

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 2 | 2018
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang



Foto: © Paul Warhol

Ausstellungsansicht „Jil Sander. Präsenz“, 2017 im Museum Angewandte Kunst.

„Jil Sander. Präsenz“ in Frankfurt

CME-Fortbildung

Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Qualität und Neutralität

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Datenschutz 2.0

Der Beitrag aus der Rubrik Recht gibt Hinweise zu Inhalt und Ablauf einer Datenschutz-Folgenabschätzung nach der EU-DSGVO



Ist das neue Genfer Gelöbnis wirklich neu?

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

Regelmäßig nehme ich an den Absolventenfeiern der hessischen Medizinfakultäten in Frankfurt, Gießen und Marburg teil, um die neuen Ärztinnen und Ärzte zu begrüßen und überreiche allen Absolventen einen Ausdruck des „Genfer Gelöbnis“ (Deklaration von Genf) und des „Eid des Hippokrates“.

Bei meiner alljährlichen Teilnahme an der Generalversammlung des Weltärztebundes (World Medical Association, WMA), dem Mitglieder von Ärzteorganisationen aus 114 Staaten angehören, bewegt mich, dass es bei aller Verschiedenheit unter den Mitgliedern einen ethischen Grundkonsens gibt. Die Generalversammlung der WMA 2017 in Chicago verabschiedete eine Neufassung (überarbeitete Fassung) des „Genfer Gelöbnis“.

Im September 1948 verfasste die 2. Generalversammlung des Weltärztebundes die Deklaration von Genf unter dem Eindruck des Zweiten Weltkrieges und der Gräueltaten des Dritten Reichs in Übereinstimmung mit der Intention des Nürnberger Kodex (1946/47). Dass die Bundesärztekammer federführend mit deren Überarbeitung beauftragt wurde, betrachte ich als einen großen Vertrauensbeweis. Einfach war es nicht, Formulierungen zu finden, die in englischer Sprache ein gemeinsames inhaltliches Verständnis konsentierten, und den Text im Anschluss in die nationalen Sprachen zu übersetzen, ohne dabei den gemeinsam getragenen Sinn zu verlieren. Einen Abdruck der gelungenen deutschen Übersetzung finden Sie in diesem Heft auf Seite 86 und können sie herausnehmen und vielleicht sogar eingerahmt für sich und andere sichtbar machen.

Nun hält man uns Ärztinnen und Ärzten bei passender und unpassender Gelegenheit entgegen, wir hätten doch einen Eid geschworen. Dem ist allerdings nicht so, schon gar nicht den „Eid des Hippokrates“. Und dennoch drückt sich von diesem antiken Eid bis zur aktuellen Fassung des „Genfer Gelöbnis“ der gemeinsame ethische Grundkonsens der Ärztinnen und Ärzte aus. So wie wir heute gegenüber dem seit 1948 fünfmal revidierten Text besonders hervorzuhebende Inhalte betonen, so würde uns bei einer Verpflichtung auf den antiken Eid und dessen wortwörtlicher Übernahme vieles nicht mehr nachvollziehbar erscheinen. Allein die Anrufung der Götter der Antike ist dem damaligen Weltbild geschuldet. Wenn heute das „Genfer Gelöbnis“ weltweit Gültigkeit haben soll, ist der erste Satz „Als Mitglied der ärztlichen Profession gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen“ besonders treffend.

Lassen Sie mich im Nachfolgenden auf einzelne wesentliche Betonungen, die unserem heutigen Verständnis entsprechen, ein-

gehen. „Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.“ Erstmals wird im „Genfer Gelöbnis“ jetzt die Patientenautonomie betont, eigentlich eine Selbstverständlichkeit. Grundsätzlich beinhaltet verantwortliches ärztliches Handeln immer den Einbezug des Patienten. Das bedeutet aber auch, den selbstverständlichen Anspruch der Patienten – nicht erst seit dem Patientenrechtegesetz – auf eine verständliche, ihnen angepasste Information zu beachten. Unter Beachtung der Informationsasymmetrie müssen wir die Patienten in die Lage versetzen, ihre Autonomie ausüben zu können. Die Entwicklung des medizinischen Wissens hat das Risiko einer Bevormundung und Überheblichkeit gefördert. Wenn wirklich die Patienten im Focus ärztlichen Handelns stehen, müssen wir uns dessen bewusst sein. Andernfalls leidet auf Dauer das genuine Vertrauen der Patienten in die Ärzte und in die einzelne Ärztin, den einzelnen Arzt.

Das führt aber auch zur Selbstverständlichkeit eines Kompetenzerhaltes durch ständige Fortbildung, was der Satz: „Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen“, aussagt.

Dabei ist der interkollegiale Austausch horizontal wie vertikal (Weiterbildung, Fortbildung und Zusammenarbeit sowie Kommunikation) ein unverzichtbares Prinzip. Schon Hippokrates hat erkannt: „Zweierlei gibt es, Wissenschaft und Einbildung, erstere führt zum Wissen, letztere zum Nichtwissen.“

Und nicht zuletzt wird das ärztliche Augenmerk auf die eigene Gesundheit gerichtet, denn wer kennt nicht Kolleginnen und Kollegen, die hier Raubbau betreiben: „Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.“

Ein besseres Schlusswort lässt sich kaum finden.

Ihr

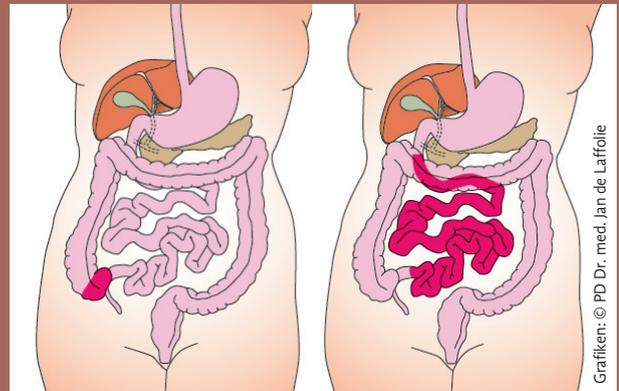
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –



**„Jil Sander. Präsenz“
im Museum Angewandte Kunst Frankfurt**

In der weltweit ersten Einzelausstellung präsentiert die erfolgreiche Modedesignerin multimediale Installationen und Tableaus. In einem weiteren Parlando-Beitrag wird die Ausstellung „SOS Brutalism“ im Deutschen Architekturmuseum in Frankfurt vorgestellt.

114/115



**Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen
im Kindes- und Jugendalter**

Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über verschiedene Aspekte chronisch-entzündlicher Darmerkrankungen unter Einbezug der Transition, darunter die initiale Diagnosestellung und Therapie sowie Hinweise zur Qualitätssicherung und Struktur der Versorgung.

78

Editorial: Ist das neue Genfer Gelöbnis wirklich neu? 75

Ärztchammer

Dr. med. Brigitte Ende mit Ehrenplakette in Silber der Landesärztkammer Hessen ausgezeichnet 84
 Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018 85
 Weltärztkbund Deklaration von Genf 86
 Qualitätssicherung in der Hämotherapie 90
 Solide und zukunftsorientiert: Grundsteinlegung für neues Verwaltungsgebäude der Landesärztkammer 94
 Promotionspreis der Landesärztkammer Hessen für Dr. med. Christiane Jungen 95

Mensch und Gesundheit

Frankfurter Ärzte gegen Atomkrieg gratulieren ICAN zum Friedensnobelpreis 102
 Telemedizin im hessischen Rettungsdienst 111
 Unterwegs in den Armutsgelbieten dieser Welt: Dr. med. Willi Kraft 112

Ansichten und Einsichten: Ist § 219a ein Fall für den Gesetzgeber? 92

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 103
 ■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 109
 ■ **Bekanntmachungen der Landesärztkammer Hessen** 122
 ■ **Bekanntmachungen des Versorgungswerkes der Landesärztkammer Hessen** 121
 ■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung** 127

Impressum 126

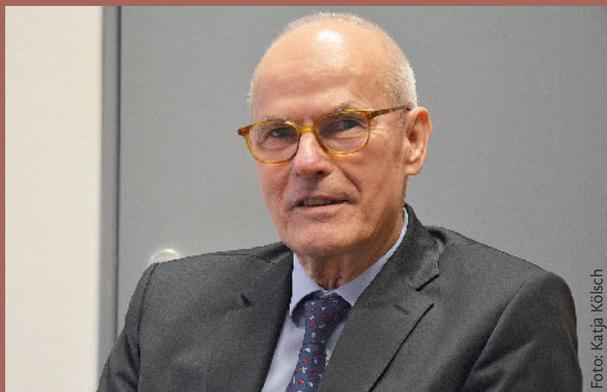


Foto: Katja Kölsch

**Qualität und Neutralität:
Alleinstellungsmerkmale der Akademie**

Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, berichtet im Gespräch von aktuellen Entwicklungen und Herausforderungen bei der Konzeption von ärztlichen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen.

87



Foto: Mr. Jammal – Fotolia.com

**Datenschutz-Folgeabschätzung
nach der EU-DSGVO**

Der zweite Teil der Artikelreihe „Datenschutz 2.0: Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt?“ befasst sich mit der Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA), EU-DSGVO. Der Beitrag gibt unter anderem praktische Hinweise zu Inhalt und Durchführung einer DSFA.

98

Fortbildung

CME-Beitrag: Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter – mit Einbezug der Transition 78
 Qualität und Neutralität: Alleinstellungsmerkmale der Akademie – Gespräch mit Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth 87
 Körper und Seele heilen – Bad Nauheimer Gespräch mit Prof. Dr. med. Sven Becker 96

Recht

Datenschutz 2.0: Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt? – Teil II 98
 Haftungsrecht: Ermittlung des medizinischen Standards 101

Parlando

„Mission Moderne“ einer Modedesignerin: „Jil Sander. Präsenz“ in Frankfurt 114
 Kühn und avantgardistisch: Renaissance der Betonarchitektur – „SOS Brutalism“ in Frankfurt 115

Personalia

..... 116

Leserbriefe

..... 118

Medizinische Fachangestellte: MFA-Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“

125

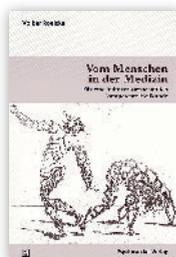
Bücher



**Herzessache –
Organspende**

Nataly Bleuel
et al.

S. 100



**Vom Menschen
in der Medizin**

Volker Roelcke

S. 113



Depression

Joachim
Küchenhoff

S. 117

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Mit Einbezug der Transition

VNR: 2760602018037910008

PD Dr. med. Jan de Laffolie

Einführung

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen (CED) umfassen die beiden Hauptformen Morbus Crohn (MC) und Colitis ulcerosa (CU) sowie eine sogenannte undeterminierte CED, bei der nach initialer Diagnostik die Zuordnung zu einer der anderen Formen nicht sicher möglich ist.

Inzidenzschätzungen für Deutschland liegen bei 6,6 pro 100.000 Einwohner für Morbus Crohn und 3–5 pro 100.000 Einwohner für Colitis ulcerosa [6, 11].

Ca. 20 % der Patienten erhalten ihre Diagnose in den ersten zwei Lebensjahrzehnten, hiervon ist rund ein Viertel der Patienten unter zehn Jahren [1]. Für Deutschland wird pro Jahr mit einer Neuerkrankungsrate von 800–1.500 Kindern und Jugendlichen gerechnet.

Während im Kindes- und Jugendalter rund zwei Drittel der Patienten ausgedehnte Befallsmuster mit Pancolitis aufweisen, ist bei Erwachsenen in rund zwei Drittel der Fälle ein weniger ausgedehnter Befall zu erwarten [2].

Hierauf beruht die von der für das Erwachsenenalter abweichende Handlungsempfehlung durch deutsche und europäische Fachgesellschaften [12], die eine spezifisch optimale Versorgung für Kinder zum Ziel hat. Die Versorgung selbst sollte im Rahmen der Leitlinien durch spezialisierte multidisziplinäre Teams mit kindergastroenterologischer Führung erfolgen [2].

Durch die Pathophysiologie der CED wird im Kindes- und Jugendalter die Bewältigung altersspezifische Entwicklungsaufgaben gefährdet, wie zum Beispiel Pubertätsentwicklung, Wachstum, Autonomieentwicklung, psychosoziale Entwicklung,

Schulkarriere und Berufswahl. Hier drohen zum Teil nicht aufholbare Defizite im Fall einer unzureichend kontrollierten Erkrankung. Damit kommt einer adäquaten Therapie eine besondere Bedeutung zu.

Im relevanten Erkrankungsalter bei Jugendlichen werden nach Erhebung der KiGGs-Studie¹ des Robert Koch Instituts 38 Prozent (%) der Jugendvorsorgeuntersuchung J1 von Kinder und Jugendärzten, der Rest von Allgemeinmedizinern und anderen Fachdisziplinen durchgeführt [7]. Daher sollten alle mit der Betreuung von Kindern und Jugendlichen beschäftigten Ärzte die notwendige Diagnostik und Grundzüge der Therapie kennen und bei ungewöhnlicher Vorstellung einen entsprechenden Verdacht gezielt verfolgen können.

Diagnostik/Vorstellungssymptome

Die Initialsymptome einer CED im Kindesalter können unspezifisch sein und mit häufigeren benignen Erkrankungen verwechselt werden [2, 5]. Gerade die Abgrenzung chronischer Bauchschmerzen mit der überwältigenden Gruppe funktioneller Bauchschmerzen kann Schwierigkeiten bereiten. Die aktuellen Rome IV-Kriterien zur Definition funktioneller Bauchschmerzen tragen dem Rechnung, ein Ziel sollte eine Vermeidung unnötiger invasiver Untersuchungen bei ebenfalls zu vermeidender hoher diagnostischer Latenz sein.

So wird häufig erst die Hämatochezie bei Colitis ulcerosa als abklärungsbedürftig eingeordnet, bei Morbus Crohn die relevante Störung von Gewichts- und Wachstumsverlauf. Unspezifische Symptome

wie allgemeine Abgeschlagenheit und Leistungsknick, aber auch chronische Bauchschmerzen werden oft erst im Nachhinein richtig gedeutet. Es droht bei zu geringer Aufmerksamkeit eine verzögerte Diagnosestellung mit negativen Konsequenzen für die Entwicklung der Kinder und Jugendlichen [13].

Chronisch entzündliche Darmerkrankungen können mit einem weiten Spektrum extraintestinaler Manifestationen vorstellig werden. Bei einer Nachverfolgungsperiode von 15 Jahren werden bei fast einem Drittel der Patienten Befallsmuster außer-

Tab. 1: Differentialdiagnosen CED

Allergische Kolitiden
Analfissur
Appendizitis / Gastroenteritis
Darmtuberkulose
Funktionelle Erkrankungen
Hämorrhoiden
Immundefekte
Infektiöse Kolitis
Intestinale Polypen
Invagination
Kohlenhydratmalabsorption
Kuhmilchproteinallergie
Meckel Divertikel
Medikamentennebenwirkungen
Postenteritische Beschwerden
Purpura Schönlein Henoch
Zöliakie

¹ Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGs), im Internet: www.kiggs-studie.de.

halb des Darms beobachtet [8]. Dabei können extraintestinale Entzündungen oligo- oder asymptomatisch bleiben und in ca 18 % der Patienten bereits zu Beginn der Erkrankung auftreten. Wesentliche Zielsysteme sind Augen (Uveitis), Haut (Erythema nodosum, Pyodermie), das hepatobiliäre System (Autoimmunhepatitis, Sklerosierende Cholangitiden) und Gelenke (stammnah oder peripher). Gerade das Vorliegen von Arthritiden oder Arthralgien sollte auch die Aufmerksamkeit auf CED richten. So zeigten sich bei 65 % asymptomatischer Erwachsener mit ankylosierender Spondylodisitis eine ileale Entzündung [4].

Häufig werden weiterhin Folgeerscheinungen der chronischen Autoinflammation und Malabsorption als extraintestinale Manifestationen genannt. Hier spielen thromboembolische Ereignisse, die Eisenmangelanämie und die Wachstumsverzögerung eine wichtige Rolle. Eine CED sollte in solchen Fällen stets mit in Betracht gezogen werden.

Die Frage der Differentialdiagnostik (siehe Tab. 1) stellt sich immer vom Leitsymptom her. So kommen bei chroni-

schen Bauchschmerzen und Durchfall insbesondere funktionelle Bauchschmerzen in Frage, aber auch zum Beispiel Malabsorptionssyndrome, allergische oder infektiöse Darmerkrankungen. Bei Gewichts- und Wachstumsstillstand, Fieber und Leistungsknick sollte an schwere Allgemeinerkrankungen und Autoimmunerkrankungen gedacht werden, jedoch auch an Ernährungsstörungen, Mangel- und Fehlernährung sowie funktionelle Bauchschmerzen.

In der Abklärung der Hämatochezie sollte neben Analfissuren auch an Meckel Divertikel, Polypen sowie allergische oder infektiöse Kolitiden gedacht und eine entsprechende Diagnostik veranlasst werden. Weiterhin sollten Thrombozytopenie und Gerinnungsstörungen ausgeschlossen werden.

Zunächst muss die Abgrenzung von häufigen Entitäten der klinischen Praxis gelingen. Chronische Bauchschmerzen und rezidivierende Durchfälle sind häufige Vorstellungsgründe in der Kinder- und Jugendarztpraxis. Insbesondere in der Abgrenzung funktioneller Bauchschmerzen sollte gezielt nach red flags, also Warnhinweisen für eine möglicherweise schwerwiegende organische Erkrankung geachtet werden (siehe Tab. 2).

Hierbei sollte insbesondere auch auf eine positive Familienanamnese sowie die Erfassung und Beurteilung longitudinaler Wachstumsdaten hingewiesen werden. Zur genaueren Einteilung und positiven Definition funktioneller Bauchschmerzen sei hier auf die einschlägigen Veröffentlichungen im Rahmen der Rome IV-Kriterien verwiesen.

Ein kataloghaftes Abhaken der in den Definitionen gewonnenen Aspekte sollte jedoch nicht erfolgen, es muss stets eine sorgfältige klinische Abwägung der notwendigen Diagnostik sowie der gegeb-

nenfalls frühzeitig auch psychosomatisch anzulegenden Begleittherapie erfolgen.

Eine seltene, jedoch besonders zu berücksichtigende Patientengruppe sind Patienten mit sogenannter Early onset IBD < zehn Jahren und very early onset IBD < sechs Jahren (ca 15 %) der Patienten. In seltenen Fällen können auch Patienten mit Symptomen einer CED unter einem Jahr vorstellig werden (ca 1 %), [2]. Patienten unter dem Alter von sechs Jahren bedürfen zusätzlich einer sehr genauen Abklärung angeborener monogenetischer oder polygenetisch immunologischer Erkrankungen und sollten daher in entsprechenden Zentren behandelt und initial untersucht werden [14].

Körperliche Untersuchung

Der körperlichen Untersuchung kommt in der Abklärung einer möglichen CED eine Schlüsselrolle zu, da sie ohne Eile und sorgfältig durchgeführt werden muss und eine orale und perianale Inspektion beinhaltet, ggfs. eine rektale Untersuchung. Auf Befunde der Tab. 3 ist besonders zu achten.

In der Beurteilung der erhobenen anthropometrischen Daten ist auf einen percentilenknickenden Verlauf der Gewichts- und Körperlängenkurve zu achten, sodass eine signifikante Wachstumsstörung/-verzögerung durch frühzeitige Diagnostik und Therapie vermieden werden sollte.

Labordiagnostik

Es sollte zur Abklärung eines CED Verdachts eine Laboruntersuchung mit Differentialblutbild, Blutsenkungsgeschwindigkeit, Kreatinin, Harnstoff, Elektrolyten und Glucose, Lipase, Quick, Immunglobulin G (IgG), Immunglobulin M (IgM), Immunglobulin E (IgE), Transferrin, Trans-

Tab. 2: Red Flags bei chronischen Bauchschmerzen im Kindes und Jugendalter

Schluckbeschwerden, Sodbrennen
Rezidivierendes Erbrechen
Anhaltende Beschwerden im oberen und unteren rechten Quadranten
Unbeabsichtigter Gewichtsverlust >10 %
Eingeschränktes Wachstum
Chronische und nächtliche Durchfälle
Unklares Fieber
Hinweise auf gastrointestinalen Blutverlust
Auffälliger Untersuchungsbefund
Arthritis, Dysurie
Positive Familienanamnese für CED, Zöliakie, Ulcus
Nächtliche Schmerzen, die den Patienten wecken
Gynäkologische Auffälligkeiten

Tab. 3: Körperliche Untersuchung – Hinweise auf CED

Orale Inspektion	Perleche, Cheilitis, bukkales Pflastersteinrelief, Aphthen
Hautinspektion	Erythema nodosum, Pyodermie, Blässe, Auffälligkeiten an Haaren und Nägeln, Ikterus, Ernährungszustand, subkutanes Fettgewebe
Abdomen	Druckdolenz, Meteorismus, Resistenz, Aszites
Anus	Mariskan, Fissuren, Fisteln, Anitis, Ekzem

ferrinsättigung, Transaminasen, Albumin und C-reaktives Protein (CrP) sowie ein Zöliakiescreening (mittels Gewebstransglutaminase IgA und Gesamt IgA = Immunglobuline A), Mikronährstoffscreening und immunologische Untersuchung auf perinukleäre anti-neutrophile cytoplasmatische Antikörper und Anti-Saccharomyces-cerevisiae-Antikörper durchgeführt werden.

Im Stuhl sollten neben der Bestimmung eines fäkalen Entzündungsmarkers, des Calprotectin der Ausschluss naheliegender infektiöser Ursachen zum Beispiel über Testung auf Salmonellen, Shigellen, Yersinien, Campylobacter sowie Clostridium difficile ausgeschlossen werden, ebenso virale und parasitäre Erreger.

Initiale Diagnosestellung

Zu den häufigen Symptomen der CED vgl. Tab. 4. Die initiale Diagnostik mit altersgerechter Ösophagogastroduodenoskopie sowie Ileokoloskopie in Analgosedierung oder Narkose mit Stufenbiopsien und entsprechender histologischer Aufarbeitung erfolgt durch ein erfahrenes interdisziplinäres kindergastroenterologisches Team. Bei Jugendlichen mit Morbus Crohn ließen sich in Daten aus CEDATA-GPGE® (weltweit zweitgrößtes Register für Kinder und Jugendliche mit CED) in > 40 % der Fälle ein Befall des oberen Gastrointestinaltrakts (Parisklassifikation L4a) nachweisen [2]. Zur Darstellung der nicht endoskopisch zu erreichenden Dünndarmanteile wird zusätzlich zur hochauflösenden Sonographie in der Regel eine MR-Enterographie mit enteraler Kontrastierung oder ggfs. Videokapselendoskopie durchgeführt. Ziel ist die Festlegung von Krankheitsaktivität sowie Ausdehnung und Identifikation relevanter Komorbiditäten, insbesondere auch extraintestinaler Manifestationen und gegebenenfalls Komplikationen wie beispielsweise Abszessen, Stenosen. Zur Quantifizierung der Aktivität sind Indizes etabliert, insbesondere im Rahmen von Studien und Registern (Pediatric Crohns Disease Activity Index PCDAI / Pediatric Ulcerative Colitis Activity Index PUCAL), zur Klassifikation der Ausdehnung die sogenannte Parisklassifikation. Die hochauflösende transabdominelle Sonographie stellt einen wichtigen Pfeiler in

Tab. 4: Symptome/klinische Verdachtsmomente/Extraintestinale Manifestationen

Symptome	Klinische Verdachtsmomente	Extraintestinale Manifestationen
Bauchschmerzen	Erythema nodosum	Aphthöse Stomatitis
Durchfall	Systemisch oder fäkal relevant erhöhte Entzündungsparameter	Erythema nodosum
Gewichtsverlust	Bukkale Cobblestone Zeichen	Pyoderma gangraenosum
Wachstumsstillstand	Epitheloidzellgranulome in Resektaten aus Gastrointestinaltrakt (z. B. Appendektomie) oder Mund	Arthritis, Arthralgien
Fieber	Perianale Auffälligkeiten	Leber- und Gallengangsbeteiligung
Leistungsknick und Appetitlosigkeit		Thromboembolien
Anämie		Pankreatitis
Blut im Stuhl		Nephrolithiasis

der Verlaufsbeurteilung dar, ist jedoch zur ausschließlichen Diagnostik initial nicht ausreichend. Weitere Diagnostik wird nach Befallsmuster sowie klinischer Fragestellung bei Bedarf durchgeführt.

Initiale Therapie

Im Rahmen der Ersttherapie einer ausgeprägten Morbus Crohn Erkrankung kommt die exklusiv enterale Ernährungstherapie (EET) erstrangig zum Tragen [5]. Hierbei werden ca. 120–150 % der täglich empfohlenen Kalorienzufuhr für sechs bis acht Wochen in Form einer Elementar- oder Polymernahrung oral oder enteral verabreicht. Weiterhin sollten steroidsparende Maßnahmen erwogen werden (frühzeitiger Einsatz immunomodulatoren, topische Therapie etc). Bei unzureichendem Ansprechen oder ausgewählten Fällen, die Prädiktoren für einen schweren Verlauf tragen, sollte frühzeitig eine immunmodulatorische oder Therapie mit Biologika erwogen werden [12]. Begleitend werden Mesalazin oder Sulfasalazin (bei kolonischem Befall) und partielle und ggfs. supportive Ernährungstherapie eingesetzt.

Bei Colitis Ulcerosa kann je nach Aktivität Sulfasalazin zum Einsatz kommen, Probiotika, bei stärkerer Aktivität Steroide (Prednisolon, Methylprednisolon) sowie in ausgewählten Fällen oder bei Nicht-Ansprechen TNF alpha Antikörper (Infliximab, Adalimumab). Zur Remissionserhaltung wird häufig Azathioprin oder sechs Mercaptopurin sowie bei Mb Crohn ggfs. Methotrexat (MTX), bei ausgewählten Fällen Biologika allein oder in Kombination zum Beispiel mit Azathioprin oder MTX eingesetzt.

Eine Sonderrolle kommt Patienten mit akut schwerer Colitis ulcerosa zu, die mit Methylprednisolon (1–1.5mg/kgd in 2 ED, max 60mg tgl) behandelt werden, bei unzureichendem Ansprechen kommen Calcineurinhibitoren oder Biologika zum Einsatz. In solchen bedrohlichen Situationen sollte die Behandlung stets durch ein erfahrenes Team erfolgen und insbesondere bei toxischem Megakolon und unzureichendem Ansprechen die Option einer subtotalen Kolektomie erwogen werden. Diagnostik und Therapie jeder CED im Kindes- und Jugendalter sollte unter Leitung erfahrener Kindergastroenterologen erfolgen. Die Therapie geht über eine rein

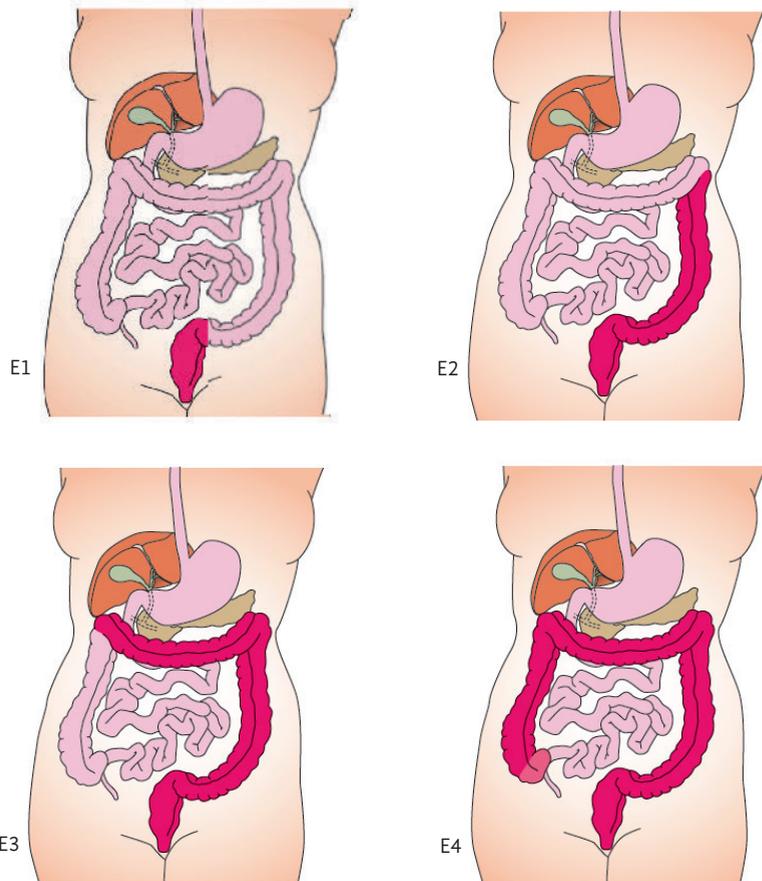
medikamentöse Behandlung hinaus und bedarf der Einbindung eines multidisziplinären Teams (Diätassistentin/Ökotrophologin, Kinderchirurg, Kinderradiologe, Familienpsychosomatiker/Kinderpsychologe, Sozialarbeiter, Kinder-Gastro-„Nurse“ mit Ausbildung Endoskopie-Assistenz, gegebenenfalls Physiotherapeutin), das aufgrund der aktuellen ökonomischen Zwänge und des wenig attraktiven Erlöspotenzials nur an wenigen Orten vorgehalten wird. Hier hat der verantwortliche Arzt (aber auch der Krankenträger) das Recht aber auch die Pflicht, die Eltern über Einschränkungen des wissenschaftlich basierten Behandlungsstandards bzw. eine Risikoerhöhung beispielsweise bei Mangelausstattung zum Beispiel mit entsprechend qualifiziertem Personal aufzuklären, wenn sich solche fehlenden Qualitätsstandards konkret auf den behandelten Fall auswirken könnten [10].

