



## Morbus Dupuytren

**Gesundheitspolitik**  
Präsidiumsmitglieder der LÄKH diskutieren mit den gesundheitspolitischen Sprechern des hessischen Landtages

**Neuer Verwaltungssitz**  
Nach intensiver Beratung zum künftigen Kammergebäude haben sich die Delegierten für den Kauf einer Immobilie entschieden

**Parlando**  
Astrid-Lindgren-Preis: Der Autor und Illustrator Wolf Erlbruch verwandelt Kinderbücher in Kunstwerke für Leser aller Altersgruppen

Webcasts  
jetzt online –  
schnell kostenlos  
registrieren:  
[www.moc-dgim.de](http://www.moc-dgim.de)

 **moc** präsentiert / DGIM Jahrestagung 2017

moc – Ihre Online-Plattform für Kongressdokumentation zum 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. in Mannheim vom 29.04. bis 02.05.2017

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- // Hochwertig produzierte Webcasts
- // Verfügbarkeit unmittelbar nach Kongressende
- // Vorträge jederzeit abrufbar
- // Komfortable Suchfunktion
- // Interessante redaktionelle Beiträge
- // Kongressarchiv von 2013 – 2016

Registrieren Sie sich jetzt kostenlos mit dem Code **DGIM2017** auf [www.moc-dgim.de](http://www.moc-dgim.de)

In Zusammenarbeit mit



Ein Produkt von



# Ein neues Zuhause für die hessischen Ärztinnen und Ärzte

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Würfel sind gefallen. Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) wird einen neuen Verwaltungssitz erhalten.

Die Suche nach einer neuen Bleibe war notwendig geworden, da das Haus in der bisherigen Adresse Im Vogelsgesang 3 nicht nur in die Jahre gekommen ist, sondern auch den zukünftigen Anforderungen an einen modernen Verwaltungssitz nicht mehr gerecht wird. Auch die dortige Parkplatzsituation ist nicht befriedigend. All dies führte dazu, dass das Präsidium der LÄKH mit Unterstützung der Geschäftsführung bereits im Jahr 2013 erste Überlegungen anstellte, wohin die Reise nach Auslaufen des jetzigen Mietvertrags im Sommer 2019 gehen könnte. Selbstverständlich wurde auch die Delegiertenversammlung als demokratische Vertretung der hessischen Ärztinnen und Ärzte frühzeitig und fortlaufend in diese Überlegungen und Entscheidungen einbezogen (vgl. Berichte über die Delegiertenversammlungen im Hessischen Ärzteblatt).

Bei der Suche nach einer neuen Bleibe in Frankfurt, dem satzungsgemäßen Sitz der LÄKH, bezog das Präsidium professionellen externen Sachverstand ein. Eine Arbeitsgruppe des Präsidiums, der Geschäftsführung und der externen Berater prüfte die Möglichkeiten des Frankfurter Büromarkts intensiv, nahm Ortsbesichtigungen vor und stellte die Ergebnisse dem Finanzausschuss der LÄKH und schließlich der Delegiertenversammlung am 25. März 2017 vor. Das Ergebnis war ein mit überwältigender Mehrheit beschlossener Auftrag des hessischen Ärzteparlaments an das Präsidium, die nötigen Verhandlungen zu führen und die entsprechenden Verträge zu schließen. So erfolgte am 5. Mai 2017 der Abschluss eines notariellen Vertrags zum Kauf eines neu zu errichtenden Bürogebäudes in der Hanauer Landstraße, im sogenannten Lindley Quartier.

Damit ist es gelungen, im boomenden Frankfurter Ostend in Innenstadtrandlage und gut erreichbar mit dem Auto und dem öffentlichen Personennahverkehr ein Objekt zu erwerben, das den Bedürfnissen der LÄKH entspricht und von ihr mitgestaltet werden kann. Das neue Gebäude wird einen mittleren Qualitätsstandard aufweisen und zukunftsfest, nicht aber protzig und plakativ sein. Ein solider, nach funktionellen Kriterien errichteter Büroneubau wird für die nächsten Jahrzehnte nicht nur Arbeitsplatz für die hauptamtliche Belegschaft sein, sondern hoffentlich auch Anlaufpunkt für viele Mitglieder – nicht nur zur Ablegung der Facharztprüfung, sondern auch zum Besuch von Fortbildungsveranstaltungen, für die entsprechende Räumlichkeiten in Planung sind. Der neue Standort soll die hessische Ärzteschaft repräsentieren: solide, zuverlässig, zeitgemäß und gut erreichbar. Bevor die Bauarbeiten beginnen werden, liegt jedoch noch viel Arbeit vor den haupt- wie auch den ehrenamtlichen Mitarbei-

tern. Die Grundrisse müssen feingeplant werden, die Ausstattung muss im Rahmen des preislich begrenzten Niveaus bemustert, ausgewählt und ggf. getestet werden, die Abstimmung mit dem Bauherren muss fortlaufend erfolgen und vieles mehr (siehe S. 326).

Und dabei werden die Aufgaben der Landesärztekammer – auch in der Zukunft – nicht geringer werden. Einen Eindruck mag der Bericht über das politische Gespräch ab Seite 322 vermitteln. Die irrige Vorstellung, dass eine sogenannte Bürgerversicherung die gesundheitliche Versorgung verbessern könne, feiert in Wahlkampfzeiten immer wieder fröhliche Urständ. Das Problem langer Wartezeiten oder nicht besetzter Arztpraxen auf dem Land lässt sich damit nicht lösen, vielmehr bedarf es endlich einer adäquaten Erhöhung der Studienplätze für Medizin, denn genügend Interessenten für das anspruchsvolle Studium sind vorhanden. Leider gelingt es aktuell noch nicht einmal, den erfolgreichen Absolventinnen und Absolventen eines Teilstudiums nach ihrem Physikum Plätze für den klinischen Teil des Studiums zu vermitteln. Dabei sind diese jungen Menschen hoch motiviert und haben viel auf sich genommen, um ihren Traumberuf Arzt verwirklichen zu können.

Doch auch im beruflichen Alltag unseres Traumberufs kommt es immer wieder zu ethischen Fragestellungen, deren Lösung den Einzelnen überfordert. Während die Einrichtung klinischer Ethikkomitees in den hessischen Krankenhäusern seit 2011 gesetzlich vorgeschrieben ist, sind entsprechende Angebote im ambulanten Bereich bislang rar gesät. Der mit Unterstützung der Landesärztekammer Hessen gegründete Verein Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. will hier Abhilfe schaffen. Zwei Regionalgruppen – Marburg-Biedenkopf und Frankfurt/Offenbach – bieten nun Ethikberatungen im ambulanten Bereich an (siehe Seite 341). Dafür danke ich den ehrenamtlichen Ethikberatern sehr.

Ihr



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

– Präsident –



Webervogel in Südafrika

Foto: Andrea von Knoblauch zu Hatzbach

© Foto: Vera Friederich



## Gesundheitspolitische Perspektiven

Mit Blick auf die Bundestagswahl haben sich Mitglieder des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen mit den Gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien im Hessischen Landtag zu aktuellen Themen in der Gesundheitspolitik ausgetauscht – darunter E-Health und der Masterplan Medizinstudium 2020.

322



## Neuer Verwaltungssitz der LÄKH in Sicht

Da der Mietvertrag für die Räumlichkeiten des Verwaltungssitzes der Landesärztekammer Hessen im Frühjahr 2019 ausläuft, haben sich Präsidium und Geschäftsführung mit der Suche nach neuen Objekten befasst. Nun hat die Delegiertenversammlung den Kauf eines Gebäudes in Frankfurt beschlossen.

326

<b>Editorial:</b> Ein neues Zuhause für die hessischen Ärztinnen und Ärzte .....	<b>319</b>
<b>Ärztekammer</b>	
Neuer Verwaltungssitz der Landesärztekammer .....	<b>326</b>
Feierliche Auftaktveranstaltung des Vereins Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. ....	<b>341</b>
Stellenausschreibungen .....	<b>351</b>
<b>Gesundheitspolitik</b>	
„Wir stehen am Vorabend großer Umwälzungen“ – Pressegespräch zu gesundheitspolitischen Perspektiven .....	<b>322</b>
<b>Fortbildung</b>	
CME-Beitrag: Morbus Dupuytren – eine Übersicht .....	<b>328</b>
Patientenleitlinie zur Versorgungsleitlinie Unipolare Depression .....	<b>339</b>
Stratifizierte Arzneimitteltherapie – Strategiewechsel .....	<b>354</b>
Herzmedikament ARNI – ein neuer Hoffnungsträger? .....	<b>358</b>
<b>Bekanntmachungen</b>	
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b> .....	<b>362</b>
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	<b>343</b>
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	<b>349</b>
<b>Personalia</b> .....	<b>357</b>
<b>Schlaglichter, Notizen, Nachrichten</b> .....	<b>359</b>
<b>Leserbriefe</b> .....	<b>361</b>
<b>Impressum</b> .....	<b>366</b>

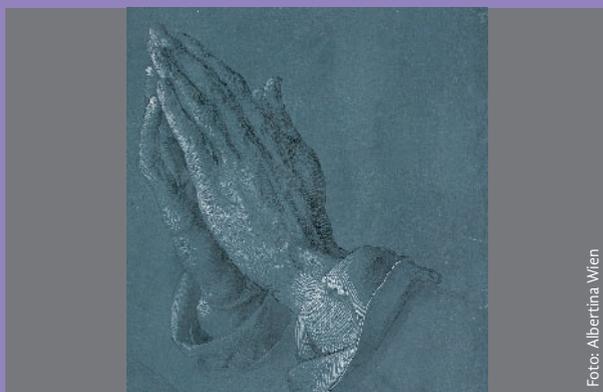


Foto: Albertina Wien

**Fortbildung: Morbus Dupuytren**

Der CME-Beitrag bietet eine Übersicht zum Morbus Dupuytren, einer systemischen Erkrankung, die bislang nur symptomatisch behandelt werden kann. Die Autoren informieren rund um Diagnose und Klassifikation, Therapien, Nachbehandlung sowie Aufklärung und Komplikationen.

328

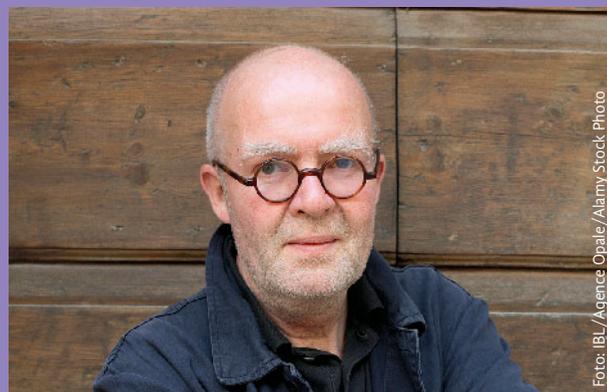


Foto: IBL/Agence Opale/Alamy Stock Photo

**Kinderbücher werden zu Kunstwerken**

Parlando widmet sich dem Kinderbuchautor und Illustrator Wolf Erlbruch aus Wuppertal, der kürzlich mit dem Astrid Lindgren Memorial Award geehrt wurde, dem höchstdotierten Preis seiner Art. Mit seinen Federstrichen und Collagen verwandelt er Kinderbücher in Kunstwerke für alle Altersgruppen.

352

**Ansichten und Einsichten**

- „The Right Stuff: How Do We Make Moral Choices?“ – Kommentar zu einer Vorlesung Gwen Adsheads ..... 332
- „Irren ist menschlich“: Zur Neuauflage des Klassikers unter den Psychiatrie-Lehrbüchern ..... 336

**Im Gespräch**

- Neues Gesetz zur Hilfe für psychisch erkrankte Menschen: Interview mit Andreas Jung, Mitbegründer Ex-In-Hessen ..... 334
- „Die Arbeit am Patienten ist am wichtigsten“: Interview mit Dr. med. Marina Kontova, Ärztin aus Griechenland ..... 340

**Medizinische Fachangestellte**

- Integration von Geflüchteten – Empfehlungen zur Einstellung als MFA-Auszubildende ..... 360

**Mensch und Gesundheit**

- Kooperationen helfen bei der ambulanten Versorgung mit Sterilgut – Beispiel Emma Klinik ..... 342

- Parlando:** Wolf Erlbruch verwandelt Kinderbücher in Kunstwerke / Musiktipp ..... 352/353

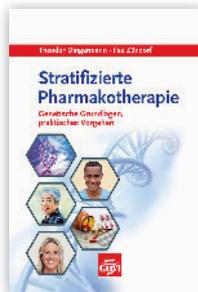
**Bücher**



**Irren ist menschlich – Lehrbuch der Psychiatrie & Psychotherapie**

Klaus Dörner, Ursula Plog et al.

S. 336



**Stratifizierte Pharmakotherapie**

Theodor Dingermann, Ilse Zündorf

S. 354



**Geschichte(n) der Medizin Band 3**

Oliver Erens und Andreas Otte (Hrsg.)

S. 361



## „Wir stehen am Vorabend großer Umwälzungen“

### Pressegespräch zu gesundheitspolitischen Perspektiven nach der Bundestagswahl

E-Health, Zukunft des Krankenversicherungssystems, wohnortnahe stationäre Versorgung, Maßnahmen gegen Ärztemangel und der Masterplan Medizinstudium 2020 waren Themen des Pressegesprächs mit den Gesundheitspolitischen Sprechern der Parteien im Hessischen Landtag und Mitgliedern des Präsidiums der Landesärztekammer.

**Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:** Eines der Themen, die derzeit in der Gesundheitspolitik diskutiert und voraussichtlich im Wahlkampf eine wichtige Rolle spielen werden, ist die Zukunft des Krankenversicherungssystems in Deutschland. Wie sieht diese für Sie aus?

**Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU):** Ich gehe davon aus, dass es bei dem dualen System bleibt. Eine Änderung mit der Abschaffung der Privaten Krankenversicherung (PKV) hätte erhebliche Nachteile für alle Beteiligten: Erstens würde dies dazu führen, dass die Beiträge der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erhöht werden müssten. Zweitens hängen sehr viele Arbeitsplätze an der PKV.

**Dr. Daniela Sommer (SPD):** Die SPD favorisiert die Bürgerversicherung, weil wir uns ein einheitliches Versorgungssystem wünschen. Was mögliche Beitragserhöhungen betrifft, gehen wir davon aus, dass diese nach aktuellen Berechnungen moderat wären. Wenn es so weit kommt, wollen wir eine paritätische Finanzierung erreichen.

**Marjana Schott (Die Linke):** Wir gehen noch einen Schritt weiter und wollen alle Einkommensarten bei der Finanzierung mit

einbeziehen, sodass es nicht teurer wird für den Einzelnen oder den Arbeitgeber.

**René Rock (FDP):** Die PKV ist ein wichtiger Bestandteil für das Finanzierungssystem. Es wäre allerdings zu überlegen, wie sie im Wettbewerb mit der GKV besser werden kann. Ich finde es schade, dass momentan alle nur danach schauen, wie man in Richtung Einheitsversicherung marschiert. Ich bin nicht der Meinung, dass eine Einheitskasse die hohe Qualität medizinischer Versorgung gewährleistet.

**Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen):** Die Grünen fordern das Thema Bürgerversicherung seit Jahren. Es handelt sich hierbei jedoch um keine Patentlösung. Vielmehr geht es darum, dass es unterschiedliche Finanzierungsströme gibt und unterschiedliche Behandlungen von Patienten. Die Frage ist also: Wie könnte ein zukünftiges System das Problem lösen, dass Privatpatienten schneller und besser behandelt werden? Bürgerversicherung heißt für uns aber nicht automatisch die Auflösung aller Krankenkassen und die Errichtung einer Staatskrankenkasse, vielmehr können auch private, gemeinnützige und öffentliche weiter bestehen.

**Dr. med. Wolf Andreas Fach:** Sie fordern als Politiker mit einer Einheitsversicherung nicht eine gleich gute, sondern eine schlechtere Versorgung.

**Monika Buchalik (zu Bocklet):** Einerseits fordern Sie die Bürgerversicherung und andererseits sagen Sie, Zusatzversicherungen sollen bestehen bleiben. Und Sie möchten die Gleichbehandlung aller Patienten – wofür sollte ich dann aber eine Zusatzversicherung haben?

**Bocklet:** Einige der Ungleichbehandlungen sind ja auch politisch oder persönlich gewollt. Man muss darüber diskutieren, warum ein Mensch, der keine andere Wahl hat, als gesetzlich versichert zu sein, bestimmte Behandlungen zum Beispiel nicht erhält oder beispielsweise nicht so schnell behandelt wird, wie ein anderer. Das ist auch kein Vorwurf an die Ärzteschaft, aber wir denken doch vom Patienten aus. Das Thema würde ich gerne gemeinsam diskutieren wollen und einen gemeinsamen Vorschlag entwickeln.



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

**von Knoblauch zu Hatzbach:** Ich glaube, wenn wir immer nur über Fragen der Wartezeiten oder „es wird was Besseres für mehr Geld gemacht“ diskutieren, ist das falsch. Wir müssen schauen, dass den gesetzlich Versicherten – und das ist meines Erachtens eher der Knackpunkt – weniger gewährt wird, auch aufgrund der Regressituation. Da ist die Bremse. Wir Ärzte müssen nach der Berufsordnung dem Patienten die bestmögliche Behandlung zukommen lassen, und das geht eigentlich nur dann, wenn keine Regressforderungen oder Einschränkungen vorhanden sind. Ein weiteres wichtiges Thema heißt Digitalisierung. Ein Schlagwort dabei ist E-Health,

das heißt, der Einsatz von Technologien zur medizinischen Versorgung der Bevölkerung. Welche Bedeutung hat das für Sie?



Dr. med. Susanne Johna

**Sommer:** Positiv beim Thema E-Health ist die Möglichkeit zur Überwindung räumlicher Hürden durch die Digitalisierung. Die so mögliche flächendeckende Vernetzung und der Austausch sind ein großer Vorteil. Dennoch ist mir wichtig zu betonen, dass man das persönliche Arzt-Patienten-Verhältnis nicht ersetzen kann. Das muss es auch künftig immer geben. Doch für den Austausch – auch zum Beispiel zwischen den Gesundheitseinrichtungen – ist E-Health eine große Chance. Wir stehen hier allerdings noch ganz am Anfang.

**Bartelt:** Neue Technologien sollen die Lebensverhältnisse der Menschen verbessern. Deshalb müssen wir bei E-Health darauf achten, dass die Entwicklung dem Patienten dient. Durch E-Health können wir dazu beitragen, dass die Versorgungsqualität unabhängig vom Wohnort gewährleistet werden kann. Ein weiterer Punkt ist die Frage nach einer Gesundheitskarte, die dem Therapeuten Zugangsmöglichkeiten zu allen Diagnosen eröffnet.

**Rock:** Das ganze Leben, was wir heute führen, wird vom technologischen Fortschritt dominiert und gestaltet. Dabei müssen wir bedenken, dass es kaum ein persönlicheres Verhältnis gibt, als zu dem eigenen Arzt. Auch wenn ich in einer sehr mobilen Welt lebe, möchte ich diesen persönlichen Kontakt zu meinem Arzt beibehalten. Hinsichtlich der Organisation des Abrechnungswesens im Gesundheitssystem bietet E-Health ein enormes Einsparpotential.

**Fach:** Für die Umsetzung der digitalen Neuerungen gibt es noch keine strukturellen Voraussetzungen für die Abläufe – auch im Hinblick auf Datensicherheit, Vergütung, Dokumentation etc. Hier sind extrem viele Fragen offen. Es wird auf eine Digitalisierung hinauslaufen, aber wir müssen berücksichtigen, dass die Patienten nach wie vor auch Wert auf den persönlichen Kontakt legen.

**Bocklet:** Es wird überhaupt keine Alternative geben zur weiteren Digitalisierung. Wir werden definitiv alles, was die Diagnostik betrifft, umstellen. Für uns ist wichtig, dass wir – was die gesetzliche Frage betrifft – alles politisch soweit steuern, dass es zum Nutzen des Patienten erfolgt. Ich glaube, wir stehen am Vorabend einer großen Umwälzung der Verhältnisse, so dass die Politik schleunigst die Rahmenbedingungen schaffen muss. Denn wenn wir es nicht machen, dann machen es Google und Facebook!

**Buchalik:** Ich denke, die Hoffnungen, die wir auf die Entwicklung setzen, sind absolut berechtigt. Denn wir haben gesehen, dass sich die Kommunikation dadurch verbessert und diese Möglichkeiten brauchen wir dringend. Wir brauchen schnellere Abläufe, Prozessverbesserungen etc. Aber: Was sie bei einer Videoberatung niemals ersetzen können, ist die körperliche Untersuchung des Patienten durch den Arzt. Und eines darf nicht passieren, nämlich dass die im Prozess entstehenden Kosten für neue Karten oder Lesegeräte etc. von der Ärzteschaft getragen werden müssen.

**Schott:** Wir brauchen den Arzt, der weiß und interpretiert – denn das kann die



Monika Buchalik



Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen)

Technik nicht leisten. Löst E-Health also das Problem, dass wir immer einen Arzt in der Nähe haben? – Natürlich nicht! Wir dürfen keine Wunder erwarten.

**Dr. med. Susanne Johna:** Elektronische Patientenakten haben wir in den meisten Kliniken bereits, daher wissen wir, welche großen Vorteile das hat. Wir haben aber auch schon erlebt, was für Probleme entstehen können, wenn es beispielsweise, wie u. a. in Frankfurt geschehen, zu einem kompletten Stromausfall in einer Klinik kommt. Da zeigt sich, dass wir nicht nur die elektronische Gesundheitsakte brauchen, die elektronische Krankenakte und E-Health – sondern wir brauchen vor allem die Infrastruktur dahinter, die sicherstellt, dass das Ganze auch funktioniert. Wenn es gar keine andere Dokumentation mehr als die elektronische Patientenakte gibt, dann ist das ein großes Problem.

**von Knoblauch zu Hatzbach:** Insgesamt zeigt sich in dieser Runde ein Konsens darüber, dass wir beim Thema E-Health Nutzen und Fluch haben. Wir werden jede technische Neuerung nutzen können und müssen, zum Wohle des Patienten und – sofern möglich – zur Vereinfachung unseres Arbeitsalltags. Doch es ersetzt nicht den Arzt; die Ressource Arztzeit ist also wahrscheinlich auch durch Technologie nicht zu verbessern.

Was also können wir jenseits technologischer Lösungsansätze tun, um den Ärztemangel zu beheben? Denn statistisch wachsen zwar die Arztzahlen, doch die Arztzeit wird geringer. Welche Konzepte haben Sie für dieses Problem?

**Bocklet:** Der Ärztemangel herrscht nicht überall und auch nicht in jeder Profession.

Wir müssen uns überlegen, ob die Zahl der Studienplätze ausreicht – wir beispielsweise fordern eine Anhebung der Studienplatzzahlen. Bei diesem System wollen wir auch schon über die Anreiz-Variante sprechen: Wir haben den Ärztemangel vor allem im niedergelassenen Bereich im ländlichen Raum. Viele niedergelassene Ärzte in diesen Regionen werden bald in den Ruhestand gehen. Hier müssen wir neue, kreative Lösungsansätze finden. Es gibt bereits Varianten, die nicht gänzlich unbekannt sind, wie medizinische Versorgungszentren. Weiterhin ist die Medizin weiblich geworden. Das heißt, wir brauchen mehr Teilzeitmodelle und die notwendige Infrastruktur wie Kinderbetreuung etc. Außerdem steht die Frage im Raum, welche



Dr. med. Wolf Andreas Fach

Leistungen delegiert werden können – an zum Beispiel das Pflegepersonal.

**Rock:** Wie Herr Bocklet schon gesagt hat, ist die Medizin weiblich. Dadurch entstehen biologische Ausfallzeiten und der Wunsch, Teilzeit zu arbeiten. Aus diesem Grund braucht es einfach mehr Ärztinnen und Ärzte und meiner Ansicht nach auch mehr Studienplätze. Denn es gibt zwar zahlenmäßig nicht weniger Ärzte, aber durch die Ausfälle weniger Arztzeit. Ich verstehe aktuell die Politik in Berlin nicht, die bei dieser Entwicklung gleichzeitig Arztstühle abbaut. Wie will man den Bürgern Termine versprechen, wenn es immer weniger personelle Ressourcen gibt? Und wenn wir wollen, dass mehr Frauen in diesen Beruf gehen und die Vereinbarkeit von Familie und Beruf diskutiert wird, dann muss uns klar sein, dass wir nicht mehr mit der gleichen Zahl von Ärzten zurechtkommen, wie in den 1970er-Jahren.

**Sommer:** Wir haben mehr Mediziner als jemals zuvor, aber sie verteilen sich schlecht. Für den Ärztemangel auf dem Land hat die Bundesregierung schon verschiedene Programme auf den Weg gebracht. Ich denke aber, dass ein finanzieller Anreiz nicht alles ist. Deswegen kommt dem Angestelltenverhältnis eine große Bedeutung zu, ebenso wie Kooperationsformen und Flexibilisierung. Momentan ist es außerdem so, dass jeder zweite Hausarzt keinen Nachfolger findet. Natürlich ist es wichtig, die Studienplatzzahlen zu erhöhen, aber zunächst müssen wir wissen, wie hoch der Bedarf tatsächlich ist.

Auf Bundesebene haben wir dazu den Masterplan Medizinstudium initiiert, der unter anderem Maßnahmen dazu beinhaltet, den Anteil der Allgemeinmediziner zu steigern. Ob Ansätze wie beispielsweise eine Quote langfristig erfolgsbringend sind, wird sich allerdings noch zeigen. Man muss sich auch direkt an die jungen Leute wenden und sie fragen, was sie wollen.

**Bartelt:** Ich stimme dem zu, wir haben einen sektoralen und keinen generellen Ärztemangel. Sektoral bedeutet, wir haben es mit einer massiven Fehlverteilung zu tun. Über die Verteilung der Ärzte Stadt/Land haben wir gesprochen, hier müssen Bund und Länder aktiv werden und Anreize schaffen. Man muss auch überlegen, ob man Spielräume schafft, um Leistungen in einem unterversorgten Gebiet besser zu honorieren. Und man muss diskutieren, ob in überversorgten Gegenden auch mal ein Kassenarztsitz geschlossen werden kann. Im stationären Bereich muss die Verbundstruktur von Krankenhäusern erheblich verstärkt werden.

**Schott:** Wir müssen auch zusehen, dass wir den Beruf des Arztes wieder attrakti-



Dr. Daniela Sommer (SPD)

ver gestalten. Es muss gewährleistet sein, dass Ärzte wirtschaftlich abgesichert sind, egal wo sie praktizieren. Außerdem müssen sich die Sektorgrenzen verändern, stationär und ambulant. Und die Zahl der Studienplätze muss erhöht werden.



Marjana Schott (Die Linke)

**Johna:** Wie stellt sich das Land Hessen die wohnortnahe stationäre Versorgung künftig vor? Derzeit wird am neuen Krankenhausrahmenplan gearbeitet. In Hessen hat man sich darauf geeinigt, gar keine Bettenplanung mehr zu machen und insgesamt wird versucht, Regelungen zunehmend zurückzunehmen. Gleichzeitig findet bundesweit eine Diskussion zum Thema Zentralisierung stationärer Strukturen statt. Plant man wirklich einen Umbau oder hat man nur einen kleinen Wandel vor?

**Bartelt:** Es wird eine Entwicklung dahin geben, dass spezialisierte Leistungen zentraler angebunden werden. Natürlich müssen örtliche Notfallversorgungen, allgemeine Versorgung der Inneren Medizin und der Chirurgie wohnortnah erhalten bleiben. Allerdings gibt es auch Krankenhäuser im ländlichen Bereich, die im Zuge solcher Strukturveränderungen vom Netz gehen, also geschlossen werden müssen.

**Bocklet:** Die Träger der Krankenhäuser sind die Kreise; sie haben den Auftrag, die Versorgung sicherzustellen. Es geht nicht darum, dass die Landespolitik bestimmte Krankenhäuser schließen will, sondern dass diese unter Trägerschaft des Kreises hochgradig defizitär sind. Wir müssen sicherstellen, dass die Versorgung gewährleistet ist und nicht jedes Krankenhaus retten, wenn es absolut defizitär ist.

**Sommer:** Wir sind uns darin einig, dass tatsächlich einzelne Krankenhäuser geschlossen werden müssen, weil es zu viele gibt. Wir müssen prüfen, wo welcher Bedarf besteht und wo eine Schließung eventuell notwendig und auch möglich ist. Wo wir ein bisschen auseinander gehen, ist der Aspekt der Steuerung durch das Land Hessen, das sich hier nicht aus der Verantwortung ziehen kann. Wenn Herr Bocklet die Schließung von Krankenhäusern damit begründet, dass sie defizitär sind, dann hätten wir in vielen Fällen keine wohnortnahe stationäre Versorgung mehr.

**Johna:** Eine große Rolle in der Debatte um die stationäre Versorgung spielt das Thema Qualitätsoffensive, die im Koalitionsvertrag der Bundesregierung steht. Allerdings frage ich mich, ob uns die Qualitätsoffensive in ihrer jetzigen Ausgestaltung wirklich weiterbringt? Oder benötigen wir zur Generierung und Sicherstellung von Qualität in Hessen nicht vielmehr eine Offensive zur Gewinnung von Pflegepersonal, um die Situation zu verbessern?



