

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 10 | 2017  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 78. Jahrgang



## Ja zur Kammerwahl!

### **CME-Fortbildung: Pankreaskarzinom**

Die Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht

### **Neues Gebäude für kleine Patienten**

Das pädiatrische Stammzelltransplantationszentrum des Uniklinikums Frankfurt verbindet Forschung und Behandlung

### **Im Gespräch mit Dr. med. Siegfried Drexler**

Der Drogen- und Suchtbeauftragte der LÄKH erzählt von den Erfahrungen und Herausforderung bei seiner Arbeit mit suchtkranken Kollegen



## E-Health – zum Nutzen der Patienten

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

der diesjährige Deutsche Ärztetag hat sich mit großer Mehrheit für eine aktive Mitgestaltung durch die Ärzteschaft bei der Einführung und Nutzung digitaler Technologien im Gesundheitswesen ausgesprochen. Das begrüße ich sehr, denn die Entwicklung von E-Health darf nicht alleine von geschäftlichen Interessen seitens der EDV-Anbieter getrieben werden. Solche Interessen sind selbstverständlich legitim, doch zuvorderst muss es um den Nutzen bei der Patientenversorgung gehen.

Telemedizin, mobile Health, Gesundheits-Apps, Anwendungen der elektronischen Gesundheitskarte etc. müssen dem Wohl der Patienten dienen. Dabei sind – wie auch sonst in der Medizin – Wirkungen und Nebenwirkungen zu beachten. Gerade die Arzt-Patienten-Beziehung ist dabei zu berücksichtigen, denn bei allen technischen Fortschritten wünschen sich Patienten einen Zeitgewinn für wichtige Gespräche und zusätzliche (!) Kommunikationsmöglichkeiten, wie die Ergebnisse einer 2016 vom Bundesverband Verbraucherzentrale e.V. beauftragten qualitativen Studie zu E-Health in Deutschland zeigen.

Patienten mit Erfahrung in der Digitalisierung des Alltags begrüßen E-Health, wenn die elektronischen Versorgungsangebote primär als Ergänzung, insbesondere bei einfachen Erkrankungen und Routinefällen angeboten werden, zum Beispiel vor oder nach der persönlichen Untersuchung, die im Zentrum der Behandlung bleibt. Diese Erwartungshaltung steht im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, die eine ausschließlich auf Fernkontakten beruhende Behandlung nicht erlaubt.

Wenn bequemere, schnellere, zeitsparendere, effizientere, individuellere und effektivere Informations- und Kommunikationsprozesse dies ermöglichen, ist das ausdrücklich zu begrüßen. Die Zeitersparnis darf aber nicht nur auf Patientenseite entstehen, sondern muss sich auch in der täglichen ärztlichen Arbeit finden. Das sollte eigentlich eine Selbstverständlichkeit sein, doch mir scheint, dass hier noch einige Hürden zu überwinden sind. So gibt es bislang noch immer keine einheitlichen Schnittstellen, die das problemlose und sinnvolle Ineinandergreifen unterschiedlicher Systeme und Anwendungen ermöglichen.

Die leidigen Erfahrungen der Kolleginnen und Kollegen gerade in den Krankenhäusern, die identische Daten auch heute noch oftmals mehrfach in verschiedene Systeme eingeben müssen, dürfen sich durch einen ungeordneten Wildwuchs nicht im Bereich E-Health wiederholen oder gar perpetuieren. Zudem müssen in vielen Bereichen noch Qualitätsvorgaben erarbeitet und dann natürlich auch überprüft werden. Dies gilt gerade für die unzähligen Apps. Hier brauchen sowohl Ärzte als auch

Patienten qualifizierte und zuverlässige Unterstützung, denn das Angebot ist schon jetzt nicht mehr überschaubar.

Die Einhaltung des Datenschutzes ist aus ärztlicher Sicht eine *conditio sine qua non*. An dieser Stelle möchte ich ausdrücklich betonen, dass Patienten ein uneingeschränktes Recht auf ihre persönlichen Gesundheitsdaten haben. Hier ist die eGK sicher noch nicht der technischen Weisheit letzter Schluss. Ich persönlich habe mich immer als Tresor des Patienten betrachtet, seine Daten sicher verwahrt und ihm auf Wunsch selbstverständlich zugänglich gemacht, denn der Arzt unterliegt nicht nur nach der Berufsordnung, sondern auch nach § 203 Strafgesetzbuch der ärztlichen Schweigepflicht – und zwar über den Tod hinaus.

Auch die Vergütungsfragen sind noch nicht hinreichend geklärt. Investitionen und Einsatz digitaler Techniken müssen ausreichend vergütet werden.

Eine weitere Frage ist die Zugangsmöglichkeit zu E-Health. Keinesfalls sollten nur die Menschen mit Geld Zugang zu den neuen Technologien haben.

Nicht zuletzt fehlt es bislang auch noch an einem flächendeckenden, schnellen und hochleistungsfähigen Internet. Nach den aktuellen Erhebungen der Plattform Speedtest findet sich Deutschland im internationalen Vergleich von Internet-Geschwindigkeiten weit abgeschlagen: Platz 44 beim mobilen Breitband-Internet, beim fest installierten Breitband Platz 25. Immerhin hat der entsprechende Ausbau des Breitbandes in Nordhessen 2016 begonnen und schreitet Berichten zu Folge gut voran. Gerade auf dem Land, wo sich der Ärztemangel bereits bemerkbar macht, muss die technische Infrastruktur zuverlässig zur Verfügung stehen, soll sie doch helfen, Patienten zu versorgen, auch wenn nicht jedes Dorf über seinen eigenen Hausarzt verfügt. Zudem ist dies ein Anreiz, wenn nicht gar eine Voraussetzung für niederlassungswillige Kolleginnen und Kollegen, sich für ein ländliches Gebiet zu entscheiden.

Positive Nachrichten sind ohnehin die besten Anreize, sich für eine Niederlassung, ob als Praxisinhaber oder als angestellter Arzt, zu entscheiden.

Ihr

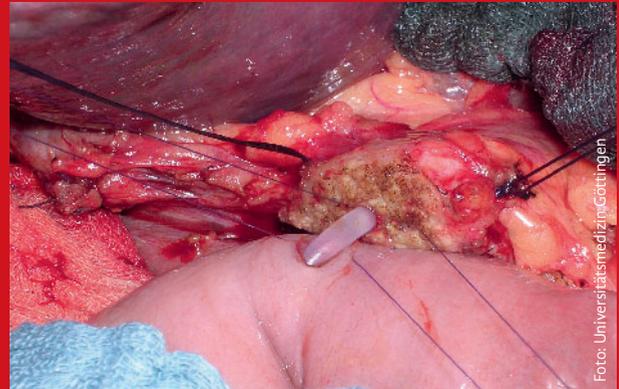
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach  
– Präsident –



## Kammerwahl 2018: Bekanntmachungen und Auftakt zur neuen Artikelserie

Neben wichtigen Bekanntmachungen zur anstehenden Kammerwahl im nächsten Jahr finden Sie in dieser Ausgabe den Auftakt einer kleinen Artikelserie, die sich im Vorfeld der Wahl jeden Monat mit einem anderen Aspekt der ärztlichen Selbstverwaltung befasst.

542/543



## Zertifizierte Fortbildung: Behandlung des Pankreaskarzinoms

Der CME-Artikel beschreibt die Epidemiologie, die Diagnostik und die Indikationsstellung des Pankreaskarzinoms sowie dessen Behandlung aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht. Auch die palliative Erst- und Zweitlinien-Therapie werden vorgestellt.

547

**Editorial:** E-Health – zum Nutzen der Patienten ..... 539

### Ärztékammer

Kammerwahl 2018	542/543
Detektivarbeit am Krankenbett – vierter Sommerempfang der Hessischen Heilberufe mit Prof. Dr. Jürgen Schäfer	553
Start der Erhebung für das hessische Weiterbildungsregister 2017	555
Projekt „HeFmediT“ zum 3. Mal in der Carl-Oelemann-Schule	561
Kommentar zum neuen Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health	576
Dr. med. Michael Popović, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer, feiert 70. Geburtstag	579

### Im Gespräch

Interview mit Dr. med. Siegmund Drexler, Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen	554
Johanna Quandt-Zentrum am Universitätsklinikum Frankfurt eröffnet:	
Interviews mit Prof. Dr. med. Peter Bader und Kinderkrankenschwester Yvonne Gleichmann	556/558
Interview mit Dr. med. Maryam Zokai von der Transkulturellen Ambulanz Vitos Weil-Lahn	562

### Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	565
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	571
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	586
■ Medizinische Fachangestellte	589

### Fortbildung

CME: Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht	547
Schwerpunktthema Sicherheit beim Kurs „Update Notfallmedizin“ in Kassel	584



Foto: Caroline McKenney

**Zu Besuch im neuen pädiatrischen Stammzelltransplantationszentrum**

Prof. Dr. med. Peter Bader, Leiter des Transplantationszentrums, und Yvonne Gleichmann, Kinderkrankenschwester, berichten aus ihrem Arbeitsalltag mit schwerkranken Kindern und davon, wie das neue Johanna Quandt-Zentrum Forschung und Behandlung verbindet.

556/558



Foto: Katja Kölsch

**Im Gespräch: Dr. med. Siegmund Drexler, Drogen- und Suchtbeauftragter der LÄKH,**

Seit 2007 können sich von Suchtproblemen betroffene Ärztinnen und Ärzte in Hessen an die Landesärztekammer wenden. Dort erhalten sie in Gesprächen mit den Drogen- und Suchtbeauftragten der LÄKH schnelle, individuelle und unbürokratische Hilfe.

554

**Ansichten und Einsichten**

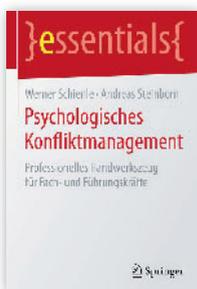
Eine Zumutung: Stammdatenabgleich und Telematik ..... 577  
 Warum das Heilpraktikerwesen einer Reform bedarf – Die Forderungen des „Münsteraner Kreises“ ..... 578

**Mensch und Gesundheit**

Migration und Demenz: In Frankfurt bietet der Verein „HIWA!“ Beratung und Hilfe ..... 560  
 Zivil-Militärische Zusammenarbeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr – Engagement als ehrenamtlicher Reservist ... 580

**Aus dem Versorgungswerk:** Nicht erwerbsmäßig Pflegende: Neue Beitragsstruktur nach der Pflegereform ..... 582  
**Recht:** Für Werbung mit Testurteilen, Empfehlungen und Gütesiegeln gelten Mindeststandards ..... 583  
**Parlando:** Frankfurt à la française und Rüsselsheim an der Seine / Ankunft der „grauen Busse“ in Frankfurt ..... 574/575  
**Kongressbericht:** Gesundheitsversorgung in Zeiten der Globalisierung ..... 564  
**Personalia:** Prof. Dr. med. Hans-Joachim Woitowitz erhält Bundesverdienstkreuz 1. Klasse ..... 573  
**Notizen/Nachrichten** ..... 576  
**Impressum** ..... 590

**Bücher**



**Psychologisches Konfliktmanagement**

W. Schienle, A. Steinborn

S. 546



**Die Psycho-Trojaner: Wie Parasiten uns steuern**  
 M. Niehaus, A. Pfuhl

S. 585



**Basiswissen Dermatologie**

M. Goebeler, H. Hamm (Hrsg.)

S. 587



# Ja zur Kammerwahl!



Foto: zinkevych – Fotolia.com

**„Weil die Ärztekammer die Interessen von Ärztinnen und Ärzten vertritt.“**

Ärztliche Selbstverwaltung – was heißt das überhaupt? Worin unterscheiden sich Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung? Wie ist die Landesärztekammer strukturiert, welche Aufgaben hat sie und was bietet sie ihren Mitgliedern? Auf diese und weitere Fragen möchten wir in den kommenden Monaten im Rahmen einer kleinen Serie im Vorfeld der Kammerwahl 2018 eingehen.

## **Die Landesärztekammer ist Ausdruck einer starken ärztlichen Selbstverwaltung**

Die Landesärztekammer Hessen ist die berufliche Vertretung aller 36.264 Ärztinnen und Ärzte in Hessen (Stand 08/2017), egal ob selbstständig, angestellt oder im Beamtenverhältnis tätig. Das unterscheidet sie von der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, der ausschließlich die Vertragsärzte sowie Ver-

tragspsychotherapeuten angehören und die für die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten der Gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig ist.

Die Landesärztekammer hat ihren Sitz in Frankfurt am Main; regional verteilt erledigen sechs Bezirksärztekammern (Darmstadt, Frankfurt, Gießen, Marburg, Kassel und Wiesbaden) Arbeiten aus den Bereichen Mitgliederverwaltung und Ausbildungswesen zur/zum Medizinischen Fachangestellten. Darüber hinaus bieten sie Beratung, Information, Schlichtung und Fortbildung auf Bezirksebene.

Zuständiges Aufsichtsministerium der Landesärztekammer in rechtlicher Hinsicht ist das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Das im Hessischen Heilberufsgesetz geregelte Aufgabenspektrum der Kammer als Körperschaft des öffentlichen Rechts ist vielseitig und janusköpfig zugleich: Einerseits überträgt der Staat ihr die Pflicht, auch im Sinne des Gemeinwohls für Ordnung

im Beruf zu sorgen. Andererseits hat die Kammer das Recht und die Pflicht, Politik und Staatsverwaltung in Fragen der Gesundheitspolitik fachlich zu beraten und – vor allem – die Belange des Berufsstandes insgesamt gegenüber Staat und Gesellschaft wahrzunehmen. Darin liegt die große Chance, die beruflichen Rahmenbedingungen von Ärztinnen und Ärzten mitzugestalten. Zu den Aufgaben der Landesärztekammer gehören außerdem die Förderung und Organisation der beruflichen Fortbildung und Weiterbildung, die Qualitätssicherung und die Beratung ihrer Mitglieder, beispielsweise in Rechtsfragen. Zugleich ist sie gesetzlich dazu verpflichtet, die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen. Eine Aufsichtsfunktion, die dem Wohl der Patienten dient und die Qualität ärztlicher Berufsausübung sichert.

**Katja Möhrle  
Caroline McKenney**



## Kammerwahl 2018

### Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

#### I. Beschluss des Präsidiums

Gemäß § 15 Absatz 1 Hessisches Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329) i.V.m. § 2 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 335–336) hat das Präsidium der Landesärztekammer Hessen in seiner Sitzung am 2. August 2017 die Frist für die Wahl der Delegiertenversammlung

**von Donnerstag, den 24. Mai 2018,  
bis einschließlich  
Mittwoch, den 6. Juni 2018, 18:00 Uhr,**

festgesetzt.

Gemäß § 4 Absatz 1 der Wahlsatzung hat das Präsidium folgende Personen zu Mitgliedern des Wahlausschusses:

1. Herrn Günter Wiegand, Vizepräsident des Verwaltungsgerichts Frankfurt/M
2. Herrn Holger Tanzki, Richter am Verwaltungsgericht Frankfurt/M
3. Herrn Ltd. Medizinaldirektor Dr. med. Manfred Zolg, Viernheim
4. Frau Dr. med. Christiane Mörsel-Zimmermann, Elbtal
5. Frau Dr. med. Christine Linkert, Waldems

und folgende Personen zu Ersatzmitgliedern des Wahlausschusses:

1. Herrn Dr. med. Eberhard Klaubert, Offenbach

2. Herrn Dr. med. Helmut Sedlaczek, Schöneck-Oberdorfelden

berufen.

Zum Wahlleiter ist gemäß § 4 Absatz 2 der Wahlsatzung Herr Günter Wiegand, Vizepräsident des VG Frankfurt am Main, zu seinem Stellvertreter Herr Holger Tanzki, Richter am VG Frankfurt am Main, berufen worden.

Frankfurt am Main, den 10. August 2017

Dr. med. Gottfried von Knoblauch  
zu Hatzbach  
– Präsident der Landesärztekammer  
Hessen –

#### II. Bekanntgaben des Wahlleiters

1. Die Wahl wird aufgrund von Wahlvorschlägen (Listen) und als Briefwahl durchgeführt.

2. Wahlvorschläge müssen von mindestens 30 Wahlberechtigten unterschrieben sein, im Übrigen den Anforderungen der §§ 3 und 7 der Wahlsatzung entsprechen.

**Die Wahlvorschläge können unter Beachtung der genannten Anforderungen**

**frühestens ab  
Donnerstag, den 2. November 2017**

**und spätestens bis  
Donnerstag, den 15. März 2018,  
24:00 Uhr,**

**bei dem Wahlleiter  
c/o Landesärztekammer Hessen,  
Im Vogelsgesang 3,  
60488 Frankfurt am Main,  
Fax: 069-97672-68394**

eingereicht werden.

3. Muster für die Einreichung der Wahlvorschläge nebst Bewerber- und Unterstützerklärungen finden Sie ab dem **21. September 2017** auf der Internetseite der Landesärztekammer Hessen unter der Rubrik „Kammerwahl 2018“. Sie können ab diesem Zeitpunkt zudem über:

Landesärztekammer Hessen  
– Wahlbüro –  
Im Vogelsgesang 3,  
60488 Frankfurt am Main,  
per E-Mail:  
kammerwahl2018@laekh.de

oder telefonisch: 069-97672-113/-163  
angefordert werden.

4. Die Auszählung der Kammerwahl findet am 7. Juni 2018 in der Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt am Main, für Mitglieder und deren Beauftragte ab 8:00 Uhr öffentlich statt.

Frankfurt am Main, den 28. August 2017  
Landesärztekammer Hessen

Günter Wiegand  
– Der Wahlleiter –



## Anlagen zur Wahlbekanntmachung

### A. Auszug aus dem Hessischen Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329)

#### § 14

(1) Die Delegiertenversammlung wird von den Kammerangehörigen auf die Dauer von fünf Jahren in allgemeiner, gleicher, geheimer und direkter Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Das Land bildet einen Wahlkreis. Bei der Aufstellung von Wahlvorschlägen sollen Frauen und Männer angemessen berücksichtigt werden.

(2) Nicht wahlberechtigt ist,

1. wer infolge Richterspruchs das Wahlrecht nicht besitzt,
2. eine berufsangehörige Person im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1, für die zur Besorgung aller ihrer Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist; dies gilt auch dann, wenn der Aufgabenkreis der Betreuungsperson die in § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst,
3. wem nach § 50 Abs. 1 Nr. 3 das Wahlrecht zeitweilig entzogen worden ist,
4. wer das Wahlrecht aufgrund des § 50 Abs. 2 nicht besitzt.

(3) Das Wahlrecht ruht für Kammerangehörige, die sich aufgrund einer Anordnung nach § 63 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden.

(4) Nicht wählbar zur Delegiertenversammlung sind wahlberechtigte Kammerangehörige, die infolge Richterspruchs die Wählbarkeit oder die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter nicht besitzen.

(5) Die Kammern dürfen zum Zwecke der Wahlinformation auf Anforderung der jeweiligen Vertrauensperson für den Wahlvorschlag ein Verzeichnis der Kammerangehörigen aushändigen, das deren Namen, Vornamen und die Privatanschrift enthält. Die Kammerangehörigen können der Datenweitergabe widersprechen. Sie sind auf ihr Widerspruchsrecht hinzuweisen. Die Vertrauenspersonen haben die ihnen übersandten Verzeichnisse unverzüglich nach Beendigung der Wahl unter Beachtung der datenschutzrechtlichen Vorschriften zu vernichten.

### B. Auszug aus der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 335–336)

#### § 3

(1) Die Wahl erfolgt auf Grund von Wahlvorschlägen, die von mindestens dreißig Wahlberechtigten unterschrieben sein müssen.

(2) Jeder Wahlberechtigte darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben.

#### § 7

(1) Die Wahlvorschläge müssen den Familiennamen, den Vornamen und die Anschrift des Bewerbers enthalten und spätestens sieben Tage vor dem Beginn der Wahlfrist eingereicht werden.

(2) Den Wahlvorschlägen müssen ferner Erklärungen der Bewerber beigefügt

sein, dass sie mit der Aufnahme in diesen Wahlvorschlag einverstanden sind. Die Einverständniserklärung kann nur für einen Wahlvorschlag abgegeben werden.

(3) In jedem Wahlvorschlag sind ein Vertrauensmann und ein Stellvertreter namhaft zu machen, die zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem Wahlleiter und dem Wahlausschuss ermächtigt sind. Fehlt diese Angabe, so gilt der an erster Stelle genannte Vorgeschlagene als Vertrauensmann, der zweite als Stellvertreter.

#### § 8

Der Wahlausschuss prüft die Wahlvorschläge und teilt dem Vertrauensmann oder seinem Stellvertreter etwaige Mängel mit, welche bis spätestens fünfzig Tage vor Beginn der Wahlfrist abgestellt sein müssen.

#### § 9

(1) Der Wahlleiter gibt die vom Wahlausschuss zugelassenen Wahlvorschläge bis spätestens dreißig Tage vor Beginn der Wahlfrist im Staatsanzeiger für das Land Hessen bekannt. [Die Bekanntgabe soll auch im Hessischen Ärzteblatt erfolgen.]

(2) Die Wahlvorschläge werden in der Reihenfolge ihres Eingangs bei dem Wahlleiter fortlaufend nummeriert.

#### § 10

Der Wahlleiter stellt die Stimmzettel her und nimmt die zugelassenen Wahlvorschläge in der Reihenfolge ihres Eingangs unter fortlaufenden Nummern in den Stimmzettel auf. Er hat dabei die Namen und Anschriften der drei Spitzenkandidaten anzugeben.





**Nicht zulässig** ist die Einreichung per E-Mail, WhatsApp oder vergleichbaren Social Media.

**Frage 5: Wie werden die eingereichten Wahlvorschläge (Listen) nummeriert?**

Gem. § 9 Abs. 2 der Wahlsatzung werden die Wahlvorschläge (Listen) in der Reihenfolge ihres Eingangs bei dem Wahlleiter fortlaufend nummeriert.

**Frage 6: Wie unterstützt die Landesärztekammer Hessen Wahlwerbung?**

**a) Durch Zurverfügungstellung von Adressen der Kammermitglieder:**

Das Präsidium gewährt den vom Wahlausschuss zur Wahl zugelassenen Wahlvorschlägen (Listen) kostenfrei insgesamt drei nach unterschiedlichen Kriterien sortierte Adressabfragen.

Vor Zulassung des Wahlvorschlages (Liste) bzw. Einreichung des Wahlvorschlages (Liste) kann nur das

kostenpflichtige Adressmittlungsverfahren gewährt werden. Eine Stundung bis zum Zeitpunkt der Zulassung des Wahlvorschlages (Liste) ist möglich.

**b) Durch Gewährung des Schaltens von Wahlwerbbeanzeigen:**

Schalten einer bis zu zwei Seiten umfassenden Wahlwerbbeanzeige pro vom Wahlausschuss zugelassenem Wahlvorschlag (Liste) im Mai-Heft 2018 des Hessischen Ärzteblattes (kostenfrei).

Einstellen einer ebenfalls bis zu zwei Seiten umfassenden Wahlwerbung pro vom Wahlausschuss zugelassenem Wahlvorschlag (Liste) kostenfrei auf der Website der LÄKH unter der Rubrik „Kammerwahl 2018“ ([www.laekh.de/kammerwahl-2018](http://www.laekh.de/kammerwahl-2018)) ab dem 9. April 2018. Die Größe der Wahlwerbung im Internet darf die Größe der im HÄBL abzubildenden Wahlwerbung nicht überschreiten.

**Frage 7: Kann ich gegen die Versendung der Wahlwerbung an meine Adresse Widerspruch einlegen?**

Ja. Sie haben gem. § 14 Abs. 5 Heilberufsgesetz das Recht, der Weitergabe Ihrer Daten an die Listen zu widersprechen. Bisher erklärte Widersprüche behalten ihre Gültigkeit.

**Frage 8: Wie waren die Wahlergebnisse der Kammerwahl 2013?**

Hier wird auf die Statistik der Kammerwahl 2013 verwiesen, veröffentlicht auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter der Rubrik „Kammerwahl 2018“ ([www.laekh.de/kammerwahl-2018](http://www.laekh.de/kammerwahl-2018)).



[www.laekh.de/kammerwahl-2018](http://www.laekh.de/kammerwahl-2018)

## Bücher



**Werner Schienle, Andreas Steinborn: Psychologisches Konfliktmanagement**

Professionelles Handwerkszeug für Fach- und Führungskräfte. Springer 2016, Reihe essentials. Softcover: ISBN 9783658143169, € 9,99 E-Book: ISBN 9783658143176 € 4,99

Geboten wird ein hilfreicher und gut strukturierter Begleiter, welcher sich auf den Kern der betitelten Thematik fokussiert: Psychologisches Konfliktmanagement. Unser beruflicher und privater Alltag kann oft von Missverständnissen und daraus resultierenden Konflikten geprägt sein. Das Buch will Fähigkeiten vermitteln, lang angestaute Spannungen zu beheben oder sie präventiv abzufedern.

Bereits das Inhaltsverzeichnis bietet nachvollziehbare Beschreibungen der Kapitel und lädt zum neugierigen Stöbern

auf den folgenden 45 Seiten ein. Typische Konfliktsituationen werden anhand von Beispielen präzise geschildert.

Eingefahrene Denkmuster werden – manchmal mit passenden Illustrationen – dargestellt und mögliche Lösungen verständlich beschrieben, mit vielen praxisnahen Tipps.

Ein kompakt gelungenes Werk, das trotz seiner handlichen Größe alle notwendigen Inhalte zum Themenfeld abdeckt. Zielgruppe sind Fach- und Führungskräfte aller Branchen und Hierarchiestufen genauso wie interessierte Leserinnen und Leser, die nach einem konfliktarmen Zusammenleben streben. Mit umsetzbaren Ratschlägen lassen sich im beruflichen und privaten Umfeld bestimmt bald spürbare Erfolge erzielen, mit Konflikten richtig umzugehen.

**Felicia Knauer**

Gesundheits- und Krankenpflegerin, Betriebswirtin (VWA) Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen

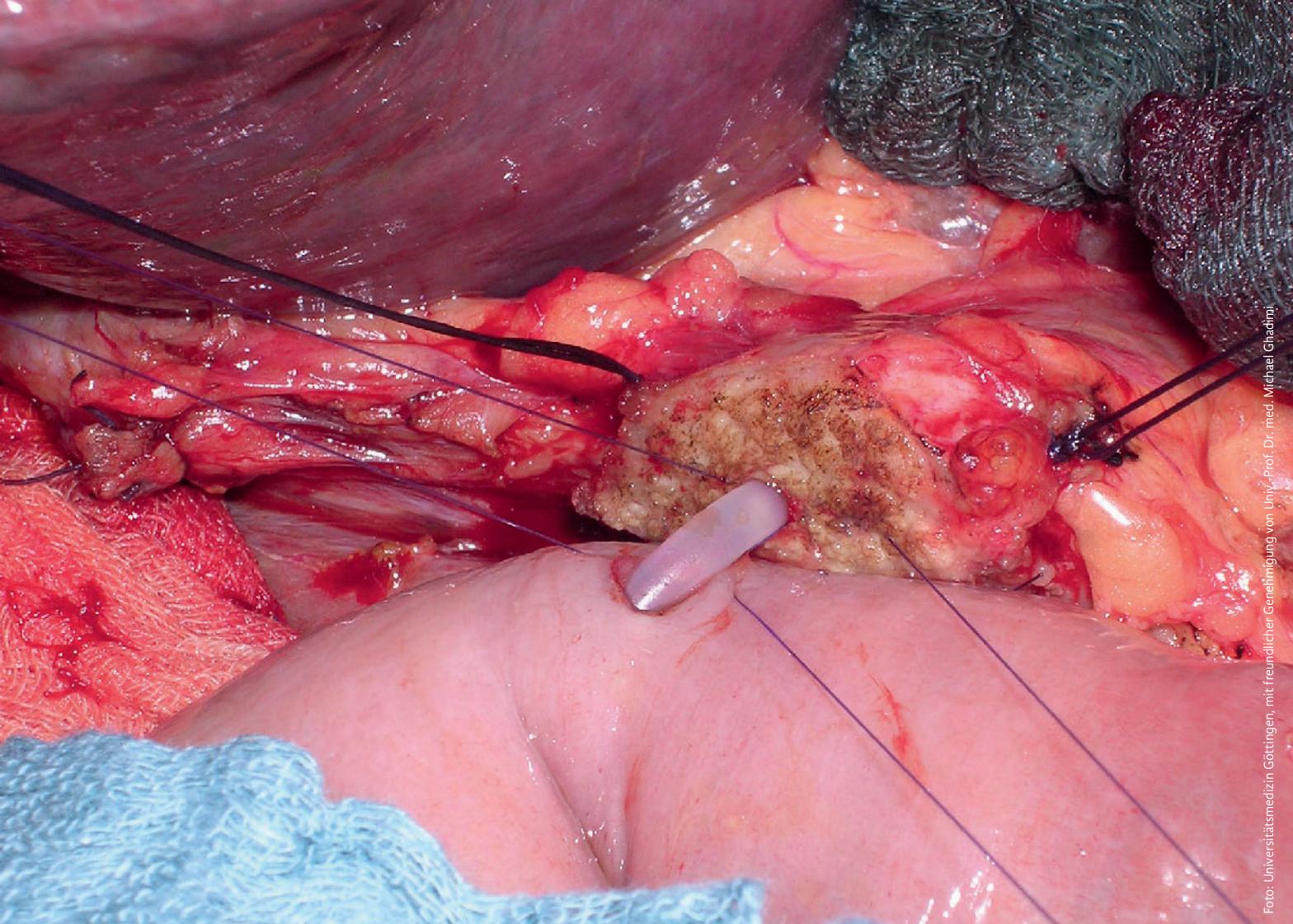


Foto: Universitätsmedizin Göttingen, mit freundlicher Genehmigung von Univ.-Prof. Dr. med. Michael Ghadimi

Herstellung der Pankreatikojejunostomie nach Pankreaskopfresektion. Die hochgezogene Jejunumschlinge wird Seit-zu-End mit dem Pankreas anastomosiert, indem zunächst das Jejunum in Einzelknopftechnik dorsal am Pankreas fixiert wird. Anschließend wird nach punktueller Eröffnung des Darmes eine sogenannte Duct-to-mucosa-Anastomose in Einzelknopftechnik über einen Stent angelegt. Abschließend wird das Jejunum ventral am Pankreas in fortlaufender Nahttechnik fixiert.

## Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht

VNR: 2760602017142620007

PD Dr. med. Kia Homayounfar, Dr. med. Mathias Kleiß, Claudia Rottmann-Ickler

Das duktales Pankreaskarzinom ist ein seltener, prognostisch sehr ungünstiger Tumor. Bei resektablen Tumoren ist die Operation einer alleinigen (Radio-)Chemotherapie deutlich überlegen und daher die einzige potentiell kurative Therapieoption [1] mit 5-Jahres-Überlebensraten bis zu 24 Prozent (%) [2, 3]. Meist wird die Erkrankung allerdings erst diagnostiziert, wenn aufgrund ausgedehnten lokalen Tumorwachstums oder bereits erfolgter Fernmetastasierung lediglich

eine palliative Therapie in Betracht kommt. Für fernmetastasierte Patienten beträgt das mediane Überleben auch mit modernen Chemotherapien nur 6,7 bis 11,1 Monate [4, 5].

Vor diesem Hintergrund werden unterschiedliche Strategien zur Prognoseverbesserung der Patienten untersucht: neoadjuvante Therapien bei resektablen Tumoren, die Konversion grenzwertig (borderline) resektabler oder primär nicht resektabler Tumoren mittels einer

(Radio-)Chemotherapie in eine sekundäre Resektabilität, aber auch die Ausweitung der Resektion mit erweiterter Lymphadenektomie oder simultaner Organ- und Gefäßresektion.

Für die Behandlung von Patienten mit Pankreaskarzinom liegt eine interdisziplinäre deutsche S3-Leitlinie vor, welche zuletzt 2013 aktualisiert wurde [6], darüber hinaus eine europäische Leitlinie der ESMO von 2015 [7] und eine amerikanische Leitlinie des NCCN von 2017 [8].

## Epidemiologie

Im Jahr 2013 lag die Anzahl der Neuerkrankungen eines Pankreaskarzinoms in Deutschland bei 17.140 mit steigender Tendenz, die Anzahl der Sterbefälle bei 16.601. Bezogen auf die Gesamtzahl der Krebserkrankungen macht das Pankreaskarzinom somit nur 3,6 % der Neuerkrankungen, aber 7,4 % der Sterbefälle aus [9]. Aktuelle Untersuchungen aus den Niederlanden legen nahe, dass die Inzidenz des Pankreaskarzinoms möglicherweise unterschätzt wird [10]. Es wird angenommen, dass im Jahr 2020 das Pankreaskarzinom bereits die zweithäufigste krebsbedingte Todesursache in den USA sein wird [11]. Die Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung eines Pankreaskarzinoms sind in Tabelle 1 dargestellt. Neben sporadischen Formen tritt das Pankreaskarzinom auch im Rahmen hereditärer Syndrome und als familiäres Karzinomleiden auf.

Enorme Fortschritte im molekularen und biologischen Verständnis des Pankreaskarzinoms haben in den vergangenen zehn Jahren gezeigt, dass das Pankreaskarzinom eine große genetische Variabilität aufweist

**Tabelle 1: Nicht-genetische Risikofaktoren für die Entstehung eines Pankreaskarzinoms (Seufferlein et al. 2013, Mayerle et al. 2013, Ducreux et al. 2015, NCCN 2017)**

Risikofaktoren
Zigarettenkonsum
Übergewicht
Geräucherte und gegrillte Speisen
Wenig Obst und Gemüse
Exzessiver Alkoholgenuß
Exposition mit Chemikalien (z. B. chlorierte Kohlenwasserstoffe)
Chronische Pankreatitis
Diabetes mellitus
Helicobacter pylori Infektion
Blutgruppe ≠ 0

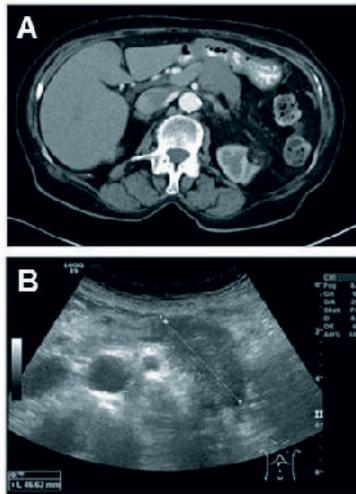


Abb. 1: Darstellung eines Pankreaskorpuskarzinoms einer 82-jährigen Patientin in der Computertomographie (A) und Sonographie (B).

und in unterschiedliche Subtypen eingeteilt werden kann, deren spezifische Veränderungen Ansatzpunkte zukünftiger innovativer Therapien sein könnten [12]. Im Kontext des Pankreaskarzinoms sind auch die 1996 in die WHO-Klassifikation aufgenommenen Intraduktalen Papillär Muzinösen Neoplasien (IPMN) als Vorläuferläsionen von Bedeutung. Abhängig davon, ob eine Verbindung zum Pankreashauptgang (main duct IPMN) oder zum Seitengang (branch duct IPMN) nachgewiesen wird, besteht ein unterschiedliches Malignitätsrisiko von durchschnittlich 62 % bzw. 26 % [13, 14].

## Diagnostik

Ein typisches klinisches Erscheinungsbild existiert beim Pankreaskarzinom nicht. Häufige Initialsymptome sind Oberbauch- und Rückenschmerzen, gegebenenfalls einhergehend mit Gewichtsverlust, Inappetenz und körperlicher Leistungsminde- rung. Pankreaskopfkarzinome fallen zudem häufig durch einen schmerzlosen Ikterus als Folge der tumorbedingten Ver- legung des distalen Gallengangs auf. Während bei den erstgenannten Be- schwerden differentialdiagnostisch auch eine Vielzahl anderer gastrointestinaler oder orthopädischer Erkrankungen in Be- tracht kommt, ist ein schmerzloser Ikterus insbesondere bei Patienten jenseits des 50. Lebensjahres derart suggestiv für ein Pankreaskarzinom, dass hier unmittelbar eine spezifische Pankreasdiagnostik erfol-

gen sollte. Gleiches gilt für Patienten die- ses Alters, bei denen erstmalig eine akute Pankreatitis unklarer Ursache auftritt [6]. Geeignete diagnostische Verfahren zur Ab- klärung eines Tumorverdacht sind die Oberbauchsonografie, die Endosonografie, die ERCP (endoskopisch retrograde Cholan- gio-Pankreatikografie) sowie die Schnitt- bilduntersuchungen Computertomogra- phie (CT) und Magnetresonanztomogra- phie (MRT) mit Magnetresonanzt-Cholan- giopankreatikographie (MRCP), vgl. Abbil- dung 1. Die ERCP ist als alleiniges Diagnose- verfahren nicht geeignet [6]. Welche Ver- fahren in welcher Kombination zur Anwen- dung kommen, ist letztlich auch von deren Verfügbarkeit und der jeweils vorhandenen Expertise abhängig (siehe Abbildung 1). Wenn eine Pankreasraumforderung bild- gebend nachgewiesen ist, sollte die Bestim- mung des Tumormarkers CA 19-9 erfol- gen. Sehr hohe Werte sind suggestiv für eine hohe Tumormast.

Die deutsche Leitlinie empfiehlt als obligate Staginguntersuchungen den Röntgen-Tho- rax und die Abdomensonografie. Eine zu- sätzliche Abdomen-CT sollte nur erfolgen, sofern die Sonografie nicht schon eine Fernmetastasierung detektiert hat [6]. Die Thorax-CT sowie abdominelle MRT-Unte- rsuchungen werden als fakultativ betrach- tet. Demgegenüber wird von der europäi- schen und der amerikanischen Leitlinie die CT als initiale Standarddiagnostik empfo- hen [7, 8], welche durch die Endosonografie und insbesondere bei zystischen Läsionen auch durch eine MRT ergänzt werden kann [7]. Eine histologische Sicherung erfolgt bevorzugt endosonografisch transgast- ral mit im Vergleich zur CT-gesteuerten Bio- psie besserer diagnostischer Ausbeute bei höherer Sicherheit und geringerem Risiko der Tumorzellverschleppung [8].

## Indikationsstellung

Auf der Basis des Stagings werden vier Krankheitszenarien unterschieden:

- primär resektabler Tumor
- grenzwertig (borderline) resektabler Tumor
- lokal fortgeschrittener (nicht resektab- ler) Tumor und
- fernmetastasierter Tumor.

Ob ein Tumor als resektabel, grenzwertig (borderline) resektabel oder nicht resektab-

bel eingeschätzt wird, orientiert sich an der Lagebeziehung des Tumors zu den arteriellen und venösen Gefäßen (Tabelle 2). Bezogen auf den individuellen Patienten ist die Festlegung, ob ein Pankreaskarzinom grenzwertig (borderline) resektabel ist, extrem schwierig und nicht einheitlich [15]. Grundsätzlich sollte daher die Therapieempfehlung in einer multidisziplinär besetzten Tumorkonferenz erfolgen.

Die Indikation zur Operation ist immer dann zu stellen, wenn eine potenziell resezierbare karzinomverdächtige Raumforderung am Pankreas diagnostiziert worden und die Operabilität des Patienten gegeben ist. Eine präoperative zytologische oder histologische Diagnosesicherung ist nicht obligat. Das Alter ist heute kein Kriterium, um einen Patienten von einer Resektion auszuschließen. Wenngleich bei Patienten älter als 80 Jahre insgesamt mit ei-

ner erhöhten Morbidität und Mortalität zu rechnen ist, findet sich bei älteren Patienten keine erhöhte operative Morbidität, wenn Patientengruppen mit ähnlicher Komorbidität verglichen werden [6, 16, 17]

Bei grenzwertig (borderline) resektablen Tumoren muss individuell entschieden werden, ob eine chirurgische Exploration mit ggf. erweiterter Resektion (zum Beispiel venöser Gefäßrekonstruktion) gerechtfertigt ist oder nach histologischer Sicherung zunächst eine neoadjuvante Therapie erfolgen sollte mit dem Ziel einer sekundären Resektabilität.

Auch bei lokal fortgeschrittenen, nicht fernmetastasierten Tumoren ist primär eine Systemtherapie indiziert. Sofern die Therapie zu einem guten Ansprechen geführt hat, kann bei gutem Allgemeinzustand des Patienten auch hier eine sekundäre Resektion in Betracht gezogen

werden, sofern dann eine R0-Resektion möglich erscheint [8].

Beim Vorliegen von Fernmetastasen ist auch bei gegebener Resektabilität des Primärtumors keine Indikation zur Operation gegeben [6]. Takada et al. haben bereits 1997 an 33 Patienten mit 1–7 Lebermetastasen bis 5 cm Größe gezeigt, dass das mediane Gesamtüberleben nach Pankreaskopfresektion und simultaner Leberresektion nicht signifikant besser war als nach palliativer Bypassoperation [18]. In einer weiteren kleinen Serie von 15 Patienten haben Zanini et al. [19] nach Lebermetastasenresektion ebenfalls ein wenig überzeugendes medianes Überleben von 9,1 Monaten gefunden. Demgegenüber zeigt die Auswertung des französischen Lebermetastasenregisters bei 40 Patienten eine 5-Jahres-Überlebensrate nach Leberresektion von 25 % [20]. Ganz aktuell konnten Hackert et

**Tabelle 2: Bewertung der Resektabilität gemäß NCCN-Richtlinien (NCCN 2017)**

Resektionsstatus	Arterielle Gefäßachse	Venöse Gefäßachse
Resektabel	Kein Tumorkontakt zu Tr. coeliacus, A. mes. sup. oder A. hep. com.	Kein Tumorkontakt zur V. mes. sup. oder V. porta oder Tumorkontakt von $\leq 180^\circ$ ohne Irregularität der Vene
Borderline resektabel	<p><b>Tumor im Pankreaskopf/Proc. uncinatus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkontakt zur A. hep. com. ohne Ausdehnung bis zum Tr. coeliacus oder der Bifurkation der A. hep. mit der Möglichkeit der Resektion und Rekonstruktion.</li> <li>• Tumorkontakt zur A. mes. sup. von <math>\leq 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt mit variant verlaufenden Arterien (z. B. acc. A. hep. dex.), sofern relevant für die geplante Resektion</li> </ul> <p><b>Tumor im Pankreaskorpus/-schwanz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkontakt zum Tr. coeliacus von <math>\leq 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt zum Tr. coeliacus von <math>&gt; 180^\circ</math> ohne Beteiligung der Aorta und der A. gastroduodenalis, so dass eine Appleby-Operation möglich wäre (umstrittenes Kriterium)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkontakt zur V. mes. sup. oder V. porta von <math>&gt; 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt zur V. mes. sup. oder V. porta von <math>\leq 180^\circ</math> mit Irregularität der Vene oder Thrombose der Vene, aber mit intakter Vene proximal und distal des Bereichs der Tumorbeteiligung mit der Möglichkeit der Resektion und Rekonstruktion.</li> <li>• Tumorkontakt zur V. cava inf.</li> </ul>
Nicht resektabel	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fernmetastasen (inkl. nicht-regionalen LK-Metastasen)</li> </ul> <p><b>Tumor im Pankreaskopf/Proc. uncinatus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkontakt zur A. mes. sup. von <math>&gt; 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt zum Tr. coeliacus von <math>&gt; 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt zum ersten Jejunalarast der A. mes. sup.</li> </ul> <p><b>Tumor im Pankreaskorpus/-schwanz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tumorkontakt zu A. mes. sup. oder Tr. coeliacus von <math>&gt; 180^\circ</math></li> <li>• Tumorkontakt zum Tr. coeliacus und zur Aorta</li> </ul>	<p><b>Tumor im Pankreaskopf/Proc. uncinatus:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht-rekonstruierbare V. mes. sup. oder V. porta (tumorbedingt oder Okklusion durch Thrombus)</li> <li>• Tumorkontakt zum ersten Jejunalarast der V. mes. sup.</li> </ul> <p><b>Tumor im Pankreaskorpus/-schwanz:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nicht-rekonstruierbare V. mes. sup. oder V. porta (tumorbedingt oder Okklusion durch Thrombus)</li> </ul>

al. in einer unizentrischen retrospektiven Auswertung an 85 Patienten nach Resektion eine 5-Jahres-Überlebensrate von 8,1 % berichten [21].

Die PaMeViTUM-Studie (NCT00855634), welche unter anderem die Bedeutung der Resektion in der metastasierten Situation prospektiv untersuchen sollte, wurde wegen mangelnder Rekrutierung vorzeitig geschlossen. Möglicherweise profitieren selektionierte Patienten von einer Leberresektion, dies sollte in klinischen Studien untersucht werden.

### Operative Therapie

Die pyloruserhaltende Pankreaskopfresektion nach Traverso-Longmire ist heute das operative Standardverfahren bei Pankreaskopftumoren. Bei Tumoren, die eine Ausdehnung bis nah an den Pylorus zeigen, muss zur onkologischen Radikalität die Operation nach Kausch-Whipple durchgeführt werden, bei welcher zusätzlich der distale Magen reseziert wird. Tumoren, die links der Pfortaderachse im Pankreaskorpus oder Pankreasschwanz gelegen sind, werden mittels einer (subtotalen) Pankreaslinksresektion operativ entfernt. Hierbei erfolgt aus onkologischen und operationstaktischen Gründen grundsätzlich eine Splenektomie. Liegt sowohl eine Tumorausbreitung im Pankreaskopf als auch im -korpus vor, ist eine primäre Pankreatektomie indiziert. Bei großen Pankreaskarzinomen kann eine direkte Infiltration von Nachbarorganen (vor allem Magen, Kolon, Niere, Nebenniere) vorliegen. Wird hier mittels einer en bloc-Multiviszeralresektion eine R0-Situation erreicht, ist die Prognose dieser Patienten nicht schlechter als nach der Standardoperation [22]. Standardmäßig werden beim Pankreaskarzinom die peripankreatischen Lymphknoten mitreseziert [6]. Eine Metaanalyse von vier randomisierten Studien hat ergeben, dass eine erweiterte Lymphadenektomie beim Pankreaskopfkarzinom nicht mit einem verbesserten Gesamtüberleben, wohl aber mit einer erhöhten Morbidität einhergeht [23].

Resektionen mit tumorbehaftetem Resektionsrand (R1-Resektionen) gehen mit einer signifikant schlechteren Prognose einher als R0-Resektionen, allerdings ist die Prognose immer noch besser als bei nicht

resezierten Tumoren [24]. Untersuchungen mit intensivierter histopathologischer Aufarbeitung haben gezeigt, dass die Mehrzahl der R1-Resektionen an der mesopankreatischen Absetzung in direkter Nähe zur Vena und Arteria mesenterica superior entsteht [25].

Chirurgisch oft möglich und onkologisch vertretbar ist die Resektion und Rekonstruktion der venösen Gefäßachse, insbesondere der Pfortader oder des Konfluens. Eine Tumordinfiltration arterieller Gefäße wird deutlich problematischer bewertet [6]. Zwar kann beispielsweise bei großen Pankreaskorpus-tumoren mit Infiltration des Truncus coeliacus in einigen Fällen eine modifizierte Appleby-Operation mit Resektion des Truncus durchgeführt werden mit Erhalt der Leberperfusion über die A. pancreaticoduodenalis inferior und A. gastroduodenalis [26]. Aber obwohl hier nach neoadjuvanter Radiochemotherapie eine R0-Resektionsrate von 91 % und ein medianes Gesamtüberleben von mehr als zwei Jahren beschrieben ist, lag das krankheitsfreie Überleben median nur bei 21 Wochen [27]. Aufgrund stark divergierender Daten zum onkologischen Benefit und der erhöhten Morbidität wird eine arterielle Resektion derzeit nicht regelhaft empfohlen [6–8]. Es ist unbedingt notwendig, dass multimodale Therapiekonzepte mit Arterienresektion in kontrollierten klinischen Studien untersucht werden [28].

Nach Pankreasresektionen kommen allgemeine Komplikationen (Wundheilungsstörungen, thromboembolische Ereignisse, Pneumonien etc.) in ähnlicher Häufigkeit wie bei anderen größeren viszeralchirurgischen Eingriffen vor. Von besonderer Relevanz sind als spezifische Komplikation Pankreasfisteln, die als Ausdruck einer Anastomoseninsuffizienz nach Pankreaskopfresektion beziehungsweise als retrograde Sekretion aus der Resektionsfläche nach (subtotaler) Pankreaslinksresektion auftreten können. Pankreasfisteln treten in bis zu 45 % der Fälle auf. Es werden drei Typen unterschieden [29]:

- die biochemische Leckage mit erhöhter Amylase im Drainagesekret ohne klinische Beeinträchtigung,
- die Typ-B Fistel, bei welcher die Drainagen > drei Wochen belassen oder interventionell neue Drainagen platziert werden müssen und

- die Typ-C Fistel, bei der eine Reoperation notwendig wird oder die zu einem Organversagen bzw. Tod des Patienten führt.

Allen et al. konnten in einer randomisierten Studie an 300 Patienten eine signifikant reduzierte Rate an klinisch relevanten Pankreasfisteln (9 % versus 21 %,  $p=0,006$ ) bei den Patienten nachweisen, die präoperativ beginnend über sieben Tage mit dem Somatostatin-Analogen Pasireotid s.c. behandelt worden waren [30]. Die Studie wird unter anderem aufgrund der hohen Rate an nicht-resektablen Patienten und des uneinheitlichen operativen Vorgehens kritisiert [31], eine Bestätigung der Daten in einer multizentrischen Untersuchung steht noch aus. Eine generelle Empfehlung zur Somatostatin-Analoga-Therapie kann daher aktuell nicht erfolgen.

Relevante Langzeitkomplikationen nach Pankreasresektion sind vor allem der Diabetes mellitus und die exokrine Pankreasinsuffizienz, die beide in bis zu 40 % der Fälle auftreten, medikamentös durch Insulingabe bzw. orale Einnahme von Verdauungsenzymen therapierbar und bei einem Teil der Patienten auch reversibel sind [32, 33].

### Neoadjuvante Therapie

#### Neoadjuvante Therapie primär resektabler Tumoren

Die Rationale für eine neoadjuvante Therapie resektabler Tumoren ergibt sich einerseits, da ein relevanter Anteil der Patienten nach der Operation aufgrund eingeschränkter Allgemeinzustandes oder chirurgischer Komplikationen keine Chemotherapie erhalten kann und andererseits aus der Überlegung, dass unter der neoadjuvanten Therapie eine Bewertung der tumorbiologischen Aggressivität mit Selektion für die Operation geeigneter Patienten erfolgen kann. Die deutsche Leitlinie empfiehlt eine neoadjuvante (Radio-)Chemotherapie bei resektablen Tumoren allerdings nur im Rahmen klinischer Studien, da zum Zeitpunkt der Leitlinienerstellung keine überzeugenden Daten zum Benefit einer solchen Therapie vorlagen [6]. Mittlerweile zeigt sich durch retrospektive Daten, die sowohl eine erhöhte R0-Resektionsrate als auch ein verlängertes Überleben für die vorbehandelten Patienten be-

stätigen [34], ein Trend zur neoadjuvanten Therapie. Die neue NCCN-Leitlinie läßt eine neoadjuvante Therapie bei sehr hohem CA 19–9, großen Tumoren, großen regionalen Lymphknoten, ausgeprägtem Gewichtsverlust oder starken Schmerzen auch außerhalb von Studien zu [8].

Mehrere aktuelle randomisierte Studien untersuchen den Stellenwert einer neoadjuvanten Chemotherapie beim primär resektablen Pankreaskarzinom. Die NEOPAC-Studie (NCT01314027) prüft eine achtwöchige neoadjuvante Chemotherapie mit Gemcitabine/Oxaliplatin, gefolgt von einer adjuvanten Chemotherapie mit Gemcitabin gegen den gegenwärtigen Therapiestandard einer alleinigen adjuvanten Chemotherapie mit Gemcitabin. Die NEONAX-Studie (NCT02047513) untersucht die Chemotherapie mit nab-Paclitaxel und Gemcitabin perioperativ versus den lediglich adjuvanten Einsatz dieser Chemotherapie. Die NEPAFOX-Studie (NCT02172976) prüft nun die aktuell effektivste Kombinationschemotherapie FOLFIRINOX (eine Triple-Chemotherapie, bestehend aus dem Adjuvans Folinsäure und den Zytostatika 5-Fluorouracil, Irinotecan und Oxaliplatin) perioperativ gegen den adjuvanten Therapiestandard Gemcitabin.

### Neoadjuvante Therapie primär nicht-resektabler Tumoren

Patienten, bei denen ein grenzwertig (borderline) resektables oder ein lokal fortgeschrittenes, aber nicht metastasiertes Pankreaskarzinom vorliegt, kann eine aggressive neoadjuvante (Strahlen-)Chemotherapie angeboten werden, auch mit dem Ziel der sekundären Resektabilität. Ob dies mit einer Verbesserung des Gesamtüberlebens einhergeht, wird derzeit beispielsweise von der CONKO-007-Studie (NCT01827553) geprüft, welche primär den Stellenwert einer Radiochemotherapie nach Induktionschemotherapie, aber auch die erreichte sekundäre Resektionsrate untersucht. Der Stellenwert einer intensivierten neoadjuvanten Chemotherapie in dieser Situation wird in der NEOLAP-Studie (NCT 02125136) geprüft. Alle Patienten erhalten zwei Zyklen nab-Paclitaxel/ Gemcitabin, nach Randomisierung erhalten die Patienten in einem Therapiearm zwei weitere Zyklen nab-Paclitaxel/ Gem-

citabin, die Patienten im anderen Therapiearm erhalten vier Zyklen FOLFIRINOX. Unter anderem ist ein Focus dieser Studie die Rate der R0/R1-Resektionen nach dieser intensiven Chemotherapie.

Beim Pankreaskarzinom korreliert das Ansprechen auf die neoadjuvante Therapie nicht notwendigerweise mit einem messbaren Downsizing des Tumors. In einer Metaanalyse fand sich bei 182 Patienten mit Borderline-Resektabilität in nur 16 % ein partielles oder komplettes Ansprechen auf die Vorbehandlung, eine R0-Resektion war aber bei 46 % der Patienten möglich [35]. Dies deckt sich mit der eigenen Erfahrung, dass die neoadjuvante (Strahlen-)Chemotherapie zwar partiell auch zu einer bildgebend nachvollziehbaren Volumenminderung des Tumorareals führt, zusätzlich aber auch eine Fibrosierung avitaler Tumoranteile eintritt, die weiterhin als Weichgewebsvermehrung erkennbar bleibt. In einer aktuellen Untersuchung mit neoadjuvanter FOLFIRINOX-Therapie zeigte sich dementsprechend, dass die CT nicht in der Lage ist, das Ansprechen des Tumors und eine sekundäre Resektabilität korrekt vorherzusagen [36]. Daraus ist die wichtige Forderung abzuleiten, dass allen Patienten, bei denen sich unter einer neoadjuvanten Therapie keine Fernmetastasierung entwickelt, unabhängig von einer weiterhin nachweisbaren Weichgewebsvermehrung, eine chirurgische Exploration mit intraoperativen Schnellschnittuntersuchungen und ggf. Pankreasresektion angeboten werden muss. Ein cut-off, nach wieviel Therapie eine Exploration nicht mehr versucht werden sollte, existiert nicht [37].

### Adjuvante Therapie

Eine adjuvante Chemotherapie über sechs Monate wird in allen Stadien (UICC I-III) empfohlen [6–8] und führt zu einer erhöhten 5-Jahres-Überlebensrate von 20 % versus 10 % bei alleiniger Operation [38, 39]. Aus bisherigen Studien hat sich kein Vorteil für 5-FU/Folinsäure (Mayo-Protokoll) oder Gemcitabine als adjuvante Chemotherapie ergeben, so dass derzeit beide Regime als Standard angesehen werden [6, 7], wobei Gemcitabine ein günstigeres Toxizitätsprofil aufweist, insbesondere bezüglich mukosaler Toxizität [40]. Möglicherweise wird in Zukunft die Kombination

aus Gemcitabin und Capecitabin als neuer adjuvanter Therapiestandard beim Pankreaskarzinom definiert werden, da die ESPAC-4-Studie ein verbessertes Gesamtüberleben für die Kombinationstherapie beschreibt im Vergleich zu einer adjuvanten Gemcitabin Monotherapie [41].

Der Stellenwert einer adjuvanten Radiochemotherapie wird kontrovers diskutiert. Seitens der deutschen Leitlinie und der ESMO wird eine adjuvante Radiochemotherapie und auch eine additive Radiochemotherapie nach R1-Resektion außerhalb klinischer Studien nicht empfohlen [6, 7], während die NCCN-Leitlinie diese zur Reduktion des Lokalrezidivrisikos ermöglicht [8]. Eine allerdings retrospektive Untersuchung an Daten der US-amerikanischen National Cancer Data Base fand einen signifikanten Überlebensvorteil für Patienten mit R0/R1-reseziertem Pankreaskarzinom, die eine adjuvanten Radiochemotherapie erhalten hatten. Insofern kann im ausgewählten Einzelfall durchaus eine adjuvante Radiochemotherapie in Erwägung gezogen werden [42].

## Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Telefonsprechstunde mit  
**Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:**

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?

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

- **Dienstag, 07. November 2017**
- **Dienstag, 28. November 2017**

### Palliative Therapie

In der Palliativsituation können unterschiedliche Symptome im Vordergrund stehen und eine spezifische Intervention bedingen, vor allem Galleabflussbehinderung, Magenentleerungsstörung, tumorbedingte Schmerzsymptomatik, Mangelernährung und exokrine Pankreasinsuffizienz.

Ohne Beherrschung dieser Symptome kann keine Chemotherapie erfolgen, daher ist für diese Patienten ein early-integration-Konzept mit frühzeitiger Einbindung der Palliativmedizin zu fordern [43].

### Palliative Erstlinien-Therapie

In der Erstlinien-Therapie sind drei verschiedene Chemotherapie-Regime etabliert, die abhängig von Allgemeinzustand und Belastbarkeit des Patienten sowie Komorbiditäten zum Einsatz kommen können [7]:

#### 1. Gemcitabin

Die Monotherapie mit Gemcitabin ist geeignet für Patienten in einem reduzierten Allgemeinzustand (ECOG 2). Ein 1-Jahres-Überleben von 18–20 % kann erreicht werden. Eine Verbesserung des Überlebens kann durch die Kombination von Gemcitabin mit dem EGF-Rezeptortyrosinkinaseinhibitor Erlotinib erreicht werden; dies führte in einer randomisierten Phase-III-Studie im Vergleich zu Gemcitabin alleine zu einer signifikanten Verbesserung der 1-Jahres-Gesamtüberlebensrate von 19 % auf 24 % [44]. Allerdings profitieren nur Patienten mit Hauttoxizität innerhalb von acht Wochen von der Therapie mit Erlotinib.

#### 2. Gemcitabin/ nab-Paclitaxel

Bei nab-Paclitaxel handelt es sich um Albumin-gebundenes Paclitaxel, welches eine verstärkte Paclitaxel-Akkumulation im Bereich des Tumors erreichen soll. In der MPACT-Studie [5] führt die Kombination aus Gemcitabin und nab-Paclitaxel im Vergleich zu Gemcitabin alleine zu einem signifikant verbesserten Therapieansprechen (23 % vs. 7 %) und zu einem verlängerten medianen Gesamtüberleben (8,5 vs. 6,7 Monate), bei allerdings verstärkter Toxizität.