So spielt die Unterstützung von Seiten der Ernährung durch ein erfahrenes Team eine wichtige Rolle bei der Therapieadhärenz der exklusiv enteralen Ernährung sowie im weiteren Verlauf zur Prävention und/oder Therapie einer Malnutrition und Vermeidung eines Katabolismus.

Die psychosoziale Unterstützung ist zentral, um in der Familie die Bearbeitung der chronischen Erkrankung zu unterstützen und damit in schwierigen Phasen positives Coping (Bewältigungsstrategien) und eine Übernahme von Verantwortung und Lebensgestaltung inklusive Gesundheitsverhalten zu fördern. Dazu gehört auch die Patientenedukation und das Patienten-Empowerment, also die Ermöglichung einer entsprechenden Verantwortung und Gestaltungsrolle von Patienten und Eltern auch mit dem Ziel einer gesteigerten Compliance.

Dem Hausarzt des Vertrauens kommt die Rolle zu, ebenfalls zu unterstützen (zum Beispiel Impfungen) und inhaltlich auch bei akuten Problemen zu beraten. Im Rahmen der zunehmenden Zentralisierung der Versorgung sollten auch sektorenübergreifende Konzepte entwickelt werden, um zu lange Anfahrtswege für „Routine“-kontrollen zu vermeiden und einen intensiven Austausch zwischen Zentrum und heimatnaher Praxis bzw. Klinik zu organisieren. Hier besteht sicherlich noch viel Verbesserungspotenzial.

Einteilung der Colitis ulcerosa nach Befallsmuster (Parisklassifikation)



Grafiken: © PD Dr. med. Jan de Laffolie

Qualitätssicherung und Struktur der Versorgung

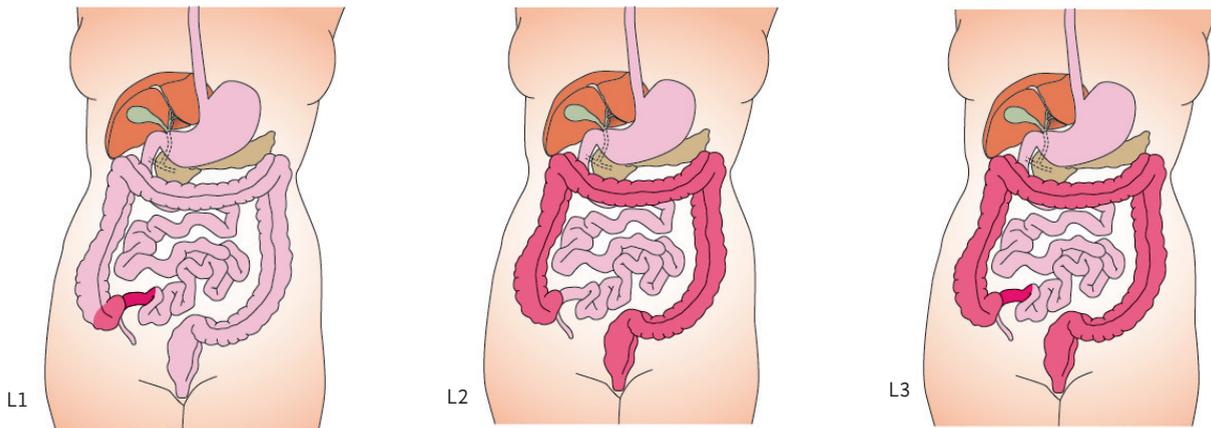
Die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung obliegt in Deutschland nach § 135a SGB V dem Leistungserbringer. Dieser Verpflichtung wird jedoch vorwiegend nachgekommen, wenn die Erfüllung vorgeschriebener Qualitätskriterien vom medizinischen Dienst der Krankenkassen überprüft wird und das Ergebnis Konsequenzen für die zu erzielenden Erlöse hat (Beispiel Kinderonkologie, Neonatologie).

Neben den häufig durch spezielle Fachgesellschaften getragenen Qualitätsinitiativen gibt es noch eine Vielzahl von Verwendungen des Stichworts Qualität in der Außen Kommunikation von Krankenhäusern und Arztpraxen, die jedoch fehlten und zum Beispiel den organisatorischen

Ablauf und die Prozessorganisation des Unternehmens untersuchen (DIN/ISO Zertifizierung etc.) und nicht im Sinn eines unabhängigen und kritischen Feedback zur Verbesserung der eigenen Behandlung und letztlich der Versorgung der uns anvertrauten Patienten dienen. Wie dies funktionieren kann wurde durch das amerikanische Register ImproveCareNow.org eindrucksvoll bewiesen [3].

Initiativen mit dem Ziel einer unabhängigen und fachlich orientierten Qualitätsverbesserung sind leider meist auf ehrenamtlicher Basis organisiert und auf Drittmittel angewiesen, was die dauerhafte und konstruktiv-strategische Evaluation lähmt und auch wichtige Aspekte wie Datenqualität und -validierung erschwert. Ein Beispiel hierfür ist das Register CEDATA-GPGE, seit 2010 in Gießen ansässig, in dem die Daten der teilnehmenden Zen-

Einteilung des Morbus Crohn nach Befallsmuster (Parisklassifikation)



tren in Deutschland und Österreich gesammelt, ausgewertet und kritisch rückgespiegelt werden mittels einer modernen Onlineplattform und über die kindergastroenterologische Fachgesellschaft GPGE allen Teilnehmern im Rahmen von Projektanträgen zur Auswertung zugänglich sind. Bei der Verwaltung digitaler Daten chronisch kranker Kinder und Jugendlicher müssen an Datensicherheit und -schutz höchste Anforderungen gestellt werden.

Transition

Ein wichtiges Feld in der Behandlung chronisch kranker Kinder und Jugendlicher allgemein und Patienten mit CED im speziellen ist die Transition in die Erwachsenenmedizin, diese sollte beabsichtigt und geplant ohne relevanten Informationsverlust und ohne relevante Schäden für den Patienten ablaufen, gleichzeitig sollte sie kosteneffizient und flexibel organisiert auf die medizinische und psychosoziale Situation abgestimmt erfolgen. Hier besteht trotz einiger Initiativen in der Vergangenheit noch erheblicher Handlungs- und Aufklärungsbedarf, da ein ungünstiger Verlauf mit negativem Outcome, im Fall der CED mit schlechter Compliance, affektiven und psychosozialen Problemen, rezidivierenden Schüben, schlechter Lebensqualität sowie langfristig erhöhter Morbidität verbunden ist.

Die Transition schließt die ganze Familie mit ein und beginnt mit dem physiologischen Bestreben nach mehr Autonomie des Patienten und gleichzeitig der zunehmenden Übernahme von Verantwortung auch für die eigene Lebensführung und Gesundheit.

Im Rahmen der CED kommt besonders zum Tragen, dass einige der Krankheitssymptome und -komplikationen schambesetzt sind und damit in der schwierigen Kommunikationssituation im Rahmen der Autonomie des jungen Erwachsenen häufig verschwiegen werden, wenn nicht eine entsprechende Basis und Arzt-Patienten-Beziehung aufgebaut werden kann.

Für die Patienten und ihre Familien ist dieser Prozess häufig zunächst angstbesetzt, da zum einen die Verantwortung ans Kind übergeht, zum anderen das kinderärztliche Versorgungssystem, in dem die bisherigen Krankheitserfahrungen stattfanden und Routine und Klarheit im Umgang mit dem Verlauf der Erkrankungen herrscht, verlassen werden muss.

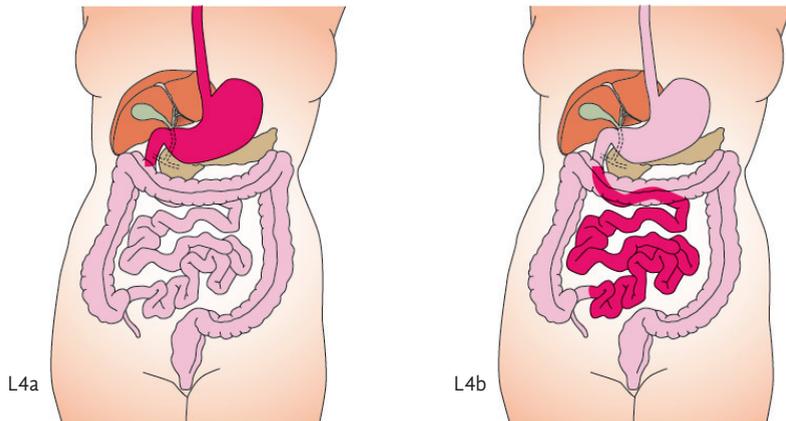
Die Sorge der Patienten und Familien richtet sich darauf, sie würden in der Erwachsenenversorgung unter Umständen weniger Zeit mit dem Arzt haben, einen weniger auf die Familie ausgerichteten Ansatz erfahren sowie möglicherweise mit neuen Abläufen konfrontiert werden. Diese Ängste, obwohl weit verbreitet, lassen sich bisher in Studien kaum objektivieren.

Tatsächlich ändert sich jedoch das Gesundheitsverhalten erheblich, so sind 2017 im Rahmen einer Nachbefragung von Patienten aus dem CEDATA-GPGE-Register² noch 82 % der Patienten mit 15–17 Jahren in der Betreuung eines (Kinder-)gastroenterologen, in der Altersgruppe über 21 waren es nur noch 64 %, die überhaupt über eine spezialisierte (erwachsenen-)gastroenterologische Anbindung verfügten [13].

Nachteilig ist die aktuelle Organisation der Transition als auf persönlichen Beziehungen und lokalen Netzwerken beruhend. Der damit verbundene erhebliche Aufwand für Kinder- und Erwachsenengastroenterologen (Transfer der Krankendaten und Geschichte, Übergabe der Patientenbeziehung, Rückfragen, gemeinsame Besprechungen, gegebenenfalls gemeinsame Visiten) wird bisher nicht vergolten.

Implementierungen strukturierter Transitionsprogramme sind im Interesse aller Beteiligten. Dabei ist nicht zu vergessen, dass eine intensiviertere Betreuung solcher Patienten durch multidisziplinäre Teams und interdisziplinäre Zusammenarbeit die langfristige Komplikationsrate senken und damit im Sinn eines „social investments“ über die reine Patientenfürsorge hinaus einen positiven Beitrag zur Kostensenkung im Gesundheitswesen und größerer Qualität der Versorgung beitragen kann.

² CEDATA-GPGE® ist ein pseudonymisiertes Register für Kinder und Jugendliche mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.



Zusammenfassung

CED im Kindes und Jugendalter sind eine zunehmende Erkrankungsentität, die obwohl selten, aufgrund ihrer schwerwiegenden Konsequenzen bei verzögerter Diagnose niedrigschwellig erwogen werden sollte. Es empfiehlt sich ein abgestuftes Vorgehen, zu dem jedoch stets eine ausführliche Anamnese und körperliche Untersuchung gehört. Eine orientierende Blutentnahme und Ultraschalluntersuchung sowie die Bestimmung fäkaler Entzündungsmarker kann bei entsprechendem Verdacht hilfreich sein.

Kinder mit Verdacht einer CED gehören in die Betreuung eines multidisziplinären kindergastroenterologischen Teams, da dort durch Zusammenarbeit und Expertise eine optimale Diagnostik und Therapie möglich ist. Hier bestehen in der Regel intensive nationale und internationale Bemühungen, die Behandlungsqualität stetig weiter zu verbessern (CEDATA-GPGE, ImproveCareNow.org).

Die Struktur zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit chronischen Erkrankungen insbesondere der CED ist gefährdet aufgrund mangelhafter Möglichkeiten zur Abrechnung kindgerechter spezialisierter Versorgung und massivem Druck im Rahmen der „Ökonomisierung“ der Pädiatrie auf Grundpfeiler pädiatrischen Denkens und Handelns (kind- und entwicklungsphasen gerechte Organisation und Informationen, multidisziplinäre Teams,

Personalintensität, Präventionsgedanke, Familienorientierung, psychosoziale Einbindung, sprechende Pädiatrie, Transition). Viele Initiativen der Transition beruhen nur auf persönlichen Kontakten und individuellem Engagement von Pflégern, Ärzten und betroffenen Familien. Ein Beispiel hierfür ist die externe Qualitätssicherung mittels Teilnahme an Patientenregistern, die in Deutschland unentgeltlich und in der Regel im Rahmen der Freizeit der Beteiligten geleistet wird [2, 3].

PD Dr. med. Jan de Laffolie, MME
 Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
 Kindergastroenterologe
 Oberarzt Abt. Allgemeine Pädiatrie
 und Neonatologie
 Zentrum für Kinderheilkunde
 und Jugendmedizin
 Justus Liebig Universität Gießen,
 Feulgenstr. 12, 35392 Gießen
 E-Mail: Jan.delaffolie@paediat.med.
 uni-giessen.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter – mit Einbezug der Transition“ von Dr. med. Jan de Laffolie 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 Teil-

nahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.01.2018 bis 24.01.2019 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.

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)

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Multiple Choice-Fragen:

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter unter Einbezug der Transition

VNR: 2760602018037910008

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche der folgenden Aussagen zu chronisch entzündlichen Darmerkrankungen (CED) im Kindes- und Jugendalter trifft nicht zu?

- 1) Im Kindes- und Jugendalter findet sich häufiger ein ausgedehnteres Befallsmuster als bei Erwachsenen.
- 2) Bei Kindern und Jugendlichen sollte eine Behandlung in aller Regel mit Kortikosteroiden eingeleitet werden.
- 3) Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit CED erfordert eine kontinuierliche Anbindung an spezialisierte multidisziplinäre Teams bzw. Zentren.
- 4) In Deutschland erkranken ca. 800 bis 1.500 Kinder und Jugendliche pro Jahr an CED.
- 5) Die Erkrankung stellt bei unzureichender Behandlung eine Gefahr für wichtige altersspezifische Entwicklungsaufgaben dar.

2. Welche der folgenden Aussagen zur initialen Präsentation trifft zu?

- 1) Hämatochezie ist ein eindeutiges Leitsymptome bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter.
- 2) Die longitudinale Erfassung und Interpretation von Wachstumsdaten in der Untersuchung von Kindern und Jugendlichen stellt eine veraltete und obsoletere Methode dar.
- 3) Jede Hämatochezie im Kindesalter bedarf der zeitnahen endoskopischen Abklärung.
- 4) Extraintestinale Manifestationen wie therapierefraktäre Eisenmangelanämie, Arthritis/Arthralgien, Anzeichen einer Hepatitis oder Cholangitis sollten an eine CED denken lassen.
- 5) Jugendliche werden zum ganz überwiegenden Teil noch in der kinderärztlichen Praxis betreut, daher ist das Thema CED im Kindes- und Jugendalter rein pädiatrisch einzuordnen.

3. Red Flags als Warnhinweis in der Abklärung chronischer Bauchschmerzen auf eine möglicherweise schwerwiegende organische Erkrankung sind nicht:

- 1) Unbeabsichtigter Gewichtsverlust und eingeschränktes Wachstum.
- 2) Positive Familienanamnese für CED.
- 3) Nächtliche Schmerzen, von denen der Patient erwacht.
- 4) Häufige periumbilikale Schmerzen mit unterschiedlichem Charakter und Dauer mehrmals pro Woche, die spontan sistieren.
- 5) Eine sorgfältig durchgeführte körperliche Untersuchung mit auffälligem Befund.

4. Welche Labortests erscheinen Ihnen in der Abklärung eines Verdachts auf CED bei Jugendlichen nicht zielführend?

- 1) Differentialblutbild und Blutsenkungsgeschwindigkeit.
- 2) Zöliakiescreening mittels Gesamt IgA und Transglutaminase IgA.
- 3) Transaminasen, Bilirubin.
- 4) Albumin, Elektrolyte und Glucose.
- 5) Bestimmung des Lactasepolymorphismus.

5. Welche Stuhluntersuchungen sollten bei Kindern und Jugendlichen in der Abgrenzung einer Hämatochezie nicht durchgeführt werden?

- 1) Calprotectin.
- 2) Stuhlinfektologie bzgl relevanter bakterieller Erreger (zum Beispiel Salmonellen, Campylobakter).
- 3) Clostridium difficile Antigen und Toxin.
- 4) Mikrobiomscreening oder Kyberstatus durch Labors allein aus der zugesandten Stuhlprobe.
- 5) Testung auf parasitäre oder virale Erreger.

6. Welche Aussage zur initialen Diagnostik trifft zu?

- 1) Die initiale Diagnostik sollte in kindgerechter Umgebung unter anderem mit oberer und unterer Endoskopie und histologischer Aufarbeitung sowie Bildgebung des Dünndarms zum Beispiel mit MRT erfolgen.
- 2) Eine Endoskopie sollte vor Diagnosestellung einer Reizdarmerkrankung stets zum sicheren Ausschluss einer CED erfolgen.
- 3) Routineendoskopien bei erstgradigen Verwandten bekannter Patienten mit CED sind indiziert.
- 4) Nach initialer Therapie ist eine endoskopische Erfolgskontrolle in jedem Fall anzustreben.
- 5) Die Ultraschalluntersuchung kann auch bei der initialen Diagnostik als alleinige Darstellungsmodalität des Dünndarms gewählt werden.

7. Wie würden Sie die Rolle der initialen Therapieoptionen bei Morbus Crohn bei Jugendlichen beschreiben?

- 1) Die Remissionsinduktion erfolgt in der Regel mit exklusiv enteraler Ernährung oder Kortikosteroiden.
- 2) Eine Step Down Strategie mit primärem Einsatz eines Biologikums scheint in den meisten Fällen eine gute Option.
- 3) Die Therapieadhärenz ist durch die Eltern zu gewährleisten, jugendliche Patienten sollten nicht mit Ernährungstherapie in ihrer Entwicklung gefährdet werden.
- 4) Eine kalkulierte Therapie mit Mesalazin kann auch vor der Diagnosestellung ex juvantibus erfolgen.
- 5) Ein Befall des oberen Gastrointestinaltrakts stellt im Kindes- und Jugendalter eine Seltenheit dar und bedarf keiner therapeutischen Erwägung.

8. Folgende Aussage zur Struktur und Versorgung trifft zu:

- 1) Die Qualitätssicherung und -weiterentwicklung liegt in der Verantwortung der Leistungserbringer.
- 2) Der Verpflichtung zur Qualitätssicherung wird in übermäßigem Maß nachgekommen.
- 3) Ein entsprechender medizinischer Qualitätsstandard kann durch eine DIN/ISO Zertifizierung zweifelsfrei nachgewiesen werden.
- 4) Datenschutz sollte gerade im Rahmen der Digitalisierung für Jugendliche mit chronischen Erkrankungen eine nachgeordnete Rolle spielen.
- 5) Ein unabhängiges und kritisches Feedback kann nicht die Behandlungsqualität verbessern und bringt vorwiegend Kosten und Abstimmungsprobleme mit sich.

9. Folgende Aussage zur Transition trifft nicht zu. Die Transition chronisch kranker Jugendlicher...

- 1) ...in die Erwachsenenmedizin sollte ohne relevanten Informationsverlust und ohne Schäden für den Patienten erfolgen.
- 2) ...schließt die ganze Familie mit ein und beginnt mit dem physiologischen Bestreben der Patienten nach Autonomie.
- 3) ...stellt aufgrund der oft schambesetzten Symptome und Komplikationen der CED eine besondere Herausforderung dar.
- 4) ...kann ohne Bedenken zügig umgesetzt werden, da im jungen Erwachsenenalter weiter >75% der Patienten in spezialärztlicher Behandlung bleiben.
- 5) ...ist im aktuellen System hinsichtlich der notwendigen Strukturen und Prozesse nicht annähernd sinnvoll abgebildet.

10. Welche Aussage trifft nicht zu? Fäkale Entzündungsmarker wie Calprotectin...

- 1) ...eignen sich bei Kindern ab dem Vorschulalter im Alltag gut bei Normalbefund zum Ausschluss einer aktuell aktiven CED.
- 2) ...stellen wichtige Verlaufsp Parameter der Behandlung dar.
- 3) ...sind aus einer Stuhlprobe über Tage auch ohne Kühlung verhältnismäßig stabil zu bestimmen.
- 4) ...können auch bei anderen entzündlichen Erkrankungen wie zum Beispiel Infektionen erhöht sein.
- 5) ...beweisen, falls erhöht nachgewiesen, eine aktive CED.

Literatur zum Artikel:

Chronisch-entzündliche Darmerkrankungen im Kindes- und Jugendalter

Unter Einbezug der Transition

von Dr. med. Jan de Laffolie

- [1] Benchimol, E. I., K. J. Fortinsky, P. Gozdyra, M. Van den Heuvel, J. Van Limbergen and A. M. Griffiths (2011). „Epidemiology of pediatric inflammatory bowel disease: a systematic review of international trends.“ *Inflamm Bowel Dis* 17(1): 423–439.
- [2] Buderus, S., D. Scholz, R. Behrens, M. Classen, J. De Laffolie, K. M. Keller, K. P. Zimmer, S. Koletzko and C.-G. S. Group (2015). „Inflammatory bowel disease in pediatric patients: Characteristics of newly diagnosed patients from the CEDATA-GPGE Registry.“ *Dtsch Arztebl Int* 112(8): 121–127.
- [3] Crandall, W. V., P. A. Margolis, M. D. Kappelman, E. C. King, J. M. Pratt, B. M. Boyle, L. F. Duffy, J. E. Grunow, S. C. Kim, I. Leibowitz, B. T. Schoen, R. B. Colletti and C. ImproveCareNow (2012). „Improved outcomes in a quality improvement collaborative for pediatric inflammatory bowel disease.“ *Pediatrics* 129(4): e1030–1041.
- [4] Cuvelier, C., C. Barbatis, H. Mielants, M. De Vos, H. Roels and E. Veys (1987). „Histopathology of intestinal inflammation related to reactive arthritis.“ *Gut* 28(4): 394–401.
- [5] Däbritz, J (2017). „CED im Kindes- und Jugendalter.“ *Deutsches Ärzteblatt Jg. 114, Heft 19, S. 331–338.*
- [6] Dignass, A., J. C. Preiss, D. E. Aust, F. Autschbach, A. Ballauff, G. Barretton, B. Bokemeyer, S. Fichtner-Feigl, S. Hagel, K. R. Herrlinger, G. Jantschek, A. Kroesen, W. Kruis, T. Kucharzik, J. Langhorst, M. Reinshagen, G. Rogler, D. Schleiermacher, C. Schmidt, S. Schreiber, H. Schulze, E. Stange, M. Zeitz, J. C. Hoffmann and A. Stallmach (2011). „[Updated German guideline on diagnosis and treatment of ulcerative colitis, 2011].“ *Z Gastroenterol* 49(9): 1276–1341.
- [7] Hagen, B. and S. Strauch (2011). „The J1 adolescent health check-up: analysis of data from the German KiGGS survey.“ *Dtsch Arztebl Int* 108(11): 180–186.
- [8] Lakatos, P. L., L. Lakatos, L. S. Kiss, L. Peyrin-Biroulet, A. Schoepfer and S. Vavricka (2012). „Treatment of extraintestinal manifestations in inflammatory bowel disease.“ *Digestion* 86 Suppl 1: 28–35.
- [9] Mielants, H., E. M. Veys, C. Cuvelier, M. De Vos, S. Goemaere, M. Maertens and R. Joos (1993). „Gut inflammation in children with late onset pauciarthritic juvenile chronic arthritis and evolution to adult spondyloarthritis—a prospective study.“ *J Rheumatol* 20(9): 1567–1572.
- [10] Neelmeier, T. (2014). „Patientenaufklärung: Aufklärungspflicht als Abwehrrecht.“ *Dtsch Arztebl* 111(25): A-1138.
- [11] Preiss, J. C., B. Bokemeyer, H. J. Buhr, A. Dignass, W. Hauser, F. Hartmann, K. R. Herrlinger, B. Kaltz, P. Kienle, W. Kruis, T. Kucharzik, J. Langhorst, S. Schreiber, B. Siegmund, A. Stallmach, E. F. Stange, J. Stein and J. C. Hoffmann (2014). „[Updated German clinical practice guideline on „Diagnosis and treatment of Crohn’s disease“ 2014].“ *Z Gastroenterol* 52(12): 1431–1484.
- [12] Ruemmele, F. M., G. Veres, K. L. Kolho, A. Griffiths, A. Levine, J. C. Escher, J. Amil Dias, A. Barabino, C. P. Braegger, J. Bronsky, S. Buderus, J. Martin-de-Carpi, L. De Ridder, U. L. Fagerberg, J. P. Hugot, J. Kierkus, S. Kolacek, S. Koletzko, P. Lionetti, E. Miele, V. M. Navas Lopez, A. Paerregaard, R. K. Russell, D. E. Serban, R. Shaoul, P. Van Rheenen, G. Veerman, B. Weiss, D. Wilson, A. Dignass, A. Eliakim, H. Winter, D. Turner and Ecco/Espghan (2014). „Consensus guidelines of ECCO/ESPGHAN on the medical management of pediatric Crohn’s disease.“ *J Crohns Colitis* 8(10): 1179–1207.
- [13] Timmer, A., R. Behrens, S. Buderus, A. Findeisen, A. Hauer, K. M. Keller, G. Kliemann, T. Lang, W. Lohr, P. Rzehak, S. Koletzko and C.-G. S. Group (2011). „Childhood onset inflammatory bowel disease: predictors of delayed diagnosis from the CEDATA German-language pediatric inflammatory bowel disease registry.“ *J Pediatr* 158(3): 467–473 e462.
- [14] Uhlig, H. H., T. Schwerd, S. Koletzko, N. Shah, J. Kammermeier, A. Elkadri, J. Ouahed, D. C. Wilson, S. P. Travis, D. Turner, C. Klein, S. B. Snapper, A. M. Muise, C. i. I. S. Group and Neopics (2014). „The diagnostic approach to monogenic very early onset inflammatory bowel disease.“ *Gastroenterology* 147(5): 990–1007 e1003.



Dr. med. Brigitte Ende mit Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet

Für ihre herausragenden Leistungen ist Dr. med. Brigitte Ende, niedergelassene Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Gießen-Buseck, auf der Delegiertenversammlung am 25. November 2017 mit der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen in Silber ausgezeichnet worden. Er freue sich, die Plakette an eine „überaus engagierte und hochverdiente Ärztin überreichen zu dürfen“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach in seiner Laudatio.

Schon früh engagierte sich Brigitte Ende, am 2. November 1951 in Bracht (jetzt Rauschenberg) geboren, in der ärztlichen Berufspolitik. Seit 1988 gehört sie dem Parlament der hessischen Ärzteschaft als Delegierte für die Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte an. Von 1980 bis 1990 wirkte sie im Beirat der Bezirksärztekammer Wiesbaden und von 1992 bis 1996 im Beirat der Bezirksärztekammer Gießen mit. Von 1993 bis 1996 und von 2004 bis 2006 war sie Fortbildungsbeauftragte der Bezirksärztekammer Gießen. 1996 wurde Dr. Ende zur Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Gießen gewählt und übte dieses Ehrenamt bis zum Jahr 2004 aus.

