

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2017
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 78. Jahrgang



Foto: Michael W. Davidson / mauritius images

Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie

13. ordentliche Delegiertenversammlung

Themen waren unter anderem der Jahresabschluss 2016, der Bericht aus dem Versorgungswerk sowie der neue Verwaltungssitz der LÄKH

40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle

Zwei Beiträge geben einen Einblick in die unabhängige und objektive Arbeitsweise der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Matisse und Bonnard im Frankfurter Stadel

Die Künstlerfreundschaft der beiden Maler steht im Mittelpunkt der Ausstellung, die zugleich Hommage und spannungsvoller Dialog ist

Lichtmikroskopische Aufnahme von Vitamin E



Patientendaten – das Erdöl der Zukunft?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

schon der uralte Eid des Hippokrates formulierte die „heilige“ Schweigepflicht des Arztes, denn bereits in der Antike galt es, das Patientenvertrauen in den Arzt unbedingt zu schützen. Ohne dieses Vertrauen bestünde die Gefahr, dass sich der Patient dem Arzt nicht völlig anvertrauen würde. Gefährliche Wissenslücken könnten die Folge sein. Nicht umsonst ist daher die ärztliche Schweigepflicht in § 203 des Strafgesetzbuches ausdrücklich auch über den Tod hinaus geregelt. Unbefugt, also ohne Einverständnis des Patienten, darf der Arzt weder Behandlungsdaten noch persönliche Umstände einem Dritten gegenüber offenbaren.

Der Datenschutz hingegen fokussiert auf den Schutz beim Umgang mit den Daten beispielsweise bei deren Verarbeitung zur Rechnungserstellung. Datenschutz und Schweigepflicht sind zwar eng verwandt, aber nicht deckungsgleich. So kann eine ärztliche Verrechnungsstelle die ihr überlassenen Daten unter Beachtung des Datenschutzes verarbeiten. Hat aber der betroffene Patient sein Einverständnis dazu nicht erklärt, hat der Arzt seine Schweigepflicht verletzt.

Bekanntermaßen besteht die ärztliche Schweigepflicht auch gegenüber Kolleginnen und Kollegen, sofern der Patient nicht sein Einverständnis, sei es explizit oder zum Beispiel durch konkludentes Verhalten im Überweisungsfall – zur Informationsweitergabe erteilt hat. Nun werden landauf landab große Hoffnungen auf Arbeitserleichterungen und Kosteneinsparungen im Hinblick auf die immer wieder angekündigte elektronische Patientenakte geäußert. Wie verhält es sich aber, wenn der Patient sein Recht auf Nichtoffenlegung seiner kompletten Daten in Anspruch nimmt? Wird es darauf dann in der elektronischen Patientenakte einen deutlichen Hinweis geben? Die Beantwortung dieser Frage sollte nicht auf die leichte Schulter genommen werden.

Die Grenze des Helfens kann erreicht werden, wenn der Patient wichtige Informationen nicht offenbaren möchte. Natürlich besteht dieses Problem auch jetzt schon in der analogen Welt. Mit der elektronischen Patientenakte wird aber vielfach der Anspruch verknüpft, nun müsse der Arzt alles wissen und – vielleicht auch mit Hilfe von Dr. Watson – die richtige Entscheidung treffen. Die Rhön-Klinikum AG wird allerdings die Zusammenarbeit mit IBM Watson nach dem Ende des Pilotprojekts beenden und wendet sich einem anderen IT-Anbieter zu.

Wie sieht es aus, wenn ein Patient die Löschung seiner Daten verlangt? Hier stehen das informationelle Selbstbestimmungsrecht des Patienten und die Dokumentationspflicht des Arztes einander gegenüber. Allein diese Konstellation verbietet die Führung einer alleinigen zentralen Patientenakte ohne gleichzeitige Speicherung der jeweiligen Daten beim behandelnden Arzt. Eine ein-

richtungübergreifende Akte kann nur eine Ergänzung darstellen. Schließlich kann zum Beispiel der Vorwurf eines Behandlungsfehlers noch Jahre nach der eigentlichen Behandlung erhoben werden.

Bei allen Vorteilen, die telematische Anwendungen zweifelsohne bieten können, muss auch zukünftig sichergestellt sein, dass eine adäquate Behandlung auch dann möglich ist, wenn die Technik ausfällt. Letzteres liegt leider nicht außerhalb der Lebensrealität. Grundsätzlich sind Nutzung und Unterstützung durch IT sinnvoll und können die tägliche Arbeit erleichtern, aber es gilt, klug zu differenzieren, worin der Nutzen für Patient und Arzt besteht und was sich möglicherweise gegen die Interessen des Patienten richtet.

Auf dem diesjährigen „Digitalgipfel“ in Ludwigshafen mahnte Eugen Brysch, Politikwissenschaftler und Vorstand der Deutschen Stiftung Patientenschutz: „Wenn wir von Chancen reden, sollten wir die Risiken für die Patienten nicht vergessen. Patientendaten sind hochsensibel und höchstpersönlich.“ Bei der Speicherung von Daten gebe es keine hundertprozentige Sicherheit, schließlich sei noch nicht einmal das Computernetz des Bundestags vor Angriffen gefeit. Unternehmen dürften keinen Zugriff auf Daten erhalten, um etwa ihre Marketing-Strategien zu verbessern.

Generell sind Gesundheitsdaten sehr wertvoll und wecken Begehrlichkeiten. Auch Versicherungen oder Arbeitgeber könnten daran interessiert sein. Sind die Daten zentral auf einem Server gelagert, wird ein Datendiebstahl womöglich unter Umständen lange Zeit nicht bemerkt.

Für die Anwendung der Therapie, auch der „personalisierten Medizin“, braucht man personenbezogene Daten, aber nicht im Netz. Das Netz kann allerdings zum Beispiel über kontextsensitive Daten aktuelles Wissen zur Verfügung stellen. Zur Entwicklung neuer Therapien werden epidemiologische Daten benötigt, die aber kann man vollkommen anonymisiert zur Verfügung haben. Auf keinen Fall dürfen sensible Patientendaten unter angeblichem Patienten- oder Allgemeininteresse die Begehrlichkeiten von Geschäftsinteressen von wem auch immer bedienen.

Ihr

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



Foto: mediamax images / Alamy

CME: Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen – Update 2017
 Hinsichtlich der zusätzlichen Einnahme von Mikronährstoffen zur Immunstabilisierung während einer onkologischen Therapie bestehen nach wie vor Bedenken. Der Artikel liefert eine aktuelle Standortbestimmung auf Basis einer umfangreichen Literaturrecherche.

610



Foto: Caroline McKerney

13. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
 Auf dem Programm der Arbeitssitzung in Bad Nauheim standen unter anderem ein Antrag zur Erweiterung der Weiterbildungsordnung, der neue Verwaltungssitz der LÄKH sowie der Jahresabschluss 2016 und der Bericht des Versorgungswerks.

606

Editorial: Patientendaten – das Erdöl der Zukunft?	603
Ärztekammer	
13.ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen	606
Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018	615
40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle	616
Unabhängig und objektiv: Die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle	619
Manuel Maier zum 50. Geburtstag	623
Novelle der Richtlinie Hämotherapie	623
Aktuelle medizinische Fortbildung einmal anders: Internationaler Seminarkongress in Grado	630
Aus dem Versorgungswerk: Bericht des Versorgungswerkes	609

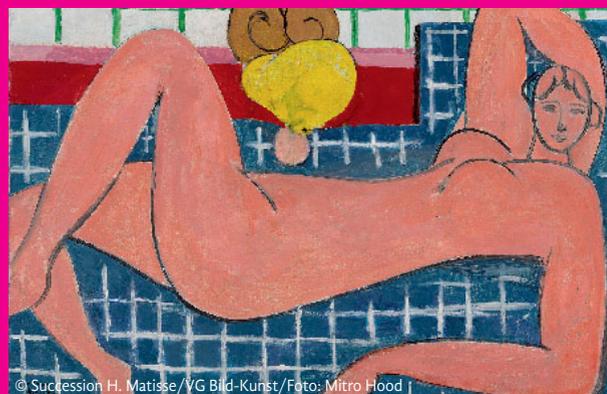
Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	631
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	637
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	652
■ Aus den Bezirksärztekammern	651
Recht	
Was passiert mit der Patientendokumentation bei (personellen) Veränderungen in der Arztpraxis?	640
Cave bei vorzeitiger Entlassung gegen ärztlichen Rat: Mehr Haftung – weniger Geld	642



Foto: Andy Dean – Fotolia.com

**Unabhängig und objektiv:
40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle**
Zwei Artikel geben einen Einblick in den Aufbau und die Arbeitsweise der Gutachter- und Schlichtungsstelle. In einem Rückblick auf die Tätigkeit der vergangenen zehn Jahre werden verschiedene Entwicklungen, beispielsweise zu Behandlungsfehlern, vorgestellt. **616**



© Succession H. Matisse/VG Bild-Kunst/Foto: Mitro Hood

„Es lebe die Malerei!“ Die Künstlerfreunde Matisse und Bonnard im Frankfurter Städel Die von Felix Krämer kuratierte Ausstellung ist eine schwärmerische Hommage an die freundschaftlich eng miteinander verbundenen Maler Matisse und Bonnard. Zugleich lässt sie diese mit Hilfe von rund 120 Kunstwerken in einen spannenden Dialog treten. **626**

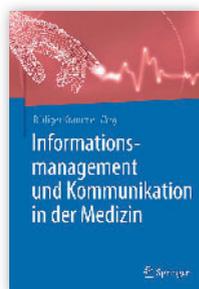
Fortbildung

CME: Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen – Update 2017 **610**
 Impfungen und Impfstoffe – Bad Nauheimer Gespräch **624**
 „Dos and Don’ts“ in der klinischen Hämostaseologie – Bericht vom 8. Frankfurter Gerinnungssymposium **628**
 Positionspapier: Psychosomatik im ärztlichen Alltag? Hoffentlich! **644**
 Änderungen im Infektionsschutzgesetz – Schwerpunkt Meldewesen **648**

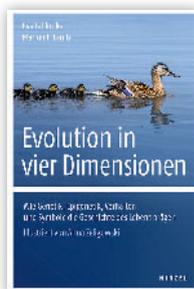
Parlando: „Es lebe die Malerei! Grüße“ – Die Künstlerfreunde Matisse und Bonnard im Frankfurter Städel **626**
Ansichten und Einsichten: Medizin ohne Ärzte? **653**
Medizinische Fachangestellte **657**

Personalia: Dr. med. Maria Haas-Weber mit Ehrenplakette in Silber der LÄKH ausgezeichnet **639**
Leserbriefe **647**
Impressum **658**

Bücher



Informationsmanagement und Kommunikation in der Medizin
R. Kramme (Hrsg.)
S. 650



Evolution in vier Dimensionen
E. Jablonka, M. J. Lamb
S. 650



Compliance in der Arztpraxis
M. H. Stellpflug, M. Warntjen (Hrsg.)
S. 650



13. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

„Ich freue mich sehr, dass Sie heute trotz des regnerischen Wetters und der vollen Autobahnen rechtzeitig zu unserer Sitzung angekommen sind“, begrüßte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der 13. ordentlichen Delegiertenversammlung in Bad Nauheim. Auf der Agenda der Arbeitssitzung standen an diesem Tag – entgegen der vorab medienwirksam formulierten Forderung einer Krankenkasse, die Versammlung für Entscheidungen zum Thema Fernbehandlungsverbot zu nutzen – unter anderem der Bericht aus dem Versorgungswerk (s. S. 609) und der Jahresabschluss 2016.

Doch bevor man an diesem regnerischen Herbsttag zur Tagesordnung übergang, wurde die Digitalisierung zunächst doch noch einmal zum Thema: Künftig, so entschieden die Delegierten, wird mit Hilfe von Fernbedienungen elektronisch über Anträge abgestimmt. Dieses neue Verfahren werde einen Qualitätsgewinn bringen, da Fehler beim Zählen vermieden werden, erklärte Ralf Münzing, Leiter der EDV-Abteilung der LÄKH.

Um sich zunächst ein Bild von der neuen Abstimmungsmethode zu machen, führten die Delegierten unter Anleitung von Münzing erste Testabstimmungen durch. Doch nicht alle waren nach den Probeläufen überzeugt: „Wir müssen uns bewusst sein, dass durch eine solche Verfahrensweise quasi keine anonyme Abstimmung mehr möglich ist!“, kritisierte Michael Andor (Die Hausärzte) und Dr. med. Sylvia Mieke (ÄrztINNEN Hessen) schloss sich mit der Befürchtung an, die Daten würden in einer Blackbox landen, sodass es nicht mehr ersichtlich sei, was mit ihnen geschehe. Die Sorge um die Anonymität ihrer Abstimmungsergebnisse konnte Münzing den Delegierten jedoch nehmen. Das Verfahren könne die Stimmen anonymisieren, sodass eine Vertraulichkeit weiterhin gegeben ist. „Auch wenn wir als Ärzte von Natur aus konservativ sind, müssen wir doch einsehen, dass digitale Abstimmungsverfahren die Zukunft sind.“



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Der Bundestag macht es auch schon längst. Lassen Sie uns diesem Trend folgen“, appellierte Dr. med. Michael Gehrke (Liste Älterer Ärzte) an seine Kolleginnen und Kollegen. Das sah letztlich die große Mehrheit der Delegierten genauso und stimmte – in diesem Fall noch konservativ durch das Aufzeigen der gelben Stimmzettel – dafür, dem digitalen Verfahren eine Chance zu geben.

Arzneimittellengpässe: Delegierte fordern Politik zum Handeln auf

Nachdem über die Abstimmungsmethode entschieden und die Tagesordnung sowie das Beschlussprotokoll der vergangenen Delegiertenversammlung verabschiedet waren, widmete man sich den nicht erledigten Anträgen der Sitzung im März. So forderten die Delegierten das Bundesgesundheitsministerium und die entsprechenden Länderministerien dazu auf, mittels Änderung des Arzneimittelgesetzes ein verpflichtendes, sanktionsbewehrtes Register zur Verfügbarkeit von versorgungsrelevanten Wirkstoffen zu installieren. Als Begründung wurden zunehmende Lieferengpässe von wichtigen Medikamenten und Impfstoffen aufgeführt, die beispielsweise auf eine häufige Monopolisierung der Produktion und/oder die Herstellung der (Basis)Wirkstoffe außerhalb der EU zurückzuführen sind.

Darüber hinaus stimmten die Delegierten für eine budget- und regressfreie Versorgung aller Menschen in der Gesellschaft.

Aufruf zur Fairness

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

die Legislaturperiode nähert sich ihrem Ende und die Neuwahlen zur Delegiertenversammlung stehen vor der Tür.

Die Aufgaben der ärztlichen Selbstverwaltung bleiben herausfordernd.

Die Neugestaltung der (Muster)Weiterbildungsordnung und der amtlichen Gebührenordnung für Ärzte sind hierfür nur Beispiele.

Nur, wenn wir als Ärztinnen und Ärzte gemeinsam auftreten, werden wir in der Gesundheitspolitik Gehör finden.

Wir bitten unsere Mitglieder der Landesärztekammer Hessen, die sich um Ämter bewerben, während des Wahlkampfes und nachher um eine sachliche, zielorientierte und kollegiale Zusammenarbeit.

Wir benötigen ein gutes zwischenmenschliches Klima innerhalb der hessischen Ärzteschaft, um unsere Interessen in der Gesellschaft wirkungsvoll zu vertreten.

Nur, wenn wir zusammenhalten, werden wir gehört!

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen ruft daher seine Mitglieder, alle bisherigen Mandatsträger und im kommenden Wahlkampf engagierten Kolleginnen und Kollegen auf, sich dabei leidenschaftlich für die Sache und fair im Umgangston zu äußern.

**Das Präsidium
der Landesärztekammer Hessen**

Es bedürfe – so der Antrag, der unter anderem von der Vizepräsidentin der LÄKH, Monika Buchalik, eingereicht wurde – mehr Mittel für Pflege, Physiotherapie, Hausbesuche sowie zeit- und zuwendungsintensive Tätigkeiten, statt „gesetzgeberischem Aktionismus, Gebührenakrobatik und Überregulierung.“

Jahresabschluss 2016

Die stellvertretende Vorsitzende des Finanzausschusses, Christine Hidas (Fachärzte Hessen), präsentierte den Jahresabschluss 2016. Dabei hob sie gleich zu Beginn den wichtigsten Geschäftsvorfall des Jahres hervor: den Verkauf des ehemaligen Verwaltungsgebäudes der Kammer in der Broßstraße, durch den ein außerordentlicher Ertrag in Höhe von T€ 4.444 erzielt werden konnte. Dieser führte hauptsächlich zu einem deutlichen Jahresüberschuss in Höhe von T€ 4.490.

Der Ertrag aus dem Immobilienverkauf wurde in Form einer zweckgebundenen Rücklage für den Neubau des neuen Verwaltungsgebäudes bilanziert. Nach der Umwidmung eines Teils der Allgemeinen Rücklage in weitere Zweckrücklagen zur Finanzierung der Abschreibung der Kammerimmobilien in Bad Nauheim beträgt diese zum 31. Dezember 2016 T€ 11.291 und entspricht somit der Sollrücklage gemäß Haushalts- und Kassenordnung.

Weitere besondere Geschäftsvorfälle, so Hidas, waren zum einen die schwierige Softwemigration in der Beitragsbuchhaltung, die zu einem weiteren Anstieg der noch nicht veranlagten Mitglieder und zu einem Anstieg der Beitragsforderungen führte. Diese konnten jedoch im ersten Halbjahr 2017 abgebaut werden. Zum anderen führte der Aufbau des klinischen Krebsregisters nochmals zu einer Ausweitung des Haushaltsvolumens. Der Mehraufwand dafür wird jedoch gemäß eines öffentlich rechtlichen Vertrags durch das Land Hessen erstattet.

Die Bilanzsumme betrug zum 31.12.2016 T€ 51.644. Auf der Aktivseite waren die Finanzanlagen mit T€ 19.753 und die liquiden Mittel mit T€ 14.510, deren Anstieg aus dem Verkauf der Broßstraße resultierten, die größten Posten. Die wesentlichen Passivpositionen waren das Eigenkapital mit T€ 24.380 gefolgt von den



Dr. med. Lars Bodammer

Pensionsrückstellungen mit T€ 20.372. Die Anzahl der Pflichtmitglieder ist im Jahr 2016 auf 26.800 gestiegen, zusammen mit den freiwilligen und beitragsfreien Mitgliedern ergibt sich eine Gesamtmitgliederzahl von 35.219. Die Kammerbeiträge machten im Jahr 2016 einen Anteil von 66 % an den Gesamterträgen aus. Der Rest entfiel auf Gebühren und Kostenerstattungen.

In ihrem Vortrag berichtete Hidas, dass der Mitarbeiterbestand der Landesärztekammer sich auf 227 und damit die aufgewendeten Personalkosten gestiegen seien. Sie betragen (einschließlich Krebsregister) T€ 12.817. Als weitere Aufwandsarten wurden unter anderem die Aufwandsentschädigungen mit T€ 3.457 Abschreibungen (T€ 970) und sonstige Kosten mit T€ 6.471 genannt.



Christine Hidas

Im Haushaltsplan 2016 wurde ein Jahresfehlbetrag geplant. Durch den Ertrag aus dem Verkauf der Kammerimmobilie in der Broßstraße schließt das Jahr 2016 jedoch mit dem oben genannten Jahresüberschuss. Dies zeigt sich sehr deutlich im Soll-Ist-Vergleich, nachdem auch keine Haushaltsüberschreitungen vorlagen. Alle Kostenbudgets sowohl im Investitions- als auch im Verwaltungshaushalt konnten eingehalten werden.

Hinsichtlich der Strategie für die Folgejahre teilte Hidas den Delegierten mit, dass die zweckgebundenen Rücklagen in den nächsten Jahren analog zur Nutzungsdauer der Gebäude anteilig aufgelöst werden. Die Betriebsmittelrücklage solle auf der Basis der modifizierten Haushalts- und Kassenordnung (diese werde noch mit dem Aufsichtsministerium abgestimmt)

Anzeige



durch geplante Verluste noch weiter reduziert werden.

Nachdem Wirtschaftsprüferin Cornelia Auxel ihren Bericht mit der Feststellung schloss, dass die Jahresabschlussprüfung zu keinerlei Beanstandungen geführt hätte und der uneingeschränkte Bestätigungsvermerk erteilt worden sei, stellten die Mitglieder der Delegiertenversammlung anschließend den Jahresabschluss fest und erteilten dem Präsidium die Entlastung.

Hilfsfonds

Anschließend berichtete Dr. med. Jürgen Glatzel (Liste Älterer Ärzte), Mitglied des Ausschusses Hilfsfonds, über den Jahresabschluss und gab einen Ausblick auf das Jahr 2018. Die Ausgaben des Fonds liegen bei T€ 24.455, die Einnahmen durch Zinsen belaufen sich auf € 220. Somit liegt die Unterdeckungssumme bei T€ 24.235. Außerdem informierte Glatzel die Delegierten darüber, dass der Ausschuss die Höhe der Richtsätze von Ehepaaren, Alleinstehenden und Halbweisen beschlossen hat. Diese werden in der kommenden November-Sitzung als Beschlussvorlage vorgelegt.

Änderungen von Rechtsquellen

André Zolg, Leiter der Weiterbildungsabteilung der LÄKH, stellte den Antrag des Präsidiums zur Erweiterung der Weiterbildungsinhalte im Gebiet Anästhesiologie durch die Aufnahme der anästhesiefokussierten Ultraschallverfahren vor, der von den Delegierten mit großer Mehrheit verabschiedet wurde.

Uneiniger war man sich dagegen bei einer von Dr. med. Alexander Marković, Ärztlicher Geschäftsführer der LÄKH, eingebrachten Vorlage zur Änderung der Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r. Die Vorlage geht auf den Vorschlag des Berufsbildungsausschusses zurück.

Es wurde angeregt, in § 20 Absatz 2 die Voraussetzungen für ein ärztliches Attest über Prüfungsunfähigkeit am Prüfungstag zu erhöhen. Konkret solle die Ausstellung des Attestes durch die Ausbildungsstätte nicht mehr akzeptiert werden. Auch soll in



Dr. med. Sylvia Mieke

begründeten Fällen ein amtsärztliches Attest verlangt werden können. Hintergrund dafür war, die Praxisinhaber vor dem Vorwurf eines potenziellen Interessenkonfliktes zu schützen.

„Diese Forderung beinhaltet den indirekten Vorwurf, wir würden Gefälligkeitsgutachten ausstellen. Dieses Misstrauen finde ich nicht gut, wir sollten es ablehnen, uns selbst der Voreingenommenheit anzuklagen“, forderte Dr. Sylvia Mieke.

Dr. med. Lothar Born (Hessenmed – die Netzärzte) argumentierte dagegen, der Ausschuss müsse Gründe für diesen Antrag haben. „Wir bitten unsere Auszubildenden aus genau diesem Grund immer, sich andere Ärzte zu suchen. Ich verstehe nicht, wieso sich hier jemand auf den Schlips getreten fühlt!“ Nach eingehenden Diskussionen lehnte jedoch die klare Mehrheit der Delegierten den Antrag ab.

Verwaltungssitz der LÄKH

Den Abschluss des Abends bildete der Sachstandsbericht zum neuen Verwaltungssitz der Landesärztekammer (siehe HÄBL 06/2017) von Hans-Peter Hauck, Kaufmännischer Geschäftsführer der LÄKH, und Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund), Mitglied des Präsidiums und der Projektgruppe Bau. „Gemäß dem Beschluss der Delegiertenversammlung vom 25. März dieses Jahres haben wir einen Kaufvertrag für das neue Verwaltungsgebäude abgeschlossen“, so Hauck. Die Delegierten hatten mit ihrem Beschluss im März das Präsidium der LÄKH dazu ermächtigt, die Verhandlungen zu

führen und die erforderlichen Verträge zu schließen, um das Objekt zu mieten und dann zu kaufen. Die seit diesem Beschluss getätigten Schritte stellte Hauck kurz vor, so zum Beispiel die Beurkundung des Grundstückskaufvertrages und den Start für die Belegungsplanung im Mai. Seitdem hat das Präsidium in einer Sondersitzung im Juni zudem die Zustimmung zum (Teil-)Raumplanungskonzept für das Erdgeschoss, das erste und zweite Obergeschoss sowie das Regelgeschoss gegeben. Ende August hat der Finanzausschuss eine Empfehlung an das Präsidium über den Abschluss eines Darlehensvertrags formuliert, der kurz darauf beschlossen wurde. Ende September hat das Präsidium die Belegungsplanung verabschiedet und am 1. Oktober startete die Einrichtungsplanung. „Bislang verläuft das Projekt planmäßig“, resümierte Hauck, bevor er das Wort an Bodammer übergab, der die räumliche Aufteilung des Gebäudes anschaulich für die Delegierten vorstellte und kurz die weitere Planung umriss. „Vor allem die Innenarchitektur des Gebäudes wird noch einiges an Detailarbeit erfordern“, kündigte Bodammer an und versprach für die kommende Delegiertenversammlung im November eine bessere Visualisierung der Präsentation der Räumlichkeiten, damit die Zuhörerinnen und Zuhörer sich ein genaues Bild von der Ausgestaltung des neuen Verwaltungssitzes machen können. Mit diesem Ausblick endete die Sitzung zu später Stunde, doch bevor sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer auf den Heimweg machten, sprach von Knoblauch zu Hatzbach noch ein Lob aus. Denn wie sich im Laufe des Abends zeigte, wurden die Delegierten schnell routiniert im Umgang mit ihren elektronischen Abstimmungsgeräten und die Zweifel vom Anfang schienen sich nicht zu bewahrheiten. „Wir sind jetzt in guter Übung“, befand der hessische Ärztekammerpräsident abschließend. Und so demonstrierte die hessische Ärzteschaft einmal mehr, dass sie stets offen für technische Neuerungen ist – sofern sich diese nach Prüfung als sinnvoll erweisen und den gewünschten Nutzen bringen.

**Caroline McKenney,
Hans-Peter Hauck**

(Kaufmännischer Geschäftsführer)
der LÄKH)

Bericht des Versorgungswerkes



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes.

In seinem Bericht ging der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg, zunächst darauf ein, dass seit Juli dieses Jahres auf Antrag Beiträge aus dem Verletztengeld der Gesetzlichen Unfallversicherung auch an berufsständische Versorgungswerke gezahlt werden können. Damit sind nun wie auch beim Krankengeld Mitglieder von berufsständischen Versorgungswerken den Mitgliedern der Deutschen Rentenversicherung gleichgestellt.

Zinsen bleiben niedrig

Den Schwerpunkt des Berichtes nahm, wie in der September-Delegiertenversammlung üblich, der Jahresabschluss ein.

Auch wenn das wirtschaftliche Umfeld weiterhin freundlich war und die meisten Volkswirtschaften ein solides Wachstum zu verzeichnen hatten, blieben die Zinsen auf einem sehr niedrigen Niveau.

Alle großen Zentralbanken mit Ausnahme der amerikanischen Fed beließen die Leitzinsen unverändert. Der Zeitwert der festverzinslichen Wertpapiere in der Direktanlage ging weiter plangemäß von 6,42 auf 6,31 Mrd. € zurück. Im Gegenzug erhöhten sich die Fondsanlagen von 1,86 auf 2,32 Mrd. €. Auch die Zeitwerte der Immobilien und des Beteiligungskapitals (Private Equity) stiegen weiter an: nämlich von 715 auf 746 Mio. € respektive von 386 auf 465 Mio. €.

Wieder mehr Mitglieder

Zum 31. Dezember 2016 hatte das Versorgungswerk 26.329 aktive Mitglieder – 253 mehr als im Vorjahr. Die gesamten Beiträge stiegen um 15 Mio. € auf 303 Mio. €. Auch die Zahl der Rentner nahm weiter zu, und zwar von 9.436 auf 10.079. Dadurch erhöhten sich die Rentenzahlungen von 204 Mio. € auf 222 Mio. €. Die durchschnittliche Regelaltersrente betrug 2.170 €.

Der bilanzielle Rechnungszins konnte erneut abgesenkt werden und liegt jetzt bei 3,55%. Dieser Zins gibt an, welche Verzinsung mindestens notwendig ist, um die Verpflichtung erfüllen zu können. Die tatsächlich erzielte laufende Durchschnittsverzinsung lag mit 3,61% darüber.

Die Bilanzsumme stieg von 8,41 auf 8,76 Mrd. €. Wie in den Vorjahren konnte die Verlustrücklage, also das Eigenkapital des Versorgungswerkes, weiter aufgestockt werden. Sie enthält jetzt 413 Mio. € und beläuft sich damit auf 4,99% der Deckungsrückstellung. Damit ist das Versorgungswerk besser in der Lage, die gestiegenen Risiken in der Kapitalanlage abzusichern.

Erhöhung der Renten und Anwartschaften

Die Delegiertenversammlung folgte dem Vorschlag des Vorstandes, die Renten und Anwartschaften um jeweils 0,5% zu erhöhen. Die Leistungen werden zum 1. Januar 2018 erhöht. Die einmalige Anpassung der Anwartschaften im Geschäftsjahr bezieht sich auf die zwischen 2010 und 2016 gezahlten Beiträge, die statt mit 3,0% mit 3,5% verzinst werden. Für beide Maßnahmen müssen der Rückstellung für Überschussbeteiligung rund 28 Mio. € entnommen werden. Dr. von Schenck machte deutlich, dass der Vorstand gerne eine deutlichere Erhöhung vorgeschlagen hätte, dass man jedoch wegen der nach wie vor niedrigen Zinsen auch die weitere Absenkung des bilanziellen Rechnungszinses nicht aus den Augen verlieren dürfe. Außerdem sei es wichtig, mit der Stärkung des Eigenkapitals Risikovorsorge zu betreiben. Der Jahresabschluss wurde von der Delegiertenversammlung festgestellt und der Vorstand entlastet.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Foto: Kerstin Kölsch

Telefonprechstunde mit
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Der Präsident der Landesärztekammer Hessen ist an folgenden Terminen jeweils dienstags von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar:

• **7. November 2017** • **28. November 2017**



Folgen Sie der LÄKH auf Facebook!

Freuen Sie sich auf:

- Nachrichten aus der LÄKH
- Veranstaltungshinweise
- Infos zu Aufgaben und Serviceleistungen der LÄKH
- u.v.m.



www.facebook.com/LAEKHessen

Die Seite ist öffentlich und kann auch ohne Facebook-Konto betrachtet werden!



Lichtmikroskopische Aufnahme von Vitamin E

Foto: Michael W. Davidson/mauritus images

Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen – Update 2017

VNR: 2760602017148060000

PD Dr. med. Ralph Mücke^{1,6}, Prof. Dr. med. Jutta Hübner², Prof. Dr. med. Oliver Micke³, Prof. Dr. med. Jens Büntzel⁴,
Prof. Dr. med. Klaus Kisters⁵, Prof. Dr. med. Irenäus A. Adamietz⁶

Zusammenfassung

Hintergrund: Nach wie vor besteht ein zunehmendes Interesse sowohl von betreuenden Ärzten als auch Tumorpatienten an der zusätzlichen Einnahme von Mikronährstoffen zwecks Immunstabilisierung während einer onkologischen Therapie. Gleichzeitig bestehen gerade in Deutschland trotz Zunahme seriöser Daten diesbezüglich weiterhin Bedenken. Dieses Update liefert eine Standortbestimmung zum zusätzlichen Einsatz von ausgewählten Mikronährstoffen während der Tumortherapie.

Methode: Es erfolgte eine Literaturrecherche hinsichtlich des Einsatzes von ausgewählten Mikronährstoffen in der Onkologie, die bis 2016 in zitierfähigen Journalen erschienen sind.