#### 3. FOLFIRINOX

Die intensivierte Chemotherapie mit FOLFIRINOX hat versus Gemcitabin zu einem signifikant verbesserten medianen progressionsfreien Überleben

(6,4 versus 3,3 Monate,  $p < 0,001$ ) und Gesamtüberleben (11,1 versus 6,8 Monate,  $p < 0,001$ ) geführt [45]. Aufgrund der nicht unerheblichen Toxizität kann diese Therapie nur jüngeren Patienten in gutem Allgemeinzustand ( $< 70$  Jahre, ECOG 0) empfohlen werden.

### Palliative Zweitlinien-Therapie

Nach einer Vortherapie mit Gemcitabin bietet sich die Kombination aus Oxaliplatin und 5-FU an (OFF-Schema). Auf der Basis der NAPOLI-1-Studie [46] wurde im Herbst 2016 nanoliposomales Irinotecan zur Therapie des metastasierten Pankreaskarzinoms in Kombination mit 5-FU und Leucovorin zugelassen, und zwar nach Vortherapie mit Gemcitabin.

Zur Beseitigung der Galleabflussbehinderung ist die endoskopische Platzierung eines Metallstents die präferierte Methode [6, 8]; nachrangige Möglichkeiten sind die perkutane billäre Drainage (PTCD), wenn möglich mit interner Ableitung oder die chirurgische Anlage einer biliodigestiven Anastomose. Zur Behandlung der Magenausgangstenose wird bei gutem Allgemeinzustand des Patienten aufgrund der besseren funktionellen Ergebnisse die chirurgische Gastroenterostomie oder Magentransposition favorisiert. Bei schlechterem Allgemeinzustand stehen die endoskopische Stentimplantation sowie eine perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG) als dekomprimierender Ablauf zur Verfügung [8].

### Nachsorge

Eine regelhafte Nachsorge ist beim Pankreaskarzinom aufgrund fehlenden Überlebensvorteils nicht etabliert [6]. Die NCCN-Leitlinie empfiehlt eine Nachsorge vor dem Hintergrund, dass eine frühzeitige

Diagnose des Rezidivs die Möglichkeit eröffnet, Patienten in relativ gutem Zustand innovative Therapien im Rahmen klinischer Studien anbieten zu können. Daher wird eine klinische Nachsorge zunächst alle drei bis sechs Monate angeraten.

Neben der onkologischen Weiterbetreuung ist die weitere Begleitung und Entlastung der Patienten in ihrem Alltagsleben von enormer Bedeutung. Psychosoziale Krebsberatungsstellen bieten hier eine kostenfreie Beratung und Unterstützung an, beispielsweise bei der Krankheitsbewältigung, der Klärung von Fragen zu Rehabilitation, Schwerbehinderung und finanzieller Sicherung und der Vermittlung zu weiterführenden Adressen zum Beispiel Selbsthilfegruppen, Psychotherapie, Sport- und Bewegungsangeboten.

#### PD Dr. med. Kia Homayounfar, MaHM

Klinik für Allgemein-,  
Viszeral- und Endokrine Chirurgie

#### Dr. med. Mathias Kleiß

Klinik für Interdisziplinäre Onkologie  
und Pneumologie  
DRK-Kliniken Nordhessen  
Gemeinnützige GmbH  
Hansteinstraße 29  
34121 Kassel

#### Claudia Rottmann-Ickler

Ambulante Strahlentherapie  
Praxis für Radiologie, Nuklearmedizin und  
Strahlentherapie  
Friedrich-Ebert-Straße 50, 34117 Kassel

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

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teil-

nahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.09.2017 bis 24.09.2018 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:

## Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht

VNR: 2760602017142620007

*(nur eine Antwort ist richtig)*

### 1. Welche Aussage zur Epidemiologie des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- 1) Das Pankreaskarzinom ist ein häufiger Tumor, dessen Inzidenz aufgrund gut etablierter Vorsorgeuntersuchungen abnimmt.
- 2) Das Pankreaskarzinom ist ein seltener Tumor, der aber dank moderner Behandlungskonzepte überwiegend mit einer guten Prognose einhergeht.
- 3) Das Pankreaskarzinom ist ein seltener Tumor, der trotz moderner Behandlungskonzepte mit einer schlechten Prognose einhergeht.
- 4) Das Pankreaskarzinom ist ein häufiger Tumor, der heute auch in späten Stadien im Vergleich zu anderen Entitäten gut behandelt werden kann.

### 2. Welche Aussage zur klinischen Symptomatik des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- 1) Das Pankreaskopfkarzinom führt aufgrund der anatomischen Lagebeziehung frühzeitig zu einer Cholestase, so dass eine potentiell kurative Therapie in der Regel möglich ist.
- 2) Der schmerzlose Ikterus ist oftmals das erste klinische Symptom, welches den Patienten im dann schon fortgeschrittenen Krankheitsstadium zum Arzt führt.
- 3) Die Symptomatik des Pankreaskarzinoms ist im Frühstadium so charakteristisch, dass nur wenig Differentialdiagnosen in Betracht gezogen werden müssen.
- 4) Das Pankreasschwanzkarzinom führt frühzeitig durch eine tumorbedingte Magenentleerungsstörung zu einer Beeinträchtigung des Patienten, die ihn zum Arzt führt.

### 3. Welche Aussage zur Diagnostik des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- 1) Bei Verdacht auf ein Pankreaskarzinom sollte zunächst eine ERCP zum Nachweis eines double-duct-Zeichens durchgeführt werden.
- 2) Zum leitliniengerechten Staging bei nachgewiesener Pankreasraumforderung gehört unter anderem eine CT des Thorax.
- 3) Vor Einleitung einer Behandlung ist die histologische Sicherung des Pankreaskarzinoms, die endosonografisch oder CT-gesteuert erfolgen kann, obligat.
- 4) Ein massiv erhöhter Tumormarker CA 19-9 kann ein Argument für eine diagnostische Laparoskopie zum Ausschluss einer Peritonealkarzinose sein.

### 4. Welche Aussage zur Behandlung des Pankreaskarzinoms trifft nicht zu?

- 1) Bei älteren Patienten (> 80 Jahre) sollte auch ein resektabler Tumor aufgrund der erwarteten Morbidität und Mortalität in der Regel chemotherapeutisch behandelt werden.
- 2) Bei grenzwertig resektablen Tumoren ist in der Tumorkonferenz zwischen einer primären Exploration mit dann ggf. erweiterter Resektion und einer neoadjuvanten Therapie mit dem Ziel des Downsizings zu unterscheiden.
- 3) Bei intraoperativ diagnostizierter Fernmetastasierung sollte keine Resektion des Primärtumors vorgenommen werden.
- 4) Bei resektablen Tumoren zeigt sich, insbesondere bei Vorliegen von Risikofaktoren (großer Tumor, große Lymphknoten), ein Trend zur neoadjuvanten Therapie.

### 5. Welche Aussage zur Chirurgie des Pankreaskarzinoms trifft zu?

- 1) Die Standardoperation beim Pankreaskopftumor ist die Operation nach Kausch-Whipple.
- 2) Bei der Resektion von Pankreasschwanztumoren wird ein Milzverlust angestrebt, sofern die Milzgefäße vom Tumor nicht tangiert werden.
- 3) Multiviszerale Resektionen werden beim Pankreaskarzinom aufgrund der extrem schlechten Prognose der Patienten außerhalb klinischer Studien nicht durchgeführt.
- 4) Die simultane Resektion und Rekonstruktion von venösen Gefäßen kann im Gegensatz zu der von arteriellen Gefäßen unter Wahrung eines akzeptablen onkologischen Ergebnisses und geringer Morbidität durchgeführt werden.

### 6. Welche der folgenden eingriffstypischen Komplikationen hat einen wesentlichen Anteil an der Morbidität und Mortalität in der Pankreaschirurgie?

- 1) Lungenembolie
- 2) Pneumonie
- 3) Pankreasfistel
- 4) Ileus

### 7. Welche der folgenden Antworten zur adjuvanten Therapie ist nicht richtig?

- 1) Eine adjuvante Therapie sollte in allen Krankheitsstadien (UICC I-III) durchgeführt werden.
- 2) Postoperative Komplikationen und ein damit verbunden reduzierter Allgemeinzustand sind oftmals Gründe, eine adjuvante Therapie nicht vorzusehen.

- 3) Mögliche Substanzen, die für eine adjuvante Therapie in Betracht kommen sind Gemcitabine und 5FU.
- 4) Sofern klinisch vertretbar, sollte aufgrund der besseren Wirksamkeit eine Radiochemotherapie der alleinigen Chemotherapie vorgezogen werden.

### **8. Welche der folgenden Antworten zur palliativen Therapie des Pankreaskarzinoms ist richtig?**

- 1) Die Wahl des chemotherapeutischen Konzepts orientiert sich weniger an Alter und Komorbidität des Patienten als vielmehr am Ausmaß der Tumorerkrankung.
- 2) Auch unter der palliativen Therapie sollte regelhaft eine Überprüfung des Effektes erfolgen – unter anderem, da möglicherweise eine sekundäre Resektabilität erreicht wird.
- 3) Palliativmedizinische Angebote sind dann dem Patienten zu empfehlen, wenn eine gegen den Tumor gerichtete Therapie nicht mehr durchgeführt werden kann.
- 4) Die Beseitigung einer Galleabflussstörung ist vor Einleitung einer Chemotherapie selten notwendig, kann dann aber vorzugsweise chirurgisch erfolgen.

### **9. Welche der folgenden Antworten zur Nachsorge nach Therapie eines Pankreaskarzinoms ist nicht richtig?**

- 1) Nach erfolgter Primärtumorthherapie wird in Deutschland eine regelmäßige, zunächst dreimonatige Nachsorge mittels CT empfohlen.
- 2) Nach erfolgter Primärtumorthherapie ist in Deutschland eine regelmäßige Nachsorge aufgrund des fehlenden Überlebensvorteils nicht etabliert.
- 3) Ein Argument für eine regelmäßige Nachsorge kann sein, dass beim frühzeitigen Erkennen eines Rezidivs dem Patienten eine innovative Therapie im Rahmen klinischer Studien angeboten werden kann.
- 4) Nach erfolgter Primärtumorthherapie kann die Anbindung des Patienten an eine Krebsberatungsstelle zur Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung, Rehabilitation und diversen Antragsverfahren sinnvoll sein.

### **10. Welche der folgenden Antworten zur palliativen Chemotherapie des Pankreaskarzinoms ist richtig?**

- 1) Bei > 75-jährigen Patienten mit einem metastasierten Pankreaskarzinom sollte eine Chemotherapie generell unterbleiben.
- 2) Folfirinox ist ein gut etabliertes Schema zur Chemotherapie jüngerer, fitter Patienten mit metastasiertem Pankreaskarzinom.
- 3) Aufgrund der schlechten Prognose ist das Einbringen von Patienten mit einem metastasierten Pankreaskarzinom in Therapiestudien nicht sinnvoll.
- 4) Eine Monochemotherapie mit Gemcitabin ist bei Patienten mit metastasiertem Pankreaskarzinom und reduziertem Allgemeinzustand (ECOG 1–2) wertlos.

### Literatur zum Artikel:

# Behandlung des Pankreaskarzinoms aus chirurgischer, onkologischer und strahlentherapeutischer Sicht

von PD Dr. med. Kia Homayounfar, Dr. med. Mathias Kleiß, Claudia Rottmann-Ickler

1. Doi R, Imamura M, Hosotani R et al. Surgery versus radiochemotherapy for resectable locally invasive pancreatic cancer: final results of a randomized multi-institutional trial. *Surg Today*. 2008; 38: 1021–1028.
2. Wagner M, Redaelli C, Lietz M et al. Curative resection is the single most important factor determining outcome in patients with pancreatic adenocarcinoma. *Br J Surg*. 2004; 91: 586–594.
3. Lau MK, Davila JA, Shaib YH. Incidence and survival of pancreatic head and body and tail cancers: a population-based study in the United States. *Pancreas*. 2010; 39: 458–462.
4. Conroy T, Desseigne F, Ychou M et al. FOLFIRINOX versus gemcitabine for metastatic pancreatic cancer. *N Engl J Med*. 2011; 364: 1817–1825.
5. Von Hoff DD, Ervin T, Arena FP et al. Increased survival in pancreatic cancer with nab-paclitaxel plus gemcitabine. *N Engl J Med*. 2013; 369: 1691–1703.
6. Seufferlein T, Porzner M, Becker T et al. [S3-guideline exocrine pancreatic cancer]. *Z Gastroenterol*. 2013; 51: 1395–1440.
7. Ducreux M, Cuhna AS, Caramella C et al. Cancer of the pancreas: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015; 26 Suppl 5: v56–68.
8. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Pancreatic Adenocarcinoma Version 1.2017 – February 24, 2017; www.nccn.org (Zugriff am 10.04.2017)
9. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland, Zentrum für Krebsregisterdaten in Deutschland, Robert-Koch-Institut, 2016
10. Fest J, Ruiter R, van Rooij FJ et al. Underestimation of pancreatic cancer in the national cancer registry – Reconsidering the incidence and survival rates. *Eur J Cancer*. 2016; 72: 186–191.
11. Rahib L, Smith BD, Aizenberg R, Rosenzweig AB, Fleshman JM, Matrisian LM. Projecting cancer incidence and deaths to 2030: the unexpected burden of thyroid, liver, and pancreas cancers in the United States. *Cancer Res*. 2014; 74: 2913–2921.
12. Waddell N, Pajic M, Patch AM et al. Whole genomes redefine the mutational landscape of pancreatic cancer. *Nature*. 2015; 518: 495–501.
13. Grützmann R, Post S, Saeger HD, Niedergethmann M. Intraductal papillary mucinous neoplasia (IPMN) of the pancreas: its diagnosis, treatment, and prognosis. *Dtsch Arztebl Int* 2011; 108: 788–794.
14. Tanaka M, Fernández-del Castillo C, Adsay V et al. International consensus guidelines 2012 for the management of IPMN and MCN of the pancreas. *Pancreatol*. 2012; 12: 183–197.
15. Barreto SG, Windsor JA. Justifying vein resection with pancreatoduodenectomy. *Lancet Oncol* 2016; 17: e118–124.
16. Sperti C, Moletta L, Pozza G. Pancreatic resection in very elderly patients: A critical analysis of existing evidence. *World J Gastrointest Oncol*. 2017; 9: 30–36.
17. Casadei R, Ricci C, Lazzarini E et al. Pancreatic resection in patients 80 years or older: a meta-analysis and systematic review. *Pancreas*. 2014; 43: 1208–18.
18. Takada T, Yasuda H, Amano H, Yoshida M, Uchida T. Simultaneous hepatic resection with pancreato-duodenectomy for metastatic pancreatic head carcinoma: does it improve survival? *Hepatogastroenterology* 1997; 44: 567–573
19. Zanini N, Lombardi R, Masetti M, Giordano M, Landolfo G, Jovine E. Surgery for isolated liver metastases from pancreatic cancer. *Updates Surg*. 2015; 67: 19–25.
20. Adam R, Chiche L, Aloia T et al. Hepatic resection for noncolorectal nonendocrine liver metastases: analysis of 1452 patients and development of a prognostic model. *Ann Surg*. 2006; 244: 524–535.
21. Hackert T, Niesen W, Hinz U et al. Radical surgery of oligometastatic pancreatic cancer. *Eur J Surg*. 2016; Epub ahead of print
22. Hartwig W, Hackert T, Hinz U et al. Multivisceral resection for pancreatic malignancies: risk-analysis and long-term outcome. *Ann Surg*. 2009; 250: 81–87.
23. Dasari BV, Pasquali S, Vohra RS et al. Extended versus standard lymphadenectomy for pancreatic head cancer: meta-analysis of randomized controlled trials. *J Gastrointest Surg* 2015; 19: 1725–1732.

24. Konstantinidis IT, Warshaw AL, Allen JN et al. Pancreatic ductal adenocarcinoma: is there a survival difference for R1 resections versus locally advanced unresectable tumors? What is the „true“ R0 resection? *Ann Surg* 2013; 257: 731–736.
25. Gaedcke J, Gunawan B, Grade M et al. The mesopancreas is the primary site for R1 resection in pancreatic head cancer: relevance for clinical trials. *Langenbecks Arch Surg*. 2010; 395: 451–458.
26. Smoot RL, Donohue JH. Modified Appleby procedure for resection of tumors of the pancreatic body and tail with celiac axis involvement. *J Gastrointest Surg*. 2012; 16: 2167–2169.
27. Baumgartner JM, Krasinskas A, Daouadi M et al. Distal pancreatectomy with en bloc celiac axis resection for locally advanced pancreatic adenocarcinoma following neoadjuvant therapy. *J Gastrointest Surg*. 2012; 16: 1152–1159.
28. Kasumova GG, Conway WC, Tseng JF. The Role of Venous and Arterial Resection in Pancreatic Cancer Surgery. *Ann Surg Oncol*. 2016; Epub ahead of print
29. Bassi C, Marchegiani G, Dervenis C et al. The 2016 update of the International Study Group (ISGPS) definition and grading of postoperative pancreatic fistula: 11 Years After. *Surgery*. 2017; 161: 584–591.
30. Allen PJ, Gönen M, Brennan MF et al. Pasireotide for postoperative pancreatic fistula. *N Engl J Med*. 2014; 370: 2014–2022.
31. Yeo CJ. Invited commentary: pasireotide and the prevention of pancreatic fistula after pancreatectomy. *Ann Surg*. 2017; 265: 17–19.
32. He XY, Li JF, Yao WY, Yuan YZ. Resolution of new-onset diabetes after radical pancreatic resection predicts long-term survival in patients with pancreatic ductal cell adenocarcinoma. *Ann Surg Oncol*. 2013; 20: 3809–3816.
33. Elliott IA, Epelboym I, Winner M, Al-lendorf JD, Haigh PI. Population-Level Incidence and Predictors of Surgically Induced Diabetes and Exocrine Insufficiency after Partial Pancreatic Resection. *Perm J*. 2017; 21.
34. Mokdad AA, Minter RM, Zhu H et al. Neoadjuvant Therapy Followed by Resection Versus Upfront Resection for Resectable Pancreatic Cancer: A Propensity Score Matched Analysis *J Clin Oncol*. 2016 [Epub ahead of print]
35. Festa V, Andriulli A, Valvano MR et al. Neoadjuvant chemo-radiotherapy for patients with borderline resectable pancreatic cancer: a meta-analytical evaluation of prospective studies. *JOP*. 2013; 14: 618–625.
36. Wagner M, Antunes C, Pietrasz D et al. CT evaluation after neoadjuvant FOLFIRINOX chemotherapy for borderline and locally advanced pancreatic adenocarcinoma. *Eur Radiol*. 2016; Epub ahead of print
37. Chen KT, Devarajan K, Milestone BN et al. Neoadjuvant chemoradiation and duration of chemotherapy before surgical resection for pancreatic cancer: does time interval between radiotherapy and surgery matter? *Ann Surg Oncol*. 2014; 21: 662–669.
38. Oettle H, Post S, Neuhaus P et al. Adjuvant chemotherapy with gemcitabine vs observation in patients undergoing curative-intent resection of pancreatic cancer: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2007; 297: 267–277.
39. Neoptolemus JP, Stocken DD, Tudur Smith C et al. Adjuvant 5-fluorouracil and folinic acid vs observation for pancreatic cancer: composite data from the ESPAC-1 and –3(v1) trials. *Br J Cancer*. 2009; 100: 246–250.
40. Neoptolemus JP, Stocken DD, Bassi C et al. Adjuvant chemotherapy with fluorouracil plus folinic acid vs gemcitabine following pancreatic cancer resection: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2010; 304: 1073–1081.
41. Neoptolemos JP, Palmer D, Ghaneh P et al. (2016) ESPAC-4 multicenter, international, open-label randomized controlled phase III trial of adjuvant combination chemotherapy of gemcitabine (GEM) and capecitabine (CAP) versus monotherapy gemcitabine in patients with resected pancreatic ductal adenocarcinoma. *J Clin Oncol* 2016; 34 (suppl; abstr LBA4006).
42. Rutter CE, Park HS, Corso CD et al. Addition of Radiotherapy to adjuvant Chemotherapy is associated with improved overall survival in resected pancreatic adenocarcinoma: an analysis of the National Cancer Data Base. *Cancer* 2015; 121(23):4141–9.
43. S3-Leitlinie Palliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. Langversion 1.0 – Mai 2015. AWMF-Registernummer 128/001OL.
44. Moore MJ, Goldstein D, Hamm J et al., Erlotinib plus gemcitabine compared with gemcitabine alone in patients with advanced pancreatic cancer: A phase III trial of the National Cancer Institute of Canada Clinical Trials Group. *Journal of Clinical Oncology*, 2007; 25: 1960–1966.
45. Conroy T, Desseigne F, Ychou M et al. FOLFIRINOX versus Gemcitabine for Metastatic Pancreatic Cancer *N Engl J Med* 2011; 364: 1817–1825.
46. Wang-Gillam A et al. Nanoliposomal irinotecan with fluorouracil and folinic acid in metastatic pancreatic cancer after previous gemcitabine-based therapy (NAPOLI-1): a global, randomized, open-label, phase 3 trial. *Lancet* 2016; 387: 545–557



## Detektivarbeit am Krankenbett

Auf dem vierten Sommerempfang der Hessischen Heilberufe referierte Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer zum Thema seltene Erkrankungen



Von links: Monika Buchalik (Vizepräsidentin der LÄKH), Dr. Ingo Stammberger (Präsident der Landestierärztekammer Hessen), Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Ursula Funke (Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen), Stefan Grüttner, Dr. Heike Winter (Präsidentin der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen), Dr. Michael Frank (Präsident der Landeszahnärztekammer Hessen), Stephan Allroggen (Vorsitzender des Vorstandes der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen) und Dr. Oliver Franz (Wiesbadener Bürgermeister)

Angeregter Erfahrungsaustausch bei mediterranen Temperaturen: „Detektivarbeit am Krankenbett – was können wir von Patienten mit seltenen Erkrankungen lernen?“ Mit dieser Frage hatte Gastredner Prof. Dr. med. Jürgen Schäfer, der deutsche „Dr. House“, seinen Vortrag auf dem Sommerempfang der hessischen Heilberufe am 16. August 2017 in Wiesbaden überschrieben. Das Echo war groß: 180 Gäste aus Politik, Gesundheitswesen, Wissenschaft, Wirtschaft und Presse nahmen an der Veranstaltung teil, die in diesem Jahr zum vierten Mal im Opelbad auf dem Neroberg stattfand.

### „Seltene Erkrankungen“ betreffen vier Millionen Menschen

Von einer „seltenen Erkrankung“ wird gesprochen, wenn nicht mehr als fünf von 10.000 Personen unter ihr leiden, erklärte Schäfer. Da es allerdings mehr als 8.000 solcher „seltener Erkrankungen“ gibt, seien insgesamt allein in Deutschland etwa vier Millionen Menschen von ihnen betroffen. „Diesen Patienten müssen wir größere Aufmerksamkeit schenken“, appellierte er an die Zuhörerinnen und Zuhörer. Oftmals werde sein Gebiet als „brotlose Kunst“ angesehen, Fallpauschalen und das DRG-System erschweren darüber hinaus

die diagnostischen Möglichkeiten. Doch das Thema rückt zunehmend in den Fokus: Inzwischen gibt es 28 Zentren für seltene Erkrankungen in Deutschland. Wie abwechslungsreich und spannend die ärztliche Ermittlungsarbeit sein kann, machte Schäfer anhand von Beispielen in seinem sehr anschaulichen Vortrag deutlich. Dabei betonte er auch, wie wichtig es sei, die Versorgungsstrukturen für Patienten mit „seltenen Erkrankungen“ zu verbessern. Außerdem zeigte er Einsatzmöglichkeiten für E-Health-Anwendungen in der Medizin auf, mit deren Hilfe die Diagnosestellung erleichtert wird.

### Technik ist sinnvoll, kann den Arzt jedoch nicht ersetzen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, begrüßte den sinnvollen Einsatz von E-Health in der Medizin ausdrücklich, betonte aber zugleich, dass die neuen Technologien nicht den Arzt ersetzen könnten. Auch Stefan Grüttner (CDU), Hessischer Minister für Soziales und Integration, sprach in seinem Grußwort das Thema E-Health an und appellierte an die Heilberufskörperschaften, offen für neue Entwicklungen zu sein.

Inspiziert von der US-Fernsehserie hatte Schäfer, Kardiologe und Gründungsdirektor des „Zentrums für unerkannte und seltene Erkrankungen“ (ZusE) an der Universitätsklinik Marburg, erstmals 2008 ein Seminar mit dem Titel „Dr. House revisited – oder hätten wir den Patienten in Marburg auch geheilt?“ angeboten. Das große Echo auf diese Veranstaltungsreihe, für die er 2010 mit dem „Ars legendi“-Preis für exzellente Lehre und 2013 mit dem „Pulsus award“ als Arzt des Jahres ausgezeichnet wurde, brachte ihm den Ruf ein, der „deutsche Dr. House“ zu sein und machte ihn zum Fürsprecher von Patienten mit „seltenen Erkrankungen“. Stellt sich der Computer zwischen Arzt und Patient? Dieser Frage beantwortete Schäfer mit „Nein“. Vielmehr diene die digitale Technik dazu, Ärzte zu unterstützen. „Wir brauchen die IT in der Medizin, aber ganz klar: Sie wird die Strukturen im Krankenhaus verändern.“ Dass E-Health die Heilberufe nicht ersetzen könne, erklärte auch Dr. Heike Winter, Präsidentin der Landeskammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Hessen, in ihrem Schlusswort. Zugleich rief sie die Krankenkassen dazu auf, Ärzten und Therapeuten mehr Zeit für die Patienten zu geben.

**Katja Möhrle**

## „Wichtig ist, gemeinsam Lösungen zu erarbeiten“

Interview mit Dr. med. Siegmund Drexler, Drogen- und Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen



Fotos: Katja Kölsch

Beruflicher und privater Stress lassen sich scheinbar mit Alkohol, Drogen oder Medikamenten leichter ertragen. Doch irgendwann wird diese „Lösung“ selbst zum Problem. Um Ärztinnen und Ärzten individuell und unbürokratisch dabei zu helfen, sich frühzeitig professionelle Hilfe und kollegialen Rat zu holen, hat die Landesärztekammer 2007 die Stelle eines ehrenamtlichen Drogen- und Suchtbeauftragten eingerichtet. Seither bieten Dr. med. Mark Siegmund Drexler und der stellvertretende Drogen- und Suchtbeauftragte Dr. med. Edgar Pinkowski kollegiale Gespräche für Betroffene an.

**Herr Dr. Drexler, melden sich Ärztinnen und Ärzte, die an einer Suchterkrankung leiden, freiwillig bei Ihnen?**

**Dr. med. Siegmund Drexler:** Ein Teil der Ärztinnen und Ärzte, rund 15 Prozent, wendet sich direkt an uns. In anderen Fällen bekommen wir Hinweise von Kollegen, Mitarbeitern, Angehörigen oder Patienten. In den meisten Fällen – 60 bis 70 Prozent – erhält die Landesärztekammer allerdings von Staatsanwaltschaften und Gerichten entsprechende Mitteilungen über MISTRA (Mitteilung in Strafsachen), wenn z.B. gegen einen Arzt Strafanzeige wegen Alkohol am Steuer oder Verstößen gegen das Betäubungsmittelgesetz erhoben wurde. Unabhängig von einem berufsrechtlichen Vorgehen der Kammer, erhalten die Betroffenen von uns eine schriftliche Einladung zu einem kollegialen Gespräch.

**Wird das Angebot eines kollegialen Gesprächs von allen Betroffenen angenommen?**

**Drexler:** Die allermeisten kommen. Für sie ist es eine Möglichkeit, endlich mit den Heimlichkeiten aufzuhören und über ihr Suchtproblem zu sprechen. Bis etwa eine Alkoholerkrankung deutlich zutage tritt, können bis zu zehn oder zwanzig Jahre vergehen. Solange leben viele Betroffene ganz unauffällig, sowohl privat als auch beruflich. Die Familie schaut in vielen Fällen weg.

**Ist es möglich, eine Suchterkrankung selbst vor nahestehenden Angehörigen zu verheimlichen?**

**Drexler:** Ja, das geht hin bis zu den Ehepartnern. Abhängige sind ja nicht dumm und oft sehr sensibel. Sie haben nicht nur gelernt, eine Sucht zu entwickeln, sondern auch, sie zu verbergen oder zu überspielen.

**Wie entwickelt sich eine Suchterkrankung? Gibt es auslösende Faktoren?**

**Drexler:** Unter den Ärzten, die sich an uns wenden, sind etwas mehr Männer als Frauen. Viele berichten, dass sie sich durch die Arbeitsbelastung im Berufsleben überfordert fühlen. Wenn dann noch private Anforderungen hinzukommen, wächst das Gefühl, den Ansprüchen nicht mehr zu genügen. Aus dem gelegentlichen Glas Wein zur Entspannung wird dann bald ein regelmäßiger Begleiter, zugleich steigt die Menge des konsumierten

Alkohols kontinuierlich. Irgendwann kann der Alltag nur noch dank des Suchtmittels bewältigt werden. Man trinkt, um besser schlafen zu können, um sich zu entspannen, oder um Ängste und Schmerzen zu verdrängen und gleitet so in eine Suchterkrankung hinein. Zwischen 60 und 80 Prozent der Abhängigen leiden unter einem psychischen oder psychiatrischen Problem. Blickt man hinter die Fassade, wird häufig ein zerstörtes Leben sichtbar.