René Rock (FDP)

**Bartelt:** Wir sprechen seit Jahren über die Personalausstattung von Krankenhäusern, besonders im Pflegebereich: Soll man das staatlich regeln oder nicht? Mindestverordnung ist hierbei immer ein Stichwort, worüber auch im Hessischen Landtag interessante Debatten geführt werden. Wenn wir entsprechende Qualitätsvorgaben machen, können wir damit auch die Probleme lösen, die Standorte und Personalausstattung betreffen. Im Bereich des Landesbasisfallwertes waren wir immer dafür, dass dieser sich am Personalbedarf der Krankenhäuser orientiert.

**Sommer:** Qualität ist natürlich das A und O. Wir fordern – und das ist ja kein Geheimnis – als SPD hier in Hessen schon immer verbindliche Personalmindeststandards – und zwar in Differenzierung nach Berufsgruppen, Qualifikation etc.

**Buchalik:** Ich würde gerne abschließend noch auf ein heiß diskutiertes Thema eingehen, das mir – und den Allgemeinmedizinern insgesamt – besonders am Herzen liegt: der Masterplan Medizinstudium 2020. Inzwischen steht zwar ein Konzept, doch die Finanzierung ist bislang nicht sichergestellt. Wissen Sie, wie die Bundesregierung da zu einer Lösung kommen will? Oder was hat man für Vorschläge hier aus Hessen, um eine Finanzierung sicherzustellen?

**Bartelt:** Ich versuche, Ihre Frage in drei Teilen zu beantworten: Zunächst ist es gut, dass beschlossen wurde, die Allgemeinmedizin im Studium zu stärken und diese auch obligatorisch zu prüfen. Zweiter Punkt: Für die Allgemeinmedizin haben wir auf Landesebene bereits eine Infrastruktur geschaffen, an den Universitäten gibt es Lehrstühle für Allgemeinmedizin. Drittens müssen letztlich auch Strukturen für die ersten Praxiserfahrungen der Studierenden in den niedergelassenen Praxen geschaffen und finanziert werden.

**Sommer:** Wie gesagt: Momentan haben wir noch keinen belastbaren Finanzierungsplan, daran müssen sich natürlich alle Akteure beteiligen. Mir ist wichtig zu betonen, dass das Praxisquartal im ambulanten Bereich mit hohen Kosten verbunden sein wird. Und damit kommen wir zu der Frage, die uns immer umtreibt: Was ist uns unsere Gesundheit wert? Außerdem habe ich noch eine Rückfrage an Sie: Bayern fängt jetzt an, die Landarztquote umzusetzen. Glauben Sie, dass eine solche Quote auch hier in Hessen helfen würde?

**Buchalik:** Ich habe dazu eine ganz klare Meinung. Ich denke, wir sind jetzt an einem Punkt angelangt, an dem wir nur die Hälfte der Allgemeinmediziner weiterbilden, die künftig benötigt werden. Also fängt man nicht an einer Seite an, indem



Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU)

man beispielsweise solche Anstellungsmodelle schafft – das ist nur ein Weg –, sondern geht parallel mehrere Wege.

**Johna:** Auch innerhalb der Ärzteschaft sind wir uns nicht einig, ob die Landarztquote sinnvoll ist oder nicht. Kein Zweifel, die Kollegen auf dem Land und aus dem niedergelassenen Bereich müssen gefördert werden. Nur wäre es vielleicht der richtige Weg, die Tätigkeit auf dem Land für den niedergelassenen Allgemeinmediziner attraktiver zu gestalten, sowohl in der Vergütung als auch hinsichtlich möglicher Entlastungen, sodass die Kollegen von ganz allein wieder diesen Weg gehen.

**von Knoblauch zu Hatzbach:** Wir können glücklich sein, dass eine große Zahl von jungen Menschen Medizin studieren will. Aber da Medizin der teuerste Studienplatz überhaupt ist, wird sich hier häufig vor weiteren Investitionen gesträubt – dabei zahlt sich diese Investition später auf jeden Fall aus. Es ist nicht so, dass die Studienplätze nicht vorhanden sind. Aber aus Qualitätsgründen hat man vor langer Zeit festgelegt, dass auf einen Lehrenden sechs Studierende kommen sollen. Es sind am Ende zu wenige Studierende. Nicht das Geld ist die Motivation für ein Medizinstudium oder den Beruf auf dem Land. Es geht um die Einstellung. Die Situation auf dem Land ist so, dass viele ihre Vorstellungen dort nicht gewährleistet sehen. Wie kann ich also die Motivation der jungen Ärzte erreichen, damit sie wieder auf dem Land arbeiten wollen? Das ist die Frage, die wir uns stellen müssen.

Katja Möhrle  
Caroline McKenney



# Neuer Verwaltungssitz der Landesärztekammer

## Delegiertenversammlung beschließt Kauf des künftigen Kammergebäudes



Fotos: Lang & Cie. Real Estate AG / Meixner Schlüter Wendt GmbH

Frontalansicht der Planungsstudie des Gebäudes

Zweckmäßig, funktional und an dem wachsenden Aufgabenspektrum der ärztlichen Selbstverwaltung orientiert: so lautet der Anspruch an den Verwaltungssitz der Landesärztekammer. Das Mietobjekt im Frankfurter Stadtteil Hausen, seit über 20 Jahren das „Zuhause“ der Vertretung der hessischen Ärzteschaft, erfüllt diese Kriterien nicht mehr. Da der Mietvertrag der Räumlichkeiten Mitte 2019 ausläuft, mussten sich Präsidium und Geschäftsführung der Ärztekammer intensiv mit der Frage des weiteren Vorgehens befassen.

„In 32 Gremiumssitzungen, davon vier Delegiertenversammlungen, fünf Klausurtagungen und 16 Sitzungen des Präsidiums war der künftige Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen Thema“, fasste Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer der Kammer, auf der Delegiertenversammlung am 25. März zusammen. Die auch erwogene Variante, den

aktuellen Standort durch Umbau- und Modernisierungsmaßnahmen sowie räumliche Erweiterungen beizubehalten und gegebenenfalls auch mit dem Vermieter eine Abschlussvereinbarung zu treffen, habe sich nicht durchgesetzt, da die vorgestellten Planungen nicht den Anforderungen an ein zukunftsorientiertes Kammergebäude entsprachen, erläuterte Dr. med. Lars Bodammer, Präsidiumsmitglied der Kammer. Unter Hinzuziehung externer Berater hatte die Ärztekammer daher eine Lenkungsgruppe gebildet, die das Immobilienberatungsunternehmen black olive advisors GmbH damit beauftragte, ein geeignetes Gebäude mit Büro- und Veranstaltungsräumen in Frankfurt als Sitz der hessischen Ärzteschaft und Arbeitsfeld für rund 150 Mitarbeiter zu finden. Kein leichtes Unterfangen vor dem Hintergrund des äußerst dynamischen Frankfurter Immobilienmarkts. Auf der

Suche waren mehrere Bestands- und Neubauprojekte in den Blick genommen und auf den Prüfstand gestellt worden. Am Ende des Prozesses hatte sich das Präsidium der Landesärztekammer für ein Neubauprojekt im Frankfurter Osten entschieden und empfohlen, das Objekt aus wirtschaftlichen Gründen nicht zu mieten, sondern zu kaufen.

### Klare, funktionale Architektur

Transparent und detailliert beschrieben die Berater den Auswahlprozess. Prof. Thomas Zimmermann, beratender, aber nicht planender Architekt der Kammer, stellte das in einem Gebäudeensemble gelegene, jedoch alleinstehende und gut erreichbare Objekt in Innenstadtrandlage vor, das in Quadratmetern die Erfordernisse der LÄKH abbildete. Die Entwürfe zeichnen sich durch eine klare, funktionale Architektur aus. Das Entwicklungspotenzial der Hanauer Landstraße, an der das Ensemble gebaut werden soll, und die verkehrsgünstige Lage sprechen ebenfalls für das Objekt. „Ich halte das Gebäude bei allen Vergleichen hinsichtlich der funktionalen und räumlichen Qualitäten für alternativlos“, unterstrich Zimmermann am Ende seiner Ausführungen. „Das ist meine Einschätzung als Architekt.“

Wirtschaftsprüferin Cornelia Auxel legte anhand der betriebswirtschaftlichen Berechnungen dar, dass der Kauf der Immobilie im Vergleich zur Mietoption wirtschaftlich vorteilhafter für die LÄKH ist: „Die Finanzierung ist gesichert.“ Ein Urteil, das Armin Beck als Vorsitzender des Finanzausschusses, der dem Projekt einstimmig zugestimmt habe, bestätigte. Den professionellen Präsentationen schloss sich eine lebhafteste, teilweise kon-



### Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonprechstunde mit **Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach**: Wie kann sich die Landesärztekammer Hessen noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Der Präsident ist an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter Fon 069 97672-777 für Sie erreichbar:

- Dienstag, 6. Juni 2017
- Dienstag, 4. Juli 2017
- Dienstag, 1. August 2017



Seitenansicht der Planungsstudie von der Rückseite her mit Innenhof (Gebäude rechts)



Blick in einen Sitzungssaal

rovers geführte Diskussion über den möglichen künftigen Verwaltungssitz an. „Mir fehlt die Einbeziehung potenzieller Mietflächen in Bad Soden oder Karben“, beanstandete Joachim Odenwald (Marburger Bund); Dr. med. Matthias Moreth (Marburger Bund) kritisierte ebenfalls, dass nicht im Umland nach einer Immobilie gesucht worden sei. „Ist das Zentrum von Frankfurt als Standort nötig?“, wollte auch PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund) wissen: „Die Mitglieder sehen die LÄKH maximal ein- bis zweimal im Jahr. Repräsentativität ist also nicht so wichtig.“ Dr. med. Helge-Lothar Förster (Marburger Bund) unterstrich: „Wir wollen angemessene Arbeitsplätze für unsere Mitarbeiter.“ Spekulationen über eine mögliche Objektsuche im Umland erteilte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach eine Absage: „Laut Hauptsatzung ist Frankfurt Standort der Landesärztekammer.“

## Finanzierung voraussichtlich ohne Beitragserhöhungen

Mieten oder Kaufen? „Durch die Vorträge der Berater haben wir eine sachlich-objektive Entscheidungsgrundlage“, mit diesen Worten eröffnete Vizepräsidentin Monika Buchalik die Diskussion: „Als Präsidium empfehlen wir einen funktionalen und effektiven Kammersitz, für das Haupt- und das Ehrenamt. Die Vorteile sprechen für den Kauf.“ Die Delegierten diskutierten die Optionen Miete oder Kauf ausführlich, dabei wurde insbesondere die Frage nach möglichen Beitragserhöhungen kritisch erörtert: „Vor einer Entscheidung müssen wir über die Beitragsrelevanz sprechen!

Was in die Immobilie investiert werden soll, darf die Reserven der Ärztekammer nicht aufbrauchen. Eine Beitragserhöhung darf es nicht geben“, betonte Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund). Die Experten konnten diese Befürchtungen jedoch entkräften. Sie erläuterten, dass im Falle eines Kaufs, vorausgesetzt die Planannahmen treten ein, die Beiträge in den Folgejahren stabil gehalten werden können. Der Vorteil des Kaufs liege darin, dass man auf in der Vergangenheit gebildete Rücklagen zurückgreifen könne, um zukünftige Beitragssteigerungen zu vermeiden. Im Falle einer Mietoption sei die Gefahr einer Beitragserhöhung größer. „Nachdem, was uns von Gutachtern und Beratern vorgestellt wurde, erscheint ein Kauf angesichts der Berechnungen als die bessere Alternative“, argumentierte Dr. med. Peter Zürner (Fachärzte). Und der Ehrenpräsident der Landesärztekammer, Dr. med. Alfred Möhrle (Fachärzte),

ergänzte: „Ich bin der Meinung, wir sollten – nein wir müssen – dieses Objekt kaufen. Es handelt sich um ein sehr gutes Angebot.“ „Wir sind dazu verpflichtet, einen sparsamen und verantwortungsvollen Haushalt zu führen. Daher müssen wir die Immobilie kaufen, weil es die ökonomisch sinnvollste Entscheidung ist“, pflichtete Dr. med. Edgar Pinkowski (Fachärzte) seinen Vorrednern bei. Schließlich sprach sich die Delegiertenversammlung bei wenigen Enthaltungen einstimmig dafür aus, den Verwaltungssitz der Kammer in den Frankfurter Osten zu verlegen. Das Präsidium wurde beauftragt, die Verhandlungen zu führen und Verträge zu schließen. Nach erneuter, eingehender Prüfung des Kaufvertrages durch das Präsidium wurde der Kaufvertrag für das geplante Gebäude an der Hanauer Landstraße unterzeichnet. Der Umzug ist nach Fertigstellung des Neubauprojekts im Jahr 2019 geplant.

**Katja Möhrle**

Anzeige

# Morbus Dupuytren – eine Übersicht

VNR: 2760602017093550005

Dr. med. Fabian R. Wissing, Dr. med. Thomas Pierson, Prof. Dr. med. Henrik Menke

Die bekannte Tintenzeichnung der Studie zu den Händen eines Apostels von Albrecht Dürer (Abb. 1) scheint uns bei genauerer Betrachtung einen Hinweis auf ein mögliches Frühstadium der Palmarfibromatose der Hand, den Morbus Dupuytren (MD), zu geben [1]. Die charakteristische Krümmung der Finger, auch Apostelhand genannt, ist möglicherweise auf diese Erkrankung zurückzuführen. Es zeigen sich sowohl eine deutliche Krümmung im Mittelgelenk des Kleinfingers der rechten Hand als auch derbe Auftreibungen über den streckseitigen Mittelgelenken des Ring- und Kleinfingers der linken Hand als mögliche Frühboten der Erkrankung.

Beim MD handelt es sich um eine gutartige tumoröse Fibromatose der Palmaraponeurose der Hand, welche durch knoten- und strangartige Veränderungen in der Hohlhand und den Fingern charakterisiert ist. Die erste Beschreibung der Palmarfibromatose in der medizinischen Literatur erfolgte bereits im Jahr 1614 durch den Basler Arzt Felix Plater, welcher im dritten Band seines Werkes „Observationes“ eine Kontraktur der ulnaren Langfinger eines Steinmetzes beschrieb. Seit jeher haben sich Ärzte und Chirurgen mit der Ursachensuche und den Therapiemöglichkeiten des MD befasst – bis schließlich Guillaume Dupuytren, der Namensgeber der heute bekannten Erkrankung der Palmaraponeurose, im Jahre 1831 die erste Aponeurektomie durchführte [2].

Der Morbus Dupuytren ist eine autosomal dominant vererbte Erbkrankheit, welche vorwiegend in der nordeuropäischen Bevölkerung auftritt [3]. In Deutschland sind etwa 1,9 Millionen Menschen erkrankt [4], wobei die Inzidenz mit dem Alter zunimmt (50.–60. Lebensjahr) und sich eine deutlich androtrope Verteilung zeigt (M/F 6:1) [5, 6, 7].

In der Literatur wird eine erhöhte Morbidität bei Diabetes mellitus, Alkohol- und Nikotinabusus mit dem Morbus Dupuytren in Zusammenhang gebracht, eine traumatische Genese hat sich nach jahrelanger

Annahme nicht bestätigen können [7, 8]. Ebenfalls scheint ein Zusammenhang mit der Peyronie’schen Krankheit, der Induratio penis plastica, bislang nicht vollständig geklärt, obgleich genetische Überlappungen in Gewebeproben beider Erkrankungen festgestellt werden konnten [9]. Ein weiterer Bezug besteht zum Morbus Ledderhose, einer Verhärtung der Plantaraponeurose, welche in 15 Prozent der Fälle zusammen mit dem MD vorkommt [10]. Auch haben Patienten mit Frozen Shoulder acht mal häufiger MD als die Normalbevölkerung [11].

Die Exposition der Hände gegenüber hohen Kräften oder Vibrationen, wie dies beispielsweise bei Kletterern der Fall ist, wird als Risikofaktor eines MD diskutiert, da die Myofibroblastenaktivität durch mechanische Spannung des umgebenden Weichteilgewebes stimuliert wird [12, 13].

Die Kontrakturen sind gekennzeichnet durch eine Schrumpfung der Palmaraponeurose mit konsekutiver Krümmung der Finger [1]. In der Regel beginnt die schmerzfreie Erkrankung mit einer Knotenbildung in der Hohlhand. Am häufigsten betroffen sind der Kleinfinger, gefolgt von Ring- und Zeigefinger, in 70–80 % zeigt sich ein bilateraler Befall [4]. Während das MCP- und PIP-Gelenk von den Kontrakturen am häufigsten befallen werden, kommen diese im DIP-Gelenk nur selten vor [14].

Die Knoten- und Strangbildung beginnt mit einem zellproliferativen Stadium, welches über ein fibrozelluläres schließlich in ein terminales fibrotisches Stadium mündet [15]. Pathohistologisch kommt es im Verlauf der Erkrankung zu einer veränderten Kollagenzusammensetzung der Palmaraponeurose zu Gunsten von Kollagen III gegenüber Kollagen I, was konsekutiv zu einer Knoten- und Strangbildung mit zunehmender Kontraktur führt. Auf molekularer Ebene scheint der transforming growth factor (TGF-β) eine wesentliche Beteiligung an der Pathobiologie des MD zu haben. In einer experimentellen Ar-



Abb. 1: Betende Hände (auch: Studie zu den Händen eines Apostels) ist eines der am meisten reproduzierten Bilder von Albrecht Dürer (um 1508). Das Original befindet sich in der Albertina in Wien, Tintenzeichnung Papier (29,1 × 19,7 cm).

## Abkürzungsverzeichnis

DIP	Distales Interphalangeal Gelenk
GNB	Gefäß-Nerven-Bündel
KI	Kollagenaseinjektion
MCP	Metacarpo-Phalangeal -Gelenk
MD	Morbus Dupuytren
PIP	Proximales Interphalangeal Gelenk
PNF	Perkutane Nadelfaszziektomie

beit konnte beispielsweise gezeigt werden, dass die Blockade des Signalwegs von TGF-β die Dedifferenzierung von Myofibroblasten in ihren fibroblastischen Phänotyp induziert und es dadurch zu keiner weiteren Kontraktur kommt [16].

## Diagnose und Klassifikation

Die Diagnose des Morbus Dupuytren erfolgt nach rein klinischen Gesichtspunkten. Neben den Beugekontrakturen imponieren, insbesondere im Frühstadium, U-förmige Reliefstörungen über der distalen Hohlhandfurche mit umgebenden Hauteinziehungen – das sogenannte Hugh-Johnson-Zeichen [17]. Über den

streckseitigen PIP-Gelenken können kno- tige Auftreibungen, sog. Fingerknöchel- polster oder knuckle-pads (11–44 %) als Ausdruck einer ektopen Fibromatose auf- treten [7]. Die gebräuchlichste klinische Stadieneinteilung erfolgt nach Tubiana, wobei die Summe der Streckdefizite nach der Neutral-0-Methode des MCP-, PIP- und DIP-Gelenkes die Gesamtkontraktur ergibt. Die Einteilung erfolgt in vier Sta- dien (siehe Tab. 1, [18]):

Im Stadium 0 lässt sich ein Strang und im Stadium N ein Knoten tasten, beide sind jedoch frei von Kontrakturen und führen zu keinerlei funktioneller Einschränkung. Die Stadien I–IV beschreiben die Ge- samtkontrakturen aller Fingergelenke eines Strahles wie folgt:

Stadium I ( $0^{\circ}$ – $45^{\circ}$ )

Stadium II ( $46^{\circ}$ – $90^{\circ}$ )

Stadium III ( $91^{\circ}$ – $135^{\circ}$ )

Stadium IV ( $> 135^{\circ}$ ).

Im Falle einer Überstreckung des DIP-Ge- lenkes, wie es im Stadium IV vorkommen kann, wird das Ausmaß der Überstreckung zur Gesamtsumme hinzuaddiert. Eine gesonderte Einteilung existiert für die Adduktionskontraktur des Daumens, auf die hier jedoch wegen mangelnder Re- levanz im klinischen Alltag nicht einge- gangen wird (Abb. 2a, b).

## Therapie

Grundsätzlich muss angeführt werden, dass der MD als Zeichen eines systemi- schen Prozesses zu verstehen ist, und die chirurgische Behandlung keine Heilung darstellt, ähnlich wie dies auch bei der operativen Behandlung der rheumati- schen Hand der Fall ist [9]. Dennoch kann durch eine chirurgische Strangentfernung die Greiffunktion der Hand bedeutend verbessert werden und eine Reintegration in den Alltag erfolgen. Dies führt nicht nur zu einer Verbesserung der Lebensqualität, sondern hat auch sozioökonomische Fak- toren zur Folge.

Der richtige Zeitpunkt der Operation spielt dabei eine wesentliche Rolle für ein befriedigendes Ergebnis. So sollte bereits bei einer beginnenden Kontraktur ope- riert werden, da hier das OP-Risiko auf- grund der unveränderten Hautverhältnis- se noch relativ gering ist. Eine zu spät ge- stellte OP-Indikation geht häufig mit ei-

nem bleibenden Streckdefizit im MCP-, insbesondere im PIP-Gelenk einher, da die Kapselkontrakturen nicht mehr suffizient gelöst werden können.

Die Operation erfolgt unter Lupenbrillen- vergrößerung mit subtiler Schonung und ggf. Freipräparation der Gefäß- und Ner- venstrukturen. Die Menge des resezierten Dupuytren-Gewebes korreliert dabei nicht mit der Rezidivrate, so dass das Ziel einer jeden Operation die Wiedererlan- gung der kompletten Fingerstreckung darstellt und nicht die möglichst radikale Entfernung allen erkrankten Gewebes.

Bei ausgeprägteren Formen der DK sind nach Entfernung häufig plastisch-chirurgi- sche Verfahren zur Defektdeckung erfor- derlich.

## Nicht invasive Verfahren

Über Massagen, Schienenbehandlung und Glucokortikoidinjektionen im Frühstadium des MD wurde vielfach berichtet, jedoch gibt es hierfür keinerlei wissenschaftliche Evidenz. Die Röntgenbestrahlung hinge- gen hat sich als Therapieoption bei hypo- proliferativen, gutartigen Erkrankungen bereits etablieren können. Proliferierende Fibroblasten und Myofibroblasten sind radiosensitive Zellen, deren proliferative Ak- tivität durch freie Radikale eingeschränkt wird und es dadurch zu einer Hemmung des Wachstums kommt.

Es konnte bereits gezeigt werden, dass die Radiotherapie durch die Induktion freier Radikale das Fortschreiten des MD deutlich verlangsamt, wenn auch nicht aufhalten kann. In einer Arbeit von Betz et al. zeigten 69 % der bestrahlten Patienten im Frühsta- dium nach einem Follow-Up von 13 Jahren keine Progression der Erkrankung bei einer akzeptablen Strahlenbelastung der Hände. Insbesondere Patienten im Stadium N oder I nach Tubiana könnten von der Radiothe- rapie mit einem längerfristigen Progressi- onsstopp profitieren [4].

## Minimalinvasive Verfahren

Unter den minimalinvasiven Verfahren haben sich bislang die perkutane Nadelfas- ziotomie (PNF) und die Kollagenase-Injek- tion (KI) etablieren können. Sowohl die PNF als auch die KI stellen Behandlungs- formen dar, welche beide zum Ziel haben



Abb. 2a: Auswärts voroperiertes Rezidiv M. Dupuytren Stadium III nach Tubiana – Kleinfinger rechte Hand und Stadium II nach Tu- biana Ringfinger. Zusätzlich Narbenkontraktur durch gerade Schnittführung.



Abb. 2b: Postoperativer Aspekt gleiche Hand nach partieller Aponeurektomie des Ring- und Kleinfingers, Z-Plastik und Narbenexzision. Beachte: vollständige Streckung des Kleinfingers wieder möglich.

eine subkutane Ruptur des Dupuytren- stranges zu induzieren. Bei der PNF wird mit einer geschliffenen Nadel unter Lokal- anästhesie der Haut ein gut palpabler Strang in der Hohlhand unter einer gewis- sen Vorspannung perkutan mehrmals mit einer wellenartigen Bewegung perforiert, bis es zu einer Ruptur des betreffenden Strangs kommt.

Dabei muss jedoch immer wieder peni- belst die korrekte Lage der Kanüle über- prüft werden, um keine Verletzung von neurovaskulären Strukturen oder tendinö- sem Gewebe zu verursachen. Insbesonde- re der Bereich distal der distalen Hohl- handbeugefurche prädestiniert aufgrund dem geschwungen Verlauf von Arterien und Nerven zu iatrogenen Läsionen und sollte strikt vermieden werden [19].

Eine kontrolliert randomisierte Arbeit [20] verglich die Ergebnisse von PNF und par-



Abb. 3a: Intraoperativer Situs Hohlhand rechts mit Darstellung des Dupuytrenstranges



Abb. 3b: Abpräparierter Dupuytrenstrang nach distal hochgeklappt



Abb. 3c: Nach Exzision des Dupuytrenstranges und Darstellung der Gefäß-Nervenbündel

tieller Fasziektomie, wobei die Rezidivrate bei der PNF 85 % und bei der partiellen Aponeurektomie 21 % betrug. Die PNF-Patienten waren aufgrund der minimalinvasiven Behandlungsform und der kurzen Rekonvaleszenz initial zwar zufriedener, jedoch aufgrund der deutlich höheren Rezidivrate insgesamt unzufriedener als die Gruppe mit partieller Aponeurektomie. Insgesamt ist die Komplikationsrate bei der PNF als niedrig einzustufen. So kam es bei 1.000 mit der PNF behandelten Fingern in 0,1 % der Fälle zu Nervenläsion und in 3,4 % der Fälle zu Sehnenverletzung, bei jedoch insgesamt hoher Rezidivrate insbesondere bei jüngeren Patienten [21]. Als Vorteil der minimalinvasiven Verfahren sind die niedrigen Komplikationsraten, die kurze Rekonvaleszenz als auch die einfache und kostensparende Durchführbarkeit im ambulanten Setting zu nennen. Gegenüber der chirurgischen Therapie kommt es jedoch zu deutlich mehr Rezidiven, wie dies insbesondere in den höheren Dupuytrenstadien der Fall ist.

Bei der Behandlung mittels Kollagenase-Injektion (KI) wird eine kleines Depot Kollagenase Clostridiumhistolyticum Lösung (im Bereich des MCP-Gelenks 0.25 ml, im Bereich des PIP-Gelenks 0.20 ml) direkt in den spannenden Dupuytren-Strang injiziert. Durch die injizierte Lösung kommt es im Folgenden zu einer enzymatischen Andauung des Dupuytren-Gewebes (Kollagen I und III), welches in einer zweiten Sitzung am Folgetag manuell durchbrochen wird, indem unter Lokalanästhesie und

zunehmender Zugausübung der entsprechende Strang rupturiert („cord breaking“). Gegebenenfalls sind wiederholte Injektionen notwendig, um ein befriedigendes Ergebnis zu erlangen.

Dieses Verfahren stellt eine mögliche Alternative zur partiellen Aponeurektomie dar, wobei aussagekräftige Langzeitergebnisse nach Kollagenasebehandlung bislang noch fehlen. Auch sind die im viertstelligen Bereich liegenden Kosten aktuell nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen enthalten.

### Chirurgische Therapie

Die Operation des MD zählt zu den häufigsten handchirurgischen Eingriffen und kann in der Regel ambulant unter Plexusanästhesie oder sogar mittels Wide-Awake-Approach, Lokalanästhesie mit Adrenalinzusatz, erfolgen [22]. Die partielle Aponeurektomie stellt nach wie vor den Goldstandard der chirurgischen Behandlung des MD dar (Abb. 3a–c). Dabei wird das befallene Dupuytren-Gewebe radikal reseziert, wobei Sehngewebe, Weichteile und insbesondere neurovaskuläre Strukturen unter mikrochirurgischer Präparation unbedingt geschont werden. Bei diesem Verfahren wird nur das makroskopisch erkrankte Gewebe entfernt – im Gegensatz zur kompletten Aponeurektomie, wo die gesamte Palmaraponeurose aller Strahlen unter Mitnahme des erkrankten Gewebes bis in die Finger mit entfernt wird.

Im Falle eines ausgeprägten Erkrankungsstadiums kann in ausgewählten Fällen bei jüngeren Patienten die „open-palm-technique“ erwogen werden. Über eine lange Querinzision in der Hohlhand wird das erkrankte Gewebe aponeurektomiert und der Wundverschluss über die sekundäre Wundheilung unter Inkaufnahme einer verlängerten Wundheilung von sechs bis acht Wochen erzielt.

Bei der segmentalen Aponeurektomie (scharfe Aponeurektomie) wird über dem für die Kontraktur verantwortlichen Strang oder Knoten ein kleiner C-förmiger Schnitt gemacht und nur das erkrankte Gewebe entfernt. Ziel dieses Verfahrens ist eine Verbesserung in der Wiedererlangung der Streckfähigkeit unter Belassung des restlichen Dupuytren-Gewebes. Ist das Dupuytren-Gewebe fest mit der Haut verbacken, kann optional im Rahmen einer Dermatofasziektomie zusätzlich die Haut mitreseziert werden, welche schließlich mit einem Vollhauttransplantat gedeckt werden muss. Im Bereich der transplantierten Hautareale scheint es zu keiner neuen Strangbildung mehr zu kommen, so dass bei diesem Verfahren der Vorteil in der niedrigen Rezidivrate zu sehen ist [14, 23]

In seltenen Fällen verbleibt nach Resektion des Dupuytren-Gewebes eine Restkontraktur im PIP-Gelenk insbesondere des Kleinfingers als Folge der chronischen Flexionsstellung. Dies wird unter anderem durch Kapselschrumpfung verursacht. Verbleibt nach Strangentfer-

nung eine Beugekontraktur von 20 Grad, wird durch Lösung ligamentärer Strukturen im Sinne einer chirurgischen Arthrolyse üblicherweise eine vollständige intraoperative Streckung des betroffenen Strahls erzielt.

