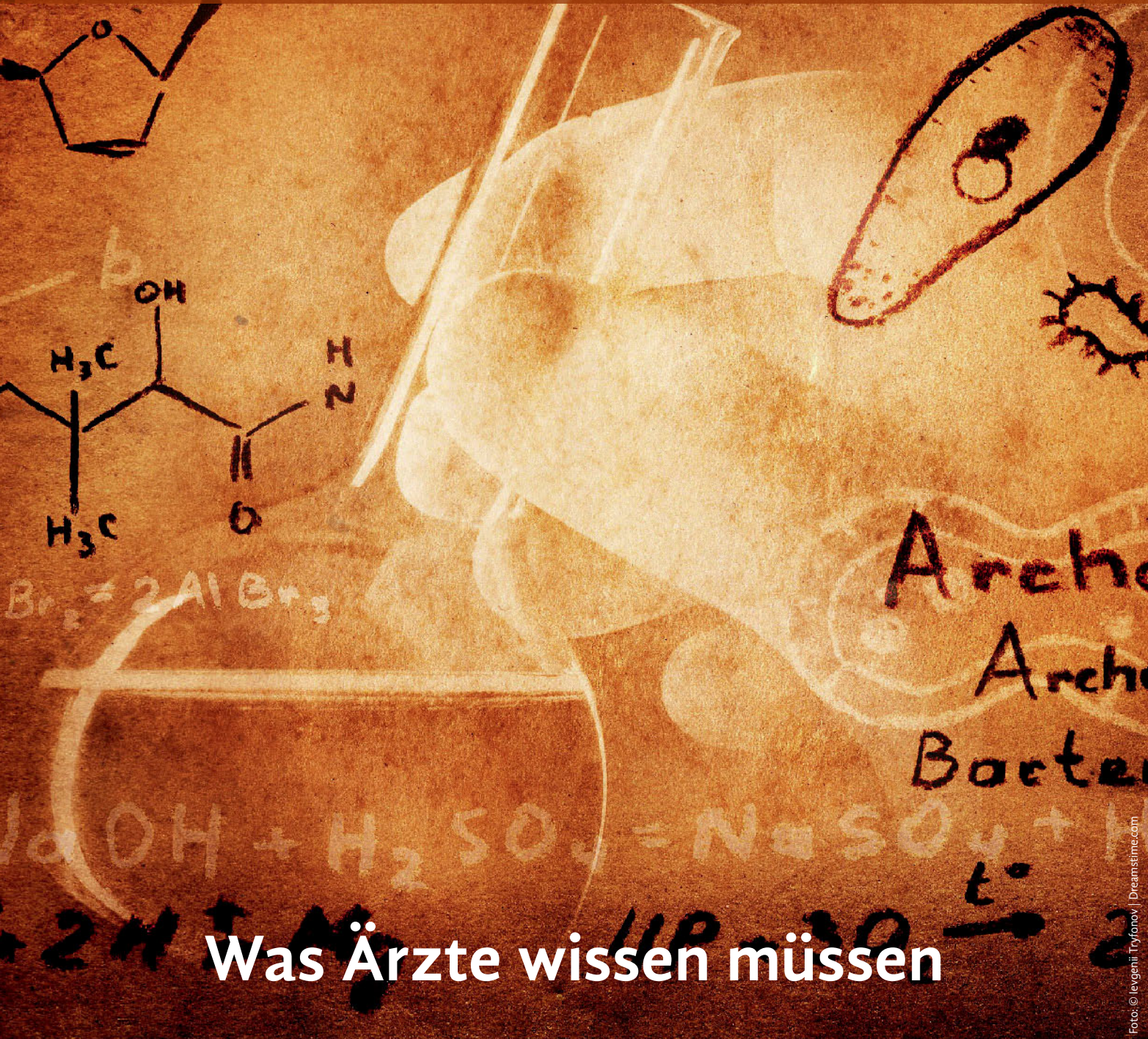


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 12 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Was Ärzte wissen müssen

Griechenland: Ein Gesundheitssystem in der Krise

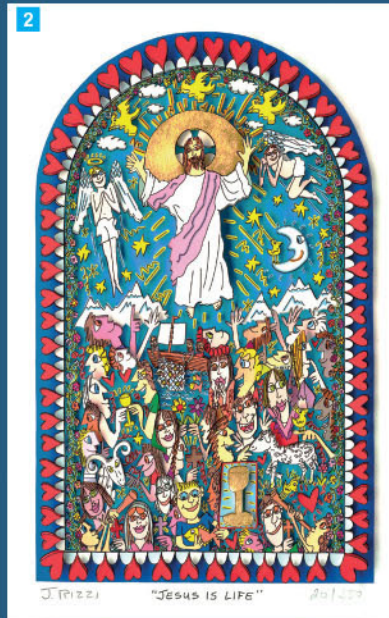
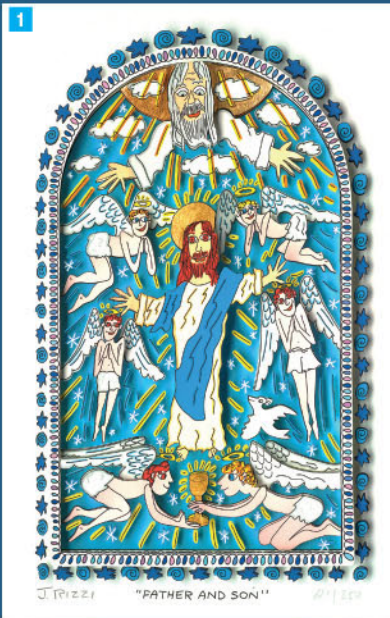
Dr. med. Kiriakas Giokoglu berichtet über die Situation in Griechenland und die Folgen für die Bevölkerung

Zu Besuch im HIVCENTER Frankfurt

Im Gespräch mit Dr. med. Annette Haberl über aktuelle Entwicklungen in der HIV-Forschung und Behandlung

Parlando: Tipps zum Jahresausklang

In dieser Ausgabe finden Sie Empfehlungen und Kulturtipps aus Literatur, Musik und Kunst zum Jahresausklang



Peace, Love und Happiness – die Bilder des internationalen Pop-Art Stars James Rizzi stehen für puren Spaß und feiern mit bunten Farben das Leben. Durch die unverkennbare 3D-Technik des Künstlers wird jedes seiner Werke einzigartig und fasziniert den Betrachter mit individuell gearbeiteten Details.

Atemberaubend sind auch die Kirchenfenster der Kreuzeskirche in Essen, die seit August 2016 das Antlitz der Kirche in einem neuen Licht erstrahlen lassen. Die Motive sind weltweit einzigartig und bieten der deutschen Kunstlandschaft ein wahres Highlight. Sie erschienen in einer limitierten Grafikedition und erfreuen James Rizzi Fans nun auch daheim. Die Titel „Jesus is Life“, „Father and Son“ und „Peaceful Love“ transportieren die Freude am Leben mit vielen Farben und detailverliebten Bildgeschichten.

JETZT EXKLUSIV
NUR BIS ENDE
NOVEMBER IM
DEUTSCHEN
ÄRZTEVERLAG



© Art Licensing Int. GmbH

Bei den Rahmen handelt es sich um sehr hochwertige matte Aluminiumrahmen mit einem Magnetverschluss sowie einem UV-undurchlässigen und bruchfesten Plexiglas.

1 Father and Son

Auflage: 350 + 50 AP Exemplare (Artist's Proof)
Maße: 40 cm x 50 cm (mit Passepartout)
3D Grafik – teilweise mit echtem Blattgold,
drucksigniert

€ 1.378,- (gerahmt)
€ 1.308,- (ungerahmt)

2 Jesus is Life

Auflage: 350 + 50 AP Exemplare (Artist's Proof)
Maße: 40 cm x 50 cm (mit Passepartout)
3D Grafik – teilweise mit echtem Blattgold,
drucksigniert

€ 1.378,- (gerahmt)
€ 1.308,- (ungerahmt)

3 Peaceful Love

Auflage: 350 Auflage + 50 AP Exemplare
Maße: 20 cm x 24 cm (mit Passepartout)
3D Grafik, drucksigniert

€ 304,- (gerahmt)
€ 262,- (ungerahmt)

Entdecken Sie mehr aus der Kunst- und Schmuckwelt: www.aerzteverlag.de/edition

Für Ihre Bestellung

Bitte senden an: EDITION Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Rückgaberecht
(nur unversehrt und als frankiertes Paket):

	gerahmt	ungerahmt
_ Expl. Father and Son	€ 1.378,-	€ 1.308,-
_ Expl. Jesus is Life	€ 1.378,-	€ 1.308,-
_ Expl. Peaceful Love	€ 304,-	€ 262,-

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Angebot freibleibend.
Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Froltzeim, Jürgen Führer

Alle Preise verstehen sich inkl. der gesetzlichen MwSt. und zzgl. € 10,- Versandkosten. Es handelt sich um einen komplett versicherten Versand.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

Telefon

Datum / Ort

PLZ, Ort

Email-Adresse

Unterschrift



Tu Felix Austria!

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nicht zum ersten Mal denke ich über die deutsche Besonderheit des Heilpraktikerberufs nach.

Aufgrund von Ereignissen in jüngster Zeit erscheint es mir angezeigt, dazu einiges klarzustellen. Diesen Beruf gibt es seit 1936, er etablierte sich jedoch erst im vergangenen Vierteljahrhundert und umfasst weder einen akademischen Heil- noch einen staatlichen Ausbildungsberuf. Die Prüfung erfolgt durch die zuständigen Landesgesundheitsämter und dient lediglich der Vergewisserung, dass der Prüfling keinerlei Gefahr für die Volksgesundheit darstellt, dient also lediglich der Gefahrenabwehr. So steht es im deutschen Heilpraktikergesetz aus dem Jahr 1939. Zudem entscheidet der künftige Heilpraktiker ganz allein, wie er sich das Prüfungswissen aneignet, ob per Selbststudium oder an einer Schule. Das Gesetz war übrigens ursprünglich darauf ausgerichtet, dass die Heilpraktiker im Laufe der Zeit verschwinden.

Häufig hört man das Argument, die Behandlung durch Heilpraktiker sei harmlos, wo hingegen regelmäßig über ärztliche Behandlungsfehler zu lesen sei. Letzteres stimmt, veröffentlichen doch sowohl die Bundesärztekammer als der Medizinische Dienst der Spitzenverbände der Krankenkassen jährlich Statistiken über mutmaßliche Behandlungsfehler. Für das Jahr 2015 wurden etwa 14.800 mutmaßliche Behandlungsfehler registriert und zwar bezogen auf mehr als 370.000 in Deutschland tätige Ärzte. In etwa 4.000 Fällen wurde ein Fehlverhalten festgestellt.

Für Heilpraktiker hingegen gibt es solche Zahlen einfach nicht. Wir wissen nicht, wie häufig Komplikationen nach alternativen Behandlungen auftreten oder notwendige medizinische Therapien auf Rat eines Heilpraktikers ausbleiben oder zu spät erfolgen. Wir wissen noch nicht einmal zuverlässig, wie viele Heilpraktiker es in Deutschland gibt, da nicht alle Bundesländer entsprechende Statistiken führen. Die Daten aus Bayern zeigen einen Anstieg von 11.035 gemeldeten Heilpraktikern im Jahr 2003 auf 23.103 Heilpraktiker im Jahr 2015.

Der Erfolg dieses Berufs beruht mutmaßlich auf dem berechtigten Wunsch des Patienten, der Behandler möge sich viel Zeit für ihn nehmen. Diesen Wunsch teilen auch die deutschen Ärztinnen und Ärzte, doch die Realitäten in Klinik und Praxis mit den derzeit geltenden (Preis-)Regelungen lassen dies leider nicht immer zu. Hier wird die GOÄ neu hoffentlich Abhilfe leisten.

Übrigens ist der Beruf des Heilpraktikers in Österreich gesetzlich nicht geregelt und damit kein anerkannter Gesundheitsberuf. Die Ausübung der Medizin ist den Ärzten vorbehalten. Aus-

bildung und Berufsausübung des Heilpraktikers sind in Österreich unzulässig, dies gilt auch für Personen, die in einem anderen Staat eine Heilpraktikerausbildung absolviert haben, den Beruf des Heilpraktikers dort rechtmäßig ausüben und eine Berufszulassung in Österreich anstreben. Die Österreichische Rechtslage steht gemäß einem Urteil des Europäischen Gerichtshofs im Einklang mit dem europäischen Gemeinschaftsrecht (EuGH, Urteil vom 11.7.2002, C-294/00).

Tu Felix Austria.

Ihnen und Ihren Familien wünsche ich ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest, einen guten Rutsch in das neue Jahr 2017 und ausreichend Gelegenheit, Ihre Energiereserven für die Arbeit mit unseren Patienten wieder zu füllen.

Ihr

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





Fortbildung: Was Ärzte wissen müssen

Der CME-Beitrag setzt sich mit dem Thema der Risikokommunikation auseinander und erläutert u.a. am Beispiel des Mammographie-Screenings die Relevanz von Gesundheitsstatistiken und deren Einsatz bei Beratungsgesprächen. Ein praktisches Beispiel dafür ist die Faktenbox, die Auskunft über einfache Häufigkeiten gibt.

674



Griechisches Gesundheitssystem in der Krise

Seit dem wirtschaftlichen Zusammenbruch Griechenlands steckt auch das Gesundheitssystem des Landes in einer tiefen Krise. Im Gespräch berichtet Dr. med. Kiriakas Giokoglu über die aktuelle Situation, Ursachen für die Krise und daraus resultierende, kaum abschätzbare Langzeitfolgen.

684

Editorial: Tu Felix Austria! 671

Ärzttekammer

Stellenanzeigen 683

MAX – Eine Initiative der Polizei Hessen und der Landesärzttekammer 690

Ernst-von-Bergmann-Plakette für Prof. Dr. med. Jens Uwe Hermann Stüben 696

Fortbildung

Was Ärzte wissen müssen – Die Kunst der Risikokommunikation 674

Recht: Benachrichtigung der Straßenverkehrsbehörde wegen Fahruntauglichkeit eines Patienten 690

Parlando

Die Legende vom armen Heinrich 692

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang 693

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärzttekammer Hessen mit Jahresabschluss 2015 712

■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen 724

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 699

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 705

Medizinische Fachangestellte: „Was wirklich im Leben zählt“ – Palliativ-Weiterbildung für MFA 686

Carl-Oelemann-Schule: Qualifizierungslehrgang Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin 697



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Zu Besuch im HIVCENTER Frankfurt

Anlässlich des Welt-Aids-Tages im Dezember schildert Dr. med. Annette Haberl vom HIV-CENTER Frankfurt im Gespräch aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen in der HIV-Forschung, große Fortschritte in der Prävention und das nach wie vor allgegenwärtige Problem der HIV-bedingten Diskriminierung.

688

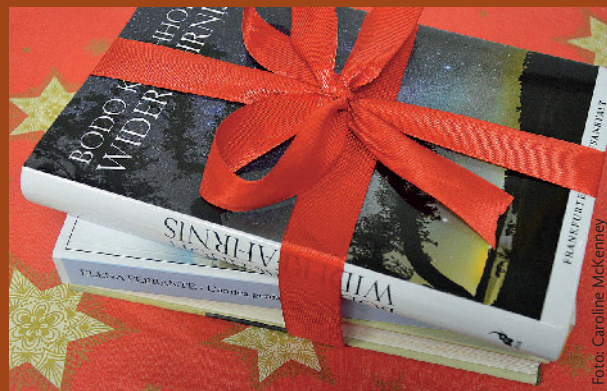


Foto: Caroline McKenney

Parlando: Tipps zum Jahresausklang

Die Freundschaft zwischen der LÄKH und der Ärztekammer Salerno soll künftig vertieft werden. Die „Legende vom armen Heinrich“ zeigt die lange bestehende Verbundenheit beider Länder. Darüber hinaus finden Sie in dieser Ausgabe Empfehlungen und Kulturtipps aus Musik, Literatur und Kunst zum Jahresausklang.

692

Mensch und Gesundheit

Seine Bestallung als Arzt ist erloschen... – Zum Schicksal jüdischer Ärzte aus dem Werraland	682
Zu Besuch im HIVCENTER Frankfurt – „Es geht um so viel mehr als die Viruslast!“	688
Im Einsatz für Cargo Human Care e. V. – Dr. med. Matthias Gründler aus Offenbach hilft Kindern in Kenia	691
„Barfuß in Flipflops, mitten im Schneesturm, geduldig“ – Erfahrungsbericht aus der Flüchtlingshilfe	708

Im Gespräch: Griechenland – Ein Gesundheitssystem in Not	684
---	-----

Kongressbericht: Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel feiert Jubiläum	707
---	-----

Ansichten und Einsichten: Lehrmeinungen müssen kritisch hinterfragt werden	710
---	-----

Leserbriefe	711
--------------------------	-----

Personalien	695
--------------------------	-----

Impressum	727
------------------------	-----

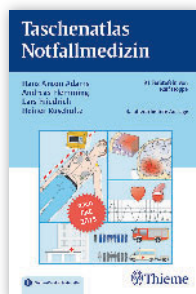
Bücher



Das Schweigen der Ärzte

Igor J. Polianski

S. 696



Taschenatlas Notfallmedizin

Hans Anton Adams,
Andreas Flemming et al.

S. 698

Was Ärzte wissen müssen

Die Kunst der Risikokommunikation

VNR: 2760602016125510003

Gerd Gigerenzer¹, Jürg Kuoni², Rolf Ritschard³, Mirjam Jenny¹, Anna Held¹

Von den Autoren adaptierte Fassung des Originalbeitrags aus: *Swiss Med Forum* 2015;15(36):787–793

1. Ärzten dabei helfen, Testergebnisse zu verstehen

Die Veranstalter einer ärztlichen Fortbildung fragten Ärzte, worüber sie gerne etwas erfahren würden. Ganz oben auf der Wunschliste stand die Kunst der Risikokommunikation. Der Vortrag vor 160 Gynäkologen begann mit einer Frage:

„Eine 50-jährige Frau, keine Symptome, nimmt routinemäßig an einem Mammographie-Screening teil. Das Ergebnis ist positiv, sie ist erschrocken und möchte von Ihnen wissen, ob sie mit Sicherheit Brustkrebs hat oder wie groß die Wahrscheinlichkeit ist. Abgesehen von den Screening-Ergebnissen wissen Sie nichts über diese Frau. Wie viele Frauen mit positivem Testergebnis haben tatsächlich Brustkrebs? Wie lautet die beste Antwort? 9 von 10; 8 von 10; 1 von 10; 1 von 100?“ Die meisten Ärzte blickten verunsichert zu Boden. Sie konnten beruhigt werden: „Schauen Sie nicht nach unten, schauen Sie nach rechts und links. Die anderen scheinen es auch nicht zu wissen.“ Es folgte ein kollektiver Seufzer der Erleichterung.

Die Antworten der 160 Gynäkologen waren über das ganze Spektrum verstreut. Die Mehrheit glaubte, dass acht oder neun von zehn Frauen mit einem positiven Test an Krebs erkrankt seien. Die richtige Antwort lautet 1 von 10.

Das heißt, von zehn Frauen mit einem positiven Screening-Ergebnis hat nur eine tatsächlich Krebs. Bei den anderen handelt es sich um falschen Alarm. Diese zahlenblinden Ärzte verursachten unnötige

Tabelle 1: Sensitivität und Spezifität

Ein Test kann vier Ergebnisse haben:

1. Das Ergebnis ist positiv, und der Patient hat die Krankheit.
2. Der Test ist positiv, aber der Patient hat die Krankheit nicht.
3. Der Test ist negativ, aber der Patient hat die Krankheit.
4. Der Test ist negativ, und der Patient hat die Krankheit nicht.

Die Raten, in denen diese vier Konstellationen Vorkommen, heißen (a) Sensitivität (Richtig-positiv-Rate), (b) Falsch-positiv-Rate, (c) Falsch-negativ-Rate und (d) Spezifität (Richtig-negativ-Rate). Die beiden Fehler, die bei jedem Test auftreten können, sind unterlegt.

Testergebnis	Krankheit	
	Ja	Nein
Positiv	(a) Sensitivität	(b) Falsch-positiv-Rate
Negativ	(c) Falsch-negativ-Rate	(d) Spezifität

Angst und Panik. Dreißig Ärzte hätten den Frauen dagegen gesagt, dass bei ihnen die Aussicht, Krebs zu haben, minimal sei, nur 1 von 100.

Nur 21 Prozent der Ärzte hätten die Frauen korrekt informiert, was noch nicht einmal der Zufallserwartung entspricht (die 25 Prozent beträgt, weil es vier Wahlmöglichkeiten gab). Wenn die Patientinnen von diesem Chaos an Meinungen wüssten, wären sie zu Recht besorgt; die Ärzte jedenfalls waren davon sehr betroffen. Es gibt jedoch eine einfache Methode, dem Verständnis auf die Sprünge zu helfen.

2. Wie natürliche Häufigkeiten das Verständnis erleichtern

Um ein Problem in Form von natürlichen Häufigkeiten darzustellen, wird eine An-

zahl Menschen (hier: 1000 Frauen) unterteilt in solche mit und solche ohne ein Merkmal (hier: Brustkrebs); diese werden nach Erhalt der diagnostischen Information (hier: Testergebnis) jeweils erneut in zwei Gruppen zerlegt.

Abbildung 1 zeigt, dass daraus Prävalenz, Sensitivität, Spezifität und positiver Vorhersagewert ersichtlich werden (siehe dazu auch Tab. 1).

Prävalenz

Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau Brustkrebs hat, beträgt 1 Prozent. Die Prävalenz (auch Basisrate genannt) eines Merkmals (oder Ereignisses) in einer Population ist der Anteil der Individuen, die dieses Merkmal aufweisen (etwa Brustkrebs haben), im Beispiel von Brustkrebs also 10 von 1000 Frauen (= 1 Prozent).

¹ Max-Planck-Institut für Bildungsforschung und Harding-Zentrum für Risikokompetenz, Berlin

² heartcheck, Strategien zur Stressresistenz, Zürich

³ ehemaliger wissenschaftlicher Mitarbeiter Bundesamt für Statistik, Neuchâtel (Schweiz)

Sensitivität

Wenn eine Frau Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit eines positiven Testergebnisses 90 Prozent (gemessen an allen kranken Frauen). Die falsch-negative Rate beträgt 10 Prozent. Die Sensitivität oder Empfindlichkeit eines Tests ist der Prozentsatz von Individuen, bei denen die Krankheit zutreffend festgestellt wurde. Also richtig positive Befunde.

Spezifität

Wenn eine Frau keinen Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit eines negativen Testergebnisses 91 Prozent (gemessen an allen nicht kranken Frauen). Die falsch-positive Rate beträgt 9 Prozent. Die Spezifität eines Tests ist der Prozentsatz von Individuen, bei denen das Nichtvorliegen der Krankheit zutreffend festgestellt worden ist. Also richtig negative Befunde.

Positiver Vorhersagewert (positive predictive value)

Der positive Vorhersagewert gibt den Anteil der korrekt als positiv erkannten Ergebnisse an der Gesamtheit der positiven Testergebnisse an. Das heißt für das Beispiel in Abbildung 1: $9 / (89 + 9) \times 100 \approx 10$. Beim Mammographie-Screening beträgt der „positive Vorhersagewert“ also etwa 10 Prozent.

Negativer Vorhersagewert (negative predictive value)

Entsprechend gibt der negative Vorhersagewert den Anteil der korrekt als negativ erkannten Ergebnisse an der Gesamtheit der negativen Testergebnisse an. Das heißt für das Beispiel in Abb. 1: $901 / (901 + 1) \times 100 \approx 100$. Beim Mammographie-Screening beträgt der „negative Vorhersagewert“ also fast 100 Prozent.

Anders als die anderen Paare von Gütemaßen addieren sich der negative und der positive Vorhersagewert nicht zu 1 bzw. 100 Prozent, da jeweils von unterschiedlichen Fällen ausgegangen wird (tatsächlich positiv bzw. tatsächlich negativ).

Patienten nehmen an, dass ihre Ärzte die medizinische Evidenz kennen. Und einige glückliche Patienten haben Recht. Doch Gynäkologen sind nicht die einzigen Fachärzte, die Testergebnisse häufig missver-

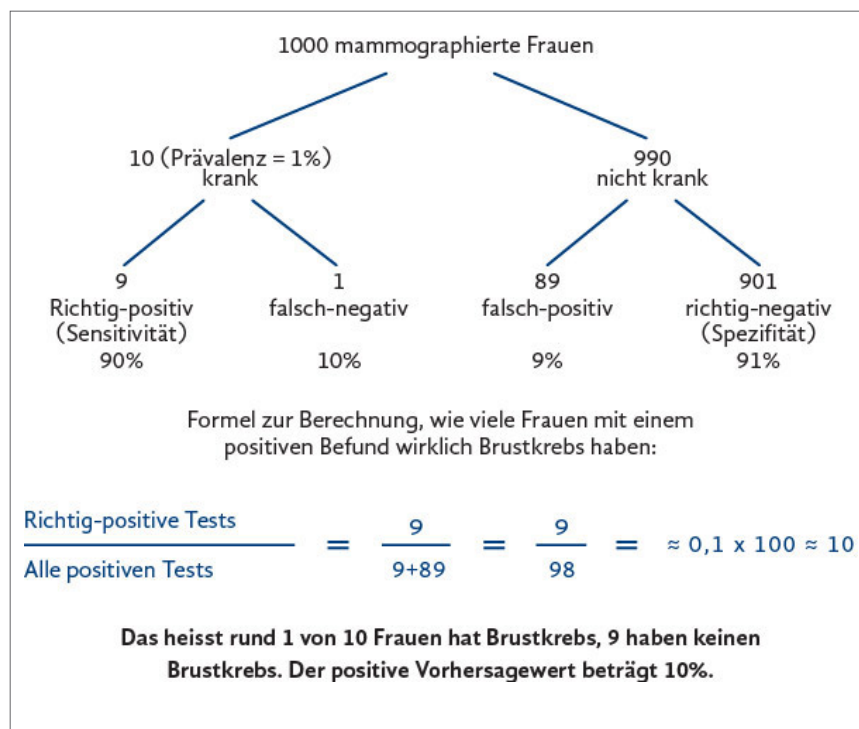


Abbildung 1: Natürliche Häufigkeiten. Wie groß ist die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau an Brustkrebs erkrankt ist, wenn sie ein positives Ergebnis beim Mammographie-Screening hat? Nur 9 von 98 Frauen, die positiv getestet werden, haben tatsächlich Brustkrebs, was ungefähr 1 von 10 entspricht. Die vier oberen Zahlen in der dritten Zeile sind die natürlichen Häufigkeiten (9, 1, 89, 901).

stehen. Ähnliche Unkenntnis wurde in den USA, Europa und Australien und auch in anderen Fachgebieten gefunden. Ärzte sind sich oft nicht bewusst – oder geben nicht zu –, dass sie Gesundheitsstatistiken nicht verstehen. In einer australischen Studie [2] an 50 Ärzten gaben nur 13 an, sie könnten erklären, was der „positive Vorhersagewert“ sei (die Wahrscheinlichkeit einer Erkrankung bei einem positiven Test). Und als sie aufgefordert wurden, es zu tun, gelang es nur einem.

3. Faktenboxen

Die meisten Menschen – Ärzte eingeschlossen – haben überzogene Vorstellungen von der Wirksamkeit der Früherkennung. Betrachten wir das Brustkrebs-Screening. Die paternalistische Haltung gegenüber Frauen hat sich nicht sonderlich verändert. Viele Frauen beklagen sich über den emotionalen Druck, den ihre Ärzte auf sie ausüben. „Sie nehmen nicht am Screening teil? Seien Sie vernünftig, denken Sie an Ihre Kinder.“ Man sagt Frau-

en, was sie zu tun haben, nennt ihnen aber nicht die Fakten, die sie für eine fundierte, informierte Entscheidung brauchen. Ein zartrosa-farbenes Informationsblatt der „Arkansas Foundation for Medical Care“ erklärt: „Warum soll ich ein Mammogramm machen lassen? Weil du eine Frau bist.“

Nach dieser erschöpfend erhellenden Antwort erhalten die Frauen keinerlei Informationen über Nutzen und Schaden, die ihnen bei einer Entscheidung helfen könnten. Was hilft Frauen, fundierte Entscheidungen zu treffen?

Eine Möglichkeit ist eine Faktenbox. Alle Zahlen in der Faktenbox drücken einfache Häufigkeiten aus. Die Faktenbox stützt sich auf die Ergebnisse aller vorliegenden randomisierter Studien [3], hier an Frauen, die 50 Jahre und älter waren. Sie wurden auf Zufallsbasis in zwei Gruppen unterteilt: Eine wurde einem regelmäßigen Brustkrebs-Screening unterzogen, die andere nicht. Die Box zeigt, was mit den Frauen nach zehn Jahren geschah (Tab. 2).

Tabelle 2: Faktenbox zur Brustkrebs-Früherkennung [4]

Als wichtigstes Ergebnis kann festgehalten werden:

1. Eine Frau von 1000 kann dank Screening vom Brustkrebstod gerettet werden.
2. Die Gesamtkrebssterblichkeit ist in beiden Gruppen gleich groß.
3. Der Schaden des Screenings ist beträchtlich.

Zahlen für Frauen ab 50 Jahren, die zehn Jahre am Screening teilgenommen / nicht teilgenommen haben:

	1000 Frauen ohne Screening	1000 Frauen mit Screening
Wie viele Frauen sind insgesamt an verschiedenen Arten von Krebs gestorben?	21	21
Die Gesamtkrebssterblichkeit ist in beiden Gruppen gleich groß.		
Nutzen		
Wie viele Frauen sind an Brustkrebs gestorben?	5	4 das heißt 1 von 1000 Frauen kann in zehn Jahren dank Screening der Brustkrebstod erspart werden.
Schaden		
Wie häufig sind Fehldiagnosen (falsch-positive Befunde) bei gesunden Frauen durch das Screening, oft verbunden mit langem Warten auf Entwarnung oder unnötigen Therapien?		Etwa 100
Wie viele Frauen sind zusätzlich mit Brustkrebs diagnostiziert und unnötig operiert worden (Überdiagnosen)?*		5

* Unnötige Operationen: vollständige oder teilweise Entfernung der Brust infolge Screening. Diese Frauen wären mit dem Krebs, nicht am Krebs gestorben.

Nutzen?

Schauen wir uns zuerst die positive Seite an, den möglichen Nutzen.

1. Gibt es Nachweise dafür, dass das Mammographie-Screening die Aussicht, an Brustkrebs zu sterben, vermindert? Die Antwort ist Ja. Von 1000 Frauen, die nicht am Screening teilnahmen, starben

rund fünf an Brustkrebs, während es bei den teilnehmenden Frauen vier waren. Statistisch betrachtet, beträgt die absolute Risikoreduktion 1 von 1000. Aber wenn diese Information in einer Zeitung oder einer Broschüre steht, wird sie fast immer als „20-prozentige Risikoreduktion“ (4 statt 5) dargestellt.

2. Gibt es Belege dafür, dass das Mammographie-Screening die Aussichten vermindert, an irgendeiner Krebsart, einschließlich Brustkrebs, zu sterben? Die Antwort lautet Nein. Die Studien zeigen, dass von jeweils 1000 Frauen, die am Screening teilnahmen, rund 21 an irgendeiner Form von Krebs starben. Die gleiche Zahl ergab sich für nicht teilnehmende Frauen. Bei einer von tausend Frauen wird also auf dem Totenschein statt Brustkrebs eine andere Krebsart stehen.

Schaden?

Schauen wir uns jetzt den Schaden an.

1. Frauen, die keinen Brustkrebs haben, können einen oder mehrere falsche Alarmer und überflüssige Biopsien durchmachen. Das passierte etwa 100 von 1000 Frauen, die am Screening teilnahmen. Unzählige Frauen haben das erlebt und Ängste durchlebt. Nach einem falschen Alarm machten sich viele von ihnen monatelang Sorgen, litten unter Schlaflosigkeit und waren beeinträchtigt in ihren Beziehungen zu Angehörigen und Freunden.
2. Einige Frauen, die eine nichtprogressive oder langsam wachsende Form von Brustkrebs haben, die sie während ihres Lebens nie bemerkt hätten, unterziehen sich trotzdem einer Lumpektomie, einer Mastektomie, verbunden mit einer Chemo- oder Radiotherapie. Alles Interventionen, die keinen Nutzen für sie haben, sondern ihre Lebensqualität mindern. Das passierte rund 5 von 1000 Frauen, die an der Früherkennung teilnahmen.

Die Faktenbox zur Mammographie ermöglicht es Frauen, Entscheidungen auf der Basis von Informationen zu treffen und sich dabei an ihren persönlichen Werten zu orientieren.