**Welche Suchtmittel werden am meisten konsumiert?**

**Drexler:** An erster Stelle steht die „Volksdroge“ Alkohol: 60 Prozent der Betroffenen haben ein Alkoholproblem. An zweiter Stelle folgen Medikamente wie Schmerz-, Betäubungs- und Schlafmittel. Häufig steckt auch eine zu Medikamentenabhängigkeit führende Erkrankung hinter dem Suchtverhalten. Wir arbeiten daher eng mit der Toxikologie in Frankfurt zusammen.

**Worauf kommt es bei Ihrer Arbeit als Suchtbeauftragter an?**

**Drexler:** Wichtig ist, den Leuten nicht mit irgendeiner „Besserwisserei“ zu kommen. Tief im Inneren leiden sie ohnehin unter einer Ambivalenz: Sie wissen, dass ihr Suchtverhalten schädlich ist, geben es aber sich oder anderen gegenüber nicht zu. Meine Aufgabe ist es nicht, Lebensberater zu spielen. Das geht gar nicht. Als Suchtbeauftragter kommt es darauf an, vertrauenswürdig zu sein, zuhören zu können und ge-

meinsam mit der betroffenen Kollegin oder dem betroffenen Kollegen Lösungen zu erarbeiten: Was kann sie oder er tun, um von der Sucht wegzukommen? Dabei entstehen intensive Gespräche, die allerdings keinen therapeutischen Charakter haben. Auch wenn ich Berufserfahrungen in psychiatrischen und psychotherapeutischen Einrichtungen gesammelt habe, die für mich auch in der Kardiologie wichtig waren, biete ich keine Psychotherapie an. Zur Aufarbeitung ihrer Probleme schicke ich die Leute zum Therapeuten.

### Wie oft finden die Gespräche statt?

**Drexler:** Die Gespräche finden so lange statt, wie nötig. In der Regel einmal wöchentlich bis hin zu einem Jahr. Der Kontakt kann aber auch viel länger andauern, er reicht von der Akutintervention bis zur Nachsorge nach Jahren. So kommt etwa einmal im Jahr ein Chirurg zu uns, der schon seit fünf, sechs Jahren trocken ist.

### Wo liegt der Schwerpunkt Ihrer Tätigkeit?

**Drexler:** Neben den Gesprächen besteht ein Schwerpunkt meiner Tätigkeit darin, Netzwerke aufzubauen. Bereits im ersten Gespräch schließe ich einen Vertrag mit meinem Gegenüber ab; er oder sie muss sich darin verpflichten, zu einem Therapeuten zu gehen. Ich arbeite mit ausgezeichneten Suchteinrichtungen und Praxen zusammen und kann dort schnell und unbürokratisch Termine für die Kollegen vereinbaren, die Hilfe benötigen.

### Wie können konkrete Hilfsmaßnahmen für betroffene Ärztinnen und Ärzte aussehen?

**Drexler:** Als Beispiel mag der Fall eines Arztes dienen, der versucht hatte, seine Ängste vor Arbeit und Prüfungen mit Morphin in den Griff zu bekommen und darüber abhängig geworden ist. Seine Approbation musste ruhen, aber wir haben ihm ermöglicht, dass er mit Genehmigung des Arbeitgebers eine Berufserlaubnis für einen konkreten Arbeitsplatz erhielt. Verbunden damit war die Auflage, eine Therapie zu machen; außerdem wurden regelmäßige Abstinenzkontrollen durchgeführt.

### Was geschieht, wenn jemand die Zusammenarbeit verweigert?

**Drexler:** Wenn der oder die Betroffene weiter betrunken am Arbeitsplatz erscheint und keine Therapie beginnt, stelle ich gemeinsam mit der Rechtsabteilung einen Antrag auf Entzug der Approbation.

### Ist das mit Ihrer ärztlichen Schweigepflicht vereinbar?

**Drexler:** Selbstverständlich unterliege ich in meiner Tätigkeit der ärztlichen Schweigepflicht. Diskretion ist die Grundlage unseres Angebots. Wenn jedoch in einem Fall mangelnde Einsicht in die Notwendigkeit einer Therapie zu erkennen ist und damit das Patientenwohl gefährdet wird, müssen wir seitens der Ärztekammer handeln.

### Wie häufig wird das Angebot des Drogen- und Suchtbeauftragten in Anspruch genommen?

**Drexler:** Wir verzeichnen 20 bis 30 neue Fälle pro Jahr. Ich mache die Arbeit jetzt seit rund zwölf Jahren und habe mich bis-

her mit 300 Fällen beschäftigt. Da die Nachfrage auch bei anderen Berufsgruppen hoch ist, bin ich seit zehn Jahren ebenfalls Suchtbeauftragter der Landesärztekammer Hessen. Künftig werde ich diese Aufgabe auch für die Landeskammer für Psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten in Hessen (LPPKJP) übernehmen.

### Wie hoch ist die Erfolgsquote?

**Drexler:** Wenn Abstinenz als Erfolg gilt, liegt die Erfolgsquote bei 60–70 Prozent. Allerdings haben viele Betroffene eine psychische oder psychiatrische Grunderkrankung, die allein durch die Abstinenz nicht geheilt ist.

**Interview: Katja Möhrle**

#### Zur Person:

Arzt, Berufspolitiker, Drogen- und Suchtberater, Saxophonist und Autor: Dr. med. Mark Siegmund Drexler ist vielseitig interessiert und voller Leidenschaft bei dem, was er tut. Mit seinem über 30-jährigen Engagement kann der Kardiologe fast als „Urgestein“ für die Landesärztekammer Hessen gelten. Er war in zahlreichen Gremien der LÄKH – Delegiertenversammlung, Präsidium, Akademie für Fort- und Weiterbildung und Bezirksärztekammer Frankfurt – vertreten. Neben medizinischen Publikationen und Zeitungsbeiträgen schreibt Drexler außerdem seit vielen Jahren für das Hessische Ärzteblatt, u. a. als Co-Autor der Kultur-Rubrik „Parlando“. (moeh)

## Start der Erhebung für das hessische Weiterbildungsregister 2017

Im Oktober werden erneut alle für eine Fachgebietsbezeichnung befugten Ärztinnen und Ärzte in Hessen für das Weiterbildungsregister postalisch oder via E-Mail kontaktiert. Die Weiterbildungsbefugten werden damit aufgefordert, ihre Ärztinnen und Ärzte, die sich am 1. Oktober 2017 in Weiterbildung befanden, über das Mitgliederportal zu melden. Sollten zum 1. Oktober 2017 keine Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung beschäftigt worden sein, werden die Befugten darum gebeten, dies ebenfalls

zu melden. Für die Meldung zum Register werden Namen und Einheitliche Fortbildungsnummer (EFN) sowie die vertraglich festgelegte Wochenarbeitszeit benötigt.

Auch in diesem Jahr benötigen wir für ein aussagekräftiges Weiterbildungsregister die Mitwirkung aller Weiterbildenden. Wir möchten alle Befugten deshalb darauf hinweisen, sich nach Aufforderung an diesem Register zu beteiligen. Weitere Informationen zum hessischen Weiterbildungsregister, u. a. die häufigsten

Fragen, sind auf unserer Website <https://www.laekh.de> unter den Rubriken „Ärzte → Weiterbildung → Weiterbildungsregister“ abrufbar.

Wir bedanken uns für Ihre Unterstützung!



<https://www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/weiterbildungsregister>



## Johanna Quandt-Zentrum am Universitätsklinikum Frankfurt eröffnet

Farbenfroh und einladend: Das neue pädiatrische Stammzelltransplantationszentrum auf dem Gelände des Universitätsklinikums Frankfurt soll Forschung und Behandlung verbinden und gleichzeitig eine Wohlfühl-Atmosphäre für die kleinen Patientinnen und Patienten schaffen. Benannt ist das Zentrum nach Johanna Quandt, die mit ihrer Spende die klinischen Transplantationsbetten finanziert hat, so dass die Forschung direkt den betroffenen Kindern zugutekommt. Am 1. September wurde der Neubau von den Angestellten der Klinik und den Patienten offiziell in Betrieb genommen – ein passender Anlass, um einen Blick hinter die Kulissen des größten pädiatrischen Transplantationszentrums in Deutschland zu werfen. In zwei Interviews geben Prof. Dr. med. Peter Bader, Leiter des Zentrums, und Yvonne Gleichmann, Kinderkrankenschwester, Einblicke in ihren Arbeitsalltag mit schwerkranken Kindern und Jugendlichen.

## „Die große Not der Patienten ist unsere Motivation!“

### Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Peter Bader, Leiter des Schwerpunkts Pädiatrische Stammzelltransplantation und Immunologie am Uniklinikum Frankfurt

Seit 13 Jahren leitet Prof. Dr. med. Peter Bader, Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin, den Schwerpunkt Stammzelltransplantation und Immunologie der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt. Neben seiner Arbeit im Klinikalltag ist Bader an mehrfach ausgezeichneten Forschungsprojekten beteiligt und begleitet verschiedene Ämter und Funktionen in Arbeitsgemeinschaften – u. a. ist er seit 2014 Vorsitzender der Pediatric Diseases Working Party (PDWP) der European Group for Blood and Marrow Transplantation. Im Gespräch erzählt er davon, wie der Umzug in das neue Stammzelltransplantationszentrum die Behandlung und Forschung weiter verbessern kann.

#### Sie arbeiten seit Beginn Ihrer beruflichen Laufbahn im Bereich der pädiatrischen Stammzelltherapie – wie kam es dazu?

**Prof. Dr. med. Peter Bader:** Auslöser für meinen Berufswunsch war die Zeit meines Zivildienstes, den ich in der Abteilung Hämatologie/Onkologie an der Universitäts-Kinderklinik in Tübingen absolviert habe. Ich wusste damals noch nicht einmal, was Stammzelltransplantationen sind, es gab auch nur wenige Zentren, die diese durchgeführt haben. Dadurch konnten die Eltern oft nicht vor Ort sein und ihre Kinder durch den Prozess begleiten. Diese Aufgabe habe ich dann übernommen und erlebt, was Betroffene während so einer Transplantation durchmachen und wie viele von ihnen Rückfälle erlitten haben. Die Arbeit mit kranken Kindern und Jugendlichen hat mich sehr berührt und das Engagement der Eltern, der Ärztinnen und Ärzte und des

Pflegepersonals hat nachhaltigen Eindruck hinterlassen. So habe ich mich entschieden, Medizin zu studieren. Nach Abschluss des Studiums war ich dann wieder in der Kinderklinik in Tübingen tätig. Als ich 2004 nach Frankfurt wechselte, habe ich mich dem Aufbau des Schwerpunkts Stammzelltransplantation und Immunologie gewidmet – der uns hier, denke ich, gut gelungen ist (lacht).

#### Welche Krankheitsbilder werden im Schwerpunkt Stammzelltransplantation und Zelltherapie behandelt?

**Bader:** Im Grunde behandeln wir hier alle malignen und nicht-malignen Erkrankungen mit einer Indikation zur Stammzelltransplantation, dazu zählen u. a. Leukämien, Myelodysplastische Syndrome, Anämien, Immundefekte und Stoffwechselerkrankungen. Unser klinischer

Schwerpunkt liegt auf der Entwicklung und Erforschung von Rezidiven bzw. deren Behandlung. Darüber hinaus können wir mit Hilfe der haploidentischen Stammzelltherapie – ein weiteres Kerngebiet – jedem Kind eine Transplantation anbieten. Dabei werden die Eltern als Spender eingesetzt, obwohl ihre Gewebsmerkmale nur zur Hälfte übereinstimmen. Die Stammzellpräparate werden bearbeitet und die T-Zellen entfernt, um eine GvHD (Graft versus Host Disease) zu vermeiden. Diese Technik haben wir bereits '95 in Tübingen eingesetzt und seitdem stets weiterentwickelt. Inzwischen erzielen wir damit die gleichen Behandlungsergebnisse wie bei vollständig übereinstimmenden Spendern.

### Wie hoch ist der Anteil solcher haploidentischen Stammzelltransplantationen?

**Bader:** Der Anteil liegt bei 25 Prozent. Zwar ist diese Methode durch die notwendige Bearbeitung des Gewebematerials sehr viel komplizierter – aber wie gesagt: So können wir jedem Kind eine Spende anbieten.

### Welche Schwierigkeiten treten bei den Behandlungen besonders häufig auf?

**Bader:** Relativ häufig ist leider nach wie vor die GvHD, wir arbeiten seit 15 Jahren daran, diese behandeln zu können. Inzwischen sind wir soweit, dass wir ein zelluläres Medikament entwickeln konnten. Eine Zulassung dafür haben wir bereits vom Paul-Ehrlich-Institut erhalten, derzeit befinden wir uns noch in den Verhandlungen mit der Industrie. Es wäre ein großer Fortschritt, wenn wir Abstoßungsreaktionen endlich besser behandeln könnten.

### Wie viele Ihrer Patienten sehen Sie denn generell aufgrund von Rezidiven wieder?

**Bader:** Glücklicherweise nur einen kleinen Anteil. Trotzdem behandeln wir hier die Kränksten der Kranken, um es mal so auszudrücken. Bei Krankheitsbildern wie Leukämie besteht leider ein hohes Risiko zur Wiederkehr der Krankheit, und irgendwann gibt es dann keine Behandlungsoptionen mehr. Daran arbeiten wir.

### Ist das nicht manchmal sehr frustrierend?

**Bader:** Natürlich! Und es geht mir auch nach den vielen Jahren, die ich jetzt in

diesem Bereich arbeite, immer noch sehr nahe. Aber genau darin liegt auch die Motivation für unsere tägliche Arbeit: Wir wollen die Therapien optimieren, sodass diese Fälle weniger werden.

In den vergangenen Jahrzehnten sind auf dem Gebiet der Stammzelltransplantation enorme Fortschritte gelungen. Inzwi-



Foto: Universitätsklinikum Frankfurt

Prof. Dr. med. Peter Bader

schen können wir drohende Rezidive durch Bluttests voraussagen, außerdem werden Zelltherapien entwickelt – einige davon hier bei uns in Frankfurt – die bspw. Leukämien endgültig besiegen können. Das ist auch das faszinierende an dieser Arbeit: Dort, wo die Not der Patienten so groß ist und der Druck dementsprechend hoch, werden neue Therapie- und Behandlungsansätze in einem frühen Stadium der Entwicklung direkt zurück in

die Klinik transportiert und in Form von Studien erprobt. Der Austausch zwischen Labor und Klinik ist sehr eng und aufgrund der Größe unseres Zentrums sind wir ein gern gesehener Partner für Zulassungsstudien.

### Die Nähe zwischen Klinik und Forschung wurde im neuen Zentrum auch auf räumlicher Ebene umgesetzt – alle Disziplinen befinden sich hier unter einem Dach.

**Bader:** Ja, das ist wirklich großartig! Wir arbeiten hier im Bereich der translationalen Forschung, das bedeutet, dass die Fragestellungen aus der Klinik direkt an das Labor transportiert, dort erforscht und die Ergebnisse umgehend zurück in die Klinik getragen werden. Unsere Forschung ist sehr praxisorientiert, wir können extrem schnell auf Probleme in der Versorgung reagieren. Dafür ist die räumliche Nähe wichtig, unsere Prozesse werden so schneller und besser, wir stehen in einem ständigen Austausch.

Zu diesem Zeitpunkt wird das Gespräch in die Gänge des Johanna Quandt-Zentrums verlagert: Um einen besseren Eindruck der Räumlichkeiten zu vermitteln, nimmt sich Bader Zeit für eine kleine Führung durch die drei Etagen. Hier arbeiten die verschiedensten Berufsgruppen zusammen, unter anderem Ärzte und Pflegepersonal, Laborbelegschaft, Pharmazeuten, Mathematiker oder auch Statistiker.

Anzeige

**Bader:** Im Erdgeschoss befindet sich die Studienambulanz, im ersten Stockwerk die klinischen Transplantationen und im obersten Stockwerk wurden das Forschungslabor – zur Entwicklung zukünftiger Therapien – und das klinische Labor – für die tägliche Patientenversorgung – eingerichtet. Wir haben Konferenzräume und Plätze für den Austausch im Zentrum geschaffen. Einmal pro Woche treffen sich Ärzte und Mitarbeiter aus dem Labor und besprechen aktuelle Probleme und Entwicklungen.

**Wie viele Transplantationen führen Sie jährlich denn etwa durch?**

**Bader:** Insgesamt werden in Deutschland jährlich etwa 250 Stammzellentransplan-

tationen durchgeführt – davon 50 hier in Frankfurt. Mittelfristig soll die Anzahl auf 75 erhöht werden. Wir wollen zudem die Behandlung mit gezielten Zelltherapien ausweiten. Um die besten Ergebnisse zu erzielen, braucht eine Einrichtung wie unsere eine gewisse Größe. Wir haben das Glück, über die nötigen Kapazitäten zu verfügen, um Kindern und Jugendlichen die bestmögliche Behandlung anzubieten und nach höchsten internationalen Standards zu forschen.

**Und gleichzeitig soll für die Kinder und ihre Familien ein möglichst angenehmes Umfeld geschaffen werden?**

**Bader:** Genau! Es war uns wichtig, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen – obwohl man in einer Klinik ist. Unsere jungen Patientinnen und Patienten verbringen im Rahmen einer Stammzelltherapie zwei Monate bei uns. Sie sollen sich in ihren Zimmern wohlfühlen können, daher ist alles möglichst modern, hell und großzügig gestaltet worden. Außerdem haben wir Sozialräume und eine Küche für die Eltern. Und auch das Personal soll eine freundliche Arbeitsumgebung vorfinden. Im Umgang mit unseren Patienten ist das Wohlbefinden aller Parteien wichtig.

**Interview: Caroline McKenney**



Den Vorplatz des neuen Johanna Quandt-Zentrums schmücken selbstgemalte Bilder der kleinen Patientinnen und Patienten, die man aus dem Gebäude heraus sehen kann. Auf der Rückseite befinden sich Gemälde verschiedener Künstler.

## „In traurigen Momenten auch Positives sehen!“

### Interview mit Yvonne Gleichmann, Kinderkrankenschwester am Stammzelltransplantationszentrum der Uniklinik Frankfurt

Sie sind Wegbegleiter, Tröster und Spielkameraden für junge Patienten und deren Familien: die Pflegekräfte. Yvonne Gleichmann ist Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin am Zentrum für Pädiatrische Stammzelltransplantation und Immunologie. Die gebürtige Frankfurterin hat ihre Ausbildung in Bonn absolviert, bevor sie Anfang des Jahres zurück in die Mainmetropole kam. Im Gespräch berichtet sie aus ihrem Arbeitsalltag mit schwerkranken Kindern und Jugendlichen.

**Frau Gleichmann, Sie waren zuletzt als Kinderkrankenschwester in der Onkologie beschäftigt. Inwiefern unterscheidet sich Ihre Arbeit im Stammzelltransplantationszentrum in Frankfurt davon?**

**Yvonne Gleichmann:** Die Arbeit in der pädiatrischen Stammzelltransplantation ist umfangreicher und intensivmedizinischer. In der Praxis bedeutet das für mich, dass ich mehr medizinische Aufgaben erfülle, zum Beispiel Blutentnahmen oder das Anhängen von Infusionen. Außerdem sind unsere Patienten sehr viel kränker und benötigen mehr Betreuung.

Allerdings sind die Eltern in der Regel hier auf Station anwesend und können das meiste selbst übernehmen. Daher nehmen die pflegerischen Aspekte bei meiner Arbeit im Vergleich zur Onkologie etwas weniger Raum ein. Insgesamt macht mir die Arbeit hier in Frankfurt wirklich viel Spaß, das Team ist super und der Austausch zwischen Pflege und Ärzteschaft funktioniert sehr gut.

**Sie sind kürzlich in das neue Johanna Quandt-Zentrum gezogen. Wie gefällt Ihnen Ihr neuer Arbeitsplatz?**

**Gleichmann:** Das neue Zentrum ist für unsere Patienten ein echter Gewinn, das muss man sagen. Die Zimmer sind hell, groß und so eingerichtet, dass sich die Kinder und Jugendlichen mit ihren Familien wohlfühlen können. Für die Eltern haben wir extra Räumlichkeiten, sodass sie immer in der Nähe sein können. Auch für uns als Personal ist eine gute Atmosphäre wichtig, wenn wir mit Kindern im Klinikumfeld arbeiten. Die Labore sind direkt im oberen Stockwerk – das vereinfacht uns die Arbeit sehr, denn alles ist schnell erreichbar. Die Größe des Zentrums hat für uns zwar zur Folge, dass wir weit mehr laufen müssen als vorher, aber man kann nun mal nicht alles haben (lacht).

### **Sie arbeiten mit schwerkranken Kindern – ein Job, den nicht jeder machen kann oder will. Was hat Sie dazu bewogen, diesen Berufsweg einzuschlagen?**

**Gleichmann:** Ich habe die Ausbildung als Kinderkrankenschwester gemacht, weil ich gerne mit Menschen zusammenarbeiten möchte – insbesondere mit Kindern. Natürlich ist die Arbeit eine große Herausforderung. Aber ich muss ehrlich sagen, dass man sich an alles gewöhnen kann, so schlimm es auch ist. Trotzdem glaube ich, dass dieser Job nicht für jeden etwas wäre. Manche Fälle gehen einem schon sehr an die Nieren. Besonders weil wir wissen, wie hoch die Gefahr ist, dass die Kinder Nebenwirkungen bekommen oder nach der Behandlung auch Rückfälle erleiden können. Wenn wir die Patienten mit Rezidiven wiedersehen, geht das natürlich an uns auch nicht spurlos vorbei. Aber dennoch macht mir meine Arbeit nach wie vor viel Spaß! Kürzlich habe ich erst eine Fortbildung zur Mentorin absolviert, sodass ich künftig die Anleitung von Auszubildenden übernehmen kann. Zudem plane ich eine Weiterbildung zur Praxisanleiterin sowie onkologische Fachweiterbildungen. Die Klinik bietet das an und unterstützt die Pflegekräfte bei diesen Vorhaben.

### **Welche besonderen Herausforderungen birgt die Arbeit mit den jungen Patientinnen und Patienten?**

**Gleichmann:** Besonders schwierig bei Patienten im Kindesalter ist, dass sie mit einer Diagnose wie bspw. Krebs nicht in

der Form umgehen können, wie erwachsene Menschen. Sie können die Konsequenzen einer solchen Diagnose nicht einschätzen. Für kleine Kinder bricht meistens erst einmal eine Welt zusammen, weil sie im Krankenhaus bleiben müssen und nicht nach Hause dürfen. Sie sind an ihre Zimmer gebunden, da sie in einer Schleuse liegen und isoliert werden



Yvonne Gleichmann

müssen. Auf der normalen Onkologie dürfen sie sich ja auf der Station bewegen und im Spielzimmer aufhalten. Das ist eine zusätzliche Herausforderung. Zudem nehmen sie natürlich auch wahr, dass die Situation ihre Eltern und Geschwister ebenfalls sehr belastet. Und wenn wir mit der Behandlung beginnen, geht es ihnen körperlich sehr schlecht – was vorher nicht zwingend der Fall war. Sie bekommen dadurch den Eindruck, dass sie erst im Krankenhaus wirklich krank werden. Es ist schwierig, dies Kindern zu erklären und verständlich zu machen, warum so eine Behandlung trotzdem notwendig ist.

### **Bestimmt ist es nicht ganz leicht, seine Gedanken und Sorgen um die Patienten nach Feierabend in der Klinik zu lassen. Gibt es Einzelfälle in Ihrem Arbeitsalltag, die Sie ganz besonders berühren?**

**Gleichmann:** Ja, die gibt es. Ein Beispiel dafür ist der Fall eines zweieinhalbjährigen Jungen, der schon seit einiger Zeit

bei uns in Behandlung war. Infolge der Therapie eines Hirntumors hatte er eine Leukämie entwickelt. Wir waren leider irgendwann an dem Punkt, an dem wir nichts mehr für ihn tun konnten. Jede weitere Maßnahme wäre lediglich lebensverlängernd gewesen. Als die Eltern realisiert hatten, dass es keine Therapie mehr gibt, um ihr Kind zu retten, haben sie den Kleinen mit nach Hause genommen und gemeinsam Zeit außerhalb der Klinik verbracht – mit Ausflügen und so weiter. Einfach als ganz normale Familie. Noch bevor der Palliativdienst das erste Mal kam, ist er gestorben. Dennoch war es schön, dass er noch ein paar normale Tage einfach als Kind verbringen durfte. Bis dahin hatte er in seinem Leben ja kaum die Klinik verlassen. So tragisch diese Situationen letztlich auch sind, kann man ihnen oft auch etwas Positives abgewinnen.

### **Wer verarbeitet Schicksalsschläge wie lebensbedrohliche Diagnosen schlechter: Kinder oder Eltern?**

**Gleichmann:** Wie gesagt, kleine Kinder erfassen das Ausmaß nicht unbedingt. Sie hadern meist mehr mit den direkten Folgen von Diagnosen und Behandlungen. Dass die Eltern ganz anders damit umgehen, merken die Kinder allerdings. Wir sehen häufig, wie sie vor allem für ihre Eltern kämpfen und diese wiederum verständlicherweise nichts unversucht lassen wollen, ihre Kinder zu retten.

### **Und wie ist es bei Patienten im Jugendalter?**

**Gleichmann:** Die Jugendlichen verkraften ihre Krankheit schwerer, weil sie die Konsequenzen einschätzen können. Aber sie sind auch optimistisch und wissen, dass es nun mal nur diese Chance gibt. Große Angst entsteht meistens erst dann, wenn es ihnen infolge der Therapie schlechter geht. Dann realisieren sie die nun möglicherweise lebensbedrohliche Situation. Für die Eltern ist das extrem schwer, denn sie müssen sowohl die normalen Schwierigkeiten meistern, die pubertäre Phasen mit sich bringen, als auch die große Angst um das Leben ihres Kindes irgendwie ertragen.

**Interview: Caroline McKenney**

## Migration und Demenz

### In Frankfurt bietet „HIWA!“ Beratung und Hilfe

„HIWA!“ ist kurdisch und bedeutet Hoffnung. Der Name ist Programm: Seit 25 Jahren bietet die gleichnamige Beratungsstelle des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) im Frankfurter Gutleutviertel Informationen zu alltäglichen Fragen wie Gesundheit, Pflege oder Rente für ältere Migrantinnen und Migranten an.

Das Beratungsteam macht auch Hausbesuche und hilft beim Ausfüllen von Verträgen. Bedarf und Nachfrage sind groß, wie Feyza Morgül erzählt, die mit der Öffentlichkeitsarbeit für „HIWA!“ betraut ist. „Für uns ist das ein Signal für einen erhöhten Hilfebedarf“, erklärt die in Deutschland aufgewachsene Tochter eines Türken und einer Deutschen. Seit kurzem hält die dem Bereich Soziale Dienste im DRK-Bezirksverband Frankfurt/M. angegliederte Beratungsstelle unter der Leitung von Dr. Nargess Eskandari-Grünberg ein neues Angebot vor: Migration und Demenz.

170 Nationen leben in Frankfurt; eine Vielfalt, die sich auch in den älteren Bewohnern der Stadt widerspiegelt. Viele von ihnen sind einst als Gastarbeiter gekommen, wohnen seit Jahrzehnten hier und haben die deutsche Staatsbürgerschaft angenommen. Warum bedarf es dann einer Beratungsstelle für ältere Migranten, insbesondere türkischer Herkunft? „Diese Frage taucht immer wieder auf“, sagt Morgül. „Die Antwort ist klar: Weil Sprachprobleme und kulturelle Unterschiede bei der Kommunikation zwischen Arzt und Patient und in der Pflege eine große Hürde darstellen können.“ Missverständnisse seien die Folge; gelegentlich werde eine Demenz wegen sprachlicher Barrieren zu spät diagnostiziert. Es fehle an Tests in türkischer Sprache, zugleich sei gerade bei älteren Migranten zu wenig über die häufig tabuisierte Krankheit bekannt. „Deshalb ist es so wichtig, dass die Menschen Ansprechpartner in ihrer Sprache haben, die auch ihre kulturellen Vorstellungen und Bedürfnisse kennen.“

Die Tatsache, lange in Deutschland gelebt zu haben, bedeutet nicht, die eigenen Wurzeln verloren zu haben. Im Gegenteil: Oft wird die Sehnsucht nach dem Herkunfts-

land, nach seinen Sitten und Gebräuchen im Alter wieder stärker und die Muttersprache zum bevorzugten Verständigungsmittel. Viele Arbeitsmigranten der ersten und zweiten Generation sind vorwiegend aus der Türkei nach Deutschland gekommen, um zu arbeiten. Dass sie hier, in ihrer jetzt zweiten Heimat, einmal alt werden würden, war anfangs nicht absehbar.

Später kann das Gefühl, fern von dem Herkunftsland alt zu werden, zu Verunsicherung führen und psychische Belastungen mit sich bringen. Bei dementiellen Veränderungen rückt Deutsch als Zweitsprache oft in den Hintergrund, oder wird sogar ganz vergessen. Auch für Angehörige – Kinder, die in Deutschland aufgewachsen sind und sich hier zu Hause fühlen beispielsweise – ist der Umgang mit älteren Migrantinnen und Migranten, die dementielle Symptome zeigen, nicht leicht. Sie finden, wie die Betroffenen selbst, bei „HIWA!“ Unterstützung. Die Angebote von „HIWA!“ umfassen Einzelfallberatung, psychosoziale Beratung, Informationsveranstaltungen, Gesundheitsberatung, Erwachsenenbildung, Fortbildungen, Fachvorträge, Ausbildungsangebote im Bereich der interkulturellen Beratungskompetenz und Pflege-, jährlich stattfindende Workshops und die Informationsreihe „Älter werden in der Fremde“. Dabei kooperiert die Einrichtung mit Institutionen im Bereich Pflege, Migrantenvereine und Politik.