Auch die erfolgreiche Arbeit des Versorgungswerkes der Landesärztekammer wird seit Jahren maßgeblich von Dr. Ende mit geprägt. Seit 1995 ist sie Mitglied im Aufsichtsrat des Versorgungswerkes und seit 1998 Vorsitzende des Aufsichtsrats. Dr. Ende gehört dem Vorstand des Versorgungswerkes an. Zehn Jahre lang – von März 2007 bis März 2017 – stand sie als Vorsitzende des Vorstandes an der Spitze der Einrichtung; zu ihrem Nachfolger wurde Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg gewählt. Seit fünf Jahren ist Dr. Ende außerdem stellvertretende Vorstandsvorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Berufsständischer Versorgungseinrichtungen (ABV).

Ihre bemerkenswerte Karriere begann im hessischen Rosenthal, wo sie nach Schule und Friseurlehre im elterlichen Betrieb zunächst als Friseurin arbeitete. Nebenbei



Über die Auszeichnung für Dr. med. Brigitte Ende (2. v. r.) freuen sich auch ihr Ehegatte Robert Kullmann, der ebenfalls Arzt ist, zusammen mit LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik (l.) und Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (rechts).

besuchte sie das Abendgymnasium, legte ihr Abitur ab und absolvierte dann in Marburg und München das Studium der Humanmedizin. Nach der Approbation im Jahre 1982 war die junge Ärztin zunächst bis 1983 als Assistenzärztin in der Psychiatrie TU München tätig, bevor sie von 1984 bis 1986 in die Neurologie und Psychiatrie in Wiesbaden wechselte. Vier Jahre lang, von 1986 bis 1990 arbeitete sie als Assistenz- und Funktionsoberärztin in der Psychiatrie bei Dr. Haas in der Klinik Eichberg in Eltville.

Seit 1990 ist Brigitte Ende, die im selben Jahr zur Verlaufsbeobachtung des Alkoholentzugssyndroms und Delirium tremens promovierte, als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie in Buseck-Beuern niedergelassen. Parallel zu ihrer Berufstätigkeit wirkte sie bis 2006 als Mitglied im Psychiatriebeirat des Landkreises Gießen und in der Psychosozialen Arbeitsgemeinschaft mit. Von Knoblauch zu Hatzbach betonte in seiner Laudatio, dass sich die leidenschaftliche Ärztin und Berufspolitikerin auch immer für den Erhalt der Carl-Oelemann-Schule für Aus- und

Fortbildung von Angehörigen medizinischer Fachberufe und dem damit verbundenen Bildungsauftrag für junge Menschen engagiert habe.

Dr. Ende, die im Oktober 2017 vom Deutschen Ärztinnenbund zur „Mutigen Löwin“ 2017 gekürt wurde – einer Ehrung für Frauen, die sich gegen Widerstände „notfalls auch kämpferisch mit Zähnen und Klauen“ durchsetzen – dankte zunächst ihrem Mann für seine Unterstützung: „Wir brauchen viele starke Männer an unserer Seite, damit wir Frauen etwas befördern können.“ Ausdrücklich bedankte sie sich auch bei den Ärztinnen Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried und Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, die sie als junge Delegierte in die Arbeit des Ärzteparlaments eingeführt hätten. Abschließend kündigte Dr. Ende an, weiter intensiv in der Berufspolitik mitzuarbeiten und forderte junge Ärztinnen und Ärzte auf, sich in der ärztlichen Selbstverwaltung zu engagieren, um die Zukunft mitzugestalten.

Katja Möhrle



Foto: Fotolia.com – goodluz

Ja zur Kammerwahl!

„Weil die Kammer für die ärztliche Freiberuflichkeit von angestellten Ärzten und niedergelassenen Ärzten steht.“

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 Artikelserie im Vorfeld der Kammerwahl 2018 eingehen.

Die Landesärztekammer steht für den freien Arztberuf

In einer Resolution hat der 112. Deutsche Ärztetag noch einmal ausdrücklich die ärztliche Freiberuflichkeit betont: „Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus; sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Im Zweifel muss das Wohl des Patienten Vorrang haben vor wirtschaftlichen Interessen.“ Ge-

meint ist nicht der wirtschaftliche Begriff der Freiberuflichkeit, der die selbstständige Form der Berufsausübung als „Unternehmer“ beschreibt. Auch angestellte Ärzte gehören den freien Berufen an. Durch Bürokratie und staatliche Reglementierungen sehen Ärztinnen und Ärzte den freien Arztberuf jedoch zunehmend gefährdet. Daher setzt sich die Landesärztekammer Hessen vehement für den Erhalt der ärztlichen Freiberuflichkeit ein.

Dass die Freiberuflichkeit ein Privileg und keine Selbstverständlichkeit ist, hat auch die wissenschaftliche Aufarbeitung der Geschichte der hessischen Ärztekammer gezeigt. Die Regulierungen während der NS-Zeit ließen keinerlei medizinischen Fortschritt zu, sondern bedeuteten Stillstand oder sogar Rückschritt. Damals verlor die Ärzteschaft in Teilen ihre moralische Verpflichtung gegenüber dem Patienten und kam der Verantwortung für das Gemeinwesen nicht nach. Diese Geschichte lehrt, den freien Arztberuf als

Privileg und Verpflichtung zu begreifen. Ärztinnen und Ärzte üben ihren Beruf frei aus; sie sind ausschließlich dem Wohl ihrer Patienten verpflichtet. Im Zweifel muss das Wohl des Patienten Vorrang haben vor wirtschaftlichen Interessen. Die mit dem freien Beruf verbundenen Aufgaben und Privilegien leiten Ärztinnen und Ärzte in ihrer Tätigkeit und erlauben der Kammer, ihrem Regelungsauftrag im Sinne der Ärzteschaft, aber auch im Sinne der Patienten nachzukommen.

Entscheiden Sie mit!

Geben Sie Ihre Stimme ab und tragen Sie dazu bei, die ärztliche Freiberuflichkeit zu stärken und ihren Fortbestand im Sinne der Ärzteschaft sowie der Patientinnen und Patienten zu sichern. Die Kammerwahl findet vom 25. Mai bis 6. Juni 2018 statt.

**Katja Möhrle
Caroline McKenney**

Weltärztebund Deklaration von Genf

*In der revidierten Fassung der 68. Generalversammlung des Weltärztebundes, Chicago,
Vereinigte Staaten von Amerika, Oktober 2017*

Das ärztliche Gelöbnis

Als Mitglied der ärztlichen Profession

gelobe ich feierlich, mein Leben in den Dienst der Menschlichkeit zu stellen.

Die Gesundheit und das Wohlergehen meiner Patientin oder meines Patienten wird mein oberstes Anliegen sein.

Ich werde die Autonomie und die Würde meiner Patientin oder meines Patienten respektieren.

Ich werde den höchsten Respekt vor menschlichem Leben wahren.

Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnische Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politische Zugehörigkeit, Rasse, sexuelle Orientierung, soziale Stellung oder jegliche andere Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.

Ich werde die mir anvertrauten Geheimnisse auch über den Tod der Patientin oder des Patienten hinaus wahren.

Ich werde meinen Beruf nach bestem Wissen und Gewissen, mit Würde und im Einklang mit guter medizinischer Praxis ausüben.

Ich werde die Ehre und die edlen Traditionen des ärztlichen Berufes fördern.

Ich werde meinen Lehrerinnen und Lehrern, meinen Kolleginnen und Kollegen und meinen Schülerinnen und Schülern die ihnen gebührende Achtung und Dankbarkeit erweisen.

Ich werde mein medizinisches Wissen zum Wohle der Patientin oder des Patienten und zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung teilen.

Ich werde auf meine eigene Gesundheit, mein Wohlergehen und meine Fähigkeiten achten, um eine Behandlung auf höchstem Niveau leisten zu können.

Ich werde, selbst unter Bedrohung, mein medizinisches Wissen nicht zur Verletzung von Menschenrechten und bürgerlichen Freiheiten anwenden.

Ich gelobe dies feierlich, aus freien Stücken und bei meiner Ehre.



Qualität und Neutralität: Alleinstellungsmerkmale der Akademie

Im Gespräch mit Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Vorstandsvorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Das ärztliche Berufsbild wandelt sich. Wissenschaftliche Erkenntnisse und veränderte gesellschaftliche Anforderungen stellen Ärztinnen und Ärzte immer wieder vor neue Herausforderungen. Welche Aufgaben hat die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in diesem Spannungsfeld?

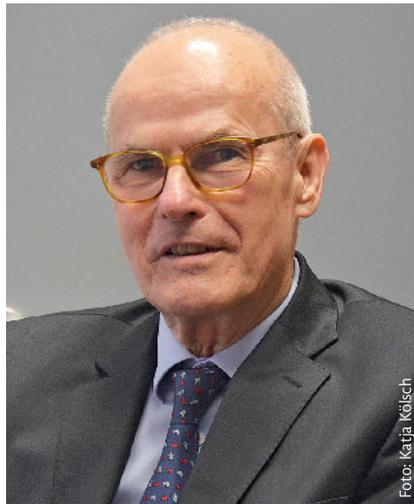
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth: Wir sehen es als unsere Aufgabe, qualitativ hochwertige Fort- und Weiterbildungsinhalte anzubieten, die unsere Kolleginnen und Kollegen für ihr persönliches Fortkommen und die Aktualisierung ihrer Fachkenntnisse benötigen. Die Akademie bietet ein umfangreiches Veranstaltungsspektrum, das die Interessen aller medizinischen Fachrichtungen berührt. Am häufigsten werden naturgemäß die großen Fächer bedient. Aber unsere Angebotspalette ist breit gefächert.

Wir begleiten den Arzt von Beginn seiner Weiterbildung an durch sein gesamtes Berufsleben. Wie Sie eingangs gesagt haben, wandelt sich der Arztberuf. So ändert sich der Alltag in der ärztlichen Praxis durch politische Eingriffe, Vorgaben der Krankenkassen, durch den medizinischen Fortschritt und – das ist bereits deutlich spürbar – durch die Digitalisierung. Entsprechend muss sich auch das Programm der Akademie weiterentwickeln.

Ist es möglich, alle neuen Entwicklungen und Strömungen bei der Angebotsgestaltung zu berücksichtigen?

Genth: Es gibt neue Tätigkeitsfelder, die in Zusammenhang mit dem medizinischen Fortschritt stehen und die wir, abhängig von ihrer Relevanz, aufgreifen. Allerdings springen wir in der Akademie nicht auf jeden Zug auf, sondern integrieren nur wissenschaftlich gesicherte Inhalte in unser Programm.

Parallel dazu haben wir natürlich neue Entwicklungen in der Versorgung in der Stadt und auf dem Land im Blick. Bei-



Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth, Leiter der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

spielsweise die Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA), die vor zehn Jahren noch nicht existierte und heute vor dem Hintergrund des sich verschärfenden Ärztemangels vor allem auf dem Land delegationsfähige Leistungen in der hausärztlichen Versorgung übernimmt. Auch an diese Änderungen muss sich das Programm der Akademie anpassen.

2020 wird die Akademie 50 Jahre alt. Wird der von ihren Gründungsvätern in den sechziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts ausgewählte Standort Bad Nauheim den heutigen Anforderungen an eine Bildungseinrichtung noch gerecht?

Genth: Noch heute findet die Mehrzahl der Veranstaltungen am Standort Bad Nauheim statt. Dafür gibt es gute Gründe: Zum einen verfügen wir über ein leistungsstarkes Team und hochqualifizierte Referenten, zum anderen mit dem Akademiegebäude und dem 2002 errichteten Seminargebäude über eine hervorragende Infrastruktur mit gut ausgestatteten Räumen unterschiedlicher Größe. Neben Catering bieten wir Übernachtungsmöglichkeiten im Gästehaus der zum Fortbildungszentrum der Landesärztekammer

gehörenden Carl-Oelemann-Schule für medizinische Fachberufe.

Nicht zuletzt lädt unsere Lage am Stadtrand mitten im Grünen zum Erholen ein: Lernen in angenehmer, stressfreier Umgebung – und das nur 30 Kilometer von der Mainmetropole Frankfurt entfernt.

Zugegebenermaßen ist dieses „nur“ relativ. Je kürzer eine Veranstaltung ist, desto länger erscheint einigen der Weg zu uns. Dagegen laufen mehrtägige Veranstaltungen sehr gut und sind nachgefragt. Wir haben daraus die Konsequenz gezogen, vermehrt längere Veranstaltungen in Bad Nauheim und kürzere dezentral anzubieten.

Wie sieht das Verhältnis zwischen zentral und dezentral angebotenen Veranstaltungen der Akademie aus?

Genth: Hier ein paar Zahlen, um Ihnen einen Überblick zu geben: 2016 haben wir 245 Akademieveranstaltungen durchgeführt, davon mehr als 20 Prozent „unterwegs“, das heißt an verschiedenen Stellen – Krankenhäusern, Rettungswachen, Feuerwehren etc. – in Hessen.

Insgesamt kamen in jenem Jahr 3.159 Teilnehmer zu uns, etliche davon mehrfach. Das heißt, dass wir zusammengerechnet 5900 Ärztinnen und Ärzte in den verschiedenen Veranstaltungen verzeichnen konnten. Dabei haben sich die Veranstaltungsformen von der ursprünglichen Prävalenz großer Vorlesungen in Richtung kleinerer Gruppen mit Workshops entwickelt.

Hessenweit gibt es zahlreiche Fort- und Weiterbildungsangebote anderer Einrichtungen. Worin unterscheidet sich die Akademie von diesen? Was macht ihr Veranstaltungsangebot attraktiv?

Genth: Unser Vorteil ist unser Alleinstellungsmerkmal: Wir sind produkt- und dienstleistungsneutral. Ich bin fest davon überzeugt, dass dieser Umstand qualitätsbestimmend ist. Wir bieten Veranstaltungen, die nur dem medizinischen Inhalt

verpflichtet sind und sonst nichts und niemandem.

Alles, was wir in Bad Nauheim tun, wird von uns evaluiert. Daher wissen wir ziemlich genau, was unsere Teilnehmer wollen. Dies betrifft sowohl die Auswahl der Themen als auch die Qualität der Referenten.

Unter der Rubrik „Engagierte Referenten“ findet man auf den Internetseiten der Akademie seit 2013 besonders engagierte Kursleiter und Referenten. Auch das eine Besonderheit?

Genth: Ja, so ehren wir seit einigen Jahren die besten von ihnen und stellen sie auch namentlich auf unseren Internetseiten ein. Etwas, das tatsächlich sehr gut bei Referenten und Teilnehmern ankommt. Wir ehren übrigens keine Ein-Jahres-Sprinter; vielmehr steckt ein ausgeklügeltes System hinter der Auszeichnung: Der- oder diejenige muss über drei Jahre gute Leistungen bringen, das heißt, in der Evaluation Bewertungen zwischen 1 und 2 erzielen.

Ich hatte ursprünglich geglaubt, dass gute Referenten auf diese Weise auch in die Vorlesungsverzeichnisse der Universitäten gelangen könnten, mich jedoch getäuscht. Daher handelt es sich bei unseren Ehrungen um ein internes Qualitätsmerkmal. Sie sind Ausdruck der Anerkennung und helfen unseren Teilnehmern bei der Orientierung.

Sie haben erwähnt, dass alle Aktivitäten der Akademie evaluiert werden. Es liegt in der Natur der Sache, dass Sie dabei ein Feedback von Ärztinnen und Ärzten erhalten, die Ihre Angebote nutzen. Wie aber sieht es mit denen aus, die aus welchen Gründen auch immer nicht zu ihren Teilnehmern gehören?

Genth: Damit sprechen Sie einen wichtigen Punkt an, der uns schon länger bewegt. Da wir wenig Informationen über Leute hatten, die nicht zu uns kommen und daher nicht wussten, ob und was ihnen an dem Angebot der Akademie möglicherweise nicht gefällt, hatte die im vergangenen Jahr durchgeführte Mitgliederbefragung der Landesärztekammer große Bedeutung für uns.

Wir hatten uns bereits bei der Formulierung der Fragen eingebracht und später die Ergebnisse intensiv analysiert. Wichtig

waren für uns die Antworten auf Fragen nach der Servicequalität und nach der Bekanntheit des Programms. Außerdem wollten wir wissen: Was sagt man über unser Veranstaltungsangebot? Und wie wird das Alleinstellungsmerkmal Neutralität eingeschätzt?

Die Ergebnisse der Mitgliederbefragung stehen seit Ende vergangenen Jahres fest. Wie hat die Akademie abgeschnitten?

Genth: Sehr stolz sind wir auf unser Abschneiden bei der Servicequalität. Hier haben wir neben dem Zentralen Mitgliedermanagement der Landesärztekammer mit 2,0 am besten von den zu bewertenden Abteilungen abgeschnitten. Immerhin 83 % der Befragten kennen unser Veranstaltungsangebot. Eigentlich sehr erfreulich, aber man muss differenzieren. So kennen uns von den unter 39-Jährigen nur 70 %, das heißt: 30 % kennen uns nicht. Noch „düsterer“ sieht es bei den Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung aus. Da kennen uns 35 % nicht. Auf die Frage „Wer hat uns schon besucht?“, haben zwar 55 % der Befragten mit „Ja“ geantwortet. Bei den bis 39-Jährigen waren es allerdings gerade einmal 34 % und bei den Ärzten in Weiterbildung 25 %. Fazit: Die jungen Ärzte erreichen wir in zu geringer Anzahl!

Die Zahlen sprechen zwar eine deutliche Sprache, aber sie verraten nichts über die Motive.

Genth: Richtig, deshalb kam es bei der Mitgliederbefragung darauf an, die Gründe in Erfahrung zu bringen. 45 % der unter 39-Jährigen gaben an, das Programm nicht interessant gefunden zu haben, 55 % hatten andere Gründe: Häufig wurde genannt: 1. Der Weg ist zu lang und 2. Der Preis ist zu hoch. Alle drei Ergebnisse haben für uns Konsequenzen:

Um auf die Kritik an dem Veranstaltungsangebot reagieren zu können, haben wir uns angeschaut, was die Leute wollen: 89 % der unter 39-Jährigen haben in der Befragung Interesse an Online-/Blended-Learning angegeben. Zum Vergleich: Bei den 60- bis 70-Jährigen waren es gerade einmal 50 %. 90 % wünschen sich Veranstaltungen mit praktischen Bezügen; 60 % möchten interdisziplinär aufbereitete Angebote.

Diesen Wünschen wollen wir bei unserer Programmgestaltung künftig noch stärker entsprechen. Außerdem müssen wir noch genauer schauen, was die unter 39-Jährigen wollen und brauchen. Hierüber tauschen wir uns mit unserem Sachverständigenrat aus und wollen junge Ärztinnen und Ärzte schriftlich befragen.

Kann es sein, dass die Veranstaltungen der Akademie durch die Konkurrenz der Kliniken nicht genügend wahrgenommen werden?

Genth: Die großen Krankenhäuser sind sehr aktiv darin, klinikeigene Fortbildungen anzubieten. Sie wollen ihre Expertise darstellen und in Kontakt mit Zuweisern treten.

Wir legen deshalb Wert darauf, nicht mit den vorhandenen Angeboten zu konkurrieren. Unser Vorteil ist die Expertise der Fachabteilung am Standort Bad Nauheim.

Liegen Ihnen schon jetzt Anhaltspunkte dafür vor, in welchen Bereichen Sie das Angebot der Akademie noch deutlicher profilieren müssen?

Genth: Wir wissen, wie wichtig es ist, Weiterbildungsdefizite auszugleichen. Es sind bestimmte Krankheitsbilder, diagnostische und therapeutische Verfahren, die nicht mehr vermittelt werden. Wir wollen daher noch mehr als bisher Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung Inhalte vermitteln, die an ihren Weiterbildungsstätten häufig zu kurz kommen.

Verstärkt sollen in Zukunft interdisziplinäre Seminare mit praktischen Bezügen angeboten werden; das war eine wichtige Erkenntnis aus der Mitgliederbefragung. Bei Blended Learning sind wir schon jetzt gut dabei, so etwa in der Arbeitsmedizin, der psychosomatischen Grundversorgung und der fachgebundenen genetischen Beratung.

Und wie sieht es mit der Kritik an den hohen Preisen aus?

Genth: Produktneutralität hat ihren Preis. Allerdings ist einigen die Bedeutung von Produktneutralität als Kriterium für Qualität noch zu wenig bewusst. So hatten auf die Frage, wie wichtig ihnen Unabhängigkeit, Produktneutralität und Transparenz sind, 76 % der Teilnehmer der Mitgliederbefragung mit „wichtig“ oder „sehr wichtig“ geantwortet.

tig“ geantwortet. 24 % waren sie offenbar nicht so wichtig. Das bedeutet für uns, dass wir unser Alleinstellungsmerkmal Produktneutralität und Transparenz noch deutlicher als bisher in den Vordergrund rücken und vermarkten müssen.

Kann die Akademie völlige Produktneutralität ihrer Veranstaltungen garantieren?

Genth: Die Ständige Konferenz Fortbildung der Bundesärztekammer hat eine bundesweite Initiative zur Erfassung von Interessenkonflikten gestartet. Allerdings ist noch fraglich, welche Konsequenzen diese Erfassung haben soll. Der ärztliche Leiter und die Referenten unserer Veranstaltungen erklären im Sinne von Neutralität und Transparenz ihre Unabhängigkeit und geben Auskunft über potenzielle Interessenkonflikte. Das Ergebnis wird im Programm und vor der Veranstaltung zur Information zur Information für den mündigen Teilnehmer offengelegt. Aber letztlich ist für uns die von der Delegiertenversammlung im September 2017 verabschiedete Fortbildungsrichtlinie bindend.

Nach den Ergebnissen der Mitgliederbefragung zu urteilen, erscheint vielen jungen Leuten der Weg nach Bad Nauheim zu weit. Gibt es dafür eine Lösung?

Genth: Selbstverständlich können wir den Weg nach Bad Nauheim nicht verkürzen, aber wir bieten, wie bereits gesagt, Veranstaltungen in ganz Hessen an. Außerdem werden wir im neuen Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer im Frankfurter Ostend (geplanter Bezug: Mai 2019) einen zusätzlichen Standort der Akademie mit eigenen Schwerpunkten einrichten.

Worin soll sich das künftige, zusätzliche Angebot in Frankfurt von ihrem bisherigen Programm unterscheiden?

Genth: In Frankfurt wollen wir an allen Wochentagen, in der Regel in den Abendstunden, kurze Veranstaltungen anbieten. Eine besondere Zielgruppe sollen Medizinstudierende im letzten Studienjahr, nach Staatsexamen und vor Beginn der Weiterbildungszeit, sein. Unsere Idee ist, dass sich – in Ergänzung des 2017 eingeführten Medizinstudierendentages der Ärztekammer – bei Akademieveranstaltung noch-

mals gesondert die Weiterbildungsabteilung und verschiedene medizinische Fachrichtungen mit ihren Weiterbildungsinhalten darstellen. In Anbetracht der künftigen neuen Weiterbildungsordnung ein, wie wir glauben, interessantes Angebot.

Während in Bad Nauheim Wiedereinstiegsurse auf großes Interesse stoßen, möchten wir in Frankfurt außerdem Veranstaltungen für junge Ärztinnen und Ärzte anbieten, die sie auf erste Dienste und die Übernahme von Verantwortung vorbereiten.

Außerdem sind am künftigen Kammerstandort Veranstaltungsreihen mit interdisziplinären Themen, über Gesundheitspolitik – z. B. über das Anti-Korruptionsgesetz oder das Patientenrechtegesetz – und zu Fragen der Ethik geplant.

Unter dem Titel „Ärzte im Dialog“ könnten wir uns einmal im Jahr ein Forum mit Ärzten, Patienten und Angehörigen vorstellen, das sich den „großen“ Krankheiten widmet.

Wie konkret sind diese Planungen und welche Ziele haben Sie sich gesetzt?

Genth: Bei den beschriebenen Vorhaben handelt es sich um Projekte aus dem Stra-

tegiepapier der Akademie für 2019, an dem wir gerade arbeiten. Wir müssen langfristig planen, um ein qualitativ hochwertiges Programm zusammenstellen zu können. Das trifft auch für die Angebote an dem zusätzlichen Standort in Frankfurt zu, der im 2. Quartal 2019 eröffnet werden soll.

Als besondere Herausforderung betrachten wir die Aufgabe, die Bekanntheit der Akademie und ihres Programms zu erhöhen. Wir müssen die Informationswege über das Hessische Ärzteblatt, medizinische Zeitschriften und den Veranstaltungskalender der Akademie weiter verbessern und verstärkt die sozialen Medien nutzen. Der im Oktober 2017 gestartete Facebook-Auftritt und der für 2018 geplante neue Newsletter der Landesärztekammer bieten dafür gute Möglichkeiten. Außerdem haben wir gezielte Mailing-Aktionen geplant, um einzelne Veranstaltungen publik zu machen.

Der Schlüsselbegriff bei all diesen Aufgaben und Aktivitäten ist unser Alleinstellungsmerkmal Neutralität.

Interview: Katja Möhrle

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Am 21. Februar 1970 wurde die „Akademie für ärztliche Fortbildung“ der Landesärztekammer Hessen(LÄKH) in Bad Nauheim als bundesweit erste Einrichtung dieser Art gegründet. Die allein von der hessischen Ärzteschaft getragene, weitgehende selbstständige Akademie, in deren Namen 1977 der Zusatz „Weiterbildung“ aufgenommen wurde, verfügt über einen eigenen, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer für fünf Jahre gewählten und aus neun ehrenamtlichen Mitgliedern bestehenden Vorstand, einen Sachverständigenrat, eine eigene Satzung und einen eigenen Etat. Die Delegiertenversammlung entscheidet über die Geschäftsordnung der Akademie, den Jahresrahmenplan der Veranstaltungen, die

Teilnehmerbeiträge und über die Verleihung der Ehrenmitgliedschaft.

Über Themen und Programme berät der Vorstand der Akademie; zu bestimmten Themen kann der Sachverständigenrat, bestehend aus Fachleuten verschiedener medizinischer Disziplinen, hinzugezogen werden. Zahlreiche Experten stehen als Referenten für die Qualität der Bildungsangebote. Die Akademieleitung führt hauptamtlich in Zusammenarbeit mit der Ärztlichen Geschäftsführung der LÄKH und dem Akademievorstand die Geschäfte der Akademie.

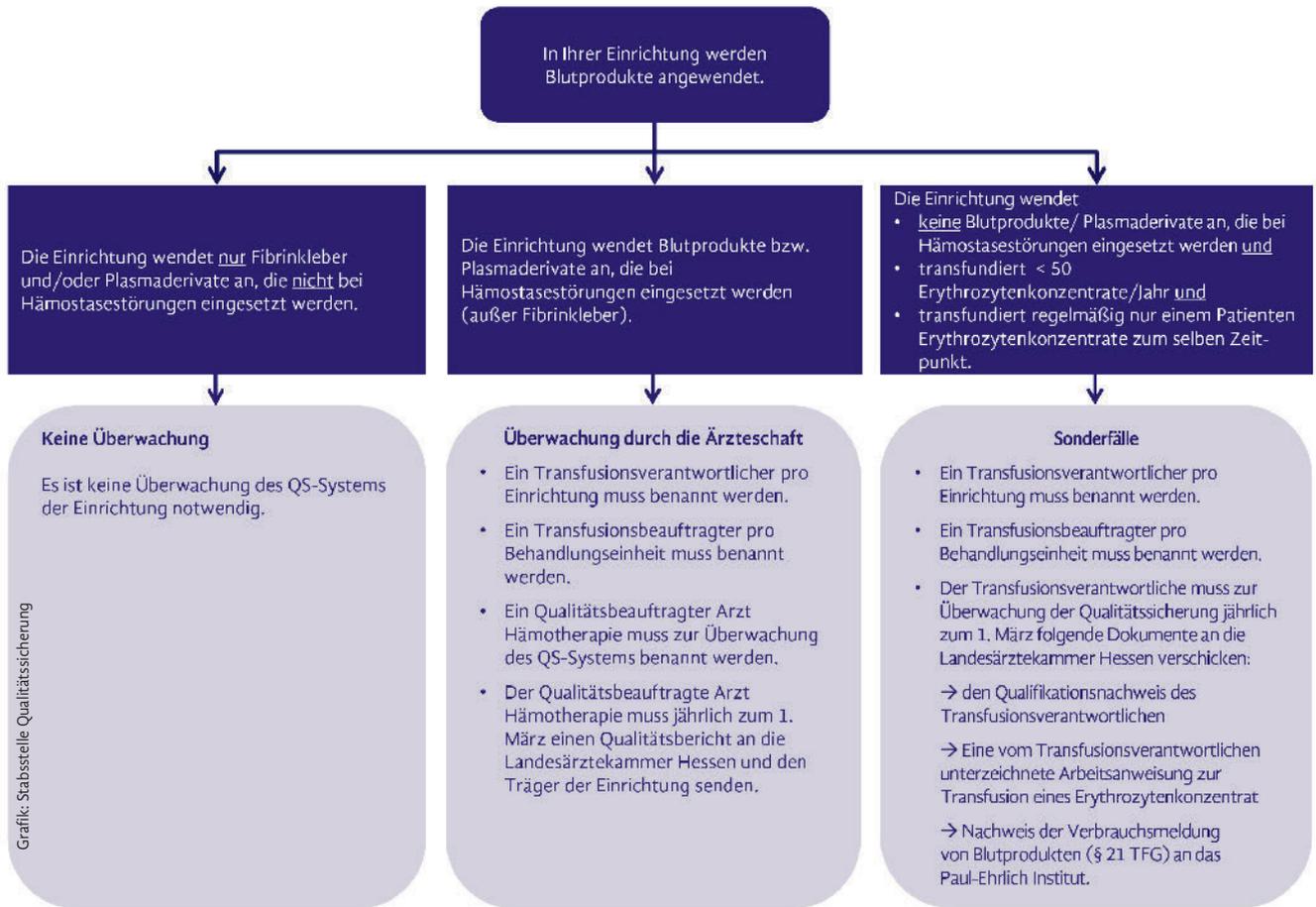
Jede Ärztin, jeder Arzt kann der Akademie als Mitglied beitreten; als äußeres Zeichen erhalten sie die – zum Logo der Akademie gewordene – blaue Plakette. (moeh)



Qualitätssicherung in der Hämotherapie

Silke Nahlinger

Welche Maßnahmen sind für die Überwachung des Qualitätssicherungssystems bei der Anwendung von Blutprodukten notwendig?



