

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 7/8 | 2016  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



## Themenheft Ärztinnen: Weibliche Karriere in der Medizin

3STEPS HOSPITAL  
Prof. Dr. Milvus

**119. Deutscher Ärztetag**  
Ökonomisierung der Medizin, GOÄ-Novelle und steigende Arzneimittelpreise wurden neben weiteren Themen in Hamburg diskutiert

**Ärztekammer**  
Forschungsprojekt zur „Geschichte der Landesärztekammer“ – Teil II mit einem Überblick auf die Ergebnisse aus der NS-Zeit

**Parlando**  
Atelierbesuch: Knallige Farben und Reflexion der Gesellschaft – das Gießener Pop Art-Trio 3Steps erzählt mit seinen Bildern Geschichten



**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

# Sie sind herzlich eingeladen!

## 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 Hafeneeger

### **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  
Michael Buff  
Kristin von der Beeke  
Andrea Weidmann

### **Anmeldung:**

Beate Völker  
Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3  
60488 Frankfurt  
Fon: 069 97672-340  
Fax: 069 97672-224  
E-Mail: beate.voelker@laekh.de

\*Mainarcaden: im Haus der Stadtwerke Frankfurt,  
Nähe Konstablerwache



Foto: mtsaide – Fotolia.com

## Themenheft Ärztinnen

Wie gelingt weibliche Karriere in der Medizin? Aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchten acht Beiträge die Frage nach den Karriereausichten für Frauen im Arztberuf. Anhand ausgewählter Beispiele werden Ärztinnen in Porträts und als Teilnehmerinnen eines zum Thema veranstalteten Runden Tisches vorgestellt.

406–427



Foto: Manuel Maier

## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg

Die wachsende Ökonomisierung in der Medizin, die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und steigende Arzneimittelpreise waren nur einige der Themen auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg. Neben der Berichterstattung erwarten Sie außerdem die Eindrücke hessischer Delegierter.

392/399

<b>Editorial:</b> Mut zum eigenen Erfolg .....	391
<b>Ärztchammer</b>	
Gabriele Herrlein feiert 40-jähriges Dienstjubiläum .....	409
Dr. iur. Katharina Deppert zum runden Geburtstag .....	425
Hospitationsdatenbank der Landesärztkammer: Ihre Beteiligung ist uns wichtig! .....	453
Stellenanzeige Ärztlicher Referent/in .....	453
<b>Fortbildung</b>	
Umgang mit Fehlern – Tagungsbericht zum 9. Ärztetag am Dom .....	442
Ärztliche Leichenschau .....	457
Körperkonturierende Maßnahmen nach bariatrischer Chirurgie .....	458
Live-Übertragungen aus drei OP-Sälen .....	462
<b>Ansichten und Einsichten:</b> Damit wir verstehen, was um uns / mit uns geschieht .....	466

## Themenheft: Ärztinnen

■ Einführung: Mut zur weiblichen Karriere in der Medizin .....	406
■ Ärztinnen diskutieren, wie Karriere in der Medizin gelingen kann .....	410
■ Geschlechterspezifische Unterschiede: Berufliche Pläne hessischer Absolventen der Ärztlichen Prüfung .....	414
■ Ergebnisse der KarMed-Studie zu Karriereverläufen und Karrierebrüchen von Ärztinnen .....	416
■ Interview mit Dr. med. Susanne Johna .....	420
■ Interview mit Dr. med. Sabine Olischläger .....	422
■ Die Radiologin Prof. Dr. med. Jutta Peters ist Spezialistin für Brustdiagnostik .....	424
■ Gespräch mit der Gynäkologin Asli Yilmaz über Lücken in der Versorgung von Migranten .....	426



### Geschichte der Landesärztekammer

Das Forschungsvorhaben zur „Geschichte der Landesärztekammer Hessen“ ist weitgehend abgeschlossen. Die vollständigen Ergebnisse werden auf dem Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 vorgestellt. In diesem Heft folgt nun der zweite Teil mit einem Überblick auf die Ergebnisse aus der NS-Zeit.

439



### Parlando

Atelierbesuch: Knallige Farben und Reflexion der Gesellschaft – das Gießener Pop Art-Trio 3Steps erzählt mit seinen Bildern Geschichten. Ausstellungsbesuch: Zum 500. Todestag von Hieronymus Bosch taucht der Betrachter in die geistige und geistliche Vorstellungswelt zu Lebzeiten des Künstlers ein.

428/430

<b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	431
<b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	437
<b>Recht</b>	
Ärztewertungen im Internet	454
Das Antikorruptionsgesetz ist da – und jetzt?	469
<b>Junge Ärztinnen und Ärzte:</b>	
Medizin der Zukunft – durch junge Ärzte heute / Symposium des Bündnisses JUNGE ÄRZTE auf dem 119. DÄT	450
Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen hat großen Zulauf	451
<b>Schlaglicher, Notizen, Nachrichten</b>	463
<b>Personalia</b>	464
<b>Leserbriefe</b>	467
<b>Bücher</b>	
■ Der Ackermann aus Böhmen (2. Auflage) / Michael Popović, Ivan Pfeifer	405
■ Medizin – Gesundheit – Geschlecht / C. Homberg, A. Pauli, B. Wrede (Hrsg.)	419
■ Spannende Fälle aus der Akutmedizin / Marian C. Poetzsch	452
<b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b>	468
<b>Kassenärztliche Vereinigung Hessen</b>	471
<b>Impressum</b>	475



Foto: privat

## Mut zum eigenen Erfolg

### Liebe Kolleginnen und Kollegen,

überall begegnet mir die Aussage „Die Medizin wird weiblich“. Geht das überhaupt? Ist die Medizin männlich oder weiblich? Das ist meines Erachtens die falsche Betrachtungsweise, denn die Medizin ist in allererster Linie menschlich. Was steckt also hinter dieser Aussage? Zuallererst wohl die Erkenntnis, dass sich die Arbeitsbedingungen in der Medizin endlich an die Anforderungen und Bedürfnisse heutiger Generationen anpassen müssen. Aber natürlich spielt die Geschlechtsangehörigkeit eine Rolle für die Art der Berufsausübung und auch für die Karriere.

Heute liegen der Anteil der Ärztinnen in Hessen bei rund 46 Prozent und der Anteil der weiblichen Studierenden sogar bei etwa 68 Prozent. Vor 118 Jahren wäre das noch undenkbar gewesen, denn im Juni 1898 stellte der 26. Deutsche Ärztetag in Wiesbaden zur Frage der Zulassung von Frauen zum Medizinstudium fest, dass dies keinen erheblichen Nutzen für die Kranken bringe. Es würde sogar mehr schaden als nützen. „Auch den Frauen selbst gereiche der Beruf nicht zum Vorteil“, so hieß es. „Studierende Frauen würden auch den Hochschulen keinen Nutzen bringen. Frauen seien im Gegenteil geeignet, das Ansehen des ärztlichen Standes herabzusetzen.“ So kam es, dass die 1870 in Frankfurt am Main geborene Rahel Hirsch belächelt wurde, als sie die Absicht äußerte, Medizin zu studieren. Sie zog daher weg und schrieb sich 1899 an der Universität Zürich ein. Nach dem Studium wurde sie die zweite Ärztin an der Berliner Charité und erhielt 1913 als erste Medizinerin in Preußen den Professorentitel. Ein Gehalt erhielt sie allerdings für ihre Arbeit nicht.

Seitdem hat sich viel hin zum Positiven geändert, aber es gibt immer noch genügend Verbesserungsbedarf. Dies reicht von den klinischen Arbeitsbedingungen über den weiblichen Anteil bei Führungspositionen bis hin zur Vergütung. Letztere liegt im Mittel im Vergleich zu den männlichen Kollegen nicht nur bei den angestellten Ärztinnen niedriger, sondern auch bei den niedergelassenen Kolleginnen.

Bei all diesen Aspekten werde ich mich auch weiterhin mit aller Kraft für Verbesserungen einsetzen, von denen ja auch die männlichen Kollegen profitieren.

Doch auch der Mut und der Wille, sich für sich selbst einzusetzen sind gefragt. Immer wieder zeigen Untersuchungen, dass auch hochqualifizierte Frauen zu zaghaft sind, sich zu wenig zutrauen oder keine klaren Vorstellungen haben. Dies trifft auch auf Ärztinnen zu. Da hilft nur eins. Ärztinnen müssen sich mehr zutrauen und zielstrebig Führungspositionen anstreben. Sie sollten die derzeit guten Voraussetzungen des Ärztemangels geschickt nutzen und Forderungen bei der Anstellung oder bei ihrer Niederlassung stellen. Dazu soll auch unser Themenschwerpunkt „Ärztinnen“ in diesem Monat motivieren.

Als langjährig erfahrene Hausärztin halte ich die Voraussetzungen im niedergelassenen Bereich für geradezu ideal und dies sogar in Einzelpraxen, denn als Chefin kann man die Praxisorganisation den Bedürfnissen der eigenen Familie (Stundenplan der Kinder) sehr gut anpassen. Dabei sollten niedergelassene Ärztinnen die Angebote der Kassenärztlichen Vereinigung nutzen. Eltern, aber auch pflegende Angehörige, können zum Beispiel einen Entlastungsassistenten beschäftigen. Für die Erziehungszeit kann ein Entlastungsassistent bis zu 36 Monate beschäftigt werden, einen Teil der Aufgaben der Praxisinhaberin übernehmen und bei der Patientenversorgung unterstützen (dieses Angebot gilt natürlich auch für Väter). Auf Antrag ist auch eine Befreiung vom Ärztlichen Bereitschaftsdienst möglich.

In den Kliniken sollten Ärztinnen selbstbewusst ihre Ansprüche geltend machen – wie zum Beispiel Verträge über die gesamte Weiterbildungszeit, Unterstützung bei der Kinderbetreuung, klar geregelte Weiterbildungscurricula – und Führungspositionen einfordern.

Ärztinnen sollten sich zudem nicht scheuen, Hilfe in Anspruch zu nehmen. Hausarbeiten können gut delegiert werden. Wiedereinstiegs- und Mentorinnenprogramme für Ärztinnen sowie lokale, regionale und überregionale Netzwerke zur gegenseitigen Unterstützung sollten unbedingt genutzt werden. Ärztinnen sollten sich auch in berufspolitischen Gremien engagieren, um dort ihren Einfluss geltend zu machen. In der ärztlichen Selbstverwaltung besteht die Möglichkeit, die Rahmenbedingungen der eigenen Berufsausübung zu gestalten. Die Möglichkeit, die Weiterbildung auch in Teilzeit absolvieren zu können, war nicht die Initiative eines Mannes.

Die Befürchtung unserer ärztlichen Vorväter hat sich nicht bewahrheitet. Wir Ärztinnen haben keinen Schaden genommen, und auch das Ansehen der Ärzteschaft hat nicht gelitten.

Ganz im Gegenteil, Ärztinnen bereichern die Medizin, und darüber bin ich zusammen mit unseren Patientinnen und Patienten sehr froh.

Ihre

Monika Buchalik  
Vizepräsidentin



# Gemeinsam gegen wachsende Ökonomisierung in der Medizin

## 119. Deutscher Ärztetag in Hamburg



Blick ins Plenum im Congress Center Hamburg: lebhafte Abstimmungen

Ein wolkenverhangener Himmel wölbte sich über der Hansestadt. Düstere Vorboten der GOÄ-Debatte, die auf dem 119. Deutschen Ärztetag in Hamburg bevorstand? In der neobarocken Laeiszhalle, würdiger Schauplatz der Eröffnungsveranstaltung, standen die Zeichen zunächst auf Harmonie. „Lebensfroher Graf trifft fescche Zofe“: Die von den Hamburger Symphonikern elegant interpretierte Ouvertüre aus der Hochzeit des Figaro sei „genau das, was wir auf diesem Ärztetag erleben wollen“; behauptete Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery zur Begrüßung fröhlich. Doch als er später in seiner Rede dafür warb, streitende Vorstellungen in Politik und Ärzteschaft zum Ausgleich zu bringen, klang in seiner Stimme ein angespannter Unterton mit.

### Balance zwischen Notwendigem und Sinnvollem finden

Dass es nicht immer leicht, aber sehr wohl möglich sei, eine Balance zu finden, habe die Diskussion über die Einschränkung der

ärztlichen Schweigepflicht nach dem Germanwings-Absturz gezeigt, sagte Montgomery. Sie endete damit, dass sich der Bundestag für den Erhalt der Schweigepflicht aussprach. Dessen klare Absage an organisierte Sterbehilfe ohne strafrechtlichen Eingriff in das Arzt-Patientenverhältnis,

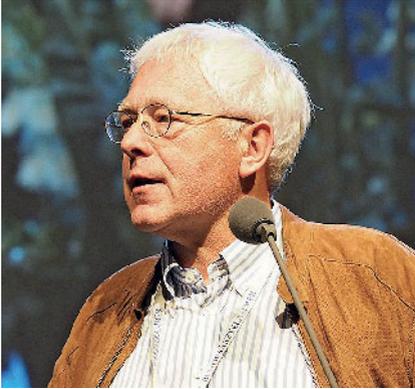
sei ebenfalls mit Hilfe und Unterstützung der Ärzteschaft zustande gekommen. Dies gelte auch für das neue „Antikorruptionsgesetz“, bei dem die Balance zwischen Notwendigen und Sinnvollen – kein *lex specialis* für Ärzte, keine Vermischung von Berufsrecht und Strafrecht – dank unterstützender ärztlicher Beratung erreicht worden sei.

Es gehe darum, Entscheidungen zu treffen, die für alle akzeptabel seien, hob Montgomery hervor. Den Bundesgesundheitsminister, der in seiner Rede u. a. ankündigte, sich um die Reform des Medizinstudiums zu kümmern und zusagte, dass die Verhandlungen um das Freihandelsabkommen TTIP nicht zu einer Abkehr von Sozialstandards führen würden, hatte er dabei an seiner Seite. Nachdem Hermann Gröhe Ärztinnen und Ärzten ausdrücklich für ihr Engagement in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen gedankt hatte – „eine großartige Mannschaftsleistung“, appellierte er angesichts der Machtkämpfe innerhalb der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und der Debatte um die ärztliche Gebührenordnung (GOÄ) an innerärztliche Geschlossenheit. „Ich halte eine neue GOÄ für überfällig“, betonte Gröhe



Prof. Dr. med. Frank-Ulrich Montgomery (links) und Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe

Foto: Katja Möhrle



Dr. med. Peter Zürner



Dr. med. Wolf Andreas Fach

he, der sich in Hamburg eindeutig zum System der ärztlichen Selbstverwaltung und deren Handlungsfähigkeit bekannte.

### Appell an ärztlichen Mannschaftsgeist

Die komplexer werdende Medizin in einer alternden Gesellschaft benötige Mannschaftsgeist und Netzbildung der Gesundheitsberufe, etwa beim Ausbau der palliativmedizinischen Versorgung. Notwendig sei eine Kommunikation, die Patienten mehr Selbstbestimmung und Gesundheitskompetenz ermögliche. Dies müsse auch eines der Ziele der Telematik sein. Gute Kommunikation von Ärzten sei bei der Impfberatung „unbedingt nötig“, um „unverantwortlicher Panikmache“ entgegen zu wirken. Er wolle keine Kassen- oder Staatsmedizin, sagte Gröhe. Basis der Novellierung der GOÄ müsse ein gemeinsamer Vorschlag der Bundesärztekammer, der Privaten Krankenversicherung (PKV) und der Beihilfe sein. Allerdings warnte der Minister davor, das GOÄ-Konzept durch einen öffentlichen Streit der Ärzte untereinander kaputt zu machen. Dies spiele nur denen in die Hände, die die Reform ablehnten.

Die Bundesärztekammer befinde sich in einer tiefen Vertrauenskrise, erklärte Montgomery. Gleichzeitig räumte er Fehler bei dem Bemühen ein, eine neue GOÄ auf den Weg zu bringen: „Es gibt durchaus Grund zur Kritik. Wir alle – und da schließe ich mich selbst ausdrücklich mit ein – haben die Komplexität des Prozesses unterschätzt.“ Erst nach einem mehrjährigen Diskussionsprozess und informativem Sonderärztetag im März dieses Jahres ha-

be der Vorstand der BÄK „erhebliche Inkongruenzen zwischen dem vorgelegten Zwischenstand eines bewerteten Leistungsverzeichnisses und unseren Vorstellungen und Erwartungen“ festgestellt. Mit dem Resultat, dass der BÄK-Vorstand den Zwischenstand eindeutig zurückgewiesen habe. „Nach dieser Entscheidung war aber auch klar. Wir mussten den „reset-Knopf“ drücken, wir mussten uns neu aufstellen.“

### Abwahl Montgomerys abgewendet

Wie sehr es in der Ärzteschaft brodelte, zeigten die hitzigen Diskussionen am Nachmittag im Congress Center Hamburg. Montgomerys Kritiker warfen ihm vor, er habe in der seit Jahren verlangten Reform, die er selbst zur „Chefsache“ erklärt habe, „komplett versagt“. Gegenstand der Auseinandersetzungen war die Höhe der erwarteten Zuwächse und die Berechnung der einzelnen GOÄ-Leistungen. Am 17.3.2016 hatte der Vorstand der Bundesärztekammer bei dem vorgelegten Entwurf eines Leistungsverzeichnisses Klärungsbedarf in Teilen der Legendierung, des Paragraphenteils und der Preisfindung festgestellt und die Vorlage unter der Prämisse notwendiger Nachverhandlungen – gemäß der Beschlüsse des Außerordentlichen Deutschen Ärztetages vom 23.1.2016, insbesondere des Leitantes – nicht an das Bundesministerium weitergeleitet. Vor dieser Entscheidung stand bereits fest, dass die Bundesregierung die GOÄ-Novellierung noch in der laufenden Legislaturperiode nicht beschließen wird.

Vor diesem Hintergrund forderte eine Gruppe Delegierter die Abwahl Montgo-

merys. Vorwürfe flogen hin und her: Das Präsidium der BÄK habe die Bedenken rund um die GOÄ nicht ernst genommen, sich hochmütig und verächtlich gezeigt, behaupteten die einen. Von Demontage und einem Verfall der politischen Kultur sprachen die anderen. Zwei hessische Delegierte brachen eine Lanze für Sachlichkeit und Vernunft: Einige Abläufe bei den GOÄ-Verhandlungen seien nicht so gewesen, wie sie hätten sein sollen, bestätigte Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), der auch die Kommunikation mit den Berufsverbänden kritisierte und den Außerordentlichen Ärztetag Anfang des Jahres als negatives Beispiel nannte. Zürner (Fachärzte Hessen) sprach sich für eine offene, kritische Diskussion aus und forderte zugleich dazu auf, gegen den Abwahlantrag zustimmen: „Es darf kein Vakuum geschaffen werden.“ Eine Überzeugung, die Dr. med. Wolf Andreas Fach, ebenfalls Präsidiumsmitglied der LÄKH, teilte: Der Abwahlantrag werde „nicht wirklich weiterhelfen“, weder in der Öffentlichkeit, noch in der Politik. Wie Zürner forderte Fach (Fachärzte Hessen), dass die Berufsverbände künftig kontinuierlich über die Inhalte der Verhandlungen informiert werden müssten. Nun gelte es, nach vorne zu schauen.

Das lautstark geäußerte Ansinnen einer Minderheit, Montgomery auf dem Ärztetag in seiner Heimatstadt abwählen zu lassen, scheiterte. Der Ärztetag lehnte es mehrheitlich ab, den Antrag überhaupt auf die Tagesordnung setzen zu lassen.

### Sachlicher Stil in die GOÄ-Debatte eingekehrt

Am Folgetag wich der emotionale Ton der Debatte einem konstruktiven Diskussionsstil. Mit der pragmatischen Beschreibung des weiteren Prozesses gelang es Dr. med. Klaus Reinhardt, dem Vorsitzenden des Bühnenordnungsausschusses der Bundesärztekammer, etliche Delegierte von der Seriosität des Vorgehens zu überzeugen. Er machte zugleich deutlich, dass er für den operativen Teil der Verhandlungen zuständig sei, die politisch-strategische Verantwortung allerdings beim Präsidenten der Bundesärztekammer Professor Frank Ulrich Montgomery liege. Nach intensiver, von einigen Bedenken begleiteter Debatte



sprach sich der Deutsche Ärztetag für eine Fortführung der Arbeiten an einer Novelle der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) aus. Die Delegierten begrüßten die unmittelbare Einbindung der ärztlichen Berufsverbände und wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften unter Beteiligung des Bundesministeriums für Gesundheit, des PKV-Verbands und der Beihilfe in die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte. U. a. wurde gefordert, dass das Recht zur Liquidation aus der Approbation unberührt bleiben müsse. Die Rahmenbedingungen der GOÄ dürften nicht dazu führen, dass diese zu einem Honorarsteuersystem umgeformt werde. Gewarnt wurde erneut vor einer „EBM-isierung“ der GOÄ, die mit einer Änderung der Bundesärztleitung einhergehen würde.

Zudem müssten die Leistungslegenden und -bewertungen sowie die neue Steigerungssystematik auch durch Unterstützung der Fachgesellschaften und Berufsverbände den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen des Jahres 2016 entsprechen. Auch der Paragraphenteil solle überarbeitet werden. Die Gemeinsame Kommission (GeKo) dürfe keine weitergehenden Kompetenzen als die Abgabe von Empfehlungen erhalten. Die Zuständigkeit der GeKo bezüglich Aufklärungs- und Dokumentationspflichten bei Auftragsleistungen in der Gesetzesinitiative müsse gestrichen werden. Eine Übersicht der Bedingungen ist auf der Website der BÄK eingestellt: [www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/reinhardt-beschluesse-des-aerztetages-zur-goae-helfen-bei-weiteren-verhandlungen/](http://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/reinhardt-beschluesse-des-aerztetages-zur-goae-helfen-bei-weiteren-verhandlungen/).

„Der Ärztetag hat der Bundesärztekammer Leitplanken für den weiteren Verhandlungsprozess mit dem Verband der Privaten Krankenversicherung gegeben. Wir wissen jetzt genau, wohin der Ärztetag will, wo wir Verhandlungsspielraum haben und wo die Grenzen liegen“, sagte Reinhardt am Mittwochnachmittag. Er kündigte an, die Arbeiten an der GOÄ konsequent fortführen zu wollen. Zwar sei in dieser Legislaturperiode nicht mehr mit einer Umsetzung der Novelle zu rechnen; spätestens nach der Bundestagswahl solle aber ein Konzept stehen, das dann in die Koalitionsverhandlungen der neuen Bundesregierung eingebracht werden könne.



Dr. med. Klaus Reinhardt

Nach wie vor umstritten blieb in Hamburg, ob die Bundesärztekammer nicht weitaus offensiver eine Erhöhung des Honorarniveaus fordern sollte. Im Raum steht derzeit eine als tolerabel empfundene Erhöhung um 5,8 Prozent über einen Zeitraum von drei Jahren.

## Nachbesserung des Asylpakets II gefordert

Nachdem die ersten beiden Tagen des Deutschen Ärztetages fast ausschließlich im Zeichen der GOÄ gestanden hatten, besserte sich nicht nur die Stimmungslage der Delegierten merklich. Auch Bundesärztekammerpräsident Montgomery kehrte wieder zur gewohnt souveränen Diskussionsleitung zurück. Zeit, sich anderen wichtigen Themen auf der Tagesordnung zu widmen.

Auf der Eröffnungsveranstaltung in der Laeiszhalle war Dr. med. Tankred Stöbe, Vorstandsmitglied von „Ärzte ohne Grenzen“, unter begeistertem Applaus für sein Engagement in Krisengebieten mit der Paracelsus-Medaille der Deutschen Ärzteschaft geehrt worden: Große Anerkennung für einen Arzt, der unter hohem persönlichem Einsatz Nothilfe leistet. Hilfe leisten, darum ging es auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag auch bei dem Thema „Flüchtlinge in der medizinischen Versorgung“. Montgomery lobte in Hamburg das Engagement vieler Tausender Ärztinnen und Ärzte bei der Bewältigung des Flüchtlingszustroms. „Niemand sollte allerdings auf die Idee kommen, sich auf diesem ehrenamtlichen Engagement auszuruhen“, bekräftigte der Präsident der Bundesärztekammer. Olaf Scholz, Ober-



LÄKH-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach auf der Tribüne

bürgermeister der Stadt Hamburg, der am Eröffnungstag nicht nur die Rückkehr zu einer paritätischen Finanzierung der Krankenkassenbeiträge durch Arbeitgeber und Arbeitnehmer forderte, hatte sich auch für die deutschlandweite Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge stark gemacht. Diese habe sich bereits in Hamburg, Bremen und Schleswig-Holstein bewährt.

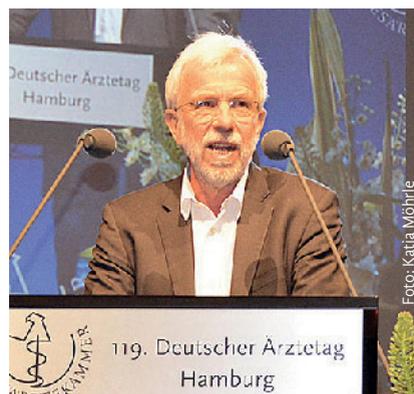
Der Deutsche Ärztetag in Hamburg forderte, wesentliche Teile des im März in Kraft getretenen Asylpakets II nachzubessern. Die Delegierten kritisierten, dass als Abschiebungshindernis nur noch lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gelten, die sich durch die Abschiebung wesentlich verschlechtern würden. Diese gesetzliche Wertung widerspricht nach Auffassung der Ärzteschaft dem Recht auf Leben und körperliche Unversehrtheit. Für Asylsuchende müsse die Zugangsmöglichkeit zu einer medizinischen Versorgung in jedem einzelnen zu prüfenden Fall gegeben sein. Außerdem seien Änderungen bei den Regelungen zum beschleunigten Asylverfahren zum Beispiel für Menschen aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten notwendig. Bei diesen Verfahren entscheidet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge innerhalb einer Woche über den Asylantrag. Der Ärztetag bezeichnete es als unrealistisch, unter diesem Zeitdruck, ohne Kenntnis der Sprache und Gesetze, sorgfältige ärztliche Untersuchung und Begutachtung durchzuführen. Opfer von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen müssten aus dem beschleunigten Asylverfahren herausgenommen werden.

Generell sollten alle besonders Schutzbedürftigen von diesen Schnellverfahren ausgeschlossen werden. Außerdem müssten schwere psychische und auch somatische Erkrankungen weiterhin als Schutzgrund für die Anerkennung gelten. Die Delegierten waren sich darin einig, dass die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mittel- und langfristig nicht auf ehrenamtlicher Basis erfolgen kann. Daher müssten staatliche Stellen zeitnah professionelle Strukturen zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung schaffen. In diesem Zusammenhang forderte der Deutsche Ärztetag Länder und Kommunen auf, die finanzielle und personelle Ausstattung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zu stärken.

### Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung schreitet voran

Er hoffe, mit der Reform der (Muster-) Weiterbildungsordnung (MWBO) in ähnliche Dimensionen vorzustoßen, wie Hamburg mit der Elbphilharmonie, erklärte Dr. med. Franz Bartmann, Vorsitzender der Weiterbildungsgremien der Bundesärztekammer, zur Auflockerung seines Sachstandberichts zur Weiterbildungs-novelle. Ein interessanter Vergleich, der offenkundig nicht nur der Dauer des Projekts geschuldet ist, sondern auch Hoffnung auf ein absehbares Ende machen will. So sollte die Elbphilharmonie eigentlich bereits 2012 eröffnet werden; nun wird die Eröffnung für 2017 in Aussicht gestellt. Auf den Deutschen Ärztetagen wird seit 2010 über die Weiterbildungsreform diskutiert; Bartmann gab sich davon überzeugt, schon bald den Entwurf einer „Komplettnovelle“ für die MWBO vorlegen zu können. Wegen der rasanten Weiterentwicklung in der Medizin und der sich ändernden Rahmenbedingungen der ärztlichen Berufsausübung sei eine Reform der MWBO dringend erforderlich. Weiterbildung rein zeitlich zu definieren, werde bei der veränderten Lebensplanung der jungen Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung immer schwieriger. Bartmann verspricht daher, dass mit der neuen MWBO flexibler auf die Lebensplanung junger Ärzte, für die die Vereinbarkeit von Beruf und Familie im Mittelpunkt stehe, reagiert werden könne.

Dass der aktuelle Stand der Novelle – Gegenstand der Version 2 sind der Abschnitt B der Novelle, Allgemeine Inhalte und das Glossar – erst zwei Tage nach dem Ende des Deutschen Ärztetags im Internet veröffentlicht wurde, bot einigen Delegierten Anlass zur Kritik. Obwohl der Entwurf in Hamburg noch nicht einsehbar war, gab es bereits inhaltliche Diskussionen. So wurde der u. a. von PD. Dr. med. Andreas Scholz, Hessen (Marburger Bund), eingebrachte Antrag, wonach auch Weiterbildungsabschnitte von drei Monaten angerechnet werden können und eine Weiterbildung in Teilzeit auch mit mindestens zwölf Wochenstunden möglich ist, mit deutlicher Mehrheit angenommen. Der von Dr. med. Klaus König (Fachärzte Hessen) eingebrachte, lebhaft diskutierte Antrag auf Partnerbehandlung bei genita-



Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig

len Infektionen der Frau auch durch Frauenärzte und -ärztinnen wurde an den BÄK-Vorstand überwiesen. Gegen eine operative Therapie des männlichen Mammakarzinoms durch Gynäkologen wandte u. a. Michael Waldeck (Fachärzte Hessen) ein, dass es sich dabei um eine traditionell chirurgische Domäne handele.

### Arzneimittel: Kampf gegen Mondpreise

Die Arzneimittelpreise steigen, immer häufiger ist gerade bei onkologischen Medikamenten von „Mondpreisen“ die Rede. Viele Verhandlungen über die Kosten laufen intransparent ab, oder sind, wie Montgomery es formulierte, „mit einem Schleier des Geheimnisses“ umgeben. Vor dem Hintergrund dieser Entwicklung hatte der Deut-

sche Ärztetag das Thema „Arzneimittelpreisbildung im Spannungsfeld zwischen Patientennutzen und marktwirtschaftlich orientierter Unternehmenskultur“ auf die Tagesordnung gesetzt. In seinem differenzierten Vortrag bot Prof. Dr. med. Wolf-Dieter Ludwig, Vorsitzender der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft, einen Überblick über Interessenkonflikte, Ausgabenverteilung im GKV-System, die Entwicklung des Verordnungsvolumens, die Zulassung neuer Arzneimittel und das Arzneimittelmarktneuordnungsgesetz (AM-NOG). Seit Jahren lieferten sich die ärztliche Behandlung und die Arzneimittel ein Kopf-an-Kopf-Rennen bei der Ausgabenentwicklung der Gesetzlichen Krankenversicherung in Deutschland, berichtete Ludwig. Daher habe die Bundesregierung 2000 ein neues Gesetz verabschiedet, um bei den Arzneimitteln die Spreu vom Weizen zu trennen. Dennoch stiegen die Ausgaben der gesetzlichen Krankenkassen für Arzneimittel jährlich um vier bis fünf Prozent. Bei einigen Arzneimitteln – vor allem in der Onkologie – lägen die jährlichen Therapiekosten pro Patient bei 80.000 Euro und höher. Durch die hohen Kosten könne die ausreichende Versorgung der Patienten mit Arzneimitteln künftig gefährdet sein.

Negativ bewertete Ludwig außerdem, dass von den 45 im Jahr 2015 neu zugelassenen Arzneimitteln 25 beschleunigt zugelassen worden seien: „Das führt dazu, dass bei der Zulassung nicht die Erkenntnisse vorliegen, die benötigt werden.“ Der Begriff „innovativ“ könne nur in Führungsstriche gesetzt werden, da Informationen zu Ergebnissen der Nutzenbewertung fehlten. Der Preis der Medikamente werde willkürlich festgelegt; er orientiere sich nicht am Zusatznutzen.

Auf heftige Kritik der Delegierten stieß der Vortrag von Birgit Fischer, Hauptgeschäftsführerin beim Verband forschender Arzneimittelhersteller. Sie hatte zwar Verständnis für die Sorgen angesichts von Preissteigerungen, zugleich aber auch den Eindruck geäußert, dass häufig Innovationen durch Preisdiskussionen verhindert würden. Schlechte Nachrichten würden oft in den Mittelpunkt gerückt. „Mich irritiert die Freude am Scheitern“, münzte sie ein Zitat von Bundeskanzlerin Angela Merkel auf die eigenen Befindlichkeit um und betonte: „Innovationen bedeuten Zukunft.“ Fischer ap-



pellierte an die Ärzte, sich für den medizinischen Fortschritt zum Wohle der Patienten einzusetzen. Tatsächlich lägen die Arzneimittelpreise in Deutschland seit AMNOG im europäischen Mittelfeld; von Kostentreiberi könne keine Rede sein. Auch in der Onkologie gebe es keine Kostenexplosion, sondern ein gleichbleibendes Niveau, widersprach sie Ludwig. Mit den Worten „Wir brauchen eine Allianz der Gesundheit“ lud Fischer die Ärzteschaft zu gemeinsamen Anstrengungen ein, erntete damit jedoch neben höflichem Applaus etliche Buhrufe. Die Ärztevertreter wiesen den Vorwurf zurück, dass Innovationen verhindert würden. „Wir sind nicht der Lust am Scheitern verfallen“; konterte ein Delegierter. Er glaube vielmehr, dass sich die Pharmaindustrie in einer Krise befinde. Das Ärzteparlament warnte vor einer finanziellen Überforderung des Gesundheitssystems wegen kontinuierlich steigender Arzneimittelpreise und forderte den Gesetzgeber dazu auf, die Regelungen für die Nutzenbewertung und die Preisfestlegung neuer Arzneimitteln im Rahmen des sogenannten AMNOG-Verfahrens nachzubessern. „Die derzeit freie, ausschließlich am Markt orientierte Preisfestlegung für Arzneimittel im ersten Jahr nach der Markteinführung durch den pharmazeutischen Unternehmer muss abgeschafft werden“, heißt es in der Entschließung des Deutschen Ärztetages.

## Ärzte müssen bereit sein, Kante zu zeigen

Ökonomisierung in der Medizin: Ein weiteres zentrales Thema, das leidenschaft-



PD Dr. med. Andreas Scholz

lich auf dem Deutschen Ärztetag diskutiert wurde. Die Delegierten stimmten darin überein, dass medizinische Entscheidungen nicht von ökonomischen Erwägungen abhängen dürfen. „Wir sind alle einer Meinung: Ethisch verantwortliche Medizin kennt nicht den Verkauf von Kniegelenken, Herzkatheter-Operationen oder Organtransplantationen gegen Bonus“, sagte Hans-Fred Weiser, Präsident des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands (VLK), in seinem ausgezeichneten Gastvortrag am Donnerstag. Der Arzt müsse bereit sein, Kante zu zeigen und einen Vertrag abzulehnen. „Es gibt „Fehlreize“, fügte er mit Blick auf Bonuszahlungen – „Boni“ – für lukrative Operationen hinzu. „Selbstverständlich müssen auch Krankenhausärzte wirtschaftlich handeln. Aber es darf eben keine Boni für hohe Stückzahlen geben.“ Einer aktuellen Untersuchung der Unternehmensberatung Kienbaum zufolge hätten 97 Prozent der Leitenden Kranken-

hausärzte im Jahre 2015 Verträge mit monetären Anreizen gehabt. 1995 seien es lediglich 5 Prozent gewesen. Allerdings sei diese Problematik nicht auf die obere Leitungsebene beschränkt, unterstrich Weiser. Wie die Kienbaum-Analyse von 2011 zeige, hätten 19 Prozent der Oberärzte, 15 Prozent der Fachärzte und 6 Prozent der Ärzte in Weiterbildung Verträge mit mengenassoziierten Bonusregelungen unterzeichnet. Ausdrücklich warnte der Referent vor den Folgen, die diese Entwicklung für junge Ärzte habe. Ihnen werde damit eine gefährliche Sichtweise vermittelt: weg von den ethischen Aspekten des Arztberufs hin zur Ökonomie.

Ärzte sollten Arbeitsverträge, die nicht die medizinische Tätigkeit sondern wirtschaftliche Vorgaben in den Mittelpunkt stellen, nicht unterzeichnen, forderte Weiser. Es gebe ausreichend Alternativen auf dem Arbeitsmarkt. An kurzfristige Wunder glaubt Weiser allerdings nicht. Zunächst müssten Ärzte ein belastbares Rückgrat ausbilden. „Da bedarf es eines Paradigmenwechsels.“ Er rechne mit 20 bis 30 Jahren, bis man bei diesem Thema ein Umdenken in der Ärzteschaft erlebe. Ein ganz wesentlicher Faktor sei die Besetzung des Ärztlichen Direktors, da dieser die Verantwortung tragen müsse, erklärte PD Dr. med. Andreas Scholz, Delegierter der Landesärztekammer Hessen, in der anschließenden Diskussion. „Heute ist eine unterstützende Führungskraft notwendig: Bonus adé. Steckt das Geld in eine gescheite Personalstruktur.“

Dr. med. Lars Bodammer, Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen und ebenfalls Delegierter auf dem Deutschen Ärztetag, unterstrich den Einfluss der wachsenden Ökonomisierung auf junge Ärzte. In der Rückschau lasse sich erkennen, dass die Entwicklung mit der Einführung des DRG-Systems begonnen habe. Junge Kolleginnen und Kollegen, wüchsen damit auf; sie seien unerfahren und willig und könnten die wirtschaftliche Bandbreite noch nicht vollends überblicken. „Werte werden sich verschieben“, prognostizierte Bodammer (Marburger Bund): „Vom Arzt hin zum Leistungserbringer im Kasack.“

Der 119. Deutsche Ärztetag forderte die Krankenträger dazu auf, gemäß den auf Initiative der Bundesärztekammer und



Hessische Delegierte (von vorne): Dr. med. Klaus Doubek, Dr. med. Michael Weidenfeld, Dr. med. Michael Repschläger, Dr. med. Wiegand Müller-Brodman, Christine Hidas, Michael Waldeck

des Verbandes der Leitenden Krankenhausärzte Deutschlands festgeschriebenen und Anfang des Jahres in Kraft getretenen gesetzlichen Regelungen in § 135c des Sozialgesetzbuches V von vorrangig an ökonomischen Kriterien orientierten Bonuszahlungen für leitende Krankenhausärzte abzusehen. Anderenfalls wäre der Gesetzgeber erneut aufgerufen, derartigen Entwicklungen auch rechtlich Einhalt zu gebieten. „Ökonomisierung ist dann abzulehnen, wenn betriebswirtschaftliche Parameter individuelle und institutionelle Ziele ärztlichen Handelns definieren, ohne dass es eine am Patientenwohl orientierte medizinische Begründung gibt“, heißt es in einer einstimmig gefassten Entschließung des Ärztetages.

### Studienplätze nach Kompetenz und Engagement vergeben

Ausdrücklich forderten die Delegierten veränderte Kriterien bei der Vergabe von Studienplätzen im Fachbereich Medizin. Diese sollten nach Kompetenz und Engagement vergeben werden. Berücksichtigt werden sollen auch soziales Engagement, psychosoziale Kompetenz und Berufserfahrung. Dagegen sprachen sich die Delegierten gegen eine „Landarztquote“ aus. Nur die wenigsten Bewerber könnten schon vor ihrem Studium einschätzen, welche Fachrichtung sie einschlagen und ob sie auf dem Land arbeiten wollten. Zur Bekämpfung des Hausarztmangels seien dagegen u. a. mehr Lehrstühle für Allgemeinmedizin und eine Stärkung der Ausbildungsmöglichkeiten in Arztpraxen notwendig. Unter der Bedingung einer finanziellen Förderung der Universitäten und Lehrpraxen forderten die Ärztevertreter Bund und Länder auf, bei der Ausgestaltung des geplanten „Masterplan Medizinstudium 2020“ eine Erhöhung der Studienplatzkapazitäten sowie die Abschaffung von Teilstudienplätzen vorzusehen.

### Appell: Vorbilder für junge Ärzte sein

Auch Mitglieder der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd) hatten in der Diskussion vehement ein Pflichtquartal Allgemeinme-



Dr. med. Susanne Johna

dizin abgelehnt. Pflicht schaffe keine Motivation. Doch die Studierenden bewegten noch andere Themen: „Wir begrüßen es sehr, dass der Deutsche Ärztetag das Thema Flüchtlinge als Schwerpunkt gewählt hat. Die Ärzteschaft muss sich mit gesamtgesellschaftlichen Themen beschäftigen“, sagte Solveig Mosthaf vom bvmd. Allerdings seien sie als Medizinstudierende enttäuscht, dass der Idealismus vieler Ärzte im Laufe des Berufslebens schwinde. „Bezeichnend ist, dass das Thema Flüchtlinge auf der Tagesordnung zugunsten der GOÄ verschoben wurde.“ Dadurch entstehe der Eindruck, dass das Geld im Vordergrund stehe. „Uns ist auf dem Ärztetag wiederholt die Frage gestellt worden: Wie kann man mehr junge Ärzte für die Berufspolitik begeistern?“, erzählte Mosthaf und antwortete mit einem Appell: „Indem Sie uns Vorbilder sind. Durch persönli-



Dr. med. Lars Bodammer

ches Engagement, das sich am Wohl Anderer orientiert.“

### Dr. med. Susanne Johna in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt

Voller Spannung war die Wahl der weiteren Ärztin in den Vorstand der Bundesärztekammer erwartet worden. Mit Monika Buchalik (60, Liste ÄrztINNEN) und Dr. med. Susanne Johna (50, Marbuger Bund) waren zwei Präsidiumsmitglieder der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) als Kandidatinnen angetreten. Als einen Schwerpunkt ihres berufspolitischen Engagements hatte Buchalik bei ihrer Vorstellung die Vereinbarkeit von Beruf und Familie genannt. Die niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin und Vizepräsidentin der LÄKH, die seit 2004 Listenführerin der ÄrztINNEN Hessen ist,



tritt für eine flexible Gestaltung der Weiterbildungszeiten ein, hält eine Novellierung der ärztlichen Gebührenordnung (GOÄ) für überfällig und macht sich für eine Konsens orientierte Zusammenarbeit von angestellten und niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stark.

Johna, Fachärztin für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Krankenhaushygiene und Vorsitzende des Marburger Bundes Hessen, erklärte, sie stehe für eine Stärkung der regionalen Ärztekammern. Mit ihrem berufspolitischen Engagement möchte Johna, Oberärztin für Hygiene im Sankt Josefs-Hospital Rheingau, etwas bewegen: „Wir Ärztinnen und Ärzte wollen Therapiefreiheit ohne Einflüsse von außen. Wir wollen keine externen Institute, die uns erzählen, was Qualität in der Gesundheitsversorgung heißt, wir wollen eine angemessene Vergütung und wir brauchen mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten.“

Die zum Greifen spürbare Spannung im Vorfeld erwies sich als berechtigt. Der Wahlvorgang verlief so aufregend wie ein Krimi: Im ersten Wahlgang erhielten beide Kandidatinnen jeweils 122 von 244 gültigen Stimmen. Im zweiten Wahlgang entfielen 124 Stimmen auf Johna, während Buchalik knapp mit 120 Stimmen unterlag. Damit gehört Johna seit dem 119. Deutschen Ärztetag dem Vorstand der Bundesärztekammer an.

## Monika Buchalik in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin gewählt

Mehrheitlich votierten die Delegierten für den Erhalt der Akademien für Gebietsärz-

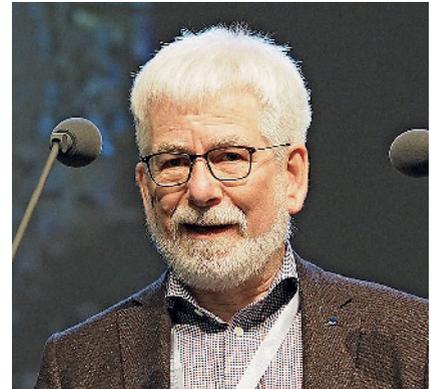


Monika Buchalik

te und Allgemeinmedizin mit eigenem Statut und der bisherigen Struktur. Auf Vorschlag des Vorstandes der Bundesärztekammer wurde Monika Buchalik als eine von fünf ordentlichen Mitgliedern in den Vorstand der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin gewählt.

## Arbeitsschutzgesetz und EU-Normen

Zu den weiteren Themen, mit denen sich die Ärztevertreter in Hamburg auseinandersetzten, zählte u. a. das Arbeitsschutzgesetz. Der Deutsche Ärztetag forderte die Arbeitgeber im Gesundheitswesen und die politisch Verantwortlichen dazu auf, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes sicherzustellen und sich einer Aufweichung der EU-Arbeitszeitrichtlinie entschieden entgegenzustellen. Eine geplante Novellierung der EU-Arbeitszeitrichtlinie, die eine Erweiterung der Wochenhöchst Arbeitszeit sowie eine Neubewertung der inaktiven Zeit während des Bereitschaftsdienstes vorsieht, würde zu ei-



Michael Waldeck

ner unzumutbaren Arbeitsbelastung der am Krankenhaus Beschäftigten führen. An die EU-Kommission wandte sich das Ärzteparlament mit der Forderung, die nationalen Gesundheitssysteme nicht durch EU-Normen zu regulieren. Die im Vertrag von Lissabon garantierte Souveränität der Mitgliedstaaten bei der Gestaltung ihrer Gesundheits- und Sozialsysteme sei zu respektieren. Der Deutsche Ärztetag wies dabei insbesondere auf die Versuche des Europäischen Komitees für Normung – CEN (Comité Européen de Normalisation/ European Committee for Standardization) hin, auch ärztliche Tätigkeiten bzw. Gesundheitsdienstleistungen normen zu wollen.

Hinweis: Alle Informationen und das Beschlussprotokoll des 119. Deutschen Ärztetages sind im Internet unter [www.bundesaerztekammer.de](http://www.bundesaerztekammer.de) eingestellt.

Katja Möhrle

Fotos: Manuel Maier (11) und Katja Möhrle

## Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Foto: Katja Kölsch

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, 12. Juli 2016 • Dienstag, 16. August 2016 • Dienstag, 13. September 2016

# Eindrücke hessischer Delegierter vom 119. Deutschen Ärztetag

## 1. Welche Erwartungen haben Sie mit dem 119. Deutschen Ärztetag verknüpft?

**Dr. med. Peter Zürner:** Minister Gröhe ging betont auf die Ärzteschaft zu, fordert die Ärzte zur Zusammenarbeit auf und erwartet ein Beilegen der innerärztlichen Auseinandersetzung.

**Monika Buchalik:** Ich hatte die Erwartungen, dass bei der Wahl des Vorstands/Beisitzer die Interessen der Niedergelassenen durch die Wahl eines niedergelassenen Mitglieds im Vorstand der BÄK vertreten werden können. Wir brauchen die Balance von Niedergelassenen und Klinikärzten im Vorstand der BÄK.

**Dr. med. Susanne Johna:** Die Hoffnung, dass der innerärztliche Konflikt, der sich gerade am Thema GOÄ manifestiert, beigelegt werden kann.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Die Erwartung, eher die Befürchtung, die ich an den Ärztetag hatte, war Unruhe, Fraktionierung, Streitgespräche – sie wurde zum Glück enttäuscht.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Ich habe mir gewünscht, dass die vor und nach dem Sonder-Ärztetag anhaltend ausgestalteten heftigen Konfrontationen über die zukünftige GOÄ und damit verbundene personale Schuldzuweisungen zu konstruktiver Arbeit umschwenken und somit wieder in die Haltung des kollegialen Respektes zurückfinden.

**Dr. med. Philip Sänger:** In einer Zeit des allgemeinen Dissens innerhalb der Ärzteschaft erwarte ich die Möglichkeit, sich unaufgeregt Sachthemen zuzuwenden und ein Zeichen auszusenden, dass die deutsche Ärzteschaft handlungsfähig ist, sich klar positionieren kann und aktuell auf Probleme, zum Beispiel die Versorgung von Flüchtlingen, reagieren kann.

Ich erwarte ein klares Bekenntnis zur Freiheit und Unabhängigkeit des ärztlichen Berufes und ein deutliches Zeichen gegen jeglichen Angriff auf diesen. Gerade in einer Zeit, in der fast jeder fünfte Arbeitnehmer im Bereich des Gesundheitswesens arbeitet, erwarte ich ein Signal der Ärzteschaft, dass weiterhin der Patient und seine Gesundheit im Fokus stehen und nicht finanzielle Interessen der Beteiligten.



Dr. med. Philip Sänger

**Dr. med. Silke Engelbrecht:** Eine hoffentlich konstruktive und von Inhalten geprägte Debatte um die GOÄneu, nachdem es im Vorfeld vor allem um meiner Meinung nach zum Teil persönliche Angriffe ging. Aber auch eine Positionierung zur Frage der Arzneimittelpreisgestaltung bzw. die Effekte, die das AMNOG (Gesetz zur Neuordnung des Arzneimittelmarktes) darauf hat.

**Dr. med. Klaus König:** Klärung der zukünftigen Wege der GOÄ; Stand der neuen Weiterbildungsordnung.

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci:** Dass ein weites Spektrum relevanter Themen diskutiert wird und zukunftsweisende Entscheidungen getroffen werden.

**Yvonne Jäger:** Nachdem im Rahmen des außerordentlichen Deutschen Ärztetages

Anfang 2016 die Novellierung der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) von einer breiten Mehrheit der Ärzte getragen wurde, erwartete ich vor allem, dass neben der GOÄ, deren Anpassung an die Versorgungsrealität mit Sicherheit überfällig ist, nun auch den weiteren drängenden berufspolitischen Anliegen, welche uns auf der Seele brennen, ein angemessener Raum eingeräumt wird.