Parallel zu der Beratungstätigkeit hat das „HIWA!“-Team über Jahre ein Netzwerk mit Institutionen und Behörden der Stadt Frankfurt aufgebaut. Einmal im Monat findet ein Netzwerktreffen mit Vertretern der ambulanten und stationären Altenhilfe und Migration statt. Nun soll auch die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten weiter ausgebaut werden.

„Wir möchten die Informationen, die wir mit Betroffenen erarbeitet haben, an Ärzte in Frankfurt und im Rhein-Main-Gebiet



Ältere Menschen mit Migrationshintergrund benötigen passende Pflegeangebote. In Frankfurt berät der Verein „HIWA!“ Betroffene und Angehörige mit Demenz.

weitergeben und einen interdisziplinären Austausch anregen“, sagt Feyza Morgül. „Gerne würden wir, beispielsweise im Rahmen von Fortbildungsveranstaltungen, mehr über das Thema Demenz bei Migranten berichten. Wenn Ärzte vor Ort von unserem Angebot wissen, können sie Betroffene und Angehörige auf Hilfsangebote hinweisen.“

**Katja Möhrle**

#### Informationen und Kontakt:

Deutsches Rotes Kreuz,  
Bezirksverband Frankfurt e. V.  
HIWA! – Beratungsstelle  
für ältere Migrantinnen und Migranten  
Gutleutstr. 17 a, 60329 Frankfurt  
E-Mail: hiwa@drkfrankfurt.de  
Website: www.drk.frankfurt.de

Am 26. Oktober findet die Fachtagung „Demenz und Migration – Welche kultursensiblen Angebote benötigen wir?“ von 9 bis 16 Uhr in der Frankfurt University of Applied Sciences, Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt statt.

Weitere Angebote rund um die Integration von Migranten finden sich auf den Internetseiten des Landes Hessen: <http://www.integrationskompass.de>



## „Schade, dass wir nicht länger bleiben durften!“

### Projekt „HeFmediT“ zum 3. Mal in der Carl-Oelemann-Schule

„Ich habe viel gelernt in den drei Tagen. Schade, dass wir nicht länger bleiben durften“ „Das Essen war sehr gut, die Zimmer haben uns gefallen und die Lehrer waren sehr freundlich und haben uns immer geholfen und alle Fragen beantwortet. Vielen Dank!“

Das war die Bilanz der drei Praktikumstage des Projektes HeFmediT (Heranführung von Flüchtlingen im jungen Erwachsenenalter an medizinische Themenfelder in der Berufsausbildung), das die Landesärztekammer im dritten Jahr jungen Flüchtlingen ermöglichte. Vom 26. Juni 2017 bis 28. Juni 2017 lernten die Schülerinnen und Schüler aus drei hessischen Schulen die Vielfalt der Berufe im Gesundheitswesen und Tätigkeiten kennen. Bei den praktischen Übungen wie Blutdruck messen, Blutzucker bestimmen, Urin untersuchen und Verbände und Lagerungstechniken waren sie ebenso engagiert da-



Teilnehmerinnen und Teilnehmer am Projekt HeFmediT mit Betreuern, Lehrerinnen und dem Unterrichtsteam der Carl-Oelemann-Schule.

bei wie bei den theoretischen Einführungen. Sie wollen alle einen Beruf im medizinischen Bereich erlernen. Das Praktikum hat sie in ihrem Berufswunsch bestärkt. Auch die Betreuer/-innen sowie Lehrerinnen, die die Schülerinnen und Schüler am ersten Tag begleiteten, waren begeistert von den Möglichkeiten des praktischen Arbeitens in der Carl-Oelemann-Schule. Silvia Happel, die Schulleiterin, stellte ihnen bei einem Rundgang die Räumlichkeiten der Carl-Oelemann-Schule vor.

„Azala“ heißt Muskel auf persisch, auch ich habe in den drei Tagen Neues gelernt,“ freut sich Tanja Tuna, die gemeinsam mit Anja Ziener, Diana David, Sabine Selent sowie Daniela Reich die Schülerinnen und Schüler bei den praktischen Übungen anleitete. Das Team der Carl-Oelemann-Schule wünscht allen Teilnehmern der drei Praktikumstage viel Erfolg!

**Gabriele Brüderle-Müller**  
Assistentin der Schulleitung

Anzeige

# „Die Wertvorstellungen sind in der kollektivistischen Gesellschaft anders“

**Dr. med. Maryam Zokai über die psychische Belastung von Migranten und wie das multiprofessionelle Vitos-Team ihnen hilft**

Auf muttersprachliche Diagnostik und Therapie hat sich die Transkulturelle psychiatrische Ambulanz der Vitos-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar spezialisiert. Das seit acht Jahren existierende Angebot verzeichnet wachsende Nachfrage, sagt Dr. med. Maryam Zokai, Leiterin der ethnopsychiatrischen Arbeitsgruppe. Die 56-Jährige hat persönliche Erfahrungen mit Einwanderung. Als Teenager kam sie mit ihren Eltern aus dem Iran nach Deutschland.



Dr. med. Maryam Zokai

## Kann Migration krank machen?

**Dr. med. Maryam Zokai:** Nicht jeder Migrant wird zwangsläufig krank. Aber die Ereignisse in der Heimat oder auf dem Weg zum Ankunftsland können psychische Belastung und Krankheit mit sich bringen. Oft führen die Gründe der Migration dazu, dass man krank wird. Migration ist nicht nur der Wechsel eines Orts, sondern der Kultur, das kann bis zum Kulturschock führen. Man braucht Resilienz, und normalerweise haben die Migrierenden ausreichende Ressourcen und psychische Widerstandsfähigkeit, um die verschiedenen Krisen zu bewältigen.

## Sie meinen speziell die Gruppe der Flüchtlinge?

**Zokai:** Ja. 2015 kamen 890.000 Flüchtlinge nach Deutschland, davon 75.000 nach Hessen. Nach der Schließung der Balkanroute 2016 wurden es weniger. Trotzdem kamen nochmal 20.000 Menschen nach Hessen.

## Flucht ist gewiss ein traumatisches Ereignis. Das andere ist Heimweh. Schon der Name impliziert Schmerz. Wie äußert sich das?

**Zokai:** Die Migranten haben nicht nur mit dem Erlebnis in der Vergangenheit zu tun, sondern auch mit dem Verlust. Verlust des bisherigen Sozialstatus, von Familie und Freunden, der Sprache. Hinzu kommt,

dass sie nicht wissen, was die Zukunft bringt. Das alles geht einher mit Unsicherheit, Ängsten.

## Wegen des steigenden Bedarfs hat Vitos 2009 die Transkulturelle Ambulanz ins Leben gerufen. Was ist das Besondere an dem Angebot für Erwachsene?

**Zokai:** Dass wir mit einem multiprofessionellen Team Migranten in ihrer Muttersprache behandeln. Das muttersprachliche Team hat den Vorteil, dass sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten meist wegfallen. Um dem Bedarf an psychiatrischer Unterstützung angemessen begegnen zu können, stimmen wir uns in ethnopsychiatrischen Arbeitsgruppen regelmäßig mit Organisationen wie beispielsweise Caritas ab. Sie bitten uns oft um Hilfe, wenn einer ihrer Schützlinge in einem Flüchtlingslager psychiatrische Hilfe benötigt. Außerdem hat sich bei unserem Angebot der russischsprachigen Demenzdiagnostik die Möglichkeit schon in vielen Fällen bewährt.

## Aber man kann doch nicht alle Sprachen sprechen.

**Zokai:** Richtig. Unser aktuelles muttersprachliches Behandlungsteam in Hada-

mar und Limburg kann zusätzlich zu Deutsch auch Persisch, Arabisch, Russisch und Griechisch sprechen. Bei anderen Sprachen und kulturellen Verständigungsschwierigkeiten haben wir Zugang zu den Mediatoren.

## Mediatoren?

**Zokai:** Sie ermöglichen jedem Patienten, einen neutralen Dolmetscher zu bekommen, also keinen Familienangehörigen. Diese hausinternen Dolmetscher sind freiwillige Mitarbeiter der Vitos-Einrichtungen, die in der Vitos-Akademie Gießen eintägig geschult werden. Dabei lernen sie die Grundlagen des Dolmetschens, werden über ihre Rechte und Pflichten aufgeklärt. Anhand von Fallbeispielen wird ihre Sensibilität für kritische Situationen geschärft. Auch souveränes Auftreten wird geübt. Sollte das nicht ausreichen, haben wir noch Zugang zu externen professionellen Dolmetschern. Die Koordination und Aktualisierung übernimmt der Migrationsbeauftragte, den jedes Haus hat.

## Auf der Homepage der transkulturellen Ambulanz gibt es einen Fragebogen für Patienten. Darin fragen Sie auch, wie Migration erlebt wird, ob es Fremdenfeindlichkeit gab, Kränkung, Ausgrenzung. Warum sind diese Fragen so wichtig?

**Zokai:** Die Leute, die neu hierherkommen, sind viel anfälliger und dünnhäutiger, sensibler. Sie werden konfrontiert mit Vorurteilen und Regelungen. Sie sind hoch motiviert. Da gibt es eine Überkompensierungsphase, wir nennen sie Honeymoon. Die gesamte Hürde liegt hinter mir, jetzt kann ich meine Fantasien, meine Vorstellungen eines neuen Lebens realisieren. Und dann merke ich, wie schwierig das ist.

## Sie meinen die bürokratischen Hürden?

**Zokai:** Ja. Hinzu kommt die unsichere Zukunftsperspektive. Darf ich hier bleiben? Wie ist das mit der Arbeit? Die langwierige

gen bürokratischen Wege führen dazu, dass die Migranten langsamer werden, die Motivation verlieren, die sie anfänglich hatten.

### Was sind das für Krankheitsbilder, mit denen Sie konfrontiert werden?

**Zokai:** Im Prinzip können alle Formen der psychischen Erkrankungen auftreten. Trauma bedingte Folgeerkrankungen wie Depression, Angststörung sowie posttraumatische Belastungsstörung und Sucht sind Fälle, mit denen wir oft konfrontiert werden. Angst und Depression können sowohl im Rahmen der Anpassungsstörung als auch im Rahmen einer affektiven Erkrankung, manchmal begleitend von einer psychotischen Symptomatik und Suizidalität auftreten.

### Werden biografische Hintergründe in der Medizin generell zu wenig berücksichtigt?

**Zokai:** Kultur ist ein komplexes Konstrukt. Der biografische Hintergrund deckt oft den kulturellen Unterschied auf. Kultur ist Teil der Identität. Die Wertvorstellungen sind in der kollektivistischen Gesellschaft anders als in der individualistischen. Damit müssen die Migranten auch kämp-

fen. In einer kollektivistischen Gesellschaft wird Privatleben von der Gruppe bestimmt. Beziehung hat meistens einen Vorrang vor der Aufgabe. Hierzulande ist das umgekehrt.

### Sie selbst kamen als 16-Jährige mit Ihren Eltern vom Iran nach Deutschland. Inwiefern kann Ihre eigene Biografie ihnen helfen, diese Menschen zu verstehen?

**Zokai:** Das Erlernen der Sprache und Anpassung an die Gegebenheiten in dieser Gesellschaft ist etwas Selbstverständliches. Ich bin wie jeder andere Migrant nicht davon verschont gewesen. Vieles ist mir deshalb vertraut, der Klient muss nicht ganz am Anfang von A beginnen, mir seine Situation zu schildern. Es reicht, wenn er in der Mitte beginnt.

### Sie fördern auch Selbsthilfe. Gibt es das in anderen Kulturen?

**Zokai:** Selbsthilfe entsteht meist in der Gruppentherapie. Oft entdecken die Patienten hier gemeinsame Probleme oder ähnliche Wege, die sie zurückgelegt haben. Es tut ihnen gut, wenn sie merken, dass sie mit ihren Problemen nicht alleine da stehen. Sie helfen sich gegenseitig und entdecken so, dass sie

gemeinsam stärker sind. Das ist wieder das Kollektivistische. Darüber hinaus versuchen wir, die Menschen an verschiedene psychosoziale Netzwerke anzuschließen sowie an ihre eigene kulturelle Gemeinschaft am Wohnort. Das sind Beispiele, die zur Ressourcenmobilisierung beitragen.

### Haben Sie hauptsächlich mit Flüchtlingen zu tun?

**Zokai:** Seit dem Aufbau der transkulturellen Ambulanz 2009 ist die Nachfrage immer steigend. Ich kann nicht sagen, wie groß der Anteil an Flüchtlingen ist. Aber seit der Flüchtlingskrise bieten wir auch eine Sprechstunde für traumatisierte Flüchtlinge an. Darüber hinaus bieten wir jährlich eine transkulturelle Veranstaltung mit externen Dozenten an. Seit 2010 zeichnen wir zudem jährlich Initiativen oder ehrenamtliche Projekte aus, die einen besonderen Beitrag für die Integration von Migranten leisten. Der Förderpreis besteht aus einer von der Hadamarer Glasfachschule entworfenen und gravierten Glasskulptur. Außerdem ist er mit 1.000 Euro dotiert.

**Interview: Jutta Rippegather**

## Förderpreis der Transkulturellen Ambulanz

2009 ist die Transkulturelle Ambulanz von Vitos Weil-Lahn durch Dr. med. Matthias Bender, Ärztlicher Direktor der Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Hadamar, gegründet worden. In der Behandlungspartnerschaft geht es neben der Therapie der Grunderkrankung darum, die Patienten nicht nur kultursensibel, sondern auch kulturkompetent und wenn nötig, in der psychischen Krise muttersprachlich entgegenkommend zu entlasten, zu stabilisieren oder zu aktivieren. Ziel ist eine integrationsfördernde tragfähige Verbindung zwischen den kulturellen Werten der Vergangenheit der Patienten und ihrer sozialen Gegenwart. Diese Ziele soll auch der seit 2010 jährlich ausgelobte Förderpreis der Transkulturellen Ambulanz unterstützen. Als erster Preisträger wurde Dr. med. Jürgen Rieke ausgezeich-

net für seine Arbeit: „Epilepsie bei Menschen mit Migrationshintergrund – Epilepsie und Krankheitsverständnis im russischen Kulturkreis“ sowie für seinen maßgeblichen Beitrag zur Erstellung eines Interviewleitfadens für Migranten, verbunden mit einem Handbuch. Dieses halbstrukturierte Interview wird mittlerweile in mehreren Einrichtungen eingesetzt und dient als Instrument zur Behandlungsforschung.

Carolin Fischer gewann 2012 mit ihrer wissenschaftlichen Untersuchung „Interkulturalität in der Psychiatrie. Alltagsgestaltung deutscher und türkischer Patienten im klinischen Umfeld“, betreut von dem Institut für Volkskunde und Kulturgeschichte der philosophischen Fakultät der Friedrich-Schiller-Universität Jena. 2016 wurde Tobias Winter für sein ehrenamtliches Engagement in der

Flüchtlings- und Migrationsbetreuung „Romeos und Julias“ ausgezeichnet. Der Wunsch dieses Projektes war, junge Menschen verschiedener kultureller und sozialer Herkunft zusammenzubringen und Verbindungen zwischen Peergroups zu schaffen. Jung zu sein, verliebt zu sein und die Liebe als zentrales Element menschlichen Seins sollte als Gemeinsamkeit herausgestellt werden.

2017 wurde Jozsef Lak für sein Gitarrenbauprojekt mit geflüchteten und deutschen Kindern in Weilmünster geehrt, an dem auch eine Gruppe für die (Foto-)Dokumentation beteiligt war. Die Instrumente wurden auf der Frankfurter Musikmesse ausgestellt. (rip)

**Kontakt:** Transkulturelle psychiatrische Ambulanz Hadamar  
Fon: 06433 917-261, E-Mail: aerztl.dir.psychiatrie@vitos-weil-lahn.de

# Gesundheitsversorgung in Zeiten der Globalisierung

## 26. Rehabilitationswissenschaftliches Kolloquium

Mit dem demografischen Wandel unserer Bevölkerung gewinnen medizinische und berufsfördernde Rehabilitation in der Versorgung zunehmend an Bedeutung. Denn eine größere Zahl älterer Menschen bedeutet auch eine Zunahme chronischer Erkrankungen sowie multimorbider Patienten. Über diese neuen Herausforderungen in der Versorgung haben mehr als 1.600 Experten auf dem 26. Rehabilitations-Wissenschaftlichen Kolloquium in Frankfurt am Main diskutiert. Einer der bedeutendsten Rehabilitationskongresse in Deutschland befasste sich in diesem Jahr mit dem Themenschwerpunkt „Prävention und Rehabilitation in Zeiten der Globalisierung“.

Die Globalisierung wurde als wegweisendes Thema des Kolloquiums ausgewählt, weil sie mit einem kulturellen, technischen und wirtschaftlichen Wandel sowie steigender Migration einhergeht. Dadurch verändern sich Arbeitsanforderungen und gesellschaftliche Kontextfaktoren zunehmend. Gute gesundheitliche Versorgung aller Menschen gewinnt weiter an Bedeutung. Wie zeitgemäße Prävention und Rehabilitation auf diese Herausforderungen reagieren können, war Schwerpunktthema des diesjährigen Kolloquiums, an dem unter anderem Ärzte, Psychologen, Physio- sowie Ergotherapeuten und Pflegekräfte teilgenommen haben.

Die Deutsche Rentenversicherung (DRV) Bund und Hessen veranstalteten das Kolloquium gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften (DGRW) auf dem malerischen Campus Westend der Goethe-Universität Frankfurt am Main.

Eröffnet wurde das Kolloquium von Gundula Rossbach, Präsidentin der DRV Bund, und Birgit Büttner, Erste Direktorin der DRV Hessen. Nach einem Grußwort des Hessischen Ministers für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, folgte der viel beachtete Plenarvortrag des aus Hessen stammenden Nobelpreisträgers für Medizin, Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen zum aktuellen Thema „Stellenwert und Möglichkeiten der Primärprävention am Beispiel des Zervixkarzinoms“.

Er berichtete über die Bedeutung onkogener Viren als mögliche Kofaktoren bei der Tumorentstehung und erläuterte Präventionsmöglichkeiten, zum Beispiel durch Impfprophylaxe.

Anschließend startete das wissenschaftliche Programm mit mehr als 200 Fachbeiträgen sowie Posterpräsentationen und fast zwanzig Diskussionsforen.

Exemplarisch sei hier das von Jörg Bombach (Hessischer Rundfunk) moderierte Diskussionsforum „Selbstverwaltung und regionale Aktivitäten der Prävention und Gesundheitsförderung“ genannt – unter Mitwirkung der alternierenden Vorstandsvorsitzenden der DRV Hessen, Dr. Stefan Hoehl und Gabriele Kailing, sowie der Vorsitzenden der Geschäftsführung der DRV Hessen, Birgit Büttner, und dem Präsidenten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach. Interessante Impulse gab darüber hinaus das Forum „Chancen und Hürden der Weiterbildung in Rehabilitation und Sozialmedizin“ – moderiert vom LÄKH-Präsidenten und dem langjährigen Leitenden Arzt der DRV Hessen, Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Rainer Diehl.

Mehr als die Weiterbildung vieler anderer Berufe wurde die ärztliche Weiterbildung ausdifferenziert. Dies ist auf den Anspruch hoher Fachqualifikationen zurückzuführen, die alle Ärztinnen und Ärzte im Rahmen der ärztlichen Weiterbildung erfüllen müssen. Beispiele für entsprechende Gebietsweiterbildungen im Bereich der Rehabilitationsmedizin sind der „Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin“ aber auch Zusatzweiterbildungen wie „Rehabilitationswesen“ und „Sozialmedizin“.



Ltd. Med.-Dir. Dr. med. Rainer Diehl und Kammer-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (rechts).



Birgit Büttner, Erste Direktorin der Deutschen Rentenversicherung Hessen, Dr. med. Ulf Seifart, Chefarzt der Klinik Sonnenblick, und Nobelpreisträger Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Harald zur Hausen (von links).

Themen dieses Forums waren unter anderem:

- Die exemplarische Darstellung der Curricula „Sozialmedizin“ und „Rehabilitationswesen“ der Bundesärztekammer durch Prof. Dr. med. Christoph Gutenbrunner von der Medizinischen Hochschule Hannover.
- Die Vorstellung der Angebote sozial- und rehabilitationsmedizinischer Akademien zur Schulung der Weiterzubildenden durch den Kursleiter Sozialmedizin/Reha-Wesen der Akademie für ärztlich Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Dr. Diehl.
- Ein Referat über die Rolle der Fachgesellschaften bei der Entwicklung der Weiterbildungscurricula von Dr. med. Alfred Groner, langjähriger Leiter des Bereichs Sozialmedizin bei der Sozial- und Arbeitsmedizinischen Akademie Baden-Württemberg e. V., Stuttgart.
- Über die Anerkennungsvoraussetzungen der Landesärztekammer Hessen referierte der langjährige Leiter der Abteilung Weiterbildung Dr. med. Viktor Karnosky, der kürzlich in den Ruhestand gegangen ist.
- Außerdem wurde im voll besetzten Hörsaal des Audimax-Gebäudes engagiert über Qualitätsansprüche und Anerkennungsvoraussetzungen wie auch Möglichkeiten ihrer Flexibilisierung diskutiert.

**Rainer und Corinna Diehl**

E-Mail:

dr.rainer.diehl@googlemail.com

## 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!

#### 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 (Akademiestatutmitglieder € 144 €)

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

#### Infektiologie

##### Antibiotic Stewardship

##### Modul 1 – Basics/Grundkurs

**Mo., 20. - Fr., 24. November 2017** **40 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

**Gebühr:** € 900 (Akademiestatutmitglieder € 810)

**Ort:** **Frankfurt**

##### Modul 3 – Aufbaukurs „Advanced“

**Mo., 05. – Fr., 09. März 2018**

**Leitung:** Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen  
Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen  
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

**Gebühr:** € 1.000 (Akademiestatutmitglieder € 900)

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

#### Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

##### Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

gem. Hess. Hygieneverordnung (HHyGVO nach § 10 Abs. 2)

**Mi., 15. - Do., 16. November 2017** **16 P**

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

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

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

#### Begutachtung

##### Medizinische Begutachtung

**Modul III** **Fr., 03. November 2017** **16 P**

**Gebühr:** € 250 (Akademiestatutmitglieder € 225)

**Gutachtenerstellung:** nur buchbar in Verbindung mit Modul III

**Gebühr:** Final- und Kausalitätsgutachten je € 25  
(Akademiestatutmitglieder € 22,50)

##### Aufbaumodul „Medizinische Begutachtung“

**für Sozialmediziner** **Fr., 10. November 2017**

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

##### Verkehrsmedizinische Begutachtung

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

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

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

**Gebühr:** € 70 (Akademiestatutmitglieder € 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

##### Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

**Mi., 22. November 2017** **4 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. F.-L. Welter,  
Dr. jur. G. Offczors

**Gebühr:** € 60 (Akademiestatutmitglieder € 54)

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

#### Lungen- und Bronchialheilkunde, Onkologie, Innere Medizin, Pathologie, Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e. V. und dem Institut für Pathologie und Zytodiagnostik Main-Taunus im Krankenhaus Nordwest, DMP-zertifiziert nach Asthma/COPD

##### Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2017:

**Was gibt es Neues in der Pneumologie 2017?**

**Sa., 02. Dezember 2017, 09:00 - 13:00 Uhr** **5 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Kardos, Frankfurt

**Gebühr:** kostenfrei

##### Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de



## Impfkurs

**Sa., 25. November 2017** 9 P  
**Gebühr:** € 180 (Akademiestatistiker € 162)  
**Leitung:** Dr. med. P. Neumann, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202  
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

**Sa., 02. Dezember 2017** 8 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

## Fachgebundene genetische Beratung

**Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung**  
Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

### Modul 4: Kinder- und Jugendmedizin

**Sa., 28. Oktober 2017** 8 P  
**Leitung:** Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab  
**Ort:** Frankfurt, Laborarztpraxis  
**Gebühr:** € 200 (Akademiestatistiker € 180)  
Weitere Module unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

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

Fachgebiete: auf Anfrage  
**Gebühr:** je € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

## Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.  
Wenn die Medikation nicht greift: Leitlinienorientierte Therapie – wann und warum sind Anpassungen bei der Medikation nötig.

### Kardiovaskuläre Erkrankungen

**Do., 30. November 2017, 19:00 – 21:00 Uhr**  
**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth,  
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber  
**Gebühr:** € 30 (Akademiestatistiker € 27)

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

## Fachkunde im Strahlenschutz

**Spezialkurs Röntgendiagnostik**  
**Fr., 15. – Sa., 16. Dezember 2017**  
+ 1 Termin für den praktischen Halbtage auf Anfrage  
**Gebühr:** € 340 (Akademiestatistiker € 306)  
**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

## Geriatrische Grundversorgung

**Block I: Mi., 06. – Sa., 09. Dezember 2017**  
**Leitung:** PD Dr. med. M. Pfisterer,  
Dr. med. P. Groß, Darmstadt  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Max. Teilnehmerzahl:** 30  
**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

## Reisemedizinische Gesundheitsberatung

**Basisseminar**  
**Fr., 23. – Sa., 24. Februar + Fr., 13. – Sa., 14. April 2018**  
**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt  
**Gebühr:** € 520 (Akademiestatistiker € 468)  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

## Notfallmedizin

**Wiederholungsseminar Leitender Notarzt**  
**Sa., 02. Dezember 2017** 12 P

**Leitung:** Dr. med. G. Appel, Kassel  
**Gebühr:** € 260 (Akademiestatistiker € 234)  
**Ort:** Kassel, Hess. Landesfeuerweherschule

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

**Fr., 03. – So., 05. November 2017 (ausgebucht)** 30 P  
**Gebühr:** € 400 (Akademiestatistiker € 360)

**Fr., 09. – So., 11. März 2018**  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
M. Leimbeck, Braunfels

### Notfallmedizin machbar machen - Umgang mit medizinischen Notfallsituationen bis zum Eintreffen des Rettungsdienstes

**Mi., 29. November 2017** 6 P  
**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg  
**Gebühr:** € 180 (Akademiestatistiker € 162)

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



## Ultraschall

### Gefäße

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

Fr., 17. November 2017 (Theorie)

Sa., 18. November 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 330 (Akademiestudierende € 297)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

für Gefäße: Frankfurt

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

### Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 28. Oktober 2017 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 360 (Akademiestudierende € 324)

Ort Praktikum: Frankfurt, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

### Aufbau-Modul Farbdoppler Abdomen

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

Gebühr: € 250 (Akademiestudierende € 225)

Ort: Groß-Umstadt, Gesundheitszentrum

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

### Refresher CEUS - kontrastmittelverstärkte Sonographie

Sa., 09. Dezember 2017, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestudierende € 225)

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. A. Ignee, Bad Mergentheim

### Aufbau-Modul Schilddrüse

Sa., 16. Dezember 2017, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestudierende € 225)

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

Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,  
Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 01. – Fr., 02. Februar 2018

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

Gebühr: auf Anfrage

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 05032 782-209

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

## Arbeitsmedizin

### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Refresher **Mi., 15. November 2017** **6 P**

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

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

Gebühr: € 110 (Akademiestudierende € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,

E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

### Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 (StGB)

Sa., 24. Februar 2018

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder/Havel  
auf Anfrage

Gebühr:

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

## Kinder- und Jugendmedizin

### Pädiatrie „State of the Art“ –

#### Urologie und Nephrologie im Kindesalter

**Mi., 14. März 2018, 15:00 – 20:00 Uhr** **7 P**

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt

Gebühr: € 75 (Akademiestudierende kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

## Ernährungsmedizin

Kursteil 1: Fr., 23. – Sa., 24. Februar 2018

Kursteil 2: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018

Kursteil 3: Fr., 20. – Sa., 21. April 2018

Zwischenprüfung: Mi., 25. April 2018

Kursteil 4: Fr., 27. – Sa., 28. April 2018

Kursteil 5: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018

Kursteil 6: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018

Prüfung: Fr., 22. Juni 2018

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein  
Dr. med. K. Winckler

Gebühren/Kursteil: 1, 3: je € 210 (Akademiestud. € 189)

2, 4, 5: je € 280

(Akademiestud. € 252)

6: € 440 (Akademiestud. € 396)

inkl. Prüfungen

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de



## Dermatologie

### Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

**Mi., 29. November 2017, 13:00 – 21:00 Uhr** **11 P**

**Leitung:** Dr. med. P. Deppert, Bechtheim  
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

## Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

In Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organtransplantation (DSO).