Grafik: Stabsstelle Qualitätssicherung

Qualitätssicherung im Gesundheitswesen ist eine der entscheidenden Voraussetzungen, um die Patientenversorgung auf einem leistungsfähigen und bedarfsgerechten Niveau zu halten, sie zu sichern und kontinuierlich zu verbessern.

Die Landesärztekammer Hessen unterstützt dies durch viele Aktivitäten. Das Angebot umfasst dabei die gesetzlich vorgeschriebenen Qualitätssicherungsmaßnahmen ebenso wie die Beratung ärztlicher Kollegen und die Bereitstellung von Informationen zu diesem Thema.

Eine der gesetzlichen und durch Richtlinien vorgeschriebenen Maßnahmen ist die Qualitätssicherung in der Hämotherapie, deren Grundlage das Transfusionsgesetz [1] und die darauf basierende „Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie)“ [2] ist.

Gemäß 6.4.1.1 der Richtlinie Hämotherapie sind Einrichtungen der Krankenversorgung durch § 15 TFG gesetzlich zur Einrichtung eines Qualitätssicherungssystems (QS-System) für die Anwendung von Blutprodukten verpflichtet.

Dies umfasst sowohl stationäre als auch ambulante Einrichtungen der Krankenversorgung. In Hessen sind der Landesärztekammer zurzeit 132 Einrichtungen, davon 116 stationär und 16 ambulant, bekannt.

Der Umfang der Überwachung des jeweiligen QS-Systems richtet sich nach der Art und Anzahl der in einer Einrichtung angewendeten Präparate.

Keine Überwachung

Die Notwendigkeit der Überwachung des QS-Systems entfällt, wenn in einer Einrichtung ausschließlich Fibrinkleber und/oder Plasmaderivate (die nicht zur Behandlung von Hämostasestörungen eingesetzt werden) angewandt werden.

Überwachung durch die Ärzteschaft

In Einrichtungen, in denen Blutprodukte bzw. Plasmaderivate (für die Behandlung von Hämostasestörungen, außer Fibrinkleber) angewendet werden, unterliegt das QS-System der Überwachung durch die Ärzteschaft.

In diesem Fall muss die Leitung einer Einrichtung, neben der Benennung eines Transfusionsverantwortlichen, einen Qualitätsbeauftragten Arzt Hämotherapie benennen. Aufgabe des Qualitätsbeauftragten Arztes ist es, die Implementierung, das Betreiben und die Weiterentwicklung des QS-Systems in der jeweiligen Einrichtung zu unterstützen sowie die Einhaltung der dazu vereinbarten Dienst- und Arbeitsanweisungen zu überprüfen. Über die Ergebnisse seiner Überprüfungen muss er für das jeweils vorangegangene Kalenderjahr jährlich bis zum 1. März einen Bericht an die Landesärztkammer Hessen und zeitgleich an die Leitung der Einrichtung senden. Aufgabe der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztkammer Hessen ist es, die eingegangenen Berichte zu sichten und auszuwerten. Über identifizierte Mängel unterrichtet sie die Leitung des jeweiligen Standortes der Einrichtung, erfragt Informationen zum Umgang mit den Mängeln und lässt sich deren Beseitigung bestätigen.

Sonderfälle

Fallen Einrichtungen, die Blutprodukte anwenden, unter die in der Richtlinie benannten „Sonderfälle“ (6.4.2.3.1 der Richtlinie) und erfüllen die entsprechenden Voraussetzungen, muss kein Quali-

tätsbeauftragter Arzt benannt werden. Der Transfusionsverantwortliche der jeweiligen Einrichtung muss dann entsprechende Dokumente (wie Qualifikationsnachweis, Arbeitsanweisung und Nachweis der Verbrauchsmeldung an das Paul-Ehrlich-Institut) zur Überwachung der Qualitätssicherung an die Landesärztkammer Hessen übermitteln.

Die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztkammer Hessen legt bei ihrer Aufgabe großen Wert auf eine gute Zusammenarbeit mit den berichtspflichtigen Einrichtungen und den Qualitätsbeauftragten Ärzten Hämotherapie. Sie verfügt über eine Datenbank, in der die bekannten Einrichtungen erfasst und verwaltet werden. Eine wichtige Grundlage dieser Datenbank ist die Mitarbeit der Einrichtungen, die gemäß Richtlinie Hämotherapie zur Abgabe eines Qualitätsberichts oder anderer Dokumente verpflichtet sind. Die Stabsstelle Qualitätssicherung ist darauf angewiesen, dass sich entsprechende Einrichtungen melden. Eine Übersicht, welche Einrichtung welchen Verpflichtungen nachkommen muss, bietet das abgebildete Schema.

Sollten Sie Fragen zu diesem Thema haben oder möchten Ihre Einrichtung erstmalig bei uns melden, kontaktieren Sie uns. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

In diesem Jahr werden folgende Fortbildungen aus dem Gebiet Hämotherapie bei der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztkammer Hessen angeboten (Informationen siehe auch Seite 106):

16h-Kurs Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

01.–02.02.2018 in Bad Nauheim
11.–12.04.2018 in Bad Nauheim
06.–07.11.2018 in Darmstadt

40h-Kurs Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

09.–13.04.2018 in Bad Nauheim
Auskunft und Anmeldung:
Heike Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

10. Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie

Der 10. „Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie“ wird im Rahmen der Ludwigshafener Transfusionsgespräche am Freitag, 2. März 2018 von 10 bis 13 Uhr an der BG-Unfallklinik Ludwigshafen stattfinden. Schwerpunktthemen werden die Novelle der Richtlinie Hämotherapie und Haftungsrechtliche Aspekte sein. Anmeldungen nehmen wir in der Stabsstelle Qualitätssicherung gerne entgegen, E-Mail: qs@laekh.de.

Der QR-Code führt Sie auf die Website der LÄKH zum Erfahrungsaustausch Hämotherapie (Link: www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-massnahmen/transfusionswesen-und-haemotherapie).



<https://tinyurl.com/y9pchlwj>

Korrespondenzadresse:
Stabsstelle Qualitätssicherung
Silke Nahlinger, MPH
Wissenschaftliche Teamassistentin
E-Mail: qs@laekh.de,
Fon: 069 97672-304

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



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:

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

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

• **Dienstag, 27. Februar 2018** • **Dienstag, 27. März 2018** • **Dienstag, 24. April 2018**

Literatur zum Artikel:

Qualitätssicherung in der Hämotherapie

von *Silke Nahlinger*

[1] Gesetz zur Regelung des Transfusionswesens (Transfusionsgesetz – TFG) § 15 Qualitätssicherung. Link: http://www.gesetze-im-internet.de/tfg/__15.html. Zugriff am 09.01.2018.

[2] Bundesärztekammer. 2017. Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Link: <http://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizin-ethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/>. Zugriff am 27.11.2017.

Ist § 219a ein Fall für den Gesetzgeber?

Prof. Dr. iur. Dr. h.c. Thomas Hillenkamp

Zur Genese der Debatte

Seit 1933 bedroht das Strafgesetzbuch (StGB) die „Werbung für einen Schwangerschaftsabbruch“ – so die Überschrift des heute geltenden § 219a StGB – mit Freiheitsstrafe bis zu zwei Jahren oder mit Geldstrafe. Sie trifft den, der „öffentlich, in einer Versammlung oder durch Verbreiten von Schriften ... seines Vermögensvorteils wegen oder in grob anstößiger Weise

1. eigene oder fremde Dienste zur Vornahme oder Förderung eines Schwangerschaftsabbruchs ... anbietet, ankündigt, anpreist oder Erklärungen solchen Inhalts bekanntgibt“ oder dasselbe
2. bezüglich „Mitteln, Gegenständen oder Verfahren, die zum Abbruch der Schwangerschaft geeignet sind, unter Hinweis auf diese Eignung“ tut.

Ausgenommen vom Verbot ist nach Nr. 1, wenn nur Ärzte oder Beratungsstellen darüber unterrichtet werden, welche Ärzte, Krankenhäuser oder Einrichtungen bereit sind, nicht gesetzwidrige Abbrüche vorzunehmen. Auch das Anbieten etc. von Mitteln usw. nach Nr. 2 bleibt straffrei, wenn es nur gegenüber Ärzten oder zum Handel befugten Personen oder durch eine Veröffentlichung in ärztlichen oder pharmazeutischen Fachblättern erfolgt.

2006 wurde ein Gynäkologe in Bayern nach § 219a StGB verurteilt. Er hatte „auf seinen Internetseiten angeboten, dass er Schwangerschaftsabbrüche vornimmt“. Dass er das seines Vermögensvorteils wegen tat, nahm das Gericht an. Auch ohne Hinweis darauf sei für „jedermann erkennbar, dass bei Inanspruchnahme ... das übliche ärztliche Honorar zu entrichten sei“. Das Urteil wird in der juristischen Fachliteratur zustimmend zitiert. Größeres Aufsehen erregt hat es nicht. § 219a StGB geriet nicht in die Kritik. Zu Empörung und politischem Aktionismus hat nun dagegen die Verurteilung einer hessischen Ärztin für Allgemeinmedizin im November 2017 geführt. Das erstaunt, weil sich die Fälle gleichen. Auch die Ärztin hat Pressemitteilungen zufolge auf ihrer Webseite Abbrüche als Teil ihres ärztlichen Leistungs-

angebots bezeichnet, dazu über Ablauf und Risiken und auch darüber informiert, dass das für den Abbruch selbst fällige Honorar von den Krankenkassen nicht getragen wird.

Für Renate Künast (Bündnis 90/Die Grünen) ist das hessische Urteil ein „Stück aus Absurdistan“. Wenn es nach der Linken, den Grünen, der SPD und vier Bundesländern geht, soll ihm der rechtliche Boden entzogen werden. Hier ist man sich einig: § 219a StGB gehört abgeschafft, möglichst noch vor einer Revisionsentscheidung durch das Oberlandesgericht Frankfurt! Erste Gesetzesanträge sind bereits gestellt. Die FDP ist zurückhaltender, erwägt aber eine Modifikation der Vorschrift, die Hermann Otto Solms für nicht mehr „zeitgemäß“ hält. Auch in der CDU gibt es Vorbehalte gegen eine Streichung.

Zur Bewertung der Debatte

Für eine rationale Kriminalpolitik sind Ad-hoc-Reaktionen auf einen Einzelfall denkbar schlechte Impulsgeber. Nicht immer gilt zudem der Henry Buckle zugeschriebene Satz, die „wertvollsten Gesetze“ seien „die Abschaffung früherer Gesetze“. Es gibt gute Gründe, das Werbeverbot beizubehalten. Die zentralen Einwände gegen die Vorschrift greifen nicht durch. Auch ein Eingriff in den Gesetzestext ist entbehrlich, wenn man seine Weite verfassungsgemäß durch Auslegung begrenzt. Der 1. Einwand ist, die Vorschrift sei ein Kind der **NS-Ideologie**. Dazu ist richtig, dass das 1933 in das Reichsstrafgesetzbuch (RStGB) eingestellte und 1943 noch einmal erweiterte Verbot die „Lebenskraft des deutschen Volkes“ erhalten sollte. Das wurde auch mit dem gleichfalls 1933 erlassenen „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ bezweckt. Seit 1935 fand sich in ihm die Rechtfertigung des Abbruchs aus eugenischen Gründen. Gerichte beschäftigte in dieser Zeit die Frage, ob das Abtreibungsverbot „auch heute noch für jüdische und halbjüdische Schwangere“ gelte. Der Reichsjustizminister war ermächtigt, „nicht deutsche

Staatsangehörige deutscher Volkszugehörigkeit“ von jeder Strafdrohung zu befreien. Das alles ist natürlich inakzeptabel. Die NS-Sinngebung spiegelt sich aber im Gesetzestext des Werbeverbots schon damals nicht wider. Die Nazis haben sie nur Gesetzesvorschlägen aus der Weimarer Zeit unterlegt, die sie mit der 1933 erlassenen Regelung umgesetzt haben. Die Weimarer Entwürfe aber hatten nicht die Lebenskraft des deutschen Volkes, sondern die Bekämpfung der sog. „Abtreibungsseuche“, den Schutz des werdenden Lebens im Auge. Auch sollten Schwangere vor Ausbeutung in ihrer Notlage geschützt werden. Das sind Schutzzwecke, für die auch ein Rechtsstaat eintreten kann. Daraus erklärt sich, dass 1953 die Regelung in der 1933 gegebenen Fassung, zu der man zurückkehrte, bundeseinheitlich als nicht belastetes Recht bestätigt wurde.

Für die Legitimation eines strafbewehrten Verbots reicht bloße Moralwidrigkeit des verbotenen Verhaltens nicht aus. Es wird zurecht ein **schützenswertes Rechtsgut** verlangt. Dass das für § 219a StGB nicht benennbar sei, ist ein 2. Einwand. Er verkennt, dass den Schwangerschaftsabbruch bewerbendes Verhalten, wie schon angedeutet, werdendes Leben bedrohen kann. Auch autonomes, selbstverantwortetes Entscheiden der Schwangeren im Konflikt wird durch erwerbsmotiviertes oder grob anstößiges Bewerben erschwert. Damit sind zumindest abstrakte Gefahren für fassbare Schutzgüter benannt. Als die sozialliberale Koalition 1974 mit der sog. Fristenlösung den Abbruch innerhalb der ersten zwölf Wochen strafrei stellen wollte, legte sie zugleich den intensiv beratenen Inhalt des heute geltenden § 219a StGB fest. Man wollte mit ihm „verhindern, dass der Schwangerschaftsabbruch in der Öffentlichkeit als etwas Normales dargestellt und kommerzialisiert wird“. Man sah die Gefahr, dass namentlich spezialisierte Ärzte und Kliniken den durch die Fristenlösung eröffneten „Markt“ in einer dem Lebensschutz und der Autonomie der Schwangeren ab-

träglichen Weise umwerben und die Achtung werdenden Lebens im Rechtsbewusstsein der Bevölkerung dadurch herabsetzen könnten. Diese Gefahr bestehe, auch wenn „nur“ für erlaubte oder jedenfalls „straffreie Fristenabbrüche“ geworben werde. Schwangerschaftsabbrüche seien ausnahmslos kein Objekt für Werbung. Damit sind für die Legitimation einer Strafnorm hinreichende Gefährdungen zweifelsfrei schützenswerter Güter benannt. Es geht nicht nur, wie behauptet wird, um einen diffusen gesellschaftlichen „Klima- und Wertebewusstseinsschutz“, es geht um konkrete und gewichtige Güter. Obwohl das Bundesverfassungsgericht 1975 die Fristenlösung verwarf und dem Gesetzgeber aufgab, sie durch eine Indikationenlösung zu ersetzen, hielt der ihm folgende Gesetzgeber am Werbeverbot fest. Seitdem gilt es in seiner auch heute noch gültigen Form.

Weder mit dem Verweis auf die historische Belastung noch mit fehlender sachlicher Legitimation lässt sich folglich der 3. Einwand begründen. Er behauptet die **Verfassungswidrigkeit** der Norm. Er ist aber auch im Übrigen haltlos. Gewiss darf der Staat die „Keule des Strafrechts“ nur einsetzen, wo weniger einschneidende Mittel nicht helfen. Strafrecht ist ultima ratio. Schon in den Beratungen der 1970er-Jahre ist aber überzeugend begründet, dass die Herabstufung der Werbung zur bloßen Ordnungswidrigkeit dem Rang der beiden Schutzgüter nicht gerecht würde.

Auch das Werbeverbot in den Berufsordnungen der Ärzte reicht schon wegen seiner Begrenzung auf die Ärzteschaft nicht aus. Der Gesetzgeber ist nach Art. 12 GG befugt, die Berufsausübung zu beschneiden. Dass dies mit § 219a StGB in verfassungswidriger Weise geschieht, ist nicht zu sehen. Schließlich überzeugt auch der Einwand nicht, die Verfassung lasse das Verbot einer Werbung für gesetzlich unbeanstandetes Tun, wie es der Abbruch nach Beratung seit 1996 ist, nicht zu. Wäre das richtig, wäre auch des Ende 2015 errichtete Verbot der „geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ (§ 217 StGB) verfassungswidrig. Auch dort hat der Gesetzgeber die Förderung einer straflosen Handlung (der Selbsttötung) unter Strafe gestellt. Dass das klug ist,

kann man bezweifeln. Kriminalpolitik ist aber nicht schon deshalb verfassungswidrig, weil sie unklug ist. Es ist nicht zu erwarten, dass das anhängige Verfahren § 217 StGB zu Fall bringt. Im Bereich des Schwangerschaftsabbruchs hat das Verfassungsgericht schon 1993 gesagt, dass gerechtfertigte und nicht gerechtfertigte Abbrüche gleichbehandelt werden dürfen, wo das „Schutzkonzept“ des nach der Wiedervereinigung neu gestalteten Rechts es „erfordert“.

In diesem „Schutzkonzept“ ist es nach dem Gericht „staatliche Pflicht, den rechtlichen Schutzanspruch des ungeborenen Lebens im allgemeinen Bewusstsein zu erhalten und zu beleben“. Wenn der von einem Arzt vorgenommene Schwangerschaftsabbruch – wie nach dem seit 1996 geltenden Wiedervereinigungsrecht – in den ersten zwölf Wochen straffrei gestellt werde, müsse – so das Gericht – der Staat zugleich dem Eindruck entgegenreten, es handle sich um einen „alltäglichen, der Normalität entsprechenden Vorgang“, der „von der Rechtsordnung ... gutgeheißen werde“.

Wie aber soll das geschehen, wenn man das Bewerben des Abbruchs freigibt? In Wahrheit liegt es daher umgekehrt. Nicht das Werbeverbot ist verfassungswidrig, sondern seine Beseitigung. Nimmt man es aus dem Strafrecht heraus, gerät der mühsam erreichte fragile Kompromiss auch verfassungsrechtlich ins Wanken. Das kann sich niemand, der bei (kriminal)politischem Verstand ist, wünschen.

Auch die für das Gericht unverzichtbare, „dem Schutz des ungeborenen Lebens“ dienende Beratung, die dem Abbruch vorausgehen muss, würde durch Werbung konterkariert. Wer sie zulässt riskiert, dass das Verfassungsgericht die in der Bevölkerung mehrheitlich begrüßte Straffreistelung des Abbruchs nach Konfliktberatung kassiert. Dass ein noch „liberaleres“ Modell, wie vielleicht von manchen gewünscht, an seine Stelle träte, ist verfassungsrechtlich nicht denkbar.

Schließlich ist auch das Informationsrecht betroffener Frauen durch das Werbeverbot nicht verfassungswidrig beschränkt. Zum „Inhalt der Beratung“ gehört nach dem Verfassungsgericht „jede nach Sachlage erforderliche medizinische, soziale und juristische Information“. Sie enthält auch die Mitteilung, wo die betroffene

Frau einen Abbruch durchführen lassen kann. Dass ihr Informationsrecht nicht auch durch Werbung bedient werden darf, ist eine Einschränkung. Soll das zentrale Schutzelement der Beratung wirken, ist das aber hinzunehmen. Verfassungswidrig ist die Einschränkung nicht.

Schließlich geht auch eine 4. Begründung für Abschaffung fehl. Sie beruft sich auf die **statistische Bedeutungslosigkeit** des § 219a StGB. Die Statistik weist in der Tat nur zwei Verurteilungen in den vergangenen zehn Jahren auf. Unter rund 6.300.000 polizeilich registrierten Taten finden sich 2014 gleichfalls nur zwei. Dass diese Zahl 2016 auf 35 gestiegen ist, wird nicht einem Ansteigen der Taten, sondern dem Anzeigeeifer fanatischer Abtreibungsgegner zugeschrieben. Der Kriminologe Kinzig sieht in den Zahlen Zeichen, dass die Vorschrift „nicht mehr von einem gesellschaftlichen Konsens getragen“ wird. Er bezeichnet sie als „tot“. Das aber ist kein zwingender Schluss. Vielmehr liegt umgekehrt näher, dass es Konsens gibt, dass Werbung für Schwangerschaftsabbrüche unethisch ist und dass man sie deshalb lässt und dass die wenigen, die anders denken, jedenfalls das gesetzliche Verbot respektieren. Es wirkte dann so, wie ein strafrechtliches Verbot idealerweise wirken soll. Und das ist kein Grund es abzuschaffen, sondern es beizubehalten. Auf eine Befragung von Strafrechtswissenschaftlern, welche Strafvorschriften sie für „entbehrlich“ hielten, haben 2016 72 geantwortet. Niemand unter ihnen, auch folglich weibliche nicht, hat § 219a StGB genannt. Das sollte die Politik bedenken.

Zur Beilegung der Debatte

Moderater wird vorgeschlagen, nur die Wörter „anbietet, ankündigt“ zu streichen. Dazu ist richtig, dass ein solcher Federstrich es erleichtern würde, was 1974 auch in der Gesetzesbegründung stand, dass nämlich „die Unterrichtung der Öffentlichkeit (durch Behörden, Ärzte, Beraterstellen) darüber, wo zulässige Schwangerschaftsabbrüche durchgeführt werden, möglich sein“ müsse.

Auch würde namentlich Ärzten die Wahrnehmung eines Rechts, das das Bundesverfassungsgericht ihnen zugesprochen

hat, ohne strafrechtliches Risiko möglich. 2006 hat das Gericht gesagt: „Wenn die Rechtsordnung Wege zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen durch Ärzte eröffnet, muss es dem Arzt auch ohne negative Folgen für ihn möglich sein, darauf hinzuweisen, dass Patientinnen seine Dienste in Anspruch nehmen können.“ Hinzuzufügen ist, dass das auch deshalb gilt, weil das Gericht die Ärzteschaft ja 1993 sogar verpflichtet hat, die genannten „Wege“ zur Verfügung zu stellen. Bedenkt man dies, kann man einen Arzt/eine Ärztin aber auch ohne den Federstrich vom Strafbarkeitsrisiko befreien. Dazu reicht nämlich eine sachgemessene, dem in der Gesetzesüberschrift angedeuteten Zweck und der Verfassungslage entsprechende Auslegung des § 219a StGB aus. Danach kann die ins Netz gestellte bloße Information, dass legale Schwangerschaftsabbrüche zum Leistungsange-

bot einer Praxis/Klinik gehören und dass das dafür aufzubringende Honorar die Krankenkassen nicht zahlen, nicht strafbar sein. Denn einem solchen Anbieten/Ankündigen fehlt jeder dem „Anpreisen“ äquivalente, das Verbot aber allein auslösende Werbeeffect.

Und dieser Effekt muss, da die Strafdrohung für alle drei Varianten identisch ist, aus Gleichheitsgründen auch dem Anbieten/Ankündigen eignen. Zudem belegt der bloße Hinweis auf ein Honorar die gesetzlich verlangte Dominanz der Motivation, das Vermögen zu mehren, ersichtlich nicht. Niemand käme auf den Gedanken, einem Chirurgen beides zu unterstellen, der in seiner Praxis Amputationen gegen das gesetzlich zugelassene Honorar anbietet. Wer darin Werbung für eine Amputation sähe, ist nicht von dieser Welt. Beide erwähnten Urteile sind deshalb Fehlurteile, die sie stützende Literatur ist falsch. Es wäre gut, wenn

das OLG Frankfurt die Gelegenheit bekäme, dies durch eine verfassungskonforme Normauslegung zu sagen. Dann könnte es mit § 219a StGB bleiben, wie es ist.

Prof. Dr. iur. Dr. h.c.

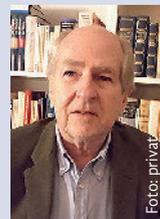
Thomas Hillenkamp

stellvert. geschäftsf.

Direktor des Instituts für deutsches, europäisches und internationales Medizinrecht,

Gesundheitsrecht und Bioethik (IMGB) der Universitäten Heidelberg und Mannheim

Mail: hillenkamp@jurs.uni-heidelberg.de



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

Ärzttekammer

Solide und zukunftsorientiert: Grundsteinlegung für neues Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer

Baupläne, eine tagesfrische Zeitung, die Dezember-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes, Organigramm und Tätigkeitsbericht der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) sowie die alte und neue Fassung des Genfer Gelöbnisses: Alles Dokumente, die Ärztekammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach bei der Grundsteinlegung für das neue Verwaltungsgebäude der LÄKH am 20. Dezember 2017 in die zylinderförmige Zeitkapsel rollte. Über 50 Gäste waren auf die Baustelle an der Hanauer Landstraße gekommen. Im zweiten Quartal 2019 soll das geplante Gebäude (Architekten: Meixner Schlüter Wendt GmbH) mit circa 5.400 Quadratmeter Bürofläche und Tagungsräumen bezugsfertig sein.

„Modern, aber nicht protzig und plakativ. Ein Objekt, das unseren Bedürfnissen und der Anforderung entspricht, die Interessen der Mitglieder und der Patienten zukunftsorientiert wahrnehmen zu können“, sagte von Knoblauch zu Hatzbach, der ge-



Die Zeitkapsel wird von Sozialminister Stefan Grüttner, LÄKH-Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Stadtrat Stefan Majer und Heinz-Günter Lang in den Grundstein versenkt (v. l.).

meinsam mit dem Hessischen Minister für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, dem Frankfurter Stadtrat und Dezernenten für Personal und Gesundheit, Stefan Majer, und Heinz-Günter Lang von Lang & Cie. Real Estate AG den Grundstein für das künftige Gebäude der Kammer legte.

Staatsminister Grüttner würdigte die Landesärztekammer als „zuverlässigen, kompetenten Partner der Landesregierung“, und Stadtrat Majer gratulierte zu der Wahl ihres zukünftigen Standortes in Frankfurt.

Katja Möhrle



Der Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen

1966 rief die hessische Landesärztekammer den Preis für die beste Dissertation der drei medizinischen Fakultäten in Hessen – Frankfurt, Gießen und Marburg – ins Leben. Seit dem Jahr 2000 trägt die mit 3.000 Euro dotierte Auszeichnung den Titel „Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen“ und wird jährlich verliehen. Mit der Auszeichnung sollen junge

Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler in der Medizin gefördert werden, darüber hinaus möchte die Landesärztekammer zugleich einen Beitrag zur Weiterentwicklung der medizinischen Forschung leisten. Jedes Jahr schlägt eine der drei Fakultäten der Landesärztekammer Hessen eine potentielle Preisträgerin bzw. einen potentiellen Preisträger vor. Das Präsidium der

Landesärztekammer entscheidet dann darüber, ob es sich diesem Vorschlag anschließt.

In dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes präsentiert die Preisträgerin des Jahres 2016 ihre Arbeit. Der Ende 2017 ausgezeichnete Preisträger wird in der kommenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes vorgestellt.