Yvonne Jäger

## 2. Eröffnungsveranstaltung

**Michael Andor:** Eröffnung würdig. Brahm's Ungarische Tänze ergaben dann die temperamentvolle Ouvertüre für die folgenden Stunden.

**Dr. med. Susan Trittmacher:** Die Eröffnungsveranstaltung war feierlich und fand in einem stilvollen Rahmen statt. Professor Montgomery und Minister Gröhe haben ihre Standpunkte klar gemacht, jeder mit seinen Schwerpunkten. Aber eine Auseinandersetzung mit dem anderen Standpunkt hat mir gefehlt, ich habe eher eine Parallelwelt wahrgenommen.

**Hat Bundesärztekammerpräsident Prof. Montgomery in seiner Rede die richtigen Schwerpunkte gesetzt?**

**Dr. med. Klaus König:** Ja.



**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Bei Montgomerys Eröffnungsrede kamen neben dem Eingeständnis von Fehlern bei der GOÄ auch andere wichtige Themen zur Sprache: die Ablehnung organisierter Sterbehilfe, Erhalt der Schweigepflicht, Flüchtlingshilfe, gekrönt durch die Paracelsusmedaille an den Vorsitzenden von „Ärzte ohne Grenzen“ Dr. med. Tankred Stöbe, TTIP- & CETA-Auswirkungen auf unsere Gesundheitslandschaft.

**Dr. med. Susanne Johna:** Es wurden viele wichtige aktuelle Themen der aktuellen Gesundheitspolitik angesprochen. Die Notwendigkeit, die Schweigepflicht zu verteidigen auch angesichts des tragischen Germanwings-Absturzes war mir als Thema besonders wichtig.

**Yvonne Jäger:** In meinen Augen ging unser Bundesärztekammerpräsident in einem sehr ausgewogenen Maß auf viele der aktuell „brennenden“ Themen unserer ärztlichen Alltagsrealität ein. Insbesondere fand ich die Schwerpunktsetzung sehr weise: Kommentare zum richtungsweisenden Beschluss des Bundestages im Sinne einer klaren Absage der organisierten Sterbehilfe, der Diskussion um die Einschränkung der ärztlichen Schweigepflicht nach dem Germanwings-Absturz im März 2015, dem neuen „Antikorruptionsgesetz“, dem Verbot der Verschreibung von Medikamenten ohne vorherigen Patientenkontakt, Ausführungen zur Aufarbeitung des Transplantationskandals, dem Hinweis auf die Wanderausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet. Kranke und behinderte Menschen im Nationalsozialismus“, die sich dem dunklen Kapitel unserer Geschichte widmen, aber auch das Engagement der Ärztinnen und Ärzte bei der Bewältigung des Flüchtlingszustroms bekamen einen angemessenen Rahmen. Ich empfand es als sehr positiv, dass das Thema GOÄ einen nicht zu großen Raum einnahm. Dennoch wies Prof. Montgomery mit Recht auf unseren Anspruch auf ein angemessenes Honorar und eine rechtssichere Gebührenordnung hin, die wir einfordern. Insbesondere jedoch der Appell, dass es gerne argumentativ „hoch hergehen“ dürfe, jedoch am Ende Chancen und Herausforderungen abgewogen und Entschei-

dungen gefällt werden müssen, die für alle akzeptabel sind und divergierende Vorstellungen zu einem gemeinwohlorientierten Ergebnis zusammenzuführen sind (und somit die Balance in allen Körperschaften gelingen muss und kann), fand ich sehr sachdienlich.

**Michael Andor:** Prof. Montgomery hat in seiner Rede eigene Fehler eingestanden, blieb jedoch ohne Bedauern und in der Sache ohne Umkehr (= Kursänderung in GOÄ).

**Dr. med. Philip Sänger:** Die Aufarbeitung des Sonderärztetages in Berlin und der „Reset“ der Verhandlungen um die GOÄ sind gelungen. Die herausragende Leistung der deutschen Ärzteschaft im Rahmen der Flüchtlingskrise ist sehr deutlich geworden und der Politik wurde sehr gezielt die Hand gereicht Konsens zu erreichen.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Ja, und er hat die anerkennenswerte Größe gezeigt, Fehler und politischen Versäumnisse zu GOÄ einzuräumen. Der Bundespolitik hat er sich klar gegenüber positioniert.

## Wie beurteilen Sie die Rede von Bundesgesundheitsminister Gröhe?



Dr. med. Klaus König

**Dr. med. Klaus König:** Plattitüden.

**Dr. med. Philip Sänger:** Herr Bundesminister Gröhe zeigt eine klare Linie in der Gesundheitspolitik und konnte glaubwürdig Ängste und Sorgen in der Ärztes-

chaft zerstreuen, welche eine Einmischung der Europäischen Kommission in die nationale Gesundheitsversorgung betrifft. Auch die Zusage, sich gegen eine Absenkung nationaler Qualitätsstandards in Rahmen von internationalen Handelsverträgen (TTIP) einzusetzen, wirkt vertrauensfördernd. Ärgerlich ist ganz klar der Verweis auf Nichtzuständigkeit, wenn es um Fragen des Medizinstudiums geht oder die chronische Unterfinanzierung im Öffentlichen Gesundheitsdienst, ohne hier Verantwortung zu übernehmen – da ja kommunale Entscheidungen zu Grunde liegen.

**Michael Andor:** „Überarbeitung der GOÄ überfällig“ = lenkt ab von seinem eigenen Versäumnis und schiebt geschickt den Schwarzen Peter der Ärzteschaft zu!

**Yvonne Jäger:** An der Rede von Bundesgesundheitsminister Gröhe fand ich, neben einer ebenfalls recht ausgewogenen und breiten Themenwahl, besonders bemerkenswert, dass er immer wieder deutlich artikuliert, dass er hinter dem Prinzip der ärztlichen Selbstverwaltung stehe.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Geschickt, beredt, routiniert, auch im gesundheitsfachlichen Kontext. An einigen Punkten unscharf, weich und für ärztlich notwendige Interessen nicht wirklich belastbar.

**Dr. med. Susanne Johna:** Der Bundesgesundheitsminister hat sehr souverän seine Gesetzgebung positiv dargestellt. Die Tatsache der unzureichenden Investitionskostenfinanzierung hat er komplett ausgespart und stattdessen die „Tropfen auf den heißen Stein“ – wie das Pflegeförderprogramm – in den Vordergrund gestellt.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Minister Gröhe unterstützte sichtlich die deutsche Ärzteschaft trotz früherer heftiger Angriffe.

## Was sagen beide Reden über das aktuelle Verhältnis Politik – ärztliche Selbstverwaltung aus?

**Monika Buchalik:** Sie täuschen Harmonie vor.

**Dr. med. Susanne Johna:** Bei inhaltlichen Differenzen scheint die Kommunikation zu funktionieren.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Noch arbeitsfähig, weitgehend konstruktiv, aber Parteiwinden und Vor-Wahlkampfinteressen der Politik ausgeliefert.

**Michael Andor:** Man wartet auf die Geburt einer neuen Selbstverwaltung bzw. man arbeitet aktiv darauf zu.

**Dr. med. Philip Sänger:** Eine klare Annäherung von Politik und Ärzteschaft war zu spüren. Das Verhaltis verspricht eine konstruktive Arbeit und widerlegt den von der Presse heraufbeschworten inner-arztlischen Kampf mit Stillstand und Arbeitsunfähigkeit. Auffällig war das Ausbleiben von deutlichen Forderungen an die Politik.

**Yvonne Jäger:** Im Rahmen der Ausführungen sowohl von Prof. Montgomery als auch Herrn Gröhe zu vielen der Themen wurde deutlich, dass sich auch in der jüngeren Vergangenheit zeigte, dass es sich lohnt, wenn die arztlische Selbstverwaltung immer wieder die arztlische Sichtweise in die parlamentarischen Beratungen einbringt und somit konstruktiv und mit Sachverstand von der Ärzteschaft Verantwortung übernommen wird. Von der Politik werde die arztlische Selbstverwaltung als gleichermaßen harter wie konstruktiver Verhandlungspartner wahrgenommen.

**Dr. med. Klaus König:** Ärztliche Selbstverwaltung ja, aber unter Kontrolle der Politik.

**Dr. med. Silke Engelbrecht:** Ich fand, die Rede von Herrn Prof. Montgomery hat viele Aspekte aus der innerarztlischen und öffentlichen Debatte aufgegriffen und war zwischen den einzelnen Positionen sehr vermittelnd. Auch die Rede von Herrn Bundesgesundheitsminister Gröhe hat gezeigt, dass er die arztlische Selbstverwaltung, sofern sie denn Positionen zu benennen vermag, als Gesprächspartner ernst nimmt. Insofern denke ich, dass trotz der im Vorfeld veröffentlichten Berichterstattung zur KBV das Verhaltis eigentlich ganz gut ist.



Dr. med. Silke Engelbrecht



Dr. med. Susan Trittmacher

### 3. Wie stark war der diesjährig Deutsche Ärztetag von den Diskussionen rund um die GOneue bestimmt? Welche Folgen werden sich aus dem Diskussionsergebnissen ergeben?

**Dr. med. Peter Zürner:** Das Thema GO hat viele Emotionen freigesetzt, denn viele FachArzte und ihre Verbände fühlten sich nicht gehört und übergangen. Die jetzt gefassten Beschlüsse dazu helfen, den Arbeitsprozess klar zu strukturieren und zu finanzieren. Es sollte nun möglich sein, mit allen Arzteverbanden gemeinsam eine Lösung zu suchen. Dieses gemeinsame Handeln ist hier unverzichtbar.

**Monika Buchalik:** Die Delegierten haben dem BÄK-Vorstand gezeigt, dass der bisherige Umgang mit der GOÄ-Novellierung falsch war. Als Folge werden Berufsverbände und Fachgesellschaften einbezogen.

**Dr. med. Susan Trittmacher:** Meine Erwartungen waren sehr gemischt: Hinsichtlich des „Dauerbrenners“ Novellierung der GOÄ habe ich klärende Worte zu den zum Teil persönlichen und verletzenden Diskussionen in der Öffentlichkeit erwartet. Viel wichtiger ist mir aber ein erkennbarer Wille des Vorstandes der BÄK, dieses Problem in absehbarer Zeit zu lösen. Ein tragfähiger, konsentierter Entwurf für eine neue GO ist notwendig. Das Bild, das unsere Selbstverwaltung zu diesem Thema in der Öffentlichkeit bisher abgegeben hat, schadet uns allen; mehr Professionalität ist notwendig.

**Dr. med. Klaus König:** Es wurde viel geredet, Hoffnung auf bessere Lösungen unter Mitarbeit der Berufsverbände und Fachgesellschaften.

**Dr. med. Susanne Johna:** Es war das dominierende Thema der ersten zwei Tage. Es wurde der Aussprache viel Zeit eingeräumt und letztlich viele gute Beschlüsse gefasst, die den weiteren Weg weisen werden.

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci:** Der DÄT war insbesondere zu Beginn zu stark von der Diskussion um die GOÄ bestimmt. Allerdings herrschte Konsens, dieser Diskussion einen großen zeitlichen Rahmen zuzugestehen.

**Dr. med. Philip Sänger:** Insgesamt hatte die Diskussion um die GOÄ einen großen Stellenwert – es zeigte sich deutlich eine große Unzufriedenheit über die Sitzungs-führung des SonderArztetages in Berlin und die bisherigen Verhandlungen. Es wurde viel sachlicher diskutiert, auch Transparenz wurde versprochen. Ein „Reset“ wurde vereinbart und ausgiebig um die Rahmenbedingungen gestritten. Jedoch ist die Verhandlung einer neuen GO nicht mit Tarifvereinbarungen vergleichbar, das musste auch Herr Montgomery lernen. Das Feld ist nun abgesteckt, die Spiele können beginnen. Eine Entscheidung, wann und wie die Politik das Ergebnis annehmen wird, steht in den Sternen.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Erfreulich geordnet, viel Emotionsabfuhr. Dann wurden letztlich doch sehr zielführende und



lösungsorientierte Entscheidungen mit großen, interfraktionellen Mehrheiten beschlossen. Die Zünder und Heißköpfe haben nicht gewonnen und die anscheinend gewünschte Paralyse nicht erreicht. Selbstbeschädigung des Ärztestandes wurde vermieden.

**Michael Andor:** Aus der Perspektive der in eigener Praxis selbstständig tätigen Kolleg/innen das wichtigste Thema. Hoffentlich folgt ein vorsichtigeres weiteres Vorgehen, wohlwissend, dass es hier um mehr geht als nur um eine Taube auf dem Dach!

**Yvonne Jäger:** Es war für mich sehr positiv zu erleben, dass der erste Tag des Deutschen Ärztetages zwar überwiegend unter dem Zeichen der GOÄ stand, die Diskussionsbeiträge auch teilweise sehr emotional vorgetragen wurden, jedoch dennoch überwiegend konstruktiv waren. Unter diesen Voraussetzungen kann die Ärzteschaft von der Politik als konstruktiver Verhandlungspartner wahrgenommen werden. Und es ist meines Erachtens auch wichtig, dass wir uns als verantwortlicher, konstruktiver und auch kompromissbereiter Verhandlungspartner zeigen. Wir dürfen nicht vergessen, dass die GOÄ als Rechtsverordnung auch ohne unser Zutun vom Bundesministerium für Gesundheit erlassen werden könnte.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Die GOÄ war ein wichtiges Thema unter anderen. Wer sich dazu äußern wollte, konnte dies tun, allerdings verärgerte der neue GOÄ-Kommissionsvorsitzende durch seine allzu schulmeisterlichen Beiträge.

#### 4. Welche anderen Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie besonders wichtig?

**Dr. med. Susanne Johna:** Das Thema Ökonomisierung der Medizin – leitende Krankenhausärzte im Konflikt... Neben dem expliziten Druck in Chefarztverträgen wurde auch der implizite Druck durch Benchmarking und Regresse thematisiert.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Neue (und alte) Arzneimittel mit ihrer Wertigkeit konnten diskutiert werden.

Der großartige Einsatz der deutschen Ärzteschaft für die Flüchtlinge wurde deutlich, und unsere gemeinsame Angst, soziale Errungenschaften durch TTIP oder gar CETA zu verlieren.



Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg

**Michael Andor:** „Gesundheit ist keine Handelsware!“

**Dr. med. Susan Trittmacher:** Mir persönlich ist die Diskussion um die Ökonomisierung des Gesundheitswesens wichtig. Nach wie vor bin ich eine Gegnerin der Privatisierung von Krankenhäusern. Die Privatisierung hat sich als Instrument, um der Mittelknappheit und dem Reformstau Herr zu werden, nicht bewährt. Das Gegenteil ist der Fall. Falsche Anreize (beispielsweise Steigerung von Fallzahlen als Erfolgsmesser) führen zu einer anhaltenden und zunehmenden Arbeitsverdichtung und unzumutbaren Arbeitsbedingungen in Krankenhäusern. Hier sehe ich eine wichtige Aufgabe der Kammern, die Folgen und Auswüchse zu thematisieren und in die Öffentlichkeit zu tragen.

**Yvonne Jäger:** Im Rahmen der Diskussion um Qualitätssicherung in der Medizin kann gar nicht oft genug betont werden, dass Qualität-Messen nicht automatisch mit Qualitätsverbesserung gleichzusetzen ist. Auch ist es noch zu wenig im Bewusstsein angekommen, dass es gar nicht klar ist, wie man Qualität valide messen kann. Qualitätsindikatoren vernünftig zu wählen, ist sehr schwer. Ergebnisqualität darf nicht alleine ausschlaggebend sein, vielmehr muss auch

auf die Strukturqualität geachtet werden. Ein Beispiel zur Verdeutlichung: Ist zum Beispiel Krankenhaus A, welches mehr Patienten, die keine Komplikationen erlitten haben und völlig gesund nach Hause entlässt, besser als Krankenhaus B, wo mehr Komplikationen auftreten? Im ersten Moment ist man geneigt, diese Frage natürlich mit „ja“ zu beantworten. Oder nimmt Krankenhaus A etwa überwiegend Patienten ohne Risikofaktoren auf und in Krankenhaus B landen komplexere Fälle mit zum Beispiel Multimorbidität und per se schlechteren „Ausgangsbedingungen“? Das einzige, was durch Studien belegt ist, wird von den Kostenerbringern beharrlich ignoriert: Eine ausreichende Anzahl gut ausgebildeten Personals und eine nicht Vollaustattung der Bettenkapazität gehen klar mit besserer Qualität und weniger Komplikationen einher. So finde ich die Forderung nach verbindlichen Personalbemessungsgrenzen sowohl für Pflegepersonal als auch für den ärztlichen Bereich einen sehr wichtigen Beitrag zur Qualitätssicherung und sowohl zum Patienten- als auch zum Personalschutz.

**Dr. med. Peter Zürner:** Diesmal leider nicht Sachthemen. Ich war vor dem Ärztetag sehr besorgt, dass auch in der Bundesärztekammer die Handlungsfähigkeit des Vorstandes leidet. Es war wichtig, einen Abwahlenantrag des Präsidenten zu verhindern, da dieser aus meiner Sicht unangemessen und schädlich wäre.

**Dr. med. Philip Sängler:** Das großartige humanitäre Engagement der deutschen Ärzteschaft in der Versorgung von Flüchtlingen findet sich in zahlreichen Anträgen zur Verbesserung der ärztlichen Versorgung, zum Beispiel der Gesundheitskarte für Flüchtlinge und der Familienzusammenführung, wieder.

Der Masterplan Medizinstudium 2020 wurde kontrovers diskutiert und macht im Ergebnis deutlich, dass selbst eine Veränderung in 2020 viel zu spät kommt. Leider macht hier die Politik ihre Hausaufgaben nicht. Ob weitergehende Anträge und Beschlüsse hier weiterhelfen bleibt abzuwarten.

Die zunehmende Ökonomisierung des Gesundheitswesens wird mit großer Sorge

gesehen und zog entsprechende Beschlüsse nach sich.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Vortrag Prof. Dr. Wolf-Dieter Ludwig, AKdÄ, zu Arzneimittelpreisen: exzellent gesprochen, kritische Würdigung, gleichwohl dem Fortschritt verpflichtet und offen. Ein Highlight auch in der späteren Diskussion!

Vortrag Frau Birgit Fischer, VFA, zum gleichen Thema: eine Aneinanderreihung von Plattitüden, flache Darstellungen, Marketing-Dias, pro domo der angeblich die Patienten fürsorgenden Industrieinteressen, zum Teil offensichtliche Datenklitterung und verschleierte Angaben über wissenschaftlich belegte Negativ-Ergebnisse und dazu bereits erfolgte regulatorische Maßnahmen. Ein Eigentor.

Flüchtlingsbetreuung: sehr gutes Zeichen des steten und jederzeit selbstlosen Good-Wills der Ärzteschaft, ambulant wie stationär, gemeinsam mit aller Krisen- und Notfallversorgungsorganisationen.

**Monika Buchalik:** Der Erhalt der Akademien und Allgemeinmedizin und der Gebietsärzte.

**Dr. med. Klaus König:** Appell an die Politik, KBV, Kassen und Krankenhausesellschaft, ambulante Weiterbildung auch in den Facharztgruppen zu fördern, die weniger als 24 Monate ambulante Weiterbildung in der Weiterbildungsordnung haben.

**Dr. med. Silke Engelbrecht:** Ich fand insbesondere den Vortrag von Prof. Dr. Ludwig als Vorsitzenden der Arzneimittelkommission sehr wichtig und informativ. Auch die nachfolgende Debatte war sehr konstruktiv und die gefassten Beschlüsse halte ich persönlich für sehr wichtig.

### 5. Lassen sich aus dem Vortrag „Leitende Krankenhausärzte im Konflikt zwischen Medizin und Ökonomie“ Konsequenzen für gesundheits- und berufspolitisches Engagement ziehen?

**Monika Buchalik:** Sicherlich.

**Dr. med. Klaus König:** Die Verwaltung muss die Klinik nicht totverwalten.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Sehr wichtiges politisches Signal. Vom Referenten klar und gut vorgetragen. Erfolgreiche Arbeit der Koordinierungsstelle der BÄK und engagierte Beratung der betroffenen Leitenden Ärzte. Notwendige Initiativen in Richtung auf den Gesetzgeber werden mit fundierten Argumenten aufgerufen.



Foto: Vera Friederich

Dr. med. H. Christian Piper

In der breiten Diskussion spiegeln sich viele tägliche und dem ärztlichen Ethos geschuldete Nöte von Leitenden, aber auch den nachgeordneten Oberärzten und den Ärzten in WB mit den kommerziellen Klinikbetreibern. 15 Prozent Rendite und mehr sollen aus den DRG-Umsätzen „erwirtschaftet“ werden. Für die Gewinne der shareholder, nicht in erster Linie für eine bessere Versorgung der anvertrauten Patienten.

**Dr. med. Philip Sängler:** Der Vortrag von Prof. Weiser hat in eindrücklicher Weise aufgezeigt, dass die einzige Konsequenz aus dem Konflikt Ökonomie versus Ethik sein muss, sich unermüdlich auch gegen große Widerstände und maximalen Lobbyismus durchzusetzen. Die erfolgreiche Änderung des § 135c SGB V ist ein klares Zeichen. Nur stetiges Bohren und Sensibilisierung der politischen Entscheider können Boni, schädliche Case Mix Volumina und Zielvorgaben vermindern oder im besten Fall verhindern. Die große Anzahl von Redebeiträgen und Entschließungsanträgen zeigt die Sensibilisierung der deutschen Ärzteschaft.

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci:** Das Spannungsfeld zwischen ärztlichem Handeln – ausgerichtet an den Bedürfnissen und dem Wohl der Patientinnen und Patienten und den dafür zur Verfügung gestellten finanziellen Ressourcen – wird meiner Auffassung nach nicht nur für leitende Krankenhausärzte ein wichtiges Thema für die nächsten Jahrzehnte blei-



Foto: Manuel Maier

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci

ben. Auch wenn es banal klingt: Patienten sind keine Kunden, Krankheit stellt keine Nachfrage dar und Krankheitsbehandlung ist keine Ware, die unter der Zielvorgabe einer Gewinnmaximierung vermarktet werden darf.

**Dr. med. Susanne Johna:** Jeder einzelner Arzt, jede Ärztin muss Rückgrat zeigen und der Berufsordnung folgend keine Einschränkung der Therapiefreiheit oder der Indikationsstellung akzeptieren.

**Yvonne Jäger:** Die Kernfrage ist, ob sich Gesundheitsfürsorge und Wettbewerb verantwortlich unter einen Hut bringen lassen. Ethisch verantwortungsbewusste Medizin kennt nicht den Verkauf von Diagnose und Therapie zur Gewinnmaximierung des Unternehmens Krankenhaus. Ärztinnen und Ärzte dürfen daher von keinem Träger und von keiner Geschäftsführung an solchen Strategien beteiligt oder gar per Dienstvertrag verpflichtet werden. Besonders bedenklich finde ich, dass bereits 2011 eine Kienbaumstudie zeigte, dass 19 Prozent der Oberärzte, 15 Prozent der Fachärzte, ja sogar 6 Prozent der Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mengenassoziierte

Bonusregelungen in ihren Dienstverträgen aufwiesen und somit „per Vertrag“ eine gefährliche Sichtweise des Arztberufes als „normal“ verkauft wird. Hier muss man eine große Achtsamkeit walten lassen!

**Michael Andor:** Mit klammheimlicher Genußtuung konstatiere ich, dass das Problem der Budgetierung und Regresse und ähnliches nun auch die Krankenhäuser erreicht hat. Das lässt die Hoffnung aufkeimen, dass künftig auch die Krankenhausärzte Verständnis für die Probleme der niedergelassenen Kollegen entwickeln. Wir sitzen jetzt tatsächlich in einem Boot.

## 6. Wie bewerten Sie das Wahlergebnis unter TOP V?

**Dr. med. Susanne Johna:** Ich habe mich natürlich gefreut.

**Monika Buchalik:** Prof. Montgomery hat eine Balance gefordert – wir fordern eine Balance auch bei der Zusammensetzung des Vorstandes der BÄK. Diese ist bei der Wahl leider nicht erreicht worden.

**Yvonne Jäger:** Das Wahlergebnis war denkbar knapp, so dass beide Kandidatinnen erhobenen Hauptes die „Wahlbühne“ verlassen konnten. Ich persönlich freue mich jedoch sehr, dass Frau Dr. Susanne Johna in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt wurde. Nicht nur, dass ich sie persönlich sehr schätze, da ich sie als sehr engagierte und Patienten-zugewandte Ärztin kennen lernen durfte (sie war, als ich noch Berufsanfängerin war, meine erste Oberärztin). Ich schätze sie auch sehr wegen ihrer Fachkompetenz, hervorragenden Kommunikationsfähigkeit, starken Führungspersönlichkeit und ihrer unbedingten Glaubwürdigkeit und Zuverlässigkeit. Ich bin fest davon überzeugt, dass Frau Dr. Johna ohne Ansicht auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten Fraktion ein hervorragender Fürsprecher für die Anliegen aller Ärztinnen und Ärzte ist. Herzlichen Glückwunsch zur Wahl!

**Dr. med. H. Christian Piper:** Mit dem demokratisch spektakulären Ablauf, der für beide Bewerberinnen sehr ehrenvoll verlief, bin ich sehr zufrieden. Mit dem Wahlergebnis bin ich noch zufriedener.

**Michael Andor:** Mit Bedauern nehme ich zur Kenntnis, dass unsere berufliche Zukunft zunehmend durch das Angestellten-dasein geprägt sein wird.

**Dr. med. Philip Sänger:** Für uns Hessen ist es ein großer Erfolg, ein weiteres Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer zu haben und hessische Belange stärker gewichten zu können. Aus meiner Sicht eines Facharztes für Allgemeinmedizin ist es im Rahmen einer sehr knappen Entscheidung leider nicht gelungen, weiteren allgemeinmedizinischen Sachverstand in den Vorstand der Bundesärztekammer zu bringen.

## 7. Wie lautet Ihr Fazit des 119. Deutschen Ärztetages?

**Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak:** Der Wetterlage in Hamburg vor dem 119. DÄT mit stürmischen Regen und Gewitterschauern entsprechend war die Stimmungslage unter den niedergelassenen Delegierten. In der Eröffnungsveranstaltung versuchte Professor Montgomery,



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

auf eine sachliche Diskussion bei dem Thema GOÄ hinzuwirken – ebenso auch Bundesgesundheitsminister Gröhe, der zudem ein offenes Ohr der Politik für dieses Thema zusagte.

Zu Beginn der Plenumsitzung kam es trotzdem zu einer emotional geführten Diskussion über die Aufnahme eines zusätzlichen Tagesordnungspunktes „Abwahl des Präsidenten“, der schließlich mit großer Mehrheit abgelehnt wurde und somit großer Imageschaden verhindert werden

konnte. So wie sich die Wetterlage verbesserte, stieg auch die Stimmungslage der Ärztinnen und Ärzte des DÄT und es kam zu einer Deeskalation. In meiner Erinnerung wird dieser Ärztetag eng verknüpft mit dem Thema GOÄ bleiben, das den Hauptteil der Tagung einnahm.

**Dr. med. Klaus König:** Sehr viele Anträge enden als Überweisung an den Vorstand. Abgeordnete entheben sich der Möglichkeit und Freiheit, selbst zu entscheiden. Leider kommt immer wieder der KV-Geist zu Tage, darüber zu wachen, dass ein anderes Fachgebiet ja keine Leistungen aus meinem Fachgebiet erbringt.

**Dr. med. H. Christian Piper:** Sehr spannen-der, überraschend konstruktiver und somit ergebnisreicher DÄT. Diese Ergebnislage sollte dafür genutzt werden, die zum Schaden des Ansehens und der Handlungsfähigkeit der Ärzteschaft in den letzten Monaten aufgerissenen Gräben nachhaltig zu überbrücken.

**Dr. med. Philip Sänger:** Der 119. Deutsche Ärztetag war ein arbeitsreicher Ärztetag. In ruhiger und kollegialer Weise wurden dringend anstehende Kurskorrekturen, Weichenstellungen und Neues auf den Weg gebracht. Viel Zeit wurde sich von den Delegierten genommen sich intensiv auszutauschen und wichtige Themen zu diskutieren. Oft wurde der Zeitplan nicht eingehalten. Unaufgeregt und konzentriert wurde gearbeitet und Anträge abgestimmt. Der in der allgemeinen Öffentlichkeit wahrgenommene Dissens der Ärzteschaft wurde eindrucksvoll widerlegt und die Handlungsfähigkeit des 119. Deutschen Ärztetages bewiesen.

**Michael Andor:** Man stelle sich vor, Herr Prof. Montgomery tritt vor die Hauptversammlung seines eigenen Berufsverbandes und verkündet als Verhandlungsergebnis mit den Arbeitgebern einen Lohnanstieg von 5,8 Prozent für einen Zeitraum von 20 Jahren! Tief Luft holen und den Rest kann man sich denken!

**Yvonne Jäger:** Dies war der erste Deutsche Ärztetag, an dem ich komplett teilnahm. Für mich war es eine bereichernde Erfahrung und hat mich darin bestärkt,



dass sich berufspolitisches Engagement lohnt und ich dies weiter fortführen und intensivieren möchte.

**Monika Buchalik:** a) GOÄ-Anträge lassen auf Besserung hoffen. b) Wahlergebnis wegen unausgewogener Besetzung des Vorstandes enttäuschend. Es gibt zu wenig Interessenvertreter der Niedergelassenen im Vorstand der BÄK.

**Dr. med. Susanne Johna:** Lange, aber letztendlich fruchtbare Diskussionen.

**Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg:** Ein versöhnlicher Ärztetag mit guten Ansätzen. Kompromisse können gesucht und gefunden werden, Glückwunsch an Kollegin Johna, und es war schön, gemeinsame ärztliche Interessen zu erleben, um sie auch künftig miteinander vertreten zu können.

**Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves BMedSci:** Wenn ich es nicht besser wüsste... würde ich schwören, das Drehbuch zum 119. DÄT wurde in Hollywood verfasst: ein fulminanter Auftakt, Spannung auf den Ausgang der Wahl, die nicht mehr größer werden könnte... Remis... und am Schluss dann doch... das Happy End. (Life imitates art!)

Die Fragen stellte Katja Möhrle

## Bücher



### Sterbehilfe nein, Sterbebegleitung ja! Der Ackermann aus Böhmen als Trostbuch

Michael Popović, Ivan Pfeifer: Der Ackermann aus Böhmen. Deutsch-tschechische Konferenz über den Tod und das Sterben. Zweite erweiterte Auflage 2016. Gerhard Hess Verlag, Bad Schussenried, 336 Seiten. € 16,80  
ISBN 9783873364905

Im Jahre 1400 schrieb der Stadtschreiber von Saaz, Johannes, nach dem Tode seiner Frau ein Streitgespräch mit dem Tod: „Der Ackermann aus Böhmen“. Darin klagt er ihn als Feind der Menschen an. Der Tod verteidigt sich. Dieser Dialog, den letztlich Gott als Schiedsrichter entscheidet, ist als Werk des böhmischen Frühhumanismus bekannt. 2006 wurde Saaz als Ort einer Ärztetagung gewählt, die sich ausgehend vom Werk des Johannes von Saaz mit dem Tod und dem Sterben befasste. Literaturwissenschaftler, Ärzte, Juristen und andere Kulturschaffende aus Tschechien und Deutschland zeigten in Vorträgen auf, dass das Werk als „Trostbuch“ auch heute aktuell ist.

Auf der von Dr. med. Michael Popović, damaliger Hauptgeschäftsführer der Hessischen Ärztekammer, und Ivan Pfeifer, Prager Gesundheitsminister, konzipierten und geleiteten Tagung wurden grundlegende Aussagen über Tod und Sterben in Hinblick auf die Palliativmedizin und Sterbebegleitung gemacht.

Da der Sammelband der Tagung bald vergriffen war, wurde zum 600. Jahrestag des Todes von Johannes von Saaz eine erweiterte neue Auflage angeregt. Michael Popović und Ivan Pfeifer aktualisierten ihr Vorwort bis zum November 2015, als im Deutschen Bundestag die Diskussion und Abstimmung zur Sterbehilfe stattfand. Nun liegt das Buch als Band 6 der Studien des Hauses Königstein in Nidda vor. In ihrem Geleitwort begrüßen Rudolf Grulich, Institut für Kirchengeschichte von Böhmen-Mähren-Schlesien in Nidda, und Jan Lášek, Hus-Fakultät der Prager Karls-Universität, den Schulterchluss nicht nur deutscher und tschechischer Ärzte, sondern auch anderer Fachleute der Geschichte, der Medien, der Ethik und der Rechte, die sich grenzüberschreitend als Brückenbauer in Europa für das humanistische Anliegen der Sterbebegleitung und Trauerarbeit und gegen die Sterbehilfe einsetzen. Die Beiträge umfassen sowohl historische und literarische Fragen des Werkes „Der Ackermann aus Böhmen“ als auch grundlegende Fragen der ärztlichen Aufgaben in der Palliativmedizin und juristische Probleme. Auch ein Appell der ehemaligen Vorsitzenden Richter des Zivilrechtssenat des deutschen Bundesgerichtshofes, Dr. iur. Katharina Deppert, ist in dem Sammelband enthalten. Besonders hervorzuheben ist der glänzende Beitrag „Palliativmedizin – Humanitäre und gesundheitspolitische Aspekte im Zentraleuropäischen Raum“ von Michael Popović. Die historische Tagung in Saaz hat den Gesundheitsreformen in Deutschland, in der Tschechischen Republik und in ganz Mitteleuropa neue Impulse gegeben.

Prof. Dr. theol. Adolf Hampel

## Parlando

### Mit dem Rad in Hessen unterwegs

In Hessen gibt es ein gut organisiertes und sehr gut funktionierendes Radwegenetz. Ein besonderer Vorschlag für Touren ist der in der Wetterau und im Vogelsberg angesiedelte „Vulkanradweg“ und seine Nebenstrecke, der „Südbahn-

radweg“. Lesen Sie dazu einen Parlando-Beitrag von Dr. med. Siegmund Drexler in der Online-Ausgabe 07/08 2016 des Hessischen Ärzteblattes auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.



Foto: Mariusz Blach – Fotolia



Foto: mtsaride - fotolia.com

## Mut zur weiblichen Karriere in der Medizin

### Beruflicher Erfolg ist eine realistische Option

300 vor Christus musste sich die junge Athenerin Agnodike als Mann verkleiden, um Medizin studieren und als Ärztin praktizieren zu können. Zuvor war Weibern und Sklaven die Ausübung der Heilkunst in Athen verboten.

In Deutschland zerbrach man sich noch im 18. und 19. Jahrhundert den Kopf darüber, ob Frauen geistig und körperlich überhaupt dazu in der Lage seien, ein Studium aufzunehmen, geschweige denn in einem akademischen Beruf zu arbeiten. Die erste promovierte deutsche Ärztin Dorothea Christiane Erxleben (1715–1762) war gezwungen, sich das Recht, ihren Beruf auszuüben, zu erkämpfen. Seitdem Studentinnen erstmals 1899/1900 zunächst im

Großherzogtum Baden und schließlich in Preußen 1908/1909 zum Medizinstudium zugelassen worden waren, hat sich viel getan. Heute sind Ärztinnen nicht nur eine Selbstverständlichkeit, sie sind ihren männlichen Kollegen sogar bis ins mittlere Lebensalter zahlenmäßig überlegen. Doch wie sieht es mit den Karriereaussichten für Frauen im Arztberuf aus? Eine Frage, die in dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes aus unterschiedlichen Perspektiven beleuchtet werden soll.

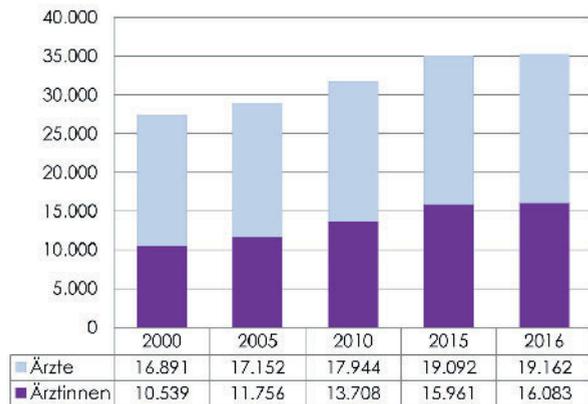
### Junge Ärztinnen in der Überzahl

Während noch im Jahr 2000 von insgesamt 702 Absolventen an hessischen Uni-

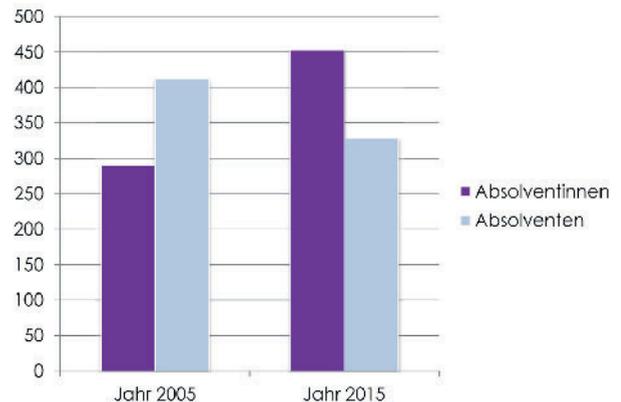
versitäten 412 männlichen und nur 290 weiblichen Geschlechts waren, machten Frauen im Jahr 2015 immerhin 58 Prozent der Studienabsolventen aus. In Zahlen: 453 Absolventinnen gegenüber 328 Absolventen. Von den 35.244 in Hessen (April 2016) gemeldeten Ärztinnen und Ärzten sind 54,4 Prozent Männer und 45,6 Prozent Frauen.

Allerdings: Je jünger die Mitglieder, desto deutlicher die weibliche Dominanz: Während der Unterschied in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen noch nicht so signifikant ist – hier stehen 3.590 Frauen 3.165 Männern gegenüber, sind Ärztinnen zwischen 25 und 34 Jahren mit 3.206 gegenüber Ärzten (2.105) klar in der

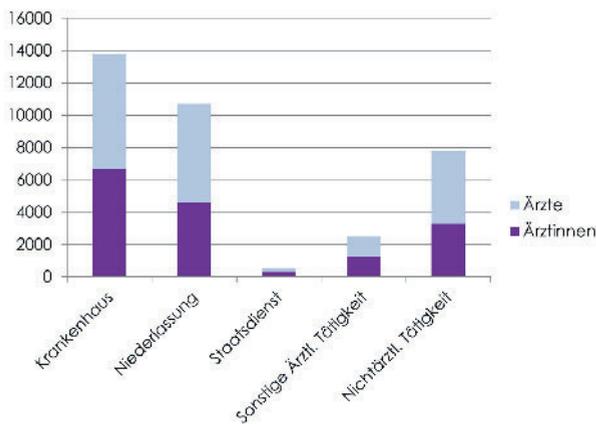
**Ärztinnen und Ärzte, die in Hessen gemeldet sind:**



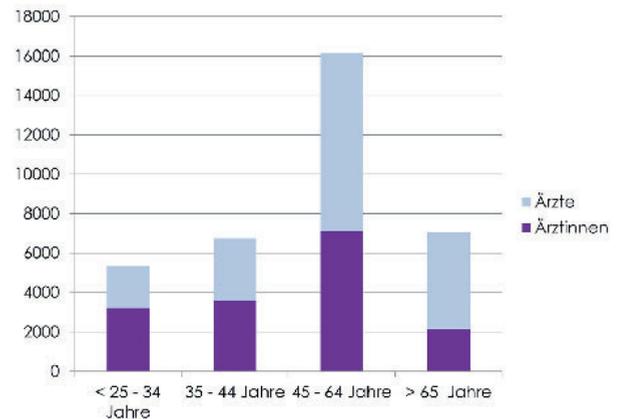
**Absolventen, die in Hessen das Studium der Humanmedizin erfolgreich abgeschlossen haben:**



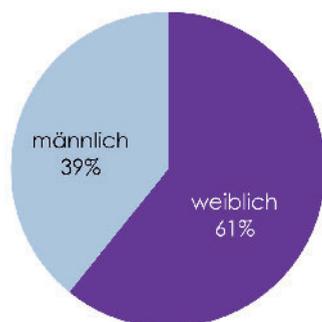
**Ärztinnen und Ärzte in Hessen nach Tätigkeitsbereichen**



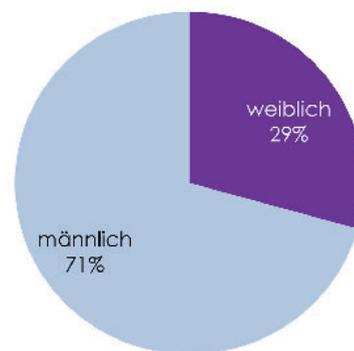
**Ärztinnen und Ärzte in Hessen nach Altersgruppen**



**Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung in Hessen**



**Oberärztinnen und -ärzte in Hessen**



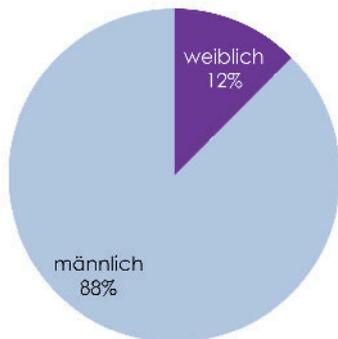
Überzahl. Eine weibliche Revolution in der Medizin? Durchaus. Ist die Zukunft des Fachs weiblich? Die Statistiken zeigen, dass die Zahl weiblicher Studierender kontinuierlich steigt.

## Generation Y: Karriere nicht um jeden Preis

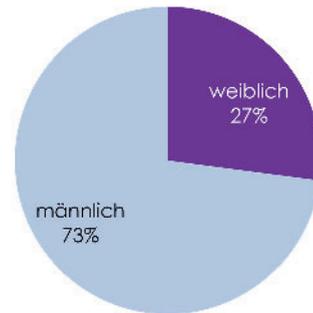
Seit sechs Jahren führt die Landesärztekammer Hessen Befragungen unter Ab-

solventinnen und Absolventen des Medizinstudiums durch, in denen auch retrospektiv die Beweggründe für die Aufnahme des Studiums genannt werden. Interessanterweise stehen Karriere, Prestige

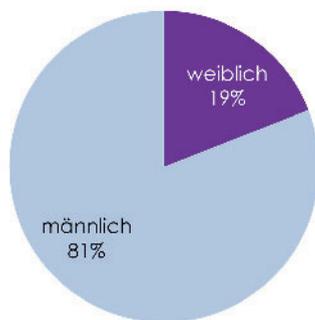
**Chefärztinnen und -ärzte in Hessen**



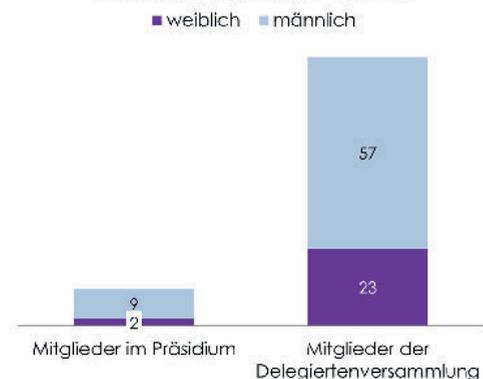
**Habilitationen im Fachbereich Medizin an den hessischen Universitäten**



**Professuren am Fachbereich Medizin an den hessischen Universitäten**



**Selbstverwaltung der Landesärztekammer Hessen**



Abbildungen: M. Grikschkeit

und hohes Einkommen keineswegs an der Spitze der Studienmotivation. 64 Prozent der von 2009 bis 2014 Befragten gaben ein wissenschaftliches/medizinisches Interesse, 61 Prozent eine interessante/vielseitige Tätigkeit, aber nur 8,6 Prozent ein hohes Sozialprestige an (vgl. HÄBL 5/2015). Wie die in diesem Heft (S. 414 ff.) dargestellten Ergebnisse der Untersuchung 2009 bis 2015 zeigen, gaben 42,6 Prozent der befragten Absolventinnen sowie 39,2 Prozent der Absolventen die Einhaltung der Arbeitszeiten, aber nur 14,8 Prozent der Frauen und 29,4 Prozent der Männer Karrieremöglichkeiten als Kriterien für den späteren Arbeitsplatz an.

Karriere nicht um jeden Preis: Junge Ärztinnen und Ärzte möchten ihr Berufsleben so gestalten können, dass Zeit für das Privatleben bleibt. Ganz besonders dann, wenn sie eine Familie gründen. Kinder, Partner und berufliche Tätigkeit miteinander verbinden – das ist das erklärte Ziel junger Mediziner. Die Forderung nach ei-

ner Kinderbetreuung, die an die Dienstzeiten im Krankenhaus angepasst wird, kommt von beiden Geschlechtern. Auch im niedergelassenen Bereich zeigt sich, dass die Generation Y häufig eine Arbeit im Angestelltenverhältnis anstrebt, um zeitlich flexibler zu sein und Privatleben und Beruf besser miteinander in Einklang zu bringen.

## Dünne Luft in den oberen Berufsetagen

Erst das Studium, dann die ärztliche Weiterbildung: 2015 waren 3.520 der insgesamt 5.320 in Weiterbildung befindlichen Ärztinnen und Ärzte in Hessen weiblich. Auch bei den Facharztanerkennungen haben Frauen in Hessen die Nase vorn. 2015 erwarben 54,7 Prozent Frauen und 45,3 Prozent Männer ihren Facharzttitel. In den oberen Berufsetagen aber scheint die Luft für Ärztinnen nach wie vor dünn zu sein. Nur 112 der 896 hessischen Chefarztsessel sind mit Frauen besetzt.

13 Ärztliche Direktorinnen stehen 112 Ärztlichen Direktoren gegenüber. An den medizinischen Fakultäten in Hessen gibt es keine Dekanin. Die Gründe für die geringe weibliche Präsenz in den oberen Hierarchieebenen haben Prof. Dr. Dorothee Alfermann und Dr. Swantje Reimann in der KarMed-Studie zu Karriereverläufen und Karrierebrüchen bei Ärztinnen untersucht, deren Ergebnisse sie in diesem Heft vorstellen.

## Potenziell gute Aussichten

Dabei waren die beruflichen Perspektiven in der Medizin nie besser als heute. In Zeiten wachsenden Ärztemangels können sich junge Ärztinnen und Ärzte ihren Arbeitsplatz in der Regel auswählen. Arbeitgeber sind deshalb gut beraten, sich auf die Forderungen der Generation Y einzustellen und entsprechende Arbeitsmodelle anzubieten, wenn sie auf dem Arbeitsmarkt konkurrenzfähig bleiben wollen. Diese Situation bietet gerade

auch für Ärztinnen, die auf der Karriereleiter hoch steigen wollen, potenziell gute Aussichten. Noch gibt es Hindernisse: Das überholte Rollenverständnis älterer Vorgesetzter etwa, mangelnde Förderung oder eingeschränkte Entwicklungsmöglichkeiten nach der Babypause.

Dass weibliche Karriere in der Medizin dennoch eine realistische Option ist, wollen wir in dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an ausgewählten Beispielen zeigen. Die Frauen, die wir Ihnen in Interviews, als Teilnehmerinnen des Runden Tisches „Wie gelingt weibliche Karriere in der Medizin?“ und in Portraits vorstellen, sind Vorbilder und sie sollen Mut machen. Zunächst: Erfolg hat verschiedene Gesichter, wie u. a. die Gespräche mit Prof. Dr. med. Jutta Peters und Asli Yilmaz zeigen. Ja, es ist möglich, als Ärztin Karriere zu machen, ohne

auf Kinder verzichten zu müssen. Ja, es gibt Unterstützungsmöglichkeiten, auch für Alleinerziehende. Nicht nur Männern gelingt es, virtuos auf der Klaviatur von Netzwerken zu spielen, Frauen können das auch.

Dass dem Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung dabei eine wichtige Rolle zukommt, machen sowohl die Interviews mit Dr. med. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), und Dr. med. Sabine Olischläger, Mitglied der Delegiertenversammlung der LÄKH, als auch die Diskussion an dem Runden Tisch deutlich.

## Wichtig: Forderungen stellen

Ohne geeignete berufliche Rahmenbedingungen und Unterstützung durch Partner,

privates Umfeld oder Netzwerke kann Karriere kaum gelingen. Entscheidende Voraussetzungen sind Selbstbewusstsein, Zielorientierung, und der Mut, Forderungen zu stellen.

**Katja Möhrle** (links)

**Abbildungen: Maren Grikscheit** (rechts)



Foto: Dr. med. Peter Zürner



## Gabriele Herrlein feiert 40-jähriges Dienstjubiläum

Im Juli 1976 startete Gabriele Herrlein (Foto), damals noch unter ihrem Mädchennamen Müller, ihre Laufbahn bei der Landesärztekammer Hessen als Stenosekretärin in der Arzthelferinnen-Abteilung. Schon bald hatte sich ihr Aufgabengebiet und Tätigkeitsfeld erweitert. Im Juli 1981 wurde sie zur Sekretärin ernannt und ab da im Sekretariat des Präsidenten eingesetzt. Das Sekretariat von Dr. med. Wolfgang Bechtoldt leitete sie bis zum Sommer 1983.