Ogleich die ergänzende Mittelgelenksarthrolyse mit einer erhöhten Rezidivrate einhergeht, hat sie dennoch ihren Stellenwert und ist bei verbleibender Restbeugekontraktur zu empfehlen [24]. Das am Ende der Operation erreichte Streckungsergebnis bestimmt den Verlauf, sekundäre Aufdehnungsversuche sind erfahrungsgemäß frustan. Die bei fortgeschrittenem Stadium nach wiedererlangter Streckfähigkeit anfallenden Hautdefekte bedürfen einer plastisch-chirurgischen Deckung mittels Z-Plastiken.

### Nachbehandlung

Die Nachbehandlung umfasst regelmäßige Wundkontrollen, die Entfernung des Fadenmaterials am zwölften postoperativen Tag und die Sensibilitätsprüfung der betroffenen Finger. Am zweiten postoperativen Tag erfolgt der erste Verbandswechsel mit Entfernung der eingebrachten Drainagen.

Der Patient führt im Rahmen einer frühfunktionellen Bewegung – gegebenenfalls unter physiotherapeutischer Anleitung – regelmäßig Streckübungen durch. Im Falle einer zusätzlichen Mittelgelenksarthrolyse ist gegebenenfalls eine Fingerschiene notwendig. Eine spezielle Ruhigstellung ist nicht zu empfehlen.

### Aufklärung und Komplikationen

Neben den üblichen allgemeinen Komplikationen wie Hämatom, Infektion und der Entwicklung eines komplexen regionalen Schmerzsyndroms muss der Patient im Besonderen über folgende Punkte aufgeklärt werden:

- Sensibilitätsstörung aufgrund Neuropraxie,
- Gefäßnervenläsionen bei ausgeprägtem Befund, insbesondere bei Rezidiveingriffen, und möglicher Fingerverlust,
- Restbeugekontraktur oder teilweise Verlust der Beugefähigkeit,

**Tabelle 1: Stadien des M. Dupuytren nach Tubiana [18]**

Stadium	Kontraktur in Grad
0	Strang, keine Kontraktur
N	Knoten, keine Kontraktur
I	0°–45°
II	46°–90°
III	91°–135°
IV	> 135°

- Wundnekrosen, Lappennekrosen, Transplantatverlust,
- hohe Rezidivrate, je nach Literatur bis zu 29 %.

### Blick in die Zukunft

Da der M. Dupuytren eine systemische Erkrankung darstellt, handelt es sich bei der chirurgischen Therapie um eine symptomatische Lösung. Seit der Behandlung dieser Handerkrankung wurden bereits über hundert verschiedene OP-Techniken beschrieben. Dies verdeutlicht, dass die ausschließlich lokale Behandlung keinen kausalen Therapieansatz darstellt. Ähnlich wie bei der Behandlung der rheumatoiden Arthritis stellt der primäre Angriffspunkt die veränderte Biologie des Gewebes dar. So konnte beispielsweise eine Tamoxifengabe nach Aponeurektomie von Hochrisikopatienten die Rezidivrate erheblich reduzieren [25].

Die zukünftigen Therapiemöglichkeiten, beispielsweise mit microRNA oder siRNA um die Expression von TGF-β1 oder deren

Rezeptoren zu inhibieren oder das exzessive crosslinking von Kollagen zu verhindern, gilt es noch zu erforschen, um die Behandlung des M. Dupuytren grundlegend verändern zu können [8].

### Zusammenfassung

- Männer sind häufiger betroffenen mit Zunahme ab dem 50. Lebensjahr.
- Endogene als auch Umweltfaktoren spielen eine wesentliche Rolle in der Entstehung.
- Der M. Dupuytren stellt eine systemische Erkrankung dar und kann bislang nur symptomatisch behandelt werden.
- Die Therapie sollte nur vom erfahrenen Handchirurgen durchgeführt werden, intraoperative Komplikationen müssen sofort behandelt werden.
- Nicht invasive Therapieverfahren haben eine geringere Komplikations-, jedoch eine deutlich höhere Rezidivrate.
- Die partielle Aponeurektomie ist der Goldstandard unter allen Verfahren.

**Dr. med. Fabian R. Wissing,  
Dr. med. Thomas Pierson,  
Prof. Dr. med. Henrik Menke**

Sana Klinikum Offenbach  
Klinik für Plastische und Ästhetische  
Chirurgie, Handchirurgie  
– Schwerbrandverletzententrum-  
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 06/2017.

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Morbus Dupuytren – eine Übersicht**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich on-

line über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.05.2017 bis 24.05.2018** 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.

# Multiple Choice-Fragen:

## Morbus Dupuytren – eine Übersicht

VNR: 2760602017093550005

*(nur eine Antwort ist richtig)*

**1. Welche Aussage bzgl. der Ätiopathologie des Morbus Dupuytren (MD) ist richtig?**

- 1) Der MD ist eine maligne ausschließlich die Hand betreffende Erkrankung.
- 2) Der MD tritt häufig schon im frühen Lebensalter (ab dem 18. Lebensjahr) in Erscheinung.
- 3) Der MD kommt nur in Europa vor.
- 4) Der MD ist eine gutartige Fibromatose der Hand.

**2. Welche Aussage bezüglich des MD ist richtig?**

- 1) Die klinische Erstbeschreibung erfolgte durch Guillaume Dupuytren.
- 2) Die Erkrankung zeigt keine Geschlechtsspezifität.
- 3) Alkohol, Diabetes mellitus und Nikotinabusus werden nicht mit dem MD in Zusammenhang gebracht.
- 4) Der MD ist eine autosomal dominant vererbte Erkrankung.

**3. Welche Aussage bezüglich der Epidemiologie des MD ist falsch?**

- 1) Die Inzidenz nimmt beim MD mit dem Alter ab 50 bis 60 Jahren zu.
- 2) Der MD betrifft in der Regel überwiegend die nordeuropäische Bevölkerung.
- 3) In 15 Prozent der Fälle kommt es auch zur Verhärtung der Plantaraponeurose (M. Ledderhose).
- 4) Beim MD handelt es sich um eine typische Berufserkrankung.

**4. Welche Aussage bezüglich des klinischen Bildes der MD ist falsch?**

- 1) Der MD manifestiert sich am häufigsten am Kleinfinger.
- 2) In 70–80 Prozent zeigt sich beim MD ein bilateraler Befall.
- 3) MD ist keine schmerzhafte Erkrankung.
- 4) Alle Finger-Gelenke sind beim MD gleichmäßig betroffen.

**5. Welche Aussage bzgl. der Ätiopathogenese des MD ist falsch?**

- 1) Die Knoten und Strangbildung beginnen mit einem Zellproliferationsstadium.
- 2) Pathohistologisch kommt es im Verlauf zu einer veränderten Kollagenszusammensetzung zu Gunsten von Kollagen I gegenüber Kollagen III.
- 3) An der Pathobiologie scheint der transforming growth factor (TGF- $\beta$ ) eine wesentliche Rolle zu spielen.
- 4) Hohe Kräfte oder Vibrationen werden als Risikofaktoren diskutiert.

**6. Welche Aussage bzgl. der Klinik und bei der Diagnosestellung des MD ist richtig?**

- 1) Die MRT Diagnostik ist bei dieser Weichteilerkrankung unverzichtbar.
- 2) Die Diagnose wird immer nur histologisch gestellt.
- 3) Die U-förmige Reliefstörung der Haut tritt typischerweise im Frühstadium auf.
- 4) Die Diagnose wird nicht klinisch gestellt.

**7. Welche Aussage bezüglich der Stadieneinteilung des MD ist falsch?**

- 1) Die gebräuchlichste Stadieneinteilung erfolgt nach Tubiana.
- 2) Die Streckdefizite der einzelnen Fingergelenke werden addiert und bestimmen das Stadium.
- 3) Die Stadieneinteilung hat nur für die Diagnosestellung nicht aber für die Therapie eine Relevanz.
- 4) Das Stadium „N“ beschreibt das Knotenstadium ohne Kontraktur.

**8. Welche Aussage bezüglich der Therapie MD ist richtig?**

- 1) Die partielle Aponeurektomie ist die einzige operative Therapie.
- 2) Die Perkutane Nadelfasziektomie hat eine geringe Rezidivrate.
- 3) Massagen und Schienenbehandlung sind immer vor jeder Operation anzuwenden, da es hierfür eine gute wissenschaftliche Evidenz gibt.
- 4) Die Menge des resezierten Dupuytrensgewebes korreliert nicht mit der Rezidivrate, das Ziel der Therapie ist die Wiedererlangung der kompletten Fingerstreckung.

**9. Welche Aussage bezüglich der Therapie des MD ist falsch?**

- 1) Die partielle Aponeurektomie ist der Goldstandard.
- 2) Bei der Operation handelt es sich um einen häufigen ambulanten Eingriff.
- 3) Die partielle Aponeurektomie wird in der Regel in Plexus oder Lokalanästhesie mit Adrenalinzusatz (Wide-Awake-Approach) durchgeführt.
- 4) Eine Sehhilfe (Lupenbrille) wird in der Regel nicht benötigt, da die Strukturen alle sehr übersichtlich und damit gut zu identifizieren sind.

**10. Welche Aussage bezüglich der Operationsaufklärung und dessen Komplikationsmöglichkeiten beim MD ist falsch?**

- 1) Über mögliche postoperative Sensibilitätsstörungen sollte unbedingt aufgeklärt werden.
- 2) Bei ausgeprägten Befunden und Rezidiveingriffen kann es durchaus zur Fingeramputation kommen.
- 3) Restkontrakturen lassen sich nicht immer vollständig vermeiden.
- 4) Die Rezidivrate des MD ist sehr gering (> 1 %).

## Literatur zum Artikel:

## Morbus Dupuytren – eine Übersicht

von Dr. med. Fabian R. Wissing, Dr. med. Thomas Pierson, Prof. Dr. med. Henrik Menke

- [1] Gudmundsson K, Jonsson T, Arngrimsson R. \nGuillaume Dupuytren and finger contractures\n. \nThe Lancet\n. 2003;\n362\n(\n9378\n):165–8.
- [2] Leithgöb O, Peicha G, Clement H, Leithgöb O, Windisch G, Grechenig W, Seibert FJ, Peicha G, Clement HG. Morbus Dupuytren – Historische Entwicklung und klinische Anatomie. *Eur Surg*. 2002;34(S3):87–9.
- [3] Desai SS, Hentz VR. The treatment of Dupuytren disease. *J Hand Surg Am* (Internet). 2011 May (cited 2015 Dec 5);36(5):936–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21527148>
- [4] Betz N, Ott OJ, Adamietz B, Sauer R, Fietkau R, Keilholz L. Radiotherapy in early-stage Dupuytren's contracture. Long-term results after 13 years. *Strahlenther Onkol* (Internet). 2010 Feb (cited 2015 Dec 5);186(2):82–90. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20127225>
- [5] Hindocha S, Stanley JK, Watson S, Bayat A. Dupuytren's diathesis revisited: Evaluation of prognostic indicators for risk of disease recurrence. *J Hand Surg Am* (Internet). 2006 Dec (cited 2015 Dec 5);31(10):1626–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17145383>
- [6] Wilbrand S, Ekbohm A, Gerdin B. The sex ratio and rate of reoperation for Dupuytren's contracture in men and women. *J Hand Surg Br* (Internet). 1999 Aug (cited 2015 Dec 5);24(4):456–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10473157>
- [7] Brenner P, Rayan GM. Morbus Dupuytren (Internet). Vienna: Springer Vienna; 2003 (cited 2015 Dec 5). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/978-3-7091-6723-6>
- [8] Scott W, Wolfe, MD, William C. Pederson, MD, Robert N. Hotchkiss, MD and Scott H. Kozin M. Green's Operative Hand Surgery 7th edition – ISBN: 9781416052791 | US Elsevier Health Bookshop (Internet). 2016. Available from: <http://www.us.elsevierhealth.com/orthopaedics/green-operative-hand-surgeryexpert-consult/9781416052791/>
- [9] Eaton C. Evidence-based medicine: Dupuytren contracture. *Plast Reconstr Surg* (Internet). 2014;133(5):1241–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24776555>
- [10] Gudmundsson KG, Jónsson T, Arngrimsson R. Association of Morbus Ledderhose with Dupuytren's contracture. *Foot ankle Int* (Internet). 2013 Jun 1 (cited 2017 Jan 8);34(6):841–5. Available from: <http://fai.sagepub.com/lookup/doi/10.1177/1071100713475352>
- [11] Smith SP, Devaraj VS, Bunker TD. The association between frozen shoulder and Dupuytren's disease. *J Shoulder Elb Surg* (Internet). (cited 2017 Jan 8);10(2):149–51. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11307078>
- [12] Logan AJ, Mason G, Dias J, Makwana N. Can rock climbing lead to Dupuytren's disease? *Br J Sports Med* (Internet). 2005 Sep (cited 2016 Jan 23);39(9):639–44. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1725323&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
- [13] Huang C, Ogawa R. Fibroproliferative disorders and their mechanobiology. *Connect Tissue Res* (Internet). 2012 Jan (cited 2016 Jan 23);53(3):187–96. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22329637>
- [14] Spanholtz T. Die operative Therapie des Morbus Dupuytren. *Handchirurgie Scan* (Internet). © Georg Thieme Verlag KG; 2013 Jun 11 (cited 2015 Dec 5);2(2):157–68. Available from: <https://www.thieme-connect-de.proxy.ub.unifrunkfurt.de/products/ejournals/abstract/10.1055/s-0033-1344077>
- [15] Balaguer T, David S, Ihrari T, Cardot N, Daideri G, Lebreton E. Histological staging and Dupuytren's disease recurrence or extension after surgical treatment: a retrospective study of 124 patients. *J Hand Surg Eur Vol* (Internet). 2009 Aug (cited 2015 Dec 5);34(4):493–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19675030>
- [16] Krause C, Kloen P, Ten Dijke P. Elevated transforming growth factor  $\beta$  and mitogen-activated protein kinase pathways mediate fibrotic traits of Dupuytren's disease fibroblasts. *Fibrogenesis Tissue Repair* (Internet). 2011 Jun 28 (cited 2016 Oct 26);4(1):14. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21711521>
- [17] Johnson HA. The Hugh Johnson sign of early Dupuytren's contracture. *Plast Reconstr Surg* (Internet). 1980 May (cited 2015 Dec 5);65(5):697. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7367516>

- [18] Tubiana R, Michon J, Thomine JM. Scheme for the assessment of deformities in Dupuytren's disease. *Surg Clin North Am* (Internet). 1968 Oct (cited 2015 Dec 5);48(5):979–84. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5683795>
- [19] Spies CK, Müller LP, Skouras E, Bassmir D, Hahn P, Unglaub F. Die perkutane Nadelaponeurotomie der Dupuytren-Kontraktur. *Oper Orthop Traumatol* (Internet). 2015; (August 2014). Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00064-015-0417-5>
- [20] van Rijssen AL, ter Linden H, Werker PMN. Five-year results of a randomized clinical trial on treatment in Dupuytren's disease: percutaneous needle fasciotomy versus limited fasciectomy. *Plast Reconstr Surg* (Internet). 2012 Feb (cited 2015 Dec 5);129(2):469–77. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21987045>
- [21] Pess GM, Pess RM, Pess RA. Results of needle aponeurotomy for Dupuytren contracture in over 1,000 fingers. *J Hand Surg Am* (Internet). 2012 Apr (cited 2015 Dec 5);37(4):651–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22464232>
- [22] Lalonde DH, Wong A. Dosage of Local Anesthesia in Wide Awake Hand Surgery. *J Hand Surg Am*. 2013; 38:2025–8.
- [23] Henry M. Dupuytren's disease: current state of the art. *Hand (N Y)* (Internet). 2014;9:1–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24570630>
- [24] Hohendorff B, Biber F, Sauer H, Ries C, Spies C, Franke J. Die ergänzende Mittelgelenkarthrolyse bei der operativen Behandlung einer Dupuytren'schen Beugekontraktur am Finger. *Oper Orthop Traumatol* (Internet). Springer Berlin Heidelberg; 2016 Feb 2 (cited 2016 Oct 26);28(1):4–11. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s00064-015-0427-3>
- [25] Degreef I, De Smet L. Dupuytren disease: on our way to a cure? *Acta Orthop Belg* (Internet). 2013 Jun (cited 2016 Oct 26);79(3):243–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23926723>

# „The Right Stuff: How Do We Make Moral Choices?“

## Kommentar zu einer Vorlesung Gwen Adsheads über medizinethische Fragen

Wie werden in der Medizin moralische Entscheidungen getroffen? Und wie lässt sich – und lässt sich überhaupt – bestimmen, was aus medizinethischer Sicht gute bzw. richtige Entscheidungen sind? Diese Fragen diskutierte die forensische Psychiaterin und Psychotherapeutin Dr. Gwen Adshead in der Vorlesung „The Right Stuff: How Do We Make Moral Choices?“, die sie Anfang Februar als Gastprofessorin am britischen Gresham College hielt.

Im Jahr 1894 amputierte ein Hamburger Chirurg bei einem an Knochentuberkulose erkrankten neunjährigen Mädchen einen Vorfuß. Die Operation, die eindeutig medizinisch indiziert war, verlief erfolgreich, und die Krankheit des Mädchens konnte ausheilen. Eine Wendung bekam dieser sogenannte Hamburger Fall durch den Umstand, dass der Vater des Kindes dem Arzt diesen Eingriff ausdrücklich untersagt hatte. Der Hamburger Staatsanwalt Richard Keßler brachte den Fall vor das Reichsgericht und argumentierte, dass ein medizinischer Eingriff Körperverletzung und nur unter der Voraussetzung der eindeutigen Zustimmung des Betroffenen legitimiert sei. Das Gericht, das zwar die medizinische Begründung des Arztes anerkannte – er wurde letztlich freigesprochen –, stimmte dem grundsätzlich zu und definierte damit eine der ersten juristischen Grundlagen für das heute geltende Prinzip der informierten Einwilligung.<sup>1</sup>

Dieses Prinzip widerspricht der Ansicht, die, wie Adshead in ihrer Vorlesung konstatiert, jahrzehntelang vorherrschend war, dass nämlich eine gute ethische Entscheidung in der Medizin deckungsgleich mit einer guten klinischen Entscheidung sei. Aus einer solchen paternalistischen Perspektive läge es nahe, die Selbstbestimmung des Patienten als potenziellen Störfaktor für die ärztliche Entscheidungsfindung zu betrachten: Gut und richtig wäre das, was medizinisch indiziert ist.



Dr. Gwen Adshead, forensische Psychiaterin und Psychotherapeutin

Adshead selbst berichtet von einem juristischen Streitfall („Murray vs. McMurchy“), der 1949 in den USA ausgetragen wurde: Während einer Kaiserschnittoperation band ein Chirurg die Eileiter der Frau ab – ohne deren vorherige Zustimmung –, da er erkannte, dass eine weitere Schwangerschaft ebenso wie ein erneuter operativer Eingriff eine Gefahr für die Gesundheit der Frau bedeutet hätte. Sie klagte und bekam recht.

Das Handeln des Arztes, folgert Adshead, habe sich an den medizinischen Fakten und an seiner Bewertung dieser Fakten orientiert, der Perspektive der Frau und der Souveränität über ihren Körper habe er jedoch keine Bedeutung beigemessen. Der Arzt maß sich an zu entscheiden, dass die Frau keine Kinder mehr bekommen dürfe. Adshead vermutet, dass dieses paternalistische Verhalten auch in einem größeren gesellschaftlichen Kontext betrachtet werden muss: als Ausdruck männlicher Herrschaft über die reproduktiven Möglichkeiten der Frauen.

Für Adshead besteht das grundlegende Dilemma darin, dass sich die Medizin als Wissenschaft zu sehr auf die Erforschung von objektiven Fakten und Kausalitäten beschränkt habe und darüber die Subjektivität des Patienten, seine lebensweltlichen Erfah-

rungen und sein individuelles Krankheitserleben – und nicht zuletzt seine Autonomie – aus dem Blick verloren habe. Solche Kritik an der mangelnden Patientenzentriertheit der Medizin ist bis heute nicht obsolet geworden; aber sie werde, so Adshead, wahr- und ernstgenommen, und die Entwicklung hin zu einer deutlich patientenorientierten Medizin als etwa noch vor 50 Jahren sei durch die zunehmende Anerkennung durch Ärzte befördert worden, dass sie unweigerlich selbst einmal Patienten sein werden und dass eine medizinische Ausbildung nicht immun gegen Schmerz und Leiden macht.

Im weiteren Verlauf der Vorlesung kommt Adshead auf das „Vier-Prinzipien-Modell“ zu sprechen, das die amerikanischen Philosophen Tom Beauchamp und James Childress Ende der 1970er-Jahre eigens für eine medizinische Ethik entwickelt hatten und das seither großen Einfluss gewonnen hat.

### Vier-Prinzipien-Modell

Laut diesem Modell sollen in medizinethischen Fragen vor allem folgende vier Prinzipien handlungsleitend sein:

- das Wohltun
- das Nicht-Schaden
- die Gerechtigkeit sowie
- die Autonomie des Patienten.

Letzterer werde, wie Adshead betont, trotz der prinzipiellen Gleichwertigkeit der vier Prinzipien implizit die größte Gewichtung beigemessen. Adshead zufolge besteht das große Verdienst des Modells darin, dass es Medizinern ein Reflektieren ethischer Entscheidungen ermöglichte, das auf Argumenten aus der Moralphilosophie basierte und nicht wie zuvor allein auf den praktischen Erfahrungen im klinischen Feld.

Autonomie versteht Adshead nicht als eine Art kognitiver Fähigkeit, die man entweder hat oder eben nicht; vielmehr sei sie als Ausdruck der auf Erfahrungen

<sup>1</sup> Vgl. Th. Noack (2007): Die Beziehung zwischen Arzt und Patient. In: Th. Noack et al. (Hg.): Querschnitt Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin. München. S. 27–36, hier: S. 35 f.;

B. Wolf-Braun (2010): Die Arzt-Patient-Beziehung im Kontext der naturwissenschaftlichen Medizin der Jahre 1850–1900. In: H.-Chr. Deter (Hg.): Die Arzt-Patient-Beziehung in der modernen Medizin. Die Kunst der Beziehungsgestaltung in der ärztlichen Heilkunde. Göttingen. S. 86–102, hier: S. 96 f.

beruhenden Identität eines Menschen immer im Kontext seiner spezifischen lebensweltlichen Bedingungen zu betrachten. Das bedeute auch, dass die Kapazitäten eines Menschen, schwerwiegende moralische Entscheidungen zu treffen, sich mit den verschiedenen Beziehungen und den jeweiligen Graden von Verletzbarkeit und Bedürftigkeit verändern können.

So sei für Menschen, die über einen längeren Zeitraum auf die Pflege und Unterstützung durch andere Menschen angewiesen sind, die Autonomie innerhalb der Beziehung zu diesen zu verorten und werde unter Umständen durch sie erst ermöglicht. Daher sei es wichtig, Verletzbarkeit und Bedürftigkeit nicht als generelle Unfähigkeit zu autonomen Entscheidungen und damit womöglich als Rechtfertigung für paternalistisches Handeln aufzufassen, sondern als Aspekte der Identität eines Menschen, die in den jeweiligen Entscheidungsprozessen entsprechend berücksichtigt werden müssten.

Unterschiedliche Erfahrungen und Werthaltungen können zu unterschiedlichen und sich möglicherweise widersprechenden Interpretationen führen. Um eine moralisch bestmögliche Entscheidung treffen zu können, ist es für Adshead daher von zentraler Bedeutung, diesen Prozess der Interpretation soweit wie möglich nachzuvollziehen. Hierbei müsse auch ein etwaiges emotionales Unbehagen der Beteiligten mit einbezogen und zur Sprache gebracht werden; ein einseitig rationales Abwägen sei dagegen unangebracht. Dass gute Entscheidungen nicht errechenbar sind und die Verantwortung nicht an *scores* oder sonstige quantifizierbare Werte abgegeben werden kann, impliziert auch die Chance für die Medizin, sich stärker auf die individuellen Erfahrungen und das persönliche Krankheitserleben des Patienten zu besinnen, die von den „objektiven“ medizinischen Befunden abweichen oder ihnen sogar entgegengesetzt sein können.

Einer medizinischen Ethik müsste es in diesem Sinne – emphatisch gesprochen – um eine Stärkung der moralischen Urteilskraft zu tun sein. Hierzu bedarf es zum einen der Aufgeschlossenheit für

konkrete individuelle Erfahrungen – sowohl für die eigenen als auch für die des jeweils Anderen – und zum anderen der Möglichkeit und der Bereitschaft, diese zu reflektieren; es käme also auf eine gelungene Vermittlung von Theorie und Erfahrung an. Grundlegend hierfür wäre auch ein gesellschaftskritisches Bewusstsein und damit eine Reflexion dessen, dass der Reichweite medizinischer Mittel Grenzen gesetzt sind – zumal angesichts menschlichen Leidens, das aus gesellschaftlichen Verhältnissen resultiert. Insofern müsste eines der ersten Ziele einer Medizinethik sein, die Erfahrungen der mit der medizinischen Tätigkeit einhergehenden Ambivalenzen von technisch Machbarem einerseits und der Unverfügbarkeit und Vulnerabilität menschlichen Lebens andererseits explizit und bewusst zu machen. Auf diese Weise könnte sie dazu beitragen, zukünftigen medizinischen Grenzüberschreitungen vorzubeugen, sowohl in der direkten Beziehung zwischen Arzt und Patient als auch in einem größeren gesellschaftlichen Kontext. Denn noch immer, so Adshead zum Abschluss ihrer Vorlesung, tun Ärzte „schlechte“ Dinge; auch dann, wenn sie in anderer Hinsicht gute Menschen sind und ihr „Handwerk“ beherrschen.

### Diskussion

Adshead greift in ihrer Vorlesung viele, vor allem aktuell diskutierte medizinethische Fragen auf und erläutert sie mit Bezug auf Fallbeispiele, Studien und Aspekte der Moralphilosophie auf nachvollziehbare Weise. Was etwas zu kurz kommt, ist die Bedeutung der Geschichte, insbesondere die der Medizin zur Zeit des Nationalsozialismus. Lediglich an einer Stelle weist Adshead darauf hin, dass die heutige Medizinethik auch als Konsequenz aus dem Nürnberger Ärzteprozess zu verstehen ist, was sie aber nicht näher erläutert. Die Frage danach, was das Richtige – „the right stuff“ – sei, lässt sich jedoch kaum ohne Bezug auf diese Geschichte beantworten. Denn sie hat auf drastische Weise gezeigt, was geschehen kann, wenn die Medizin einer Allmachtsvorstellung er-

liegt und das ihrer Ansicht nach Gute und Richtige, nämlich die Schaffung eines gesunden und produktiven „Volkskörpers“, unter radikaler Missachtung der Autonomie des Einzelnen durchzusetzen trachtet.

Dass weder die heute anerkannten medizinethischen Werte und Normen noch die damit zusammenhängende Art und Weise, wie in der Medizin moralische Entscheidungen getroffen werden, kontext- und zeitunabhängig sind, impliziert auch, dass eine Reflexion des Vergangenen Einfluss haben kann auf Entscheidungsprozesse im medizinischen Alltag – so weit sie inhaltlich und zeitlich auch von diesem Vergangenen entfernt scheinen mögen.

Müsste dem Philosophen Theodor W. Adorno zufolge eine jede Philosophie nach Auschwitz dem „neuen kategorischen Imperativ“ – alles „Denken und Handeln so einzurichten, daß Auschwitz nicht sich wiederhole, nichts Ähnliches geschehe“<sup>2</sup> – Rechnung tragen, so versucht der Psychiater Klaus Dörner in seinem Lehrbuch „Der gute Arzt“ „Elemente für eine ‚Medizin nach Hadamar‘<sup>3</sup> zu entwickeln“<sup>4</sup>. Diese müssten konstitutiv sein für eine ärztliche Grundhaltung, aus der heraus moralische Entscheidungsprozesse – die stets fehlbar sind – anzugehen wären.

Die Vorlesung von Dr. Gwen Adshead wurde auf der Homepage des Gresham College sowohl als Audiodatei als auch in Textform veröffentlicht:

Sie ist Teil der drei Vorlesungen umfassenden Reihe „The Right Stuff: Ethics and Moral Psychology“.

Link: [www.gresham.ac.uk/lectures-and-events/the-right-stuff-how-do-we-make-moral-choices](http://www.gresham.ac.uk/lectures-and-events/the-right-stuff-how-do-we-make-moral-choices)

**Dr. phil. Simon Duckheim**

Institut für Geschichte der Medizin

Jheringstraße 6, 35392 Gießen

E-Mail: [Simon.Duckheim@histor.med.uni-giessen.de](mailto:Simon.Duckheim@histor.med.uni-giessen.de)

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

<sup>2</sup> Th. W. Adorno (1970): Negative Dialektik. In: Gesammelte Schriften. Bd. 6. R. Tiedemann (Hg.). Frankfurt a.M. S. 7–408, hier: S. 358.