Richtungsselektivität kallosaler Verbindungen im primären visuellen Kortex

Promotionspreis: Vorstellung der Arbeit von Dr. med. Christiane Jungen

Für ihre Dissertation mit dem Titel „Direction Selectivity of Visual Callosal Connections“ ist die Ärztin Dr. med. Christiane Jungen (geb. Peiker) mit dem Promotionspreis 2016 der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet worden. Ihre Arbeit handelt von der kortikalen Verarbeitung visueller Reize im Bereich der Mittellinie des Gesichtsfeldes, welche zunächst in der kontralateralen Gehirnhälfte verarbeitet werden und bestimmte Informationen über das Corpus Callosum als vorbereitende unterschwellige Aktivität an die ipsilaterale Hirnhälfte weitergeben. Hier stellt Dr. med. Christiane Jungen (Foto) ihre Dissertation vor.

Ziel dieser Arbeit war es, die funktionellen Eigenschaften interhemisphärischer Informationseingänge für die kortikale Verarbeitung der Seheindrücke um die vertikale Mittellinie des Gesichtsfeldes zu charakterisieren. Dazu leiteten wir die elektrische Aktivität von Neuronen in der Übergangszone des primären visuellen Kortex mit Mikroelektroden extrazellulär ab. Zeitgleich zur Ableitung neuronaler Aktivität der empfangenden Hemisphäre wurde die Aktivität der sendenden Hemisphäre durch Kälteapplikation unterdrückt. So konnten wir neuronale Aktivität mit und ohne Einfluss der kontralateralen Hemisphäre untersuchen. Wir konnten die folgenden Eigenschaften kallosaler Verbindungen charakterisieren:

- 1) Kallosale Fasern übermitteln vor allem erregende Aktivität.
- 2) Der Einfluss ist besonders ausgeprägt bei denjenigen Empfängerneuronen, welche eine ähnliche Orientierungs- und Richtungsselektivität wie die Projektionsneurone aufweisen.
- 3) Neurone mit Präferenz für horizontale Konturen sind stärker durch kallosale Eingänge beeinflussbar. Auch scheint die kallosale Aktivität für horizontale Sehreize, besonders wenn sie sich über beide Gesichtshälften erstrecken, höher zu sein als für ähnliche, aber anders orientierte Reize.
- 4) Die Reduktion kallosaler Informationseingänge hat keinen Einfluss auf die Augendominanz der Zellen im primären visuellen Kortex
- 5) aber beeinflusst die durch Stimulation des ipsilateralen Auges hervorgerufene Aktivität stärker als die durch kontralaterale Stimulation induzierte.
- 6) Außerdem zeigte sich sowohl während des stimulationsfreien Intervalls als auch bei Stimulation in nur einem Halbfeld bereits eine beträchtliche Selektivität des kallosalen Einflusses.

Unsere Ergebnisse weisen deutlich darauf hin, dass kallosale Verbindungen für Reize, die die vertikale Mittellinie in Zukunft überschreiten könnten und dadurch relevant für beide visuelle Halbfelder würden, eine vorbereitende unterschwellige Aktivität vermitteln.

Wir nehmen an, dass kallosale Verbindungen im primären visuellen Kortex eine

wichtige und vorbereitende Rolle bei der Verarbeitung von Bewegung und Objekten spielen, welche die vertikale Gesichtsfeldlinie überschreiten. Außerdem können wir eine Beteiligung von kallosalen Verbindungen an binokularen Funktionen bestätigen, nicht jedoch am Zustandekommen binokulärer Neurone in der Übergangszone an sich. Diese einfachen Eigenschaften sind möglicherweise das Substrat für weitere Verarbeitungsschritte in höheren kortikalen Arealen. Da kallosale Verbindungen ähnliche anatomische und funktionelle Eigenschaften aufweisen, wurden sie auch als eine kontinuierliche Weiterführung des intrakortikalen lateralen Netzwerkes über die Mittellinie angesehen. Unsere Ergebnisse deuten ebenfalls in diese Richtung. Es ist denkbar, dass unsere Beobachtungen auch auf andere Verbindungen der gleichen Verarbeitungsstufe übertragen werden können. Vorbereitende Aktivität wäre nicht nur im primären visuellen Kortex, sondern auch in anderen kortikalen Systemen nützlich, wie zum Beispiel bei der Koordination komplexer bimanueller Bewegungen.

**Dr. med.
Christiane Jungen**
Kontakt:
c.jungen@uke.de



Foto: privat

Körper und Seele heilen – zwei Gesichter des Medizinischen Fortschritts

Bad Nauheimer Gespräch mit Prof. Dr. med. Sven Becker

Dass man heute um die Bedeutung der Psyche bei einer körperlichen Behandlung weiß, ist das Resultat einer langjährigen Entwicklung. Lag der Fokus der Medizin in der Vergangenheit vor allem auf dem wissenschaftlichen Fortschritt, nimmt nun auch die Menschlichkeit eine herausragende Rolle bei der Behandlung von Erkrankungen ein.

Doch in welchem Verhältnis stehen Heilung und Menschlichkeit? Dieser Frage widmete sich Prof. Dr. med. Sven Becker, Direktor der Frauenklinik des Universitätsklinikums Frankfurt/Main, in seinem Vortrag zum Bad Nauheimer Gespräch. Becker ist Vorstandsmitglied im Verein „Projekt Schmetterling e. V.“, der Patienten mit Krebsdiagnose eine umfassende psychoonkologische Betreuung anbietet (siehe HÄBL 12/2017 S. 723).

Menschlichkeit durch Heilung – Heilung durch Menschlichkeit?

„Medizin ist immer eingebettet in die Kultur der Menschlichkeit, beide beeinflussen einander. Doch das Verhältnis hat sich im Laufe der Zeit verändert. Während man sich früher Menschlichkeit als Folge von Heilung erhofft hat, ist die Menschlichkeit inzwischen Bestandteil des Heilungsprozesses“, so Becker. Zudem sei eine Heilung durch den medizinischen Fortschritt heute besser möglich denn je und erzeuge dadurch Menschlichkeit. Aber auch das Miteinander mit den Patienten habe sich gravierend verändert. Um diese Entwicklung nachzuvollziehen, nahm er die Zuhörerinnen und Zuhörer mit zu einer Reise in die Geschichte der Geburtshilfe.

Exkurs: Der historische Kreißsaal

„Sie alle kennen Hänsel und Gretel und ihre böse Stiefmutter. Aber haben Sie sich auch schon gefragt, was mit der leiblichen Mutter geschehen ist?“, fragte Becker. „Im 19. Jahrhundert sind viele Mütter bei der Geburt verstorben. Wir können also da-



Stellvertretend für das Bad Nauheimer Gespräch e. V. überreichten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (1.v.l.) und Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich (1.v.r.) den Vertretern des Projekts „Schmetterling e. V.“ Gardy Löpke (2.v.l.) und Prof. Dr. med. Sven Becker (2.v.r.), eine Spende über 3.000 Euro.

rauf schließen, dass die unmenschliche Situation der Kinder verursacht wurde durch eine medizinische Tragödie!“

Dass dies kaum noch vorkomme, sei ein Beispiel dafür, wie Medizin Menschlichkeit herstellen könne. Das sei den großen Fortschritten auf dem Gebiet der Geburtsmedizin zu verdanken, stellte Becker fest und verwies dabei unter anderem auf die Hygieneforschung, die Transfusionsmedizin, Antibiotika, revolutionäre Medikationen oder Kaiserschnitte.

Welche historischen Auswirkungen Medizin und Menschlichkeit haben können, demonstrierte Becker am Beispiel von Kaiser Wilhelm II., dessen linker Arm infolge einer Beckenendlage bei der Geburt gelähmt war. Als „unmenschliche Situation“ bezeichnete er die Strapazen, denen Wilhelm durch Therapieversuche und gesellschaftliche Ächtung ausgesetzt war. „Hier drängt sich die Frage auf, was für ein Mensch Wilhelm ohne die medizinischen Fehlentscheidungen geworden wäre und welchen Einfluss das auf sein Handeln gehabt hätte.“

Körper und Seele heilen – Medizin und Psychoonkologie

Neben dem wissenschaftlichen Fortschritt habe sich auch die Rolle des Arztes stark

gewandelt. Dieser sei heute nicht mehr nur Heiler, sondern auch Versorger und Kümmerer – ein „Mentalitätswechsel“, so Becker. „Menschlichkeit ohne Heilung ist nur ein ‚Notpflaster‘, aber Heilung ohne Menschlichkeit ist heute undenkbar. Hier setzt die Psychoonkologie an.“

Diese sei unverzichtbar geworden, weil man sich „insgesamt mehr um die Menschen kümmert“, so Becker. Das treffe nicht mehr nur auf den Heilungsvorgang zu, sondern auch auf die Zeit danach. Denn wer geheilt wird, muss anschließend mit einer Krankheit wie Krebs weiterleben. Und dort, wo es keine medizinische Heilung mehr gebe, dürfe die Menschlichkeit nicht aufhören. „Hier setzt die Psychoonkologie an: Sie hilft beim Weiterleben, sie begleitet beim Sterben und sie unterstützt das Umfeld des Patienten“, resümiert Becker. Die Menschlichkeit sei ein integraler Bestandteil moderner Medizin. Und unabhängig davon, ob eine Heilung möglich sei oder nicht – bei schweren Diagnosen brauche es immer Bewältigungskonzepte und Unterstützung für Patientinnen und Patienten: „Oftmals geht es in scheinbar ausweglosen und unmenschlichen Situationen schlicht und ergreifend darum, Trost zu spenden.“

Caroline McKenney



Datenschutz 2.0

Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt ?

Teil II

Diese Reihe soll aufzeigen, wie sich die fiktive Arztpraxis Dr. Arslan/Müller den neuen Herausforderungen im Datenschutz stellt. Bitte beachten Sie, dass es mehrere Möglichkeiten gibt, die datenschutzrechtlichen Vorgaben einzuhalten, und die gewählten Beispiele nur der Veranschaulichung dienen.

Nachdem in Teil I (HÄBL 01/2018, S. 26) die Informations- und Auskunftspflichten der Praxis Dr. Arslan/Müller im Vordergrund standen, beschäftigt sich dieser Teil mit der Datenschutz-Folgenabschätzung. Der Qualitätszirkel von Herrn Müller, an dem auch die fiktiven Ärzte Frau Grimm, die in einer Einzelarztpraxis tätig ist, und Herr Dr. Dahlmann, Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, teilnehmen, stellt sich dieser Herausforderung.

Fiktives Fallbeispiel

Frühsummer 2018 – in ganz Hessen gelten seit dem 25. Mai 2018 neue Regelungen im Bereich des Datenschutzes. Jeden ersten Mittwoch im Monat trifft sich der Qualitätszirkel von Herrn Müller. Auf Wunsch von Frau Grimm ist das Thema dieses Abends die Datenschutz-Folgenabschätzung nach der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO). Eingeladen ist auch der fiktive Rechtsanwalt Albrecht.

Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA), Art. 35 EU-DSGVO

Frau Grimm berichtet, dass sie auf einer Veranstaltung zum neuen Datenschutzrecht gehört habe, dass jede Arztpraxis ab sofort eine DSFA durchführen müsse. Rechtsanwalt Albrecht runzelt die Stirn.

Albrecht: So ganz stimmt das nicht. Eine DSFA muss beispielsweise durchgeführt werden, wenn der Verarbeitung von personenbezogenen Daten aufgrund der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung ein hohes Risiko innewohnt.

Dr. Dahlmann: Und das heißt?

Albrecht: Nun ja, wenn beispielsweise durch die Verarbeitung der Daten ein Bruch der ärztlichen Schweigepflicht zu befürchten ist. Ziel der DSFA ist es, hier mögliche Risiken bei der Datenverarbeitung zu benennen und deren Eintritt durch geeignete Maßnahmen zu verhindern.

CAVE

Zum Begriff des Risikos werden die Datenschutzaufsichtsbehörden noch eine Kurzinformation veröffentlichen, die – Stand Dezember 2017 – noch nicht vorliegt. Sobald diese Kurzinformation veröffentlicht wird, werden wir Sie informieren.

An der Anmeldung einer Arztpraxis können solche Risiken entstehen. Sofern diesen Risiken nicht mit technisch-organisatorischen Maßnahmen, beispielsweise durch eine „Anmeldebox“, begegnet werden kann, kann eine DSFA angezeigt sein.

Müller: Wir haben bereits eine DSFA für unsere Anmeldung in der Praxis durchgeführt und deren Abläufe dort neu organisiert. Nachdem an der Anmeldung immer wieder Patienten gewartet haben und Informationen über andere Patienten hören konnten, haben wir in Zusammenarbeit mit Herrn Albrecht und unserem Daten-

schutzbeauftragten diese als datenschutzrechtliches Problem gesehen. Wir haben dann überlegt, wie wir das Problem lösen können.

Grimm: Haben Sie die DSFA dann für die Anmeldung jedes einzelnen Patienten durchgeführt?

Albrecht: Nein, wir haben die Verarbeitungsprozesse an der Anmeldung durchdacht und überlegt, wie die Patienten sich anmelden können, ohne dass der Praxisbetrieb zu sehr ins Stocken gerät und der Datenschutz gewahrt wird.

Müller: Zunächst haben wir den Wartebereich für Patienten an der Anmeldung aufgelöst. Die Patienten warten jetzt nur noch im Wartezimmer oder in den Behandlungsräumen. Und es liegen keine Patientenunterlagen mehr an der Anmeldung, die andere Patienten sehen könnten.

Grimm: Und was macht ihr, wenn ein Patient an der Anmeldung steht und ein anderer Patient kommt in die Praxis? Der wartet dann in dem Bereich und kann hören, worüber an der Anmeldung gesprochen wird?

Müller: Das ist ein Punkt, über den wir lange diskutiert und zu dem wir auch den Hessischen Datenschutzbeauftragten um Beratung gebeten haben. Mit Hilfe von organisatorischen Maßnahmen wollen wir das Problem lösen. Unsere Sprechstundenhilfen werden in dieser Situation kurz das Gespräch unterbrechen und den Namen des ankommenden Patienten aufnehmen und ihn ins Wartezimmer schicken. Wenn ein Platz an der Anmeldung frei wird, rufen wir den im Wartezimmer wartenden Patienten auf. Wir schauen jetzt, ob und wie das läuft. Falls erforderlich, werden wir nachsteuern müssen.

Dr. Dahlmann: Und das Nennen der Namen ist kein Problem? Das sind doch auch personenbezogene Daten?

Müller: Wir haben zunächst überlegt, Nummern an die Patienten zu vergeben. Aber das hat uns dann zu sehr an ein Einwohnermeldeamt erinnert. Fundament unserer ärztlichen Tätigkeit ist das persönliche Verhältnis und Vertrauen zwischen den Patienten und uns. Das würde leiden, wenn wir die Patienten nicht mit ihren Namen ansprechen.

Dr. Dahlmann: Und ihr habt wirklich den Hessischen Datenschutzbeauftragten eingeschaltet?

Müller: Wir mussten, weil wir nicht zu allen Risiken entsprechende Maßnahmen ergriffen haben (Art. 36 Abs. 1 EU-DSGVO). Das hat aber sehr gut geklappt und auch nicht zu einer datenschutzrechtlichen Prüfung unserer Praxis geführt.

Dr. Dahlmann: Bin ich froh, dass ich in einer reinen Bestellpraxis tätig bin und sich meine Patienten nicht sehen. Da muss ich mir über die Anmeldung weniger Gedanken machen.

CAVE

Eine DSFA sollte in folgenden Schritten ablaufen:

1. Bestimmung der Verarbeitungsvorgänge und Abschätzung von deren Risiken (hierzu hat die Datenschutzkonferenz eine Kurzinformation angekündigt, die derzeit noch nicht vorliegt. Sobald diese vorliegt, werden wir Sie informieren).
2. Durchführung der DSFA (zum Ablauf einer DSFA finden Sie eine Kurzinformation auf der Homepage des Hessischen Datenschutzbeauftragten unter dem Punkt „Datenschutz“, Unterpunkt „Neues Datenschutzrecht“).
3. Umsetzung der gebotenen Sicherheitsmaßnahmen.
4. Anschließend ggf. noch Konsultation des Hessischen Datenschutzbeauftragten, sofern keine geeigneten Maßnahmen ergriffen werden konnten, um das Risiko zu beseitigen.
5. Fortlaufende Überprüfung und, falls erforderlich, Anpassung der DSFA.
6. Denken Sie an die Dokumentation der DSFA!

CAVE

Dem Hessischen Datenschutzbeauftragten sind folgende Informationen bei einer Konsultation zur Verfügung zu stellen:

- ggf. Angaben zu den jeweiligen Zuständigkeiten der Ärzte und der an der Verarbeitung beteiligten Dritten (z. B. Abrechnungsunternehmen)
- die Zwecke und die Mittel der beabsichtigten Verarbeitung;
- die zum Schutz der Rechte und Freiheiten der Patienten vorgesehenen Maßnahmen und Garantien;
- ggf. die Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten;
- die DSFA;
- alle sonstigen von dem Hessischen Datenschutzbeauftragten angeforderten Informationen.

Auch wenn der Hessische Datenschutzbeauftragte nur beratend tätig wird, hat er die Möglichkeit, Verarbeitungsprozesse zu untersagen und bei Nichtbefolgung Bußgeldverfahren einzuleiten.

Grimm: Hm, diese DSFA klingt nach viel Arbeit, aber es dürfte machbar sein. Gibt es eine Liste, wann eine DSFA durchgeführt werden muss? Und zu welchem Zeitpunkt muss die DSFA durchgeführt werden?

Albrecht: Die DSFA ist grundsätzlich vor der Datenverarbeitung vorzunehmen.

Der Hessische Datenschutzbeauftragte wird eine Liste der Verarbeitungsvorgänge erstellen, bei denen eine DSFA erforderlich ist (diese liegt derzeit noch nicht vor).

Unabhängig hiervon ist eine DSFA außerdem erforderlich, wenn eine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt und weitere risikorelevante Faktoren hinzukommen.

Dr. Dahlmann: Wann liegt denn eine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten vor?

Albrecht: Das ist leider noch nicht ganz abschließend geklärt. In den Erwägungsgründen zur EU-DSGVO steht zumindest, dass „die Verarbeitung von personenbezogenen Daten ... nicht als umfangreich gelten – sollte –, wenn die Verarbeitung von personenbezogenen Daten von Patienten durch einen einzelnen Arzt erfolgt“ (Er-

wägungsgrund 91 zu der EU-DSGVO). Dann sollte eine DSFA nicht zwingend vorgeschrieben sein.

Grimm: Dann muss ich in meiner Einzelarztpraxis keine DSFA durchführen?

Albrecht: Nein, zumindest nach Ansicht von mehreren Ärztekammern nicht. Aber Sie müssen auch ohne DSFA den Datenschutz gewährleisten. Eine Prüfung des Risikos der Datenverarbeitung ist auf jeden Fall sinnvoll.

CAVE

Der Hessische Datenschutzbeauftragte stellt auch bei einer Einzelarztpraxis auf die Frage ab, ob ein hohes Risiko bei der Datenverarbeitung vorliegt. Dies könnte beispielsweise bei der Verarbeitung humangenetischer Laborparameter der Fall sein. Sofern das Vorliegen eines hohen Risikos festgestellt wird, ist nach Ansicht des Hessischen Datenschutzbeauftragten dann auch in einer Einzelarztpraxis die Durchführung einer DSFA erforderlich. Wir empfehlen Ihnen daher, in jedem Fall eine Risikoanalyse durchzuführen und das Ergebnis zu dokumentieren. Sollte die Risikoanalyse zu dem Ergebnis kommen, dass ein hohes Risiko besteht, ist es an Ihnen zu entscheiden, ob Sie das Risiko eines – nach derzeitigem Stand ergebnisoffenen – Bußgeldverfahrens eingehen wollen.

Dr. Dahlmann: Ich arbeite mit zwei Kollegen in einer psychotherapeutischen Gemeinschaftspraxis. Müssen wir eine DSFA durchführen?

Albrecht: Die Grenzziehung, wann eine umfangreiche Verarbeitung von Patientendaten vorliegt ist schwierig und umstritten. Abschließend werden das erst die Gerichte klären. Wenn Sie kein Risiko eingehen wollen, empfehle ich Ihnen, eine DSFA durchzuführen.

CAVE

Die Mindestanforderungen für eine DSFA sind in der EU-DSGVO festgelegt (Art. 35 Abs. 7 EU-DSGVO):

- Eine systematische Beschreibung der geplanten Verarbeitungsvorgänge und

der Zweck der Verarbeitung, ggf. auch das verfolgte berechnete Interesse.

- Eine Bewertung der Notwendigkeit und Verhältnismäßigkeit der Verarbeitungsvorgänge in Bezug auf den Zweck.
- Eine Bewertung der Risiken für die Rechte und Freiheiten der Patienten.
- Die zur Bewältigung der Risiken geplanten Abhilfemaßnahmen.

Dr. Dahlmann: Und wer bezahlt das?

Albrecht: Es ist eine gesetzgeberische Entscheidung gewesen, neue Regelungen im Bereich des Datenschutzes zu schaffen, die jeden Wirtschaftszweig betreffen. Die Kosten haben leider die Verantwortlichen zu tragen.

Grimm: Und was soll die DSFA bringen?

Müller: Es ist wie beim Qualitätsmanagement – es geht darum, Risiken zu erkennen, Abläufe zu hinterfragen und diese präventiv zu verbessern. Die Datenver-

arbeitung wird immer umfassender und die Verantwortung der Ärzte – auch im Bereich des Datenschutzes – immer größer.

Dr. Dahlmann: Brauchen wir dann auch einen Datenschutzbeauftragten?

Mit dieser Frage wird sich Teil III der Serie im nächsten Hessischen Ärzteblatt beschäftigen.

Zusammenfassend wird festgehalten, dass in einer Arztpraxis eine DSFA durchzuführen ist, wenn

- durch die Form der Verarbeitung ein hohes Risiko für die Rechte und Freiheiten der Patienten besteht (dies kann nach Ansicht des Hessischen Datenschutzbeauftragten auch bei einer Einzelarztpraxis der Fall sein) oder
- eine umfangreiche Verarbeitung von Gesundheitsdaten erfolgt und weitere risikorelevante Faktoren hinzukommen.

Andreas Wolf
Syndikusrechtsanwalt, Rechtsreferent, Datenschutzbeauftragter, Landesärztekammer Hessen



Am 21. Februar 2018 ist eine Fortbildungsveranstaltung der Akademie der Landesärztekammer Hessen zu der EU-DSGVO geplant (siehe Seite 103):

Datenschutz 2.0 – Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt?

Mi., 21. Februar 2018, 15–18.45 Uhr

Leitung: André A. Zolg, M.Sc. und Andreas Wolf, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: Bärbel Buß,

Fon: 06032 782-202

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Bücher



Nataly Bleuel, Christian Esser, Alena Schröder:
Herzessache – Organspende: Wenn der Tod Leben rettet

Bertelsmann 2017. Gebundene Ausgabe, 192 Seiten, € 20.00
ISBN: 9783570101094

„Das Thema Organspende ist eine komplexe, vielschichtige Zumutung. Eine Zumutung, der wir uns alle stellen sollten, schließlich geht es um Leben und Tod.“

Die drei Autoren haben hierzu eine Vielzahl von teils kontroversen und sehr zum Nachdenken herausfordernden, originären Erlebnisberichten und sachkundigen Kommentaren aufgeschrieben. Von Spenderangehörigen, von Organempfängern, von den beteiligten Ärzten, von den Pflegekräften, von professionellen

Koordinatoren, von Kennern der gesetzlichen Regulierungen und der politischen Szene.

Wie steht es medizinisch und ethisch um den genau festzustellenden Hirntod? Wie vertragen sich die wiederstreitenden Prinzipien von Erfolgsaussicht und Dringlichkeit bei der Organverteilung? Wie ist die geforderte Chancengleichheit für die Patienten auf der Warteliste zu gewährleisten? Wie kann die tatsächliche Spendenbereitschaft gesteigert werden? Wie leben die Empfänger mit dem geschenkten Organ weiter? Welche Gedanken und Gefühle haben die Angehörigen der Organspender?

Das Credo der Autoren: „Für die Zukunft der Organspende in Deutschland ist es wichtig, dass die Öffentlichkeit mehr über sie erfährt.“ Zum letztlich nie endgültig lösbaren gesellschaftlichen, medizinischen und ethischen Thema gibt dieses packende Buch mit seiner Empathie weitertragende Anstöße.

Dr. med. H. Christian Piper
Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie

Haftungsrecht: Ermittlung des medizinischen Standards

Arzthaftungsverfahren sind regelmäßig Gutachterverfahren. Der medizinische Sachverständige ist letztendlich derjenige, der aufgrund seiner Fachkenntnisse einen Rechtsstreit „entscheidet“. Er hat stets zu klären, ob die ärztliche Behandlung dem aktuellen medizinischen Standard zuwiderläuft.

Dieser Standard gibt Auskunft darüber, welches Verhalten von einem gewissenhaften und aufmerksamen Arzt in der konkreten Behandlungssituation aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs im Zeitpunkt der Behandlung vorausgesetzt und erwartet werden kann. Er repräsentiert den jeweiligen Stand der naturwissenschaftlichen Erkenntnisse und der ärztlichen Erfahrung, der zur Erreichung des ärztlichen Behandlungsziels erforderlich ist und sich in der Erprobung bewährt hat (BGHZ 188, 29 = VersR 2014, 879 Rn. 11). Handlungsanweisungen in Leitlinien ärztlicher Fachgremien oder Verbände dürfen nicht unbesehen mit dem medizinischen Standard gleichgesetzt werden. Dies gilt in besonderem Maße für Leitlinien, die erst nach der zu beurteilenden medizinischen Behandlung veröffentlicht worden sind. Leitlinien ersetzen kein Sachverständigengutachten (BGH, Urteil vom 15. April 2014, Az. VI ZR 382/12).

In einer Entscheidung hat sich der Bundesgerichtshof mit Urteil vom 24. Februar 2015 (NJW 2015, 1601 f) mit der Frage der Ermittlung des Standards im Rahmen eines Rechtsstreits auseinandergesetzt, da den Instanzgerichten bei ihrer Wertung immer wieder Fehler unterlaufen. Der Senat kommt zu dem Ergebnis, dass die Ermittlung des Standards grundsätzlich Sache des Tatrichters ist. Das Ergebnis der tatrichterlichen Würdigung kann revisionsrechtlich nur auf Rechts- und Verfahrensfehler überprüft werden, also insbesondere darauf, ob ein Verstoß gegen Denkgesetze und allgemeine Erfahrungssätze vorliegen, das Gericht den Begriff des medizinischen Standards verkannt oder den ihm unterbreiteten Sachverhalt nicht erschöpfend gewürdigt hat.

Die Frage, welche Maßnahmen der Arzt aus der berufsfachlichen Sicht seines Fachbereichs unter Berücksichtigung der in seinem Fachbereich vorausgesetzten Kenntnisse und Fähigkeiten in der jeweiligen Behandlungssituation ergreifen muss, richtet sich aber in erster Linie nach medizinischen Maßstäben, die der Tatrichter mithilfe eines Sachverständigen zu ermitteln hat. Er darf den medizinischen Standard nicht ohne eine entsprechende Grundlage in einem Sachverständigengutachten oder gar entgegen den Ausführungen des Sachverständigen aus eigener Beurteilung heraus festlegen. So ist es beispielsweise unzulässig, wenn das Gericht bei der Beurteilung einer erforderlichen Befunderhebung seine Entscheidung damit begründet, dass die EKG-Untersuchungen in den Leitlinien und Fachinformationen nur empfohlen

und lediglich in der Literatur für indiziert gehalten werde (zum Beispiel OLG Koblenz, Urteil vom 29. Januar 2013, Az. 5 U 1175/1, BeckRS 2015, 05144). Dies hat seinen Grund darin, dass auch im Arzthaftungsrecht der objektivierte zivilrechtliche Fahrlässigkeitsbegriff dass § 276 Abs. 2 BGB maßgeblich ist, wonach der Arzt für die Einhaltung der objektiv erforderlichen Sorgfalt einzustehen hat. Er muss die Voraussetzungen einer dem medizinische Standard entsprechenden Behandlung kennen und beachten. Für einen dem Standard zuwiderlaufendes Vorgehen ist er haftungsrechtlich auch dann verantwortlich, wenn dieses aus seiner persönlichen Lage heraus subjektiv als entschuldbar erscheinen mag (so schon BGHZ 113, 197, 303).

Singemäß dasselbe gilt für die Einstufung eines ärztlichen Fehlverhaltens als grob fahrlässig. Zwar handelt es sich hierbei um eine juristische Wertung, die dem Tatrichter obliegt. Indes muss diese wertende Entscheidung in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden und sich auf die medizinische Bewertung des Geschehens durch den Sachverständigen stützen können. Es ist dem Tatrichter daher nicht gestattet, den Behandlungsfehler ohne entsprechende Darlegungen aufgrund eigener Wertung als grob oder nicht grob zu qualifizieren (BGH, NJW 2011, 2508).