Ergebnisse: Es werden einerseits Daten zu Mikronährstoffen präsentiert, die sowohl hinsichtlich der Lebensqualität als auch der Prognose einen Nutzen für onkologische Patienten bringen. Andererseits wird auch auf Mikronährstoffe hingewiesen, die für die Patienten keinen Benefit haben oder sogar schaden.

Schlussfolgerung: Onkologisch tätige Ärzte sollten Kenntnisse über die wichtigsten

Mikronährstoffe haben, um diese an die Patienten weiterzugeben und sie gezielt zum Nutzen der Patienten einzusetzen.

Schlüsselwörter: Mikronährstoffe

• Folsäure • L-Carnitin • Vitamin A und Beta-carotin • Vitamin C • Vitamin D • Vitamin E • Selen

Mikronährstoffe sind Stoffe, die der Stoffwechsel pflanzlicher und tierischer Organismen aufnehmen muss, ohne dass sie Energie liefern. Dazu gehören Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente und sekundäre Pflanzenstoffe. Mikronährstoffe sind essenziell an einer Vielzahl von Kör-

¹ Strahlentherapie RheinMainNahe, Standort Bad Kreuznach; ² Universitätsklinikum Jena & Deutsche Krebsgesellschaft, Berlin; ³ Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie am Franziskus-Hospital Bielefeld; ⁴ Klinik für HNO-Heilkunde am Südharzkrankenhaus Nordhausen; ⁵ Klinik für Innere Medizin am Sankt Anna Hospital Herne; ⁶ Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie an der Ruhr-Universität Bochum

perfunktionen beteiligt, wie zum Beispiel dem Stoffwechsel, dem Zellwachstum und der damit verbundenen Erneuerung etwa von Haut, Knochen und Blutkörperchen oder der Nervenreizleitung. Sie dienen zudem als Kofaktoren für Enzymreaktionen, als Bestandteile für Hormone (beispielsweise Jod als Bestandteil des Schilddrüsenhormons), als Elektrolyte oder als Antioxidantien.

Natürlich ist es nicht möglich, im Rahmen eines solchen Artikels alle Mikronährstoffe mit Bedeutung in der Onkologie ausführlich darzulegen. Deshalb beschränken wir uns auf die wichtigsten Informationen zu den in der Tabelle 1 aufgelisteten Mikronährstoffen. Dabei wurden nur jüngere Daten bis 2016 berücksichtigt.

Folsäure

Ausschluss von Risiken

Mehrere Fall-Kontrollstudien konnten zeigen, dass die Einnahme von Folsäure während der Schwangerschaft zwecks Reduktion des Risikos für ein Neuralrohrdefekt nicht das Risiko für Tumore bei den Müttern und Kindern erhöht [1, 2, 3, 4].

Eine Metaanalyse randomisierter kontrollierter Studien (n=8) zeigte, dass die Einnahme von Folsäure das Risiko für kolorektale Tumore nicht erhöht [5].

Dagegen gibt es aus einem weiteren systematischen Review Hinweise auf eine Risikoerhöhung für das Prostatakarzinom (RR 1,24; 95 % CI 1,03–1,49) [6].

Bei anderen Tumorarten sowie zur Tumormortalität konnte jedoch keine Assoziation nachgewiesen werden.

Supportive Therapie unter Pemetrexed

Bei der Gabe von dem Folsäureantagonisten Pemetrexed ist eine Begleitmedikation mit Folsäure und Vitamin B 12 zur Minimierung der hämatologischen und nicht hämatologischen Toxizität vorgeschrieben.

L-Carnitin

Wirksamkeit als supportive Therapie Ernährungszustand beim Pankreaskarzinom

Eine randomisierte, placebokontrollierte, multizentrische, prospektive, doppelt verblindete Studie (CARPAN) (n=72) mit Patienten mit fortgeschrittenem Pankreas-

karzinom zeigte einen signifikant positiven Effekt von L-Carnitin auf die Lebensqualität und den Ernährungszustand. Das Gesamtüberleben konnte unter der Therapie mit L-Carnitin deutlich verlängert und die Krankenhausverweildauer gesenkt werden [7].

Fatigue

In einem Review von 45 Publikationen zeigte sich für L-Carnitin kein signifikanter positiver Effekt hinsichtlich Fatigue in der Betreuung palliativer Patienten [8].

Polyneuropathie

In einer randomisierten doppelblind placebokontrollierten Studie mit 3000 mg Acetyl-L-Carnitin pro Tag entwickelten Patientinnen mit Mammakarzinom häufiger eine durch Taxane induzierten Neuropathie als in der Kontrollgruppe [9].

Kardiale Funktion

150 asymptomatische Überlebende von Krebserkrankungen im Kindesalter nach einer Chemotherapie mit Anthrazyklinen wurden im Median nach 12,4 Jahren hinsichtlich der systolischen Herzfunktion und Laborwerten untersucht. Man fand bei den Patienten mit messbarer Beeinträchtigung der systolischen Herzfunktion erniedrigte Carnitin-Spiegel im Plasma. Die Autoren empfehlen eine Carnitin-Gabe vor und während einer Chemotherapie mit Anthrazyklinen, wenn ein diesbezüglicher Mangel besteht [10].

Vitamin A und Betacarotin

Tumorprävention

Mehrere Fall-Kontroll-Studien zeigten, dass eine niedrige Aufnahme von Carotinoiden oder niedrige Plasmaspiegel zirkulierender Carotinoide invers mit dem Risi-

ko für HNO-, Lungen-, Mamma-, und Prostatakarzinome verbunden sind [11, 12, 13, 14].

Wirksamkeit in Bezug auf den Verlauf der Tumorerkrankung

Prostatakarzinom

In einer randomisierten placebo-kontrollierten Studie führt die Hinzugabe von Beta-Carotin (50 mg jeden zweiten Tag) zu einer Strahlentherapie zu keiner Verlängerung des Überlebens oder der Zeit bis zur Knochenmetastasierung [15].

Unerwünschte Wirkungen

Vitamin A kann überdosiert werden. Bei Gaben von 25.000 IU/kg Körpergewicht sind akute Überdosierungen mit Übelkeit, Erbrechen, Schläfrigkeit möglich. Aus einer chronischen Überdosierung können Anorexie, Reizbarkeit, Hautveränderungen mit Rhagaden der Mundwinkel und Haarausfall, Fieber, schmerzhafte Veränderungen an den Knochen (periostale Schwellungen), zerebrale Krampfanfälle resultieren. Schwere Leberschäden bis zur Zirrhose wurden beschrieben. Es kann zu einem intrakraniellen Druckanstieg kommen.

Bei der gemeinsamen Gabe mit hepatotoxischen Medikamenten steigt das Risiko.

Vitamin C

Tumorprävention

Kopf-Hals-Tumoren

Sowohl die „Netherlands Cohort Study“ mit über 120.000 Probanden und einem Follow up von 20,3 Jahren als auch eine gepoolte Analyse des „International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortiums“ mit über 6.000 Patienten mit HNO-Tumoren zeigten eine signifikante inverse Korrelation zwischen der Vitamin C Auf-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen...“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von

Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.10.2017 bis 24.10.2018 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.

Tabelle 1: Übersicht über aus onkologischer Sicht wichtige Mikronährstoffe

Mikronährstoff	Vorkommen	Bedarf pro Tag	Laborbereich	Mangelsymptome
Folsäure (Vitamin B9 oder B11 oder M)	Bierhefe, Vollkorn, grüne Gemüse, Feldsalat, Kartoffeln, Tomaten	400 µg	Venenblut: 150–450 ng/ml	Blutarmut, Neuralrohrdefekt beim Ungeborenen, Arteriosklerose, erhöhte Homocysteinwerte
L-Carnitin	Rotes Fleisch	100–300 mg		Lungenentzündung, Durchfall, Nachtblindheit, Schäden der Hornhaut, Blutarmut, Störungen der Zahntwicklung und des Knochenwachstums
Vitamin A	Schweineleber, Butter, Eigelb, Milch	0,8–1,0 mg	Serum: 30–80 mg/dl oder 1,05–2,8 mmol/l	Lungenentzündung, Durchfall, Nachtblindheit, Schäden der Hornhaut, Blutarmut, Störungen der Zahntwicklung und des Knochenwachstums
Betacarotin	Grüne und rote Gemüse, Aprikose	2–5 mg		Lungenentzündung, Durchfall, Beeinträchtigung der Entgiftungsfunktionen und Antioxidation
Vitamin C (Ascorbinsäure)	Obst (Zitrusfrüchte, exotische Früchte, Beerenfrüchte), Paprika, Kohl, Hagebutte, Sanddorn	100 mg	Venenblut: 5–15 mg/l oder 28–84 µmol/l	Müdigkeit, Leistungsschwäche, schlechte Wundheilung, Infektanfälligkeit, Blutungen der Haut und der Schleimhäute, Skorbut
Vitamin D (Cholecalciferol)	Fisch, Innereien, Champignons, Käse, Milch, Butter, Eigelb	20 µg = 800 I.E.	Venenblut: 30–70 µg/l	Autoimmunerkrankungen wie MS, Morbus Crohn, Diabetes mellitus Typ I, Lupus erythematodes, Rachitis, Osteomalazie, KHK, Karzinomentstehung
Vitamin E (Tocopherol)	Pflanzenöle, Weizenkeim-, Mais-, Sonnenblumenöl, Ei, Nüsse, Ölsaaten, Vollkorn	12–15 mg	Venenblut: 6–18 mg/l	Immundefizit, Vermehrte Oxidation von Fetten
Selen	Fleisch, Fisch, Innereien, Nüsse, Hülsenfrüchte, Vollkorn	20–100 µg	Venenblut: 100–150 µg/l Serum: 80–120 µg/l	Immundefizit, Vermehrte Oxidation von Fetten

nahme und dem Risiko für die Entstehung von HNO-Tumoren [16, 17].

GIT-Tumoren

Je eine Metaanalyse zum Ösophaguskarzinom und zum Pankreaskarzinom mit 20 bzw. 17 Studien zeigen ein reduziertes Risiko für ein Malignom bei erhöhter Vitamin C Aufnahme [18, 19].

Prostatakarzinom

Auch für das Prostatakarzinom zeigt eine große Metaanalyse mit dem Einschluss von über 100.000 Probanden eine inverse Korrelation zwischen der Vitamin C Aufnahme und dem Risiko für ein Prostatakarzinom [20].

Wirksamkeit in Bezug auf den Verlauf der Tumorerkrankung

Mammakarzinom

Während die Autoren einer Kohortenstudie aus Schweden keinen Einfluss der Einnahme von Vitamin C-Supplementen auf die Mortalität nach Erkrankung an einem Mammakarzinom beschreiben [21],

kommt die gleiche Arbeitsgruppe in einem systematischen Review mit Metaanalyse aus zehn Studien (sechs mit Erfassung von Nahrungsergänzungsmitteln und sieben mit Erfassung von Vitamin C-Aufnahme über die Ernährung) mit 17.696 Teilnehmerinnen zu der Schlussfolgerung, dass die Einnahme von Vitamin C als Nahrungsergänzungsmittel nach der Diagnose mit einer Verminderung der Gesamtmortalität (RR 0,81; 95 % CI 0,72–0,91) und der brustkrebspezifischen Mortalität (RR 0,85; 95 % CI 0,74–0,99) assoziiert ist.

Eine Erhöhung der Vitamin C-Zufuhr über die Ernährung um 100 mg/d senkt ebenfalls die Gesamtmortalität (RR 0,73; 95 % CI 0,59–0,89) und die tumorspezifische Mortalität (RR 0,78; 95 % CI 0,64–0,94) [22]. Ebenso zeigte eine gepoolte Analyse von vier Kohortenstudien für Vitamin C eine verminderte Mortalität [23].

Intravenöse Gabe von Vitamin C

Ein systematisches Review mit Einschluss von fünf randomisierten kontrollierten Studien (n = 322), 12 Phase I/II Studien (n = 287), sechs Beobachtungsstudien (n = 7.599) und elf Fallbeschreibungen (n = 267) kommt zu der Schlussfolgerung, dass es keine hohe Evidenz für einen zusätzlichen antitumorösen Effekt oder eine Toxizitätsminimierung durch orale und intravenöse Vitamin C begleitend zur Chemotherapie gibt. Anhaltspunkte für einen antitumorösen Effekt durch Vitamin C zeigten sich nur in den Kasuistiken und unkontrollierten Studien [24].

Interaktionen

Vitamin C ist ein Antioxidans und könnte die Wirkung von Chemo- oder Strahlentherapie vermindern. Die in-vitro- und in-vivo-Daten sind widersprüchlich. Möglicherweise liegt ein dosisabhängiger Effekt vor. Eine Abschwächung der Wirkung von verschiedenen Zytostatika wurden unter anderem in vitro gezeigt [25]. Vitamin C vermindert außerdem die Wirkung von Bortezomib [26, 27].

Bei Patienten mit G6PD-Mangel wurde unter intravenöser Gabe von Vitamin C eine Hämolyse beschrieben. Somit stellt dies eine Kontraindikation dar.

Vitamin D

Tumorprävention

Die Frage der Tumorprävention mit Vitamin D wird seit mehreren Jahren intensiv untersucht. Es liegen zahlreich epidemiologische Studien mit zum Teil widersprüchlichen Daten vor. Dies liegt zum einen an den unterschiedlichen Parametern (Zufuhr oder Spiegel), den unterschiedlich angegebenen Normwerten und damit der Definition des Mangels und vor allem offensichtlich auch an unterschiedlichen Einflüssen der Polymorphismen am Vitamin D-Rezeptor, zu denen allerdings die Daten auch wieder widersprüchlich sind. Trotz dieser Widersprüche gilt es als wahrscheinlich, dass ein guter Vitamin D-Spiegel eine protektive Wirkung hat [28–34].

Wirksamkeit in Bezug auf den Verlauf der Tumorerkrankung

Mehrere systematische Reviews, Fall-Kontrollstudien und randomisierte Studien zum Einfluss des Vitamin-D-Spiegels auf tumorspezifische- und Gesamtmortalität zeigten inverse Korrelationen bei Mammakarzinom, kolorektalen Karzinomen und NHL [35–44].

Bei Patienten mit Prostatakarzinom unter Active Surveillance zeigte sich dagegen kein Einfluss des Vitamin-D-Spiegels auf die PSA-Verdopplungszeit [45].

Wirksamkeit als supportive Therapie Muskuloskelettale Beschwerden unter Aromataseinhibitoren

In einer randomisierten doppelblind placebo-kontrollierten Studie erhielten Patientinnen mit muskuloskelettalen Beschwerden unter Aromataseinhibitoren in Anpassung an den 25(OH)D-Spiegel hochdosiertes Vitamin D3 oder Placebo. Es kam zu einer signifikanten Verbesserung der Beschwerden. Die Knochendichte am Femurhals nahm in der Placebogruppe ab, nicht in der Verumgruppe [46].

Lebensqualität

Ein systematisches Review von 15 Artikeln (1950–2014) zur Vitamin D Supplementation (in sehr unterschiedlichen Dosierungen) zeigte, dass es nur eine moderate Evidenz zur Lebensqualitätsverbesserung durch eine kurzzeitige Vitamin D Einnahme gibt, zur Langzeitsupplementation liegen keine ausreichenden Daten vor [47].

Selen

Tumorprävention

Eine Vielzahl von epidemiologischen und experimentellen Studien konnte eine Korrelation zwischen niedrigen Selenwerten im Blut und einer gleichzeitig erhöhten Krebsinzidenz feststellen. Ob niedrige Selenwerte im Blut generell das Krebsrisiko erhöhen, durch die Erkan-



Selen und Schwefel, ein Kristall aus Österreich.

kung bedingt sind, oder bei Tumorpapienten einfach häufiger gemessen werden, ist noch nicht abschließend geklärt. Vermutlich tragen alle drei Gründe zu dieser Datenlage bei [48].

Erst bei Selenwerten im Plasma zwischen ca. 100 und 130 µg/l erfolgt eine optimale Expression der Selenoproteine. Unterhalb und oberhalb dieses Wertebereiches zeigte sich eine tendenziell erhöhte Gesamt- und auch Krebsmortalität [48, 49].

In einer Metaanalyse (69 Studien) zeigte sich ein präventiver Einfluss von höheren Selenwerten im Plasma und in Nagelproben hinsichtlich des Risikos für Brust-, Lungen-, Ösophagus-, Magen-, und Prostatakarzinom. Kein präventiver Einfluss diesbezüglich zeigte sich hinsichtlich Darm-, Blasen-, und Hautkrebs [50].

Prostatakarzinom

Die 2009 veröffentlichte SELECT-Studie zeigte keinen Hinweis auf eine chemopräventive Wirkung von Selen hinsichtlich des Risikos für Prostatakrebs [51]. Genaue Analysen zeigten jedoch die Schwäche dieser Studie auf, da die Probanden keinen Selenmangel hatten [52–54].

In einer Metaanalyse (21 Studien) zeigte sich ein präventiver Einfluss durch Selenaufnahme hinsichtlich der Inzidenz von Prostatakrebs nur bei Rauchern [55].

Pankreaskarzinom

In einer Fall-Kontrollstudie zeigte sich ein erhöhtes Risiko für das Entstehen eines Pankreaskarzinoms bei erniedrigten Selenwerten und erhöhten Kupferwerten im Serum. Der Schwellenwert für Selen im Serum, unterhalb dem das Risiko signifikant zunahm, lag bei 67,45 µg/l [56].

Schilddrüsenkarzinom

In einer Metaanalyse (acht Studien) zeigten sich erniedrigte Selen- und Magnesiumwerte sowie erhöhte Kupferwerte im Serum bei Patienten mit Schilddrüsenkarzinom [57].

Wirksamkeit hinsichtlich des Verlaufs einer Tumorerkrankung

Prostatakarzinom

Sowohl in einer randomisierten doppelblind placebo-kontrollierten Studie als auch in der Health Professionals Follow-Up Study führten höhere Selendosierungen zu einem ungünstigeren Verlauf mit einem schnelle-

ren PSA-Anstieg [58] bzw. einer höheren tumorspezifischen Mortalität [59].

Bronchialkarzinom

In einer randomisierten placebo-kontrollierten Studie erhielten Patienten mit komplett reseziertem nicht kleinzelligem Bronchialkarzinom im Stadium I sechs bis 36 Monate postoperativ Hefeselen 200 µg/Tag versus Placebo für 48 Monate. Es zeigte sich kein signifikanter Unterschied im 5-Jahres Disease-Free-Survival oder in der Rate der Zweitumoren. Allerdings hatten nur 1 % der Patienten in der Selen- und Placebogruppe erniedrigte Selenwerte [60].

Wirksamkeit als supportive Therapie

Mehrere randomisierte Studien zeigten protektive Effekte nach Selensupplementation gegenüber unterschiedlichen Chemotherapeutika bei soliden Karzinomen und Lymphomen ohne Beeinträchtigung der antitumoralen Wirkung [48].

Ebenfalls zeigten mehrere Studien und Reviews radioprotektive Effekte nach Selengabe ohne Beeinträchtigung der Hauptwirkung bei der Strahlentherapie solider Karzinome [48].

Insbesondere die Studien, bei denen regelmäßig Selen im Serum oder Vollblut bestimmt worden sind, zeigten, dass bei hoch-normalen Selenspiegeln eine bessere Therapieerträglichkeit ohne Verschlechterung des primären Therapieansprechen festzustellen war.

Interaktionen

Natriumselenit wird bei simultaner Verabreichung von Vitamin C zum wirkungslosen atomaren Selen reduziert.

Unerwünschte Wirkungen

Eine chronische Überdosierung von Selen (> 1000 µg/Tag über eine längere Zeit) führt zu Muskelschwäche, Erschöpfung, peripherer Neuropathie, Dermatitis, Nagel- und Haarveränderungen bzw. Verlust, Mundgeruch und Körpergeruch, vermehrter Erregbarkeit, Wachstumsverzögerung und Leberschädigung. Die akute Toxizität nach Aufnahme von Selen in Gramm-Dosierungen kann schwere gastrointestinale Veränderungen, neurologische Schäden und ein Akutes Atemnotsyndrom (ARDS) sowie Myokardinfarkte und Nierenversagen hervorrufen. Deshalb sollten bei der medizinischen Verabrei-

chung von Selen anorganische Präparate benutzt werden (Selenit, Selenat), da hierbei keine Überdosierungen möglich sind.

Zusammenfassung

Grundsätzlich ist allen Menschen, nicht nur Tumorpapienten, eine gesunde, an essenziellen Mikronährstoffen gehaltvolle Ernährung zu empfehlen. Aus wissenschaftlicher Sicht ist vor der Supplementation von Mikronährstoffen eine Laborbestimmung empfehlenswert.

Hinsichtlich Vitamin D zeigt sich ein positiver Einfluss eines höheren Blutspiegels auf die Prognose bei kolorektalen Tumoren, Mammakarzinomen und aggressiven B-Zell-Lymphomen. Ein Vitamin-D Mangel sollte insbesondere bei den oben genannten Tumorentitäten behoben werden, wobei optimale Plasmaspiegel (25-OH-D) von 40–60 ng/ml bzw. 100–150 nmol/l empfohlen sind.

Ein Selenmangel vor einer onkologischen Therapie sollte ausgeglichen werden. Dabei sollte ein Selenspiegel im Serum von 100–130 µg/l bzw. im Vollblut von 130–155 µg/l erreicht werden. Der Einsatz anorganischer Präparate (Selenat, Selenit) ist den organischen vorzuziehen, da das im Körper nicht gebrauchte Selen sofort renal und pulmonal ausgeschieden wird und somit Überdosierungen ausgeschlossen sind.

Fazit: Wer ausreichend mit Selen versorgt ist, benötigt keine Supplementation.

Eine Vitamin C-Einnahme von Brustkrebspatientinnen im Rahmen einer Nahrungsergänzung ab Beginn der Diagnosestellung ist möglich. Dosierungen von mehr als 500 mg/die sollten aber vermieden werden. Die intravenöse Vitamin-C Gabe simultan zur Chemotherapie muss weiterhin kritisch betrachtet werden.

Kontakt: PD Dr. med. Ralph Mücke

Strahlentherapie RheinMainNahe,
Standort Bad Kreuznach
sowie Klinik für Strahlentherapie
und Radioonkologie,
Ruhr-Universität Bochum
E-Mail: r.muecke@
strahlentherapie-rheinmainnahe.de

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

Multiple Choice-Fragen:

Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen – Update 2017

VNR: 2760602017148060000

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Mikronährstoffe liefern Energie.
- 2) Sekundäre Pflanzenstoffe sind keine Mikronährstoffe.
- 3) Mikronährstoffe sind nur essenziell für tierische Organismen.
- 4) Mikronährstoffe sind nur in tierischen Nahrungsmitteln enthalten.
- 5) Mikronährstoffe können labormäßig im Blut bestimmt werden.

2. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Vitamin E ist vor allem in Fleischprodukten enthalten.
- 2) L-Carnitin ist nur in pflanzlichen Produkten enthalten.
- 3) Der tägliche Folsäurebedarf liegt bei 5–10 mg.
- 4) Selen ist vor allem in Fisch und Innereien enthalten.
- 5) Ein Vitamin-D-Mangel kann zu Nachtblindheit führen.

3. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Bei der Gabe von Pemetrexed ist eine Begleitmedikation mit Folsäure und Vitamin B 12 vorgeschrieben.
- 2) L-Carnitin zeigte einen signifikant positiven Effekt hinsichtlich Fatigue in der Betreuung palliativer Patienten.
- 3) Die Hinzugabe von Beta-Carotin zu einer Strahlentherapie bei Prostatakarzinom führte zu einer Verlängerung des Überlebens oder der Zeit bis zur Knochenmetastasierung.
- 4) Vitamin A kann nicht überdosiert werden.
- 5) L-Carnitin sollte grundsätzlich ohne Laborbestimmung simultan zu Anthrazyklinen gegeben werden.

4. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Es gibt eine hohe Evidenz für einen zusätzlichen antitumorösen Effekt sowie eine Toxizitätsminimierung durch intra-

venöses Vitamin C begleitend zur Chemotherapie.

- 2) Eine Erhöhung der Vitamin C-Zufuhr über die Ernährung um 100 mg/d verringerte die Gesamtmortalität und die tumorspezifische Mortalität von Brustkrebs.
- 3) Vitamin C vermindert nicht die Wirkung von Bortezomib.
- 4) Eine erhöhte Vitamin C Aufnahme erhöht das Risiko für die Entstehung von HNO-Tumoren.
- 5) Vitamin C hat grundsätzlich keinen negativen Einfluss auf die Wirkung von Chemo- oder Strahlentherapie.

5. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Mit steigendem Vitamin D Spiegel erhöht sich das Risiko für die Entstehung von kolorektalen Tumoren.
- 2) Bezüglich der Inzidenz von Tumoren ist nicht alleine die Vitamin D Zufuhr entscheidend, sondern Polymorphismen des Vitamin-D-Rezeptors.
- 3) Bei Patienten mit Prostatakarzinom unter Active Surveillance zeigte sich ein Einfluss des Vitamin-D-Spiegels auf die PSA-Verdopplungszeit.
- 4) Durch die Gabe von hochdosiertem Vitamin D 3 konnte die abnehmende Knochendichte am Femurhals durch Aromataseinhibitoren nicht verhindert werden.
- 5) Durch eine kurzzeitige Vitamin D Einnahme konnte die Lebensqualität von Tumorpatienten signifikant verbessert werden.

6. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Die 2009 veröffentlichte SELECT-Studie zeigte keinen Hinweis auf eine chemopräventive Wirkung von Selen hinsichtlich des Risikos für Prostatakrebs, da die Probanden überhaupt keinen Selenmangel hatten.

- 2) Natriumselenit und Vitamin C können gleichzeitig ohne Nachteil eingenommen werden.
- 3) Es sollte organisches Selen bevorzugt werden, da sich anorganisches Selen im Körper anreichern kann.
- 4) Selen kann nicht überdosiert werden.
- 5) Selen kann dauerhaft ohne regelmäßige Laborkontrollen eingenommen werden.

7. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Durch die Gabe von 3000 mg Acetyl-L-Carnitin pro Tag entwickelten Patientinnen mit Mammakarzinom weniger häufig eine durch Taxane induzierte Neuropathie.
- 2) Erwachsene Patienten mit messbarer Beeinträchtigung der systolischen Herzfunktion nach einer Chemotherapie mit Anthrazyklinen im Kindesalter hatten normale Carnitin-Spiegel im Plasma.
- 3) Polymorphismen am Vitamin D-Rezeptor spielen keine Rolle bei der Vitamin D-Wirkung.
- 4) Ein Vitamin-C-Mangel fördert die Entstehung einer KHK.
- 5) Die ergänzende Gabe von Selen während der Bestrahlung zeigte radioprotektive Effekte.

8. Welche Aussage trifft zu?

- 1) Aus onkologischer Sicht liegt ein Selenmangel bei Plasmawerten < 50 µg/l vor.
- 2) Bei Patienten mit G6PD-Mangel kann Vitamin C intravenös ohne Risiko verabreicht werden.
- 3) Für den Selenstatus im Plasma gibt es eine optimale Range, die zwischen 100 und 130 µg/l liegt.
- 4) Die mögliche Beeinträchtigung der Wirkung der Chemotherapie durch Vitamin C ist nicht dosisabhängig.

5) Vitamin A kann problemlos simultan mit hepatotoxischen Medikamenten gegeben werden.

9. Welche Aussage trifft zu?

1) Fall-Kontrollstudien konnten zeigen, dass die Einnahme von Folsäure während der Schwangerschaft zwecks Reduktion des Risikos für ein Neuralrohrdefekt nicht das Risiko für Tumoren bei den Müttern und Kindern erhöht.

2) Eine L-Carnitin Gabe bei Patienten mit Pankreas-Ca hatte keinen Einfluss auf Lebensqualität und Outcome.

3) Durch L-Carnitin kann eine Fatigue bei palliativen Patienten gebessert werden.

4) Intravenöses Vitamin C verstärkt signifikant die antitumoröse Wirkung einer Chemotherapie.

5) Eine kurzzeitige Vitamin-D-Gabe kann die Lebensqualität deutlich verbessern.

10. Welche Aussage trifft zu?

1) Vitamin D ist vor allem in Zitrusfrüchten enthalten.

2) Bei einem Selenmangel kann man erhöhte Homocysteinwerte feststellen.

3) Ein Vitamin-C-Mangel kann zu Blutungen der Haut und Schleimhaut führen.

4) Ein Vitamin E Mangel kann zu Störungen der Zahnentwicklung und des Knochenwachstums führen.

5) Nüsse enthalten wenig Selen.

