxchirurgie (Thoraxchirurg / Thoraxchirurgin)“, „7.8 Facharzt / Fachärztin für Viszeralchirurgie (Viszeralchirurg / Viszeralchirurgin)“, jeweils in den Absätzen „Weiterbildungszeit“ die Angaben: „Werden im Gebiet Chirurgie 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 9 Jahre.“ gestrichen.

8.) Im Abschnitt B werden im Gebiet

„13. Innere Medizin“, in den Unterabschnitten „13.1 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin (Internist / Internistin)“, „13.2 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie (Internist und Angiologe / Internistin und Angiologin)“, „13.3 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie (Internist und Endokrinologe und Diabetologe / Internistin und Endokrinologin und Diabetologin)“, „13.4 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie (Internist und Gastroenterologe / Internistin und Gastroenterologin)“, „13.5 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie (Internist und Hämatologe

und Onkologe / Internistin und Hämatologin und Onkologin“, „13.6 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Kardiologie (Internist und Kardiologe / Internistin und Kardiologin)“, „13.7 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie (Internist und Nephrologe / Internistin und Nephrologin)“, „13.8 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie (Internist und Pneumologe / Internistin und Pneumologin)“, „13.9 Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie (Internist und Rheumatologe / Internistin und Rheumatologin)“, jeweils in den Absätzen „Weiterbildungszeit“ die Angaben: „Werden im Gebiet Innere Medizin 2 Facharztkompetenzen erworben, so beträgt die gesamte Weiterbildungszeit mindestens 8 Jahre.“ gestrichen.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2016 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 19. März 2016 beschlossene und vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 31. März 2016 (Geschäftszeichen:

V2B-18b2120-0001/2008/004) gemäß § 35 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes genehmigte Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 8. April 2016

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

Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR

Einen Überblick über die Geschichte und Entwicklung der Pädiatrie in DDR und BRD gibt ein 120-seitiges Sonderheft der Monatsschrift Kinderheilkunde, das von der Historischen Kommission der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) erarbeitet wurde. Das Heft widmet sich den Entwicklungen in der Pädiatrie in Ost- und Westdeutschland vom Ende des Zweiten Weltkrieges bis heute und liefert damit die bisher umfangreichste historische Auseinandersetzung mit der Kinder- und Jugendmedizin.

Inhaltlich beleuchtet die Publikation Besonderheiten und strukturelle Unterschiede in der Pädiatrie sowie das Selbstverständnis der Kinder- und Jugendärzte in beiden deutschen Staaten, aber auch die wissenschaftliche Entwicklung des Fachs und Fortschritte von Diagnostik und Therapieansätzen. Die Beiträge setzen sich aus wissenschaftlichen Aufsätzen,

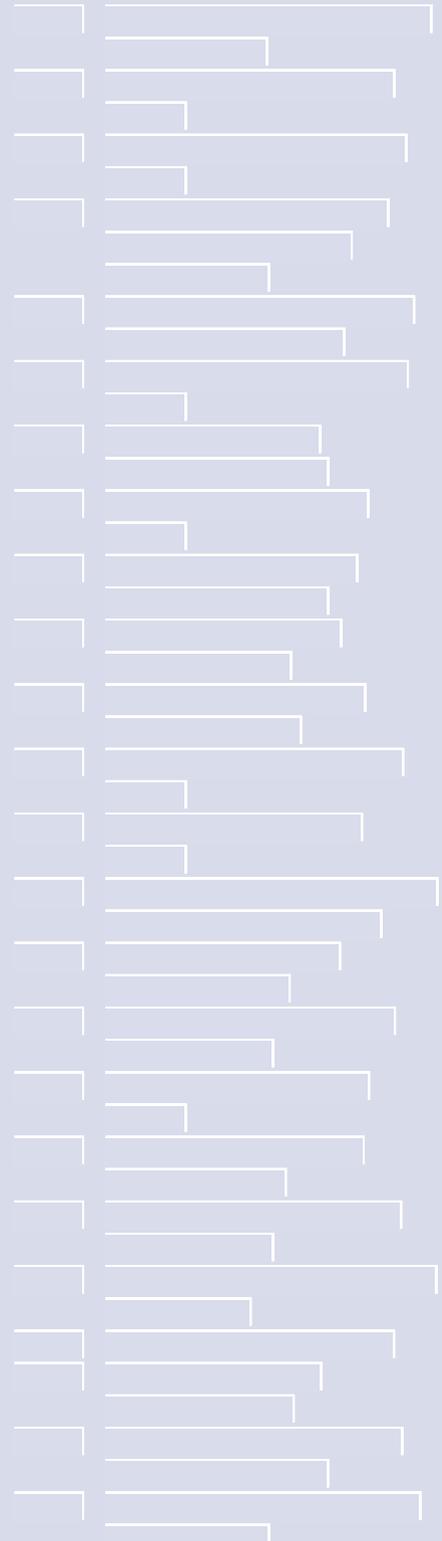
historischen Berichten sowie der Befragung von Zeitzeugen zusammen.