Als einem Gynäkologen die Box gezeigt wurde, gab er seine paternalistische Haltung Frauen gegen über auf und begann, die Box zu verwenden. Er berichtete, dass ein Drittel seiner Patientinnen sich die Fakten ansahen und sagten: „Kommt nicht in Frage.“ Ein weiteres Drittel meinte: „Jetzt nicht; lassen Sie uns noch einmal in fünf Jahren darüber reden.“ Das restliche Drittel beschloss, am Screening teilzunehmen.

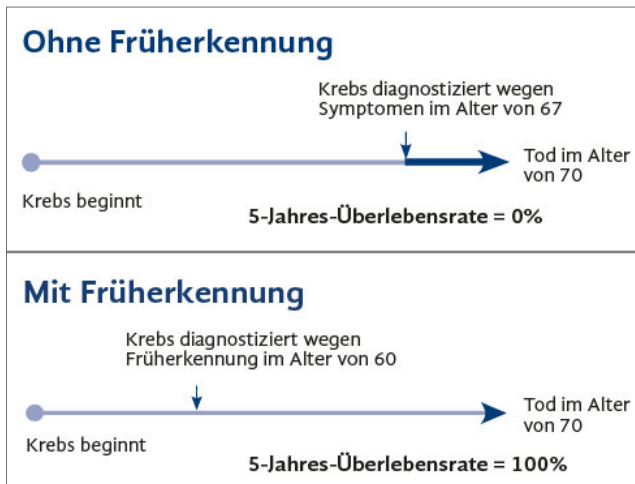


Abbildung 2a: Vorlaufzeit-Bias (lead-time bias). Es gibt zwei Gruppen von Männern, die alle mit 70 Jahren an Prostatakrebs sterben. Oberer Kasten: Die Männer nehmen nicht am Prostatakrebs-Screening teil, ihre Krebserkrankung wird mit 67 entdeckt. Für sie beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate 0 Prozent. Unterer Kasten: Die Männer nehmen am Screening teil. Ihr Krebs wird früher entdeckt, mit 60 Jahren. Für sie ergibt sich eine Überlebensrate von 100 Prozent. Beim Screening bedeuten Steigerungen der Überlebensraten nicht, dass Leben gerettet oder verlängert werden. Deshalb sind solche Statistiken irreführend.

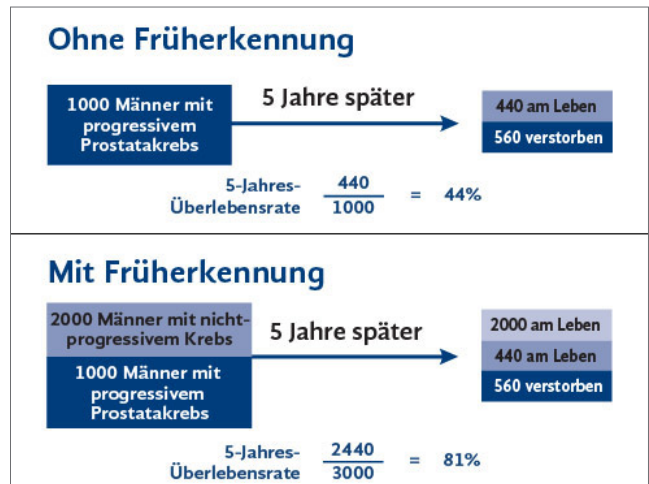


Abbildung 2b: Überdiagnose-Bias. Oberer Kasten: Bei 1000 britischen Männern, die nicht an der Früherkennung teilnehmen, wird progressiver Prostatakrebs aufgrund von Symptomen diagnostiziert. Nach fünf Jahren sind 440 noch immer am Leben, was eine Überlebensrate von 44 Prozent ergibt. Unterer Kasten: Bei 1000 Amerikanern wird mittels PSA-Screening ein progressiver Prostatakrebs gefunden und zudem werden 2000 Männer mit nichtprogressivem Krebs entdeckt – Männer also, die mit dem Krebs, nicht am Krebs sterben würden. Diese 2000 werden zu den 440 Überlebenden mit progressivem Krebs hinzugezählt, woraufhin die Überlebensrate auf 81 Prozent emporschnellt.

Die Faktenbox zeigt zwar eindeutig, dass es keinen vernünftigen Grund gibt, die Frauen zum Screening zu drängen. Doch es geht nicht darum, die alte paternalistische Botschaft durch eine neue zu ersetzen, indem man den Frauen jetzt rät, nicht zum Screening zu gehen. Jede Frau, die den Wunsch hat, selbst zu entscheiden, sollte die Fakten bekommen, die sie dazu braucht – ohne dass man ihr sagt, was sie zu tun hat.

Dass bei Krankheiten, bei denen die Risiken wenig bekannt sind und damit Nutzen und Schaden von Therapien nicht in einer Faktenbox dargestellt werden können, andere Entscheidungsmechanismen und Kommunikationsverfahren zum Zuge kommen sollten, ist selbstverständlich. An dieser Stelle kann je doch auf dieses Thema nicht eingegangen werden.

Absolute und relative Risikozunahmen und Risikoreduktionen

Großbritannien hat viele Traditionen, eine von ihnen ist die Angst vor Antibabypillen. Seit Anfang der 1960er-Jahre werden die Frauen alle paar Jahre durch Berichte aufgeschreckt, dass die Pille zu Thrombosen

und damit gelegentlich zu lebensbedrohlichen Lungenembolien führen können.

Berühmt ist die Schreckensnachricht, die das „UK Committee on Safety Medicines“ 1995 herausgab: Die oralen Kontrazeptiva der dritten Generation verdoppeln das Thromboserisiko – das heißt, sie erhöhen es um 100 Prozent. Diese erschreckende Information wurde in sogenannten „Dear Doctor Letters“ an 190.000 praktische Ärzte, Apotheker und die Leiter von Gesundheitsämtern weitergegeben und in einer Eilmeldung an die Medien übermittelt. Überall im Land schrillten die Alarmglocken. Viele besorgte Frauen setzten die Pille ab, was zu unerwünschten Schwangerschaften und Abtreibungen führte.

Fragt sich nur, wie viel sind 100 Prozent? Die Studien [5], auf die sich die Warnung stützte, hatten gezeigt, dass von je 7000 Frauen, welche die Vorgängerpille der zweiten Generation genommen hatten, eine Frau eine Thrombose bekam und dass die Zahl sich bei Frauen, die Pillen der dritten Generation nahmen, auf zwei erhöhte. Das heißt, die absolute Risikozunahme betrug nur 1 von 7000, während die relative Risikozunahme tatsächlich bei 100 Prozent lag.

Wie gesehen, können relative Risiken – im Gegensatz zu absoluten Risiken – beunruhigend groß erscheinen und viel Staub aufwirbeln. Diese eine Warnung führte im folgenden Jahr in England und Wales zu geschätzten 13.000 (!) zusätzlichen Abtreibungen. Doch das Unheil währte länger als ein Jahr. Vor der Meldung gingen die Abtreibungsraten stetig zurück, aber danach kehrte sich dieser Trend um, und die Abtreibungshäufigkeit stieg in den folgenden Jahren wieder an. Die Frauen hatten das Vertrauen in orale Kontrazeptiva verloren.

Wie wirkt sich eine verzerrte Informationspolitik im Mammographie-Screening aus? In einer Studie [6] glaubte ein Viertel der britischen Frauen, dass 200 von 1000 Frauen gerettet würden (!). Ihre kolossale Fehleinschätzung hat wahrscheinlich zur Ursache, dass ihnen die absolute Risikoreduktion als eine „20-prozentige Verringerung – von 5 auf 4 von 1000 Frauen – der Sterblichkeit durch Brustkrebs“ (relative Risikoreduktion) dargestellt wurde. Nur wenige Frauen wussten, dass die Antwort ungefähr 1 von 1000 ist. Einmal mehr haben wir es hier mit dem gleichen Trick zu tun, durch den britische Frauen so erfolg-

reich in die Pillenangst getrieben wurden. Während er dort große Furcht verbreitete, weckte er hier ungerechtfertigte Hoffnungen.

4. Der (kleine?) Unterschied zwischen Überlebens- und Sterberaten

Als der New Yorker Ex-Bürgermeister Rudy Giuliani 2007 für das Präsidentenamt kandidierte, erklärte er im Wahlkampf:

„Vor fünf, sechs Jahren hatte ich Prostatakrebs. Meine Überlebenschance bei Prostatakrebs – Gott sei Dank wurde ich geheilt – in den Vereinigten Staaten? 82 Prozent. Meine Überlebenschance bei Prostatakrebs in England? Nur 44 Prozent; unter den Verhältnissen einer sozialisierten Medizin.“

Für Giuliani hieß das: Er hatte Glück, in New York zu leben und nicht in York, weil hier die Chance, seinen Prostatakrebs zu überleben, offenbar doppelt so hoch war. Spektakuläre Nachricht. Aber auch ein spektakulärer Fehler. Trotz des eindrucksvollen Unterschieds hinsichtlich der Überlebensrate starb in den Vereinigten Staaten und in Großbritannien etwa der gleiche Prozentsatz von Männern.

Wie kann die Überlebensrate so verschieden sein, wenn die Sterblichkeit gleich ist? Die Antwort: Beim Screening sagen Unterschiede der Überlebensraten nichts über die Unterschiede der Sterberaten aus.

Tatsächlich weisen in den vergangenen 50 Jahren Veränderungen der 5-Jahres-Überlebensraten keinen Zusammenhang mit Veränderungen der Sterberaten auf. Dafür gibt es zwei Gründe.

Vorlaufzeit-Bias [7]

Der erste Grund heißt Vorlaufzeit-Bias (lead time bias). Stellen wir uns zwei Männergruppen mit progressivem Prostatakrebs vor. Die erste setzt sich aus Männern in Großbritannien zusammen, wo das Screening auf prostataspezifische Antigene (PSA) nicht regelmäßig durchgeführt wird und die meisten Krebsfälle anhand von Symptomen diagnostiziert werden. Die zweite besteht aus Männern in den USA, wo dieser Test ab Ende der 1980er-Jahre zum Einsatz kam und rasch populär wurde, obwohl sich nicht nachweisen ließ, dass er Leben rettete.

Abbildung 2a ist ein hypothetisches Beispiel, um den Vorlauf-Bias zu erklären. Die Überlebensrate der Männer mit Früherkennung hat sich spektakulär verbessert, obwohl sich am Todeszeitpunkt nichts geändert hat: Egal, ob die Patienten ihre Diagnose mit 67 oder mit 60 erhielten, alle starben sie mit 70. Durch Vorverlegung der Diagnose wird die Überlebensrate aufgebläht. Kein Leben wird verlängert oder gerettet.

Überdiagnose-Bias [7]

Der zweite Grund, warum die Überlebensrate uns nichts über längere Lebenszeiten verrät, ist der Überdiagnose-Bias. Eine Überdiagnose liegt vor, wenn Ärzte Anomalien entdecken, die weder Symptome noch vorzeitigen Tod verursachen. Dies ist

etwa der Fall, wenn bei einem Patienten eine Krebserkrankung diagnostiziert wird, die histologisch alle Kriterien einer malignen Entartung erfüllt, die sich jedoch so langsam entwickelt, dass der Patient sie nie bemerken würde.

Es sterben viel mehr Männer mit Prostatakrebs als an ihm. (So hat einer von fünf Männern in den 50ern wahrscheinlich einen harmlosen Prostatakrebs. Wenn diese Männer über 80 Jahre alt werden, sind es vier von fünf Männern.)

Abbildung 2b ist ein hypothetisches Beispiel, um den Überdiagnose-Bias zu erklären. Allgemein: Je höher die Screening-Rate, desto mehr Diagnosen werden gestellt. Die Sterberate ist jedoch in beiden Ländern etwa gleich. Dies bedeutet, dass – obwohl die Überlebensrate spektakulär ansteigt – genauso viele Männer sterben. Giuliani meinte fälschlicherweise, dass die Überlebensrate ein guter Indikator für den Erfolg des Screenings sei. Er verwechselte Überlebensraten mit Sterberaten.

Die Fehlinterpretation des Begriffs „Überleben“ hat unnötigerweise gesunde Menschen in ängstliche Patienten verwandelt. Manch ein Mann, dessen nicht-progressiver Krebs infolge Screening diagnostiziert wurde, der also alle Kriterien einer malignen Entartung aufweist, unterzieht sich überflüssigen und schädlichen Therapien, Chirurgie, Radiotherapie oder Hormonblockade. Die Behandlung ist überflüssig, weil er im Lauf seines Lebens die Krebserkrankung nie bemerkt hätte. Und sie ist potenziell schädlich, weil bis zu fünf von 1000 Männern binnen eines Monats nach der Operation sterben und rund zehnmal so viele unter schweren Komplikationen leiden. Unzählige Männer müssen den Rest ihres Lebens Windeln tragen und sind impotent. Vielen hat man weisgemacht, Inkontinenz und Impotenz seien der Preis für ihr Überleben, und Überleben bedeute, länger zu leben.

Verstehen Ärzte Überlebensraten?

Verstehen Ärzte Überlebensraten oder lassen sie sich wie Rudy Giuliani täuschen? Diese Frage ist unseres Wissens noch in keiner Studie gestellt worden. Daher untersuchten Wegwarth et al. [8] eine repräsentative Stichprobe von 412 Ärzten in den USA. Die Befragten waren

Tabelle 3: 5-Jahres-Überlebensrate von Männern mit und ohne Screening

	Männer ohne Screening	Männer mit Screening
5-Jahres-Überlebensrate	68 %	99 %

Tabelle 4: Sterberate von Männern mit und ohne Screening

	ohne Screening	mit Screening
Sterberate	2 Tote pro 1000 Personen	1,6 Tote pro 1000 Personen

als Hausärzte, Allgemeinmediziner und Internisten niedergelassen. Die meisten von ihnen hatten zehn- bis zwanzigjährige Berufspraxis. Die Ärzte wurden gefragt: „Stellen Sie sich vor, ein 55-jähriger gesunder Patient erkundigt sich über ein Screening auf Krebs X. Bitte beantworten Sie anhand der Daten für Patienten im Alter von 50 bis 69 Jahren, die aus einer großen, etwa zehn Jahre dauernden Studie an US-amerikanischen Erwachsenen stammen, folgende Frage: Würden Sie Ihrem Patienten dieses Screening empfehlen?“

Die Mehrheit der Ärzte (fast 70 Prozent) gab an, sie würden ihren Patienten die Untersuchung mit Sicherheit empfehlen (Tab. 3). Später wurde den Ärzten dieselbe Frage zum Screening auf Krebs Z gestellt, bei dem es sich in Wirklichkeit jedoch auch um Krebs X handelte. Doch jetzt wurde der Nutzen als Sterberate präsentiert (Tab. 4): Dieses Mal sagten nur 23 Prozent, sie würden den Test empfehlen. Es war bestürzend, wie leicht die Mehrheit dieser amerikanischen Ärzte durch Überlebensraten zu beeindruckt war.

Sind Ärzte in Deutschland besser? Als Wegwarth et al. [9] 65 deutsche Internisten befragten, ließen auch sie sich genauso leicht zugunsten einer Empfehlung des Screenings manipulieren. Diese Ärzte wurden aufgefordert, den Vorlaufzeit-Bias zu erklären (Abb. 2a). Nur zwei der 65 konnten es. Und als sie nach dem Überdiagnose-Bias befragt wurden (Abb. 2b), konnte es nicht ein Einziger erklären. Alles in allem zogen die meisten Ärzte in Deutschland und den USA falsche Schlussfolgerungen aus den Überlebensraten.

Außerdem war fast die Hälfte der US-Ärzte der irrigen Meinung, die Entdeckung von mehr Krebsfällen beweise, dass Leben gerettet würden. Dies auch deshalb, weil Krebs früher entdeckt würde. In ihrer Unkenntnis würden sie ihren Patienten das Screening empfehlen. Zur Verbesserung dieser Situation sollten Ärzte, wenn sie mit Patienten über medizinische Verfahren sprechen, grundsätzlich Faktenboxen verwenden. Screenings auf Krebserkrankungen führen zwangsläufig zu Überdiagnosen und unnötigen Therapien. Sie sind nicht immer in der

Lage, Leben zu retten. Unnötige Therapien schädigen eine große Zahl von Menschen, manchmal sogar mit tödlichen Folgen. Binnen eines Monats nach einer Lungenkrebsoperation sind 5 Prozent der Patienten nicht mehr am Leben. Das hält aber nur wenige davon ab, weiterhin für Lungenkrebs-Screening zu werben, etwa mit der Spiral-CT. Nicht, dass die Spiral-CTs schlecht wären. Im Gegenteil: Sie sind zu gut. Sie sind so genau, dass sie ungefähr ebenso viele Lungenkrebsfälle bei Nichtrauchern wie bei Rauchern erkennen. Mit anderen Worten: Sie entdecken nichtprogressive Krebserkrankungen bei Nichtrauchern – Zellanomalien, die wissenschaftlich betrachtet Krebs sind, aber nicht zu Symptomen führen. Erkennung von mehr Krebsfällen ist also kein Beweis dafür, dass Leben gerettet werden. Diese Grundtatsache sollte jeder Arzt kennen.

5. Schlussfolgerungen

Ärzte unterliegen denselben kognitiven Täuschungen wie Nicht-Ärzte. Hauptgrund ist das unglaubliche Versäumnis der medizinischen Fakultäten, ihren Studenten ein vernünftiges Rüstzeug an Risikointelligenz zu vermitteln. Der medizinische Fortschritt wird von besseren Technologien erwartet, nicht von besseren Ärzten, die diese Technologien verstehen. Medizinstudenten müssen sich unzählige Fakten über häufige und seltene Krankheiten einprägen. Was sie allerdings selten lernen, sind statistisches

Denken und kritische Bewertung wissenschaftlicher Artikel auf ihrem eigenen Gebiet. Das Lernen ist auf das Abschneiden im großen Staatsexamen abgerichtet, das oft wenig Bezug zur klinischen Praxis hat.

Mit einer gehörigen Portion Selbstironie erzählen Medizinprofessoren den folgenden Witz: Zwei Studenten, der eine Biologe, der andere Mediziner, werden aufgefordert, das Telefonbuch auswendig zu lernen. Der Biologiestudent fragt: „Warum?“ Der Medizinstudent fragt: „Bis wann?“

Wer wird das ändern? Die moralische Verantwortung liegt bei den medizinischen Fakultäten. Sie sollten rasch handeln, bevor den Patienten klar wird, dass ihre Ärzte die Resultate von Tests und Behandlungen, die ihnen empfohlen werden, oft selbst nicht verstehen. Dieses statistische Defizit kann das Vertrauen der Patientinnen und Patienten in die Kompetenz der Ärzte untergraben.

Ein zaghaftes Umdenken scheint im Gange zu sein, bei Ärzten und Institutionen. In den „blauen Ratgebern“ der Deutschen Krebshilfe war 2007 zum Beispiel von einer relativen Reduktion der Brustkrebssterblichkeit von 30 Prozent zu lesen. Zusätzlich war von einer 98 Prozent-Überlebensrate nach der Operation zu lesen. Ein möglicher Schaden des Screenings wurde fast gänzlich ausgeklammert [10]. Der Leser, die Leserin erinnert sich: Die absolute Risikoreduktion be-

Anzeige

trägt 1 Promille (eine von 1000 Frauen kann dank Screening vom Tod durch Brustkrebs gerettet werden), wobei aber die Sterberate bei gescreenten und nicht gescreenten Frauen gleich ist, wenn alle Krebsarten (einschließlich Brustkrebs) berücksichtigt werden. Und der Schaden des Screenings ist beträchtlich.

2009 hatte die Deutsche Krebshilfe jedoch den Mut, neben den „blauen Ratgebern“ [11] Faltblätter herauszugeben, welche keine irreführenden Zahlen zu den Vorteilen des Screenings enthielten und transparenter über die Nachteile informierten. Doch der Weg zu transparenten, evidenzbasierten Zahlen braucht noch Jahre. Die Elimination der irreführenden Zahlen bedeutete zunächst noch nicht, dass Frauen transparente Zahlen erhielten. Für ein paar Jahre waren die Blauen Ratgeber ohne Zahlenangaben für den Nutzen. In einer zusätzlichen Informationsbroschüre zum Mammographie-Screening ist seit 2009 zu lesen, dass von 200 Frauen, welche 20 Jahre lang jedes zweite Jahr zum Mammographie-Screening gehen, eine vor dem Tod durch Brustkrebs bewahrt wird [12]. Diese optimistische Zahl entspricht nicht den randomisierten Studien, sondern entstand wahrscheinlich in einem Kompromiss zwischen denjenigen, die genauer informieren wollten und denjenigen,

die eher die Teilnahme an Mammographie-Screening erhöhen wollten.

Dieses Jahr hat die Deutsche Krebshilfe noch mehr Mut bewiesen und sich durchgerungen, evidenzbasiert über den Nutzen zu berichten – indem sie offen darlegt, dass „ein bis zwei Frauen von 1000 Frauen durch das Screening-Programm vor dem Tod an Brustkrebs bewahrt (werden)“ [13]. Dass von 1000 Frauen im Screening-Programm jedoch fünf Frauen mit nicht-progressivem Krebs einer unnötigen Brustoperation unterzogen werden, wird nicht angesprochen.

So fehlen auch bis heute einfache und verständliche Faktenboxen, die den Nutzen und Schaden des Mammographie-Screenings klar gegenüberstellen und von Patientinnen und Patienten gut verstanden werden, besonders, wenn sie von kompetenten Ärzten im Gespräch erläutert werden. Der Prozess des Umdenkens bei Ärzten und Institutionen und die Einführung besserer Curricula an den Universitäten braucht seine Zeit, wobei unter anderem ökonomische Interessen diesem Umdenken im Wege stehen, besonders dann wenn evidenzbasiertes und genaues Informieren in Konflikt steht mit der Erhöhung von Teilnehmerzahlen an Screening-Programmen.

Prof. Dr. Gerd Gigerenzer
Dr. med. Jürg Kuoni
Rolf Ritschard
Dr. Mirjam Jenny
Anna Held

Korrespondenzadresse:
Mirjam Jenny, Head Research Scientist
Harding Center for Risk Literacy
Max Planck Institute for
Human Development, Berlin
E-Mail: jenny@mpib-berlin.mpg.de

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

Der Text ist ein in Teilen bearbeiteter Nachdruck aus „Swiss Medical Forum“ [2015;15(36):787–793] mit freundlicher Genehmigung des Swiss Medical Forum, des Autors und des C. Bertelsmann Verlags, München, in der Verlagsgruppe Random House GmbH. Der Artikel stammt zum größten Teil aus dem Buch „Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft“, von Gerd Gigerenzer [© 2013 C. Bertelsmann Verlag, München, in der Verlagsgruppe Random House GmbH]. Er wurde stellenweise bearbeitet, gekürzt, umgestellt, ergänzt sowie mit Zwischentiteln versehen.

Das Wichtigste für die Praxis

Faktenboxen zeigen im Überblick und auch für den Laien verständlich den Nutzen und den Schaden von Früherkennungsmaßnahmen (zum Beispiel des Mammographie-Screenings) und von medizinischen Therapien auf der Grundlage einer möglichst großen Anzahl medizinischer Studien. Sie helfen nicht nur dem Arzt, sondern auch dem Laien, die Risiken und die positiven Effekte von Maßnahmen gegeneinander abzuwägen und für informierte Entscheidungen zu nutzen.

In der Medizin wird die Wirksamkeit einer Früherkennung oder einer Therapie meist mit relativen Risikoreduktionen angegeben, das heißt, wenn infolge einer Früherkennungsmaßnahme nur eine statt zwei Personen von 1000 stirbt, beträgt die relative Risikoreduktion 50 Prozent. In diesem Beispiel beträgt die absolute Risikoreduktion jedoch lediglich 1 Promille (1 von 1000). Die absolute Risikoreduktion ist die für alle verständliche Kennziffer, welche die Wirksamkeit oder den Nutzen einer Maßnahme nachweisen kann.

Viele Ärzte verstehen den Unterschied zwischen Sterberate und Überlebensrate nicht und ordnen Screenings an, die nutzlos und unnötig sind und zur Aufblähung der Gesundheitskosten führen. Überlebensraten sind zum Beispiel bei Personen, die Früherkennungsmaßnahmen durchführen, oft beeindruckend groß. Die Sterberaten hingegen sind oft mit oder ohne Früherkennungsmaßnahmen etwa gleich groß (zum Beispiel beim PSA-Screening).

Medizinische Fakultäten sollten angehende Ärzte besser in Risikoabschätzungen und statistischen Methoden ausbilden, damit sie die Resultate von Tests und Behandlungen nachvollziehen und korrekte Schlussfolgerungen zum Wohle der Patienten ziehen können.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Was Ärzte wissen müssen – Die Kunst der Risikokommunikation**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.11.2016 bis 24.11.2017** möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Auftakt einer Artikelserie

Der Beitrag „Was Ärzte wissen müssen“ von Prof. Dr. med. Gerd Gigerenzer et al. war der Auftakt einer Artikelserie im Swiss Medical Forum im vergangenen Jahr. Fünf Beiträge der Ausgaben 36 bis 39/2015 beschäftigten sich aus unterschiedlichen Blickwinkeln mit „Wissenschaft und Medizin“. Weitere Autoren: Prof. Dr. med. Johann Steurer, Direktor des Horten-Zentrums für praxisorientierte Forschung und Wissenstransfer in Zürich, Prof. rer. nat. Gerd Antes, Direktor des Deutschen Cochrane Zentrums, Freiburg, und Prof. Dr. med. David Klemperer, Sozialmediziner an der Universität Regensburg. Sämtliche Artikel können kostenlos im Internet abgerufen werden unter: www.medicalforum.ch

CME-Beitrag aus Ausgabe 11/2015: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Ein rheumatologischer Notfall? Polymyalgia rheumatica und Arteriitis temporalis (Riesenzellarteriitis)“ von Dr. med. Marc Frerix et al. im Hessischen Ärzteblatt 11/2015, Seite 630ff:

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

Messe Stuttgart
Mitten im Markt



Die Fachmesse für die ambulante ärztliche Versorgung

Gelungene Diagnose, erfolgreiche Therapie und zufriedene Patienten – viele Aspekte sind notwendig um diese Ziele zu erreichen: Ihr fachliches Können, eine professionelle Ausstattung und eine moderne Mitarbeiterführung. Lassen Sie sich auf der MEDIZIN inspirieren und holen Sie sich Anregungen für Ihren beruflichen Erfolg. Die Fachmesse, der 52. Ärztekongress und das begleitende Rahmenprogramm bieten Neuheiten, hochkarätige Fortbildung sowie den Austausch mit Kollegen und Experten.



Bezirksärztekammer
Nordwürttemberg

Ideeller Träger und
Kongressveranstalter



FIT FÜR DIE PRAXIS

MEDIZIN

FACHMESSE + KONGRESS
27. – 29. Januar 2017 | Messe Stuttgart

#medizin2017

www.medin-stuttgart.de



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

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

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

• **Dienstag, 13. Dezember 2016** • **Dienstag, 10. Januar 2017** • **Dienstag, 7. Februar 2017**

Multiple Choice-Fragen:

Was Ärzte wissen müssen – Die Kunst der Risikokommunikation

VNR: 2760602016125510003

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Ein Gütekriterium für diagnostische Tests ist die Sensitivität. Die Sensitivität bezeichnet:

- 1) Den Anteil der tatsächlich Kranken, welche durch diesen Test auch als krank diagnostiziert werden.
- 2) Den Anteil der tatsächlich Kranken, welche durch diesen Test fälschlich als gesund diagnostiziert werden.
- 3) Den Anteil der tatsächlich Gesunden, welche durch diesen Test auch als gesund diagnostiziert werden.
- 4) Den Anteil der tatsächlich Gesunden, welche durch diesen Test fälschlich als krank diagnostiziert werden.

2. Ein Gütekriterium für diagnostische Tests ist die Spezifität. Die Spezifität bezeichnet:

- 1) Den Anteil der tatsächlich Kranken, welche durch diesen Test auch als krank diagnostiziert werden.
- 2) Den Anteil der tatsächlich Kranken, welche durch diesen Test fälschlich als gesund diagnostiziert werden.
- 3) Den Anteil der tatsächlich Gesunden, welche durch diesen Test auch als gesund diagnostiziert werden.
- 4) Den Anteil der tatsächlich Gesunden, welche durch diesen Test fälschlich als krank diagnostiziert werden.

3. Wie nennt man den Wert, der beschreibt, ob bei einer Person, die einen auffälligen Befund bekommt, die Erkrankung auch tatsächlich vorliegt?

- 1) positiver Vorhersagewert
- 2) negativ prädiktiver Wert
- 3) Spezifität
- 4) Sensitivität

4. Wie nennt man den Wert, der beschreibt, ob bei einer Person, die einen unauffälligen Befund bekommt, die Erkrankung tatsächlich nicht vorliegt?

- 1) Sensitivität
- 2) positiv prädiktiver Wert

- 3) negativer Vorhersagewert
- 4) Spezifität

5. Der Hersteller eines medizinischen Tests gibt Ihnen Auskunft über die Sensitivität und Spezifität des Tests. Sie wollen Ihren Patienten mitteilen, wie wahrscheinlich es ist, tatsächlich erkrankt zu sein, wenn ein positives Testergebnis vorliegt. Welche Größe brauchen Sie zusätzlich für Ihre Berechnung?

- 1) Prävalenz
- 2) Mortalität
- 3) Kohärenz
- 4) Latenz

6. Die Mammografie ist ein Screening-Test zur Früherkennung von Brustkrebs. Die Wahrscheinlichkeit, dass eine Frau Brustkrebs hat, beträgt 1 Prozent. Wenn eine Frau Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit eines positiven Mammografie-Testergebnisses 90 Prozent. Wenn eine Frau hingegen keinen Brustkrebs hat, beträgt die Wahrscheinlichkeit eines positiven Mammografie-Testergebnisses dennoch 9 Prozent.

Was ist die beste Schätzung dafür wie viele Frauen mit positivem Testergebnis tatsächlich Krebs haben?

- 1) 9 von 10
- 2) 8 von 10
- 3) 1 von 10
- 4) 1 von 100

7. In einer medizinischen Publikation finden Sie die Angabe, dass das Mammographie-Screening die Wahrscheinlichkeit um 20 Prozent senkt, an Brustkrebs zu sterben. Bei dieser Angabe handelt es sich um...

- 1) die relative Risikoreduktion
- 2) die absolute Risikoreduktion
- 3) die spezifische Risikoreduktion
- 4) die evidente Risikoreduktion

8. Ein Patient erkundigt sich bei Ihnen nach dem Nutzen eines Früherkennungs-Screenings. Hierzu sollten Sie welches Kriterium heranziehen?

- 1) 5-Jahres-Überlebensrate
- 2) Inzidenz
- 3) Mortalitätsrate
- 4) Prävalenz

9. Stellen Sie sich zwei Gruppen von Personen vor die alle mit 70 Jahren an Krebs versterben. Bei Gruppe A wird die Krebserkrankung aufgrund eines Screenings im Alter von 60 Jahren entdeckt. In dieser Gruppe beträgt die 5-Jahres-Überlebensrate 100 Prozent. Gruppe B nimmt nicht am Screening teil. Bei dieser Gruppe wird die Krebserkrankung mit 68 Jahren diagnostiziert. Da auch in dieser Gruppe alle mit 70 Jahren am Krebs versterben, ergibt sich für diese Gruppe eine 5-Jahres-Überlebensrate von 0 Prozent. Um welche Verzerrung handelt es sich hierbei in der Beschreibung der Vorteile des Screenings?

- 1) Vorlaufzeit-Bias
- 2) Überdiagnose-Bias
- 3) Selektions-Bias
- 4) Performance-Bias

10. Je höher die Screening-Rate, desto mehr Krebsdiagnosen werden gestellt. Werden beim Screening Anomalien entdeckt, die aufgrund des extrem langsamen Wachstums weder Symptome noch vorzeitigen Tod verursachen, bezeichnet man das als...