Literatur zum Artikel:

Die Rolle von Mikronährstoffen in der Onkologie: Risiko und Nutzen – Update 2017

von PD Dr. med. Ralph Mücke, Prof. Dr. med. Jutta Hübner, Prof. Dr. med. Oliver Micke, Prof. Dr. med. Jens Büntzel, Prof. Dr. med. Klaus Kisters, PD Dr. med. Khashayar Fakhrian und Prof. Dr. med. Irenäus A. Adamietz

- [1] Neuhauser ML et al., Red blood cell folate and plasma folate are not associated with risk of incident colorectal cancer in the Women's Health Initiative observational study, *Int J Cancer*, 2015, 137(4):930–9.
- [2] Mortensen JH et al., Supplemental folic acid in pregnancy and childhood cancer risk, *Br J Cancer*, 2016, 114(1):71–75.
- [3] Mortensen JH et al., Supplemental folic acid in pregnancy and maternal cancer risk, *Cancer Epidemiol*, 2015, 39(6):805–11.
- [4] Taylor CM et al., Folic acid in pregnancy and mortality from cancer and cardiovascular disease: further follow-up of the Aberdeen folic acid supplementation trial, *J Epidemiol Community Health*, 2015, 69(8):789–94.
- [5] Quin T et al., Folic acid supplements and colorectal cancer risk: meta-analysis of randomized controlled trials, *Sci Rep*, 2015, 5:12044.
- [6] Wien T et al., Cancer risk with folic acid supplements: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 2012, 2 (1).
- [7] Kraft M et al., L-Carnitine supplementation in advanced pancreatic cancer (CARPAN) – a randomized multicentre trial, *Nutr J*, 2012, 11:52.
- [8] Muecke M et al., Pharmacological treatments for fatigue associated with palliative care, *Cochrane Database Syst Rev*, 2015, 30:CD006788.
- [9] Hershman DL et al., Randomized double-blind placebo-controlled trial of Acetyl-L-Carnitine for the prevention of taxane-induced neuropathy in women undergoing adjuvant breast cancer therapy, *J Clin Oncol*, 2013, 31: 2627–33.
- [10] Armenian SH et al., Carnitine and cardiac dysfunction in childhood cancer survivors treated with anthracyclines, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2014, 23(6):1109–14.
- [11] Bakker MF et al., Plasma carotenoids, vitamin C, tocopherols, and retinol and the risk of breast cancer in the European Prospective Investigation into Cancer and Nutrition cohort, *Am J Clin Nutr*, 2016, pii:ajcn101659.
- [12] Leoncini E et al., Carotenoid intake and head and neck cancer: a pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium, *Eur J Epidemiol*, 2015 May 1: [Epub ahead of print].
- [13] Nordström T et al., Associations between circulating carotenoids, genomic instability and the risk of high-grade prostate cancer, *Prostate*, 2016, 76(4):339–48.
- [14] Yu N et al., Association of Dietary Vitamin A and β -Carotene Intake with the Risk of Lung Cancer: A Meta-Analysis of 19 Publications, *Nutrients*, 2015, 7(11):9309–24.
- [15] Margalit D et al., Beta-carotene Antioxidant Use During Radiation Therapy and Prostate Cancer Outcome in the Physicians' Health Study, *J Radiat Oncol Biol Phys*, 2012 May 1;83(1):28–32.
- [16] De Munter L et al., Vitamin and carotenoid intake and risk of head-neck cancer subtypes in the Netherlands Cohort Study, *Am J Clin Nutr*, 2015, 102(2):420–32.
- [17] Edefonti V et al., Natural vitamin C intake and the risk of head and neck cancer: A pooled analysis in the International Head and Neck Cancer Epidemiology Consortium, *Int J Cancer*, 2015, 15;137(2):448–62.
- [18] Bo Y et al., Association between dietary vitamin C intake and risk of esophageal cancer: A dose-response meta-analysis, *Int J Cancer*, 2015, doi: 10.1002/ijc.29838.
- [19] Fan H et al., Association between vitamin C intake and the risk of pancreatic cancer: a meta-analysis of observational studies, *Sci Rep*, 2015, 11, 5:13973. doi: 10.1038/srep13973.
- [20] Bai XY et al., Association between Dietary Vitamin C Intake and Risk of Prostate Cancer: A Meta-analysis Involving 103,658 Subjects, *J Cancer*, 2015, 8, 6(9):913–21.
- [21] Harris HR et al., Vitamin C intake and breast cancer mortality in a cohort of Swedish women, *Br J Cancer*, 2013, Jun 4. doi: 10.1038/bjc.2013.269. Epub ahead of print.
- [22] Harris HR et al., Vitamin C and survival among women with breast can-

- cer: a meta-analysis, *Eur J Cancer*, 2014, 50(7):1223–31.
- [23] Poole EM et al., Postdiagnosis supplement use and breast cancer prognosis in the After Breast Cancer Pooling Project, *Breast Cancer Res Treat*, 2013, 139(2):529–37.
- [24] Jacobs C et al., Is there a role for oral or intravenous ascorbate (vitamin C) in treating patients with cancer? A systematic review, *Oncologist*, 2015, 20(2):210–23.
- [25] Heaney ML et al., Vitamin C antagonizes the cytotoxic effects of anti-neoplastic drugs, *Cancer Res*, 2008, 68(19):8031–8.
- [26] Llobet D et al., Antioxidants block proteasome inhibitor function in endometrial carcinoma cells, *Anticancer Drugs*, 2008, 19(2):115–24.
- [27] Perrone Get al., Ascorbic acid inhibits antitumor activity of bortezomib in vivo, *Leukemia*, 2009, 23.9: 1679–86.
- [28] Pilz S et al., Vitamin D and cancer mortality: Systematic review of prospective epidemiological Studies, *Anticancer Agents Med Chem*, 2013, 13(1):107–17.
- [29] Raimondi S et al., Review and meta-analysis on vitamin D receptor polymorphisms and cancer risk, *Carcinogenesis*, 2009, 30.7:1170–80.
- [30] McCullough ML et al., Vitamin D gene pathway polymorphisms and risk of colorectal, breast, and prostate cancer, *Annu Rev Nutr*, 2009, 29: 111–32.
- [31] Yin L et al., Circulating 25-hydroxyvitamin D serum concentration and total cancer incidence and mortality: A systematic review and meta-analysis, *Prev Med*, 2013, 57 (6):753–64.
- [32] Ma Y et al., Association between Vitamin D and risk of colorectal cancer: a systematic review of prospective studies, *J Clin Oncol*, 2011, 29:3775–82.
- [33] Yin L et al., Meta-analysis: longitudinal studies of serum vitamin D and colorectal cancer risk, *Aliment Pharmacol Ther*, 2009, 30.2:113–25.
- [34] Zhang L et al., Vitamin D and lung cancer risk: A comprehensive review and meta-analysis, *Cell Physiol Biochem*, 2015, 36(1):299–305.
- [35] Bittenbring JT et al., Vitamin D deficiency impairs rituximab-mediated cellular cytotoxicity and outcome of patients with diffuse large B-cell lymphoma treated with but not without rituximab, *J Clin Oncol*, 2014, 32(29):3242–8.
- [36] Fedirko V et al., Prediagnostic 25-Hydroxyvitamin D, VDR and CASR Polymorphisms, and Survival in Patients with Colorectal Cancer in Western European Populations, *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 2012, 21:582–93.
- [37] Goodwin PJ et al., Prognostic effects of 25-hydroxyvitamin D levels in early breast cancer, *J Clin Oncol*, 2009, 27:3757–63.
- [38] Maalmi H et al., Serum 25-hydroxyvitamin D levels and survival in colorectal and breast cancer patients: systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies, *Eur J Cancer*, 2014, 50(8):1510–21.
- [39] Mohr SB et al., Could Vitamin D sufficiency improve the survival of colorectal cancer patients?, *J Steroid Biochem Mol Biol*, 2014, Dec 19. pii:S0960–0760(14)00316–1.
- [40] Pilz S et al., Vitamin D and cancer mortality: systematic review of prospective epidemiological studies, *Anticancer Agents Med Chem*, 2013, 13(1):107–17.
- [41] Poole EM et al., Postdiagnosis supplement use and breast cancer prognosis in the After Breast Cancer Pooling Project, *Breast Cancer Res Treat*, 2013, 139(2):529–37.
- [42] Villaseñor A et al., Associations of serum 25-hydroxyvitamin D with overall and breast cancer-specific mortality in a multiethnic cohort of breast cancer survivors, *Cancer Causes Control*, 2013, 24(4):759–67.
- [43] Vrieling A et al., Serum 25-hydroxyvitamin D and postmenopausal breast cancer survival: a prospective patient cohort study, *Breast Cancer Res*, 2011, 13.4:R74.
- [44] Zaga L et al., Plasma Vitamin D Concentration Influences Survival Outcome after Diagnosis of Colorectal Cancer. *J. Clin Oncol*, 2014, 32(23):2430–9.
- [45] Gilbert R et al., Predictors of 25-hydroxyvitamin D and its association with risk factors for prostate cancer: evidence from the prostate testing for cancer and treatment study, *Cancer Causes Control*, 2012, 23:575–88.
- [46] Rastelli AL et al., Vitamin D and aromatase inhibitor-induced musculoskeletal symptoms (AIMSS): a phase II, double-blind, placebo-controlled, randomized trial, 2011, 129(1):107–16.
- [47] Hoffmann MR et al., Vitamin D supplementation and health-related quality of life: a systematic review of the literature, *J Acad Nutr Diet*, 2015, 115(3):406–18.
- [48] Mücke R et al., Komplementärer Se-leneinsatz in der Onkologie, *Der Onkologe*, 2010, 16:181–186.
- [49] Bleys J et al., Serum selenium levels and all cause, cancer, and cardiovascular mortality among US adults, *Arch Intern Med*, 2008, 168: 404–10.
- [50] Cai X et al., Selenium Exposure and Cancer Risk: an Updated Meta-analysis and Meta-regression, *Sci Rep*, 2016, 6:19213.

- [51] Lippman SM et al., Effect of selenium and vitamin E on risk of prostate cancer and other cancers: The selenium and vitamin E cancer prevention trial (SELECT), *JAMA*, 2009, 301:39–51.
- [52] Mücke R et al., Selenium or no selenium—that is the question in tumor patients: a new controversy, *Integr Cancer Ther*, 2010, 9(2):136–141.
- [53] Geybels MS et al., Advanced prostate cancer risk in relation to toenail selenium Levels, *J Natl Cancer Inst*, 2013, 105(18):1394–1401.
- [54] Kristal AR et al., Baseline Selenium Status and Effects of Selenium and Vitamin E Supplementation on Prostate Cancer Risk. *J Natl Cancer Inst*, 2014, Mar 1;106(3):djt456. doi: 10.1093/jnci/djt456. Epub 2014, Feb 22.
- [55] Kim Y et al., Relation of Vitamin E and Selenium Exposure to Prostate Cancer Risk by Smoking Status: A Review and Meta-Analysis, *Anticancer Res*, 2015, 35(9):4983–96.
- [56] Lener MR et al., Serum Concentrations of Se and Cu in Patients Diagnosed with Pancreatic Cancer, *Cancer Res Treat*, 2015 Dec 28. doi:10.4143/crt.2015.282. [Epub ahead of print].
- [57] Shen F et al., The Association Between Serum Levels of Selenium, Copper, and Magnesium with Thyroid Cancer: a Meta-analysis, *Biol Trace Elem Res*, 2015, 167(2):225–35.
- [58] Stratton MS et al., Oral selenium supplementation has no effect on prostate-specific antigen velocity in men undergoing active surveillance for localized prostate cancer, *Cancer Prev Res (Phila)*, 2010, 3(8):1035–43.
- [59] Kenfield SA et al., Selenium supplementation and prostate cancer mortality. *J Natl Cancer Inst*, 2014 Dec 12;107(1). pii: dju360. doi: 10.1093/jnci/dju360. Print 2015 Jan.
- [60] Karp DD, Lee SJ, Keller SM, Wright GS, Aisner S, Belinsky SA et al. Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Phase III Chemoprevention Trial of Selenium Supplementation in Patients With Resected Stage I Non-Small-Cell Lung Cancer: ECOG 5597, *J Clin Oncol*, 2013, 31(33):4179–87.



Foto: Kenon – Fotolia.com



Ja zur Kammerwahl!

„Weil Ärztinnen und Ärzte die ärztliche Selbstverwaltung mitgestalten wollen.“

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.

Mit der Wahl der Delegiertenversammlung die Richtung der ärztlichen Berufspolitik bestimmen

Wie jede Selbstverwaltungsorganisation wird auch die Landesärztekammer Hessen von demokratisch gewählten Gremien gelenkt. Die Delegiertenversammlung ist das

Parlament der verfassten hessischen Ärzteschaft und setzt sich aus 80 Mandatsträgern zusammen. Zur fachlichen Beratung werden zu den wesentlichen Aufgaben Ausschüsse eingerichtet. Die Delegiertenversammlung trifft alle grundsätzlichen finanziellen, politischen und strukturellen Entscheidungen der Landesärztekammer. Dazu zählen

- die Wahl des Präsidiums
- die Hauptsatzung
- die Berufsordnung
- die Weiterbildungsordnung
- die Meldeordnung
- die Beitragsordnung
- der jährliche Haushaltsplan und vieles andere mehr.

Dreimal im Jahr tagt die Delegiertenversammlung im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer in Bad Nauheim. Nach Diskussionen über aktuelle berufs-

politische Themen werden gesundheitspolitische Stellungnahmen verabschiedet. Alle fünf Jahre wird die Delegiertenversammlung neu gewählt. Aktives Wahlrecht haben alle Ärztinnen und Ärzte in Hessen. Zur Wahl stellen sich Ärztinnen und Ärzte, die sich entsprechend ihrer ärztlichen und berufspolitischen Kompetenz und ihres Bekanntheitsgrads auf Listen zusammengefunden haben. Abhängig von ihrem Stimmenanteil bei der Wahl besetzen sie eine bestimmte Anzahl von Sitzen und stellen ein oder mehrere Präsidiumsmitglieder. Mit Ihrer Stimme können Sie die Richtung der ärztlichen Berufspolitik in Hessen entscheidend mitbestimmen. Kammerwahlen finden vom 25. Mai bis 6. Juni 2018 statt.

Katja Möhrle
Caroline McKenney

Symposium: Ethik im medizinischen Alltag

Unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach findet am Samstag, **13. Januar 2018**, das Symposium „**Ethik im medizinischen Alltag – Anspruch und Wirklichkeit**“ in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammerin Bad Nauheim statt.

Auf dem Programm der von Prof. Dr. Alfred Simon moderierten Fortbildungsveranstaltung stehen Vorträge zu den Themen:

- Anspruch und Wirklichkeit im stationären Bereich
- Anspruch und Wirklichkeit im ambulanten Bereich

- Flüchtlingsversorgung in Italien und Deutschland am Beispiel Südtirol und Hessen
 - Was erwarten Studierende von der Ethikausbildung im Studium?
- Informationen und Anmeldung:
E-Mail: beate.voelker@laekh.de,
Fon: 069 97672-340



40 Jahre Gutachter- und Schlichtungsstelle

Bericht über die Jahre 2006 bis 2016

Dr. iur. Katharina Deppert

Abb. 1: Entwicklung der Antragszahlen in Hessen (2006–2016)

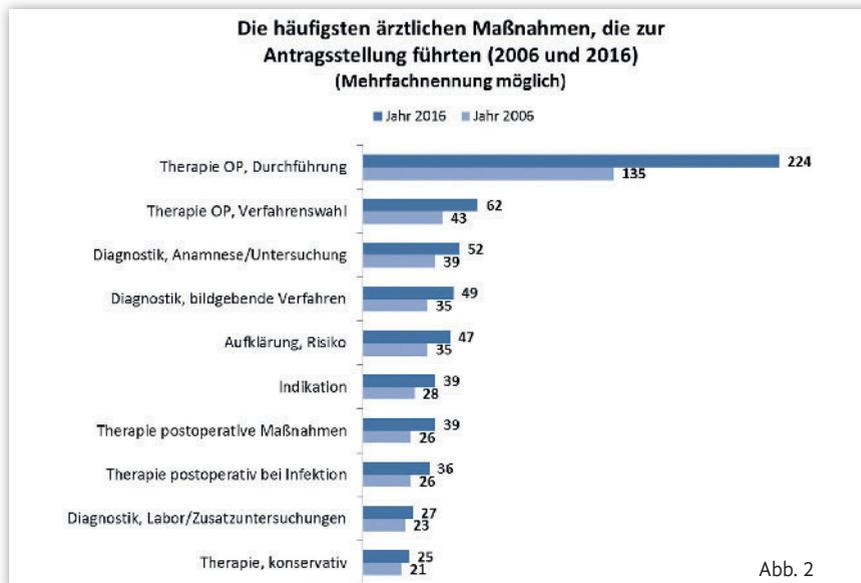
Jahr	Anträge
2006	814
2007	781
2008	772
2009	891
2010	817
2011	770
2012	983
2013	902
2014	981
2015	804
2016	905

Vor 40 Jahren wurde die Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen ins Leben gerufen. Aus Aktualitätsgründen beschränkt sich der folgende Bericht über ihre Tätigkeit auf die zurückliegenden zehn Jahre.

Wie die Tabelle über die Entwicklung der Antragszahlen in den Jahren 2006 bis 2016 (Abb. 1) zeigt, gibt es zwar eine gewisse Schwankungsbreite; insgesamt ist jedoch eine verhältnismäßig hohe Zahl von Eingängen in der Gutachter- und Schlichtungsstelle, mit steigender Tendenz, zu verzeichnen. Dass allein im Jahre 2016 über 900 auf die Einleitung eines Verfahrens vor der Gutachterstelle gerichtete Anträge eingingen, spricht für die erfreuliche Resonanz der Arbeit der Gutachterstelle.

Weisungsfrei und unparteiisch

Bei einem Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle werden alle Beteiligten und die Versicherung des Arztes umfassend über sämtliche Vorgänge und über die einzelnen Verfahrensschritte unterrichtet. Dazu gehört die Übermittlung aller Schreiben, die Anhörung zur Person des zu beauftragenden Sachverständi-



gen, die Einsicht in Akten und Krankenunterlagen etc.

Der Grundsatz des „uneingeschränkten rechtlichen Gehörs“ bildet das Kernstück des Verfahrens, das sich, wie in den maßgeblichen EU-Richtlinien zu Schlichtungsverfahren und in der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle festgehalten, durch völlige Transparenz auszeichnet. Die personelle Aufstellung bietet die Gewähr dafür, dass alle diese Voraussetzungen eingehalten werden. In der Gutachter- und Schlichtungsstelle arbeiten weisungsfrei und unparteiisch drei pensionierte Richter, die leitende Positionen in der Ziviljustiz innehatten. In den vergangenen Jahren handelt es sich um ehemalige Vorsitzende Richter am Landgericht, am Oberlandesgericht und am Bundesgerichtshof. Die eingehenden Fälle sind dezernatsmäßig auf die drei Juristen aufgeteilt, die für die Wahrung des rechtlichen Gehörs und die ordnungsgemäße Durchführung der Verfahren verantwortlich sind. Sie bearbeiten ihre Verfahren von der Antragstellung bis zur Beendigung und ordnen alle im Einzelnen zu treffenden Maßnahmen an. Sie leiten die wöchentlich stattfindenden Kommissionssitzungen und begründen die Kommissionentscheidungen schriftlich.

Da die Beteiligten des Verfahrens und die Versicherung des Arztes das Recht auf jederzeitige Akteneinsicht haben, ist eine Überprüfung durch Außenstehende nicht erforderlich. Aus diesem Grund macht es keinen Sinn, die Struktur der hiesigen Verfahren durch „Überstülpung“ anderer Verfahrensordnungen zu ändern.

Bei den in Abb. 2 dargestellten, am häufigsten beanstandeten ärztlichen Maßnahmen handelt es sich in erster Linie um durchgeführte Operationen.

Die Fachgebiete Orthopädie, chirurgische und unfallchirurgische Orthopädie sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich waren am häufigsten von einem behaupteten Behandlungsfehler betroffen, gefolgt von den Gebieten Frauenheilkunde, Innere Medizin und Urologie (Abb. 6.1. bis 6.4.). Die Diagnostik als Fehlerquelle überwiegt im ambulanten Bereich. Im stationären Bereich steht, wie nicht anders zu erwarten, die Therapie im Mittelpunkt (Abb. 7.1. bis 7.4.).

Der Anteil der bestätigten Behandlungsfehler ist während des gesamten Zeitraums annähernd gleich geblieben und beträgt jeweils knapp 25 Prozent (%), vgl. Abb. 3. Die meisten Beanstandungen, die zur Antragstellung führten, la-



Abb. 3.1

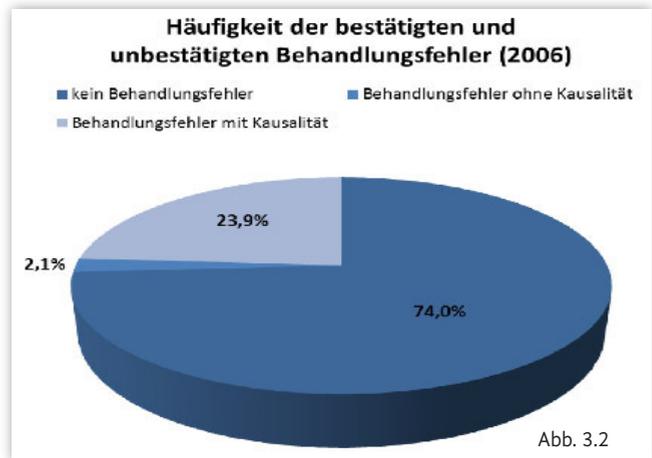


Abb. 3.2

Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten (2006)

Schulter- und Oberarmfraktur	12
Kniebinnenschaden (traumatisch)	11
Mamma, Neubildung, bösartig	10
Koxarthrose	10
Deformität, Zehen/Finger	9
Abdomen, akut	8
Unterarmfraktur	8
Unterschenkel- u. Sprunggelenkfraktur	8
Gonarthrose	7
Kniebinnenschaden (degenerativ)	7

Abb. 4.1

Die häufigsten Diagnosen, die zur Antragstellung führten (2016)

Koxarthrose	26
Gonarthrose	22
Rückenschmerzen	10
Fußfraktur	10
Oberflächliche Verletzung	10
Femurfraktur	9
Hand- u. Handgelenkfraktur	9
Unterarmfraktur	9
Schulter- und Oberarmfraktur	8
Bandscheibenschaden, zervikal	8

Abb. 4.2

gen auf orthopädischem Gebiet (Abb. 4). Bei den Behandlungsarten hat sich zwischen 2006 und 2016 eine gewisse Verschiebung auf den ambulanten Bereich ergeben (Abb. 5, siehe S. 616). Sie beruht darauf, dass sich die Zahl der im ambulanten Bereich vorgenommenen Eingriffe erhöht hat.

Wann liegt ein haftungsbegründender Behandlungsfehler vor?

Über die Frage, ob ein haftungsbegründender Behandlungsfehler vorliegt, haben die Juristen nach Aktenlage auf Grundlage der Ausführungen in den eingeholten Sachverständigengutachten, denen eventuell eine persönliche Untersuchung des Patienten zugrunde liegt, zu befinden. Dabei ist – anders als im Strafverfahren – ein objektiver Maßstab anzulegen. Der Verschuldensvorwurf richtet sich danach, ob der objektive Standard des Fachgebietes des Arztes eingehalten wurde. Ist dieser Standard nicht gewahrt, liegt ein Fehler vor. Den Arzt trifft sodann aus dem mit dem Patienten bestehenden Dienstvertrag (vgl. § 630 b des Bürgerlichen Gesetzbuches, BGB) die Verantwortung für die Folgen, die auf dem Fehler beruhen.

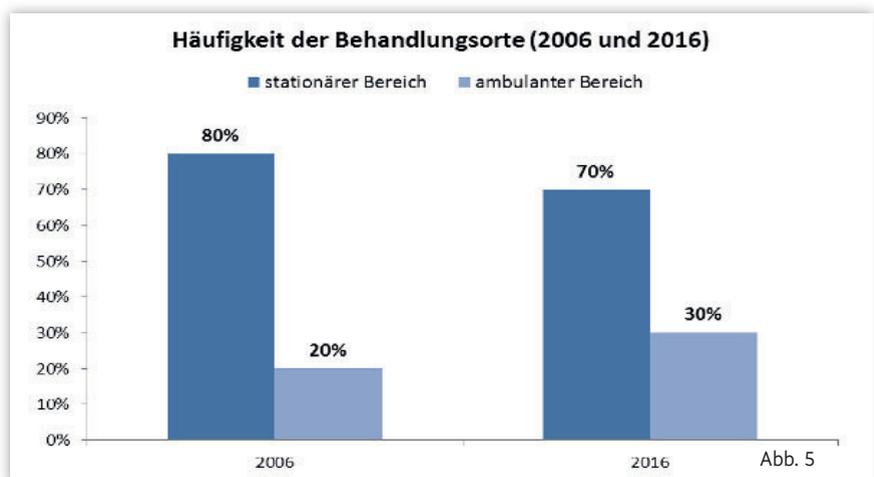


Abb. 5

Die gelegentlich geäußerte Meinung, es müsse ein grober Fehler vorliegen, ist nicht zutreffend.

Für die Entscheidung, dass ein gesundheitlicher Nachteil auf dem festgestellten Fehlverhalten des Arztes beruht, ist nach § 286 Zivilprozessordnung (ZPO) die volle (richterliche) Überzeugung nötig. Bestrebungen, eine überwiegende Wahrscheinlichkeit als ausreichend für die Annahme eines Fehlverhaltens gelten zu lassen oder grundsätzlich eine Beweismaßreduzierung zuzulassen, sind bei der Verabschiedung des Patientenrechtgesetzes

zes vom 20. Februar 2013 nicht erfolgreich gewesen.

Für die erforderlichen Nachweise bedarf es allerdings keines naturwissenschaftlichen Beweises. Es genügt ein für das praktische Leben brauchbarer Grad von Gewissheit, der Zweifeln Schweigen gebietet, ohne sie völlig auszuschließen.

Bei der Frage der Verantwortlichkeit des Arztes für die Folgen eines Behandlungsfehlers werden die bereits von der Rechtsprechung erarbeiteten, von dem Gesetzgeber übernommenen Beweiserleichterungen berücksichtigt. Insbesondere wird hier



Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren
- ambulanter Bereich (2006)

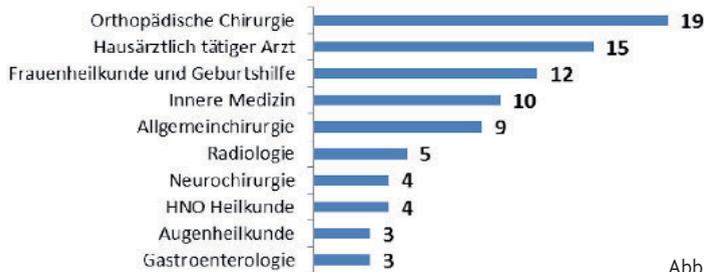


Abb. 6.1

Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren
- stationärer Bereich (2006)

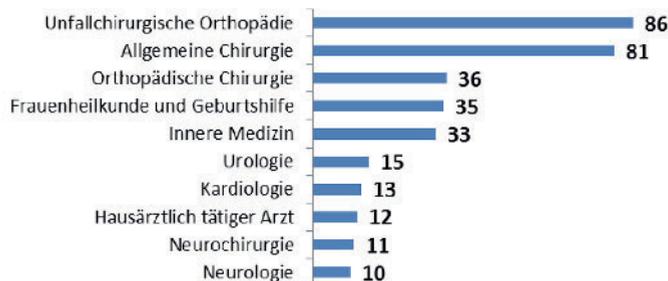


Abb. 6.2

Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren
- ambulanter Bereich (2016)



Abb. 6.3

Fachgebiete, die am häufigsten von einem Behandlungsfehler betroffen waren
- stationärer Bereich (2016)

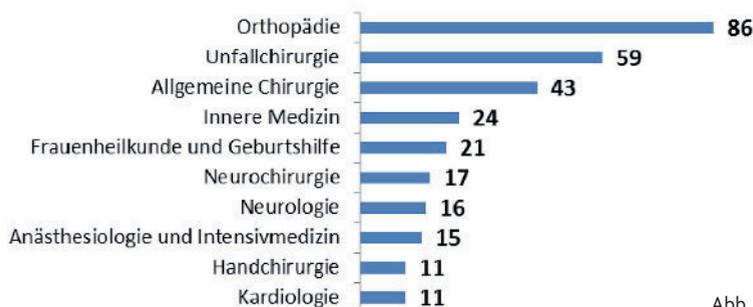


Abb. 6.4

überprüft, ob der Fehler des Arztes als grob zu bewerten ist (vgl. § 630 h Abs. 5 Satz 1 BGB). Zu dieser Frage erhält der Patient eine Stellungnahme in der Entscheidung der Gutachter- und Schlichtungsstelle, ebenso zu möglichen Befunderhebungsfehlern (§ 630 h Abs. 5 Satz 2 BGB). Erörtert werden des Weiteren Verstöße gegen die Dokumentationspflicht und deren Auswirkungen auf den Beweis für eine Nichtdurchführung medizinisch gebotener Maßnahmen (§ 630 h Abs. 3 BGB). Verletzungen von Aufklärungspflichten gewinnen eine zunehmende Bedeutung bei der Entscheidung über Pflichtverletzungen.

Immer mehr Verfahren

Die Zahl der Kommissionsverfahren, die eine erneute Überprüfung der Vorwürfe ermöglichen, hat im Zeitraum von 2006 bis 2016 erheblich zugenommen. Gegen ein Gutachten können die Beteiligten einen Antrag auf Kommissionsentscheidung stellen. In der Hälfte der eingeholten Gutachten wurde ein Antrag auf Überprüfung durch die Kommission gestellt, die aus einem Juristen und mindestens zwei an der Gutachtenerstattung nicht beteiligten Sachverständigen aus dem Fachgebiet des beteiligten Arztes besteht; der Gutachter selbst ist nicht stimmberechtigt. Im Jahre 2016 wurden 294 Kommissionsverfahren durchgeführt, die mit einer Kommissionsentscheidung endeten.

Dr. iur. Katharina Deppert

Vors. Richterin am BGH a. D.,

Vorsitzende der

Gutachter- und Schlichtungsstelle
der LÄKH

Die Tätigkeitsberichte der Gutachter- und Schlichtungsstelle werden jährlich auf der Website der Landesärztekammer eingestellt. Aufgrund eines Präsidiumsbeschlusses erscheinen die Tätigkeitsberichte der Landesärztekammer Hessen in gedruckter Form am Ende einer Legislaturperiode als Beilage des Hessischen Ärzteblatt.

**Die häufigsten Fehlerarten
- ambulanter Bereich (2006)**



Abb. 7.1

**Die häufigsten Fehlerarten
- ambulanter Bereich (2016)**

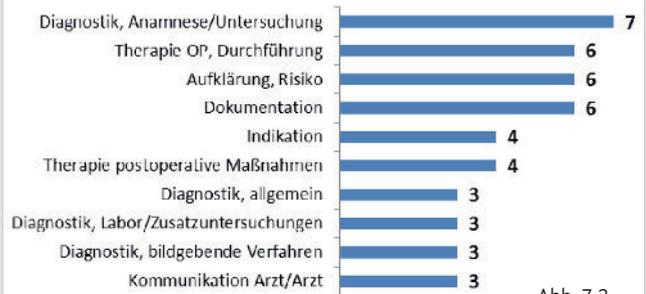


Abb. 7.2

**Die häufigsten Fehlerarten
- stationärer Bereich (2006)**



Abb. 7.3

**Die häufigsten Fehlerarten
- stationärer Bereich (2016)**



Abb. 7.4

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen
- ambulanter Bereich (2006)**

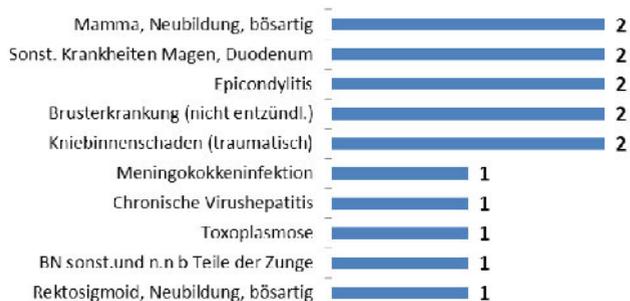


Abb. 8.1

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen
- ambulanter Bereich (2016)**

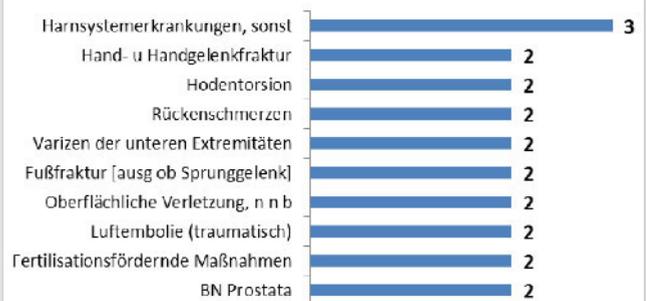


Abb. 8.2

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen
- stationäre Bereich (2006)**

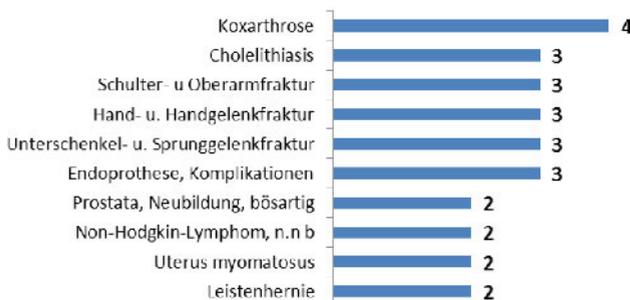


Abb. 8.3

**Die häufigsten fehlbehandelten Erkrankungen
- stationärer Bereich (2016)**



Abb. 8.4

Unabhängig und objektiv: Die Arbeit der Gutachter- und Schlichtungsstelle

Dr. iur. Katharina Deppert

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen (GuS) besteht seit dem Jahre 1977. Damals wurde sie gemeinsam mit der Landesärztekammer Rheinland-Pfalz ins Leben gerufen; zum 1. Januar 1987 beschlossen die Kammern, sie als jeweils eigenständige Gutachter- und Schlichtungsstellen weiterzuführen. Die GuS ist unabhängig und nicht von Weisungen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) abhängig. Ihre organisatorische Sonderstellung gewährleistet ihre Unabhängigkeit. So sind die Mitglieder der LÄKH, auch die Mitarbeiter der Rechtsabteilung, nicht berechtigt, in Akten der Gutachter- und Schlichtungsstelle Einsicht zu nehmen. Das gilt selbstverständlich auch für den Präsidenten der Kammer und die Geschäftsführer. Die Arbeit der GuS darf von niemandem beeinflusst werden. Ein solcher Versuch ist, so-

weit ich weiß, bisher auch nicht unter-
nommen worden.