Die Historische Kommission der DGKJ sowie die Autoren (Medizinhistoriker und Kinder- und Jugendärzte) legen mit dieser Publikation die Zusammenfassung ihres über Jahre intensiv bearbeiteten Forschungsthemas vor, das jedem zeitgeschichtlich interessierten Leser spannende Einblicke in die Entwicklung der Pädiatrie in BRD und DDR nach 1945 gibt.

Bibliografische Angaben:

Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde 2016. [Suppl 1]: 164:1–120. Herausgeber im Auftrag der DGKJ: Dr. Annette Hinz-Wessels und Prof. Dr. Thomas Beddies.
DOI 10.1007/s00112-016-0057-3
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Bezirksärztekammer Gießen



Wie Sie einen Arztausweis beantragen

Der Mitglieder- bzw. Arztausweis kann derzeit über zwei unterschiedliche Wege beantragt werden:

- elektronisch über das Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH),
- postalisch per Antragsformular zusammen mit einer Kopie des Personalausweis an die Servicestelle Arztausweis in Gießen.

Da der Papierantrag mit einem erhöhten Zeit- und Verwaltungsaufwand verbun-

den ist, wird ab dem 1. Januar 2017 ausschließlich die elektronische Beantragung möglich sein.

Selbstverständlich können Ärztinnen und Ärzte weiterhin auch bei ihrer jeweiligen Bezirksärztekammer persönlich vor Ort einen Antrag stellen.

Hero Smid

Leiter Verwaltung Bezirksärztekammern
der Landesärztekammer Hessen

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer erhält DGE-Zertifizierung

Im Februar 2016 ist das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim mit dem Qualitätssiegel der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE) ausgezeichnet worden. Bewertet wurden die vier Bereiche: Lebenswelt, Lebensmittelauswahl, Speiseplanung und -herstellung sowie Hygieneaspekte/rechtlicher Rahmen/QM-System. Diese Bereiche wurden nach den DGE-Qualitätsstandards für die Betriebsverpflegung (für das Mittagessen) und nach den DGE-Qualitätsstandards REHA (für Frühstücks- Pausen- und Abendverpflegung) bewertet, da es zu diesem Zeitpunkt noch keinen Standard für Ta-

gungshäuser gab. Mit der Bewertung des FBZ wurde die Grundlage für einen neuen Qualitätsstandard geschaffen, den die DGE in Ihr Programm aufnehmen wird.

Im Rahmen der Zertifizierung sind alle Mitarbeitenden zu den Themen Ernährung, Speiseplangestaltung, Speisezubereitung, Gästekommunikation und Allergenkennzeichnung von der DGE geschult worden.

Alle Gäste können sich nun nach den Empfehlungen der DGE im FBZ ernähren. Die entsprechenden Gerichte/Lebensmittel sind auf den Speiseplänen durch die grüne Schrift und durch das JOB&FIT Logo der DGE erkenntlich.

Gudrun Baumgart, Bad Nauheim
* 05.07.1943 † 26.08.2015

Ekkehard Frielinghaus, Homberg
* 27.06.1948 † 07.02.2016

Dr. med. Gottfried Hillmann, Frankfurt
* 10.09.1921 † 20.05.2014

Dr. med. Dieter Lorber, Heuchelheim
* 05.09.1937 † 21.03.2016

Dipl.-Med. Sylvia Lube, Bad Homburg
* 04.05.1954 † 17.11.2014

Dr. med. Theodor Maier, Vellmar
* 30.07.1921 † 11.03.2016

Dr. med. Gabriele Marx, Darmstadt
* 25.04.1921 † 14.04.2016

Dr. med. Ernst-Harald Mischlich, Darmstadt
* 16.11.1925 † 04.04.2016

Dr. med. Gerhard Ripper, Frankfurt
* 05.08.1941 † 02.02.2016

Rolf-Otto Rühl, Frankfurt
* 01.10.1947 † 29.03.2016

Dr. med. Hedwig Schmitt, Mühlheim
* 17.09.1923 † 26.03.2016

Medizinaldirektorin Dr. med.
Anny Stieglitz, Wiesbaden
* 11.04.1926 † 03.07.2015

Schreiben Sie uns Ihre Meinung



Foto: Werner Hipert - Fotolia.com

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-haebel@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Ehrungen MFA / Arzthelferinnen