- 1) Selektions-Bias
- 2) Attrition Bias
- 3) Lead time-Bias
- 4) Überdiagnose-Bias

Literatur zum Artikel:

Was Ärzte wissen müssen

Die Kunst der Risikokommunikation

von Gerd Gigerenzer, Jürg Kuoni, Rolf Ritschard, Mirjam Jenny, Anna Held

- 1 Gerd Gigerenzer, Risiko: Wie man die richtigen Entscheidungen trifft, © C. Bertelsmann Verlag, München, in der Verlagsgruppe Random House GmbH, München. Übersetzung: Hainer Kober. Originalausgabe: Risk Savvy: How to Make Good Decisions, bei Penguin, New York 2013.
- 2 Young J M, Glasziou P und Ward J E: General practitioners' self rating of skills in evidence based medicine: A validation study. British Medical Journal 324 (2002): 950 f.
- 3 Gøtzsche P C und Nielsen M: Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews 1 (2011), Artikel CD001877.
- 4 Harding Center for Risk Literacy (<https://www.harding-center.mpg.de/de>), leicht geändert.
- 5 Furedi A: The public health implications of the 1995 'pill scare'. Human Reproduction Update 5 (1999):621–6 (doi: 10.1093/humupd/5.6.621).
- 6 Gigerenzer G, Mata J und Frank R: Public knowledge of benefits of breast and prostate cancer screening in Europe. Journal of the National Cancer Institute 101(17); 2009:1216–20 (doi: 10.1093/jnci/dip237).
- 7 Für weitere Informationen siehe die zwei sehenswerten Beiträge von H. Gilbert Welch auf Youtube : <http://www.youtube.com/watch?v=s7QNhE59s9Q> und <http://www.youtube.com/watch?v=ngHB1DzP5xc>
- 8 Wegwarth O, Schwartz L M, Woloshin S, Gaissmaier W, Gigerenzer G: Do physicians understand cancer screening statistics? A national survey of primary care physicians in the United States. Annals of Internal Medicine 156;(2012):340–9.
- 9 Wegwarth O, Gaissmaier W und Gigerenzer G: Deceiving numbers: Survival rates and their impact on doctors' risk communication. Medical Decision Making 31(2011)386–94 (doi: 10.1177/0272989X10391469).
- 10 Deutsche Krebshilfe, Die blauen Ratgeber 2, Brustkrebs (2007).
- 11 Deutsche Krebshilfe/Krebsgesellschaft, Die blauen Ratgeber 2, Brustkrebs (2009).
- 12 Kooperationsgemeinschaft Mammographie des Deutschen Krebsforschungszentrums – Krebsinformationsdienst und der Deutschen Krebshilfe, Mammographie-Screening: Früherkennung von Brustkrebs (2009).
- 13 Deutsche Krebshilfe / Krebsgesellschaft, Die blauen Ratgeber 2, Brustkrebs (2016).

Seine Bestallung als Arzt ist erloschen...

Zum Schicksal jüdischer Ärzte aus dem Werraland

York-Egbert König

Dieser Beitrag entstand parallel zu einem bereits früher veröffentlichten Bericht über Juristen¹ aus der Region Werra-Meißner-Kreis und will an Mediziner erinnern, die ihre Wurzeln im Werraland hatten oder hier tätig waren, bis sie nach 1933 gedemütigt und entrechtet, verdrängt und vertrieben, verschleppt und ermordet wurden.²

Der Dank des Autors York-Egbert König (Stadtarchiv Eschwege) geht an alle, die seine biografischen Nachforschungen stets sehr bereitwillig unterstützt haben.

Dr. med. Moritz Bachrach (1888–1946), praktischer Arzt, geboren am 11.5.1888 als Sohn des Lehrers Herz Bachrach (1859–1932) und der Natalie geb. Fuld



Dr. med. Moritz Bachrach

Fotos: div. Passfotos aus Kennkarten: Stadtarchive Kassel/ Eschwege; Dr. Moritz Bachrach, Sanitätsrat Dr. Moritz Stern und Verlobte, Emma Stern mit Söhnen allesamt aus: Anna Maria Zimmer, Juden in Eschwege, 1993

(1855–1919) in Reichensachsen. Sein Abitur machte er 1908 in Fulda und studierte dann in Marburg, München, Berlin und Heidelberg, wo er 1914 mit einer Arbeit über „Assimilationsbecken der Heidelberger Universitäts-Frauenklinik“³ zum Dr. med. promoviert wurde. Aus Papenburg kommend ließ er sich 1918 in Eschwege nieder und betrieb seine Praxis zuletzt im Haus Reichensächser Straße 8, das er Ende 1927 erworben hatte. Er war

in 1. Ehe mit Flora geb. Hess (2.11.1889 – 28.9.1927) aus Papenburg verheiratet, mit der er den Sohn Joseph (9.2.1918 Papenburg – 3.12.1998 Lincolnwood; Professor für Chemie) und die Tochter Ruth (*30.8.1921) hatte. Am 6.11.1931 heiratete er in Eschwege Lina Goldschmidt (*25.9.1903) aus Sterbfritz. Im Sommer 1938 meldete sich die Familie nach New York ab. Dr. Bachrach starb am 7.5.1946 in South Bend, Indiana.

Dr. med. Berthold Heilbrunn (1865–?), praktischer Arzt, geboren am 10.2.1865 in Netra als Sohn des Kaufmanns Ruben Heilbrunn und der Hannchen geb. Stiebel.



Dr. med. Berthold Heilbrunn

Nach seinem Studium wurde er 1887 in Würzburg zum Dr. med. promoviert (Thema der Doktorarbeit: Heinrich von Deventer und seine Anschauungen über die verkehrten Lagen der Gebärmutter⁴) und am 13.12.1887 approbiert. Berufliche Stationen waren u. a. Stuttgart, Nürnberg, Fulda, Pritzerbe, Giengen und schließlich Fürth. Am 14.3.1906 hatte er in Nürnberg Frieda Kronacher (*9.12.1876) aus Fürth geheiratet, die ebenfalls studiert hatte. Die gemeinsamen Kinder Beatrix (*3.3.1907), Heinrich (*1.4.1907; geht schon 1926 nach Buenos Aires), Johanna (*13.6.1909) und Gertrud (*26.12.1911; reist 1933 nach Basel aus) wurden alle in Fulda geboren. Dr. Heilbrunn wanderte mit seiner Frau und

Tochter Beatrix im November 1939 von Fürth nach Palästina aus.

Dr. med. Siegmund Kahn (1876–1917), praktischer Arzt, geboren am 3.5.1876 als Sohn des Eschweger Fabrikanten David Meyer Kahn (1834–1898) und der Dina geb. Kaiserbluth (1839–1889), machte sein Abitur 1895 in Warburg und studierte dann in München, Heidelberg, Freiburg, Würzburg und Bonn, wo er 1902 das Staatsexamen bestand. Nach einer Tätigkeit als Schiffs- und Assistenzarzt promovierte er 1905 in Leipzig mit einer Arbeit „Über intermittierendes Hinken“⁵ und war ab 1906 wieder in Eschwege ansässig mit einer Praxis am Stad 52.

Er starb als Bataillonsarzt während des Ersten Weltkriegs am 3.5.1917 in Grodno⁶ am Fleckfieber. Er war verheiratet mit Elsa Falkenfeld (12.10.1880–1943) aus Schwerin. Die beiden Kinder Edith (4.8.1907–1943) und Hans-Peter (*22.8.1912) wurden in Eschwege geboren. Edith wurde Schauspielerin und heiratete 1929 in Berlin den ebenfalls aus Eschwege stammenden Juristen Dr. Albert Narewczewitz (22.12.1894–1943), beide wurden in das Vernichtungslager Auschwitz deportiert. Hans-Peter konnte in die USA emigrieren. Siegmund Kahns Witwe verzog 1934 nach Berlin-Charlottenburg und wurde 1943 von dort nach Theresienstadt deportiert und umgebracht.

Dr. med. Ernst Lang (1891–1976), Arzt, geboren am 4.5.1891 in Eschwege als Sohn des Fabrikanten Siegmund Lang (1849–1924) und dessen zweiter Ehefrau Franziska geb. Plaut (1863–1942). Nach dem Abitur in Eschwege ging er 1910 zum Studium der Medizin nach Würzburg, München, Berlin, Freiburg und Göttingen. Bei Ausbruch des Ersten Weltkriegs wurde er als Feldunterarzt einberufen. Während eines mehrwöchigen Urlaubs wurde er im Dezember 1915 in Göttingen mit einer Arbeit über „Die Durchlässigkeit der Froschhaut für Gifte“⁷ zum Dr. med. promoviert und erhielt bald darauf seine Ap-

probation. 1920 kehrte er noch einmal kurzfristig nach Eschwege zurück, um sich dann jedoch in Berlin niederzulassen. 1936 wanderte er über Palästina in die USA aus und starb 1976 in Jamaica, NY. Lang war verheiratet mit Ilse Kass.

Dr. med. Artur Löbenstein (1901–1942), praktischer Arzt, wurde am 1.1.1901 in Sontra geboren als Sohn des Kaufmanns Meyer Moritz Löbenstein (1860–1937) und dessen Ehefrau Emma geb. Klebe (1865–1930), wohnhaft Niederstadt 50, ab 1904 jedoch in Eschwege am Stad 44 ansässig. Nach dem Abitur in Eschwege studierte er Medizin in Würzburg, Marburg und seit 1922 in Berlin. Die Approbation erhielt er im Frühjahr 1926, die Zulassung als Kassenarzt im Sommer 1932. Löbenstein war in Berlin, Invalidenstraße 33 gemeldet und heiratete am 27.12.1934 die Zuschneiderin Hildegard Breier, geb. am 9.2.1914 in Berlin als Tochter des Kaufmanns Hugo Breier (1861–?) und dessen Ehefrau Jeanette (1875–1942). Das Paar hatte 5 Kinder: Edja (*29.6.1935), Susi (*7.7.1936), Morris (*20.12.1937), Judis (*7.5.1940) und Tirza (*17.8.1941). Am 19.10.1942 wurde die ganze Familie einschließlich der Großmutter Breier von Berlin nach Riga deportiert; alle wurden dort bereits am 22.10.1942 ermordet.

Dr. med. Leo Markes (1887–1945), Zahnarzt, wurde am 2–4–1887 in Wanfried als Sohn des in Hattingen ansässigen Zahnarztes Dr. Isidor Markes (1856–1922) und der



Dr. med. Leo Markes

aus Wanfried stammenden Gita Frankensfeld (1847–1918) geboren. Von 1900 bis 1906 besuchte er das Gymnasium in Höx-

ter und bestand 1910 zum Abschluss seines Studiums an der Universität Erlangen das Zahnarztexamen. Nach mehrjähriger Tätigkeit als Assistenzarzt an den Kliniken in Heidelberg und Erlangen trat er im Herbst 1913 in die Praxis seines Vaters in Hattingen ein. Mit einer Arbeit über „Mundkrankheiten bei Berg- und Hüttenarbeitern“⁸ wurde er 1921 an der Universität Kiel promoviert. Er war verheiratet mit Hildegard Meinhardt (13.3.1900–1945) aus Schwedt an der Oder und hatte mit ihr die Kinder Hans-Joachim (*29.7.1925) und Brigitte (*19.5.1927). Mit der 1933 beginnenden Diskriminierung gingen die Einkünfte seiner Praxis um 80% zurück. Im Rahmen der Novemberpogrome 1938 wurde er in Schutzhaft genommen und anschließend als Zahnarzt für die Juden in Essen bestellt. Während es noch vor Jahresende 1938 gelungen war, die beiden Kinder nach England in Sicherheit zu bringen, wurden die Eheleute Dr. Leo und Hildegard Markes 1942 mit einem Sammeltransport von Düsseldorf zunächst nach Theresienstadt und 1944 dann weiter nach Auschwitz deportiert. Beide wurden 1945 für tot erklärt.

Dr. med. Wilhelm Müller (1865–1961), Sanitätsrat, wurde am 21.11.1865 in Herleshausen geboren. Seine Eltern waren der Viehhändler Salomon Feitel Müller



Dr. med. Wilhelm Müller

(1836–1922) und Luise geb. Ganz (1844–1936). Nach Studium und Promotion in München (Über den trächtigen Uterus der Grünen Meerkatze⁹) war er seit 1891 in Nürnberg ansässig. Dort heiratete er am 18.5.1922 Elisabeth Brand (23.9.1892 – 9.2.1975). Die Ehe blieb kinderlos. Aufgrund der katholischen Herkunft seiner Frau

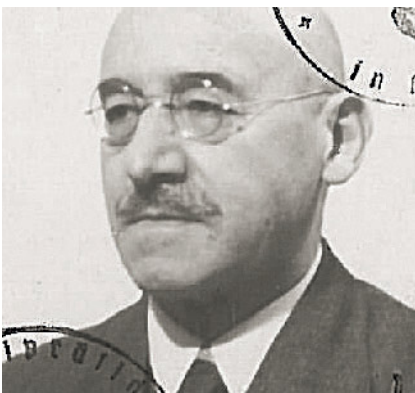
entging Dr. Müller dem Holocaust. Hoch betagt starb er am 22.2.1961 in Nürnberg.

Dr. med. Georg Narewczewitz (1891–?), Zahnarzt, geboren am 22.6.1891 in Eschwege als Sohn des Kaufmanns Nathan N. (1859–1918) und der Mathilde geb. Lichtenstein (1858–1891), die bei seiner Geburt verstarb. Das Zeugnis der Reife erlangte er 1910 an der Friedrich-Wilhelm-Schule seiner Heimatstadt. Bis 1913 studierte er Zahnheilkunde in München, Leipzig und Berlin. Nach der Staatsprüfung war er als Assistenzarzt tätig und nahm ab 1915 als Truppenarzt am Weltkrieg teil. Er heiratete am 18.6.1919 in Eschwege die aus Reichensachsen stammende Sophie Plaut (*28.2.1896) und eröffnete im Juli seine Zahnarztpraxis in der Friedrich-Wilhelm-Straße 12a. In Eschwege wurden die beiden Töchter Marga (*20.6.1920) und Edith (*16.9.1921) geboren. Als Praktiker schrieb er seine Doktorarbeit „Über Silikatzemente“¹⁰ und wurde damit 1922 in Erlangen promoviert. 1936 meldeten sich alle nach Frankfurt/Main ab, später gelang ihnen die Emigration nach England. Sein jüngerer Bruder Erich (1893–1943) war als Studienrat an der Friedrich-Wilhelm-Schule in Eschwege, der jüngste Bruder Albert (1894–1943) als promovierter Anwalt in Berlin tätig. Beide überlebten den Holocaust nicht.

Dr. med. Fritz Neuhaus (1895–1974), Frauenarzt, wurde am 7.4.1895 als ältester von vier Söhnen des Kaufmanns Joseph Neuhaus (1869–1941) und dessen Ehefrau Minna geb. Müller (1868–1936) in Herleshausen geboren. Nach der Volksschule besuchte er das Karl Friedrich-Gymnasium¹¹ in Eisenach bis zum Abitur im Jahre 1914 und studierte darauf Medizin in Heidelberg, München, Leipzig, Frankfurt und Berlin, wo er 1920 mit einer Arbeit „Über intercranielle Blutungen bei Neugeborenen“¹² promoviert und 1921 als Kassenarzt zugelassen wurde. Er war in Moabit und Charlottenburg als Facharzt ansässig. Am 21.3.1927 hatte er mit Ellen Goldstaub (25.7.1905 – 21.3.1998) die Ehe geschlossen, aus der der Sohn Robert (* 28.12.1929 Berlin; lebt als promovierter Augenarzt Robert Newhouse in New York) hervorging. Die Approbation wurde ihm bereits 1933 entzogen, da ihm die

NS-Behörden die Anerkennung als Frontkämpfer verweigerten, obwohl er während des Weltkrieges als Feldunterarzt tätig gewesen war. Als Gynäkologe durfte er danach nur noch in jüdischen Einrichtungen arbeiten, so 1938 als Chefarzt der gynäkologischen Abteilung des Jüdischen Krankenhauses im Wedding. Allerdings wanderte er mit seiner Familie noch im selben Jahr nach New York aus, wo er wiederum als Gynäkologe arbeitete. Nach Kriegsende ließ er seine bis dahin bei einer katholischen holländischen Familie versteckt lebende Nichte Marianne¹³ nachkommen und adoptierte sie. Er starb am 3.10.1974 in Miami Beach, Florida.

Dr. med. Julius Oppenheim (1867–1950), praktischer Arzt, geboren am 17.1.1867 in Eschwege als Sohn des Konditors Isaac Oppenheim (1832–1928) und dessen 1. Ehe-



Dr. med. Julius Oppenheim

frau Emilie geb. Pappenheim (1835–1869). 1873 zog die Familie um nach Kassel. Nach dem Medizinstudium in Göttingen, München und Berlin wurde Julius O. 1889 in Göttingen mit einer Arbeit „Zur Kenntnis der Urogenitaltuberkulose“¹⁴ zum Dr. med. promoviert. 1891 bis 1893 war er in Halberstadt ansässig, danach bis 1898 in Walkenried und Bad Sachsa. Er war verheiratet mit Alma Meyer (14.12.1875 – 7.2.1950) aus Ellrich am Harz und hatte mit ihr die Kinder Hans (16.4.1895–1943; mit Ehefrau Gertrud geb. Lindenfeld [*3.5.1902 – 1943] nach Auschwitz deportiert; beider Tochter Dorrieth Marianne [8.12.1931 Kassel – 23.8.2012 Prestwick] 1939 durch einen Kindertransport nach Schottland gerettet); Alice (2.1.1897–15.1.1980; lebte in Frankfurt und später in New York); Ernst

Walter (15.6.1902 – 2.10.1977; ab 1927 in Breslau wohnhaft und später in Kanada). Nach einem kurzen Zwischenaufenthalt in Berlin waren alle ab 1898 in Kassel gemeldet, zunächst in der Kölnischen Straße 7, dann in der Hohenzollernstraße (jetzt Friedrich Ebert Straße) 59. Im Februar 1939 emigrierte Dr. Oppenheim mit seiner Frau nach Toronto, Kanada. Dort starb er am 27.2.1950, nur wenige Tage nach dem Tod seiner Frau.

Dr. med. Fritz Peyser (1892–?), Frauenarzt und Chirurg, geboren am 16.2.1892 als Sohn des Rechtsanwalts Marcus Peyser (1858–1915) und dessen Ehefrau Alma geb. Auerbach (1868–1922) in Witzendahausen, der aber ab 1895 in Eschwege ansässig war. Fritz Peyser studierte in Göttingen und Berlin und wurde in Frankfurt/Main mit einer Arbeit überluetisch bedingte Hornhauterkrankungen des Auges promoviert.¹⁵ Er diente freiwillig während des Weltkrieges und war seit dem 3.7.1917 in 1. Ehe mit Alice Nothmann (*27.10.1891) aus Kattowitz verheiratet. 1924 ließen sie sich in Eschwege an den Anlagen 6 nieder. 1932 meldeten sie sich mit den Kindern Markus Eli (*21.2.1919), Alfred Gideon (*13.9.1921) und Alma Mirjam (*31.5.1927) nach Palästina ab, wo Dr. Peyser die Leitung des Hadassah-Krankenhauses übernehmen konnte. Sein Bruder Dr. Otto Peyser (1890–?) war in Eschwege im selben Haus als Anwalt und Notar tätig. Dieser konnte mit seiner Familie nach New York auswandern.

Dr. med. Siegfried Pfifferling (1878–1950), praktischer Arzt, wurde am 5.5.1878 in Wanfried geboren als Sohn des Viehhändlers Bernhard Pfifferling (1851–1908)



Dr. med. Siegfried Pfifferling

und dessen nichtjüdischer Ehefrau Johanna Dorothea geb. Mehmel (1851–?). Er besuchte dort zunächst die Volksschule, dann das Progymnasium in Eschwege und das Wilhelmsgymnasium in Kassel bis zum Abitur 1896. Gleich darauf studierte er Medizin in Leipzig, Erlangen und München, wo er 1901 seine Approbation erhielt und 1902 über einen Fall von Lebersyphilis¹⁷ promoviert wurde. Seine Zulassung als Kassenarzt erhielt er in Berlin. Er war mit der nichtjüdischen Anna Himmel (4.6.1884 – 7.3.1946) verheiratet, die gemeinsame Tochter Gertrud wurde am 10.5.1923 in Köpenick geboren. Im Zuge der einsetzenden Verfolgung verließ Pfifferling die jüdische Gemeinde und trat aus dem Judentum aus. Dennoch wurde ihm 1938 die Zulassung entzogen. Ab 1939 durfte er nur noch als „Krankenbehandler“ tätig sein. Nach dem Tod seiner Frau wanderte er mit seiner Tochter in die USA aus und starb am 16.3.1950 in Long Island, NY.

Dr. med. Maximilian Plaut (1864–1945), wurde am 29.2.1864 als 9. Kind des Kaufmanns Levi Abraham Plaut (1823–1871) und dessen aus Melsungen stammender



Dr. med. Maximilian Plaut

Ehefrau Thelsa geb. Kaufmann (1827–1902) in Eschwege geboren. Er studierte Medizin in Göttingen, Freiburg und Leipzig und promovierte dort im Mai 1888 bei dem bekannten Psychiater Paul Flechsig (1847–1929) über Fälle von Agoraphobie. Maximilian Plaut hatte am 25.3.1892 in Kassel Anna Katz aus Melsungen (6.6.1868 – 12.4.1945) geheiratet. In Leipzig wurden 3 Kinder geboren: Otto (2.1.1893 – 20.12.1983 Canton, Ohio), Hans Friedrich (28.5.1896 – 1966 New York) und Elisa-

beth (23.9.1903 – 12.9.1934 Rom). Nachdem ihm die Bestallung als Arzt bereits am 29.3.1939 entzogen worden war, reiste Dr. Plaut am 10.3.1940 mit seiner Frau nach Cuba und dann weiter in die USA, wo bereits die beiden Söhne mit ihren Familien lebten. Er starb am 27.4.1945 in New York oder Mansfield, Ohio.

Dr. med. Elias Rosenbaum (1891–?), geb. am 7.6.1891 in Harmuthsachsen, seine Eltern waren der Kaufmann Moses Rosenbaum (1862–1922) und die aus Jesberg stammende Jenny geb. Katz (1865–?; sie emigrierte 1939 nach England). 1893 zog die Familie nach Kassel, wo Elias Ostern 1909 am Realgymnasium die Abiturprüfung ablegte. Danach studierte er Medizin in München, Marburg und Berlin, wo er am 15.10.1915 mit einer Arbeit „Über Lymphocytose im Klimakterium“¹⁸ promoviert wurde. Er ließ sich in Hannover nieder. Mit seiner Ehefrau Pauline geb. Latte hatte er die Kinder Martin (*1923), Hans (*1925) und Irene (*1930). Im März 1938 emigrierte die ganze Familie nach Palästina.

Dr. med. Max Rosenthal (1891–?), praktischer Arzt. Er war gebürtig (*14.2.1891) aus Sayn bei Koblenz als Sohn von Dr. Salomon August Rosenthal, leitender Arzt und Mitbesitzer der Jacoby'schen Kuranstalten. Er besuchte das Gymnasium in Neuwied und studierte ab 1909 in München, Straßburg, Berlin und Bonn. Dort wurde er 1914 mit einer Arbeit über pankreatische Steinbildung¹⁹ promoviert. Nach Militärdienst und Kriegsende ließ er sich 1918 in Eschwege zunächst am Stad 52 nieder, praktizierte dann in der Bismarckstraße 3 und ab 1936 schließlich in der Bahnhofstraße 6. Er war in 1. Ehe verheiratet mit seiner Kusine Clara Abraham (1.5.1890–24.3.1922) aus Bendorf und in 2. Ehe mit Flora Katz (*19.9.1901) aus Bebra. 1938 emigrierte Dr. Rosenthal mit seiner Frau und den Töchtern Grete Emma (*7.7.1917 Bonn) und Ingrid Luise (*2.9.1925 Eschwege) nach Kolumbien; die letzteren lebten später in den USA.

Dr. med. Moses Spier (1862–1932), praktischer Arzt, wurde am 10.11.1862 in Gemünden an der Wohra geboren als Sohn des Lehrers Joseph Spier und der Sara Lif-sard. Er studierte Medizin und wurde 1889



Dr. med. Moritz Stern und Verlobte Emma Wallach

in Würzburg mit einer Arbeit „Über peritoneale Reibegeräusche“ zum Dr. med. promoviert. Während seiner Tätigkeit in Sontra heiratete er 1894 die am 10.11.1871 in Wanfried geborene Dora Ehrlich und hatte mit ihr die beiden Töchter Gertrud (1899–1982) und Frieda (1903–1943). 1907 zog die Familie nach Göttingen und wohnte ab 1910 in einem eigenen Haus in der Keplerstraße 3a, wo sich auch die Arztpraxis befand. Moses Spier starb am 14.3.1932. Seine Witwe Dora sah sich in der Folgezeit der nationalsozialistischen Verfolgung ausgesetzt, musste Mieter aufnehmen, schließlich ihr Eigentum aufgeben und in ein „Judenhaus“ umziehen. Gesundheitliche Probleme hatten ihr die rechtzeitige Auswanderung unmöglich gemacht. Am 21.7.1942 wurde sie mit einem Transport zunächst in das Sammellager Hannover-Ahlem verschleppt. Dort nahm sie sich am 23.7.1942 vor der geplanten Deportation nach Theresienstadt das Leben. Ihre Tochter Gertrud war bereits 1929 nach Palästina ausgewandert. Die jüngere Tochter Frieda hatte seit 1929 in Berlin gelebt und wurde 1943 von dort mit ihren Kindern Klaus Martin (*1938), Tana (*1940) und Reha (*1941) nach Auschwitz deportiert; alle wurden dort umgebracht. Ihr Ehemann Heinz Briske (*1905) war bereits ein Jahr zuvor verhaftet worden, er wurde 1945 in Buchenwald ermordet.



Emma Stern mit Söhnen Otto (l.) und Carl (r.)

Dr. med. Moritz Stern (1849–1915), praktischer Arzt und Sanitätsrat, geboren am 4.2.1849. Er stammte aus Kirchhain, hatte 1868 in Marburg das Abitur bestanden und dort auch bis 1871 studiert. Mit einer Arbeit „Über excentrische Nabelschnurinjection und deren Ursachen“ wurde er 1873 zum Dr. med. promoviert und war 1873 der erste jüdische Arzt, der sich in Eschwege niederließ. Er betrieb seine Praxis in der Forstgasse 11, dann jedoch an den Anlagen 14a²⁰ nach der Errichtung seines neuen Hauses in den Jahren 1889/90. Er war verheiratet mit Emma geb. Wallach (1859–1932). Zur Familie gehörten 4 Söhne: Paul (1880–1882), Carl (1883–1932; Dr. med.), Otto (23.7.1884–12.10.1940; Kaufmann in Berlin; dort gestorben an den Folgen von KZ-Haft) und Willy (16.4.1891–?; Kaufmann in Frankfurt; er verkaufte das Elternhaus an den Anlagen 14a im Jahre 1937 unter Wert an die ev. Kirche und wanderte nach New York aus).

Der am 20.6.1883 geborene 2. Sohn **Dr. med. Carl Stern (1883–1935)** war seit seiner 1911 in Leipzig erfolgten Promotion über die Rolle des Fürsorgewesens bei der Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten in der Praxis seines Vaters tätig, die er nach dessen Tod am 2.6.1915 allein weiterführte. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten besetzte die SA

das Haus an den Anlagen, musste aber in der Folge des sog. Röhm-Putsches wieder abziehen. Carl Stern hatte bereits 1932 ein Haus in Blankenese, Strandweg 67 erworben, in das er im Frühjahr 1933 mit seiner Familie in der Hoffnung übersiedelt war, im Umfeld der Großstadt Hamburg vor Verfolgung und Schikanen sicherer zu sein. Denn inzwischen hatte er sich mit der ev. Clara Maria Schultz (*1.4.1885) aus Schwerin verheiratet und mit ihr den Sohn Joachim Heinrich (*1.3.1913) sowie die Töchter Ursula Miriam (*11.1.1917) und Edelgard Elisabeth (*15.4.1919) bekommen. Da er zu den Frontkämpfern des Ersten Weltkriegs gehört hatte, erhielt er in Norddeutschland erneut eine Zulassung als Arzt. Für andere jüdische Ärzte war das zu dem Zeitpunkt schon nicht mehr möglich.

Am 21.2.1935 wurde er vor das Amtsgericht Blankenese geladen, ohne zunächst über die Gründe informiert zu sein. Ihm wurde dann mitgeteilt, dass man ihn aus Eschwege her angeschwärzt und der Pfluscherei, illegaler Abtreibung und Rassenschande beschuldigt hatte. Diese Vorwürfe trafen ihn so hart, dass er noch im Gerichtsgebäude Zyankali nahm; ärztliche Hilfe und ein Transport ins Krankenhaus konnten ihn aber nicht mehr retten. Vermutlich wollte er seiner Familie die Schande seiner Verhaftung ersparen. Auch sah er seine Existenz als Arzt und deutscher Patriot vernichtet. Später hieß es dann, er habe überreagiert, die Anzeige sei gegenstandslos gewesen. Sein Sohn musste das Studium aufgeben und ging 1935 nach Kapstadt (Südafrika), 1936 ließ er seine beiden Schwestern nachkommen. Auch Clara Stern lebte 1937 bei ihren Kindern. Da sie jedoch keine Erlaubnis zum Daueraufenthalt erhalten hatte, musste sie zunächst nach Deutschland zurückkehren, um dann 1949 endgültig nach Südafrika auswandern zu können.

**York-Egbert
König**

Stadtarchiv
Eschwege

Fon: 05651-304280

E-Mail:

York-Egbert.Koenig@
eschwege-rat-
haus.de



Foto: XXX

Quellen:

- Markus Jäger, Göttingen
- Helmut Schmidt, Herleshausen
- Dr. Peter Schulze, Hannover
- Dr. Rebecca Schwoch, Hamburg
- Dorrit Sim geb. Oppenheim, Prestwick/Schottland
- Bundesarchiv Berlin (Nicolai M. Zimmermann)
- Landesarchiv Berlin (Axel Schröder)
- Staatsarchiv Leipzig, Nürnberg (Gunther Friedrich)
- Stadtarchive:
 - Bendorf (Dieter Schabow), Eisenach, Eschwege, Freiburg (Anita Hefele), Fürth (Ronald Langer), Fulda (Beate Kann), Giengen (Dr. Alexander Usler), Göttingen (Martina Röttger), Hattlingen (Thomas Weiß), Kassel, Leipzig (Olaf Hillert), München, Nürnberg (Gerhard Jochem), Stuttgart (Roland Müller), Würzburg (Anne Ullrich)
- Standesämter:
 - Bad Sachsa, Berlin-Mitte sowie Charlottenburg-Wilmersdorf, Ellrich, Kassel, Sontra, Wanfried
- Universitätsarchive:
 - Berlin (Sandra Eitel), Erlangen (Dr. Clemens Wachter), Göttingen (Dr. Ulrich Hunger), Leipzig (Heidrun Demmer), Marburg (Dr. Carsten Lind), München (Dr. Claudius Stein), Würzburg (Dr. Marcus Holtz)
- Karl Kollmann/York-Egbert König: Namen und Schicksale der jüdischen Opfer des Nationalsozialismus aus Eschwege, Frankfurt/Raleigh NC 2012
- Elizabeth Plaut: The Plaut Family, Bergenfield NJ 2007
- Erich Schwerdtfeger: Die jüdischen Gemeinden in Herleshausen und Nesselröden. Beiträge zur ihrer Geschichte im 19.u.20.Jh., Herleshausen 1988
- Rebecca Schwoch (Hg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus, Berlin 2009
- Anna Maria Zimmer: Juden in Eschwege. Entwicklung und Zerstörung der jüdischen Gemeinde, Eschwege 1993
- Im Internet:
 - <http://opac.sub.uni-goettingen.de>
 - <http://www.ubka.uni-karlsruhe.de/kvk>
 - <http://www.nytimes.com/1998/03/28>
 - <http://www.calzareth.com/aufbau/issues/1974>
 - <http://www.viermalleben.de>

¹ York-Egbert König/Karl Kollmann: Anwälte ohne Recht, in: Eschwege Geschichtsblätter 23/2012, S. 49–53

² Mit §1 der 4. Verordnung zum Reichsbürgergesetz vom 25.7.1938 waren „die Bestellungen (Approbationen) jüdischer Ärzte zum 30.9.1938“ erloschen.

³ Stuttgart 1913 (Erscheinungsort)

⁴ Würzburg 1887

⁵ Leipzig 1905

⁶ damals eine russische Stadt, 1919–1939 polnisch, seither zu Weißrussland gehörig

⁷ Leipzig 1918 (Erscheinungsort)

⁸ Kiel 1921

⁹ München 1890

¹⁰ ...mit bes. Berücksichtigung einer neuen, für die Praxis wichtigen Untersuchungsmethode, Erlangen 1923

¹¹ jetzt Luther-Gymnasium

¹² Berlin 1921

¹³ geb. 8.5.1938 in s'Hertogenbosch, Tochter seines Bruders Arthur Neuhaus (1901–1943) mit Martha geb. Davids (1905–1943). Arthur und Martha waren bereits 1934 in die Niederlande emigriert. 1943 wurden sie von Westerbork nach Sobibor deportiert und dort ermordet.