Ab dem 1. Juli 1983 wurde Gabriele Herrlein zur 1. Sekretärin des damaligen Hauptgeschäftsführers der Landesärztekammer Hessen, Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf, ernannt. Dieses Amt übt sie für die Nachfolger heute noch aus. Gabriele Herrlein ist eine geschätzte Kollegin, ein hilfsbereiter Ansprechpartner und eine erfahrene Mitarbeiterin für die bisherigen vier Amtsinhaber (Rheindorf, Dr. med. Michael Popović, Dr. med. Roland Kaiser, Dr. med. Alexander Marković). Mit ihrem Wissen und ihrer Erfah-



Foto: Archiv LÄKH

ung ist sie eine wichtige Säule im Bereich der Ärztlichen Geschäftsführung. In unserer schnelllebigen Zeit ist ein 40-jähriges Dienstjubiläum zur Seltenheit geworden. Gabriele Herrlein ist eine wertvolle Stütze für die LÄK Hessen und wir freuen uns sehr, eine solch verdiente Mitarbeiterin zu ehren.

**Olaf Bender**

Referent der Ärztlichen Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen

## Ehrungen MFA & Arzthelferinnen

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

Astrid Zippel,  
seit 20 Jahren tätig bei Dr.-medic I.-G. Fischer-Nestor, Offenbach.

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

Astrid Steinbock,  
tätig in der Praxis M. Stock, A. Salamon und U. Th. Christ, vormals Praxis M. Stock, Bad Orb;

Ileana Löw,  
seit 36 Jahren tätig bei Dr.-medic I.-G. Fischer-Nestor, vormals Praxis Dr. med. A. H. Fischer, Offenbach.

## Ärztekammer



Teilnehmerinnen des Runden Tisches „Wie gelingt weibliche Karriere in der Medizin“, moderiert von Katja Möhrle (links) und Maren Grikscheit (rechts)

# Den Erfahrungsschatz älterer Kolleginnen nutzen

## Ärztinnen diskutieren, wie Karriere in der Medizin gelingen kann

Bei den Absolventen des Medizinstudiums sind die Frauen in der Mehrheit. Die Zahl der in Hessen gemeldeten Ärztinnen im Alter unter 44 Jahre ist ebenfalls höher als die der Ärzte. Doch in den Chefetagen

auch in Marburg. Das, sagt die 60-Jährige, muss sich ändern.

Dass dies möglich ist, steht für alle sieben Ärztinnen außer Frage. Zwei Stunden diskutieren sie lebhaft darüber, wie es möglich ist, auch als Mutter Erfolg im Beruf zu haben und auch noch berufspolitisch tätig zu sein. Eingeladen hat die Pressestelle der Landesärztekammer, deren Leiterin Katja Möhrle und ihre Stellvertreterin Maren Grikscheit das Gespräch moderieren. „Wie gelingt weibliche Karriere in der Medizin?“ lautet die Leitfrage. Die ermutigende Antwort: So schwer ist es nicht. Es gilt nur, gewisse Regeln zu beachten. Und es ist von Vorteil, sich den Erfahrungsschatz der Älteren zunutze zu machen. Vorbilder finden sich genug.

Wer neben seinem anspruchsvollen Beruf Kinder großziehen kann, der ist prädestiniert für eine Leitungsstelle, sagt Prof. Dr. med. Elke Jäger, Chefärztin an der Onkologie am Frankfurter Nordwestkrankenhaus und dreifache Mutter. „Wer das schafft, kann gut organisieren und vor allem schneller als Männer.“ Selbstbewusstsein sei der Schlüssel zur Karriere, lautet die These der 54-Jährigen, die ihre Kolleginnen bestätigen. Um eine Klinik zu führen, sei Stärke notwendig: „Man muss früh die Begeisterung der Frauen wecken und sie dabei an die Hand nehmen“, sagt Jäger, die einer Ärztfamilie entstammt und eine W3-Professur für Interdisziplinäre Onkologie an der Goethe-Universität Frankfurt innehat. Manchmal vermisst sie bei den Studentinnen das notwendige Selbstbewusstsein und die frühzeitige Entschei-

dung, ob eine wissenschaftliche Laufbahn angestrebt wird.

Frauen stehen sich mit ihrem Selbstverständnis oft selbst im Weg, bedauert Christine Hidas, Leiterin der Frankfurter Regionalgruppe des Ärztinnenbundes: „Das größte Problem sind nicht die Kinder oder der Partner, sondern man selbst.“ Sie selbst

Monika Buchalik



Foto: Katja Kölsch

**„Wichtig ist, mutig Forderungen stellen, Flexibilität zeigen, Fleiß, Neugierde behalten und einfach auch mal ungewöhnliche Lösungsvorschläge erarbeiten. Vielleicht kommt die junge Generation auf ganz neue Lösungswege, das wünsche ich mir. Mehr Frauensolidarität, auch das wünsche ich mir.“**  
Vizepräsidentin der LÄKH, niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin

gibt es noch einiges nachzuholen, sagt Monika Buchalik, in Maintal niedergelassene Fachärztin für Allgemeinmedizin und Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen. „Es gibt sehr, sehr wenige Chefärztinnen und Professoren.“ Und die Dekanate an den Fachbereichen Medizin sind sogar hundertprozentig in männlicher Hand – ob in Frankfurt, in Gießen und

Prof. Dr. med. Elke Jäger



Foto: Katja Kölsch

**„Das fachliche Ziel ist sehr wichtig, dass man die Begeisterung dafür hat. Man muss sich den Kontext aussuchen, indem man das Ziel gerne umsetzen möchte – Klinik vs. Praxis, das kann sehr verschieden sein. Die Frage, ist wissenschaftliche Betätigung wichtig, um das Ziel zu erreichen, muss früh gestellt werden, weil man sich darum früh kümmern muss. Das empfehle ich. Darüber hinaus müssen wir die jungen Kolleginnen dazu animieren, Mut zu haben und bereit zu sein, Verantwortung zu ergreifen.“**  
Chefärztin, Internistin, Schwerpunkt Onkologie – Hämatologie, Krankenhaus Nord West, Frankfurt am Main

habe das Pferd von hinten aufgezümt: „Ich bin während des Studiums Mutter geworden, habe Teilzeit gearbeitet und erst mit 43 meinen Facharzt für Nephrologie gemacht. Man muss nicht alles auf einmal schaffen, sondern kann auch mal pausieren und dann die Karriere weiter verfolgen.“ Die 50 Jahre alte Chefin des Dialysezugangszentrums am Klinikum Darmstadt fordert von den Krankenhausverwaltungen aber auch mehr Offenheit für flexible Arbeitszeiten. Zudem hält sie Netzwerken für notwendig, um von den Erfahrungen Älterer zu profitieren und von ihnen zu lernen. Aber auch beispielsweise, um alleinerziehende Ärztinnen zu coachen. Unterstützung bietet hier der Ärztinnenbund, etwa mit seinem Mentorinnenprogramm, seinen Treffen und Beratungen.

## Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich



Foto: Katja Kölsch

**„Bei der Karriereplanung kommt es auf die Ärztinnen selbst an, dass sie den Mut haben, das Zutrauen und klare Vorstellungen. Man darf sich nicht männlichen Kollegen gegenüber zurücksetzen lassen.“**

Ehem. Chefarztin für Chirurgie am Krankenhaus Sachsenhausen, Frankfurt am Main

Ärztinnen hätten es inzwischen leichter, sagt Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich. „Man muss aber auch heute noch dicke Bretter bohren.“ Als die 75-Jährige sich seinerzeit für die Chirurgie entschied, hatte sie vehement um Anerkennung kämpfen müssen. „Man hat mir gesagt, dass eine Frau das psychisch und körperlich nicht schafft“, sagt die ehemalige Chefarztin am Krankenhaus Frankfurt-Sachsenhausen. Als Berufsanfängerin war sie noch eine Exotin. Inzwischen sind bundesweit rund ein Fünftel der Chirurgen weiblich. „Seien Sie unbescheiden“, rät Hasselblatt-Die-

drich jungen Kolleginnen. Auch in anderen Fachrichtungen schreitet die Emanzipation voran. „Der Ärztemangel beflügelt, dass es in die richtige Richtung geht“, freut sich Buchalik. Doch das Tempo ist ihr zu langsam. Die Konkurrenz unter den

## Christine Hidas



Foto: Katja Kölsch

**„Wenn es geht, jung die Kinder kriegen. Dann hat man genügend Kreativität und Kapazität, um das alles leisten zu können. Nach wie vor die Freude an dem Beruf, der auf allen Ebenen ein besonderer Beruf ist.“**

Vorsitzende Regionalgruppe Frankfurt des Deutschen Ärztinnenbunds, Leiterin Dialysezugangszentrum Klinikum Darmstadt

Frauen müsse ein Ende haben: „Ich wünsche mir, dass mehr Solidarität herrscht, denn noch immer haben Frauen es schwerer, nach oben zu kommen.“

Rollenverteilung? Frauenförderung? Extrawürste lehnt Dr. med. Dr. med. dent. Uta Bierther ab. Die 34-Jährige ist Ärztin in Weiterbildung an der Uniklinik Gießen und bereits Fachärztin für Oralchirurgie. Spezialangebote für Frauen sind nach ihrer Auffassung kontraproduktiv: „Bei einer Trennung zwischen männlichen und weiblichen Ärzten ist es schwierig, zur Gleichheit zu kommen.“ Die Familie und den Beruf unter einen Hut zu bekommen, das sei für junge Ärztinnen wie Ärzte doch gleichermaßen wichtig. Auch die Weiterbildung sei dringend zu reformieren und flexibler zu gestalten. Ihre generelle Forderung: „Die Arbeitszeiten müssen eingehalten werden, damit gute Ärztinnen auch im Krankenhaus weiterarbeiten können.“

Um Frauen in den Kliniken zu halten, wären mehr Teilzeitstellen nötig, ergänzt Prof. Dr. med. Marion Haubitz, 56 Jahre

alt und Chefarztin der Nephrologie am Klinikum Fulda. „Die Politik muss dafür mehr Geld ins System geben.“ Und was die Universitäten betrifft, da hilft ihres Erachtens nur noch eine Frauenquote. Rund 80 Prozent der Professoren an Hessens Medizin-Fachbereichen sind Männer. Entschieden spricht sich Haubitz gegen eine Benachteiligung von schwangeren Ärztinnen unter dem Deckmantel des Mutterschutzes aus: „Es ist ein Unsinn, dass man uns vor uns selbst schützen muss. Ich hatte drei schwangere Ärztinnen parallel in meiner Abteilung; das hat wunderbar geklappt.“

Buchalik hält nichts davon, mit einer Teilzeit-Stelle als Angestellte die Laufbahn zu beginnen. „Sie verzichten auf eine gute Honorierung.“ Frauen müssten sich mehr zutrauen, lautet ihr Credo. Muttersein und eine eigene Praxis zu betreiben sei kein Hexenwerk, wenn man die notwendige Unterstützung annehme. „Ich war immer Vollzeit tätig, auch als ich nach der Geburt

## Dr. med. Dr. med. dent. Uta Bierther



Foto: Katja Kölsch

**„Eigeninitiative, Fleiß und die Förderung und Forderung von höhergestellten Kollegen sind wichtig.“**

Wissenschaftliche Mitarbeiterin und Ärztin in Weiterbildung, Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie am Uniklinikum Gießen

meines ersten Kindes zunächst alleinerziehende Mutter war.“ Sie selbst hat es als Vorteil erlebt, als eigene Chefin die Arbeitszeiten flexibel und an den Schulzeiten der Kinder ausrichten zu können. Und jetzt, nach der Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes, seien auch die lästigen Wochenenddienste vom Tisch. Sogar Stillen und parallel dazu arbeiten habe prima geklappt. Wichtig bei alledem: eine ganztägige Haushaltskraft, die einem den Rü-

Prof. Dr. med. Marion Haubitz



Foto: Katja Kölsch

„Mit sehr viel Fantasie muss man versuchen, sich eigene Modelle zu stricken. Wir müssen besser zusammenarbeiten. Die Einzelpraxis ist meiner Meinung nach nicht toll, weil man alleine ist. Lieber zusammen mit anderen, das macht auch viel mehr Spaß. Es gibt eine Studie, die zeigt: Es macht glücklich, Karriere zu machen. Und wenn jemand etwas anderes erzählt, ist das falsch.“

Chefärztin Medizinische Klinik III am Klinikum Fulda, Universitätsmedizin Marburg – Campus Fulda

cken freihält und, falls vorhanden, ein Mann, der mit anpackt.

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, niedergelassene Neurologin und Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Frankfurt, stimmt zu: „Der Partner ist die Nummer eins, danach kommt gleich der Abteilungsleiter.“ Wenn Frau mit beiden

Glück habe, stünde der Karriere nichts im Wege. Zugleich unterstreicht Henneberg, wie wichtig es sei, den eigenen Weg konsequent zu verfolgen und nicht etwa auf das tolle Jobangebot in einer anderen Stadt zu verzichten, weil der Partner nicht mitzieht. Doch in dem zweiten Punkt widerspricht sie Buchalik vehement. Henneberg hält nichts von der Ein-Frau-Praxis: „Als Einzelkämpferin ist man schlimmer dran als in der Klinik.“

Was kann die ärztliche Selbstverwaltung zur Frauenförderung beitragen? Viel – darin waren sich Henneberg, Buchalik und Hasselblatt-Diedrich einig. Noch sind die Gremien männerdominiert, doch die Strukturen ändern sich; es ist höchste Zeit, dass sich Ärztinnen stärker einbringen“, erklärt Hasselblatt-Diedrich und Henneberg ergänzt: „Frauen müssen sich mehr zutrauen und Einfluss einfordern.“ Zugleich sei es dringend notwendig, darüber nachzudenken, wie mehr Frauen zur Mitarbeit in der Selbstverwaltung motiviert werden könnten. „Wir müssen den Kolleginnen vermitteln, dass sie ihre Interessen selbst in die Hand nehmen müssen, um verbesserte berufliche Rahmenbedingungen, Unterstützung bei der Doppelbelastung durch Familie und Beruf und gezielte Förderung weiblicher Karriere durchsetzen zu können“, betont Buchalik, Gründerin der Liste Ärztinnen in Hessen. Davon, dass sich mehr junge Ärztinnen engagieren würden, wenn man sie früh-

Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg



Foto: Katja Kölsch

„Bei sich selbst bleiben im Thema. Mit anderen zusammen von vornherein in die Netzwerke gehen, sich nicht durch Rückschläge ermutigen lassen, sind wichtig für die Karriereplanung. Ich habe große Achtung vor denen, die es alleinerziehend schaffen. Trotzdem: ‚Augen auf bei der Partnerwahl‘ war schön gesagt – den Partner finden, der zu einem passt, und ihn auch in die Schwankungen des Lebens mit einbinden.“  
Niedergelassene Neurologin, Fachärztin für Psychiatrie & Psychotherapie

zeitig dafür begeistere, zeigt sich Bierther überzeugt: „Voraussetzung ist allerdings, dass sich ehrenamtliche Tätigkeit mit Arbeit und Privatleben verbinden und zeitlich begrenzen lässt.“

Jutta Rippegather  
Katja Möhrle

### Engagement im Deutschen Ärztinnenbund e. V.

Der Deutsche Ärztinnenbund e. V. (DÄB) ist ein Netzwerk von (Zahn-)Ärztinnen aller Fachrichtungen. Er bietet u.a. ein Forum für Vernetzung und Diskussion unter Ärztinnen und in der Gesundheitspolitik sowie Unterstützung junger Kolleginnen bei ihren Forderungen und Ansprüchen in der Weiterbildung.

Der DÄB ist bundesweit in regionalen Gruppen organisiert. In Hessen gibt es fünf Gruppen:

- **Regionalgruppe Frankfurt**  
Kontakt: Christine Hidas,  
Mail: Frankfurt@aerztinnenbund.de

- **Regionalgruppe Gießen**  
Kontakt: Dr. med. Barbara Bojack  
E-Mail: bbojack@web.de
- **Regionalgruppe Kassel**  
Kontakt: Dr. med. Rosemarie Weise  
E-Mail: Kassel@aerztinnenbund.de
- **Regionalgruppe Marburg**  
Kontakt: Ulrike Spies  
E-Mail: ulrike.spies@gmx.de
- **Regionalgruppe Wiesbaden-Mainz**  
Kontakt: Dr. med. Ulrike Berg  
E-Mail: Wiesbaden-Mainz@aerztinnenbund.de

Weitere Informationen im Internet:  
[www.aerztinnenbund.de](http://www.aerztinnenbund.de)

### Weitere Ärztinnen-Netzwerke

- **Women's Networking Lounge e. V.** (WNL): Bundesweite Plattform für den Austausch von Frauen im Gesundheitswesen – zur Förderung von Ärztinnen als Führungskräfte und zur Stärkung des beruflichen Netzwerkes: [www.womensnetworkingslounge.de](http://www.womensnetworkingslounge.de)
- **Chirurginnen-Netzwerk:** Das erste deutschsprachige Chirurginnen-Netzwerk, das über die sozialen Internetplattformen Xing und Facebook (siehe Chirurginnen-Netzwerk) agiert, wurde 2013 von Prof. Dr. med. Katja Schlosser (Gießen) ins Leben gerufen.

## Geschlechterspezifische Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Pläne und Motive hessischer Absolventen<sup>1</sup> der Ärztlichen Prüfung von 2009 bis 2015

Eine Untersuchung der Landesärztekammer Hessen  
 S. Nahlinger, I. Bruchhäuser, L. Baumann, R. Kaiser, N. Walter  
 - Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen -



### Hintergrund & Fragestellung

- Vor dem Hintergrund des prognostizierten Ärztemangels in Deutschland war es ein Ziel der Absolventenbefragung in den Jahren 2009 bis 2015, die Vorstellungen der hessischen Nachwuchsmediziner bezüglich ihres zukünftigen Arbeitslebens zu untersuchen.
- Der Fokus des vorliegenden Posters liegt auf den geschlechtsspezifischen Unterschieden im Hinblick auf die beruflichen Pläne sowie Motive hessischer Absolventen der Ärztlichen Prüfung von 2009 bis 2015.

### Methode

#### Stichprobe:

- In den Studienjahren 2009 bis 2015 wurden in Hessen, im Rahmen einer Vollerhebung, 5.562 Absolventen des Medizinstudiums mittels teilstandardisierter Fragebögen befragt.
- Der Rücklauf entspricht über die Jahre hinweg einer Quote von 47,2% (N=2.625).

#### Datenauswertung:

- Die Fragebögen der 2.625 Antwortenden wurden mithilfe der Software Teleform® eingelesen, geprüft und mittels des Statistikprogramms Sphinx® deskriptiv ausgewertet und untergruppenspezifisch nach Geschlecht analysiert.

### Zentrale Ergebnisse

- Deutlich mehr Frauen (63,2%) als Männer (36,8%) schließen in Hessen das Medizinstudium ab.

Kriterien für den späteren Arbeitsplatz	weiblich (N= 1.655)	männlich (N= 965)	Gesamt (N= 2.620)
Einhaltung der Arbeitszeiten	42,6%	39,2%	41,3%
hohe Lebensqualität	36,7%	41,0%	38,3%
sicherer Arbeitsplatz	11,5%	9,4%	10,8%
gute Bezahlung	<b>25,4%</b>	37,1%	29,7%
Möglichkeit einer Teilzeittätigkeit	<b>16,0%</b>	3,8%	11,5%
Karrieremöglichkeiten	<b>14,8%</b>	29,4%	20,2%

- Als Kriterien für eine spätere ärztliche Tätigkeit spielen für alle hessischen Absolventen die „Einhaltung der Arbeitszeiten“ (41,3%) und eine „hohe Lebensqualität“ (Infrastruktur, Freizeitmöglichkeiten vor Ort) (38,3%) eine große Rolle. Auf einen „sicheren Arbeitsplatz“ legt nur ein kleiner Anteil Wert.
- Deutliche geschlechterspezifische Unterschiede zeigen sich in dem Kriterium „Möglichkeit einer Teilzeittätigkeit“. Dieses sieht ein größerer Teil der Frauen als der Männer als wichtig an.
- Kriterien, wie „gute Bezahlung“ oder „Karrieremöglichkeiten“ werden eher von den männlichen Absolventen benannt als von den weiblichen.

Berufliche Pläne		weiblich (N=1.638)	männlich (N=951)	Gesamt (N=2.589)
Ambulanter Bereich	hausärztlich selbstständig	6,3%	9,8%	7,6%
	hausärztlich angestellt	3,9%	0,7%	2,7%
	fachärztlich selbstständig	19,2%	21,9%	20,2%
	fachärztlich angestellt	9,1%	2,7%	6,8%
Stationärer Bereich	Arzt ohne Leitungsfunktion	4,1%	0,7%	2,9%
	Oberarzt	32,1%	35,3%	33,3%
	Chefarzt	1,9%	9,5%	4,7%
Sonstiges	Weiß noch nicht	14,3%	10,2%	12,8%
	Nichtkurative Tätigkeit	2,9%	4,5%	3,5%
	Klinik und Praxis	6,2%	4,6%	5,6%

- Bezüglich der Pläne, in welchem Tätigkeitsfeld die hessischen Absolventen den Arztberuf aufnehmen möchten, zeigt sich insgesamt eine etwas kleinere Tendenz zu einer Tätigkeit im ambulanten (37,3%) als im stationären Sektor (40,9%). Im ambulanten Bereich bevorzugen sie eine fachärztliche vor einer hausärztlichen Tätigkeit und möchten eher selbstständig als angestellt tätig werden.
- Im Vergleich zu den männlichen Absolventen (3,4%) kann sich ein größerer Anteil der Frauen (13,0%) vorstellen, im Rahmen eines Angestelltenverhältnisses tätig zu werden.
- Deutlich mehr Männer (9,5%) als Frauen (1,9%) streben eine Chefarztposition an.

Angestrebte Fachrichtung	weiblich (N=1.491)	männlich (N=868)	Gesamt (N=2.359)
Innere Medizin	18,1%	24,2%	20,3%
Chirurgisches Fachgebiet	13,7%	22,2%	16,9%
Anästhesiologie	8,2%	12,6%	9,8%
Kinder- und Jugendmedizin	11,1%	5,2%	8,9%
Allgemeinmedizin	7,4%	7,5%	7,5%
Frauenheilkunde und Geburtshilfe	10,5%	1,2%	7,0%

- Unter allen Absolventen sind die beliebtesten Fachgebiete die Innere Medizin mit 20,3%, die chirurgischen Fachgebiete (16,9%), die Anästhesiologie (9,8%), die Kinder- und Jugendmedizin mit 8,9% und die Allgemeinmedizin mit 7,5%.
- Geschlechterspezifische Unterschiede bestehen vor allem in den chirurgischen Fachgebieten, Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie Kinder- und Jugendmedizin, wobei die beiden zuletzt Genannten überwiegend von den weiblichen Absolventen angestrebt werden.

### Diskussion & Praktische Implikation

- Die Präferenz der Fachgebiete unterscheiden sich je nach Geschlecht.
- Insgesamt gehören eine stationäre Tätigkeit als Oberarzt sowie eine fachärztlich selbständige Tätigkeit im ambulanten Bereich zu den bevorzugten Plänen der hessischen Absolventen.
- Frauen können sich eher vorstellen eine Angestelltentätigkeit aufzunehmen als Männer.
- Eine Führungsposition als Chefarzt streben deutlich weniger Frauen als Männer an.
- Die Kriterien für eine zukünftige Tätigkeit sind eher immateriell (z.B. Einhaltung der Arbeitszeiten), insbesondere bei den weiblichen Absolventen.
- Durch die steigende Zahl weiblicher Nachwuchsmediziner ist es wichtig, die geschlechterspezifischen Unterschiede bezüglich der beruflichen Pläne zu identifizieren und in Diskussionen und Maßnahmenplanungen zu berücksichtigen.

<sup>1</sup>Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Poster nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.



# „Die Oberärzte lassen das nie und nie und nie zu, dass Frauen in die leitenden Positionen kommen. Das ist Geschlechterkampf!“

## Ergebnisse der KarMed-Studie zu Karriereverläufen und Karrierebrüchen von Ärztinnen

Dorothee Alfermann, Swantje Reimann

### Frauen in der Medizin

Der Anteil von Frauen im Medizinstudium steigt seit Jahren kontinuierlich an. Aktuell sind zu Beginn des Medizinstudiums ca. 68 Prozent der Studierenden weiblich; der Frauenanteil an den Approbationen ist nicht mehr ganz so hoch, übersteigt aber dennoch den Anteil der Männer (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2015; Statistisches Bundesamt 2012, 2014). In der Berufstätigkeit sinkt der Frauenanteil ab auf derzeit knapp 46 Prozent (Bundesärztekammer BÄK, 2014).

Bis zu dieser Stufe kann man von einer nominalen Feminisierung der Medizin sprechen, wengleich die Zahlen zu Leitungsfunktionen nicht auf eine Feminisierung der Strukturen und Machtverhältnisse in deutschen Krankenhäusern hinweisen. Denn spätestens an dieser Stelle kippt das

Verhältnis und es zeigt sich eine deutliche geschlechterbezogene vertikale Segregation.

Höchste Leitungspositionen in Krankenhäusern sind derzeit lediglich nur zu ca. 12 Prozent von Ärztinnen besetzt (BÄK 2014). Etwas häufiger vertreten sind Ärztinnen in Führungspositionen der Forschung, wo sie ca. ein Fünftel der Stellen besetzen (Gemeinsame Wissenschaftskonferenz 2015), jedoch nur, wenn man sich alle Besoldungsgruppen im Durchschnitt anschaut. In der höchsten Besoldungsgruppe (C4/W3) sinkt der Anteil wieder auf 11,4 Prozent.

Das heißt, Frauen beginnen ihr Medizinstudium nicht als Einzelkämpferinnen, sondern erfahren eine Normalität der Gleichverteilung der Geschlechter. Erst mit steigender Karrierestufe werden erfolgreiche Ärztinnen, die Karriere machen

(und Familie haben), als eine Ausnahme, eine Anomalie wahrgenommen und stellen somit keine positiv besetzten Rollenbilder für die nachwachsende weibliche Ärztinnengeneration dar. Frühzeitig erfahren die Studentinnen demnach, dass es für Frauen nicht selbstverständlich ist, eine medizinische Karriere und Familie gut vereinbaren zu können, ohne einen Bereich zwingend vernachlässigen zu müssen. Worin nun liegen die Ursachen für diese vertikale Segregation, welchen Hürden und Herausforderungen sehen sich Ärztinnen konfrontiert, wenn sie in den Beruf eintreten und karriereorientiert sind?

### Studie „KarMed“

Dieser Fragestellung sind wir in dem Verbundprojekt „KarMed“<sup>1</sup> nachgegangen. Dazu führten wir über einen Erhebungszeit-

<sup>1</sup> Das Vorhaben „Karriereverläufe und Karrierebrüche von Ärztinnen in Weiterbildung – KarMed“ wurde mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) und Mitteln des Europäischen Sozialfonds der Europäischen Union (ESF) unter den Förderkennzeichen 01FP0801/0802/0803/0804 und 01FP1241/1242/1243/01FP1244 von 2008 bis 2014 gefördert. Die Verantwortung für den Inhalt dieser Veröffentlichung liegt bei den Autorinnen.

<sup>2</sup> Das Verbundvorhaben „Transfermaßnahmen zur gendergerechten Karriereförderung von Frauen in der Medizin – TransferGenderMed“ wird mit Mitteln des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) unter den Förderkennzeichen 01FP1433, 01FP1435 und 01FP1437 gefördert. Siehe: [www.transfergendermed.de](http://www.transfergendermed.de).



Foto: EMMA/Archiv



Foto: megaflopp/Fotolia

raum von 2008 bis 2014 zu vier Zeitpunkten insgesamt 150 Interviews mit Ärztinnen und deren Partner/innen sowie 20 Gruppendiskussionen mit Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung. Aus den Darstellungen und Erzählungen der Studienteilnehmenden rekonstruierten wir Einflüsse auf die Karriereverläufe von Ärztinnen auf vier Ebenen:

- 1) Arbeitsstrukturen, Arbeitskultur und Arbeitsorganisation,
- 2) soziale Interaktionsprozesse des persönlichen Systems im Krankenhaus,
- 3) individuelle berufliche Orientierung, Paararrangement und Familie sowie
- 4) gesellschaftliche Rahmenbedingungen.

In der folgenden Ausführung beziehen wir uns auf die ersten beiden Einflussphären, da sie das Krankenhaus dann auch für gendgerechte Karrieremaßnahmen für Ärztinnen konkret ansprechen. Mögliche Transfermaßnahmen erläutern wir im Anschluss an diese Darstellung.

In jeder Phase der beruflichen Aus- und Weiterbildung waren förderliche und hinderliche Arbeitsstrukturen in Bezug auf die weibliche Geschlechtskategorie (das heißt Diskriminierung als „Frau“, „weiblich“, „Ärztin“) als auch in Bezug auf Schwangerschaft bzw. Familienvereinbarkeit (Diskriminierung als „Schwangere“, „Mutter“) bedeutsam. Diese auf das Geschlecht in besonderem Maße rekurrierenden Arbeitsstrukturen bezogen ihre Zustimmung aus dem zugrunde liegenden, wenn auch impliziten, Arbeitsideal der Erwerbstätigkeit in Vollzeit und der Kontinuität der Arbeitstätigkeit (also keine Unterbrechungen beispielsweise durch Elternzeit).

Nicht weniger wichtig stellten sich die Anforderungen heraus, vor die sich die Ärz-

tinnen und Ärzte in ihrer Weiterbildung gestellt sehen und die in erheblichem Ausmaß als intransparent und dereguliert, und damit zum Teil auch als unkontrollierbar, erfahren werden. Daneben bildete das arbeitspolitische Instrument der Befristung, gerade auch in der Zeit der fachärztlichen Weiterbildung, eine weitere Hürde besonders für Ärztinnen, da fehlende Planungssicherheit und somit das Hinausschieben des Kinderwunsches und der Familiengründung bzw. auch die Entscheidung, keine Kinder bekommen zu wollen, die Folgen dieser unsicheren Weiterbildungsphase gewesen sind. Der Karriereknick für Ärztinnen war dann „vorprogrammiert“, wenn sie während der Weiterbildung schwanger wurden oder ihre Kleinkinder betreuten. Unter diesen Bedingungen entschieden sich die Ärztinnen für eine Erwerbstätigkeit in Teilzeit oder in einer Niederlassung, um die familialen Aufgaben mit den beruflichen Anforderungen ausbalancieren zu können. Die Tätigkeit in einer Niederlassung oder in Teilzeit bedeutete jedoch im Allgemeinen das Ende einer Karriere in Richtung Leitungsposition.

## Verhalten der Vorgesetzten

Neben den organisatorischen und strukturellen Bedingungen beeinflusste das konkrete Verhalten von Vorgesetzten und Kolleg/innen die Karrieren von Ärztinnen erheblich, da sie als Protagonisten und Repräsentanten des medizinischen Systems die besonderen Strukturen verkörpern, umsetzen, also „beleben“. Beispielsweise erfahren Ärztinnen eine Abwertung von Schwangerschaft durch ihre Vorgesetzten

und folgend daraus eine Abwertung ihrer Leistung und Leistungsfähigkeit. Einige Ärztinnen berichteten die erfahrene Abwertung in Form der Zuschreibung als „Bewerberinnen zweiter Klasse“. Unabhängig von Schwangerschaft erfuhren andere Ärztinnen einen erschwerten beruflichen Aufstieg allein durch die Zuordnung zur weiblichen Geschlechtskategorie und somit durch die Antizipation von Mutterschaft (in dem Sinne, dass es sich nicht lohne, eine Frau zu fördern, da sie ab einem gewissen Zeitpunkt regelhaft aussteige aus der Karriere und ihre beruflichen Ambitionen nicht nachhaltig genug seien). Diese ausgewählten Ergebnisse zeigen, dass Arbeitsstrukturen im Krankenhaus während und nach der fachärztlichen Weiterbildung zu einer widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen (als Frauen und als Ärztinnen) beitragen können (Becker-Schmidt 2004; Knapp 1990). Die Abwertung des weiblichen Geschlechts, von Schwangerschaft und Mutterschaft, die Verallgemeinerung der Entscheidung für eine Familiengründung auf die gesamte folgende Berufsbiografie und die Verzögerung der fachärztlichen Weiterbildung können als bedeutsame Verhinderungen weiblicher Karrieren angenommen werden. Gründe für diese Hürden sind vielfältig und weisen in verschiedene Richtungen: Einerseits dominiert das Arbeitsideal eines in Vollzeit tätigen, immer verfügbaren Arztes auch aktuell noch die Vorstellungen, gerade, wenn es um Führungspositionen geht. Andererseits sind tradierte Muster, und hier vor allem männliche Machtverhältnisse und die homosoziale Reproduktion dieser Verhältnisse, beharrlich und werden nur

schwer aufzulösen sein, da die Teilhabe von Frauen an Führungspositionen zwangsläufig eine Verschiebung dieser Machtverhältnisse darstellt.

### Fördermaßnahmen

Verschiedene arbeitsstrukturelle und -organisatorische Maßnahmen können eine gendergerechte Arbeitskultur fördern. Unter anderem zu nennen sind dabei folgende:

- flexible und an die Bedarfe der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter angepasste Dienstmodelle und Teilzeitregelungen,
- Entkopplung von Leistung und Vollzeittätigkeit,
- Erhöhung der Genderkompetenz für Führungskräfte,
- transparente Bedingungen für bestimmte Karriereschritte in Form von überprüfbaren Kriterien (klinische Kompetenz, soziale Kompetenz, Führungskompetenz),

- regulierte Weiterbildungsbedingungen (zum Beispiel Ansprüche an erforderlichen Rotationen),
- gendergerechte Öffentlichkeitswirksamkeit des Krankenhauses als Organisation,
- Förderung der Vereinbarkeit von Familie und Beruf.

Ein Teil dieser Maßnahmen wird aktuell durch ein weiteres gefördertes Projekt<sup>2</sup> an Universitätskliniken und Krankenhäusern deutschlandweit angeboten und durchgeführt. Diese Maßnahmen beziehen sich vor allem auf die organisationale Ebene und evaluieren Kliniken hinsichtlich ihrer Standards und der bisherigen Umsetzung gendergerechter Fördermaßnahmen sowie der Durchführung spezifischer, angepasster Maßnahmen zur Förderung von Ärztinnen.



Prof. Dr. Dorothee Alfermann (links)

Dr. Swantje Reimann (rechts)

Korrespondenzadresse:

Universität Leipzig  
Zentrum für Frauen- und  
Geschlechterforschung  
c/o Sportwissenschaftliche Fakultät  
Jahnallee 59, 04109 Leipzig  
swantje.reimann@uni-leipzig.de  
Fon: 0341 9731636  
www.transfergendermed.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Fortbildung und Urlaub verbinden

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

### Veranstalter:

Collegium Medicinae 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](mailto: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

### Literatur zum Artikel:

# „Die Oberärzte lassen das nie und nie und nie zu, dass Frauen in die leitenden Positionen kommen. Das ist Geschlechterkampf!“

## Ergebnisse der KarMed-Studie zu Karriereverläufen und Karrierebrüchen von Ärztinnen

von Prof. Dr. Dorothee Alfermann und Dr. Swantje Reimann

Becker-Schmidt, R. (2004). Doppelte Vergesellschaftung von Frauen: Divergenzen und Brückenschläge zwischen Privat- und Erwerbsleben. In: Becker, R. & Kortendiek, B. (Hrsg.), *Handbuch Frauen- und Geschlechterforschung. Theorie, Methoden, Empirie*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften, S. 62–71.

Bundesärztekammer (2015). *Ärztestatistik 2014: Etwas mehr und doch zu wenig*. <http://www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2014/> [Stand: 2016–02–25].

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (2015). *Chancengleichheit in Wissenschaft und Forschung. 19. Fortschreibung des Datenmaterials (2013/2014) zu Frauen in Hochschulen und außerhochschulischen Forschungseinrichtungen*. Bonn: GWK.

Gemeinsame Wissenschaftskonferenz (2010). *Frauen in die Medizin – Ausbildung und berufliche Situation von Medizinerinnen*. Umsetzung der Empfehlungen aus dem Jahr 2004. Heft 17, Bonn: GWK.

Knapp, G.-A. (1990). Zur widersprüchlichen Vergesellschaftung von Frauen. In: Hoff, E.-H. (Hrsg.), *Die doppelte Sozialisation Erwachsener: Zum Verhältnis von beruflichem und privatem Lebensstrang*. Weinheim/München: DJI Verlag Deutsches Jugendinstitut, S. 17–52.

Statistisches Bundesamt (2012). *Bildung und Kultur. Prüfungen an Hochschulen 2011*. Fachserie 11, Reihe 4.2., [www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/PruefungenHochschulen2110420117004.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/BildungForschungKultur/Hochschulen/PruefungenHochschulen2110420117004.pdf?__blob=publicationFile) [Stand: 2016–02–25].

Statistisches Bundesamt (2014). Studienrendenzahlen Fachbereich Humanmedizin. [https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms\\_gtp=152382\\_list Prozent253D1&https=1](https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/Indikatoren/LangeReihen/Bildung/lrbil05.html?cms_gtp=152382_list Prozent253D1&https=1) [Stand: 2016–02–25].



Claudia Homberg, Andrea Pauli,  
Birgitta Wrede (Hrsg.)  
**Medizin – Gesundheit –  
Geschlecht**

Eine gesundheitswissenschaftliche Perspektive. Springer 2016. ISBN: 9783531183213 (Print € 39,99) 9783531190136 (E-Book € 29,99)  
Aus der Reihe Geschlecht und Gesellschaft, Band 55

Dieser etwas sperrige Band bietet eine Fülle von Anregungen zu geschlechterdifferenten Perspektiven in der Medizin und Public Health. So berichtet Dr. phil. Matthias Stiehler anschaulich über gesellschaftliche Zuschreibungsprozesse und ihre Folgen für die Männergesundheit. Er weist darauf hin, dass die Lebenserwartung von Männern in Deutschland im Schnitt fünf Jahre niedriger liegt als die der Frauen. Er versucht die Erklärung zu hinterfragen, dies liege an einem höheren Risikoverhalten der Männer. Er stellt fest: „Vor allem aber muss gegen die verbreitete und sich hartnäckig haltende Ansicht, dass Männer selbst schuld an ihren Gesundheitsproblemen sind, gesundheitswissenschaftlich argumentiert werden. ‚Kein Mensch kann gegen seine Interessen handeln.‘

Nehmen wir diesen Satz aus der Gesundheitspsychologie ernst, stellt sich die Frage nach dem Risikoverhalten von Männern neu. Denn dann muss gefragt werden, welche ‚Interessen‘ sich hinter riskantem Gesundheitsverhalten verbergen. Oder anders ausgedrückt: Wenn Risikoverhalten gesundheitswissenschaftlich als Lebensbewältigungsverhalten verstanden wird, was haben dann die Männer an solch massiven Problemen zu bewältigen, wenn sie dafür derzeit mehr als fünf Jahre ihres Lebens hergeben?“

Bei Männern werden Depression und Angststörung seltener diagnostiziert. „Insbesondere die seelischen Erkrankungen, die als weiblich konditiert werden, die aber vor allem Ausdruck intrapsychischer Nöte sind, werden oftmals von den Männern selbst, aber auch der Medizin und dem sozialen Umfeld der Betroffenen abgewehrt. Während die Frauengesundheitsforschung immer wieder eine Psychologisierung von Frauen durch die Medizin beklagt hat, lässt sich bei Männern von einer Somatisierung der Nö-

te sprechen. Erst wenn ein Mann etwas ‚Handfestes‘ vorzuweisen hat, ist ihm Kranksein gestattet.“

Stiehler fasst seine Thesen wie folgt zusammen:

- „Männer besitzen eine um etwa fünfeinhalb Jahre geringere Lebenserwartung als Frauen, wovon maximal ein Jahr auf biologische Ursachen zurückzuführen ist.
- Die geringere Lebenserwartung ist vor allem Folge riskanteren und stärker gesundheitsschädigenden Verhaltens von Männern.
- Dieser Gender Gap ist ein Ergebnis der gesellschaftlichen Entwicklung seit Beginn der Industrialisierung vor etwa 150 Jahren.
- Der gegenwärtigen Sicht auf Männer scheint es schwer zu fallen, die Ursachen für diese Entwicklung angemessen zu analysieren und zu beschreiben.
- In Medizin, Politik, aber auch Gesundheitswissenschaften besteht eine ‚Männerblindheit‘. Das heißt, die spezifischen Gesundheitsthemen von Männern geraten erst allmählich in den Blick. Gesundheitsbelange von Männern werden häufig noch als vernachlässigbar angesehen.“

Vermutlich würde es sich lohnen, diese Thesen in der Medizin genauer anzusehen und zu diskutieren. Stiehlers Text steht beispielhaft für eine Reihe anregender und bereichernder gesundheitswissenschaftlicher Artikel in dem Werk. Weiter empfehlen möchte ich:

- „Zwei Geschlechter, ein Bewegungsapparat? Geschlecht und Gender als Einflussfaktoren in der Orthopädie“, von Susanne Scheipl und Eva Rásky.
- „Versorgung pflegebedürftiger alter Menschen im Spiegel von Migration und Geschlecht“, von Katharina Gröning.
- „Arbeitslosigkeit und Gesundheit in der Gender-Perspektive“, von Alfons Holleederer und Gisela Mohr.

Gesundheitswissenschaftliche Arbeiten bieten Ärzten die Chance, durch eine Perspektive von außen gesundheitspolitische Themen zu identifizieren und zu bearbeiten und so das Verständnis von Gesundheitsproblemen der Geschlechter weiter zu entwickeln. Der besprochene Band bietet hierzu eine Fülle von Möglichkeiten.

Dr. med. Peter Zürner

## Vorankündigung: Traumafolgen – verstehen und behandeln

Bitte merken Sie sich schon jetzt die gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen vor:

- **Thema:** Trauma – Symptomatik, Erkrankungsfolgen, Chronifizierung, Behandlungskonzepte
- **Teilnehmerkreis:** Kinderärzte, Hausärzte, Psychotherapeuten und weitere Interessierte
- **Termin:** 2. und 3. Dezember 2016

- **Ort:** Haus am Dom, Frankfurt am Main

Weitere Einzelheiten zum Programm und zur Anmeldung werden in der Ausgabe 09/2016 des Hessischen Ärzteblattes bekannt gegeben.

# Die gläserne Decke in der Berufspolitik durchstoßen

## Interview mit Dr. med. Susanne Johna

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer und Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen: Die Internistin Dr. med. Susanne Johna (50), Oberärztin für Krankenhaushygiene im St. Josefs-Hospital Rheingau in Rüdesheim, engagiert sich über 12 Jahren in der ärztlichen Berufspolitik in Hessen.

### Was war Ihr erster Kontakt mit der Landesärztekammer Hessen und wie haben Sie diesen erlebt?

**Dr. med. Susanne Johna:** Als ich mich 2001 bei der Landesärztekammer Hessen anmeldete, war dies mein erster Kontakt. Weitere Kontakte ergaben sich erst, als ich mich mehr beim Marburger Bund Hessen engagierte, nachdem ich schon beim Marburger Bund in Niedersachsen Mitglied war. In Osnabrück hatte ich bereits in meiner Weiterbildung als Assistentensprecherin positiv erlebt, dass man mit Engagement auch Dinge bewegen kann. Deshalb habe ich auch eine grundsätzliche Bereitschaft gehabt, mich in Hessen berufspolitisch einzubringen.

### Wie kamen Sie konkret dazu, sich in der Berufspolitik zu engagieren und wer hat Sie dazu ermutigt?



Dr. med. Susanne Johna: „Es ist einfach wichtig, dass sich mehr Ärztinnen in die Berufspolitik einbringen, denn sie stellen mittlerweile etwa die Hälfte aller berufstätigen Ärzte.“

**Johna:** Bei einer Mitgliederversammlung des Marburger Bundes in Wiesbaden wurde ich aktiv von Dr. Ursula Stüwe, der ehemaligen Präsidentin unserer Landesärztekammer angesprochen, ob ich nicht bereit wäre, mich mehr zu engagieren. So wurde ich zunächst als Beisitzerin und zwei Jahre später zur Bezirksvorsitzenden in Wiesbaden gewählt. Frau Stüwe hat mich, ebenso wie erfahrene Beisitzer unterstützt; das war eine gute Einarbeitung.

### Wie waren Ihre ersten Erfahrungen in der Berufspolitik?

**Johna:** Seit 2004 bin ich Delegierte der Landesärztekammer Hessen. Am Anfang ist es schwer zu durchblicken, wie die Meinungsbildung in einer Versammlung mit 80 Teilnehmern vonstatten geht. Mit der Zeit wird einem klar, dass Selbstverwaltung nur mit der Bereitschaft aller Beteiligten, sich auch auf die Sichtweise des jeweils anderen einzulassen, funktionieren kann. Besonders nachhaltig ist mir meine erste Teilnahme an einem Deutschen Ärztetag in Erinnerung. Noch heute ist der frühere Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. Jörg-Dietrich Hoppe für mich ein Vorbild wegen seiner Sachkenntnis, seiner hohen moralischen Standards und seiner Fähigkeit, Gemeinsamkeiten zu betonen.

### Haben Sie den Eindruck, dass es für Frauen schwerer als für Männer ist, berufspolitisch erfolgreich zu sein?

**Johna:** Ich würde sagen, der Einstieg fällt sogar leichter. Manchmal werden einer Ärztin Türen geöffnet, weil ein Grundverständnis dafür da ist, dass Frauen in der Berufspolitik vertreten sein sollen

### Kurzvita Dr. med. Susanne Johna

**1984 – 1991** Studium der Humanmedizin, Westfälische Wilhelms-Universität Münster, 1991 Approbation

**1991:** Promotion

**seit 2001** Internistische Oberärztin und Hygienebeauftragte im Neurologischen Rehabilitationszentrum Wiesbaden

**seit 2005** Abteilungsleitung Innere Medizin im Neurologischen Rehazentrum Wiesbaden

**seit 2015** Oberärztin für Krankenhaushygiene im St. Josefs-Hospital Rheingau in Rüdesheim

#### Berufspolitik:

- **seit 2004** Vorsitzende des Marburger Bundes in Wiesbaden und Delegierte der Landesärztekammer Hessen
- **seit 2008** Mitglied des Krankenhausausschusses und des Ausschusses Ärztinnen der Landesärztekammer
- **seit 2013** Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen
- **seit 2013** Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen
- **seit 2016** Wahl in den Vorstand der Bundesärztekammer

und sich eben deutlich weniger Ärztinnen als Ärzte engagieren. Dies gilt aber nur bis zu einem gewissen Punkt. Auch in der Berufspolitik gibt es eine gläserne Decke; auf welcher Ebene die dann genau ist, ist sicherlich unterschiedlich, aber das nehme ich schon auch in der Berufspolitik war. Was ich als gläserne Decke beschreibe, kommt durch ein besseres Networking zwischen den männlichen Ärzten zustande, das heißt, Posten werden vorher verteilt, Absprachen verhindern eine unbeeinflusste Wahl.

Da könnte man sagen, dann müssen es Ärztinnen genauso machen. Das kann aber nicht funktionieren, solange in einem Wahlgremium 75 Prozent Männer und 25 Prozent Frauen sind. Denn selbst wenn die Ärztinnen sich optimal vernetzen und absprechen, können sie keine Mehrheiten erreichen.

Insofern bleiben, wenn man wirklich an der Grundstruktur etwas ändern will, fast nur bewusste Änderungen. Ich bin inzwischen für die Einführung von stufenweisen Quotenregelungen. Ich habe meine Meinung da geändert, weil ich in der Realität erlebe, dass es wohl anders nicht geht. Eine Quotenregelung ist sicher nicht ideal, aber ich glaube, dass wir mit keiner anderen Lösung in den nächsten 20 Jahren zu einer relevanten Veränderung kommen werden.

Wenn man Ärztinnen, die sich engagieren wollen, die Möglichkeit geben kann, schnell in relevante Positionen zu kommen, sind diese motivierter, sich einzubringen.

### **Wie stehen Sie zu den Empfehlungen des Gleichstellungsausschusses der Landesärztekammer Hessen? Erscheinen Ihnen diese Empfehlungen hilfreich?**

**Johna:** Ich würde nicht sagen, sie sind gar nicht hilfreich, aber ich glaube, es ist zu wenig. Wir werden durch Ermahnungen keine relevanten Änderungen erreichen. Was tun wir denn, wenn die Listen, die zur Kammerwahl aufgestellt werden eben wieder eine 75/25 Prozent Verteilung zwischen den Geschlechtern ergeben. Dann gibt es nicht mehr als – so war das aber nicht gedacht – einen erhobenen Zeigefinger. Und ansonsten passiert gar nichts. Ich fürchte, die Vorschläge laufen ins Leere.

### **Sollte die Ärztekammer weitere Maßnahmen ergreifen, um die Beteiligung von Ärztinnen in der berufspolitischen Selbstverwaltung zu fördern – und wenn ja welche?**

**Johna:** Die Ärztekammer als Institution kann, neben der besprochenen Quote, wohl nicht viel tun. Ich finde es gut, dass sich die Redaktionskonferenz des Hessischen Ärzteblatts ein Schwerpunktheft mit Themen für Ärztinnen vorgenommen hat. Es ist sicher wichtig für die jungen Kolleginnen, dass das Engagement berufspolitisch aktiver Ärztinnen auch nach außen sichtbar wird, sozusagen als hoffentlich positive Rollenbilder.