Wir gratulieren **zum 25- und mehr als 25-jährigen** Berufsjubiläum:
Melanie Janka,
tätig bei Dr. med. D. Krüger und M. Krüger,
Gießen;

Petra Janocha,
tätig bei Dr. med. C. Ebert und Dr. med.
R. Sachwitz, Seeheim-Jugenheim;

und **zum 40-jährigen** Berufsjubiläum:
Waltraud Diener,
tätig bei Dr. med. C. Haeser, Diemelsee.

Goldenes Doktorjubiläum

- 08.07.: MU Dr. Miroslav Rohlik, Roßdorf,
Bezirksärztekammer Darmstadt
- 13.07.: Privatdozent Dr. med. Christian-
Dietrich Wilde, Bad Homburg,
Bezirksärztekammer Frankfurt/M
- 15.07.: Dr. med. Friedrich Hellersberg,
Heppenheim, Bezirksärztekam-
mer Darmstadt
- 19.07.: Dr. med. Peter Bergmeier, Frank-
furt, Bezirksärztekammer
Frankfurt/M
- 20.07.: Dr. med. Anna Kreplin-Gathof,
Frankfurt, Bezirksärztekammer
Frankfurt/M
- 20.07.: Dr. med. Dieter Goell, Edertal,
Bezirksärztekammer Kassel
- 22.07.: Prof. Dr. med. Dr. h.c./Selcuk
Univ. Gunter Hempelmann,
Wettenberg, Bezirksärztekammer
Gießen
- 22.07.: Privatdozent Dr. med. Ulrich
Kirsch, Kassel, Bezirksärztekam-
mer Kassel
- 26.07.: Dr. med. Eckart Schlieper, Kassel,
Bezirksärztekammer Kassel
- 27.07.: Dr. med. Gisela Schäfer-Kayser-
ling, Schöneck, Bezirksärztekam-
mer Frankfurt/M
- 29.07.: Dr. med. Hermann Soeder, Heu-
senstamm, Bezirksärztekammer
Frankfurt/M

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Das Versorgungswerk informiert

Erratum

Beiträge 2016 für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen

In der Mitgliederinformation 2016 des
Versorgungswerkes, Seite 16, Punkt 3.
muss es richtig heißen:

3. für niedergelassene Ärztinnen und
Ärzte in Hessen mit rechtskräftiger
Zulassung nach § 18 der Zulassungs-
verordnung für Vertragsärzte (früher
RVO-Kassenpraxis):
monatlich 579,70 €
Wir bitten, den Fehler zu entschuldigen.

Bücher



Scheen, Christoph: Steuerwissen für Ärzte und Zahnärzte

Grundlagen, strategische Tipps und Praxisbeispiele
Deutscher Ärzte-Verlag 2014
ISBN 9783769134353
94 Seiten mit vielen Tabellen
kartoniert, 39,99 Euro

Als Leitfaden gedacht, vermittelt Christoph Scheen, Diplom-Kaufmann und Steuerberater, einen praxisnahen, leicht verständlichen Überblick über die Grundzüge des Besteuerungsrechts des ärztlichen Berufsstandes. Anhand zahlreicher Fallbeispiele wird ein transparenter Bezug zu typischen steuerlichen Konstellationen in der Arzt- bzw. Zahnarztpraxis hergestellt.