¹⁴ Göttingen 1889

¹⁵ Die Beeinflussung der Keratitis parenchymatosa heredo luetica durch die kombinierte antiluetische Behandlung, mit Berücksichtigung der anderen Behandlungsmethoden, Frankfurt/Main 1917

¹⁶ von einer zionistischen Frauenorganisation gegründet, heute eines der führenden Krankenhäuser im Nahen Osten

¹⁷ ...mit Pfortaderthrombose und Darmhämorrhagien, München 1902

¹⁸ Eschwege 1915 (Erscheinungsort)

¹⁹ Ein Beitrag zur Kenntnis der Lithiasis pancreatica, Berlin 1914 (Erscheinungsort)

²⁰ Jetzt ev. Kirchenkreisamt und Familienbildungsstätte

²¹ Der gegenwärtige Stand des Fürsorgewesens in Deutschland unter bes. Berücksichtigung der Verhütung und Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, Leipzig 1911



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen vertritt die Interessen der ca. 35.500 Ärztinnen und Ärzte in Hessen und erbringt vielfältige Dienstleistungen für ihre Mitglieder.
Wir möchten zum nächstmöglichen Zeitpunkt am Standort Frankfurt am Main folgende zwei Aufgaben besetzen:

Abteilungsleitung (m/w), Abt. Ärztliche Weiterbildung

in Vollzeit (40 Stunden/Woche),
(Kennz.: Leit. WB)

Ihre Aufgaben:

- Leitung des Bereiches Ärztliche Weiterbildung (ca. 20 Mitarbeiter/innen)
- Sicherstellung und unternehmerische Steuerung des operativen Tagesgeschäfts im Bereich der Ärztlichen Weiterbildung (Organisation der Verwaltungsabläufe, Koordination von Prüfungen, Information der Kammermitglieder)
- Sicherstellung des internen (Gremienarbeit) und externen (Land, Bund, EU) Informationsflusses
- Führung des Personals
- Strategische, konzeptionelle und informationstechnologische Weiterentwicklung des Geschäftsbereiches Ärztliche Weiterbildung
- Repräsentation des Geschäftsbereiches intern und extern

Ihr Profil:

- Approbation als Arzt/Ärztin
- Mehrjährige ärztliche Berufserfahrung mit Führungserfahrung und Personalverantwortung ist wünschenswert
- Idealerweise weitreichende Erfahrungen aus einer ärztlichen Körperschaft oder aus einer Institution des Gesundheitswesens sowie fundierte Kenntnisse des deutschen Gesundheitswesens mit dem Verständnis für gesundheitspolitische Zusammenhänge
- Solides Wissen um betriebswirtschaftliche Zusammenhänge, gutes juristisches Grundverständnis und Verwaltungserfahrung
- Starke Identifikation mit der Aufgabenstellung
- Selbstständige, zuverlässige, strukturierte und zielgerichtete Arbeitsweise
- Kommunikationsstärke mit Überzeugungskraft und diplomatischem Geschick sowie verbindliches, freundliches und authentisches Auftreten
- Hohe soziale Kompetenz

Ansprechpartner: Herr Dr. med. Alexander Marković,
Ärztlicher Geschäftsführer (Fon: 069 97672-100 oder -105)

Ärztlichen Referenten (m/w), Abt. Ärztliche Weiterbildung

in Vollzeit (40 Stunden/Woche),
(Kennz.: Ref. WB)

Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise im Rahmen der Weiterbildung
- Koordination der ärztlichen 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 Sachbearbeiter/-innen
– Sie berichten direkt an den Leiter der Abteilung

Ihr Profil:

- Approbation als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung
- Eigene Erfahrung in der ärztlichen Weiterbildung 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

Ansprechpartner: Herr Dr. med. Viktor Karnosky, Leiter der Abteilung
Ärztliche Weiterbildung und Vertreter des Ärztlichen
Geschäftsführers (Fon: 069 97672-109)

Unser Angebot zu beiden Aufgaben:

- Eine intensive Einarbeitung durch die ärztlichen Kollegen in der Abteilung
- Eine leistungsgerechte Bezahlung
- Attraktive Zusatzleistungen
- Interessante und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein erfahrenes und engagiertes Team

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter Angabe Ihres voraussichtlichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellung. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung bis zum 18.12.2016 an unseren Personalleiter:

Herrn Christoph Berger
Personalabteilung der Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt am Main
oder per E-Mail an: bewerbung@laekh.de

Griechenland – Ein Gesundheitssystem in Not

Der Verein Griechischer Akademiker Frankfurt am Main e. V. zählt derzeit über 120 Mitglieder – der Großteil von ihnen sind Ärzte und Zahnärzte. Der Verein setzt sich ehrenamtlich für kulturelle und soziale Belange ein und unterstützt Projekte in Griechenland durch Aufklärungsgespräche, durch die Ausrichtung von Veranstaltungen sowie konkrete finanzielle Hilfe vor Ort. Dr. med. Kiriakos Giokoglu ist der Vorstandsvorsitzende des Vereins und leitender Arzt und Partner der Kardiologischen Praxis Prof. Dr. med. Reifart & Partner in Bad Soden und Hofheim.

Über lange Zeit beherrschte der wirtschaftliche Zusammenbruch Griechenlands die Schlagzeilen, doch mit Beginn der Flüchtlingskrise verlagerte sich der Fokus der Berichterstattung. So ist es heute vor allem die Lage auf Lesbos und anderen Inseln, über die in großem Umfang berichtet wird. Während sich der Schwerpunkt der Berichterstattung veränderte, hat sich die Situation für die griechische Bevölkerung nicht gebessert. Nach wie vor ist das Land gezeichnet von hoher Arbeitslosigkeit und Schulden.

Die Situation hat gravierende Folgen für die Gesundheitsversorgung: Medizinische Behandlungen werden auf das nötigste beschränkt, weil es an Geld, Personal, Materialien und Medikamenten mangelt. „Sieht man die Lage vor Ort, fragt man sich, in welchem Land man sich eigentlich befindet“, so Dr. med. Kiriakos Giokoglu. Im Rahmen von Hilfsaktionen des Vereins Griechischer Akademiker hat er sich selbst ein Bild von den Zuständen im Land gemacht. „Wir sprechen von einem EU-Land, in dem Kinder, Alte und Kranke keine optimale medizinische Versorgung erhalten, weil sie es sich nicht leisten können. So etwas darf nicht passieren.“

„Das würde sich kein mitteleuropäischer Arzt antun!“

Die Arbeitsbedingungen seien nach wie vor katastrophal, Stellen und Gehälter werden gekürzt und Krankenhäuser geschlossen. „Von dem derzeitigen Gehalt

kann – sofern es überhaupt ausgezahlt wird – niemand in Athen seinen Lebensunterhalt finanzieren“, so Giokoglu. Ein Assistenzarzt verdiene gerade einmal 1.007 Euro brutto im Monat. Daher sei es auch nicht verwunderlich, dass viele Medizinstudierende bereits während ihres Studiums planen, die Facharztausbildung im europäischen Ausland zu absolvieren – und anschließend dort zu bleiben. „Die Migration von griechischen Ärztinnen und Ärzten in andere EU-Länder gab es schon immer. Früher kehrten die meisten jedoch nach abgeschlossener Facharztausbildung zurück. Das ist heute aufgrund der schlechten Arbeitsbedingungen anders“, resümiert Giokoglu.

Der Alltag für die Ärzte sei enorm frustrierend, so der griechische Arzt, der 1978 zum Medizinstudium nach Deutschland kam. Man könne den Patienten keine optimale Versorgung bieten und nicht jeden behandeln. Stattdessen müsse man sich aufgrund des Notstands auf das Wesentliche beschränken und mit den zur Verfügung stehenden Mitteln versuchen, das Problem in den Griff zu bekommen. Zwar würde jeder Mensch in Griechenland behandelt werden, ob krankenversichert oder nicht. „Doch die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung ist derzeit abhängig von der Hilfsbereitschaft der Ärzte und des Pflegepersonals. Sie sorgen dafür, dass nicht noch Schlimmeres passiert. Dabei ist das eigentlich Aufgabe des Staates“, so Giokoglu.

Das System war bereits marode

Ausschlaggebend für den Zusammenbruch der Gesundheitsversorgung waren die mit der Krise einhergehende Halbierung des Gesundheitsbudgets zwischen 2009 und 2015 sowie die zunehmende Arbeitslosigkeit in der Bevölkerung. Durch das obligatorische Versicherungssystem in Griechenland seien nur die Bürger krankenversichert, die berufstätig sind und mindestens 50 Arbeitstage im Kalenderjahr nachweisen können, erklärt Giokoglu. Nach Ausbruch der Krise stieg die Arbeitslosigkeit jedoch drastisch an und damit auch die Zunahme derjenigen ohne Kran-



Dr. med. Kiriakos Giokoglu

kenversicherung. Zudem ist das öffentliche Gesundheitswesen abhängig von staatlicher Finanzierung, die über Steuereinnahmen erfolgte – und durch die Krise einbrach. „Früher

haben sich die Menschen häufig privat behandeln lassen. Dadurch war es nicht so offensichtlich, wie marode das Gesundheitssystem bereits war. Die Krise hat das transparent gemacht. Geld allein wird dieses Problem nicht lösen, wir brauchen dringend notwendige Reformen“, fordert Giokoglu. Zukünftig sollten alle Krankenhäuser seiner Ansicht nach über mehr Selbstkontrolle verfügen.

Langzeitfolgen kaum absehbar

„Wir entfernen uns derzeit permanent von einer optimalen medizinischen Versorgung“, warnt Giokoglu: „Niemand kann mehr nach Leitlinien behandelt werden. Statt optimaler existiert derzeit nur eine notwendige Versorgung, die sich auf das nötigste beschränkt.“ Ein großes Problem sieht er in der Gesundheitsprävention. Die Ärzte seien völlig überlastet und hätten kaum Zeit, Beratungs- oder Präventionsgespräche mit den Patienten zu führen. Darüber hinaus würden viele Kinder nicht mehr geimpft werden, denn die Impfstoffe seien häufig zu teuer oder schlichtweg nicht vorhanden. Viele Pharmafirmen liefern beispielsweise nicht mehr nach Griechenland, weil ihnen das Land noch Geld aus früheren Bestellungen schuldet. Dementsprechend fehlt es in allen Bereichen an notwendigen Medikamenten. Auch die Zunahme von Virusinfektionen wie HIV scheint in Anbetracht der aktuellen Situation wahrscheinlich, denn Präventionsprojekte oder Sozialarbeiter, die sich um mögliche Risikogruppen kümmern, können nicht mehr finanziert werden. Die sozialen Einrichtungen, die inzwischen eine unverzichtbare Rolle in der Gesundheitsversorgung der Bevölkerung einnehmen

und zum Großteil ehrenamtlich arbeiten, müssen in erster Linie Krankheiten behandeln, statt sich um deren Vorbeugung zu kümmern. „Ich bewundere die Kollegen sehr, die sich den ganzen Tag mit diesen Missständen auseinandersetzen müssen und dennoch tolle Arbeit leisten. Neben ihrem regulären Job – in dem sie weit mehr als acht Stunden täglich arbeiten – unterstützen sie freiwillig und ehrenamtlich soziale Einrichtungen. So eine Belastung geht auch an Ärzten nicht spurlos vorbei“, sagt Giokoglu nachdenklich.

Krise verändert Krankheitsbilder

Aufgrund der frustrierenden Lage haben Ärzte zunehmend mit psychischen Problemen zu kämpfen – ebenso wie viele Patienten. Psychische Erkrankungen und die Anzahl der Suizide sind in jüngerer Zeit gestiegen, weil die Betreuung dieser Patienten zu kurz kommt. Die Ärzte haben kaum Zeit für ausführliche Beratungsgespräche, in denen sie herauszufinden könnten, ob hinter den Leiden der Behandelten eventuell psychische Ursache stecken. Doch nicht nur psychologische Aspekte verändern die Krankheitsbilder seit Beginn der Krise. Auch die Säuglingssterblichkeit stieg deutlich an und viele onkologische Patienten leiden, weil Diagnosen zu spät gestellt werden und die Wartezeiten für Behandlungen sehr lang sind. „Vielen Menschen ist es peinlich, dass sie arbeitslos sind und sich eine medizinische Behandlung nicht leisten können. Deshalb gehen sie oft erst spät zum Arzt“, erläutert Giokoglu. Da es in den meisten Einrichtungen an Medikamenten und Personal mangelt, müssen Patienten häufig sehr lange auf Bestrahlungs- oder Operationsmöglichkeiten warten. Oft fehlt es zudem an Materialien, was folglich zu Hygienemängeln führt und weitere Gefahren für die Kranken birgt.

Viele Stellen sind unbesetzt

Obwohl in Griechenland viele Ärzte ausgebildet werden und arbeiten, fehlen dem Land derzeit 18.000 Pflegekräfte und 5.000 Ärzte. Diese Diskrepanz ist auf die bereits angesprochenen schlechten Arbeitsbedingungen zurückzuführen. So sind es inzwischen nicht mehr nur Medizinstudenten, die zur Facharztausbildung

in andere EU-Länder emigrieren, sondern auch ausgebildete Fachärzte, die dem Staat verloren gehen. „Das ist ein großes Problem, denn das Land verliert dadurch sehr fähige Ärzte, in deren Ausbildung viel Geld investiert wurde“, so Giokoglu. So stehe man vor dem Verlust hoch qualifizierten Personals und habe zudem mit dem daraus resultierenden finanziellen Schaden zu kämpfen. Ein weiteres Problem ist der hohe Anteil der Fachärzte (ca. 60–70 Prozent): „Es gibt nur wenige Allgemeinmediziner. Der Beruf des Hausarztes, wie wir ihn aus Deutschland kennen, existiert in Griechenland nicht“, erläutert Giokoglu. Diese Funktion nahmen bisher die Kliniken ein, doch im Zuge der verschlechterten Arbeitsbedingungen können diese eine solche Betreuung nicht mehr leisten. Durch das Prinzip des Hausarztes hätten Patienten eine Vertrauensperson, eine Anlaufstelle und kontinuierliche Betreuung, erklärt Giokoglu die Problematik. Dadurch könnten viele Behandlungen vereinfacht oder sogar vermieden werden, weil man eine bessere Kontrolle über den Patienten hätte.

Geld allein wird nicht reichen

Betrachte man das Gesamtbild, so sei die Veränderung hinsichtlich der Emigrationszahlen griechischer Ärzte nicht so dramatisch, wie oftmals dargestellt, so Giokoglu. Dennoch müsse man dringend die nötigen Reformen in die Wege leiten, um die Arbeitsbedingungen zu verbessern und die Versorgung der Bevölkerung zu gewährleisten. Die aktuelle Situation sei auf keinen Fall länger tragbar.

Für Veränderungen bedarf es jedoch nicht nur finanzieller Maßnahmen, sondern auch organisatorischer und struktureller Reformen. „In Griechenland sitzen einige Firmen, die Medikamente produzieren. Doch im Vergleich zum Rest Europas gibt es hier die wenigsten Generika – lediglich 20 Prozent. Würden mehr Generika verordnet, könnten die Kosten für Medikamente gesenkt werden“, merkt Giokoglu an. Zudem müssten die Krankenhäuser unabhängiger werden und untereinander besser kooperieren, um Kosten zu senken. Dazu gehöre auch die veränderte Rolle der Klinikdirektoren, die derzeit von der Politik eingesetzt werden und über keinerlei Macht verfügen. Sie würden von Wahl zur Wahl ausgetauscht, durch die fehlende Kontinuität ließe sich daher kaum etwas bewegen. Und letztlich müsse auch der Beruf des Hausarztes etabliert werden, damit die Patienten eine langfristige Betreuung erhalten und nicht auf eigene Vermutung Fachärzte oder Kliniken aufsuchen müssten. Zuletzt bedarf es natürlich auch finanzieller Hilfen, um die Probleme des Gesundheitswesens in den Griff zu bekommen und eine ausreichende Versorgung zu gewährleisten. „Unser Verein unterstützt solidarische, medizinische und soziale Einrichtungen mit viel Engagement. Denn bis die Reformen greifen, wird noch Zeit vergehen. Die Menschen in Griechenland brauchen aber bereits heute Hilfe, damit die Lage nicht noch schlimmer wird, als sie es ohnehin schon ist“, bekräftigt Dr. Kiriakos Giokoglu.

Caroline McKenney

Benefizkonzert für den Elternverein „GLANZ“ für krebskranke Kinder in Griechenland

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

Griechischer Musikabend mit Alexandra Gravas (Gesang) und Kostis Ferris & Band u. a.

Termin: Freitag, 2. Dezember, 20 Uhr
Ort: Alte Oper Frankfurt, Mozart Saal

Veranstalter: Verein Griechischer Akademiker Ffm e. V.
(Internet: www.vga-frankfurt.de)

Kontakt: Dr. med. Kiriakos Giokoglu, Bad Soden
(E-Mail: k.giokoglu@reifart-partner.de)

Karten: 35,45 Euro oder 60 Euro
Verkauf: www.frankfurtticket.de

„Es wird einem bewusst, was wirklich im Leben zählt“

Sabrina Leipold hat in der Palliativ-Weiterbildung den Umgang mit Sterbenden und ihren Angehörigen gelernt

Die Medizinische Fachangestellte Sabrina Leipold (30) arbeitet in der Onkologie in der Klinik Bellevue in Bad Soden-Salmünster. In den nächsten Jahren möchte sie sich weiter der Onkologie widmen, kann sich aber zu gegebener Zeit vorstellen, in der Palliativmedizin tätig zu sein. Die Weiterbildung dazu hat sie vor zwei Jahren erfolgreich absolviert.

Frau Leipold, in Ihrem Alter denkt man kaum an Sterben und Tod. Dennoch wollen Sie sich beruflich auf die Palliativmedizin konzentrieren. Was reizt Sie daran?

Sabrina Leipold: In meinem beruflichen sowie privaten Alltag habe ich auch in meinem jungen Alter schon einige Erfahrungen mit diesem Thema machen können bzw. müssen. Ich finde es spannend, mit dieser ganz besonderen Patientengruppe arbeiten zu können. Es ist unglaublich, was man alles Positives von den Patienten zurück bekommt und was man von den einzelnen erfährt. Hier wird einem bewusst, was eigentlich wirklich im Leben zählt – man sollte das Leben so gut wie es geht genießen, das Leben einfach leben!

Derzeit sind Sie in der Onkologie für die ambulante Chemotherapie zuständig. Betreuen Sie dort auch Sterbende?

Leipold: Ja. Die meisten Patienten kommen ein, zwei Jahre, manchmal auch länger zu uns in die Klinik. Hier baut man schon eine Art Beziehung zueinander auf, diese endet in der terminalen Phase leider abrupt, weil die weitere Versorgung beispielsweise von einer stationären Einrichtung (Hospiz) oder eines SAPV-Teams (Spezialisierte ambulante Palliativversorgung) übernommen wird. Einige Patienten davon habe ich bisher im Hospiz oder auch zuhause besucht.

Gibt es letzteres im östlichen Main-Kinzig-Kreis?

Leipold: Lange Zeit gab es hier ein richtiges Versorgungs-Loch. Das hat sich zum



Sabrina Leipold beim Vorbereiten einer Infusion – eine Tätigkeit, die sie häufig ausübt

Glück im Frühjahr dieses Jahres geändert. Das Palliativ-Team Hanau hat eine Zweigstelle in Bad Soden-Salmünster eröffnet. Somit können die Patienten auch zuhause optimal und bestmöglich versorgt werden. Die Mitbehandlung bzw. Übernahme unserer Patienten durch das Palliativ-Team verläuft unkompliziert und reibungslos.

Wäre es nicht besser, wenn diese beiden Versorgungsformen nicht getrennt wären?

Leipold: Ja, die Möglichkeit gibt es bereits auf sogenannten Palliativstationen im stationären Bereich, die einem Krankenhaus angehören. Für mich hat zurzeit die Arbeit in der Onkologie Priorität, da ich hier gerne noch ein paar Erfahrungen sammeln möchte und ich hier meine Fähigkeiten und mein Wissen anwenden kann. In ein paar Jahren kann ich mir aber durchaus vorstellen, in einem Hospiz oder bei einem SAPV-Team tätig zu sein.

Wann hatten Sie erstmals Kontakt mit Sterbenden?

Leipold: Das war vor ungefähr 13 Jahren in meiner Ausbildung in einer Allgemeinarztpraxis in Schlüchtern. Mich hat damals schon interessiert, wie es weitergeht mit

den Tumorkranken. Nach dem Abschluss habe ich noch drei Jahre dort gearbeitet und mich dann auf die Onkologie spezialisiert.

Was haben Sie in der Palliativ-Fortbildung gelernt?

Leipold: Situationsgerechte Kommunikation mit Patienten und deren Angehörigen, sowie die psychosoziale Betreuung. Aber auch verschiedene Bewältigungsstrategien wie man mit Stress, Sterben und Trauer umgehen kann. Was man aber meiner Meinung nach nicht lernen kann ist Empathie. Für diesen Beruf benötigt man eine ordentliche Portion an Menschlichkeit. Die Fähigkeit, Gefühle und Gedanken eines anderen Menschen zu erkennen und zu verstehen.

Wie verarbeiten Sie persönlich die Erfahrungen?

Leipold: Dies fällt mir relativ leicht, da wir als Team zusammen mit unseren Ärzten richtig gut zusammenarbeiten und uns regelmäßig über das Geschehene austauschen. Zusätzlich kann ich gut beim Sport und in meinem Familien- und Freundeskreis vom beruflichen Alltag abschalten.

Sie haben außerdem eine Fortbildung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung gemacht und haben kürzlich die Stelle der stellvertretenden Abteilungsleiterin in der Pflege in der Klinik Bellevue angetreten. Ist dann Schluss mit dem engen Patientenkontakt?

Leipold: Nein. Ich bin weiterhin für die Vorbereitung und Durchführung der ambulanten Chemotherapien zuständig. Ich werde mich weiter direkt um die Patienten kümmern.

Der direkte Kontakt zu Menschen ist mir wichtig. Nur am Schreibtisch sitzen und in den PC schauen, das ist nichts für mich.

Warum sind noch relativ wenige Ihrer Kolleginnen an der Palliativversorgung interessiert?

Leipold: Vermutlich wirkt das Thema Sterben und Tod erst mal etwas abschreckend. Ich kann meinen Kolleginnen und

Kollegen nur empfehlen, durch eine Hospitation in einem Hospiz oder bei einem Palliativ-Team reinzuschnuppern. Auch ich erhielt durch meine Onkologie-Weiterbildung Einblicke in die Hospiz- und Palliativarbeit, indem ich ein dreitägiges Praktikum beim PalliativNetz-Osthessen in Fulda absolvierte. Das hat mein Interesse geweckt.

Interview: Jutta Rippegather

Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“

Im Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“ sollen den Medizinischen Fachangestellten Kompetenzen vermittelt werden, mit denen sie den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung palliativmedizinischer Maßnahmen unterstützen und delegierbare Leistungen eigenverantwortlich erledigen können. Die Fortbildung ist in Themenkomplexe gegliedert, die in 120 Stunden vermittelt werden. Dabei wird Wert auf eine praxisorientierte Vermittlung gelegt. Mit einem 16-stündigen Praktikum in einer ambulanten Hospiz- oder Palliativeinrichtung und einer selbstständigen Hausarbeit schließt die Fortbildung ab. Durch die modulare Gestaltung können Teile der Fortbildung auch im Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ anerkannt werden und verkürzen somit die 120-stündige Fortbildung „Onkologie“ um bis zu 35 Stunden.

Die Carl-Oelemann-Schule (COS) hat die Qualifizierungslehrgänge „Palliativversorgung“ und „Onkologie“ fest im jährlichen Fortbildungsangebot verankert. Der nächste Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“ beginnt am 18. Januar 2017, der Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ am 14. Januar 2017.

Neben dem Wissenszuwachs und Kompetenzgewinn erleben viele Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Qualifizierungslehrgänge in der COS die Freude am Lernen neu. Das Vertrauen in ihre Fähigkeiten wächst und damit das Bestreben, sich beruflich weiterzuentwickeln. Deshalb entscheiden sich viele nach erfolgreich absolviertem Qualifizierungslehrgang für die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“. Da die Qualifizierungslehrgänge „Palliativversorgung“ und „Onkologie“ als Wahlteil in der

Aufstiegsfortbildung anerkannt werden, muss dann „nur“ noch der 300-stündige Pflichtteil absolviert werden. Neben der Abschlussprüfung stellt hier die geforderte Projektarbeit eine besondere Herausforderung dar.

Auskunft zur Aufstiegsfortbildung „Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ geben Ihnen gerne: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187 und Anne-gret Werling, Fon: 06032 782-193.

Der nächste Lehrgang beginnt am 19. Januar 2017. Informationen zu den genannten Fortbildungen sowie das Fortbildungsprogramm 2017 finden Sie auch auf der Website www.carl-oelemann-schule.de. Wir senden gerne die entsprechenden Infos als pdf oder per Post zu, bitte E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de.

Gabriele Brüderle-Müller

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch

Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsongesang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com



Interessenkonflikt

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

(LÄKH)

Zu Besuch im HIVCENTER Frankfurt

„Es geht um so viel mehr als die Viruslast!“

Freundlich und farbenfroh – dieser Eindruck bietet sich beim Betreten des HIVCENTERS der Uniklinik Frankfurt am Main. „Die Patienten sollen sich hier wohlfühlen“, erklärt Dr. med. Annette Haberl, Leiterin des Bereichs „HIV und Frauen“, „deshalb achten wir auf eine angenehme Atmosphäre.“ Die ca. 1.500 Patientinnen und Patienten, die jedes Jahr im HIVCENTER behandelt werden, finden hier einen geschützten Raum, in dem sie mit ihrer Erkrankung offen umgehen können. Neben medizinischer Betreuung bietet die Klinik Angebote zu verschiedenen Aktivitäten wie Psychosozialen Sprechstunden, Thementagen oder Wochenendseminaren. „Wir versuchen den Patienten die Möglichkeit zu geben, sich auszutauschen und zu vernetzen, denn außerhalb der Klinik führen sie meist ein Doppelleben“, erläutert Haberl. Trotz des großen medizinischen Fortschritts und der jahrelangen Aufklärungsarbeit bestehe in der Gesellschaft nach wie vor die Furcht vor der Virusinfektion. Die Angst vor einem Outing sei deshalb ständig präsent. „HIV kann inzwischen hervorragend behandelt werden und die Patienten könnten ein normales Leben führen – wären da nicht Diskriminierung und Stigmatisierung.“

HIV-bedingte Diskriminierung im Gesundheitssystem

Besonders problematisch sei Diskriminierung im Gesundheitswesen. Noch heute würden Patienten aufgrund ihrer Erkrankung oft anders oder gar nicht behandelt. „Dabei wäre es wünschenswert, wenn Betroffene offen mit ihren Ärzten über alle Erkrankungen sprechen könnten, ohne Angst vor möglichen negativen Konsequenzen haben zu müssen.“ Die Gründe für das Verhalten dieser Ärzte seien schwer nachzuvollziehen, so Haberl, denn 30 Jahre nach Entdeckung des Virus sollte sich jeder über die Übertragungswege von HIV bewusst sein.

Die HIV-bedingte Diskriminierung äußere sich häufig in kleinen Kommentaren oder Gesten. Manchmal werde sie jedoch auch



Dr. med. Annette Haberl in ihrem Sprechzimmer im HIVCENTER

ganz offen – oft unbewusst – formuliert. „Beispielsweise fragte mich ein Kollege, der eine Patientin von mir behandelt: ‚Das ist doch so eine nette Frau – wo hat die das denn her?‘ – In solchen Fällen zeigt sich, dass auch Ärzte nicht immer reflektiert mit dem Thema umzugehen wissen.“ Dabei könne jeder Arzt zur HIV-Prävention beitragen, der Schlüssel dafür liege in der Kommunikation. Dazu sollten Sexualität, sexuelle Gesundheit und die Gefahren sexuell übertragbarer Krankheiten in den Arztpraxen thematisiert werden. So könne man mögliche Risikopatienten identifizieren und zur Verhinderung einer Infektion bzw. der frühen Erstdiagnose beitragen. Dadurch hätte der Patient nicht nur die beste Prognose, weitere Infektionen könnten somit auch verhindert werden.

„Late Presenter“

„Eine der größten Herausforderungen in der HIV-Therapie sind die ‚Late Presenter‘ – Menschen, die erst sehr spät diagnostiziert bzw. therapiert werden“, warnt Haberl. Unter die Kategorie der „Late Presenter“ fallen Patienten, die sich mit weniger als 350 Helferzellen und/oder Symptomen erstmals für die Therapie vorstellen. Schaut man sich die Indikatorkrankheiten dieser Gruppe an, zeigen retrospektive Auswertungen, dass es fast immer deutliche Hinweise auf eine HIV-Erkrankung

gab. „Da hätten bei den Kollegen die Alarmglocken läuten müssen“, so Haberl, „die Ärzte müssen auf dem Weg zur Diagnose allerdings die richtigen Fragen stellen!“ Zu viele vertane Chancen in der ärztlichen Praxis führten dazu, dass Erstdiagnosen zu spät erfolgten und die Therapie dementsprechend erschweren – und weitere, vermeidbare Übertragungen stattfänden. Dabei sei es wichtig, aktiv auf Patienten zuzugehen, auch weil viele von ihnen sich trotz einer Vermutung aus Angst vor den Konsequenzen nicht testen ließen.

„Der Kinderwunsch gehört dazu“

Eine besondere Herausforderung bei der Behandlung von Patienten mit Erstdiagnose stellen Schwangere dar. Diese Situationen seien jedes Mal aufs Neue eine Herausforderung, erklärt Haberl. „Es ist in den Beratungsgesprächen meine Aufgabe, Ruhe in extrem emotionale Situation zu bringen und Informationen verständlich zu vermitteln. Bei diesen Terminen wird immer viel geweint, aber ich versuche, die Menschen zuversichtlich nach Hause zu schicken.“ Denn eine HIV-Infektion schließe einen Kinderwunsch keineswegs mehr aus, bei frühzeitiger Behandlung liege das Risiko einer Übertragung bei unter 1 Prozent. Die Schwangere müsse allerdings häufiger zum Arzt gehen und HIV-Medikamente einnehmen, die für sie und das Kind jedoch gut verträglich sind. Nach der Geburt des

**AM 01.12. IST
WELT-AIDS-TAG!**



WELT-AIDS-TAG.DE

Kindes erfolgt eine etwa zweiwöchige Postexpositionsprophylaxe und und schon im Alter von drei Lebensmonaten besteht Gewissheit über den HIV-Status des Kindes.

Bei der Betreuung von HIV-positiven Schwangeren seien die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die Kommunikation zwischen ambulanter und stationärer Versorgung wichtig, so Haberl. Für Frauen, die mit der Infektion leben, gehöre der Kinderwunsch selbstverständlich dazu. Während der Schwangerschaft werden sie im HIVCENTER betreut und gehen parallel zu ihren ambulanten Ärzten. „Die Zusammenarbeit klappt hervorragend, weil sich alle Behandelnden über die Verantwortung gegenüber der werdenden Mutter und dem Kind bewusst sind“, resümiert Haberl. Zudem tausche man sich in Therapiewechselsprechstunden interdisziplinär und mit niedergelassenen Kollegen über schwierige Fälle aus, „damit HIV-positive Mütter und ihre Kinder die beste Behandlung bekommen“. Die Zusammenarbeit funktioniere auch deshalb so gut, weil es sich um eine sehr kleine Patientengruppe handle – jährlich werden in Deutschland ca. 200–250 HIV-positive Frauen Mutter.

Patienten werden zu Experten

Die Patienteneinbindung hat eine lange Tradition am HIVCENTER. „Wir haben festgestellt, dass gut informierte Patienten zufriedener sind und besser mit ihrer Erkrankung zurecht kommen“, erklärt Haberl. Gleichzeitig könnten sie anderen Betroffenen durch ihre persönlichen Erfahrungen und ihr Wissen aus den Schulungen beistehen. Als besonders fruchtbar hat sich dieser Ansatz bei der Betreuung von ausländischen Patienten erwiesen: „Wir haben einen hohen Anteil von Patienten aus Hochprävalenzländern wie Eritrea oder Äthiopien. Das stellt uns auf sprachlicher und kultureller Ebene vor große Herausforderungen“, so Haberl. Denn häufig sei das Verständnis von Medizin ein völlig anderes und so stünde vor allem die kulturelle Vermittlung im Vordergrund. Im Projekt „Helping Hand“ engagieren sich deshalb HIV-Patienten aus anderen Ländern, die bereits länger in Deutschland leben, das hiesige

Gesundheitssystem kennen und die Patientenschulungen absolviert haben. Sie helfen bei der sprachlichen und kulturellen Kommunikation, aber auch bei praktischen Fragen zu Aufenthaltsstatus, Kinderbetreuung oder Wohnungssuche. „Der Ansatz ist pragmatisch und funktioniert ganz wunderbar. Durch die gleiche Herkunft wird eine Vertrauensbasis geschaffen. Gleichzeitig erhalten die Akteure von „Helping Hand“ Anerkennung durch diese Arbeit und stärken dadurch ihr eigenes Selbstbewusstsein“, resümiert Dr. Annette Haberl.