### **Gibt es ihrer Meinung nach weitere Gründe warum sich weniger Ärztinnen als Ärzte in der Berufspolitik engagieren?**

**Johna:** Frauen haben auch in der jüngeren Generation, wenn auch nicht so ausgeprägt wie früher, ohnehin schon eine Doppelbelastung aus Beruf und Familie. Noch liegt die familiäre Belastung überwiegend auf den Schultern der Frauen. Deswegen ist mein Aufruf an Ärztinnen, die sich prinzipiell vorstellen können, berufspolitisch aktiv zu werden:

Seien Sie sich dieser Situation bewusst und fragen Sie sich, wo Ihnen Arbeit abgenommen werden könnte, zum Beispiel

durch eine Haushaltshilfe oder Kinderbetreuung. Sie sollten kein schlechtes Gewissen haben, familiäre Arbeit auf andere Schultern zu delegieren.

Denn berufspolitisches Engagement kann nur klappen, wenn auch ein gewisser Freiraum dafür geschaffen wird. Sonst macht man es halbherzig und fühlt sich dann wieder unzufrieden und zerrissen zwischen drei Positionen. Es ist einfach wichtig, dass sich mehr Ärztinnen in die Berufspolitik einbringen, denn sie stellen mittlerweile etwa die Hälfte aller berufstätigen Ärzte. Selbstverwaltung kann nur gut funktionieren, wenn auch alle relevanten Gruppen innerhalb der Ärzteschaft vertreten sind und ihre speziellen Interessen einbringen können.

Man hat in der Berufspolitik durchaus Erfolgserlebnisse, die auch Spaß machen können. Wenn man sich erst einmal damit abgefunden hat, dass man nur in kleinen Schritten vorankommt, kann man sich auch an diesen kleinen Schritten erfreuen. Was ebenfalls spannend ist – man bekommt Einblicke in Abläufe auch an den Schnittstellen zur „großen“ Politik, die man sonst nicht hätte.

Nicht zuletzt ist die gemeinsame Arbeit mit engagierten Kollegen auch persönlich bereichernd.

**Interview:**  
**Dr. med. Peter Zürner**

## **Info zur Inanspruchnahme von Elternzeit**

Wer Elternzeit für den Zeitraum bis zum vollendeten dritten Lebensjahr des Kindes beanspruchen will, muss sie nach § 16 Abs.1 BEEG (Bundeselterngeld- und Elternzeitgesetz) spätestens sieben Wochen vor Beginn der Elternzeit schriftlich vom Arbeitgeber verlangen und gleichzeitig erklären, für welche Zeiten innerhalb von zwei Jahren Elternzeit genommen werden soll. Es muss von der Arbeitnehmerin oder dem Arbeitgeber eigenhändig durch Namensunterschrift oder mittels notariell beglaubigten Handzeichens unterzeichnet werden. Ein Fax oder eine E-Mail ist nicht ausreichend. In einem Fall hatte die Klägerin per Telefax nach der Geburt Ihrer Tochter dem Arbeitgeber mitgeteilt, dass sie Eltern-

zeit für zwei Jahre in Anspruch nehme. Einige Monate später kündigte ihr der Arbeitgeber. Die Klägerin berief sich auf das Kündigungsverbot des § 18 Abs.1 Satz 1 BEEG. Das Bundesarbeitsgericht hat entschieden, dass die Kündigung das Arbeitsverhältnis aufgelöst hat, da die Klägerin die Elternzeit per Telefax nicht wirksam verlangt habe. Besonderheiten, die es dem Beklagten nach Treu und Glauben verwehrten, sich auf den Formverstoß zu berufen, lagen nicht vor.

**RAin Veronika Putzmann-Heidenwag**  
Verbandsjuristin, Fachanwältin für  
Arbeitsrecht – Marburger Bund  
Hessen e. V. E-Mail:  
putzmann-heidenwag@mbhessen.de

# „Man muss Erfahrungen sammeln, um etwas in der Berufspolitik zu bewirken“

## Interview mit Dr. med. Sabine Olischläger

Dr. med. Sabine Olischläger (48), Fachärztin für Allgemeinmedizin, führt seit 2008 gemeinsam mit einer Kollegin eine hausärztliche Gemeinschaftspraxis in Erlensee. Seit 2005 engagiert sich Olischläger (Liste Die Hausärzte) berufspolitisch für ihre Kolleginnen und Kollegen.

### Was macht Ihnen bei Ihrem Engagement Spaß?

**Dr. med. Sabine Olischläger:** Das Schöne, oder besser gesagt, das Interessante an der ärztlichen Selbstverwaltung ist, dass wir Ärzte und Ärztinnen tatsächlich Einfluss auf die Rahmenbedingungen unserer alltäglichen Berufstätigkeit nehmen können. Mit dieser Erkenntnis kam ich als junge Ärztin in die Berufspolitik.

In unserem eigenen Interesse müssen wir immer wieder danach fragen: wie geht es dem angestellten Arzt oder der niedergelassenen Ärztin, was bewegt die jungen und was die älteren Kollegen, sind die Weiterbilder gut aufgestellt, wie geht es dem Weiterzubildenden? Wir sollten uns immer wieder bewusst machen, dass wir im Grunde ja alle Ärzte und Ärztinnen sind. Es ist mir wichtig, dass unsere doch recht kleine Berufsgruppe nach außen hin mit einer gewissen Einigkeit wahrgenommen wird.

Ich habe aber auch gelernt, dass man in der Delegiertenversammlung (DV) der Landesärztekammer Erfahrungen sammeln muss, um etwas durchzusetzen. Man lernt parlamentarische Methoden kennen und eine gute Sitzungsleitung zu schätzen. Die Gestaltung der Tagesordnung ist ebenso wichtig wie eine gute Informationspolitik und Vorbereitung der Themen. Diese strategischen und taktischen Aspekte waren mir vor meinem Eintritt in das Ehrenamt gar nicht so geläufig. Und wenn dann eine Entscheidung in der DV auf dem Boden einer sachlichen, durchaus



Dr. med. Sabine Olischläger: „Eine gemischte Altersstruktur ist wichtiger als die Geschlechterdiskussion.“

kontroversen Diskussion und nicht aufgrund von althergebrachten Reflexen getroffen wird, dann macht mir Berufspolitik auch Spaß, um auf Ihre Frage zurückzukommen.

### Wo liegt der Schwerpunkt Ihrer ehrenamtlichen Tätigkeit?

**Dr. med. Sabine Olischläger:** Mein persönliches Engagement findet mittlerweile im Vorstand des Versorgungswerks der Landesärztekammer statt. Diese Arbeit ist gleichermaßen spannend wie arbeitsintensiv, denn ich muss mich in viele Details einarbeiten. Damit die Vorstandsarbeit gut läuft, ist es notwendig, dass wir Vorstandsmitglieder listenübergreifend zusammenarbeiten. Das heißt, wenn die Wahl zum Vorstand erst einmal abgeschlossen ist, dann steht die Sacharbeit ganz im Vordergrund. Hilfreich ist da sicherlich eine gewisse Form von Arbeitsteilung. Wir sind zwar Ehrenamtler, aber gerade im Versorgungswerk ist es absolut notwendig, sich sachkundig zu machen, um diese wirtschaftlich geprägten The-

men in ihrer Tragweite zu erfassen. Wir Vorstandsmitglieder müssen mit unseren Arbeitsergebnissen vor die Delegiertenversammlung treten und sie verständlich und nachvollziehbar überbringen. Letztendlich ist und bleibt die DV der Souverän, der auch über die Belange des Versorgungswerks mit abstimmt.

### Welche Themen sind Ihnen besonders wichtig?

**Dr. med. Sabine Olischläger:** Ich bin nicht nur Fachärztin für Allgemeinmedizin, sondern habe auch eine Familie mit zwei Kindern. Ich fand es schlichtweg ungerecht, dass Kindererziehungszeiten in der Alterssicherung nicht bzw. so schlecht anerkannt wurden, aber im Gegensatz dazu einem Rentner noch Kinderzuschüsse gewährt werden. So kam ich zunächst über die Liste der Ärztinnen und später über die Gruppe der Hausärzte in die DV. Nachdem ich die Gepflogenheiten in der DV kennen- und verstehen gelernt habe, konnte ich auch meine Anliegen voranbringen:

Immer noch kämpfe ich für die Anerkennung von Erziehungszeiten in der berufsständischen Altersvorsorge.

Dann sind mir die Weiterbildungsthemen wichtig: Ich möchte, dass diese Themen auch aus Sicht der jungen, nachkommen- den Ärztegeneration diskutiert werden. Es macht doch einen Unterschied in der Dis- kussion der Weiterbildungsordnung, ob ich nur die Aspekte der Weiterbilder höre oder auch die Anliegen der Weiterzubil- denden sehe.

### Noch sind Ärztinnen in der Berufspolitik unterrepräsentiert. Woran liegt das?

**Dr. med. Sabine Olischläger:** Wichtiger als der häufig diskutierte Geschlechterunter- schied ist mir, dass die Altersstruktur in der DV gemischt ist. Ich möchte die spezi- fischen Bedürfnisse der jungen Kollegen ebenso diskutieren wie die der älteren Kol- legen. Hierbei müssen wir verstärkt die unterschiedlichen Berufs- und Lebenspha- sen wahrnehmen. Gerade die 30- bis 45- jährigen Kollegen und Kolleginnen haben viel am Hals, wenn sie Beruf und Familie unter einen Hut bringen wollen.

Gerade bei meinen Kolleginnen, also den Hausärztinnen, erlebe ich oft, dass sie sich nicht in die Berufspolitik einmischen wol- len, oder vielmehr nicht können, obwohl

sie durchaus Vorstellungen haben, wo Än- derungsbedarf besteht. Sie müssen schon gezielt und persönlich angesprochen wer- den und sie müssen erfahren, dass sie in der Berufspolitik willkommen sind. In die- sem Umfeld möchte ich unterstützend wirken.

### Mit welchen Argumenten motivieren Sie Kolleginnen dazu, sich berufspolitisch einzubringen?

**Dr. med. Sabine Olischläger:** Teilnahme in der Berufspolitik ist machbar. Gerade bei begrenzter Zeit muss man ja nicht gleich ein arbeitsreiches Amt überneh- men. Manchmal genügt es schon zu wis-

sen, welche Themen gerade diskutiert werden.

Auch ein kleiner Anfang ist gut, wenn man als Delegierte seine Lebenswirklichkeit, seine Erfahrungen einbringt und mit ab- stimmt. Manchmal ärgert man sich, aber meistens macht es Spaß.

Das ehrenamtliche Engagement als De- legierte erweitert den Horizont: In ein- em übersichtlichen Rahmen erlebt man die Prinzipien der parlamentarischen Demokratie. Die Fähigkeit, Strukturen zu erkennen und zu durchschauen, nützt einem auch sonst im beruflichen Alltag.

**Interview: Dr. med. Peter Zürner**

## Kurzvita Dr. med. Sabine Olischläger

**1987 bis 1994** Medizinstudium an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg mit Approbation zur Ärztin in 1995.

**1995** Promotion Mikrobiologie Universi- tät Freiburg.

**seit 2007** Fachärztin für Allgemein- medizin.

**seit 2008** Hausärztliche Gemeinschafts- praxis mit Dr. med. B. Krug in Erlensee.

### Berufspolitik:

- seit **2005** Delegierte der Landesärz- tekammer Hessen und Mitglied im Deutschen Hausärzteverband.
- seit **2012** Vorstandsmitglied Versor- gungswerk Hessen.

## Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärz- teblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen be- ziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrück- lich auf ein Geschlecht Bezug genom- men wird. (red)

# „Mir war von Anfang an klar, dass ich alles machen will, was möglich ist“

## Die Radiologin Prof. Dr. med. Jutta Peters ist Spezialistin für Brustdiagnostik

Sie hat das Mammographie-Screening in Frankfurt aufgebaut: Prof. Dr. med. Jutta Peters, als Spezialistin für Brustdiagnostik über die Grenzen von Hessen hinaus bekannt, ist noch heute als Radiologin tätig. Dass sie einmal Karriere machen würde, stand für die temperamentvolle Frau immer außer Frage: „Mir war von Anfang an klar, dass ich alles machen will, was möglich ist“. Nachdem sie während der Schulzeit eine Biographie von Marie Curie gelesen hatte, habe sie gewusst, „dass es beruflich etwas Naturwissenschaftliches sein musste“. Nach dem frühen Tod der Mutter mit 15 Jahren auf sich alleine gestellt, begann Peters nach dem Abitur in Berlin Medizin zu studieren und legte schon mit 23 Jahren das Staatsexamen ab.

„Viel zu jung für den ärztlichen Beruf“, entschied sie damals und wandte sich zunächst der Biochemie zu: Vier Jahre arbeitete sie als Wissenschaftliche Assistentin an der Universitätsklinik Marburg und am Max-Planck-Institut in Göttingen, von 1976 bis 1978 als Forschungsstipendiatin an der Universität von Kalifornien in San Francisco, USA, und anschließend weitere zwei Jahre als Wissenschaftliche Assistentin im Gustav-Emden-Zentrum für Biologische Chemie in Frankfurt. „Dann fühlte ich mich endlich erwachsen genug für die Medizin“, erzählt sie lachend.

### Früh Grundstein für Mammographie-Karriere gelegt

Peters absolvierte von 1978 bis 1984 ihre Facharztweiterbildung am Zentrum der Radiologie der Universitätsklinik in Frankfurt. Als ihr erstes Kind 1974 zur Welt kam, war die junge Ärztin bereits seit sechs Jahren berufstätig. „Damals legte ich den Grundstein für meine spätere Mammographie-Karriere. Und zwar mit Stillberatung“. Peters selbst hatte schlechte Erfahrungen mit dem Stillen gemacht und sich die Frage gestellt, wie so etwas Natürliches nicht funktionieren könne. „Beim zweiten Kind bin ich der Sache auf



Prof. Dr. med. Jutta Peters: „Man muss seine Ziele ganz deutlich vor Augen haben.“

den Grund gegangen und habe entdeckt, dass es an der Beratung lag. Diese war nicht nur falsch, sondern auch unsinnig.“ Sie schrieb ein Buch über Schwangerschaft, Geburt und das Stillen mit dem Titel „Ich werde Mutter“.

Als ihr jüngerer Sohn ein halbes Jahr alt war, fing Peters an, in Familienbildungszentren Vorträge über das Stillen zu halten. Außerdem beriet sie junge Mütter telefonisch, mitunter sogar in der Klinik. „Irgendwann bekam das mein Chef mit und sagte, dass ich mich auch in der Radiologie mit der Brust beschäftigen könne.“ Fortan war Peters in der Frauenklinik für die Mammographie zuständig. „Auf diese Weise konnte ich mich in einer eigenen Abteilung frei entfalten.“

### Zu Hause und bei der Arbeit gut organisiert

Machte es damals einen Unterschied, als Ärztin oder Arzt in einem Universitätsklinikum zu arbeiten? „Ich hatte nie Anlass, mich zu beschweren“, erinnert sich Peters. Sie sei von ihrem radiologischen Chef sehr gefördert worden und habe davon profitiert. „Al-

lerdings hatte ich auch immer das Gefühl, mehr leisten zu müssen als die Männer.“

Auch habe sie sich als vollzeitig berufstätige Mutter zu Hause und bei der Arbeit außerordentlich gut organisieren müssen. Das sei früher nicht anders gewesen als heute. „Wichtig war mir, in der Nähe der Klinik zu wohnen, um kurze Wege zu haben.“ Morgens brachte ihr Mann, ein Arzt und Biophysiker, die Söhne in Krippe oder Kindergarten; am späten Nachmittag holte Peters beide wieder ab.

Schwieriger wurde es erst, als die Kinder in die Schule kamen: „Ab diesem Zeitpunkt hatten wir ganztags eine Haushaltshilfe, die mittags auch gekocht hat.“ Kollegiale Rücksichtnahme auf ihre familiären Verpflichtungen habe sie weder erwartet noch gewollt: „Im Gegenteil: Man muss seine Ziele ganz deutlich vor Augen haben, wissen, was man will und wohin man will. Das heißt, konsequent das tun, was dafür nötig ist.“

### Teilzeit meist ein K.O.-Kriterium

Teilzeitarbeit wäre für Peters nie in Betracht gekommen. „Das ist nach wie vor

meist ein K.O.-Kriterium, wenn man Karriere machen will.“ Auch von Teilzeit-Weiterbildung hält die erfahrene Ärztin nicht viel. „Da ist man sieben bis neun Jahre beschäftigt und hat immer noch keinen Facharzt.“ Ihre Einstellung zu Beruf und Karriere habe sie auch als Oberärztin – von 1984 bis 1993 am Universitätsklinikum Frankfurt – jungen Frauen zu vermitteln versucht. „Nicht so sehr mit Worten, als mit Taten.“ Allerdings müsse sich jede und jeder individuell für den eigenen Weg entscheiden.

Nachdem Peters sich 1992 über das Thema „Möglichkeiten der modernen bildgebenden Mammadiagnostik“ habilitiert hatte, bewarb sie sich um Chefarztstellen. „Da habe ich gemerkt, wie schwierig es für eine Frau ist, in diesen Bereich vorzustoßen, selbst wenn sie qualifizierter als ihre männlichen Kollegen ist. Wenn zwei von sechs zu Probevorträgen eingeladenen Bewerberinnen Frauen waren, wurde keine von Ihnen genommen.“

Auch bei zwei Positionen, die Mammographie-Erfahrung voraussetzten, sei die Wahl nicht auf sie, sondern jeweils auf einen Mann ohne entsprechende Fachkenntnisse gefallen. Peters zuckt vielsa-

gend mit den Schultern. Ihren weiteren Karriereweg fasst die Radiologin in wenigen Worten zusammen: „Mein Chef ging in den Ruhestand und ich wollte nicht als „übrig gebliebene“ Oberärztin unter einem neuen Chef arbeiten. Da habe ich mich entschlossen, mich niederzulassen – etwas, das ich vorher nie gewollt hatte, mir dann aber viel Freude gemacht hat.“ 1993 stieg Peters als Gesellschafterin in eine gut organisierte radiologische Gemeinschaftspraxis am Frankfurter Bethanien Krankenhaus ein, in der sie als eigenen Schwerpunkt die Mammographie aufbauen konnte. 2005 wurde sie zur Professorin an der Universitätsklinik Frankfurt ernannt.

## Screening musste von Null auf entwickelt werden

Dann kam „die Sache mit dem Mammographie-Screening“. Als Peters sich bewarb, war ihr klar, dass sie den Zuschlag bekommen würde. Mit ihrer Erfahrung konnte niemand mithalten. „2007 ging es los. Alles musste von Null auf entwickelt werden. Da konnte ich mein Wissen aus Klinik und Praxis bestens einbringen.“

Von 2007 bis 2012 war sie als Mitbegründerin des an die radiologische Praxis am Bethanien Krankenhaus angeschlossenen Brustzentrums am Frankfurter Opernplatz programmverantwortliche Ärztin für das Mammographie-Screening (Brustkrebs-Früherkennungsprogramm) für Frankfurt und den Main-Taunus-Kreis. Bis Mitte 2012 leitete Peters die Screening-Einheit. „Eine intensive und interessante Zeit“, sagt die 1943 geborene Radiologin rückblickend. Seither setzt sie ihre Arbeit im Radiologischen Zentrum in Offenbach und seit zwei Jahren auch in der Radiologie Sachsenhausen fort.

Und nicht nur das: Peters (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte) engagiert sich als Delegierte der Landesärztekammer Hessen, wirbt dort u. a. für eine anteilige Beteiligung von Ärztinnen in der Berufspolitik und gehört dem Finanzausschuss an. Außerdem berät sie noch immer Frauen, die Probleme mit dem Stillen haben: „Deutschland ist eine Stillwüste. Ich kann versprechen, dass das Ganze bei richtiger Beratung innerhalb von drei Tagen bis maximal einer Woche funktioniert.“

**Katja Möhrle**

## Ärzttekammer



## Dr. iur. Katharina Deppert zum runden Geburtstag

Das Ziel der Gutachter- und Schlichtungsstelle (GuS) der Landesärztekammer Hessen ist der außergerichtliche Ausgleich widerstreitender Parteiinteressen. Zur Betonung ihrer Unabhängigkeit ist es deshalb Tradition, zur inhaltlichen Bearbeitung der Anträge pensionierte Vorsitzende Richter höherer Gerichte als freiberufliche Mitarbeiter zu bestellen.

Vor zehn Jahren, nach Beendigung ihrer richterlichen Tätigkeit am Bundesgerichtshof (BGH), ist Dr. iur. Katharina Deppert als juristische Mitarbeiterin und zugleich als Leiterin der GuS bestellt wor-



Foto: Manuel Maier  
Dr. Katharina Deppert

den. Sie war 1990, damals Richterin am Oberlandesgericht Frankfurt, als Richterin am BGH gewählt und dort nach nur sechs Jahren zur Vorsitzenden Richterin am BGH ernannt worden, als zweite Frau überhaupt in dieser Position.

Seit 2009 habe ich die Ehre, mit ihr zusammenarbeiten zu dürfen. Mit ihrer herausragenden juristischen Fähigkeit hat sie mich nicht überrascht, das hatte ich erwartet. Nicht unbedingt erwartet habe ich eine Persönlichkeit mit großer Ausstrahlung, Charme und gewinnenden Umgangsformen. Nun

wird man nicht, was sie geworden ist, nur dadurch, dass man charmant und angenehm ist. Der Inhalt des Sprichworts „suaviter in modo, fortiter in re“ („Verbindlich in der Form, aber hart in der Sache“) ist mir gerade an ihrer Person plastisch vor Augen geführt worden. Nicht zuletzt dank ihrer Kompetenz ist die GuS geblieben was sie ist: unabhängig und nach eigenen Regeln arbeitend. Ich wünsche ihr, auch im Namen der anderen Mitglieder der GuS, dass sie uns noch viele Jahre in guter Gesundheit erhalten bleiben wird. In diesem Sinne, etwas altmodisch, „ad multos annos“.

**Jürgen Juncker, Stellv. Vorsitzender GuS**

## „Schnell und effizient helfen, das ist mein Ding“

### Gespräch mit der Gynäkologin Asli Yilmaz über Lücken in der Versorgung von Migranten und über neue Herausforderungen

Asli Yilmaz, Tochter türkischer Gastarbeiter, liebt ihre Arbeit am GPR Klinikum Rüsselsheim. Die verantwortliche Oberärztin für die operative Gynäkologie und OP-Koordination bietet dort Informationsveranstaltungen in türkischer Sprache an, denn das Wissen um den eigenen Körper ist oft gering. Zum 1. April ist eine neue Tätigkeit hinzugekommen. Die 39-Jährige hat die Ärztliche Praxisleitung des Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) in Mörfelden übernommen. Yilmaz ist Mitglied im Marburger Bund.

**Frau Yilmaz, inzwischen lebt die dritte Generation Türken in Deutschland. Wozu dann noch ein Sonderangebot?**

**Asli Yilmaz:** Weil leider immer noch viele Frauen schlecht Deutsch sprechen beziehungsweise ihre Muttersprache einfach besser verstehen.

**Wie haben Sie den Bedarf festgestellt?**

**Yilmaz:** Im Arbeitsalltag. Bei der Aufklärung vor der Operation beispielsweise fiel auf, dass mangels Schulbildung Grundkenntnisse über die Physiologie fehlen. Die Patientinnen unterschreiben dann etwas, was sie nicht verstehen. Wenn sie verstehen, wie der Operateur ihnen helfen kann und was er macht, ist der Heilungsprozess wesentlich besser. Nach der Operation verlassen sie das Krankenhaus und sind ganzheitlich versorgt. Sie sind dankbar, und ich habe das schöne Gefühl, nicht nur medizinisch geholfen zu haben, sondern auch ein Stück Physiologie-Nachhilfe gegeben zu haben.

**Wie kann man sich solche Treffen vorstellen?**

**Yilmaz:** Bis zu 180 Frauen unterschiedlichen Alters kommen zu den Veranstaltungen, bei denen wir über Brustkrebs sprechen, normale Entbindung versus Kaiserschnitt, Wechseljahre. In einfacher



Asli Yilmaz: „Türkische Patientinnen haben eine andere Erwartungshaltung an mich.“

Foto: GPR Rüsselsheim

türkischer Sprache stelle ich dar, wie das Becken aufgebaut ist, welche Organe wir haben, mit welcher Funktion – was zum Beispiel passiert, wenn die Gebärmutter nicht mehr funktioniert. Es geht auch darum, wie man bei bestimmten Symptomen helfen kann. Um operative Möglichkeiten, Chemotherapie, Bestrahlung und was dabei passiert mit dem Körper. Die Frauen haben viel Zeit, Fragen zu stellen. Weil keine Männer dabei sind, kommen auch intime Sorgen zur Sprache. Ich setze auch Schaubilder ein, Modelle.

**Die Rüsselsheimerinnen haben Glück. Aber was ist mit den vielen anderen Migrantinnen? Zeigt das große Echo nicht, dass in unserem Gesundheitswesen eine Lücke klafft?**

**Yilmaz:** Eigentlich schon. Eine Lücke, die die tägliche Arbeit des Arztes beeinflusst. Es ist unbefriedigend, wenn man das Gefühl hat, nicht richtig helfen zu können. Das hat auch mit der Kultur zu tun. Ich stamme aus dem selben Kulturkreis, habe die entsprechende Sensibilität. Türkisch

ist sehr blumig. Ich verstehe, was die meinen. Es kann aber auch nicht sein, dass alles an den türkischen Kollegen hängen bleibt.

**Eben. Besteht da nicht die Gefahr, in eine Ecke gedrängt zu werden. Dass Sie immer gerufen werden, wenn es Probleme mit türkischen Patienten gibt?**

**Yilmaz:** So ist es. Das kostet mich dann meist viel mehr Zeit und auch Mühe für die Aufklärung, als wenn ich eine deutsche Patientin vor mir habe. Der Zeitfaktor spielt heute im Klinikalltag ja eine große Rolle. Da kann ich gut nachvollziehen, dass ein Arzt mit Migrations-Hintergrund darauf Wert legt, nicht nur türkische oder marokkanische Patienten behandeln zu müssen.

**Der Migrationshintergrund hat für eine Ärztin also beides – Vor- und Nachteile?**

**Yilmaz:** Ja. Türkische Patientinnen haben eine andere Erwartungshaltung an mich. In der türkischen Sprache wird man mehr geduzt. Zur deutschen Ärztin

sagt man Frau Doktor. Auch wenn ich ihre Sprache und Kultur verstehe, muss ich schauen, dass eine gewisse Distanz bewahrt bleibt. Bei deutschen Kollegen wiederum ist die Sprachbarriere größer, die Scham.

## Ein anderes Thema: Haben weibliche Ärzte immer noch einen schwereren Stand in einer Klinik, als ihre männlichen Kollegen?

**Yilmaz:** Es wird besser. Und die Gynäkologie entwickelt sich sowieso zur Frauendomäne. Männliche Assistenzärzte sind inzwischen heiß begehrt bei all den Krankenschwestern, weiblichen Hebammen und Kolleginnen. Ich fühle mich nicht benachteiligt.

## Sie sind leidenschaftliche Operateurin. Trotzdem haben Sie sich zum 1. April die Ärztliche Leitung für das MVZ des Rüsselsheimer Klinikums in Mörfelden übernommen. Warum?

**Yilmaz:** In den 13 Jahren, in denen ich in der Klinik bin, war Niederlassung nie ein Thema für mich. Als ich gefragt wurde, habe ich trotzdem die Herausforderung angenommen. Und es macht mir mehr Spaß, als ich gedacht habe. Ich habe mehr Zeit für die Patientinnen als im klinischen Alltag, wo der OP ruft, der Kreißsaal. In den Sprechstunden geht es um Sexualprobleme, Wechseljahresbeschwerden, Aufklärung. Junge Frauen wollen wegen Verhütung beraten werden. Das ist einfach eine neue Aufgabe.

## Operieren Sie trotzdem noch?

**Yilmaz:** Ja, das wird auch so bleiben. Schnell und effizient helfen, das ist mein Ding, das macht mir Spaß. Deshalb bleibe ich in der Klinik, und das MVZ ist ein Zusatz.

## Ein anspruchsvolles Arbeitspensum. Bleibt da noch Zeit für Privates?

**Yilmaz:** Die Arbeit nimmt natürlich viel Zeit ein, aber für mich ist alles so wie jetzt wunderbar. Ich habe momentan keinen großen Drang, etwas zu ändern. Ich mache Sport, besuche einmal pro Woche einen Spanischkurs. Und Zeit für Eltern, Geschwister und Partner habe ich auch noch.

**Interview: Jutta Rippegather**

## Themenheft Ärztinnen: Reaktionen & Anregungen

Wir sind auf Ihre Reaktion auf unser Schwerpunktheft „Ärztinnen – Weibliche Karriere in der Medizin“ gespannt.

- Welche Aspekte rund um das Thema „Ärztinnen“ sollte das Hessische Ärzteblatt künftig aufgreifen?

- Wie kann die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) Ihrer Meinung nach Ärztinnen noch besser bei der Berufs- und Karriereplanung unterstützen?

Anregungen, Vorschläge oder Kritik? Wir freuen uns auf Ihr Feedback.

Ansprechpartnerin: Katja Möhrle M.A., Leiterin der LÄKH-Stabsstelle Medien. E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)

## The Medical Scientist | Das Kunstwerk des Titelbildes

Das in dieser Ausgabe vorgestellte Künstlerkollektiv 3Steps (Rubrik Parlando, Seite 428 f) hat exklusiv für das Themenheft „Ärztinnen“ des Hessischen Ärzteblattes ein Gemälde für das Covermotiv gefertigt. Titel: The Medical Scientist. 3Steps beleuchten einen wichtigen Bereich der Medizin: die Forschung.

Sind Sie so begeistert wie wir? Sie können das Bild auch erwerben: 3Steps haben eine kleine handgefertigte Edition für unsere Leserinnen und Leser aufgelegt. Das Werk „The Medical Scientist“ ist als Originalgemälde in zwei Farbvarianten sowie als limitierte Siebdruck Edition in einer Auflage von 66 Stück erhältlich.

Der Collagenhintergrund ist aus herausgerissenen Motiven rund um das Thema Medizin gefertigt. Das Model mit einem alten Mikroskop wurde vom Kollektiv fotografiert, das Foto anschließend digital

bearbeitet. Für das Sprühen des Gemäldes wurden Schablonen des Motives in verschiedenen Ebenen von Hand geschnitten und mehrlagig gesprüht. Die limitierte Siebdruck-Edition wird ebenso exklusiv für die Leser des Hessischen Ärzteblattes auf hochwertigem Büttenpapier gemalt und von Hand gedruckt.

**ORIGINALS: The Medical Scientist Yellow Variant**, 70 x 100 x 4 cm, Sprühlack, Papiercollage und Hartlack auf handgefertigtem Holzkörper, (Ausschnitt auf dem Cover), Preis auf Anfrage.

**Blue Variant**, 70 x 100 x 4 cm, (wie Covermotiv, Ärztin nur in Blau-Türkis), Preis und Bild auf Anfrage.

**EDITION: The Medical Scientist Edition** Limitierte Serigrafie, vom Kollektiv handgefertigter Siebdruck. Abweichungen vom Original möglich. 48 x 68 cm, Acrylfarbe und Siebdruck auf Büttenpapier, Edition von 66 Stück, Preis je € 390.



Je verkaufter Serigrafie werden 66 Euro vom Künstlerkollektiv 3Steps an „Ärzte ohne Grenzen“ gespendet. Interessenten wenden sich bitte per E-Mail an: [store@3Steps.de](mailto:store@3Steps.de) oder Fon: 0641-58093033 an Dr. Kai H. Krieger Website: [www.3Steps.de](http://www.3Steps.de)

# „Kunst heißt für uns, unsere Visionen auszuleben“

## Das Gießener Pop Art-Trio 3Steps beherrscht die chirurgische Schnittführung und sprüht vor Ideen



Das Bild „The author“ ist aus dem Jahr 2015, 140x100 cm, Sprühlack auf Holz

Kurz vor der Einfahrt nach Gießen scheint sie dem Betrachter entgegen zu fliegen: Eine in grellbunten Farben auf das Mauerwerk gesprühte weibliche Comic-Heldin ist die erste von vielen Begegnungen mit Arbeiten des Künstlerkollektivs 3Steps in Gießen und Umgebung. Irgendwo in der Stadt zieht eine Lolly-lutschende junge Dame vor dem Hintergrund einer Straßenszene mit Candy-Shop und Amischlitten die Blicke auf sich. Das in Orange-, Pink- und Violett-Töne getauchte Bild im Stil des Fotorealismus erstreckt sich über die gesamte Länge einer Brandmauer. Nicht ganz von dieser Welt wirkt der sowjetische Kosmonaut Juri Gagarin, den die Künstler mit einem grasgrünen Helm auf dem Kopf versehen und auf die Klinkermauer der Technischen Hochschule Mittelhessen gesprüht haben. Lila Lockenschopf und verträumte blaue Augen: Als Pop-Art-Portrait schmückt der junge Justus Liebig eine Wand des Biomedizinischen Forschungszentrums der Justus-Liebig-Universität (JLU) in Gießen.

### Farbenmeer

Das über 280 Quadratmeter große Atelier von 3Steps in der Nähe der Gießener Universität ist ein Eldorado für die Sinne. Es

riecht nach frischen Farben: Blau, rot, gelb, grün; überall hängen Bilder zur Inspiration. In einem Nebenraum stapeln sich künstlerische Materialien für große Fassadenarbeiten wie Acrylfarbe, Eimer und Malerrollen. Übersichtlich und griffbereit sind auf Regalen und Sideboards Werkzeuge angeordnet, auf riesigen Werkstattischen liegen Entwürfe, gerahmte Leinwände und bunte Holzplatten. Locker und konzentriert zugleich bewegen sich die drei Künstler durch das Farbenmeer ihrer Werke, prüfen hier die Ausdrucksstärke eines Bildes, tupfen dort mit dem Pinsel noch etwas nach. Ihre Freude an den jüngeren Arbeiten rund um Telefon und Schreibmaschine als Kommunikationsmit-

tel oder eine Serie mit amerikanischen Feuerwehrautos, Rettungswagen oder Trommeln – „Damit haben wir unsere Kinderträume in Bilder verwandelt“ – ist spürbar.

3Steps, das sind Kai H. Krieger, Uwe H. Krieger und Joachim Pitt. Alle drei wurden 1980 geboren, gingen gemeinsam in Gießen zur Schule und entdeckten als Jugendliche ihre Leidenschaft für Graffiti und Street Art. Ursprünglich vom klassischen New Yorker Stylewriting und der Graffiti-Kunst der Neunziger Jahre beeinflusst, entwickelten sie im Laufe der Jahre einen einzigartigen Stil, in dem sich abstrakte Muster und gegenständliche Malerei zu Mural- und Street Art verbinden. Aus der Graffiti-Crew „Three Steps Ahead“ ging im Oktober 1998 das Künstlerkollektiv 3Steps hervor. Bereits 2006 kuratierten die drei Gießener das Graffiti-Festival Big Jam und das Mural-Art Festival „Optical Confusion“ in Wetzlar. Inzwischen haben sie ihre großformatigen Arbeiten in zahlreichen Städten, von Gießen und Wetzlar aus über München und Berlin bis nach London, Mailand, Venedig, L.A. und New York hinterlassen.

### Die Welt retten

Neben urbanen Pop-Art-Collagen spielen für das Kollektiv auch die regionale ländliche Idylle und der Einklang von Mensch und Natur eine wichtige Rolle. „Wir wollten eigentlich immer die Welt retten“, verrät Uwe H. Krieger. 2012 rief das Trio das „River Ta-



Das Künstler-Kollektiv 3steps bei der Arbeit an der Typewriter Serie (2016): Die Zwillinge Kai H. und Uwe H. Krieger sowie Joachim Pitt (von links)



Werther Mural in Wetzlar (2015): Eine Hommage an Johann Wolfgang von Goethe, Charlotte Buff und „Die Leiden des jungen Werther“ – mit historischen Dokumenten und Artefakten. Über die Elemente erstreckt sich Goethes Farbkreis mit intensiven Tönen.

les“-Projekt ins Leben; seitdem zieren Werke internationaler Graffiti-Künstler Brückenpfeiler in Gießen, Wetzlar und entlang der Lahn: Eine öffentliche Kunstgalerie, die auf die Bedeutung von Natur aufmerksam und, wenn es nach den Plänen der Künstler geht, einmal Flüsse in ganz Europa säumen soll. An Andy Warhol-Siebdrucke der Siebziger Jahre erinnern die auf Leinwand gesprühten Portraits historischer Persönlichkeiten, denen sich 3Steps seit einiger Zeit widmen – darunter Goethe, August Bebel, Justus Liebig, Georg und Luise Büchner. Für sein „Werther Mural“-Projekt am Museum Wetzlar im Sommer 2015 erhielt das Kollektiv eine Förderung des Hessischen Ministeriums für Wissenschaft und Kunst.

Knallige Farben, Reflexion der modernen Gesellschaft und ihrer Vergangenheit in einer Mixtur aus Glamour und alltäglichen Szenarien, Auseinandersetzung mit illustren Charakteren: „Wir wollen mit unseren Bildern Geschichten erzählen“, fasst Kai H. Krieger die Antriebsfeder der drei jungen Künstler in wenige Worte. Der eloquente Wirtschaftswissenschaftler und promovierte Dr. rer. pol. mit dem Künstlernamen „SiveOne“ arbeitet seit 2012 als freischaffender Künstler; er ist zugleich Marketing-Motor des Trios und Gründer der dem Künstleratelier angeschlossenen Kreativagentur. In dem Alias seines Zwillingbruders „DocNova“ schwingt dessen zweite Berufung mit: 2012 wurde Uwe H. Krieger zum Doktor der Humanmedizin an der JLU promoviert; inzwischen ist er Facharzt für allgemeine Chirurgie und Unfallchirurgie. Der Vater eines kleinen Sohnes fährt zweigleisig: „Meine gesamte Freizeit gehört der Kunst.“

### Geht nicht, gibt's nicht

Von Breakdance über die Hip Hop Subkultur zur Graffiti und Street Art: So skizziert Joachim Pitt, alias „Mr. Flash“, seine künstlerische Karriere. Der diplomierte Informatiker, Webdesigner und Kurator des Kulturprojektes „River Tales“ hing 2009 seine Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter am Fraunhofer-Institut für Graphische Datenverarbeitung in Darmstadt an den Nagel und ist heute freischaffender Künstler. Wie für die beiden anderen gilt auch für ihn das Motto „Geht nicht, gibt's nicht“. Am Computer berechnet er die Machbarkeit von Projekten, optimiert technische Anwendungen und baut Werkzeuge, während „DocNova“ für Problemanalyse zuständig ist und seine präzise Arbeitsweise in das Künstlerkollektiv einbringt.

„Nichts einfacher für einen Chirurgen als Schablonschneiden“, lacht Uwe H. Krieger. „Das ist fast wie bei einer Operation.“ Das Zuschneiden von Schablonen gehört zum künstlerischen Handwerk der drei Autodidakten, die im November 2014 von der Bundesregierung mit dem Preis „Kultur- und Kreativpilot Deutschland“ ausgezeichnet wurden. Längst umfasst ihr Portfolio nicht mehr allein großformatige Wandgemälde, sondern auch Arbeiten auf Holz und Leinwand, Fotografien und Drucke bis hin zu Installationen. Als Grundlage der Arbeiten dienen eigene Portrait- und Mode-Fotografien sowie Ansichten und Architektur urbaner Städtelandschaften. Die Bilder entstehen meist aus einer Collage von Zeitschriften und Fotos, bei der es auf eine genaue Schnittführung ankommt. Sowohl die Portraits von Hebel oder Büchner, als auch die in wechself-

den Farben angelegte Telefonserie sind in mehreren Lagen mit Schablonen auf Leinwand oder Holz aufgetragen. Die Grundschicht wird gekleistert, dann folgt die „thematische Kleisterung“ mit Farbe und Schablonen. Abschließend wird Farbe aufgesprüht.

### Astronautin gesucht

Doch die drei Mittelhessen sprühen nicht nur aus Dosen, sondern auch vor ungewöhnlichen Ideen: Mit seinem Kunstprojekt „STELLART art for Space“ zählte das Künstlerkollektiv im April 2015 zu den drei Preisträgern des StartUp Weekend Space 2015 in Bremen. Worum geht es bei „art for space“? „Kunst im Weltraum soll dazu beitragen, dass die Menschen mehr für den Erhalt unseres Planeten sensibilisiert werden. Mit STELLART unterstützen wir auch die Suche nach der ersten deutschen Astronautin,“ berichten Krieger, Krieger und Pitt. „Gern würden wir bei dem Flug dabei sein.“ Nicht persönlich allerdings, sondern in Form von Kunstwerken verschiedener Künstler, die mit in den Weltraum geschossen und dann wieder zur Erde zurückkehren sollen. Juri Gagarin, erster Mensch im All, lässt grüßen. Nachdem 3Steps mit ihrer Projektpartnerin Philomena Höltkemeier einen Ingenieur für die technische Umsetzung gefunden haben, ist die erste Hürde genommen. „Früher wollten wir immer Rockstars werden und die Welt verbessern“, schmunzelt Kai H. Krieger: „Jetzt haben wir die Chance, unseren Traum durch Kunst im All zu verwirklichen. Kunst heißt für uns, unsere Visionen auszuleben.“ Informationen im Internet unter [www.3steps.de](http://www.3steps.de)

Katja Möhrle

# Visionärer Maler der Apokalypse

## Ausstellungen zum 500. Todestag von Hieronymus Bosch

Zu seinem 500. Todestag sind dem holländischen Maler Hieronymus Bosch in diesem Jahr mehrere bedeutende Ausstellungen gewidmet. Hervorzuheben ist die Ausstellung „Jheronimus Bosch – Visionen eines Genies“, die vom 13. Februar bis 18. Mai 2016 in seiner niederländischen Heimatstadt 's-Hertogenbosch zu sehen war. Der Künstler Joen van Aken, der nach den Ausführungen im Ausstellungskatalog „mit Doppeldeutigkeiten und Zusatzbedeutungen spielte“, leitete wohl auch deshalb seinen Namen Jheronimus Bosch von der latinisierten Bedeutung Hieronymus = „heiliger Wald“ („heilig Bosch“) und seinem Heimatort, kurz „Den Bosch“ genannt, ab.

Der Besuch der Ausstellung bedurfte einer langen Vorausplanung, da die kontingierten Eintrittskarten sehr früh ausverkauft waren. Dem hohen Andrang geschuldet, wurden gegen Ende bis in den späten Abend und zuletzt bis in die Nacht verlängerte Öffnungszeiten angeboten. Die ganze Stadt trug dem Jubiläum mit Plakaten und Hinweisen auf Gebäuden Rechnung; Restaurants benannten Speisen nach dem Künstler und seinen Werken. Die hohe Zahl der Ausstellungsbesucher machte es schwer, gerade die bedeutenden und bekannten Werke, vor denen sich wahre Menschentrauben sammelten, mit Muße zu studieren. Aber letztlich überraschten die Werke durch eine kaum zu überbietende Vielfalt. Eindrucksvoll ist die Perfektion bis ins kleinste Detail; erzählende Bilder im Bild erinnern beinahe an heute bekannte „Wimmelbücher“. Videoanimationen von Infrarotaufnahmen gaben Einblick in die Entstehung der Werke, die im Verlaufe Änderungen erfuhren.

Die Betrachter tauchen in die geistige und geistliche Vorstellungswelt zu Lebzeiten des Künstlers ein. Das verdeutlicht die Darstellung des Lebens als Pilgerreise. Genannt seien hier beispielhaft „Heuwagen-Triptychon“ und „Landstreicher-Triptychon“. Bosch setzt sich intensiv mit den Folgen eines sündhaften Lebens auseinander und weist auf die dem Zeitgeist nach zu erwartenden Qualen hin. Dies belegt er besonders mit apokalyptischen Bildern, mit Fabel-



Das Heuwagen-Triptychon aus Madrid war im Noordbrabants Museum zu sehen

wesen, Hexen und Monstern; sei es nun ein Kopffüßler, ein Wesen halb Fisch halb Maus, ein Mensch mit Vogelkopf oder ein Fass mit Menschenkopf und Reptilienfüßen. Manche Darstellung mag Dali oder Picasso beeinflusst haben, wenn etwa ein Fabelwesen das andere frisst, aus dessen Schlund herausragt oder wenn aus einem Hinterteil Vögel entweichen („Höllenschiff“).

Viele Werke mit Themen aus Bibel und Heiligengeschichte, die zusammen mit der Lebenswelt und Personen seiner Zeit abgebildet werden, weisen auf die religiöse Bindung des Künstlers hin, unter anderem „Johannes der Täufer“, „Ecce-Homo-Triptychon“ und die Erzählung des Lebens Christi. Auch beschäftigt sich Bosch mit der hier „unrühmlichen“ ärztlichen Kunst. In dem Bild „Das Steinschneiden“, bei dem statt eines Steins eine Blume aus dem Haupt hervorgebracht wird, spielt er mit Begriffen. Die Überschrift lautet: „Meester snijt die keye ras“ (Meister schneid' den Stein geschwind); gemeint ist, dass der Arzt den „Stein der Torheit“ herauszuschneiden soll. Im Mittelniederländischen heißt „kei“ jedoch zugleich „Blume“. Interpreten nehmen an, dass Bosch den Arzt als Betrüger darstellt, da schon zu seiner Zeit bekannt gewesen sein soll, dass es den Stein der Torheit nicht gibt.

Die eindrucksvolle, die Vielfalt des Opus von Hieronymus Bosch wiedergebende Präsentation kann hier nicht wirklich nachvollzogen werden. Deshalb: Interessierte,

die diese hervorragende Ausstellung nicht besuchen konnten, haben etwas verpasst, aber die Möglichkeit, die Werke dieses für seine Zeit außerordentlichen und visionären Künstlers in seinem Gedenkjahr noch im Prado in Madrid anzusehen.

**Dr. med.**

**Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach**

### Virtuelle Entdeckungsreise

Wer die Perfektion und Detailfreude des niederländischen Malers Hieronymus Bosch kennenlernen möchte, dem bietet sich eine virtuelle Entdeckungsreise durch sein Dreifachbild „Der Garten der Lüste“ (um 1500 gemalt) an. Der Link:

<http://laughingsquid.com/an-inter-active-online-tour-through-the-hieronymus-bosch-masterpiece-the-garden-of-earthly-delights/> führt – frei für jedermann im Internet zugänglich – auf spannenden Wegen durch den dritten Tag der christlichen Schöpfungsgeschichte, den Garten Eden, das Paradies und die Hölle – mit vielen kleinen ironischen Anspielungen, die der Maler feinsinnig in unzähligen Miniaturen versteckt hat.