<sup>3</sup> Im hessischen Hadamar bei Limburg befand sich eine der sechs zentralen Tötungsanstalten der nationalsozialistischen „Euthanasie“ (vgl. HÄBL 09/2016, S. 520).

<sup>4</sup> K. Dörner (2001): Der gute Arzt. Lehrbuch der ärztlichen Grundhaltung. Stuttgart. S. 2.

# „Ärzte sollen sich mehr Zeit nehmen“

## Neues Gesetz zur Hilfe für psychisch erkrankte Menschen: Interview mit Andreas Jung, Mitbegründer des Vereins Ex-In-Hessen

Die hessische Landesregierung hat ein neues Gesetz zur Hilfe für psychisch erkrankte Menschen (PsychKG) verabschiedet. Es ersetzt das aus dem Jahr 1952 stammende „Gesetz über die Entziehung der Freiheit geisteskranker, geistesschwacher, rauschgift- oder alkoholsüchtiger Personen“. Unter anderem sieht es die Stärkung der Sozialpsychiatrischen Dienste vor, so dass Hilfen greifen, bevor eine Einweisung in die Psychiatrie erforderlich ist. Erst wenn diese ambulante Unterstützung versagt, die Betroffenen sich oder andere gefährden, kann eine Unterbringung in der Klinik angeordnet werden.

Ärzten will das neue Gesetz mehr Sicherheit bieten, etwa bei Zwangseinweisung in die Klinik, Fixierung oder anderen Zwangsmaßnahmen. An der Anhörung im Landtag nahmen Experten zu dem Gesetzesentwurf Stellung, mit dabei waren unter anderem Vertreter der Landesärztekammer Hessen. Die Stellungnahmen zum PsychKG der Landesärztekammer Hessen und anderer Verbände stehen auf der Website des Hessischen Landtags zum Herunterladen zur Verfügung:

<https://hessischer-landtag.de/content/sozial-und-integrationspolitische-ausschuss-anhoerung-der-48-sitzung>.

Auch Psychiatrieerfahrene nahmen an der Anhörung teil, einer von ihnen ist Andreas Jung. Er wurde mehrfach in die Psychiatrie zwangseingewiesen und hofft, dass sich mit der Gesetzesänderung etwas für Patienten verbessert. Jung litt als junger Mensch an einer Suchterkrankung. Als er Mitte 30 war, kam eine Depression hinzu. Der 55-Jährige ist Vorsitzender des vor drei Jahren gegründeten Vereins Ex-In-Hessen e. V., der sich zur Aufgabe gemacht hat, psychisch Kranke zu einem Platz in der Gesellschaft zu verhelfen. Jung bildet Psychiatrieerfahrene zu Genesungsbegleitern aus und ist auch selbst in dieser Funktion an der Universitätsklinik Marburg tätig. Wir sprachen mit ihm darüber, was er sich von dem neuen Gesetz erhofft.



Andreas Jung wurde mehrfach in die Psychiatrie zwangseingewiesen und hofft, dass sich mit der Gesetzesänderung etwas für Patienten verbessert

### Herr Jung, Sie sagen, der Gesetzesentwurf ist ein erster Schritt in die richtige Richtung. Was ist gut daran?

**Andreas Jung:** Die Gesundheitsämter werden aufgewertet, die Sozialpsychiatrischen Dienste. Dass mehr Prävention gemacht wird. Bisher kann jede Klinik machen, was sie für richtig hält. Künftig soll es eine Psychiatriebeschwerdestelle geben, eine Besuchskommission. Die Kliniken müssen die Anzahl der Zwangsbehandlungen veröffentlichen. Das heißt mehr Transparenz.

### Was erwarten Sie von den Ärzten?

**Jung:** Vor allem, dass sie sich mehr Zeit für ihre Patienten nehmen. Dass sie schauen, welchen Anteil sie für deren Wohlergehen und Genesung beitragen können. Dass sie mit Patienten auf einer Ebene reden. Der Arzt muss herausfinden, wie es dem Patienten geht. Er muss dessen Bedürfnisse ernst nehmen, seine Probleme. Wir dürfen nicht versuchen, alles gleich mit Medikamenten wegzubekommen.

### Was ist schlecht an Medikamenten?

**Jung:** Genesung bedeutet nicht, dass ein Teil einer Person eliminiert wird. Zum Beispiel gibt es viele Menschen, die Stimmen hören.

Für eine ganze Reihe ist das kein Problem. Das weiß nur niemand, weil keiner offen darüber spricht. Man kann sagen, das gehört zu dieser Person. Früher hat man versucht, das alles mit Medikamenten wegzukriegen. Heute geht eher eine Entwicklung dahin, dass man sagt, sie sollen damit umgehen lernen und das als Bestandteil ihrer Person sehen. Winston Churchill zum Beispiel hat jahrzehntelang Stimmen gehört und kein Mensch hat sich daran gestört.

### Was ist für Patienten das Schlimmste in der Psychiatrie?

**Jung:** Das Schlimmste ist die Zwangsbehandlung. Das beschädigt nachhaltig die Beziehung zwischen Ärzten und Pflegepersonal auf der einen und dem Patienten auf der anderen Seite. Das ist das größte Problem. Dass man fixiert wird, zwangsweise Medikamente bekommt. Ich bin selber mehrfach zwangseingewiesen worden. Das stigmatisiert sehr. Man glaubt, man hat einen Makel, und es ist schwierig, den wieder loszuwerden.

### Wird das neue Gesetz etwas ändern an diesem Gefühl?

**Jung:** Es wird auf jeden Fall ein stärkeres Gewicht auf Prävention gelegt und darauf, Zwangsbehandlungen durch mildere Mittel, wie man es nennt, zu ersetzen.

### Das ist die Theorie. Aber wie sieht es im Alltag der Kliniken aus? Glauben Sie, dass der sich mit einem Gesetz so schnell ändert?

**Jung:** Es ist möglich. Es wird aber größere Anstrengungen erfordern, die über das Gesetz hinausgehen. Es wäre wichtig, auch in den Kliniken selbst Reformen durchzuführen, die eine größere Beteiligung der Patienten vorsehen.

### Wie stellen Sie sich eine bessere Beteiligung vor?

**Jung:** Wenn in England Patienten in die Kliniken kommen, haben sie das Recht, sich von dafür ausgebildeten ehemaligen Betroffenen – wie uns – beraten zu lassen. Wir

können mit unserer Präsenz auf den Stationen, auch auf den Akutstationen, die Situation verbessern. Wichtig ist auch die Qualifizierung des Pflegepersonals. In einigen hessischen Kliniken gibt es bereits das gewaltfreie Training, bei dem die Profis lernen, sich in Krisensituationen anders zu verhalten.

### Welche Änderungen sind Ihrer Meinung nach noch notwendig?

**Jung:** Es wäre auch wichtig, so etwas wie eine Soteria-Station anzubieten. Das sind weiche Zimmer, in die Patienten sich zurückziehen können und bei einer niedrigen medikamentösen Dosierung ihre Aggressionen oder Gefühle ausagieren können. In Hessen gibt es die nur vereinzelt, etwa in Friedberg. Die Sozialpsychiatrie ist in den vergangenen Jahren in Hessen stiefmütterlich behandelt worden. Davon hätten Impulse ausgehen können.

### Sie haben vor fünf Jahren die Ausbildung als Genesungsbegleiter gemacht und arbeiten unter anderem in einer Klinik. Fühlen Sie sich von den Ärzten ernst genommen?

**Jung:** Ich werde sehr ernst genommen. An der Marburger Uniklinik mache ich mit einer

Psychologin gemeinsam die Psychoedukation. Diese Tandem-Konstruktion erzeugt ein ganz anderes Klima auf der Station. Es gibt keine Hierarchien, man ist auf Augenhöhe mit den professionell Tätigen. Das erzeugt auch einen ganz anderen Effekt bei den Patienten. Das Vertrauen wird gestärkt. Die Bereitschaft, sich auf die Behandlung einzulassen, verbessert sich erheblich.

### Was sind wichtige Themen bei der Psychoedukation?

**Jung:** Patienten erfahren, wie ihre Erkrankung entsteht und was sie dagegen tun können. Wir reden dort auch über Stigmatisierung, Menschenrechte. Wir versuchen, die Patienten systematisch aufzuwerten. Anschließend biete ich in der Klinik noch persönliche Beratung an. Bezahlt werde ich vom Sankt-Elisabeth-Verein, einem großen Träger in Mittelhessen. Eigentlich müsste es selbstverständlich sein, dass es an Kliniken feste Stellen gibt.

### Wo ist der Verein Ex-In-Hessen aktiv?

**Jung:** In Frankfurt am Bamberger Hof machen wir einen Genesungskurs für ambulante Patienten. Hier in Marburg läuft jetzt der zweite Kurs. In Darmstadt

hat die Caritas als hessenweit erste Einrichtung eine Stelle für Genesungsbegleiter ausgeschrieben. Aber wir müssen noch viel mehr ausbilden.

### Sie sind Mitglied des Psychiatriebeirats im hessischen Sozialministerium. Was prädestiniert Sie zum Berater bei der Gesetzesnovelle?

**Jung:** Dass ich mein Erfahrungswissen mit einbringen kann und dass ich weiß, wie es einem geht mit solch einer Zwangsbehandlung. Ich kann zurückmelden, was wir als Betroffene davon haben, wenn so ein Gesetz geändert wird.

### Interview: Jutta Rippegather

Eine Stellungnahme zum neu verabschiedeten Psychisch-Kranken-Gesetz (PsychKG) aus Sicht der Landesärztekammer Hessen folgt in einer der nächsten Ausgaben.

## Bernd Tersteegen-Preis & Georg Haas-Preis

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

### Bernd Tersteegen-Preis 2017

- Dotierung: 8.000 Euro
- Der Preis will die theoretische, vor allem aber die anwendungsorientierte Forschung zu aktuellen Themen der chronischen Niereninsuffizienz fördern.
- Bewerben können sich Mediziner, Naturwissenschaftler und Ingenieure, die auf den Gebieten Nierenerkrankungen und Nierenersatztherapie wissenschaftlich arbeiten.
- Eingereicht werden können Originalarbeiten (keine Dissertationen & Habilitationen), die innerhalb 2016/2017 publiziert worden oder noch unveröffentlicht sind.

### Georg Haas-Preis 2017

- Dotierung: 2.600 Euro
- Doktorandenpreis im Fachgebiet Nephrologie: Dissertationen zum Gesamtspektrum der Urämie werden gefördert.
- Zugelassen sind ausschließlich Dissertationen, die innerhalb der Jahre 2016/2017 eingereicht wurden.

### Für beide Ausschreibungen gilt:

- **Einsendeschluss:** 17. Juli 2017 per E-Mail an: [info@dnev.de](mailto:info@dnev.de)
- **Informationen:** [www.dnev.de](http://www.dnev.de)

## Mutterschutz im Krankenhaus – Symposium

Die Anwendung des Mutterschutzgesetzes wird von betroffenen Ärztinnen nicht immer als zeitgemäß empfunden. Viele würden gerne mitentscheiden, ob sie während der Schwangerschaft weiterarbeiten oder nicht. Sie lehnen es ab, dass über ihren Kopf hinweg ein Beschäftigungsverbot ausgesprochen wird.

Änderungen des Mutterschutzgesetzes, das gerade den Bundestag durchlaufen hat, werden den Mutterschutz in der betrieblichen Praxis verändern. Die Neuerungen betreffen unter anderem das Beschäftigungsverbot von Schwangeren oder die Nacht-, Sonn- und Feiertagsarbeit. Es wird sich zeigen müssen, ob Beschäftigungshürden in der Schwangerschaft so abgebaut werden können.

Die Neuregelungen sollen nach Abstimmung des Bundesrates zum 1. Januar 2018 in Kraft treten.

Der Marburger Bund Hessen veranstaltet aus diesem Anlass in Kooperation mit dem Ärztinnenbund Regional-Gruppe Frankfurt ein Symposium zum Thema „Mutterschutz im Krankenhaus“. Die Veranstaltung findet am Mittwoch, 28. Juni 2017, von 16 bis 20 Uhr in Frankfurt, Diakonissensaal, Cronstettenstraße 57, 60322 Frankfurt/Main statt. Informationen auf der Website: [www.mbhessen.de/Veranstaltungen](http://www.mbhessen.de/Veranstaltungen).

## „Irren ist menschlich“

### Zur Neuauflage des Klassikers unter den Psychiatrie-Lehrbüchern – mit einem Ausblick auf die Psychiatriereformbewegung

Martin von Hagen

In der „Gebrauchsanweisung“ seines Buches stellt Klaus Dörner zwei Zitate vorne weg. „Ich bin du, wenn ich ich bin“, von Paul Celan aus dem Gedicht „Lob der Ferne“ (1948) sowie „Das Geschöpf, das gegen seine Umgebung siegt, zerstört sich selbst“, von Gregory Bateson (1981).

Beide Sätze drücken die Philosophie des Buches aus. Menschen leben zunächst immer in Beziehungen, noch bevor gehandelt wird. In der Psychiatrie geht es um Dialog – um die Begegnung des psychisch Kranken, dem Angehörigen oder Nachbarn und dem psychiatrisch Tätigen.

Ein psychisch Kranker ist mit seinem Lebenskonzept in eine Krise oder Sackgasse geraten. Der Angehörige oder auch Nachbar ist der Störung des psychisch Kranken ausgesetzt, manchmal in symbiotischer Beziehung verstrickt. Ein Mitbeteiligter, der nicht weiß, was böse oder krank ist. Er leidet genauso unter den Verhältnissen wie der psychisch

krankte Mensch. Der Angehörige benötigt kritischen Beistand von selbst Betroffenen, Nachbarn, Freunden, dem Sozialraum. Nur so kann er Nähe und Distanz für sich regulieren, um hilfreich für sein psychisch krankes Familienmitglied zu wirken.

Der professionelle Mensch wird bezahlt, dass er mit dem psychisch Kranken so in Beziehung tritt, dass er die Grundbedürfnisse desselben regeln kann und seine Wahlmöglichkeiten so erweitert, dass dieser den Sinn seiner Störung erfasst und diese dadurch überflüssig wird. „Entscheidend ist zunächst die Beziehung und nicht das Handeln“.

#### Psychiatrie ohne Angst

„Irren ist menschlich“ ist der Klassiker unter den Psychiatrie-Lehrbüchern. Mittlerweile in einer vollständig überarbeiteten 24. Auflage mit weiteren Herausgebern neben Klaus Dörner und der leider all zu früh gestorbenen Ursula Plog. Das Buch richtet sich nicht nur an den Medizinstudenten, der sich auf sein Examen vorbereiten muss. Nein, es ist für alle Lernenden geeignet, die ihre berufliche Identität in der psychiatrischen und psychotherapeu-

tischen Arbeit finden oder suchen. Gesundheitspfleger, Psychologen, Sozialpädagogen, Ergo- und Bewegungstherapeuten und Ökotrophologen. Diese Berufsgruppen können guten Gewissens ihre Staatsprüfungen mit diesem Lehrbuch absolvieren und haben nebenbei noch den Effekt, sehr viel von der Begegnung und Beziehungsaufnahme mit psychisch Kranken und ihren Angehörigen zu erfahren. Nach Lektüre dieses Buches können sie ohne Angst sich auf ihr späteres Berufsleben in der Psychiatrie einlassen.

#### Ehrliche Begegnungen, verständliche Sprache

Die Begegnung zum psychisch Kranken wird für diese Professionen „vollständiger, wahrhaftiger, ehrlicher und leichter“. Die Sprache des Buches ist so abgefasst, dass diese Berufsgruppen gleich eine gemeinsame Teamsprache entwickeln können, wo jeder gleichberechtigt auf Augenhöhe agieren kann, was so wichtig ist für eine erfolgreiche psychiatrische Arbeit.

Diese Sprache führt gleich zu dem nächsten Anspruch des Buches, welcher von den Autoren erfolgreich, wie ich meine, in die Tat umgesetzt wurde. Das Buch ist lesbar auch für die Psychiatrie-erfahrenen und deren Angehörigen und Nachbarn. Die Verständlichkeit der durchaus notwendigen wissenschaftlichen Sprache ist außergewöhnlich. Es versetzt die Betroffenen und ihr Lebensumfeld ebenso in den Stand nicht nur mitzureden, sondern auch als anerkannter Partner an seinen eigenen Entscheidungen mitzuwirken und psychiatrisches Handeln zu kontrollieren.

So wird dieses Buch zu einer Handlungsanweisung für den Leser, der ihn befähigt mit seinem noch so gestalteten Sozialraum in Beziehung zu treten, in dieser Begegnung mich als Person auch

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

#### Buchtipps



#### Irren ist menschlich Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie

Hrsg: Klaus Dörner, Ursula Plog (†), Thomas Bock, Peter Brieger, Andreas Heinz, Frank Wendt; Psychiatrie Verlag Köln 2017, 24. vollständig überarbeitete Auflage 2017, 992 Seiten. ISBN (print): 9783884146101, € 39.95 ISBN (pdf): 9783884148877, € 31.99. Zusatzmaterial wie „Recht und Gerechtigkeit“ als pdf auf den Verlags-Webseiten [www.psychiatrie-verlag.de](http://www.psychiatrie-verlag.de) & [www.irren-ist-menschlich.de](http://www.irren-ist-menschlich.de)

wieder neu zu entdecken oder zu definieren. Hierdurch kann ich reifen und mich befähigen, als Beziehungswesen mit mir und anderen besser umzugehen. Genau das, was die Psychiatrie und Psychotherapie ausmacht und benötigt. Dies ist auch ein zu tiefst demokratischer Anspruch, den das Buch in allen Belangen gerecht wird.

### Aus der Praxis

Die Konzeption dieser nun grundlegend erneuerten Auflage ist ebenfalls gelungen. Das sechsköpfige Herausbergerteam wählte ein exzellentes Autorenteam aus von 23 Menschen. Alle stehen in der Praxis und widmen sich jeweils einzelner Kapitel. So verkörpert dieses Lehrbuch nicht nur den aktuellen Wissenschaftsstand des Faches, sondern auch den derzeitigen Diskussionsstand der Psychiatriereformbewegung.

Den Autoren ist es zu danken, dass sie in einer Zeit, wo die Medizin und insbesondere gerade auch die Psychiatrie wieder vermehrt den biologischen Aspekt betont, es geschafft haben, wieder den philosophischen Teil der Psychiatrie zu stärken. „Das Spannungsfeld zwischen Medizin und Philosophie“ wird durch das Lehrbuch bewusst breit geöffnet, damit alle Teilhabenden sich wieder finden können. Die Kapitel sind ausgestattet mit Begriffen wie: „Landschaft, Grundhaltung, Kränkung und Bedeutung“.

Darüber hinaus werden im Buch keine psychischen Krankheiten abgehandelt, sondern es wird vom Menschen geredet. Der wichtigste Aspekt in der psychiatrischen-psychotherapeutischen Arbeit besteht ja gerade darin, vom Objekt zum Subjekt zu kommen. Dies schafft kein anderes Lehrbuch so gut wie „Irren ist menschlich“.

Kein anderes Psychiatrielehrbuch spiegelt auch die Entwicklung der Psychiatrie der vergangenen 40 Jahre so authentisch wieder wie „Irren ist menschlich“. Die Erstausgabe erschien 1978. Es war die Antwort auf den großen Psychiatriereformbedarf, der sich bis zu den siebziger Jahren aufgestaut hatte. Er kulminierte in den Forderungen nach Auflösung der Großkrankenhäuser, die als totale Institutionen wahrgenommen wurden. Die Patienten kamen

damals nur als Objekte, allenfalls als isoliertes Individuum vor.

Die Erstausgabe hatte also besonders den Anspruch, die Lehre vom Menschen zu vermitteln, „also anthropologisch zu begründen, ihn als Beziehungswesen zu sehen“. Gleichzeitig wurde die Aufmerksamkeit auf die menschenunwürdigen Verhältnisse der Anstalten gelenkt und der „vergessene psychisch Kranke“ thematisiert.

1984 kam es zu einer überarbeiteten Auflage, die besonders die damals aktuellen Denkanstöße der ökologischen Bewegung mit einarbeitete. Der Denkansatz formte sich in dieser Auflage zu einem sozialanthropologischen. Gregory Batesons „Ökologie des Geistes“ stand hier Pate, und der Begriff der „Landschaft“ wurde geboren. Durch die Versöhnung von den Geisteswissenschaften mit den Naturwissenschaften wurde auch vermehrt eine ganzheitliche Sicht psychischen Krankseins beschrieben. Es gibt harte und weiche Daten, Mathematik und Dichtung sind kein Widerspruch, Ränder, Unordnung, Chaos, Ausgegrenzt-Sein, das Selbstorganisierte gehören genauso zur wissenschaftlichen Betrachtung wie Zahlen, Daten und Fakten.

1996 erlebte das Lehrbuch wiederum eine grundlegende Veränderung, welche ebenfalls wieder durch den gesellschaftlichen Wandel angestoßen wurde. Die Zeit ist geprägt durch den Wegfall der Ost-West-Konfrontation, der zunehmenden Globalisierung ökonomischer Strategien und der Gegenbewegung des Regionalismus. So

fanden in dieser Ausgabe die Selbsthilfebewegung und die lokal ausgerichteten Hilfesysteme zu ihrer Geltung. Nach der Gründung vieler Angehörigengruppen, entwickelte sich auch der Bundesverband der Psychiatrieerfahrenen. Der Trialog konnte beginnen. Psychose-Seminare entstanden überall, der Begriff „die Unheilbaren“ wurde geboren und bezeichnete die chronisch psychisch Kranken als die Gruppe, die von nun an als der Qualitätsmaßstab zu gelten hatte.

Diese Gruppe hatte genauso einen Anspruch auf selbstständiges Wohnen und Arbeiten in der Kommune wie jeder andere Mensch auch. Jetzt bekam die frühere Forderung nach Auflösung der Großkrankenhäuser auch sein praktisches Mandat. Ein Umlernen in den Köpfen der Professionellen wurde dadurch in Gang gesetzt. Die Aufarbeitung der „psychiatrischen Endlösungen“ im Nationalsozialismus hat hierbei sehr geholfen.

2002 musste schon wieder eine Neuaufgabe erhalten, weil die Entwicklung der Reformbewegung ins Stocken geraten war. Selbstkritik war angesagt, da die Reform zu technokratisch ablief, und die Veränderung in den Köpfen lahmte. Die philosophische-anthropologische Ebene wurde sehr stark vernachlässigt, ökonomische Sichtweisen in der Medizin gewannen überhand. Produkte, Qualitätsmanagement und andere Begriffe der Ökonomie hielten Einzug in den Alltag der Psychiatrie und Medizin. Neue Finanzierungsfragen beherrschten den Diskurs.

Anzeige

Es kam zu einer Industrialisierung der Arbeitsprozesse. Egoistische Trends aller Berufsgruppen, Verbände, „neoliberaler Marktkapitalismus“ feierten fröhliche Urständ. Dies führte zur erneuten Ausgrenzung der „Unheilbaren“, sie wurden als Objekte des Psycho- und Wohlfahrtsmarktes missbraucht. „Besitzergreifende Subjekt-Objekt-Beziehung des ich verstehe dich“, ohne die Würde des anderen Menschen in seiner Einzigartigkeit zu achten. Die Selbstkritik innerhalb der Reformbewegung wurde auch von Habermas gedanklich begleitet, genauso wie von Dörner und Plog. Die Autoren widmeten den forensischen Straftätern endlich ein eigenes Kapitel, um auch die wirklich Vergebenen in den Fokus zu bringen. Den „Heimbessitzern“ wurde Dampf und Kritik entgegengebracht als „Geiselnehmer“.

### „Postpsychiatrie“

Die aktuelle neue Ausgabe stellte die Herausgeber vor die Aufgabe viele gesellschaftliche Rahmenbedingungen neu einzuarbeiten. Die sogenannte Postpsychiatrie. Damit wird das „Hometreatment“ in den Vordergrund geschoben. Akut- genauso wie chronisch-Kranke stehen im Behandlungsfokus. Die Proteste haben erreicht,

dass diese als Leistung im Krankenhausfinanzierungssystem abgerechnet werden kann. Dies bedeutet aber auch, dass solche Leistungen wie „Bürger- und Nachbarschaftshilfe, Sozialraumorientierung, Inklusion“ einer erneuten philosophischen Reflexion unterzogen werden müssen.

Wir müssen feststellen, dass es immer noch unbesiegbare Krankheiten gibt und auch weiter geben wird, dass es mehr chronische Krankheiten als Heilung gibt, bedingt alleine schon durch den demografischen Wandel. Die Hilfebedürftigkeit unserer Gesellschaft sich rasend schnell entwickelt, der größte Teil Pflegebedürftiger es ablehnt, in entmündigende Heime verlegt zu werden. Sie wollen lieber zu Hause sterben.

Hierzu braucht unsere Gesellschaft zwar auch Profis, aber in erster Linie Bürgerhelfer als Nachbarn. Hier schließt sich also der Kreis des Menschen/Bürgers als Beziehungswesen. Auch die Naturwissenschaften kommen hier wieder zur Geltung, indem neurobiologische Erkenntnisse eingebunden werden in den philosophischen-soziologischen Diskurs „des Gehirns als Beziehungsorgan“. Durch die UN-Behindertenrechtskonvention wird dieser Prozess begleitet mit ihren Inklusionsforderungen. Zusammenfassend ist die Entwicklung des Lehrbuchs „Irren ist menschlich“ eine

Rund-um-Tour der Psychiatriegeschichte und der gesellschaftlichen Umbrüche der vergangenen 40 Jahre. Ein Auf und Ab, was nicht nur dem Anspruch eines Lehrbuchs gerecht wird, sondern eines Lesebuchs, welches uns das Fach Psychiatrie und Psychotherapie auf unnachahmliche Weise spannend näherbringt.

**Martin von Hagen**  
Facharzt für  
Neurologie,  
Psychiatrie  
und  
Psychotherapie

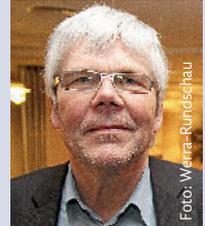


Foto: Werra-Rundschau

Martin von Hagen war seit 2004 Chefarzt des Zentrums für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum Werra-Meißner in Eschwege. 1986 hatte er dort seine Tätigkeit als Ärztlicher Direktor begonnen. „Von Hagen hat die ganzheitliche Sicht zur Behandlung psychiatrischer Erkrankungen im Werra-Meißner-Kreis in den vergangenen drei Jahrzehnten maßgeblich geprägt.“<sup>1</sup> Ende 2014 ist er in den Ruhestand gegangen.

<sup>1</sup> Hessische Niedersächsische Allgemeine (HNA) 31.12.14, im Internet unter <https://www.hna.de/lokales/witzenhausen/werra-meissner-kreis-ort306257/chefarzt-psychiatrie-geht-nach-jahren-ruhestand-4592061.html>

## 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](mailto:haebl@laekh.de); Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

## Vorsicht vor „Cyberangriffen“

Im Mai gab es einen groß angelegten „Cyberangriff“ auf die Deutsche Bahn und viele andere Einrichtungen weltweit. Bei diesem sogenannten Wanna-Cry-Attacke wurde eine Ransomware (ransom = Lösegeld) aktiviert, die Daten auf den befallenen Systemen verschlüsselte. Durch eine Sicherheitslücke in Windows-Betriebssystemen fand zudem noch eine Verbreitung über das Netzwerk statt, wodurch sich der Schadensumfang noch deutlich vergrößerte.

In der Landesärztekammer Hessen gab es bisher keine erkennbaren Vorfälle. Aber auch mit aktuellsten Sicherheitsmaßnahmen lassen sich solche „erfol-

reichen“ Angriffe nicht grundsätzlich ausschließen! Wichtig ist, sich auch künftig vor Cyberattacken zu wappnen. E-Mails sind das Haupteinfallstor für unerwünschte Software. Einer der besten Schutzmechanismen gegen Viren und Ransomware ist neben einer aktuellen Virenschutzsoftware immer noch ein gesundes Misstrauen und ein aufmerksamer Umgang mit E-Mails. Unbekannte Absender und unerwartete Anhänge sind mit Vorsicht zu beachten. Eine E-Mail ist oft erst der zweite Schritt in einer Kommunikation, so dass man in der Regel seine E-Mail-Kommunikationspartner kennt.

**Ralf Münzing**

# Patientenleitlinie zur Versorgungsleitlinie Unipolare Depression

## 2. Auflage Dezember 2016

Die neu überarbeitete Versorgungsleitlinie Unipolare Depression wird herausgegeben von der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizin und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik [1].

Leitlinien wie diese neigen dazu, unhandlich, schwer verständlich und sehr umfassend zu sein – letzteres trifft auch auf die 140-seitige Versorgungsleitlinie Unipolare Depression zu. Die Patientenversion ist jedoch gut verständlich geschrieben, die Sprache einfach und dialogisch und die Lektüre auch für den ärztlichen Kollegen ein Gewinn.