### 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

## II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

## Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetesgesellschaft (HDG)

**Fr., 02. – Sa., 03. Februar 2018**

**Leitung:** M. Eckhard, Bad Nauheim  
**Gebühr:** auf Anfrage

**Auskunft/Anmeldung:**  
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adiola.candelo-roemer@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 (Akademiestatistiker € 162)

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

## Krankenhaushygiene

**Modul I: Mo., 06. – Fr., 10. November 2017** **40 P**

**Gebühr:** € 740 (Akademiestatistiker € 666)

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

**Ort:** **Gießen**, Universitätsklinikum

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

## Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

**Bitte beachten:** Änderung der Kurstage:

jetzt Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

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

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

**C2: Beginn der Telearnphase: 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

## Palliativmedizin

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

**Gebühr:** € 750 (Akademiestatistiker € 675)

**Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden  
Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

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

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

**Gebühr:** € 650 (Akademiestatistiker € 585)

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

## Psychosomatische Grundversorgung

### 23. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

**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 (Akademiestudierende € 315)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: andrea.floren@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 (Akademiestud. € 891)

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

**Projektarbeit/Heimarbeit: 16 Stunden**

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

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

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

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

**Gebühren:** auf Anfrage

**Leitung:** N. Walter, Frankfurt

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

## Sozialmedizin

**Bitte beachten:** Änderung der Kurstage:  
jetzt Dienstag bis Freitag, außer Sonntag!

**GK I (A + B): Di., 06. – Fr., 16. Februar 2018**

**GK II (C + D): Di., 10. – Fr., 20. April 2018**

**Leitung:** Dr. med. R. Diehl

**Gebühr:** auf Anfrage

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

### Themenübersicht:

#### Montag:

**Gastroenterologie / Kardiologie**

Prof. Dr. med. K. Haag /

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm

#### Dienstag:

**Kardiologie / Pneumologie**

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm /

Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

#### Mittwoch:

**Angiologie / Nephrologie**

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle /

PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. W. Fassbinder

#### Donnerstag:

**Internistische Hämatologie / Onkologie /**

**Internistische Intensivmedizin**

Prof. Dr. med. L. Bergmann / Prof. Dr. med. A. Neubauer /

Prof. Dr. med. K. Mayer

#### Freitag:

**Endokrinologie/Diabetologie/Rheumatologie**

Dr. med. C. Jausch-Hancke, Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann /

Prof. Dr. med. U. Lange

#### Samstag:

**Fallseminar**

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. W. Fassbinder,

Dr. med. M. Zieschang, Prof. Dr. med. K. Haag,

Dr. med. I. Tarner

**Gesamtleitung:**

Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

**Gebühr ges.:**

€ 540 (Akademiestudierende und Mitglieder BDI und der DGIM € 486)

**Gebühr/Tag:**

€ 150 (Akademiestudierende und Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

### Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

## Spezielle Schmerztherapie

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

**20 P**

**Leitung:**

PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Ort:**

Kassel, Klinikum

**Gebühr:**

€ 260 (Akademiestudierende € 234)

### Auskunft/Anmeldung:

K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@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

## Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

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

Themenübersicht:

**Mittwoch:** **Gynäkologische Onkologie**  
**Donnerstag:** **Gynäkologie, Urogynäkologie**  
**Freitag:** **Endokrinologie, Reproduktionsmedizin**  
**Samstag:** **Geburtshilfe, incl. Pränataldiagnostik**

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. Dr. h.c. H.-R. Tinneberg  
**Gebühr ges.:** € 480 (Akademiestudenten € 432)  
**Gebühr/Tag:** € 150 (Akademiestudenten € 135)

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

## Suchtmedizin

### Suchtmedizinische Grundversorgung

**Kursteil 1:** **Fr., 12. – Sa., 13. Januar 2018**  
**Kursteil 2:** **Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018**  
**Kursteil 3/Wahlthema:** **Fr., 09. – Sa., 10. Februar 2018**  
**Kursteil 4:** **Fr., 02. – Sa., 03. März 2018**

**Orte:** Kursteile 1 - 3:  
**Frankfurt**, Bürgerhospital und SAGS  
Kursteil 4:  
**Friedrichsdorf**, Salus Klinik

**Teilnahmegebühr:** auf Anfrage  
**Leitung:** D. Paul, Frankfurt

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

## Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Fr., 22. – Sa., 23. Juni 2018**

**16 P**

**Gesamtleitung:** Dr. med. G. Vetter, Frankfurt  
**Gebühr:** auf Anfrage  
**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. Ärzt/-innen 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**  
**E-Mail: akademie@laekh.de**



### Qualifizierungslehrgänge: NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistenz)

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels in verschiedenen Regionen Hessens können Nichtärztliche Praxisassistent/-innen Aufgaben in der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes zum Beispiel Hausbesuche durch, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist. 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

### Ambulante Versorgung älterer Menschen (AVÄ) (60 Stunden)

**Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistenz“.**

**Inhalte:** Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, Geriatisches Basisassessment, Hausbesuche und Versorgungsplanung, Wundmanagement, Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung.

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen. Die Fortbildung umfasst 60 Stunden (PAT 1, PAT 2 und AVÄ) fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht und beinhaltet eine Hausarbeit.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr (AVÄ):** € 350 zuzüglich € 60 Lernerfolgskontrolle

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

### Patientenbegleitung und Koordination (PBK) (40 Stunden)

**Der Lehrgang wird bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistenz“ anerkannt.**

**Inhalte:** Unterstützung der Ärzte bei der strukturierten Behandlung, Koordinations- und Überleitungsaufgaben, Begleitung und Unterstützung chronisch kranker Patienten.

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr (PBK):** € 280

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

### Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

**Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistenz“.**

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmern selbstständig erarbeitet wird.

Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

**Termine:** Fr., 10.11.2017 – Sa., 11.11.2017 und Fr., 08.12.2017

**Gebühr:** € 410, inkl. Lernerfolgskontrolle

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

### Kardiologie (KAR) 120 Stunden

**Inhalte:** Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, Ärzte bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website.

**Termin:** ab 02.02.2018

**Gebühr:** Block A (40 Std.): € 480

Block B (80 Std.): € 950

zzgl. Lernerfolgskontrolle

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

### Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (72 Stunden)

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

**Beginn:** Mi., 25.10.2017

**Gebühr:** € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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



## Fortbildungen für Auszubildende:

### FLOPS vermeiden – Workshop für Auszubildende

Ab Oktober 2017 starten wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen. Der Flyer zur Fortbildung steht zum Herunterladen auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule für Sie bereit.

#### Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

Der erste Eindruck macht's! • Der richtige Gruß! • Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt! • Sauber und ordentlich, ist doch klar! • Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

**Termin Kurs 17\_AZU 1\_1:** Mi., 04.10.2017; 14:00 bis 18:30 Uhr

#### Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer, Wilhelminenplatz 8 in Darmstadt

**Termin Kurs 17\_AZU 1\_2:** Mi., 25.10.2017; 14:00 bis 18:30 Uhr

#### Veranstaltungsort:

Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsgesang 3 in Frankfurt

**Termin Kurs 17\_AZU 1\_3:** Mi., 22.11.2017; 14:00 bis 18:30 Uhr

#### Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer, Wilhelmstraße 60 in Wiesbaden

**Termin Kurs 17\_AZU 1\_4:** Mi., 29.11.2017; 14:00 bis 18:30 Uhr

#### Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer Marburg, Gisselberger Straße 31 in Marburg

**Gebühr:** jeweils € 70

#### Information:

Christina Glaubitz-Harbig, Tel.: 06032 782-175, Fax: -180

## Ein- bis zweitägige Fortbildungen:

### Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

**Inhalte:** Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/-innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

**Termin:** Sa., 18.11.2017, 10:00 – 16:30 Uhr

**Gebühr:** € 105

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

### Injektionen/Infusionen (MED 5)

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

**Termin:** Sa. 28.10.2017, 10:00 – 16:30 Uhr

**Gebühr:** € 105

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

### Schmerz (MED 11)

**Inhalte:** In der Fortbildung werden Methoden der Schmerzbehandlung (psychotherapeutische, kognitive und physikalische) vorgestellt und erlernt, die Medizinische Fachangestellte erlernen und anwenden können, wie: TENS (transkutane elektrische Nervenstimulation, TAPE (Aku-Taping, Medi-Taping), Infiltrationstherapien.

**Termine:** Mi., 25.10.2017, 14:00 – 18:15 Uhr

**Gebühr:** € 70

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

## Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 1)

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 u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben sind, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Tätigkeitsbeschreibung: [www.fortbildung-mfa.de](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin:** ab 18.01.2018

**Gebühr Pflichtteil:** € 1.560

**Prüfungsgebühren:** € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

## ALLGEMEINE HINWEISE

**Anmeldung:** Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

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

**Carl-Oelemann-Schule (COS)**

Website: [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)

Seit Juli hat **Dr. med. Stefan Hornung** die Chefarztposition an der Asklepios Klinik für Psychische Gesundheit in Langen übernommen. Der 48-jährige Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie war von 2012 bis 2014 als kommissarischer Leiter und seither als stellvertretender Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main tätig. Hornungs klinische Expertise ist breit gestreut. Sein klinischer Schwerpunkt ist die Behandlung affektiver Störungen.



Foto: privat

**Dr. med. Johannes Fleckenstein** (36) ist mit dem 1822-Universitätspreis für exzellente Lehre der Goethe-Universität Frankfurt und der Stiftung Frankfurter Sparkasse ausgezeichnet worden. Der Facharzt für Anästhesiologie ist als Modulbeauftragter für die Ausbildung angehender Sportwissenschaftler im Fach Physiologie verantwortlich. Er erhielt den dritten Preis für sein „Konzept der forschungsorientierten Lehre“, das „selbstdenkende Beteiligung“ motiviere. Das Vorschlagsrecht liegt bei den Studenten.



Foto: Jürgen Lecher

Auf dem 134. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie wurde **Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen** zum Präsidenten für die Periode 2019/2020 gewählt. Schmitz-Rixen studierte, promovierte und habilitierte an den Universitäten in Köln und Boston. 1998 folgte er einem Ruf auf die Professur für Gefäßchirurgie an die Goethe-Universität Frankfurt. Er ist Präsident der Deutschen Gesellschaft für Gefäßchirurgie und Gefäßmedizin, Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovascularchirurgie am Uniklinikum Frankfurt und Chefarzt der gefäßchirurgischen Abteilung im Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt.



Foto: privat

**Ralf Jung** (51) ist zum 1. Juli zum Chefarzt der Abteilung Diabetologie und Endokrinologie im Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt/Main berufen worden. Jung war bereits seit vielen Jahren als Oberarzt und seit vergangenen Jahr als kommissarischer Chefarzt der Abteilung im Krankenhaus Sachsenhausen tätig.



Foto: Krankenhaus Sachsenhausen

**PD Dr. med. Dr. med. habil. Stephanie Tritt** leitet das neu eingerichtete Institut für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Dessen Hauptaufgabe ist die Behand-



Foto: Helios HSK Wiesbaden

## Prof. Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz erhält Bundesverdienstkreuz 1. Klasse

Prof. Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz, langjähriger Direktor des Instituts und der Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU), ist vom Bundespräsidenten mit dem Verdienstkreuz 1. Klasse des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet worden. Weitowitz habe herausragende Beiträge zur kompetenten Politikberatung in der Arbeits- und Sozialmedizin geleistet und sei trotz seines hohen Alters unermüdlich für die Prävention von Berufskrankheiten engagiert, heißt es in der Begründung. Der Hessische Ministerpräsident Volker Bouffier dankte dem Gießener Mediziner für dessen „verdienstvolle Arbeit zum Wohle und Interesse unseres Landes und seiner Bevölkerung“. Im Jahr 1996 hatte Prof. Weitowitz bereits das Bundesverdienstkreuz am Bande erhalten. Der Facharzt für Innere Medizin und für Arbeitsmedizin folgte 1974 einem Ruf an die JLU. Von 1976 bis zu seinem Ruhestand im Jahr 2004 leitete er das Institut und die Poliklinik für Arbeits- und Sozialmedizin. Weitowitz gilt als einer der Begründer der modernen Arbeitsmedizin, der schon früh auf den Zusammenhang zwischen Arbeitsalltag und dessen gesundheitlichen Auswirkungen auf den Menschen hingewiesen hat. So hat er als einer der Ersten vor Asbest gewarnt, weil er mit seinen Forschungen maßgeblich zur Aufklärung über die gesundheitsgefährdenden, auch Krebs erzeugenden Expositionen beitragen konnte. Sein Fachwissen war in vielen Expertengruppen sowie als Berater der Politik auf Landes- und Bundesebene gefragt. Weitowitz wird im Oktober 82 Jahre alt.

lung von akuten Schlaganfällen, auch mit der neuen Technik des minimal-invasiven Katheter-Verfahrens. Tritt, Fachärztin für Radiologie, verfügt über eine Expertise im gesamten Spektrum der interventionellen und diagnostischen Radiologie und Neuroradiologie, insbesondere der endovaskulären Behandlung von Schlaganfällen.

**Ergänzung zur Personalia-Meldung** in Ausgabe 09/2017 S. 518: **Prof. Dr. med. Joachim Schirren** ist nicht in den Ruhestand getreten, sondern zum 1. Juli 2017 mit seinem kompletten Team (Ärzte, Pflege und OP-Team) in das Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt/Main gewechselt. Hier wurde unter seiner Leitung eine neue thoraxchirurgische Klinik eröffnet. Jetzt ist dort in Zusammenarbeit mit **Prof. Dr. med. Karl-Hermann Fuchs** und **Prof. Dr. med. Arnulf Hölscher** ein Zentrum für thorakale Erkrankungen entstanden.



Foto: Staatskanzlei, Sabrina Feige

Hessens Kultusstaatssekretär Dr. Manuel Lösel übergab das Bundesverdienstkreuz 1. Klasse an Prof. Dr. med. Hans-Joachim Weitowitz (r.), der die Ehrung in Begleitung seiner Gattin Dr. med. Rotraut Weitowitz entgegennahm.

(red)

# Frankfurt à la française und Rüsselsheim an der Seine

## Buchmesse in Frankfurt – Modefotografie in den Opelvillen

Seit der Wahl von Emmanuel Macron weht ein frischer Wind durch den Élysée-Palast. Nicht nur Frankreich ist davon erfasst, auch Deutschland profitiert von der Brise, da sich der junge Präsident mit der Aura des charismatischen Reformers für florierende deutsch-französische Beziehungen stark macht. Im Herbst erreicht dieser Esprit auch Frankfurt und lässt französische Worte durch die Straßen einer der wichtigsten Buch- und Literaturstädte Deutschlands tanzen. „Francfort en français“ / „Frankfurt auf Französisch“: Unter der Schirmherrschaft von Emmanuel Macron ist Frankreich vom 11. bis 15. Oktober Ehrengast der Frankfurter Buchmesse – Höhepunkt des vom Institut Français seit Januar deutschlandweit veranstalteten französischen Literatur- und Kulturjahres.

Das Kulturprogramm in Frankfurt werde ein „summendes und fleißiges Bienennest sein“, kündigte Paul de Sinety, französischer Commissaire Général des Ehrengastauftritts, schon im Vorfeld an. Überall in der Stadt treten im Oktober französischsprachige Autoren und Künstler auf. „Je vous écris d’Europe“ ist eine Veranstaltung am 8. Oktober überschrieben, bei der Historiker und Philosophen darüber diskutieren wollen, was über Europa geschrieben, gedacht, erinnert und vergessen wird. Im Schauspiel Frankfurt sind unter anderem Auftritte von Michel Houellebecq und Yasmina Reza geplant. Weitere Lesungen und Diskussionen mit französischen Intellektuellen finden in der Romanfabrik, im Literaturhaus Frankfurt und in der Goethe-Universität statt.

### Intellektuelles Zuhause im Französischen

Weit über hundert französischsprachige Autoren werden auf der Buchmesse erwartet. Zu ihnen zählen neben Houellebecq und Reza unter anderem Namen wie Pénélope Bagieu, Olivier Cadiot, Yasmina Khadra, Frédéric Pajak, Riad Sattouf, Émilie de Turckheim, ZEP und Germano Zullo. Sie sind in Europa, dem Nahen Osten,



Cover SIBYLLE, 1964/2

Nordafrika oder auch Nordamerika geboren, finden ihr intellektuelles Zuhause aber im Französischen – der Sprache, die in Deutschland in der Belletristik am zweithäufigsten übersetzt wird. Mit über 470 Büchern aus verschiedenen Genres ist die Zahl der Übersetzungen alter und zeitgenössischer Autoren beeindruckend. Hier ein paar Kostproben aus der großen Auswahl, die frisch gepresst zur Frankfurter Bücherschau erscheinen:

„Europa hat eine Macht erlangt, die in der Geschichte unvergleichlich ist.“ – Dieser Satz stammt nicht etwa von heute, sondern aus dem Jahr 1783. Mit seiner Rede „Über die Universalität der französischen Sprache“ gewann Antoine de Rivarol (1753–1801) damals den ersten Preis des Wettbewerbs der Berliner Akademie. Jetzt erscheint sie, übersetzt von Beate Thill, erstmals in deutscher Sprache (Verlag: Das Wunderhorn). „Kleines Land“ heißt der, von Andrea Alvermann und Brigitte Große ins Deutsche übersetzte Roman von Gaël Faye (Piper Verlag), den französische Buchhändler zum „besten Buch der Saison“ gekürt hatten. Er handelt von Gabriel aus Burundi, der seit seiner Flucht aus dem Bürgerkrieg in Paris lebt, doch von den Gedanken an das verlorene Glück der

Kindheit verfolgt wird und noch einmal zurück nach Afrika möchte.

Was bleibt vom Zauber der Côte d’Azur, wenn die Touristen abgereist sind? In seinem Buch „Die Summe aller Möglichkeiten“ (Klett-Cotta), das Michael von Kilisch-Horn ins Deutsche übertragen hat, zeichnet Olivier Adam das Panorama eines Frankreichs in der Krise und empfiehlt Mitgefühl als Gegenmittel. Mohamed Leftahs Roman „Der letzte Kampf des Kapitän Ni’mat“ (Größenwahn Verlag Frankfurt am Main) in der deutschen Übersetzung von Laura-Victoria Skipis liest sich einerseits als unerhörte Liebesgeschichte zwischen zwei Männern und andererseits als leidenschaftliche Kritik an der ägyptischen Gesellschaft nach der Ära Nasser, in der religiöse Kräfte die moralischen Wertmaßstäbe festlegen und jegliche Form von Individualität unterdrücken.

### Ein Hauch von Paris in Rüsselsheim

Sie ist ein Mythos: Die Pariserin, lässig, anmutig und elegant, beflügelt die Phantasie. „How to be a Parisian“ hatte Anne Berrest unlängst ihren Bestseller überschrieben, der weniger als Anleitung, denn als Hommage an das unnachahmliche Original gedeutet werden sollte. In den 50er-Jahren des vergangenen Jahrhunderts umgaben Modefotografen die Pariserin mit mondänem Flair, das in den 60er-Jahren einer selbstbewussten Ausstrahlung wich. Nicht nur Französinen ließen sich von dem neuen Look inspirieren, der die weibliche Emanzipationsbewegung widerspiegelte. Seine Faszination reichte bis in die ehemalige DDR.

Ponyfransen in der Stirn, die Augen mit breitem Lidstrich reizvoll betont blickt das Mädchen auf dem Titelbild dem Betrachter nonchalant entgegen. Typisch Pariserin? Ja und nein. Die Schöne zierte einst den Titel der ostdeutschen Modezeitschrift „Sibylle“, deren erste Redakteurinnen an französischen Modezeitschriften geschult worden waren. Unter dem Titel „Sibylle – Die Fotografen“ ist in den Rüs-

selsheimer Opelvillen bis zum 30. November eine Ausstellung über das DDR-Frauenmagazin für Mode und Kultur und seine Bedeutung für die Entwicklung der Fotografie Ostdeutschlands zu sehen. „Sibylle“ – so etwas wie die „Brigitte“ der DDR und damit einzigartig jenseits der Mauer – erschien ab 1956 sechsmal pro Jahr im Verlag für die Frau, Leipzig.

„Ich verspreche Ihnen, dass ich meine Augen überall haben werde – in Prag und Florenz, in Warschau und Wien, in Moskau und New York, in Peking und London – und immer wieder in Paris. Natürlich weiß ich sehr gut, dass Sie in der Vergangenheit ein wenig – na, sagen wir: stiefmütterlich behandelt worden sind. Da gab es nicht immer das zu kaufen, was sie wollten, und was es zu kaufen gab, wollten Sie nicht...“, schrieb die erste Chefredakteurin des Mo-

dejourals. Dass der ehrgeizigen Modezeitschrift eine planwirtschaftliche Mangelwirtschaft gegenüberstand, ließ sich nicht leugnen. Doch die Not gebar eine Tugend: Modisch von der „Sibylle“ inspiriert, nähten viele Leserinnen ihre Klamotten selbst.

In jeder Ausgabe gab es eine Feuilletonstrecke: Porträts von Frauen in ihren Berufen, Vorstellungen von Künstlerinnen und Künstlern und ihren Werken, von Galerien und Ausstellungen. Im Fokus stand allerdings die Mode. Auch wenn die versprochene Internationalität des Magazins sich bald überwiegend auf das sozialistische Ausland – 1988 etwa gab es Themen aus Ungarn, Polen und Kuba – konzentrierte, gelang es der „Sibylle“ in den Grenzen des Regimes zum Forum künstlerisch ambitionierter Fotografie zu werden. Die Ausstel-

lung in den Opelvillen setzt sich mit den anspruchsvollen Fotografien von Sibylle Bergemann, Arno Fischer, Ulrich Wüst, Roger Melis, Sven Marquardt, Ute und Werner Mahler und anderen mehr auseinander. Alle hatten sich bei ihrer Arbeit für „Sibylle“ frei entfalten können, ohne der Zensur zum Opfer zu fallen. In der Opelvillen-Schau sind sie mit 250 ausgewählten Bildern vertreten, die den Betrachter zu einer Zeitreise durch Sozialismus, Mode und Ästhetik einladen.

Opelvillen Rüsselsheim:  
„SIBYLLE – Die Fotografen“: bis 26.  
November 2017, Mi von 10–18 Uhr,  
Do von 10–21 Uhr sowie Fr-So von  
10–18 Uhr

Katja Möhrle

## Ankunft der „grauen Busse“ in Frankfurt

Das „Denkmal der grauen Busse“ ist ein Mahnmal in Bewegung. Mit dem fast in Originalgröße aus Beton gegossenen Bus erinnern die Künstler Andreas Knitz und Horst Hoheisel an die rund 215.000 Opfer des nationalsozialistischen, sogenannten T 4-Euthanasie-Programms, von denen allein über 10.000 Menschen in der zur Tötungsanstalt gewordenen Heil- und Pflegeeinrichtung in Hadamar bei Limburg ermordet wurden (das Hessische Ärzteblatt berichtete darüber umfassend in Ausgabe 09/2016).

Grau gestrichene ehemalige Postbusse, die das Denkmal symbolisiert, beförderten Patientinnen und Patienten mit psychischen Krankheiten und geistigen Behinderungen in Tötungsanstalten wie Hadamar.

Das Denkmal ist begehbar, und in dem Durchgang ist die bange Frage eines Patienten: „Wohin bringt Ihr uns?“ mit den Daten 1940–1941 zu lesen, dem Zeit-



raum der sogenannten „T4-Aktion“ in sechs deutschen Mordanstalten. Das wandernde Denkmal ist seit über zehn Jahren deutschlandweit unterwegs und bleibt jeweils einige Monate an einem Ort. Es kam am 19. August 2017 in Frankfurt am Main an und steht bis Ende Mai 2018 am Rathenauplatz in der Nähe der Alten Oper. Man blickt aus dem Bus, einem Symbol dunkelster deutscher Zeit, auf die Goethe-Statue gegenüber, die für ein Deutschland der Kultur steht. Beide Denkmäler bilden so zwei Seiten, die zusammen gehören. Im Juni 2018 wird das „Denkmal der grauen Busse“ nach Hadamar kommen. Am Stadtrand ist die Klinik für Forensische

Psychiatrie/Zentrum für Soziale Psychiatrie gelegen, in deren Nebengebäuden sich die Gedenkstätte Hadamar befindet, die größte hessische Gedenkstätte, die an die Zeit des Nationalsozialismus erinnert.

Der Weitertransport des Mahnmals in Bewegung wird durch Spenden finanziert. Wenn Sie dazu beitragen möchten:

Verein zur Förderung  
der Gedenkstätte Hadamar e. V.  
Vermerk: Denkmal graue Busse  
Kreissparkasse Limburg, IBAN:  
DE 38 5115 0018 0040 4536 31

Dr. med. Alexander Marković, MBA



Spurensuche und Erinnerungsarbeit: die Künstler Andreas Knitz (links) und Horst Hoheisel.



Kommentar

# „Technik sollte nicht zum Selbstzweck werden!“

## Dr. Pinkowski, Telematik-Experte der LÄKH, zum neuen Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health

Im August startete die hessische E-Health-Initiative, eine Kooperationsvereinbarung über die Gründung eines gemeinsamen Kompetenzzentrums für Telemedizin und E-Health in Hessen.

Moderne Kommunikationstechnologien sollen künftig dazu beitragen, die wohnortnahe, medizinische Versorgung sicherzustellen. Dazu bündelt das gemeinsame Zentrum der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU) und der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) verschiedene hessische Initiativen und unterstützt das Land bei der Implementierung neuer, bedarfsgerechter Versorgungsformen.

Dem Hessischen Ärzteblatt hat Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen und Vorsitzender des Ausschusses für Telematik, eine Einschätzung zum neuen Kompetenzzentrum gegeben:

Es ist durchaus sinnvoll, Initiativen aus dem Bereich E-Health bzw. Telemedizin – beispielsweise in Form eines Kompetenzzentrums – zu bündeln und mit Hilfe der verschiedenen Ansätze und Technologien zur Verbesserung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung beizutragen.

Allerdings darf die Technik dabei nicht zum Selbstzweck werden, sondern sollte ausschließlich dazu beitragen, die Arbeit der Kolleginnen und Kollegen zu unterstützen und zu erleichtern und damit die Patientenversorgung zu verbessern. Wir sollten uns immer vor Augen führen, dass technische Anwendungen fehlende Ärzte nicht ersetzen können. Sie dienen lediglich als Ergänzung im ärztlichen Arbeitsalltag, denn auch für Modelle wie die telemedizinische Beratungen bedarf es nach wie vor einer Ressource: der Arztzeit.

Da im Bereich E-Health außerdem mit hoch sensiblen Patientendaten gearbeitet wird, müssen der Datenschutz und die Datensicherheit absolute Priorität bei der Entwicklung technischer Modelle und An-

wendungen im Gesundheitswesen haben. Nach meiner Einschätzung wird die Einhaltung dieses Aspekts sicher ein wichtiger Bestandteil der Arbeit des Kompetenzzentrums sein. Als Landesärztekammer ist es unsere Aufgabe, nicht nur die Interessen der Ärzteschaft, sondern auch die der Patienten zu vertreten und sicherzustellen, dass die technischen Entwicklungen dem Patientenwohl dienen und die Ärzteschaft auf sinnvolle Weise in ihrer Tätigkeit unterstützen. Daher werden wir uns gerne mit unserem spezifischen Know-How konstruktiv in die Entwicklungen und Prozesse einbringen, die im Rahmen der neuen Initiative entstehen.

**Dr. med. Edgar Pinkowski**  
Präsidiumsmitglied der LÄKH und Vorsitzender des Ausschusses für Telematik



Foto: Vera Friederich

### 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)

## Fachsprachprüfung – wie geht das?

### Podcast aus Niedersachsen

In einem neuen Podcast (Audio- oder Video-Kurzbeitrag, der im Internet abrufbar ist) erläutert die Ärztekammer Niedersachsen (ÄKN), wie die Fachsprachprüfung in diesem Bundesland abläuft. Da die Anforderungen durchaus vergleichbar mit denen der Landesärztekammer Hessen sind, ist der Podcast auch für Ärztinnen und Ärzte interessant, die nach einer Ausbildung im Ausland die Erteilung einer Berufserlaubnis oder Approbation in Hessen anstreben. Die dafür erforderlichen Kenntnisse der deutschen Sprache (§ 3 Absatz 1 Nr. 5 Bundesärzteordnung) müssen in Hessen ebenfalls in einer Fachsprachprüfung nachgewiesen werden. Das Video ist im Internet unter [www.aekn.de](http://www.aekn.de) abrufbar:



<https://tinyurl.com/y93twy23>

## Leafly.de Wissensportal über Cannabis als Medizin

Leafly.de ist ein neues, nach eigenen Angaben unabhängiges Onlineportal, das über den Einsatz von Cannabis als Medizin in Deutschland informieren will. Die Redaktion setzt sich aus Wissenschaftsjournalisten zusammen. Leafly.de gibt Antworten zu den wichtigsten Fragen rund um die Änderungen im Betäubungsmittelgesetz, durch die Möglichkeiten für die Verschreibung von medizinischem Cannabis erleichtert wurden. Für Ärzte, Apotheker und medizinisches Pflegepersonal wird ein Ratgeber für den Einsatz von Medizinalhanf mit den zugelassenen Cannabisarzneimitteln geboten. Leafly.de ist die deutsche Vertretung der US-amerikanischen Website Leafly.com – Anbieter: Leafly Holdings Inc., Seattle WA, USA. (red)

## Eine Zumutung: Stammdatenabgleich und Telematik

Als ich mich 1984 in meiner Hausarztpraxis niederließ, hatten wir Einzelleistungsvergütung als Papierabrechnung auf dem Krankenschein. Das Geld (= Restzahlung der KV) kam vier Monate nach Quartalsende. Heute, 30 Jahre später, präsentiere ich der Verwaltung eine weitestgehend pauschalierte Abrechnung papierlos, serviert als fertiges Online-Datenpaket zur automatisierten Weiterverarbeitung. Die Restzahlung kommt vier Monate nach Quartalsende... Die Verwaltungskosten der Krankenkassen und der KV sind in der Zeit gleichermaßen gestiegen bzw. haben sich prozentual vergleichbar entwickelt (Verwaltungskosten KVH 1996: 2,3 Prozent; 2016: 2,490 Prozent).