Fazit

Die Frage nach dem anzuwendenden medizinischen Standard richtet sich in erster Linie nach medizinischen Maßstäben, die das Gericht mit Hilfe eines Sachverständigen zu ermitteln hat. Das Gericht darf den medizinischen Standard grundsätzlich nicht ohne eine entsprechende Grundlage in einem Gutachten oder gar entgegen den Ausführungen des Sachverständigen aus eigener Beurteilung heraus festlegen. Auch bei der juristischen Wertung eines Behandlungsfehlers als „grob“ muss diese in vollem Umfang durch die vom ärztlichen Sachverständigen mitgeteilten Fakten getragen werden, und sich auf die medizinische Bewertung des Behandlungsgeschehens durch den Sachverständigen stützen können.

Dr. iur.

Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt,

Fachanwalt für MedR

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de



Foto: Jens Hagenel

Frankfurter Ärzte gegen Atomkrieg gratulieren ICAN zum Friedensnobelpreis

Dieses Jahr wurde der Friedensnobelpreis am 10. Dezember an ICAN verliehen, die „Internationale Campagne zum Verbot der Atomwaffen“. Zu dem Verbund gehören auch die IPPNW („Internationale Ärzte zur Verhütung eines Atomkriegs“), deren Frankfurter Regionalgruppe jetzt zusammen mit dem Verein „Friedens- und Zukunftswerkstatt e. V.“ mit einer Feierstunde der ICAN gratulierte.

Durch den Friedensnobelpreis gewürdigt wurden die erfolgreichen Bemühungen des Verbundes von über 400 Nichtregierungsorganisationen (NGO) und Regierungen von 122 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen, die Zustimmung zu einem „Vertrag zur Abschaffung aller Atomwaffen“ zu erreichen. Dieser offizielle UN-Vertrag wird Völkerrecht, wenn mehr als 50 Nationen den Vertrag ratifiziert haben werden. Bisher hat dies der Vatikanstaat sofort getan.

Unter der Moderation von Ulrike Holler sprach Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein (Gründungs- und Ehrenvorstandsmitglied der IPPNW und Paracelsus-Preisträger) über die wachsenden Gefahren eines Atomkriegs sowie die verstärkten Gefahren der Nuklearwaffen. Dr. med. Helmut Lohrer (IPPNW-Vorstandsmitglied und Mitarbeiter im ICAN) berichtete über die Entstehungsgeschichte und Aktivitäten der bisher einmaligen Kampagne der Zivil-

gesellschaft, die das Verbot aller Atomwaffen fordert.

Schriftliche Statements vom Präsidenten der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, und vom Frankfurter Oberbürgermeister Peter Feldmann wur-



den verlesen. Der LÄKH-Präsident: „Braucht die Welt Atomwaffen, um den Frieden zu erhalten, und wären die Folgen eines Atomwaffeneinsatzes beherrschbar? Beide Fragen sind aus ärztlicher Sicht klar zu verneinen. Um den Frieden zu bewahren, bedarf es des Miteinanders im Dialog...“

Feldmann übermittelte unter anderem: „Schon im März beteiligte sich unsere Stadt Frankfurt, die auch Mitglied im Netzwerk ‚Mayors for Peace‘ ist, an der bundesweiten Aktionswoche ‚Ja zu einem Atomwaffenverbot.‘“

Weitere Unterstützung wurden von Sprecherinnen und Sprechern der Evangelischen Kirche, von Pax Christi, der Deutschen Friedensgesellschaft, der Friedens- und Zukunftswerkstatt, des DGB Frankfurt und von ATTAC vorgetragen.

Dr. med. Helmut Lohrer, Mitglied des internationalen IPPNW-Vorstands und aktiv bei ICAN, berichtete über die Entwicklung der ICAN-Kampagne. Diese ging vom internationalen IPPNW-Direktorium aus, über die Zusammenarbeit mit über 400 zivilgesellschaftlichen Organisationen und nicht-atomaren Regierungen, darunter insbesondere auch Österreichs. So gelang es, dass in der offiziellen UN-Vollversammlung der Vertrag zum Verbot aller Atomwaffen zur Diskussion gestellt wurde, und später dieser „Treaty for the Prohibition of Nuclear Weapons“ von 122 Mitgliedsstaaten der Vereinten Nationen, allerdings keinem Atomwaffenstaat, verabschiedet wurde. Die Frankfurter Feierstunde endete mit einer engagierten Diskussion mit dem Auditorium.

Matthias Jochheim

Ärztlicher Psychotherapeut (Frankfurt),
Internationale Ärzte
für die Verhütung des Atomkrieges,
Ärzte in sozialer Verantwortung e. V.
(IPPNW), Regionalgruppe
Frankfurt/Main
E-Mail: matthias.jochheim@t-online.de

Kliniken meldeten über 32.000 potenzielle Gewebespende

Das Engagement der Kliniken in der Gewebespende hat sich deutlich verbessert: Die Anzahl der eingegangenen Verstorbenermeldungen bei der Deutschen Gesellschaft für Gewebetransplantation (DGFG) ist in den vergangenen drei Jahren um mehr als 20 Prozent auf über 32.000 Meldungen in 2017 gestiegen. 2.322 Menschen haben im vergangenen Jahr Gewebe gespendet. Zum ersten Mal konnten 4.726 Menschen mit einem Gewebetransplantat zeitnah und sicher versorgt werden.

Im offenen Netzwerk der DGFG kooperieren mehr als 80 Kliniken und unterstützen die Gewebespende durch die Meldung möglicher Gewebespende.

3.135 Patienten erhielten 2017 ein Hornhauttransplantat von der DGFG. Im Durchschnitt werden pro Jahr rund 6.000 Hornhauttransplantationen in Deutschland gezählt. Außerdem wurden von der DGFG insgesamt 55 Herzklappen zur Transplantation vermittelt werden. Der Bedarf dieser Gewebe in der Transplantationsmedizin ist nach wie vor sehr

hoch. Herzklappen und Blutgefäße stammten bisher aus der Organspende. Die DGFG hat im vergangenen Jahr ein Programm zur Spende kardiovaskulärer Gewebe (KVG) von Herz-Kreislauf-Verstorbener erfolgreich etablieren können. Herzklappen und Blutgefäße können noch bis zu 36 Stunden nach Todeseintritt entnommen werden. Kommt ein Verstorbener für eine KVG-Spende in Frage, kontaktieren die Gewebespendekoordinatoren der DGFG die Angehörigen und klären diese dazu auf. (red)



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!

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ -

Pädiatrische Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde und Infektiologie

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

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Geriatrische Grundversorgung

Block II: Mi., 14. – Sa., 17. Februar 2018

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,

Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühr: € 480 (Akademiestatistiker € 432)

Ort: Darmstadt, Agaplesion Stiftssaal

Max. Teilnehmerzahl: 30

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation

gem. Hess. Hygieneverordnung

Schwerpunkt: Rehabilitation und hausärztliche Versorgung

Do., 08. – Fr., 09. Februar 2018 **15 P**

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

Dr. med. S. Hofmann

Gebühr: € 300 (Akademiestatistiker € 270)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Basisseminar

Fr., 23. – Sa., 24. Februar + Fr., 13. – Sa., 14. April 2018

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Datenschutz

Datenschutz 2.0 -

Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt?

Mi., 21. Februar 2018, 15:00 – 18:45 Uhr **6 P**

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 21. April 2018, 09:00 – 15:15 Uhr **8 P**

Gebühr: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

Leitung: A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt

Max. TN-Zahl: 20

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

Modul 3 – Advanced: Mo., 05. – Fr., 09. März 2018 **36 P**

Modul 2 – Fellow: Mo., 04. – Fr., 06. Juni 2018 **40 P**

Ort: Modul 2, Frankfurt

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl,

Prof. Dr. med. S. Herold,

Dr. med. J. Kessel

Gebühr: je Modul € 1.000

(Akademiestatistiker € 900)

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)

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Sa., 28. April 2018, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. Ibrahim Rüschoff, Darmstadt

Gebühr: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfallmedizin

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 07. März 2018 6 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo. 05. – Fr. 09. Februar 2018 40 P

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld

Gebühr: € 680 (Akademiestatistiker € 612)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 09. – So., 11. März 2018 30 P

Gebühr: € 420 (Akademiestatistiker € 378)

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

M. Leimbeck, Braunfels

38. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF).

Mo., 23. – Sa., 27. April 2018 55 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. J. Bojunga

Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt

Gebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ia: **Fr., 16. – Sa., 17. Februar 2018** 12 P

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ib: **Fr., 23. – Sa., 24. März 2018** 12 P

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ic: **Fr., 20. – Sa., 21. April 2018** 16 P

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

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

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 (Akademiestatistiker € 180)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 21. April 2018, 09:00 – 16:15 Uhr 8 P

Gebühr: je € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Kenntniskurs (Theoretische und praktische Unterweisung)

Mi., 07. Februar 2018

Gebühr: Theorie: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

Praxis: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

Grundkurs

Fr., 16. – Sa., 17. Februar 2018 + ein praktischer Halbtage (Auswahltermine f. d. prakt. Halbtage stehen noch nicht fest)

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Leitung: Prof. 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

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?

Koronare Herzkrankheit

3 P

Mi., 25. April 2018, 19:00 – 21:30 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,

Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Gebühr: € 30

Ort: **Frankfurt**, Landesärztekammer

Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,

E-Mail: christina.ittner@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 (Akademiestatistiker € 162)

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

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 27. – Sa., 28. April 2018

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,

Prof. Dr. rer. nat. H. Haid

Gebühr: € 360 (Akademiestatistiker € 324)

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,

E-Mail: andrea.flören@laekh.de



Ultraschall

Gefäße

**Interdisziplinärer Grundkurs
der Doppler-Duplex-Sonographie in der Angiologie**
Do., 22. – Fr., 23. Februar 2018 (Theorie)
Sa., 24. Februar (Praktikum)
Gebühr: € 500 (Akademiestatistiker € 450)

**Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der
extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße**
Do., 21. – Fr., 22. Juni 2018 (Theorie)
Sa., 23. Juni 2018 (Praktikum)
Gebühr: € 420 (Akademiestatistiker € 378)
Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

**Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der
peripheren Arterien und Venen**
Fr., 30. November 2018 (Theorie)
Sa., 01. Dezember 2018 (Praktikum)
Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)
Ort Praktikum: Frankfurt

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

**Abdomen und Retroperitoneum
Aufbaukurs**
Fr., 02. – Sa., 03. März 2018 (Theorie)
+ zwei Termine (je 5 Std.) (Praktikum)
Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

Abschlusskurs
Sa., 03. November 2018 (Theorie)
+ zwei Termine (je 5 Std.) (Praktikum)
Gebühr: € 380 (Akademiestatistiker € 342)

**Leitung der Kurse
für Abdomen:** Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Refresher CEUS – kontrastmittelverstärkte Sonographie
Termin in Planung!
Leitung: Dr. med. A. Ignee, Bad Mergentheim

Aufbaumodul Schilddrüse
Sa., 09. Juni 2018, 09:00 – 17:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 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

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonflikt- beratung nach § 218 (StGB)

Sa., 24. Februar 2018 **10 P**
Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder/Havel
Gebühr: € 160 (Akademiestatistiker € 144)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeitsmedizin

**Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische
Betreuung von Arztpraxen (AbBA)**
FOBI: Refresher **Mi., 14. März 2018** **6 P**
MIMA - Erstschtulung **Mi., 25. April 2018** **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Gebühr: € 110 (Akademiestatistiker € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge „Lärm“
Fr., 23. – Sa., 24. Februar 2018
Beginn Telelernphase: 22. Januar 2018
Gebühr: € 400 (Akademiestatistiker € 360)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg
Prof. Dr. rer. nat. J. Kießling
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Ernährungsmedizin

Block 1: Fr., 23. – Sa., 24. Februar 2018
Block 2 + 4: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018
Block 3: Fr., 20. – Sa., 21. April 2018
Zwischenprüfung: Mi., 25. April 2018
Block 5a: Fr., 27. – Sa., 28. April 2018
Block 5b: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018
Block 5c + 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/Block: 1, 3: je € 210 (Akademiestatistiker € 189)
2 + 4, 5a, 5b: je € 280
(Akademiestatistiker € 252)
5c + 6 inkl. Fallbeispiele und Klausur:
€ 490 (Akademiestatistiker € 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., 16. Mai 2018, 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 01. – Fr., 02. Februar 2018 **16 P**

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

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

Mo., 09. – Fr., 13. April 2018 **40 P**

Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen

Gebühr: € 850 (Akademiestatistiker € 765)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 05032 782-209
E-Mail: heike.cichon@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 (Akademiestatistiker € 612)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

B1 **Mi., 21. – Mi., 28.02.2018**

Beginn Telearnphase: 22. Januar 2018

C1 **Mi., 23. – Mi., 30. Mai 2018**

Beginn Telearnphase: 23. April 2018

Gebühr: jeweils € 600 (Akademiestatistiker € 570)

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

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

Palliativmedizin

Fallseminar Aufbaukurs Modul 2 **40 P**

Mo., 11. – Fr., 15. Juni 2018

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Gebühr: € 650 (Akademiestatistiker € 585)

Fallseminar Modul 3 **40 P**

Mo., 12. – Fr., 16. November 2018

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: € 750 (Akademiestatistiker € 675)

Kurs-Weiterbildung (Basiskurs) **40 P**

Di., 03. – Sa., 07. Juli 2018

Leitung: Dr. med. K. Mattekot

Gebühr: € 650 (Akademiestatistiker € 585)

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 3/Wahlthema: Fr., 09. – Sa., 10. Februar 2018

Kursteil 4: Fr., 02. – Sa., 03. März 2018

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Orte: Kursteile 1 – 3:

Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS

Kursteil 4: **Friedrichsdorf**, Salus Klinik

Gebühr je Kursteil: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
E-Mail: ingrid.krahe@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., 09. – Sa., 10. März 2018 (ausgebucht)

Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018 (ausgebucht)

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 (Akademiestudenten € 252)

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

Kurs A: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Kurs B: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühren: Kurs C € 150
(Akademiestudenten € 135)
Kurs A, B € 300
(Akademiestudenten € 270)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 22. – Sa., 23. Juni 2018 16 P

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestudenten € 234)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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.)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 23. – Sa., 28. April 2018 insg. 63 P

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

Gebühr ges.: € 560 (Akademiestudenten und Mitglieder BDI und der DGIM € 504)

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

Auskunft/Anmeldung:

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

Krankenhaushygiene

Hygienebeauftragter Arzt

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

Gebühr: € 750 (Akademiestudenten € 675)

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block II a:	Do., 01., – Sa., 03. März 2018	24 P
Projektarbeit/Heimarbeit: 16 Stunden		
Block II b:	Mi., 13., – Sa., 16. Juni 2018	32 P
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 (Akademienmitglieder € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

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

Spezielle Schmerztherapie

Block A: **Fr., 02. – Sa., 03. März 2018** **20 P**
Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Block D: **Fr., 15. – Sa., 16. Juni 2018** **20 P**
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Block C: **Fr., 07. – Sa., 08. September 2018** **20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Block B: **Fr., 02. – Sa., 03. November 2018** **20 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Gebühr: € 280 (Akademienmitglieder € 252)

Orte: Block A, C, D: **Bad Nauheim**, FBZ
 Block B: **Kassel**, Klinikum

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281, E-Mail: katja.baumann@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 (Akademienmitglieder € 144)

Auskunft/Anmeldung:

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

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

Strahlenschutzkurse

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

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

Termin (STR 1): ab Mi., 28.02.2018

Gebühr: € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal

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 (STR A2): Fr., 23.02.2018, 08:30–16:00 Uhr und
Sa., 24.02.2018, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin“

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 (STR A1): Sa., 24.02.2018, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM

Inhalte: Formularwesen, Abrechnung EBM, Praktische Übungen

Termin (PVK 1_1): Sa., 24.03.2018, **Gebühr:** € 75

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ

Inhalte: Anwendung/Aufbau der Gebührenordnung, Erläuterung des Honorars, Formularwesen, Abrechnung

Termin (PVK 2_2): Sa., 21.04.2018, **Gebühr:** € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil

Der Kurs bietet den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

Termin (PVK 3_3): Fr., 20.04.2018, 09:30 – 17:45 Uhr

Termin (PVK 3_4): Sa., 21.04.2018, 09:30 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Medizinische Fachkunde

Inhalte: Herz-Kreislaufsystem, Ernährung/Verdauung, Urogenitalsystem, Atemsystem

Termin (PVK 4_1): Sa., 10.03.2018 und Sa., 17.03.2018

Gebühr: € 130

Praxisorganisation Teil 1 Verwaltung und Wirtschaftskunde

Inhalte: Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

Termin (PVK 1_1): Sa., 07.04.2018,

Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 2 Verwaltung und Wirtschaftskunde

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin (PVK 1_1): Sa., 14.04.2018,

Gebühr: € 75

Prüfungsvorbereitungskurs intensiv

Der dreitägige Prüfungsvorbereitungskurs setzt sich aus den Inhalten PVK Abrechnung EBM, PVK Präsenzlabor und EKG praktisch sowie PVK Abschlussprüfung praktischer Teil zusammen.

Termin (PVK I_1): von Mo. 26.03.2018 bis Mi., 28.03.2018

Gebühr: € 200

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen

Impfungen

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmüdigkeit, Kontraindikationen, Impfkomplicationen, Impfschäden, Impfmanagement, Praktische Übungen

Termin (MED 4): Sa., 14.04.2018, 09:30 – 16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 95

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



Englisch für Gesundheitsberufe

Inhalte: Die Fortbildung baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf und besteht aus vier Terminen. Geübt werden Begrüßung und Verabschiedung von Patienten, Aufnahme von Patientendaten, Terminabstimmung, Praxisräume und Funktionsbereiche, Anleitung des Patienten zur Vorbereitung von diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen.

Termine (PAT 8): Sa., 10.03.2018, Sa., 17.03.2018,
Sa., 14.04.2018 und Sa., 21.04.2018
jeweils von 10:00–14:45 Uhr

Teilnahmegebühr: € 280

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

Injektionen/Infusionen

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

Termin (MED 3): Sa. 21.04.2018, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: 105 €

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

Aufbaufortbildung Onkologie

Die nachfolgende Fortbildung Onkologie wird angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien

Inhalte: Medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in Patienten- und Angehörigenedukation.

Termin (ONK A1_1): Do., 22.03.2018 – Sa., 24.03.2018
(24 Std.)

Gebühr: € 280

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

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (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 (BET): ab 23.05.2018

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

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 (FAW 2): ab 17.05.2018

Gebühr Pflichtteil: € 1.560

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

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

Telemedizin im hessischen Rettungsdienst

Auftaktveranstaltung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration

Ende Oktober 2017 fand in Frankfurt die Auftaktveranstaltung zur Telemedizin im hessischen Rettungsdienst mit Vertretern der Rettungsdienste statt, die von Hessens Gesundheitsminister Stefan Grüttner mit den Worten „Wir sind in Hessen mit IVENA (Interdisziplinärer Versorgungsnachweis) bereits Vorreiter, darauf wollen wir weiter aufbauen und die Notfallversorgung auch mittels Telemedizin zukunftsfest gestalten“ eröffnet wurde. Die Dreiteilung Kassenärztlicher Bereitschaftsdienst, Rettungsdienst und Notaufnahmen der Kliniken müsse überwunden werden, betonte der Gesundheitspolitiker. Auch fordere Hessen, den Rettungsdienst als eigenständigen Leistungsbereich im SGB V zu etablieren.

Hans Georg Jung vom Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt sprach über das etablierte System „IVENA“ – ein Beispiel für interdisziplinäre und sektorenübergreifende Vernetzung, das sich bewährt hat und mittlerweile von vielen Bundesländern übernommen wurde.

Über „Chancen der Telemedizin, ein Beispiel konkreter Umsetzung“ referierte Dr. med. Erich Wranze-Bielefeld, Ärztlicher Leiter Rettungsdienst des Landkreises Marburg-Biedenkopf. In einem Pilotprojekt wird in den Landkreisen Marburg-Biedenkopf, Gießen und Vogelsberg per



v. l.: Hans Georg Jung, Prof. Thomas Friedl, Christina Gericke, Gesundheitsminister Stefan Grüttner, Dr. Erich Wranze-Bielefeld, Stefan Scheidmantel

Datenübertragung und Telefonie eine direkte Verbindung des Rettungswagens mit dem Notarzt hergestellt.

Prof. Thomas Friedl von der Technischen Hochschule Mittelhessen (THM) in Gießen, ehemaliger Leiter der EDV-Abteilung der Landesärztekammer Hessen und jetzt E-Health-Kompetenzzentrum des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI), zeigte eine weitere Möglichkeit zur Speicherung von Patientendaten auf: „MyEPA“ (Elektronische Patientenakte). Hierbei obliegt die Verantwortung für die gespeicherten Daten sowie deren Verwaltung den Patientinnen und Patienten selbst.

Über aktuelle Entwicklungen und das weitere Vorgehen in Hessen sprach Stefan

Scheidmantel, Referent für das Rettungswesen im HMSI. Zur „Förderung von Innovationsprojekten in Telemedizin und E-Health“ stellt das Land für 2017 rund 1,5 Millionen Euro und ab 2018 bis zu 6 Millionen Euro jährlich zur Verfügung. Organisiert wurde die Veranstaltung von Christina Gericke, Referentin im Referat Gesundheitspolitik – E-Health und Telemedizin – im HMSI.

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

Facharzt für Innere Medizin,
Notfallmedizin,
Vorsitzender des Ausschusses
Notfallversorgung und
Katastrophenmedizin LÄKH

CME-Beiträge: Richtige Antworten im Portal

Bislang wurden die richtigen Antworten der CME-Beiträge, die nicht mehr zur Teilnahme aktiv sind, im Hessischen Ärzteblatt veröffentlicht.

Mit Beginn des neuen Jahres 2018 finden Sie die richtigen Antworten nur noch ausschließlich im Mitgliederportal. Unter dem Titel des jeweiligen CME-Beitrages werden die richtigen Antworten automatisch eingeblendet, wenn die Teilnahmefrist beendet ist. Fragen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Buchtipps



E-Nummern, Zusatzstoffe – Alle E-Nummern erklärt und bewertet

Stiftung Warentest 2017. 256 Seiten.
ISBN: 9783868514513, € 12.90

Nisin im Käse, Kaliumnitrit in der Wurst oder Beta Cyclodextrin in Süßigkeiten: Sind die zahlreichen Konservierungsstoffe, Farbstoffe, Geschmacksverstärker und Co. in Lebensmitteln wirklich unbedenklich? Derzeit sind rund 330 E-Nummern in der EU zugelassen. Zum Beispiel tragen Farbstoffe 100er-Num-

mern, die meisten Konservierungsstoffe stehen bei den 200er-Nummern, Antioxidantien bei den 300er-Nummern, Geschmacksverstärker bei den E 600-Nummern. Im Ratgeber „E-Nummern Zusatzstoffe“ erklärt die Stiftung Warentest, was hinter dem Kleingedruckten auf Lebensmittel-Verpackungen steckt. (asb)

Unterwegs in den Armutsgebieten dieser Welt

Die Dankbarkeit seiner Patienten treibt Dr. med. Willi Kraft bei seinen Einsätzen in Asien und Afrika an

Eigentlich lief alles ideal. Nach einigen Unwägbarkeiten waren geeignete Nachfolger für die Praxis in Biedenkopf-Wallau gefunden. Nach 33 Jahren als Landarzt konnte Dr. med. Willi Kraft in den wohlverdienten Ruhestand treten. Theoretisch. Denn schon bald stellte sich heraus, dass dem damals 67-jährigen das *dolce vita* nicht liegt. „Nach drei Wochen fiel ich in ein Loch“, erinnert er sich. „Es fehlte mir der Umgang mit Menschen.“

Ein Problem, das schnell gelöst war. Ärzte sind gesucht. Kraft fing an, bundesweit Vertretungen für Kollegen zu übernehmen. Mit dem Geld, das er dabei verdient, fliegt er jetzt in Länder der so genannten Dritten Welt, um dort zu helfen, wo die Not am größten ist. Der erste sechswöchige Einsatz vor zwei Jahren führte ihn in die Slums von Kalkutta, wo die Organisation German Doctors fünf Ambulanzen betreibt.

Einfach hinfliegen und anpacken. So einfach ist das nicht. Als junger Arzt war Kraft zwar einmal in Afrika. Doch das ist lange her. In Tropenmedizinkursen lernte er, mit welchen Krankheiten er konfrontiert werden könnte. Krankheiten, die hierzulande so gut wie ausgerottet sind: Tuberkulose, Parasitosen, Hepatitis B im Endstadium, Mangelernährung. Dann das Kind mit Sichelzellanämie und Querschnittslähmung, dem die Medikamente und die Physiotherapie fehlen. „Das ist ein Leid, das einen selbst mitnimmt“, sagt der 70-Jährige, der mit einem Kollegen bis zu 150 Patienten am Tag versorgte. Schwerverletzte, die mit einer Rikscha gebracht wurden. Das Elend, das durch das Kastensystem und Tradition zementiert wird, lasse einen nicht kalt. „Ein Kind, das hier reingeboren wird, hat keine Chance.“

Manchmal, räumt er ein, habe er sich schon die Frage nach der Sinnhaftigkeit seines Tuns gestellt. Der persönliche Kontakt zerstreute dann ziemlich schnell solche Zweifel. Die Frau, welche großflächig mit heißem Kerosin verbrannt wurde. Die er so ins Herz geschlossen hat, dass er ihr monatlich zehn Euro überweist – genug,



Dr. med. Willi Kraft beim Stempeln der Patienten, welche vor dem Eingang der Ambulanz warten. Der Ansturm der vielen Patienten kann meist nicht an einem Tag bewältigt werden. Patienten, welche mit schweren Erkrankungen schon stundenlang warten, werden so bevorzugt behandelt.



Der Junge hat nach Knochentuberkulose eine Prothese bekommen.

um die Familie zu ernähren. „Die Dankbarkeit ist der Lohn“, sagt Kraft. „Diese Dankbarkeit habe ich in diesem Sinne hier in Deutschland noch nie erfahren.“ Das treibe wohl auch die jungen Kollegen an, die als German Doctor ihre Urlaubstage opfern.

Für ihn ist das Engagement auch Dank dafür, dass er nicht in diese Armut hineingeboren wurde, dass er ein erfülltes Leben hatte. „Ich habe gut verdient und will etwas davon zurückgeben.“

Sechs Wochen dauert ein Einsatz für die German Doctors. Zurück in Deutschland übernahm der Arzt wieder Vertretungen. Dann kam der Kontakt mit dem Rotary Club, der ein Krankenhaus in Ghana unterstützt. Deutsche Nonnen hatten es vor 100 Jahren gegründet, jetzt betreibt ein einheimischer Frauenarzt die kleine Klinik. Hier erwarteten den hessischen Doktor andere Herausforderungen: Mangelernährung ist in der an Fisch und Obst reichen Region nicht das Thema. Aber HIV, Hepatitis B und Geburten. Viele Geburten. Mehr als 3.500 Babys kommen dort jährlich zur Welt – die Hälfte davon per Schnitt. Verletzungen, Amputationen – hier halfen die Erfahrungen als Student an der Universitätsklinik Tübingen.

Der nächste Einsatz dann wieder Afrika: Eine Initiative Biedenkopfer Lehrer hat in Uganda eine Schule gegründet. Dort kümmerte sich Kraft schwerpunktmäßig um die Hygiene. Er erklärte den Kindern, was wichtig ist, packte auch bei dem Bau der Toiletten und einer Zisterne mit an. Bildung, sagt er, ist die Voraussetzung für medizinischen Fortschritt. Die indischen Frauen können nicht lesen, besitzen kein Radio. Deshalb wissen sie nicht, dass es ein staatliches Förderprogramm für Schwangere gibt.

„Man kann überall anpacken.“ Deshalb sagte Dr. Willi Kraft auch nicht Nein, als der „Senior Expert Service“ ihn fragte, ob er zum Jahresende in Tansania eine Krankenstation bei den Massai aufbauen möchte. „Da werde ich wieder viel zu erzählen haben“, sagt der im Ruhrpott geborene Wahl-Hesse, der auf dem zweiten Bildungsweg sein Abitur gemacht hatte und ursprünglich Dorfschullehrer werden wollte. „Mir tut das gut, ich rede gerne mit den Leuten.“ Und er hat das Gefühl, das richtige zu machen. „Ganz wichtig ist auch das positive Feed-Back.“ Und das bekommt er bei seinen Einsätzen in den Armutsgeländen täglich zu spüren.