Für den ratsuchenden Patienten gibt es außerdem eine Kurzfassung auf zwei Seiten, die gut für das Wartezimmer geeignet ist [2]. In dieser wird eingangs zunächst erläutert, welche Ziele die Autoren der Leitlinie verfolgen, nämlich:

- „über den aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zum Thema Depression informieren;
- mit möglichen Ursachen der Erkrankung vertraut machen;
- über die Diagnostik aufklären;
- darüber informieren, welche Behandlungen bei Depression möglich sind und welche Auswirkungen sie auf Ihre Lebensumstände haben können;
- darin unterstützen, im Gespräch mit Ihrem Arzt oder Ihrer Psychotherapeutin die „richtigen“ Fragen zu stellen;
- dazu ermutigen, anstehende Behandlungsentscheidungen in Ruhe und nach Beratung mit Ihrer Ärztin oder Ihrem Psychotherapeuten und Ihren Angehörigen zu treffen;
- Hilfestellungen zum Umgang mit der Krankheit geben;
- auf Unterstützungsmöglichkeiten und Beratungsangebote hinweisen.“

Weiterhin wird erläutert, was eine Leitlinie ist und welche Aufgaben sie hat. Zusammenfassend werden zu Beginn außerdem die Fragen behandelt:

- Was ist eine Depression?

- Wie wird eine Depression festgestellt?
  - Wie wird eine Depression behandelt?
- Diagnostik und Therapie werden anschließend ebenfalls sehr detailliert und präzise beschrieben und erläutert.

Die Autonomie des Patienten wird in dem Absatz „Die Behandlung – Ihre Entscheidung“ gefördert. Hier finden sich mögliche Fragen, die vor der Behandlung auftreten können, unter anderem:

- „Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es?
- Sind irgendwelche zusätzlichen Untersuchungen nötig, zum Beispiel Bluttests?
- Was sind die Vor- und Nachteile der verschiedenen Verfahren?
- Wann sollte sich eine Wirkung der Behandlung zeigen?
- Wie wahrscheinlich tritt die Wirkung der einzelnen Behandlungen ein?
- Mit welchen Nebenwirkungen muss ich rechnen?
- Wie lange dauert die Behandlung voraussichtlich?
- Wann und wie oft muss ich wiederkommen?
- Bin ich danach geheilt?
- Was kann ich selbst tun?
- Was passiert, wenn ich die Medikamente nicht oder nur unregelmäßig einnehme?
- Was können andere Personen beitragen?
- Wie kann das Risiko verringert werden, dass die Depression nach der Behandlung wieder auftritt?
- Wo finde ich weitere verlässliche Informationen zu meiner Krankheit und deren Behandlung?“

Mit diesen Fragen können sich die Betroffenen an ihre Ärzte wenden; Informationsmöglichkeiten und Entscheidungshilfen werden ebenfalls ausführlich vorgestellt – ebenso wie einzelne Behandlungsmöglichkeiten und ihre Kombination, sowohl psychotherapeutisch als auch medikamentös. Ohne Fachkenntnisse ist dieser Abschnitt meiner Ansicht nach allerdings

nur schwer zu lesen. Auch neue Behandlungsansätze wie die Repetitive Transkranielle Stimulation und Vagus-Nerv-Stimulation werden erläutert.

Sehr hilfreich erscheinen mir die Kapitel: „Was Sie selbst tun können“ und „Was Angehörige und Freunde wissen sollten“. Hier wird auch das Thema Suizidalität angesprochen:

„Was Sie im Notfall tun können:

- Zuhören und ernst nehmen;
- das Gespräch in Gang halten;
- Notarzt und/oder Polizei rufen;
- den Verzweifelten nicht allein lassen, bis Hilfe eintrifft;
- gefährliche Gegenstände beseitigen.

Bei akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kann eine Einweisung in das Krankenhaus auch gegen den Willen des Betroffenen nötig sein. Für diesen Notfall ist die Polizei zuständig.“

Angefügt sind an dieser Stelle in der Leitlinie die Telefonnummern der Telefonseelsorge, das Kinder- und Jugendtelefon sowie die Adressen von Krisendiensten. Abschließend werden unter dem Punkt „Ihr gutes Recht“ die Patientenrechte dargestellt und detailliert erläutert.

Insgesamt ist diese Patientenleitlinie ein Handbuch für den informierten Patienten und seine Angehörigen, in dem viele hilfreiche Anregungen es erleichtern, mit der schwierigen Erkrankung Depression aktiv und konstruktiv umzugehen.

**Dr. med. Peter Zürner**

Weiterführende Literatur im Internet:

- [1] [www.patienten-information.de/patientenleitlinien](http://www.patienten-information.de/patientenleitlinien)
- [2] [www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/psychischerkrankungen/depression-kip.pdf](http://www.patienten-information.de/mdb/downloads/kip/psychischerkrankungen/depression-kip.pdf)
- [3] [www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/nvl-005.html)
- [4] [www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf](http://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf)

# „Die Arbeit am Patienten ist am wichtigsten“

## Interview mit Dr. med. Marina Kontova – Ärztin aus Griechenland



Foto: Karin Wflek, Klinikum Weiden

Dr. med. Marina Kontova

Dr. med. Marina Kontova ist Radioonkologin. Die gebürtige Griechin ist vor knapp zehn Jahren, während ihrer Facharztweiterbildung zur Strahlentherapeutin, nach Deutschland gekommen – und geblieben. Im Gespräch berichtet sie über ihre Eindrücke und Erlebnisse als Ärztin im deutschen Gesundheitssystem. Kontova arbeitete zum Zeitpunkt des Interviews als Fachärztin für Strahlentherapie in Wetzlar. Jetzt ist sie am Klinikum Weiden in der Oberpfalz tätig.

### Wie kam es dazu, dass Sie nach Deutschland gekommen sind?

**Dr. med. Marina Kontova:** Mein damaliger Chef in Athen hatte in Deutschland studiert und es geliebt. Die Kontakte hat er gehalten und seine Assistenzärzte regelmäßig für zwei Wochen mit ins Klinikum nach Offenbach genommen. Ihm war es wichtig, seinen Schülern etwas anderes zu zeigen, andere Technologien und das deutsche System überhaupt. Im Jahr 2003 war ich dann an der Reihe. Wir sind zusammen nach Deutschland, und in der zweiten Woche bat mich der dortige Chef zum Gespräch – er bot mir an, meine Facharztweiterbildung bei ihm in Offenbach weiterzumachen.

### War das für Sie eine ganz klare Entscheidung von Anfang an?

**Kontova:** Das Angebot war natürlich toll. Aber was mir Kopfzerbrechen bereitete, war, dass ich zu dieser Zeit kein Wort Deutsch konnte. Außerdem war ich bereits verheiratet, und mein Mann – auch Arzt – war in Griechenland. Es war also alles andere als eine einfache Entscheidung. Mein Chef in Offenbach gab mir dann die Möglichkeit, sechs Monate auf Probe zu kommen. Und so bin ich nach Offenbach gegangen. Aus den sechs Monaten wurden dann dort insgesamt acht Jahre (lacht).

### Wie hat sich das mit Ihrer privaten Situation vereinbaren lassen, wenn Ihr Mann noch in Griechenland war?

**Kontova:** Mein Mann hat seine chirurgische Facharztweiterbildung zunächst in Griechenland zu Ende gemacht. Daher lebten wir fast dreieinhalb Jahre getrennt voneinander. Das war eine sehr lange Zeit. Danach war klar, dass wir eine Entscheidung treffen mussten: Wir wollten beide in Deutschland leben und arbeiten. Die Umsetzung war zwar nicht problemlos, aber es hat geklappt. Auch dank der Unterstützung meines damaligen Chefs.

Die wichtigste Hürde, die es allerdings zu nehmen galt, war die Sprache. Wir beide hatten zuvor nie ein Wort Deutsch gelernt. Als ich nach Deutschland kam, machte ich zunächst einen Intensivkurs für eineinhalb Monate am Goethe-Institut. Danach habe ich auf eigene Faust mit der Unterstützung meiner Kollegen, MTRA, der Pflege und dem gesamten Team die Sprache gelernt, indem ich einfach drauflos gesprochen habe. Die Sprache zu beherrschen, ist für mich als Ärztin das Wichtigste, da ich nur so mit meinen Patienten kommunizieren kann.

### Wie sind Ihre weiteren Pläne, wie soll es beruflich für Sie weitergehen?

**Kontova:** Ich möchte auf jeden Fall in Deutschland bleiben, ich bin hier glücklich. Mittlerweile haben mein Mann und ich auch die deutsche Staatsbürgerschaft.

Das war uns sehr wichtig, denn es bedeutet am Leben hier wirklich teilhaben zu können mit allen Rechten und Pflichten, die dazu gehören – eben 100 Prozent Integration!

Beruflich würde ich gerne sowohl ambulant als auch stationär tätig sein, also beides miteinander kombinieren. Aber als Radioonkologin ist es im niedergelassenen Bereich nicht einfach. Wir arbeiten zum Beispiel mit Linearbeschleunigern, die mehrere Millionen Euro kosten. Die kann man sich nicht mal eben für seine Praxis anschaffen. Zudem sind die wenigen Kassenzulassungen auch alle besetzt. Ich habe es bisher so erlebt, dass die ambulante Behandlung in der Radioonkologie meist im Rahmen eines Medizinischen Versorgungszentrums erfolgt, das wiederum an eine entsprechende Station einer Klinik angeschlossen ist.

Bei meiner vorherigen Arbeitsstelle in Wetzlar war das auch so. Dort wäre ich auch gerne geblieben, allerdings wäre dies nur mit einer weiteren Kassenzulassung möglich gewesen, die es momentan nicht gibt. Daher musste ich mich neu orientieren und habe nun eine Stelle als Oberärztin in einer Klinik angenommen, die jedoch 300 Kilometer entfernt ist. Dort bin ich vier Tage in der Woche.

Ich möchte nicht stagnieren und deshalb bilde ich mich ständig weiter, wie zum Beispiel in der Palliativmedizin. Spannend finde ich auch die Psychoonkologie und die fachgebundene Psychotherapie. Das mache ich vor allem, um mich für meine Patienten besser zu qualifizieren.

### Was sind Ihre Erfahrungen in Bezug auf die Geschlechterverteilung in der Medizin – gehört die Radioonkologie zu den Fachgebieten, die noch von Männern dominiert werden?

**Kontova:** Es hält sich die Waage. Es gibt sehr viele Ärztinnen, allerdings habe ich selten eine in einer Leitungsposition kennengelernt. Als Chefarzt oder -ärztin verschieben sich die Arbeitsschwerpunkte weg vom Patienten hin zu vielen administrativen Aufgaben und der großen

Verantwortung für eine gut funktionierende Abteilung. Meine Motivation, Medizin zu studieren, und auch die vieler Ärztinnen, die ich kenne, ist eher die, mit Patienten in Kontakt zu sein. Außerdem ist ein reduzierter Beschäftigungsumfang in dieser Führungsposition nur schwer vorstellbar, was für manche Frauen mit Kinderwunsch sicherlich auch ein

Grund ist, nicht die Leitung einer Klinik anzustreben.

**Wie erleben Sie heute die Vereinbarkeit und Beruf und Privatleben?**

**Kontova:** Auch wenn ich selbst keine Kinder habe, ist es nicht immer leicht. Die hohe Patientenzahl und die enge Taktung erfordern beständig höchste Aufmerksam-

keit und Konzentration, um Fehler an den Geräten zu vermeiden und gleichzeitig den Patienten menschlich gerecht zu werden. Dazu kamen die vielen Hürden, die mein Mann und ich auf uns nehmen mussten, da vergisst man manchmal einfach auch, mal zu leben.

**Interview: Maren Grikscheit**

Ärzttekammer



**„Geduld, Beständigkeit, Mut“  
Feierliche Auftaktveranstaltung des Vereins  
Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.**

„Die stationäre Ethikberatung ist in Hessen inzwischen verpflichtend. Aber wer ist zur Stelle, wenn es im häuslichen oder pflegerischen Bereich zu Beratungsbedarf kommt? Was passiert, wenn in diesem Umfeld, in dem sich Patienten sicher fühlen und in dem sie leben wollen, Konflikte entstehen?“ Diese Fragen seien der Auslöser für die Gründung des Vereins Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V. gewesen, berichtete der hessische Ärztekammerpräsident und Vorsitzende des Vereins, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, bei der Auftaktveranstaltung der Regionalgruppe Frankfurt-Offenbach in der Landesärztekammer.

Nachdem die Beraterinnen und Berater in Marburg-Biedenkopf, der zweiten Modellregion, die Arbeit kurz zuvor bereits offiziell aufgenommen hatten, folgte die Gruppe Frankfurt-Offenbach Anfang Mai. In beiden Regionen feierten die ehrenamtlichen Berater den Beginn ihrer Tätigkeit mit Auftaktveranstaltungen, zu der sie Gäste aus Ärzteschaft, Verbänden, Vereinen und Politik begrüßten.

Dem offiziellen Start sei eine lange, intensive Planung und Vorbereitung vorausgegangen. Nun könne die Arbeit des Vereins, der 2016 auf Initiative der Landesärztekammer Hessen gegründet wurde, endlich losgehen und „damit einen entscheidenden Beitrag leisten, die Lücke im

Bereich der ambulanten Ethikberatung zu schließen“, so von Knoblauch zu Hatzbach.

Die ambulante Ethikberatung bietet eine Anlaufstelle, an die sich alle Betroffenen – ob Ärzte, Patienten, Pfleger oder Angehörige – wenden können. Die unabhängigen und geschulten Beraterinnen und Berater aus verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen unterstützen die am Problemfall beteiligten Parteien im Umfeld der Patienten und übernehmen eine vermittelnde Rolle.

Da es zu den langfristigen Zielen gehöre, das Angebot hessenweit zu etablieren, wolle man die dafür notwendigen Strukturen schaffen, erklärte Boris Knopf, der das Projekt in der Region Frankfurt-Offenbach koordiniert. Daher werde man die Arbeit der Regionalgruppen im städtischen Umfeld und im ländlichen Bereich in Marburg-Biedenkopf regelmäßig evaluieren. Wie groß der Bedarf an einer ambulanten Ethikberatung ist, zeigt sich daran, dass den Verantwortlichen bereits erste Anfragen vorlagen, noch bevor der Verein seine Arbeit aufgenommen hatte.

„Ein Konflikt im ambulanten Bereich stellt die Beteiligten vor andere Herausforderungen, als in der Klinik“, hob Dr. med. Gisela Bockenheimer-Lucius



vom Frankfurter Netzwerk für Ethik und Altenpflege in ihrem Impulsreferat bei der Auftaktveranstaltung in Frankfurt hervor. „Diese Arbeit erfordert Geduld, Beständigkeit und Mut – Mut, Verantwortung zu übernehmen!“ Denn insbesondere die Betreuung von Sterbenden sei eine herausragende Aufgabe mit ethischen Implikationen.

Dieser Herausforderung werden sich künftig zunächst 27 Berater in den beiden Modellregionen stellen. „Im Mittelpunkt unserer Arbeit stehen vor allem Fragen rund um das Lebensende, aber auch in der Alten- und Behindertenhilfe werden wir gefragt sein“, so Knopf. Es werde die Aufgabe der Berater sein, alle Beteiligten einer Konfliktsituation „an einen Tisch zu holen“, um eine, den Willen des Patienten respektierende, Lösung zu finden.

**Caroline McKenney**

Informationen zur Arbeit des Vereins sowie Ansprechpartner finden Sie im Internet unter: [www.aebh.de](http://www.aebh.de)

# Kooperationen helfen bei der ambulanten Versorgung mit Sterilgut – Beispiel Emma Klinik

Die Versorgung mit Sterilgut gehört zu den Schlüsselbereichen qualitätsbasierter Medizin. Dies gilt sowohl für Krankenhäuser, als auch für den wachsenden Bereich ambulanter Operationen. Verschiedene Pannen in Sterilisationsabteilungen deutscher Krankenhäuser, Probleme mit multi-resistenten Keimen und steigende Anforderungen an die Hygiene im Gesundheitswesen haben dazu geführt, dass die Aufbereitung von Sterilgut immer aufwendiger wird. Für viele ambulante Operateure und Praxiskliniken bedeutet das nur schwer lösbare Herausforderungen. Kooperationen und externe Sterilisationszentren können eine Lösung sein.

Seit 1999 werden in der Emma Klinik in Seligenstadt Patienten ambulant operiert. Die meisten dieser Patienten kommen über die Standorte der überörtlichen Gemeinschaftspraxis „Fachärzte Rhein-Main“, die mit weiteren Facharztpraxen kooperiert. Mit der wachsenden Anzahl von Operationen stieg die erforderliche Menge von Sterilgut an. Eine dezentrale Aufbereitung an anderen Standorten war nicht mehr wirtschaftlich und entsprach auch nicht den selbstgesetzten Anforderungen an die hygienische Qualität. Als Konsequenz eröffneten die Fachärzte Rhein-Main 2013 an der Emma Klinik in Seligenstadt die Zentrale Sterilisationsabteilung (ZSVA) für alle regionalen Praxiskliniken und Praxen der Gemeinschaftspraxis.

## Sterilisation als zentrale Funktionsabteilung

Der Sterilisationsprozess beginnt mit der Annahme der benutzen Instrumente im Reinigungs- und Desinfektionsbereich (RD-Bereich). Dort werden die Instrumente und Geräte, soweit nötig, im Ultraschallbad vorgereinigt und dann in die Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RD-Geräte) eingeräumt. Diese sind von zwei getrennten Bereichen aus zugänglich. Nach der vollautomatischen Reinigung und Desinfektion werden die Medizinprodukte von der reinen Seite aus den RD-Geräten entnommen und zu Paktischen ge-



Foto: Emma Klinik

### Chargenfreigabe

bracht, wo sie sorgfältig per Hand kontrolliert, gepflegt, gepackt und zur lückenlosen Dokumentation mit einem Etikett versehen werden. Dann geht es für sie zur eigentlichen Sterilisation mit 134 Grad Celsius heißem Dampf in den Sterilisator. Nach der Sterilisation muss das Sterilgut von einem Mitarbeiter abschließend freigegeben werden. Erst dann wird es wieder für den OP-Einsatz bereitgestellt. Der Transport in den OP oder das Lager erfolgt in verplombten Behältern bzw. geschlossenen Transportwagen. Durch ein umfangreiches Qualitäts- und Hygienemanagement ist sichergestellt, dass die Abläufe innerhalb der Sterilisationsabteilung immer nach beschriebenen Verfahrensanweisungen erfolgen und gleichbleibend gute Ergebnisse erzielt werden.

Die mit Reinigungs- und Desinfektionsgeräten sowie zwei Dampfsterilisatoren ausgestattete Anlage bietet den räumlichen und funktionalen Rahmen, um alle aktuellen und künftigen Qualitäts- und Hygieneanforderungen zu erfüllen. Die Anlage ist zertifiziert und wird einmal jährlich im Rahmen von Überwachungs-Audits rezertifiziert.

### „Grüne“ Aufbereitung

Um bei der neuen Sterilisationsanlage eine hohe Energieeffizienz zu erzielen,

wurde eine innovative Lösung gefunden. So wird die innerhalb des Sterilisationsprozesses entstehende Wärme zu 90 Prozent in das Gebäude zurückgeführt und zur Klimatisierung der Räume genutzt. Dies geschieht mithilfe einer hocheffizienten Wärmepumpe und eines modernen Wärmerückgewinnungssystems in der Lüftungsanlage. Darüber hinaus verbraucht die neue Anlage nur halb so viel Strom wie herkömmliche Anlagen. Das verdankt sie modernsten Gleichstrommotoren in den Ventilatoren und einer der Kühlung dienenden modulierenden Wärmepumpe.

### Nutzung auch für Externe möglich

Über die Operateure der angeschlossenen Praxiskliniken können auch andere Praxen und ambulante OP-Zentren im Rhein-Main-Gebiet die zentrale Sterilisationsabteilung der Emma Klinik in Seligenstadt nutzen.

**Bernd Göckel**, Manager ZSVA  
**Lydia Schallmayer**, Leitung ZSVA  
Emma Klinik

Klinik für operative Medizin  
Frankfurter Str. 51, 63500 Seligenstadt  
E-Mail: info@emma-klinik.de



## Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

### I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

#### EKG-Kurse mit praktischen Übungen

**EKG-Refresher** **Do., 31. August 2017** **10 P**  
**Gebühr:** € 140 (Akademiestatistiker € 126)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.flören@laekh.de

#### Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ - Nephrologie und Kinderurologie**  
**Mi., 27. September 2017, 15:00 – 20:00 Uhr** **7 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt  
**Gebühr:** € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

#### Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

**Sa., 19. August 2017** **6 P**  
**Leitung:** A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt  
**Gebühr:** € 70 (Akademiestatistiker € 63)  
**Max. TN-Zahl:** 20  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

#### Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).  
**Theoretischer Teil: Fr., 19. – Mi., 21. Juni 2017** **40 P**  
**Kriseninterventionsseminar** (folgende Termine zur Auswahl):  
**Mi., 28. Juni 2017** oder **Mi., 16. August 2017** **8 P**  
**Gebühren** Theorie: € 600 (Akademiestatistiker € 540)  
Kriseninterventionsseminar: € 150 (Akademiestatistiker € 135)  
**Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene Transplantationsbeauftragte**  
**Mo., 27. November 2017, 09:30 – 17:30 Uhr**  
**Gebühr:** € 150 (Akademiestatistiker € 135)  
**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt  
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.flören@laekh.de

#### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Fachvereinigung für Diabetes (HFD); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.  
**Mi., 20. September 2017, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**  
Teil 3: Die nicht-medikamentöse Diabetestherapie  
Teil 4: Insulintherapie für die Praxis  
**Leitung:** Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda  
Dr. oec. troph. H. Raab, Offenbach  
**Gebühr:** € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

#### Infektiologie

**Antibiotic Stewardship**  
**Modul 2 – Aufbaukurs „Fellow“**  
**Mo., 28. August – Fr., 01. September 2017** **40 P**  
**Leitung:** PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt  
Prof. S. Herold, PhD, Gießen  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt  
**Gebühr:** € 1.000 (Akademiestatistiker € 900)  
**Ort:** **Frankfurt**, Markus-Krankenhaus  
**Modul 1 – Basics/Grundkurs:**  
**Mo., 20. – Fr., 24. November 2017** **40 P**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kempf,  
Prof. Dr. med. H.-R. Brodt,  
Prof. Dr. med. C. Stephan  
Dr. med. J. Kessel  
**Gebühr:** € 900 (Akademiestatistiker € 810)  
**Ort:** **Frankfurt**, Hoffmanns Höfe  
**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

#### Computer in der Medizin

**Softwareunterstützte Lösungsstrategien: Differentialdiagnose und Fehlervermeidung**  
**Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. J. R. Schäfer, Marburg  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Max. Teilnehmerzahl:** 40  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Ittner, Fon: 06032 782-223  
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Kenntniskurs

Fr., 25. August 2017 (theoretische + praktische Unterweisung)

**Gebühren:** Theorie € 100 (Akademiestgl. € 90)  
Praxis € 60 (Akademiestglieder € 54)

### Grundkurs

Fr., 22. – Sa., 23. September 2017

+ 2 Auswahltermine für den praktischen Halbtage auf Anfrage

**Gebühr:** € 340 (Akademiestglieder € 306)

### Strahlenschutz Spezialkurs Röntgendiagnostik

Fr., 17. – Sa., 18. November 2017

+ 2 Auswahltermine für den praktischen Halbtage auf Anfrage

**Gebühr:** € 340 (Akademiestglieder € 306)

**Ort Praktikum:** Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

**Leitung:** PD Dr. med. B. Bodelle

Weitere Kurse unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de) oder

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

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

**Modul II** 23. September 2017 8 P

**Gebühr:** € 130 (Akademiestglieder € 117)

Weitere Module, Gutachten unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

**Modul I-III** Fr., 23. – Sa., 24. Juni 2017

**Gebühr:** € 210 (Akademiestglieder € 189)

**Modul IV** Fr., 27. – Sa. 28. Oktober 2017

**Gebühr:** € 210 (Akademiestglieder € 189)

**Modul V** Sa. 28. Oktober 2017

**Gebühr:** € 70 (Akademiestglieder € 63)

Weitere Module unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

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

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

## Notfallmedizin

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 03. – So., 05. November 2017 30 P

**Gebühr:** € 400 (Akademiestglieder € 360)

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

### Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 30. September 2017 10 P

**Gebühr:** € 240 (Akademiestglieder € 214)

**Leitung:** Dr. med. T. H. Schneider, Wiesbaden

**Ort:** Mainz-Kastel, Feuerwache II

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

## Intensivmedizin

### 37. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 25. – Fr., 29. September 2017 55 P

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

**Gebühr:** € 620 (Akademiestglieder € 558)

**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum

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

## Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

**FOBI: Refresher** (nach fünf Jahren)

Mi., 20. September 2017, 14:00 – 19:00 Uhr 6 P

Weitere Veranstaltungen unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

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

**Gebühr:** € 110 (Akademiestglieder € 99)

**Max. Teilnehmerzahl:** 25

**Auskunft/Anmeldung:** K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,  
E-Mail: [karin.kuebler@laekh.de](mailto:karin.kuebler@laekh.de)

## Fachgebundene genetische Beratung

### Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

**Modul 1: Vorgeb. Risikoabklärung** Fr., 24. Juni 2017 8 P

**Gebühr:** € 200 (Akademiestglieder € 180)

**Ort:** Frankfurt, Laborarztpraxis

Weitere Module unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**Wissenskontrolle** zum Nachweis der **Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung** für zahlreiche Fachgebiete: Sa., 09. September 2017

**Gebühr:** je € 50 (Akademiestglieder € 45)

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

## Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

Mi., 25. Oktober 2017 6 P

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

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

**Gebühr:** € 75 (Akademiestglieder kostenfrei)

**Max. Teilnehmerzahl:** 40

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

## Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika –  
Was gibt es Neues?

Mi., 28. Juni 2017, 16:00 - 20:00 Uhr 5 P

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

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung  
der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 21. Juni 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

## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 29. - Sa., 30. September 2017 20 P

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

## Verletzungsdokumentation

Mi., 06. September 2017, 15:00 - 18:30 Uhr 4 P

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

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

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

## Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

In Kooperation mit dem ADR-Netz Hinterland-Wittgenstein.  
Der Kurs richtet sich an Ärzt/innen sowie med. Fachpersonal.

Samstag, 07. Oktober 2017, 09:00 - 17:00 Uhr

Leitung: Dr. med. P. Wilke, Biedenkopf  
S. Niklas, Modautal

Ort: **Biedenkopf**, DRK-Seniorenzentrum

Teilnahmegebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

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

## Ultraschall

### Gefäße

Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren  
Arterien und Venen

Do., 22. – Fr., 23. Juni 2017 (Theorie)

Sa., 24. Juni 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 410 (Akademiestatistiker € 369)

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der  
peripheren Arterien und Venen

Fr., 17. November 2017 (Theorie)

Sa., 18. November 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 330 (Akademiestatistiker € 297)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest

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

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

### Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 28. Oktober 2017 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

### Aufbau-Modul: Schilddrüse

Sa., 10. Juni 2017, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt

### Aufbau-Modul Farbdoppler Abdomen

Sa., 23. September 2017, 09:00 Uhr – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Ort: **Groß-Umstadt**, Gesundheitszentrum

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

### Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Di., 07. – Mi., 08. November 2017

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Ort: **Darmstadt**, Alice-Hospital

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



## Rechtsmedizin

Theorie und Praxis der Leichenschau werden in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

**Mi., 20. September 2017, Mi., 27. September 2017,  
Mi., 04. Oktober 2017, Mi., 11. Oktober 2017,  
jeweils 15:00 - 16:45 Uhr**

**Leitung:** Prof. Dr. med. M. Verhoff, Frankfurt  
**Teilnahmegebühr:** € 240 (Akademiestudenten € 216)  
**Ort:** Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin  
**Auskunft/Anmeldung:** I. Krahe, Fon: 06032 782-208  
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

## Lymphologie für Ärzte/innen

Blended Learning-Veranstaltung

**1. Präsenzphase: Sa., 16. September 2017**  
**Telelernphase: Sa., 16. September – Sa., 28. Oktober 2017**  
**2. Präsenzphase: Sa., 28. Oktober 2017**

**Leitung:** Dr. med. S. Classen, Bad Nauheim  
**Gebühr:** € 380 (Akademiestudenten € 342)  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

## II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

## Akupunktur

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

### I. Teil Theorie (120 Std.)

**Fr., 23. – So., 25. Juni 2017 G7 – G9**

**Fr., 15. – So., 17. September 2017 G10 – G12**

**Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017 G13 – G15**

### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

**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.loeffler@laekh.de **oder**  
A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,  
E-Mail: bauss@daegfa.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 Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, das heißt insgesamt 80 Stunden.