## 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., 28. September 2016, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

**Leitung:** Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen  
Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda

**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., 21. September 2016, 14:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

**Mi., 05. Oktober 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

**Hygienebeauftragter Arzt, Refresher**

**Mi., 09. – Do., 10. November**

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann, Frankfurt

**Gebühr:** € 280 (Akademiestatistiker € 252)

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

#### Medizinische Begutachtung

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

**Gebühr:** € 120 (Akademiestatistiker € 108)

**Modul III**

**Orthopädie/Unfallchirurgie Und Psychiatrie /Psychotherapie:**

**Fr., 14. – Sa., 15. Oktober 2016**

**Gebühr:** € 240 (Akademiestatistiker € 216)

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

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

#### Fachkunde im Strahlenschutz

**Kenntniskurs**

**Sa., 10. September 2016**

(theoretische und praktische Unterweisung)

**Gebühr:**

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

#### 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

## Frauenheilkunde

**Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB**

**Sa., 12. November 2016, 09:00 – 16:15 Uhr**

**Leitung:** Dr. med. A. Goldacker, Hanau

**Gebühr:** € 160 (Akademiestudienmitglieder € 144)

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

## Innere Medizin / Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim

**Mi., 02. November 2016, 15:00 – 19:00 Uhr** **6 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

**Ort:** **Bad Nauheim**, Kerckhoff-REHA-Zentrum

**Teilnahmegebühr:** € 50 (Akademiestudienmitgl. kostenfrei)

**Max. Teilnehmerzahl:** 40

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@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 (Akademiestudienmitglieder € 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 (Akademiestudienmitglieder € 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 (Akademiestudienmitgl. € 162)

**Ort:** **Frankfurt**, Institut für Rechtsmedizin

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

## Ultraschall

**Gefäße**

**Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße** **20 P**

**Fr., 25. November 2016 (Theorie)**

**Sa., 26. November 2016 (Praktikum)**

**Gebühr:** € 320 (Akademiestudienmitglieder € 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 (Akademiestudienmitglieder € 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 (Akademiestudienmitglieder € 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 (Akademiestudienmitglieder € 162)

**Ort:** **Frankfurt**, Uniklinikum

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

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., 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 (Akademiestudienmitglieder 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 (Akademiestglieder € 324)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de  
**Max. Teilnehmerzahl:** 30

## Transplantationsmedizin

**Kriseninterventionsseminar (zur Auswahl):**  
**Mi., 31. August oder Mi., 05. Oktober 2016**  
**Gebühr:**  
 Theorie € 600 (Akademiestglieder € 540)  
 Kriseninterventionsseminar € 150 (Akademiestglieder € 135)

**Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene**  
**Transplantationsbeauftragte**  
**Di., 15. November 2016, 09:30 – 17:30 Uhr** **10 P**  
**Gebühr:** € 150 (Akademiestmitgl. € 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. iur. C. Offczors  
**Gebühr:** 50 € (Akademiestglieder 45 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
 E-Mail: baerbel.buss@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 € (Akademiestglieder 531 €)  
**Ort:** Frankfurt a. M. Universitätsklinikum  
**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 Labor-  
 arztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

### 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 (Akademiestglieder € 180)  
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestglieder € 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 (Akademiestglieder € 180)  
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestglieder € 45)

### Modul 4: Kinder- und Jugendmedizin

**Sa., 08. Oktober 2016**  
 (Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

**Ort:** Frankfurt

**Gebühr:**  
 Veranstaltung: € 200 (Akademiestglieder € 180)  
 Wissenskontrolle € 50 (Akademiestglieder € 45)

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

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

**Sa., 09. Juli, Sa., 10. September, Sa., 12. November 2016**  
**Gebühr:** je € 50 (Akademiestglieder € 45)

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
 E-Mail: heike.cichon@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 (Akademiestglieder € 216)

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt

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



## Aktuell und Interdisziplinär

### Substanzinduzierte Notfälle

Sa., 24. September 2016

**Leitung:** Dr. med. K. Heid, Darmstadt  
Prof. Dr. med. A. Klimke, Friedrichsdorf  
**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage  
**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-781  
katja.baumann@laekh.de

## 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 (Akademiestudent € 81)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/ -beauftragter

Do., 10. – Fr., 11. November 2016 **16 P**

**Leitung:** PD Dr. med. Y. Schmitt  
**Ort:** Darmstadt, Marienhospital  
**Gebühr:** € 340 (Akademiestudent € 306)  
**Max. Teilnehmerzahl:** 30  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Impfkurs

Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 17:30 Uhr **11 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Neumann  
**Gebühr:** € 180 (Akademiestudent € 162)  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Reisemedizinische Gesundheitsberatung - Basisseminar

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober +

Fr., 11. – Sa., 12. November 2016

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt  
**Gebühr:** € 520 (Akademiestudent € 468)  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Chirurgie

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

Sa., 24. September 2016, 09:00 – 12:15 Uhr

**Leitung:** PD Dr. med. U. Rieger, Frankfurt  
**Gebühr:** € 50 (Akademiestudent kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-781  
katja.baumann@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 (Akademiestudent € 567)  
Fallseminar Modul III:  
€ 740 (Akademiestudent € 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 (Akademiemitgl. € 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 (Akademienmitglieder € 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., 07. September 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 (Akademienmitgl. € 162)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademienmitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)

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

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

## Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

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

**Leitung:** Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

**Gebühr:** € 300 (Akademienmitgl. € 270)

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

## Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

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

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

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

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

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

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

**Gebühr:** je Kurs: € 550 (Akademienmitgl. € 495)

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

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

## Frauenheilkunde und Geburtshilfe

### Repetitorium Frauenheilkunde

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

**Do., 10. – So., 13. November 2016**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med.

Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen

**Gebühr ges.:** € 480 (Akademienmitglieder € 432)

**Gebühr / Tag:** € 150 (Akademienmitglieder € 135)

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

## Ärztliches Qualitätsmanagement

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

**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 III a, Block III b: je Block € 750  
 (Akademiemitglieder € 675)

**Auskunft/Anmeldung:** S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,  
 E-Mail: stephanie.pfaff@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 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 (Akademiemitgl. € 234)

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

## Psychosomatische Grundversorgung

**22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**  
**Termine 2016 bereits ausgebucht!**

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

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
 E-Mail: andrea.floeren@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](http://www.akademie-laekh.de)  
**E-Mail:** [akademie@laekh.de](mailto: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 Medizin**

**Injektionen/Infusionen (MED 5)**

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

**Termin:** Sa. 17.09.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 105

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

**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

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

**Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP) (80 Stunden)**

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

**Lehrgangsinhalte:**

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

**Termin:** ab Mi., 24.08.2016

**Gebühr:** € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

**Nichtärztliche/r Praxisassistent/in (NäPA)**

Die Fortbildung zur/zum NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels 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](http://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](mailto:verwaltung.cos@laekh.de)



## 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 Teilnehmer/-innen, die bereits erfolgreich an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben.

**Termin:** Do., 06.10.2016 bis Sa., 08.10.2016 (insg. 24 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 280

### Qualitätsmanagement und Good Clinical Practice (GCP) „Aufbaumodul“ (PAT 19)

Der inhaltliche und zeitliche Schwerpunkt der Fortbildung „Qualitätsmanagement (QM) und Good Clinical Practice (GCP)“ ist auf die Themenfelder des GCP hin ausgerichtet. Im inhaltlichen Zusammenhang werden relevante Themen des Qualitätsmanagements in der onkologischen Praxis besprochen. Hierbei werden Grundlagenkenntnisse im Qualitätsmanagement vorausgesetzt.

Die vorliegende Veranstaltung ist im Sinne der Onkologievereinbarung (§ 7 Abs. 3) als onkologische Fortbildungsveranstaltung anerkannt.

**Termin:** Fr., 18.11.2016, 13:00 – 16:00 Uhr und  
Sa., 19.11.2016, 08:30 – 15:00 Uhr (insg. 10 Std.)

**Teilnahmegebühr:** € 150

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

## Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

### 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

## 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. Informatio-

nen zum Lehrgang siehe im Fortbildungsprogramm und auf der Website.

**Termin:** ab 07.10.2016

**Gebühr:** € 1.180 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](http://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](http://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](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



## 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 Hafenecker (wissenschaftlicher Leiter), Marcus

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

Nun liegt die gesamte Forschungsarbeit vor. Pünktlich zum diesjährigen Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 wird sie als Buch sowie als E-Book 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. In dieser und der folgenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes führen wir die dreiteilige Serie fort, die ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts vorstellt. Hier lesen Sie einen Artikel zur Zeit des Nationalsozialismus, gefolgt von einem Beitrag zur Geschichte des Hessischen Ärzteblattes in der September-Ausgabe. Der erste Beitrag über die Kaiserzeit und die Weimarer Republik erschien in der Ausgabe 06/2016.

**Katja Möhrle**

## Aus der Geschichte der LÄKH

### Teil II: Ärztekammern in der NS-Zeit

*Benno Hafenecker, Lucas Frings, Marcus Velke*

Zu Beginn des Jahres 1933 bestanden auf dem Gebiet des heutigen Bundeslandes Hessen zwei Ärztekammern, die territorial weitgehend dem Gebiet der damaligen preußischen Provinz Hessen-Nassau (Ärztekammer für die Provinz Hessen-Nassau) und des Volksstaates Hessen (Hessische Ärztekammer) entsprachen. Kurz nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten erfolgten die Selbstauflösung, Gleichschaltung und Übernahme sowie eine grundlegende Neustrukturierung der beiden Kammern. Schnell wurden neue – vor allem auch personelle – Fakten geschaffen und die führenden Positionen auf allen Ebenen von Mitgliedern des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) übernommen.

Die beiden hessischen Ärztekammern wurden mit der Reichsärzteordnung (RÄO) zum 1. April 1936 und der damit einhergehenden Gründung der Reichsärztekammer entlang der Gaugrenzen (Hessen-Nassau und Kurhessen) neu formiert. Sie bekamen nun den Charakter eines Kampfinstrumentes in der Propagierung,

Durch- und Umsetzung nationalsozialistischer Gesundheits- und Ärztepolitik. Sie waren nach dem Führerprinzip organisiert und ihre Mitglieder wurden ernannt. Mit der Machtübernahme wurden vom „Reichskommissar der ärztlichen Spitzenverbände“ Dr. med. Gerhard Wagner (der 1934 Reichsärztesführer wurde und dem 1939 Dr. med. Leonardo Conti folgte) in den beiden Kammern zunächst „Kommissare für ärztliche Angelegenheiten“ eingesetzt. In Hessen-Nassau war dies Dr. med. Walter Strebel und im Volksstaat Hessen Dr. med. Gottfried Ende, beide NSDÄB- und NSDAP-Mitglieder. Ende wurde bereits im September 1933 zum Vorsitzenden der Hessischen Ärztekammer berufen, Strebel dann Ende Dezember 1933 zum Stellvertreter von Dr. med. Richard Benzing, dem neuen Vorsitzenden der hessen-nassauischen Kammer.

#### Erste Kammersitzung

In der ersten Sitzung der Ärztekammer im Volksstaat Hessen am 14. September 1933

wurde unter dem Vorsitz von Ende (Frankfurt/M.) und dessen Stellvertreter Dr. med. Heinrich Wilhelm Kranz (Gießen) bereits die ideologische Ausrichtung der Kammerpolitik deutlich. So wurden die Ausweitung der Aufgaben und erste praktische Änderungen beschlossen. Dies betraf unter anderem die „Tagegelder“, die mit Ausnahme der Fahrtkosten abgeschafft wurden. In der Begründung hieß es: „Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß im nationalsozialistischen Staat Berufungen in eine Körperschaft als ein Ehrenamt aufgefasst werden, das keiner Bezahlung bedarf.“ Von der Sitzung heißt es weiter: „Das wichtigste Gebiet aber, das die künftige Ärzteorganisation und damit in erster Linie die Ärztekammer als deren Spitze zu bearbeiten hat, dürfte das Gebiet der Erb- und Rassenpflege sein.“ So wurde von der Kammer bereits während der ersten Sitzung eine „Abteilung für Erbgesundheits- und Rassenpflege“ unter der Leitung von Kranz geschaffen. Aus der Abteilung entwickelte sich ebenfalls unter der Leitung von Kranz – einem Exponenten rassenpolitischen und

-hygienischen Denkens – das „Institut für Erb- und Rassenpflege“, das am 27. Januar 1936 eingeweiht und 1938 an die Universität Gießen angegliedert wurde.

## Selbstverständnis des Arztes

Mit der völkischen Weltanschauung wurde dem Arzt ein neues Berufsverständnis zugewiesen, bei dem es nicht mehr um gesamtgesellschaftliche Fürsorge und Individualität ging, sondern mit dem er als „deutscher Arzt“ im Dienste des NS-Staates für die Durchsetzung von dessen Zielen zuständig war. Die Ärzteschaft im Nationalsozialismus gehörte zu den Funktionsebenen des Regimes und wurde – mit „medizinischer Macht“ ausgestattet – zum Repräsentant des Staates und zum „Gesundheitsführer“ und „Hüter der Volksgesundheit“ aufgewertet. Das Arztbild wurde mit einer politischen Sendung versehen: Mediziner waren nun für den „biologischen Aufbau“ des deutschen Volkes bzw. eines „erbgesunden Volkskörpers“ mitverantwortlich. Ihnen wurde als „Volksärzten“ eine völkische und kontrollierende Erziehungsaufgabe mit „rassischen Verantwortungsgefühl“ zugewiesen, zugleich sollte der Arzt „Erbarzt“ und zuständig für strenge „Auslese“ und „Ausmerze“ sein.

Die Ärztekammern informierten über die Gesetze im Gesundheitsbereich und kontrollierten deren Umsetzung. Hier war neben dem „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ von 1934 und dem „Ehegesundheitsgesetz“ von 1935 vor allem das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (Erbgesundheitsgesetz) vom 14. Juli 1933 bedeutsam. Weiter wirkten Ärzte an Erbgesundheitsgerichten mit, führten eugenische Eheberatung durch, erstellten Rassegutachten und erfassten die Bevölkerung nach erbbiologischen Vorgaben. Namentlich bestimmte Ärzte waren an der „Euthanasie“ (beispielsweise in Hadamar in Hessen) und an Zwangssterilisationen beteiligt.

Das Diktum der Medizinalpolitik des NS-Staates war „gesund und leistungsstark“ zu sein. Daraus ergaben sich die Pflicht zur Gesundheitsführung und Steigerung der Leistungsfähigkeit. Die Medizin war nach der NS-Ideologie vor allem für die „Tüchtigen und Leistungsfähigen“ da und nicht für – so die menschenverachtende

Diktation des NS-Staates – „erblich Geschädigte“, „Ballastexistenzen“ und „artfremdes Blut“. Die Ärzteschaft war damit in die sich radikalisierenden Dynamiken der Kontrolle und Verfolgung, der Gewalt und Vernichtung von – so der NS-Jargon – „lebensunwerten Lebens“ sowie des organisierten Massenmordes einbezogen.



Glückwunschanzeige für „den geliebten Führer“



Titelblatt des „Weckrufs zum Volksgesundheitsdienst“ von Anfang Oktober 1933. Ab dieser Ausgabe war er nicht mehr nur die Zeitschrift des NSDÄB im Gau Hessen-Darmstadt, sondern auch „[o]ffizielles Organ der Hessischen Ärztekammer“

## Jüdische Ärzte

Die hessischen Ärztekammern waren an der pogromartigen Stimmungsmache und Denunziation, der „Ausschaltung“ und Existenzvernichtung der jüdischen Ärzte sowie von politisch unerwünschten Ärzten beteiligt. So wurde unmittelbar nach der Machtübernahme der stellvertretende Vorsitzende

der Hessischen Ärztekammer, Dr. med. Alfons Fuld, aus der Kammer gedrängt und der Schriftleiter der Westdeutschen Ärztezeitung (Ärztammer für die Provinz Hessen-Nassau), Dr. med. Julius Hainebach, aus seiner Funktion entlassen. Im „Ärztblatt für Hessen“, der Zeitschrift der beiden Kammern ab 1934, wurde auf die Gesetze und Verordnungen gegen Juden hingewiesen, zum Beispiel: Entzug der Kassenzulassung, der Approbation und Berufsbezeichnung, Herabstufung zum „Krankenbehandler“, Verbot des Medizinstudiums und spezielle Markierung im Reichsmedizinalkalender. Schließlich war ihnen die freie Ausübung ihres Berufes verboten: Nur noch eine geringe Anzahl jüdischer „Krankenbehandler“ durften ab 1938 ausschließlich jüdische Patienten behandeln; unter anderem in den beiden jüdischen Krankenhäusern in Frankfurt/M.: dem Rothschild'schen Krankenhaus im Röderbergweg (bis April 1941) und dem israelitischen Gemeinde-Hospital in der Gagerstraße (bis Oktober 1942).

## Gratulationen

Die hessische Ärzteschaft gratulierte im „Ärztblatt für Hessen“ Hitler und anderen „Größen“ des NS-Staates jährlich zum Geburtstag. Sie erwies mit den Unterschriften – etwa von Dr. med. Karl Heinz Behrens (Leiter der Ärztekammer Hessen-Nassau 1936–1940) und Dr. med. Heinrich Reinhardt (Leiter der Ärztekammer Kurhessen 1936–1944/1945) – ihre gefühlsbetonte Unterwürfigkeit und Hingabebereitschaft. In den Treuebekenntnissen hieß es zum Beispiel im Jahr 1937: „Zu seinem 48. Geburtsjahr bringt die Ärzteschaft von Hessen-Nassau in Dankbarkeit und treuer Ergebenheit dem Führer ihre Glückwünsche dar. Volksgelobene und immer volksnahe wollen wir deutschen Ärzte stets der uns gewordenen Sendung folgen: Dem Neuen Deutschland ein gesundes deutsches Volk. Dann wird Deutschland ewig sein!“

## Fortbildung

Die Fortbildung für Ärzte erfolgte unter anderem durch die Kammern, den NSDÄB und die NSDAP-Ämter für Volksgesundheit. Die Themen der weltanschaulichen Tagungs-, Schulungs- und Fortbildungsangebote auf Kreis-, Bezirks- und Gauebene zeigen, wel-



che Dominanz der „Rassedanke“ und die „Erbgesundheits- und Rassenpolitik“ hatten. Die Ärzte sollten mit der völkischen Weltanschauung, einem instrumentellen und zweckorientierten Medizinverständnis, den rassistisch begründeten Gesundheitsvorstellungen und der selektorisches und eliminatorischen Ausrichtung der Gesetzgebung des NS-Staates vertraut gemacht werden. Neben Kranz war vor allem auch Prof. Dr. med. Otmar von Verschuer, Direktor des Instituts für „Erbbiologie und Rassenhygiene“ an der Universität Frankfurt/M., wiederholt Referent bei Tagungen und Fortbildungen der Ärztekammern.

### Konflikte, Ermahnungen, Bestrafungen

Nicht alle Ärzte folgten den erwünschten Aufforderungen und Anweisungen der Kammern; wiederholt wurden sie ermahnt, auf ihre Pflichten hingewiesen und ihnen Sanktionen angedroht. So wurde kritisiert, dass die Ärzte ihren Fortbildungspflichten nicht nachkämen und viele noch „materialistisch“ orientiert seien; weiter berichtete die Kammer über vereinzelte Hinweise zu „unbelehrbaren und heimtückischen Staatsfeinden in den eigenen Reihen“, die „schärfste Verfolgung“ zu erwarten hätten. Nachdrücklich wurde auf die Meldepflicht im Rahmen des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ hingewiesen. Weiter ging es um die „Vertretungsfrage“ und den Sonntagsdienst „ohne Vergütung“, das unentlohnte Engagement, da erwartet wurde, „daß jeder Arzt im Sonntagsdienst seine Pflicht tut“. Zur Vertretungsfrage ordnete Strebel am 20. Juni 1934 über die Amtsleiter der Bezirksstellen folgende Regelung an: „Ich erwarte von allen deutschen Kollegen in der Provinz, daß sie die in der SA., SS., und PO. tätigen Aerzte, sofern diese dienstlich in Anspruch genommen sind, unentgeltlich vertreten.“

### Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztenbund

Der Nationalsozialistische Deutsche Ärztenbund (NSDÄB) wurde im Rahmen des NSDAP-Parteitag am 3. August 1929 ins Leben gerufen und stand in der Reihe der neuen berufsspezifischen NS-Verbände die, wie etwa wenige Monate zuvor der NS-



Die Westdeutsche Ärzte-Zeitung erschien bereits ab Mai 1933 in nationalsozialistischer Aufmachung

alle Fotos: Forschungsgruppe

Lehrerbund, Ende der 1920er-Jahre entstanden. Sein Ziel war die Politisierung der Ärzteschaft und er grenzte sich als „Kampforganisation“ bewusst von den standes- und wirtschaftsbezogenen Verbänden bzw. Kammern ab. Die größte Bedeutung kam dem NSDÄB in den ersten Monaten nach der Machtergreifung zu, aus ihm rekrutierten sich die Kader (wie der Reichsärztführer Gerhard Wagner) und von ihm stammten die Vorstellungen, nach denen das Gesundheitswesen im nationalsozialistischen Sinne umstrukturiert werden sollte. Dies galt auch für die hessischen Ärztekammern, deren Leiter und zentralen Akteure ab 1933 zuvor bereits NSDÄB-Gaobmänner gewesen waren. 1934 waren das Behrens für den Gau Hessen-Nassau und Reinhardt für den Gau Kurhessen, bis 1934 führte Ende den Gau Hessen-Darmstadt. In Hessen gründeten sich 1930 die ersten Gau-, Kreis- und Ortsverbände des NSDÄB, und mit dem „Weckruf zum Volksgesundheitsdienst“ gab der Gauverband Hessen-Darmstadt 1933 eine eigene Zeitschrift heraus – eine Seltenheit unter den Subgliederungen.

In den folgenden Jahren stieg zwar die Mitgliedszahl (1944 waren es in Hessen 38,1 Prozent der Ärzte) des NSDÄB, viele seiner Aufgaben wurden jedoch von den Ämtern für Volksgesundheit, der KVD, den Ärztekammern und der NSDAP selbst übernommen. Er verlor an Einfluss und beschränkte seine Hauptaktivität auf rassenhygienische und bevölkerungspolitische

Fortbildungen. Zudem nahm der NSDÄB auch Zahnärzte, Tierärzte und Pharmazeuten auf, Berufsgruppen zu denen die Ärzte in dieser Zeit eher Distanz hielten.

### Kriegszeit

Unter den Bedingungen der Kriegswirtschaft ging es unter anderem um Fragen der ärztlichen Versorgung der Zivilbevölkerung, der Verteilung von medizinischen Ressourcen, den Notdiensteinsatz von Ärzten (zu dem sie verpflichtet wurden) und die Beurteilung von Arbeits- und Dienstfähigkeit. Die Fortbildung war jetzt von kriegsärztlichen Themen wie Nutzung der Ressourcen, Luftschutz, Kampfgase, Rettung und Sanitätswesen und der Behandlung von Kriegsverletzten bestimmt. Für die Chirurgie wurde der Krieg als „Lehrmeister“ angesehen, weil sich ihr Herausforderungen stellten, die sie bisher und in diesem Ausmaß nicht gekannt habe. An die Ärzte wurde appelliert, ihren Beitrag zum „Dienst an der Heimatfront“ durch erhöhten Einsatz und mit Blick auf die Arbeitsfähigkeit der Bevölkerung zu leisten. Dabei erreichte die Kriegspropaganda auch die Wartezimmer der Arztpraxen; hier sollte die Wandzeitschrift „Parole der Woche“ ausgehängt werden.

Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger,  
Lucas Frings (B.A.),  
Marcus Velke (M.A.)  
E-Mail:  
hafeneege@staff.uni-marburg.de

# Umgang mit Fehlern

## Tagungsbericht zum 9. Ärztetag am Dom

Auch in der Medizin kommt es zu Fehlern. Patienten sind ihnen ausgeliefert, sie sind die ersten Opfer von Fehlentscheidungen, vermeintlichen Missgriffen oder Fehlinformationen. Doch auch Ärztinnen und Ärzte sind von Behandlungsfehlern und ungunstigen Verläufen betroffen – sie sind die sogenannten zweiten Opfer.

Anliegen des 9. Ärztetags am Dom unter dem Titel „Umgang mit Fehlern“ war es, einen Austausch über tatsächliche und vermeintliche Fehler zu ermöglichen. Dafür kamen Referenten unterschiedlicher Professionen zu Beginn dieses Jahres zu Wort, die die verschiedenen Bewertungsmaßstäbe offenlegten. Oft verbinden sich medizinische, berufsrechtliche und nicht zuletzt moralische Bewertungen zu einem diffusen Schuldbild.

Im Folgenden erwartet Sie eine Zusammenstellung der Tagungsbeiträge in gekürzter Form.

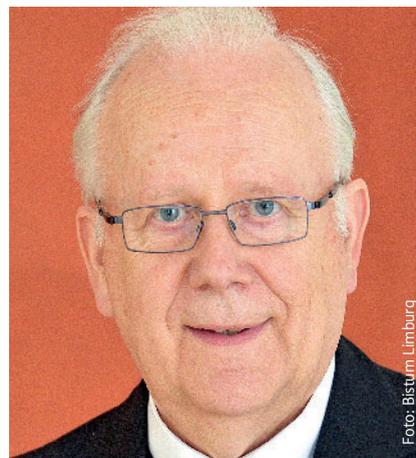
### **Ansprache des Weihbischofs Manfred Grothe, Apostolischer Administrator im Bistum Limburg:**

Wir alle machen – leider – Fehler. Fehler, menschliche Verfehlungen sind Teil des Menschseins. Das ist eine Aporie, aber das ist natürlich kein Trost für Zeitgenossen, die unter unseren Fehlern leiden. Trotzdem muss es gesagt werden: Wir würden Fehler nur auslöschen können, wenn wir zu Robotern würden. Oder theologisch gesprochen: Fehler sind die Konsequenz unserer Freiheit bei unserer gleichzeitigen geschöpflichen Natur. Es ist das Signum des selbstmächtigen freien Menschen, dass er irren und schuldig werden kann, also fehlen kann.

Die Bibel ist voll von drastischen Beispielen und Schuldardarstellungen: Kain erschlägt Abel, David verführt Batseba, Jakob erschleicht sich von Esau das Erstgeburtsrecht. Anders als in der griechischen Tragö-

die geht es in diesen Erzählungen nicht um Schicksalsabläufe. Nicht die Götter handeln, sondern es sind Menschen, die handeln. Sie begehen Fehler – weil sie Menschen sind – wenngleich mit Idealen, Verantwortungsgefühlen und Sehnsüchten.

Als Apostolischer Administrator sind mir bei der Erledigung meines Auftrages viele Fehler – ist mir viel Versagen – im Bistum



Weihbischof Manfred Grothe

Limburg begegnet. Fehlentscheidungen, Unterlassungen, Missgriffe und Fehlinformationen u.v.m. Hier wie in früheren dienstlichen Aufgaben an anderen Orten habe ich immer wieder festgestellt, dass es nicht nur die finanziellen Fehlgriffe und Verlockungen sind, die Druck in einem und auf ein System auslösen, sondern dass es viel häufiger tiefgehende Fehler rechtlicher Natur sind und Fehler gestörten Sozialverhaltens, die Systeme und Einzelpersonen aushöhlen und verformen.

Eine Nicht- oder mangelhafte Beachtung von Hinweisen oder Anzeichen können in der Summe verheerende Folgen haben. Ebenso auch eine zu schwach ausgeprägte Zivilcourage.

Die Situation ist in der Regel komplex und dazu kommt dann noch die Erwartungshaltung – in meinem Falle ist es die der Gläubigen, bei Ihnen ist es die der Patienten – die hoch und bisweilen kompromisslos ist. Trotzdem macht es mich nach-

denklich, wenn ich in einem medizinischen Text den Begriff „Defensivmedizin“ lese. Eine defensive Medizin, also eine Medizin, deren Ziel es ist, keine Angriffspunkte zu bieten – ich hoffe, dass ich den Begriff so richtig verstehe – ist das nicht eine unfreie Medizin?

Ich stelle mir das für meinen Bereich so vor: Wäre ich in meiner Zeit als Vorsitzender der Prüfungskommission z. B. zu vermuteten Verfehlungen bei den betroffenen Objekten im Bistum Limburg allen möglichen Meinungen oder auch publizierten Fehlmeldungen gefolgt, die mir von externen wie internen Stellen zugespielt wurden, hätte ich mich aufgerieben. Ich wäre an den Ängsten gescheitert, es allen recht zu machen oder etwas falsch zu machen. Ich musste mich auf die mir zugänglichen Fakten verlassen und die ungeschönt sprechen lassen.

Ich glaube, defensiv kann man Probleme auf Dauer nicht lösen. Menschliches Leid und menschliches Schuldigwerden oder Fehlverhalten lassen sich nicht verhindern, aber es gibt Wege, sie zu mindern und ihnen vorzubeugen. Dazu gehört das unbestechliche Urteil, dazu gehören Transparenz, Offenheit und die Vermittlung des Gefühls der Berechenbarkeit.

Wir müssen lernen, Autonomie anders zu denken als nur als unabhängige und uneingeschränkte Selbstbestimmtheit. Es zeugt auch von Stärke, wenn wir Korrektur und Ermutigung des anderen zulassen und annehmen. Denn so, wie es keinen gänzlich autonomen Patienten gibt, gibt es keinen gänzlich autonom agierenden Arzt oder Seelsorger.

„Aus der Tiefe rufe ich, Herr, zu dir. Herr höre meine Stimme!“ So beginnt der Psalm 130, ein sogenannter ‚Bußpsalm‘. Ein Beter bringt seine Begrenztheit und Unzulänglichkeit vor Gott – aber auch seine Hoffnungen. Psalm 130 ist deshalb Buß- und Hoffungspsalm in einem! Nur wenn beides einen Menschen bewegt, Demut und Hoffnung, wächst er zur Persönlichkeit. Darum möchte ich meine Gedanken mit dem Wunsch schließen: Mag es Ihnen im Umgang mit wie auch immer defizitären

Personen gelingen, neben den ungeschminkten Fakten, die aufgezeigt werden müssen, immer auch damit einhergehend kluge und nachhaltige Hilfsangebote aufzuzeigen. Wer tief gefallen ist, braucht nicht noch eine weitere Bloßstellung. Christliches Handeln stellt dem Recht die Hilfe zur Seite. Denn: Die Schwester der Gerechtigkeit ist die Barmherzigkeit. Oder anders gesagt: Wir werden den Menschen nicht zur Wahrheit führen können, wenn wir ihn so demütigen, dass er sich nur noch in die (Not-)lüge flüchten kann.

**Begrüßung von Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Vorsitzender des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet“**

Medizinische Fehler sind eine unausweichliche Realität in der Gesundheitsversorgung. Durch die Folgen von Fehlern werden an erster Stelle Patienten und ihre Angehörigen zu „Opfern“ der medizinischen



Foto: Wachendörfer

Prof. Dr. med. Ulrich Finke

Versorgung. Doch nicht nur die Patienten werden zu Opfern, sondern fast alle medizinischen Fachpersonen werden im Laufe ihres Berufslebens einmal zu einem sogenannten 2. Opfer durch die Beteiligung an einem medizinischen Fehler.

Als ich kürzlich eine Sendung über Fehler im Krankenhaus sah, fielen mir diese Worte ein und ich habe daraufhin die Sendung besonders kritisch angesehen. Nur an einer Stelle hat ein Kollege davon erzählt wie sehr ihn

sein Fehler betroffen und an sich selbst zweifeln gemacht hat. Die übrige Sendung, zu ca. 90 Prozent, beschäftigte sich ausschließlich mit der Organisation vorwiegend der Operationssäle und dem Ablauf. Es wurde des längeren und breiten diskutiert, wie Fehler zu vermeiden sind, wie Ärzte damit umgehen und häufig von Haftpflichtversicherungen zu wenig Klarheit angehalten werden, wie die Schadensersatzregelungen sind etc. Wie gesagt, die Betroffenheit der Ärzte spielte dabei fast keine Rolle. Auch die Literatur ist hier relativ dünn, besonders im amerikanischen Schrifttum, wo der Regress finanziell sicherlich auch noch eine viel größere Rolle spielt als bei uns.

Mit dem heutigen Tage wollen wir über den Umgang von Fehlern in der Medizin diskutieren aus der medizinischen, juristischen und ethischen Sicht.

**Dr. med. habil. Michael Imhof: „Behandlungsfehler in der Medizin – was nun?“**

Die Fehlerdiskussion begleitet die Medizin seit ihren Anfängen. Die älteste Rechtsquelle stellt der sogenannte Codex Hammurapi dar, der von 1726 bis 1686 v. Chr. gelebt haben soll. Dieser Codex definierte die berufsrechtliche Situation der Babylonischen Ärzte und soll selbst von 1000 Jahren älteren sumerischen Gesetzestexten abgeleitet sein. In diesem Codex wurden nicht nur die Honorare für die ärztliche Behandlung beziffert, es wurden auch drastische Strafen für eine erfolglose oder gar fehlerhafte Therapie kodifiziert: So heißt es im Zusammenhang mit Augenoperationen: „Wenn der Arzt einen Herrn behandelt und einen Abszess mit dem Messer eröffnet und das Auge des Patienten erhält, so soll er 10 Shekel Silber erhalten. (...). Hat der Arzt einen Abszess am Auge mit dem stumpfen Messer eröffnet, den Patienten getötet oder sogar sein Auge zerstört, so soll seine Hand abgeschnitten werden.“

In der Neuzeit führte Virchow im Zusammenhang mit der Novellierung des Strafgesetzbuches für das Deutsche Reich 1871 den Begriff des „Kunstfehlers“ ein, den er als einen „Verstoß gegen allgemein anerkannte Regeln der ärztlichen Wissenschaft“ definierte. Der heutige Begriff des Behandlungsfehlers leitet dage-

gen seine Definition aus einer Verletzung der ärztlichen Sorgfaltspflicht ab. Als Maßstab ist in den letzten Jahren zunehmend der Begriff des Standards in den Vordergrund getreten.

**Was ist ein Behandlungsfehler?**

Der Begriff des Behandlungsfehlers ist mehrfach in der juristischen Literatur umrissen worden, die umfassendste Definition wurde vom Bundesgerichtshof (BGH) formuliert: „Ob der Arzt einen Behandlungsfehler begangen hat, richtet sich ausschließlich danach, ob der Arzt unter Einsatz der von ihm zu fordernden medizinischen Kenntnisse und Erfahrungen im konkreten Fall vertretbare Entscheidungen über die diagnostischen sowie therapeutischen Maßnahmen getroffen und diese Maßnahmen sorgfältig durchgeführt hat.“ Hinter dieser Definition steht unausgesprochen der Begriff des medizinischen Standards. Der Begriff des Standards markiert also durchaus einen normativen Bereich, dessen Überschreitung der Arzt in möglichen Haftungsverfahren begründen muss. Nicht jede objektiv falsche Diagnose und Behandlung führt zur Haftung des Arztes. Dafür müssen zwei Postulate erfüllt sein: (1) Der Nachweis eines Verstoßes gegen geltende Standards; (2) der Nachweis der Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler und einem dem Patienten dadurch entstandenen Schaden.

Damit ist eines der Hauptprobleme in allen Arzthaftungsverfahren angesprochen, nämlich das Problem der Kausalität zwischen einem vermuteten oder tatsächlichen Fehlverhalten des Arztes und einem Schaden, den ein Patient erlitten hat. Vor Gericht muss der Patient nach der Alles-oder-Nichts-Regel den Beweis erbringen, dass der Körperschaden tatsächlich durch den Fehler und nicht durch andere schicksalhaft mitwirkende Faktoren verursacht wurde. In der Medizin ist dieser Kausalitätsbeweis besonders schwierig zu erbringen:

- weil die Krankheitsprozesse oft nicht absehbar sind,
- weil sie keinen deterministischen Gesetzesabläufen unterliegen,
- weil Krankheits- und Heilungsabläufe nicht mit mathematisch-logischer Gewissheit vorhersehbar sind,
- und weil letztendlich die Tätigkeit des Arztes auf einen vorgeschädigten Organismus ausgerichtet ist.

Selbst eine Komplikation mit Todesfolge kann nicht per Anschein als Beleg für einen Behandlungsfehler gelten. Zum Beispiel wurde bei einem 45-jährigen Familienvater eine anteriore Rektumresektion, d. h. eine technisch durchaus diffizile Operation am Dickdarm durchgeführt. Die Anastomose wurde von einem erfahrenen Chirurgen technisch einwandfrei durchgeführt. Und doch entwickelte sich im postoperativen Verlauf eine Anastomoseninsuffizienz mit der Folge, dass Darminhalt in die freie Bauchhöhle gelangte und dort zu einer Peritonitis (Bauchfellentzündung) führte.

Schon bei den ersten klinischen Hinweiszeichen auf eine Undichtigkeit im Bereich dieser Nahtreihen hatten die Ärzte sofort und umsichtig reagiert und in kürzester Frist den Bauchraum wieder eröffnet und die undichte Nahtstelle versorgt. Dennoch verstarb der Patient Wochen später auf der Intensivstation. Will man den Angehörigen nun erklären, dass es sich um einen „schicksalhaften“ Verlauf gehandelt hatte? Was besagen in derartig existenziellen Situationen Statistiken über die potenziellen Risiken von Anastomoseninsuffizienzen von zwei, drei oder fünf Prozent, mit denen solche Eingriffe prinzipiell behaftet sind?

In den juristischen Definitionen heißt es, dass es zu einer Beweislastumkehr bei einem groben Behandlungsfehler dann kommen kann,

- wenn in eindeutiger Weise gegen gesicherte und bewährte Erkenntnisse und Erfahrungen verstoßen wurde, oder
- wenn auf eindeutige Befunde nicht nach den gesetzlichen Regeln der ärztlichen Kunst gehandelt wurde, oder
- wenn grundlos Standardmethoden zur Bekämpfung möglicher, bekannter Risiken nicht angewandt wurden.

Somit trägt auch die Rechtsprechung der typischen Beweisnot des Patienten in ausgewählten Fällen durchaus Rechnung und nimmt in diesen Fällen ganz bewusst die Beweisnot des Arztes in Kauf.

Häufige Quelle von Fehlervorwürfen ist die Nichtbeachtung von auffälligen Befunden, das Übersehen von Komplikationen nach Eingriffen an Knochen und Gelenken, und es geht oft um postoperative Infektionen und Hygienefehler. Belassene Fremdkörper und Eingriffsverwechslungen sind sogenannte never events, also Komplikationen, die schlechterdings nicht vorkommen dürfen.

Bei geschätzt 400 Patienten verwirklicht sich jährlich der Albtraum, dass in ihren Körperhöhlen Tücher, Kompressen, Scheren, Pinzetten vergessen werden. Am häufigsten werden Bauchtücher und Kompressen vergessen, mit einer Inzidenz (Häufigkeit) von 1:5000 bzw. 1:18000. In der täglichen Routine werden alle für eine Operation verwendeten Bauchtücher und Kompressen gezählt und auf Vollständigkeit überprüft.



Dr. med. habil. Michael Imhof

Bei Eingriffsverwechslungen handelt es sich oft um hoch dramatische Organisationsfehler, die meist mit einem hohen Schaden für die Patienten einhergehen. Schätzungen zufolge werden in Deutschland 100 bis 200 Patienten jährlich Opfer von Verwechslungseingriffen. Es handelt sich um Verwechslungen der Eingriffsart, der Körperseite oder gar des Patienten. Häufige und typische fehlerträchtige Situationen für Eingriffsverwechslungen stellen die Eingriffe in Notfallsituationen, unter Zeitdruck mit einem Wechsel des OP-Personals, aber auch patienteneigene Risikofaktoren wie die Adipositas dar. In Deutschland wurden im Jahre 2006 die Handlungsempfehlungen zur Vermeidung von Eingriffsverwechslungen vom Aktionsbündnis Patientensicherheit herausgegeben und in einer entsprechenden Sicherheitscheckliste in der Chirurgie umgesetzt. Diese Empfehlungen basieren auf drei Säulen: (1) der präoperativen Patientenidentifikation; (2) der Markierung der Operationsstelle; (3) dem Time out.

Steigender ökonomischer Druck muss gesetzmäßig zu einer Zunahme von Fehlern

und Beinahe-Fehlern sowie zu Sorgfaltsverstößen führen. Die zunehmende Ökonomisierung in den Krankenhäusern fordert nicht nur ihre finanziellen Opfer ein. Daten aus der Joint Commission belegen, dass Kommunikationsprobleme die häufigste Ursachen von Behandlungsfehlern sind, was die Bedeutung der sogenannten Schnittstellenproblematik mit möglichen Informationsverlusten und die Bedeutung von Teamwork sowie von reibungslosen Kommunikationsflüssen unterstreicht. Mittlerweile wurden flächendeckend Fehlermeldesysteme eingeführt. Hierbei müssen die Meldevorgänge möglichst einfach gestaltet und die Meldenden müssen vor juristischen Konsequenzen geschützt sein. Es reicht aber nicht aus Meldesysteme und Checklisten zu etablieren. Nur eine kontinuierliche Auswertung der Daten und die Umsetzung dieser Daten in ein wirkungsvolles Fehlermanagement gewährleisten Systemverbesserungen. Fehlermanagement entspricht also einem kontinuierlichen Prozess, der über Rückkopplungsschleifen voranschreitet.

Wenn es zu Fehlern kommt, muss der Arzt auch dazu stehen. Ein offener Umgang mit Fehlern, das Zugehen auf den Patienten kann aufreibende Haftungsprozesse ersparen. Es gilt vor allem, aus Fehlern zu lernen. Zu bedenken ist, dass ein festgestellter Behandlungsfehler auch für den Arzt in gleicher Weise zu schweren subjektiven Belastungen und zu finanziellen Einbußen führen kann, zumal dann, wenn derartige Vorwürfe öffentlich vorgetragen werden. Viele beklagte Ärzte leiden unter Selbstzweifeln und Versagensängsten. Am Spagat zwischen technischer Rationalität und berufsspezifischer Emotionalität drohen Ärzte zu zerbrechen. Die geldgesteuerte Medizin ist eine gefährliche Medizin und führt letztendlich dazu, dass wir Ärzte zwischen Wirtschaft und Juristerei verrieben werden.

Die heutige Medizin leidet vor allem am Übermaß ihrer Möglichkeiten, die dem Patienten nicht selten zum Schaden reichen.

In unserer Gesellschaft ist ein Wandel in den ethischen Vorstellungen, ein Wertewandel nicht zu verkennen. So werden durch den naturwissenschaftlich-technischen Fortschritt die Grenzen der traditionellen ärztlichen Ethik immer mehr tangiert und kom-

promittiert. So ist die ethische Verantwortung des modernen Arztes zunehmend durch solche Konflikte herausgefordert, die es ohne den Fortschritt der Medizin ja gar nicht gäbe. Das heißt Konflikte zwischen Leidensminderung und Leidensverlängerung, zwischen Patientenwohl und Patientenwille. Zwischen dem medizinisch Notwendigen und dem technisch Möglichen. Denken wir an die zum Teil heftigen Diskussionen im Zusammenhang mit der Stammzellforschung, Präimplantationsdiagnostik, Euthanasie, Transplantationsmedizin, Orientierungshilfen in diesen Konfliktbereichen müssen jedoch nach wie vor folgende Prinzipien haben:

1. Ehrfurcht vor der Einmaligkeit und Würde jedes menschlichen Lebens.
2. Respektierung der Selbstbestimmung.
3. Redlichkeit, Toleranz und Vorurteilslosigkeit.
4. Wahrhaftigkeit und Bereitschaft, Fehler zuzugeben und zu beseitigen.

Was sich in dieser einmaligen Arzt-Patienten-Beziehung vollzieht, das ist der Vollzug ethischer Grundmaximen, die heute einzufordern sind, nämlich die Prinzipien von Fürsorge, Verantwortung und Mitemenschlichkeit. Der Patient trägt auch in einer modernen ökonomisierten Hochleistungsmedizin immer noch das Antlitz des Leidenden, der sich mit seiner Angst, seiner Versehrtheit und seinem existentiellen Ausgesetztsein ganz unter den Schutz und die Fürsorge des Arztes begibt.

### Beate Bahner, Fachanwältin für Medizinrecht, Heidelberg: „Ärztliche Fehlerkultur aus Sicht einer Anwältin“

Nicht jeder Fehler hat negative Auswirkungen: Auch im medizinischen Bereich ist es möglich und vermutlich sogar häufig der Fall, dass Fehler entweder gar nicht bemerkt werden oder zumindest keine negativen Folgen für den Patienten haben. Gelegentlich haben Fehler im ärztlichen Bereich jedoch gravierende Auswirkungen auf die Gesundheit oder gar auf das Leben des Patienten. Dann sind die Reaktion und der Umgang des Arztes oder der Klinik mit einem solchen Fehler häufig ausschlaggebend dafür, ob es zu einem Prozess kommt oder nicht.

### Kategorien von Fehlern

Die in der Medizin möglichen Fehler werden typischerweise kategorisiert als Behandlungsfehler, Organisationsfehler und Aufklärungsfehler. Behandlungsfehler sind möglich bei der Befundung, der Diagnose oder der Therapie des Patienten. Wurde hierbei nicht nach Facharztstandard gehandelt, so stellt dies zunächst einen Behandlungsfehler dar. Wenn ein oder mehrere Behandlungsfehler nachgewiesen sind, ist weiter zu unterscheiden zwischen dem „einfachen“ und dem „groben“ Behandlungsfehler. Liegt ein einfacher Behandlungsfehler vor, muss der Patient die Kausalität zwischen dem Behandlungsfehler und dem bei ihm eingetretenen Schaden beweisen. Ein grober Behandlungsfehler liegt nach ständiger Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs dann vor, wenn der Arzt eindeutig gegen bewährte Behandlungsregeln oder gesicherte medizinische Erkenntnisse verstößt und einen



Beate Bahner

Fehler begangen hat, der aus objektiver Sicht nicht mehr verständlich erscheint, weil er einem Arzt des entsprechenden Fachs nicht unterlaufen darf (ständige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, vgl. nur BGH, Urteil vom 16.6.2009 – VI ZR 157/08). Im Falle eines groben Behandlungsfehlers dreht sich die Beweislast nun zu Lasten des Arztes um: Der Patient muss in diesem Fall die Kausalität zwischen dem groben Behandlungsfehler und seinem Gesundheitsschaden gerade nicht mehr beweisen. Vielmehr muss jetzt der Arzt beweisen, dass der Gesundheitsscha-

den des Patienten auch ohne seinen groben Behandlungsfehler eingetreten wäre, dass es also einen anderen Grund für die Beschwerden oder den Gesundheitsschaden des Patienten gibt, als die fehlerhafte medizinische Behandlung. Die Umkehr der Beweislast ist eine Entwicklung der Rechtsprechung, die nun auch Eingang in das Patientenrechtegesetz gefunden hat: Liegt ein grober Behandlungsfehler vor und ist dieser grundsätzlich geeignet, eine Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit der tatsächlich eingetretenen Art herbeizuführen, wird vermutet, dass der Behandlungsfehler für diese Verletzung ursächlich war (vgl. § 630 h Abs. 5 BGB).

Organisationsfehler sind möglich im Hinblick auf die Arbeitsteilung und die Koordination der Mitarbeiter oder der ärztlichen Behandlung. Auch technische Mängel (beispielsweise im Hinblick auf den Zustand und die Funktionsfähigkeit von medizinischen Geräten) zählen ebenso zu den Organisationsfehlern wie die Sicherstellung eines ordnungsgemäßen Zustandes in Arztpraxis und Klinik zur Vermeidung von Unfällen. Auch eine fehlerhafte Überwachung des Patienten zählt zu den Organisationsfehlern, wenn dieser beispielsweise nicht fixiert wird, obwohl ein Durchgangssyndrom nahe liegt und daher besondere Überwachungsmaßnahmen erforderlich sind.

Aufklärungsfehler liegen dann vor, wenn die Patienten über die Diagnose, die Therapie, den Verlauf der Behandlung (bzw. den Verlauf der Erkrankung ohne Behandlung) sowie über die Risiken und Komplikationen nicht entsprechend der rechtlichen Vorgaben (jedenfalls „im Großen und Ganzen“) ordnungsgemäß aufgeklärt wurden. Der Aufklärungsfehler ist deshalb heikel und auch ärgerlich, weil in diesem Falle tatsächlich kein Behandlungs- oder Organisationsfehler vorliegt. Vielmehr ist die Behandlung zunächst lege artis verlaufen. Es haben sich jedoch Komplikationen entwickelt, die grundsätzlich möglich und daher als typisches Risiko vom Patienten in Kauf zu nehmen sind. Das Besondere ist hierbei jedoch, dass der Patient über diese besonderen Risiken (auch wenn diese nur selten vorkommen) im Vorfeld aufgeklärt werden muss. Denn das Selbstbestimmungsrecht des Patienten erfordert es

nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs, dass Patienten die Chancen und Risiken einer medizinischen Behandlung kennen müssen, um auf Basis einer umfassenden Information ihre selbstverantwortliche Entscheidung für oder gegen die Behandlung treffen zu können. Ist eine solche Aufklärung nicht erfolgt und hat sich ein typisches Behandlungsrisiko verwirklicht, kann der Patient wegen mangelhafter oder nicht erfolgter Aufklärung auf Schadensersatz und Schmerzensgeld klagen. Zusammenfassend ist festzustellen, dass eine Haftung für einen Behandlungsfehler im juristischen Sinne grundsätzlich nur dann in Betracht kommt, wenn erstens überhaupt ein Schaden vorliegt, wenn zweitens ein Behandlungsfehler festgestellt wurde und wenn schließlich drittens dieser Behandlungsfehler auch kausal war für die Verletzung des Lebens, des Körpers oder der Gesundheit des Patienten. Tatsächlich ist die Zahl der Behandlungsfehler im Vergleich zur Anzahl der medizinischen Behandlungen gering. So finden jährlich etwa 600 Millionen ambulante Behandlungen statt. Dem stehen wenige tausende Behandlungsfehler gegenüber, die entweder durch die Gerichte oder durch die Gutachter- oder Schlichtungskommissionen der Landesärztekammern festgestellt werden. Statistisch gesehen müssen niedergelassene Ärzte etwa einmal in ihrem Berufsleben damit rechnen, wegen eines Behandlungsfehlers in Anspruch genommen zu werden.

### Vom Umgang mit Behandlungsfehlern

Zur gelungenen Fehlerkultur gehört insbesondere das persönliche Gespräch mit dem Patienten bzw. mit dessen Angehörigen, falls auch diese involviert sind. Ein solches Gespräch muss gut vorbereitet sein. Folgende Fragestellungen helfen hierzu bei der Vorbereitung:

- Was weiß ich über den Patienten in persönlicher und medizinischer Hinsicht?
- Was weiß ich gegebenenfalls über seine Angehörigen?
- Sind die Behandlungsunterlagen vollständig? Was ergibt sich aus den Unterlagen?
- Was ist der Vorwurf des Patienten?
- Was weiß ich über die Hintergründe/Motive des Vorwurfs?

- Sind weitere Recherchen zur Vorbereitung des Gesprächs notwendig, wenn ja welche?

Sodann sollten sich Ärzte und Kliniken für das vereinbarte Gespräch ausreichend Zeit und Ruhe nehmen. Hilfreich ist es, sich den Sachverhalt sowie die Vorwürfe aus Sicht des Patienten ruhig und sachlich anzuhören und nachzufragen, auch wenn der Patient oder die Angehörigen emotional auftreten. Hier ist nun die „große Kunst des Zuhörens“ gefragt. Es ist wesentlich, den Patienten zu verstehen und dessen Anliegen grundsätzlich zu erfassen. Es ist nicht zwingend erforderlich, mit ihm und seinen Forderungen einverstanden zu sein. Bei dem persönlichen Gespräch und der Klärung des Sachverhaltes ist es darüber hinaus wesentlich zu klären, was der Patient mit dem Vorwurf eines Behandlungsfehlers bewirken will, was also dessen Interessen und Bedürfnisse sind.

- Wurde der Patient nicht wertschätzend behandelt?
- Wurden die Wünsche des Patienten nicht respektiert?
- Will er sich „nur“ Luft verschaffen und „Missstände“ aufdecken, damit ihm und anderen Patienten nicht dasselbe wieder passiert?
- Will er eine Erklärung, wie es zu den beklagten Fehlern oder Mängeln kam?
- Will der Patient Verständnis für seinen Ärger oder zumindest eine ehrliche Entschuldigung?
- Will er einen finanziellen Ausgleich oder gar Schadensersatz?
- Will er die Reduzierung oder Stornierung der Rechnung?
- Will er die Wiederholung der Behandlung oder eine ergänzende Behandlung auf Kosten der Klinik oder der Praxis?