Was ist geschehen? Seit gut 20 Jahren investiere ich fast nur noch in Bürotechnik. Quartal für Quartal musste ich in meiner Praxis auf eigene Kosten eine immer komplexere Büroausstattung einrichten. Ich muss mittlerweile verpflichtend die Rechenkapazität von Mondflugmaschinen vorhalten, um meinen Beruf weiter ausüben zu können. In der Konsequenz haben KV und Krankenkassen die Dateneingabe in die Praxen verlagert. Auch die Aufgabe der Diagnosenkodierung wurde meiner Praxis aufgebürdet – so trage ich auch hier zur Entlastung der Verwaltungen bei. Doch der gepriesene Fortschritt geht weiter! Als Ausgeburt einer realitätsfremden Gesetzgebung muss ich demnächst auf Wunsch der Patienten Medikationspläne als EDV-Datei aushändigen. Der besseren Verständigung willen, versteht sich. Die Krönung der Verschrobenheiten wird bald folgen: Es ist vorgesehen, die „Stammdatenverwaltung“ der gesetzlichen Versicherten in die Arztpraxen zu ver-

gen. Da manche Krankenkassen für ihre Versicherten nur noch über das Internet erreichbar sind, soll offenbar der persönliche Kundenkontakt dem Team in der Anmeldung der Arztpraxen überlassen werden. Die Arzthelferin müsste dann die Angaben auf dem Versichertenalausweis online prüfen, bei der Krankenkasse abgleichen und gegebenenfalls Aktualisierungen vornehmen. Es ist ja eine irgendwie tüchtige Geschäftsidee, die Kontaktpflege mit den eigenen Versicherten outzusourcen und in nahezu gewohnter Weise an die Ärzte zu delegieren...

Auch das papierlose Büro hilft hier nicht weiter: Es zählt nicht die Menge an Papier in Kilogramm gemessen, sondern die zunehmende Datenmenge, die Ärzte an Vorschriften, Regelungen, virtuellen Formularen etc. lesen, beachten und umsetzen müssen! Nach der EDV-Eingabe der Behandlungsdaten und Kodierung der Diagnosen nun die Stammdatenverwaltung! Und man wundert sich über „Ärztmangel“! (1990 hatten wir 240.000 berufsständige Ärzte, 2016 waren es 380.000.)

Haben wir Medizin studiert, um Verwaltungsstellen zu betreiben? Wenn es nach dem Gesetzgeber geht, ja! Die ursprünglich für Mitte 2018 vorgesehene strafbewährte (= Honorarkürzung!) Einführung des Stammdatenabgleichs wurde gerade um ein halbes Jahr verschoben. Wohlgermerkt: nicht wegen politischer Einsicht, sondern wegen offenbar fehlender Marktreife. Doch aufgeschoben heißt nicht aufgehoben! Spätestens jetzt wird das Thema politisch, denn es stellt sich die Frage nach Verantwortung und Kompetenz unserer Parlamentarier.

Einerseits vernehmen wir ständig das hilflose Wehklagen über Ärztemangel, den Ruf nach mehr Studienplätzen, beobachten wir das fortwährende Heranzüchten immer weiterer paramedizinischer Ausbildungsberufe. Andererseits erlaubt sich unsere Gesellschaft den Luxus, ihre Ärzteschaft (Ausbildungskosten ca. 200.000 Euro pro Arzt) durch permanente systematische Bürokratieüberfrachtung als Verwaltungsgehilfen zu verheizen!

Ich hoffe, wir haben in dieser Sache die Fachärzte auf unserer Seite. Auch bei ihnen ist die Message angekommen, was es bedeutet z. B. zu Quartalsbeginn statt Patienten zu behandeln in der Anmeldung die Chipkartendaten online abzugleichen und am Geburtsdatum und Wohnortangaben herumzudoktern...

Als ehemaliger Einserschüler erlaube ich mir folgende Feststellung: Um der mathematischen Herausforderung einer Arztpraxis adäquat zu begegnen, reicht eine einfache Strichliste. Zur Not auf Papier. Der Rest möge unsere Sorge sein!

**Michael Andor**  
Präsidiumsmitglied  
der LÄKH

E-Mail:  
michael.andor@  
t-online.de



Foto: Vera Friederich

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

### 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)

### Drei Monate Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz (PsychKHG) in Hessen – Vortrag & Diskussion

- **Termin:** 1. November 2017, 14.30–16.30 Uhr
- **Ort:** Gesundheitsamt Frankfurt (Auditorium) Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt
- Die Zertifizierung ist beantragt.
- Die Teilnahme ist kostenlos.

Nach einer Vorstellung des Gesetzes gibt es die Möglichkeit für Fragen und Austausch u. a. mit Vertretern der Landesregierung und des Gesundheitsamtes.

- **Anmeldung** bitte per E-Mail an: [veranstaltung.psychiatrie@stadt-frankfurt.de](mailto:veranstaltung.psychiatrie@stadt-frankfurt.de).

# Warum das Heilpraktikerwesen einer Reform bedarf

## Die Forderungen des „Münsteraner Kreises“

Daniel R. Friedrich<sup>1</sup>, Jutta Hübner<sup>2</sup>, Jan-Ole-Reichardt<sup>1</sup>

Aus Sorge um die Qualität und Patientendienlichkeit von Behandlungen durch Heilpraktiker wurde im Rahmen des interdisziplinären „Münsteraner Kreises“ kürzlich das Münsteraner Memorandum Heilpraktiker (MMH, <http://daebl.de/BB36>) verfasst. In diesem Papier werden zwei verschiedene, aber nicht gänzlich trennbare Probleme kritisiert:

- zum einen die unregulierte und meist nur minimalistische Ausbildung von Heilpraktikern,
- zum anderen der Einsatz von alternativmedizinischen Maßnahmen, wie sie keineswegs nur von Heilpraktikern eingesetzt werden – von diesen aber praktisch ausschließlich.

Als Lösung des vielschichtigen Problems schlagen wir als Münsteraner Kreis zwei Alternativen vor: entweder den Beruf „Heilpraktiker“ ganz aufzuheben („Abschaffungslösung“) oder aber die Qualität der Heilpraktikerausbildung deutlich anzuheben, und zwar auf das Niveau anerkannter medizinischer Fachberufe mit fachbereichsspezifischer Zusatzausbildung („Kompetenzlösung“). Damit könnten „Fachheilpraktiker“ in ihren Bereichen zu einer ganzheitlichen und zugleich wissenschaftsorientierten Behandlung der Patienten beitragen.

Zu den Hintergründen des Memorandums: Unbestreitbar wünschen sich Patienten von den Experten, an die sie sich bei gesundheitlichen Fragen und Problemen wenden, einerseits fachliches Wissen auf aktuellem Stand und andererseits persönliche Zuwendung. Um diese Ziele bestmöglich zu erreichen, gibt es verschiedene Einrichtungen der Qualitätssicherung.

Ärzte durchlaufen in Deutschland ein mindestens sechsjähriges Studium und anschließend eine mindestens fünfjährige Weiterbildung zum Facharzt. Beides vermittelt das außerordentlich komplex gewordene medizinische Fachwissen, wäh-

rend auf kommunikative und psychologische Fähigkeiten in den vergangenen Jahrzehnten häufig zu wenig Wert gelegt wurde – eine Tatsache, die einen bisherigen Schwachpunkt der akademischen Ausbildung markiert, die sich in jüngerer Zeit aber zu ändern beginnt. Ähnlich verhält es sich bei den Gesundheitsfachberufen, deren hohe Ausbildungsstandards ständig überprüft und immer wieder an die Weiterentwicklung des Faches angepasst werden – durch Lehrplanergänzungen, aber auch durch eine zunehmende Akademisierung, die auf eine wissenschaftliche Reflexion der Fachberufe abzielt.

Von diesem engmaschigen Netz evidenzbasierter Aus- und Weiterbildung unterscheiden sich die Zulassungsvoraussetzungen für Heilpraktiker eklatant: Hier verlangt die Durchführungsverordnung zum Heilpraktikergesetz absurderweise nur, dass die jeweiligen Antragsteller

- (1) mindestens 25 Jahre alt sind;
- (2) die deutsche Staatsangehörigkeit besitzen;
- (3) über eine abgeschlossene Volksschulbildung verfügen (Hauptschulabschluss);
- (4) sittlich zuverlässig sind (verwirrbar durch strafrechtliche oder sittliche Verfehlungen);
- (5) gesundheitlich zur Ausübung des Berufs in der Lage sind;
- (6) keinen anderen Beruf ausüben;
- (7) und eine Prüfung des Gesundheitsamts bestehen, um darzulegen, dass sie mit ihrer Tätigkeit keine Gefahr für die Volksgesundheit darstellen (Gefahrenabwehrprüfung).

Auch wenn viele Heilpraktiker Aus- und Fortbildungsangebote unterschiedlich ausgerichteter Schulen in Anspruch nehmen, geschieht dies allein auf freiwilliger Basis. Die von Heilpraktikern nachzuweisende Kompetenz besteht nämlich, anders als bei Medizinerinnen oder Gesundheitsfachberufen,

nicht im heilkundlichen Wissen, sondern im Ausschließen von Gefährdungen durch nicht sachkundiges Handeln. Die abgeprüften Basiskenntnisse in Diagnostik und Medizinrecht (vgl. Punkt 7) verringern zwar bestimmte Gefahren im Umgang etwa mit Infektionskrankheiten. Sie verlangen aber keinerlei wissenschaftsorientierte Behandlungskompetenzen, so dass Patienten auch bei schwerwiegenden Erkrankungen Gefahr laufen, nicht auf Grundlage solider Evidenz behandelt zu werden.

Entsprechendes gilt in puncto Fortbildung: Während Ärzte einer Pflicht zu regelmäßiger Fortbildung unterliegen, um den rasanten Wissenszuwachs im Gesundheitssektor für ihre Patienten nutzbar zu machen, besteht für Heilpraktiker keinerlei konkrete gesetzliche Weiterbildungspflicht. Dieser eklatante Mangel wird auch nicht dadurch ausgeglichen, dass Heilpraktiker nach geltender Rechtsprechung Sorgfaltspflichten unterliegen und sich „über die Fortschritte der Heilkunde und auch über anderweitig gewonnene Erkenntnisse von Nutzen und Risiken der von ihm angewendeten Heilverfahren zu unterrichten“ haben (BGH, 29.01.1991 – VI ZR 206/90, Absatz 25).

Eine weitere Gefahrenquelle für Patienten ist in den Augen des Münsteraner Kreises die bei Heilpraktikern zentrale Behandlung von Patienten mit Maßnahmen aus dem Bereich der sogenannten Alternativmedizin. Diese Maßnahmen zeichnen sich zum einen dadurch aus, dass sie meist Vorstellungen von Krankheitsentstehung und -behandlung entspringen, die mit unseren heutigen wissenschaftlichen Auffassungen völlig unvereinbar sind.

Zum anderen gibt es regelmäßig keine Belege für die behaupteten Kausalwirkungen oder eine deutliche Unterlegenheit hinsichtlich der für den Patientennutzen relevanten Zielgrößen. Bei Vorliegen vielversprechender Wirksamkeitsnachweise wür-

<sup>1</sup> Institut für Ethik, Geschichte und Theorie der Medizin der Westfälischen Wilhelmsuniversität Münster, Von-Esmarch-Str. 62, 48149 Münster

<sup>2</sup> Klinik für Innere Medizin II, Am Klinikum 1, 07747 Jena

den sie nämlich unweigerlich in den Kanon der wissenschaftsorientierten Medizin übernommen und es somit sinnlos, sie noch als „alternativ“ zu bezeichnen.

Ohne evidenzbasierte Aus- und Weiterbildung und mit un- oder anti-wissenschaftlichen Krankheitstheorien operieren Heilpraktiker aber – verdeckt durch die staatliche Anerkennung – in einer paramedizinischen Parallelwelt zur wissenschaftsorientierten „Schulmedizin“. Gerade mit diesem staatlichen Gütesiegel und der problematischen (freiwilligen) Erstattung von Heilpraktiker-Leistungen durch priva-

te und gesetzliche Krankenkassen wird also – so haben wir in unserem Memorandum argumentiert – Patienten fälschlich signalisiert, Heilpraktiker leisteten eine de facto sinnvolle Ergänzung zur Schulmedizin. Aus diesen Gründen halten wir drei Dinge für unverzichtbar:

- I. eine gesundheitspolitische Debatte der von uns vorgeschlagenen Abschaffungs- und Kompetenzlösung,
- II. eine politische Umsetzung der Ergebnisse dieser Diskussion,
- III. aber auch einen kritischen Umgang mit dem verbreiteten Ärzte-, Zeit- und Em-

pathiemangel innerhalb der gegenwärtigen akademischen Medizin.

Kontakt:

**Prof. Dr. med. Jutta Hübner**

Professorin für Integrative Onkologie  
 Universitätsklinikum Jena  
 Abt. Hämatologie und Intern. Onkologie  
 Klinik für Innere Medizin II  
 E-Mail: jutta.huebner@med.uni-jena.de

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

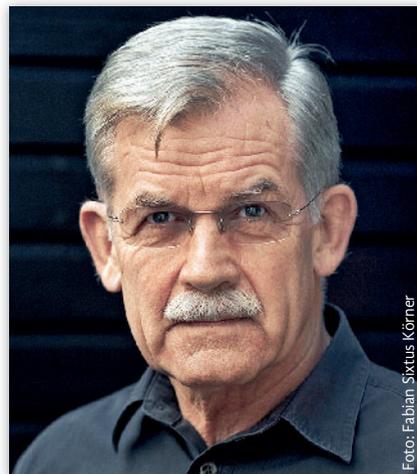


## Brückenbauer und Familienforscher

**Dr. med. Michael Popović, ehemaliger Hauptgeschäftsführer der Ärztekammer, feiert 70. Geburtstag**

Brücken bauen und für Verständigung sorgen: Darum ging es Dr. med. Michael Popović bei seinem Engagement in der ärztlichen Selbstverwaltung und in der Gesundheitspolitik. Bis zu seinem Ausscheiden 2010 war der gebürtige Fuldaer 23 Jahre lang Hauptgeschäftsführer der Landesärztekammer Hessen. Am 23. August 2017 hat Popović seinen 70. Geburtstag gefeiert. Ein Brückenbauer ist er noch immer, doch inzwischen setzt sich der Arzt, dessen familiäre Wurzeln ins heutige Tschechien zurückreichen, für grenzüberschreitende kulturelle Völkerverständigung ein.

Nach dem Medizinstudium arbeitete Popović zunächst als Oberstabsarzt im Bundeswehrkrankenhaus Gießen, war ehrenamtlich als stellvertretender Landesvorsitzender des Marburger Bundes, Landesvertretung Hessen, tätig, engagierte sich als Mitglied im damaligen Beirat des Präsidiums und als stellvertretender Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, bevor er seine hauptamtliche Laufbahn in der ärztlichen Selbstverwaltung begann: 1982 wurde Popović als Geschäftsführender Arzt in die Bundesärztekammer berufen; 1986 wechselte er als Geschäftsführender Arzt und Hauptgeschäftsführer zur Landesärztekammer Hessen.



Dr. med. Michael Popović

Neben der ärztlichen Fort- und Weiterbildung, der Katastrophenmedizin und ethischen Fragen am Beginn und Ende des Lebens setzte sich Popović besonders für Palliativversorgung und Gewaltprävention ein. Sein ehrenamtliches Engagement reichte schon damals über die Grenzen hinaus u.a. nach Tschechien: Nach der Wende war Popović Berater für den Aufbau der Tschechischen Ärztekammer und die Entwicklung des Tschechischen Krankenversicherungsgesetzes. Er gehörte der Internen Grant Agentur des Tschechischen Gesundheitsministeriums an und ist Gründungs-

präsident der Deutsch-Tschechischen Gesellschaft für Palliativmedizin.

Nach der Pensionierung habe er ein neues Leben begonnen, sagt Popović. Der Fokus seiner Aufmerksamkeit liegt seither auf der Kulturgeschichte. Augenzwinkernd verrät er, von dem „gefährlichen Keim der genealogischen, kulturhistorischen und literarischen Ambitionen infiziert“ zu sein. Eine fruchtbare Infektion, denn Popović widmet sich mit leidenschaftlicher Energie der Erforschung seiner Familiengeschichte, die ihn nach Böhmen, Mähren und Schlesien führt, teilweise zurück bis in die Zeit vor dem Dreißigjährigen Krieg. „Wer seine Wurzeln nicht kennt, kennt keinen Halt“ zitiert er Stefan Zweig auf seiner selbst gestalteten Website <http://pop-press.de>. Eine Auswahl von Popovićs zahlreichen Veröffentlichungen ist auf der Webseite von [academia.edu](http://academia.edu) eingestellt. Stolz ist der „Unruheständler“ vor allem auf Veröffentlichungen in GERMANOSLAVICA, der Zeitschrift für germano-slawische Studien. Dort erschienen u. a. Buchbesprechungen des gemeinsam mit Ivan Pfeifer herausgegebenen Bandes „Der Ackermann aus Böhmen“ und von Popovićs Buch „Böhmische Heiler. Es war einmal: Zauberverfälschungen vom Habichtsgebirge“.

**Katja Möhrle**

## Ärztekammer

# Zivil-Militärische Zusammenarbeit im Sanitätsdienst der Bundeswehr

## Engagement als ehrenamtlicher Reservist im Bereich des Katastrophenschutzes

Der Zentrale Sanitätsdienst der Bundeswehr hat neben der sanitätsdienstlichen Versorgung der Soldatinnen und Soldaten im In- und Ausland den Auftrag, die Beteiligung des Sanitätsdienstes im Bereich der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit (ZMZ) sicherzustellen. Zur aktiven Mitarbeit bei den vielfältigen Aufgaben in der ZMZ werden geeignete Angehörige (m/w) medizinischer Berufe wie Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Zahnärzte, Apotheker/-innen, Rettungsassistenten und Krankenpfleger zur Unterstützung des Kommandos Sanitätsdienstliche Einsatzunterstützung (KdoSanEinsUstg) und des Sanitätsregimentes 2 (SanRgt 2) mit Sitz in Rennerod und Koblenz gesucht.

### Gesetzliche Grundlagen der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit

Die Bundeswehr unterstützt im Rahmen der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit subsidiär zu den zivilen Hilfs- und Katastrophenschutzorganisationen wie Rettungsdiensten, Feuerwehren, THW oder der Bundespolizei, wenn das Ausmaß einer Schadenslage die Leistungsfähigkeit der zivilen Kräfte übersteigt oder ihr Andauern die zivilen Ressourcen erschöpft hat. Diese Hilfeleistung darf im Rahmen verfügbarer Kapazitäten, soweit es der originäre Auftrag der Streitkräfte zulässt, nur so lange erfolgen, bis zivile Einrichtungen und Organisationen zur Durchführung einer entsprechenden Hilfe am Katastrophen- oder Unfallort einsatzbereit sind.

In jüngerer Zeit stieg die Anzahl von Naturkatastrophen stetig an, die Bedrohung durch terroristische Anschläge ist gegeben und auch Großunfälle geschehen leider immer wieder, teilweise mit einer erheblichen Anzahl von Geschädigten. Die Zivil-Militärische Zusammenarbeit wurde gerade bei Naturkatastrophen, wie z. B. den Elbe-Hochwassern, im Bundesgebiet etabliert und mehrfach erfolgreich praktiziert. Sie stellt damit eine der Säulen des Bevölkerungsschutzes dar.



Das Besondere des Fähigkeitsspektrums des Sanitätsdienstes innerhalb der Streitkräfte macht die umfassende Eignung aller Kräfte und Mittel für den Hilfeinsatz im Inland aus. Insbesondere die hohe Mobilität unserer Behandlungseinrichtungen machen sie dort interessant, wo entweder keine ausreichende zivile, medizinische Infrastruktur besteht oder diese im Rahmen einer Katastrophe zerstört wurde. Gleiches gilt für die Geländebeweglichkeit unserer Krankentransportmittel. Es gibt unverändert kaum geländegängige Krankentransportmittel im zivilen Bereich.

### Das Territoriale Netzwerk

Die Bezirks- und Kreisverbindungskommandos (BVK und KV) in den einzelnen Bezirken und Kreisen der Bundesländer wurden von der Bundeswehr aufgestellt, um die Zivil-Militärische Zusammenarbeit im Inneren und im regionalen Kontext zu ermöglichen. Die Verbindungskommandos sind grundsätzlich mit lokal ansässigen und ortskundigen Reservisten besetzt. Diese halten Verbindung zu Ämtern, Dienststellen und Institutionen der Katastrophenschutzbehörden und zu Organisationen des zivilen Katastrophenschutzes. Sie beraten mit Fachwissen die Krisenstäbe und Kreisverwaltungen, stimmen deren Forderungen an die Bundeswehr ab und ergänzen im Katastrophenfall den jeweiligen Krisenstab personell.

### ZMZ-Stützpunkte

Zusätzlich zu den Reservistinnen und Reservisten im territorialen Netzwerk verfügt die Bundeswehr über ZMZ-Stützpunkte, die im Katastrophenfall besonders geeignete Fähigkeiten der Bundeswehr zur Verfügung stellen. Beim Zentralen Sanitätsdienst der Bundeswehr besteht die Möglichkeit einer Beorderung in einer Sanitätskompanie der Verstärkungsreserve für interessierte Angehörige (m/w) medizinischer Berufe wie Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen, Zahnärzte, Apotheker, Rettungsassistenten, Rettungssanitäter und Krankenpfleger/-innen. Die Sanitätskompanien der Verstärkungsreserve unterstützen ihren Verband im gesamten Aufgabenspektrum bei Ausbildung, Übung und Einsatz sowie insbesondere bei der Wahrnehmung der Aufgaben



Im Einsatz



Hilfeleistung für die Kinderklinik Siegen



Lagebesprechung der Einsatzleitung

eines Stützpunktes für ZMZ sowie bei nationalen Hilfeinsätzen. Insgesamt stehen in diesen sieben Kompanien bundesweit jeweils 200 Dienstposten für Reservistinnen und Reservisten zur Verfügung.

## Sanitätsregiment 2 (SanRgt 2)

Das SanRgt 2, mit Sitz in Rennerod im Westerwald und in Koblenz am Rhein, ist ein Verband der Sanitätstruppe für die sanitätsdienstliche Unterstützung von Einsätzen zur Krisenbewältigung und Konfliktverhütung, zur Landes- und Bündnisverteidigung und zur humanitären Hilfe sowie von einsatzähnlichen Verpflichtungen. Dieser Sanitätsverband ist dafür mit auf Containern und Zelten basierenden modularen Sanitätseinrichtungen (MSE) der verschiedenen Versorgungsebenen (erste notfallmedizinische bis chirurgische Versorgung im Einsatzlazarett) ausgestattet. Im Schwerpunkt des täglichen Dienstes steht für das SanRgt 2 primär, im Verbund mit seinen Schwesterregimentern und allen anderen sanitätsdienstlichen Kräften, ständig und weltweit die Sicherstellung der sanitätsdienstlichen Versorgung nationaler und multinationaler Einsatzkontingente. Im Inland kann das SanRgt 2 unter anderem bei Naturkatastrophen und besonders schweren Unglücksfällen auf Antrag im Sinne Artikel 35 des Grundgesetzes Hilfe leisten.

Ein großer Bedarf an Ärzten und Sanitätspersonal besteht in fast allen BVKs und KVKs des Bundeslandes Hessen. Hier liegen die Schwerpunkte bei den BVKs Darmstadt, Gießen, Kassel. Gleiches Personal wird auch bei den KVKs in Hessen gesucht. Schwerpunkte liegen hier bei den KVKs der Städte Offenbach und Wiesbaden und bei den Landkreisen Bergstraße, Darmstadt-Dieburg, Gießen, Groß-Gerau, Kassel, Limburg-Weilburg, Marburg-Biedenkopf, Of-

fenbach, Main-Kinzig, Main-Taunus, Odenwald, Rheingau-Taunus, Schwalm-Eder, Vogelsberg, Werra-Meißner und Wetterau. Des Weiteren besteht noch zusätzlicher Bedarf außerhalb des Bundeslandes Hessen bei beiden Sanitätskompanien der Verstärkungsreserve an den Standorten Rennerod und Koblenz. Hier werden noch verantwortungsbewusste SanStOffz Arzt (Sanitätsstaboffizier der Reserve) sowie medizinisches, nicht-ärztliches Personal (Sanitätsfeldweibel der Reserve) gesucht.

## Ausbildung

Die Arbeit des KdoSanEinsUstg und des SanRgt 2 steht und fällt mit der Qualität und dem Umgang mit den unterstellten Reservisten. Das Programm beider Dienststellen umfasst hierbei regelmäßige Informationsbriefe, Versorgung mit ZMZ-Dokumenten, halbjährliche Informationsveranstaltungen am Wochenende und ein aktives aus Reservisten bestehendes, dichtes und sich im ständigen Austausch befindliches Netzwerk sowie telefonische Erreichbarkeit der beiden Dienststellen zwecks Einzelberatung.

Die Reservistinnen und Reservisten der Verstärkungskompanie werden gemeinsam mit den aktiven Angehörigen des Verbandes ausgebildet. Zur Ausbildung gehören selbstverständlich auch Übungen mit Hilfsorganisationen.

Teile der Ausbildung der Reservistinnen und Reservisten im territorialen Netzwerk sind als moderne Fernlehrgänge konzipiert, um die Abwesenheit vom Arbeitsplatz für die Reservisten zu minimieren. Nach Abschluss der Ausbildung erfolgt die In-Übung-Haltung durch regelmäßige Trainings und Fortbildungstagungen zu militärischen und interdisziplinär-medizinischen Themengebieten, welche in der Regel von den zuständigen Kammern als

Fortbildung anerkannt und zertifiziert werden. Für ungediente Bewerberinnen und Bewerber ist der Ausbildungsgang etwas länger. Hier werden in einer kurzen modular gestalteten Grundausbildung militärische Grundkenntnisse vermittelt.

Der zeitliche Aufwand für ehrenamtliche Reservisten variiert. Im Grundbetrieb (normale Arbeitszeit ohne jegliche Katastrophe) steht die Kontaktpflege zu den zivilen Behörden im Fokus – nach dem Motto „in der Krise Köpfe kennen“. Zudem finden Veranstaltungen oder Übungen an den Wochenenden statt. Vieles lässt sich jedoch auch online von zuhause miterledigen. Welche Lehrgänge notwendig sind, richtet sich nach der militärischen Erfahrung des Einzelnen. Bei „Seiteneinsteigern“ ist eine abgespeckte Grundausbildung und eine Offiziersausbildung notwendig. Für die eigentliche Verwendung in der Zivil-Militärischen Zusammenarbeit sind abschließend noch drei Lehrgänge (je eine Woche) notwendig, die über einen Zeitraum von drei Jahren erfolgen.

Wenn Sie Interesse haben, sich ehrenamtlich aktiv für den Bevölkerungsschutz im Sinne des Leitsatzes der Bundeswehr „Mach was wirklich zählt“ und dem Leitbild des Zentralen Sanitätsdienstes „Der Menschlichkeit verpflichtet“ zu engagieren, dann kontaktieren Sie uns.

**Oberfeldarzt Dr. med. Katrin Schilling**  
**Hauptmann Rolf Koch**

Kommando Sanitätsdienstliche  
Einsatzunterstützung  
G 3.5 Nationale territoriale Aufgaben –  
Zivil-militärische Zusammenarbeit –  
Reservistenangelegenheiten  
Sachsen-Anhalt-Kaserne  
Zeitzer Straße 112  
06667 Weißenfels  
E-Mail: kdosaneinsustgzmzres@  
bundeswehr.org

## Nicht erwerbsmäßig Pflegende: Neue Beitragsstruktur nach der Pflegereform

Falls Sie wegen einer Pflichtmitgliedschaft in einer berufsständischen Versorgungseinrichtung von der gesetzlichen Rentenversicherung befreit sind, können Sie bei nicht erwerbsmäßiger Pflege beantragen, dass die Beiträge zur sozialen Sicherung für die Dauer der Pflegetätigkeit an das Versorgungswerk gezahlt werden. Dasselbe gilt für selbstständig Tätige, welche die Voraussetzungen für eine Befreiung von der gesetzlichen Rentenversicherung erfüllen würden, wenn sie versicherungspflichtig wären.

Um die Pflege weiterzuentwickeln und die Unterstützung für Pflegebedürftige, Angehörige und Pflegekräfte auszuweiten, hat die Bundesregierung zum 01. Januar 2015 das Erste Pflegestärkungsgesetz (PSG I) eingeführt. Mit dem zweiten und dritten Pflegestärkungsgesetz, die jeweils am 01. Januar 2016 und am 01. Januar 2017 in Kraft getreten sind, wurden nun nicht nur die Leistungen der gesetzlichen und privaten Pflegeversicherungen ausgeweitet, sondern auch das System der Pflegestufen reformiert.

An die Stelle der bisher drei Pflegestufen treten nun fünf Pflegegrade. Die Untergrenze für den Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen sinkt von 14 Stunden Pflege pro Woche auf 10 Stunden. Wer mehrere Pflegebedürftige betreut, kann die Zeiten zur Erfüllung der Mindestgrenze zusammenrechnen. Weiterhin gilt, dass eine begleitende Erwerbstätigkeit auf maximal 30 Wochenstunden begrenzt sein muss und die Pflegetätigkeit nicht erwerbsmäßig ausgeübt werden darf. Ferner

muss sie auf Dauer, also für mehr als zwei Monate im Kalenderjahr ausgeübt werden.

Ob die Voraussetzungen für einen Anspruch auf Rentenversicherungsbeiträge für Pflegepersonen gegeben sind, wird von der zuständigen Pflegekasse geprüft. Für die Höhe der Beiträge ist nun nicht mehr der zeitliche Umfang der Pflege, sondern neben dem Pflegegrad die Form der Leistungsanspruchnahme ausschlaggebend. Die Pflegekasse kann entweder den vollen Satz des Pflegegeldes auszahlen, den Etat für die Pflegesachleistungen ausschöpfen oder beides kombinieren.