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

**Fr., 18. – So., 20. August 2017 (ausgebucht) 20 P**

**Fr., 27. – So., 29. Oktober 2017 (ausgebucht) 20 P**

**Fr., 17. – So., 19. November 2017 (ausgebucht) 20 P**

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

**Gebühren je Block:** € 350 (Akademiestudenten € 315)

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

## Notfallmedizin

### Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)

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

**Fr., 06. – Sa., 14. Oktober 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: simulation@rdmh.de

## Krankenhaushygiene

**Modul IV: Mo., 11. – Do., 14. September 2017 32 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. T. Eikmann,  
Dipl. Ing. S. Harpel

**Gebühr:** € 590 (Akademiestudenten € 531)

**Ort:** Gießen, Universitätsklinikum

**Modul V:** in Planung für 2017

**Leitung:** PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl

**Gebühr:** € 590 (Akademiestudenten € 531)

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



## Peer Review in der ambulanten Palliativmedizin

Blended-Learning-Veranstaltung

**Beginn Telelernphase: Mo., 24. Juli 2017**

**Präsenzphase: Fr., 25. - Sa., 26. August 2017**

**Leitung:** Prof. Dr. med. C.-A. Greim

**Ort:** Frankfurt

**Gebühr:** € 360 (Akademiestatistiker € 324)

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

## Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:  
Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II  
(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

**Aufbaukurs Modul II: Mo., 28. Aug. – Fr., 01. Sep. 2017 40 P**

**Leitung:** Dr. med. W. Spuck, Kassel

**Fallseminar Modul III: Mo., 20. – Fr., 24. November 2017 40 P**

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

**Basiskurs: Di., 05. – Sa., 09. Dezember 2017 40 P**

**Leitung:** Dr. med. K. Mattek, Hanau

**Gebühren:** Basiskurs, Aufbaukurs Modul I und II  
je € 650 (Akademiestatistiker € 585)  
Fallseminar Modul III € 750  
(Akademiestatistiker € 675)

**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 „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonde-  
ren klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ ist in den  
Block B2 integriert.

**Bitte beachten:** Änderung der Kurstage:

jetzt Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

**A2: Beginn der Telelernphase: 30. Juli 2017**

**A2: Präsenzphase: 30. August – 06. September 2017**

**B2: Beginn der Telelernphase: 01. Oktober 2017**

**B2: Präsenzphase: 01. – 08. November 2017**

**C2: Beginn der Telelernphase: 29. Oktober 2017**

**C2: Präsenzphase: 29. November – 06. Dezember 2017**

**Gebühren:** je Block € 570 (Akademiestatistiker € 513)

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

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

## Suchtmedizin

**Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“** insg. 20 P  
(Blended Learning-Veranstaltung)

**Einführung in die Telelernphase: Fr., 29. September 2017**

**Telelernphase: 30.09. – 01.12.2017**

**Präsenzphase / Lernerfolgskontrolle: Sa., 02. Dezember 2017**

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt

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

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

## Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

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

**Leitung:** C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

**Gebühr:** € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Orte:** Block A, C, D: **Bad Nauheim**, FBZ

Block B: **Kassel**, Klinikum

**Gebühr:** € 260 (Akademiestatistiker € 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., 20. – Sa., 25. November 2017** insg. 63 P

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

**Gebühr ges.:** € 540 (Akademiestatistiker und  
Mitglieder BDI und der DGIM € 486)

**Gebühr/Tag:** € 150 (Akademiestatistiker und  
Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

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

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

**Mi., 15. – Sa., 18. November 2017** ges. 42 P

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg

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

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

**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213  
E-Mail: melanie.turano@laekh.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** **40 P**

**Vorgesehene Themen:** Einführung in das QM, Einführung in die Gesundheitsökonomie, Rechtliche Aspekte: Berufsrecht, Sozialrecht, Haftungsrecht, Rechtskonflikte, Methoden des QM, Indikatoren und Externe QS, Prozessmanagement, QM-Handbuch und Dokumentenlenkung

**Gebühr:** Block I € 990 (Akademiemitgl. € 891)

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

**Heimarbeit: Mo., 05. März – Di., 12. Juni 2018**

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

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

**Teilelernphase: 16. September – 06. November 2018**

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

**Gebühren:** Block II a + b, III a + b, inkl. Heimarbeit u. Teilelernphase je € 770 (Akademiemitgl. € 693)

**Leitung:** N. Walter, Frankfurt

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

## Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

**Kurs B: Fr., 22. – Sa., 23. September 2017** **20 P**

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

**Gebühren:** Kurs B € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren 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. Oktober 2017** **11 P**

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

**Gebühr:** € 180 (Akademiemitglieder € 162)

**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademiemitglieder € 234)

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

**Anmeldung:** Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot>

möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die 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 inklusive 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. Ärztinnen/Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrags (€ 50). Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:

[www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

**E-Mail:** [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)





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

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels in verschiedenen Regionen Hessens können Nichtärztliche Praxisassistentinnen Aufgaben in der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes zum Beispiel 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 Homepage ([www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per Mail: [verwaltung.cos@laekh.de](mailto:verwaltung.cos@laekh.de)

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

### Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

#### Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

**Inhalte:** Die in der eintägigen Fortbildung vermittelten Kenntnisse sollen Teilnehmerinnen und Teilnehmer befähigen, Gespräche professionell und zielgerichtet zu führen. Durch das Training in der Gruppe gibt es Anregungen zur Optimierung der Fragen- und Antworttechniken sowie Unterstützung zur Verbesserung der Rhetorik.

**Termin:** PAT 1\_7: Fr., 25.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

**Termin in Wiesbaden:**

PAT 1\_6: Sa., 09.09.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

**Gebühr:** € 95

#### Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

**Inhalte:** Systematische Einführung in die Grundlagen der Wahrnehmungspsychologie, um Bedürfnisse des Gesprächspartners besser zu erkennen und die Patientencompliance durch Motivation zu verbessern.

**Termin:** PAT 2\_7: Sa., 26.08.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

**Termin in Wiesbaden:**

PAT 2\_6: Sa., 11.11.2017, 10:00 – 17:30 Uhr

**Gebühr:** € 95

#### Englisch für Gesundheitsberufe (PAT 7)

**Inhalte:** Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf. Geübt wird u. a. Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung.

**Termine:** Sa., 12.08.2017, 19.08.2017, 02.09.2017,  
09.09.2017 jeweils 10:00 bis 14:45 Uhr (20 Std.)

**Gebühr:** € 280

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

### Refresher Kurs GOÄ und UV-GOÄ (PAT 9)

**Inhalte:** Versicherungsfälle der gesetzlichen Unfallversicherung, Vertrag: Ärzte und Unfallversicherungsträger, Gebührenrechtliche Rahmenbedingungen, Allgemeine Bestimmungen der GOÄ / UV-GOÄ, Aktuelles aus der Arbeitsmedizin – Informationen über Änderungen und Regelungen, Praktische Übungen

**Termin:** 16.09.2017, 09:30 – 16:00 Uhr

**Gebühr:** € 105

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

### Onkologie

#### Qualifizierungslehrgang Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Lehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung von Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Informationen zum Lehrgang, Modulen sowie Termine und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm, auf der Homepage und im Flyer, den wir gerne zusenden.

**Beginn:** ab Do., 31.08.2017.

#### Aufbaufortbildung Onkologie

Angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

#### Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortherapeutika (ONK A1\_2)

**Inhalte:** Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien, Arzneimittelversorgung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherchen, Patienten- und Angehörigenedukation. Die Aufbaufortbildung „Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien“ wird vorausgesetzt.

**Termin:** 31.08.2017 ( 24 Std.)

**Gebühr:** € 280

#### Psychoonkologie (ONK A 3)

**Inhalte:** Die dreitägige Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an MFA (Arzthelfer/innen), die an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben. Der Kurs orientiert sich an der 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

**Termin:** 14.09. – 16.09.2017 ( 24 Std.)

**Gebühr:** € 280

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



### Palliativversorgung (120 Stunden)

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

**Beginn:** ab Do., 31.08.2017

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

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

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei ambulanten Eingriffen sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

**Inhalte:**

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

**Termin:** ab Mi., 09.08.2017

**Gebühr:** € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

#### !!! Zusätzlicher Lehrgang !!!

#### Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (BET 2) 140 Stunden

**Inhalte:** Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieanteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

**Termin:** ab 18.08.2017

**Gebühr:** € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/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 Praxismanagement als 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 COS-Fortbildungsprogramm, in dem die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind. Tätigkeitsbeschreibung: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin:** ab 24.08.2017

**Gebühr Pflichtteil:** € 1.560

**Prüfungsgebühren:** € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

### Schwerpunkt Medizin

#### Wundmanagement – Aufbaufortbildung (MED 16)

**Inhalte:** Die Fortbildung ist für Fortgeschrittene mit Erfahrungen in der Wundbehandlung ausgerichtet. Dekubitus, Kompressionstherapie und zeitgemäße Wundaufgaben sind Themen, die mit praktischen Übungen ergänzt werden.

**Termin:** Interessentenliste, 09:30–15:00 Uhr

**Gebühr:** € 105

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

### ALLGEMEINE HINWEISE

**Anmeldung:** Bitte schriftlich oder per Fax an die COS. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

**Veranstaltungsort** (soweit nicht anders angegeben):

**Carl-Oelemann-Schule (COS)** | [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

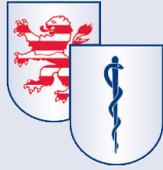
**Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:**

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: [gaestehaus@fbz-hessen.de](mailto:gaestehaus@fbz-hessen.de)



Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) vertritt als Körperschaft des öffentlichen Rechts die Interessen für ca. 36.000 Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Wir suchen baldmöglichst am Standort Frankfurt einen

## Ärztlichen Referenten (m/w) für die Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie

in Vollzeit(40 Std/Wo.) (Kennz.: Ref. QS)

### Ihre Aufgaben:

- Qualitätssicherungsaufgaben der LÄKH (z. B. Zertifizierung ärztlicher Fortbildung, Qualitätssicherung in der Hämotherapie, Transplantationsmedizin und IVF, Kurse zum Qualitätsmanagement, etc.), auch in Gremien auf Bundesebene
- Qualitätssicherung in der Ärztlichen Fort- und Weiterbildung
- Mitwirkung bei der Pflege des hessischen Registers über Ärzte/innen in Weiterbildung

- Mitwirkung bei Befragungsprojekten unter Ärztinnen und Ärzten
- Organisation und Präsentation empirischer Untersuchungen
- Erstellung von Publikationen
- Vertretung der Ärztlichen Leiterin

Dabei arbeiten Sie eng insbesondere mit der Weiterbildungsabteilung und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer zusammen und unterstützen andere Abteilungen beim internen Qualitätsmanagement.

### Ihr Profil:

- Mit gutem Erfolg abgeschlossenes Studium der Medizin und Approbation/Berufserlaubnis, gerne Berufspraxis
- Wissenschaftliches Arbeiten und Kenntnisse im Qualitätsmanagement sind von Vorteil

- Gute Kenntnisse in Statistik und einschlägiger „Spezialsoftware“ (ggf. erwarten wir die Fähigkeit, sich eigeninitiativ rasch in solche Fragestellungen einzuarbeiten)
- Souveränes Auftreten in der Öffentlichkeit und vor Publikum

### Unser Angebot:

- Interessante, vielseitige und verantwortungsvolle Tätigkeiten
- Leistungsgerechte Bezahlung und attraktive Zusatzleistungen
- Mittelfristige Aufstiegsmöglichkeiten und ggf. Unterstützung beim Erwerb der Zusatzweiterbildung „Ärztliche Qualitätsmanagement“

Auskünfte: Nina Walter,  
Leiterin Stabsstelle Qualitätssicherung,  
Fon: 069 97672-142.

## Ärztlichen Referenten (m/w) für die Abteilung „Ärztliche Weiterbildung“

in Vollzeit (40 Std/Wo.)(Kennz.: Ref. WB)

### Ihre Aufgaben:

- Beurteilung ärztlicher Qualifikationsnachweise im Rahmen der Weiterbildung
- Ärztliche Kenntnisstandprüfungen
- Sammlung, Bündelung und Weitergabe von Informationen auf Länder-, Bundes- und EU-Ebene zu Themen ärztlicher Weiterbildung
- Einbringen von ärztlichem Sachverstand in internen und externen Gremien

- Führung eines kleinen Teams qualifizierter Sachbearbeiterinnen; Sie berichten direkt an den Leiter der Abteilung

### Ihr Profil:

- Abgeschlossenes Medizinstudium, Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt sowie bereits einige Jahre Berufserfahrung
- Eine Facharztanerkennung (bevorzugt in einem konservativen Gebiet) ist wünschenswert
- Verständnis für Berufs- und/oder Verbandspolitik sowie Interesse für Qualitätsmanagement sind von Vorteil
- Sie sind vertraut mit der Nutzung moderner Büro-, Kommunikations- und Datenbank-Software

- Belastbarkeit, eine engagierte Arbeitsweise sowie ein verbindliches, sicheres Auftreten gehören neben einer hohen Kommunikations- und Teamfähigkeit zu Ihren Stärken

### Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht-/Wochenenddienste
- Interessante, vielseitige und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen

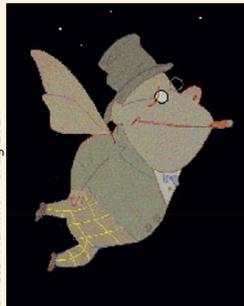
Auskünfte: André R. Zolg, Leiter der  
Abteilung Ärztliche Weiterbildung,  
Fon: 069 97672-130.

Wir freuen uns auf Ihre Bewerbung unter Angabe des Kennzeichens bis zum 23. Juni 2017 an die Landesärztekammer Hessen, Personalabteilung, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main oder per E-Mail an: [bewerbung@laekh.de](mailto:bewerbung@laekh.de).

# Selbstvergessen dem Sinn des Lebens nachspüren

## Wolf Erlbruch verwandelt Kinderbücher in Kunstwerke

Verschmitztes Grinsen, Hakennase und Augen, so groß wie Spiegeleier. Oder trägt die wie eine Springfigur in das Bild ragende Hexe eine Nickelbrille auf dem Zinken? Das würde sie mit ihrem Schöpfer, dem Künstler Wolf Erlbruch verbinden, der vielen seiner Figuren runde Brillengläser aufsetzt. Jenem Herrn mit Zylinder und kariertem Hose aus dem gemeinsam mit Jürg Schubiger herausgegebenen Buch „Schon wieder was!“ (Peter Hammer Verlag) etwa, der wie eine mollige Fliege über den Nachthimmel schwebt: Rauchend und scheinbar selbstvergessen dem Sinn des Lebens nachspürend.



© Peter Hammer Verlag 2014

In diesem Frühjahr ist der deutsche Kinderbuchautor und Illustrator Wolf Erlbruch mit dem Astrid Lindgren Memorial Award, dem weltweit höchst dotierten Preis für Kinder- und Jugendliteratur, geehrt worden. Die Jury lobte den 1948 geborenen Wuppertaler als innovativen Illustrator und Autor, der existenzielle Fragen stelle und sie für Leser jeden Alters verständlich aufbereite. Wohlklingende Worte, die das künstlerische Format des Grafik-Designers, die Leichtigkeit, mit der

er komplizierten Themen zeichnerisch zu Leibe rückt, vom Aquarell zur Collage wechselt und Sprache durch Farben in eine neue Dimension versetzt, nur erahnen lassen.

Erlbruch, der bis 2009 als Professor für Illustration an der Bergischen Universität Wuppertal lehrte, verwandelt Kinderbücher in Kunstwerke. Einige der wunderbar illustrierten Geschichten hat er selbst geschrieben: „Frau Meier, die Amsel“, „Nachts“, „Die große Frage“ oder „Ente, Tod und Tulpe“ zählen dazu. Dass sich die Bücher keineswegs nur an Kinder richten, wird beim Lesen der Texte und Versinken in die Bilder deutlich.

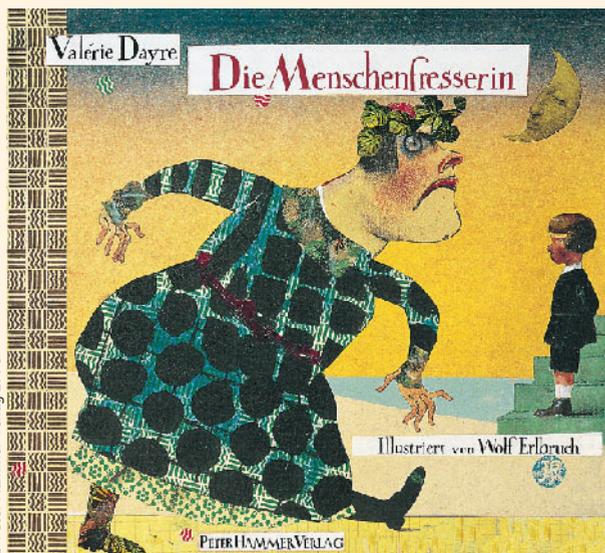
Zart und melancholisch zugleich nähert sich Erlbruch in „Ente, Tod und Tulpe“ (Kunstmann Verlag) dem Thema Sterben. In minimalistischen Bildern und blassen Farben treffen sich Ente und Tod und gehen ein Stück des Weges miteinander. Wird die Begegnung zunächst durch die Angst vor dem Sterben überschattet, stellt sich langsam eine fast zärtliche Vertrautheit ein. Was dem Tod schon auf den ersten Blick den Schrecken nimmt, ist seine Gestalt in kariertem Mädchenkleid. Kein grausamer Sensenmann, sondern ein mitfühlendes Wesen, dessen Totenkopf immer wieder von einem tröstlichen Lächeln überzogen wird. Antworten darauf, ob nach dem Ende Himmel oder Hölle warten, gibt der Tod nicht, doch er zeigt Gefühle beim Abschied von der Ente: „Lange schaute er ihr nach. Als er sie aus den Augen verlor, war der Tod fast ein wenig betrübt. Aber so war das Leben.“ Grausam und für Kinder kaum geeignet ist Valérie Dayres Geschichte „Die Menschenfresserin“ (Peter Hammer Verlag), die Erlbruch großartig illustriert hat. Collageartig vermischen sich Bilder und Zeichnungen mit farbigen, wie aus Geschenkpapieren herausgetrennten Mustern. Glänzende Flächen kontrastieren mit sensibel aufeinander abgestimmten Farbschattierungen.

Im Mittelpunkt steht die überdimensionale Figur der Menschenfresserin, die Autorin und Illustrator durch groteske Übertreibung unwirklich erscheinen lassen: „Sie hatte in ihrem Leben schon viele schlimme Dinge gemacht, auch solche, die ich hier nicht beschreiben kann, so fürchterlich sind sie. Aber einen Schlingel zu verschlingen, das hatte sie bisher noch nie gewagt.“ Dass sie vor lauter



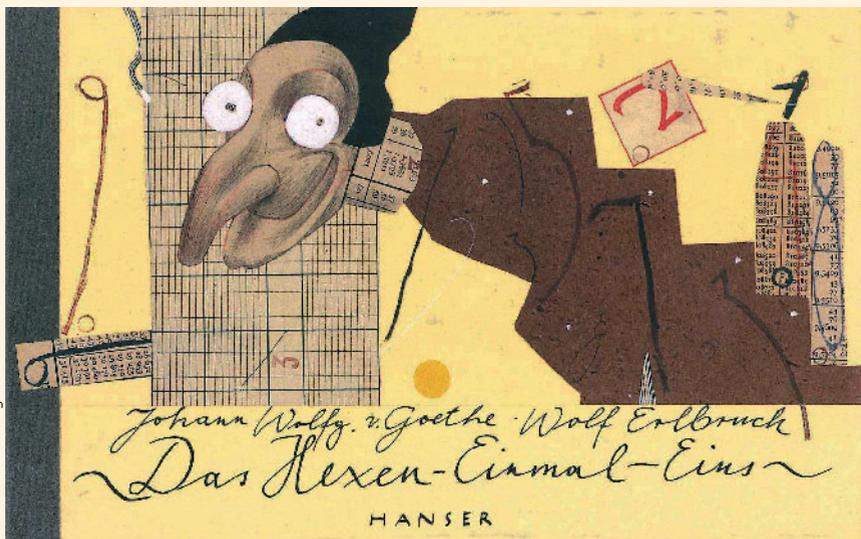
„Ich bin schon in deiner Nähe, solange du lebst – nur für den Fall.“ „Für den Fall?“, fragte die Ente. — Mit „Ente, Tod und Tulpe“ hat Wolf Erlbruch einen Klassiker geschaffen. Für sein Gesamtwerk erhielt er jetzt den Astrid-Lindgren-Preis für Kinder- und Jugendliteratur.

Illustration aus „Ente, Tod und Tulpe“ Verlag Antje Kunstmann 2007



© Peter Hammer Verlag 1996

© Carl Hanser Verlag 2016



Gier das eigene Kind frisst, bleibt dem Betrachter erspart: Zu sehen ist nur ein kreischender, trommelnder Affe im Clownskostüm.

Als Kurzlehrgang durch die Kunstgeschichte und Hommage an de Chirico sind Erlbruchs Illustrationen von Goethes „Das Hexen-Einmal-Eins“<sup>1</sup> (Carl Hanser Verlag) einmal bezeichnet worden. Es gebe hier mehr zu ergründen als sonst in Kinderbüchern, es gehe ernster, verrät-selter, allegorischer zu, schrieb Paul Ingendaay in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung über das querformatige, im Hanser Verlag erschienene Büchlein. Zahlenkolonnen, Auszüge aus mathematischen Tafeln, Blätter mit Rechenkästchen und Topografien dienen als Hintergrund oder

fügen sich wie Ornamente in die grafisch anspruchsvollen Bilder, in die Erlbruch Goethes zahlenlastige Nonsens-Poesie kleidet. Die Wucht, mit der ein Boxer seinem Gegner einen Schlag versetzt, lässt



© Carl Hanser Verlag 2013

vier Zähne wie Papierfetzen aus dessen Mund fliegen: Verlier die Vier! Als weiße Silhouette sprengt ein Hase in „Und Zehn ist keins“ über die menschenleere Piazza einer italienischen Stadt. Wiederkehrendes Motiv ist die spöttisch am Bildrand auftauchende oder sich in eine Reihe schwarzer Schattenfiguren einreihende Hexe.

Kraftvoller, sicherer Strich, mal leuchtende, mal zurückgenommene Farben, Zeichnungen, Aquarelle und raffinierte Collagen: Erlbruchs Stil ist facettenreich. Zugleich gelingt es ihm, die Texte anderer Autoren ebenbürtig in Bilder umzusetzen. So beispielsweise in den Illustrationen zu „Die Katzen von Kopenhagen“<sup>2</sup> (Carl Hanser Verlag), dem von Harry Rowohlt übersetzten Brief von James Joyce an seinen vierjährigen Neffen. Mit wenigen, kühn mit Pastellkreide dahin geworfenen Strichen fängt der Künstler menschliche Charaktere und tierische Persönlichkeiten ein: die den Tag im Bett verbringenden, Zigarre rauchenden und Buttermilch trinkenden Polizisten ebenso wie die dicke, augenzwinkernde Katze und nicht zuletzt den Brief schreibenden Joyce selbst.

Wer Erlbruch als Illustrator von Kinderbuch-Klassikern wie „Das Bärenwunder“ oder „Vom kleinen Maulwurf“ schätzt, sollte sich auf die spannende Entdeckungsreise zu seinen „erwachsenen“ Werken begeben.

Katja Möhrle

So faszinierend wie in der glücklicher-weise vergangenen Zeit der Kastraten ist bis heute die Stimme eines Counter-tenors. Ein männlicher Sänger, dessen Kopfstimme sich in Höhen schwingen kann, die sonst nur Soprane erreichen. Andreas Scholl aus Kiedrich und der Franzose Philippe Jaroussky sind so begnadet.

Scholl lotet neben der Opern- und Popwelt gerne die kammermusikalischen Geheimnisse des internationalen Liedgutes aus. Im Album „Wanderer“ (2012) begeistert er mit einer exquisiten Auswahl von Haydn, Mozart oder Brahms. Schuberts „An Mignon“ ist einzigartig. Im Dialog zwi-

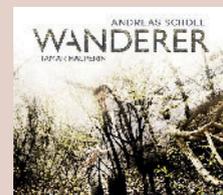
schen Tod und Mädchen übernimmt er sowohl den Sopran- als auch den Bariton-Part. Am Piano wird er sensibel von Tamar Halperin begleitet. Das Ehepaar wurde 2016 mit dem Hessischen Kulturpreis ausgezeichnet.

Philippe Jaroussky hat mit seinem neuen Album „Orfeo“ aus Werken verschiedener Komponisten eine eigene kleine Oper geschaffen. Er erzählt gemeinsam mit der Sopranistin Emöke Barath die Geschichte von Orpheus und Eurydike. Jarousskys Höhenflüge sind ätherisch. Scholls unverwechselbare, klare Stimme wirkt stärker geerdet – die umfangreichen Werke beider Künstler laden zu Expeditionen ein. **Isolde Asbeck**

## Musiktipps

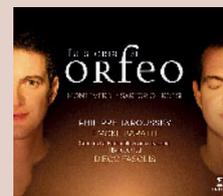
**Andreas Scholl,  
Tamar Halperin  
– Wanderer**

Decca, ca. € 17.50



**Philippe Jaroussky,  
Emöke Barath  
– La Storia di Orfeo**

Warner Classics, ca. € 17



<sup>1</sup>Johann Wolfgang von Goethe, Das Hexen-Einmal-Eins, illustriert von Wolf Erlbruch © 2016 Carl Hanser Verlag München  
<sup>2</sup>James Joyce, Die Katzen von Kopenhagen, übersetzt aus dem Englischen von Harry Rowohlt, illustriert von Wolf Erlbruch © 2013 Carl Hanser Verlag München



Foto: marog-pixcells – Fotolia.com

# Stratifizierte Arzneimitteltherapie – Strategiewechsel

Prof. Dr. rer. nat, Theodor Dingermann, Dr. phil. nat. Ilse Zündorf

Bevor ein Arzneimittel für den Einsatz beim Menschen zugelassen wird, wird es umfangreich getestet – zunächst in unterschiedlichsten biochemisch/pharmakologischen Modellen im Reagenzglas oder im Organbad, dann in verschiedenen Tiermodellen und schließlich an Probanden und Patienten. Dieses gestufte Vorgehen ermöglicht zuverlässige Aussagen zur Wirksamkeit und Verträglichkeit des Arzneimittels. Nur wenn eine Nutzen-/Risikoabwägung deutlich zu Gunsten der Nutzenseite ausfällt, wird dem Arzneimittel ein Marktzugang über eine Zulassung durch internationale oder nationale Behörden gewährt. Allerdings beinhalten die Ergebnisse von Wirksamkeitsstudien für den Einzelnen eine gewisse Unschärfe, da sie in Form einer mehr oder weniger ausladenden Gauß'schen Verteilung anfallen. Daran hat man sich gewöhnt, weil es hierzu keine Alternative gibt. Wählt man aller-

dings die Testpopulation groß genug, so beobachtet man teils radikale „Ausreißer“, was für die Betroffenen katastrophal sein kann. Ausschläge in Richtung „Unwirksamkeit“ sind ebenso möglich, wie Ausschläge in Richtung einer individuellen Überdosierung bei prinzipiell korrekter Anwendung, was sich für die Betroffenen in Unverträglichkeit bis hin zu einer relevanten Toxizität äußert.

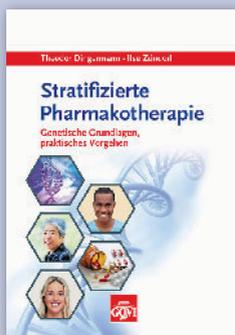
Dass dies keine „Randerscheinungen“ sind, zeigt die Tatsache, dass man heute davon ausgeht, dass nur etwa 1/3 der Arzneimittelanwendungen bei den Patienten die erwarteten Wirkungen zeigen. Bei 2/3 der Arzneimittelanwendungen beobachtet man entweder eine unerwartet schlechte Wirksamkeit oder eine ungewöhnliche Unverträglichkeit.

Für die Patientinnen und Patienten ist dies eine ausgelassene Chance, noch besser von den ihnen verordneten Arzneimitteln

zu profitieren bzw. unerwünschte Arzneimittelwirkungen (UAW), die nicht selten die Therapie an sich gefährden, zu minimieren. Denn eine therapeutische Intervention läuft nicht nur ins Leere, wenn beispielsweise ein verordnetes Arzneimittel vorhersehbar gar nicht wirken kann, sondern auch dann, wenn sich Patienten wegen unerwünschter Arzneimittelwirkungen weigern, ihre verordneten Medikamente einzunehmen.

UAW sind eine hoch relevante Ursache für Morbidität und Mortalität. So schätzt man, dass UAW beispielsweise in Großbritannien jährliche Kosten von bis zu 1 Milliarde Pfund verursachen. Für die USA werden die entsprechenden Kosten auf ca. 4 Milliarden Dollar geschätzt (Davies, et al., 2009; Lazarou, et al., 1998; Pirmohamed, et al., 2004; Pirmohamed., 2010). Die Häufigkeit von UAW zu verringern, ist somit nicht nur wichtig, um die Morbidität und Mortalität durch Arzneimittel zu reduzieren. Sie ist gleichfalls wichtig, um die Therapietreue der Patienten zu verbessern.

## Buchtipps



### Theodor Dingermann, Ilse Zündorf: Stratifizierte Pharmakotherapie – Genetische Grundlagen, praktisches Vorgehen

2017 Govi (Imprint), Avoxa Mediengruppe  
339 Seiten, 91 Abbildungen, 210 Tabellen,  
kartoniert, ISBN 9783774113411  
E-Book (PDF) ISBN 9783774113442  
€ 39.90

## Einflussfaktoren für die Arzneimittelwirkung

Die Variabilität der Arzneimittelwirkung resultiert aus extrinsischen wie aus intrinsischen Faktoren.

- Zu den extrinsischen Faktoren, die Einfluss auf eine Arzneimitteltherapie haben können, gehören Nahrungsmittel, Umwelteinflüsse, andere Arzneimittel, die Therapietreue (Compliance) und einer bestimmten Arzneimitteltherapie

nicht zuträgliche Lebensgewohnheiten wie Rauchen, Stress, Alkohol und unter Umständen auch Sport. Diese Faktoren kann man prinzipiell sehr gut an eine bestimmte Arzneimitteltherapie anpassen, falls dies erforderlich ist.