Nur wer sich selbst verstanden fühlt, ist auch bereit, den anderen zu verstehen. Erst wenn sich also der Patient ernstgenommen und verstanden fühlt, ist er überhaupt aufgeschlossen für die Argumentation der Arzt- oder Klinikseite.

Sodann sollte der Patient nach seinen eigenen Vorstellungen einer für ihn zufriedenstellenden Lösung gefragt werden, bevor die Klinik oder der Arzt selbst ein Angebot unterbreitet. Gibt es eventuell eine gemeinsame Lösung? In diesem Falle sollte eine konkrete Vereinbarung getroffen und auch eingehalten werden! Diese Ver-

einbarung sollte rechtssicher gestaltet werden, um durch die gemeinsame Lösung den Fall auch endgültig abzuschließen. Kann im ersten Gespräch noch keine Vereinbarung getroffen werden, sollten weitere Schritte festgelegt werden.

### Nachteile einer Gerichtsverhandlung

Findet ein solches Gespräch zwischen Arzt und Patient oder dessen Angehörigen nicht statt, ist das Risiko groß, dass der Patient anwaltliche Hilfe in Anspruch nimmt. Es kann sogar zu einem Arzthaftungsprozess kommen, der sich über viele Jahre hinzieht und meist nicht zu einem zufriedenstellenden Ergebnis führt. Denn grundsätzlich gilt beim Gerichtsverfahren das Prinzip: „The winner takes it all“. Entweder es wird ein Behandlungs- oder Aufklärungsfehler festgestellt, dann haften der Arzt oder die Klinik bzw. die dahinterstehende Haftpflichtversicherung in vollem Umfang für Schadensersatz, Schmerzensgeld und die gesamten Verfahrenskosten (Gerichtskosten, Anwaltskosten für beide Parteien sowie Sachverständigenkosten). Umgekehrt ist es ebenso frustrierend, wenn der Patient möglicherweise nur aus Beweisgründen seinen Schadensersatzanspruch nicht durchsetzen kann und daher im Prozess vollständig unterliegt. Freilich ist auch ein Vergleich möglich, den die Gerichte zur Vermeidung eines zeitintensiven umfangreichen Urteils gerne vorschlagen. Oftmals könnte ein solches Vergleichsergebnis jedoch schon Jahre zuvor außergerichtlich ohne langwierigen Prozess erreicht werden. Um all dies zu vermeiden, empfiehlt sich der Versuch eines Gesprächs. Hierfür bietet sich auch ein moderiertes Gespräch oder eine Mediation an. In Betracht kommt auch die Einleitung eines Verfahrens vor der Gutachter- oder Schlichtungskommission. Diese klärt durch Einschaltung eines medizinischen Sachverständigen die Frage, ob ein Behandlungsfehler vorliegt. Auch dieses Verfahren ist nicht öffentlich. Weiterer Vorteil ist, dass das Verfahren für die Patienten und beteiligten Ärzte meist kostenfrei ist. Obwohl nach Abschluss des Gutachterverfahrens 90 % der Fälle abschließend geklärt und erledigt werden können, sind die Entscheidungen der Gutachterkommission und die Feststellung darüber, ob ein Behandlungsfehler vorliegt oder nicht, nicht bindend. Es bleibt dem Patienten – auch im Falle eines

ablehnenden Gutachtens – weiterhin die Möglichkeit, gerichtliche Hilfe in Anspruch zu nehmen und seinen vermeintlichen Schadensersatzanspruch durchzusetzen. Umgekehrt kann auch der Arzt das Gutachten ablehnen, wenn er die Argumentation nicht teilt.

### Umgang mit der Berufshaftpflicht

Im Falle eines Behandlungsfehlervorwurfs empfiehlt sich die Benachrichtigung der Haftpflichtversicherung. Dies ist allerdings keinesfalls grundsätzlich die Pflicht des Arztes. Da die Haftpflichtversicherung eigene legitime Interessen vertritt, sollten sich der Arzt oder die Klinik durchaus überlegen, kleinere Schadensfälle ohne Haftpflichtversicherung abzuwickeln. Lehnt nämlich die Haftpflichtversicherung aus eigenem finanziellem Interesse die Regulierung eines Behandlungsfehlers kategorisch ab, drängt sie den Arzt oder die Klinik damit in einen Prozess. Wenn und soweit eine Erstattung eventueller Schadensersatzansprüche gegenüber einem Patienten jedoch durch die Haftpflichtversicherung erfolgen soll, sind die entsprechenden rechtlichen Obliegenheiten gegenüber der Haftpflichtversicherung zu beachten. Diese ist frühzeitig zu informieren, damit sie lenkend und aktiv in die Klärung und Abwicklung eines Schadensfalles eingreifen kann.

Im Hinblick auf die Haftpflichtversicherung sind noch einige Fehlvorstellungen auszuräumen: Der Arzt darf grundsätzlich mit dem Patienten sprechen und den Sachverhalt klären. Der Arzt darf grundsätzlich auch auf eventuelle Komplikationen im Zusammenhang mit der Behandlung hinweisen, da Komplikationen noch nicht zwingend einen Behandlungsfehler, sondern unter Umständen einen schicksalhaften Verlauf darstellen, über den der Patient im Vorfeld aufgeklärt werden muss. Eine Komplikation für sich allein begründet noch keinen Schadensersatzanspruch! Zeigen sich im Rahmen der Behandlung Komplikationen, muss der Patient bzw. seine Angehörigen allerdings hierüber umgehend aufgeklärt und über die nun nötigen Maßnahmen informiert werden. In medizinischer Hinsicht ist ferner umgehend alles zu unternehmen, um den Schaden beim Patienten zu begrenzen. Denn eine – nicht

schuldhafte – Komplikation kann zu einem Behandlungsfehler werden, wenn der Arzt nicht sofort alles tut, um die Komplikation zu beseitigen und den Schaden zu begrenzen! Das Anerkenntnis eines Behandlungsfehlers darf allerdings nicht erfolgen, da grundsätzlich eine sorgfältige Klärung des Sachverhaltes erforderlich ist. Allein das Fehlen des erwünschten Behandlungsergebnisses begründet noch keinen Behandlungsfehler. Oftmals bedarf es der umfassenden Einsicht in die gesamte medizinische Behandlung (auch der Vor- und Nachbehandlung), um den Sachverhalt vollständig zu erfassen und eine zutreffende Einschätzung über den Grund eines negativen Verlaufs geben zu können.

### Tipps zum Umgang mit Patientenvorwürfen

- Geben Sie auf Wunsch des Patienten umgehend und ohne Einschränkungen eine Kopie der Patientendokumentation heraus.
- Suchen Sie das Gespräch mit dem Patienten und bereiten Sie das Gespräch mit dem Patienten und evtl. seinen Angehörigen gut vor.
- Nehmen Sie sich für das Gespräch ausreichend Zeit und Ruhe.
- Hören Sie die Sicht des Patienten ruhig und sachlich an. Fragen Sie immer wieder konkret nach, um das Anliegen des Patienten auch wirklich zu verstehen.
- Seien Sie aktiv und übernehmen Sie Verantwortung: Schlagen Sie ein moderiertes Gespräch oder eine Mediation vor, um die Auseinandersetzung mit Hilfe eines neutralen Dritten zu klären.
- Verweisen Sie andernfalls zur Klärung eines Behandlungsfehlers auf die Möglichkeit eines Gutachtens bei der Gutachterkommission (auch Schlichtungskommission genannt)
- Benachrichtigen Sie umgehend Ihre Haftpflichtversicherung, falls das Gespräch keine Klärung bringt, sich der Patient schriftlich an Sie wendet und Sie eventuelle Kosten nicht selbst tragen wollen.
- Beauftragen Sie – gegebenenfalls nach vorheriger Zustimmung Ihrer Versicherung – eine im Medizinrecht spezialisierte Anwaltskanzlei.

### Prof. Dr. med. Dr. theol. Walter Schupp: „Fehlermanagement und Kultur der Wahrhaftigkeit“

Heutiges Fehlermanagement, wie es in vielen Gesundheitsinstitutionen eingeführt ist, ist Teil einer umfassenden Bewegung (patient-safety-movement), die auf den Bericht einer US-amerikanischen Arbeitsgruppe zurückgeht, der im Jahr 2000 unter dem Titel „To Err is human. Building a safer health System“ der Öffentlichkeit vorgestellt wurde (Kohn/Corrigan/Donaldson 2000). Er hat seit seinem Erscheinen den Umgang mit Fehlern in der Medizin nachhaltig beeinflusst.

Bei dem geforderten Paradigmenwechsel, der sich schon seit den 90er Jahren ankündigt (z. B. Christensen/Levinson/Dunn 1992), geht es um mehrere Anliegen. Erstens um eine Abkehr vom Blick auf das einzelne Individuum, das Fehler macht, hin zu einer systemischen Perspektive. Neu ist zweitens der Blick auf Ärzte (Wu 2000). Galten sie früher im Fall von Behandlungsfehlern als „Täter“, betrachtet man sie nun – nach Patienten als „erste Opfer“ – als „zweite Opfer“ ihres Versagens, insofern sie oft schwer unter den Folgen ihres Verhaltens leiden. Man begann in diesem Zusammenhang, die psychischen und sozialen Folgen von schweren Behandlungsfehlern zu studieren (emotional impact), die von lang andauernden Selbstvorwürfen bis zu späterer Berufsunfähigkeit reichen können; ebenso die Mechanismen, mit denen Betroffene solche Fehler verarbeiten. Hier kann es zum Abwälzen der Verantwortung auf andere, zu Verdrängung, aber auch zu übersteigerten Selbstvorwürfen kommen. Seltener gibt es produktive Formen der Verarbeitung, die zu einem neuen und reiferen Selbstbild führen (Christensen et al. 1992; Wu 2000; Schwappach/Boluarte 2008; Scott et al. 2009; Lux 2012; Rosentreter 2012; Schwappach 2012). Neu ist drittens die konsequente Ausrichtung auf zukünftige Fehlervermeidung.

Die praktische Umsetzung des Ansatzes geschieht gewöhnlich in Form der Einführung eines „Fehler-Managements“, das drei strategische Ziele umfasst: (1) lückenlose Erfassung von Fehlern und adäquate Analyse der Fehlergenese; (2) Entwicklung von Strategien der Fehler-

vermeidung; (3) Unterstützung der Mitarbeiter beim persönlichen Umgang mit Fehlern, wobei dies sowohl die Möglichkeiten von Fehlervermeidung als auch einen richtigen Umgang mit gemachten Fehlern betrifft.

Weil Fehler im medizinischen System gewöhnlich aus Angst vor Konsequenzen verschwiegen werden und die Neigung besteht, Fehler von Kolleginnen und Kollegen aus Loyalität ihnen gegenüber nicht öffentlich zu machen, wurden anonyme Fehlermeldesysteme eingeführt. Daneben gibt es das Anliegen, Angehörige der Heilberufe rechtzeitig im Umgang mit Fehlern zu schulen.

### Erste Bewertung

In einer ersten Bewertung beeindruckt dieses Programm vor allem darin, dass es einen neuen und kreativen Zugang zum Problem Fehler in der Medizin bietet. Doch zeigen sich bei genauer Betrachtung Problemfelder, die im programmatischen Ansatz selbst liegen. Die neue Fehler-Kultur umfasst verschiedene Ziele und Güter und sie berührt die Interessen verschiedener Akteure. So geht es um Leben und Gesundheit von Patienten, um die psychische und die berufliche Situation von Ärzten und Pflegenden, um die Qualität der Kommunikation zwischen Personen, um Belange der Institution (z.B. bei Angst vor Schadenersatzansprüchen) aber auch um ökonomische Interessen der Institution und der Gesellschaft. Von Beginn an wurde ein effizientes Fehlermanagement auch mit ökonomischen Begründungen gefordert, weil die Folgekosten von Fehlern vermieden und ganz allgemein Abläufe optimiert werden können (Kohn/Corrigan/Donaldson 2000). Es besteht die Gefahr, dass langfristig einer der Werte sich auf Kosten anderer durchsetzt. So könnte es sein, dass sich auf der Ebene von Fehlervermeidung und Optimierung von Handlungsabläufen Erfolge einstellen, die interpersonale Kommunikationssituation in der Institution sich jedoch nicht wesentlich ändert.

Ein weiteres Problemfeld wurzelt in der Systemorientierung des modernen Fehler-Managements. Sie kann dazu führen, dass die Binnenperspektive des Individuums, die subjektive Perspektive von Ärzten und Pflegenden in ihrem Umgang mit Fehlern,

aber auch jene von Patientinnen und Patienten aus dem Blick gerät. Die Systemorientierung könnte langfristig zum Verschwinden des Interesses an der individuellen Fehler- und Schuldproblematik führen, die es ja weiterhin gibt. Es bedarf hier der Arbeit an einer neuen Kultur des Umgangs mit Fehlern, an einer neuen Kultur der Wahrhaftigkeit.



Prof. Dr. med. Dr. theol. Walter Schaupp

### Fehlerkultur und Wahrhaftigkeit

Die neue Fehler-Kultur beinhaltet viele Aspekte, die mit Wahrhaftigkeit zu tun haben. So wird das frühere Unvermögen bzw. der frühere Unwille von Beteiligten kritisiert, offen über Fehler zu kommunizieren. Auf diesem Hintergrund wurden äußere und innere Hindernisse untersucht, die Ärzte daran hindern, offen mit Patienten und Kollegen über Fehler zu sprechen, und umgekehrt Faktoren, die einen offenen Umgang mit Fehlern fördern. Doch steht der Ansatz in Gefahr, Fragen von Offenheit und Transparenz allein im Hinblick auf Fehlervermeidung zu thematisieren und so die viel breitere Bedeutung der Thematik für den beruflichen Alltag zu übersehen.

Wahrhaftigkeit spielt auf sehr verschiedenen Ebenen eine Rolle:

1. Arzt-Patienten-Beziehung: Neben Fragen der Offenlegung von Behandlungsfehlern geht es auch um den Umgang mit unangenehmen und belastenden Diagnosen.
2. Beziehung zu Kolleginnen und Kollegen: Bereitschaft, zu eigenen Fehlern zu stehen, sie nicht auf andere abzu-

schieben oder bewusst Unklarheiten im Raum stehen zu lassen, die andere belasten. Umgekehrt ist zu klären, wie weit man verpflichtet ist, Fehler von Kolleginnen und Kollegen offen anzusprechen – ihnen oder auch dritten gegenüber.

3. Beziehung zur Institution: Das Recht der Institution auf Wissen um Fehler ergibt sich ethisch daraus, dass die Institution ihrer Verantwortung für das Ganze nur gerecht werden kann, wenn sie um solche Fehler weiß. Anonyme Fehlermeldesysteme versuchen vom Druck drohender beruflicher, sozialer oder rechtlicher Folgen zu entlasten, aber in manchen Fällen wird dies nicht ganz möglich sein und es kann zu Loyalitätskonflikten kommen.
4. Beziehung des Arztes zu sich selbst: Fragen der Wahrhaftigkeit berühren immer auch das Selbstverhältnis des Menschen und damit die Sorge um das Gelingen des eigenen Lebens; konkret geht es um dessen Authentizität und Selbsttransparenz.

### Warum wahrhaftig sein?

Weder die philosophische noch die religiös-christliche Tradition des Abendlandes kennen eine strikte Pflicht zur Wahrhaftigkeit. Bis in die zweite Hälfte des vergangenen Jahrhunderts hinein galt es in der ärztlichen Ethik als legitim, Patienten über ihren Zustand nicht die Wahrheit zu sagen, um sie vor zusätzlichen Belastungen zu schützen. Der hippokratische Eid kennt eine Verschwiegenheitspflicht des Arztes nach außen, jedoch keine Pflicht zur Wahrhaftigkeit dem Patienten gegenüber. Die gegenwärtige Soziologie wiederum weist darauf hin, dass Lügen unausweichlich und für ein gedeihliches Miteinander auch unabdingbar seien; entsprechend würden Menschen auch 50 bis 100 Mal am Tag lügen (Zittau 2012). Umso wichtiger ist es, sich die Gründe vor Augen zu führen, die uns auf eine Kultur der Wahrhaftigkeit verpflichten:

(1) Ausgehend von den vier bioethischen Prinzipien Respekt vor Autonomie, Nicht-Schaden, Wohltun und Gerechtigkeit, ist es der Respekt vor der Autonomie des Patienten und damit vor seinem Recht, ein selbstbestimmtes Leben zu führen, das Wahrhaftigkeit und Transparenz gebietet.

Wenn wir anderen eine Wahrheit vorenthalten, die sein Leben betrifft, unterminieren wir die Möglichkeit einer gelungenen Selbstbestimmung, weil die weiteren Entscheidungen des anderen auf diesen falschen Prämissen gründen.

(2) Im Sinne von Immanuel Kant kann Lüge als eine Form der Instrumentalisierung angesehen werden. Die Offenheit dem anderen gegenüber wird eigenen Interessen oder Interessen dritter untergeordnet und insofern wird er in seinem Anspruch auf Wahrheit im Hinblick auf diese Ziele instrumentalisiert. Durch das Vorenthalten wichtiger Wahrheit entsteht eine „Insel der Fremdbestimmtheit“ (Schockenhoff 2000, 457).

(3) In Orientierung an einer anderen Version des kategorischen Imperativs von Kant ist jeder verpflichtet, seinen Umgang mit Wahrhaftigkeit auf Verallgemeinerbarkeit hin zu prüfen: „Handle nur nach derjenigen Maxime, durch die du zugleich wollen kannst, dass sie ein allgemeines Gesetz werden kann.“ (Kant 1996, 51).

(4) Anthropologisch gesehen stellen Transparenz und Wahrhaftigkeit elementare Grundwerte für das menschliche Individuum in seiner konstitutiven Angewiesenheit auf Austausch und Beziehung dar. Unwissenheit verunmöglicht nicht nur den authentischen Selbstvollzug des Individuums sondern torpediert zugleich die kommunikative Entfaltung der auf Beziehung angelegten Person. Über wichtige Fakten im Hinblick auf eine Person, mit der man in einer intensiven Beziehung steht, in Täuschung befangen zu sein, ist ein Übel, unabhängig von konkreten negativen Folgen (auch wenn dieses Übel in manchen Fällen gerechtfertigt sein mag).

(5) Theologisch kann hinzugefügt werden, dass in der Bergpredigt bei Matthäus, in der dieser das zentrale ethische Anliegen Jesu zusammenfasst, die Wahrhaftigkeit ein eigenständiger Wert des Reiches Gottes neben Gerechtigkeit, Liebe und Barmherzigkeit ist: „Euer Ja sei ein Ja, euer Nein ein Nein; alles andere ist vom Bösem“ (Matthäus 5, 37).

Es sind Gründe dieser Art, die den Einzelnen innerlich motivieren können, sich für eine neue Kultur der Wahrhaftigkeit einzusetzen und die deshalb neben strategischen Management-Zielen thematisiert

und kommuniziert werden müssen. Rein strategische Zielvorgaben bleiben dem Einzelnen gegenüber äußerlich und sind zudem sehr abstrakt, weil sie z.B. nicht auf die Qualität der Arzt-Patienten-Beziehung als solche zielen.

#### „Fehler“ und „Schuld“

Es ist ein zentrales Merkmal des modernen Fehler-Managements, von individuellen Schuldvorwürfen wegzukommen und Fehler als Fehlleistungen des Systems zu betrachten. Notgedrungen wird dabei das Individuum zu einem funktionalen Teil des Systems. Dadurch kann aus dem Blick geraten, wie sehr Mitarbeiter sich bei schweren Behandlungsfehlern mit dem Gefühl einer persönlichen Schuld und entsprechenden Gewissensvorwürfen auseinandersetzen müssen, die eine eigene, personenzentrierte Art der Auseinandersetzung und Bewältigung brauchen. Diese Dimension kommt in der gegenwärtigen Forschung in den Blick, wenn vom Arzt als „second victim“ die Rede ist. Blickt man jedoch in den gegenwärtigen Klinikalltag, hat man das Gefühl, dass im Rahmen der Implementierung von Qualitätsmanagement und Fehlermeldesystemen die Frage, wie Betroffene Fehler persönlich verarbeiten, welche Hilfe sie dafür benötigen und wie auch hier eine andere Kultur des Umgangs mit Fehlern aufgebaut werden kann, gegenüber den „harten“ und leichter durchzusetzenden strategischen Zielen von Risikominimierung und Qualitätssicherung auf der Strecke bleiben.

#### Verantwortung des Einzelnen

Gibt es die Verantwortung des Einzelnen in den immer komplexer und unüberschaubarer werdenden Systemen überhaupt noch im klassischen Sinn? Entgegen der sich aufdrängenden Schlussfolgerung, dass das Vordringen der systemischen Perspektive zu einem Bedeutungsverlust des individuellen Gewissens und der individuellen Verantwortung führt, ist Michael Bongardt (2007) der Meinung, dass beide in einer solchen Konstellation auf paradoxe Weise eine neue Bedeutung gewinnen. Allgemein gesprochen muss es darum gehen, die Verantwortung des Individuums in komplexen Systemen so zu verstehen, dass es weder zu den falschen Verantwortungs-

und Schuldzumutungen wie in der Vergangenheit kommt, noch aber zu einer Ausblendung der individuellen moralischen Verantwortung von Ärzten und Pflegenden in der Ausübung ihres Berufs. Die Einübung einer Kultur der Wahrhaftigkeit sollte auf einer Ebene beginnen, wo es nicht um dramatische Fehler geht, bei denen die Angst vor schwerwiegenden Konsequenzen und vielleicht auch eine Verantwortung dritten gegenüber im Raum steht, sondern im Hinblick auf weniger dramatische Situationen, wo man Erfahrungen damit sammeln kann, wie Patienten auf eine größere Offenheit reagieren. Um den eigenen Verhaltensstil zu ändern wird es ein bewusstes „Experimentieren“, ein bewusstes Sammeln von Erfahrung mit einer neuen kommunikativen Praxis brauchen.

Eine besonders schwierige Frage betrifft die Verantwortung, die man für das Offenlegen von ernsthaften Fehlern von Kollegen hat, wenn diese nicht von sich aus bereit sind, damit an die Öffentlichkeit zu gehen (Kolland 2012, 200). Durch falsche Loyalität kann man an den Fehlern anderer mitschuldig werden. Angesichts dieser Probleme ist es einerseits Aufgabe des Managements, die Entstehung solcher Konflikte abzufangen (z.B. durch anonyme Fehlermeldemöglichkeiten). Andererseits wird man solche Konflikte nie ganz verhindern können. Es muss das Ziel sein, die Interessen aller Betroffenen besser als bisher zu schützen, sie also zu einem besseren Ausgleich als bisher zu bringen.

Eine Kultur der Wahrhaftigkeit betrifft schließlich auch die Beziehung des Arztes zu sich selbst. Die Bereitschaft, sich mit eigenen Fehlern und dem Umgang damit aktiv auseinanderzusetzen, die bisherigen Reaktionsmustern und Verhaltensweisen bewusst wahrzunehmen und an einer möglichen Veränderung zu arbeiten, sind nicht nur Anliegen, die man um der Patienten und um der Institution willen verfolgt. Es geht hier zentral auch um die eigene Authentizität und damit um das Gelingen des eigenen Lebens. Eine Kultur der Wahrhaftigkeit ist hier Ausdruck einer notwendigen „Sorge um sich selbst“.

**Zusammenstellung: Maren Grikscheit**



Foto: Westend61 – Fotolia.com

## Medizin der Zukunft – durch junge Ärzte heute

### Gemeinsames Symposium des Bündnisses JUNGE ÄRZTE und der Bundesärztekammer im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg

Um „Medizin der Zukunft – durch junge Ärzte von heute“ ging es bei einem gemeinsamen Symposium des Bündnisses Junge Ärzte (BJÄ) und der Bundesärztekammer im Rahmen des 119. Deutschen Ärztetages in Hamburg. Beim Thema „Arztsein in Zeiten der Arbeitsverdichtung“, so der Titel der ersten Diskussionseinheit, kritisierte Dr. med. Matthias Krüger vom BJÄ Missstände in deutschen Krankenhäusern: fehlende Wertschätzung durch Führungskräfte, ungenügende Bezahlung, zunehmender ökonomischer Druck und zu viel Verwaltungsarbeit. Seine Forderungen: Ärzte sollen wieder als Leistungsträger wahrgenommen werden, nicht als Kostenfaktor, und sie sollten sich wieder auf ihre Kernkompetenzen fokussieren können und mehr Zeit für ihre Patienten haben.

Dr. med. Matthias Raspe vom BJÄ berichtete, dass Ärzte Rehaeinrichtungen für Patienten abtelefonieren und Untersuchungen auf Papier dokumentieren müssten. Eine junge Ärztin plädierte für die Abstimmung mit Füßen: „Wir können uns doch dort Stellen suchen, wo die Strukturen gut für uns sind.“ Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery ermunterte die jungen Kollegen zur Mitarbeit: „Ich bin für jeden dankbar, der mit uns ein Konzept entwickelt, wie wir die jungen Ärztinnen und Ärzte in die Institutionen und Verbände bekommen.“ Denn nur so könne man gemeinsam bessere Lösungen finden und durchsetzen. Im Kurzsymposium „Kind und Klinik: Geht nicht, gibt's nicht“ berichtete Dr. med. Hannah Arnold vom BJÄ über unterschiedlich-

te Modelle zu diesem Thema. Das Hauptproblem sieht sie bei den Entscheidungsträgern: „Man muss alte Strukturen und Hierarchien verlassen, um ein Zusammenwirken zu erreichen.“

Dr. med. Jürgen Konzalla kritisierte die unterschiedlichen WBO-Regelungen der Landesärztekammern, die nach der Elternzeit die Rückkehr in den Beruf erschwerten. Dr. med. Markus Wenning, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Westfalen-Lippe, nannte die Zeitenfixierung im Rahmen der Weiterbildung eine „Katastrophe“. Man müsse an Kompetenzen und deren Vermittlung denken. Dies sei ein zentraler Punkt der Novelle der Musterweiterbildungsordnung.

Prof. Dr. med. Diana Lüftner, Oberärztin an der Berliner Charité, berichtete, dass die Umsetzbarkeit von Teilzeitmodellen nicht nur persönlichkeits-, sondern oft auch fachgebietsabhängig sei – so stieße man zum Beispiel in der Gynäkologie oft auf größeres Verständnis.

Beim Kurzsymposium „Forschung und Weiterbildung: Wie geht das zusammen?“ forderte Dr. med. Kevin Schulte vom BJÄ verbindlichere Regelungen bezüglich der Anerkennung von Forschungstätigkeiten als Weiterbildung von Bundes- und Landesärztekammern.

**Carmen Austin,  
Antje Wendorf-Domres, Sandra Wilsdorf**

### Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Berufsstart, Tipps für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im

Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

Schicken Sie Ihre Texte bitte an:  
katja.moehrle@laekh.de

## Weiterbildung zur sofortigen Umsetzung und Vorbereitung auf die Facharztprüfung

# Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen hat großen Zulauf

Fast einhundert Ärztinnen und Ärzte in der Weiterbildung (ÄiW) zur/m Facharzt/ärztin für Allgemeinmedizin nehmen mittlerweile an dem Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin Hessen teil. Das Angebot für die ÄiW besteht u. a. aus einem Seminar- und einem Mentoringprogramm.

Die Seminare, die immer freitags von 9:15 Uhr bis 17:15 Uhr stattfinden, sind praxisnah und vermitteln Wissen, das die Kolleginnen und Kollegen am Montag nach dem Seminar sofort in ihrem Klinik- oder Praxisalltag umsetzen können, sogenannte Monday-Morning-Messages. In den Seminaren werden die typischen in der Allgemeinmedizin auftretenden Beratungsanlässe und deren Differentialdiagnosen behandelt. Dabei geht es um akute und chronische Krankheitsbilder wie Rückenschmerzen und Diabetes mellitus oder Beratungsanlässe wie Brustschmerzen, die bei der Versorgung eines unselektierten Patientenklintels eine große Rolle spielen. Diese Themen werden durch sogenannte „Specials“ ergänzt, d.h. Tage, an denen die ÄiW einen ganzen Seminartag beispielsweise zum Thema Kopfschmerzen in der Migräneklinik in Königstein weitergebildet werden. Weitere Seminareinheiten bieten die Möglichkeit Kompetenzen im Bereich Praxismanagement und Verwaltung, Formularwesen oder Betriebswirtschaft zu erlangen.

„An den Seminaren des Weiterbildungskollegs schätze ich sehr, dass sie in der Regel sehr praxisnah sind und die Themen aus hausärztlicher Perspektive behandeln. Auch ist die Zusammenstellung der Themen an einem Fortbildungstag meistens gut durchdacht“, sagt Stephanie Kafka-Klein, die gerade in Mittelhessen in der internistischen Abteilung eines Krankenhauses ihre stationäre Weiterbildungszeit absolviert.

Stefan Graafen, der erst kürzlich seine Facharztprüfung zum Arzt für Allgemeinmedizin bestanden hat und im Main-Taunus-Kreis niedergelassen ist, berichtet begeistert: „Das Programm umfasst viele in der Allgemeinmedizin bedeutsame Themen. Statt eines Frontalunterrichts wird hier praxisorientiert oft auch in Kleingruppen von zwei bis drei Teilnehmern die Thematik im Team erarbeitet. Es werden ausreichend Hilfsmittel zur Verfügung gestellt. Die Präsentationen werden in der Regel nach der Teilnahme zum Nachlesen per E-Mail an die Teilnehmer verschickt. Fragen und Probleme können jederzeit gestellt und erörtert werden. Das Programm ist so aufgebaut, dass praktisch am nächsten Arbeitstag in der Praxis das Erlernte umgesetzt werden kann. Die Seminare umfassen sowohl Krankheitsbilder, aktuelle Leitlinien, sinnvolle Diagnostik- und Therapieregime als auch praktische Übungen.“

Ergänzend sagt Stefan Graafen: „Es herrschte stets eine gute Stimmung. Sowohl das Mittagessen als auch die ausreichend eingeplanten Erholungspausen eigneten sich hervorragend zum gemeinsamen Erfahrungsaustausch oder auch zum einfachen Plausch mit den Seminarteilnehmern. Die Zeit verging in der Regel wie im Flug, was wohl auch an der gelungenen Abwechslung des Programmes lag. Ich habe mich regelmäßig auf die Treffen gefreut.“

Themen des Seminarprogramms sind u.a.:

- Akute Beratungsanlässe (z. B. Schmerzen im Brustkorb)
- Multimedikation
- Notfälle in der Allgemeinmedizin
- Demenz und Depression
- Kopfschmerzen
- Palliativmedizin und Schmerztherapie
- Rückenschmerzen
- Wirtschaftliche Aspekte einer Praxisführung
- Formularwesen
- Gesprächsführung

Die Mentoringtreffen, an denen die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs ebenfalls viermal im Jahr teilnehmen können, finden immer mittwochnachmittags statt. In Gruppen mit maximal zwölf Mentees werden neben Themen wie der Umgang mit schwierigen Patienten, die für den Klinik- oder Praxisalltag von Bedeutung sind, auch Fragen zur Weiterbildung, zu Fortbildungen und Zusatzbezeichnungen erörtert. Sehr beliebt sind die praktischen Übungen zur Facharztprüfung mit den sogenannten „Prüfungssimulationen“. Hier wird realistisch eine Prüfungssituation mit erfahrenen Facharztprüfern „gespielt“. Zudem dienen die Mentoringtreffen der Vernetzung und dem Austausch der ÄiW. So haben sich während der Treffen viele Lerngruppen für die Vorbereitung der Facharztprüfung gefunden.

Auswahl an Themen, die in den Mentoringgruppen besprochen werden:

- Wie gehe ich mit schwierigen Patienten um?
- Wie gestalte ich meine Weiterbildung Allgemeinmedizin am besten?
- Welche Fortbildungen/Kongresse lohnen sich?
- Resilienz statt Burnout!
- Wie bereite ich mich auf die Facharztprüfung vor?

Dies beschreibt auch Stephanie Kafka-Klein: „Die Mentoringgruppe finde ich hilfreich, weil dort ganz praktische Fragen zu

<sup>1</sup> Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Frankfurt am Main, <sup>2</sup> Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Marburg

Weiterbildung und Facharztprüfung besprochen werden können. Außerdem empfinde ich die Atmosphäre in der Gruppe als unterstützend und wohltuend. Bei beidem (Mentoringtreffen und Seminar) schätze ich die Möglichkeit zum Austausch und der Vernetzung mit den Kolleginnen und Kollegen sehr, da man in der Allgemeinmedizin, besonders als AssistentIn im niedergelassenen Bereich, nur wenig bis gar keine Kontaktmöglichkeit zu anderen Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung hat.“

„Für die Vorbereitung zur Facharztprüfung war das Programm ein ideales Hilfsmittel. Es hat mich in meinem weiteren Handeln als Facharzt und zukünftiger Ausbilder von angehenden Allgemeinmedizinern so geprägt, dass ich dieses Jahr auch am Train the Trainer-Seminar teilnehmen und dem in meiner Praxis beschäftigten Arzt in Weiterbildung dieses Programm ans Herz legen werde. Fazit: Ich halte das Seminar- und Mentoringprogramm als perfekten Wegbegleiter für jeden angehenden Allgemeinmediziner“, fasst Stefan Graafen seine Erfahrungen zusammen.

Der Erfolg des Weiterbildungskollegs spiegelt sich auch darin wider, dass alle Teilnehmerinnen und Teilnehmer, die sich zur Facharztprüfung angemeldet haben und zuvor am Weiterbildungskolleg teilgenommen haben, die Prüfung bestanden haben. Initiatoren des Kollegs sind die Kompetenzzentren Weiterbildung Allgemeinmedizin, die den allgemeinmedizinischen Einrichtungen der Goethe-Universität Frankfurt am Main und Philipps-Universität Marburg angegliedert sind und die vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration sowie der Adolf Messer Stiftung gefördert werden.

Die Anmeldung erfolgt online über die Homepage: <http://weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de/>. Die Einführungsseminare sind kostenfrei. Nach dem Einführungsseminar betragen die Kosten für das Seminar- und Mentoringprogramm 45 Euro/Quartal. Von vielen Teilnehmern haben wir erfahren, dass die Kosten komplett oder anteilig vom Arbeitgeber übernommen werden.

Kontakt für Ärzte/innen in Weiterbildung, an einer Weiterbildung Interessierte und Weiterbilder in Klinik und Praxis:

**[www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de](http://www.weiterbildung-allgemeinmedizin-hessen.de)**

- Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Frankfurt (zuständig für Südhessen):  
E-Mail: [weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)
- Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Marburg (zuständig für Nord- und Mittelhessen):  
E-Mail: [weiterbildung-allgemeinmedizin@uni-marburg.de](mailto:weiterbildung-allgemeinmedizin@uni-marburg.de)

**Armin Wunder<sup>1</sup>, Lia Pauscher<sup>1</sup>, Anne Kümmel<sup>1</sup>,  
Erika Baum<sup>2</sup>, Susanne Sommer<sup>2</sup>, Regina Kinczler<sup>1</sup>,  
Ferdinand M. Gerlach<sup>1</sup>**

Kontaktadresse:

Dr. med. Armin Wunder, Facharzt für Allgemeinmedizin  
Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin Hessen  
Institut für Allgemeinmedizin, Goethe-Universität  
Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt  
E-Mail: [wunder@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:wunder@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)

## Bücher



### **Marian C. Poetzsch: Spannende Fälle aus der Akutmedizin – Von der Notaufnahme zur Intensivstation**

Springer Verlag Heidelberg 2015; ISBN: 9783662466063, € 14,99  
auch als E-Book

„Spannende Fälle aus der Akutmedizin“: Das Buch aus der Feder von Dr. med. Marian C. Poetzsch, Facharzt für Innere und Allgemeinmedizin, zeigt jungen und älteren Ärzten: Auch Fachbücher können unterhaltsam sein. Ich wollte nur kurz hineinschmökern, dann habe ich alles liegen gelassen, bis ich mit dem Büchlein zu Ende war. Die amerikanische Fernsehserie Dr. House hat vielen Medizinern die Freude am diagnostischen Puzzle in der Medizin (wieder) nahegebracht und Lehrenden, die diese Freude weitergeben, die

Säle gefüllt. Jetzt liegt ein Lehrbuch vor, das auch einen Krimi vor dem Schlafen gehen ersetzen kann. Ausdrücklich für junge Kolleg/innen geschrieben, bezieht es die Lebenssituation junger Ärzt/innen ein und beschreibt den Alltag in Notaufnahme und Intensivstation an sechs Beispielen. Nach jeder Kasuistik werden in einem Faktencheck wichtige Begriffe und Maßnahmen erläutert. Wir lernen unter anderen einen Flüchtling kennen, der nur „Schmerz“ sagen kann, einen Mann, der plötzlich nicht mehr sprechen kann, und eine Stationsärztin, die keine Luft mehr bekommt. Diagnostik und Therapie werden hautnah erzählt und in den erlebten Alltag der Protagonisten integriert.

Der Autor leitet seit 2015 als Oberarzt die internistische Notaufnahme des Klinikums Landshut. Nach der Weiterbildungszeit in einer Allgemeinarztpraxis war er fünf Jahre in der Notfall- und Intensivmedizin im Städtischen Klinikum München Bogenhausen und Schwabing tätig.

**Dr. med. Peter Zürner**



## Integration zugewanderter und geflüchteter Ärztinnen und Ärzte

# Hospitationsdatenbank der Landesärztekammer: Ihre Beteiligung ist uns wichtig!

Seit Mai befindet sich die Hospitationsdatenbank der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Aufbau (wir berichteten dazu in Ausgabe 05/2016 Hessisches Ärzteblatt, Seite 277).

Dabei bitten wir Sie weiterhin um Ihre Unterstützung als Hospitationsanbieter und Mentor!

Mit der Hospitationsdatenbank hat die LÄKH ein Programm ins Leben gerufen, das Ärztinnen und Ärzte mit fachlichem Abschluss aus einem Drittstaat außerhalb der EU bei der Integration in das Berufsleben unterstützt. Das Angebot richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die die Voraussetzungen zur Erteilung einer vorübergehenden Berufserlaubnis nach §10 BÄO erfüllen, diese aber aufgrund des

Fehlens einer Stellenzusage nicht bekommen können, und die über ausreichende Sprachkenntnisse (mindestens Level B2) verfügen.

Die in der Regel einmonatige, maximal zweimonatige unentgeltliche Hospitation soll und kann keine Mitarbeit und kein ärztliches Handeln beinhalten. Sie soll den Hospitanten ermöglichen, das interprofessionelle Zusammenarbeiten von Ärzten und Angehörigen nichtärztlicher Medizinberufe kennenzulernen, die inzwischen auch interkulturelle Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen zu begleiten und sich – bei individueller Eignung – als potenziellen ärztlichen Mitarbeiter zu empfehlen. Sie stellt keine ausübende Arztstätigkeit dar, sondern lediglich eine Einblicknahme in die Aufgabe, was versicherungsrechtlich einfacher ist.

Als leitende Ärztin oder Arzt in der Klinik oder in vertragsärztlicher Tätigkeit können Sie als Hospitationsanbieter und Mentor in Klinik und Praxis dieses Programm für ausländische Ärztinnen und Ärzte unterstützen.

Bei Interesse nehmen Sie Kontakt mit Ihrer Bezirksärztekammer auf. Weitere Informationen und Merkblätter finden Sie auf unserer Webseite unter:  
[www.laekh.de/hospitation](http://www.laekh.de/hospitation)

**Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach**  
Präsident der LÄKH

**Monika Buchalik**  
Vizepräsidentin der LÄKH



**Landesärztekammer Hessen**  
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen, die als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen für ca. 35.300 Ärztinnen und Ärzte in Hessen vertritt und vielfältige Dienstleistungen für ihre Mitglieder erbringt, sucht ab dem nächstmöglichen Zeitpunkt für die Abteilung „Ärztliche Weiterbildung“ am Standort Frankfurt einen

### Ärztlichen Referenten (m/w)

in Vollzeit (40 Std./Woche)

#### Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise im Rahmen der Weiterbildung.
- Ärztliche Kenntnisstandprüfungen.
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Länder-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung.

- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in internen und externen Gremien.
- Führung eines kleinen Teams qualifizierter Sachbearbeiterinnen. Sie berichten direkt an den Leiter der Abteilung.

#### Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Medizinstudium, Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung.
- Eine Facharztanerkennung (bevorzugt in einem operativen Gebiet) ist wünschenswert.
- Erste Führungs- und/oder Verwaltungserfahrung, Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse für Qualitätsmanagement sind von Vorteil.
- Sie sind vertraut mit der Nutzung moderner Büro-, Kommunikations- und Datenbank-Software.
- Belastbarkeit, eine engagierte Arbeitsweise sowie ein verbindliches, sicheres Auftreten gehören neben einer hohen Kommunikations- und Teamfähigkeit zu Ihren Stärken.

#### Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht-/Wochenenddienste.
- Attraktive Zusatzleistungen und Aufstiegschancen.
- Interessante und verantwortungsvolle Aufgaben.
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen.

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

**Landesärztekammer Hessen**  
Personalabteilung, Im Vogelsang 3,  
60488 Frankfurt am Main  
oder online an [bewerbung@laekh.de](mailto:bewerbung@laekh.de).

**Abgabeschluss für Bewerbungen ist der 29. Juli 2016.**

Für persönliche ergänzende Auskünfte steht Ihnen telefonisch zur Verfügung:

Dr. med. Viktor Karnosky – Fon: 069 97672-109  
(Leiter der Abteilung ‚Ärztliche Weiterbildung‘ und Vertreter des Ärztlichen Geschäftsführers)



## Ärztbewertungen im Internet

Bewertungsplattformen für Ärzte oder Krankenhäuser im Internet sind ein geläufiges Phänomen. Grundsätzlich sind Bewertungssysteme durchaus sinnvoll, als Werbung oder um dem Patienten eine gewisse Transparenz hinsichtlich seines Arztes zu gewähren. Positive Bewertungen haben einen hohen Stellenwert. Negative Bewertungen können geschäftsschädigend sein. Manche möchten überhaupt nicht aufgenommen werden. Manche Ärzteportale zahlen für die Vermittlung von Anschriften von Ärztinnen und Ärzten Kopfgelder und veräußern deren Adressen zu Werbezwecken an die Pharmaindustrie. Gerichtliche Streitigkeiten deswegen nehmen zu.

### I. Grundsätze

In zwei Entscheidungen (Bundesgerichtshof (BGH), Urteil vom 23. September 2014, Aktenzeichen (Az.) VI ZR358/13; Urteil vom 1. Juli 2014, Az. VI ZR 345/13 = Gesellschaftsrecht (GesR) 2014, 538 ff) hat die höchstrichterliche Rechtsprechung zum Anspruch eines Arztes auf Auskunft, Unterlassung und Löschung seiner Daten aus einem Bewertungsportal Stellung genommen und damit die derzeitige Rechtslage bestätigt. Im Einzelnen:

Die Rechtsprechung hält personenbezogene Bewertungsportale für zulässig. Einzelne Ärzte dürfen gegen ihren Willen nur dann in ein Bewertungsportal aufgenommen werden, sofern dies mit ihrem allgemeinen Persönlichkeitsrecht aus Artikel 2 Absatz 1 in Verbindung mit Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz (GG) vereinbar ist. Das Grundrecht schützt die Selbstbestimmung und -darstellung des Arztes.

Deshalb kann das Grundrecht dem Betroffenen ermöglichen, unerwünschte Darstellungen der eigenen Person in der Öffentlichkeit zu unterbinden. Wie weit dieser Schutz reicht, entscheidet der Einzelfall. Im Bereich der Sozialsphäre, das heißt im beruflichen Bereich, die im Vergleich zur Intim- und Privatsphäre nicht gleichermaßen geschützt ist, sieht die Rechtsprechung bei einer Negativbewertung das Persönlichkeitsrecht zwar regelmäßig als betroffen an, jedoch überwiegt „...zumeist das Recht auf freie Meinungsäußerung, da nur eine Verletzung im Rahmen der Sozialsphäre gegeben ist“ (so zuletzt das Landgericht Kiel, Urteil vom 6. Dezember 2013, Az. 5 O 372/13).

Äußerungen im Rahmen der Sozialsphäre dürfen deshalb nur im Falle schwerwiegender Auswirkungen auf das Persönlichkeits-

recht mit negativen Sanktionen verknüpft werden, so etwa dann, wenn eine Stigmatisierung, soziale Ausgrenzung oder Prangerwirkung vorliegen (BGH NJW 2009, 2888 ff; LG Düsseldorf, Urteil vom 9. April 2013, Az. 5 O 141/12).

Dafür gelten strenge Maßstäbe. Erst dann, wenn bei einer Äußerung nicht mehr die Auseinandersetzung in der Sache, sondern die Herabsetzung der Person im Vordergrund steht, diese gleichsam an den Pranger gestellt werden soll, nimmt die Äußerung den Charakter einer unzulässigen Schmähung an (BGH, NJW 2009, 3580 ff). Eine reine Notenbewertung des Arztes beispielsweise erfüllt diese Kriterien meist nicht, wenn sich aus dem dazugehörigen Kommentar die Gründe für die Benotung ergeben (LG München I, Urteil vom 28. Mai 2013, Az. 25 O 9554/13).

In jedem Fall schützt das allgemeine Persönlichkeitsrecht vor entstellenden, verfälschenden sowie vor solchen Darstellungen, welche die Persönlichkeitsentfaltung erheblich beeinträchtigen können (zuletzt Bundesverfassungsgericht BVerfG, Beschluss vom 13. Juni 2007, Az. 1 BvR1783/05). Umgekehrt verleiht das Grundrecht keinen Anspruch darauf, nur so in der Öffentlichkeit dargestellt zu werden, wie es dem eigenen Selbstbild entspricht. Denn dem Persönlichkeitsrecht steht die Meinungsäußerungsfreiheit desjenigen gegenüber, der die Beurteilung abgegeben hat. Beide Grundrechte müssen im Einzelfall gegeneinander abgewogen werden. Werturteile sind zulässig, solange sie die Grenze zur Schmähkritik nicht überschreiten (so schon OLG Frankfurt, Urteil vom 8. März 2012, Az. 16 U 125/11).

In einer Entscheidung des OLG München (Az. 18 W 1933/14 – zitiert nach Deutsches Ärzteblatt vom 17. November 2014; <http://www.aerzteblatt.de>) bekam ein HNO-Arzt Recht, der gegen das Bewertungsportal „Jameda“ geklagt hatte. Ein Patient hatte im Kommentarfeld des Portals behauptet, der Arzt habe sich während eines Hörtestes mit seiner Sprechstundenhilfe unterhalten, und unter der Überschrift „kein guter Arzt“ den Ablauf der Behandlung geschildert und als „kurz“ bewertet. In der Benotung hatte der Patient zudem die Kategorien Behandlung, Vertrauensverhältnis und Betreuung mit der Note 6 und die Aufklärung und die genommene Zeit ebenfalls mit der Note 5 bewertet. Nachdem der Arzt belegen konnte, dass es sich bei der Äußerung zum Hörtest um eine unwahre Tatsachenbehauptung handelte und die Darstellung des Behandlungsablaufs unvollständig

wiedergegeben worden war, verpflichtete sich Jameda, den Kommentar zu löschen. Das OLG wertete dabei die Schilderung unter der Überschrift „kein guter Arzt“ als unwahre Tatsachenbehauptung und untersagte die darauf beruhende Bewertung mit Noten. Dabei handele es sich zwar zweifelsfrei um Meinungsäußerungen, die grundgesetzlich geschützt seien, so der Senat. Dies gelte jedoch nicht unbeschränkt. Vielmehr sei eine Abwägung im Einzelfall geboten. Die vorliegende Meinungsäußerung sei zwar keine Schmähkritik, dennoch rechtswidrig, weil sie auf unwahren Tatsachenbehauptungen beruhe. Erschwerend kommt aus Sicht des Gerichts hinzu, dass die Negativbewertung nicht nur das Persönlichkeitsrecht des Arztes verletzt, sondern auch seine berufliche Existenz gefährden kann. Für die Ärzteschaft bedeutet das Urteil, dass sie sich künftig nicht nur gegen falsche, sondern auch gegen unvollständige Tatsachenbehauptungen wehren kann.

## II. Ansprüche gegen den Bewertenden (Portalnutzer)

Bewertungen werden anonym oder pseudonym abgegeben. Dieser Umstand erschwert es dem betroffenen Arzt, gegen den Bewertenden direkt vorzugehen. Der Portalbetreiber ist zudem durch § 12 Absatz 1 Telemediengesetz (TMG) gehindert, die Personaldaten des Nutzers seines Portals an den Arzt herauszugeben, so dass dieser „Direktanspruch“ kaum durchsetzbar ist.

## III. Ansprüche gegen den Provider

Rechtsdogmatisch fungiert der Betreiber einer Bewertungsplattform als so genannter Hostprovider, hält also als Anbieter fremde Inhalte auf seinem Portal für andere Nutzer bereit, ohne sich diese zu eigen zu machen. In dieser Eigenschaft trifft ihn lediglich eine eingeschränkte Verantwortlichkeit – lediglich als „Störer“. Ein Hostprovider ist nicht verpflichtet, die Beiträge von Nutzern vor der Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen zu überprüfen. Sieht ein Betroffener sein Persönlichkeitsrecht durch einen Eintrag verletzt, kann der Hostprovider als Störer verpflichtet werden, zukünftig solche Verletzungen zu verhindern. Der Hostprovider muss aber nur dann tätig werden, wenn der Hinweis des Betroffenen so konkret gefasst ist, dass ein Rechtsverstoß auf der Grundlage seiner Behauptungen ohne eingehende rechtliche und tatsächliche Prüfung bejaht werden kann.