1977 erhielt die Gutachter- und Schlichtungsstelle ihre erste Satzung. Als Körperschaft des öffentlichen Rechts hat die LÄK Hessen im Rahmen der ihr gesetzlich verliehenen Autonomie zur Regelung eigener Angelegenheiten Aufgaben und Befugnisse der Gutachter- und Schlichtungsstelle durch eine Satzung geregelt. Diese wurde von der Kammerversammlung beschlossen und vom zuständigen Landesminister genehmigt. Sie wurde mehrfach modifiziert und erhielt ihre letzte Fassung am 23. März 2016; sie gilt seit 1. Juli 2016.

Gemeinsam Grundsätze

Gutachterkommissionen gibt es in allen Ländern der Bundesrepublik Deutschland. Sie verfügen über gemeinsame Grundsätze,

die in allen Satzungen der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen einzuhalten sind. Die ständige Konferenz der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen bei der Bundesärztekammer hat im Jahre 2001 sogenannte Eckpunkte zur Verbesserung der Verfahrensabläufe erarbeitet, die insbesondere das rechtliche Gehör der Beteiligten sichern sollen. Dazu gehören die Übersendung wechselseitiger Schriftsätze, eine umfassende Gelegenheit zum schriftlichen Vortrag und zur Stellungnahme, etwa zur Auswahl des Sachverständigen, ferner das Recht auf Einsicht in die Verfahrensakte und die Krankenunterlagen. Das Verfahren wird grundsätzlich schriftlich durchgeführt.

Gesetzliche Grundlagen

Am 19. Februar 2016 wurde das deutsche „Gesetz zur Umsetzung der Richtli-



nie über alternative Streitbeilegung in Verbraucherangelegenheiten...“ erlassen, das der Umsetzung der Richtlinie 2013/11/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 21. Mai 2013 über die alternative Beilegung verbraucherrechtlicher Streitigkeiten dient.

Obwohl die EU-Verbraucherrichtlinien nicht auf das Verhältnis Arzt/Patient anwendbar sind, enthalten die genannten Empfehlungen jedoch allgemeine Grundsätze für Schlichtungsverfahren zur außergerichtlichen Streitbeilegung, die über den unmittelbaren Anwendungsbereich hinausgehen:

- Unabhängigkeit der Einrichtung – gewährleistet durch Befähigung, Erfahrung und Fachkompetenz der dort tätigen Mitarbeiter, insbesondere in Rechtsfragen,
- Verfahrenstransparenz,
- kontradiktorische Verfahrensweise,
- Grundsätze der Rechtmäßigkeit,
- der Handlungsfreiheit und der
- Vertretung.

Die Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen und die praktische Durchführung der Verfahren werden den genannten Grundsätzen gerecht.

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle soll aus der erforderlichen Zahl von ärztlichen und juristischen Mitgliedern bestehen. Die juristischen Mitglieder werden von dem Präsidium der Landesärztekammer berufen. Einer der Juristen wird zum Vorsitzenden des Vorstandes bestimmt. Mit der personellen Zusammensetzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle sind die erforderlichen Prinzipien der Unabhängigkeit und Objektivität gewährleistet.

Der Vorsitzende hat organisatorische und überwachende Aufgaben (§ 4 Abs. 3), auch in Bezug auf die Einhaltung des Datenschutzes (§ 8).

Die anfallenden Anträge werden normalerweise auf die drei juristischen Mitglieder verteilt und von ihnen selbstständig bearbeitet. Das sind derzeit Jürgen Juncker, ehemals Vors. Richter am Oberlandesgericht, Friedhelm Damm, ehemals Vors. Richter am Landgericht Kassel, und die Autorin, ehemals Vors. Richterin am Bundesgerichtshof.

Voraussetzung für ein Verfahren

Die Kosten der Gutachter- und Schlichtungsstelle werden von der Kammer getragen. Allerdings leisten die Haftpflichtversicherer des Arztes oder der Klinik, gegen die das Verfahren durchgeführt wird, einen allgemein festgelegten Betrag für jeden Fall – im Augenblick 357,90 Euro. Sie übernehmen zusätzlich, was wesentlich teurer ist, die Kosten der einzuholenden Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen (§ 9). Das Verfahren ist demnach in jedem Fall für den Patienten kostenlos, abgesehen von persönlichen Auslagen und – gemäß der Rechtsprechung – von Kosten für die Beschaffung von Krankenunterlagen

Nach der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle ist ebenso wie in sämtlichen anderen Statuten der Länder zur Einleitung des Verfahrens ein Antrag erforderlich (§ 1). Beteiligte eines Verfahrens vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle sind der Patient, der behandelnde Arzt, möglicherweise auch beider Erben, sowie – das ist eine Änderung bei der Neufassung der Satzung – der Klinikträger, wenn er von Ansprüchen aus Arzthaftung betroffen ist. Eine formelle Beteiligung der Haftpflichtversicherer des Arztes oder der Klinik ist nicht vorgesehen. Jedoch werden die Versicherer, schon weil sie die bereits genannten Kosten tragen, umfassend in das Verfahren einbezogen. Sie müssen mit dessen Durchführung einverstanden sein.

Voraussetzung für die Einleitung des Verfahrens ist, dass der Patient geltend macht, er sei durch eine fehlerhafte ärztliche Behandlung zu Schaden gekommen. Wie dargetan, ist auch sein Erbe nach Nachweis seiner Erbenstellung antragsberechtigt (§ 1 Abs. 1). Schließlich kann der Arzt selbst, gegen den der Vorwurf eines Fehlverhaltens erhoben wird, einen Antrag stellen. Das kommt höchst selten vor: In den zehn Jahren, seitdem ich bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle tätig bin, ist dies nur einmal geschehen, jetzt wurde ein weiterer Antrag angekündigt.

Der schriftlich zu stellende Antrag soll erkennen lassen, worin der Patient Mängel

der Behandlung und die schädlichen Folgen sieht (§ 2 Abs. 1). Die Anträge sind, wenn sie von dem Patienten selbst eingereicht werden, häufig sehr laienhaft formuliert. Der Patient erhält daher ein Informationsschreiben, ein Kontrollblatt mit Einzelfragen, die Satzung sowie einen Wegweiser als Flyer, der das Verfahren beschreibt. Diese Unterlagen sollen ihm dabei helfen, seinen Einwand gegen eine ärztliche Behandlung vorzubringen. Im Übrigen sind die Mitarbeiter der Gutachter- und Schlichtungsstelle stets bereit, auf schriftliche und telefonische Anfragen einzugehen und entsprechende Erläuterungen zu erteilen. Damit werden auch die Vorgaben der Rechtsprechung erfüllt, wonach eine exakte Bezeichnung des ärztlichen Fehlers nicht verlangt werden darf. Die Beteiligung eines anwaltlichen Beistandes wird in diesen Fällen oft schmerzlich vermisst. Bemerkenswert ist im Übrigen der Anstieg der Anträge unmittelbar nach Feiertagen. Hier ist des öfteren eine Beratung im Familien- und Freundeskreis vorangegangen.

Grundsatz der Freiwilligkeit

Ein wesentlicher Grundsatz des Verfahrens vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle liegt darin, dass die Beteiligung des Arztes oder Klinikträgers (§ 1 Abs. 3) freiwillig ist. Es findet demnach keine Zwangsschlichtung statt. Diese wäre meines Erachtens mit dem Grundgedanken einer einvernehmlichen Konfliktbeseitigung, wie sie auch in den genannten EU-Empfehlungen zum Ausdruck kommt, nicht vereinbar und in Anbetracht des Justizgewährleistungsanspruchs, abgeleitet aus dem Rechtsstaatsprinzip in Verbindung mit Art. 19 Abs. 4, Art. 103 Abs. 1 Grundgesetz (GG), verfassungsrechtlich bedenklich.¹ In der Mehrzahl der Fälle stimmen die Ärzte und Klinikträger im Einvernehmen mit den Versicherungen dem Verfahren zu. Es kommt aber auch vor, dass eine Ablehnung mit der Begründung erfolgt, es liege kein Behandlungsfehler vor. Das ist an sich kein Grund; denn die Gutachterstelle soll ja gerade überprüfen, ob ein Fehler zu bejahen ist oder nicht. Eine Standespflicht,

¹ vgl. Katzenmeier, Anw. Bl. 8 und 9/2008, S. 1 ff.; vgl. zu allem auch Katzenmeier, NJW 2008, 1116 ff.).

sich an dem Gutachterverfahren zu beteiligen, besteht jedoch nicht.

In dem schriftlich durchgeführten Verfahren ist den Beteiligten umfassend rechtliches Gehör zu gewähren. Das ist in § 5 Abs. 2 in Bezug auf Einwände gegen die Benennung eines Gutachters ausdrücklich bestimmt. Damit ist die Satzung fortschrittlicher als die bisherige Gesetzgebung zum gerichtlichen Verfahren.

Mit dem „Gesetz zur Änderung des Sachverständigenrechts...“ vom 11. Oktober 2016, in Kraft getreten am 15. Oktober 2016 (BGBl. I, 2016, 2222), ist den Parteien in dem neu gefassten § 404 Abs. 2 Zivilprozessordnung (ZPO) die Möglichkeit eingeräumt, sich zu der vorgesehenen Ernennung eines Sachverständigen zu äußern.

Der Grundsatz des rechtlichen Gehörs gilt nach der Satzung darüber hinaus für alle Verfahrensschritte. Schriftsätze und Eingaben werden den anderen Beteiligten zur Information zugeleitet, und ihnen wird jederzeit Gelegenheit zur Stellungnahme eingeräumt. Die Rechte des Haftpflichtversicherers sind in § 1 Abs. 3 eingehend geregelt.

Entscheidungen sind nicht rechtlich bindend

Ein Pfeiler des Schlichtungsverfahrens ist die fehlende rechtliche Bindung der Entscheidungen. In § 11 der Satzung ist festgelegt, dass der Rechtsweg nicht ausgeschlossen ist. Die Anrufung der Gerichte wird dem Patienten und den Antragsgegnern nicht abgeschnitten. Ihr Recht, sich vertreten zu lassen, ist durch Verweis auf die Grundsätze des Zivilprozessrechts (§ 1 Abs. 5) gewährleistet.

Die Anträge des Patienten oder sonstigen Antragsberechtigten werden dem beteiligten Arzt zugeleitet, bei seinem Tod können sich stattdessen seine Erben beteiligen (§ 1 Abs. 2 Satz 2). Stimmt der Arzt zu und ist auch der Versicherer einverstanden, holt die Gutachter- und Schlichtungsstelle die Krankenunterlagen ein. Sie ist dazu durch eine vorher dem Patienten abverlangte Erklärung zur Entbindung von der Schweigepflicht ermächtigt. Dies sind die Krankenunterlagen, die die beanstandete ärztliche Behandlung betreffen, sowie die Unterlagen

etwaiger vor- und nachbehandelnder Ärzte. Sodann sucht der Jurist, der das Verfahren zu leiten hat, einen Gutachter aus.

Wahlfreiheit bei der Auswahl der Sachverständigen

Die Gutachter- und Schlichtungsstelle unterhält, anders als teilweise die Gutachterkommissionen der anderen Bundesländer, keine hauptamtlichen Sachverständigen. Es wird daher der Sachverständige ausgewählt, den der Bearbeiter als den Geeignetsten ansieht. Der Sachverständige muss jeweils dem Fachgebiet des Arztes angehören, gegen den sich die Beanstandungen des Patienten richten. Bei der Auswahl des Sachverständigen gibt es keine Beschränkung auf Gutachter aus dem Land Hessen. Es besteht für die juristischen Mitarbeiter der Gutachter- und Schlichtungsstelle volle Wahlfreiheit, von der sie stets Gebrauch machen. Ich sehe dies als erheblichen Vorteil an, mit dem die Qualität der Gutachten gewährleistet ist.

Ist der zunächst angefragte Sachverständige bereit, das Gutachten zu erstatten, wird er den Beteiligten und dem Versicherer vorgeschlagen, und sie können innerhalb drei Wochen Einwände gegen die Person des Sachverständigen vorbringen. Erweisen sich die Einwände als berechtigt, wird von der Beauftragung des Sachverständigen abgesehen. Dies ist selbstverständlich bei dem Vorliegen von Befangenheitsgründen im Sinne des § 406 ZPO der Fall. Aber auch unterhalb dieser Schwelle werden triftige Gründe berücksichtigt, weil das Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle auf einem gegenseitigen Einvernehmen beruht und es nicht tunlich ist, ein Gutachten einzuholen, das von einem der Beteiligten ohne inhaltliche Prüfung sofort zurückgewiesen wird.

Hält der Sachverständige eine Untersuchung für erforderlich, wie es beispielsweise fast immer in der Plastischen Chirurgie der Fall ist, wird die Zustimmung der Beteiligten und der Versicherung eingeholt. Die Versicherung hat die Kosten zu tragen, für seine persönlichen Auslagen (Fahrtkosten) hat der Patient allerdings, wie ausgeführt (§ 9) selbst aufzukommen. Mit den notwendigen Anfragen ergeht ein entsprechender Hinweis.

Bedeutung der ärztlichen Dokumentation

Der Sachverständige hat die Krankenunterlagen (Arztberichte, Röntgenaufnahmen etc.) zugrunde zu legen. Hier erweist sich die Bedeutsamkeit der ärztlichen Dokumentation. Behauptungen des Patienten, die im Widerspruch zu der ärztlichen Dokumentation stehen, können nicht berücksichtigt werden. Eine mündliche Anhörung oder eine Beweisaufnahme findet im Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle nicht statt. Ist eine für die Behandlung des Patienten wesentliche Maßnahme im Sinne des § 630 f Abs. 2 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) nicht dokumentiert, wird vermutet, dass der Arzt diese Maßnahme nicht getroffen hat (§ 630 h Abs. 3 BGB). Im Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle kann der Arzt durch mündliche Erläuterungen den Gegenbeweis nicht erbringen.

Fühlt sich einer der Beteiligten, Patient, Arzt oder Klinik, durch das Gutachten beschwert, hat er das Recht, innerhalb eines Monats, von dessen Zustellung an gerechnet, eine sogenannte Kommissionsentscheidung zu beantragen (§ 6 Abs. 1). Die Begründung des Kommissionsantrages kann später erfolgen (§ 6 Abs. 2).

Vorteil der Kommissionsverfahren in Hessen

Bei der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen gibt es – und das ist einzig unter allen Bundesländern – ein solches, dem Gutachten nachgeschaltetes förmliches Verfahren. Hierbei entscheiden der bearbeitende Jurist und mindestens zwei, in der Regel mehrere weitere, an dem Verfahren bisher nicht beteiligte ärztliche Gutachter aus demselben Fachgebiet in einer mündlichen Kommissionsitzung darüber, ob es bei dem Ergebnis des angefochtenen Gutachtens verbleibt. Der Sachverständige, der das Gutachten erstattet hat, ist bei einer Teilnahme an der Sitzung nicht stimmberechtigt (§ 6 Abs. 3 und 4).

Die Möglichkeit für den durch das Gutachten Beschwerten, ein Kommissionsverfahren einzuleiten, ist meines Erachtens ein ganz erheblicher Vorteil, den die Gutach-

ter- und Schlichtungsstelle Hessen bietet. Dass mindestens zwei weitere Sachverständige aus dem betreffenden Fachgebiet das Gutachten überprüfen, stellt eine erhöhte Richtigkeitsgewähr dar. In den Kommissionssitzungen findet ein ausführliches Fachgespräch statt, und der Jurist achtet darauf, dass alle entscheidenden Punkte angesprochen und diskutiert werden. Da keine mündliche Verhandlung stattfindet, werden die Beteiligten allerdings nicht hinzugezogen. Die Gutachten werden bei einer abweichenden Beurteilung durch die Kommissionsmitglieder abgeändert.

Für mich als ehemalige Richterin ist der Gedanke nicht von der Hand zu weisen, dass – ebenso wie bei Rechtsmitteln gegen gerichtliche Entscheidungen – eine noch größere Sorgfalt aufgewandt wird, wenn ein Vorgehen gegen das Gutachten möglich ist. Die Kommissionsentscheidung ist zu begründen, auch in juristischer Hinsicht (Kausalität, Beweislast etc.). Im Prinzip wird sie sich einer gerichtlichen Entscheidung annähern. Mit der Kommissionsentscheidung ist das Verfahren abgeschlossen.

Für Patienten kostenlos

Ein wichtiger Vorteil des Verfahrens vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle besteht, wie schon erwähnt, für den Patienten darin, dass das Verfahren für ihn kostenlos ist. Er muss für die Gutachterkosten auch dann nicht aufkommen, wenn ein ärztlicher Fehler verneint wird. Wird ein ärztlicher Fehler angenommen, sind die Versicherungen in den meisten Fällen bereit, eine Regulierung vorzunehmen. Ein statistischer Nachweis hierfür ist schwer zu führen. Eine Erhebung verlässlicher Zahlen setzt eine zeitaufwendige Auswertung voraus, die mit erheblichen Unsicherheiten belastet ist. Die Versicherungen müssten bereit sein, nach Abschluss des einzelnen Versicherungsfalles das Ergebnis auszuwerten und die jeweiligen Schlichtungsstellen zu benachrichtigen.

Im Jahre 2000 lag die außergerichtliche Befriedigungsquote – Vermeidung eines Gerichtsverfahrens – bei der Erhebung der Kommission Nordrhein bei 86,8 Prozent (%). Schloss sich ein Gerichtsverfah-

ren an, lag die Quote der Abweichungen von den Entscheidungen der Gütestelle unter 1 %. Die Anerkennungsquote der DBV-Winterthur, des bei der Schlichtungsstelle Nordrhein beteiligten größten Haftpflichtversicherers, betrug ca. 87 %. Das Verfahren zur Feststellung dieser Quoten war so zeitaufwendig, dass mir der Kollege aus Nordrhein von entsprechenden Nachforschungen in Hessen abriet.

Ist ein Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle einem Gerichtsverfahren vorgeschaltet, kann das Gutachten durch die begünstigte Partei in das Gerichtsverfahren eingebracht werden. Es wird dann im Wege des Urkundsbeweises gewürdigt. Das Gericht muss sich, auch wenn es selbst ein gerichtliches Gutachten einholt, mit den Ausführungen des Sachverständigen der Gutachter- und Schlichtungsstelle auseinandersetzen.

Gerichtliche Verfahren sind vorrangig

Ein gerichtliches Verfahren ist gegenüber dem Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle vorrangig. Die Gutachter- und Schlichtungsstelle wird nicht tätig, wenn ein Gerichtsverfahren, ein strafrechtliches oder berufsgerichtliches Verfahren über den Behandlungsfehler oder dessen Kausalität entschieden hat oder wenn ein solches Verfahren anhängig ist (§ 2 Abs. 2.). Bei einem nach Anrufung der Gutachterstelle eingeleiteten derartigen Verfahren kann die Gutachter- und Schlichtungsstelle das Verfahren einstellen bzw. ruhen lassen (§ 2 Abs. 3).

Des Öfteren ist bereits vor dem Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle ein Gutachten des MDK, des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, eingeholt worden. Gemäß der Sollvorschrift § 66 Abs. V Sozialgesetzbuch (SGB) unterstützen seit 1995 die gesetzlichen Krankenkassen ihre Versicherten bei der Verfolgung von Ansprüchen aufgrund von Behandlungsfehler, ausgenommen ist naturgemäß der rein privatärztliche Bereich. Während bei der Gutachterstelle nur ärztliche Behandlungen überprüft werden, findet eine Begutachtung durch den MDK auch im Hinblick auf Behandlungsfehler aus Zahnmedizin und Pflege

statt. Das erklärt die gelegentliche statistische Abweichung in der Fehlerquote.

Mit einem ärztlichen Gutachten des MDK wird sich der im Gutachterverfahren bestellte Sachverständige auseinandersetzen. Ein Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle wird durch ein Verfahren bei dem MDK nicht ausgeschlossen. Die Gutachterstelle und der MDK tauschen sich durch Überreichung der jeweils zuerst eingeholten Gutachten aus und achten darauf, dass eine parallele Bearbeitung der Fälle vermieden wird.

Nach § 2 Abs. 5 der Satzung der Gutachterstelle ist grundsätzlich eine Fünfjahresfrist zwischen der beanstandeten Behandlung und dem Eingang des Antrags einzuhalten, es sei denn die Beteiligten sind – was des Öfteren vorkommt – mit dem Verfahren trotz Fristablauf einverstanden. Mit dieser Bestimmung wird dem möglichen Ablauf der Verjährungsfrist Rechnung getragen.

Die GuS in Zahlen

Zum Abschluss noch einige interessante Zahlen: Die Gesamtzahl der neu gestellten Anträge betrug im Jahre 2008: 772. Diese Zahl stieg auf 983 neugestellte Anträge im Jahre 2012. Bis zum Jahr 2015 sind die Eingänge etwas gesunken, und zwar auf 804 im Jahre 2015. In 2016 ist aber wieder ein erheblicher Anstieg auf über 980 Anträge zu verzeichnen. Die Zahl der Kommissionsentscheidungen belief sich 2016 auf 294. Eine anwaltliche Vertretung des Patienten findet in etwa 50 % der Anträge statt. Etwa die Hälfte der eingegangenen Gutachten wird durch einen Antrag auf Kommissionsentscheidung angefochten. Die Quote der festgestellten Behandlungsfehler beläuft sich auf ca. 23 % und unterscheidet sich damit kaum von den bundesweiten Zahlen.

Dr. iur. Katharina Deppert

Vors. Richterin am BGH a. D.,

Vorsitzende der

Gutachter- und Schlichtungsstelle

der LÄKH

Nach einem Vortrag der Autorin auf den Medizinrechtstagen in Frankfurt am 21. November 2016



Manuel Maier zum 50. Geburtstag

Am 22. Oktober 2017 feierte der juristische Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen, Manuel Maier, seinen 50. Geburtstag. Anlass genug, dem gebürtigen Gießener, der 90 Prozent seines bisherigen Berufslebens der Landesärztekammer gewidmet hat, im Hessischen Ärzteblatt unsere herzlichen Glückwünsche auszusprechen.

Seit 1997 Rechtsanwalt, trat Manuel Maier mit 32 Jahren am 1. Oktober 1999 als Jurist in die Kammer ein und übernahm zugleich die Aufgabe des Datenschutzbeauftragten. Vier Jahre später wurde er stellvertretender Justitiar; seit dem 1. März 2010 hat er das Amt des Justitiars und juristischen Geschäftsführers inne. In dieser Position unterstützt er die ehrenamtlich in der ärztlichen Selbstverwaltung engagierten Ärztinnen und Ärzte sowohl in den Delegiertenversammlungen als auch in den Präsidiumssitzungen und begleitet wichtige Ausschüsse wie Finanzen, Weiterbildung, Telematik und viele mehr. Kompetent vertritt Manuel Maier die Landesärztekammer in zahlreichen Gre-



Manuel Maier, Justitiar der LÄKH, wird 50 Jahre.

mien der Bundesärztekammer und bringt sich mit hohem juristischen Sachverstand in die Zusammenarbeit mit unserem Aufsichtsmi-

Darüber hinaus arbeitet er im Interesse der Kammermitglieder im Verband der Freien Berufe und der Kammern in Hessen mit. Aktuell sorgt er als Justitiar erneut für

die Durchführung der Wahlen zur Delegiertenversammlung. Sein hohes Engagement ist von der Identifikation mit den Aufgaben für die hessische Ärzteschaft getragen. Bemerkenswert sind Manuel Maiers umfassende Plädoyers, die Sachverhalte klären helfen, da, wo notwendig, pragmatische Ergebnisse befördern und da, wo unverzichtbar, klare Umsetzungen aufzeigen.

Neben großem Ernst in der Sache blitzt immer wieder sein Humor auf, der dabei hilft, manch schwierige Situation zu entschärfen. Auch Würdigungen von Kollegen oder Jubiläen erhalten dadurch eine besondere Note.

Die Landesärztekammer gratuliert einem Mitarbeiter, der sich durch Glaubwürdigkeit und Authentizität in seinem Wirken auszeichnet. Wir wünschen Manuel Maier beruflich wie privat Gottes Segen, weiterhin viel Freude und Erfolg im Beruf und dass er sich noch viele Jahre mit seinem profunden Wissen für die Kammer einsetzt.

**Dr. med. Gottfried von Knoblauch
zu Hatzbach**

Novelle der Richtlinie Hämotherapie

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut die im Jahr 2005 erstellte und in 2007 und 2010 fortgeschriebene Hämotherapie-Richtlinie überarbeitet und nun veröffentlicht.

Die Gliederung der Richtlinie ist jetzt stärker am gesetzlichen Auftrag gemäß Transfusionsgesetz ausgerichtet. Beispielsweise werden in einem einführenden Kapitel der gesetzliche Auftrag, der Anwendungsbereich sowie die Rechtsgrundlagen der Richtlinie dargestellt, gefolgt von detailliert untergliederten Kapiteln zur Gewinnung, Herstellung und Anwendung von Blut und Blutprodukten.

Neu aufgenommen wurden ein Hinweis auf die Grundsätze der Patienten-individualisierten Hämotherapie (Patient Blood Management) sowie neue gesetzliche Regelungen zur Aufklärung und Einwilligung der Empfänger von Blutprodukten und neue Erkenntnisse zu Blutgruppenbestimmungen.

Die Aspekte der Qualitätssicherung in der Hämotherapie finden sich nun neu gegliedert und zusammengefasst in Kapitel 6 der neuen Richtlinie.

Die „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie), Gesamtnovelle 2017“ ist auf der Internetseite der BÄK veröffentlicht. Die novellierte Richtlinie wird zudem als Broschüre sowie erstmals als E-Book im Deutschen Ärzteverlag erscheinen.

Informationen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) bezüglich der novellierten Richtlinie finden sie auf unserer Website:

<https://www.laekh.de/aerzte/qualitaets-sicherung/qs-massnahmen/transfusionswesen-und-haemotherapie/transfusionswesen-haemotherapie-aktuelles>.

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.

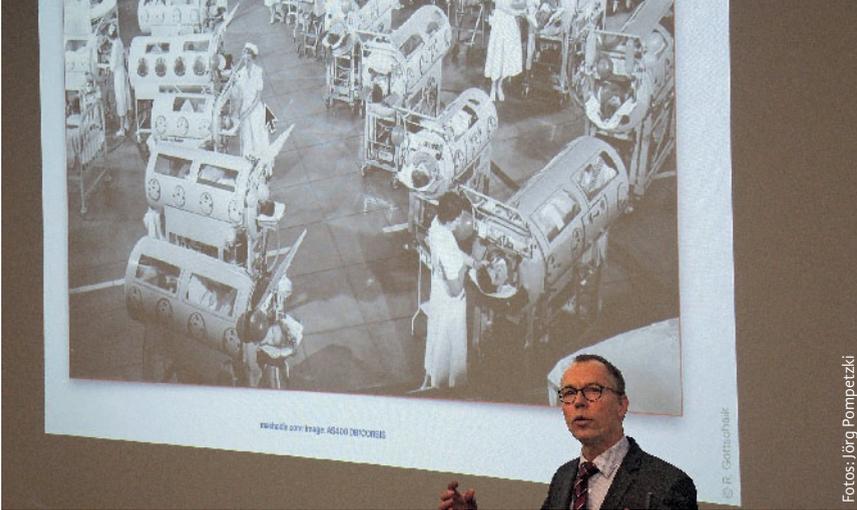


Hinweis für Qualitätsbeauftragte Ärztinnen und Ärzte Hämotherapie

Der Qualitätsbericht Hämotherapie für das Berichtsjahr 2017 muss bis zum 1. März 2018 wie gewohnt über das Mitgliederportal eingereicht werden. Dieser wird zunächst unverändert bleiben und sich übergangsweise an der Richtlinie 2010 orientieren. Noch dieses Jahr wird sich eine Arbeitsgruppe mit der Anpassung und Überarbeitung des Qualitätsberichts befassen. Die aktualisierte Version wird ab dem Berichtsjahr 2018 gültig werden.

Stabsstelle Qualitätssicherung

Ansprechpartner: Silke Nahlinger, MPH
Wissenschaftliche Teamassistentin
– Stabsstelle Qualitätssicherung,
Versorgungsmanagement
und Gesundheitsökonomie –
Fon: 069 97672-195
E-Mail: qs@laekh.de



Fotos: Jörg Pompetzki

Künstliche Beatmung durch Eiserne Lungen in den USA: Sie waren seit ihrer Erfindung 1929 unter anderem für Polio-Patienten oft letzte Rettung und manchmal auch jahrzehntelanges Gefängnis zugleich. Die Kinderlähmung blieb eine der schlimmsten Geißeln der Menschheit bis zur Erfindung eines Impfstoffes durch den US-Immunologen Jonas Salk im Jahr 1954.

Impfungen und Impfstoffe

Bad Nauheimer Gespräch mit Prof. Dr. med. habil. René Gottschalk

Durch die verschiedenen Impfstoffe konnten Millionen von Menschen vor ernststen Folgen – bis hin zum Tod – schwerwiegender Infektionskrankheiten bewahrt werden. Impfen hat überdies eine soziale Komponente, denn durch ausreichende Herdenimmunität sind auch nicht geimpfte Menschen geschützt. Vom Impfen abzuraufen, ist berufsrechtlich ein Kunstfehler.

So das Fazit von Prof. Dr. med. René Gottschalk bei seinem Vortrag im Rahmen des Bad Nauheimer Gesprächs am 19. September 2017. Gottschalk ist Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes und lehrt „Öffentliches Gesundheitswesen“ an der Goethe-Universität.

Nach der Begrüßung und Vorstellung durch Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich erwähnte er zunächst die erste wirkliche Impfung durch den englischen Landarzt Edward Jenner, der 1796 einen Jungen mit Kuhpocken geimpft und ihn damit erfolgreich gegen die Infizierung durch Pocken immunisiert hat.

Die echten Pocken, unter denen schon Ramses V. litt, sind die erste Infektionskrankheit, die von der Erde verschwunden ist. Mit tierischen Pocken, beispielsweise des Affen, können sich Menschen allerdings immer noch infizieren. Wohl auch, weil Pocken sehr schmerzhaft sind, wurden die Impfungen dagegen sehr gut angenommen, oft jedoch mit erheblichen Nebenwirkungen wie dem starken Anschwellen von Lymphknoten oder Gliedmaßen.

Für die Impfung gegen die in den USA in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts grassierende Polio wurde dort intensiv geworben. Exemplarisch zeigte Gottschalk einen entsprechenden Kinospot mit Elvis Presley. Ganze Säle waren mit Ei-

sernen Lungen ausgestattet, um vor allem erkrankte Kinder zu beatmen. Das Foto einer auf die Impfung wartenden Menschengruppe vor dem Frankfurter Karmeliterkloster dokumentierte das Engagement in den 50er-Jahren hierzulande.

Masernelimination – können wir es schaffen?

Wie der Ausbruch von Masern im Frühjahr dieses Jahres an einer Frankfurter Schule zeigt, sind Masern weiterhin ein Problem. Im September dieses Jahres waren in Deutschland 860 Erkrankungsfälle dokumentiert. Die Ziele der Weltgesundheitsorganisation (WHO), Masern bis 2010, später bis 2015 zu eliminieren, wurden jedenfalls nicht erreicht. Eine Prognose wollte der Referent dazu nicht abgeben, da Menschen sich nicht nur nicht impfen lassen, sondern auch nicht geimpft werden wollen.

Hier kam er auf die sogenannte Basisreproduktionsrate zu sprechen, mit der die Anzahl der Fälle bezeichnet wird, die ein Infizierter verursachen kann. Betrug sie bei Pocken noch drei bis vier, so können durch Masern 15 bis 20 Menschen angesteckt werden. Um eine Ausbreitung von Masern zu verhindern, müssten 95 Prozent (%) der Bevölkerung geimpft werden. Für einen Gripeschutz reichten 75 %. Dass Deutschland immer noch nicht masernfrei und übrigens auch nicht frei von Röteln ist, bezeichnete Gottschalk als Versagen bei der Umsetzung des Impfkalenders der Ständigen Impfkommission (STIKO). Weltweit ist jedes zehnte Neugeborene nicht geimpft. Aktuell haben fast 13 Millionen Kinder jährlich keine Erstimpfung, bei

sechs Millionen fehlt die Zweitimpfung, die zum Schutz gegen Masern unerlässlich ist.