- Zu den intrinsischen Faktoren gehören Alter, Geschlecht, Gewicht, Ethnizität, Gesundheitszustand (z. B. Leber- bzw. Nierenfunktion) und eine individuelle genetische Ausstattung, soweit sie für eine Arzneimitteltherapie relevant ist. Das ist der Fall, wenn Funktionen betroffen sind, die entweder die Wirksamkeit eines Arzneimittels dadurch kompromittieren, dass physiologische „Umwege“ möglich werden, oder die daran beteiligt sind, den Wirkstoff zu modifizieren oder ihm den Zugang zur Zielstruktur zu ermöglichen. Alle diese Faktoren kann man nicht an eine Arzneimitteltherapie anpassen. Man kann aber (und sollte auch) eine Arzneimitteltherapie an diese Faktoren anpassen. Dies war bisher – zumindest in Ansätzen – möglich für die intrinsischen Faktoren Alter, Geschlecht, Gewicht, Ethnizität und Gesundheitszustand. Auf individuelle genetische Besonderheiten zu reagieren war hingegen deshalb nicht möglich, da zum einen diese Besonderheiten nur in Ansätzen bekannt waren und sie sich zum anderen für einen einzelnen Patienten mit akzeptablem technischen Aufwand kaum bestimmen ließen.

Zwischenzeitlich kennen wir einen großen Teil dieser genetischen Faktoren, und es wurden praktikable Methoden entwickelt, diese durchaus auch routinemäßig individuell zu bestimmen.

## Pharmakogenetik

Mittlerweile sind tausende menschliche Genome und zigtausende menschliche Exome, also alle potenziell für Proteine kodierenden DNA-Bereiche, sequenziert und die Variationen auf dieser Ebene gut charakterisiert. Daraus entspringt der Gedanke, interindividuelle Unterschiede in der Gen- bzw. Proteinausstattung in eine Vorhersage der Wirksamkeit eines Arzneistoffs bzw. der Vorhersage des Nebenwirkungspotenzials eines Wirkstoffs mit einzubeziehen.

Mit diesen Zusammenhängen beschäftigt sich die Pharmakogenetik, deren Zielobjekt die chromosomale DNA des Patienten ist. Denn jedes Individuum unterscheidet sich von einem anderen Individuum durch minimale Unterschiede in der DNA-Sequenz. Diese Variabilität unserer genomischen DNA kann auch zu einer von der Norm abweichenden Reaktion auf ein Arzneimittel führen.

Dies ist längst seitens der nationalen und internationalen Arzneimittelüberwachung erkannt, so dass es nicht überrascht, dass immer mehr offizielle Dokumente zu den zugelassenen Arzneimitteln Informationen über genetische Faktoren enthalten, die die Wirkung und vor allem die Verträglichkeit der Wirkstoffe deutlich beeinflussen können. Allerdings finden diese Hinweise bisher kaum Beachtung.

In zwei Bereichen wäre es dringend an der Zeit, genetische Daten in Therapieentscheidungen mit einfließen zu lassen: Dies ist erstens immer dann der Fall, wenn ein Wirkstoff eingesetzt wird, der im kranken Gewebe eine Zielstruktur anspricht, die nicht zwingend bei einer bestimmten Krankheit vorhanden sein muss. Das ist zum Beispiel bei bestimmten Krebsleiden so, und darauf hat man tatsächlich auch konsequenterweise reagiert. Längst reicht beispielsweise die Diagnose „Brustkrebs“ oder „Dickdarm-Krebs“ nicht mehr aus, um eine Therapieentscheidung zu treffen. Heute fragen die Therapeuten nach dem Vorhandensein oder dem Fehlen eines Rezeptors, eines bestimmten Proteins auf der Oberfläche der Tumorzellen oder eines genetischen Fehlers in einer Zellkomponente, die für die Weitergabe von Information verantwortlich ist. Nur wenn das Ergebnis der entsprechenden Analyse mit „positiv“ bestätigt wird, wird ein hochspezifischer Wirkstoff eingesetzt, der sich exakt gegen dieses Molekül richtet. Denn nur dann macht der Einsatz dieser oft sehr teuren Medikamente Sinn.

Es gibt aber auch ein zweites Szenario, wo persönliche genetische Informationen genutzt werden sollten. Allerdings passiert dies noch nicht routinemäßig. Dazu muss man wissen, dass Arzneimittel nicht nur Strukturen adressieren, die am Krankheitsgeschehen direkt beteiligt sind, um deren Funktion zu korrigieren und damit den Verlauf der Krankheit zu stabilisieren

oder zu stoppen. Arzneimittel werden auch von Körperstrukturen erkannt, die mit der eigentlichen Krankheit gar nichts zu tun haben. Denn bevor ein Arzneimittel überhaupt wirken kann, muss es irgendwie in den Blutkreislauf gelangen, um schließlich irgendwo im Organismus sein Ziel überhaupt finden zu können. Und wenn das Arzneimittel gewirkt hat, muss es auch wieder ausgeschieden werden können. Aufnahme und Ausscheidung von Arzneimitteln sind komplexe Prozesse, die von Proteinen gesteuert werden. Und in diese Proteine können sich Fehler einschleichen, die in den Genen für diese Proteine festgeschrieben sind. Solche Probleme bleiben un bemerkt, so lange man keine Arzneimittel einnimmt. Ist man aber einmal auf die Einnahme eines Arzneimittels angewiesen, erlebt man unter Umständen eine böse Überraschung.

Wird der Wirkstoff nicht mit der mittleren Geschwindigkeit aufgenommen, wie dies bei der Mehrzahl der Patienten, bei denen dieses Arzneimittel eingesetzt wird, der Fall ist, kann bei einer verzögerten Aufnahme entweder keine Wirkung oder nur eine eingeschränkte Wirkung eintreten. Oder die Wirkung fällt viel zu heftig aus, wenn zu viel Wirkstoff pro Zeiteinheit aufgenommen wird.

Anders, aber nicht weniger brisant, verhält es sich, wenn diejenigen Mechanismen „untypisch“ funktionieren, die einen Wirkstoff für die Ausscheidung vorbereiten. Diese Enzyme führen chemische Modifikationen bei Medikamenten ein, die die Voraussetzung dafür sind, dass der Wirkstoff über die Fäzes oder den Urin ausgeschieden werden kann. Auch diese Enzyme können bei einzelnen Menschen Fehler aufweisen. Exprimiert beispielsweise ein Patient ein funktionsloses Enzym, wird der entsprechende Wirk-

## Genderneutrale Sprache

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

stoff sehr untypisch und meist extrem verlangsamt ausgeschieden. Wissen Arzt und Patient dies nicht und nimmt der Patient sein Medikament nach Vorschrift ein, akkumuliert der Wirkstoff mit gefährlichen Folgen: Zunächst treten unerwünschte Arzneimittelwirkungen auf. Werden diese nicht als Warnsignale wahrgenommen, kann es zu toxischen Wirkungen kommen. Dabei könnte man leicht reagieren, indem man entweder auf einen Wirkstoff mit einem analogen Wirkprofil aber mit einer anderen Ausscheidungscharakteristik ausweicht, oder ganz einfach die einzunehmende Tagesdosis reduziert.

Es kommt aber auch vor, dass der Organismus eines Patienten zu viel von diesen modifizierenden Enzymen produziert. Das hat zur Konsequenz, dass der Wirkstoff viel zu schnell ausgeschieden wird und somit die Wirkung ausbleibt. Non-Response ist dann die Folge. Auch hier bieten sich Lösungen an, indem man beispielsweise die tägliche Dosis deutlich erhöht.

Die gleichen Enzyme, die für die Vorbereitung der Ausscheidung eines Arzneimittels wichtig sind, können bei ganz bestimmten Medikamenten aber in noch ganz anderer Weise von Bedeutung sein. Hier überführen sie eine zunächst unwirksame Substanz, ein Prodrug, in die eigentliche Wirkform. Ist ein Patient nicht in der Lage, ein solches Prodrug zu aktivieren, kann keine Wirkung eintreten. Wird jedoch das Prodrug zu schnell aktiviert, was bei ultra schnellen Metabolisierern der Fall ist, kann es lebensgefährlich werden. Dies musste man erst kürzlich schmerzhaft erfahren, als Kinder, die nach einer Mandeloperation Codein als Schmerzmittel bekamen, starben. Sie starben an einer Überdosis Morphin. Denn Codein ist das Prodrug für das eigentliche Schmerzmittel Morphin. Die betroffenen Kinder überführten das schwach wirksame Codein viel zu schnell in Morphin und mussten dies mit ihrem Leben bezahlen (Kelly et al., 2012).

Da derartige Abnormalitäten bei Komponenten, die für die Verfügbarkeit oder für den Abbau von Arzneimittel verantwortlich sind, nichts mit Krankheiten zu tun haben, kann man sie auch aus jedem beliebigen Gewebe bestimmen. Und man muss das nur einmal im Leben tun. Mit diesem

Wissen kann man ganz anders eine Arzneimitteltherapie planen: Nicht blind, sondern personalisiert.

### Prädiktive Diagnostik im Sinne einer stratifizierten Arzneimitteltherapie

Noch sind wir von einer routinemäßigen Bestimmung arzneimittelrelevanter genetischer Variabilität meilenweit entfernt, zum einen, weil teils vehement über die klinische Relevanz gestritten wird, zum Teil aber auch, weil die Konzepte und deren Umsetzung noch nicht bei der großen Mehrzahl der Heilberufler angekommen sind.

Die Richtung ist allerdings vorgegeben. Der neue Ansatz, Arzneimittel an ein genetisches Profil eines Patienten anzupassen, firmiert unter dem Stichwort „stratifizierte Arzneimitteltherapie“. Dabei werden möglichst alle Faktoren berücksichtigt, die die spezifische Interaktion eines Arzneimittels mit dem Organismus (Pharmakodynamik) betreffen, ebenso wie die Faktoren, die festlegen, wie der Organismus mit dem Arzneimittel umgeht (Pharmakokinetik). Denn aus beiden Prozessen resultiert die spezifische und individuelle Arzneimittelwirkung.

### Verkleinern der Wissenslücke

Es ist das Verdienst eines pharmakogenomischen Forschungsnetzwerks (Pharmacogenomics Research Network, PGRN), die weltweiten Forschungsergebnisse zur Pharmakogenomik systematisch gesammelt und strukturiert zu haben. Diese Informationen sind heute gebündelt und kompetent kuratiert auf dem für jedermann zugänglichen Webportal PharmGKB ([www.pharmgkb.org](http://www.pharmgkb.org)) verfügbar.

Allerdings ist es völlig unpraktikabel, im medizinisch/pharmazeutischen Alltag in Datenbanken zu recherchieren, um mögliche Probleme, die Patienten-individuelle Genotypen bei der Anwendung ihrer Arzneimittel verursachen können, zu erkennen und zu verstehen. Bisher fehlt es an deutschsprachigen Referenzwerken, in denen das relevante Wissen extrahiert und didaktisch aufbereitet vorliegt.

Diese Lücke ist nun mit unserer Monographie „Stratifizierte Pharmakothera-

pie: Genetische Grundlagen, praktisches Vorgehen“ ein wenig verkleinert worden. Dabei bildet die PharmGKB-Datenbank sehr konsequent die Basis für dieses Buch, das geschrieben wurde, um neben wissenschaftlichen Konzepten vor allem die Translation der umfassenden Erkenntnisse in die Praxis noch praktikabler zu machen.

Dazu wurde das aus der Datenbank extrahiert, was heute weitestgehend als wissenschaftlich gesichert und als klinisch relevant gilt. Dies findet man in der PharmGKB-Datenbank in Form von Dosierungsrichtlinien, die im Wesentlichen von zwei Expertengruppen, dem Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) und der Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG), erarbeitet werden. Ziel derartiger Richtlinien ist es, eine Hilfestellung zu geben, um genetische Testergebnisse von Laboratorien in ausführbare Entscheidungen zum Verschreiben von Arzneimitteln zu überführen. Sie sind mit dem Verständnis erarbeitet, vorhandene Testergebnisse auszuwerten anstatt darüber zu diskutieren, welche genetischen Varianten getestet werden sollten. Somit erweitern diese Dosierungsrichtlinien die Hinweise in den Fachinformationen der relevanten Zulassungsbehörden signifikant und sehr konkret.

Mehr als 100 Dosierungsrichtlinien haben das Clinical Pharmacogenetics Implementation Consortium (CPIC) und die Dutch Pharmacogenetics Working Group (DPWG) für knapp 70 Wirkstoffe bisher erarbeitet. Die Wirkstoffe sind indiziert im Bereich der Psychiatrie, der Kardiologie, der Gynäkologie und der Onkologie. Sie werden eingesetzt als Analgetika, als Wirkstoffe zur Behandlung von Infektionskrankheiten, als Antidiabetika, zur Behandlung von gastroösophagealen Refluxkrankheiten sowie als Immunsuppressiva.

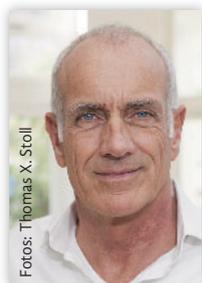
**Prof. Dr. rer. nat.**

**Theodor Dinger**

E-Mail: [dinger@em.uni-frankfurt.de](mailto:dinger@em.uni-frankfurt.de)

**Dr. phil. nat. Ilse Zündorf**

Institut für Pharmazeutische Biologie  
Goethe-Universität Frankfurt



Fotos: Thomas X. Stoll



Foto: Helios Wiesbaden

Nach 23 Jahren Krankenhauszugehörigkeit und nahezu zehn Jahren Chefärztztätigkeit ging **Dr. med. Jörn Kunz** (Foto links) an der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie des Bürgerhospitals Frankfurt/Main in den Ruhestand. Seine Nachfolge trat **Dr. med. Christoph Theis** (Foto rechts) an. Der Orthopäde und Unfallchirurg war zuvor acht Jahre lang als Oberarzt an der Orthopädischen Uniklinik Friedrichsheim in Frankfurt tätig, davon fünf Jahre als leitender Oberarzt. Darüber hinaus war er Koordinator und zuletzt stellv. Leiter und Senior-Hauptoperator des Endoprothesenzentrums der Maximalversorgung. Auch am Bürgerhospital will Theis einen Fokus auf die Endoprothetik legen sowie auf sportmedizinische Operationen, möglichst minimalinvasiv. Der Klinikbereich Unfallchirurgie wird künftig durch den leitenden Oberarzt **Dr. med. Jacek Ledwon** geführt. Neu ist außerdem der Bereich Handchirurgie mit **Dr. med. Christian Betz** als Oberarzt seit Jahresbeginn.



Foto: Frank immer Proktkreuz-Kliniken

**Dr. med. Dagmar Sohlbach** verstärkt seit April 2017 als leitende Oberärztin das chirurgische Team der DKD Helios Klinik Wiesbaden. Sohlbach ist Fachärztin für Chirurgie und Viszeralchirurgie mit Zusatzbezeichnungen für Proktologie, Notfallmedizin und fachgebundener Röntgendiagnostik. Ihre Behandlungsschwerpunkte liegen in der kolorektalen Chirurgie, minimalinvasiven Chirurgie sowie Hernien- und Reflux-Chirurgie. Sie war bisher als leitende Oberärztin der Allgemein- und Unfallchirurgie im St. Josefs-Hospital Wiesbaden und anschließend in der Unfall-/Chirurgischen Gemeinschaftspraxis Am Brand in Mainz tätig.

Zum 1. April 2017 ist die Klinik für Gynäkologie an der Frankfurter Klinik Rotes Kreuz eröffnet worden, mit **Dr. med. Resmiye Ermis** als neuer Chefärztin. Die Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist spezialisiert auf minimal-invasive Eingriffe. Sie erhielt erstmals im Jahr 2013 das MIC III-Zertifikat der Arbeitsgemeinschaft für gynäkologische Endoskopie der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe – als eine von nur vier Operateurinnen Deutschlands. Dafür müssen u. a. mindestens 800 laparoskopische Eingriffe in fünf Jahren nachgewiesen werden.



Foto: Philipps-Universität FB Medizin

Mit dem Ars legendi Fakultätenpreis der Philipps-Universität Marburg ist der Marburger Allgemeinmediziner **Prof. Dr. med. Stefan Bösner** ausgezeichnet worden. Der

Preis ist mit 30.000 Euro dotiert. Die Jury zeigte sich beeindruckt von der Vielfalt und Ausgewogenheit seiner Lehransätze. Stefan Bösner, Jahrgang 1966, ist Allgemeinmediziner und Gesundheitswissenschaftler, seit 2016 hat er eine Professur an der Philipps-Universität. Seine wissenschaftlichen Schwerpunkte liegen im Bereich der Versorgungsforschung, der klinischen Forschung zur primären Gesundheitsversorgung sowie der Entwicklung von Instrumenten, die standardisiert die klinische Entscheidungsfindung unterstützen. Bereits 2012 wurde Bösner für seine Qualitäten als Dozent mit dem Hessischen Hochschulpreis für Exzellenz in der Lehre ausgezeichnet.



Foto: Helios Wiesbaden

**Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: [isolde.asbeck@laekh.de](mailto:isolde.asbeck@laekh.de)**

## Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für Ministerialrat Wilhelm Schier



Foto: Katja Kölsch

Für seine besonderen Dienste um die hessische Ärzteschaft wurde Ministerialrat Wilhelm Schier (Foto) aus dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet, die ihm von Dr. med. Edgar Pinkowski als Vertreter des Präsidiums der LÄKH und Dr. med. Paul Otto Nowak, Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin, überreicht wurde.

1981 begann Schier seine Tätigkeit in der Gesundheitsabteilung des HMSI, in der er zunächst als Sachbearbeiter, später als Referent und seit 2013 als Ministerialrat die Entwicklung des Hessischen Rettungsdienstes prägte. Besonders hervorzuheben sind seine Verdienste bei der Novellierung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes. Darüber hinaus war Schier Mitglied in vielen Ausschüssen zum Thema Rettungsdienst, unter anderem wirkt er seit 2005 im heutigen Ausschuss „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“ der LÄKH mit. Er ist an vielen Fachpublikationen beteiligt und regelmäßig als Referent auf Fachveranstaltungen aktiv. Nach fast 37 Jahren geht Schier, den man als „Mister Rettungsdienst“ bezeichnen kann, in den Ruhestand. Er war ein geschätzter Dialogpartner, der großes Engagement für den Rettungsdienst und stets ein „offenes Ohr“ für alle Beteiligten zeigte.

**Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak**  
Vorsitzender des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin,  
Delegierter der Landesärztekammer Hessen

# Herzmedikament ARNI – ein neuer Hoffnungsträger?

Nachdruck aus: *Arzneiverordnung in der Praxis* 04/ 2016: „Paradigmenwechsel ARNI – immer langsam mit den jungen Pferden“

Ein neues Medikament zur Behandlung der Herzinsuffizienz (Sacubitril/Valsartan) wird besprochen: LCZ696, ein Angiotensin receptor neprilysin inhibitor – kurz ARNI. Es soll einen entscheidenden Fortschritt gegenüber der bisherigen Therapie darstellen. Die dieser Hoffnung zugrunde liegende Studie [1] weist jedoch einige Inkonsistenzen auf.

LCZ696 ist ein kombinierter Angiotensin-Rezeptor-/Neprilysin-Inhibitor (ARNI), in der Indikation Herzinsuffizienz. Dieser wird derzeit als Vertreter einer neuen Wirkstoffgruppe geradezu gefeiert. Seit Januar 2016 ist der Wirkstoff mit dem Handelsnamen Entresto® in Deutschland verfügbar.

Was ist dran an dem Hype? In der PARADIGM-HF-Studie wurden bei knapp 8.500 Herzinsuffizienzpatienten die Effekte von LCZ696 mit denen des ACE-Hemmers Enalapril verglichen. Der kombinierte Endpunkt, bestehend aus den Komponenten kardiovaskuläre Mortalität und durch Herzinsuffizienz bedingte Hospitalisierung, trat in der LCZ696-Gruppe bei 914 Patienten (21,8 %) und in der Enalaprilgruppe bei 1117 Patienten (26,5 %) auf, ein absoluter Unterschied von 4,7 %. Dieser Unterschied war für beide Outcome-Komponenten ähnlich ausgeprägt und statistisch signifikant. Auch die als sekundärer Endpunkt erfasste Gesamtmortalität zeigte einen 2,8-prozentigen Vorteil zugunsten von LCZ696.

Diese Benefits wurden vorwiegend mit einem unerwünschten Effekt erkaufte, der bei engmaschiger Kontrolle klinisch beherrschbar sein sollte: Symptomatische Hypotensionen traten unter LCZ696 bei 14 % der Patienten auf, unter Enalapril bei 9,2 %. Hypotensionen mit systolischem Blutdruck < 90 mmHg wurden in etwa doppelt so häufig beobachtet (2,7 % vs. 1,4 %). Die Studie wurde wegen der signifikanten Unterschiede in den Endpunkten vorzeitig beendet [1].

Positiv anzumerken ist also, dass sich mit LCZ696 in der Therapie der Herzinsuffizienz erstmals seit Jahren eine zusätzliche Behandlungsoption eröffnet, die patientenrelevante Vorteile verspricht. Doch kann man

bereits von einem neuen Therapiestandard, gar einem Paradigmenwechsel sprechen? Dies erfordert eine genauere Betrachtung.

## Ein neuer und ein alter Wirkstoff

Zunächst zum Wirkstoff – ist er wirklich neu? Bei genauer Betrachtung der Struktur bemerkt man, dass es sich um zwei Moleküle handelt, die gekoppelt sind. Das erste ist der altbekannte Angiotensinrezeptorantagonist Valsartan. Das zweite ist Sacubitril, ein Prodrug, das enzymatisch durch Entfernung einer Ethylgruppe in den eigentlichen Wirkstoff überführt wird. Dieser hemmt die endogene neutrale Metalloprotease Neprilysin, die für den Abbau einer Reihe endogener vasoaktiver Peptide verantwortlich ist, darunter natriuretische Peptide und Bradykinin. Die Hemmung der Neprilysin-Aktivität erhöht somit die Konzentration der vasoaktiven Peptide, was einer neurohormonal bedingten Vasokonstriktion und Natriumretention entgegenwirkt.

Unabhängig von neurohumoraler Stimulation scheint Sacubitril per se keine hypotensive Wirkung zu besitzen. In tierexperimentellen Ansätzen wirkte es dem schädlichen kardialen Remodeling nach Myokardinfarkt entgegen [2]. Die mittelfristigen und Langzeitwirkungen von Sacubitril sind jedoch noch unzureichend untersucht. Nur aufgrund der Kopplung der beiden Wirkstoffe kann der Hersteller überhaupt von einem neuen Wirkstoff sprechen (NCE, new chemical entity). Ohne Kopplung wäre es schlicht ein Kombinationspräparat mit einem alten und einem neuen Wirkstoff.

So ist auch unklar, ob die in der PARADIGM-HF beobachteten patientenrelevanten Vorteile auch in Kombination von Sacubitril mit einem anderen Angiotensinrezeptorantagonisten („Sartan“) auftreten würden.

Diese Frage ist interessant, da Sacubitril keineswegs der erste Vertreter dieser Substanzgruppe ist. Mit Omapatrilat (geplanter Handelsname Vanlev®) scheiterte nach mehreren Anläufen endgültig 2003 ein früherer, prominenter Vertreter der Neprilysin-Inhibitoren am Zulassungsverfahren. Grund war eine zu hohe Rate an gefährli-

chen Angioödemem – bei wenig überzeugenden klinischen Wirksamkeitsdaten. Omapatrilat besaß allerdings auch ACE-inhibitorische Eigenschaften. Dass Sacubitril in Kombination mit Valsartan nun günstigere Daten aufweist, könnte auf diesem Unterschied beruhen; dies bleibt jedoch vorerst eine Hypothese.

## Eingeschränkte Übertragbarkeit

Die wichtigste Frage ist jedoch, inwieweit die Ergebnisse der klinischen Studie PARADIGM-HF auf die Patienten in der täglichen Praxis übertragbar sind. Dies ist keineswegs klar, denn das Patientenkollektiv in der Studie war alles andere als typisch. In die Studie wurden sehr selektierte und mit einem Durchschnittsalter von 63 Jahren recht junge Herzinsuffizienzpatienten eingeschlossen. Sie waren zu 80 % männlich und wiesen eine relativ gering ausgeprägte klinische Symptomatik auf [1]. Ob also die günstigen Ergebnisse bezüglich der Wirksamkeit übertragbar sind auf Frauen, auf ältere Patienten und auf Patienten mit Komorbiditäten, wie sie in der täglichen Praxis typisch sind, ist derzeit nicht zu beantworten.

Dazu kommen weitere Inkonsistenzen, unter anderem regionale Unterschiede: Nach der in der Originalpublikation ausgewiesenen Subgruppenanalyse profitierten die Studienpatienten in Nord- und Lateinamerika sowie im zentralen und östlichen Europa; nicht dagegen profitierten die Patienten im asiatischen/pazifischen Raum und die Patienten in Westeuropa [1], zu dem Deutschland gerechnet wurde. Diese Unterschiede werden in der Publikation nicht befriedigend diskutiert. Als evidenzgestützte Behandlungsoption kommt LCZ696 vorerst nur für eine sehr eingeschränkte Patientengruppe infrage.

Bezüglich des Nebenwirkungsprofils im Alltag bestehen Bedenken. Das Studienprotokoll sah eine aktive Run-in-Phase vor, in der fast ein Achtel der zunächst eingeschlossenen Patienten (12 %) wieder ausschied [1]. Dies kann eine Selektion von Patienten mit besserer Verträglichkeit zur Folge gehabt haben.

Wichtige offene Fragen bestehen auch bezüglich der Langzeitsicherheit. Nephilysin ist nicht nur am Abbau der vasoaktiven Peptide beteiligt, sondern auch am Abbau von  $\beta$ -Amyloid. Von diesem wird bekanntlich vermutet, dass es sich – in seiner unlöslichen Form – an zentralen Neuronen ablagert und zur Pathogenese der Alzheimer-Demenz beiträgt. Nephilysin wurde sogar schon als mögliches Target für medikamentöse antidementielle Strategien diskutiert. Eine längerfristige Einnahme von Sacubitril könnte demnach möglicherweise die Entstehung von Demenzen begünstigen oder deren Entwicklung beschleunigen. Es könnte auch die altersbedingte Maculadegeneration aggravieren, wie von Neurologen und Ophthalmologen aus Pennsylvania und Florida ausführlich beschrieben wurde [3]. In der PARADIGM-HF-Studie wurden keine entsprechenden Nebenwirkungen registriert, doch war die Studie mit medianen 27 Monaten für solche Beobachtungen bei Weitem zu kurz.

### Fazit für die Praxis

In einem sehr selektierten Patientenkollektiv war LCZ696, eine Kombination aus Valsartan und Sacubitril, dem derzeitigen therapeutischen Standard zur RAAS-Beeinflussung (RAAS: Renin-Angiotensin-Aldosteron-System), Enalapril, in der Therapie der Herzinsuffizienz statistisch signifikant und klinisch relevant überlegen. Es bedarf allerdings noch umfangreicher weiterer Untersuchungen, bevor man von einem neuen therapeutischen Standard für die Herzinsuffizienz sprechen kann.

**Prof. Dr. med.  
Bernd Mühlbauer**  
Direktor  
Institut für  
Pharmakologie  
Klinikum  
Bremen Mitte  
E-Mail:  
b.muehlbauer@  
pharmakologie-  
bremen.de



Foto: privat

Das Literaturverzeichnis ist in der Online-Ausgabe 06/2017 unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de) abrufbar.

### Aktionsbündnis Belegarztwesen

Ein Ausblick auf die Themen für die kommende Bundestagswahl 2017 zeigt, dass die ärztliche Versorgung an der Schnittstelle ambulant/stationär auch künftig im Fokus der Gesundheitspolitik stehen wird. Für die Gestaltung dieser Schnittstelle hat der Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V. (SpifA) in seiner Gremienstruktur einen Schnittstellenausschuss ambulant/stationär etabliert, der sich mit allen Fragen der fachärztlichen Tätigkeit in Niederlassung und/oder Klinik beschäftigt. Das heute bestehende Belegarztwesen wird derzeit regional sehr unterschiedlich gelebt und steht vor einem Aussterben in der fachärztlichen Versorgung. Die beteiligten Mitgliedsverbände des SpiFa haben daher zur Neugestaltung der fachärztlichen Tätigkeit an der Schnittstelle ambulant/stationär ein Aktionsbündnis Belegarztwesen ins Leben gerufen. Das Bündnis hat sich zum Ziel gesetzt, das bestehende Belegarztssystem zu einer modernen Struktur der Patientenversorgung weiter zu entwickeln. Dazu liegen bereits viele Vorschläge auf dem Tisch, diese zu bündeln und an die Politik sowie die Selbstverwaltung zu adressieren wird in den nächsten Monaten Aufgabe des SpiFa sein.

(Quelle: Spitzenverband Fachärzte Deutschlands e. V.)

### Neues Onlineportal: Allergieinformationsdienst

Mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) hat das Helmholtz Zentrum München mit dem Allergieinformationsdienst ([www.allergieinformationsdienst.de](http://www.allergieinformationsdienst.de)) ein onlinebasiertes Informationsportal rund um das Thema Allergien entwickelt. Es ist Teil eines Forschungsprojekts zur Erstellung und Evaluierung eines qualitätsgesicherten und allgemeinverständlichen Informationsangebots zum Thema Allergien.