Der Betreiber eines Ärzte-Bewertungsportals ist mangels gesetzlicher Ermächtigung selbst im Falle einer Persönlichkeitsrechtsverletzung grundsätzlich nicht befugt, ohne Einwilligung des Bewerters dessen personenbezogene Daten an den bewerteten Arzt zu übermitteln.

### (1) auf Löschung der Basisdaten

Im Urteil des BGH vom 23.09.2014 ging es dem Mediziner nicht nur um Bewertungen, die Nutzer über ihn abgegeben hatten. Diese waren sogar recht wohlwollend. Der Arzt wollte vielmehr Basisdaten, wie seinen Namen, die Fachrichtung und Anschrift von der Plattform entfernen lassen. Die Senatsrichter gingen wie die Vorinstanzen davon aus, dass das Recht des Arztes auf informationelle

Selbstbestimmung das Recht des beklagten Münchner Internetunternehmens „Jameda“ auf Kommunikationsfreiheit nicht überwiegt. Die beruflichen Daten des Mediziners dürfen mithin gespeichert und genutzt werden, entsprechend dem Satz „Kommunikationsfreiheit vor Persönlichkeitsrecht im Beruf“. Daran ändere – so der Senat – auch die Anonymität der abgegebenen Bewertung nichts, die im Internet rechtlich wie technisch möglich sei.

### (2) auf Auskunftserteilung, Unterlassung und Löschung der Bewertung

Auch wenn die höchstrichterliche Rechtsprechung den durch Bewertungseinträge in ihren Rechten verletzten Ärzten selbst keinen Anspruch auf Auskunft darüber zubilligt, um wen es sich bei dem Bewertenden überhaupt handelt, steht ihnen ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Eintragung, Entfernung und Unterlassung gegen den Portalbetreiber zu.

Dies hat der BGH (Urteil vom 1. März 2016, Az. VI ZR 34/15) aktuell bestätigt und in seiner Entscheidung die Pflichten des Betreibers eines Ärztebewertungsportals erstmals deutlich konkretisiert: In diesem Verfahren forderte der klagende Arzt den Portalinhaber zur Entfernung einer negativen Bewertung auf. Der Betreiber sandte die Beanstandung dem Nutzer zu. Die Antwort des Nutzers hierauf leitete der Betreiber dem Kläger unter Hinweis auf datenschutzrechtliche Bedenken nicht weiter. Die Bewertung blieb im Portal.

Der VI. Zivilsenat stellt hierzu klar, dass die beanstandete Bewertung keine eigene „Behauptung“ des Portalbetreibers ist, weil dieser sie sich diese nicht inhaltlich zu eigen gemacht hat. Der Betreiber haftet für die vom Nutzer seines Portals abgegebene Bewertung deshalb nur dann, wenn er zumutbare Prüfungspflichten verletzt. Deren Umfang richtet sich nach den Umständen des Einzelfalles. Maßgebliche Bedeutung kommt dabei dem Gewicht der beanstandeten Rechtsverletzung, den Erkenntnismöglichkeiten des Providers sowie der Funktion des vom Provider betriebenen Dienstes zu. Hierbei darf dem Dienstanbieter keine Prüfungspflicht auferlegt werden, die sein Geschäftsmodell wirtschaftlich gefährdet oder seine Tätigkeit unverhältnismäßig erschwert. Der Senat sah in dieser Entscheidung die Prüfungspflicht als verletzt an. Der Betrieb eines Bewertungsportals trägt im Vergleich zu anderen Portalen von vornherein ein gesteigertes Risiko von Persönlichkeitsrechtsverletzungen in sich. Diese Gefahr wird durch die Möglichkeit, Bewertungen anonym oder pseudonym abzugeben, verstärkt. Zudem erschweren es derart verdeckt abgegebene Bewertungen dem betroffenen Arzt, gegen den Bewertenden direkt vorzugehen.

Vor diesem Hintergrund hätte die beklagte Portalbetreiberin die Beanstandung des betroffenen Arztes dem Bewertenden übersenden und ihn dazu anhalten müssen, ihr den angeblichen Behandlungskontakt möglichst genau zu beschreiben. Darüber hinaus hätte sie den Bewertenden auffordern müssen, ihr den Behandlungskontakt belegende Unterlagen, wie etwa Bonushefte, Rezepte oder sonstige Indizien möglichst umfassend vorzulegen. Diejenigen Informationen und Unterlagen zu deren Weiterleitung sie ohne Verstoß gegen § 12 Abs. 1 TMG in der Lage gewesen wäre, hätte sie an den Kläger weiterreichen müssen. Bereits in einer früheren Entscheidung hatte das LG Nürn-

berg-Fürth (Urteil vom 8. Mai 2012, Az. 11 O 2608/12) die für Internetprovider postulierten Prüfpflichten bejaht. Das Gericht forderte, dass der Internetprovider auf die konkrete Beanstandung des hier betroffenen Zahnarztes hin den Sachverhalt sorgfältig prüfen muss, ohne gleichsam zu konkretisieren, wie dies in einzelnen zu erfolgen hat.

## IV. Ansprüche gegen den Suchmaschinenbetreiber

Mit Urteil vom 26. Mai 2011 (Az. 3 U 67/11) hat das OLG Hamburg deutlich gemacht, dass unter bestimmten Voraussetzungen auch Suchmaschinenbetreiber verpflichtet sind, bei Kenntniserlangung von rechtsverletzenden Bewertungen zu reagieren und ihre Suchdaten zu löschen, soweit eine Rechtsverletzung offensichtlich ist. Oft sind rechtsverletzende Bewertungen, welche von den eigentlichen Webseiten bereits gelöscht wurden, in den Suchmaschinen noch wochenlang auffindbar, weil die Suchmaschinen ihre Inhalte nur alle paar Wochen aktualisieren. Ein solcher Anspruch gegen den Suchmaschinenbetreiber besteht nur, wenn der Anspruchsteller darlegen kann, dass infolge der Eingabe seines Namens ein Eintrag erscheint, der auf seine Person hinweist und einen bestimmten Inhalt hat. Zudem muss der Eintrag auf einen Internetauftritt verlinken, der einen bestimmten, genau anzugebenden Wortlaut oder sonstigen Inhalt hat. Darüber hinaus muss dargelegt werden, inwieweit durch die Verbreitung des Inhaltes Rechte verletzt werden und inwieweit der Suchmaschinenbetreiber an der Rechtsverletzung mitwirkt.

## V. Fazit & Praxistipp

1. Ein Anspruch auf Auskunft darüber, um wen es sich bei dem Bewertenden handelt, besteht zivilrechtlich nicht. Allerdings muss der Portalbetreiber Behörden Auskunft über Bestands-, Nutzungs- und Abrechnungsdaten erteilen, soweit dies zum Zwecke einer Strafverfolgung erforderlich ist. Somit können betroffene Ärzte über eine Strafanzeige – zum Beispiel wegen

übler Nachrede oder Verleumdung – gegen Unbekannt und anwaltliche Einsichtnahme in die Ermittlungsakten die begehrte Auskunft erhalten. Allerdings kann es mehrere Monate dauern, bis eine Akteneinsicht erfolgt, so dass dieser Weg im Hinblick auf die Eilbedürftigkeit wenig praktikabel ist.

2. Ein Anspruch auf Löschung der reinen persönlichen Daten gegen den Portalbetreiber besteht nicht. Ein gerichtlich durchsetzbarer Anspruch auf Eintragung, Entfernung und Unterlassung (dann auch der Personaldaten) wird aber anerkannt, wenn die Bewertung rechtswidrig ist. Nach einem Hinweis auf eine Verletzung des Persönlichkeitsrechts durch eine Bewertung kann der Hostprovider als Störer verpflichtet sein, zukünftig Verletzungen zu verhindern. Damit er tätig wird, muss der Hinweis des Betroffenen so konkret formuliert sein, dass ein Rechtsverstoß auf der Grundlage seiner Behauptungen ohne eingehende rechtliche Prüfung bejaht werden kann.
3. Ein Anspruch gegen den Suchmaschinenbetreiber auf Unterlassung besteht dann, wenn der Betroffene darlegen kann, dass infolge der Eingabe seines Namens im Netz ein Eintrag erscheint, der auf seine Person hinweist und einen bestimmten Inhalt hat. Zudem muss der gefundene Eintrag auf einen Internetauftritt verlinken, der einen bestimmten, genau anzugebenden bzw. zu beschreibenden Wortlaut oder sonstigen Inhalt hat. Darüber hinaus muss dargelegt werden, inwieweit durch die Verbreitung des Inhaltes Rechte verletzt werden und inwieweit der Suchmaschinenbetreiber an der Rechtsverletzung mitwirkt.

**Dr. iur. Thomas K. Heinz**

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht  
Frankfurt/Main  
E-Mail: [dr.tkheinz@freenet.de](mailto:dr.tkheinz@freenet.de)  
Internet: [www.mmw-law.de](http://www.mmw-law.de)



Foto: privat



Foto: Monika Buchalik

Mit dieser umfangreichen Doppelausgabe für Juli und August 2016 wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine erholsame Sommerzeit. Die nächste Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes 09/2016 erscheint Ende August.

# Ärztliche Leichenschau

## Neues Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und des Instituts für Rechtsmedizin am Uniklinikum Frankfurt, Goethe-Universität

In Deutschland muss jeder Verstorbene vor der Bestattung ärztlich untersucht werden. Das ist ein Qualitätsmerkmal, das bei weitem nicht überall auf der Welt zum Standard gehört. Die gesetzlichen Regelungen des Bestattungswesens sind in Deutschland Ländersache. Die einzelnen Ländergesetze unterscheiden sich zum Teil erheblich. Dies führt immer wieder zur Verunsicherung, gerade wenn Kolleginnen und Kollegen ihre ärztliche Tätigkeit in ein anderes Bundesland verlegen.

Die ärztliche Leichenschau ist eine allgemeine ärztliche Aufgabe, das heißt jede Ärztin und jeder Arzt darf die Leichenschau durchführen, wenn sie oder er von den sorgepflichtigen Personen (Angehörige der verstorbenen Person, Leitung von gesetzlich genannten Einrichtungen oder dem örtlich zuständigen Gemeindevorstand) verpflichtet wird. In der Öffentlichkeit diskutierte Vorstöße, dass die Leichenschau zukünftig nur noch durch „qualifizierte Leichenschauer“ oder durch die Rechtsmedizin erfolgen soll, sind strukturell kaum umsetzbar: So würde die Dichte der rechtsmedizinischen Institute bei weitem nicht ausreichen, um insbesondere die Versorgung im ländlichen Bereich zu gewährleisten. Es ist davon auszugehen, dass die Leichenschau auf absehbare Zeit allgemeine ärztliche Aufgabe bleiben wird.

Bereits bei der Pflicht zur Leichenschau gibt es große Unterschiede von Bundesland zu Bundesland. In vielen Ländern kann jede Ärztin/jeder Arzt verpflichtet werden, falls nicht schwerwiegende Gründe dagegen sprechen. In Hessen können dagegen nur niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verpflichtet werden, bei im Krankenhaus verstorbenen Patienten die dort tätigen Kolleginnen und Kollegen. Notärztinnen und Notärzte im Einsatz können nicht zur Leichenschau verpflichtet werden, müssen aber zumindest den Tod feststellen und eine „Vorläufige To-

desbescheinigung“ ausstellen. In Hessen gibt es aber noch die besondere Verpflichtung, sich der Leichenschau im Kontext ärztlicher Maßnahmen zu enthalten: „Sind Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Tod in ursächlichem Zusammenhang mit einer ärztlichen Maßnahme eingetreten ist, darf die Ärztin oder der Arzt, die oder der diese Maßnahme veranlasst oder durchgeführt hat, die Leichenschau nicht durchführen.“

Die Durchführung der ärztlichen Leichenschau ist in Anlage 1 zum Hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetz konkretisiert. Wird die Leichenschau nicht sorgfältig durchgeführt, so stellt das eine Ordnungswidrigkeit dar, mit der möglichen Folge einer Geldbuße. Schwerwiegende Fehler bei der ärztlichen Leichenschau können sogar strafrechtlich sanktioniert werden.

Bei der Feststellung des Todes und den geforderten Angaben zur Todeszeit sind die thanatologischen Grundlagen zu beachten. Eine Vielzahl von Befunden, die am lebenden Patienten erhoben werden können, lassen sich am Leichnam ebenso feststellen. Selbstverständlich ist einer der zentralen Punkte der Leichenschau, ein Tötungsdelikt auszuschließen. Dementsprechend darf nur dann ein „natürlicher Tod“ auf dem Leichenschauschein angekreuzt werden, wenn eine plausible Kausalkette, die eine natürliche Todesart begründet, aus Vorgeschichte und Leichenbefunden abzuleiten ist.

Die studentische Lehre der ärztlichen Leichenschau ist exklusiv Aufgabe der Rechtsmedizin. An keiner anderen deutschen Universität wird vor allem der praktische Anteil derart umfangreich gelehrt wie in Frankfurt am Main.

Bei vielen Kolleginnen und Kollegen besteht eine große Unsicherheit, da sie selbst im Studium nie eine Leichenschau durchgeführt haben, das Studium zu lange zurückliegt, oder die gesetzlichen Voraussetzungen undurchsichtig erscheinen.

Deshalb haben die Frankfurter Rechtsmedizin und die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung im Frühjahr 2016 erstmals gemeinsam die ärztliche Fortbildung „Leichenschau“ angeboten. Die vier Kurstage beginnen mit Theorie – jeweils zwei Einheiten Thanatologie und rechtliche Grundlagen. Danach wird die praktische Leichenschau in Kleingruppen bis max. 8 Personen geübt. Jeder Teilnehmer führt pro Kurstag zwei Leichenschauen durch. Die Bewertungen durch die Teilnehmer/innen waren durchweg hervorragend. Alle waren überrascht, wie viel man bei der Leichenschau sehen kann und werden sich in Zukunft sicherer fühlen. Der nächste Kurs im Institut für Rechtsmedizin beginnt im September!

**Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff**

**Prof. Dr. med. Markus Parzeller**

Institut für Rechtsmedizin,  
Universitätsklinikum Frankfurt,  
Goethe-Universität

### Ärztliche Fortbildung: Leichenschau

#### Kursleitung:

Prof. Dr. med. Marcel A. Verhoff

**Der Kurs besteht aus 4 Teilen**, jeweils mittwochs von 15.00 – 16.45 Uhr, am 07.09., 14.09., 21.09. und 28.09.2016.

**Veranstaltungsort:** Institut für Rechtsmedizin, Kennedyallee 104, 60596 Frankfurt am Main

**Fortbildungspunkte:** 9

**Teilnahmegebühr:** € 180 (ermäßigt: € 162)

**Anmeldung:** Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Ingrid Krahe, Fon: 06032 782208, E-Mail: [ingrid.krahe@laekh.de](mailto:ingrid.krahe@laekh.de)

# Körperkonturierende Maßnahmen nach bariatrischer Chirurgie

Henrik Menke, D. Krzysztof Boliglowa, Seung-Min Ryu, Rudolf Weiner

Die Adipositaschirurgie hat sich als zielführendes Instrument in der Behandlung der morbid Adipositas und ihrer Folgeerkrankungen fest etabliert. Der Begriff „Bariatrische“ Chirurgie ist zunehmend durch den Begriff Adipositaschirurgie und Metabolische Chirurgie ersetzt worden, denn das Gewicht (griech.: baros) ist nicht die Hauptindikation.

Die Adipositas als Krankheit und ihre vielfältigen gewichtsbezogenen Folgeerkrankungen sollen therapeutisch beeinflusst werden. Techniken wie der Magen-Bypass oder die Schlauchmagenbildung (Sleeve Gastrektomie) führen auch bei extremen Adipositaspatienten zu erfolgreicher Gewichtsreduktion und haben die lange Zeit vorherrschenden Magenbandimplantation als häufigstes Operationsverfahren abgelöst [22].

Aktuelle Studien zeigen einen Übergewichtsverlust von 70 Prozent in den ersten drei Jahren [2]. Unbestritten ist auch der positive Effekt vor allem auf metabolische Begleiterkrankungen der morbid Adipositas. Bei dem überwiegenden Teil der Patienten mit einem Diabetes Typ 2 kann hierdurch eine komplette Remission erzielt werden, bei einem hohen Anteil eine Verbesserung der Stoffwechsellage [5, 12, 18].

## Das „Adipositas-Team“ („Bariatric Team“)

Die Komplexität der Operationstechniken und der hiermit einhergehenden Veränderungen der Restriktion und Absorption im Intestinum erfordert nicht nur eine hohe Expertise des Chirurgen, sondern ein komplexes Zusammenspiel verschiedener Fachdisziplinen als Team in der Behandlung dieser Patienten. In Analogie zum „Burn Team“ in der Behandlung Schwerbrandverletzter muss ein Adipositaszentrum über ein „Bariatric Team“ verfügen. Nur so lassen sich optimale Behandlungsergebnisse mit niedriger Komplikationsrate erzielen. Zu einem

**Tab.1: Übergewicht und Obesitas nach BMI**

Klassifikation	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
Untergewicht	< 18,5
Normalgewicht	18,5–24,9
Übergewicht	25–29,9
Fettleibigkeit	30–34,9
Schwere Fettleibigkeit	35–39,9
Morbide Fettleibigkeit	40–50
Super Fettleibigkeit	>50

**Tab. 2: Ernährungsstörungen nach bariatrischer Chirurgie und mögliche Folgezustände**

Art	Häufigkeit	Folge
Proteinmangel	14 %	Wundheilungsstörung, Wundstabilität
Eisenmangel	40 %	Anämie
Kalziumdefizit		Osteoporose
Vit. B 12 Mangel	14,5 %	megaloblastäre Anämie, periphere Neuropathie
Thiaminmangel		neurolog. Symptome, Wernicke-Koraskoff, Enzephalopathie

Team gehören neben dem Adipositas-Chirurgen, Gastroenterologen, Kardiologen, Psychologen, Ökotrophologen, Verhaltenstherapeuten und Plastische Chirurgen. Ziel dieses Teams ist die Erreichung einer möglichst dauerhaften Übergewichtsreduktion bei niedriger Komplikationsrate. Mehrere Studien konnten zeigen, dass körperkonturierende Maßnahmen nach Adipositaschirurgie die Kontinuität der Gewichtsreduktion sehr positiv beeinflussen [3, 13, 19].

## Folgen der Gewichtsreduktion im Hautbereich

Infolge des massiven Gewichtsverlustes zeigen die Patienten einen extremen Hautüberschuss. Aufgrund der meist schlechten Hautqualität mit jahrelanger Überdehnung ist das natürliche Retraktionsvermögen der Haut nicht ausreichend. Zahlreiche Striae distensae im Bereich der Haut geben hierauf Hinweis. Durch den extremen Hautüberschuss mit massiver Faltenbildung tre-

ten erhebliche funktionelle und körperliche Einschränkungen sowie gegenüber konservativen Maßnahmen resistente Hautentzündungen und Ekzeme auf. Die Patienten erleben die Veränderungen ihrer Körperkontur mit häufigem Verlust ihres Selbstwertgefühles; Abnahme des Körpervolumens und Zunahme der Körperhülle laufen diametral ab. Daher ist es wichtig, ihnen frühzeitig im Rahmen dieser Veränderungen bereits mögliche Korrekturansätze der Plastischen Chirurgie aufzuzeigen und sie so in ihrem Abnahmeprozess ermutigend zu unterstützen. Die S3-Leitlinie beinhaltet daher auch die Verpflichtung über plastische Folgeoperationen aufzuklären. Die Veränderung des äußeren Erscheinungsbildes und der damit verbundenen medizinischen und psychosozialen Folgen muss schon vor der gewichtsreduzierenden Operation mit dem Patienten besprochen werden.

Das Verteilungsmuster der von der Gewichtsreduktion am meisten betroffenen Körperregion unterscheidet sich geschlechtsabhängig. Der Hautüberschuss liegt bei Frauen meist im Bereich der vorderen Bauchwand, den Flanken, der Hüftregion, Gesäß, Schambereich und Oberschenkeln vor (Abb. 2). Beim Mann ist diese Verteilung ähnlich, jedoch an Gesäß, vorderen, seitlichen und hinteren Oberschenkeln meist geringer ausgeprägt.

Sinnvolle Voraussetzungen für korrektive Eingriffe der Körperkontur sind über mehr als sechs Monate stabile Gewichtsverhältnisse nach Erreichen des Zielgewichtes. Der BMI sollte im Idealfall unter 32 liegen (Tab. 1). Eingriffe bei einem BMI über 35 sind mit höheren Komplikationsraten behaftet und gleichzeitig verminderter Zufriedenheit mit den Korrekturergebnissen [6]. Dennoch können extreme Veränderungen auch bei Nichtvorliegen dieser Kriterien zu einer dringlichen Operation führen.

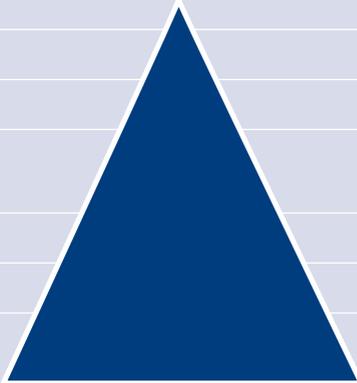
### Planung und Durchführung körperkonturierender Eingriffe

Ein Verständnis der besonderen physiologischen Gegebenheiten bei postbariatrischen Patienten ist unverzichtbar. Diese Patientengruppe unterscheidet sich elementar von der üblichen Patientengruppe mit körperkonturierenden Eingriffen [21].

**Tab. 3: Komplikationen nach postbariatrischen Korrekturingriffen [1, 7, 9, 10]**

Hämatom	1–5 %
Serom	6–37 %
Wunddehiszenz	32 %
Anämie	14 %
Hautnekrose	1–10 %
Narbenrevision	2 %
Infektion	4–8 %
Komplikation	bis zu 42 %

**Tab. 4: Korrekturverfahren bei abdominellen Hautüberschüssen**

Verfahren	Resektionsausmaß
Unterbauchstraffung	
Abdominoplastik mit Nabelversetzung	
Konventionelle Abdominoplastik	
Konventionelle Abdominoplastik mit Faszienstraffung	
Belt Lippektomie	
Erweiterte Abdominoplastik „T-Schnitt“	
Erweiterte Abdominoplastik „T-Schnitt“ mit Faszienstraffung	

Im Rahmen der präoperativen Aufklärung muss die Erwartungshaltung des Patienten auf ein realistisches Niveau gebracht werden. Es muss deutlich gemacht werden, dass die Verbesserung der Körperkontur nur durch Akzeptanz langer, teils sichtbarer und von minderer Qualität bestehender Narben zu erreichen ist. Die Narbenverläufe werden dezidiert dargestellt. Narbensparende Techniken sind in diesem Patientengut effektmindernd und daher nicht sinnvoll. Lang anhaltende Schwellungen treten postoperativ beispielsweise im Bereich der Oberschenkel oder des Mons pubis auf.

Eine strikte Nikotinkarenz des Patienten und die regelmäßige Durchführung sportlicher Aktivitäten soweit möglich sind als aktiver Beitrag des Patienten zum Operationserfolg notwendig.

Körperkonturierende Operation sind mit einer hohen Komplikationsrate behaftet [11, 23]. Ein exakte Analyse und präoperative Erfassung ist daher unverzichtbar, um das Risiko des operativen Eingriffes zu minimieren. Auf die Erfassung vorhandener Mangelzustände ist zu achten, um mögliche Komplikationen zu vermeiden [4, 14, 16, 21 – Tab. 2]. Immerhin ist bereits die Mehrzahl der Adipösen in einem schlechten Ernährungszustand mit vielfältigen Mangelerscheinungen, auch wenn das Gewicht weit über die Norm ist. Durch die Operationen werden diese Zustände noch verschlimmert, insbesondere dann, wenn keine sachgerechte Supplementation erfolgte. Zu den typischen postoperativen Komplikationen nach körperkonturierenden Maßnahmen zählen vor allem Wundheilungsstörungen,

die in bis zu 30 Prozent der Fälle auftreten, Serome oder Hautnekrosen. Folgeschwere Komplikationen sind venöse thrombembolische Ereignisse, die in bis zu 9 Prozent berichtet werden [1, 10, 15 – Tab. 3].

Aufgrund des Ausmaßes bestehender Veränderungen sind korrigierende Eingriffe häufig in mehreren operativen Schritten durchzuführen, die sinnvoll abzustimmen sind. Mehrfache gleichzeitige Eingriffe sind mit einer deutlich höheren Komplikationsrate behaftet [7, 20] Entscheidungsparameter sind die individuelle Dringlichkeit, Erfahrung des Operateurs, notwendige Lagerung und entstehende Spannungsvektoren des Hautweichteilgewebes im Rahmen straffender Operationen. Diese sollen sich im gleichen Eingriff nicht wechselweise kreuzen. Vorhandene Narben aus Voroperationen sind in die Planung der Schnittführung und das Ausmaß der Mobilisierung einzubeziehen.

Länge des operativen Eingriffes und Höhe des geschätzten Blutverlustes geben weitere Entscheidungshilfen. Meistens wird als erster Eingriff eine Korrektur im Bereich des unteren Körperstammes durchgeführt.

Art und Durchführung körperkonturierender Maßnahmen unterscheiden sich erheblich von Operationstechniken wie sie in der ästhetischen Chirurgie eingesetzt werden. Dies wird deutlich am Beispiel der Bauchdeckenkorrektur, bei der zahlreiche und unterschiedliche Techniken zum Einsatz kommen, die den individuellen Patientenanforderungen angepasst wird. Jedes dieser Verfahren hat seine spezielle Indikationsstellung (Tab. 4). Indikationen für eine Abdominoplastik sind der ausgeprägte Hautüberschuss im Bereich der vorderen, häufig auch der seitlichen Bauchwand, die massive Striaebildung, eine Erschlaffung der Bauchwandfaszien und die Rektusdiastase. Diese Veränderungen führen nicht nur zu vermehrter Schweißansammlung mit nachfolgenden intertriginösen Hautentzündungen, sondern auch zu erheblicher Einschränkung im Bewegungsablauf.

Oftmals besteht der Eingriff nicht nur in einer Reduktion der überschüssigen Haut, sondern auch in der dreidimensionalen Formung und Wiederherstellung natürli-

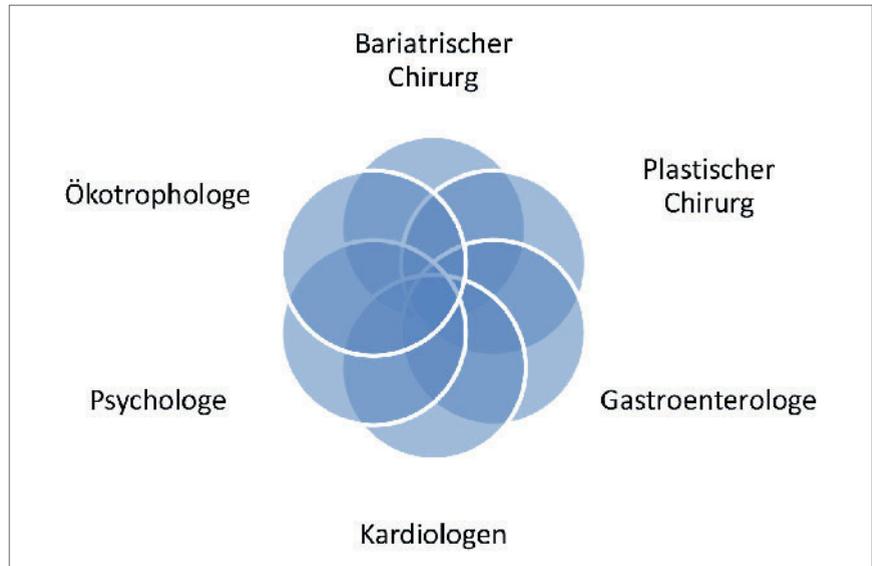


Abb. 1: Das Bariatrische Team



Abb. 2: Geschlechtsspezifisches Verteilungsmuster – Frau

Massiver girlandenförmiger Hautüberschuss nach Gewichtsreduktion im Bereich der vorderen Bauchwand, den Flanken, der Hüftregion, Schambereich und Oberschenkeln bei einer 36-jährigen Patientin



Abb. 3: Geschlechtsspezifisches Verteilungsmuster – Mann

Ausgeprägter Hautüberschuss im Bereich der vorderen Bauchwand, Flanken und Schambereich bei einem 44-jährigen Mann

che Körperkonturen, zum Beispiel an Gesäß und Brust. Die Verwendung körpereigener Gewebeanteile erlaubt, Defizite im Volumen beispielsweise an Brust oder Gesäß mit überschüssigem Gewebematerial auszugleichen im Sinne einer Autoaugmentation.

Aufgrund des Umfangs des Eingriffes ist es sinnvoll, in zwei Teams parallel zu arbeiten, um die Operationszeit sinnvoll zu verkürzen. Dabei bestimmt ein Operateur das Resektionsausmaß, um eine seitengleiche Symmetrie zu erreichen. Verkürzte Operationszeiten helfen eine drohende Hypo-

thermie oder thromboembolische Komplikationen zu vermeiden.

### Fazit

Die deutliche Zunahme morbider adipöser Patienten hat zu einer stetigen Zunahme adipositaschirurgischer Eingriffe geführt, wenngleich Deutschland auch weit hinter anderen europäischen Ländern liegt. Drastische Gewichtsabnahmen gehen mit ausgeprägten Veränderungen des körperlichen Erscheinungsbildes und einer massiven Dermatochalasis einher. Plastisch-chirurgische Korrekturmaßnahmen erfordern eine spezielle Expertise und die Beachtung der besonderen physiologischen Gegebenheiten dieser Patientengruppe. Körperkonturierende Maßnahmen beeinflussen die Kontinuität der Gewichtsreduktion sehr positiv, stellen das natürliche Körperbild und Selbstwertgefühl der Patienten wieder her.

**Prof. Dr. med. Henrik Menke,  
Dr. med. D. Krzysztof Boliglowa  
Dr. med. Seung-Min Ryu  
Prof. Dr. med. Rudolf Weiner**

Korrespondenzadresse  
Prof. Dr. med. Henrik Menke  
Chefarzt  
Klinik für Plastische Chirurgie  
und Zentrum für Schwerbrandverletzte  
Sana Klinikum Offenbach GmbH  
E-Mail: henrik.menke@sana.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Goldenes Doktorjubiläum

- 02.08.: Dr. med. Volker Schlippe,  
Homburg, Bezirksärztekammer  
Marburg
- 08.08.: Prof. Dr. med. Jürgen Dippell,  
Frankfurt, Bezirksärztekammer  
Frankfurt/M
- 08.08.: Dr. med. Detlev Russ, Rödermark,  
Bezirksärztekammer Frankfurt/M
- 09.08.: Dr. med. Wolfgang Merseburg,  
Kelkheim, Bezirksärztekammer  
Frankfurt/M
- 09.08.: Prof. Dr. med. Gerd Goeckenjan,  
Kassel, Bezirksärztekammer  
Kassel
- 26.08.: Dr. med. Gertrud Hevelke,  
Mörfelden-Walldorf,  
Bezirksärztekammer Darmstadt
- 26.08.: Dr. med. Hanna-Renate Güllner,  
Seeheim-Jugenheim,  
Bezirksärztekammer Darmstadt

### Literatur zum Artikel:

# Körperkonturierende Maßnahmen nach bariatrischer Chirurgie

von Prof. Dr. med. Henrik Menke, Dr. med. D. Krzysztof Boligłowa, Dr. med. Seung-Min Ryu, Prof. Dr. med. Rudolf Weiner

1. Aly AS, Cram AE, Chao M, Pang J, McKeon M (2003). Belt lipectomy for circumferential truncal excess: The University of Iowa experience. *Plast Reconstr Surg.*;111:398–413.
2. Baker RS, Foote J, Kemmeter P et al (2004) The science of stapling and leaks. *Obes Surg* 14: 1290–98
3. Blague N, Combescure C, Huber O et al (2013) Plastic surgery improves longterm weight control after bariatric surgery. *Plast Reconstr Surg* 132: 826–33
4. Bloomberg RD, Fleishman A, Nalle JE, et al. (2005) Nutritional deficiencies following bariatric surgery: What have we learned? *Obes Surg.*;15:145–154.
5. Brethauer SA, Aminian A, Romero-Talamas H et al (2013) Can diabetes be surgically cured? Long-term metabolic effects of bariatric surgery in obese patients with type 2 diabetes mellitus. *Ann Surg* 258: 628–36
6. Choban PS, Flancbaum, L (1997) The impact of obesity on surgical outcomes: a review. *J Am Coll Surg* 185: 59–63
7. Coon D, Gusenoff JA, Kannan N, El Khoudary SR, Naghshineh N, Rubin JP (2009) Body mass and surgical complications in the postbariatric reconstructive patient: Analysis of 511 cases. *Ann Surg.*249:397–401
8. Coon D, Michaels J V, Gusenoff JA, Purnell C, Friedman T, Rubin J (2010) Multiple procedures and staging in the massive weight loss population. *Plast Reconstr Surg* 125:691–698
9. Grazer FM, Goldwyn RM (1977) Abdominoplasty assessed by survey, with emphasis on complications. *Plast Reconstr Surg* 59:513–517.
10. Hatef DA, Kenkel JM, Nguyen MQ, et al. (2008) Thromboembolic risk assessment and the efficacy of enoxaparin prophylaxis in excisional body contouring surgery. *Plast Reconstr Surg* 122:269–279
11. Michels, J, Coon, D, Rubin J (2011) Complications in Postbariatric Body Contouring: Postoperative Management and Treatment. *Plastic & Reconstructive Surgery*: 2011;127: 1693–1700
12. Mingrone G, Panunzi S, De Gaetano A et al (2012). Bariatric surgery versus conventional medical therapy for type 2 diabetes. *N Engl J Med* 366: 1577–85
13. Modaressi A, Balague N, Huber O et al (2013) Plastic surgery after gastric bypass improves long-term quality of life. *Obes Surg* 23: 24–30
14. Naghshineh, N; O'Brien Coon, D; McTigue, K; Courcoulas, A; Fernstrom, M; Rubin, JP (2010) Nutritional Assessment of Bariatric Surgery Patients Presenting for Plastic Surgery: A Prospective Analysis. *Plastic & Reconstructive Surg* 126: 602–610:
15. Nemerofsky RB, Oliak DA, Capella JF. Body lift (2006) An account of 200 consecutive cases in the massive weight loss patient. *Plast Reconstr Surg.* 117:414–430.
16. Rinaldi Schinkel E, Pettine SM, Adams E, et al.(2006) Impact of varying levels of protein intake on nutritional support. *Obes Surg.*16:24–30.
17. Santry HP, Gillen DL, Lauderdale DS.(2005) Trends in bariatric surgical procedures. *JAMA* 294:1909–1917
18. Schauer, PR, Kashyap R, Wolski K et al (2012) Bariatric surgery versus intensive medical Therapy in obese patients with diabetes. *N Engl J Med* 366: 1567–76
19. Shah M, Simha V, Garg A. (2006) Review: Long-term impact of bariatric surgery on body weight, comorbidities, and nutritional status. *J Clin Endocrinol Metab.* 91:4223–4231.
20. Shermak M, Shoo B, Deune EG. (2006) Prone positioning precautions in plastic surgery. *Plast Reconstr Surg.*117:1584–1588 discussion 1589
21. Shermak, M. (2012) Pearls and Perils of Caring for the Postbariatric Body Contouring Patient *Plastic & Reconstructive Surg* 130: 585e–596e
22. Sjöström L, Nablo K, Sjöström CD et al. (2007) Effects of bariatric surgery on mortality in swedish obese subjects. *N Engl J Med* 357: 741–52
23. Vastine VL, Morgan RF, Williams GS, et al (1999). Wound complications of abdominoplasty in obese patients. *Ann Plast Surg* 42:34–39.

# Live-Übertragungen aus drei OP-Sälen

## 13. Jahrestagung der Rhein Main AG minimal-invasive Chirurgie

Die Jahrestagung der Rhein Main AG minimal-invasiven Chirurgie gehört seit Jahren mit über 250 Teilnehmern zu den renommiertesten Veranstaltungen für minimal-invasive Chirurgen deutschlandweit. Veranstalter sind Prof. Dr. Dr. med. Ernst Hanisch (Asklepios Klinik Langen), Prof. Dr. med. Vittorio Paolucci (Ketteler-Krankenhaus Offenbach) und Dr. med. Alexander Buia (St. Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt). Schwerpunkte dieser zweitägigen Veranstaltung, die im März 2016 bereits zum 13. Mal stattgefunden hat, waren wieder Neuheiten und aktuelle laparoskopische Techniken in der Viszeral- und Thoraxchirurgie.

### Live Operationen in 3-D

Der erste Kongresstag stand erneut im Zeichen der Live-Operationen. Via Satellit wurde aus drei OP-Sälen der Asklepios Klinik Langen in die Neue Stadthalle Langen übertragen, das Ganze in 3-D-Technik. Unter der Moderation von laparoskopisch erfahrenen Chirurgen konnten die Teilnehmer im Auditorium Rückfragen direkt live mit den Operateuren klären. Das OP-Programm konnte sich auch in diesem Jahr wieder sehen lassen. Laparo-

skopische Rektumresektionen, vergleichend in zwei unterschiedlichen Techniken (Prof. Dr. med. Andreas Türler, Bonn und PD Dr. med. Andreas Rink, Leverkusen) und laparoskopische Sigmaresektion (PD Dr. med. Lutz Mirow, Kirchberg) standen ebenso auf dem Plan wie Standardeingriffe der minimal-invasiven Chirurgie wie die Cholecystektomie in Singleport-Technik (Dr. med. Alexander Buia, Frankfurt) oder Leistenhernienversorgung in TEP-Technik (Dr. med. Klaus-Peter Kröll, Bad Nauheim). Weiterhin lag ein besonderer Schwerpunkt in diesem Jahr auf der laparoskopischen Versorgung der Refluxerkrankung in den unterschiedlichsten Varianten. Hier haben die Organisatoren mit Dr. med. Henning G. Schulz (Castrop-Rauxel) und Prof. Dr. Rudolf Pointner (Zell am See/Österreich) zwei international renommierte Operateure für diese Entität gewinnen können.

### Benefizkonzert

Neu war in diesem Jahr das Format der Get-together-Veranstaltung am Abend. Erstmals wurde ein Benefizkonzert der Ärzteband „Lickin' Boyz“ veranstaltet (wir berichteten in Ausgabe 05/2016 Seite 297). Hier kamen über 10.000 Euro zusammen, die in diesem Jahr je zur Hälfte der Histiozytosehilfe e. V. und dem Verein für Afghanistanförderung zu Gute kamen.

### Wissenschaftliches Vortragsprogramm

Der zweite Tag war mit seinem Vortragsprogramm den wissenschaftlichen Neuerungen und Erkenntnissen in der laparoskopischen Chirurgie gewidmet. Prof. Dr. med. Dietmar Lorenz (Offenbach) überbrachte als Präsident der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie (DGAV) die Grußworte des Präsidiums. Der aktuelle Stand der minimal-invasiven Chirurgie von Magen, Kolon und Rektum waren ebenso Thema wie Diskussionen um den „State-of-the-Art“ von

etablierten laparoskopischen Verfahren wie Cholecystektomie und laparoskopische Sigmaresektion.

Aber auch aktuelle Themen der chirurgischen Welt abseits des OP fanden ihren Einzug. So nahm Prof. Dr. med. Katja Schlosser (Gießen), die im Berufsverband der Deutschen Chirurgen (BDC) das Referat „Vertreterin der Chirurgen“ leitet und Trägerin des „FamSurg-Preis 2015“ der Vereinigung Norddeutscher Chirurgen ist, Stellung zu der Frage „Die Chirurgie wird weiblich?“ Ein weiterer Höhepunkt war der Vortrag von Prof. Dr. med. Markus W. Büchler (Heidelberg), der zum Thema „Aus Fehlern lernen“ das Auditorium in seinen Bann zog. Dr. med. Matthias Krüger, Beauftragter für Nachwuchsförderung des BDC, zeigte mit seinem Beitrag „Zukunft der Chirurgie – Bündnis junger Ärzte“ Chancen und Wege für angehende Chirurgen auf, mahnte aber auch die erfahrenen Kliniker an, dass nur eine gute Weiterbildung und eine Attraktivitätssteigerung des „Arbeitsplatzes Krankenhaus“ den Bedarf an Chirurgen für die Zukunft decken kann.

### Fazit

„Das Konzept von Praxisnähe durch die Live-Operationen und dem wissenschaftlichen Anspruch, aktuell zu sein und über den Tellerrand der Chirurgie auch mal hinaus zu blicken, fand wieder einmal guten Anklang“, resümierten Prof. Hanisch, Dr. Buia und Prof. Paolucci unisono. Die 14. Rhein Main Tagung findet im nächsten Jahr am 2. und 3. Februar 2017 wieder in der Neuen Stadthalle Langen statt – save the date!

**Dr. med. Alexander Buia,  
Prof. Dr. med. Vittorio Paolucci  
Prof. Dr. Dr. med. Ernst Hanisch**

Kontakt:

Dr. med. Alexander Buia  
Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie  
St. Elisabethen-Krankenhaus Frankfurt  
Ginnheimer Str. 3, 60487 Frankfurt/M  
E-Mail: a.buia@Katharina-Kasper.de

### Informationen aus der Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

#### Einschulung an den Berufsschulen:

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 27. August 2016. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Ende August.

Das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule kann im Internet unter: [http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Berufsschulen/Einschulungstermine\\_Berufsschulen.pdf](http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Berufsschulen/Einschulungstermine_Berufsschulen.pdf) eingesehen werden.

### 35 Jahre Ehrenamt am Klinikum Kassel

1981 taten sich acht Frauen zusammen, um ehrenamtlich ihre Hilfe im Klinikum Kassel anzubieten. Die sogenannten Grünen Damen und – mittlerweile auch – Herren sind heute eine Gruppe von 85 Personen. Das 35-jährige Bestehen der Ehrenamtlichen wurde im April feierlich gewürdigt.

Die Initiative ging damals vom Deutschen Evangelischen Frauenbund aus und wurde von der heute 84-jährigen Brunhilde Fabricius ins Leben gerufen. 1986 wurde das Angebot um eine Patientenbibliothek erweitert, die heute mehr als 2800 Titel zählt. 1991 waren bereits 36 grüne Damen auf 16 Stationen im Einsatz. Die ersten grünen Herren kamen 1996 dazu. 1998 wurde zusätzlich der muslimische Besuchsdienst mit acht Blauen Helferinnen eingerichtet.

### Sechs Millionen Euro für Forschung zur ADHS-Behandlung

Die Europäische Union fördert ein Forschungsprojekt unter Federführung des Frankfurter Universitätsklinikums mit sechs Millionen Euro. Die internationale Studie will die Mechanismen hinter der Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätsstörung (ADHS) und mit ihr gemeinsam auftretenden Erkrankungen offenlegen und damit die Diagnose und Behandlung psychischer Störungen auf eine neue Basis stellen. Die Studie hat zum Ziel, die physiopathologischen Mechanismen hinter ADHS und den damit zusammen auftretenden Erkrankungen zu verstehen.

Von der Gesamtförderungssumme fließen eine Million Euro an den Forschungsstandort Frankfurt. Die Laufzeit des Forschungsprogramms beträgt fünf Jahre. Formal hat die Förderung des Programms zum 1. Januar 2016 begonnen. Nach der Bewilligung haben die Forscher im März mit der Arbeit begonnen. Dabei wollen sie sowohl genetische Merkmale als auch Umwelteinflüsse identifizieren, die ADHS und ihre Begleiterkrankungen gemeinsam haben.

### Studie zeigt Chancen und Risiken von Gesundheitsapps

Qualitativ hochwertige Gesundheits-Apps sind eher die Ausnahme als die Regel. Zu diesem Schluss kommt eine Studie der Medizinischen Hochschule Hannover, die vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurde. Nach Ansicht der Experten erfüllen nur wenige Apps der Kategorien „Medizin“ und „Gesundheit und Wellness“ diagnostische und therapeutische Ansprüche. Vielmehr könnten sie den Nutzer verwirren, fehlinformieren oder in falscher Sicherheit wiegen. Zudem habe die rasche Verbreitung mobiler Technologien in der Medizin zu einem Wildwuchs geführt.

Zu den Chancen zählen allerdings Anwendungsmöglichkeiten wie Selbstmanagement, Therapietreue, Prävention oder Gesundheitsförderung. Hierzu fehlen bislang jedoch umfassende Belege für ihren Nutzen. Die Studie empfiehlt daher eine weitestgehende wissenschaftliche Evaluation. Außerdem wird eine vertiefte ethische Diskussion über die Folgen der neuen technologischen Möglichkeiten im Gesundheitsbereich, etwa bei der Abwägung zwischen Privatheit und Transparenz oder Autonomie und Kontrolle gefordert. Auch der mangelnde Datenschutz wird als weitere Problemfeld beschrieben.

Die vollständige Studie kann eingesehen werden unter [www.charismha.de](http://www.charismha.de).

### Olfaktorische Tumordetektion: Hunde sollen Krebs aufspüren

Vielen ist bekannt, dass Hunde kleinste Mengen Drogen oder Sprengstoff entdecken können. Weniger bekannt ist, dass Hunde auch Krebs riechen können. So haben bereits einige Studien gezeigt, dass Hunde Lungenkrebs in der Atemluft mit einer Nachweisgenauigkeit von über 70 bis 90 Prozent und Darmkrebs im Stuhl mit einer Nachweisgenauigkeit von 97 Prozent riechen können.

Das Klinikum Darmstadt, das Deutsche Krebsforschungszentrum Heidelberg (DKFZ), die Heidrun Seibert Stiftung sowie das Hundezentrum Teamcanin haben sich für eine neue Studie zusammengesetzt, deren Ziel es ist, die Analyse der

durch den Hund entdeckten Moleküle zu einem technischen Chip-Verfahren zu entwickeln. Die von den Hunden erkannten Moleküle sollen in eine elektronische Nase übertragen werden – ein Gerät das sich später standardisiert einsetzen lässt. Geleitet wird das Projekt von Prof. Dr. med. Carl Schimanski, Direktor der Medizinischen Klinik II am Klinikum Darmstadt. Das Klinikum wird die Wirksamkeit der olfaktorischen Detektion mit allen herkömmlichen Diagnostiktechniken (Lungenspiegelung, CT/Röntgen Lunge, PET/CT bei Lungenkrebs, sowie Darmspiegelung bei Darmkrebs) abgleichen.

Die gesammelten Atem-, Stuhl- bzw. Urinproben werden an das Hundetrainingszentrum Teamcanin geschickt, wo speziell konditionierte Hunde die Proben bewerten. Weitere Proben werden an das Deutsche Krebsforschungszentrum (DKFZ) versendet, damit dort die molekulare Signatur der Geruchsprobe analysiert und entschlüsselt werden kann.

### Neue Website der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt ist online

Die neue Homepage der Beratungsstelle Frauennotruf Frankfurt ist online: [www.frauennotruf-frankfurt.de](http://www.frauennotruf-frankfurt.de)

Mit nur wenigen Klicks können sich Ratsuchende über das Angebot des Frauennotrufs sowie über den Ablauf und die möglichen Schwerpunkte einer Beratung informieren. Außerdem können Erstinformationen zum Beispiel zu K.O.-Mitteln, zu digitaler Gewalt oder der medizinischen Soforthilfe nach Vergewaltigung abgerufen werden. Eine Infothek hält außerdem zahlreiche Informationsflyer und Videos zum Download bereit. Die Homepage der Beratungsstelle richtet sich sowohl an von Gewalt bedrohte oder betroffene Mädchen und Frauen sowie an deren Angehörige und Freundeskreis. Außerdem hält die Webseite Fachinformationen für Ärztinnen und Ärzte aus Kliniken und niedergelassenen Praxen, aber auch für Frauenbeauftragte, Personalverantwortliche, Lehrkräfte und Fachkräfte der sozialen Arbeit bereit.

**Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: [maren.grikscheit@laekh.de](mailto:maren.grikscheit@laekh.de)**

Auf der 53. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Epileptologie in Jena wurde die Promotion von **Dr. med. Janna Riechmann** mit dem „Promotionspreis Epilepsie“ der Gesellschaft für Epilepsieforschung e. V. aus Bielefeld und die dazugehörige Publikation mit dem „Dieter Janz-Preis“ zur Förderung des epileptologischen Nachwuchses der Prof. Dr. Peter & Jytte Wolf-Stiftung für Epilepsie ausgezeichnet. Die 30-jährige Preisträgerin ist Assistenzärztin an der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Gießen. Ihre Promotion „Evaluation der Lebensqualität und der Krankheitskosten bei Kindern und Jugendlichen mit Epilepsie – die EpiPaed-Studie“ erfasste populationsbasierte Daten zu Lebensqualität und Kosten in Hessen und Schleswig-Holstein.



Foto: privat

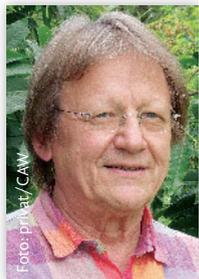


Foto: privat/CAW

**Dr. med. Lutz Müller**, Pädiater aus Offenbach, wurde zum 2. Stellvertretenden Vorsitzenden der PID Ethik-Kommission für die Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen gewählt. Die PID-Ethikkommission, konstituiert im Juli 2015, hat die Aufgabe, Anträge auf Durchführung einer Präimplantationsdiagnostik zu bewerten. Müller ist außerdem hessischer Landesverbandsvorsitzender des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte e. V.