Jutta Rippegather

German Doctors: Hilfe weltweit

Seit über 30 Jahren sind Ärztinnen und Ärzte im Auftrag der international tätigen Nichtregierungsorganisation „German Doctors e. V.“ im Einsatz und unterstützen Projekte auf den Philippinen, in Indien, Bangladesch, Kenia oder Sierra Leone. Die ehrenamtlich tätigen Ärzte setzen sich für die Gesundheitsversorgung und die Ausbildung benachteiligter Menschen in den Einsatzregionen ein, mit Hilfe von Präventivmaßnahmen wie begleitende Ernährungsprogramme oder Hygieneschulungen soll darüber hinaus die Gesund-

heit der Patienten auch langfristig verbessert werden.

Informationen im Internet:
www.german-doctors.de

Ärztinnen und Ärzte helfen weltweit und ehrenamtlich:

Spenden für German Doctors
Spendenkonto:

Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE26 5502 0500 4000 8000 20

Stichwort: Hilfe weltweit

Bücher



Volker Roelcke: Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde

Psychozial-Verlag Gießen 2017.
199 Seiten, € 22.90, auch als E-Book,
ISBN 9783837926903

In seinem Buch „Vom Menschen in der Medizin. Für eine kulturwissenschaftlich kompetente Heilkunde“ plädiert Prof. Dr. med. Volker Roelcke, Medizinhistoriker aus Gießen, für einen Perspektivenwechsel im medizinischen Denken und Handeln. Vorgestellt wurde das Buch auf dem Symposium „Zur Bedeutung der Kulturwissenschaften für die Medizin“ im Oktober 2017 in Gießen. Dort wurde die Thematik aus den Blickwinkeln von Medizinhistorikern, Sprach- und Kulturwissenschaftlern sowie Medizinjournalisten beleuchtet.

Das gegenwärtige Medizinsystem gibt Handlungsanreize, die meist nicht dem Patientenwohl dienen. Von einer kurzsichtigen, reduktionistischen und selbstüberschätzenden Medizin, die sich wie ein unerzogenes Kind aufführt, war die Rede. Immer wieder stellte sich die einfach erscheinende Frage, warum die Ärzte nicht das Beste für ihre Patienten tun, deren Perspektive konsequent ignoriert wird. Durch Überversorgung wird in Industrieländern heute mehr Schaden angerichtet als durch Unterlassung, Kampagnen wie „choosing wisely“ können nur ansatzweise das Bewusstsein dafür verändern und halten sich oft mit Marginalien auf.

Die Vermarktung medizinischer Erfolge wirft die Frage auf, was eigentlich „Erfolg“ in der Medizin ist – Lebensverlängerung um jeden Preis, etwa Chemotherapie in einer Palliativsituation? Nur am Rande existiert neben dem Patienten und seinen Diagnosen

der kranke Mensch, in seiner biografischen Einzigartigkeit, seinen Lebens- und Krankheitskonzepten und seinen sozialen Bezügen. Der kulturelle Lebenszusammenhang auf der einen Seite, auf der anderen Seite die Paradigmen der Wissensentstehung, Vermittlung und Anwendung, also auch deren kulturelle Bedingtheit, machen eine kulturwissenschaftliche Betrachtungsweise unumgänglich und benötigen eine Erweiterung des biomedizinischen Paradigmas.

Zwar schafft die Biologie die Bedingungen von Kultur und ist ihre Voraussetzung, die Natur und die Biologie des Menschen, noch weniger sein Leiden und seine Befindlichkeit jedoch kann kulturfrei betrachtet werden. „Alle Konzepte von Natur und alle praktischen Auseinandersetzungen mit ihr – inklusive der Naturwissenschaften – sind ein Reflex geschichtlicher Kultur“ – und damit kontinuierlich im Wandel. „Wer die Subjektivität der Kranken, ihre Haltung zum Kranksein und ihr konkretes krankheitsbezogenes Verhalten verstehen möchte, ist darauf angewiesen, den kranken Menschen als kulturelles Wesen zu betrachten.“ Roelcke möchte in seinen Überlegungen die Berücksichtigung psychosozialer Faktoren und Bedeutungszuschreibungen nicht nur auf den Patienten, sondern auch auf den Arzt und Forscher als kulturelle Wesen erweitern: Auch Naturwissenschaften sind nicht objektiv und kulturfrei. Der Wunsch nach einer in die Medizin integrierten Selbstreflexion auf die kulturellen Prämissen, das Denken und Handeln, die Art der Wissensgenerierung und nicht zuletzt die Wertsetzungen gipfelte auf der Tagung nach der Forderung nach Etablierung von Strukturen eines interdisziplinären kulturwissenschaftlichen Konsils im klinischen Alltag. Denn, wie der griechische Philosoph Epiktet es sinngemäß formuliert hat, gilt: Nicht die Dinge an sich beunruhigen, sondern die Sicht der Dinge. Und diese ist soziokulturell geprägt.

Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

Abdruck mit freundlicher Genehmigung des Mabuse Verlages.

„Mission Moderne“ einer Modedesignerin

Das Museum Angewandte Kunst in Frankfurt zeigt „Jil Sander. Präsenz“

Sie hat etwas von einer Sphinx. Obwohl ihr Gesicht für ihre Mode steht, scheint Jil Sander fast geräuschlos hinter ihrem Look zurück zu treten. Keine dramatischen Auftritte, keine Skandale, kein exaltiertes „Chichi“. Dafür prägten und prägen ihr Purismus, ihre auf der Harmonie der Proportionen, auf Understatement und Eleganz basierenden Gestaltungsprinzipien den Geschmack nicht nur der eigenen Generation. In der, in Zusammenarbeit mit Matthias Wagner K kuratierten, weltweit ersten Einzelausstellung „Jil Sander. Präsenz“ im Museum Angewandte Kunst in Frankfurt präsentiert die erfolgreiche Modedesignerin in multimedialen Installationen und Tableaus die Auswirkungen ihrer Gestaltungsvorstellungen auf Mode- und Produktdesign, Architektur und Gartenkunst.

„Meine ästhetischen Vorstellungen entwickeln sich aus dem, was ich in meinem Leben geschätzt und gelernt habe und was ich vom Zeitgeist erspüre“, sagt Sander, die mit klaren Linien, neuen Schnittführungen und hochwertigen Materialien die Moderne in die Mode gebracht hat. Ihr geht es bei den kreativen Schöpfungen ihrer „Mission Moderne“ darum, die Persönlichkeit eines Menschen hervorzuheben. Weißer Bau im grünen Park: Das an der Architektur der Klassischen Moderne orientierte, von Richard Meier entworfene Frankfurter Museumsgebäude mit seinen lichtdurchfluteten, großzügig ineinander greifenden Räumen bietet das passende Ambiente für die Schau, die sich auf rund 3000 Quadratmetern Fläche über die drei Stockwerke des Gebäudes erstreckt.

Yin und Yang, schwarz und weiß – diese Gegensätze spiegeln sich nicht nur in Jil Sanders Modeentwürfen wider. Sie prägen auch das nach Themen geordnete Ausstellungsdesign: Weiße Räume, schwarze und weiße Wände. Große Spiegel laden zu immer neuen Perspektiven auf in Zweier-, Dreier- oder Vierergruppen angeordnete, überwiegend schwarze Kleidungsstücke tragende Puppen ein. Die aus Lautsprechern ertönenden Sphärenklänge stammen von Frédéric Sanchez. Minima-



Zwei Ausstellungsansichten „Jil Sander. Präsenz“, 2017 im Museum Angewandte Kunst in Frankfurt.

listisch und unterkühlt: So wird Jil Sanders Werk oft charakterisiert. Dass es wesentlich facettenreicher ist, macht die Ausstellung deutlich. So etwa in dem mit bunten, verspielten Mustern des italienischen Künstlers Alighiero e Boetti gestalteten Raum, von denen sich Jil Sander bei ihrer letzten Kollektion für das Frühjahr 2014 inspirieren ließ.

Ein nachgebautes Atelier, im ersten Raum der Ausstellung drei Leinwände, über die eine Zusammenstellung von Sanders Mo-

deschauen aus über 40 Jahren flimmert. Neben der Mode werden in der Schau auch Schlaglichter auf Accessoires, Kosmetik und Gartenkunst geworfen. Ästhetisch reizvoll komponiert und mit der Architektur der Ausstellungsräume verwoben, zeigt das Museum Angewandte Kunst Jil Sanders Schaffen als attraktives Gesamtwerk.

Katja Möhrle

*Museum Angewandte Kunst,
Schaumainkai 17, 60594 Frankfurt*

Kühn und avantgardistisch: Renaissance der Betonarchitektur

Ausstellung „SOS Brutalism“ im Deutschen Architekturmuseum in Frankfurt

Wie ein zerklüfteter Bergkristall thront sie auf einer Anhöhe im westfälischen Nevi-ges: Eine expressive, monumentale Betonplastik, die sich erst auf den zweiten Blick als Gotteshaus erweist. Die 1968 erbaute Wallfahrtskirche „Maria, Königin des Friedens“ des Architekten Gottfried Böhm ist ein eigenwilliger Solitär und zugleich phantasievolle Vertreterin einer Architekturrichtung des 20. Jahrhunderts. Sie stehen in Frankfurt, Marburg und Köln ebenso wie in Großbritannien, Frankreich, Italien, Nordamerika, Kanada oder Indien und Russland: Betonbauten, denen seit 1953 das Etikett „Brutalismus“ – von „beton brut“ = roher Beton – anhaftet. Als ihr Einflussgeber galt der Schweizer Le Corbusier, als ihren ästhetischen Urvater bezeichnete die Zeitschrift „Architectural Review“ 1955 den amerikanischen Architekten Frank Lloyd Wright.

In der Nachkriegszeit als Ausdruck des gesellschaftlichen Aufbruchs und der Befreiung von kleinkarierten Zwängen gefeiert, begann die brutalistische Architektur bald zu polarisieren. „Wuchtig, grau und sperrig“: So wurden die so genannten „Betonmonster“ oft genannt. Viele von ihnen – in der jüngeren Vergangenheit etwa das Technische Rathaus in Frankfurt – fielen der Abrissbirne zum Opfer, andere sind von ihr bedroht. Höchste Zeit, sich der in Verruf geratenen Bauepoche zu widmen und ihre herausragenden Exemplare zu schützen, hat man sich im Deutschen Architekturmuseum (DAM) in Frankfurt ge-

dacht. Ergebnis dieser Überlegungen ist eine faszinierende Ausstellung. Unter dem Titel „SOS Brutalism“ zeigt das DAM noch bis zum 2. April erstmals die brutalistische Architektur der 1950er bis 1970er Jahre im weltweiten Überblick. Unter ihnen auch die dramatisch wirkenden Betonkirchen von Gottfried Böhm, der 1986 mit dem Pritzker-Preis, dem „Nobelpreis für Architektur“, geehrt wurde.

Avantgardistisch, kühn und kompromisslos: So muten die Exponate – großformatige Fotos und Modelle – der Schau an. Blickfang sind die kleinen Betonmodelle auf Sockeln, die Studierende der TU Kaiserslautern gebaut haben, ebenso wie Pappmodelle oder das riesige Schnittmodell der Boston City Hall. Texte erzählen Geschichten rund um die Gebäude und verdeutlichen deren rebellische, ihre Funktionen unverfälscht nach außen kehrende Ästhetik. Zu den zentralen Prinzipien der brutalistischen Architektur gehört eine offene Zurschaustellung der Konstruktion, eine klare Formensprache und die Wertschätzung der verwendeten Materialien.

Neben internationalen Bauten beeindruckten in Deutschland realisierte Projekte. So etwa die von dem Schweizer Architekten Max Bill entworfene Hochschule für Gestaltung in Ulm. Puristisch orientiert sich die flache Bauweise am Dessauer Bauhaus. Unter Denkmalschutz steht das auf einen Entwurf des Rotterdamer Architekturbüros van den Broek beruhende Rat-

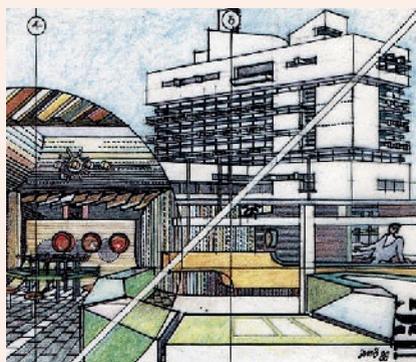
haus der Stadt Marl in Westfalen, das den Betrachter mit der mutigen Hängekonstruktion seiner Bürotürme in den Bann zieht. Als eine der ersten Bauten des Brutalismus in Hessen wurde 2007 das Marburger Hauptpostamt des Architekten Johannes Möhrle unter Denkmalschutz gestellt; bildhauerische Fassadenelemente und der Innenausbau in leuchtenden Farben zeugen von der Inspiration durch Le Corbusier. Ausstellungskurator Oliver Elser charakterisiert die Ruhr-Universität in Bochum (Architekt Helmut Hentrich) als „eine Reihe von regelrecht schlachtschiffartigen Gebäudehochhausscheiben“.

Seit einiger Zeit erlebt der Brutalismus in den sozialen Netzwerken eine Renaissance. Fotografen stellen die fotogenen Bauwerke in Facebook und Instagram ein. Unter dem Hashtag #sosbrutalism hat das DAM im Internet über tausend Gebäude gesammelt und archiviert. Bedrohte Exemplare stehen auf einer roten Liste und das Museum versucht, weltweit Rettungskampagnen zu bündeln. Während der Frankfurter Ausstellung mit dem Untertitel „Rettet die Betonmonster“ läuft eine weitere Social-Media-Aktion: Die Besucher sind eingeladen, Fotos von brutalistischen Funden in Frankfurt mit den Hashtags #Betonperle und #FFM zu markieren: Die besten Funde werden in der Ausstellung gezeigt. **Katja Möhrle**

DAM, Schaumainkai 43, 60596 Frankfurt



Kallmann McKinnell & Knowles/Campbell, Aldrich & Nulty: Boston City Hall, Boston, Massachusetts, USA, 1962–1969



Johannes Möhrle: Hauptpostamt, Marburg, Deutschland, 1965–1976 (Zeichnung: © J. Möhrle)



Alfred Neumann/Zvi Hecker/Eldar Sharon: Rathaus, Bat Yam, Israel, 1961–1963

Prof. Dr. med.

Christian Ohrloff ist mit der Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft (DOG) ausgezeichnet worden. Er leitete von 1988 bis 2012 die Universitäts-Augenklinik in Frankfurt am Main.



Foto: privat

bas. Er ist Facharzt für Chirurgie, mit den Zusatzbezeichnungen Viszeralchirurgie und Thoraxchirurgie. Seine Spezialisierung und Expertise erstrecken sich auf die Viszeral- und Thoraxchirurgie bei Tumor- und entzündlichen Erkrankungen.

Auf der 10. Gemeinsamen Tagung der Deutschen und Österreichischen Gesellschaften für Epileptologie und der Schweizerischen Epilepsie-Liga in Wien wurde

Dr. med. Lara Kay (Foto) mit dem „Dieter Janz-Preis“ zur Förderung des epileptologischen Nachwuchses der Prof. Dr. Peter & Jytte Wolf – Stiftung für Epilepsie ausgezeichnet. Die Preisträgerin ist Assistenzärztin am Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main des Universitätsklinikums Frankfurt. Die Promotionsarbeit aus der Arbeitsgruppe Epileptologische Versorgungsforschung (Leiter: **Prof. Dr. med. Adam Strzelczyk**) untersuchte konzentriertes Midazolamnasenspray als Bedarfsmedikation, um epileptische Anfälle zeitnah zu unterbrechen zu können.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Frank Kandziora, Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie der BG Unfallklinik Frankfurt am Main, wurde auf dem 12. Jahreskongress der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft (DWG) in Stuttgart zum Präsidenten der DWG gewählt. Kandziora

wird die Präsidentschaft im Jahr 2020 übernehmen. Die DWG ist mit mehr als 2000 Mitglieder die größte nationale Wirbelsäulengesellschaft Europas und repräsentiert über Fachgrenzen hinweg die wirbelsäuleninteressierten Ärzte Deutschlands.



Foto: BG Unfallklinik Frankfurt

Die Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie am St. Marienkrankenhaus Frankfurt steht unter neuer Leitung von Chefärztin **PD Dr. med. Andrea Riphaut**. Sie ist Fachärztin für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie. Ihre Spezialisierungen erstrecken sich darüber hinaus auf die interventionelle Endoskopie, medikamentöse Tumortherapie bei Magen-Darm-Tumoren sowie auf die Ernährungsmedizin und die Palliativmedizin.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Helmut Schöfer ist mit der Schaudinn-Hoffmann-Medaille der Deutschen Dermatologischen Gesellschaft (DDG) geehrt worden. Diese wird an hervorragende Ärzte und Wissenschaftler auf dem Gebiet der Geschlechtskrankheiten und infektiösen Erkrankungen der Haut verliehen.

PD Dr. med. Carsten Schmidt ist neuer Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie an der Medizinischen Klinik II des Klinikums Fulda. Der 48-jährige kommt vom Universitätsklinikum Jena, wo er zuletzt als Geschäftsführender Oberarzt und Sektionsleiter in der Klinik für Innere Medizin IV tätig war. Schmidt ist Facharzt für Innere Medizin, zudem verfügt er über die Schwerpunktbezeichnung Gastroenterologie sowie Endokrinologie und Diabetologie (DDG) und einem Master-Abschluss „Management von Gesundheits- und Sozialeinrichtungen“.



Foto: Klinikum Fulda

Die Allgemein- und Viszeralchirurgie sowie Thoraxchirurgie am St. Elisabethen-Krankenhaus in Frankfurt-Bockenheim steht unter neuer Leitung von Chefarzt **Prof. Dr. med. Emre Yeke-**



Foto: St. Elisabethen-Krankenhaus

Prof. Dr. med. Felix K.-H. Chun hat die Leitung der Klinik für Urologie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main übernommen und eine Reihe weiterer Experten in sein Team am Univer-



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Direktorenwechsel in der Pathologie am Klinikum Darmstadt

Nach 26-jähriger Tätigkeit als Direktor der Pathologie verlässt Prof. Dr. med. Gerhard Mall als Institutsleiter der Pathologie das Klinikum Darmstadt. Neben seiner ärztlichen Tätigkeit ist Mall seit 1991 im Vorstand der Akademie für Ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen aktiv. Ihm folgt PD Dr. med. Frank Bergmann (45) als Leiter der Pathologie am Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) am Klinikum Darmstadt nach. Zuletzt war Bergmann Oberarzt am Pathologischen Institut der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg und dort u. a. für die Bereiche Pankreaspathologie und Lehre verantwortlich.



Fotos: Klinikum Darmstadt

Prof. Dr. med. Gerhard Mall (links) und PD Dr. med. Frank Bergmann

sitätsklinikum Frankfurt geholt. Der erfahrene Operateur kommt vom Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf aus der Klinik für Urologie und der Martini-Klinik. Chun war an der Klinik für Urologie Geschäftsführender Oberarzt und leitete die Sektion für minimalinvasive Chirurgie.

Prof. Dr. med. Gernot Rohde (46) führt seit Mitte 2017 die Medizinische Klinik I des Universitätsklinikums Frankfurt/Main mit dem Schwerpunkt Pneumologie und Allergologie. Kürzlich wurde er erneut in den Wissenschaftlichen Beirat für Public Health Mikrobiologie des Robert Koch Instituts berufen.



Foto: Uniklinikum Frankfurt



Foto: Krankenhaus Nordwest

PD Dr. med. Thorssten Oliver Götze vom Institut für Klinisch-Onkologische Forschung ist ab sofort Geschäftsführer des Universitären Centrus für Tumorerkrankungen (UCT)

für den Standort Krankenhaus Nordwest. Das UCT ist ein onkologisches Spitzenzentrum, das seit 2010 von der Deutschen Krebshilfe e. V. gefördert und gemeinsam vom Universitätsklinikum Frankfurt sowie dem Krankenhaus Nordwest getragen wird. Es ist Teil eines Netzwerks von 13 deutschen onkologischen Spitzenzentren.

Seit 1. August 2007 operiert **Prof. (Univ. Cairo) Dr. Ahmed T. Hadidi** regelmäßig für einige Tage im Monat am Sana Klinikum Offenbach. Zum 1. Januar 2018 wird er nun Chefarzt der dortigen neu eingerichteten Klinik für Kinderchirurgie. Hadidi und sein Team verfügen über eine breite Expertise in der chirurgischen Behandlung von Erkrankungen der Lunge, des Brustraums und der Bauchorgane. Im Level I Zentrum für Früh- und Neugeborene können nun auch typische Krankheitsbilder, falls erforderlich, direkt vor Ort operativ behandelt werden. Hierzu zählen beispielsweise die Behandlung von angebore-

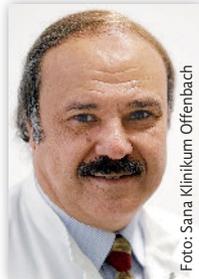


Foto: Sana Klinikum Offenbach

nen Verschlüssen der Speiseröhre oder krankhafte Veränderungen des Darms.

Dr. med. Harald Hake, einer der dienstältesten Ärzte des Klinikums Frankfurt Höchst und langjähriger Chefarzt des Schwerpunktes Unfallchirurgie und Sporttraumatologie der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie, tritt zum Jahresende 2017 in den Ruhestand ein. Ab 2018 liegt die Gesamtleitung der Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie in den Händen von **Prof. Dr. med. Wolfgang Daecke**, bisher Chefarzt des Schwerpunktes Orthopädie.

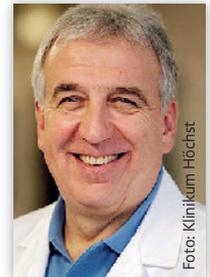
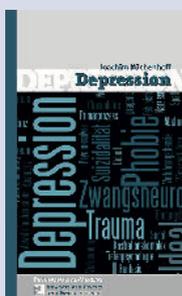


Foto: Klinikum Höchst

Prof. Dr. med. Ardawan Julian Rastan (50), seit 2012 im Herz-Kreislauf-Zentrum Rotenburg/Fulda tätig, wurde zum neuen Direktor der Klinik für Herz- und thorakale Gefäßchirurgie, Uniklinikum Marburg, sowie zum W3-Professor für Herzchirurgie an der Philipps-Universität Marburg berufen.

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

Bücher



Joachim Küchenhoff: Depression

Buchreihe: Analyse der Psyche und Heinz-Günter Lang Psychotherapie, Band 16
 Psychosozial-Verlag Gießen 2017.
 150 Seiten, Broschur, € 16.90
 ISBN-13: 9783837927054

Joachim Küchenhoff, ein ausgewiesener Experte, präsentiert in seinem Buch „Depression“ eine psychoanalytische und psychodynamische Blickrichtung auf diese so wichtige und verbreitete Erkrankung. Ausgehend von der zentralen These, dass depressives Erleben mit der Angst vor Beziehungsverlust verbunden ist, werden die Bedingungen des depressiven Erlebens ausführlich untersucht. Er unterscheidet in seiner Typologie des Objektverlustes sechs verschiedene Möglichkeiten, die sich auch mithilfe der Operationalisierten Psychodynamischen Diagnostik (OPD) beschreiben lassen.

Seiner eigenen Typologie vorangestellt werden psychodynamische Konzepte der Depression von wichtigen Vertretern der Psychoanalyse. Ein interessanter, wenn auch knapper Überblick über diesen Bereich. Der Bedeutung entsprechend, nimmt die Beziehung zwischen Trauer und Depression den ihr zustehenden Raum ein und vermittelt wichtige Einblicke. Die Darstellung der psychoanalytischen Therapie einer depressiven Patientin rundet das Bild ab und gibt einen konkreten Einblick in diese Arbeitsweise.

Daneben gibt der Autor allgemeine Hinweise, mit Bezug auf die aktuelle Leitlinie, für die psychotherapeutische Behandlung der Depression und schließt dabei auch andere Konzepte ein. Er argumentiert also für einen „Methodensynergismus“, so er konzeptionell begründet ist.

Ein interessantes, knappes Buch, das einen guten Überblick über psychoanalytisch/psychodynamisches Denken und psychotherapeutisches Handeln vermittelt.

Dr. Margret Kamm

„Allgemeiner gesellschaftlicher Wertezerfall“

Zum Artikel „Ansichten & Einsichten – Medizin ohne Ärzte?“ von Dr. med. Wolf Andreas Fach, HÄBL 11/2017, S. 653

Der kurze Artikel von Dr. Fach spricht mich sehr an, da er wesentliche Probleme momentaner Entwicklungen auf den Punkt bringt. Man könnte ihn ja leider fast überlesen und ich finde, dass ein solcher Artikel eigentlich weit vorne stehen müsste, da er zentrale Punkte unseres Berufes anspricht. Genau das nämlich, was Kollege Fach dort erwähnt, ist der schleichende Zersetzungsprozess, der sich still und heimlich in unserer Berufsgruppe ausweitet und uns immer mehr von einem Freiberufler zu einem Spielball von Kostenträgern und Politik werden lässt. Und das größte Problem dieser Entwicklung sind meines Erachtens leider wir selbst, da wir – Stress hin oder her – zu fast allem schweigen oder uns nicht ausreichend informieren; ich nehme mich da selbst nicht aus bei dieser Kritik!

Das Problem hat jedoch vermutlich tiefere Wurzeln und erschöpft sich nicht bei unserem Berufsstand. Die zunehmende De-Akademisierung und damit auch Demontage unseres uralten Berufes ist eingebettet in einen allgemeinen gesellschaftlichen Wertezerfall. Der klassische Arztberuf hat immer etwas mit Zuwendung und Zeitfaktoren zu tun. Dazu kommen Faktoren wie Empathie und Intuition. In einer durchökonomisierten Gesellschaft und unter dem Diktat der Uhr klingt dies praktisch unmöglich, und auch hier müssen wir Ärzte uns selbst fragen, wie viel wir von dieser vermeintlich „süßen Frucht“ gegessen haben und wie sehr wir diesen Tanz auf dem Vulkan mitmachen oder sogar mit zu den Verursachern zäh-

len. Die gesamte Gesellschaft indes muss sich fragen, welche Wertschätzung sie Ärzten entgegenbringen möchte. Sie muss sich auch fragen, was das kosten soll und welche Rolle der Arzt im Kontrast zu „Dr. Google“ einnehmen soll.

Leider – auch dies ist allerdings meine persönliche Auffassung – ist diese Frage großen Teilen der Gesellschaft offenkundig egal bzw. finden wir auch hier die medial eingeschlaferte schweigende Masse, die sich des Problems entweder nicht bewusst ist oder die keine Zuständigkeit bei der Lösung dieses brisanten Problems verspürt.

Wie und wo findet neben allem Konsum überhaupt noch politische Willensbildung statt? Welche Rolle spielt noch die Familie in diesem Wertesystem? Auch die Frage nach dem Arzt und seiner Rolle ist in diesem breiten Kontext zu betrachten und hat etwas mit allgemeinen Wertvorstellungen zu tun. Nehmen mich die Menschen nur noch als durchökonomisierten Dienstleister wahr oder bin ich Arzt im engeren Sinne? Kann „Dr. Google“ mir tatsächlich das Wasser reichen, weil ich für meine Patienten sowieso weder Zeit noch Verständnis habe? Geht es mir um Wahrfähigkeit oder mache ich mit beim großen Tanz um den Mammon?

Aber trotzdem denke ich im Tiefsten: Die Menschen brauchen auch heute den Arzt als Mit-Mensch, Berater und Lebensbegleiter bei all ihren psychischen und körperlichen Befindlichkeitsstörungen und Krankheiten. Es sind im Endeffekt nämlich

die Menschen dieses Landes, die Patienten, die bereits jetzt und auch später an dieser Durchökonomisierung leiden werden. Kommt noch als letzter Punkt, dass ich nicht wenige Kollegen kenne, die sich dadurch aufreiben, dass sie neben ihrer Arztrolle auch noch diverse andere Rollen einnehmen müssen (oder zumindest denken, dass sie das tun müssten...), wie die des Kaufmanns, den eigenen Systemadministrator, den Qualitätsmanager, den Controller, den Codierer, den Psychologen (im engeren Sinne).