Bundesgesundheitsminister Hermann Gröhe erklärt dazu: „Mehr als jeder Fünfte leidet in Deutschland unter einer Allergie. Gerade jetzt in der Pollenzeit erleben besonders viele Menschen, wie belastend Allergien sein können und wie sie das tägliche

Leben auf vielfältige Weise beeinträchtigen. Der neue Allergieinformationsdienst im Internet bietet eine wertvolle Orientierungshilfe zum Thema Allergien. Damit stärken wir durch verbesserte Informationen die Patientinnen und Patienten und bringen Prävention und Versorgung weiter voran.“

Die Freischaltung des onlinebasierten Angebots stellt den ersten Schritt zu einem umfassenden Informationsangebot dar. Die Informationen auf der Internetseite etwa zu Krankheitsbildern und Therapien werden in den nächsten zwei Jahren nach und nach weiter ausgebaut. Zusätzlich sollen ein monatlicher Newsletter, eine Nachrichten-App, Erklärvideos und eine Plattform für klinische Studien erstellt sowie Patienteninformationstage und Telefonaktionen organisiert werden.

(Quelle: Helmholtz Zentrum München)

### Montgomery fordert wirksamen Schutz für Ärzte

Der Präsident der Bundesärztekammer (BÄK), Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery, hat die Politik aufgefordert, Ärzte besser vor der zunehmenden Aggressivität von Patienten zu schützen. „Es ist das Mindeste, dass diejenigen, die sich tagtäglich für das Wohl ihrer Patienten einsetzen, nicht auch noch Aggressionen und Gewalt ausgesetzt sind. Eine fatale Fehlentwicklung. Hier brauchen wir einen gesellschaftlichen Konsens und politische Unterstützung“. Neun von zehn Hausärzten seien schon Opfer von aggressivem Verhalten ihrer Patienten geworden. Der BÄK-Präsident verwies auf eine bundesweite wissenschaftliche Studie, wonach 91 Prozent der Hausärzte bei der Arbeit schon einmal Opfer von aggressivem Verhalten ihrer Patienten geworden seien. Eine Ursache für die zunehmende Zahl von Berichten der Kolleginnen und Kollegen über aggressives Verhalten von Patienten in Praxen, Kliniken und Notfallambulanzen „ist die absolute Arbeitsüberlastung, vor allem auch in den Notaufnahmen“, sagte Montgomery.

(Quelle: Bundesärztekammer)

**Einsendungen für diese Rubrik bitte per E-Mail an: [caroline.mckenny@laekh.de](mailto:caroline.mckenny@laekh.de)**

### Literatur zum Artikel:

# Herzmedikament ARNI – ein neuer Hoffnungsträger?

von Prof. Dr. med. Bernd Mühlbauer

[1] McMurray JJ, Packer M, Desai AS et al.: Angiotensin-neprilysin inhibition versus enalapril in heart failure. *N Engl J Med* 2014; 371: 993–1004.

[2] von Lueder TG, Wang BH, Kompa AR et al.: Angiotensin receptor neprilysin inhibitor LCZ696 attenuates cardiac remodeling and dysfunction after myocardial infarction by reducing cardiac fibrosis and hypertrophy. *Circ Heart Fail* 2015; 8: 71–78.

[3] Feldman AM, Haller JA, DeKosky ST: Valsartan/sacubitril for heart failure: Reconciling disparities between preclinical and clinical investigations. *JAMA* 2016; 315: 25–26.

# Integration von Geflüchteten

## Empfehlungen zur Einstellung als MFA-Auszubildende

Obwohl die Anzahl der Berufsausbildungsverträge in den vergangenen Jahren stabil geblieben und sogar angestiegen ist und sich der Ausbildungsberuf Medizinische Fachangestellte seit Jahren auf den ersten Plätzen sowohl der Beliebtheits- als auch Bekanntheitskala befindet, muss an die Zukunft und die Nachwuchssicherung gedacht werden. Zahlreiche geflüchtete junge Menschen befinden sich in Deutschland und suchen eine berufliche Perspektive. Die Anstrengungen, diese jungen Menschen in die Berufsausbildung zu integrieren, könnten sich für beide Seiten auszahlen. Auch wollen viele unserer Mitglieder ihrer sozialen Verantwortung gerecht werden. Die Zahl der Auszubildenden mit Migrationshintergrund ist nach Zahlen, die der Landesärztekammer Hessen vorliegen, schon seit Jahren hoch und liegt bei ca. einem Drittel der insgesamt registrierten Auszubildenden, die sich in ihrer MFA-Ausbildung sehr engagieren und diese erfolgreich (zum Teil mit sehr guten Ergebnissen) abschließen. Dafür müssen neben dem Interesse und dem Verständnis für eine Tätigkeit im Gesundheitswesen sowie einem großen Ver-

antwortungsbewusstsein auch die erforderlichen Deutschkenntnisse in Wort und Schrift vorhanden sein, denn die Berufsausbildung wird nicht nur praktisch durchgeführt, sondern auch in der Berufsschule, die eine große Menge an Unterrichtsstoff in zwölf Lernfeldern vermitteln muss.

Bei der Berufsausbildung von Geflüchteten ist auf diese Voraussetzungen in besonderem Maße zu achten:

- Klärung des ausländerrechtlichen Status
- erfolgte Integrationsmaßnahmen
- Sprachkompetenz

Der Berufsausschuss hat in seiner jüngsten Sitzung am 1. März 2017 beschlossen:

- Für die Aufnahme der MFA-Berufsausbildung ist eine ausreichende Sprachkompetenz unabdingbar.
- B2-Sprachkompetenz in Wort und Schrift, festgestellt durch anerkannte Stellen.
- Keine Wörterbücher/Duden bei Zwischen- und Abschlussprüfungen.
- Keine Hilfsmittel, sofern sie nicht in der jeweiligen Prüfung für alle Prüflinge erlaubt sind.

- Keine Gewährung einer Prüfungserleichterung bei fehlenden Deutschkenntnissen, denn diese darf nach den gesetzlichen Vorschriften nur für eine Behinderung gewährt werden.

Der Berufsausschuss wollte mit seinem Beschluss die richtigen Signale setzen und Flüchtlinge mit Integrationswillen erreichen. Dabei ist die berufliche Verantwortung der MFA, insbesondere die Fähigkeit zum Erkennen und (gemeinsamen) Handeln bei Notfällen, aber auch das erforderliche Abschlussniveau in Anbetracht der zahlreichen anspruchsvollen Fortbildungen und nicht zuletzt des Hochschulzugangs zu beachten. Schließlich ist auch der Gleichbehandlungsgrundsatz anzuwenden.

Gleichwohl ist es das Engagement der LÄKH und ihrer Mitglieder, sich an der Integration von Geflüchteten in Berufsausbildung und Beschäftigung einzubringen. Informationen auf der Website der LÄKH ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)) sowie ständig aktualisierte Informationen auf den Internetseiten der zuständigen Ministerien.

Landesärztekammer Hessen

### CME-Beiträge aus den Ausgaben 03, 04 & 05/2016: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen  
**„Nahrungsmittelallergien und -intoleranzen: Eine interdisziplinäre Bestandsaufnahme  
Teil 2: Nahrungsmittelintoleranzen“**  
von Prof. Dr. med. Ludger Klimek et al., Ausgabe 03/2016

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

Zu den Multiple Choice-Fragen  
**„Zahnmedizin und Medizin:  
Der Mund ist kein Nebenschau-  
platz“** von Prof. Dr. Peter Eickholz et al., Ausgabe 04/2016

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

Zu den Multiple Choice-Fragen  
**„Kriterien bei der Begutachtung der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS)“**  
von Prof. Dr. med. Harald Dressing, Ausgabe 05/2016

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

### 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](mailto:haebl@laekh.de)

Zum Artikel „100 Jahre Dr. Senckenbergische Anatomie“ von Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf et al. und zu den Leserbriefen zur Frage einer genderkorrekten Schreibweise von Dr. med. Birgitta Höckmayr und Dr. med. Alexander Iwantschew – alle 03/2017

## Respektvolles Reden oder Schreiben

Ich pflichte der Kollegin Höckmayr und dem Kollegen Iwantschew uneingeschränkt bei. Nicht verkrampftes Basteln an der Sprache bringt uns weiter, sondern nur respektvolles Reden oder Schreiben.

Dank an Horst-Werner Korf und die Mitautoren. Ich habe – wie viele andere – Anatomie aus den Taschenbüchern von Voss und Herrlinger gelernt. Wir wussten nichts von deren schauerlicher Karriere, nachzulesen zum Beispiel bei Wikipedia.

Hier noch ein ernster Hinweis auf überkommene fach-interne Vokabeln aus Vortrag und Literatur: „Unser Krankengut“ oder gar „Krankenmaterial“. Was für eine Denkweise offenbart sich hier?

**Dr. med. Andreas Rutz**, Lollar

Zum Artikel „Organspende – eine Gemeinschaftsaufgabe“ von PD Dr. med. Ana Paula Barreiros und Dr. med. Axel Rahmel Ausgabe 04/2017, S. 204–207

## Erschütternd

Es ist erschütternd, dass es im Jahre 2016 in Deutschland nur 857 Organspenden nach dem Tode gab (2015: 877), jedoch mehr als 10.000 Menschen auf ein passendes Spenderorgan verzweifelt warten – dies trotz zunehmend verbesserter Information und neuen gesetzlichen Rahmenbedingungen.

Nur wenige Bundesbürger besitzen einen Organspender-Ausweis. In Ländern mit der sogenannten Widerspruchsregelung, bei der jeder Bürger als Organspender in-

frage kommt, der sich nicht explizit dagegen ausspricht, ist die Spenderzahl deutlich höher (siehe zum Beispiel Österreich und Spanien).

Unbestritten ist es auch im hessischen Ausführungsgesetz des Transplantationsgesetzes Ziel, die Zahl der Organspenden zu erhöhen – bei der Erkenntnis, dass die Organspende als gesellschaftliche Gemeinschaftsaufgabe zu sehen ist.

Wäre es eventuell erwägenswert, die erfolgreiche Einrichtung der Pflegeversi-

cherung mit ihren Pflege-Versorgungsrichtlinien um Transplantationsrichtlinien zu erweitern – unter anderem mit der Erklärung des Versicherten, einer Organspende grundsätzlich zuzustimmen oder zu widersprechen? Der Hinweis, dass nach erfolgter Organspende posthum eventuell eine Bestattungspauschale (ca. 2.000 Euro) gleichsam als sozial-psychologische Hilfestellung erfolgt, wäre zudem bestimmt sehr hilfreich.

**Dr. med. Walter Valeske**, Dornburg

## Buchtip



**Oliver Erens, Andreas Otte (Hrsg.):  
Geschichte(n) der Medizin  
Band 3**

Gentner Verlag Stuttgart 2017,  
208 Seiten, gebunden, € 38  
ISBN: 9783872477736

Im nunmehr dritten und abschließenden Band setzten die Herausgeber ihr erfolgreiches Konzept fort, gut geschriebene Episoden aus der Medizingeschichte als Blumenstrauß zu servieren. Kleine eindruckliche Porträts wie die von Agnodice, die Ahnmutter der Geburtshilfe, und Ibn Sina (Avicenna) wecken die Lust darauf, mehr zu erfahren und in vergangene Zeiten einzutauchen.

Das Porträt von Hermine Heusler-Edenhuizen, der ersten deutschen Frauenärztin und Gründerin des Bundes Deutscher Ärztinnen, zeigt, welche Widerstände Frauen überwinden mussten, um sich als Ärztinnen zu etablieren.

Pioniere der Medizin wie Willem Einthoven und Karl Frederik Wenckebach werden dargestellt, die das EKG entwickelten. Eine Biografie von Christiaan Barnard, der 1967 in Kapstadt die erste erfolgreiche Herztransplantation am Menschen vollzog, spannt den Bogen bis zur Gegenwart. Heraus ragt ein Essay zum „guten Arzt“ im Wandel der Zeiten – der Autor Robert Jütte betont, in der Vergangenheit sei überwiegend „sprechende Medizin“ praktiziert worden, die auf Patientenwünsche starke Rücksicht nahm. Auch heute habe die Art, wie der Arzt mit seinen Patienten kommuniziere, Einfluss auf den Behandlungserfolg.

**Dr. med. Peter Zürner**

### Bezirksärztekammer Darmstadt



**In der Winter-Abschlussprüfung** der Medizinischen Fachangestellten der Bezirksärztekammer Marburg haben sechs von acht Prüflingen bestanden, darunter Marit Schulz (2. v. r.) als Jahrgangsbeste. Sie absolvierte die Ausbildung in nur 2 ½ Jahren. Neben ihr (v. r.) freuen sich Liana Miller, Aretina Ludwig und Sarah Peters über ihren Abschluss. Es gratulierten der neue Leiter der Kaufmännischen Schulen Marburg, Oberstudiendirektor Klaus Denfeld (links), Abteilungsleiterin Dr. Brigitte Seefeldt-Schmidt (2. v. l.), Klassenlehrerin Helen Görge (3. v. l.) sowie der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Dr. med. Paul Otto Nowak. Nicht auf dem Foto sind Marina-Nazarena del Signore und Aslihan Sultan.

### Bezirksärztekammer Gießen

#### Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

##### Externenprüfung als Abschluss der MFA-Ausbildung

Der Abschluss in einem anerkannten Ausbildungsberuf gilt gerade heute als „Mindestvoraussetzung“ für einen erfolgreichen Berufseinstieg und ein stabiles Beschäftigungsverhältnis. Ohne Ausbildungsabschluss gibt es kaum noch Chancen auf dem Arbeitsmarkt.

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

Informationen zur „Externenprüfung“ im Internet unter: [www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Erwerb\\_Abschluss\\_MFA\\_Externenpruefung.pdf](http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Pruefungen/Erwerb_Abschluss_MFA_Externenpruefung.pdf)

##### Wichtige Bestimmungen für die MFA-Ausbildung

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

- Verbundausbildung
- Wichtige gesetzliche Bestimmungen, zum Beispiel Berufsbildungsgesetz (BBiG) und Jugendarbeitsschutzgesetz (JuSchG)
- Probezeit
- Teilnahme an Prüfungen
- Freistellungen
- Kostenübernahmen
- Vertragliche Bestimmungen (z. B. Gehalts- und Manteltarifvertrag für MFA/Arzthelferinnen, Berufsausbildungsvertrag)
- Betriebliche Altersvorsorge

Diese Information kann im Internet unter: [www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Vorschriften\\_Vertraege/Ausbildungsbestimmungen.pdf](http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Vorschriften_Vertraege/Ausbildungsbestimmungen.pdf) abgerufen werden.

### Bezirksärztekammer Marburg

## Repetitorium Allgemeinmedizin am 9. und 10. Juni 2017

Das diesjährige Repetitorium Allgemeinmedizin der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen findet am 9. und 10. Juni 2017 statt, Anmeldungen dafür sind noch möglich.

Die pharmaanabhängige Veranstaltung dient als Vorbereitung auf die Facharztprüfung Allgemeinmedizin, bietet sich jedoch auch als Refresher an. Vermittelt wird eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, evidenced based medicine, Leitlinien und praktischer Erfahrung. Themen sind unter anderem: Spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, sogenannte Befindlichkeitsstörungen, Fieberzustände, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, neurologische Krankheitsbilder, wichtige dermatologische Krankheiten, Herz-Kreislaufkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Os-

teoporose. Auch die Palliativmedizin ist Gegenstand des Repetitoriums, ebenso wie Schmerztherapie und rationale Arzneimitteltherapie. Hausärztliche Leitlinien der Leitliniengruppe Hessen oder der DEGAM werden – so vorhanden – in die Vorträge eingebunden. Ergänzend dazu arbeiten die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auch in Kleingruppen über die genannten Themen.

**Dr. med. Gert Vetter**

### Repetitorium Allgemeinmedizin

Freitag, 9. Juni 2017, 9–16.30 Uhr

Samstag, 10. Juni 2017, 9–16.30 Uhr

- Leitung: Dr. med. Gert Vetter
- Ort: Fortbildungszentrum der LÄKH, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim
- Gebühr: 260 € (Mitglieder 234 €)
- Zertifizierung: 16 Punkte
- Auskunft und Anmeldung: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de



Foto: Sylvia Conrad

**Die Freisprechungsfeier** der Medizinischen Fachangestellten aus der Bezirksärztekammer (BezÄK) Wiesbaden war im Festsaal der Handwerkskammer Wiesbaden besonders feierlich. 45 Prüflinge haben an der Winterprüfung teilgenommen, davon haben 31 bestanden. Der Vorsitzende der BezÄK Wiesbaden, Dr. med. Michael Weidenfeld (links), hielt eine Ansprache, ebenso wie Oberstudienrätin Ute Strauch-Schauder (Leiterin der Louise-Schroeder-Schule Wiesbaden) und Oberstudienrätin Heike Weber (Leiterin der Saalburgschule Usingen) sowie Jutta Hartmann (Vorsitzende des Verbandes medizinischer Fachberufe e. V., Region Mitte-Ost). Die „Männer-WG“ unter Leitung von Tilman Jerrentrup (Dilthey-Gymnasium Wiesbaden) sorgte für die musikalische Unterhaltung. Zum Abschluss bedanke sich Tamara Thießen (2. v. l.) im Namen aller für die Unterstützung während der Ausbildungszeit.

### Bezirksärztekammer Kassel

## Wir gedenken der Verstorbenen

Medizinaldirektor Dr. med.  
Dieter Butzke, Pfungstadt  
\* 06.02.1922 † 19.02.2017

Anna Elisabeth Fritsch, Hanau  
\* 07.07.1917 † 30.05.2014

Prof. Dr. med. Klaus Golenhofen, Mar-  
burg  
\* 19.10.1929 † 17.03.2017

Dr. med. Wolfgang Hoerkens, Idstein  
\* 01.11.1945 † 01.02.2017

Dr. med. Waltraut Köhler, Frankfurt  
\* 12.09.1920 † 01.04.2017

Dr. med. Gerhard König, Frankfurt  
\* 28.03.1940 † 15.03.2017

Prof. Dr. med. Gerhard May, Bad Hom-  
burg  
\* 20.08.1918 † 05.02.2011

Dr. med. Dietrich Michael  
Meyer-Thorspecken, Taunusstein  
\* 23.07.1956 † 03.03.2017

Dr. med. Georg Micinski, Frankfurt  
\* 31.05.1939 † 06.12.2016

Dr. med. Roland Müller, Wiesbaden  
\* 17.06.1924 † 24.11.2016

Dr. med. Rolf Neidel, Offenbach  
\* 05.08.1927 † 10.03.2015

Dr. med. Hans-Guenter Nelles, Korbach  
\* 27.04.1929 † 31.12.2013

Dr. med. Volkmar Scheele, Frankfurt  
\* 03.03.1929 † 22.10.2016

Cornelia Schmidt, Braunfels  
\* 06.12.1957 † 16.03.2017

Dr. med. Karl Watzke, Sulzbach  
\* 17.01.1933 † 05.03.2016

Dr. med. Walter Weber,  
Oestrich-Winkel  
\* 15.04.1924 † 02.03.2017

Dr. med. Jörg Wiedemann, Bad Nauheim  
\* 18.08.1931 † 12.02.2017

### Bezirksärztekammer Wiesbaden

## 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)

## Fachaustausch zugunsten junger Krebspatienten: „Junges Krebsportal“ schafft mit Konsilzugang neues Angebot für medizinische Fachkräfte

Das „Junge Krebsportal“ der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs hat sein Beratungsangebot erweitert. Ab sofort können sich medizinische Fachkräfte über einen Konsilzugang mit dem Beraterteam des „Jungen Krebsportals“ austauschen und fachliche Expertise zu speziellen Fragestellungen bei der Behandlung von jungen Krebspatienten einholen. Für die Patienten selbst bietet das

„Junge Krebsportal“ bereits seit 2015 individuelle Beratung an. Das Portal bietet die Möglichkeit, sich über Fragen und Sorgen rund um das Thema Krebserkrankung auszutauschen, die weit über den medizinischen Bereich hinausgehen, so Prof. Dr. med. Mathias Freund, Kuratoriumsvorsitzender der Deutschen Stiftung für junge Erwachsene mit Krebs.

Durch den Konsilzugangs für medizinische Fachkräfte verbessere man nicht nur das Angebot für die Patienten, sondern unterstütze aktiv den fachlichen Austausch der Kolleginnen und Kollegen, so Freund.

Informationen im Internet unter:  
[www.junge-erwachsene-mit-krebs.de](http://www.junge-erwachsene-mit-krebs.de)  
[www.junges-krebsportal.de](http://www.junges-krebsportal.de)

### Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

#### Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Bianca Otto,  
seit 10 Jahren tätig bei  
Dr. med. M. Kewenig, Frankfurt;

Friedgard Wünschmann,  
seit 10 Jahren tätig im Internistischen  
Praxiszentrum am Krankenhaus  
Balsersche Stiftung, Gießen;

Tatjana Pister,  
seit 15 Jahren tätig im Internistischen  
Praxiszentrum am Krankenhaus  
Balsersche Stiftung, Gießen.

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

Kerstin Etzel,  
seit 25 Jahren tätig im Medizinischem  
Versorgungszentrum, Medicum Mittel-  
hessen, vormals Praxis Dres. med. Bills,  
Weilmünster;

Bärbel Reschke,  
seit 26 Jahren tätig im Medizinischem  
Versorgungszentrum, Medicum Mittel-  
hessen, vormals Praxis Dr. med. Jung,  
Weilmünster;

Iris Baumann,  
seit 30 Jahren tätig im Medizinischem  
Versorgungszentrum, Medicum Mittel-  
hessen, vormals Praxis Dr. med. Fenge,  
Weilmünster;

Jutta Reintjes,  
seit 30 Jahren tätig im Medizinischem  
Versorgungszentrum, Medicum Mittel-  
hessen, vormals Praxis Dr. med. Maaß,  
Weilmünster;

Manuela Jung,  
seit 32 Jahren tätig im Medizinischem  
Versorgungszentrum, Medicum Mittel-  
hessen, vormals Praxis Dr. med. Stein-  
hauer, Weilmünster;

#### und zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Britta Mollandin,  
seit 40 Jahren tätig bei Dr. med. M.  
Lenfers, vormals Praxis Dr. med. G. und  
S. Lenfers, Limburg-Eschhofen.

#### Wir gratulieren der Helferin/dem Helfer zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Sabine Müller,  
seit 15 Jahren tätig im Internistischen  
Praxiszentrum am Krankenhaus  
Balsersche Stiftung, Gießen;

Gabriele Grygierzec,  
seit 15 Jahren tätig im Internistischen  
Praxiszentrum am Krankenhaus  
Balsersche Stiftung, Gießen;

Petra Friedl,  
seit 15 Jahren tätig im Internistischen  
Praxiszentrum am Krankenhaus  
Balsersche Stiftung, Gießen;

#### und zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Ivan Kolar,  
seit 47 Jahren tätig bei dr./Univ. Zagreb  
Z. Prister, vormals Praxis  
Dr. Z. Eifler, Frankfurt.

### Ärztekammer Wiesbaden begrüßt neue Mitglieder

Informationssaband für neue Mitglieder  
der Bezirksärztekammer Wiesbaden

- **Termin:** Mi., 21. Juni 2017, 18–20 Uhr
- **Ort:** BezÄK Wiesbaden,  
Wilhelmstr. 60, 65183 Wiesbaden
- **Themen:** Arbeit der Kammer, Weiter-  
bildung, Recht (Berufsrecht, Arzthaf-

tungsrecht), Altersvorsorge, Dialog  
mit den Referenten

- **Anmeldung:** Fax: 0611 97748-41  
E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de  
Eine etwaige Änderung des Veranstal-  
tungsortes wird den angemeldeten Teil-  
nehmern rechtzeitig bekannt gegeben.

## Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren  
gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060044386 ausgestellt am  
15.08.2016 für Andreas Dura, Dickendorf

Arztausweis-Nr. 060040821 ausgestellt am  
27.11.2015 für Dr. med. Birgit Köhnlein,  
Lahntal

Arztausweis-Nr. 060032481 ausgestellt  
am 05.02.2014 für Leona Möller, Marburg

Arztausweis-Nr. 060029936 ausgestellt am  
21.05.2013 für Eleonore Ries, Erbach

Arztausweis-Nr. 060039075 ausgestellt am  
10.07.2015 für Dr. med. Bärbel Söllner,  
Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060045617 ausgestellt am  
14.11.2016 für Dr. med. Renate Tippmann,  
Groß-Gerau

## Goldenes Doktorjubiläum

- 03.07.: Dr. med. Brigitte Biller, Frankfurt
- 07.07.: Dr. med. Wolfgang Galow,  
Oberursel
- 13.07.: Dr. med. Emil Odeh, Bad Hersfeld
- 14.07.: Dr. med. Manfred Fischer,  
Ebsdorfergrund
- 14.07.: Dr. med. Klausdieter Eggenweiler,  
Büdingen
- 14.07.: Dr. med. Gunter Nick, Roßdorf
- 15.07.: Dr. med. Gernot Bauer,  
Hofgeismar
- 15.07.: Dr. med. Michael Thomas,  
Wiesbaden
- 17.07.: Dr. med. Hermann Schill, Erlensee
- 21.07.: Dr. med. Jürgen Capell, Frankfurt
- 22.07.: Dr. med. Doris Augsberg,  
geb. Geisler, Wetzlar
- 25.07.: Dr. med. Sabine Schmitt-Doctor,  
Schlitz
- 25.07.: Dr. med. Karl-Bernd Thiriort,  
Friedberg

## 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

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

**Mitglieder der Redaktionskonferenz:**

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)  
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)  
Dr. med. H. Christian Piper (Vertreter des Präsidiums)  
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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

**Redaktionsbeirat:** siehe online unter [www.laekh.de](http://www.laekh.de) (Hessisches Ärzteblatt)

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

**Versorgungswerk:** Dr. med. Brigitte Ende

**Anschrift der Redaktion:** Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: [haebel@laekh.de](mailto:haebel@laekh.de)  
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

**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](http://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](mailto:ml.bertram@aerzteverlag.de)

**Abonnementservice:** Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314  
[Abo-Service@aerzteverlag.de](mailto: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](mailto:hoecker@aerzteverlag.de)

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt:** Michael Laschewski,  
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: [laschewski@aerzteverlag.de](mailto:laschewski@aerzteverlag.de)

**Verkaufsleiter Medizin:** Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,  
E-Mail: [henquinet@aerzteverlag.de](mailto:henquinet@aerzteverlag.de)

**Key Account Manager:** Medizin Marek Hetmann,  
Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: [hetmann@aerzteverlag.de](mailto:hetmann@aerzteverlag.de)

**Sales Management:** Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,  
E-Mail: [ohmann@aerzteverlag.de](mailto:ohmann@aerzteverlag.de)

**Verkaufsgebiete**

**Nord:** Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,  
E-Mail: [kneiseler@aerzteverlag.de](mailto:kneiseler@aerzteverlag.de)

**Süd:** Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,  
E-Mail: [soika@aerzteverlag.de](mailto:soika@aerzteverlag.de)

**Non-Health:** Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,  
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: [legall@aerzteverlag.de](mailto:legall@aerzteverlag.de)

**Herstellung:** Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,  
E-Mail: [schunk@aerzteverlag.de](mailto:schunk@aerzteverlag.de)

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: [krauth@aerzteverlag.de](mailto: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: DAAEEDDD

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3, gültig ab 01.01.2017

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2017:

Druckauflage: 34.833 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.517 Ex.



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



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

78. Jahrgang

ISSN 0171-9661

**Urheber- und Verlagsrecht**

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

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 bezeichnet sind.

**Haftungsausschluss:**

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

# ÄNGEBOTE.

Von Ä bis Z gut eingestellt: Weil wir die größte Auswahl im ärztlichen Stellenmarkt haben. Wöchentlich im Deutschen Ärzteblatt, online unter [www.aerztestellen.de](http://www.aerztestellen.de) sowie in der mobilen Version und der App des Deutschen Ärzteblattes.

 Besuchen Sie uns auch auf Facebook!



**ÄRZTESTELLEN**  
DIE ERSTE ADRESSE. IM DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT UND ONLINE.

 Deutscher  
Ärzteverlag

# THE POWER OF HYBRID

ENTDECKEN SIE DIE VIELFALT VON LEXUS

Die zukunftsweisenden Vollhybrid-Modelle von Lexus bieten Ihnen beeindruckende Performance, höchste Effizienz und volle Alltagsauglichkeit. Erleben Sie kultivierte Fahrdynamik ohne Kompromisse.

Die weltweit größte Hybridflotte im Premiumsegment wartet auf Sie: [lexus.de/hybrid](http://lexus.de/hybrid)



## LEXUS FORUM FRANKFURT

Autohaus NIX GmbH  
Hanauer Landstraße 431  
60314 Frankfurt  
Tel.: 069 30038880  
[www.lexusforum-frankfurt.de](http://www.lexusforum-frankfurt.de)

## LEXUS FORUM DARMSTADT

Autohaus NIX GmbH  
Gräfenhäuser Straße 79  
64293 Darmstadt  
Tel.: 06151130120  
[www.lexusforum-darmstadt.de](http://www.lexusforum-darmstadt.de)



Kraftstoffverbrauch der gezeigten Modelle kombiniert 6,4-3,6 l/100 km, CO<sub>2</sub>-Emissionen kombiniert 145-82 g/km.