Durch eine Impfung wäre jegliche Letalität ausgeschlossen

Dass sich Eltern in Deutschland den Luxus leisten, die Impfung ihrer Kinder abzulehnen, bezeichnete er als fahrlässige Körperverletzung mit möglicher Todesfolge. Sicherlich gibt es unerwünschte Nebenwirkungen wie lokale oder Hypersensitivitäts-Reaktionen, allgemeine Malaisen, Myalgien, Fieber, Impfröteln und Impfmern. Selten kommt es hingegen zu Anaphylaxien auf den speziellen Impfstoff oder eventuell vorhandene Inhaltsstoffe. Dies kann beispielsweise bei einer Eiweißallergie der Fall sein, wenn der Impfstoff auf Hühnereibasis gewonnen wurde.

Um die Wichtigkeit des Impfens zu unterstreichen, verwies der Referent an drei Beispielen auf die Komplikationsraten. So stirbt etwa jedes 300. bis 500. Kind an Masern; durch Impfung wäre jegliche Letalität ausgeschlossen. Eine Meningitis erleiden 15 % der an Mumps Erkrankten; nach Impfung betrüge die Komplikationsrate 1 : 1.000.000. Und bei 60 % der an Röteln erkrankten Mütter ist mit einer Rötelnembryopathie zu rechnen. Nebenwirkungen von Impfstoffen, insbesondere schwere, treten somit ungleich seltener auf als krankheitsbedingte ernsthafte Komplikationen.

Argumentationshilfe für Impfgegner hat vor allem ein 1998 in „Lancet“ erschienener und später zurückgezogener Beitrag von A. J. Wakefield geleistet, der herausgefunden haben wollte, dass Masern-Impfstoff bei Kindern Autismus auslöst. Zwar stellte sich bald heraus, dass Wakefield zu seinen

falschen Einsichten durch Bezahlung von Impfgegnern gekommen war und auch deshalb seine Approbation verlor, doch wird sein Beitrag von Interessierten heute noch gerne zitiert. Ein unter der Regie von Wakefield entstandener Film mit dem Titel „Vaxxed“ landete wegen seiner falschen Behauptungen 2017 zwar in den Schlagzeilen, aber nicht in den deutschen Kinos.

Wer als Arzt vom Impfen abrät, muss auf jeden Fall auch über die Vorteile des Impfens informieren. Hebammen oder Heilpraktikern stehen dazu überhaupt keine Äußerungen zu. So sehr Prof. Gottschalk dies betonte, so entschieden widersprach er den häufigsten Argumenten der Impfgegner. Dazu gehören die Behauptungen, dass Impfen vor Erkrankung nicht schützt oder dass das Durchleben einer Infektion beim Kind für einen Entwicklungsschub sorgt. Dass bei einer Masernepidemie auch Geimpfte erkranken können, ist bei einer Erfolgsquote des Impfstoffes von lediglich 95 % durchaus nachvollziehbar. Erstaunlicherweise lassen sich aber auch Impfgeg-

ner impfen, wenn sie sich beispielsweise bei der Gartenarbeit verletzt haben oder eine Fernreise in ein Land ansteht, dass den Nachweis bestimmter Impfungen verlangt.

BGH: Schutzimpfung sehr wichtig

Mit einem Beschluss am 3. Mai 2017 hat der Bundesgerichtshof (BGH) die Wichtigkeit des Impfens unterstrichen. Demnach ist die Schutzimpfung eines Kindes auch dann von erheblicher Bedeutung für das Kind, wenn es sich um eine Standard- oder Routineimpfung handelt. Sind die Eltern



Prof. Dr. med. habil. René Gottschalk mit Gastgeberin Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich.

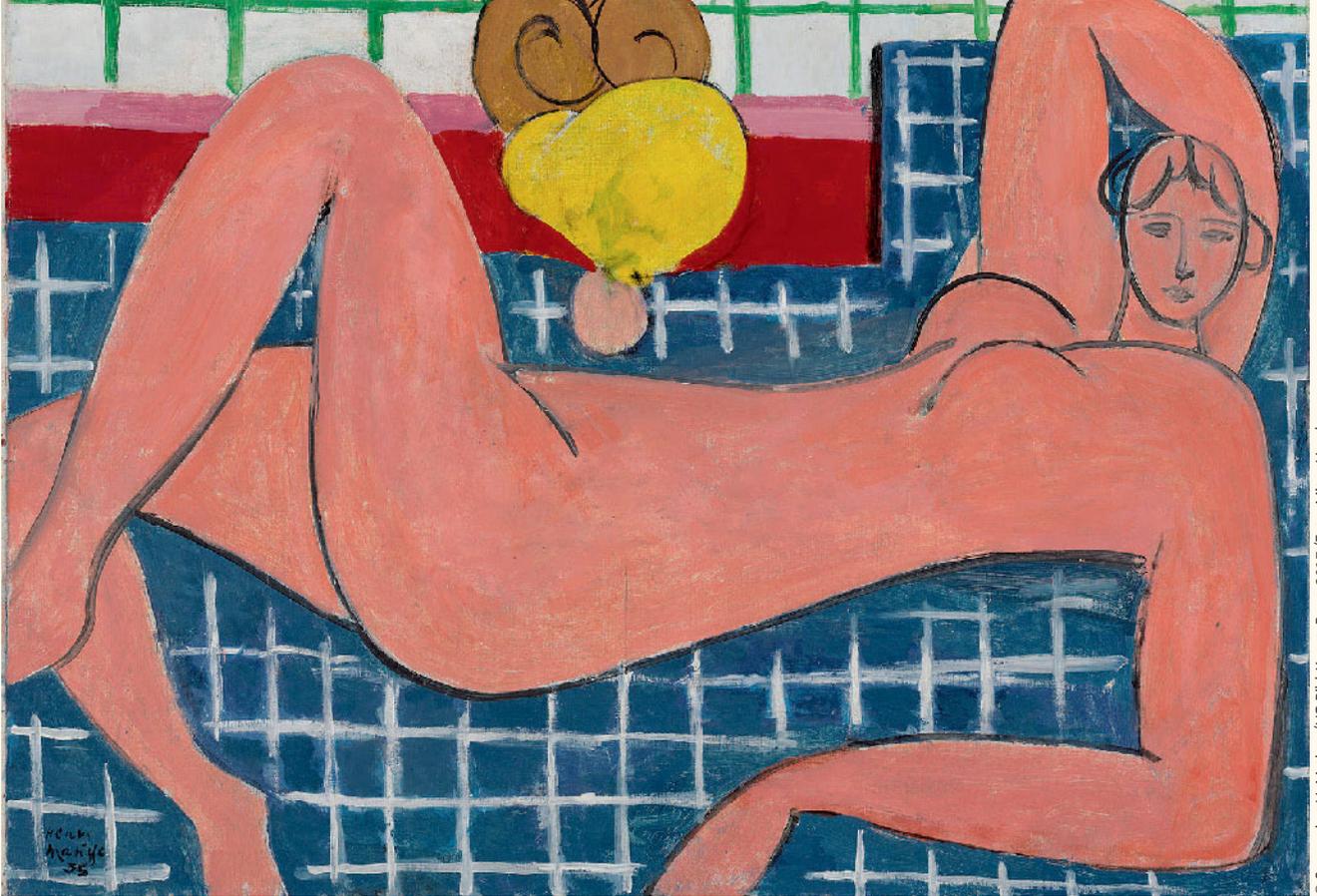
uneins, kann die Entscheidungsbefugnis dem Elternteil übertragen werden, der die Impfung gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission (STIKO) befürwortet, wenn beim Kind keine besonderen Impfrisiken vorliegen. Ein Sachverständigengutachten ist nicht erforderlich.

Zukunftsmusik ließ Gottschalk erklingen, indem er auf einen Beitrag in „Science“ verwies. Demnach wurden Mäusen befüllbare Mikropartikel zugeführt, die Impfstoffe gegen jegliche Erkrankung enthielten und erst nach und nach freigesetzt wurden, so dass eine zweite Impfung darin quasi integriert war. Impfgegner unter Mäusen scheint es nicht zu geben.

Das nächste Bad Nauheimer Gespräch findet am Donnerstag, 23. November 2017, um 19 Uhr statt. Das Thema von Prof. Dr. med. Sven Becker, Direktor der Frankfurter Universitätsfrauenklinik, lautet: „Körper und Seele heilen – zwei Gesichter des medizinischen Fortschritts“ (siehe Seite 656).

Jörg Pompetzki

Anzeige



© Succession H. Matisse / VG Bild-Kunst, Bonn 2017 / Foto: Mitro Hood

Henri Matisse: Großer liegender Akt, 1935. Öl auf Leinwand, The Baltimore Museum of Art, The Cone Collection

„Es lebe die Malerei! Grüße“

Die Künstlerfreunde Matisse und Bonnard im Frankfurter Städel

Während sich Gärten und Parkanlagen rund um das Frankfurter Städel gelblich oder rostrot verfärben und ungemütliche Böen die Bäume entlauben, schwelgen die Museumsräume in leuchtenden Sommertönen. Die von Felix Krämer kuratierte Ausstellung „Matisse – Bonnard. „Es lebe die Malerei!“ ist nicht nur eine schwärmerische Hommage; sie lässt die beiden Maler zugleich in einen spannungsvollen Dialog treten. Über 40 Jahre lang waren Matisse und Bonnard freundschaftlich eng miteinander verbunden, griffen ähnliche Sujets und Motive – Stilleben, Landschaften, Interieurs und den weiblichen Akt – in ihren Werken auf und inspirierten sich gegenseitig. Ihre Künstlerfreundschaft steht im Mittelpunkt der nach Themen geordneten, rund 120 Gemälde, Plastiken, Zeichnungen und Grafiken umfassenden Gemeinschaftsausstellung, die bis zum 14. Januar 2018 in Frankfurt zu sehen ist.

Gegenseitige Wertschätzung

„Es lebe die Malerei! Grüße“, schrieb Matisse dem Freund 1925 auf einer Postkar-

te. „Ehrlich, die Malerei ist schon etwas, vorausgesetzt, dass man sich ihr vollständig hingibt. Glaube, dass wir uns in diesem Punkt einig sind“, heißt es in einem Brief Bonnards an Matisse.

In 62 Briefen und zahlreichen Atelierbesuchen versicherten sich beide immer wie-

der ihrer gegenseitigen Wertschätzung. In späteren Jahren wohnten sie sogar unweit voneinander an der Côte d'Azur, deren Licht aus ihren Werken strahlt.

Charakterlich unterschieden sich die Maler allerdings deutlich voneinander. Schüchtern und verträumt wirkt der junge Bon-



Pierre Bonnard:
Liegender Akt auf
weißblau kariertem
Grund, um 1909.
Öl auf Leinwand.
Städel Museum,
Frankfurt, Eigen-
tum des Städel-
schen Museums-
Vereins e. V.

Foto: © VG Bild-Kunst, Bonn 2017

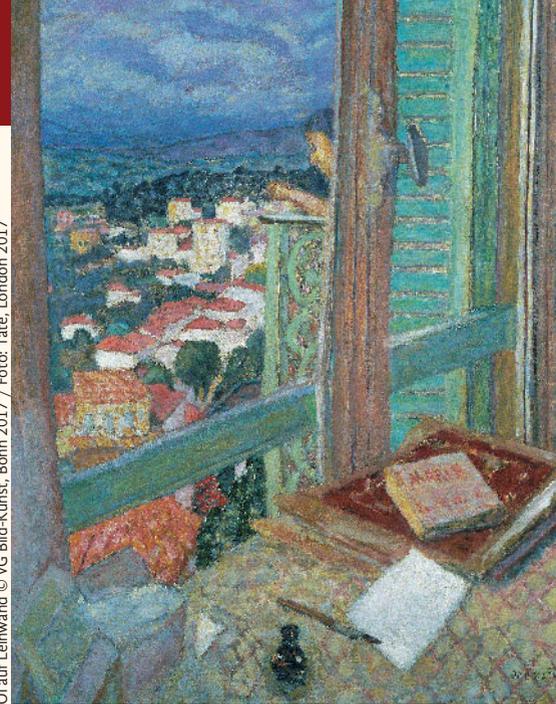
nard (1867–1947) sowohl auf einem Schwarz-Weiß-Foto als auch auf dem Selbstportrait von 1930. Ganz anders Matisse (1869–1954), der auf Aufnahmen und seinem Selbstportrait aus dem Jahr 1906 stolz und selbstbewusst den Betrachter anschaut.

Auch die künstlerischen Ausdrucksformen scheinen die unterschiedlichen Persönlichkeiten zu spiegeln: Während Bonnard Zeichenstrich tastend und suchend annimmt, setzt Matisse auf klare Linienführung. In der Kunstgeschichte gilt er als Vorbote des Expressionismus, seine Werke zählen zur Modernen Malerei des 20. Jahrhunderts. Dagegen wird Bonnard oft als später Impressionist und damit Vertreter des späten 19. Jahrhunderts eingeordnet: Zu Unrecht bestehende Kategorisierungen, wie die Ausstellung mit einem visuellen Wechselspiel zwischen beiden, einander bei vergleichender Betrachtung ähnlichen und sich beeinflussenden Künstlern, vor Augen führen will.

Zwei Auffassungen, ein Motiv

Dahin gegossen, die wie zufällig eine Brust entblößenden Hände auf dem Oberkörper drapiert, das celloförmige Becken angewinkelt, füllt die namenlose Nackte Bonnard's Gemälde „Liegender Akt auf weiß-blau kariertem Grund“ fast vollständig aus. Der rot durchwirkte Gelbton ihres Köpers taucht in den Tupfern des Untergrundes wieder auf – eine Komposition aus ineinanderfließenden Farben, die den Eindruck sanfter Harmonie und natürlicher Erotik er-

zeugen. Ähnlich und doch anders: Zu seinem 1935 entstandenen, weltberühmten Werk „Großer liegender Akt“, das den Übergang zu einer Ästhetik stark reduzierter Formen markiert, wurde Matisse von Bonnard's Liegender angeregt. Leuchtend und plakativ überfällt das Bild den Betrachter mit ungestümer Wucht. Mit klarem Strich auf das Papier geworfen, dominiert Matisse' rosafarbene Liegende das Gemälde nicht nur räumlich. Körperhaltung und Gesichtsausdruck strotzen vor erotischer Selbstsicherheit; die roten, gelben und blauen Farbakzente im Hintergrund untermalen ihre pralle Weiblichkeit. Zwei Auffassungen des gleichen Motivs, aber ein Credo: Matisse und Bonnard waren davon überzeugt, dass Kunst nicht einfach das Gesehene wiedergibt, sondern ein sich beim Betrachten einstellendes Gefühl vermittelt. Luftig-leichter Pinselstrich und zart schimmernde Farben bei Bonnard. Grelle Farben, flächige, stark konturierte und ihn als Wegbereiter der Abstraktion ausweisende Bildkompositionen bei Matisse. Die Ausstellung setzt Unterschiede und Gemeinsamkeiten beider Maler durch die Gegenüberstellung ihrer Werke in Szene. Aufnahmen des Fotografen Henri Cartier-Bresson reflektieren die Künstlerfreundschaft, neben Landschaften, Natur, Stilleben und Frauenakten spielen Interieurs mit Schwerpunkt auf dem Motiv des Fensterbildes eine zentrale Rolle. Auf das Wesentliche reduziert zeigt sich Matisse' 1918 entstandenes Gemälde „Nizza, schwarzes Heft“. Verglichen mit den goldenen Ornamenten der Tapete und der weit geöffneten Fenstertür, die



Pierre Bonnard: Das Fenster, 1925, Tate London

den Blick über die Balustrade auf das Meer eröffnet, erscheint die schwarze Kladde am rechten Bildrand als Nebensache. Ähnlicher Ausschnitt, unterschiedliches Motiv: Auch Bonnard's Gemälde „Das Fenster“ aus dem Jahr 1925 gibt den Blick durch ein Fenster frei, hinter dessen Scheibe sich ein mediterranes Dorf den Hügel empor schlängelt. Zugleich erzählt das Bild eine kleine Geschichte: So scheinen Hefte und Schreibfeder auf der Fensterbank auf ihren Besitzer zu warten, der für einen Moment auf den Balkon getreten ist.

Subjektiver Blick

Was diese und weitere Gemälde der Künstler verbindet, ist die besondere Beziehung zwischen Farbe und Raum, die Beschränkung auf wenige Bildgegenstände und das Wechselspiel zwischen Innen und Außen. Der subjektive Blick – darauf kam es Matisse und Bonnard in ihren Werken an. Was dieser Blick aus der Wirklichkeit machte, wonach die beiden Maler suchten, wie sie ihre Motive interpretierten und sich beeinflussten – diesen Fragen lässt sich bei einem Besuch der sehenswerten Ausstellung nachspüren.

Katja Möhrle

Matisse – Bonnard. „Es lebe die Malerei!“ Bis 14. Januar 2018:
Städel Museum Frankfurt
Schaumainkai 63
60596 Frankfurt am Main
Internet: www.staedelmuseum.de



Henri Matisse:
Nizza, schwarzes Heft, 1918.
Öl auf Leinwand,
Hahnloser/Jaeggli
Stiftung,
Kunstmuseum Bern



8. Frankfurter Gerinnungssymposium: Blick ins Plenum.

„Dos and Don'ts“ in der klinischen Hämostaseologie

Bericht vom 8. Frankfurter Gerinnungssymposium

Das 8. Frankfurter Gerinnungssymposium konnte in seiner traditionsmäßig interdisziplinären Ausrichtung in diesem Jahr eine Rekordzahl von 335 Teilnehmerinnen und Teilnehmern verbuchen. Aus dem breiten Spektrum an aktuellen Themen werden nachfolgend einige wichtige Aspekte als „Dos and Don'ts“ dargestellt.

Direkte orale Antikoagulanzen (DOAK) im klinischen Labor

Don't: Eine routinemäßige Konzentrationsmessung (Spiegelbestimmung) bei Behandlung mit Direkten oralen Antikoagulanzen (DOAK) ist nicht erforderlich. Globale Gerinnungstests (APTT, TPZ) können ein Blutungsrisiko vor geplanten Eingriffen nicht sicher vorhersagen.

Do: In Notfallsituationen kann eine Konzentrationsmessung helfen, zu entscheiden, ob ein spezifisches Antidot und/oder die Gabe eines Prothrombinkonzentrats erforderlich ist. Im klinischen Alltag korreliert der Talspiegel (= vor nächster Tabletteneinnahme) gut mit dem Blutungsrisiko.

Update Thrombozyten-Aggregationshemmung

Do: Die sogenannte Triple-Therapie (= orale Antikoagulation (OAK) plus duale Antiplättchentherapie mit zwei Thrombozytenaggregationshemmern (TAH) bei Vorhofflimmern plus Koronare Herz-

krankheit mit Stent-PTCA) verliert wegen des hohen Blutungsrisikos an Relevanz. Sie soll so kurz wie möglich (vier Wochen) beziehungsweise in geeigneten Fällen von vornherein als duale Therapie (OAK plus ein TAH) erfolgen.

Neue Konzepte berücksichtigen DOAK (in geringerer Dosis) statt Vitamin K-Antagonisten (VKA) und Clopidogrel als obligaten Thrombozytenaggregationshemmer.

Do: Für Notfalleingriffe bei Patienten unter dualer Thrombozytenaggregationshemmer hat sich die unmittelbar präoperative Thrombozytentransfusion bezüglich zu erwartender Blutungskomplikationen bewährt (Greifswalder Konzept). Bei elektiven Eingriffen unter Dauermedikation mit ASS genügt ein Absetzen drei Tage vorher und Wiederansetzen sieben Tage danach.

Update D-Dimere

Do: Wenn die Abklärung einer Venösen Thromboembolie (VTE) initial mittels klinischer Wahrscheinlichkeit (KW) und D-Dimeren erfolgt, soll die KW nicht nur erfasst, sondern auch dokumentiert werden.

Don't: Eine D-Dimer-Bestimmung ohne vorherige Erfassung der KW ist unsinnig, kostenintensiv und mit Gefahren verbunden (unter anderem unnötige CT-Angiographie bei Verdacht auf Lungenembolie). Die routinemäßige Bestimmung von

D-Dimeren in der Notaufnahme sollte unterbleiben.

Do: Eine D-Dimer Bestimmung drei bis vier Wochen nach Absetzen einer OAK wegen einer Venösen Thromboembolie kann zur Abschätzung des Rezidivrisikos herangezogen werden.

Aktuelle Studien kritisch kommentiert

Do: Einziges offiziell zugelassenes Antikoagulans bei oberflächlichen Thrombosen (Phlebitiden) ist Fondaparinux 2,5mg/Tag s.c. für 30–45 Tage.

Rivaroxaban 10 mg/Tag wurde in der SURPRISE-Studie erfolgreich getestet, ist aber für diese Indikation nicht zugelassen.

Don't: In der dreiarmigen Einstein-Choice-Studie zur prolongierten Sekundärprophylaxe (> sechs Monate nach Auftreten der akuten venösen Thromboembolie) erwies sich Rivaroxaban 10 mg/Tag als ebenso effektiv wie 20mg/Tag. Hingegen war ASS 100 nicht effektiv genug. Die Zulassung für Rivaroxaban 10 mg/Tag zur prolongierten Sekundärprävention ist bei der Europäischen Zulassungsbehörde beantragt.

Direkte orale Antikoagulanzen bei Tumorpatienten

Do: Standardtherapie bei Tumor und Venöser Thromboembolie ist niedermolekulares

Heparin (NMH) in den ersten drei bis sechs Monaten nach VTE. Stabile Tumorpatienten mit VTE können – nach Subgruppenanalysen aus den DOAK-Studien – auch sicher mit einem DOAK behandelt werden.

Do: Instabile Tumorpatienten mit VTE (unter anderem postoperativ, Chemotherapie) sollten unter niedermolekularem Heparin bleiben.

Antikoagulation bei Problempatienten

Don't: Adipöse (BMI > 30 m²) Patienten haben ein zwei bis dreifach höheres VTE-Risiko gegenüber Normalgewichtigen; dennoch gibt es kaum Daten für eine „höherdosierte“ Hochrisikoprophylaxe. Einzelne DOAK sind zur Thromboseprophylaxe nach Hüft- und Knie-Operationen zugelassen, jedoch keines für internistische Krankheiten.

Do: Zur langfristigen Sekundärprävention nach VTE ist bei schwerer Adipositas (BMI > 40m²) nach der aktuellen Datenlage den Vitamin K-Antagonisten mit INR (= International Normalized Ratio)-Messung der Vorzug gegenüber DOAK zu geben .

Do: Bei Kindern und Jugendlichen erfolgt eine medikamentöse VTE-Prophylaxe, sobald Pubertätszeichen vorliegen (Tanner II).

Don't: DOAK sind im Kindes- und Jugendalter nicht zugelassen; Studien zur VTE-Therapie laufen.

Do: Für eine indizierte Langzeit-Antikoagulation bei schwerer Niereninsuffizienz

(GFR < 30ml/min) gibt es kaum valide Daten. Zur Verfügung stehen: VKA, DOAK und Heparine. Indikationen für DOAK könnten sein: schlechte Einstellbarkeit oder Blutung unter VKA, erhöhtes Blutungsrisiko oder vaskuläre Kalzifikationen, Calciphylaxie. Bisher liegt keine Zulassung für die DOAK bei dialysepflichtiger Niereninsuffizienz vor, entsprechende Studien sind noch nicht abgeschlossen.

Dos and Don'ts in der hämostaseologischen Diagnostik

Do: Unstrittige Parameter des Thrombophilie-Screenings sind: Faktor V- und Prothrombin-Mutation, Antithrombin, Protein C und S sowie Antiphospholipid-Antikörper. Die Untersuchung ist unter anderem bei jungen Patienten mit unprovoked VTE indiziert.



Die drei Organisatoren: Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last, Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs (von links).

Don't: Die Indikation zum Thrombophilie-Screening ist bei Gesunden mit großer Vorsicht zu stellen. Gendiagnostische Tests erfordern die entsprechende Fachkunde des anordnenden Arztes; Fehlindikationen können unter Umständen strafrechtlich verfolgt werden.

Conclusio und Ausblick

Aufgrund der großen Resonanz ist ein 9. Frankfurter Gerinnungssymposium am 8. und 9. September 2018 geplant. Infos werden bald im Internet unter: www.gerinnungssymposium-frankfurt.de abrufbar sein.

Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle
Sektion Angiologie/Hämostaseologie
Krankenhaus Nordwest Frankfurt

Prof. Dr. med. Edelgard Lindhoff-Last
GefäßCentrum & GerinnungsCentrum
Cardioangiologisches Centrum Bethanien
Frankfurt

Prof. Dr. med. Rupert Bauersachs
Klinik für Gefäßmedizin
Klinikum Darmstadt

Dieser Artikel wird auch in der Zeitschrift „Hämostaseologie“ der Gesellschaft für Thrombose- und Hämostaseforschung e. V. (Schattauer Verlag) abgedruckt, in Ausgabe Heft 4/2017.

Abkürzungsverzeichnis*

APTT	aktivierte partielle Thromboplastinzeit	PTCA	Perkutane transluminale Koronarangioplastie → Katheterverfahren zur Dilatation von Stenosen oder Verschlüssen der Koronararterien
ASS	Acetylsalicylsäure	SURPRISE-Studie	Studie von Beyer-Westendorf J. et al; Lancet Haematol 2017; 4: e105–13; Published Online 15. Februar 2017
BMI	Body-Mass-Index	TAH	Thrombozytenaggregationshemmer
CT	Computertomographie	Tanner II	Tanner II (benannt nach James M. Tanner, 1969) entspricht der Entwicklung sekundärer Geschlechtsmerkmale bei Kindern/Jugendlichen
DAPT	Duale Plättchenhemmertherapie	TPZ	Thromboplastinzeit (Quick-Wert)
D-Dimer	Fibrinolyseprodukt → häufigste Indikation für die Bestimmung der D-Dimere ist der Ausschluss von Thrombosen	VKA	Vitamin K-Antagonisten
DOAK	Direkte orale Antikoagulantien	VTE	Venöse Thromboembolie
INR	International Normalized Ratio → standardisiertes Verfahren zur Überwachung der Therapie mit Vitamin K-Antagonisten	* Erstellt von den Autoren unter Verwendung der Websites von Wikipedia, DocCheckFlexikon und www.cardio-guide.com .	
KHK	Koronare Herzkrankheit		
KW	klinische Wahrscheinlichkeit		
NMH	niedermolekulares Heparin		
OAK	orale Antikoagulation		



Aktuelle medizinische Fortbildung einmal anders: Internationaler Seminarkongress in Grado



Foto: Monika Buchalik

Dottoressa Roberta Chersevani, Präsidentin des nationalen Verbandes der Ärztekammern und Zahnärztekammern Italien.

„Die Medizin ändert sich, und der ärztlichen Fortbildung kommt dabei unverändert eine wesentliche Bedeutung zu.“ Mit diesen Worten eröffnete Dottoressa Roberta Chersevani, Präsidentin des nationalen Verbandes der Ärztekammern und Zahnärztekammern von Italien (FNOMCeO) und Präsidentin der Ärztkammer und Zahnärztkammer Görz-Grado, am 27. August 2017 den 49. Internationalen Seminarkongress im italienischen Grado.

Aktuelle medizinische Fortbildung einmal anders: Die räumliche Entfernung zum Arbeitsalltag ermöglichte auch in diesem Jahr einen offenen Blick auf aktuelle Entwicklungen: wissenschaftlich, praktisch, und gesundheitspolitisch. Über 100 Teilnehmerinnen und Teilnehmer bildeten sich eine Woche lang fachlich auf der Halbinsel an der Adria fort.

Die Auswahl der Themen reichte von Notfällen in der ärztlichen Praxis und Chirurgie, über rechtsmedizinische Fälle und antiinfektive Therapien bis hin zu „Power-Aging“ und unterstrich die Vorteile der Interdisziplinarität sowie des fachlichen kollegialen Austausches über nationale Grenzen hinweg.

Der Fortbildungskongress in Grado, der 2018 sein 50. Jubiläum feiert, wird von der Landesärztkammer Hessen in Kooperation mit dem Collegium Medicinae Italo-Germanicum, der Ärzte- und Zahnärztkammer der Provinz Bozen (Südtirol), der Bayerischen Landesärztkammer, der Ärztkammer des Saarlandes, der Landesärztkammer Baden-Württemberg, der Landesärztkammer Rheinland-Pfalz, der Akademie für ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz und der Landesärztkammer Thüringen veranstaltet.

Katja Möhrle



Foto: Katja Möhrle

Impression aus Grado mit Kirche Sant'Eufemia.



Foto: Monika Buchalik

Blick ins Plenum.

Deutsche Herzstiftung startet im November Herzwochen zur Herzinsuffizienz

Die Deutsche Herzstiftung hat die Herzinsuffizienz zum Thema der bundesweiten Herzwochen 2017 gewählt. Vom 1. bis 30. November informiert die Patientenorganisation unter dem Motto „Das schwache Herz“ über die Vorbeugung, Diagnose- und Behandlungsmöglichkeiten bei Herzschwäche. Dazu bietet die Herzstiftung ein kostenfreies Aktionspaket. Dieses ist für Ärzte online unter www.herzstiftung.de/aerzte-paket.html abrufbar und enthält das Herztagebuch für Patienten, den Kleinen Patientenrat-

geber zur Herzschwäche, ein Wartezimmer-Plakat und einen Medikamenten-Pass. Rund 1.000 Veranstaltungen sind bundesweit geplant. Termine der Herzwochen stehen im Internet unter www.herzstiftung.de/herzwochen.html.

Der Deutsche Herzbericht 2016

Der aktuelle Deutsche Herzbericht 2016 bietet einen umfangreichen Überblick über die aktuelle Situation und die Entwicklung der stationären Morbidität und

der Mortalität ausgewählter Herzkrankheiten und stellt die Angebots- und Leistungsstruktur der Kardiologie, Herzchirurgie und Kinderherzmedizin ausführlich dar. Der Herzbericht wird von der Herzstiftung in Zusammenarbeit mit den Fachgesellschaften für Kardiologie (DGK), für Herzchirurgie (DGTHG) und für Pädiatrische Kardiologie (DGPK) herausgegeben. Der Herzbericht kann kostenfrei unter www.herzstiftung.de/herzbericht angefordert werden.

Michael Wichert

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!

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 (Akademiestatistiker € 810)

Ort: Frankfurt

FAST – Frankfurter Antibiotic Stewardship Tagung

In Kooperation mit dem Universitätsklinikum und dem Universitärem Centrum für Infektionskrankheiten (UCI).

Do., 23. November 2017, 14:00 – 17:40 Uhr **4 P**

Leitung: Dr. med. J. Kessel,
Prof. Dr. med. C Stephan
Prof. Dr. med. V. A. J. Kempf,
Prof. Dr. T. A. Wichelhaus

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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 (Akademiestatistiker € 252)

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

Psychotherapie

Das uns Bekannte im Fremden – Der besondere Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen und Religionen

Sa., 03. Februar 2018, 09:30 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider,
Frankfurt a. M.

Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker gebührenfrei)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs: Sa., 02. Dezember 2017

Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Fr., 15. – Sa., 16. Dezember 2017

+ Praktischer Halbtage Mi., 13. Dezember 2017

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Leitung: PD Dr. med. B. Bodelle

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul III **Fr., 03. – Sa., 04. November 2017 16 P**

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Gutachtenerstellung: nur buchbar in Verbindung mit Modul III

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

Aufbaumodul „Medizinische Begutachtung“

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

Gebühr: € 130 (Akademiestatistiker € 117)

Weitere Module unter 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 (Akademiestatistiker € 54)

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



Impfkurs

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung
Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.
Modul 1: Vorgeburtl. Risikoabklärung Sa., 21. April 2018 8 P
Leitung: Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab
Ort: **Frankfurt**, Laborarztpraxis
Gebühr: € 200 (Akademienmitglieder € 180)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de
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 (Akademienmitglieder € 27)
Ort: **Frankfurt**, Landesärztekammer
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
E-Mail: christina.ittner@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: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Mi., 06. – Sa., 09. Dezember 2017
Block II: Mi., 14. – Sa., 17. Februar 2018
Ort Block II: **Darmstadt**, Agaplesion Stiftssaal
Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,
Dr. med. P. Groß, Darmstadt
Gebühr: je Block € 480 (Akademienmitgl. € 432)
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 (Akademienmitglieder € 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 (Akademienmitglieder € 234)
Ort: **Kassel**, Hess. Landesfeuerwehrschule
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Mo. 05. – Fr. 09. Februar 2018 40 P
Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld
Gebühr: € 680 (Akademienmitglieder € 612)
Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)
Fr., 09. – So., 11. März 2018
Gebühr: € 420 (Akademienmitglieder € 378)
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 (Akademienmitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de



Rechtsmedizin

Leichenschau

**Mi., 21. Februar 2018, Mi., 28. Februar 2018,
Mi., 07. März 2018 und Mi., 14. März 2018, jeweils 15:00 Uhr**
Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: € 180 (Akademiestudenten € 162)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
 E-Mail: ingrid.krahe@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 (Akademiestudenten € 297)
Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
 Frankfurt
 Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Refresher CEUS – kontrastmittelverstärkte Sonographie
Sa., 09. Dezember 2017, 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiestudenten € 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 (Akademiestudenten € 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: € 340 (Akademiestudenten € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

Mo., 09. – Fr., 13. April 2018
Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen
Gebühr: € 850 (Akademiestudenten € 765)
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
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Gebühr: € 110 (Akademiestudenten € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
 E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonflikt- beratung nach § 218 (StGB)

Sa., 24. Februar 2018
Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder/Havel
Gebühr: € 160 (Akademiestudenten € 144)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Mi., 14. März 2018, 15:00 – 20:00 Uhr **7 P**
Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt
Gebühr: € 75 (Akademiestudenten 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 (Akademiestudenten € 189)
 2, 4, 5: je € 280
 (Akademiestudenten € 252)
 6 inkl. Hospitation u. Klausur:
 € 490 (Akademiestudenten € 441)
 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 (Akademiestandmitglieder € 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 (Akademiestandmitglieder € 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.floeren@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

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: je € 680 (Akademiestandmitgl. € 612)

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

Krankenhaushygiene

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

Gebühr: € 740 (Akademiestandmitglieder € 666)

Modul I: Mo., 26. Februar – Fr., 02. März 2018 40 P

Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann,
K-U. Wucher

Ort: Gießen, Universitätsklinikum

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

Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetesgesellschaft (HDG)

Fr., 02. – Sa., 03. Februar 2018

Leitung: M. Eckhard, Bad Nauheim

Gebühr: € 160 (Akademiestandmitglieder € 144)

Auskunft/Anmeldung:
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiola.candelo-roemer@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung

24. 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., 19. – Sa., 20. Januar 2018

Fr., 09. – Sa., 10. März 2018

Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018

Fr., 10. – Sa., 11. August 2018

Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018

Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

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

Gebühren je Block: € 280 (Akademiestandmitglieder € 252)

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

Palliativmedizin

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

Gebühr: € 750 (Akademiestandmitglieder € 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 (Akademiestandmitglieder € 585)

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



Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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

G1 – G2: Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018

G3 – G4: Fr., 09. – Sa., 10. Februar 2018

G5 – G6: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018

G7 – G8: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018

G9 – G10: Fr., 10. – Sa., 11. August 2018

G11 – G12: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018

G13 – G14: Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018

G15 (A-Diplom): Sa., 01. Dezember 2018

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017

Fr., 09. – Sa., 10. März 2018

Fr., 27. – Sa., 28. April 2018

Fr., 07. – Sa., 08. September 2018

Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de **oder**
 A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,
 E-Mail: bauss@daegfa.de

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: Di., 07. – Sa., 11. November 2017 **40 P**

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

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

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

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: Block IIa - IIIb inkl. Projektarbeit/
 Heimarbeit u. Telelernphase jew.
 € 770 (Akademiemitglieder € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt
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 Telelernphase 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!

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

C2: Beginn der Telelernphase: 29. Oktober 2017

Gebühr: € 570 (Akademiemitgl. € 513)

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 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. Jaurisch-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 (Akademiemitglieder und
 Mitglieder BDI und der DGIM € 486)

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

Auskunft/Anmeldung:

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 15. – Sa., 18. November 2017 insg. 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
Gebühr je Kursteil: € 200 (Akademiestudenten € 180)
Leitung: D. Paul, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
 E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C: Sa., 03. Februar 2018 10 P

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg
 Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden
Gebühr: € 150 (Akademiestudenten € 135)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

Weitere Kursteile unter www.akademie-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,
Gebühr: € 260 (Akademiestudenten € 234)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@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 (Akademiestudenten € 234)
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
 E-Mail: katja.baumann@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) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per Mail: 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.

Beginn: 02.02.2018

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.

Beginn: 15.02.2018

Gebühr (PBK): € 280

Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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 BET (140 Stunden)

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

Termin: ab 23.05.2018

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Strahlenschutzkurse

Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin gemäß Röntgenverordnung (STR) (90 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 60 Stunden praktische Demonstrationen und Übungen sowie 30 Stunden Vermittlung von theoretischen Lerninhalten.

Termin: ab Mi., 28.02.2018

Gebühr: € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal (STR A2)

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

Termin: Fr., 23.02.2018, 08:30 – 16:00 Uhr und

Sa., 204.02.2018, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle



Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin“ (STR A1)

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

Termin: Sa., 24.02.2018, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis (MED 11)

Die Veranstaltung vermittelt kurz und übersichtlich sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis. Einen Schwerpunkt bilden die Führung von Bestandsverzeichnis und Gerätebüchern sowie die interne Organisation der Umsetzung.

Termin: Fr., 26.01.2018, 12:00 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 70

Kontakt: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Fortbildungen für Auszubildende

FLOPS vermeiden – Workshop für Auszubildende

Seit 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_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

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.

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen:

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 11)

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., 17.02.2018, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

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



Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Ulrich Rieger (41), Chefarzt der Klinik für Plastische und Ästhetische Chirurgie, Wiederherstellungs- und Handchirurgie am Agaplesion

Markus Krankenhaus in Frankfurt/M., hat eine Außerplanmäßige Professur der Goethe Universität Frankfurt erhalten.

Prof. Dr. med. Julian Bösel (Bild rechts), bislang Oberarzt der Neurologischen Universitätsklinik Heidelberg, hat kürzlich die Position als Chefarzt der Klinik für Neurologie am Klinikum Kassel übernommen.



Bösel möchte interdisziplinär neue thematische Schwerpunkte etablieren – z. B. im Bereich der entzündlichen und epileptischen neurologischen Erkrankungen. Der 45-Jährige lehrt an der Universität Heidelberg und ist national und international anerkannter Experte für Neurologische Notfall- und Intensivmedizin. Bösel tritt die Nachfolge

von **Prof. Dr. med. Andreas Ferbert** (65, Bild links) an, der die Klinik seit 1992 geleitet hatte. Unter Ferbert wurde 1999 die erste Schlaganfall-Spezialstation (Stroke Unit) in Hessen am Klinikum Kassel eingerichtet.



Bundesweites Neuland betrat das Klinikum mit der gemeinsamen Intensivstation von Neurologie und Neurochirurgie. An der Gründung des Neurozentrums hat Ferbert maßgeblich mitgewirkt. Außerdem arbeitet das Klinikum im Neuronetz Mitte mit 13 anderen Krankenhäusern aus Hessen und angrenzenden Bundesländern zusammen, um Schlaganfallpatienten flächendeckend optimal zu versorgen.

Prof. Dr. med. Armin Steinmetz (65), der jahrzehntelang als Endokrinologe und Diabetologe der Philipps-Universität Marburg und dort dem Fachbereich Innere

Medizin mit Forschung und Lehre verbunden war, geht in den Ruhestand. Er war an der weltweit ersten Entschlüsselung eines Polymorphismus mit genetischem Einfluss auf



den Cholesterinspiegel beteiligt. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) zeichnete Steinmetz mit einer Heisenberg-Professur aus, die er unter anderem Grundlagen forschend nach Tätigkeiten in USA und Frankreich am Institut für Molekulargenetik an der Universität Wien ausfüllte. In Marburg förderte die DGF seine Projekte in der Atheroskleroseforschung und am Lipidstoffwechsel, die auch Zusammenhänge mit der Entstehung von Alzheimer aufwiesen.

Dr. med. Hanns-Edgar Hoffart (Foto), fast 25 Jahre tätig als Chefarzt der Klinik für Orthopädie und Traumatologie in Jungenheim, wurde in den Ruhestand verabschiedet. Hoffart



bautete mit seinem Team die Kreisklinik Jungenheim als Endoprothetikzentrum in Südhessen auf. Mit seinem Namen ist auch eine von ihm maßgeblich mitentwickelte computergesteuerte Operations-

methode beim Einsatz künstlicher Kniegelenke verbunden. Frühzeitig erkannte Hoffart die Entwicklungen von chronischen Erkrankungen im Rahmen der demografischen Alterung. Außerdem etablierte er Konservative Orthopädie im Rahmen des ANOA-Behandlungskonzeptes (ANOA = Arbeitsgemeinschaft nicht operativer orthopädischer Akutkrankenhäuser). **Prof. Dr. med. Peter Schröder** übernimmt die Leitung der Klinik, er arbeitet bereits über ein Jahr als Chefarzt mit Hoffart zusammen.

Stefan Scheidmantel (Foto) hat seine Tätigkeit als Referent für das Rettungswesen im Hessischen Sozialministerium (HMSI) als Nachfolge von **Ministerialrat Wilhelm**



Schier angetreten, der in den Ruhestand gegangen ist (siehe HÄBL 6/2017, S. 357). Scheidmantel stammt aus Bischofsheim (Groß-Gerau). Er absolvierte sein Studium Gesundheitsmanagement an der Uni Koblenz und ist ausgebildeter Rettungsassistent und Leitstellendisponent. Er war zuletzt im Bayerischen Staatsministerium des Inneren für Bau und Verkehr im Sachgebiet Katastrophenschutz tätig.

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

Dr. med. Maria Haas-Weber mit Ehrenplakette in Silber der LÄKH ausgezeichnet



Anlässlich der Jubiläumsfeier „15 Jahre Förderverein Palliative Patienten Hilfe Hanau e. V.“ ist Dr. med. Maria Haas-Weber mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet worden. Die 1951 in Fulda geborene und seit 1986 in Hanau niedergelassene Allgemeinmedizinerin mit der Zusatzbezeichnung „Palliativmedizin“, die auch als Lehrbeauftragte für Allgemeinmedizin an der Johann Wolfgang Goethe-Universität tätig ist, gründete 2002 den Förderverein für Palliative Patientenhilfe in Hanau. Seit dieser Zeit ist sie ehrenamtliche Vorsitzende des Vereins und engagiert sich außerdem ehrenamtlich im Hospiz Louise de Marillac am St. Vinzenz-Krankenhaus in Hanau. Für die Landesärztekammer Hessen wirkt Haas-Weber, die 2011 die Verdienstmedaille des Verdienstordens erhielt, seit 2008 als Mitglied im Ausschuss „Palliativmedizin“ mit.

Katja Möhrle

Was passiert mit der Patientendokumentation bei (personellen) Veränderungen in der Arztpraxis?

Wenn Veränderungen in der Praxis auftreten, sei es im Rahmen einer Praxisnachfolge oder aber auch im Rahmen der Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft, kann dies sowohl bei Ärzten als auch bei den Patienten zu einer hohen Unsicherheit im Umgang mit der Patientendokumentation führen. So hat sich in der Vergangenheit sowohl die Landesärztekammer Hessen als auch der hessische Datenschutzbeauftragte mit dieser Frage befassen müssen.

Dabei haben sich folgende Konstellationen herausgebildet.

1. Der Arzt übergibt seine Patientendokumentation an seinen Nachfolger, der zuvor nicht in der Praxis gearbeitet hat.

Die ärztliche Schweigepflicht nach § 9 Abs. 1 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) gilt nicht nur gegenüber staatlichen Institutionen oder anderen Privatpersonen, sondern auch gegenüber Ärzten, die nicht an der Behandlung des Patienten beteiligt waren. Wenn der Arzt die Patientendokumentation an seinen Nachfolger, der zuvor nicht an der Patientenbehandlung beteiligt war, übergibt und dieser ohne weiteres Einverständnis nimmt, liegt ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht nach § 9 BO sowie eine Straftat nach § 203 Strafgesetzbuch vor.

Um diesem Problem zu begegnen, käme zunächst in Betracht, dass der abgebende Arzt das schriftliche Einverständnis zur Übergabe der Patientendokumentation von seinen Patienten einholt. Die Einholung der Zustimmung ist im Regelfall mit hohen Kosten und einem großen Organisationsaufwand verbunden. Da die Einwilligung auch in einem engen zeitlichen Kontext mit der Praxisabgabe erfolgen und sich auf den Praxisnachfolger beziehen müsste, stellt das Einholen einer Einwilligung von den Patienten regelmäßig keinen praktikablen Weg dar.

Insofern sollte der abgebende Arzt grundsätzlich die Patientendokumentation unter Beachtung datenschutzrechtlicher Vorgaben privat aufbewahren.

Sollte dem abgebenden Arzt nicht die Möglichkeit offen stehen, die Patientendokumentation in den eigenen Räumen aufzubewahren, so besteht für ihn nach § 10 Abs. 4 BO die Möglichkeit, die Patientendokumentation von seinem Praxisnachfolger aufbewahren zu lassen. Für diese Situation wurde von dem Bundesgerichtshof das sogenannte „Zwei-Schrank-Modell“ etabliert. Der Praxisnachfolger verwahrt die Patientendokumentation in einem gesonderten Schrank unter Verschluss auf und darf erst auf diese zugreifen, wenn der Patient einwilligt. Die Einwilligung kann auch konkludent durch die Fortsetzung der Behandlung bei dem Praxisnachfolger erfolgen. Die Grundzüge des Zwei-Schrank-Modells sind auch auf die Aufbewahrung einer elektronischen Patientendokumentation übertragbar.



Eine sichere Aufbewahrung der Patientenakten muss zehn Jahre lang gewährleistet werden. Bei der anschließenden Vernichtung müssen ebenfalls alle Belange des Datenschutzes beachtet werden.

2. Der Arzt scheidet aus einer Berufsausübungsgemeinschaft aus.

In diesem Fall wurde der Behandlungsvertrag zwischen der Berufsausübungsgemeinschaft und dem Patienten geschlossen. Die Ärzte in der Berufsausübungsgemeinschaft haben im Rahmen der gemeinsamen Berufsausübung bereits vor Ausscheiden des Arztes Kenntnis vom Inhalt der Patientendokumentation nehmen können. Dies ist weiterhin der Fall, wenn der Arzt ausscheidet.

3. Der Arzt übergibt die Patientendokumentation an einen Arzt, der zuvor bei ihm in der Praxis als angestellter Arzt gearbeitet hat.

Ähnlich gestaltet sich die Situation, wenn der Praxisnachfolger zuvor als angestellter Arzt in der Praxis gearbeitet hat. Auch in diesem Fall hat er regelmäßig Kenntnis vom Inhalt der Patientendokumentation, sodass er auch weiterhin in die Patientendokumentation Einblick nehmen darf, ohne dass ein Verstoß gegen die ärztliche Schweigepflicht vorliegt.

4. Der Arzt gibt seine Praxis auf, ohne dass die Praxis fortgeführt wird.

In diesem Fall ist der Arzt nach § 10 Abs. 4 der Berufsordnung verpflichtet, die Patientendokumentation selbstständig aufzubewahren. Sollte dies nicht möglich sein, besteht auch in diesem Fall die Möglichkeit, die Patientendokumentation einem anderen Arzt anzuvertrauen, der diese im Rahmen des Zwei-Schrank-Modells verwahrt.

5. Der Arzt verstirbt.

In diesem Fall sind die Erben verpflichtet, die Patientendokumentation eigenständig aufzubewahren. Eine Offenbarung der Inhalte der Patientendokumentation durch die Erben ist nach § 203 Abs. 3 Satz 3 Strafgesetzbuch mit Strafe bedroht. Sollte es den Erben nicht möglich sein, die Patientendokumentation aufzubewahren, besteht auch in diesem Fall die Möglichkeit, dass ein anderer Arzt die Aufbewahrung mithilfe des Zwei-Schrank-Modells übernimmt. Eventuell hierbei entstehende Kosten sind von den Erben zu tragen.

6. Eine Berufsausübungsgemeinschaft löst sich auf.

Bei der Auflösung einer Berufsausübungsgemeinschaft ist zu differenzieren, zwischen den Patienten, die ausschließlich von einem Arzt und denjenigen, die gemeinschaftlich von den Ärzten behandelt wurden.

In den Fällen, in denen der Patient einem Arzt konkret zugeordnet werden kann, kann davon ausgegangen werden, dass der Patient die Behandlung bei diesem Arzt auch fortsetzen wird. In diesem Fall erscheint es angezeigt, dass dieser Arzt ausschließlich über die Patientendokumentation verfügt.

Sofern die Behandlung von den Ärzten gemeinsam durchgeführt wurde, ist es sachgemäß, dass die Patientendokumentation bei den Ärzten verbleibt, die weiterhin an dem Praxisstandort tätig sind. Hintergrund ist, dass die Patienten in den meisten Fällen zunächst den ihnen bekannten Praxisstandort aufsuchen werden.

Die an einem anderen Praxissitz tätigen Ärzte haben jedoch auch ein Interesse an den Daten der gemeinsam behandelten Patienten. So werden auch Patienten ihre Behandlung bei diesen Ärzten fortsetzen, die dann Zugriff auf die vorherige Patientendokumentation benötigen. Einer Duplizierung der gesamten Patientendokumentation steht jedoch der datenschutzrechtliche Grundsatz der Datensparsamkeit entgegen. Um beiden Punkten gerecht zu werden, ist es vertretbar, wenn die zukünftig an einem

anderen Praxissitz tätigen Ärzte die für die Zuordnung des Patienten erforderlichen Stammdaten für einen Zeitraum von einem Jahr ebenfalls speichern dürfen. Nach Ablauf eines Jahres wären diese Daten dann zu löschen.

7. Zwei bereits praktizierende Ärzte schließen sich zu einer Berufsausübungsgemeinschaft zusammen.

Beide Ärzte unterliegen hinsichtlich ihrer bisherigen Tätigkeit der ärztlichen Schweigepflicht. Eine gegenseitige Einsichtnahme in die bisherige Patientendokumentation ist daher nicht möglich. Lediglich nach Aufnahme der gemeinsamen Behandlung der Patienten können die Ärzte Einsicht in die jeweilige Dokumentation nehmen.

Fazit

In den meisten Fällen lässt sich die Aufbewahrung der Patientendokumentation durch andere Ärzte berufs- und datenschutzrechtskonform realisieren. In diesen Fällen sollte der abgebende Arzt jedoch immer dafür Sorge tragen, dass er bei Bedarf Zugriff auf die von ihm erstellte Patientendokumentation nehmen kann. Ein entsprechender Passus ist insofern in das zu schließende Vertragswerk über die Aufbewahrung aufzunehmen. Gleichzeitig muss sichergestellt sein, dass die Patienten jederzeit nachvollziehen können, wo sich die Patientendokumentation befindet und wie sie ihren Anspruch auf Einsichtnahme realisieren können.

Andreas Wolf

Syndikusrechtsanwalt,
Rechtsreferent,
Datenschutzbeauftragter,
Landesärztekammer
Hessen



Fotoprivat

Schreiben Sie uns!



Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haeb1@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

Risikoaufklärung durch Medizinstudenten im Praktischen Jahr

Die Frage, ob und wann eine Übertragung der ärztlichen Aufklärungspflicht der Patienten an Medizinstudierende im Praktischen Jahr erfolgen kann, stellt sich in der Praxis für Ärztinnen und Ärzte ständig. Umso wichtiger ist es, dass sie dabei auch juristisch auf der sicheren Seite stehen. Derzeit gibt dazu aber nur eine Entscheidung eines Obergerichts (OLG Karlsruhe (Urteil vom 29.01.2014; medstra 2015, 59 ff.) – die höchstrichterliche Entscheidung vom Bundesgerichtshof, die den Ärzten eine höhere Sicherheit in dieser heiklen Thematik geben könnte, steht aus.

Assessor Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Markus Parzeller vom Frankfurter Institut für Rechtsmedizin hat nun gemeinsam mit weiteren Autoren im Deutschen Ärzteblatt den juristischen Status Quo und die Konsequenzen daraus für die Praxis zusammengefasst (Dtsch Arztebl 2017; 114 (37): A 1638–9), Link: <https://tinyurl.com/y86gegro>

Vgl. dazu auch einen Artikel von Dr. iur. Thomas K. Heinz im Hessischen Ärzteblatt 02/2017, Seite 117.

(asb)



Cave bei vorzeitiger Entlassung gegen ärztlichen Rat: Mehr Haftung – weniger Geld

Gerade vor Wochenenden oder den Weihnachtsfeiertagen häufen sich die Fälle, in denen Patienten vorzeitig die stationäre Behandlung abbrechen und entlassen werden möchten. Der verantwortliche (Chef-)Arzt sitzt dann zwischen den Stühlen: Einerseits ist die weitere Behandlung medizinisch erforderlich und sinnvoll, andererseits muss er den Willen des Patienten – auch den unvernünftigen – beachten und darf den Patienten nicht gegen seinen Willen festhalten und behandeln. Der Patient kann aber eine selbstbestimmte Entscheidung nur dann treffen, wenn ihm die Folgen einer vorzeitigen Entlassung deutlich vor Augen geführt worden sind. Wie konkret die Aufklärung in diesem Fall zu erfolgen hat, hat das Oberlandesgericht (OLG) Köln mit Urteil vom 06.06.2012 – 5 U 28/10 – klargestellt. Auch auf die Abrechnung als vollstationäre Leistung kann die vorzeitige Entlassung des Patienten Auswirkungen haben. Dieser Beitrag gibt einen Überblick darüber, was bei einer vorzeitigen Entlassung gegen ärztlichen Rat zu beachten ist.

1. Der Fall: Entlassung trotz Lebensgefahr

Der zum Behandlungszeitpunkt 23 Jahre alte Patient litt an einer angeborenen Herzerkrankung mit der Folge von Herzmuskelschwäche und schweren Herzrhythmusstörungen. Seit Jahren wurde er deswegen wiederholt stationär und ambulant behandelt, unter anderem waren ihm bereits ein Defibrillator eingesetzt und der Betablocker Bisoprolol dauerhaft verordnet worden. Nachdem er erneut mit Herzrhythmusstörungen in die Klinik eingeliefert worden war, setzten die behandelnden Ärzte sofort den Betablocker ab und verabreichten stattdessen das Antiarrhythmikum Amiodaron. Bereits einen Tag später verließ der Patient das Krankenhaus wieder. Laut Eintrag in der Krankenakte geschah dies auf dessen eigenen Wunsch, verbunden mit der dringenden ärztlichen Ermahnung, sich bei Zunahme der Rhythmusstörungen sofort wieder vorzustellen. Zwei Tage später traten beim Patienten zuhause schwere Herzrhythmusstörungen auf; auch die Reanimationsmaßnahmen des Notarztes konnten eine hypoxische Hirnschädigung mit Tetraparese nicht verhindern.

Der Patient, der seither im Wachkoma liegt, erhob, vertreten durch seinen Betreuer, Klage gegen das Krankenhaus unter anderem mit der Begründung, er sei vor seiner verfrühten Entlassung nicht hinreichend über die damit einhergehenden Risiken aufgeklärt worden. Der gerichtlich bestellte Sachverständige gab an,

die Einstellung der neuen Medikation hätte zumindest eine Woche stationär überwacht und kontrolliert werden müssen.

Das OLG sprach dem Patienten ein Schmerzensgeld in Höhe von 200.000 Euro zu mit der Begründung, bei ordnungsgemäßer Aufklärung hätte der Patient aller Voraussicht nach das Krankenhaus nicht vorzeitig verlassen. Den schlichten Hinweis, dass etwaige auftretende Herzrhythmusstörungen trotz Defibrillator zum Versterben führen könnten, hielt das OLG nicht für ausreichend. Hierin spiegelte sich allein das ohnehin allgemeine, aufgrund seiner Erkrankung bestehende Risiko des Patienten wieder. Der Arzt hätte darüber hinaus auf die besondere, durch ein gesteigertes Risiko des Auftretens von Herzrhythmusstörungen gekennzeichnete Gefahrenlage wegen der Neueinstellung der Medikation hinweisen müssen. Der Arzt habe aber lediglich erklärt, er wisse nicht, was bei der Ummedikation passieren könne.

2. Besonderheiten bei der therapeutischen Sicherungsaufklärung

Bei der sogenannten Sicherungsaufklärung – auch therapeutische Aufklärung genannt –, die der Gesetzgeber in § 630 c BGB des Patientenrechtegesetzes implementiert hat, ist der behandelnde Arzt verpflichtet, dem Patienten im Verlauf der Behandlung alle nach der Therapie zu ergreifenden Maßnahmen zu erläutern. Die Sicherungsaufklärung stellt keine Aufklärung im eigentlichen Sinne dar, sondern eine vertragliche Nebenpflicht (§ 630 c BGB spricht von Informationspflichten) des Arztes zur Beratung und Information des Patienten. Im Gegensatz zur Risikoaufklärung, die vor Beginn der Behandlung zu erfolgen hat und die Einwilligung in den geplanten Eingriff betrifft, soll die Sicherungsaufklärung den Patienten durch Warn- und Schutzhinweise über sein eigenes therapiegerechtes Verhalten informieren, um den Therapieerfolg zu sichern. Dazu gehört zum Beispiel der Hinweis, dass nach einer Sedierung die Fahrtüchtigkeit eingeschränkt sein kann oder dass eine bestimmte Diät oder Medikation einzuhalten ist, Wiedervorstellungen zu Nachkontrollen wahrzunehmen sind oder sich nach der Entlassung aus der stationären Versorgung eine Rehabilitationsbehandlung anzuschließen hat. Aber auch, wenn eine seltene Erkrankung vorliegt, zu deren Behandlung kaum gesicherte Erkenntnisse existieren und die Wirkweise bei einer Ummedikation nicht gewiss ist, muss der Patient über die Notwendigkeit und Dringlichkeit einer stationären

Überwachung vollständig unterrichtet und auf die mit der Medikation einhergehende Risiken hingewiesen werden. In einem solchen Fall muss dem Patienten zu verstehen gegeben werden, dass die gesundheitliche Entwicklung zurzeit nicht abgeschätzt werden kann und es erneut zu (erheblichen) Gesundheitsbeeinträchtigungen kommen kann. Keinesfalls dürfen Risiken bagatelisiert werden. Auch die im Ernstfall kurzfristige Erreichbarkeit eines Notarztes darf nicht vorschnell dazu führen, bestehende Risiken zu verschweigen.

Die Pflicht zur Sicherungsaufklärung besteht während der gesamten Behandlungsdauer und ist damit Teil der Behandlung. Daher wird eine Verletzung dieser Pflicht auch nicht als Aufklärungs-, sondern als Behandlungsfehler gewertet. Dies hat zur Folge, dass – anders als bei der Risikoaufklärung – der Patient für eine etwaige fehlerhafte Sicherungsaufklärung beweispflichtig ist. Allerdings gelten auch hier die beim Behandlungsfehler bekannten Beweiserleichterungen, etwa bei Vorliegen eines groben Behandlungsfehlers.

3. Abrechnung bei „abgebrochener“ stationärer Behandlung

Bei der vorzeitigen Entlassung des Patienten gegen ärztlichen Rat stellt sich auch die Frage der richtigen Abrechnung. Befand sich der Patient keine 24 Stunden im Krankenhaus, war lange umstritten, ob in diesem Fall überhaupt eine vollstationäre Behandlung abrechenbar war. Eine vollstationäre Behandlung ist dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan zeitlich über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt. Allerdings lässt sich der bisherigen Rechtsprechung eine starre Mindestaufenthaltsdauer von 24 Stunden nicht entnehmen. Vielmehr ist für den Vergütungsanspruch immer der Behandlungsplan des Arztes bzw. die geplante Aufenthaltsdauer entscheidend (BSG, Urteil vom 19.09.2013 – B 3 KR 34/12 R –). Daher entfällt eine stationäre Behandlung mit entsprechendem Vergütungsanspruch nicht dadurch – oder wird gar zu einer ambulant abrechenbaren Leistung –, dass der Patient, der eigentlich nach Durchführung einer Behandlungsmaßnahme über Nacht verbleiben sollte, gegen den ärztlichen Rat auf eigenes Betreiben das Krankenhaus noch am selben Tag bzw. vor Ablauf der 24 Stunden verlassen hat. In einem solchen Fall handelt es sich um eine „abgebrochene“ stationäre Behandlung, die den mit der Aufnahme des Versicherten entstandenen pauschalen Vergütungsanspruch für die vollstationäre Behandlung (DRG) nicht deshalb entfallen lässt, weil nicht alle geplanten ärztlichen Maßnahmen durchgeführt

worden sind oder der Versicherte nicht 24 Stunden im Krankenhaus verblieben ist. Entscheidend für die Abrechnung der DRG als stationäre Leistung ist daher immer die Einschätzung des behandelnden (Chef-)Arztes,

der zu Beginn der Behandlung festlegt, ob eine stationäre Versorgung erforderlich ist oder nicht.

Führt die vorzeitige Entlassung des Patienten aus der unstrittig notwendigen stationären Behandlung aber dazu, dass die untere Grenzverweildauer unterschritten wird, muss das Krankenhaus die entsprechenden Vergütungsabschläge hinnehmen. Hier macht es keinen Unterschied, aus welchem Grund die untere Grenzverweildauer nicht überschritten wird. Auf die Einschätzung des behandelnden Arztes, wie lange der Patient voraussichtlich stationär behandelt werden muss, kommt es daher auch nicht an, da insoweit keine starren Vorgaben hinsichtlich der „richtigen“ Verweildauer im jeweiligen Krankheitsfall bestehen.

4. Fazit

Die Entscheidung des OLG Köln verdeutlicht, dass nicht nur die Risikoaufklärung vor der Behandlung hohen Anforderungen genügen muss, sondern auch die Sicherungsaufklärung im Anschluss an die Behandlung stets zuverlässig und umfänglich erfolgen muss, um Haftungsrisiken zu vermeiden. Im Falle der vorzeitigen Entlassung aus der stationären Behandlung auf eigenen Wunsch des Patienten gegen ärztlichen Rat muss daher stets berücksichtigt werden, dass der Patient eine eigenverantwortliche Entscheidung nur dann treffen kann, wenn ihm die Tragweite seiner Entscheidung bewusst ist. Er ist daher umfassend und schonungslos über die im konkreten Einzelfall mit einer verfrühten Entlassung einhergehenden Risiken zu informieren. Wünscht der Patient in Kenntnis der Risiken seine Entlassung, sollte dies sowie die wesentlichen Einzelheiten des Aufklärungsgesprächs unbedingt in der Krankenakte dokumentiert werden. Um einem Haftungsrisiko auch vor Gericht standhalten zu können, ist entscheidend, dass die Sicherungsaufklärung detailliert dokumentiert wird und durch eine Gegenzeichnung durch den Patienten zusätzlich vor späteren Ansprüchen abgesichert wird.

Die vorzeitige Entlassung des Patienten auf eigenen Wunsch hat zudem in einigen Fällen die wirtschaftlich unerwünschte Folge, dass mit der frühzeitigen ungeplanten Entlassung die untere Grenzverweildauer unterschritten wird und daher nicht unerhebliche Vergütungsabschläge hinzunehmen sind. Letztlich erhöht sich damit bei der Entlassung auf eigenen Wunsch des Patienten das Haftungsrisiko für den behandelnden Arzt; gleichzeitig verringert sich in einigen Fällen die wirtschaftliche Rentabilität des Behandlungsfalles für den jeweiligen Krankenhausträger.