Hier sollte man sich durchaus fragen, was der Kern meiner Arbeit wirklich ist und was ich vielleicht auch abgeben und delegieren kann. Freilich bedeutet dies dann ein Abrücken von meiner Omnipotenz-Illusion, aber es werden vielleicht vermeintlich fremdbestimmte Probleme plötzlich zu Problemen, die sich in meiner Eigenverantwortung verorten lassen und die ich dann auch abstellen kann – wenn das meine Persönlichkeit zulässt...

Wenn wir uns selbst wieder auf das Zentrum unserer Arbeit konzentrieren (nämlich das Arztsein im engsten Sinne), dann gewinnen auch wir selbst wieder höhere Achtung gegenüber unserem Beruf und unserer gesellschaftlichen Stellung; dann haben wir vielleicht auch wieder Zeit zur Gegenwehr, zur Diskussion und für schöne Dinge im Leben, die uns wiederum stärken, um für andere da sein zu können.

Dr. med. Frank Wosch
Internist, Hanau

Wir gedenken der Verstorbenen

Olga Auerbach, Bad Homburg
* 05.03.1948 † 17.11.2017

Dr. med. Robert Römer, Bad Nauheim
* 20.11.1920 † 06.11.2016

Dr. med. Bernhard Siemer, Wiesbaden
* 14.03.1933 † 30.05.2017

Stefan Krzywon, Frankfurt
* 26.04.1938 † 30.07.2015

Dr. med. Erhart Seidel, Frankfurt
* 01.10.1936 † 11.11.2017

Dr. med. Wulf Thiele, Frankfurt
* 03.01.1921 † 12.10.2017

„Es mögen Einzelfälle sein, aber es gibt sie“

Zum Artikel „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“ von Dr. med. Christine Köhler, HÄBL 12/2017, S. 674–678

Einem im Dienst ergrauten Landdokter seien zu genanntem, lesenswerten Artikel ein paar Anmerkungen erlaubt: Kollegin Köhler schreibt: „Nicht zuletzt die verbesserte Früherkennung, auch die Einführung des bundesweiten Mammographie-Screeningsprogrammes, tragen zu einer guten Prognose des Mammakarzinoms bei, da Karzinomerkrankungen immer mehr in Frühstadien diagnostiziert werden (Abbildung 1)“. Ich denke, hier hieße es klarer: „Nicht zuletzt die verbesserte Früherkennung durch die Einführung des bundesweiten Mammographie-Screeningprogrammes trägt zu einer guten Prognose des Mammakarzinoms bei...“.

Köhler verweist für diese Aussage auf Abbildung 1. Aus dieser Abbildung geht aber lediglich hervor, dass die Sterblichkeit an Mammakarzinom seit dem Jahr 2000 bis 2013 in Deutschland kontinuierlich gesunken ist. Das könnte natürlich auch mit den in dem Artikel beschriebenen besseren Therapiemöglichkeiten zusammenhängen. Auffällig in Abbildung 1 ist, daß die Sterblichkeit am Mammakarzinom in den alten Bundesländern um etwa 1/3 höher ist als in den neuen. Gibt es dafür eine Erklärung? Auf S. 677 schreibt Köhler: „Da die metastasierte Erkrankung nicht heilbar ist, ist der Erhalt der Lebensqualität maßgebliches Ziel der Behandlung.“

Ich erinnere mich an mindestens drei Patientinnen meiner Praxis, die nach erneuten Operationen von Haut- bzw. Lymphknotenmetastasen nach Jahren zuvor erfolgter Mammakarzinomoperation seit Jahrzehnten ohne Zeichen eines Tumorprogresses leben. Das mögen Einzelfälle sein, aber es gibt sie. Schlussendlich zur Kombinationstherapie Trastuzumab-Perituzumab und Chemotherapie: Im Arzneimittelbrief Oktober 2017, S. 76 wird die Wirksamkeit der Kombinationstherapie weit skeptischer beurteilt.

Dr. med. Karl Gundermann
Allgemeinmediziner, Assenheim

Stellungnahme der Autorin zum obigen Leserbrief

Die Früherkennung wird nur als einer der Faktoren für den Rückgang der Mortalität beschrieben, natürlich spielen auch die verbesserten Therapiemöglichkeiten eine entscheidende Rolle. Die Verbesserung der Früherkennung lässt sich nicht auf die Einführung des Mammographie-Screening-Programms reduzieren, zumal dort nur die Altersgruppe zwischen 50 und 69 Jahren berücksichtigt ist. Nur 45 % der Mammakarzinomerkrankungen treten in der berücksichtigten Altersgruppe auf, und die Teilnahmeraten liegen bislang unter 60 %. Ein „Nebeneffekt“ des Screenings ist, dass intensiv über die Qualität der Mammadiagnostik diskutiert worden ist, vielerorts ist die Qualität der Untersuchungen auch im Bereich der kurativen Diagnostik verbessert worden und allein der technische Fortschritt mit Einführung der digitalen Mammographie, Tomosynthese etc. spielt eine entscheidende Rolle. Als Ursachen für die geringere Mortalitätsrate in den neuen Bundesländern werden eine höhere Geburtenrate, niedrigeres Alter bei der Geburt des ersten Kindes und weitere Lebensstilfaktoren in der ehemaligen DDR diskutiert. Dafür spricht, dass sich die Erkrankungs- und Sterberaten bei den jüngeren Frauen bis 54 Jahren praktisch nicht mehr unterscheiden (siehe

Reportage zum Krebsgeschehen 2016, Robert-Koch-Institut). Zu den Heilungschancen in der metastasierten Situation sei angemerkt, dass es sich weder bei einem regionalen Lymphknotenrezidiv noch bei einer lokalen Hautmetastase um eine metastasierte Situation handelt, und dass insgesamt in sehr vereinzelt Fällen auch bei einer echten Fernmetastasierung eine Heilung möglich sein mag, dies aber so vereinzelt ist, dass man nicht von einem kurativen Ansatz sprechen kann. Zur Wirksamkeit der Kombinationstherapie Chemotherapie mit Trastuzumab und

Perituzumab möchte ich auf die exzellenten Daten der Cleopatra-Studie (metastasiertes Mammakarzinom) und der NeoSphere-Studie (Neoadjuvanz) verweisen. Die Wirksamkeit in der Adjuvanz kann noch nicht abschließend beurteilt werden, die Zulassung wird für das kommende Jahr erwartet.

Dr. med. Christine Köhler
Leiterin des Brustzentrums Regio
an der Klinik für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe Universitätsklinikum
Gießen und Marburg, Standort Marburg

Leserreaktionen zu „Homöopathie – Pro & Contra“

Zu den Artikeln „Cui bono Homöopathie? – Ein Relikt aus der Steinzeit der Medizin“ von Prof. Dr. med. Björn Lemmer und „Homöopathie ist individuelle Medizin“ von Gerhard Bleul, HÄBL 12/2017, S. 692–695 sind mehrere Leserbriefe eingegangen, die wir im Internet auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 02/2018 veröffentlichen. Zu dem Link <https://tinyurl.com/ybw8nkho>

führt Sie auch untenstehender QR-Code für Smartphones.



<https://tinyurl.com/ybw8nkho>

„Wissen ist mehr, als die Reproduktion von Fakten!“

Zum Artikel „Die Reform des Medizinstudiums soll den Studenten die Wissenschaft austreiben“

von Prof. Dr. med. Peter von Wichert, HÄBL 12/2017, S. 716–717

Der Autor befürchtet dass dadurch, dass auch praktische Kenntnisse und Fertigkeiten im Medizinstudium vermittelt würden, der wissenschaftliche Ansatz verloren gehen würde. Gleichzeitig beklagt er, dass die Fähigkeit zur klinischen Untersuchung abnehmen würde. Aktuelle didaktische Entwicklungen werden als „Fachschul“-Niveau diskreditiert. Dass verschiedene Versorgungsbereiche jeweils ihre spezifischen Kenntnisse und Vorgehensweisen erfordern, könne er nicht nachvollziehen – dies explizit formuliert in Bezug auf die Allgemeinmedizin. Vor dem Hintergrund der medizindidaktischen Entwicklungen muss diesen Ausführungen widersprochen werden:

Wissen ist mehr als die Reproduktion von Fakten, die nicht selten schon zum Zeitpunkt des Erlernens veraltet sind.

Bei der Reform des Medizinstudiums sind zwei grundlegende Aspekte zu unterscheiden: (1) Die Auseinandersetzung mit der zunehmenden Komplexität der Medizin bei gleichzeitig fortschreitender Digitalisierung und (2) die längst überfällige Verortung der ambulanten Medizin. In dem im Dezemberheft abgedruckten Artikel werden diese nicht ausreichend getrennt.

Ad 1) Hier muss entschieden werden, was für alle Ärztinnen und Ärzte grundlegend ist und was in den Bereich der Spezialisierung gehört. Um dem Erlernen der notwendigen Fähigkeiten in der Ausbildung Raum zu geben, müssen wir selektieren, was gelehrt werden soll. Das geht nicht ohne Entscheidungen für Kernkompetenzen. Die fortschreitende Digitalisierung ermöglicht uns, Faktenwissen jederzeit abzurufen und sogar Normabweichungen zu detektieren. Wir sollten es als Chance verstehen, die Ausbildung und die zukünftig erforderlichen ärztlichen Kompetenzen neu zu definieren.

Dem Autor, der vor mehr als zehn Jahren seine aktive Hochschultätigkeit beendet hat, ist zuzustimmen, dass Allgemeinmedizin keine andere Basisausbildung erfordert als die anderen klinischen Fächer. Die

wissenschaftliche Fundierung und Kenntnis der entsprechenden Methoden ist ein unabdingbarer Teil und Merkmal der universitären medizinischen Ausbildung.

Kompetenz ist Wissen und die Fähigkeit, dieses im konkreten Einzelfall richtig anzuwenden! Wir stimmen mit dem Autor überein, dass ein Arzt „erkennen muss, wann die Normmethoden nicht greifen“. Diese Erkenntnisfähigkeit aber verlangt vor allem ein umfassendes Verständnis der Situation, was der Arzt/die Ärztin nur erreicht, wenn er/sie neben dem Faktenwissen auch praktische Fähigkeiten wie Anamnese- und Untersuchungstechniken, Entscheidungsfähigkeit und die Strategien kontinuierlichen Lernens beherrscht. Ausgedehntes Detailwissen ist weniger denn je allein ausreichend. Durch die Einführung von Skills-labs und neuer hochschuldidaktischer Methoden konnten zum Beispiel erhebliche Verbesserungen bei der Beherrschung von grundlegenden Untersuchungstechniken sowie von Kommunikations- und Empathiefähigkeit erreicht werden. Die universitären Einrichtungen für Allgemeinmedizin in Frankfurt und Marburg sind Vorreiter evidenzbasierter Medizin, innovativer Lehre und weithin anerkannter klinischer und Versorgungsforschung.

Ad 2) Ein anderer Aspekt in der Reform des Medizinstudiums ist das Ausbessern eines jahrelang begangenen Fehlers, nämlich zu ignorieren, dass der Großteil der Versorgung im ambulanten Bereich stattfindet und nicht an Universitätsklinik, wo zukünftige Ärzte und Ärztinnen bislang nahezu ausschließlich ausgebildet werden. Das Patientenspektrum unterscheidet sich in den verschiedenen Versorgungsbereichen fundamental. Universitätsklinik versorgen nur einen sehr kleinen und besonders selektierten Teil der Bevölkerung. Die hier angemessenen Vorgehensweisen können damit nur sehr begrenzt auf Patienten in der primärärztlichen Versorgung oder bei niedergelassenen Spezialisten übertragen werden. Die Reform des Studiums muss daher dafür

sorgen, dass der Ambulantisierung der Medizin Rechnung getragen wird und zukünftig auch grundlegende Kenntnisse für eine optimale Patientenversorgung insbesondere in der Basisversorgung der Bevölkerung erworben werden. Dadurch wird das Ausbildungsniveau insgesamt angehoben und nicht etwa gesenkt. Es geht dabei nicht um eine selektive Werbung für die Allgemeinmedizin, sondern um eine den zukünftigen Herausforderungen angemessene Ausbildung aller zukünftigen Ärztinnen und Ärzte.

Die im 19. Jahrhundert an deutschsprachigen Universitäten entwickelte Konzeption des Medizinstudiums war damals ein weltweit beachtetes Vorbild, vor allem wegen ihrer naturwissenschaftlichen Orientierung. Inzwischen haben sich Medizindidaktik und gesellschaftliche Erwartungen jedoch weiterentwickelt: Universitäten sind verantwortlich für Wissen, Kompetenz und Handlungsfähigkeit ihrer Absolventen. Wir sind bereit, diese Verantwortung zu übernehmen. Dabei sehen wir die Allgemeinmedizin als Kernfach und in einer Vorreiterrolle.

Prof. Dr. med. Erika Baum

Leiterin der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach

Direktor des Instituts für Allgemeinmedizin, Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main

Prof. Dr. med. Annette Becker

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin, Philipps Universität Marburg

Prof. Dr. med. Norbert Donner-Banzhoff

Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive und Rehabilitative Medizin im Medizinischen Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung an der Philipps-Universität Marburg

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund § 17 Abs. 1 Nr. 10 des Heilberufsgesetzes hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25.11.2017 mit der nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen erforderlichen Mehrheit von 2/3 aller gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung folgende Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen beschlossen:

1. Novellierung Heilberufsgesetz

Artikel 1

§ 4 a Abs. 4 der Satzung wird wie folgt geändert:

1. Nach Satz 1 wird folgender Satz eingefügt:

„Seinen Mitgliedern kann eine angemessene Aufwandsentschädigung sowie eine Reisekostenvergütung gewährt werden.“

2. In dem neuen Satz 3 werden die Wörter „Aufwandsentschädigungen“ und „Kostenerstattungen“ durch die Wörter „Aufwandsentschädigung“ und „Reisekostenvergütung“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.01.2018 in Kraft.

2. Erhöhung der Verlustrücklage

Artikel 1

Die Satzung wird wie folgt geändert:

In § 15 Abs. 2 Satz 2 wird die Angabe „5 % der Deckungsrückstellung“ durch die Angabe „7 % der Deckungsrückstellung“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.01.2018 in Kraft.

Die Vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25.11.2017 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt.

Frankfurt am Main, 27.11.2017

Dr. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Die Vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25.11.2017 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen wurden vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 07.12.2017 (Geschäftszeichen: IV1A-54g2000-0004/2009/008) nach § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes i.V.m. § 4 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen genehmigt und werden hiermit im Hessischen Ärzteblatt, Ausgabe 2/2018, verkündet.

Frankfurt am Main, 20.12.2017

Dr. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, Vorsitzender des Vorstandes des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen



Absolventenfeier Humanmedizin an der Universität Gießen: 78 Absolventinnen und Absolventen des Bereichs Humanmedizin der Justus Liebig-Universität Gießen haben im Dezember 2017 ihren Abschluss gefeiert. „Erst der Umgang mit den Patienten macht uns zu Ärztinnen und Ärzten“, betonte der Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, in seiner Festrede. Dies werde in der neu überarbeiteten Fassung des Genfer Gelöbnisses noch einmal hervorgehoben, indem die Patientenautonomie besonders betont würde. Neben der Urkunden überreichte der Ärztekammerpräsident den Absolventinnen und Absolventen im Anschluss einen Ausdruck des überarbeiteten Genfer Gelöbnisses sowie des Eid des Hippokrates (vgl. S. 75 & 86).

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060038095 ausgestellt am 13.04.2015 für Dr. med. Kerstin Döpfner-Ozan, Hochheim

Arztausweis-Nr. 060030806 ausgestellt am 15.08.2013 für Daniel Fink, Dillenburg

Arztausweis-Nr. 060043523 ausgestellt am 13.06.2016 für Giacomo Gentili, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045602 ausgestellt am 14.11.2016 für Dirk Ihrig, Nierstein

Arztausweis-Nr. 060046166 ausgestellt am 19.12.2016 für Dr. med. Sybille Illert, Riedstadt

Arztausweis-Nr. 060048681 ausgestellt am 31.05.2017 für Agnes Koch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060031389 ausgestellt am 18.10.2013 für Michael Kremer, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060050078 ausgestellt am 13.09.2017 für Dr. med. Velina Seidel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060036449 ausgestellt am 09.12.2014 für Dr. med. Dag-Hau Yim, Frankfurt

Goldenes Doktorjubiläum

01.03.: Dr. med. Leo Bader, Trebur

04.03.: Dr.med. Ute Consemüller, Linsengericht

04.03.: Dr. med. habil. Harald Hoensch, Groß-Gerau

05.03.: Dr.med. Reinhart Liebermeister, Kassel

08.03.: Dr. med. /Imp Bukarest Tatiana Schuster, Frankfurt

12.03.: Dr. med. Herbert Gruhl, Pohlheim

15.03.: Dr. med. Morley Larry Wright, Lohfelden

20.03.: Dr. med. Irene Mollenhauer, Gießen

20.03.: Dr. med. Karla Spitzhüttl, Usingen

27.03.: Dr. med. Werner Schlotmann, Alzey

27.03.: Dr. med. Wolfhard Scholz, Hadamar

28.03.: Dr. med. Björn Lemmer, Frankfurt

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

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

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

Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Dienstag, 27. Februar 2018, 19.00 Uhr

Veranstaltungsort:

**Landesärztekammer Hessen
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt am Main**

eine

AUTORENLESUNG



ZSUZSA BÁNK

„Schlafen werden wir später“

(S. Fischer Verlag, Frankfurt am Main, 2017)

Kinderfreundinnen flüchten aus dem Alltag mit poetischen, melancholischen, auch beglückenden Emails, drei Jahre lang, fast jede Nacht. Eine Korrespondenz der Herzen. Sie schaffen sich Raum füreinander, ihr Refugium.

MARTHA, Lyrikerin, 3 Kinder, unglückliche Ehe, Geld- und Zeitnot, lebt in Frankfurt; JOHANNA, Lehrerin, gerade Brustkrebs überstanden, vom Freund verlassen, lebt im tiefen Schwarzwald.

Eine biographische Zäsur *im 5. Lebensjahrzehnt* – Selbstmitleid, Empathie, Hoffnung, Verzweiflung. Und dann schlägt das Schicksal zu. Doch diese unbegrenzte Freundschaft wird alles überstehen.

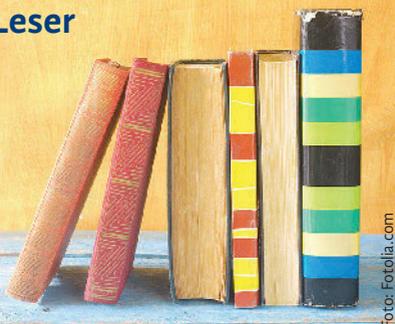
Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

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

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser, vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

E-Mail: haeb1@laekh.de



Bezirksärztekammer Kassel

Aufgrund § 6 a i.V.m. § 17 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 „n“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert am 6. Mai 2015 (HÄBL 6/2015, S. 36) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. November 2017 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen vom 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 54–56), zuletzt geändert am 5. April 2017 (HÄBL 7/8/2017, S. 449), wird wie folgt geändert:

In § 8 Absatz 2 wird nach Satz 1 folgender neuer Satz 2 angefügt:

„Das Verfahren bei Befangenheit richtet sich nach § 20 Abs. 4 des Hessischen Verwaltungsverfahrensgesetzes.“

II.

Neubekanntmachung

Der Präsident wird ermächtigt, die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen in der sich aus dieser Sat-

zung ergebenden Fassung mit neuem Datum bekannt zu machen und Unstimmigkeiten des Wortlauts zu beseitigen.

III.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Februar 2018 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. November 2017 beschlossene Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 28. November 2017

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

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

V2 – 18b2120–0001/2008/011

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 25. November 2017 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 4. Dezember 2017

Im Auftrag
gez. Dr. Stephan Hölz

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine fi-

nanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“
Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

MFA-Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“

Qualifizierungsangebot der Carl-Oelemann-Schule für Medizinische Fachangestellte jetzt auch dezentral

Gut ausgebildete Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind für jeden Arzt oder jede Ärztin unentbehrlich. Die Entscheidung, einen Ausbildungsplatz anzubieten, bedeutet jedoch auch zusätzliche Mühe und Zeit zu investieren. Eine gute Planung des Ausbildungsablaufs stellt sicher, dass die in der Ausbildungsverordnung vorgesehene Inhalte vermittelt werden.

Grundsätzlich ist der ausbildende Arzt bzw. die ausbildende Ärztin für die Ausbildung zuständig. Examierte Medizinische Fachangestellte können die Ärzte bei der Planung, Durchführung und Kontrolle der Berufsausbildung unterstützen.

Die Carl-Oelemann-Schule bietet hierfür die 40-stündige Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“ an, mit der ausgebildete Medizinische Fachangestellte die Qualifikation „Ausbildungsbefähigung“ erwerben können. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen, die Berufsausbildung auf der Grundlage rechtlicher Rahmenbedingungen zu planen, Lerninhalte unter didaktisch-methodischen Aspekten zu vermitteln und die Auszubildenden in ihrer Ausbildungsleistung zu motivieren. Sie wenden dabei Kenntnisse über Lernprozesse personenbezogen an.

Ab 2018 wird die Fortbildung „Durchführung der Ausbildung“ (40 Stunden) auch dezentral angeboten.

Die ersten Veranstaltungen finden in Zusammenarbeit mit den Bezirksärztekammern Darmstadt und Wiesbaden statt. Es ist geplant, das Fortbildungsangebot zukünftig auch in anderen Bezirksärztekammern anzubieten.

Inhalte der Fortbildung für examinierte Medizinische Fachangestellte oder Personen anderer medizinischer Fachberufe, die den Arzt oder die Ärztin in der Berufsausbildung bereits unterstützen oder die Aufgabe zukünftig übernehmen möchten:

- Allgemeine Grundlagen
 - Struktur, System und rechtliche Rahmenbedingungen der Berufsbildung
- Die/der Jugendliche in der Ausbildung
 - Entwicklungspsychologische Grundlagen
- Organisation und Durchführung der Ausbildung
 - Ausbildung systematisieren und strukturieren
 - Ausbildung am Arbeitsplatz
 - Lernerfolge kontrollieren und Leistungen beurteilen
- Lernprozesse
 - Lernprozesse fördern und zu lebenslangem Lernen motivieren
 - Lerntechniken vermitteln
 - Lernschwierigkeiten und Verhaltensauffälligkeiten erkennen.

Die Fortbildung wird bei der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung“ anerkannt.

Informationen zur Fortbildung:
Carl-Oelemann-Schule
Monika Kinscher,
E-Mail: monika.kinscher@laekh.de

Silvia Happel, Dipl.-Med. Päd.
Schulleiterin
der Carl-Oelemann-Schule

Ehrungen MFA/Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:**

Petra Hahn,

seit 46 Jahren tätig bei B. Dettmering und Dr. med. O. Schivelbusch, Niederdorfelden;

Rita Kropp,

seit 43 Jahren tätig bei Dr. med. A. Rohrbeck, vormals Praxis Dr. med. H. Daume, Rodenbach.

Informationen aus der Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Über die vorzeitige Zulassung erhalten Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die ihrer regulären Abschlussprüfung **unmittelbar** vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn dies die Leistungen während der **gesamten Ausbildungszeit** rechtfertigen. Die einzelnen Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung in Verbindung mit den aktuellen Prüfungsterminen können im Internet unter: <https://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/pruefungen> abgerufen werden.

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

Verkauf Industrie Medizin

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, 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. 4, gültig ab 01.01.2018

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2017:

Druckauflage: 35.251 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.963 Ex.



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



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

79. 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

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2017 mit dem Arztstand 01.10.2017 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 14. Dezember 2017 unter zu Grunde Legung des Arztstandes 01.10.2017 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 19.03.2018 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 14. Dezember 2017 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen – Geschäftsstelle –

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Hinweis der KBV: Transportscheine für schwerbehinderte Patienten

Mittels Krankenfahrten und Krankentransporten kann sichergestellt werden, dass schwerbehinderte Patienten ihre Termine regelmäßig und pünktlich wahrnehmen können. Für die Kostenübernahme sind die Krankenkassen zuständig, daher muss der Patient sich Fahrten zu einer ambulanten Behandlung in der Re-

gel vorab von der Krankenkasse genehmigen lassen.

Grundsätzlich können Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten gesetzlich krankenversicherten Patienten Fahrten zur ambulanten und stationären Behandlung verordnen, wenn dies medizinisch erforderlich ist. Die Verordnung erfolgt

mit dem Formular 4 „Verordnung einer Krankenfahrt“.

Informationen im Internet auf der Webseite der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Kranken_transporte.pdf

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGENGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	Hofgeismar	3,50	Hofgeismar	1,00
Alsfeld	Homburg (Eise)	ÜV	Homburg (Eise)	ÜV
Bad Arolsen	Hünfeld	ÜV	Hünfeld	ÜV
Bad Hersfeld	Idstein	ÜV	Idstein	9,00
Bad Homburg/Oberurse//Friedrichsdorf	Kassel-Nord	ÜV	Kassel-Nord	ÜV
Bad Orb	Kassel-Stadt	ÜV	Kassel-Stadt	ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Stid	ÜV	Kassel-Stid	4,00
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV	Kirchhain	1,00
Bebra/Rotenburg a.d Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	ÜV
Bonshcim/Hoppenholm	Korbach	3,60	Korbach	2,60
Bioconkopf	Lamportheim/Vornholm	5,50	Lamportheim/Vornholm	8,50
Borken (Hessen)	Lauterbach	0,50	Lauterbach	ÜV
Budingen	Lich/Hungen/Reiskirchen	4,00	Lich/Hungen/Reiskirchen	3,50
Butzbach	Limburg	0,50	Limburg	10,00
Darmstadt	Marburg	1,50	Marburg	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	Melsungen	20,00	Melsungen	ÜV
Eitwillc	Michelstadt	ÜV	Michelstadt	1,00
Erbach	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	4,50	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	6,00
Eschwege	Nidba	3,00	Nidba	ÜV
Frankenberg (Eder)	Offenbach	0,50	Offenbach	ÜV
Frankfurt	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	Rüsselsheim	ÜV	Rüsselsheim	15,60
Fritzlar	Schlüchtern	ÜV	Schlüchtern	ÜV
Fulda	Schwalmsstadt	ÜV	Schwalmsstadt	ÜV
Geinhhausen	Seligenstadt	1,50	Seligenstadt	ÜV
Griessen	Sontra	ÜV	Sontra	1,50
Gladenbach	Stadtlendorf	ÜV	Stadtlendorf	3,00
Groß-Gerau	Taunusstein	0,50	Taunusstein	0,50
Grünberg/Laubach	Uisingen	ÜV	Uisingen	1,50
Halger/Dillenburg	Wachtersbach/Bad Soden-Salmünster	ÜV	Wachtersbach/Bad Soden-Salmünster	2,50
Hanau	Weilburg	4,00	Weilburg	ÜV
Hattersheim/Hofheim/Kelkheim	Wezlar	1,00	Wezlar	ÜV
Herborn	Wiesbaden	1,50	Wiesbaden	ÜV
Heringen (Werra)	Witzenhausen	ÜV	Witzenhausen	ÜV
Hessisch Lichtenau	Wolfhagen	ÜV	Wolfhagen	0,50
Heusenstamm/Rödermark/Roßgau/Dietzenbach/Obertshausen	freie Arztsttze gesamt	16,50	freie Arztsttze gesamt	154,50
Hochheim/Flörsheim		ÜV		

Beschluss Landesausschuss 14.12.2017
Arztbestand 01.10.2017

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

durchende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 2

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 14.12.2017
Arztbestand 01.10.2017

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Orthopäden	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,00	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,50
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1**	2,50
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Odenwaldkreis	3,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	4,00
Landkreis Offenbach	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Rheingau-Taunus-Kreis	2,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Wetteraukreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,5**	0,50
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	2,00	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,5**	3,50
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1***	1,00
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Landkreis Kassel	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Schwalm-Eder-Kreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	2,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00	0,5**	3,00
freie Arztstze gesamt	8,00	0,50	2,50	3,00	3,00	1,00	3,50	0,00	2,00	3,50	27,00

ÜV Überversorgung	Überversorgungsgrad 100 bis 110 %
* geöffnet für KJP	Versorgungsgrad unter 100 %
** geöffnet für ÄPT	Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 3

Beschluss Landesausschuss 14.12.2017
Arzbestand 01.10.2017

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	1	ÜV	1,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	1,5	ÜV	1,50
Osthessen	ÜV	ÜV	4	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	10,5	ÜV	10,50
Starkenburger	ÜV	ÜV	5,5	ÜV	5,50
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	22,50	0,00	22,50

- ÜV Überversorgung
- Versorgungsgrad 100 bis 110 %
- Versorgungsgrad unter 100 %
- Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 14.12.2017
Arztbestand 01.10.2017

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