„Solange wir auf Heilung warten, genießen wir den Fortschritt in der Therapie“

Häufig werde sie von Patienten gefragt, wann es endlich eine Heilung für HIV gäbe und müsse antworten, dass diese nicht in greifbarer Nähe sei, sagt Haberl nachdenklich. „Einmal habe ich eine Patienten gefragt habe, was sich ändern würde. Abgesehen davon, dass sie eine Tablette am Tag nehmen und zweimal im Jahr zum Arzt gehen muss. Sie sagte: Alles. Obwohl HIV so gut therapierbar ist, bleibt der Makel, die ständige Angst davor, entdeckt zu werden, weshalb Heilung wohl eine Befreiung für das ganze Leben wäre.“

Dabei habe es bei der Therapie von HIV in den vergangenen Jahren enorme Fortschritte gegeben. Seit Mitte der 90er gibt es wirksame Kombinationstherapien. Heute ist es Standard, für jeden Patienten die Medikamente so individuell wie möglich zusammenzustellen. Während man früher das Leben nach der Therapie ausgerichtet hat, werden die Patienten heute nur noch in geringem Maße durch die Behandlung beeinträchtigt. Darüber hinaus gibt es auch in der Prävention einen Durchbruch: Während bislang bei einem Risikokontakt nur die Postexpositionsprophylaxe zur Verfügung stand, kann jetzt auch bereits vor einem möglichen Risikokontakt durch die tägliche Einnahme des Kombinationspräparats Truvada eine HIV-Transmission verhindert werden. „Der Einsatz der HIV-Therapie als Prävention ist ein Meilenstein in der HIV-Medizin“, resümiert Haberl. Nun könnten Ärzte ihre

Patienten, die zu Risikogruppen gehörten, auch gezielt auf diese Präventionsmöglichkeit ansprechen und Infektionen verhindern.

An Studien zur Erprobung neuer Medikamente oder Behandlungsmethoden nimmt das HIVCENTER seit Beginn der klinischen HIV-Forschung regelmäßig teil. Beispielsweise werden neue Substanzen oder Behandlungsoptionen wie long-acting injectables wissenschaftlich begleitet. Durch letztere bekämen die Patienten ihre Medikamente nur noch alle vier Wochen gespritzt und könnten auf die tägliche Tablette verzichten.

Das Leben mit dem Virus

Doch nicht nur medizinische Entwicklungen werden wissenschaftlich untersucht, sondern auch die Lebenssituation von HIV-Patienten. „Bei der Behandlung von HIV stehen einerseits Fragen zu Helferzellen, Viruslast und anderen Laborwerten im Mittelpunkt. Andererseits beeinflusst die Krankheit alle Lebensbereiche, und so haben unsere Patienten natürlich auch private Probleme und Fragen. Wann sollen sie sich beispielsweise einem neuen Partner gegenüber outen? Wann dem eigenen Kind? Der psychosoziale Bereich spielt hier eine große Rolle“, so Haberl.

Es sei wichtig, die veränderten Bedürfnisse der Patienten ebenso zu untersuchen, wie die medizinischen Entwicklungen. Inzwischen sei klar, dass das Leben auch nach einer Diagnose weitergeht. Dementsprechend stünden nun vermehrt praktische Fragen nach Krankenversicherung, Familienplanung oder dem Versorgungssystem im Mittelpunkt. Diese Entwicklungen beeinflussen auch die tägliche Arbeit im HIVCENTER: „Unsere Patienten können heute alt werden und Altern mit HIV – das ist auch für uns neu. Wir müssen uns daher auf ein neues Setting einstellen; zum Beispiel gehören inzwischen Vorsorgeuntersuchungen dazu, die früher keine Rolle gespielt haben. Das müssen wir in unsere Screenings aufnehmen.“ Was sie sich abschließend für die Zukunft wünsche? „Dass ein heute mögliches schönes Leben mit HIV nicht durch die Angst vor Diskriminierung verhindert wird!“

Caroline McKenney

Benachrichtigung der Straßenverkehrsbehörde wegen Fahruntauglichkeit eines Patienten

Wann dürfen Ärzte bei Fahruntauglichkeit eines Patienten die Straßenverkehrsbehörde informieren, ohne ihre Schweigepflicht zu verletzen? Diese Frage führt immer wieder zu Unsicherheit. Nun hat das Oberlandesgericht (OLG) Düsseldorf (Beschluss vom 02.04.2015, Az: 2 WS 101/15) anknüpfend an die bisherige Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs und anderer Gerichte Klarheit geschaffen: Ein Arzt könne trotz seiner Schweigepflicht nach den Grundsätzen über die Abwägung widerstreitender Pflichten oder Interessen berechtigt sein, die Straßenverkehrsbehörde zu benachrichtigen, wenn die Gefahr drohe, dass sein Patient mit einem Kraftfahrzeug am Straßenverkehr teilnehme, obwohl dieser krankheitsbedingt nicht mehr fähig sei, ein Kraftfahrzeug zu führen, ohne sich und andere zu gefährden, so das OLG.

Zuerst: Gespräch mit Patienten führen

Dabei müssen Ärzte jedoch sehr sorgfältig vorgehen: Zunächst kommt es darauf an, dass tatsächliche Anhaltspunkte dafür bestehen, dass der fahruntaugliche Patient ein Kraftfahrzeug führen will. Ist dies der Fall, muss der Arzt zunächst versuchen, den Patienten mit einem eindringlichen Gespräch davon abzuhalten. Nur wenn der Patient dennoch nicht von seinem Vorhaben abzurückt oder ein solches Gespräch von vorne herein zwecklos erscheint, ist der Arzt berechtigt, die Straßenverkehrsbehörde zu informieren.

Vorsicht bei Herausgabe von Patientendaten

Auch bei der Mitteilung an die Straßenverkehrsbehörde müssen Ärzte sehr sorgfältig prüfen, welche Patienteninformationen sie

preisgeben müssen, um die Straßenverkehrsbehörde in die Lage einer Prüfung der Fahrtauglichkeit zu versetzen. Sie müssen die Informationen auf das Allernotwendigste beschränken. Geben Sie darüber hinausgehende Patientendaten preis, verstoßen sie gegen ihre Schweigepflicht, auch wenn sie grundsätzlich zum Schutze von Leben und Gesundheit der Verkehrsteilnehmer berechtigt sind, sich an die Straßenverkehrsbehörde zu wenden. In dem Fall, den das OLG Düsseldorf zu beurteilen hatte, war der Arzt zwar aufgrund der Fahrabsicht eines fahruntauglichen Patienten berechtigt gewesen, die Straßenverkehrsbehörde zu informieren. Jedoch überschritt er den Umfang der notwendigen Preisgabe von Patientendaten. Aus Zeitersparnisgründen hatte er die erste Seite des Entlassungsberichts aus der Klinik mit dem handschriftlichen Vermerk der Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit übersandt. Hierauf fanden sich jedoch mehr der Schweigepflicht unterliegende Informationen, als die Straßenverkehrsbehörde benötigte. Nach Auffassung des OLG hätte sich der Arzt auf die Mitteilung der Diagnose und der Zweifel an der Kraftfahrtauglichkeit beschränken müssen. Das OLG sah in dem konkreten Fall daher eine – allerdings nicht sehr schwerwiegende – Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 Strafgesetzbuch (StGB) und regte eine Einstellung des Verfahrens gegen Zahlung einer Auflage von 800 Euro an die Staatskasse an.

Maria-Stephanie Dönnebrink

Rechtsanwältin

Fachanwältin für Medizinrecht

Mediatorin

E-Mail: info@jusmedicus.de

Internet: www.jusmedicus.de



Foto: Torsten Vreden

Ärztekammer

Verkehrsprävention MAX

Eine Aktion der Polizei Hessen und der Landesärztekammer

Die Landesärztekammer Hessen wirkt als Kooperationspartnerin an der vom Landeskriminalamt geförderten und lokal von den Polizeipräsidien umgesetzten Verkehrspräventionsaktion MAX mit. MAX wurde entwickelt, um älteren Menschen zu vermitteln, wie maximale Mobilität bei größtmöglicher Verkehrssicherheit gelingen kann. Ganz gleich, ob sie sich im Auto, mit dem Fahrrad, zu Fuß

oder mit Bus und Bahn im Straßenverkehr bewegen.

Durch interdisziplinäre Zusammenarbeit der unterschiedlichen Behörden, Institutionen und Verbände sollen vorhandene Ressourcen und Kompetenzen gebündelt und genutzt werden. Die Aus- und Fortbildung von Multiplikatoren sowie die Vernetzung der Kooperationspartner bilden wesentliche Bausteine. Ziel ist es unter anderem, die Be-

reitschaft zu erhöhen, an Gesundheitsüberprüfungen teilzunehmen (Sehtest, Hörtest, Reaktionstest, Beratung über Medikamente, die Auswirkungen auf die Fahrtüchtigkeit haben etc.), sowie Fortbildungen und Schulungen zum Beispiel für Ärztinnen und Ärzte und MFA, aber auch Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen, anzubieten. **(moeh)**

Artikel folgt



Im Einsatz für Cargo Human Care

Dr. med. Matthias Gründler aus Offenbach hilft Kindern in Kenia



„Ich lerne bei jedem Einsatz dazu“: Dr. med. Matthias Gründler engagiert sich in Afrika

Cargo Human Care e. V. (CHC) ist ein humanitäres und medizinisches Hilfsprojekt, das von Mitarbeitern der Lufthansa Cargo AG in Zusammenarbeit mit Ärzten aus ganz Deutschland 2007 ins Leben gerufen wurde. Seitdem bin ich Mitglied des Vereins und zweimal jährlich ehrenamtlich in Kenia kinderärztlich tätig.

Kern unseres Engagements ist es, bedürftigen, kranken und notleidenden Menschen direkte medizinische Hilfe zu leisten. Außerdem geben wir mittellosen und unterversorgten Waisenkindern ein Zuhause und eine Zukunftsperspektive.

Über 100 Kinder und Jugendliche leben seit 2001 im Mothers' Mercy Home in Kianjogu, im Norden Nairobis. Träger und unser Partner ist die kenianische Anglikanische Kirche. Die durch die Aktion ‚FAZ-Leser helfen‘ zu Gunsten von CHC gesammelten Spenden machten 2008/2009 den Neubau des Kinderheims mit angeschlossener Medizinstation möglich.

Dreimal pro Monat fliegt ein Team, bestehend aus zwei Ärzten verschiedener Fachdisziplinen für drei bis fünf Tage zum Einsatz ins Medical Centre. Insgesamt sind momentan ca. 50 Kolleginnen und Kollegen im Einsatz. Lufthansa-Cargo über-

nimmt die Kosten für die Flüge in den Frachtflugzeugen.

Wir betreuen sowohl das Waisenhaus als auch monatlich ca. 2.000 ambulante Patienten aus dem lokalen Umfeld. Die Untersuchungen und notwendigen Medikamente, die wir vor Ort einkaufen, sind für Kinder, alte Menschen und die meisten anderen Bedürftigen frei. Nur wenige Patienten entrichten einen kleinen Obolus. Da es in dieser Gegend kaum lokale Ärzte gibt, garantieren die Krankenschwestern, die Apothekerin und der Laborant, die alle sehr gut ausgebildet sind, in unserer Abwesenheit die medizinische Versorgung.

Wenn Spezialuntersuchungen oder Operationen notwendig werden, erfolgt die Überweisung in das örtliche Nazareth Hospital, mit dem wir seit Jahren sehr gut kooperieren. Die Kosten trägt CHC. Auch finden Erfahrungsaustausch und Fortbildung der einheimischen Kollegen statt.

Auf Grund des starken Zulaufes wurde das Medical Center 2011 erweitert. Seitdem verfügen wir über vier Untersuchungsräume, ein Labor, eine Apotheke, einen Raum für staatlich finanzierte Impfungen und Schwangerschaftsvorsorgen sowie Sozialräume und Wartebereiche.

Im Projekt „The Nest“, einem privaten Heim für Kinder inhaftierter Frauen, haben 2011 die sechs CHC-Kinderärzte die medizinische Versorgung in Form von regelmäßigen Visiten übernommen.

Cargo Human Care unterstützt die Anglikanische Kirche bei der Ernährung der Waisenkinder, finanziert über Patenschaften deren Schul- und Berufsausbildung. Auch das Personal, wie beispielsweise Sozialarbeiter, wird zu großen Teilen von uns bezahlt. Die Finanzierung ist durch Großspender, viele Kleinspender und diverse Aktionen möglich. Unser Verein zählt inzwischen über 500 Mitglieder.

Unser neuestes Projekt ist die „John Kahe-ni Residence“. Dieses Boardinghouse, benannt nach einem kürzlich verstorbenen Jugendlichen des Mothers' Mercy Home, sichert den Übergang unserer Schüler in einen Beruf und ein eigenständiges Leben. Ein typisches Beispiel für unser Bestreben, unsere medizinische und soziale Hilfe nachhaltig zu gestalten.

Ich bin sehr froh, Mitglied des CHC-Teams zu sein. Die Arbeit in einem anderen, leider sehr armen Teil der Welt bereichert mich in jeder Beziehung. Bei jedem Einsatz lerne ich dazu. Die notwendige Koordination in Deutschland und in Nairobi wird von Mitarbeitern der Lufthansa Cargo AG sowie von den beteiligten Ärzten und anderen engagierten Mitgliedern ehrenamtlich geleistet. Die gespendeten Geldbeträge fließen zu über 99 Prozent in die Hilfe vor Ort!

Informationen im Internet:

www.cargohumancare.de

Spenden sind möglich an:

Cargo Human Care e. V.

Kreissparkasse Gross Gerau

IBAN: DE40 5085 2553 0016 0606 00

Dr. med. Matthias Gründler

Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin

Bürgeler Straße 37

63075 Offenbach/Main

E-Mail: matthias.gruendler@gmx.de

Die Legende vom armen Heinrich

Seit 2015 stehen die Landesärztekammer Hessen und der „Ordine dei Medici“ in Salerno, Süditalien, in freundschaftlichem Kontakt. Aufgaben und Ziele beider Ärztekammern stimmen in vielen Bereichen miteinander überein. Auch dem „Ordine dei Medici“ (zu deutsch: Ärztekammer) gehören alle berufstätigen Ärztinnen und Ärzte aus Salerno und der Provinz Salerno als Pflichtmitglieder an. Durch die Freundschaft beider Institutionen soll künftig der Austausch zwischen italienischen und deutschen Ärztinnen und Ärzten gefördert werden. In einem ersten Schritt wollen Landesärztekammer und „Ordine dei Medici“ eine Vereinbarung über die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten unterzeichnen.

Der italienische Lungenfacharzt und Medizinhistoriker Dott. Guiseppe Lauriello, im September 2015 mit einer Delegation zu Besuch in der Ärztekammer in Frankfurt, hat dem Hessischen Ärzteblatt nun einen Artikel über die „Legende vom armen Heinrich“ als Gastbeitrag geschickt, der die bis ins Mittelalter zurückreichende Verbundenheit zwischen Deutschland und Salerno unterstreicht.

Liebesgedicht

Die Legende vom armen Heinrich ist ein berührendes Liebesgedicht, das die Geschichte zweier junger deutscher Liebenden im Hochmittelalter erzählt. Es war eine Zeit, in der es nicht jedem vergönnt war, das Lesen und Schreiben zu lernen. Eine umso größere Rolle kam deshalb den Universitäten zu.

Salerno gehörte mit Bologna, Paris, Padua und Oxford zu den wohl wichtigsten Universitäten des 11. bis 13. Jahrhunderts. Deutsche Universitäten, wie etwa in Köln und Heidelberg, entstanden erst im 14. Jahrhundert. Viele Deutsche mussten daher den Rhein und die Alpen überqueren, um studieren zu können. Die sogenannten Clerici Vagantes, was so viel bedeutet wie „wandernde Studenten“, reisten häufig auf dem Pilgerweg „Via Francigena“, der von Canterbury durch Frankreich, die Schweiz und Italien nach Rom führte. Deshalb auch „Via Romea“ genannt, führte die



Die Medizinschule von Salerno als Miniaturansicht im Canon des Avicenna. Das Bild zeigt eine Legende um den normannischen Herzog Robert. Durch einen Pfeil tödlich verwundet, wurde er heldenhaft durch seine Frau gerettet, die – wie von den Ärzten verordnet – das vergiftete Blut aus der Wunde saugte.

Route besonders gegen Ende des 12. und Anfang des 13. Jahrhunderts die wandern- den Studenten bis nach Süditalien.

Neben Padua war Salerno die Anlaufstelle für Medizinstudenten aus ganz Europa. Hier, im Süden Italiens, spielt auch ein wichtiger Teil der „Legende vom armen Heinrich“.

Dies Gedicht entstammt der Feder des Troubadours Hartmann von Aue (vermutlich zwischen 1210 und 1220), der neben Wolfram von Eschenbach und Gottfried von Straßburg als der bedeutendste Epiker der sogenannten mittelhochdeutschen Klassik um 1200 gilt.

Den Helden seines Gedichtes benennt der Autor mit auffallender Namensgleichheit als Heinrich von Ouwe: Ein junger, fürstengleicher Freiherr im Schwabenland, der über Reichtum und höchstes gesellschaftliches Ansehen verfügt. Er verkörpert alle ritterlichen Tugenden seiner Zeit und höfisches Benehmen.

Eines Tages erkrankt Heinrich von Ouwe an Lepra. Die ihm sonst so zugewandten

Bürger seiner Stadt verstoßen ihn. Er will sich aber, anders als Hiob, dem Gottesurteil nicht fügen und reist zunächst nach Montpellier, um dort ärztliche Hilfe zu suchen. Doch niemand kann ihm helfen. So reist er weiter zur Medizinschule nach Salerno. Der Legende nach erfährt er dort, dass nur eine Jungfrau im heiratsfähigen Alter ihn retten könne – mit ihrem Herzblut. Und nur, wenn sie sich freiwillig für ihn opfere.

Verzweifelt kehrt von Ouwe in seine Heimat zurück, verschenkt einen Großteil seines Besitzes. Schließlich trifft er auf die minderjährige Tochter eines Bauern, die sich in ihn verliebt und sich aus religiösen Gründen für ihn opfern möchte. Beide reisen wieder nach Salerno. Der dortige Arzt versucht zunächst, das Mädchen von ihrem Opfertod abzubringen – vergeblich. Aber als Heinrich die junge Frau nackt und festgebunden auf dem OP-Tisch liegen sieht, stoppt er selbst das tödliche Unterfangen. Durch wundersame göttliche Fügung gesundet Heinrich und kehrt ge-

meinsam mit dem Mädchen nach Hause zurück, wo beide heiraten.

Viele Interpretationen

Dieses Gedicht wurde im Laufe der Jahrhunderte mehrmals umgeschrieben, neu verfasst und interpretiert. Im 13. Jahrhundert übersetzte Jacopo de Varazze, Bischof von Genua, das Werk ins Lateinische. 1483 erschien die Übersetzung mit dem Titel „Legenda Aurea“ auch in gedruckter Version. Der amerikanische Dichter Enrico Longfellow griff das Gedicht erneut im 19. Jahrhundert auf. In seiner Neuinterpretation war es der Teufel, der einen deutschen Fürsten namens Heinrich in Versuchung und vom rechten Weg abringen will.

Noch viele weitere Autoren, unter anderen die Brüder Grimm, Adelbert von Chamisso und Gerhart Hauptmann, rezipierten die Geschichte des Armen Heinrichs. Im Mittelalter suchten viele Menschen in Salerno nach Heilung und Hoffnung. Die Legende vom armen Heinrich lehrt auf

realistische und zugleich surrealistische Weise einige moralische Tugenden, wie etwa den Altruismus, die Hingabe, die Op-

ferbereitschaft, die Liebe und den Glauben an Gott.

Guiseppe Lauriello

Die Medizinschule von Salerno

Die Schule von Salerno (Latein: Schola Medica Salernitana) war eine medizinische Forschungs- und Lehranstalt, die als älteste Universität Europas gilt. Im 9. Jahrhundert gegründet, wurde neben Medizin (wo Frauen als Lehrerinnen und Schülerinnen zugelassen waren) auch Philosophie, Theologie und Recht unterrichtet.

Die medizinische Hochschule hatte sich aus einem Kloster-Hospital und einer Gruppe Heilkundiger entwickelt. In ihrer Blütezeit vom 10. bis 13. Jahrhundert brachte sie Salerno den Beinamen „Stadt des Hippokrates“ (lat. Civitas Hippocratica) ein.

Hier verband sich eigenständige anatomische Forschung mit dem überlieferten medizinischen Wissen der griechischen,

der arabischen, der westlich-lateinischen und der jüdischen Welt. Auch wenn die Schule von Salerno selbst nie die Bezeichnung „Universität“ trug, sehen einige Historiker sie sogar als erste Universität, die je gegründet wurde.

1811 durch den Bonapartistischen König von Neapel, Joachim Murat, geschlossen, wurde sie 1944 als Hochschule mit dem Schwerpunkt Erziehungswissenschaften wiedereröffnet. 1968 kamen weitere Fakultäten dazu und es folgte die Umbenennung in „Università degli Studi di Salerno“. 2005 wurde die Fakultät für Medizin und Chirurgie wiedergegründet, die an die Tradition der Schule von Salerno anknüpft.

Lea Bundt

Quelle: www.wikipedia.de

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Bücher

Elena Ferrante: Meine geniale Freundin

Mit detektivischem Furor hatte der Investigativjournalist Claudio Gatti monatelang Grundbücher und Honorarabrechnungen durchforstet, um der wahren Identität der italienischen Erfolgsautorin Elena Ferrante auf die Spur zu kommen. Seit über einem Vierteljahrhundert schreibt diese unter einem Pseudonym; Anfang Oktober veröffentlichten Zeitungen die Skandalmeldung, Gatti habe das Geheimnis vermeintlich gelüftet und eine in Rom lebende Übersetzerin als die Autorin der Neapolitanischen Saga entlarvt. Wahr oder nicht wahr? Der Faszination von Ferrantes Werk kann das nichts anhaben. In diesem Jahr ist der erste Band „Meine geniale Freun-



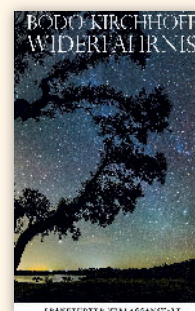
din“ in der deutschen Übersetzung von Karin Krieger erschienen. Ein Frauenroman, der den mit diesem „Genre“ verbundenen Klischees in keiner Weise entspricht. Unsensational und brillant zugleich zeichnet die Autorin, die sich in schriftlichen Kommentaren zur feministischen Poetik der Kulturtheoretikerin Luce Irigaray und einer „weiblichen Schreibweise“ bekennt, mit ihrer Saga ein Portrait der europäischen Nachkriegsgeschichte aus weiblicher Sicht. Zugleich ist „Meine geniale Freundin“ ein ebenso spannendes wie sinnliches, bilder- und detailreiches Gemälde Neapels.

Suhrkamp 2016, gebunden, € 22, ISBN: 9783518425534

Bodo Kirchoff: Widerfahrnis

Auch die im Rahmen der diesjährigen Buchmesse mit dem Deutschen Buchpreis ausgezeichnete Novelle „Widerfahrnis“ des Frankfurter Autors Bodo Kirchoff führt den Leser nach Italien. Lebendige Dialoge

und eine elegant fließende Sprache machen den Reiz des schmalen Bandes aus. Meist heiter und ironisch, gelegentlich melancholisch und immer wieder das Erzählen selbst reflektierend, entwickelt Kirchoff auf über 200 Seiten die Geschichte einer späten Liebe, die er mit der Flüchtlingskrise verwebt. Sein Protagonist Julius Reither, ein Mann in den späten Sechzigern, hat gerade seine berufliche Existenz als Kleinverleger und Buchladenbesitzer beendet, als die frühere Hutmacherin und Autorin eines einzigen Buches, Leonie Palm, unerwartet in sein Leben tritt. Mit nichts als den jeweiligen Traumata der Vergangenheit im Gepäck starten beide spontan in Palms altem Cabrio ins Blaue. Dass sich die zarte Liebesgeschichte auf Sizilien mit einem Mal ins Tragische



kehrt, liegt an dem unvermittelten Einbruch der Realität – hier in Gestalt eines Flüchtlingsmädchens, das die Zweisamkeit des älteren Paares aufbricht – und an dem Unvermögen, die Liebe tatsächlich noch einmal in das eigene Leben treten zu lassen. *Frankfurter Verlagsanstalt 2016, gebunden, € 21, ISBN: 9783627002282*

Kris Van Steenberge: Verlangen

Nachdem Flandern und die Niederlande gemeinsamer Ehrengast der Frankfurter Buchmesse waren, sollten auf dem weihnachtlichen Wunschzettel Bücher aus diesem Sprachraum nicht fehlen. Beispielsweise der Roman „Verlangen“ des 1963 in Lier (Belgien) geborenen Autors Kris Van Steenberge. Vor dem historischen Hintergrund des ländlichen Flanderns Ende des 19. und Anfang des 20. Jahrhunderts schildert Kris Van Steenberge in seinem Buch, das 2014 mehrfach als das beste flämische Debut ausgezeichnet wurde, mit psychologischem Tiefgang das Porträt einer Familie, des kleinen Ortes Woesten und einer vergangenen Epoche. *Klett-Cotta 2016, gebunden, € 24.95, ISBN: 9783608980349*

Katja Möhrle

Herfried & Marina Münkler: Die neuen Deutschen

Deutschland ist verunsichert. Sind die Flüchtlinge eine Bedrohung, eine Chance? Was müsste geschehen, damit die Zuwanderung von Menschen aus anderen Ländern und Kulturen zu einem Erfolg für die bisher hier Lebenden und für die Neuankömmlinge werden kann? Gut lesbares und interessantes Buch, das den Blick auf die Chancen eines anderen Umgangs mit der Frage der Migration lenkt. *Rowohlt 2016, Hardcover, € 19.95, ISBN: 9783871341670*

Thomas Melle: Die Welt im Rücken

Melle gelingt es, nicht ohne Humor und autobiografisch, radikal die Chronik einer manisch-depressiven Erkrankung darzulegen. Man erfährt Neues über das Krankheitsbild, zugleich werden falsche Ansich-

ten über psychiatrische Erkrankungen korrigiert.

Rowohlt 2016, Hardcover, € 19.95, ISBN: 9783871341700

Musik

Jazz: Miles Davis – Kind of Blue

Eine der schönsten und gelungensten Aufnahmen der Jazz-Gesichte. Seit dem Erscheinungsjahr 1959 gilt das Werk immer noch als ein Monument der Musikgeschichte. Wiederentdeckung mit Gewinn! *Miles Davis: Kind Of Blue – 50th Anniversary Collector's Edition. LP, CD, DVD, Buch (Columbia)*

Klassik: Einstein on the Beach

Oper in vier Akten von Philip Glass in faszinierender Präsentation der sogenannten minimalen Musik. Ein großes Werk, leider wenig bekannt. Die gemeinsame Realisierung des Opernprojektes mit Robert Wilson war epochenmachend. *Philip Glass, Robert Wilson, 4 CDs, Sony, 1978*

Ausstellungen

Caravaggios Erben – Barock in Neapel

Bis zum 12. Februar 2017 wird im Museum Wiesbaden die künstlerische Entwicklung neapolitanischer Barockmaler im 17. Jahrhundert erstmals dem deutschen Publikum gezeigt. Ausgehend von der innovativen Malerei von Caravaggio bildete sich eine unverwechselbare Schule in Neapel aus. Synthese sinnlicher Malerei mit mythologischen Themen sowie Stilleben, bei neuem Umgang mit Hell und Dunkel und mit Licht. Für Kunstfreunde ein Muss. *Museum Wiesbaden – Hessisches Landesmuseum für Kunst und Natur, Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden. Internet: <https://museum-wiesbaden.de>*

Dr. med. Siegmund Drexler

Giacometti & Naumann

Lange, überaus schmale und wie ausgedörrt wirkende Figuren, Köpfe und Büsten mit rissigen Oberflächen: Die Skulpturen des Schweizer Bildhauers, Malers, Zeichners und Grafikers der Moderne, Alberto Giacometti wirken zerbrechlich. Auch in seiner fast monochromen graublauen Malerei verdichten sich die menschliche Gestalt oder Gegenstände und Landschaften

aus feinnervigen, dünnen Strichen. Giacometti schuf die Plastik nicht als körperhafte Nachbildung im realen Raum, sondern als „ein imaginäres Bild... in ihrem gleichzeitig realen und imaginären, greifbaren und unbetretenen Raum“. Bis zum 22. Januar 2017 stellt die Frankfurter Schirn Kunsthalle die Werke Giacomettis und des 1941 geborenen amerikanischen Multimediakünstlers Bruce Naumann einander gegenüber. Auf den ersten Blick scheint die, unterschiedlichen Generationen entstammenden Künstler wenig zu verbinden. Und doch haben beide einiges gemeinsam. Sie arbeiten mit Figur und Raum, mit Bewegung und Wahrnehmung. Ihr jeweilige Œuvre kreist vorrangig um das Bild des Menschen und die conditio humana. Zeichnungen, Fotografien, Videos, Skulpturen und raumgreifende Installationen Naumanns treten mit ausgewählten Skulpturen und Gemälden Giacomettis „in einen spannungsvollen Dialog“ (Besprechung folgt).



Alberto Giacometti, *Groupe de trois hommes I*, 1943, Fondation Marguerite et Aimé Maeght, Saint-Paul – France

Schirn Kunsthalle Frankfurt, Römerberg, 60311 Frankfurt, Internet: www.schirn.de

Katja Möhrle

Wir würden uns freuen, wenn wir Ihnen mit unseren Tipps kleine Anregungen geben konnten und wünschen Ihnen schöne Feiertage sowie alles Gute für 2017.

Für ihre Verdienste um die Gesundheitsförderung und gesundheitliche Prävention hat der Hessische Gesundheitsminister, Stefan Grüttner, in Wiesbaden unter anderem



die Ärztin **Sr. Dr. med. Maria Goetzens** (Foto, Frankfurt) mit der Bernhard Christoph Faust-Medaille ausgezeichnet. Die Medaille wird alle zwei Jahre vergeben. Goetzens leitet seit 1997 die Elisabeth-Straßenambulanz der Caritas Frankfurt. Diese bietet medizinische und pflegerische Versorgung für Obdachlose und Menschen, die keine reguläre ambulante Versorgung erhalten können. Sie hat maßgeblich zur Entwicklung und zum Erhalt der Straßenambulanz beigetragen.

(Ausgezeichnet wurden außerdem **Elisabeth Lach**, Hanau, für ihren jahrzehntelangen Einsatz für die Gleichstellung psychisch kranker Menschen sowie **Dr. Christian Luetkens**, Wiesbaden, der sich als erster Leiter des Fachreferats für Gesundheitsförderung, Prävention und Epidemiologie im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration von 1985 bis 2009 für die Weiterentwicklung der Gesundheitsförderung eingesetzt hat. Er war außerdem Vorstandsvorsitzender der Hessische Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung HAGE e. V. – und engagiert in der Hessischen Krebsgesellschaft e. V.).



Die Deutsche Herzstiftung hat **Prof. Dr. med. Dr. Markus Ferrari**, Direktor der Klinik für Innere Medizin I: Kardiologie, Angiologie und konservative Intensivmedizin an den Helios Dr.

Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden in ihren wissenschaftlichen Beirat berufen. Der Kardiologe setzt sich dafür ein, dass Herz-Kreislauf-Erkrankungen nicht stigmatisiert werden, dass Koronar-Sportgruppen eingerichtet und gefördert werden und dass Menschen mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen regelmäßige Möglichkeiten haben, sich zu informieren. Besonders wichtig ist ihm

die Präventionsarbeit. Daher veranstaltet er Seminare zur Vorbeugung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen durch einen veränderten Lebensstil.

Prof. Dr. med. Josef Pfeilschifter, Direktor des Instituts für Allgemeine Pharmakologie und Toxikologie und Dekan des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität Frankfurt/Main, ist im Rahmen der Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie in Berlin mit der Franz-Volhard-Medaille 2016 für sein Lebenswerk ausgezeichnet worden. Diese Medaille ist die höchste Auszeichnung, die von der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie vergeben wird und dient der Würdigung langjähriger, herausragender Leistungen auf dem Gebiet der Nieren- und Hochdruckerkrankungen.



Prof. Dr. med. Klaus-Peter Hunfeld (Foto) übernimmt die Funktion des Ärztlichen Direktors am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main. Seit 2009 ist Hunfeld Chefarzt

des Zentralinstituts für Labormedizin, Mikrobiologie und Krankenhaushygiene. Er tritt die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Uta Meyding-Lamadé** an, die nach dreijähriger Amtszeit die Ärztliche Leitung turnusmäßig übergibt.

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner ist neues Mitglied der Leopoldina, der Nationalen Akademie der Wissenschaften. Er hat an der Justus-Liebig-Universität Gießen die Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie inne. Er ist Direktor der Abteilung für Rheumatologie und Immunologie der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim und Präsident der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie.