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)

Dr. iur. Albrecht Wienke

Rechtsanwalt,
Fachanwalt für
Medizinrecht
Rechtsanwälte

Wienke & Becker – Köln
Sachsenring 6, 50677 Köln
AWienke@Kanzlei-WBK.de
Fon: 0221-3765310



Foto: Wienke & Becker

Psychosomatik und Allgemeinmedizin

Geleitwort zum Positionspapier

Die immer weiter ausufernde Ökonomisierung der Medizin setzt uns Ärzte unter Druck, die Abläufe unserer Arbeit immer weiter zu rationalisieren und optimieren. Zeit für Gespräche, für die Entwicklung einer vertrauensvollen Beziehung und für das Verständnis der subjektiven Vorstellungen zu Erkrankung und Behandlung unserer Patienten wird in der somatischen Medizin nicht bezahlt und von den Kollegen quasi ehrenamtlich erbracht.

Die Pflege des Dialoges mit unseren Patienten und ein wenig Zeit, ihnen ohne Unterbrechung zuzuhören, verbessern die Patientenzufriedenheit und unser Verständnis der jeweiligen Problematik (Symptome). Ich bin Kollege Nickel deshalb dankbar für sein hier abgedrucktes Positionspapier.

Für hausärztlich wie fachärztlich tätige Kollegen ist es wesentlich, psychosomatische Aspekte einer Erkrankung wahrzunehmen und auf diese einzugehen. Die Entwicklung der Psychoonkologie ist ein gutes Beispiel wie hilfreich es ist, auch bei schweren kör-

perlichen Erkrankungen psychosoziale Aspekte in Diagnostik und Behandlung einzubeziehen. Dies gilt aus meiner Sicht gleichermaßen für andere schwere somatische Erkrankungsformen. Wenn der Primärarzt hier aufmerksam ist und nicht nur auf die Symptome reagiert, sondern auch die subjektive Welt des Patienten wahrnimmt, kann oft ein chronifizierter Krankheitsverlauf vermieden oder abgeschwächt werden.

Dr. med. Peter Zürner

Verantwortlicher Redakteur
des Hessischen Ärzteblattes

Psychosomatik im ärztlichen Alltag? Hoffentlich!

Positionspapier von Prof. Dr. med. Ralf Nickel

Einleitung

Die Allgemeinmedizin umfasst die Grundversorgung aller akut oder chronisch körperlich und seelisch Kranken. Darüber hinaus gehört auch die Prävention von Krankheiten und deren Rehabilitation zu ihrem Aufgabengebiet. Da der Allgemeinarzt seinen Patienten im Kontext des privaten und beruflichen Umfeldes kennt, sollten die bio-psycho-soziale Perspektive und das Arbeiten mit einem bio-psycho-sozialen Krankheitsmodell, besser Menschenbild, den Arbeitsalltag, vor allem im Kontext chronischer Erkrankungen, prägen. Das beschriebene Aufgabengebiet des Allgemeinmediziners ist eine Herausforderung. Einerseits ist er meist gut über den Patienten informiert und andererseits selbst mehr oder weniger involviert. Ein ausreichendes Maß an Selbstreflexion, Bewusstsein für den eigenen Lebensweg, die eigenen Werte und Ziele sind hilfreich, um sich darüber im Klaren zu sein, dass mit dem Arzt – Patienten – Kontakt immer auch zwei Welten aufeinandertreffen. Damit sind, neben der rein fachlichen Sach- und Faktenebene, auch unterschiedliche Ebenen kommunikativer Fertigkeiten und die Fähigkeit zur Empathie gefordert. Automatisierte Abläufe mit dem Fokus auf

die Sach- und Faktenebene prägen dabei den Arbeitsalltag. Am ehesten wird diese Alltagsroutine durch „schwierige“ Patienten oder Patienten, die einen wegen Gemeinsamkeiten oder Sympathie mehr beschäftigen als andere, unterbrochen.

Beziehung und Kommunikation

Aus psychosomatischer Sicht sind in der Allgemeinmedizin einzelne, im Folgenden benannte Bereiche, besonders hervorzuheben. Zugleich sind grundlegende kommunikative Fertigkeiten Basis fast jeden ärztlichen Handelns. Die Bedeutung der Arzt-Patient-Beziehung hinsichtlich besserer Behandlungsergebnisse und Kostenersparnis ist auch wissenschaftlich belegt (Riedl und Schüssler 2017).

- Das Leid des Patienten annehmen: Nicht nur empathisch sein, sondern durch Signalisieren von Empathie und Verständnis das Gespräch strukturieren und damit appellatives Wiederholen der Symptomklage von Seiten des Patienten verringern.
- Für „schwierige“ Patienten, beispielsweise für Patienten mit somatoformen Störungen oder Patienten mit hoch ängstlicher, katastrophisierender Krankheitsverarbeitung, ist das Vereinbaren

von beschwerdeunabhängigen, regelmäßigen Terminen sinnvoll. Dies reduziert den Druck des Patienten, sich Beziehung und Entlastung über körperliche Symptome zu holen. Regelmäßige Termine strukturieren den Kontakt zum Patienten; sie vermindern den Erwartungsdruck und das Überladen des jeweiligen Gespräches.

- Aufklärung über bio-psycho-soziale Zusammenhänge und gezielte Informationsvermittlung (Psychoedukation), zugeschnitten auf Problem und Symptombildung des jeweiligen Patienten, geben diesem die Möglichkeit, sein Krankheitsmodell zu verändern, zum „Experten des eigenen Leidens“ zu werden und sukzessive mehr Verantwortung für sich zu übernehmen. Dieses Vorgehen spart Zeit und entlastet die Arzt-Patient-Beziehung.
- Die eigene Kommunikationsfertigkeit schulen und aufmerksamer für eigene Fehler und ungünstiges Kommunikationsverhalten werden. Hierzu gehört etwa das Wissen um die ungünstigen Auswirkungen negativer Suggestionen und des eigenen Involviertseins.
- Behandlungsziele sind früh herauszuarbeiten und zu klären: Was will ich als Arzt, wie sehe ich das Problem, habe ich

dazu überhaupt schon eine Meinung – und wenn ja, passt mein diagnostisches (therapeutisches) Vorgehen dazu?

Was will der Patient, und was wäre ein sinnvolles gemeinsames Behandlungsziel? Die hierfür investierte Zeit zahlt sich im Verlauf vielfach aus, spart Ärger und vor allem sehr viel Zeit.

Aus Sicht des Psychosomatikers, der über fast zwanzig Jahre psychosomatische Grundversorgung und Grundkompetenz vermittelt hat, ist jedem Arzt in der patientennahen Versorgung zu wünschen, zumindest eine Ahnung davon zu haben, welche Kräfte in der Interaktion und Kommunikation mit anderen wirken. Kurse zur psychosomatischen Grundversorgung sollten deshalb bewusst belegt und Balintgruppen zur Selbstreflexion genutzt werden: nicht nur für den Patienten, sondern auch aus Sorge um die eigene Gesundheit.

Bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis

Die Entwicklung eines bio-psycho-sozialen Krankheitsverständnisses (Engel 1977, Eggert 2012, Köhle 2017) ist Ausgangsbasis jeder Behandlung in der Psychosomatik, insbesondere bei Patienten mit somatoformen Störungen, die zukünftig im ICD-11 wohl körperliche Belastungsstörungen heißen. Auch und gerade der Allgemeinarzt kann mit seinen Patienten daran arbeiten, weg von einem eindimensionalen, rein organischen Krankheitsmodell, hin zu einem bio-psycho-sozialen Modell zu kommen. Eindimensional sind aber auch undifferenzierte, rein „soziale“ Erklärungsmodelle und „Belastungsannahmen“, die den Patienten ausschließlich als Opfer sozialer Verhältnisse, etwa Mobbing an der Arbeitsstelle, sehen, und mögliche patienteneigene Anteile vernachlässigen. Auch ein Unterschätzen der biologischen, organischen Seite kann schwerwiegende Folgen haben. Werden etwa Symptome einer Tumorerkrankung von dem Patienten aus Angst dissimuliert oder verleugnet, kann dies eine lebensrettende Behandlung verschleppen. Angst und Depression können in der Behandlung einer primär organischen Erkrankung eine angemessene Krankheitsverarbeitung und Mitarbeit erschweren oder ganz verhin-

dern. Die Wechselbeziehungen zwischen organischen, sozialen und psychischen Komponenten sind vielfältig.

Somatoforme Störungen, körperliche Belastungsstörungen

Gerade Patienten mit stressassoziierten körperlichen Beschwerden fordern immer wieder organmedizinische Abklärung und Behandlung. Symptomatisch treten neben Schmerzen, Schwindel, Übelkeit, Benommenheit und unspezifischen Herzbeschwerden häufig Müdigkeit, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen sowie Verdauungsstörungen auf. Ursachen der Symptome sind psychische und soziale Belastungen, die zu harmlosen Funktionsänderungen der betroffenen Organe oder Organsysteme führen oder mit Fehlwahrnehmung, ängstlicher Fixierung und Verstärkung verbunden sind. Dahinter stehen, insbesondere wenn die Symptome anhalten und zunehmend den Alltag beeinträchtigen, schwerwiegende psychische und soziale Belastungen. Es ist (vermeintlich) leichter, Magenbeschwerden symptomatisch zu behandeln als sich mit dem Auslöser, beispielsweise einem alkoholkranken, gewalttätigen Partner, zu beschäftigen. Gerade bei Patienten mit somatoformen Schmerzen, die mit Patienten mit einem Fibromyalgie-Syndrom weit überlappen, sind frühe Gewalterfahrungen und negative Beziehungserfahrungen häufig (Nickel 2017).

Psychische Morbidität und Komorbidität

Psychische Erkrankungen beeinflussen massiv das Allgemeinbefinden, die Wahrnehmung körperlicher Prozesse und die Fähigkeit zur psychischen und körperlichen Erholung. Nach Angaben des Robert-Koch-Institutes (2012) liegt die Ein-Jahres-Prävalenz psychischer Störungen bei 33 Prozent (%). In der Allgemeinarztpraxis haben fast 20 % der Patienten somatoforme Beschwerden, überlappend zeigen mehr als 40 % Angstsymptome und fast die Hälfte Symptome einer Depression. Die Prävalenz der somatoformen Symptome steigt zudem mit dem Alter (Jank et al. 2017). Zahlreiche Studien der vergangenen 50 Jahre zeigen übereinstimmend, dass bei Hausärzten der Anteil alleine an somatoformen Symptomen mit 15 bis 35 % (Haller et al. 2015, Torft et al. 2005) erwartungsgemäß deutlich höher liegt als die 6 % in der Allgemeinbevölkerung (Wittchen et al. 2011). Als Konsequenz hieraus ist eine ausreichende diagnostische und therapeutische Kompetenz wünschenswert. Insbesondere die Wechselbeziehungen und Auswirkungen auf primär organische, insbesondere chronische Erkrankungen und deren Behandlung sind von nicht zu überschätzender Bedeutung und natürlich gehören körperliche Symptome zum Bild psychischer Störungen. Ungünstige Bewältigungsversuche, etwa das Dämpfen von Angst mit Hilfe von Alkohol, führen



Ärztin & Patientin: Zeit für Gespräche zahlt sich in vielfacher Hinsicht aus.

dann zu immer schwerwiegenderen körperlichen, psychischen und sozialen Folgen. Psychosoziale Faktoren, nicht nur eine manifeste Depression, sondern schon eine erhöhte Depressivität, beeinflussen den Verlauf körperlicher Erkrankungen negativ und führen etwa nach einem Herzinfarkt zur Verdopplung der Mortalität (unter anderen Pedersen et al. 2017).

Verarbeitung von Krankheit und Krisen, Behandlungsdhärenz

Patienten verarbeiten chronische Erkrankungen unterschiedlich. Wichtig ist zu erkennen, ob der Patient eher ein „Vermeider“ oder eher ein „Amplifizierer“ ist. Gibt es eine ausreichende soziale, familiäre Unterstützung und ist diese adäquat? Übernimmt der Patient Verantwortung oder fühlt er sich überfordert? Sucht er Information oder fühlt er sich dadurch überfordert? Dies kann sich zudem im Krankheitsverlauf verändern.

Neben anderem beeinflussen diese grundlegenden stabilen Persönlichkeitsmerkmale die Mitarbeit und Kooperation des Patienten in der Behandlung, entscheiden darüber, wie regelmäßig er seine Medikamente nimmt, zuverlässig Blutdruck oder Blutzucker misst, Diät hält, sich bewegt und so weiter.

Handeln nicht agieren

Patienten lösen in uns Ärzten eine Reihe bewusster und eine noch größere Zahl unbewusster Reaktionen und Handlungsmuster aus. Jeder von uns trägt eigene und recht spezifische Handlungsdispositionen in sich. Gerade bei jungen Kollegen in der Weiterbildung ist die Prägung aus dem Studium und die Orientierung an der Akut- und technisierten Medizin stark. Der nachvollziehbare, berechtigte und schöne Wunsch zu helfen und Leid zu mindern macht dann aus reflektiertem und zielgerichtetem Handeln mitunter unkontrolliertes Agieren. Probleme werden schneller „gelöst“ als wirklich verstanden, und neben dem Fortbestehen der eigentlichen Probleme werden neue geschaffen, inklusive Vertrauensverlust in das ärztliche Handeln.

Unter dem Einfluss von Zeitdruck und Stress wird möglicherweise versucht, die

Komplexität unter Rückgriff auf ein eindimensionales organisches Krankheitsverständnis zu reduzieren. Auch und gerade aus dem Wunsch nach Sicherheit und Orientierung wird auf Labor, EKG, Ultraschall und Überweisung zurückgegriffen. Handeln heißt dagegen kommunikative Fähigkeiten gezielter nutzen.

Sei Teil der Lösung, nicht Teil des Problems

Dies obige Motto ist bei chronischen Erkrankungen durchaus nicht einfach umzusetzen, wie etwa am Beispiel der Fibromyalgie gut zu sehen ist. So hat beispielsweise die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) im März dieses Jahres eine Patienteninformations-Broschüre zur Fibromyalgie herausgegeben, die folgende fehlerleitende, Patienten demoralisierende und in die Irre führende Aussage enthält: „Das FMS ist nicht heilbar.“ (Quelle: Patienteninformation der KBV, März 2017). Dieser Satz ist etwa so sinnvoll wie die Aussage, dass Fieber nicht heilbar sei. Fieber kann unterschiedliche Ursachen haben, die mitunter sogar einfach zu behandeln (heilen) sind.

Das Fibromyalgie-Syndrom umfasst unterschiedliche körperliche und psychische Symptome und ist in diesem Sinne sowohl eine körperliche als auch eine psychische Erkrankung. Betrachtet man die Pathogenese des Syndroms, dann gilt nach heutigem Wissensstand für die bei weitem größte Untergruppe eine Stressursache als wichtigster Einflussfaktor als gesichert. In der Diagnostik des Fibromyalgie-Syndroms sind immer entzündlich-rheumatische Erkrankungen auszuschließen und deshalb eine körperliche Untersuchung und Labordiagnostik durchzuführen. Zusätzlich sollte, bezogen auf aktuelle und ungünstige biografische Ereignisse sowie bezogen auf psychische, soziale und weitere körperliche Belastungen, auch eine Positiv-Diagnostik durchgeführt werden. Der Untersuchung und dem Gespräch mit dem Patienten sollte ein bio-psycho-soziales Krankheitsmodell zugrunde liegen und dem Patienten auch zunehmend vermittelt werden. Zentrale Pfeiler einer rationalen Behandlung sind das Vermeiden von Überdiagnostik und Übertherapie.

In der Behandlung ist Verstehen, worunter der Patient leidet, Aufklären, Informieren,

Begrenzen und Führen des Patienten gefordert. Zur Behandlung kann auch die Motivation zur Aufnahme einer psychosomatischen Behandlung gehören. Daneben sollten aktivierende Trainingsmaßnahmen, das Erlernen von Entspannungsverfahren sowie das gezielte, zurückhaltende Einsetzen von Medikamenten, etwa bei psychischer Komorbidität und zur Schlafregulation berücksichtigt werden. Eine mögliche Heilung besteht aus zahlreichen Komponenten und unterliegt zudem vielen Einflüssen.

Fazit und Wunsch

Im besten Fall ist der Allgemeinarzt auch und vor allem Psychosomatiker. Allgemeinarzt sein bedeutet mehr, als Patienten bei akuten Erkrankungen zu behandeln, zu beraten und zu managen. Und es umfasst mehr, als zwischen Patient und Facharzt oder Patient und Klinik zu übersetzen und zu vermitteln.

Es ist zu wünschen, dass der Allgemeinarzt die Komplexität und Vielfalt seiner Arbeit annimmt und sich nicht selbst auf ein reines Patienten- und Symptommanagement reduziert. Bedauerlich ist, dass mitunter Patienten, die selbst psychische und soziale Ursachen ihrer körperlichen Beschwerden erkennen, sogar „gewarnt“ werden, ambulante therapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen, oder der vom Patienten geäußerte Wunsch nach einer Überweisung in eine psychosomatische Ambulanz oder Krankenhausabteilung negativ-demotivierend kommentiert oder sogar verweigert wird: „Was soll die stationäre psychosomatische Behandlung bringen, wenn sie danach dann doch wieder...?“

Ein bio-psycho-soziales Krankheitsverständnis hilft hier, konstruktiver und offener zu handeln. Ebenso ist mehr Wissen über psychische und soziale Anteile an insbesondere chronischen Erkrankungen erforderlich. Problematisch wirkt sich dagegen die ungenaue Kenntnis über wichtige Versorgungs- und Behandlungsstrukturen aus. Schon die fehlende Unterscheidung zwischen psychosomatischer Krankenhausbehandlung, multimodal, komplex, spezialisiert, hochdosiert und kurativ ausgerichtet einerseits und psychosomatischer Rehabilitation mit gänzlich anderen Rahmenbedingungen und anderem Ar-

beitsauftrag, mit dem Schwerpunkt auf der Erhaltung der Arbeitsfähigkeit oder auch der Überprüfung und gutachterlichen Stellungnahme zur Leistungsfähigkeit andererseits, führt zur falschen Weichenstellung.

Welcher Arzt schickt seine 70-jährige Patientin mit Oberschenkelhalsfraktur in die orthopädische Reha? Wer schickt seinen Patienten mit linksthorakalen Schmerzen in eine kardiologische Rehabilitation ohne zunächst weiter Diagnostik zu betreiben, dann zum Kardiologen oder in eine kardiologische Fachabteilung zu schicken?

Zum ärztlichen „Allgemeinwissen“ gehört, dass bei einem schweren Verkehrsunfall mit vielen Verletzten das ruhigste Unfall-opfer mitunter das am schwersten verletzte ist. Übertragen auf den Praxisalltag heißt das, dass hinter den körperlichen und organisch nicht begründeten Symptomen, etwa bei Patienten mit somatoformen Störungen, oft massive psychische

und soziale Belastungen und Verletzungen stehen. Werden diese übersehen, führt dies weiter in die Chronifizierung.

Aus psychosomatischer Sicht ist es nicht nur wünschenswert („nice to have“), sondern medizinisch und ökonomisch unabdingbar („must have“), dass der Allgemeinarzt der erste und so oft wie möglich letzte Psychosomatiker ist, dem der Patient begegnet.

Die Versorgungsrealität sieht dagegen so aus, dass zwischen Allgemeinarzt und psychosomatischem Facharzt viele weitere Fachärzte konsultiert werden und Monate und mitunter Jahre wertvoller Zeit verloren gehen.

Was ist also wünschenswert? Ein Allgemeinmediziner, der kein (Case-)Manager sondern Arzt ist. Der keine Kunden bedient, sondern Patienten behandelt. Dazu braucht es Haltung und durchaus auch mal Mut. Auf jeden Fall braucht es einen bio-psycho-sozialen Verständnisszugang,

eine selbstkritische Offenheit, vernetztes, systemisches Denken sowie ausreichende Kompetenz in allen drei Bereichen: bio, psycho und sozial.

**Prof. Dr. med.
Ralf Nickel**

Ärztlicher Direktor
der Klinik für
Psychosomatische
Medizin und
Psychotherapie
Helios Dr. Horst
Schmidt Kliniken
Wiesbaden

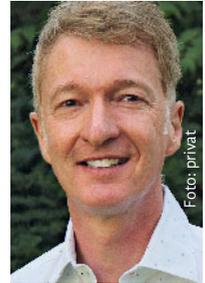


Foto: privat

Standort: Wilhelm Fresenius Klinik
Aukammallee 39, 65191 Wiesbaden
E-Mail: ralf.nickel@helios-kliniken.de

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

Leserbriefe

Diprogenta-Salbe hat keine Zulassung zur Infektionsprophylaxe bei Zustand nach Mittelohr-Operationen

Zum Leserbrief „Das ‚Parallelregelwerk‘ der KV macht den Beruf als Arzt schwer!“ von Dr. med. Jörg Brauneis
im HÄBL 09/2017, S. 512

Dr. med. Jörg Brauneis beklagt sich darüber, dass Diprogenta-Salbe nicht über den Sprechstundenbedarf zur Infektionsprophylaxe bei Zustand nach Mittelohr-Operationen bezogen und eingesetzt werden kann. Dies führt er auf die nichtgerechtfertigten und nichtnachvollziehbaren Regelungen unter anderem zur Wirtschaftlichkeitsprüfung, Prüfung der Sprechstundenbedarfsverordnung die zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Krankenkassen abgeschlossen werden, zurück. Dies wäre unter anderem auch ein Grund dafür, dass sich immer weniger junge Ärzte in der Praxis niederlassen würden.

Ohne die Regeln der Wirtschaftlichkeitsprüfung, die teilweise durchaus strittig diskutiert werden können, weiter zu thematisieren, ist festzuhalten, dass die nicht mögliche Verordnung von Diprogenta-Salbe zu Lasten des Sprechstundenbedarfs überhaupt nichts mit diesen zu tun hat. Der Grund ist, dass Diprogenta-Salbe keine Zulassung zur Infektionsprophylaxe bei Zustand nach Mittelohr-Operationen hat. Sein Einsatz in dieser Indikation ist ein „Off-Label-Use“.

Daher haben die Krankenkassen – nicht nur in Hessen – den Bezug von Diprogenta-Salbe zur Infektionsprophylaxe bei Zustand nach Mittelohr-Operationen über den Sprechstundenbedarf beanstanden

müssen, da sie ein Off-Label-Use, der sowieso nur bei einer lebensbedrohenden, lebensverändernden Krankheit bei fehlender Therapiemöglichkeit zulässig wäre – beanstanden müssen. In diesem Zusammenhang verweise ich auf das Rundschreiben „Diprogenta“ der KV Hessen, abrufbar im Internet unter: www.kvhessen.de.

Dr. med. Wolfgang LangHeinrich
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Vorstandsberater Arznei-,
Heil- und Hilfsmittel
E-Mail:
wolfgang.langheinrich@kvhessen.de

Literatur zum Artikel:

Psychosomatik im ärztlichen Alltag? Hoffentlich!

von Prof. Dr. med. Ralf Nickel

Egger JW: Theorie der Körper-Seele-Einheit. Folgerungen für die biopsychosozial orientierte Forschung. Psychologische Medizin 2012; 23(1): 23–30

Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 1977; 196: 129–136

Haller H, Cramer H, Lauche R, Dobos G. Somatoform Disorders and Medically unexplained symptoms are frequent in primary care. Dt Ärzteblatt Int, 2015; 112: 279–287

Jank R, Liegl G, Böckle M, Vockner B, Pieh C. Häufigkeit somatoformer Syndrome in der Allgemeinmedizin. Z Psychosom Med Psychother 2017; 63: 202–212

Köhle K. „Integrierte Medizin“. In Uexküll – Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis. Köhle K. et al. (Hrsg.). München: Urban & Fischer; 8. Auflage, 2017: 3–22

Nickel R. Das Fibromyalgie-Syndrom. Eine somatische oder eine psychische Erkrankung. Internistische Praxis 2017; 57: 1–10

Pedersen SS, von Känel R, Tully PJ, Denollet J. Psychosocial perspectives in cardiovascular disease. Eur J Prev Cardiol 2017; 24: 108–115

Riedl D, Schüßler G. The influence of Doctor-Patient Communication on health outcomes: A Systematic Review. Z Psychosom Med Psychother 2017; 63: 131–150

Toft T, Fink P, Oernboel E, Christensen K, Frostholm L, Olesen F: Mental disorders in primary care: prevalence and co-morbidity among disorders. Results from the Functional Illness in Primary care (FIP) study. Psychol Med, 2005; 35: 1175–1184

Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J, Gustavsson A, Svensson M, Jönsson B, Olesen J, Allgulander C, Alonso J, Faravelli C, Fratiglioni L, Jennum P, Lieb R, Maercker A, van Os J, Preisig M, Salvador-Carulla L, Simon R, Steinhausen HC. Size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. Eur Neuropsychopharmacol, 2011; 15: 357–376

Änderungen im Infektionsschutzgesetz – Schwerpunkt Meldewesen

Am 17. Juli 2017 sind die Änderungen des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) [1] in Kraft getreten. Kernstück des Gesetzes ist die Weiterentwicklung des Meldewesens aus der „Steinzeit“ der Informationsweiterleitung mit Brief und Fax hin zu einer durchgängig elektronischen Informationsverarbeitung. Das betrifft alle meldenden Ärzte und Laboratorien.

Das Projekt trägt den Namen DEMIS (Deutsches Elektronisches Meldesystem für den Infektionsschutz) [2]. Der Name DEMIS kommt zwar im Gesetz gar nicht direkt vor, dieses System ist aber sein zentrales Element. Die verabschiedete Gesetzesänderung enthält ferner zahlreiche weitere Änderungen verschiedener Abschnitte des IfSG und anderer gesetzlicher Regelungen. Hierzu gehören eine Informationspflicht der Kitaleitungen bei nicht wahrgenommener Impfaufklärung, neue Meldepflichten für Röteln und Windpocken in Gemeinschaftseinrichtungen, Maßnahmen zum Umgang mit Polioviren in Laboren (im Rahmen der weltweiten Polioeradikationsstrategie der Weltgesundheitsorganisation WHO, § 50a), erweiterte Regelungen zu Benachrichtigungspflichten der Gesundheitsbehörden an Veterinär- und Immissionsschutzbehörden (§ 27), und weitere Änderungen.

Elektronisches Meldewesen: Hintergrund zu DEMIS

Bereits mit Inkrafttreten des Infektionsschutzgesetzes im Jahr 2001 wurden elektronische Verfahren zur Verfügung gestellt, mit denen die von Ärzten und Laboratorien gemeldeten Daten von Gesundheitsämtern und Landesbehörden bearbeitet und an das Robert-Koch Institut (RKI) übermittelt werden. Dagegen wurde für die Übermittlung der Meldungen von Laboren und Ärzten an die Gesundheitsämter lange Zeit ein solcher Bedarf nicht gesehen [3].

Dies änderte sich erst mit der Influenza-Pandemie 2009 und dem großen EHEC Ausbruch im Jahre 2011 und führte zu einem entsprechenden Beschluss der Ge-

sundheitsministerkonferenz der Länder (GMK). Hier wurde festgestellt, „...dass die frühzeitige Erkennung von Infektionsgefahren mit überregionalem Bezug eine schnellere Information an die Landesbehörden und das RKI voraussetzen“ [4]. Die GMK beauftragte die Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden, in Zusammenarbeit mit dem Bundesgesundheitsministerium und dem RKI Vorschläge für eine Verbesserung des Meldesystems zu erarbeiten.

DEMIS – Ziele und Herausforderungen

Nach Angaben des Robert Koch Instituts soll die durchgängige elektronische Informationsverarbeitung vom Meldenden (z. B. Arzt, Labor, Einrichtungen nach § 34 und § 36) über die Gesundheitsämter und die Landestellen bis auf die Bundesebene, den Aufwand für alle Beteiligten

reduzieren und den Informationsfluss beschleunigen. Die Zusammenarbeit aller und der Datenaustausch soll so erleichtert werden, um auch große Infektionsereignisse effektiver bearbeiten zu können (siehe Tabelle 1) [5].

Um diese Ziele zu erreichen, wurde eine Vielzahl von Änderungen des IfSG, vor allem im Meldewesen, verabschiedet. Der neu formulierte § 14 ist dabei das Kernstück dieser Regelungen. Der Zugriff der zuständigen Behörden (z. B. Kommune, Land) auf die Informationen in DEMIS erfolgt nach einem gesetzlich geregelten Berechtigungskonzept. Neben der Meldung und Übermittlung stellt das System auch Daten als Feedback für die Anwender und zur Veröffentlichung bereit. Zusätzlich enthält es weitere Funktionen wie z. B. die Signalerkennung, die eine frühzeitige Identifikation von Ausbrüchen ermöglichen soll („Informationsdienst“).

Tabelle 1: Hauptziele von DEMIS

Verbesserung der Kommunikation zwischen den Meldenden und dem ÖGD mit Steigerung der Qualität in verschiedenen Dimensionen

- Verbesserung der Meldecompliance
- Realisierbarkeit einer durchgängig medienbruchfreien Prozesskette
- Elektronische Meldung als Regelfall, andere Meldeformen im Ausnahmefall
- Austausch strukturierter Dokumente in maschinenlesbarer Form
- Reduzierung fehlerhafter oder unvollständiger Meldungen
- Verbesserung der Qualität von übermittelten Inhalten in Bezug auf deren Vollständigkeit, Genauigkeit und Sinnhaftigkeit
- Beschleunigung der Meldeprozesse
- Beschleunigung von Übermittlungen

Unterstützung der temporären Erhebung von strukturierten Zusatzinformationen (u. a. § 15 IfSG, IGV*)

*Gesetz zu den Internationalen Gesundheitsvorschriften

- Erweiterung von Meldeinhalten
- Erweiterung der Liste der Meldetatbestände

Grundsätzliche Nutzbarkeit für die ad hoc Bereitstellung von zusätzlichen Informationen durch den Meldenden

Quelle: RKI 2013. DEMIS: Abschlussbericht Mehrbedarfsanalyse [6]

Nutzung ab 2021

Die Umsetzung von DEMIS sieht eine verbindliche Nutzung des Systems (ab dem Jahr 2021) vor. Die genauen Umstände hat das Gesetz noch nicht geregelt. Es ist allerdings eine Verordnungsermächtigung vorgesehen, in der die Details festgelegt werden können. So kann z. B. verbindlich festgelegt werden, „dass Melde- und Benachrichtigungspflichtige oder bestimmte Gruppen von Melde- und Benachrichtigungspflichtigen ihrer Verpflichtung zur Meldung und Benachrichtigung durch Nutzung des elektronischen Melde- und Informationssystems nachzukommen haben und dabei nur Meldeportale oder elektronische Programme nutzen dürfen, die vom Robert Koch-Institut zugelassen sind“. Das bedeutet, dass die Anbieter von Praxis- oder Laborinformationssystemen sich um eine Zulassung beim RKI bemühen müssen.

Die Implementierung von DEMIS erfolgt in drei hintereinander abfolgenden Schritten und soll bis zum 31. Dezember 2020 abgeschlossen sein:

1. Errichtung und Nutzung des technischen Systems für die Behörden des öffentlichen Gesundheitsdienstes
2. elektronische Meldung durch Labore
3. Vollausbau mit elektronischer Meldung auch durch Ärzte, Gemeinschaftseinrichtungen und weiteren Meldepflichtigen

Änderung der Praxissoftware erforderlich

Labore und Ärzte werden die Meldungen mit den noch anzupassenden Labor- bzw. Arztinformationssystemen automatisiert über Schnittstellen erzeugen können. Man kann sich das in einer Arztpraxis so vorstellen, dass bei meldepflichtigen Tatbeständen, z. B. einem Masernverdacht, die Praxissoftware auf die Meldepflicht hinweist und mit einem Klick alle erforderlichen Daten an DEMIS gesandt werden. Auf Grund des Praxis- oder Wohnortes des Patienten wird das System weitgehend automatisch erkennen, welches Gesundheitsamt informiert

werden muss. Die Einführung wird wegen der notwendigen Updates/Upgrades der Labor- und Praxissoftware in der Regel mit Kosten für die Betreiber verbunden sein.