Die Beiträge werden auf der Grundlage eines fiktiven Entgelts auf Basis der Bezugsgröße der Sozialversicherung nach § 18 SGB IV berechnet. Sie werden dann nach den einzelnen Pflegegraden und der Form der Inanspruchnahme gestaffelt als Prozentsätze der Bezugsgröße in Verbindung mit dem aktuellen Beitragssatz der gesetzlichen Rentenversicherung (2017: 18,7 %) berechnet. Konnten nach der alten Systematik Beiträge nur maximal auf der Grundlage von 80 % der Bezugsgröße gezahlt werden, können jetzt Pflegepersonen, die Pflegebedürftige mit Pflegegrad 5 betreuen und dabei die Option des ausschließlichen Pflegegeldbezuges gewählt haben, einen Beitrag auf der Grundlage der vollen Bezugsgröße der Sozialversicherung erhalten. Pflegepersonen, die Pflegefälle mit niedrigem Pflegegrad betreuen, erhalten jedoch entweder gar keinen Beitrag (Pflegegrad 1) oder können auch – zunächst nur rechnerisch – nur Anspruch auf einen niedrigeren Beitrag haben. Aufgrund einer Bestandsschutzregelung kommt der niedrigere Beitrag jedoch nicht zur Auszahlung. Wer also bereits im Jahr 2016 oder davor gepflegt hat, erhält den für das Jahr 2016 für ihn gültigen Beitrag weiter, wenn er höher ist als der nach der neuen Systematik ab 01. Januar 2017 sich rechnerisch ergebende. Der Bestandsschutz greift nicht mehr, wenn nach dem 31. Dezember 2016 eine Änderung in den

Pflegeverhältnissen eintritt, die zu einer Änderung der beitragspflichtigen Einnahmen führt.

Für Pflegepersonen, die beihilfeberechtigte Pflegebedürftige betreuen, bleibt es zudem bei den zwischen 20 % und 80 % variierenden tariflichen Leistungssätzen der privaten Pflegeversicherungen und der Beihilfestellen.

### Zusammenfassend ergeben sich daher folgende Änderungen:

#### Neuer Pflegebedürftigkeitsbegriff

Ab 2017 wird die vorhandene Selbstständigkeit eines Antragsstellers auf Pflegeleistungen ausschlaggebend dafür sein, ob er Kassenleistungen erhält oder nicht.

#### Neues Begutachtungssystem

Mit dem „Neuen Begutachtungssystem“ (NBA) prüfen Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) und anderer beauftragter Organisationen künftig anhand von sechs Kriterien, wie selbstständig ein Hilfs- und Pflegebedürftiger tatsächlich noch ist.

#### Fünf Pflegegrade statt drei Pflegestufen

Je höher ein Pflegegrad ist, desto un-selbstständiger wird der Betroffene von Gutachtern eingeschätzt und umso mehr Leistungen erhält er von seiner Pflegekasse. Die bisherigen drei Pflegestufen wurden zum 31. Dezember 2016 abgeschafft.

#### Heutige Leistungsempfänger werden nicht schlechter gestellt

Der Gesetzgeber garantiert allen, die 2016 bereits eine Pflegestufe haben und Leistungen der Pflegeversicherung beziehen, ab 2017 nicht schlechter gestellt zu sein als bisher. Versicherte mit anerkannter Pflegestufe bekommen außerdem automatisch und ohne eine erneute Begutachtung nach dem NBA-Verfahren einen Pflegegrad zugewiesen.

**Bianca Eppert**

Versorgungswerk,  
Geschäftsbereich Versicherungsbetrieb

### 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)

## Für Werbung mit Testurteilen, Empfehlungen und Gütesiegeln gelten Mindeststandards

Das Angebot klingt verlockend: Der Arzt sei – so heißt es in dem Schreiben – von Patienten und Kollegen empfohlen worden und die Praxis werde als besonders vorbildlich eingestuft. Das könne er bei Patienten werbewirksam mit einem Empfehlungssiegel kommunizieren. Der erste Haken an der Sache: Das Siegel kann nur derjenige nutzen, der es kauft. Der zweite Haken sind die wettbewerbsrechtlichen Vorgaben, die der Arzt zu beachten hat.

Besonders beliebt sind bei Verbrauchern Testergebnisse von objektiven Prüfinstituten wie Stiftung Warentest oder Öko-Test. Sie werden meist mit den entsprechenden und bekannten Testsiegeln beworben. Testergebnisse der Stiftung Warentest etwa beruhen auf objektiven und nachvollziehbaren Kriterien. Wer diese Siegel verwendet, hat in erster Linie die Fundstelle anzugeben, anhand welcher der interessierte Verbraucher das Testergebnis nachvollziehen kann. In den Heften der Stiftung Warentest sind die Testkriterien, der Testverlauf und die Gewichtung der Einzeltests detailliert aufgeführt. Natürlich muss das Testergebnis zutreffend wiedergegeben sein und darf zum Beispiel nicht durch neuere Tests überholt sein. Neben diesem „Klassiker“ gibt es weitere Waren- oder Dienstleistungstests etwa vom TÜV, aber auch Auszeichnungen aufgrund von Kundenumfragen, Konsumententests, Servicestudien oder ähnlichem.

### Wie kommt das Ergebnis zustande?

Es gibt eine Vielzahl von Kriterien, die die Rechtsprechung im Laufe der Jahre aufgestellt hat und die von seriösen Siegelanbietern beachtet werden müssen. Ein Warentest etwa muss von neutraler Stelle anhand objektiver Kriterien durchgeführt werden.

Das gilt auch für die Werbung mit Studienergebnissen sowie Markt- und Produktanalysen. Diese müssen auf wissenschaftlichen Methoden beruhen. Eine Selbstauskunft des Getesteten zur Qualität seiner Praxis ohne entsprechende Überprüfung rechtfertigt zum Beispiel nicht die Werbung „ausgezeichnete Praxisqualität“. Die Verwendung eines solchen Siegels wäre irreführend nach § 5 des Gesetzes gegen den unlauteren Wettbewerb.

Es versteht sich von selbst, dass ein gutes Testergebnis nicht „erkauft“ werden kann. Diese Maßstäbe gelten im Grundsatz auch für Meinungsumfragen zur Patientenzufriedenheit. Die Rechtsprechung verlangt, dass bereits das Siegel selbst das subjektive Element des Tests heraushebt, damit nicht der Eindruck erweckt wird, es habe ein objektiver Test stattgefunden. Es muss die inhaltliche Ausrichtung des Tests deutlich werden, es muss die Zahl der Teilnehmer einer Umfrage, die an sie gestellten Fragen sowie die Kategorisierung der Antworten dargestellt werden.



So darf zum Beispiel eine Notenskala nicht den Verbrauchervorstellungen widersprechen. Das Oberlandesgericht Köln hat es deshalb als irreführend beanstandet, wenn es sich bei „sehr gut“ nur um die zweitbeste Bewertungskategorie handelt, weil dies dem – durch das Schulnotensystem geprägten – Verbraucherverständnis nicht entspricht (OLG Köln, Urteil vom 4.4.2012, 6 U 197/11).

Es liegt auf der Hand, dass Kundenmeinungen nicht manipuliert werden dürfen. Liegen diese Voraussetzungen vor, so wird man von einem seriös zustande gekommenen Ergebnis ausgehen können. Hat man sich für ein Siegel oder eine Urkunde entschieden, heißt dies noch lange nicht, dass man sich zurücklehnen und auf die Werbewirkung warten kann. Vielmehr treffen den Verwender der Siegel – sprich: den Arzt, der es in seiner Praxis aufhängt oder in Anzeigen damit wirbt – Pflichten: Er hat dafür Sorge zu tragen, dass der Verbraucher alle Informationen findet, die es ihm ermöglichen, ein Testergebnis nachzuvollziehen.

Der Bundesgerichtshof hat diese strengen Vorgaben in einem aktuellen Fall bestätigt (BGH, Urteil vom 21. Juli 2016, I ZR 26/15). Er vertrat die Auffassung, dass Angaben wie „LGA tested safety“ für die Kaufentscheidung des Verbrauchers von großer Bedeutung seien. Er habe ein erhebliches Interesse daran, zu erfahren, anhand welcher Kriterien die Prüfung erfolgt sei. Der Werbende müsse daher kurze Prüfzusammenfassungen erstellen, die die Prüfkriterien nachvollziehbar enthielten.

### Letztlich haftet der Arzt

Für den Arzt, der sich für ein Siegel entscheidet, bedeutet dies, dass er entweder selbst die Prüfkriterien zusammenzustellen hat oder auf die Seite des Testers mit den entsprechenden Informationen verweist. Dabei muss nicht jeder einzelne Prüfbericht zur Verfügung gestellt werden, andererseits wird es nicht ausreichen, wenn bei einem Qualitätssiegel, mit dem der Praxis eine ausgezeichnete Qualität beschieden wird, als Kriterium lediglich „Patientenansprache“ oder „Patientenzufriedenheit“ angegeben wird. Es empfiehlt sich, mit dem Anbieter der Tests oder Siegel im Vorfeld zu besprechen, ob und welche detaillierten Informationen er zur Verfügung stellen kann. Denn letztlich haftet der Arzt, nicht das Prüfunternehmen, für berufs- oder wettbewerbsrechtliche Verstöße.

#### RA Christiane Köber

Mitglied der Geschäftsführung  
der Zentrale zur Bekämpfung unlauteren  
Wettbewerbs, Bad Homburg



Leicht gekürzter Nachdruck aus:  
Rheinisches Ärzteblatt 7/2017, S. 25

# „Wir denken, wir sind die Guten. Aber das denken nicht alle!“

## Schwerpunktthema Sicherheit beim Kurs „Update Notfallmedizin“ in Kassel



Reanimationstraining nach aktuellen Guidelines in Kleingruppen



Deeskalationstraining mit Übungen zum Distanzschaffen und -halten

Was können Notärzte tun, wenn aus einem Routineeinsatz plötzlich ein Angriff auf das eigene Leben wird? Beim ersten Kurs „Update Notfallmedizin“ des Elisabeth-Krankenhauses Kassel konnten rund 120 Teilnehmer Reaktionsmöglichkeiten auf aktuelle Notfallszenarien einüben – organisiert vom Team Rettungsmedizin Eli unter der Leitung von Armin Jost.

An der Fortbildung mit dem Schwerpunktthema „Sicherheit“, moderiert von Michael Kind, Leiter der Zentralen Notaufnahme, nahmen hauptsächlich Notärztinnen und Notärzte, aber auch Personal vom Rettungsdienst und der Polizei teil. Der Vorsitzende des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, konnte sich von der hohen Qualität der kostenfreien Veranstaltung überzeugen.

Neben den klassischen Workshop-Themen Notfall-EKG, Nar-kose im Notfall, Management bei schwierigen Atemwegen, Reanimation (Cardiopulmonary resuscitation, CPR) nach den aktuellen Guidelines, leitliniengerechte Erstversorgung des

Trauma-Patienten wurden folgende „brandaktuelle“ Themen behandelt:

### Management von Stich- und Schussverletzungen:

Die Workshop-Teilnehmer erhielten einen Überblick über die Funktion von Schusswaffen, Möglichkeiten der Sicherung und sicheren Entladung im Einsatz, Grundlagen der innenballistischen Wirkung bei Körpertreffern durch unterschiedliche Kaliber sowie Trauma-Algorithmen für die

spezielle präklinische Versorgung bei perforierenden Verletzungen.

### Workshop „Deeskalation“:

Hier bekamen die Teilnehmer durch den Polizeibeamten Michael Schachtebeck ein Konzept für die generelle Herangehensweise an Einsatz- und Konfliktsituationen. Trainiert wurde die Fähigkeit, im Umgang mit Aggression Distanz zu schaffen, Distanz zu halten und Grenzen zu setzen.



Erster Kurs „Update Notfallmedizin“ des Elisabeth-Krankenhauses Kassel, organisiert vom Team Rettungsmedizin Eli unter Leitung von Armin Jost (links), moderiert vom Leiter der Zentralen Notaufnahme Michael Kind (rechts), im Bild zusammen mit dem Vorsitzenden des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Mitte).

### Selbstverteidigung im Rettungsdienst

ging noch eine Stufe weiter: André Weithöner, als Beamter im Justizvollzugsdienst ein Mann aus der Praxis, unterwies die Teilnehmer durch rettungsdienstspezifische Szenarien in der Kunst der Gegenwehr in beengten Situationen (Rettungswagen, Notaufnahme etc.).

Darüber hinaus beleuchteten Vorträge verschiedene Aspekte der aktuellen Sicherheitslage:

### Gewalttacken gegenüber Polizeibeamten in Nordhessen – Konsequenzen für den Rettungsdienst?

Darüber referierte der Bezirksvorsitzende der Gewerkschaft der Polizei in Nordhessen, Stefan Rüppel. Er arbeitete exemplarisch einige eskalierte Situationen im Streifendienst der vergangenen Jahre auf. Seine Quintessenz: „Wir denken, wir sind die Guten. Aber das denken nicht alle.“ Die Identität als „Bürger in Uniform“ stehe für den Polizeibeamten ebenso in Frage wie die tradierte Hoffnung, Rettungsdienstkleidung bedeute für den Träger so etwas wie eine geschützte Neutralitätsstellung. Außerdem für ihn wichtig: eine verbesserte Kommunikation und Kooperation zwischen allen beteiligten Einsatzkräften.

**Situationsadäquates Eigensicherungsverhalten von Rettungsdienstkräften im potenziellen Konfliktraum:**

Zu diesem Thema hielt Hermann Friedrich, Polizeioberrat a. D., einen Vortrag.

Der ehemalige Dozent an der Hessischen Hochschule für Polizei und Verwaltung für die Studienfächer Einsatzlehre und Einsatztraining gab den Zuhörern ein strukturiertes Konzept für das gemeinsame sichere Vorgehen bei Bedrohungslagen an die Hand. Eine Rettungswagenbesatzung geht beispielsweise nur gemeinsam hintereinander in den Einsatzbereich, wobei einer den anderen schützt und Erkenntnisse sofort ausgetauscht werden. Die Notfallrucksäcke können auch als „Schutzschild“ verwendet werden.

**Die Messerattacke auf ein Rettungsteam in Bayreuth 2015:**

Eindrucksvoll schilderte der Ärztliche Leiter Rettungsdienst von Bayreuth, Dr. med. Stefan Eigl, die plötzliche Eskalation eines scheinbaren Routineeinsatzes und rückte

ins Bewusstsein, dass auch die alltägliche Arbeit im Rettungsdienst ein Restrisiko bedeutet. Man müsse immer auf Alles vorbereitet sein; aus einem scheinbar harmlosen Einsatz kann schnell ein Angriff werden, der Leib und Leben der Rettungsdienstkräfte bedroht.

Deswegen sind Schulungen wie diese sehr wichtig. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren von dem sehr informativen und praxisorientierten Kurs begeistert und wünschen sich eine jährliche Fortsetzung dieser Veranstaltung.

**Dr. med. Dipl.-Chem.**

**Paul Otto Nowak**

Facharzt für Innere Medizin,

Notfallmedizin,

Vorsitzender des Ausschusses

Notfallversorgung

und Katastrophenmedizin der LÄKH

Bücher



**Monika Niehaus,  
Andrea Pfuhl:  
Die Psycho-Trojaner:  
Wie Parasiten uns steuern**

S. Hirzel Verlag, Stuttgart 2016,  
kartoniert, 238 Seiten, € 24.90  
Print: ISBN 9783777626222,  
E-Book: ISBN 9783777626383

Mit List und Tücke versuchen Parasiten, sich bei ihren Wirten einzunisten und zu vermehren – auf teils abenteuerlichen Wegen. Die beiden Biologinnen und Wissenschaftsjournalistinnen Dr. Monika Niehaus und Andrea Pfuhl erzählen darüber kenntnisreich und äußerst kurzweilig. Wer meint, dass ein Großteil dieser Medizingeschichte bekannt ist, entdeckt neue historische Querverbindungen: Wie haben „klassische“ Parasiten die Geschichte der Menschheit beeinflusst? War „Ladykiller“ Heinrich XIII. von England mit Syphilis infiziert (Seite 96)? Ihre Exkurse spicken die Autorinnen mit vielen Zitaten – gruseliger oder humorvoller Art. Von sichtbaren Plagegeistern (Läuse, Flöhe, Würmer) geht es zu Erregern der Syphilis, Tollwut, Bornaviren und den Auslösern des PANDAS-Syndroms.

Läuse zum Beispiel, auf Körperwärme trainiert, verlassen Fiebernde oder Tote in Scharen. Was sich diesbezüglich bei einer Trauerfeier um Erzbischof Thomas Becket im Jahre 1170 in der Kathedrale von Canterbury zugetragen haben soll, ist auf Seite 16 zu lesen. Ein Plädoyer für eine „Impfung gegen Armut“ findet sich ab Seite 70: Schwere chronische Wurminfektionen betreffen vor allem Menschen in Entwicklungsländern. Damit, so die These, gehe eine schlechtere körperliche Konstitution und verringerte Lernfähigkeit einher, die sich auf den durchschnittlichen Intelligenzquotienten einer ganzen Nation auswirken könne und damit auf die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit.

Dass ein Parasit seinen Wirt manipuliert, um seine Nachkommenschaft zu steigern, zeigt die Toxoplasma-Forschung, die in einer wichtigen Frage noch nicht abgeschlossen ist: Kann Toxoplasma Schizophrenie auslösen? Für eine familiäre Häufung wären dann weniger die Gene als die Lebensumstände wie gemeinsame Nahrung, Trinkwasser und Katzenhaltung verantwortlich. Die Autorinnen der „Psycho-Trojaner“ sind große Science-Fiction-Fans. Und so gibt es, ähnlich wie Loriot's Steinlaus im Psyhyrembel, einen Gastbeitrag von Prof. Astral Sternu Tarantoga von der Universität des Sterns Fomalhaut über intergalaktische Schmarotzer inklusive Reisetipps zu Wüstenplaneten.

**Isolde Asbeck**

### Bezirksärztekammer Frankfurt

## Wir gedenken der Verstorbenen

Dipl.-Psych. Maria Renate Bergfeld,  
Solms  
\* 29.09.1946 † 30.10.2016

Dr.-medic Michael Achilles Maria Baican,  
Bad Homburg  
\* 10.05.1935 † 01.02.2016

Dr. med. Rüdiger Betz, Darmstadt  
\* 06.11.1935 † 10.08.2017

Dr. med. Olav Böning, Allendorf  
\* 14.01.1967 † 18.05.2017

Dr. med. Ingeborg Brill, Kassel  
\* 25.09.1922 † 30.09.2014

Prof. Dr. med. Friedhelm Dapper,  
Gießen  
\* 05.11.1947 † 21.07.2017

Dr. med. Josef Deister, Mainz  
\* 10.01.1926 † 10.07.2017

Gisela Eitel, Wiesbaden  
\* 13.10.1945 † 11.06.2017

Obermedizinalrätin a.D. Dr. med.  
Christliebe Firmans, Bad Nauheim  
\* 09.10.1917 † 19.04.2016

Prof. Dr. med. Dr. med. dent.  
Gerhard Frenkel, Eschborn  
\* 18.04.1925 † 28.07.2017

Claudia Alice Görlich, Gießen  
\* 20.10.1970 † 27.07.2017

Corneliu Greising, Langen  
\* 31.12.1932 † 06.06.2016

Medizinaldirektor Dr. med.  
Gottlieb Haas, Frankfurt  
\* 28.11.1922 † 04.08.2014

Dr. med. Ahmad Hakim-Meibodi,  
Arolsen  
\* 09.04.1936 † 08.08.2017

Ahmad Heldensen, Schlüchtern  
\* 05.07.1943 † 05.07.2016

Dr. med. Uta Sophie Meta Jacobi, Lich  
\* 16.07.1936 † 23.07.2017

Karl Wilhelm Jung, Darmstadt  
\* 28.05.1950 † 26.03.2017

Dr. med. Bodo Luding, Bad Homburg  
\* 04.05.1941 † 01.04.2017

Dr. med. Ilse Ludwig, Wetzlar  
\* 16.11.1952 † 21.07.2017

Dr. med. Elisabeth Mack, Bad Orb  
\* 02.11.1922 † 21.04.2016

Dr. med. Klaus-Dieter Oschinsky,  
Bad Salzschlirf  
\* 08.01.1923 † 10.08.2017

Dr. med. Paul Perl, Frankfurt  
\* 23.04.1952 † 06.06.2017

Dr. med. Eugen Ratiu, Dietzenbach  
\* 18.01.1923 † 16.06.2017

Dr. med. Guenter Reitz, Fulda  
\* 06.11.1932 † 25.04.2017

Maria Rothmann, Dipperz  
\* 06.04.1938 † 28.08.2014

Dr. med. Klaus Röwe, Frankfurt  
\* 14.11.1927 † 08.08.2016

Dr. med. Julia Schenk, Dautphetal  
\* 08.05.1980 † 02.07.2017

Dr. med. Eva-Miriam Schöttmer,  
Wiesbaden  
\* 01.05.1975 † 04.07.2017

Christel Shafie, Marburg  
\* 24.07.1940 † 08.03.2017

Hans-Peter Sperling, Zwingenberg  
\* 30.01.1948 † 24.07.2017

Dr. med. Anna Maria Taufkirch,  
Frankfurt  
\* 01.01.1948 † 27.06.2017

### Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Darmstadt



**Matthias Goebeler, Henning Hamm (Hrsg.)  
Basiswissen Dermatologie**

Springer-Verlag Heidelberg 2017.  
Softcover ISBN 9783662528105,  
€ 24.99 / 335 Seiten,  
E-Book: ISBN 9783662528112, € 19.99

Das Buch „Basiswissen Dermatologie“ beschreibt in 20 Kapiteln knapp, aber umfassend alle wichtigen Erkrankungen im Fachgebiet Dermatologie. Die systematische Aufteilung hilft insbesondere im Studium, aber gegebenenfalls auch in der Facharztweiterbildung, sich schnell über die einzelnen Krankheitsbilder zu informieren und das nötige Grundwissen anzueignen.

Die Beschreibung der Pathogenese, der klinischen Bilder und auch der Therapie geben in umfänglicher Weise dem Studierenden ein gutes Basiswissen, um sich für das Examen vorzubereiten. Aber auch für Ärztinnen und Ärzte im Klinikalltag ist das Buch geeignet, rasch Antworten zu erhalten. Zur Überprüfung des eigenen Verständnisses können die am Ende eines jeden Kapitels eingefügten Übungsfragen eine gute Hilfestellung sein. Die im zweiten Kapitel tabellarische Aufstellung der wesentlichen Systemtherapeutika in der Dermatologie sollte als Grundlage für das pharmakologische Grundwissen verstanden werden und für den Einstieg bzw. die Vertiefung in die Dermatotherapie nützlich sein. Die Bilder innerhalb der einzelnen Kapitel sind überwiegend aussagekräftig, aber gelegentlich wären mehr Detailaufnahmen zu wünschen gewesen, insbesondere im Kapitel 14 „sexuell übertragbare Infektionen“. Gerade in der vielleicht späteren Tätigkeit in der Grundversorgung sind derartige visuelle Hilfen sehr von Nutzen. Aus diesem Grunde wäre zu wünschen, dass im Fachgebiet Dermatologie zukünftig noch mehr Wert auf die Fotodokumentation der einzelnen Krankheitsbilder gelegt wird.

Im Anschluss an die klinischen Kapitel finden sich für die Vorbereitung auf das Staatsexamen exemplarische Multiple Choice-Fragen und deren Lösungen, die der Selbstüberprüfung dienen und das Erlernete vertiefen können. Zusammenfassend ist festzustellen, dass das Buch „Basiswissen Dermatologie“ für das Studium und die Examensvorbereitung – mit Einschränkungen auch für die Facharztweiterbildung – sehr gut geeignet ist.

**Dr. med. Hans-Martin Hübner**

Bezirksärztekammer Kassel

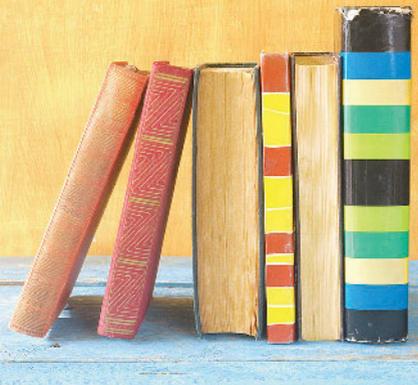
Bezirksärztekammer Marburg

## Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser,  
Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie empfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

**Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!**

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



## Goldenes Doktorjubiläum

- 27.11.: Dr. med. Hans-Jürgen Prinzler,  
Wetzlar  
01.11.: Dr. med. Bernd Wengler, Kassel  
10.11.: Dr. med. Veronika Glossmann,  
Heuchelheim  
10.11.: Dr. med. Klaus Müller, Erbach  
11.11.: Dr. med. Reinhard Pfaff,  
Neukirchen  
24.11.: Dr. med. Dieter Joest,  
Linsengericht  
27.11.: Dr. med. Mahmoud Nassabi,  
Eschborn  
30.11.: Dr. med. Ursula Horter-Weber,  
Bensheim

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



Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

### CME-Beiträge aus 06/2016 und 09/2016: Richtige Antworten

**Zu den Multiple Choice-Fragen „Röntgen unter besonderen Umständen – Der Schutz des Ungeborenen genießt hohe Priorität“ von Dr. med. Susan Trittmacher im Hessischen Ärzteblatt 06/2016, Seite 327 ff:**

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

**Zu den Multiple Choice-Fragen „Der Herztod beim Sport – ein Paradoxon?“ von Prof. Dr. med. Wilfried Kindermann im Hessischen Ärzteblatt 09/2016, Seite 501 ff:**

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

**Zu den Multiple Choice-Fragen „Der Leistenschmerz in der Sportmedizin: Diagnostik und Differenzialdiagnosen“ von Dr. med. Götz Dimanski im Hessischen Ärzteblatt 09/2016, Seite 506 ff:**

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

## Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060049279 ausgestellt am 13.07.2017 für Dr. med. Anette Heinz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060047003 ausgestellt am 06.02.2017 für Dr. med. Mathias Dungs, Obertshausen

Arztausweis-Nr. 060045520 ausgestellt am 07.11.2016 für Dr. med. Jan Niemeyer, Hofheim

Arztausweis-Nr. 060031575 ausgestellt am 06.11.2013 für Dr. med. Claus-Dieter Eckert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060030807 ausgestellt am 15.08.2013 für Veronika Tesanović, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045149 ausgestellt am 13.10.2016 für Prof. Dr. med. Peter Gündling, Bad Camberg

Arztausweis-Nr. 060033048 ausgestellt am 25.03.2014 für Dr. med. Susanne Träger, Marburg

Arztausweis-Nr. 060031206 ausgestellt am 26.09.2013 für Dr. med. Raluca Hank, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033238 ausgestellt am 08.04.2014 für Dr. med. Margret Wirthgen, Kassel



**In der Sommerabschlussprüfung** konnten 19 von 22 Prüflingen der Bezirksärztekammer Marburg erfolgreich ihre Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten (MFA) abschließen. Im Rahmen der feierlichen Übergabe der Prüfungszeugnisse überreichte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (4. v. r.) der Jahrgangsbesten Sabrina Mengel (links von ihm) neben ihrer Urkunde einen Gutschein und einen Blumenstrauß. Trotz der unterrichtsfreien Zeit kamen der Schulleiter der Kaufmännischen Schulen Marburg Oberstudiendirektor Klaus Denfeld (3. v. r.), Abteilungsleiterin Studiendirektorin Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt (links außen) sowie Lehrkräfte der Kaufmännischen Schule zur Veranstaltung, die durch Harald Krähe am Klavier und Achim Schwarz an der Querflöte musikalisch begleitet wurde. (pon)



**Abschlussprüfung Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung:** Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg (rechts) gratuliert den erfolgreichen Absolventinnen: (von links) Jennifer Reitz, Lydia Erbes, Nicole Faber, Seyma Egen, Jana Brackmann, Miriam Weitzel, Kerstin Schwarz und Doris Wege.

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

#### Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt im dualen System, das heißt Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Berufsaus-

bildung zusammen. Die beiden Lernorte haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind (basierend auf der Ausbildungsverordnung vom 26. April 2006).

Informationen im Internet unter:  
<http://www.laekh.de/aktuelles>

#### Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufsjubiläum:

Daniela Kleinschmidt,  
seit zehn Jahren tätig bei  
Dr. med. K. Manolopoulos, Offenbach;

Anna Lindenbach,  
seit zehn Jahren tätig bei  
Dr. med. S. Martens, Darmstadt;

Ramona Weinrich,  
seit zehn Jahren tätig bei Dr. med. J. Simon,  
Dr. med. C. Schwuchow, Dr. med. A. Höl-  
scher, Dr. med. C. Hölscher, I. Olbert und  
M. P. Conze, Fulda;

Katja Winter,  
seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. W. Müller,  
Fulda.

#### Zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufs- jubiläum gratulieren wir:

Sigrid Altmeyer,  
seit 25 Jahren tätig bei  
Dr. med. J. Burdenski, Frankfurt;

Danuta Brzezina,  
seit 25 Jahren tätig bei J. Heckmann,  
vormals Praxis Dr. med. G. Heckmann,  
Erlensee;

Bärbel Adam,  
seit 38 Jahren tätig bei J. Kuhl, Hofgeismar.

#### Wir gratulieren der Helferin zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Nawal Genceolu,  
seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. K. Manolo-  
poulos, Offenbach.

### Wissenschaftlicher Preis 2017 der Rhein-Main-AG Gastroenterologie

- Der Preis (2.500 Euro) soll für eine hervorragende Publikation aus Hessen auf dem Gebiet der Gastroenterologie vergeben werden.
- Einsendungen bis 1. November 2017 an Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem, Uniklinikum, Theodor-Stern-Kai 7, 60590 Frankfurt/M.
- Preisverleihung im Rahmen des Jahresvortrags der Rhein-Main-AG für Gastroenterologie am 6. 12.2017, 17.30 Uhr (Villa Bonn, Frankfurt)

## 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. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

**Anschrift der Redaktion:** Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen  
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: [haeb@laekh.de](mailto:haeb@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 2. Quartal 2017:

Druckauflage: 35.167 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.749Ex.



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