Die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) hat auf ihrem 50. Jahreskongress **Prof. Dr. med. Erika Baum** (Foto) aus Marburg (Biebertal) zur neuen Präsidentin ihrer Fachgesellschaft gewählt. Baum löst **Prof. Dr. med. Ferdinand M. Gerlach**, der satzungsgemäß nach zwei Amtszeiten nicht mehr kandidieren durfte, als erste Frau in der Geschichte der DEGAM an der Spitze der Fachgesellschaft ab.



Prof. Dr. med. Dennis von Heimburg (Foto) ist der neue Präsident der Vereinigung der Deutschen Ästhetisch-Plastischen Chirurgen (VDÄPC). Er wurde als Nachfolger von **Prof. Dr. med. Ernst Magnus Noah** (Rotes Kreuz Krankenhaus, Kassel) gewählt. Von Heimburg ist Ärztlicher Leiter der ästhetisch-plastischen Chirurgie in der Praxisklinik Kaiserberg in Frankfurt, die er 2003 gegründet hat.



Prof. Heimburg

Prof. Dr. med. Uwe Lange (Professur für Internistische Rheumatologie, Osteologie und Physikalische Medizin der JLU-Universität Gießen) wurde mit dem Förderpreis der Boxberger-Stiftung der Stadt Bad Kissingen 2016 ausgezeichnet. Der Boxberger-Preis wird für wissenschaftliche Arbeiten in Bezug auf die medizinische Rehabilitation am Kurort und Einsatz eines Kurmittels vergeben. Lange und Team wiesen wissenschaftlich nach, dass serielle Heiltorfbäder („Moorbäder“) bei rheumatischen Erkrankungen auf molekularer Ebene entzündungsdämpfende Wirkungen entfalten. Damit bieten sich erste Erklärungen für die klinisch sicht- und fühlbaren Wirkeffekte der Moorbäder.





Ernst-von-Bergmann-Plakette

für Prof. Dr. med. Jens Uwe Hermann Stüben

Anlässlich seiner Verabschiedung als ehrenamtlicher Geschäftsführer und Kursleiter der Deutschen Akademie für Flug- und Reisemedizin wurde Prof. Dr. med. Jens Uwe Hermann Stüben (Foto) beim 24. Fliegerarzt-Refresher-Seminar mit der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer ausgezeichnet. In seiner Laudatio hob Dr. med. Paul Otto Nowak, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg, die herausragenden Leistungen Stübens in der ärztlichen Fortbildung der Fliegerärzte hervor. Der größte Teil der Flugmediziner Deutschlands ist durch Uwe Stübens Schule gegangen. Ohne ihn wäre die deutsche und europäische Flugmedizin nicht das, was

sie heute darstellt – eine auch international anerkannte Institution. Stüben wurde am 29. Januar 1949 in Meldorf geboren. Sein Medizinstudium absolvierte er von 1971 bis 1977 an der Johann Wolfgang Goethe-Universität in Frankfurt/Main, an der er 1979 promoviert wurde. 2002 erfolgte die Ernennung zum Honorar-Professor durch die Technische Universität Braunschweig. Nach seiner Tätigkeit als Sanitätsoffizier und niedergelassener Allgemeinmediziner wechselte Stüben 1989 als leitender Fliegerarzt in den Medizinischen Dienst der Deutschen Luft-hansa AG und war von 2003 bis 2014 dessen Leiter in Frankfurt/M mit Außenstellen in Hamburg und München. 1990

gründete er zusammen mit zwei Kollegen die gemeinnützige

Deutsche Akademie für Flug- und Reisemedizin (DAF), die später zur European School of Aviation-Medicine (EUSAM) erweitert wurde. Unter seiner Leitung wurde jährlich einer der weltweit höchstdotierten Wissenschaftspreise in der Flugmedizin erwirtschaftet und an junge Forscher vergeben sowie viele Forschungsvorhaben an Universitäten mit finanziellen Mitteln unterstützt.

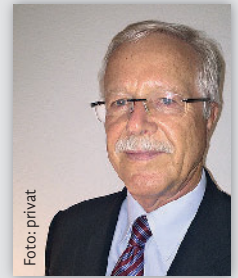


Foto: privat

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

Bücher



Igor J. Polianski: Das Schweigen der Ärzte. Eine Kulturgeschichte der sowjetischen Medizin und ihrer Ethik

Franz Steiner Verlag, Stuttgart 2015,
439 Seiten, kartoniert, Abbildungen und
Fotos, ISBN 9783515110051, € 68.00

Die Jahre 1917 bis 1991 sind die Zeit des Bolschewismus/Kommunismus in Russland beziehungsweise der Sowjetunion. Igor J. Polianski untersucht in seiner Habilitationsschrift in acht Kapiteln und historisch-chronologischer Perspektive das sowjetische Gesundheitssystem dieser Zeit, die sich verändernde Rolle der Ärzte und fragt dabei vor allem nach deren ethischen Grundlagen sowie dem sich herausbildenden „neuen Arzttypus“ in der „Sowjet-Medizin“.

Die Medizin und die Ärzteschaft waren in diesem langen Zeitraum im Kern – bei vielfältigen Veränderungen in der poststalinistischen Zeit und dann ab den 1960er Jahren – eine staatlich instrumentalisierte Disziplinar- und Kontrollmacht und der kommunistischen Partei verpflichtet. So bedeutete der revolutionäre Umbruch unter anderem, dass unmittelbar nach der Oktoberrevolution 1917 die Standesorganisationen zerschlagen, die Ärzte ihren Dokortitel los und die Schweigepflicht abgeschafft wurden, weil das ärztliche Berufsgeheimnis aus leninistischer Sicht

als bürgerlicher Standesdünkel die wirtschaftlichen Interessen des Ärztestandes bediene.

Mit der Nationalisierung der medizinischen Strukturen und Einrichtungen erfolgte die „Säuberung“ und Kontrolle der Ärzteschaft, sollten der „gläserne Patient“ und das „gläserne Arztzimmer“ sowie ein Präventivmediziner als „Leibmedicus der Arbeiter- und Bauernmasse“ geschaffen werden. Dies mündete dann in den 1950er- und 60er-Jahren in ein funktionalistisches Medizinverständnis und eine skrupellose, paternalistische Fürsorge-diktatur – einen „radikalisierten Wohlfahrtsstaat“ mit einem neuen sowjetischen Ärzteschwur.

Die anspruchsvolle und materialreiche Studie zeigt mit zahlreichen Beispielen eindrucksvoll, beklemmend und schockierend, wie unter den totalitären Bedingungen des Sowjetkommunismus mit der Medizin und den Ärzten umgegangen worden ist; wie sie vom Staat enteignet, entmündigt und in den Dienst einer Partei gestellt wurden. Dabei kam der sowjetischen Ärzteschaft in der Herstellung des neuen „Soviet body“ und einer „leidensfreien Gesellschaft“ – so das utopische Denken und die biopolitische Vision – eine Schlüsselrolle zu. Zugleich werden die offenkundige Kluft zwischen Schein und Sein, die Grenzen der politisch repressiven Herrschaftsausübung deutlich. So gab es in allen Phasen auch „sperriges Verhalten“ von Ärzten, das auf einer ärztlichen Standeskultur mit Vertrauen, Würde, Ehre und Ethik sowie professioneller Autonomie basierte.

Prof. Dr. phil. Benno Hafener

Qualifizierungslehrgang Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

15 Teilnehmerinnen nahmen am ersten Qualifizierungslehrgang Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin nach dem neuen Curriculum der Bundesärztekammer bei der Carl-Oelemann-Schule (COS) teil. Elf weitere Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben an einzelnen Bausteinen des Fortbildungslehrgangs teilgenommen, um ihren Wissensstand in speziellen Aufgabengebieten zu vertiefen.

Seminarleiter Dr. med. Martin Kern bewertet den Qualifizierungslehrgang als inhaltlich anspruchsvoll. „Wir brauchen medizinische Fachkräfte an unserer ärztlichen Seite, um an fachkompetente Personen Aufgaben delegieren zu können. Durch das neue Curriculum der Bundesärztekammer haben wir nun erstmals eine bundeseinheitliche Richtung für die Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten in der Arbeitsmedizin. Das Qualitätsniveau wird daher auch vom VDBW* anerkannt,“ so Kern.

Die neue Fortbildung zeichnet sich nicht nur durch das inhaltliche Niveau des Curriculums aus, sondern auch durch die Lehrgangskonzeption in der COS. So werden beispielsweise Trainingseinheiten in der Anwendung von Medizinprodukten (beispielsweise Audiometer) durchgeführt sowie Hausbegehungen in Kleingruppen (zum Beispiel Büroarbeitsplätze, Heizungsanlage, Labor), um die erforderlichen Kenntnisse zum Thema Gefährdungsbeurteilung anschaulich zu vermitteln.

* Verband Deutscher Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW)



Teilnehmerinnen des Qualifizierungslehrgangs Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin mit den Dozenten Dr. med. Helmut Rockert, Brigitte Elsässer (links außen) und Jörg Rosenthal (rechts außen)

teiln. Anteilig erfolgt die Fortbildung in Form eines Blended-Learning-Konzeptes. In der Telelernphase, begleitet von Tutoren, werden Aufgaben bearbeitet, Arbeitsergebnisse in Foren beraten und Fragen in themenzentrierten Chats diskutiert. Die Vielseitigkeit der Methodik ermöglicht den zeitlichen Raum für den fachlichen Austausch zwischen den Teilnehmern und fördert damit den Wissenstransfer von der Theorie zur praxisbezogenen Anwendung.

Seit dem Jahr 2000 bietet die COS verschiedene Bildungsangebote zum Thema Arbeitsmedizin an. Teilnehmer, die bereits einzelne Module (z. B. G20 – Lärm) absolviert haben, können sich diese Fortbildungen auf den neuen Qualifizierungslehrgang anrechnen lassen. Wer das Zertifikat „Assistenz in der Betriebsmedizin“ besitzt,

kann einen Aufbaulehrgang besuchen. Gemäß dem Curriculum ist die Teilnahme an dem Aufbaulehrgang befristet bis zum 31. Dezember 2018. Nach dieser Frist können alle interessierten Teilnehmer zum Erhalt des Zertifikates am 140-stündigen Gesamtlehrgang teilnehmen. Ansprechpartner: Karin Jablotschkin
E-Mail: karin.jablotschkin@laekh.de,
Telefon: 06032 782-184.

Start des nächsten Qualifizierungslehrgangs Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin für Medizinische Fachangestellte und vergleichbare Berufsausbildungen ist am 15. März 2017.
Beginn des nächsten Aufbaulehrgangs ist am 26. April 2017.

Silvia Happel

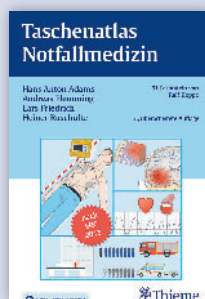
GenderMed-Wiki: Medizinisches Wissen zu Geschlechterunterschieden

Die neue Internetplattform GenderMed-Wiki soll als offene Austausch- und Wissensplattform zu Themen rund um Geschlecht und Medizin dienen. Fachwissen zu Geschlechterunterschieden bei Erkrankungen und deren Therapien soll gebündelt und in Interaktion mit der „Scientific Community“ ergänzt werden. Ziel ist die Integration von geschlechterspezifischen Aspekten in der Medizin maßgeblich zu steigern und mittelfristig einen Beitrag zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung beider Geschlechter leisten zu können.

GenderMed-Wiki ermöglicht den Zugriff auf gendermedizinische Fachartikel und stellt eine Lehrmaterialsammlung (Fallbeispiele, Dias und Videos) für Lehrende und Lernende der Medizin zur Ver-

fügung. Eine bundesweite Börse für Stellenangebote und Qualifizierungsarbeiten soll Bewerbern und Bewerberinnen den Zugang zu wissenschaftlichen Arbeiten mit geschlechtersensibler Ausrichtung ermöglichen.

Die Entwicklung von „GenderMed-Wiki“ ist ein gemeinsames Kooperationsprojekt zwischen den medizinischen Fakultäten Münster, Duisburg-Essen, Innsbruck und dem GECKO-Institut für Medizin, Informatik und Ökonomie der Hochschule Heilbronn. Die Gesamtleitung obliegt Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. Bettina Pfeleiderer, Münster. Die Plattform ist online im Internet zu finden: <http://gendermedwiki.uni-muenster.de/mediawiki>
oder: www.gendermed-wiki.de (red)



**Hans Anton Adams,
Andreas Flemming, Lars Friedrich,
Heiner Ruschulte:
Taschenatlas Notfallmedizin**

3. überarbeitete Auflage 2016
240 Seiten, 91 Abb., broschiert,
ISBN: 9783131311535, € 49,99,
auch als E-Book

Der Taschenatlas Notfallmedizin aus dem Thieme-Verlag, erstmals im Jahr 2007 aufgelegt, erschien jetzt in der 3. komplett überarbeiteten Auflage mit dem aktuellen Reanimationsalgorithmus (ERC-Richtlinien 2015). Beim Erwerb des gedruckten Exemplars kann der Leser die Online-Version ohne weitere Kosten ebenfalls mit Smartphones, Tablets und mit Personal-Computer nutzen. Alternativ kann eine E-Book-Version erworben werden. Dieses Buch richtet sich in erster Linie an die im Rettungsdienst tätigen Notärztinnen und Notärzte, aber auch an das nicht-ärztliche Rettungsdienstpersonal. Durch Visualisierung mit 91 farbigen Abbildungen werden komplexe Zusammenhänge und Techniken anschaulich dargestellt.

Das Buch gliedert sich in zwei medizinische Teile mit den Kapiteln Allgemeine und Spezielle Notfallmedizin sowie einen administrativen Teil mit den Rechtsgrundlagen, Rettungsmitteln und Organisationsformen des Rettungsdienstes, dem Großschadensereignis und der Katastrophe. Im Teil Allgemeine Notfallmedizin werden Basismaßnahmen und Techniken beschrieben. Die fachspezifischen Notfälle werden im Teil Spezielle Notfallmedizin abgehandelt. Ein Kapitel ist dem aktuellen Thema des Palliativpatienten gewidmet. Im Anhang erfolgt ein Vorschlag zur Bestückung des Notfalkoffers.

Die vier Autoren Prof. Dr. med. Hans Anton Adams, Dr. med. Andreas Flemming, Dr. med. Lars Friedrich und Dr. med. Heiner Ruschulte sind erfahrene Notfall- und Katastrophenmediziner und geben ihr erworbenes Wissen praxisnah weiter. Der Taschenatlas Notfallmedizin ist inhaltlich hervorragend gestaltet und trägt dazu bei, Notfallsituationen schneller zu erkennen, um im Ernstfall schnell und richtig zu handeln.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak
Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin

WIR WÜNSCHEN IHNEN
FRÖHLICHE WEIHNACHTEN
UND EIN GLÜCKLICHES,
ERFOLGREICHES NEUES JAHR.



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!

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 25. Januar 2017, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

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

Gebühr: € 110 (Akademiestatistiker € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

Termine auf Anfrage!

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf,
Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,
PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt,
et al

Gebühr: auf Anfrage

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Kinder- und Jugendmedizin

Mi., 22. März 2017 **Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle**

Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

Rechtsmedizin

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

Mi., 15. Januar 2017, Mi., 22. Januar 2017,

Mi., 01. März 2017, Mi., 08. März 2017

jeweils 15:00 - 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Verhoff, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 240 (Akademiestatistiker € 216)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

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

Intensivmedizin

36. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 27. März – Fr., 31. März 2017

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

Teilnahmegebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

Ort: Frankfurt a. M. Universitätsklinikum

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

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Sa., 17. März 2017

Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 17. – So., 19. März 2017

Fr., 03. – So., 05. November 2017

Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)

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

Seminar Leitender Notarzt

Sa., 22. – Di., 25. April 2017

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Gebühr: € 780 (Akademiestatistiker € 702)

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

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



Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 09. – So., 11. Dezember 2016 **24 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Gebühr: € 360 (Akademienmitglieder € 324)

Block II: Fr., 13. – So., 15. Januar 2017 **22 P**
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
Gebühren: € 330 (Akademienmitglieder € 297)

Block III: Fr., 17. – So., 18. Februar 2017 **14 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,
Dr. med. P. Groß, Darmstadt
Gebühren: € 210 (Akademienmitglieder € 189)
Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Ultraschall

Gefäße
Interdisziplinärer Grundkurs der Doppler-Duplex-Sonographie für die Gefäße

Do., 23. – Fr., 24. Februar 2017 (Theorie)
Sa., 25. Februar 2017 (Praktikum)
Gebühr: € 490 (Akademienmitglieder € 441)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
Frankfurt
Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen
Grundkurs
Sa., 14. und So., 22. Januar 2017 (Theorie)
+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 490 (Akademienmitglieder € 441)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Kurs und Modul: Elastographie
Sa., 03. Dezember 2016, 09:00 – 18:00 Uhr **9 P**
Gebühr: € 180 (Akademienmitglieder € 162)
Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum
Leitung: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Frankfurt

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

Psychosomatik

Interdisziplinäre Schmerztherapie und Psychosomatik
Sa., 04. März 2017 **7 P**
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider
Gebühr: € 90 (Akademienmitglieder kostenfrei)

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter
Do., 27. – Fr., 28. April 2017 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Opitz
Gebühr: € 340 (Akademienmitglieder € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
Blended Learning Veranstaltung in Kooperation mit der Labor-
arztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.
Fortbildung in fünf Modulen, Termine online unter
www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/Qualifikation_zur_fachgebundenen_genetischen_Beratung und auf Anfrage
Leitung: Dr. med. Dipl. Biol. E. - M. Schwaab,
Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche Fachgebiete:
Sa., 25. März 2017
Gebühr: je € 50 (Akademienmitglieder € 45)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika – Was gibt es Neues?
Sa., 18. Februar 2017
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Qualitätsmanagement

Ärztliches Peer Review Verfahren – Cholezystektomie 16 P
Blended-Learning-Veranstaltung

Präsenzphase: Mi., 07. – Do., 08. Dezember 2016

Beginn Telelernphase: Mo., 07. November 2016

Leitung: Prof. Dr. med. A. Zielke,
Dr. Dipl.-Psych. C. Kuch
Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie
Sa., 28. Januar 2017, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. I. Rüschhoff,
Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui
Gebühr: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung
der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 17. März 2017, 13:00 – 21:00 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Begutachtung

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Fr., 23.– Sa., 24. Juni 2017

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ia: **Fr., 10. – 11. März 2017** 11 P
Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ib: **Fr., 21. – Sa., 22. April 2017** 12 P
Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ic: **Fr., 12.– Sa., 13. Mai 2017** 16 P
Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Modul II: **Sa., 23. September 2017** 8 P
Gebühr: € 130 (Akademiestatistiker € 117)

Modul III Orthopädie/Unfallchirurgie, Psychiatrie/

Psychotherapie: **Fr., 03.– Sa., 04. November 2017**
Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Final- bzw.

Kausalitätsgutachten: je € 25 (Akademiestatistiker € 22,50)

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

**Hygiene und Umweltmedizin,
Öffentliches Gesundheitswesen**

Hygienebeauftragter Arzt

Mo., 27. Februar – Fr., 03. März 2017

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen
Teilnahmegebühr: € 740 (Akademiestatistiker € 666)

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

Kinder- und Jugendmedizin

In Kooperation mit dem Berufsverband der Kinder-
und Jugendärzte, Landesverband Hessen

**Untersuchen, zuhören, durchblicken, beraten -
ja was denn noch alles?**

Mi., 08. Februar 2017

Leitung: Dr. med. L. Müller, Offenbach
Gebühr: auf Anfrage

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



Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C	Sa., 04. Februar 2017	
Leitung:	Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg Herr Dr. med. Robert Gerst, Baden-Baden	
Kurs A	Fr., 05.– Sa., 06. Mai 2017	20 P
Leitung:	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt	
Kurs B	Fr., 22.– Sa., 23. September 2017	20 P
Leitung:	Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt	
Gebühren:	Kurs A und B je Kurs € 300 (Akademiestmitgl. € 270) Kurs C € 150 (Akademiestmitgl. € 135)	
Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenz- zentren gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.		
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., 25. Januar 2017

Leitung:	Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Prof. Dr. med. K. Mayer, Gießen Prof. Dr. med. T. Schmitz-Rixen, Frankfurt
Teilnahmegebühr:	€ 180 (Akademiestmitgl. € 162)
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Sozialmedizin

AK I: Mi., 01. – Fr., 10. Februar 2017
AK II: Fr., 19. – Fr., 28. April 2017

Gesamtleitung:	Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt
Gebühr:	je Kurs € 680 (Akademiestmitgl. € 612)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loefflers@laekh.de	

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 13. – Sa., 14. Januar 2017	
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 2: Fr., 10. – Sa., 11. Februar 2017	
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 3 /Wahlthema: Fr., 17. – Sa., 18. Februar 2017	
Ort:	Frankfurt, Bürgerhospital
Kursteil 4: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017	
Ort:	Friedrichsdorf, Salus Klinik
Leitung:	D. Paul, Frankfurt
Teilnahmegebühr:	€ 180 je Kursteil (Akademiestmitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de	

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 27. – So., 29. Januar 2017	G1 – G3
Fr., 31. – So., 02. April 2017	G4 – G6
Fr., 23. – So., 25. Juni 2017	G7 – G9
Fr., 15. – So., 15. September 2017	G10 – G12
Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017	G13– G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 27. – So., 28. Februar 2017	GP
Sa., 01. – So., 02. April 2017	GP
Sa., 24. – So., 25. Juni 2017	GP
Sa., 23. – So., 24. September 2017	GP
Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017	GP

Leitung:	H. Luxenburger, München
Gebühren:	auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loefflers@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.

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

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühr: € 630 (Akademiestudierende € 567)

Aufbaukurs Modul I: Di., 14. – Sa. 18. März 2017

Leitung: C. Riffel, Darmstadt

Aufbaukurs Modul II: Mo., 28. Aug. – Fr., 01. Sep. 2017

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Basiskurs: Di., 05. – Sa. 09. Dezember 2017

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühren: Aufbaukurs Modul I und II
je € 650 (Akademiestudierende € 585)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

Die ArbMedVV „Lärm“ ist in den Block B1 und die ArbMedVV
„Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen
und gesundheitlichen Belastungen“ in den Block B2 integriert.

C2: Präsenzphase: Sa., 03. – Fr., 09. Dezember 2016 60 P

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

Gebühr: € 550 (Akademiestudierende € 495)

A1: Beginn der Telelernphase: Sa., 17. Dezember 2017

A1: Präsenzphase: Sa., 21. – Fr., 27. Januar 2017

Gebühr: € 570 (Akademiestudierende € 513)

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

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 09. – Sa., 10. Juni 2017 16 P

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

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

Psychosomatische Grundversorgung**23. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen
der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es
handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind
die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-
Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechni-
ken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit
bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 13. – So., 15. Januar 2017 20 P

Fr., 17. – So., 19. Februar 2017 20 P

Fr. 19., – So., 21. Mai 2017 20 P

Fr., 18. – So., 20. August 2017 20 P

Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017 20 P

Fr. 17. – So., 19. November 2017 20 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle,

Gebühren je Block: € 350 (Akademiestudierende € 315)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block A: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017 20 P

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Block D: Fr., 12. – Sa., 13. Mai 2017 20 P

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Block C: Fr., 01. – Sa., 02. September 2017 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Block B: Fr., 03. – Sa., 04. November 2017 20 P

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, Klinikum

Teilnahmegebühr: € 260 (Akademiestudierende € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14. – Sa., 19. April 2017

insg. 63 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda
Gebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)
Gebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

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

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

Fr., 17. – Sa., 25. Februar 2017

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I : Di., 07. – Sa., 11. November 2017

Gebühr: €990 (Akademiemitgl. € 891)

Block II a : Do., 01. – Sa., 03. März 2018

Block II b : Mi., 13. – Sa., 16. Juni 2018

Block III a : Mi., 12. – Sa., 15. September 2018

Telelernphase: 16. September – 06. November 2018

Block III b : Mi., 07. – Sa., 10. November 2018

Gebühren: je Block, inkl. Telelernphase
 € 770 (Akademiemitgl. € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
 E-Mail: akademie@laekh.de





NäPA (Nichtärztliche/r Praxisassistent/in)

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. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Website (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage eine Information. Fragen bitte per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Azubi

Abrechnung: EBM (PVK 1)

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

Termin: Sa., 10.12.2016, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 15

Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)

Glucose- und Cholesterinmessungen mit Kapillarblut, BSG-Bestimmung, Urinuntersuchungen inkl. Keimzahlbestimmung, Screening-Test auf „Occultes Blut im Stuhl“, Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung, Blutdruckmessung und Pulsfrequenzmessung, Ruhe-EKG, BMI-Bestimmung.

Termin: Mo., 14.01.2017, 09:15–17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

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

Termin: Sa., 21.01.2017, 10:00–16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Der Kurs bietet den Teilnehmer/innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen. Die Termine sind vorrangig für Teilnehmer/innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2017 absolvieren.

Termin: Fr., 27.01.2017, 09:30–17:45 Uhr oder

Sa., 28.01.2017, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Information: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180, Louisa Groll, Fon: 06032 782-174

Aufbaufortbildungen Onkologie

Die nachfolgenden Aufbaumodule Onkologie werden angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien (Baustein 1)

Inhalte: Berufliche Entwicklung/Selbstreflexion und verändertes Rollenbild der MFA, medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in die Patienten- und Angehörigenedukation.

Termin: Do., 09.02.2017 bis Sa., 11.02.2017, (insg. 24 Std.)

Gebühr: € 280

Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortheraeutika (Baustein 2)

Inhalte: Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien; Arzneimittelversorgung; altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität; Recherchen; Patienten- und Angehörigenedukation

Termin: Do., 09.03.2017 bis Sa., 11.03.2017, (24 Std.)

Gebühr: € 280

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die 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. Tätigkeitsbeschreibung siehe im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: ab 19.01.2017

Gebühr Pflichtteil: € 1.560

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

**Schwerpunkt Patientenbetreuung/
Praxisorganisation****!!! NEU !!! Kommunikationstechniken****„Das dritte Ohr und Auge!“ (PÄD 1)**

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen. MFA nehmen viele Signale im Gespräch mit den Patienten auf, deren Informationsweiterleitung für den Arzt/die Ärztin wertvolle Hinweise sind. Ein Schwerpunkt der Fortbildung ist das Training von Kommunikationstechniken bei Gesprächen mit „unsicheren“ Eltern und jugendlichen Patienten.

Termin: Sa., 10.12.2016., 10:00–17:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

Strahlenschutzkurse**Strahlenschutz gemäß § 24 Abs. 2 Nr. 4 RöV (STR)**

Inhalte theoretischer Teil: Anatomie und Röntgenanatomie, Röntgenaufnahmetechnik, spezieller Strahlenschutz, Dokumentationspflichten, Rechtsvorschriften, Richtlinien und Empfehlungen.

Inhalte praktischer Teil: praktische Übungen zur Einstellung und Belichtung von Röntgenaufnahmen, praktische Übungen zur Qualitätssicherung, Demonstrationen.

Termin: ab Fr., 24.02.2017 (insgesamt 90 Std.)

Gebühr: € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

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

Der vorliegende 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., 03.03.2017, 08:30–16:00 Uhr und
Sa., 04.03.2017, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

Aktualisierungskurs nach § 18a Abs. 2 und 3 RöV (STR A 1)

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/innen und Interessierte mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA

Termin: Sa., 04.03.2017, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Palliativversorgung (120 Stunden)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung von Palliativpatienten wird in Modulform angeboten. Informationen zum Gesamtlehrgang, einzelnen Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website. Gerne senden wir Ihnen den Informationsflyer zu.

Beginn: ab Mi., 18.01.2017

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Carl-Oelemann-Weg 5

61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100

Fax: 06032 782-180

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen

61231 Bad Nauheim

Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtung und Anmeldung: Gästehaus der COS

Carl-Oelemann-Weg 26

61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140

Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Änderungen vorbehalten

**Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in
für ambulante medizinische Versorgung**

Teilprüfung	Anmeldeschluss
23.02.2017	02.02.2017
18.05.2017	27.04.2017
02.11.2017	12.10.2017
14.12.2017	23.11.2017
Abschlussprüfung	Anmeldeschluss
02.02.2017 – 04.02.2017	12.01.2017
08.06.2017 – 10.06.2017	18.05.2017
31.08.2017 – 02.09.2017	10.08.2017
14.12.2017 – 16.12.2017	23.11.2017

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums Kassel feiert Jubiläum

Im Rahmen des zehnjährigen Bestehens der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie feierte die Belegschaft des Klinikums Kassel mit vielen Gästen und interessanten Vorträgen. „Entwicklung und Perspektiven“ lautete der Titel des Symposiums.

Birgit Dilchert, Personalvorstand der Gesundheit Nordhessen Holding AG und der Klinikum Kassel GmbH, stellte die Entwicklung der Klinik vor. Sie hob die Verdienste des 2014 verstorbenen Chefarztes Dr. med. Johannes Kipp hervor, der maßgeblich zur Entstehung der Klinik in ihrer jetzigen Form beigetragen hatte.

Dr. med. Christina Kleiber, seit diesem Frühjahr Chefärztin der Klinik, verwies auf das engagierte und kompetente Team, das ihre Entscheidung zum Wechsel vom Universitätsklinikum Göttingen nach Kassel maßgeblich beeinflusst habe. Kleiber skizzierte ihre Zukunftspläne für ein im besten Sinne ganzheitliches Behandlungsangebot.

In zwei Vorträgen wurden wichtige Aspekte der psychosomatischen Arbeit thematisiert. Prof. Dr. Dipl. Psych. Timo



Team der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit Chefärztin Dr. med. Christina Kleiber (5. v. r.)

Storck, von der Psychologischen Hochschule Berlin und wissenschaftlicher Mitarbeiter der Medizinischen Universität Wien, referierte über Teamprozesse im Psychotherapie Klinik-Setting, während sich Prof. Dr. med. Christoph Herrmann-Lingen, Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie an der Uniklinik Göttingen, der Psychosomatik im Herzzentrum widmete.

Am Nachmittag konnten die Teilnehmer die zahlreichen Angebote der Klinik kennenlernen. In Workshops wurden Kunst- und Ergotherapie, Bewegungstherapie sowie progressive Muskelentspannung vorgestellt. Der Tag klang mit musikalischen Beiträgen von Klinikmitarbeitern aus.

Dr. Margret Kamm
Dr. med. Mathias Wiezoreck

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Christiane Appel, Heppenheim
* 20.05.1947 † 10.09.2016

Dr. med. Rolf Franz Bös, Hanau
* 09.12.1939 † 30.11.2014

Dr. med. Ingeborg Fischer-Defoy, Frankfurt
* 03.01.1922 † 23.12.2015

Dr. med. Rosemarie Fritzsche, Baunatal
* 20.03.1952 † 14.10.2016

Cristian Florin Ionasiu, Immenhausen
* 09.01.1978 † 13.08.2015

Med.Dir. i.R. Dr. med. Vera Killmann, Limburg
* 25.04.1929 † 14.10.2016

Prof. Dr. med. Janes Klemencic, Schwalbach
* 09.06.1934 † 10.09.2016

Rudolf Klug, Cölbe
* 21.02.1944 † 03.09.2016

Prof. Dr. med. Hans Knothe, Dreieich
* 10.04.1919 † 16.11.2015

Wenzel Meixner, Frankfurt
* 20.06.1959 † 23.09.2016

Prof. Dr. med. Eugen Musch, Herborn
* 02.05.1944 † 29.09.2016

Dr. med. Helga Schau, Linden
* 06.06.1923 † 23.08.2016

Dr. med. Helga Sommer, Wiesbaden
* 18.08.1926 † 13.10.2014

Dr. med. Gerd Straßmann, Kirchhain
* 26.03.1962 † 09.09.2016

Dr. med. Willi Zimmermann, Lauterbach
* 20.01.1922 † 27.11.2012

„Barfuß in Flipflops, mitten im Schneesturm, geduldig“

Ruth Böhrs Erfahrungen als Leitende Ärztin der Projektgruppe Flüchtlinge

Ruth Böhr ist Leitende Medizinaldirektorin am Regierungspräsidium Gießen und koordinierte die medizinische Untersuchung und Versorgung in der hessischen Erstaufnahme für Flüchtlinge in ganz Hessen. Für das Hessische Ärzteblatt hat sie ihre Erfahrungen in einem Bericht dargelegt.

Das Jahr 2015 wird für viele Menschen unvergessen bleiben. Unvergessen für diejenigen, die in Deutschland Zuflucht und Asyl gesucht haben. Unvergessen für diejenigen, die ihren Beitrag zur Aufnahme dieser Flüchtlinge und Asylsuchenden geleistet haben. Die hohe und täglich steigende Zahl von hilfesuchenden Menschen stellte uns vor große, zuvor nicht geahnte Herausforderungen.