Alternativ wird allen Meldenden eine kostenlose Internetplattform angeboten. Auf diesem Wege können auch die Meldungen von Einrichtungen wie Kindertagesstätten und Schulen nach § 34 und § 36 (z. B. Kopfläuse in Gemeinschaftseinrichtungen etc.) übermittelt werden, sofern diese einen Computer mit Internetanschluss besitzen. Bei der kostenlosen Internetplattform werden die notwendigen Daten händisch in eine Maske einzugeben sein. Dies ist mit einem größeren Aufwand verbunden als Meldungen über die eingebundene Praxissoftware.

Neue Regelungen für Kindertagesstätten und Schulen

Ein weiterer alle Ärztinnen und Ärzte betreffender Punkt ist der neue Absatz § 36 Abs 10a, dort heißt es: „[...] dass zeitnah vor der Aufnahme eine ärztliche Beratung in Bezug auf einen vollständigen, altersgemäßen, nach den Empfehlungen der Ständigen Impfkommission ausreichenden Impfschutz des Kindes erfolgt ist. Wenn der Nachweis nicht erbracht wird, benachrichtigt die Leitung der Kindertageseinrichtung das Gesundheitsamt, in dessen Bezirk sich die Einrichtung befindet, und übermittelt dem Gesundheitsamt personenbezogene Angaben. Das Gesundheitsamt kann die Personensorgeberechtigten zu einer Beratung laden.“

Da eine Impfpflicht in Deutschland bisher nicht eingeführt wurde, wird auf diese Weise versucht, die nicht geimpften Kinder in den Kitas zu erreichen und vielleicht doch noch einer Impfung zuzuführen.

Fazit

Technisch ist DEMIS sehr anspruchsvoll. Ein zentrales System nimmt auf sicherem, verschlüsseltem Wege alle Meldungen entgegen und verteilt sie entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen an die zuständigen Stellen. Dort, etwa in den Ge-

sundheitsämtern, können die Daten durch eigene Ermittlungen ergänzt werden. Die Daten werden pseudonymisiert und sind nur für die gesetzlich zulässigen Behörden namentlich zuordnungsbar. Dadurch wird eine größere Stabilität, Geschwindigkeit und Qualität erwartet. Verschwundene Faxes wird es nicht mehr geben. Ferner sind Rückmeldungen, Rückfragen oder Weiterleitungen leichter und rascher möglich. Eine intelligente Signalerkennung wird frühzeitig mögliche Ausbrüche anzeigen. Das System wird weltweit eines der fortschrittlichsten sein und Deutschland eine führende Rolle im Infektionsschutz sichern.

Allerdings darf bei aller Vorfreude nicht vergessen werden, dass die Grundlagen des Meldewesens die klinischen Erkenntnisse und die veranlassten Laboruntersuchungen der Ärztinnen und Ärzte sind. Deren Rahmenbedingungen (Ausbildung, Fortbildung, Abrechenbarkeit, Informationsmöglichkeiten) wurden nicht verändert. Die Ärztinnen und Ärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes stehen der Einführung des Gesetzes vorerst kritisch gegenüber, da auf Grund der zunehmenden Geschwindigkeit bei knappen Personalressourcen für Ermittlungen eher mit Fehlalarmen und zusätzlich durch vermehrte Meldungen mit einem erhöhten Arbeitsaufwand gerechnet wird.

Dr. med. Bernhard Bornhofen

Stadtgesundheitsamt
Offenbach,
Sprecher
Fachausschuss
Infektionsschutz
des Hessischen
Landesverbandes



Foto: privat

der Ärzte und Zahnärzte des öffentlichen Gesundheitsdienstes e. V.

E-Mail:

bernhard.bornhofen@offenbach.de

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

Literatur zum Artikel:

Änderungen im Infektionsschutzgesetz – Schwerpunkt Meldewesen

von Dr. med. Bernhard Bornhofen

- [1] Infektionsschutzgesetz Stand 18.7.2017. <http://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/IfSG.pdf>
- [2] Robert Koch Institut. DEMIS? Deutsches Elektronisches Meldesystem für den Infektionsschutz. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/DEMIS/DEMIS_node.html
- [3] Benzler J, Kirchner G, Diercke M, Gilsdorf A. Das Projekt DEMIS – Konzeptionelle und technische Vorarbeiten für ein elektronisches Meldesystem für den Infektionsschutz. *Der Hygieneinspektor*: 2014, 16(2): 20–29. <http://edoc.rki.de/oa/articles/reaZSmh8TmLo/PDF/20teFClzrKjE.pdf>
- [4] Gesundheitsministerkonferenz (GMK). 2011. Beschlüsse der 84. GMK. TOP: 5.8 Evaluierung der behördlichen Zusammenarbeit im Rahmen des EHEC-Ausbruches. <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?jahr=2011>
- [5] Brockmann S, Widders G, Bornhofen B: Änderungen des Infektionsschutzgesetzes: Was bedeutet das für den ÖGD? *Blickpunkt Öffentlicher Gesundheitsdienst* 33 1/2017 4–5. http://www.akademie-oegw.de/fileadmin/customers-data/Blickpunkt/Blickpunkt_2017/2017/2017_BP_1_Druck_Neu.pdf
- [6] Robert Koch Institut (RKI). 2013. DEMIS: Abschlußbericht Mehrbedarfsanalyse 3–14. http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/IfSG/DEMIS/Mehrbedarfsanalyse_Abschlussbericht.html



**Rüdiger Kramme (Hrsg.):
Informationsmanagement und
Kommunikation in der Medizin**

Springer Verlag Berlin Heidelberg 2017,
168 Seiten, 96 Abb., davon 61 in Farbe.
Hardcover: ISBN 9783662487778, € 60
E-Book: ISBN 9783662487785, € 47

Dieses Buch beschreibt in einer nicht immer ganz einfachen „hochtechnischen“ Sprache, zum Teil mit wirtschaftsinformatischen Vokabular, die Grundlagen und Anforderungen der Verarbeitung digitaler Informations- und Kommunikationsdaten in der Medizin. Medizintechnische und informationsverarbeitende Innovationszyklen werden immer kürzer. Datenmengen wachsen gigantisch. Diese sinnvoll für die Behandlung unserer Patienten zur Verfügung zu stellen, ist eine Kernaufgabe der medizinischen Informationstechnologie. Dazu bedarf es Standards, die vor allem auch eine intersektorale Nutzung der Daten gewährleisten. Das Buch

stellt in elf Kapiteln Vor- und Nachteile der bislang vorhandenen Systeme vor – von der Patientenüberwachung über das Management radiologischer Bilder bis hin zur robotergestützten Chirurgie. Es wird aufgezeigt, dass eine elektronische Patientenakte ohne diese Standards durch Zusammenführung der bestehenden Insellösungen (Krankenhausinformationssysteme; PVA etc.) unmöglich ist.

Die Datenschutzproblematik (Hackereinbruch in mehrere Krankenhaus-IT-Systeme 2016) bekommt leider zu wenig Raum. Gerade aber Vertrauen in der Sicherheit der sensiblen persönlichen und medizinischen Daten ist eine *conditio sine qua non* für die notwendige Weiterentwicklung auf diesem Gebiet!

Für alle (Ärzte, Politiker etc.), die sich an der politischen Diskussion um E-Health, Telemedizin und elektronischer Patientenakte beteiligen, ist das Buch eine sehr sinnvolle Lektüre. Hier werden die technischen Basics vermittelt, die man für eine kompetente, verantwortungsvolle Mitarbeit in diesem Prozess benötigt.

Dr. med. Edgar Pinkowski

Mitglied des Präsidiums und Vorsitzender
des Telematikausschusses der Landesärztekammer



**Martin H. Stellpflug, Maximilian-
Warntjen (Hrsg.):
Compliance in der Arztpraxis**

**30 Fälle aus der Praxis – die häufigsten
Fehler und wie man sie vermeiden kann**
medhochzwei Verlag Heidelberg,
1. Auflage 2016, 128 Seiten, Softcover
ISBN: 9783862163106, € 29.99

Mit dem Buch „Compliance in der Arztpraxis“ ist den Rechtsanwälten Prof. Dr. Martin H. Stellpflug und Dr. Maximilian Warntjen eine für Nicht-Juristen verständliche Darstellung von klassischen Rechtsfällen, wie sie immer wieder bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten vorkommen, gelungen. Beide Anwälte sind in einer auf das Medizinrecht spezialisierten Kanzlei seit fast 20 Jahren mit derartigen Fragestellungen erfahren und vertraut.

In den vier Kapiteln Assistenten/Vertreter/Mitarbeiter, Kooperation, Praxisalltag und Verordnung/Abrechnung werden anhand von 30 Fällen Verstöße gegen Vorschriften, strafrechtliche Konsequenzen aber auch Lösungsvorschläge für konkrete Handlungsempfehlungen dargestellt. Es wird realistisch aufgezeigt, dass selbst in vermeintlich harmlosen Alltagssituationen juristische Fallstricke lauern können. Einige der Beispiele wurden bereits in den Jahren 2012 und 2013 in der Ärzte Zeitung erfolgreich veröffentlicht und für dieses Buch aktualisiert.

Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte werden im zunehmenden Maße mit der Verrechtlichung der Medizin konfrontiert. Als Lösungsansatz sehen die Juristen die Compliance, unter der sie die Einhaltung von Verhaltensregeln, Gesetzen und Richtlinien verstehen. Dazu möchten die Autoren dieses Buches beitragen.

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

Facharzt für Innere Medizin, Notfallmedizin,
Delegierter der LÄKH



**Eva Jablonka, Marion J. Lamb:
Wie Genetik, Epigenetik,
Verhalten und Symbole die
Geschichte des Lebens prägen**

S. Hirzel Verlag Stuttgart 2017,
566 Seiten, gebunden, € 42
ISBN 9783777626260

Die Autorinnen kämpfen darum, die dominierende Gen-zentrierte Sichtweise in der Evolutionstheorie zu relativieren und neuere Erkenntnisse zur epigenetischen Vererbung zu integrieren. Selektion und zufällig entstandene genetische Varianten werden in dieser Sicht ergänzt durch epigenetische Prozesse, der Weitergabe von Informationen auf der Zellebene an Tochterzellen.

So konstatieren die Autorinnen: „Daher genügt es nicht, beim Nachdenken über Vererbung und Evolution nur genetische Prozesse im Blick zu haben; denn epigenetische Prozesse, Verhalten und symbolgestützte Vererbung bringen viele zusätzliche Varianten hervor, unter denen die natürliche Selektion ebenfalls auswählen kann (S. 13). Auch wenn man diese Thesen nicht unbedingt teilen muss, erhält man auf 565 Seiten eine gute Übersicht über die aktuellen Diskussionen der Evolutionstheoretiker. Im Rückblick werden die wissenschaftlichen Kontroversen von Darwin und Lamarck erläutert. Letzterer postulierte die Vererbung erworbener Eigenschaften. Dies führte zu erbitterten Kontroversen unter den Forschern. Vor diesem Hintergrund ist auch zu sehen, dass Publikationen, die epigenetisches Denken in die Evolutionstheorie integrieren wollen, zu viel Diskussionen führen. Für den interessierten Arzt und Biologen kann es spannend sein, sich einen Überblick über diese Auseinandersetzung zu verschaffen. Hierfür ist der Band gut geeignet.

Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der LÄKH



Foto: Caroline McKenney

Bei der Abschlussfeier der Medizinischen Fachangestellten der Bezirksärztekammer Frankfurt wurden die 180 Absolventinnen und Absolventen im Kreise von Familie und Freunden gefeiert. „Sie haben einen sehr schönen Beruf gewählt, und ich wünsche Ihnen viel Freude bei Ihrer künftigen Tätigkeit“, gab der Vorsitzende der Bezirksärztekammer, Dr. med. Wolfgang Seher (links im Bild), den ehemaligen Auszubildenden mit auf den Weg.



Foto: Sabina Herrtel

Die Bezirksärztekammer Darmstadt feierte mit einer festlichen Zeugnisübergabe den Abschluss von 96 Absolventinnen und Absolventen zur/zum Medizinischen Fachangestellten. Durch das Programm führte an diesem Abend Dr. med. Harald Wirth, Ausbildungsberater der Bezirksärztekammer Darmstadt, unterstützt von Beiträgen durch Oberstudienrat Michael Steffan, Abteilungsleiter der Karl-Kübel-Schule in Bensheim, und Jutta Hartmann vom Verband medizinischer Fachberufe e. V., 1. Vorsitzende des Landesverbandes Mitte-Ost.



Foto: LÄKH

„Der Beruf der Medizinischen Fachangestellten ist ein umfassender Assistenzberuf, der durch zahlreiche Qualifikationen heutzutage eine große Aufwertung erfahren hat“, betonte Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, bei der Abschlussfeier der Medizinischen Fachangestellten in Bad Nauheim. 99 ehemaligen Auszubildenden aus dem Raum Gießen wurde im Rahmen der Feierlichkeit ihr Abschlusszeugnis übergeben. Das Foto zeigt die Absolventinnen aus dem Wetteraukreis der Beruflichen Schulen am Gradierwerk (BSG) in Bad Nauheim.

Ausbildung zur/m Medizinischen Fachangestellten (MFA) gefragt

Eine Umfrage der Bezirksärztekammer Gießen unter den bei der Feierstunde anwesenden Absolventinnen und Absolventen zeigt, dass die Ausbildung zur/m MFA auch auf dem Arbeitsmarkt gefragt

ist: 50 Prozent (%) der 99 Absolventen werden von in ihrer Ausbildungspraxis übernommen, 25 % konnten einen Arbeitsplatz in einer anderen Arztpraxis finden. Sechs Absolventinnen mussten

sich arbeitslos melden. Vier Absolventinnen arbeiten berufsnah, zwei weitere arbeiten berufsfremd, sieben machen eine weitere Ausbildung und zwölf Absolventinnen beginnen ein Studium.



Der Verband Freier Berufe in Hessen ehrte kürzlich die Jahrgangsbesten in den Ausbildungsberufen im Kurhaus in Wiesbaden. Geehrt wurden die Berufe Zahnmedizinische Fachangestellte, Medizinische Fachangestellte (MFA), Steuerfachangestellte und Rechtsanwaltsfachangestellte. In ihrer Rede hob die Präsidentin des Verbandes Freier Berufe, Dr. Karin Hahne (2. Reihe r. außen), hervor, dass die Digitalisierung den Alltag verändern wird; soziale Fähigkeiten, der Umgang mit Menschen und Fachkompetenz könne jedoch nicht durch Digitalisierung ersetzt werden. In die Zuständigkeit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) fällt die Berufsausbildung der MFA. Die besten Absolventinnen und ein Absolvent nahmen an der Feier teil. Auf dem Foto außerdem zu sehen: Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Vorsitzende des Vorstandes der Carl-Oelemann-Schule (vorne r. außen), und Marianne Kaiser-Müller, Mitarbeiterin der LÄKH (hinten, 2. v. r.).

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Cornelia Abmeier, Hofheim
* 21.09.1919 † 30.06.2017

Dr. med. Georg Eckert, Griesheim
* 08.04.1949 † 27.07.2017

Med.-Dir. i.R. Dr. med. Peter Scheiber,
Roßdorf
* 14.05.1935 † 19.08.2017

Med.-Dir. Dr. med. Walter Bauer, Königstein
* 08.10.1921 † 08.01.2017

Dr. med. Peter Greuner, St. George's, Grenada
* 22.12.1937 † 15.07.2013

Dr. med. Axel Ludwig Heinz G. Schinke,
Frankenberg
* 29.07.1950 † 04.09.2017

Dr. med. Adolf Bauer, Königstein
* 15.02.1928 † 31.08.2017

Dr. med. Silke Habersang, Bad Orb
* 20.12.1922 † 17.02.2016

Dr. med. Joachim Schmidt, Bad Schwalbach
* 02.01.1918 † 15.02.2015

Prof. Dr. med. Gerd Beckmann, Kassel
* 22.06.1923 † 29.06.2015

Prof. Dr. med. Cort-Ulrich Hachmeister,
Hattersheim
* 15.07.1940 † 07.12.2016

Dr. med. Lothar Schneider, Eschwege
* 15.12.1932 † 21.12.2016

Dr. med. Hans-Horst Buchmann,
Witzenhausen
* 26.06.1925 † 21.08.2017

Stephan Horenkamp, Grebenhain
* 12.01.1959 † 10.07.2017

Dr. med. Heinz Scior, Frankfurt
* 25.01.1928 † 06.02.2016

Dr. med. Silvio Busch, Oestrich-Winkel
* 29.01.1948 † 14.07.2017

Dr. med. Guenter Maier, Frankfurt
* 01.03.1929 † 19.07.2014

Dr. med. Ingeborg Stolze, Wetzlar
* 08.03.1942 † 21.08.2017

Dr. med. Ingeborg Debes, Volkarsen
* 18.10.1935 † 02.07.2017

Dr. med. Albrecht Neubert, Darmstadt
* 01.05.1927 † 10.07.2017

Dr. med. Joachim Till, Lauterbach
* 28.03.1931 † 29.07.2017

Dr. med. Werner Dietz, Schotten
* 23.12.1927 † 19.05.2017

Dr. med. Frank Pausch, Hofheim
* 16.09.1934 † 09.07.2017

Dr. med. Hans-Dieter Domaniecki,
Pfungstadt
* 19.01.1937 † 21.08.2017

Doktor d. Med./Med. Hochschule Belgrad
Viktor Polubelov, Kassel
* 15.09.1925 † 14.07.1998

Medizin ohne Ärzte?

Die derzeitige Gesetzgebung in der Gesundheitspolitik sowie entsprechende Ideen und Vorschläge von Politik und Krankenkassen lassen den Schluss zu, dass die Medizin bzw. die medizinische Versorgung der Bevölkerung am besten ohne Ärztinnen und Ärzte zu gestalten sei. Für diese Schlussfolgerung gibt es einige aktuelle Beispiele:

- Die Begrenzungen der Budgetierung verursachen Stillstand in der Entwicklung neuer Diagnostik und Therapien. Darüber hinaus führen sie zu drastischen Einschränkungen der Niederlassungsfreiheit und der Einkommen. Die zunehmenden Zwangsmaßnahmen werden von Ministern als Problem der Selbstverwaltung abgetan – während die Politik sich andererseits und gleichzeitig nicht davor scheut, massiv in die Selbstverwaltung einzugreifen, beispielsweise bei der Besetzung des Gemeinsamen Bundesausschusses.
- Die Vergütungen im ambulanten Bereich liegen in Hessen im bundesweiten Vergleich auf unterstem Niveau. Eine Angleichung an einen bundesweiten Durchschnitt wird jedoch von den Krankenkassen abgelehnt. Von der Politik ist in diesem Zusammenhang nur Stillschweigen zu vernehmen, sie

scheint dieses Problem entweder nicht wahrzunehmen oder aber die Position der Krankenkassen durch ihre Zurückhaltung sogar zu unterstützen.

- Psychotherapie sollte am besten nicht-ärztlich durchgeführt werden. Wenn jedoch nur noch psychologische Psychotherapeuten therapieren, entsteht die ernst zu nehmende Gefahr, mögliche Begleiterkrankungen von seelisch kranken Menschen nicht mehr (rechtzeitig) zu erkennen und entsprechend behandeln zu können. Politiker (und Krankenkassen?!) nehmen diesen Qualitätsverlust offenbar bewusst in Kauf.
- Mit Hilfe von E-Health-Maßnahmen oder Delegationsmodellen wie bspw. dem Physician Assistant oder der qualifizierten Krankenschwester versuchen Politik und Krankenkassen, die ärztliche Tätigkeit zunehmend zu substituieren. Durch diese vermeintliche Kostenersparnis tritt jedoch eine durch Studium, Weiter- und Fortbildungen gesicherte Qualität der Versorgung in den Hintergrund.
- Die Landesregierung möchte die Landesärztekammer in beratenden Gremien offenbar vorzugsweise am sogenannten Katzentisch sehen. De facto soll die verfasste Ärzteschaft somit im

Gremium der Bedarfsplanung des Landes kein Stimmrecht mehr haben. In der Konsequenz werden Entscheidungen über die ur-ärztlichen Bestimmungen, ihre Aufgaben und Funktionen ohne das Votum bzw. die Einflussnahme der hessischen Ärzteschaft getroffen.

Fazit: Die Ärzteschaft erhält derzeit maximalen Gegenwind von Politik und Krankenkassen, die offensichtlich eigene Interessen vertreten. Als Körperschaften des öffentlichen Rechts sind den Kammern und der Kassenärztlichen Vereinigung die Hände gebunden. Daher müssen die Berufsverbände unsere ärztlichen Interessen noch lauter und entschiedener auf allen Ebenen vertreten und in vielen Gesprächen mit lokalen Politikern und Verbänden erklären.

Nur wenn die Ärzteschaft hier mit einer Stimme spricht, können wir noch etwas Gehör finden.

Dr. med. Andreas Fach
Mitglied des Präsidiums der LÄKH



Foto: Vera Friederich

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

Anzeige

MEDIZIN Fachmesse + Kongress für die ambulante ärztliche Versorgung

Nutzen Sie die MEDIZIN als Informations-, Fort- und Weiterbildungsplattform und werfen Sie mehr über aktuelle Trends und medizinische Innovationen.

Wir freuen uns auf Sie!

- + Profitieren Sie von einem umfangreichen Vortrags- und Seminarprogramm
- + Knüpfen Sie wertvolle Kontakte und tauschen Sie sich mit Fachkollegen aus
- + Nutzen Sie das vielfältige Angebot und sammeln Sie Fortbildungspunkte

Mitten im Markt

Messe Stuttgart



BEZIRKS **ÄRZTEKAMMER**
NORDWÜRTTEMBERG

Messe Stuttgart

#Medizin18

www.medizin-stuttgart.de

26.–28. Januar 2018 | Freitag–Sonntag

Bleiben Sie am Puls der Zeit!

Bezirksärztekammer Darmstadt

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2016, S. 360), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 13. September 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert durch Satzung vom 5. April 2017 (HÄBL 7/2017, S. 446), wird wie folgt geändert:

Im Abschnitt B werden unter „2. Gebiet Anästhesiologie“, Abschnitt „Weiterbildungsinhalt“, Unterabschnitt „Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren“ nach dem Spiegelstrich

„– Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich Legen von Drainagen und zentralvenösen Zugängen sowie der Gewinnung von Untersuchungsmaterial“ folgende neue Spiegelstriche eingefügt:

„– Durchführung anästhesierelevanter Ultraschallverfahren:

- sonographisch gesteuerte Punktionen bei Regionalanästhesieverfahren
- sonographisch gesteuerte Gefäßpunktionen“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2017 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 13. September 2017 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 13. September 2017

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

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
V2 - 18b2120-0001/2008/004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 13. September 2017 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.
Wiesbaden, 20. September 2017

Im Auftrag
Dr. Stephan Hölz

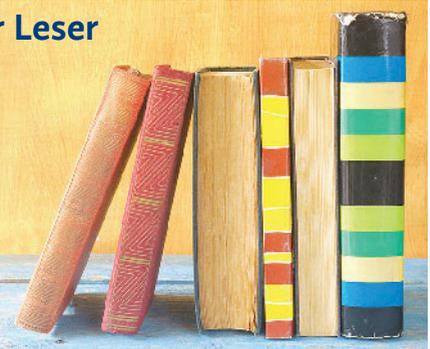
Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Wiesbaden

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 einen Titel, den Sie weiter empfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Büchertipps an die Redaktion weiterzugeben.

Bitte E-Mail an: haebl@laekh.de.



Einladung zur 14. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013 – 2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 14. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2013 – 2018 lade ich Sie für

Samstag, 25. November 2017, 10 Uhr s. t.,

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls
der 13. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 13. September 2017
4. Ehrungen
5. Bericht des Präsidenten und Aussprache
6. Haushaltsplan 2018
7. Hilfsfonds-Richtsätze 2018
8. Versorgungswerk
 - a) Bericht des Vorsitzenden / der stellv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
9. Wahl der Delegierten zum 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt
10. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Änderung der Hauptsatzung
 - b) Änderung der Geschäftsordnung der Landesärztekammer Hessen
 - c) Änderung der Weiterbildungsordnung
 - d) Änderung der Haushalts- und Kassenordnung
 - e) Änderung der Kostensatzung
 - f) Änderung der Richtlinie der Landesärztekammer Hessen zur Anerkennung
und Bewertung von Fortbildungsmaßnahmen
 - g) Änderung der Satzung der Ethik-Kommission
11. Nachwahl von Vorsitzenden und Stellvertreter/innen der Prüfungs- und
Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
12. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt
13. Anträge zum Bericht des Präsidenten
14. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 4. Oktober 2017

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

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

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060043231 ausgestellt am 18.05.2016 für Dr. med. Bertram Görge, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060042523 ausgestellt am 29.03.2016 für Dr. med. Dipl.-Psych. Stefan Kaatz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060027645 ausgestellt am 23.10.2012 für Jolanthe Lafery, Baunatal

Arztausweis-Nr. 060035917 ausgestellt am 30.10.2014 für Dr. med. Harald Pauthner, Hofheim

Arztausweis-Nr. 060049876 ausgestellt am 30.08.2017 für Dr. med. Michael Schaar, Mörfelden-Walldorf

Arztausweis-Nr. 060044239 ausgestellt am 03.08.2016 für Dr. med. Gunther Schladitz, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 060044209 ausgestellt am 01.08.2016 für Julia Schulz, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060034339 ausgestellt am 11.07.2014 für Dr. med. Velina Seidel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060027322 ausgestellt am 27.09.2012 für Dr. med. Norbert Staab, Schlüchtern

Arztausweis-Nr. 060037492 ausgestellt am 25.02.2015 für Beatrix Stenzel, Gießen

Arztausweis-Nr. 060041384 ausgestellt am 12.01.2016 für Dr. med. Barbara van Zandbergen, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060027768 ausgestellt am 02.11.2012 für Dr. med. Tomas Votruba, Lorsch

Arztausweis-Nr. 060037888 ausgestellt am 24.03.2015 für Dr. med. Barbara Weller, Edertal

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Donnerstag, 23. November 2017, um 19 Uhr

im Hause der

**Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH)
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt a. M. (Bürostadt)**

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Begrüßung und Moderation:

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

REFERENT



Prof. Dr. med. Sven Becker

Direktor der Univ. Frauenklinik Frankfurt a. M.

Körper und Seele heilen – zwei Gesichter des Medizinischen Fortschritts

In der Medizin haben sich neue Wege geöffnet. Diagnostik und Therapie ermöglichen sensationelle Erfolge. Die Behandlung der Psyche der Kranken für die Heilung wurde lange zu wenig beachtet.

Prof. Dr. Becker stellt für die Frauenheilkunde – auch am Beispiel der Krebserkrankungen – beide Welten dar. Technischer Fortschritt und patientenorientierte, psychische Betreuung sind eine wichtige Ergänzung.

Im Vorstand des Vereins „Projekt Schmetterling“ setzt sich Prof. Dr. Becker für eine psychische Betreuung bei Krebskranken ein. Diese Veranstaltung unterstützt dieses wichtige ehrenamtliche Projekt.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potentielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten werden in einer Selbstauskunft gegenüber den Teilnehmern (z. B. Erste Folie bei Vorträgen, Handout, Aushang, Hinweis im Programm, Link oder Download) offen gelegt.

Im Vogelsgesang 3 | 60488 Frankfurt/Main | Fon/Fax: 069 766350
www.bad-nauheimer-gespraech.de | E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Neues Ehrenzeichen für Medizinische Fachangestellte

Die bisherige Arzthelferinnen-Brosche in Gold ist in die Jahre gekommen und durch ein modernes Ehrenzeichen für Medizinische Fachangestellte (MFA) ersetzt worden. Das neue Design stammt von Katja Kölsch, Mitarbeiterin der Stabsstelle Medien der Landesärztekammer Hessen, in Zusammenarbeit mit der MFA-Abteilung und dem Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Als einer der ersten wurde Jutta Hartmann das neue Ehrenzeichen für 40 Jahre Berufstätigkeit als Arzthelferin/Medizinische Fachangestellte im Rahmen der Ab-

schlussfeier für Absolventinnen der Sommerprüfung 2017 der Bezirksärztekammer Darmstadt in Darmstadt überreicht. Jutta Hartmann arbeitet seit 2001 in der Praxis von dr./Univ. Budapest Ulrike Kahl, Maintal.

Wir freuen uns, wenn uns Arztpraxen und andere Einrichtungen im Gesundheitswesen langjährige Mitarbeiterinnen nennen, damit wir sie bei deren Ehrung unterstützen können.

Ihre LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

E-Mail: petra.stoll@laekh.de



Foto: Roswitha Barthel



Foto: mcky/asb

Dr. med. Harald Wirth, Ausbildungsberater der BezÄK Darmstadt, überreichte Jutta Hartmann Urkunde und Ehrenzeichen (linkes Bild). Rechts das neue Ehrenzeichen für Medizinische Fachangestellte im Detail (Design: Katja Kölsch). Natürlich gibt es auch eine Version für Herren.

- 28.11.: Dr. med. Heide Zimmer, Arolsen
- 01.12.: Ltd. Med.-Dir. i. R. Dr. med. Hans-Peter Schreck, Erbach
- 01.12.: Dr. med. Heinke Schuchardt-Derichs, Stadtallendorf
- 02.12.: Dr. med. Christian Bona, Wiesbaden
- 02.12.: Prof. Dr. med. Reiner Dölp, Fulda
- 02.12.: Dr. med. Rosemarie Jäkel, Wiesbaden
- 02.12.: Dr. med. Othmar Kubin, Eltville
- 02.12.: Dr. med. Rudolf Snethlage, Wiesbaden
- 04.12.: Prof. Dr. med. Volker Eehalt, Lich
- 04.12.: Dr. med. Jochen Meier, Friedberg
- 05.12.: Dr. med. Dieter Braun, Herbstein
- 07.12.: Dr. med. Bernhard Hartmann, Lauterbach
- 11.12.: Dr. med. Helmut Kapinsky, Meinhard
- 11.12.: Dr. med. Guenter Salzmann, Wiesbaden
- 12.12.: Dr. med. Gerlinde Dietz, Leun
- 14.12.: Dr. med. Erika Rosenthal, Frankfurt
- 15.12.: Dr. med. Birgitta Pindur, Rodgau
- 19.12.: Dr. med. Herbert Bock, Obertshausen
- 19.12.: Dr. med. Sibylle Klötzer-Vierhub, Zürich
- 19.12.: Dr. med. Justus Storch, Kassel
- 20.12.: Dr. med. Waltraud Kelck-Maessen, Eschborn
- 20.12.: Dr. med. Wolfgang Schmidt, Darmstadt

Anmeldung zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 28. März 2018

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 28. März 2018 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

6. und 13. Dezember 2017

unter Einreichung des erforderlichen Anmeldeformulars bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Es wird gebeten, das Anmeldeformular rechtzeitig und vollständig ausgefüllt einzureichen, da anderenfalls die Teilnahme der Auszubildenden an der Zwischenprüfung 2018 nicht garantiert werden kann.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

**Wir gratulieren zum 25-jährigen
Berufsjubiläum:**

Brigitte Mühl,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. U. Dehmer,
Bad Orb;

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

Helga Steubing,
seit 45 Jahren tätig in der Artemis
Augenklinik, Dillenburg.

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 (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: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

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

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verkaufsgebiete

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

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

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

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

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

Layout: Stephanie Schmitz

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: 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