Hierbei werden zunächst die erwerbsmindernden Aufwendungen im Rahmen des ärztlichen Anstellungsverhältnisses, wie Arbeitsmittel, Bewerbungs-, Fahrt- und Fortbildungskosten bis hin zur steuerlichen Behandlung der doppelten Haushaltsführung und des häuslichen Arbeitszimmers abgehandelt. Ein Kapitel befasst sich mit der steuerrechtlichen Behandlung im Zusammenhang mit der Niederlassung, sei es als Praxisneugründung, des Praxiskaufs, des Anteilerwerbs an einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) oder der unentgeltliche Übernahme einer Praxis bzw. eines Anteils an einer BAG. Weiter werden der niedergelassene Arzt und dessen Ertragssteuern, gefolgt von der steuerrechtlichen Behandlung der Berufsausübungsgemeinschaft, dem medizinischen Versorgungszentrum sowie der Konziliar-/Belegarztstätigkeit abgehandelt. In einem weiteren Teil bespricht der Autor die Praxisaufgabe, den Gesellschafterwechsel, das Ausscheiden aus einer Berufsausübungsgemeinschaft, die Praxisverpachtung sowie die freiberufliche Betriebsaufspaltung. Das letzte Kapitel beschäftigt sich mit der Praxisbewertung und führt in die Bewertungsmethodik und die einzelnen Berechnungsmodi zur Wertermittlung ein. Ziel des Buches ist es, auch komplexe Gestaltungen für Mediziner nachvollziehbar zu machen und dadurch einen effizienten Dialog zwischen diesen und ihren Steuerberatern/Wirtschaftsprüfern zu ermöglichen, auf dessen Basis gemeinsam praxiserrechte Lösungen erarbeitet werden können. Die Ausführungen erreichen das gesteckte Ziel mit Bravour und liefern einen fundierten, mit zahlreichen praxisbezogenen Beispielfällen angeereicherten, leicht verständlichen Überblick in die schwierige steuerliche Materie.

Dr. iur. Thomas K. Heinz, Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

Ungültige Arztausweise

Der Ärzte Club Wiesbaden e. V. lädt ein

- **„Wir machen die Medizin!“**
Aktuelle Themen, Gespräche & mehr für Ärztinnen und Ärzte aus Wiesbaden und Umgebung.
- **Termin:** 24. Juni 2016, ab 18.30 Uhr im Museum Wiesbaden
- Partner- und Kinderprogramm
- **Plattform** zum persönlichen kollegialen Austausch für alle Ärztinnen und Ärzte in Wiesbaden und Umgebung.
- **Schwerpunkt-Themen:** Kooperationsformen und Niederlassungsmöglichkeiten.
- **Anmeldung** an Claudia Schaper, E-Mail: info@claudia-schaper.com

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060038299 ausgestellt am 30.04.2015 für Jolanta Golletz, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060024244 ausgestellt am 19.01.2012 für Monika Münkler, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060035970 ausgestellt am 04.11.2014 für Maria Neumann-Röhrscheid, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060023297 ausgestellt am 20.12.2011 für Dr. med. Jan Peveling-Oberhag, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060025125 ausgestellt am 16.03.2012 für Helene Rack, Großalmerode

Arztausweis-Nr. 060040799 ausgestellt am 25.11.2015 für Joachim Rappold, Neustadt

Arztausweis-Nr. 060026537 ausgestellt am 12.07.2012 für Miriam Rentzsch, Herborn

Arztausweis-Nr. 060036682 ausgestellt am 06.01.2015 für Dr. med. Alice Schauburger, Gründau

Arztausweis-Nr. 060031536 ausgestellt am 01.11.2013 für Cornelia Tobergte, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060032602 ausgestellt am 17.02.2014 für Udo Warkotsch, Offenbach

Bernd Tersteegen-Preis & Georg Haas-Preis 2016

Stifter: Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e. V.

Bernd Tersteegen-Preis

- Dotierung: 8.000 Euro
- Der Preis will die theoretische, vor allem aber die anwendungsorientierte Forschung zu aktuellen Themen der chronischen Niereninsuffizienz und im Besonderen auf dem Gebiet der ambulanten Nierenersatztherapie fördern.
- Bewerben können sich Mediziner, Naturwissenschaftler und Ingenieure, die auf den Gebieten Nierenerkrankungen und Nierenersatztherapie wissenschaftlich arbeiten.
- Eingereicht werden können Originalarbeiten (keine Dissertationen bzw. Habilitationsschriften), die innerhalb der Jahre 2015/2016 publiziert worden oder noch unveröffentlicht sind.

Georg Haas-Preis

- Dotierung: 2.600 Euro
- Doktorandenpreis im Fachgebiet Nephrologie: Mit dem Georg Haas-Preis werden Arbeiten zum Gesamtspektrum der Urämie und deren Behandlung gefördert.
- Zugelassen sind ausschließlich Dissertationen, die innerhalb der Jahre 2015/2016 eingereicht wurden bzw. zur Einreichung vorgesehen sind.