Foto: Marc Fippel/Zwingenberg

Auf der jüngsten Jahresmitgliederversammlung des Hessischen Chirurgenverbandes HCV ist **Dr. med. Peter Schwalbach** (Foto), Bensheim, zum neuen Vorsitzenden gewählt worden. Aus Altersgründen ist **Michael Waldeck** nicht mehr zur Wiederwahl angetreten. Stellvertretender Vorsitzender ist **Achim Hundsdorf**, Langen.

**Dr. med. Rifat Kacapor** (Foto) wird kommissarischer Leiter der Kardiologie der Kliniken des Main-Taunus-Kreises. Er folgt damit **PD Dr. med. Christoph Langer**



Foto: Kliniken des MTK

nach, der im Januar aus der Leitungsfunktion der Klinik ausgeschieden ist. Kacapor ist seit 2010 als Oberarzt und leitender Oberarzt in der Klinik des Krankenhauses Bad Soden tätig. Er ist Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie sowie Notfallmediziner. Bereits im Jahr 2014 war er als kommissarischer Leiter der Klinik tätig. Die endgültige Besetzung der Position wird in den nächsten Monaten vorbereitet und entschieden, teilen die Kliniken des Main-Taunus-Kreises mit.

Die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Herborn steht seit dem 1. März unter neuer ärztlicher Leitung. **Prof. Dr. med. Ulrich W. Preuß** wechselt vom Kreiskrankenhaus Prignitz nach



Foto: Vitos

Herborn. Preuß ist seit 2012 außerplanmäßiger Professor für Psychiatrie und Psychotherapie der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Seine klinischen Schwerpunkte liegen im Bereich der Abhängigkeitserkrankungen und Suizidalität sowie in der Behandlung gerontopsychiatrischer Störungsbilder, schizophrener Psychosen und Borderline-Persönlichkeitsstörungen. Preuß ist Vorstandsmitglied der Deutschen Hauptstelle für Suchtgefahren sowie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde und ist gleichzeitig stellvertretender Vorsitzender der deutschen Gesellschaft für Suchtmedizin.

Am 1. April hat **Dr. med. Stefanie Buchen** als Chefärztin die Leitung der Frauenklinik an der Asklepios Paulinen Klinik (APK) übernommen. Die 48-jährige Spezialistin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kommt vom Klinikum Pforzheim, wo sie seit 2009 als stellvertretende Chefärztin

der Frauenklinik und seit 2013 zusätzlich als Leiterin des Brustzentrums tätig war. Buchen will an der APK die Diagnose und Therapie von frauenspezifischen Krebserkrankungen weiter ausbauen. Sie ist unter anderem spezialisiert auf die operative und konservative Therapie in der gynäkologischen Onkologie und der Brustkrebstherapie sowie sämtlicher plastisch rekonstruktiver Eingriffe an der Brust.



Foto: APK

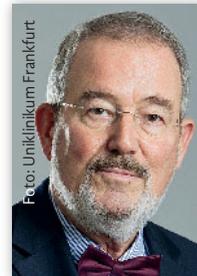


Foto: Uniklinikum Frankfurt

**Prof. Dr. med. Jürgen Schölmerich**, Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender des Universitätsklinikums Frankfurt/M, wurde zum stellvertretenden

Obmann und damit auch zum stellvertretenden Senator der „Sektion 16 – Innere Medizin und Dermatologie“ der renommierten Leopoldina, Nationale Akademie der Wissenschaften, auf vier Jahre gewählt.

Die Allgemeine, Viszerale und Onkologische Chirurgie der Lahn-Dill-Kliniken wird neu standortübergreifend innerhalb eines Zentrums organisiert und von **PD Dr. med. Frank Ulrich** (Foto) geleitet. Ulrich ist seit 1. Juli 2015 Chefarzt der Klinik für Allgemeine, Viszerale und Onkologische Chirurgie am



Foto: Lahn-Dill-Kliniken

Klinikum Wetzlar. Zusätzlich hat am Standort Dillenburg seit 1. Juni **Dr. med. Christian Charles Ondo-Meva** (Foto rechts) die neu geschaffene Stelle des Leitenden Arztes des viszeralchirurgischen Teams und Vertreters von Ulrich übernommen. Ondo-Meva kommt vom Helios Klinikum Salzgitter. Er ist Facharzt für Chirurgie, Viszeralchirurgie



Foto: Lahn-Dill-Kliniken

gie, spezielle Viszeralchirurgie und Rettungsmediziner. Das neue Zentrum wird das dritte standortübergreifende Zentrum sein, das an den Lahn-Dill-Kliniken etabliert wird. Die Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin sowie die Unfallchirurgie und Orthopädie sind bereits standortübergreifend in Zentren organisiert. Die Abteilungen in Wetzlar und Dillenburg sollen mittelfristig zusammenwachsen.



Foto: Uniklinikum Frankfurt

2016 ging der Studienpreis der Deutschen Krebsgesellschaft an die German Rectal Cancer Study Group. Hauptpreisträger sind **Prof. Dr. med. Claus Rödel** (Foto, Direktor der Klinik für Strahlentherapie und Onkologie des Uniklinikums Frankfurt/M) und **Prof. Dr. med. Rolf Sauer** (Erlangen; emeritiert). Nebenpreisträger sind **Prof. Dr. med. Torsten Liersch** (Göttingen) und **PD Dr. med. Ullrich Graeven** (Mönchengladbach). Der Preis ist mit 10.000 Euro dotiert. Außerdem unterstützt die Deutsche Krebshilfe die von Rödel geleitete Nachfolgestudie mit einem Millionenbetrag.

**Prof. Dr. med. Florian M. E. Wagenlehner** (48) hat den Ruf auf die W3-Professur für Urologie, Kinderurologie und Andrologie der Justus-Liebig-Universität Gießen angenommen.



Foto: privat

**Sepide Kashefiolasi** (29), Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Neurochirurgie der Uniklinik Frankfurt/M, hat von der European Stroke Research Foundation den Young Investigator Award erhalten. Sie wird geehrt für ihre Arbeit „Antithrombotische Therapie als Einflussfaktor für die Blutverteilung und Prognose bei nicht-aneurysmatischer Subarachnoidalblutung“. Die Stroke Research Foundation wurde gegründet,



Foto: Uniklinikum Frankfurt

um den wissenschaftlichen Austausch zwischen Klinikern und Grundlagenforschern zu fördern. Ziel ist es, durch die Zusammenarbeit Präventivmaßnahmen gegen Schlaganfälle zu erforschen sowie neue Therapieansätze.

Nach knapp 25 Jahren Tätigkeit als Chefarzt der Strahlenklinik am Klinikum Offenbach ist **Prof. Dr. rer. nat. Dr. med. Nikolaos Zamboglou**

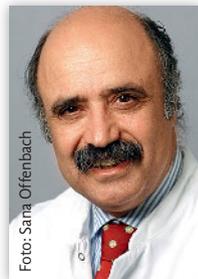


Foto: Sara Offenbach

in den Ruhestand verabschiedet worden. Der promovierte Physiker und habilitierte Mediziner wurde 1992 als Chefarzt an die Offenbacher Strahlenklinik berufen. Weltweit gilt Prof. Zamboglou als renommierter Strahlentherapeut, dessen herausragende Leistungen sich in zahlreichen Ehrungen und Preisen widerspiegeln. Er ist Mitglied in zahlreichen Fachverbänden und war von 2003 bis 2005 Präsident der Deutschen Gesellschaft für Radioonkologie (DEGRO). Während seiner Tätigkeit als Chefarzt haben 30 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Strahlenklinik unter seiner Ägide den Dokortitel erworben, fünf Ärzte habilitierten und wurden zu Privatdozenten ernannt.

## Nachruf auf Margret Eder

In ihrem 96. Lebensjahr ist Margret Eder, langjährige Referentin für das Facharztwesen der Landesärztekammer Hessen, im amerikanischen San Antonio gestorben. Eder, die nach einer Karriere als Sängerin vor 50 Jahren in die Kammer eintrat, hielt auch jahrzehntelang nach dem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst – trotz ihres Umzugs in die USA – die freundschaftlichen Bindungen mit ihrem früheren Wirkungskreis aufrecht. Nach der Einführung der Facharztprüfungen hatte die Zentralisierung des Weiterbildungswesens zu ihrem besonderen Anliegen gehört. 1982 wurde Eder für ihr Engagement mit dem „Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft“ ausgezeichnet.



Fotos: Bürgerhospital Frankfurt

PD Dr. med. Oliver Schwenn (links) und Dr. med. Christian Vorländer

**PD Dr. med. Oliver Schwenn** (55), seit 2005 Chefarzt der Augenklinik am Bürgerhospital Frankfurt/Main, wurde die akademische Bezeichnung Außerplanmäßiger Professor der Goethe-Universität verliehen. **Dr. med. Christian Vorländer**, seit 2008 Chefarzt der Klinik für Endokrine Chirurgie am Bürgerhospital, wurde zum Vorstandsmitglied der Chirurgischen Arbeitsgemeinschaft Endokrinologie (CAEK) gewählt. Die CAEK ist die größte Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Gesellschaft für Allgemein- und Viszeralchirurgie. Als Partnerin anderer nationaler Organisationen bringt die CAEK die Expertise ihrer Mitglieder zur Erarbeitung von landesweit gültigen Leitlinien in endokriner Chirurgie und von Zertifizierungsvoraussetzungen für spezialisierte Zentren ein.

Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: [isolde.asbeck@laekh.de](mailto:isolde.asbeck@laekh.de)



Foto: privat

Margret Eder wurde mit dem „Ehrenzeichen der deutschen Ärzteschaft“ ausgezeichnet

**Prof. Dr. med. Horst Joachim Rheindorf**

# Damit wir verstehen, was um uns / mit uns geschieht

Der 119. Deutsche Ärztetag in Hamburg hat zu TOP GOÄneu 17 Beschlüsse gefasst. Diese sind im Internet einsehbar. Bevor man über die Einzelheiten der neuen Gebührenordnung in spe und über den Stand der Verhandlungen diskutiert, sollte man sich das Grundsätzliche vergegenwärtigen, nämlich: Wer verhandelt hier mit wem aufgrund welcher Legitimation und auf der Basis welcher Rechtsgrundlage? Die Bundesärztekammer (BÄK) ist eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Ärztekammern mit dem Zweck der Berufsvertretung aller Ärzte in Deutschland. Diese Arbeitsgemeinschaft ist keine Kammer im eigentlichen Sinne oder eine sonstige Körperschaft des Öffentlichen Rechts, sondern ein nicht eingetragener Verein, ohne eigene Rechtsfähigkeit.

Nach der bisherigen Systematik kann die Bundesregierung einfach mittels Rechtsverordnung unter Zustimmung des Bundesrates auf der Basis von § 11 BÄO (Bundesärzteordnung) eine neue Gebührenordnung erlassen bzw. diese weiter entwickeln. Nun ist seitens der Politik vorgesehen – und so steht es auch im Begründungsteil des angenommenen Leitantes des Vorstandes der BÄK (TOP I-05) –, dass die Gesetzesinitiative (!) umgesetzt werden soll, sofern sich BÄK, PKV-Verband und die Beihilfe ... auf einen Vorschlag zur Novellierung der BÄO einigen können.

Man beachte hier die neue Qualität: eine Gesetzesinitiative statt Rechtsverordnung! Scheinbar zutreffend sagte Minister Gröhe in seiner Eröffnungsrede in Hamburg: „Ich halte eine Überarbeitung der GOÄ für überfällig.“ Ja, ich auch! Und er könnte sie überarbeiten, wenn er es denn wollte. Aber er tut es nicht... Warum bloß? Offenbar will er etwas anderes. Man kommt sich vor wie in einem Spiel: Wer sich zuerst bewegt, der hat verloren. Wir sind bereits soweit. Wir, die Ärzteschaft, entwickeln auf eigene Kosten (bis zu drei Millionen Euro?) einen eigenen Entwurf und verhandeln darüber mit Dritten, nämlich den Krankenkassen und der Beihilfe. (Anmerkung: den Behandlungsvertrag schließen wir mit dem Patienten!)



Michael Andor auf dem 119. Deutschen Ärztetag

Durch diese Gesetzesinitiative, wie sie durch das Gesundheitsministerium, die Privatversicherer, Beihilfe und wohl durch die BÄK angestrebt bzw. als unabwendbar dargestellt wird, soll die Rechtsgrundlage für eine künftig neue Selbstverwaltung geschaffen werden, wie zum Beispiel im Sinne des KV-Systems oder der Bürgerversicherung. Es ist unser „Restrisiko“, ob und wie weit künftige Regierungen in diesem Sinne dann einfach durchregieren. Die Grundlagen dafür schaffen wir heute!

Ich sehe es schon kommen: Zum Schluss wird es heißen, das Ministerium konnte nicht anders als der Forderung unserer Urversammlung (nach Satzung = Hauptversammlung) zuzustimmen und dem Druck der Ärzteschaft nachzugeben, um mit den Privatversicherern eine gemeinsame Selbstverwaltung einrichten zu dürfen. Eine realistische Chance auf diese Entwicklung noch Einfluss zu nehmen haben erklärter Weise insbesondere die Fachgesellschaften und Berufsverbände.

Hier gilt nun, die „Verantwortung“ unserer Verbände einzufordern. Dies kann auch indirekt, wie beispielsweise anlässlich der KV-Wahlen im Spätsommer/Frühherbst geschehen. So würde sich der Kreis dann schließen...

**Michael Andor**  
Liste Hausärzte,  
Delegierter der LÄKH

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

## „Jeder ist aufgerufen, eigene Erfahrungen zu machen!“

Zum Artikel „Der Glaube an Globuli“ im Hessischen Ärzteblatt 04/2016, Seite 231  
von Dr. med. Jürgen Bausch

Prof. Dr. med. Norbert Schmacke et al. haben ein lesenswertes Büchlein jenseits von Vorurteilen und Glaubensbekenntnissen gefertigt, in dem der Experte versichert, dass kein homöopathisches Medikament Belege für Heilung von Krankheiten bewiesen hat. Gern nehme ich dem Herrn Professor seine Ansicht ab, wie sie schon von vielen Experten vor ihm vertreten worden ist: Ich entsinne mich zum Beispiel an den Berliner Prof. Dr. med. Otto Prokop (1921–2009), der vor 50 Jahren einen scharfen Angriff auf die Homöopathie ritt – ohne Nutzen, weil er wie viele andere sich nicht nach dem Tipp richtete, den der Schöpfer der Homöopathie Samuel Hahnemann selbst gab: Macht's nach, aber macht es genau nach! Hahnemann hat vor 200 Jahren sicher andere wissenschaftliche Vorstellungen als heute gehabt. Er hatte bei seiner Entdeckung des homöopathischen Prinzips beim Ausprobieren eines Quentchens Chinarinde die Idee, er müsse für jede Arznei – was bis dahin noch nie getan war – eine genau beschriebene Krankheitsgeschichte herstellen durch Prüfungen an Gesunden, wobei er alle Veränderungen an Geist, Seele und Körper aufreihen ließ. Das ist auch eine wissenschaftliche Methode!

Aus dieser Sammlung einzelner Arzneibilder suchte er sich die Ähnlichste zum Krankheitsbild heraus. Bei der Behandlung benutzte Hahnemann Lösungen mit Wasser oder Alkohol oder mit zerriebenen Substanzen (etwa Milchzucker), um sie dem kranken Körper einzuflößen. Er hat als Erster die wissenschaftliche Untersuchung der Arznei begonnen.

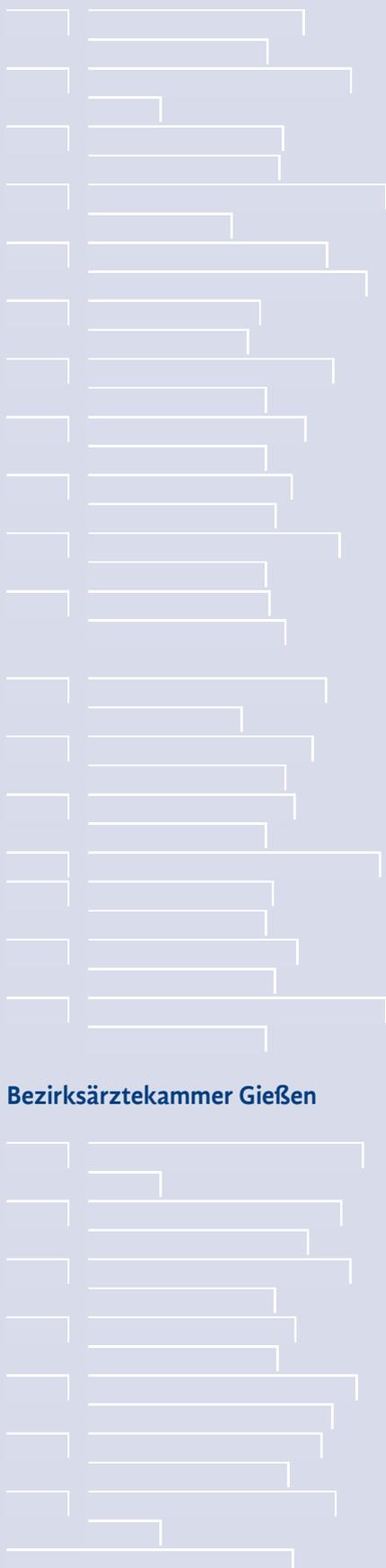
Ich füge hier eine Patientinnenkartei bei, die ich in der Zeitschrift für Klassische Homöopathie und Arzneipotenzierungen im Band 1958/3 veröffentlicht habe: Patientin war eine 44-jährige Bäuerin aus einem Dörfchen vier Kilometer entfernt von meinem Wohnort, die allein in einem von zwei Kühen gezogenen Wagen zu mir kam

(1951!), weil sie sich nicht anders fortbewegen konnte. Sie war ein Jahr zuvor in der Universitäts-Frauenklinik in Gießen an einer Gebärmutterensenkung operiert worden, wonach einige Tage später lebhaftes Schmerzen bis in die Lendenwirbelsäule anfangen und sie bis jetzt quälten. Meine Mitteldiagnose: Alumina. Sie besaß fast alle mir aus dem homöopathischen Arzneibuch bekannten Symptome dieses Mittels. Um mir Gewissheit zu geben, dass die Hochpotenz dieses Mittels tatsächlich reagierte, gab ich damals stets Placebo zusammen mit genauso weißen Arzneikügelchen für drei Tage (für mittags und abends) mit, wobei ich die Alumina-Dosen an dem zweiten Tag lutschen ließ. Die Patientin erschien acht Tage später: freudestrahlend erzählte sie, dass sie am Morgen des dritten Tages wie verwandelt gewesen sei. Sie habe die Kreuz-Unterbauchschmerzen verloren und die Beine seien so kräftig geworden, dass sie heute zu Fuß hierher komme. Da die Arznei noch wirkt, unterlasse ich vorerst noch eine Medikation und gebe ihr für den Fall, dass neue Schmerzen sich zeigen, zwei Dosen Alumina D200 mit. 10.10.1951: Die Arznei habe sie nicht zu nehmen brauchen. Seit der Kartoffelernte habe sie wieder Rückenschmerzen. Sie soll heute fünf Kügelchen beim Schlafen legen: Alumina D200. Ein Jahr später ließ mir die Patientin mitteilen, dass sie sich seit meiner Behandlung völlig gesund fühle.

Nunmehr lebe ich im 96. Lebensjahr und im 70. aktiven Praxisjahr zumeist mit erfolgreichen Heilungen mit Tief- und Hochpotenzen. Daher muss ich mich einer offenbar ungerechtfertigten Kritik dieser Heilweisen entgegenstellen. Sie sind zu wichtig als dass sie einer nachwachsenden Ärztegeneration verborgen bleiben sollten. Jeder ist aufgerufen, seine eigenen Erfahrungen zu machen!

**Dr. med. Robert Römer**  
Bad Nauheim

### Bezirksärztekammer Darmstadt



### Einladung zur 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur 10. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen  
der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

**Mittwoch, 14. September 2016, 17 Uhr s. t.,**

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

#### TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 9. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 19. März 2016
4. Versorgungswerk
  - a) Jahresabschluss 2015
  - b) Erhöhung der Renten zum 01.01.2017, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
  - c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2016
5. Jahresabschluss 2015
  - a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
  - b) Bericht des Vorsitzenden des Hilfsfonds
  - c) Feststellung des Jahresabschlusses 2015
  - d) Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2015
  - e) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für den Jahresabschluss 2016
6. Nicht erledigte Anträge aus der Delegiertenversammlung vom 19. März 2016
7. Ausgabe des elektronischen Heilberufsausweises durch die Landesärztekammer Hessen
8. Änderung der Weiterbildungsordnung
9. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen „Im Vogelsong“ in Frankfurt am Main
10. Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
11. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 1. Juni 2016

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

## Das Antikorruptionsgesetz ist da – und jetzt?

Seit der Entscheidung des Großen Senats für Strafsachen des Bundesgerichtshofes (BGH) und damit vier Jahre lang feilte der Gesetzgeber am Tatbestand des Antikorruptionsgesetzes. 2012 hatte der BGH den Vertragsarzt weder als Amtsträger noch als Beauftragten der Krankenkassen angesehen und damit nicht als strafbar im Sinne der Korruptionsvorschrift des § 299 StGB. In der Öffentlichkeit entstand daraufhin der Eindruck, was nicht strafbar ist, sei legal. Fälschlicherweise – denn insbesondere Berufsordnung und Vertragsarztregelungen sehen zahlreiche Tatbestände vor, die dem Arzt strenge Verhaltensregeln auferlegen. So konnten denn auch die Ärztekammern in dem der BGH Entscheidung zugrunde liegenden „Ratiopharm-Skandal“ trotz Straflosigkeit der beteiligten Ärzte eine berufsrechtliche Aufarbeitung und Sanktionierung durchführen. Gleichwohl verstummte der Ruf nach dem Gesetzgeber nicht.

Am 4. Juni 2016 ist es nun in Kraft getreten, das Gesetz zur Bekämpfung von Korruption im Gesundheitswesen. Damit droht Ärzten und Angehörigen anderer Heilberufe künftig bis zu drei Jahren Freiheitsstrafe, wenn sie sich einen Vorteil dafür versprechen lassen, dass sie bei der Verordnung von Arzneimitteln oder Medizinprodukten, bei dem zur unmittelbaren Anwendung bestimmten Bezug von Arzneimitteln oder Medizinprodukten oder bei der Zuweisung von Patienten einen anderen im Wettbewerb unlauter bevorzugen (§ 299a StGB – Bestechlichkeit im Gesundheitswesen). Spiegelbildlich gilt dies auch für den aktiv Bestechenden (§ 299b StGB – Bestechung im Gesundheitswesen).

### § 299a StGB: Bestechlichkeit im Gesundheitswesen

Wer als Angehöriger eines Heilberufs, der für die Berufsausübung oder die Führung der Berufsbezeichnung eine staatlich geregelte Ausbildung erfordert, im Zusammenhang mit der Ausübung seines Berufs einen Vorteil für sich oder einen Dritten als Gegenleistung dafür fordert, sich versprechen lässt oder annimmt, dass er

1. bei der Verordnung von Arznei-, Heil- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten,
2. bei dem Bezug von Arznei- oder Hilfsmitteln oder von Medizinprodukten, die jeweils zur unmittelbaren Anwendung durch den Heilberufsangehörigen oder einen seiner Berufshelfer bestimmt sind, oder
3. bei der Zuführung von Patienten oder Untersuchungsmaterial

einen anderen im inländischen oder ausländischen Wettbewerb in unlauterer Weise bevorzugen, wird mit Freiheitsstrafe bis zu drei Jahren oder mit Geldstrafe bestraft.

Auf Intervention der Ärzteschaft konnte zumindest die vom Gesetzgeber geplante Tatbestandsalternative verhindert werden, dass der Heilberufsangehörige seine Pflicht zur heilberuflichen Unabhängigkeit verletzt. Ebenso konnte der Gesetzgeber davon überzeugt werden, dass gerade das Sozialrecht gewünschte Kooperationen im Gesundheitswesen beschreibt (§§ 115a/b, 116, 140 a ff. SGB V), die nicht durch das Strafrecht konterkariert werden sollten.

Was ändert sich also durch das neue Strafgesetz, wenn dessen Regelungsinhalte bereits bislang durch Berufsrecht und Vertragsarztrecht verboten waren? Künftig wird die Staatsanwalt ebenfalls aktiv werden. Durchsuchung und Beschlagnahme beinhalten jedoch immer eine latente Gefahr der Rufschädigung in der Öffentlichkeit, selbst wenn das Verfahren später eingestellt werden sollte.

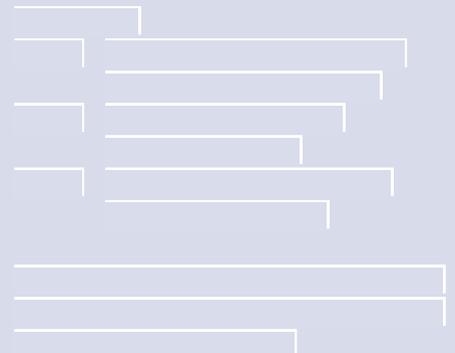
Das Risiko, in das Visier der Staatsanwaltschaft zu kommen, kann verringert werden, wenn bei Abschluss von Kooperationsverträgen anwaltliche Hilfe in Anspruch genommen und die Verträge der Ärztekammer vorgelegt werden. Berührt der Vertrag neben dem Berufsrecht auch Rechtskreise des Vertragsarzt- und/oder des Krankenhausrechts, so kann das sogenannte Clearingverfahren zwischen Landesärztekammer Hessen, Kassenärztlicher Vereinigung Hessen und Hessischer Krankenhausgesellschaft angerufen werden. Als Faustregel gilt: Leistung und Gegenleistung müssen angemessen sein. Das Gesetz ist online im Bundesgesetzblatt einsehbar unter: [www1.bgbl.de](http://www1.bgbl.de).

**Manuel Maier**

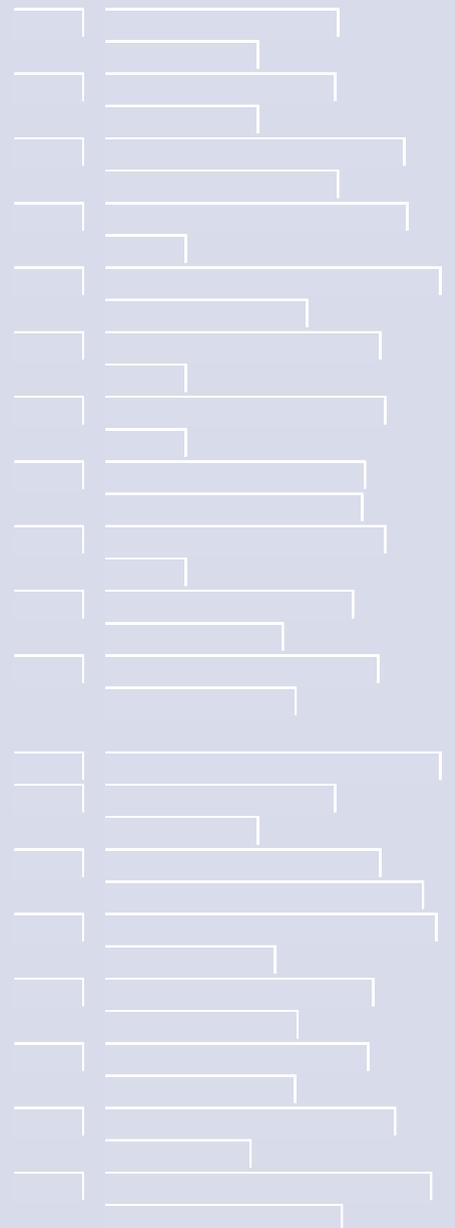
Justitiar der Landesärztekammer Hessen

## Geburtstage

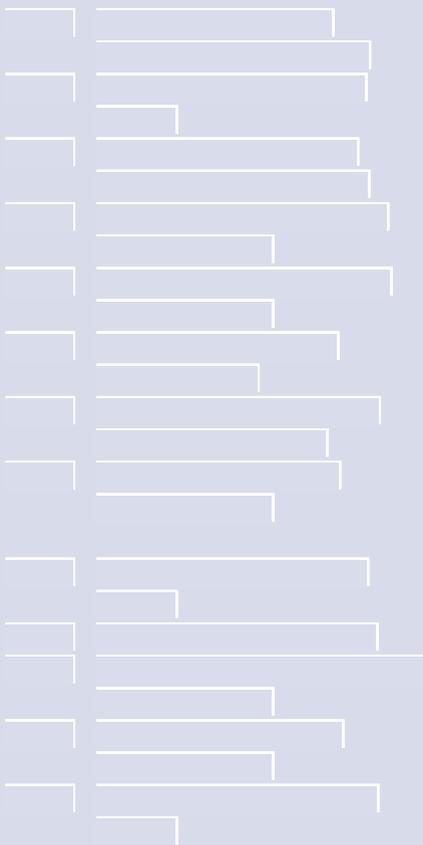
### Bezirksärztekammer Gießen



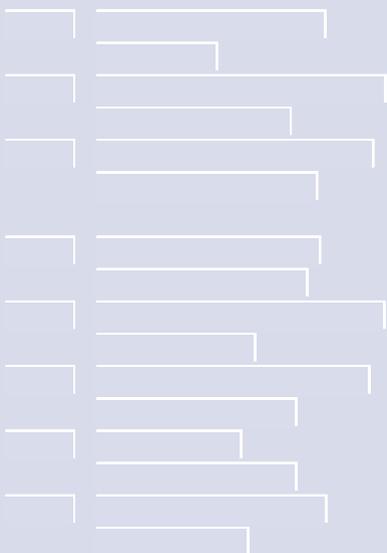
### Bezirksärztekammer Kassel



## Bezirksärztekammer Marburg



## Bezirksärztekammer Wiesbaden



## Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Adriana Bermes, Wiesbaden  
\* 02.09.1971 † 14.05.2016

Dr. med. Karl Frech, Darmstadt  
\* 29.04.1921 † 01.05.2016

Dr. med. Dr. med. dent. Heinz-Jürgen  
Gille, Petersberg  
\* 18.03.1928 † 10.05.2016

Dr. med. Martha Johanna Mechthild  
Grüber, Großlüder  
\* 18.08.1955 † 23.04.2016

Dr. med. Rolf Heimann, Erbach  
\* 06.10.1951 † 28.08.2015

Dr. med. Pia Klapsch, Braunfels  
\* 08.08.1929 † 29.04.2016

Dr. med. Thea Kramer, Wiesbaden  
\* 10.05.1926 † 20.04.2015

Dr. med. Hans-Dieter Krannig, Hünfeld  
\* 04.01.1928 † 03.12.2014

Dr. med. Paul Limberg, Linden  
\* 27.04.1950 † 16.03.2016

Dr. med. Heinrich Lotz, Oberursel  
\* 10.01.1924 † 05.05.2016

Dr. med. Matthias Mehler, Schlüchtern  
\* 31.10.1961 † 15.04.2016

Dr. med. Hans-Juergen Werner,  
Hainburg  
\* 07.09.1941 † 04.03.2016

Angelika Wittmann, Frankfurt  
\* 25.06.1940 † 29.04.2016

## Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren  
gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060042574 ausgestellt  
am 04.04.2016 für Dr. (B) Hans-Joachim  
Bartels, Dortmund

Arztausweis-Nr. 060034145 ausgestellt  
am 30.06.2014 für Dr. med. Gernot  
Berthold, Langgöns

Arztausweis-Nr. 060040656 ausgestellt  
am 12.11.2015 für Irina Kaluzki,  
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060040818 ausgestellt  
am 26.11.2015 für Dr. med. Gerald  
Ludwig, Dreieich

Arztausweis-Nr. 060034852 ausgestellt  
am 18.08.2014 für Dr. med.  
Dr. med. dent. Christine Moll, Marburg

Arztausweis-Nr. 060039055 ausgestellt  
am 09.07.2015 für Hannah Park,  
Gießen

Arztausweis-Nr. 060028348 ausgestellt  
am 07.01.2013 für Dr. med. Oliver  
Ranze, Fulda

Arztausweis-Nr. 060038320 ausgestellt  
am 04.05.2015 für Dr. med. Semira  
Sepher Rezai, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060025884 ausgestellt  
am 07.05.2012 für Anita Sommer,  
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033135 ausgestellt  
am 01.04.2014 für Tina Wertenbruch-  
Rocke, Hamburg

# Wahlbekanntmachung zur Wahl der Vertreterversammlung der KV Hessen

Die Wahlperiode der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen endet am 31.12.2016. Die ärztlichen und psychotherapeutischen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wählen nach § 80 Abs. 1 und Abs. 1 a SGB V in Verbindung mit den Bestimmungen der Wahlordnung (WO) in der Fassung vom 29. Mai 2010 die Mitglieder der Vertreterversammlung für die kommende Wahlperiode 2017 bis 2022 je getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Briefwahl. Gemäß § 9 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird hiermit Folgendes bekannt gemacht:

## I. Wahlfrist

Die Wahlzeit für die Durchführung der Briefwahl (§ 17 WO) wird im Einvernehmen mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gemäß § 9 der Wahlordnung auf die Zeit vom 28. September bis 26. Oktober 2016 festgesetzt.

## II. Zahl der zu wählenden Mitglieder der Vertreterversammlung

Dabei ergibt sich die auf die einzelnen Mitgliederkreise entfallende Zahl der zu wählenden Mitglieder der Vertreterversammlung wie folgt (§§ 4 und 5 WO):

	Zahl der Wahlberechtigten *)	Mitglieder
ÄRZTLICHE MITGLIEDER	9.862	45
PSYCHOTHE-RAPEUTISCHE MITGLIEDER	2.341	5

\*) Stand: 31. Mai 2016

### Anmerkung:

Gemäß § 2 Abs. 1 der Wahlordnung ist der Wahlkreis für die Wahl der ärztlichen Mitglieder das Gebiet des Landes Hessen.

Gemäß § 2 Abs. 2 der Wahlordnung ist der Wahlkreis für die Wahl der psychotherapeutischen Mitglieder das Gebiet des Landes Hessen.

## III. Wahlvorschläge

Diese Bekanntmachung gilt zugleich als Aufforderung, bis zum 17. August 2016 (18.00 Uhr) bei dem Landeswahlleiter Wahlvorschläge einzureichen. Über die Einreichung von Wahlvorschlägen und die Voraussetzungen für ihre Zulassungen enthält die Wahlordnung in § 14 folgende Formvorschriften:

### „§ 14 – Wahlvorschläge

- (1) Wahlvorschläge können von dem Zeitpunkt der Bekanntmachung der Wahl bis spätestens 18.00 Uhr des 42. Tages vor Beginn der Wahlfrist beim Landeswahlleiter eingereicht werden.
- (2) Die Vorgeschlagenen müssen Mitglieder sein und mit Vor- und Zunamen sowie mit Praxis und Anschrift aufgeführt werden.
- (3) Jeder Listenwahlvorschlag muss durch Angabe der Reihenfolge die Rangfolge der Vorschläge für die Mandatzuteilung erkennen lassen. Er kann mit einem Kennwort (Listenbezeichnung) versehen werden.
- (4) Den Wahlvorschlägen müssen schriftliche Erklärungen der Bewerber beigefügt sein, dass sie mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden und ihnen Umstände, die ihre Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind. Ein Bewerber kann diese Erklärung nur für einen Wahlvorschlag abgeben.
- (5) Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens zehn Wahlberechtigten mit Vor- und Zunamen eigenhändig unterschrieben sein. Gleichzeitig sind Praxisort und Anschrift deutlich anzugeben. Jeder Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben; hat jemand mehrere Wahlvorschläge

unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig.

- (6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den Unterzeichner als Vertrauensperson vertreten. Bei mehreren Unterzeichnern muss ein Unterzeichner als Vertrauensperson benannt werden.
- (7) Für einzelne Bewerber, die nach Einreichung des Wahlvorschlages durch Tod, Verzicht, Verlust der Wählbarkeit oder sonstige Gründe ausfallen, kann durch übereinstimmende schriftliche Erklärung sämtlicher Unterzeichner des Wahlvorschlages gemäß § 15 Abs. 2 ein Ersatzmann benannt werden.
- (8) Ein Wahlvorschlag kann nach der Einreichung bis zur Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 nur mit schriftlicher Zustimmung aller Unterzeichner zurückgenommen werden.
- (9) Nach der Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 können Wahlvorschläge nicht mehr geändert oder zurückgenommen werden.“

## IV. Landeswahlleiter

Der Name und die amtliche Anschrift des Landeswahlleiters lauten:

Rechtsanwalt Matthias Mann  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Georg-Voigt-Str. 15  
60325 Frankfurt am Main

ab 1. September 2016 (neue Anschrift wegen Umzugs):

Rechtsanwalt Matthias Mann  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europaallee 90  
60326 Frankfurt am Main

## V. Wählerverzeichnis

Die Wählerverzeichnisse werden gemäß § 11 der Wahlordnung in der Zeit vom 10. bis 17. August 2016 während der üblichen

Dienststunden in den Diensträumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Einsichtnahme ausgelegt und können dort eingesehen werden. Die Wählerverzeichnisse werden nach dem Stand vom 31. Mai 2016 erstellt. In die Wählerverzeichnisse werden alle Mitglieder der KVH eingetragen, die an diesem Stichtag gemäß § 3 der Wahlordnung wahlberechtigt sind. Jeder Wahlberechtigte wird von seiner Eintragung in das Wählerverzeichnis bis zum Tag vor Beginn der obengenannten Auslegungsfrist schriftlich benachrichtigt werden.

Jeder Wahlberechtigte kann bis zum Ablauf der Auslegungsfrist gegen die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit des Wählerverzeichnisses beim Landeswahlleiter Einspruch erheben. Vom Beginn der Auslegungsfrist an können Wahlberechtigte nur auf rechtzeitigen Einspruch in das Wählerverzeichnis aufgenommen oder darin gestrichen werden (§ 12 Abs. 1 und 2 WO).

## VI. Stimmabgabe

Für die Durchführung der Stimmabgabe enthält die Wahlordnung in § 17 folgende Bestimmungen:

### „§ 17 – Stimmabgabe

- (1) *Die Stimmabgabe erfolgt durch Übersendung von Wahlbriefen an den Landeswahlleiter. Für die Stimmabgabe dürfen nur die ausgegebenen amtlichen Stimmzettel und Umschläge verwendet werden.*
- (2) *Zur Stimmabgabe kennzeichnet der Wahlberechtigte persönlich auf dem Stimmzettel durch ein Kreuz den Wahlvorschlag, dem er seine Stimme geben will.*
- (3) *Sodann legt er den Stimmzettel in den Stimmzettel-Umschlag, der durch den Aufdruck „Stimmzettel zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ gekennzeichnet ist (innerer Umschlag) und verschließt diesen; darauf legt er diesen Stimmzettel-Umschlag in den äußeren Wahlbriefumschlag, der die Aufschrift „Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“, die Wählerverzeichnisnummer und die Anschrift des Landeswahlleiters trägt, verschließt den Wahlbrief und übersendet diesen an den Landeswahlleiter so rechtzeitig, dass der Wahlbrief spätestens bis zum Ablauf der Wahlfrist dort eingeht.“*

Die zur Stimmabgabe erforderlichen amtlichen Wahldrucksachen werden den Wahlberechtigten rechtzeitig vor Beginn der Wahlfrist zugesandt werden.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Wahlverfahrens wird auf die Bestimmungen der Wahlordnung verwiesen. Die Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter [www.kvhessen.de/wahlen\\_2016](http://www.kvhessen.de/wahlen_2016) eingestellt. Bei Bedarf kann ein Exemplar der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen bei der info.line angefordert werden.

Frankfurt am Main,  
den 25. Juni 2016

Der Landeswahlleiter

gez. Matthias Mann  
Rechtsanwalt

# Wahlbekanntmachung zur Wahl des EHV-Beirats bei der KV Hessen

Die Wahlperiode des erstmalig im Jahr 2013 gewählten Beirats für die Erweiterte Honorarverteilung endet zum 31.12.2016. Der Beirat besteht aus zehn Mitgliedern, wobei sechs davon Mitglieder der KVH sein müssen und vier davon frühere Mitglieder der KVH, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind. Die früheren Mitglieder der KVH, die Leistungen aus der Erweiterten Honorarverteilung beziehen, wählen nach § 11d der Satzung der KVH in Verbindung mit den Bestimmungen der Wahlordnung (WO) in der Fassung vom 29. Mai 2010 die vier Mitglieder des Beirats, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind. Der Beirat wird für die Wahlperiode 2017 bis 2022 in unmittelbarer und geheimer Briefwahl gewählt.

Gemäß § 9 der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird hiermit Folgendes bekannt gemacht:

## I. Wahlfrist

Die Wahlzeit für die Durchführung der Briefwahl (§ 17 WO) wird im Einvernehmen mit dem Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen gemäß § 9 der Wahlordnung auf die Zeit vom 28. September bis 26. Oktober 2016 festgesetzt.

## II. Zahl der zu wählenden Mitglieder des Beirats für die EHV

Wahlberechtigt sind 4.326 frühere Mitglieder der KVH, die nicht mehr vertragsärztlich tätig sind. Gewählt werden vier Mitglieder des Beirats, die frühere Mitglieder der KVH und nicht mehr vertragsärztlich tätig sind (§ 11d Abs. 3 der Satzung).

## III. Wahlvorschläge

Diese Bekanntmachung gilt zugleich als Aufforderung, bis zum 17. August 2016 (18.00 Uhr) bei dem Landeswahlleiter Wahlvorschläge einzureichen. Über die

Einreichung von Wahlvorschlägen und die Voraussetzungen für ihre Zulassungen enthält die Wahlordnung in § 14 folgende Formvorschriften, die für nicht mehr aktive Vertragsärzte dahingehend zu modifizieren sind, dass anstelle der Praxisanschrift die nunmehrige Privatadresse aufzuführen ist.

### „§ 14 – Wahlvorschläge

- (1) Wahlvorschläge können von dem Zeitpunkt der Bekanntmachung der Wahl bis spätestens 18.00 Uhr des 42. Tages vor Beginn der Wahlfrist beim Landeswahlleiter eingereicht werden.
- (2) Die Vorgeschlagenen müssen Mitglieder sein und mit Vor- und Zunamen sowie mit Praxis und Anschrift aufgeführt werden.
- (3) Jeder Listenwahlvorschlag muss durch Angabe der Reihenfolge die Rangfolge der Vorschläge für die Mandatzuteilung erkennen lassen. Er kann mit einem Kennwort (Listenbezeichnung) versehen werden.
- (4) Den Wahlvorschlägen müssen schriftliche Erklärungen der Bewerber beigefügt sein, dass sie mit der Aufnahme in den Wahlvorschlag einverstanden und ihnen Umstände, die ihre Wählbarkeit ausschließen, nicht bekannt sind. Ein Bewerber kann diese Erklärung nur für einen Wahlvorschlag abgeben.
- (5) Jeder Wahlvorschlag muss von mindestens zehn Wahlberechtigten mit Vor- und Zunamen eigenhändig unterschrieben sein. Gleichzeitig sind Praxisort und Anschrift deutlich anzugeben. Jeder Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben; hat jemand mehrere Wahlvorschläge unterzeichnet, so ist seine Unterschrift auf allen Wahlvorschlägen ungültig.
- (6) Jeder Wahlvorschlag wird durch den Unterzeichner als Vertrauensperson vertreten. Bei mehreren Unterzeichnern muss ein Unterzeichner als Vertrauensperson benannt werden.

- (7) Für einzelne Bewerber, die nach Einreichung des Wahlvorschlages durch Tod, Verzicht, Verlust der Wählbarkeit oder sonstige Gründe ausfallen, kann durch übereinstimmende schriftliche Erklärung sämtlicher Unterzeichner des Wahlvorschlages bis zur Zulassung des Wahlvorschlages gemäß § 15 Abs. 2 ein Ersatzmann benannt werden.
- (8) Ein Wahlvorschlag kann nach der Einreichung bis zur Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 nur mit schriftlicher Zustimmung aller Unterzeichner zurückgenommen werden.
- (9) Nach der Zulassung gemäß § 15 Abs. 2 können Wahlvorschläge nicht mehr geändert oder zurückgenommen werden.“

## IV. Landeswahlleiter

Der Name und die amtliche Anschrift des Landeswahlleiters lauten:

Rechtsanwalt Matthias Mann  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Georg-Voigt-Str. 15  
60325 Frankfurt am Main

ab 1. September 2016 (neue Anschrift wegen Umzugs):

Rechtsanwalt Matthias Mann  
Kassenärztliche Vereinigung Hessen  
Europaallee 90  
60326 Frankfurt am Main

## V. Wählerverzeichnis

Das Wählerverzeichnis wird gemäß § 11 der Wahlordnung in der Zeit vom 10. bis 17. August 2016 während der üblichen Dienststunden in den Diensträumen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zur Einsichtnahme ausgelegt und kann dort eingesehen werden. Das Wählerverzeichnis wird nach dem Stand vom 31. Mai 2016 erstellt. In die Wählerverzeichnisse

werden alle früheren Mitglieder der KVH eingetragen, die an diesem Stichtag gemäß § 11d Abs. 3 der Satzung wahlberechtigt sind. Jeder Wahlberechtigte wird von seiner Eintragung in das Wählerverzeichnis bis zum Tag vor Beginn der oben genannten Auslegungsfrist schriftlich benachrichtigt werden.

Jeder Wahlberechtigte kann bis zum Ablauf der Auslegungsfrist gegen die Unrichtigkeit oder Unvollständigkeit des Wählerverzeichnisses beim Landeswahlleiter Einspruch erheben. Vom Beginn der Auslegungsfrist an können Wahlberechtigte nur auf rechtzeitigen Einspruch in das Wählerverzeichnis aufgenommen oder darin gestrichen werden (§ 12 Abs. 1 und 2 WO).

## VI. Stimmabgabe

Für die Durchführung der Stimmabgabe enthält die Wahlordnung in § 17 folgende Bestimmungen, die für die Wahl zum Beirat entsprechend gelten. Soweit in der Regelung von der Vertreterversammlung gesprochen wird, ist stattdessen der Beirat gemeint:

### „§ 17 – Stimmabgabe

- (1) *Die Stimmabgabe erfolgt durch Übersendung von Wahlbriefen an den Landeswahlleiter. Für die Stimmabgabe dürfen nur die ausgegebenen amtlichen Stimmzettel und Umschläge verwendet werden.*
- (2) *Zur Stimmabgabe kennzeichnet der Wahlberechtigte persönlich auf dem Stimmzettel durch ein Kreuz den Wahlvorschlag, dem er seine Stimme geben will.*
- (3) *Sodann legt er den Stimmzettel in den Stimmzettel-Umschlag, der durch den Aufdruck „Stimmzettel zur Wahl der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“ gekennzeichnet ist (innerer Umschlag) und verschließt diesen; darauf legt er diesen Stimmzettel-Umschlag in den äußeren Wahlbriefumschlag, der die Aufschrift „Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen“, die Wählerverzeichnisnummer und die Anschrift des Landeswahlleiters trägt, verschließt den Wahlbrief und übersendet diesen an den Landeswahlleiter so rechtzeitig, dass der Wahlbrief spätestens bis zum Ablauf der Wahlfrist dort eingeht.“*

Die zur Stimmabgabe erforderlichen amtlichen Wahldrucksachen werden den Wahlberechtigten rechtzeitig vor Beginn der Wahlfrist zugesandt werden.

Hinsichtlich weiterer Einzelheiten des Wahlverfahrens wird auf die Bestimmungen der Wahlordnung verwiesen. Die Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wird auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen unter [www.kvhessen.de](http://www.kvhessen.de) eingestellt. Bei Bedarf kann ein Exemplar der Wahlordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen bei der info.line angefordert werden.

Frankfurt am Main,  
den 25. Juni 2016

Der Landeswahlleiter

gez. Matthias Mann  
Rechtsanwalt

## Deutscher Forschungspreis für Allgemeinmedizin

- **Der Deutsche Forschungspreis für Allgemeinmedizin (Lothar-Beyer-Preis)** wird für herausragende allgemeinmedizinische Forschungsarbeiten und für allgemeinmedizinische Lehre in der Aus- und Weiterbildung, die zur hausärztlichen relevanten Kompetenzsteigerung nachweislich beiträgt, ausgeschrieben.
- **Dotierung:** 26.000 Euro (insgesamt)
- **Bewerbungsschluss:** 28. Juli 2016, E-Mail an: [beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de](mailto:beyer@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de)
- **Informationen:** [www.degam.de](http://www.degam.de)

## Multiple Sklerose Preis der Eva und Helmer Lehmann-Stiftung

- **Teilnehmer:** Nachwuchswissenschaftlerinnen und Nachwuchswissenschaftler, die unter 35 Jahre alt sind und Forschungsarbeiten im Bereich der Multiplen Sklerose geleitet haben.
- **Der Preis** wird für Arbeiten mit translationalem Therapiecharakter, die zu einer hochrangigen Publikation geführt haben, verliehen.
- **Dotierung:** 5.000 Euro
- **Bewerbungsschluss:** 15. Juli 2016
- **Bewerbung an:** Kompetenznetz Multiple Sklerose Sandra Hanschke Einsteinstraße 1, 81675 München
- **Informationen:** [www.dgn.org](http://www.dgn.org)