In Gießen befindet sich die Hessische Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (HEAE). Die HEAE (in Verantwortung des Landes Hessen) ist zuständig für die vorläufige Unterbringung und Versorgung von Asylbewerbern und deren Zuweisung an hessische Städte und Gemeinden. Sie ist dem Regierungspräsidium (RP) Gießen zugeordnet. Nach dem Königsteiner Schlüssel werden 7,3 Prozent der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge dem Land Hessen zugewiesen.

Aufgrund der in 2015 täglich ansteigenden Flüchtlingszahlen, im Herbst bis zu 1.300 pro Tag, kamen vorübergehend mehr als 60 Liegenschaften hinzu.

Projektgruppe Flüchtlinge

Am 18. August 2015 wurde mir die Koordinierung der medizinischen Untersuchung und Versorgung aller in der HEAE befindlichen Flüchtlinge übertragen. Aus dieser vorübergehenden Funktionsübertragung entwickelte sich in den nächsten zwölf Monaten eine spannende und atemlose Zeit, in der neben meinem medizinisch-fachlichen Wissen vor allem Krisenmanagement gefragt war.

Nach Übernahme der neuen Aufgabe musste ich mich zunächst in die rechtli-

chen Grundlagen einlesen. Gleichzeitig wurde eine behördenübergreifende Projektgruppe Flüchtlinge beim RP Gießen eingerichtet, die aus einem Projektbüro sowie 13 „Projekt-Unter-Gruppen“ bestand. Als Leiterin der Projektgruppe 9 Medizin (Pro 9) begann mein Tag mit der Lagebesprechung, welche mindestens einmal täglich, auch am Wochenende, abgehalten wurde. Ziel war der schnelle Informationsaustausch aller Fachgebiete, die Festlegung der Tagesziele und die Möglichkeit der bilateralen Abstimmung.

Die Aufgabe von Pro 9 bestand in der Sicherstellung der ambulanten Versorgung und Erstuntersuchung der Flüchtlinge an

Die erste Priorität von Pro 9 war der Abbau des Rückstandes der nicht erstuntersuchten Flüchtlinge (Strategie 1), bei Übernahme im August betraf das 20.000 Menschen. Zweite Priorität hatte die dauerhafte Sicherstellung der Erst- und Röntgenuntersuchungen (Strategie 2).

Für die Umsetzung von Strategie 1 war unmittelbares, schnelles und dezentrales Handeln, basierend auf Kreativität, abweichend von dem gewohnten und routinemäßigen Vorgehen einer Behörde, gefragt. Strategie 2 war der Aufbau einer zentralen, stabilen Struktur, die auf Dauer in eine Behörde zu integrieren ist.

Die dezentrale Strategie 1 erforderte bei zwischenzeitlich über 60 Standorten ein



Flüchtlinge warten auf ihre Registrierung und Untersuchung nach ihrer Ankunft in Hessen

allen Standorten Diese beinhaltet eine körperliche Untersuchung, eine Röntgenuntersuchung für alle nicht schwangeren Flüchtlinge über 15 Jahre und das Angebot bzw. die Durchführung einer Impfung.

Gute Strategien erforderlich

Die Sicherstellung der ambulanten Versorgung erfolgte durch die Malteser, das DRK, die Johanniter und Honorarärzte, teils durch die unterstützenden Gesundheitsämter akquiriert und koordiniert. Auch mit den Regierungspräsidien Darmstadt und Kassel arbeiteten wir kollegial zusammen. Die Bundeswehr schickte zudem zehn Soldaten, die mir unterstellt wurden.

Abkoppeln der IT, so dass wir mit Papier, Stift und tausenden von Formblätterkopien arbeiteten. Die zentrale Strategie 2 benötigte ein festes Gebäude und die erforderliche medizinische Ausrüstung.

Insbesondere Strategie 1 war nur mit ausreichend Personal zu bewältigen. Die erhobenen Befunde und Impfdokumente mussten möglichst sofort wieder in die elektronische Datenbank eingescannt werden. Durch einen Aufruf im Internet meldeten sich innerhalb von zwölf Stunden über 40 Helfer. Nach nur drei Wochen bestand Pro 9 aus ca. 70 Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in den Büroräumen der Abteilung VI des RP Gießen untergebracht waren: freiwillige Abordnungen aus anderen Behörden, Honorarkräfte und

ehrenamtliche Helfer – eine bunte Mischung verschiedener Professionen fand sich zusammen, um zu helfen.

Durch vielfache Belegung der Büroräume und die Einteilung in zwei Schichten wurden alle vorhandenen Arbeitsplätze optimal genutzt. Der Sitzungssaal wurde zum Großraumbüro. Niemand beklagte, dass der Scanner ein Stockwerk tiefer stand, die unermüdlich läutenden Telefone die Drucker übertönten und lediglich auf dem Fußboden Platz zum Abstellen der Wasserflasche blieb. Trotz Enge, Geräuschkulisse und hoher Arbeitsbelastung war die Stimmung fröhlich und alle hoch motiviert, keiner fragte nach dem Ende des Arbeitstages. Wir waren ein Team mit Pioniergeist, zielorientiert, ohne Ansprüche. Die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit unserer Arbeit war uns bewusst. Unser Motto lautete: „Geht nicht, gibt's nicht. Wir kennen keine Probleme, nur Lösungen.“ Motivations- und Energieschübe brachte die Erfahrung einer kontinuierlichen Unterstützung und kooperativen Zusammenarbeit mit der Hessischen Landesregierung sowie die teils persönliche Anwesenheit von Staatsminister Stefan Grüttner bei unseren Einsätzen.

Große Hilfe der hessischen Ärzte

Das „Kernteam“ Pro 9, bestehend aus zehn Mitarbeitern, war verantwortlich für die Koordination und Logistik der Dokumentationskräfte und Flüchtlinge sowie für die Einsatzplanung der Ärzteschaft und deren Hilfspersonal. Über 1.000 Ärztinnen und Ärzte meldeten sich nach Aufrufen durch das Hessische Sozialministerium, die Landesärztekammer und die Kassenärztliche Vereinigung. Alle bekundeten ihre Bereitschaft zur Unterstützung. Aufgrund der großen Resonanz konnten wir leider nur verzögert und nicht auf jedes Angebot antworten, es wurden jedoch alle Kontaktdaten gespeichert. Auch wenn nicht jeder zum Einsatz kam – jedes Hilfsangebot gab uns die Sicherheit, dass wir auf kollegiale Kompetenz zurückgreifen können.

Der ärztliche Einsatz zur Erstuntersuchung erforderte eine präzise Abstimmung mit Registrierungsteams, Dolmetschern, Sicherheits- und Verpflegungspersonal. Der Transport zu den Röntgenpra-

xen und -kliniken muss detailliert geplant und mit den Busunternehmen terminiert werden. Aufgrund des hohen organisatorischen Aufwands konnten wir nur Hilfsangebote annehmen, die mit unserer Einsatzplanung harmonisierten. Über 3.000 ärztliche und (nicht) medizinische Helfer wurden so täglich durch Pro 9 koordiniert.

„Fly in Docs“ der Malteser

Entscheidend für den Abbau der Rückstände nicht erstuntersuchter Flüchtlinge war die Kooperation mit der Medical-Check-Einheit der Malteser. In einem Telefongespräch entstand spontan der Einfall, die mobile Ärztetruppe der Malteser in die Einsatzplanung von Pro 9 zu stellen – die Geburtsstunde der „Fly in Docs“! Nach Abruf, mit zweitägigem Vorlauf und Vorbereitung durch Pro 9, führten die „Fly in Docs“ vor Ort die Untersuchungen durch. Über Handy und Internet wurden die Ärzte aus einem Pool von 240 Medizinerinnen kurzfristig aktiviert und durch einen Pool von ca. 500 (nicht) medizinischen Hilfskräften unterstützt. Markenzeichen der Malteser „Fly in Docs“ waren die mobilen Behandlungszimmer, ein Kühlwagen zum Transport der Impfstoffe und detaillierte durchorganisierte Arbeitsabläufe, in welche pro Einsatz rund 50 Einsatzkräfte involviert waren. Die „Fly in Docs“ untersuchten bis zu 1.500 Flüchtlinge pro Tag.

Endlich: Permanente Räume im Ankunftscenter

Ende Dezember entspannte sich die Situation nach Aktivierung der medizinischen Untersuchungs- und Versorgungspassage (MUV), die mittlerweile in das bestehende Ankunftscenter für Flüchtlinge integriert wurde. Die Räume für unsere „zentrale Struktur“ in denen die Flüchtlinge direkt nach ihrer Ankunft in Hessen durch die Erstuntersuchung und Impfung geführt werden, fanden sich in der Rödgener Straße in Gießen. Endlich konnten wir auch die eigenen fünf Röntgencontainer in Betrieb nehmen – ein Durchbruch für unsere Koordination. Die leer stehenden Untersuchungszimmer wurden spärlich mit zusammengesuchten Möbeln eingerichtet, blaue Müllsäcke zum Sichtschutz an die Fenster geklebt. Die Kühlboxen für

Impfstoffe standen in den Zimmern und wurden aus dem Kühlsprinter gefüllt. Als Wartezonen dienten beheizte Container, Wellblechüberdachungen sollten die Flüchtlinge vor Regen und Schnee schützen. Perfekte Improvisation: Alles funktionierte, nichts fehlte.

Bis Ende Februar untersuchten, röntgten und impften wir täglich ca. 800 Flüchtlinge – und laufend trafen neue Patienten ein. Hunderte von ihnen warteten vor dem Untersuchungstrakt, gekleidet in Sommerjacken, barfuß in Flipflops, mitten im Schneesturm, geduldig. Die Familien ließen sich nicht trennen, nicht voneinander und nicht von ihrem Gepäck. Plastiktüten und Rucksäcke – alles, was die Menschen auf ihrer Flucht mitnehmen konnten und die Zimmerkapazität erschöpfte. Wir räumten große „Familienzimmer“ ein, lenkten die Menschenströme mit Konzertzäunen und Guides, die an den neuralgischen Stellen die Richtung anzeigten.

Fazit

Pro 9 und das externe Team der ärztlichen und nicht medizinischen Helfer haben über 100.000 Flüchtlinge versorgt und erstuntersucht. Insgesamt wurden über 300.000 Befunde und Dokumentationsbögen eingescannt. Unermesslich die Freude, als alle Befunde taggleich in die Datenbank eingeben waren. Pro 9 wurde in der 32. Kalenderwoche 2016 in die Strukturen der HEAE integriert. Ich habe meine Arbeit als Leitende Ärztin der Abteilung Soziales wieder aufgenommen und schaue auf das vergangene Jahr mit Stolz, Dankbarkeit und Demut zurück. Stolz auf unsere erfolgreiche Arbeit, Dankbar für das Teamerlebnis, demütig, weil uns die Fähigkeiten und Kompetenzen gegeben wurden, in dieser außergewöhnlichen Situation helfen zu können.

Ruth Böhr

Leitende Medizinal-
direktorin
Sozialmedizin
Abteilung Soziales,
Regierungspräsidium
Gießen
E-Mail: ruth.boehr@
rpgi.hessen.de



Lehrmeinungen müssen kritisch hinterfragt werden

In den vergangenen 40 Jahren ließ sich immer wieder beobachten, dass feste offizielle Lehrmeinungen erstaunlicherweise bald verschwunden sind. So wie das Wissen in der Medizin zunimmt, entwickeln sich Therapieformen und Medikamente und ändern sich. Es überrascht aber immer wieder, wie unumstößlich die derzeitigen Therapien von Meinungsführern dargestellt werden. Oft völlig unerwartet – jedenfalls für den, der fern vom universitären Betrieb lebt – ist plötzlich eine nicht selten gegenteilige Auffassung nun unumstößlich.

Die Gesundheitsbürokratie hat daran durchaus einen Anteil, denn hier wird definiert, was augenblicklich die „richtige“, das heißt die von den Kassen erstattete Therapie ist. Die Zulassung von neuen Medikamenten ist ein teurer und teilweise langer Prozess, bevor sie zur offiziellen Therapie zugelassen werden können.

Lassen Sie uns einige Beispiele ansehen: Bis Ende der 1970er-/Anfang der 1980er-Jahre war es ein absolutes Muss, jedem Herzpatienten, insbesondere herzinsuffizienten Patienten, ein Digitalis-Präparat zu geben. Wer dies unterließ, beging gewissermaßen einen Kunstfehler. Kritische Studien, die das Nachlassen der inotropen Wirkung in längeren Behandlungsperioden sowie die arrhythmogene Wirkung der Substanzen führten dazu, dass innerhalb relativ kurzer Zeit die Indikation Herzinsuffizienz praktisch verschwand. Im Gegensatz hierzu galten Beta-Blocker bei Herzinsuffizienz kontraindiziert. Nachdem sich zeigte, dass die negative Auswirkung der endogenen Katecholamine in dieser Situation einen wesentlich Anteil an dem schlechten Zustand des Herzens hat, gehören sie heute zu dem Arsenal der indizierten Medikamente.

Als Medikation für Herzinsuffizienz gelten heute auch ACE-Hemmer und AT2-Blocker. Als sie auftauchten, wurde lange gegen diese damals neuen Substanzen argumentiert. Nachdem mehrere „Generationen“ der Substanzentwicklung durchlaufen waren, sie preislich deutlich günstiger waren und man die alleinige Indikation Hypertonie verließ, sind sie nun etablierter Bestandteil der offiziellen Therapie.

Gibt es aktuell ähnliche derartige Beispiele? Man kann die Einordnung der Sulfonylharnstoffe als erste Wahl eines Therapeutikums in bestimmten Stadien der Therapie einer Diabetes Mellitus Typ 2, wie es von Leitlinien zum Teil noch vorgeschlagen wird, als ein solches Beispiel ansehen. Es gibt reichlich Literatur, die nahelegt, dass diese Substanzen nicht ungefährlich sind, auch im Vergleich mit anderen moderneren Antidiabetika, aber es wird an ihnen festgehalten.

Beispiel: Therapie der Hyperlipidämie

Interessant ist es auch, auf die Therapie der Hyperlipidämie, einem der prominent diskutierten Risiko-Faktoren der koronaren Herzerkrankung, zu blicken. Jahrzehnte lang haben die medizinischen Autoritäten empfohlen, durch fettarme und Cholesterin arme Kost hier einen positiven Einfluss zu erzeugen. Unzählbar vielen Menschen wurde das Leben durch diese Empfehlung schwer gemacht. Heute müssen wir erkennen, dass man sich erheblich geirrt hat. Eine entsprechende Kost hat nur einen verschwindend geringen Einfluss auf die Höhe der Blut-Cholesterin- und auch LDL-Cholesterin-Konzentrationen. Wenn hohe Cholesterin-Werte im Blut vorliegen, dann muss man durch eine Lipid-senkende medikamentöse Therapie natürlich versuchen, das Risiko für eine koronare Herzerkrankung (KHK) und ihre Folgen zu reduzieren. Überhaupt kann man gespannt sein, wann endlich etwas Wirkungsvolleres als allein die Lipid-Therapie als Lehrmeinung erscheint.

In einem wunderbaren Artikel im Deutschen Ärzteblatt („Warum wir die KHK nicht verstehen“, DÄ 113, 2016, S. 254 ff.) haben ja die Pathologie-Professoren Axel Haverich und Hans H. Kreipe aus Hannover auf die Problematik hingewiesen, dass man sich bis heute nicht auf eine Vorstellung von der Entstehung der Arteriosklerose geeinigt hat. Hier fällt beispielsweise der Satz eines bedeutenden Kardiologen aus Hannover, Prof. Dr. med. Helmut Drexler (er ist 2009 verstorbenen), ins Auge: „Die Grippe-Impfung ist die beste

Prophylaxe gegen einen Myocard-Infarkt.“ Aha, es gibt also andere nennenswerte Mechanismen der Pathogenese der KHK als die Rolle des LDL-Cholesterins.

Ein weiteres Beispiel mag die diätetische Empfehlung zur Reduktion der Adipositas sein. In jüngerer Zeit kann man die Feststellung in der Fachliteratur lesen, dass die Theorie „viel Fett (in der Nahrung) macht fett und krank“ falsch sei. Inzwischen hat jedoch bereits ein US-amerikanisches Gremium (DGAC, Dietary Guidelines Advisory Committee des amerikanischen Landwirtschafts- und Gesundheitsministeriums) offiziell diese Theorie als unrichtig bewertet.

Wann werden wir dies von unserem Fachleuten mitgeteilt bekommen? Wann hören wir: „Nein, wir haben uns geirrt?“

Deshalb ist ein gewisses Maß an Skepsis angebracht gegenüber überzeugten Vertretern einer augenblicklichen Lehrmeinung, selbst wenn diese durch Leitlinien und Ähnliches gedeckt ist.

Oft müssen sich praktisch tätige Ärztinnen und Ärzte nach den Vorgaben der Meinungsträger richten. Bleiben wir auch da kritisch! Ja, wir müssen leitliniengemäß handeln, wie vorgegeben. Es bleibt uns nichts anderes übrig, da wir ja nicht alle Gebiete der Medizin in ihrer universitären Forschung verfolgen können. Aber achten wir aktiv auf andere Meinungen, die möglicherweise später die neue Lehrmeinung werden – dann hoffentlich dichter an der medizinisch richtigen Diagnose und Therapie.

Dr. med. Jürgen Reuter
Linsengericht

Prof. Dr. med.
Hermann von Lilienfeld-Toal
Gelnhausen
E-Mail: hvltn@gmail.com

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

„Missverständlich“

Zum Artikel „Entscheidung über Leben und Tod – Mehr Sicherheit im Umgang mit der Patientenverfügung“ im Hessischen Ärzteblatt 10/2016, Seite 597 von RA Rosemarie Sailer, LL.M.

Im letzten Absatz ihres Artikels geht die Rechtsanwältin auf die Auswirkungen des BGH-Beschlusses auf Vorsorgevollmachten ein. Die Aussage, eine Vorsorgevollmacht müsse „inhaltlich ebenso bestimmt sein wie eine Patientenverfügung“ ist falsch oder zumindest missverständlich. Dies würde ja bedeuten, dass auch in der Vorsorgevollmacht konkrete Situationen und Maßnahmen benannt werden müssten. Dem ist nicht so. (...)

Dr. med. Harald Braun (M.Sc., MBA)

FA Allgemeinmedizin/Palliativmedizin/
Psychotherapie,
Ethikberater im Gesundheitswesen AEM

Anmerkung der Redaktion

Da der Fokus des Beitrags von Rechtsanwältin Rosemarie Sailer auf der Patientenverfügung lag, wurde die Vorsorgevollmacht darin nur zur Abgrenzung angesprochen und nicht ausführlich erörtert. In einem gesonderten, in der Ausgabe 01/2017 des Hessischen Ärzteblattes erscheinenden Artikel zur Vorsorgevollmacht wird die Autorin die formellen Unterschiede zur Patientenverfügung erläutern.

(red)

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Gießen



Bayerischer Fortbildungskongress

2./3. Dezember 2016

- » Seminare
- » Workshops
- » Öffentliche Veranstaltungen

Meistersingerhalle,
Münchener Straße 21,
90478 Nürnberg

Weitere Infos und Anmeldung unter www.bfk-blaek.de

Aufgrund § 5 Absatz 6 Buchstabe „t“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 360), i.V.m. § 6 Absatz 1 der Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen vom 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 53–54), zuletzt geändert am 10. September 2014 (HÄBL 10/2014, S. 601) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 14. September 2016 folgendes beschlossen:

Jahresbeitrag für die Mitglieder der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Regelungen zur Erhebung des Jahresbeitrages für die Mitglieder der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, zuletzt geändert durch Beschluss der Delegiertenversammlung vom 27. November 2010 werden wie folgt neu gefasst:

1. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt 100,00 €.
2. Ärztinnen/Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrages = 50,00 €.
3. Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer kostenfrei.

4. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr mit den zum jeweiligen Stichtag der Fälligkeit des Akademie-Mitgliedschaftsbeitrags erfassten Bedingungen.

5. Für Mitglieder der Akademie ist die Teilnahme an besonders gekennzeichneten Veranstaltungen, die im Rahmen der Jahresplanung vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen zu genehmigen sind, kostenfrei.

Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmegebühren für Akademieveranstaltungen.

II.

In-Kraft-Treten

Die Änderungen treten am 1. Januar 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 14. September 2016 beschlossene Neuregelung des Jahresbeitrages für die Mitglieder der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 21. September 2016

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

Medikationsplan: Patientenflyer der KBV unterstützt Ärztinnen und Ärzte

Um Ärzte bei der Information ihrer Patienten zum Medikationsplan zu unterstützen, stellt die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Broschüre bereit. Diese können Ärzte ihren Patienten aushändigen. Auch eine gekürzte Version ist unter www.kbv.de eingestellt. Bestellungen per E-Mail an: versand@kbv.de.



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060036666 ausgestellt am 06.01.2015 für Carolin Austermann-Grofer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060038600 ausgestellt am 27.05.2015 für Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Knut Baczeko, Kassel

Arztausweis-Nr. 060021356 ausgestellt am 01.07.2011 für Rouven Biewer, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060026281 ausgestellt am 19.06.2012 für PD Dr. med. Angelika Daser, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060032741 ausgestellt am 27.02.2014 für Dr. med. Armin Flinspach, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060036207 ausgestellt am 21.11.2014 für Dr. med. Akan Gül, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060030189 ausgestellt am 12.06.2013 für Dr. med. Mark Kaplan, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060044223 ausgestellt am 02.08.2016 für Jonas Kuropka, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060023467 ausgestellt am 02.01.2012 für Dr. med. Stefan Ott, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060041093 ausgestellt am 18.12.2015 für Liliana Rindle, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060032619 ausgestellt am 19.02.2014 für Dr. med. Robert Sayre, Bensheim

Arztausweis-Nr. 060044350 ausgestellt am 11.08.2016 für Dr. med. Kirsten Schlee-Böckh, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060044820 ausgestellt am 21.09.2016 für Dr. med. Anette Stirn, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060028077 ausgestellt am 03.12.2012 für Dr. med. Benjamin Würzer, Wetzlar

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Goldenes Doktorjubiläum

04.01: Dr. med. Peter Hartwich, Frankfurt

06.01: Dr. med. Armin Sartory, Hanau

06.01: Dr. med. Jutta Junck, Kassel

10.01: Dr. med. Werner Schmidt, Zierenberg

13.01: Prof. Dr. med. Hans-Dieter Nöske Biebertal

17.01: PD Dr. med. Johann Friedrich Desaga, Lindenfels

23.01: Dr. med. Uta Amelung, Königstein

23.01: Dr. med. Hermann Feig, Weilburg

26.01: Dr. med. Horst Hardt, Aßlar

30.01: Dr. med. Christa Schade, Wiesbaden

Neue Rubrik:

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Genderneutrale Sprache

Wegen der Lesbarkeit wird im HÄBL manchmal nur die männliche Form gewählt. Dies bezieht sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)

Jahresabschluss der Landesärztekammer

Bilanz zum 31. Dezember 2015,
Landesärztekammer Hessen, Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt am Main

AKTIVA	EUR		Vorjahr
			TEUR
A. ANLAGEVERMÖGEN			
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			
1. Software	292.614,76		317
2. Anzahlungen auf Software	<u>111.961,20</u>		0
	404.575,96		317
II. Sachanlagen			
1. Grundstücke und Bauten	11.835.847,31		12.395
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	<u>823.901,20</u>		847
	12.659.748,51		13.242
III. Finanzanlagen			
1. Beteiligungen	4.579,74		5
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	<u>17.757.195,89</u>		16.711
	17.761.775,63		16.716
	30.826.100,10		30.275
B. UMLAUFVERMÖGEN			
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			
1. Forderungen			
a) Forderungen aus Kammerbeiträgen	3.463.869,68		1.423
b) Sonstige Forderungen	574.030,88		525
2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	25.600,00		26
3. Sonstige Vermögensgegenstände	<u>214.235,73</u>		383
	4.277.736,29		2.357
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten	<u>10.974.035,05</u>		12.804
davon täglich fällig:		15.251.771,34	15.161
EUR 3.664.752,35 (Vj. TEUR 3.503)			
davon mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr:			
EUR 7.300.000,00 (Vj. TEUR 9.300)			
C. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		94.792,03	89
		<u>46.172.663,47</u>	<u>45.525</u>
Treuhandvermögen		605.520,85	630

Anhang 2015

I. Allgemeines

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2015 ist nach den Vorschriften der Haushalts- und Kassenordnung der Landesärztekammer Hessen aufgestellt. Die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung

orientiert sich am Haushaltsplan der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die Bilanzierung erfolgt grundsätzlich unter Anwendung der Rechnungslegungsvorschriften des HGB.

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zu-

Hessen zum 31. Dezember 2015

		PASSIVA	
		Vorjahr	
		TEUR	
		EUR	
A. EIGENKAPITAL			
Rücklagen			
1. Betriebsmittelrücklage	16.389.936,63		16.181
2. Instandhaltungsrücklage	3.500.000,00		3.500
3. Rücklage Deutscher Ärztetag	0,00		302
		19.889.936,63	19.983
B. SONDERPOSTEN FÜR ERHALTENE INVESTITIONSZUSCHÜSSE		3.101.539,31	3.271
C. RÜCKSTELLUNGEN			
1. Rückstellung für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	19.973.273,00		19.259
2. Steuerrückstellungen	37.400,00		0
3. Sonstige Rückstellungen	1.720.852,36		1.728
		21.731.525,36	20.987
D. VERBINDLICHKEITEN			
1. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträgen	99.319,02		65
2. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	619.509,92		598
3. Verbindlichkeiten aus Fördermitteln	0,00		0
4. Sonstige Verbindlichkeiten	729.533,25		619
davon Verbindlichkeiten aus Steuern:		1.448.362,19	1.282
EUR 141.954,15 (Vj. TEUR 139)			
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit:			
EUR 4.944,86 (Vj. TEUR 0)			
E. RECHNUNGSABGRENZUNGSPOSTEN		1.299,98	2
		46.172.663,47	45.525
Treuhandverbindlichkeiten		605.520,85	630

gänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 30 Jahre bei Gebäuden und Außenanlagen und 3 bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagege-

genstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von T€ 1 werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang zum Ende des Geschäftsjahres wird unterstellt.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Der Sonderposten wird entsprechend der Abschrei-

bungsdauer der bezuschussten Vermögensgegenstände des Anlagevermögens ertragswirksam aufgelöst.

Die Beteiligungen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Wertpapiere des Anlagevermögens sind mit ihren Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt. Das Wertpapierver-

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Posten des Anlagevermögens	1.1.2015 EUR	Anschaffungs- / Herstellungskosten		31.12.2015 EUR	1.1.2015 EUR
		Zugänge EUR	Abgänge EUR		
I. Immaterielle Vermögensgegenstände					
1. Software	1.857.291,60	101.646,13	0,00	1.958.937,73	1.540.008,93
2. Anzahlungen auf Software	0,00	111.961,20	0,00	111.961,20	0,00
	<u>1.857.291,60</u>	<u>213.607,33</u>	<u>0,00</u>	<u>2.070.898,93</u>	<u>1.540.008,93</u>
II. Sachanlagen					
1. Grundstücke und Bauten	19.756.583,99	0,00	0,00	19.756.583,99	7.361.325,38
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	5.002.035,28	258.971,86	140.992,00	5.120.015,14	4.155.196,40
	<u>24.758.619,27</u>	<u>258.971,86</u>	<u>140.992,00</u>	<u>24.876.599,13</u>	<u>11.516.521,78</u>
III. Finanzanlagen					
1. Beteiligungen	4.579,74	0,00	0,00	4.579,74	0,00
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	17.034.909,37	6.285.077,82	4.854.361,83	18.465.625,36	323.544,74
	<u>17.039.489,11</u>	<u>6.285.077,82</u>	<u>4.854.361,83</u>	<u>18.470.205,10</u>	<u>323.544,74</u>
	<u>43.655.399,98</u>	<u>6.757.657,01</u>	<u>4.995.353,83</u>	<u>45.417.703,16</u>	<u>13.380.075,45</u>

mögen dient im Wesentlichen zur Finanzierung der Pensionsverpflichtungen. Zum 31. Dezember 2015 beträgt der Anteil des Wertpapiervermögens zur anteiligen Finanzierung der Pensionsverpflichtungen für die Mitarbeiter des Krebsregisters T€ 539.

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Forderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (noch nicht abgeschlossene Beitragsfälle) wurden mit dem durchschnittlichen aus den fertiggestellten Bescheiden resultierenden Kammerbeitrag abzüglich eines Sicherheitsabschlags angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrunde liegenden Verträge ermittelt.

Aus der zweckgebundenen Rücklage für den Deutschen Ärztetag 2015 wurden die tatsächlich angefallenen Aufwendungen in Höhe von T€ 224 entnommen. In Höhe der nicht verbrauchten Mittel von T€ 77 wurde die Rücklage aufgelöst.

Die Rückstellungen wurden grundsätzlich nach den Regelungen des HGB nach vernünftiger kaufmännischer Beurteilung gebildet und mit dem notwendigen Erfüllungsbetrag angesetzt.

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem steuerlichen Teilwert unter Verwendung der Richttafeln 2005G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Wie in den Vorjahren wurde ein Zinssatz in Höhe von 4,00 % zur Abzinsung verwendet, der vom Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (4,31 % zum 31. Dezember 2015 auf der Basis eines Zehn-Jahresdurchschnitts) abweicht. Außerdem wurde eine Rentendynamik von 1,00 % p. a. für alle Anwärter und Rentner ab dem 1. Januar 2003 sowie von 2 % p. a. für alle Rentner nach altem Versorgungsregelwerk berücksichtigt. Für die Anwartschaftsdynamik wurden ebenfalls 2 % p. a. angesetzt.

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf dem Pauschalwertverfahren gemäß BMF-Schreiben vom 29. Oktober 1993. Die gebildeten Jubiläumsrückstellungen sind mit ihrem Barwert und einer angenommenen jährlichen Kostensteige-

rung von 2 % angesetzt. Auch bei dieser Rückstellung wurde wie im Vorjahr ein Zinssatz in Höhe von 4,00 % zur Abzinsung verwendet, der vom Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (4,31 % zum 31. Dezember 2015 auf der Basis eines Zehn-Jahresdurchschnitts) abweicht.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag bilanziert.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagepiegel ersichtlich.

Es besteht eine Beteiligung in Höhe von 11,1 % an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover. Der Jahresabschluss der Gesellschaft zum 31. Dezember 2015 lag zum Zeitpunkt der Aufstellung unserer Jahresrechnung noch nicht vor.

Des Weiteren werden unter den Finanzanlagen zwei Geschäftsanteile an der Deut-

Kumulierte Abschreibungen			Buchwerte		
Zugänge EUR	Zuschreibung EUR	Abgänge EUR	31.12.2015 EUR	31.12.2015 EUR	31.12.2014 EUR
126.314,04	0,00	0,00	1.666.322,97	292.614,76	317.282,67
<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>111.961,20</u>	<u>0,00</u>
<u>126.314,04</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>1.666.322,97</u>	<u>404.575,96</u>	<u>317.282,67</u>
559.411,30	0,00	0,00	7.920.736,68	11.835.847,31	12.395.258,61
<u>281.472,22</u>	<u>0,00</u>	<u>140.554,68</u>	<u>4.296.113,94</u>	<u>823.901,20</u>	<u>846.838,88</u>
<u>840.883,52</u>	<u>0,00</u>	<u>140.554,68</u>	<u>12.216.850,62</u>	<u>12.659.748,51</u>	<u>13.242.097,49</u>
0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
<u>419.444,77</u>	<u>957,00</u>	<u>33.603,04</u>	<u>708.429,47</u>	<u>17.757.195,89</u>	<u>16.711.364,63</u>
<u>419.444,77</u>	<u>957,00</u>	<u>33.603,04</u>	<u>708.429,47</u>	<u>17.761.775,63</u>	<u>16.715.944,37</u>
<u>1.386.642,33</u>	<u>957,00</u>	<u>174.157,72</u>	<u>14.591.603,06</u>	<u>30.826.100,10</u>	<u>30.275.324,53</u>

schen Apotheker- und Ärztebank in Höhe von T€ 3 ausgewiesen, deren Haftsumme T€ 3 beträgt.

Auf die Wertpapiere des Anlagevermögens wurden aufgrund gesunkener Stichtagskurse gemäß § 253 Abs. 3 Satz 3 HGB Abschreibungen von T€ 419 vorgenommen. Die gebuchten Wertaufholungen gemäß § 253 Abs. 5 HGB betragen T€ 1. Zum Bilanzstichtag sind in den Wertpapieren stille Reserven von T€ 1.130 enthalten.

Die Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht, betreffen die Beteiligung an der Versicherungsvermittlungsgesellschaft für ärztliche Gruppenversicherungsverträge mit beschränkter Haftung, Hannover.

Die sonstigen Vermögensgegenstände enthalten u. a. Zinsabgrenzungen in Höhe von T€ 116.