Für beide Ausschreibungen gilt:

- **Einsendeschluss:** 15. Juli 2016 per E-Mail an: info@dnev.de
- **Informationen:** www.dnev.de

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)

7. Gießener Symposium Hämostaseologie

7. Gießener Symposium Hämostaseologie – „Basics & Updates“

- **Termin:** 22. Juni 2016, 18–20 Uhr
- **Themenschwerpunkte** sind in diesem Jahr die Abklärung von Blutungen bei Kindern, Aktuelles zu DOAKs und TVT-Therapie-Leitlinien sowie die Präsentation von Fallbeispielen.

- **Leitung:** Prof. Dr. med. Bettina Kemkes-Matthes, Universitätsklinikum Gießen und Marburg

- **Veranstalter & Anmeldung:** Interdisziplinärer Schwerpunkt für Hämostaseologie
35392 Gießen, Langhansstraße 2
Fon: 0641 985-42726
Fax: 0641 985-42728
E-Mail: jessica.esposito@uk-gm.de

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2015 mit dem Arztstand 01.03.2016 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 28. April 2016 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.03.2016 folgende Beschlüsse gefasst:

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

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

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

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

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

► siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 28. April 2016 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungs-ort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	Hofgeismar	3,50	ÜV
Alsfeld	Hornberg (Eiße)	0,50	ÜV
Bad Arolsen	Hünfeld	ÜV	ÜV
Bad Hersfeld	Idstein	ÜV	8,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	Kassel-Nord	0,50	ÜV
Bad Orb	Kassel-Stadt	ÜV	ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Süd	ÜV	7,50
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV	ÜV
Behra/Rotenburg a.d.Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV	ÜV
Bensheim/Heppenheim	Korbach	2,50	ÜV
Biedenkopf	Lampertheim/Viemheim	5,50	7,50
Borken (Hessen)	Lauterbach	1,00	ÜV
Büdingen	Lich/Hungen/Reiskirchen	2,00	2,50
Butzbach	Limburg	0,50	3,50
Darmstadt	Marburg	4,50	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	Melsungen	13,00	ÜV
Eitville	Michelstadt	ÜV	ÜV
Erbach	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	5,50	3,50
Eschwege	Nidda	ÜV	ÜV
Frankenberg (Eder)	Offenbach	ÜV	ÜV
Frankfurt	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	Rüsselsheim	ÜV	14,00
Fritzlar	Schlüchtern	ÜV	ÜV
Fulda	Schwalmsstadt	ÜV	ÜV
Gelnhausen	Seligenstadt	ÜV	ÜV
Giessen	Sontra	ÜV	0,50
Gladenbach	Stadellendorf	ÜV	1,50
Grünberg/Laubach	Taunusstein	ÜV	1,00
Haiger/Dillenburg	Usingen	3,50	ÜV
Hanau	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	3,50	1,50
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	Weilburg	ÜV	ÜV
Herborn	Wetzlar	ÜV	ÜV
Heringen (Werra)	Wiesbaden	ÜV	ÜV
Hessisch Lichtenau	Witzenhausen	ÜV	ÜV
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen	Wolfhagen	14,00	0,50
Hochheim/Fürsheim	freie Arztstze gesamt	ÜV	111,50

Beschluss Landesausschuss 28.04.2016
Arztbestand 01.03.2016

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

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 28.04.2016
Arztbestand 01.03.2016

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztsitze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	ÜV	2,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,50
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Odenwaldkreis	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Landkreis Offenbach	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Rheingau-Taunus-Kreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Weiteraukreis	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00**	0,00
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Schwalm-Eder-Kreis	1,50	ÜV	0,50	ÜV	1,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	4,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	0,50**	1,50
freie Arztsitze gesamt	7,00	0,50	3,50	2,00	4,00	0,00	5,50	0,00	1,00	2,00	23,50

ÜV Überversorgung
* geöffnet für KJP
** geöffnet für APT

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

Anlage 3

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 28.04.2016
 Arztbestand 01.03.2016

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	10,5	ÜV	10,50
Starkenburger	ÜV	ÜV	7,5	ÜV	7,50
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	22,00	0,00	22,00

ÜV Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 28.04.2016
Arztbestand 01.03.2016