Gemäß § 3 Abs. 5 der Haushalts- und Kas senordnung der Landesärztekammer Hes sen soll eine allgemeine Rücklage gebildet werden, in der mindestens so viel Mittel anzusammeln sind, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Mona te gedeckt wird.

Die sonstigen Rückstellungen in Höhe von T€ 1.721 betreffen im Wesentlichen mit T€ 823 Jubiläumsrückstellungen, T€ 315

Rückstellungen für Archivierung, T€ 219 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, T€ 170 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten sowie sonstige Personalrückstellungen.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig. Für diese Verbindlichkeiten wurden keine Sicherheiten gestellt.

Die sonstigen Verbindlichkeiten betreffen u. a. eine Verbindlichkeit gegen das Land Hessen aus der Abrechnung der Vertrauensstelle Krebsregister in Höhe von T€ 566 und T€ 142 Verbindlichkeiten aus Lohn- und Kirchensteuer.

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen für das Jahr 2015 T€ 972 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2021. Darin enthalten ist eine finanzielle Verpflichtung aus einem Mietvertrag für die Zeit vom 1. Juli 2004 bis zum 30. Juni 2019 von T€ 613 p. a.

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen hat am 21. November 2015 beschlossen, die Möglich-

keiten einer über das Jahr 2019 hinausgehenden langfristigen Nutzung der gemieteten Immobilie des Hauptsitzes der Landesärztekammer Hessen durch geeignete Um- und Erweiterungsbaumaßnahmen des Vermieters sowie adäquate Vergrößerung der Mietfläche zu prüfen. Ziel soll der Abschluss eines entsprechenden Mietvertrages und Beginn der Baumaßnahmen vor Ablauf des aktuellen Vertrags sein.

Die Kammerbeiträge (Erlöse) betreffen mit T€ 1.467 Vorjahre (Vorjahr: T€ 608). Die periodenfremden Erträge betreffen u. a. eine Entschädigungszahlung des Projektsteuerers Bauwert im Zusammenhang mit der Rückzahlung von Fördermitteln aus dem Bauprojekt Internat Carl-Oele mann-Schule in Höhe von T€ 151.

IV. Sonstige Angaben

Im Jahr 2015 betrugen die Kosten für die Prüfung des Jahresabschlusses inkl. Auslagen und Umsatzsteuer T€ 41.

Während des Geschäftsjahres 2015 waren einschließlich der Mitglieder der Geschäftsführung durchschnittlich 222 Arbeitnehmer bei der Körperschaft beschäftigt.

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2015, mit Gegenüberstellung zum Haushaltsvoranschlag 2015

AUFWENDUNGEN

	Haushalts- voranschlag 2015 EUR	Ist 2015 EUR	-Titelunter- schreitung +Titelüber- schreitung EUR
I. Personalaufwendungen			
1. Löhne und Gehälter	9.330.800,00	8.776.135,85	-554.664,15
2. Aushilfen	135.000,00	87.094,78	-47.905,22
3. Gesetzlicher sozialer Aufwand	1.705.400,00	1.647.166,13	-58.233,87
4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung	998.400,00	1.449.707,50	+451.307,50
5. Berufsgenossenschaft	98.300,00	132.718,42	+34.418,42
6. Leihpersonal	10.000,00	29.688,86	+19.688,86
7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückstellung	148.500,00	290.939,14	+142.439,14
	<u>12.426.400,00</u>	<u>12.413.450,68</u>	<u>-12.949,32</u>
II. Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit			
1. Aufwandsentschädigung Gremien	1.223.500,00	1.183.819,50	-39.680,50
2. Freie Mitarbeit, Honorare, Vergütungen	<u>2.131.200,00</u>	<u>2.264.316,97</u>	<u>+133.116,97</u>
	<u>3.354.700,00</u>	<u>3.448.136,47</u>	<u>+93.436,47</u>
III. Abschreibungen	<u>1.287.900,00</u>	<u>967.197,56</u>	<u>-320.702,44</u>
IV. Sonstige Aufwendungen			
1. Raumkosten	2.135.000,00	1.717.472,65	-417.527,35
2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten	1.123.400,00	1.156.025,28	+32.625,28
3. EDV- und Kommunikationskosten	968.700,00	815.263,18	-153.436,82
4. Büro- und Verwaltungskosten	369.000,00	345.895,83	-23.104,17
5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen	1.482.600,00	1.416.507,33	-66.092,67
6. Übrige betriebliche Kosten	<u>1.583.500,00</u>	<u>1.239.144,58</u>	<u>-344.355,42</u>
	<u>7.662.200,00</u>	<u>6.690.308,85</u>	<u>-971.891,15</u>
V. Neutraler Aufwand	<u>0,00</u>	<u>131.427,21</u>	<u>+131.427,21</u>
VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	<u>0,00</u>	<u>526.329,30</u>	<u>+526.329,30</u>
VII. Steuern vom Einkommen und Ertrag	<u>0,00</u>	<u>422,54</u>	<u>+422,54</u>
Summe der Aufwendungen	<u>24.731.200,00</u>	<u>24.177.272,61</u>	<u>-553.927,39</u>
VIII. Rücklagen			
Zuweisung Betriebsmittelrücklage	0,00	208.507,76	+208.507,76
Zuweisung Projektrücklagen	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>	<u>0,00</u>
	<u>0,00</u>	<u>208.507,76</u>	<u>+208.507,76</u>
	<u>24.731.200,00</u>	<u>24.385.780,37</u>	<u>-345.419,63</u>

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2015 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

Legislaturperiode September 2013 – 2018

- Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach – Präsident – Arzt im Ruhestand
- Monika Buchalik – Vizepräsidentin – niedergelassene Ärztin
- Michael Andor – Beisitzer – niedergelassener Arzt

- Dr. med. Lars Bodammer – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Wolf Andreas Fach – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer – Arzt im Ruhestand
- Dr. med. Susanne Johna – Beisitzerin – angestellte Ärztin
- Michael Thomas Knoll – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Edgar Pinkowski – Beisitzer – niedergelassener Arzt

- Dr. med. H. Christian Piper – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer – angestellter Arzt

Für ihre Tätigkeit im Rechnungsjahr 2015 erhielten der Präsident und der Vizepräsident bzw. die Vizepräsidentin Aufwandsentschädigungen in Höhe von insgesamt T€ 139. Die Mitglieder des Präsidiums erhielten insgesamt Aufwandsentschädigungen in Höhe von T€ 215.

ERTRÄGE

	Haushalts- voranschlag 2015 EUR	Ist 2015 EUR	-Titelunter- schreitung +Titelüber- schreitung EUR
I. <u>Kammerbeiträge</u>	15.401.900,00	14.848.995,23	-552.904,77
II. <u>Übrige Erträge</u>			
1. Fort- und Weiterbildung	2.200.500,00	2.558.269,94	+357.769,94
2. Überbetriebliche Ausbildung	1.171.500,00	1.198.662,50	+27.162,50
3. Gutachterliche Tätigkeiten	1.150.000,00	1.329.607,36	+179.607,36
4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen	482.500,00	464.963,00	-17.537,00
5. Sonstige Gebühren und Geldbußen	90.700,00	131.096,80	+40.396,80
6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus	232.000,00	266.819,77	+34.819,77
7. Kostenerstattungen	1.656.100,00	1.304.624,64	-351.475,36
8. Mitgliedsbeiträge Akademie	475.000,00	476.700,00	+1.700,00
9. Mieterträge	250.000,00	118.800,00	-131.200,00
10. Sonstige Erträge	30.800,00	147.577,14	+116.777,14
	7.739.100,00	7.997.121,15	+258.021,15
III. <u>Neutraler Ertrag</u>	720.000,00	505.808,95	-214.191,05
IV. <u>Zinsen und ähnliche Erträge</u>	420.000,00	732.072,58	+312.072,58
 <u>Summe der Erträge</u>	 24.281.000,00	 24.083.997,91	 -197.002,09
Jahresfehlbetrag (nachrichtlich)	-450.200,00	-93.274,70	-356.925,30
V. <u>Rücklagen</u>			
Entnahme aus der Betriebsmittellrücklage			
zur Finanzierung Jahresfehlbetrag	450.200,00	0,00	-450.200,00
zur Bildung von Projektrücklagen	0,00	0,00	0,00
	450.200,00	0,00	-450.200,00
 Entnahme aus Projektrücklagen			
DÄT	0,00	301.782,46	+301.782,46
Broßstr.	0,00	0,00	0,00
	0,00	301.782,46	+301.782,46
	 24.731.200,00	 24.385.780,37	 -345.419,63

Für den Präsidenten und den Vizepräsidenten bzw. die Vizepräsidentin wurden Rückstellungen für Übergangsgelder gebildet. Sie belaufen sich zum 31. Dezember 2015 auf T€ 78. Der Jahresabschluss wurde unter dem Aspekt der Gewinnverwendung, in Anlehnung an den Vorschlag des Präsidiums, aufgestellt. Aus der Rücklage Deutscher Ärztetag 2015 war eine Entnahme von T€ 224 zu erfassen. In Höhe von T€ 77 erfolgt eine Auflösung, da Mittel in dieser Höhe nicht

für die Finanzierung der Aufwendungen des Deutschen Ärztetages benötigt wurden. Der Jahresfehlbetrag 2015 beträgt T€ 93. Der nach Rücklagenentnahme entstehende Überschuss wurde – vorbehaltlich der Zustimmung durch die Delegiertenversammlung – in Höhe von T€ 209 der allgemeinen Rücklage zugeführt.

Frankfurt am Main, 21. April 2016

Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach
Monika Buchalik
Michael Andor
Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Dr. med. Jürgen Glatzel
Dr. med. Susanne Johna
Michael Thomas Knoll
Dr. med. Edgar Pinkowski
Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Peter Zürner

Lagebericht 2015

I. Allgemeine Informationen

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Art. 4G zur Änderung des BerufsqualifikationsfeststellungsG sowie weiterer Vorschriften des Berufsrechts vom 5. Februar 2016 (GVBl. S. 30), eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 6. Mai 2015, sind Organe der Kammer

- die Delegiertenversammlung sowie
- das Präsidium.

Der Sitz der Verwaltung befindet sich in Frankfurt am Main, Im Vogelsgesang 3.

In Bad Nauheim befindet sich das Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Im „Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule“ werden die Teilnehmer der Überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekam-

mer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 5. Februar 2016, sieht in § 5a die sogenannte Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

II. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

1. Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt (siehe Tabelle):

Das Beitragsaufkommen des laufenden Veranlagungsjahres lag mit T€ 13.382 über dem Vergleichswert des Vorjahres (T€ 12.116). Aufgrund von nachträglichen Veranlagungen der Beiträge rückständiger

Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 1.467 (Vorjahr T€ 608) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 29. November 2014 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsvoranschlag 2015 umfasst – neben der Stellenübersicht – einen Investitionshaushalt in Höhe von T€ 561 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrals und Finanzerträge) in Höhe von T€ 24.281 und Aufwendungen (einschließlich Neutrals und Finanzaufwendungen) in Höhe von T€ 24.731. Daraus ergibt sich ein geplanter Verlust in Höhe von T€ –450. Der tatsächliche Jahresfehlbetrag in Höhe von T€ –93 wird durch Rücklagenentnahmen ausgeglichen.

Die Planabweichung in Höhe von T€ 357 resultiert in erster Linie aus einer deutlichen Unterschreitung der geplanten Aufwendungen, die die Mindererträge mehr als kompensieren konnten. Die Gesamterträge liegen unter dem Planansatz. Innerhalb dieses Postens konnten Mindererträge aus der Beitragsveranlagung durch Überschreitungen in den übrigen Erträgen nicht ausgeglichen werden.

Die Haushaltspositionen des Verwaltungshaushaltes verhielten sich zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- Haushaltsposition A.I. „Kammerbeitrag“: negative Planabweichung (T€ –553)
- Haushaltsposition A.II. „Übrige Erträge“: positive Planabweichung (T€ 258)
- Haushaltsposition B.I. „Personalaufwand“: positive Planabweichung (T€ 13)
- Haushaltsposition B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare“: negative Planabweichung (T€ –93)
- Haushaltsposition B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen“: positive Planabweichung (T€ 321)
- Haushaltsposition B.IV. „Sonstige Aufwendungen“: positive Planabweichung (T€ 972)
- Haushaltsposition F. „Neutrales Ergebnis“: negative Planabweichung (T€ –345)
- Haushaltsposition G. „Finanzergebnis“: negative Planabweichung (T€ –214)

Mitgliederbestand der Landesärztekammer Hessen (Quelle: Beitragsbuchhaltung)			
	Stand 01.01.2015	Stand 31.12.2015	Entwicklung 2015
Pflichtmitglieder	26.156	26.770	614
Freiwillige Mitglieder	2.394	2.301	-93
Beitragsfreie Mitglieder	5.290	5.458	168
Gesamt	33.840	34.529	689

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 64 unterschritten. Die tatsächlichen Investitionen betrugen T€ 496.

Diese verhielten sich zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- Haushaltsposition I. „Immaterielle Wirtschaftsgüter“: positive Planabweichung (T€ 43)
- Haushaltsposition III. „Betriebs- und Geschäftsausstattung“: positive Planabweichung (T€ 21)

Die Bilanzsumme stieg gegenüber dem Vorjahr um T€ 648.

Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzpositionen werden festgestellt.

Aktivseite:

- Trotz Anlagenzugänge Rückgang der Position Sachanlagen, da die Abschreibungen die Investitionen überstiegen.
- Zunahme der Wertpapiere des Anlagevermögens bei gleichzeitiger Abnahme der flüssigen Mittel durch Transfer aufgelöster Festgelder.
- Zunahme der Forderungen durch im Vergleich zum Vorjahr spätere Beitragsveranlagung und weiterem Anstieg der Anzahl der noch nicht endgültig veranlagten Kammermitglieder.
- Rückgang der flüssigen Mittel durch Transfer aufgelöster Festgelder und Zunahme des Forderungsbestandes.

Passivseite:

- Anstieg der Betriebsmittellrücklage durch Entnahme/Auflösung zweckgebundener Rücklagen
- Rückgang der zweckgebundenen Rücklagen durch Verbrauch bzw. Auflösung
- Reduzierung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch Auflösung entsprechender Abschreibungen
- Erhöhung der langfristigen Rückstellungen durch Zuführung
- Kräftige Zunahme der Verbindlichkeiten, u. a. durch rückzahlbare, nicht verbrauchte Mittel der Vertrauensstelle Krebsregister

Durch den Jahresfehlbetrag des Berichtsjahres von T€ –93 sinken die Rücklagen auf T€ 19.890 (Vorjahr T€ 19.983). Die Betriebsmittellrücklage beträgt T€ 16.390,

nachdem der entstandene Überschuss von T€ 209 aufgrund der Entnahme sowie Auflösung der Projektrücklage Deutsche Ärztetag – vorbehaltlich der Zustimmung durch die Delegiertenversammlung – dieser zugeführt wurde. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln für sechs Monate gedeckt sein soll (Haushaltsansatz 2016:

T€ 23.700, d. h. für sechs Monate = T€ 11.850).

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 30.826 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 42.965 (Rücklagen, Sonderposten und langfristige Rückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 139 %.

Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22. November 2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung trat zum 1. Januar 2004 in Kraft. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“, der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“. Insgesamt betragen die Treuhandvermögen T€ 606 (Vorjahr T€ 630).

Personalbericht

Zum 1. Juli 2015 ist in der Ärztlichen Geschäftsführung im Rahmen einer Altersnachfolgeregelung Herr Dr. med. Marković Herrn Dr. med. Kaiser als Ärztlichem Geschäftsführer für die Landesärztekammer Hessen nachgefolgt. Herr Dr. Kaiser steht als Ärztlicher Geschäftsführerberater der Landesärztekammer Hessen für ei-

ne Übergangszeit bis zum 30. Juni 2016 weiterhin zu Verfügung.

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief insgesamt im Rahmen des im Personalhaushalt für 2015 vorgesehenen Umfangs. Durch die Schaffung einiger neuer Stellen hat sich der Gesamtpersonalbestand leicht erhöht. Als Besonderheit ist zu vermerken, dass ein Teil der Erhöhung des Personalbestandes auf die Ausweitung der Aufgaben der von der Landesärztekammer Hessen betriebenen Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters im Auftrag des Landes Hessen zurückzuführen ist – Ausbau von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Die Ausweitung der Stellen wird zukünftig den Großteil der Personalausstattungsentwicklung einnehmen. Mit dem Land Hessen ist vertraglich die Übernahme aller Kosten im Zusammenhang mit der steigenden Personalausstattung vereinbart.

Von den Mitarbeiter/innen der Landesärztekammer Hessen unterlagen in 2015 weniger als 10 % der Belegschaft den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 1. Januar 2010 geltenden Tarifvertrag TV-H. Für den Großteil der Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung.

Die betriebliche Altersversorgung der Mitarbeiter/innen der Landesärztekammer Hessen basiert auf dem Durchführungsweg einer Direktzusage. Für die zugesagten Rentenleistungen bildet die Kammer Rückstellungen. Aufgrund der Niedrigzinsphase sind die Belastungen aus diesen Rückstellungen in den vergangenen Jahren stetig gestiegen. Die deswegen mit dem Personalrat geführten Verhandlungen über eine Neugestaltung der betrieblichen Altersversorgung führten im Ergebnis zu einer neuen betrieblichen Altersversorgung für alle Mitarbeiter/innen, die ab dem 1. Februar 2014 ihre Tätigkeit aufgenommen haben. In einem beitragsfinanzierten Modell wird die Möglichkeit einer Direktversicherung bei mindestens 2 % Eigenanteil des/der Arbeitnehmers/in mit einer voll rückgedeckten Unterstützungskasse kombiniert. Ein Zuwachs hinsicht-

lich der geschilderten Belastung aus Rückstellungen wird damit zukünftig für Neueinstellungen von Mitarbeitern vermieden. Sukzessive läuft das bisherige Modell der betrieblichen Altersversorgung aus.

2. Sonstige Angaben

Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz

In § 2 des Hessischen Krebsregistergesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet ist. § 5 regelt deren Aufgaben. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Sozialministerium in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Sie werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen.

Die Jahresrechnung für die Vertrauensstelle für die Zeit vom 1. Januar 2015 bis 31. Dezember 2015 wurde mit Schreiben vom 21. April 2016 dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration überstellt. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 1.174 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Rückerstattungsbetrag in Höhe von T€ 566, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Ministeriums verrechnet werden soll.

Mit Wirkung zum 25. Oktober 2014 hat das Land Hessen das Hessische Krebsregistergesetz durch das Gesetz zum Hessischen Krebsregister und zur Änderung der Rechtsvorschriften vom 15. Oktober 2014 geändert. Die bisherige Vertrauensstelle des epidemiologischen Krebsregisters Hessen wird dadurch zukünftig wesentlich erweitert – sowohl hinsichtlich der Aufgabenstellung als auch des Geschäftsumfanges und der Personalausstattung – zur Vertrauensstelle des neuen Klinisch-epidemiologischen Krebsregis-

ters. Dafür wird die Landesärztekammer Hessen in den nächsten Jahren voraussichtlich 20 bis 30 zusätzliche Mitarbeiter/innen einstellen. Einige dieser Einstellungen sind inzwischen erfolgt. Dem Ausbauziel folgend wurden entsprechende zusätzliche Büroflächen am bisherigen Standort angemietet. In einem zeitgleich in Kraft getretenen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen dem Land und der Landesärztekammer Hessen wurde hierzu vereinbart, dass das Land sämtliche Kosten für diese Vertrauensstelle übernimmt und die Landesärztekammer von den damit verbundenen Risiken der Finanzierung, der Beschäftigung und der Haftung weitgehend freistellt.

Ethikkommission

Die Entwicklung und der zahlenmäßige Bestand der medizinischen Ethik-Kommissionen in Deutschland ist im Hinblick auf die nationale Umsetzung der Verordnung (EU) Nr. 536/2014 des europäischen Parlaments und des Rates vom 16. April 2014 über klinische Prüfungen mit Humanarzneimitteln und zur Aufhebung der Richtlinie 2001/20/EG (Amtsblatt der Europäischen Union vom 27. Mai 2014 – L158/1) derzeit weiterhin unklar. Die möglicherweise grundlegenden Veränderungen für die Einrichtung der Ethik-Kommissionen sind mit Auswirkungen ab dem Jahr 2016 zu erwarten.

Nach dem Referentenentwurf des Bundesministeriums für Gesundheit, eines Vierten Gesetzes zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften, müssen sich Ethik-Kommissionen künftig vor der Wahrnehmung von Aufgaben im AMG-Bereich bei der Bundesoberbehörde registrieren lassen. Zudem soll es einen zusammengesetzten Bescheid (gestuftes Verwaltungsverfahren – 1. Stufe EK / 2. Stufe Bundesoberbehörde (BfArM/PEI)) geben, wobei Gebührenstrukturfragen noch ungeklärt sind.

Zur Vorbereitung auf die zu erwartenden Veränderungen nimmt die Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen deshalb bereits an den Vorläuferverfahren des mit der EU-Verordnungsumsetzung zu erwartenden neuen Verfahrens, dem VHP (Voluntary Harmonization Procedure) und dem Pilotverfahren EU-VO (AMG), teil. Das Land Hessen hat diesbezüglich je-

weils seine Zustimmung erteilt. Die Deckungszusagen der Versicherungen wurden eingeholt.

III. Liquiditäts-, Kredit- und Einnahmerisiken

Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen.

Kreditrisiko

Zum Bilanzstichtag bestanden keine langfristigen Darlehensverträge.

Ertragsrisiko

Gemäß § 8 des Heilberufsgesetzes ist die Landesärztekammer Hessen berechtigt, für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgabenerfüllung erbringt, Kosten (Gebühren und Auslagen) nach Maßgabe der jeweiligen Kostensatzung zu erheben. Darüber hinaus erhebt die Landesärztekammer Hessen zur Deckung ihrer Kosten nach Maßgabe des Haushaltsplanes von den Kammerangehörigen Beiträge aufgrund einer Beitragsordnung (§ 10). Somit kann ein Ertragsrisiko nahezu ausgeschlossen werden.

Voraussichtliche haushalterische Entwicklung

Die in den vergangenen Jahren gebildete Betriebsmittelrücklage weicht deutlich von der Soll-Rücklage laut Haushalts- und Kassenordnung ab. Auch die kommenden Haushaltsjahre sollen mit einem Defizit abgeschlossen werden, um durch Verlust ausgleichende Entnahmen die Betriebsmittelrücklage abzuschmelzen. Das geplante Haushaltsdefizit für das Jahr 2015 beträgt T€ –450. Der tatsächliche Jahresfehlbetrag beläuft sich auf T€ –93. Die Strategie geplanter Haushaltsdefizite soll bis zum Erreichen der Sollrücklage fortgesetzt werden. Die Vorausschau im Rahmen des Haushaltsplanes 2016 weist für das Jahr 2016 einen

geplanten Verlust in Höhe von T€ –1.675 aus.

Chancen und Risiken der zukünftigen Entwicklung

Nachweis von Fortbildungspunkten

Im Rahmen der zum 30. Juni 2009 erstmals begonnenen und sich am 30. Juni 2014 erstmals wiederholenden Pflicht von Vertragsärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, den Erwerb von 250 Fortbildungspunkten innerhalb des vergangenen Fünf-Jahreszeitraums nachzuweisen (§ 95 d SGB V), hat die Landesärztekammer Hessen – bei entsprechendem schriftlichem Einverständnis der Ärzte – die in den Fortbildungspunktekonten nach § 5 Abs. 1 der Fortbildungssatzung der Landesärztekammer Hessen zum jeweiligen Stichtag gespeicherten Fortbildungspunkte der Ärzte an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen gemeldet.

Da Ärzte, die die 250 Punkte nicht oder nicht fristgerecht nachweisen konnten, eine Honorarkürzung durch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen erhielten, sind Rechtsstreite von Ärzten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen derzeit noch vor den Sozialgerichten anhängig, in die die Landesärztekammer Hessen teilweise involviert ist. Zu Inanspruchnahmen der LÄKH kam es bislang nicht, so dass sich ein solches Risiko weiterhin verringert.

EDV und Organisationsentwicklung

Trotz aller EDV-Schutzmaßnahmen und einer Sicherheitsarchitektur, die an die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) angelehnt sind, ist eine hundertprozentige Sicherheit der elektronisch vorgehaltenen Daten auch in der Landesärztekammer Hessen nicht zu gewährleisten.

Risikomanagement

Ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer

Hessen wurde 2010 implementiert und wird seitdem laufend angepasst. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.

Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltsvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr 2015 weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

Qualitätsmanagement

In der Carl-Oelemann-Schule wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001 eingeführt und erfolgreich zertifiziert.

Sponsoringrichtlinie

Im Sinne von Complianceregeln hat die Landesärztekammer Hessen eine Sponsoringrichtlinie verfasst, die von der Delegiertenversammlung am 29. November 2014 verabschiedet wurde.

Ereignisse nach dem Bilanzstichtag

Immobilienveräußerung

Am 21. März 2016 erfolgte die notarielle Beurkundung über den Verkauf des ehemaligen Verwaltungsgebäudes der Landesärztekammer Hessen. Der Verkaufserlös betrug T€ 5.000. Dies wird zu einem außerordentlichen Ertrag aus Anlageabgang in Höhe von ca. T€ 4.500 führen.

Novellierung Heilberufsgesetz

Derzeit wird vom Land Hessen die Novellierung des Hessischen Heilberufsgesetzes in

drei Phasen betrieben. Zunächst wird mit dem Gesetz zur Änderung des Hessischen Berufsqualifikationsfeststellungsgesetzes sowie weiterer Vorschriften des Berufsrechts (Anlage 2 – Regierungsentwurf) die Umsetzung der Berufsanerkennungsrichtlinie 2005/36/EG in der Form der Änderung durch die Richtlinie 2013/55/EU durchgeführt. Im Anschluss werden auch Änderungen im Bereich der Aufgaben und der Struktur der Landesärztekammer Hessen im Fünften Gesetz zur Änderung des Heilberufsgesetzes (Anlage 3 – Referentenentwurf) erwartet (u. a. Stärkung der Kooperationsmöglichkeiten auch im Bereich der Ethik-Kommission – Novellierung des Berufsgerichtsverfahrens).

Elektronischer Heilberufsausweis

Aufgrund des E-Health-Gesetzes werden derzeit Vorbereitungen getroffen, um ab 2017 den zu erwartenden Nachfragebedarf der Ärztinnen und Ärzte nach dem elektronischen Heilberufsausweis gerecht werden zu können.

Frankfurt am Main, 21. April 2016

Landesärztekammer Hessen
– Das Präsidium –

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 31. August 2016 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Bausbach GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2015 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen. Die Delegiertenversammlung hat am 14. September 2016 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2014 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

Veröffentlichung des Gesamt-Wahlergebnisses der Wahl zur Vertreterversammlung der KV Hessen, Legislaturperiode 2017–2022

Ärzte

Wahlberechtigte Ärzte: 9.862
Abgegebene Stimmen: 5.860

Gültige Stimmen: 5.775
Ungültige Stimmen: 85

Diese verteilen sich im Bereich der ärztlichen Mitglieder wie folgt:

Liste	Stimmen	Sitze	Mandatsträger
IV. „Die Fachärzte Hessen“	2733	23	Schmitt-Hessemer, Dr. med. Karin; Dastych, Frank; Weidenfeld, Dr. med. Michael; Reckel-Botzem, Dr. med. Ingeborg; Richter, Dr. med. Klaus-Wolfgang; Müller-Brodmann, Dr. med. Wiegand; Oldenburg, Dr. med. Detlef; Schüürmann, Dr. med. Christoph; Pinkowski, Dr. med. Edgar; Thiel, Dr. med. Wilfried; Wolf, Dr. med. Werner; Möller, Dr. med. Siegfried; Schmidt, Dr. med. Norbert; Doubek, Dr. med. Klaus-Jürgen; Holle, Dr. med. Lutz-Hendrik; Tacke, Dr. med. Wolfgang; Hild, Dr. med. Andreas; Schwalbach, Dr. med. Peter; Specht, Dr. med. Stefan; Henniger, Jan; Köhler, Dr. med. Eberhard; Lautenschläger, Dr. med. Gerd; Köhl, Dr. rer. soc. Albrecht
VII. „Die Hausärzte – Hausärzteverband Hessen“	1645	13	Beck, Armin; Knoll, Michael Thomas; Buchalik, Monika; Starke, Dr. med. Eckhard; Sommerbrodt, Christian; Willert-Jacob, Jutta; Andor, Michael; Popert, Dr. med. Uwe; Mieke, Dr. med. Sylvia; Gehrke, Dr. med. Tobias; Reichwein, Dr. med. Egbert; Ladwig, Dr. med. Dieter; Grätz, Dr. med. Winfried
VI. „Sprechende Medizin“	401	3	Prokofieva, Dr. med. Irina; Moeslein-Teising, Ingrid; Spengler, Dr. med. Ulrike
III. „Hessenmed – Hartmannbund“	355	2	Born, Dr. med. Lothar; Koch, Dr. med. Carola
II. „Kinder- und Jugendärzte“	344	2	Fleer, Alfons; Stork, Dr. med. Christof
I. „Ärztinnen und Ärzte Pro EHV“	252	2	Michaelsen, Dr. med. Holger; Gehrke, Dr. med. Michael
V. „Die Gemeinsame Liste regionale KV“	45	-	-

Psychotherapeuten

Wahlberechtigte Psychotherapeuten: 2.341 Gültige Stimmen: 1.530
Abgegebene Stimmen: 1.588 Ungültige Stimmen: 58

Diese verteilen sich im Bereich der psychotherapeutischen Mitglieder wie folgt:

Liste	Stimmen	Sitze	Mandatsträger
III. „Psychotherapeuten stark in der KV – Kooperation DPtV, VT-AS, DGVt-BV, DVT, QdM, GNP“	738	3	Ruh, Dipl.-Psych. Michael Josef; Heunemann, Dipl.-Psych. Ilka; Schmidtnr, Robert
I. „Integrative Liste – PP/KJP im bvvp Hessen“	448	1	Planz, Dipl.-Päd. Helga
II. „Psychodynamische Liste – Bündnis KJP“	344	1	Peter, Dipl.-Psych. Gabriele

Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses wegen Verletzung der Wahlordnung der KV Hessen beim Landeswahlausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main, schriftlich Wahlanfechtungsbeschwerde erheben, über die der Landeswahlausschuss unverzüglich zu entscheiden hat.

Frankfurt am Main, den 02. November 2016
Der Landeswahlleiter

Veröffentlichung des Wahlergebnisses der Wahl zum EHV-Beirat bei der KV Hessen

Wahlberechtigte EHV-Empfänger: 4.326 Gültige Stimmen: 2.169
Abgegebene Stimmen: 2.328 Ungültige Stimmen: 159

Zur Wahl stand nur eine Liste, die Liste „IG EHV – Interessengemeinschaft EHV“. Die Liste erhielt 2.169 Stimmen. Als Mitglieder des EHV-Beirats sind damit gewählt:

Herrn Dr. med. Otto Burk
Herrn Dr. med. Hartmut Aßmann
Herrn Dr. med. Johann Wilhelm Plass
Herrn Dr. med. Gabriel Nick

Jeder Wahlberechtigte kann binnen 14 Tagen nach Veröffentlichung des Wahlergebnisses wegen Verletzung der Wahlordnung der KV Hessen beim Landeswahlausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt am Main, schriftlich Wahlanfechtungsbeschwerde erheben, über die der Landeswahlausschuss unverzüglich zu entscheiden hat.

Frankfurt am Main, den 02. November 2016
Der Landeswahlleiter

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen der
Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner,
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin
Dr. med. Alexander Marković
Sabine Goldschmidt M.A.

Dr. med. H. Christian Piper, Vertreter des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktionsassistent: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Design und Online-Auftritt: Katja Kölsch M.A.

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Akademie: Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/M.
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224
E-Mail: haeb@laekh.de

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der
Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:
Katja Höcker, Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

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

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

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

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiete

Nord: Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Süd: Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,
E-Mail: soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

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

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,
E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Stephanie Schmitz

Druckerei: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42-50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 2, gültig ab 01.01.2016

Druckauflage: 34.000 Ex.



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



Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikati-
onsforschung im Gesundheitswesen e.V.

77. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen
Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass
diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken
und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

2016

DGIM-Onlinekongress

Die Kongress-Dokumentation zum 122. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. vom 09.-12. April 2016 in Mannheim



Ihre Vorteile auf einen Blick:

- ▶ Hochwertig produzierte Webcasts von ausgewählten Kongressvorträgen
- ▶ Kongressinhalte jederzeit abrufbar
- ▶ CME-Fortbildungen
- ▶ Vortragsübergreifende Suchfunktion
- ▶ Interessante redaktionelle Beiträge
- ▶ Kongressarchiv von 2013-2015

*Registrieren Sie sich kostenlos mit dem Code **DGIM2016** unter
www.dgim-onlinekongress.de

in Zusammenarbeit mit:



präsentiert von:

