

# Hessisches Ärzteblatt

Online unter: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) | 3 | 2018  
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang



## Methamphetamin-bezogene Störungen

**Minimalinvasive Chirurgie  
beim Neugeborenen**  
CME-Fortbildung zum Einsatz  
minimal-chirurgischer  
Techniken bei ausgewählten  
Krankheitsbildern

**Ethik in der Medizin –  
Anspruch und Wirklichkeit**  
Symposium der LÄKH zu  
ethischen Konfliktsituationen  
und Hilfsangeboten im  
ärztlichen Berufsalltag

**Ansichten und Einsichten:  
Erfahrungsbericht**  
Ein „ganz normaler Vormittag“  
in einer Nervenarztpraxis in  
einem unterversorgten  
Gebiet in Nordhessen



## E-Health: Ärzteschaft steht vor neuen ethischen Herausforderungen

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

in dem kürzlich erfolgten Symposium „Ethik in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit“ (siehe S. 154 ff.) wurden ethische Aspekte behandelt, die stellvertretend für unseren heutigen beruflichen Alltag stehen. Doch welche Fragen der Zukunft verlangen kluge Antworten?

Hierzu möchte ich beispielhaft einige Oberbegriffe der sogenannten digitalen Revolution wie „Künstliche Intelligenz“, „auf Algorithmen basierende Entscheidungen“, „Robotik“ und „Big Data“ nennen. Sogar das EU-Parlament hält dieses Thema für sehr bedeutsam, denn IT-Entwicklungen schreiten zweifelsohne rasant voran und werfen daher zahlreiche Fragen auf. Diese reichen von der Überlegung, was denn überhaupt geregelt werden muss bis hin zu Fragen nach Verantwortung, Haftung und eben auch ethischen Implikationen.

Schon die Chancen, aber natürlich auch Gefahren eines selbst fahrenden Autos sind bei weitem noch nicht abschließend beleuchtet bzw. gelöst worden, geschweige denn für komplexe medizinische oder pflegerisch unterstützende Prozesse. Für den Bereich Robotik und künstliche Intelligenz gab das EU-Parlament der EU-Kommission im Sommer 2017 bereits einen freiwilligen ethischen Verhaltenskodex<sup>1</sup> vor. Darin wird beispielsweise gefordert, die Grundrechte zu wahren, im Interesse der Menschen zu handeln, Schaden zu vermeiden oder für die Umkehrbarkeit von programmiertem Roboterverhalten im Falle unerwünschter Handlungen zu sorgen.

Welche Entwicklungen werden die Medizin verändern? Sicher gehört das „Deep Learning“ dazu, eine neue Methode der Informationsverarbeitung mit künstlichen neuronalen Netzen. Laut dem Fraunhofer-Institut für Intelligente Analyse- und Informationssysteme hat diese Methode bereits zu Durchbrüchen bei der Bilderkennung, der Sprachverarbeitung oder auch der Robotik geführt. Deep Learning funktioniert aber nur dann gut, wenn besonders große Datenmengen – eben „Big Data“ – zum Training neuronaler Netze verfügbar sind. Hier schlummern schon die ersten Fallstricke. Welche Daten werden aus welchen Quellen zugrunde gelegt? Wer wählt sie nach welchen Kriterien aus? Sind die Daten wirklich valide und zufällig erhoben worden? Sind die Daten vor Manipulationen geschützt? Welche Logik liegt den Algorithmen zugrunde?

All dies muss nachvollziehbar und bei Bedarf zu korrigieren sein, bevor wir uns als Ärzte darauf verlassen dürfen. Dann allerdings sind beispielsweise Programme, die die Einordnung und Befundung bildgebender Verfahren verkürzen und präzisieren, sehr zu begrüßen, denn sie verschaffen Ärztinnen und Ärzten mehr Zeit für das Gespräch mit dem Patienten oder die Versorgung weiterer Patienten.

Ein weiteres Thema, das sich gerade bezüglich persönlicher Gesundheitsdaten stellt, ist, ob und wenn ja, welche Daten für die Zwecke künstlicher Intelligenz genutzt werden dürfen. Muss etwa jeder Bürger seine Daten gegebenenfalls in anonymisierter Form zur freien Verfügung stellen, damit andere – vielleicht gar nicht einmal dieser selbst – daraus gesundheitlichen Nutzen ziehen können? Könnte also das informationelle Selbstbestimmungsrecht zur Disposition stehen? Und wer soll den Zugriff auf diese Daten erhalten? Wer bestimmt die entsprechenden Regeln? Wer wacht über deren Einhaltung? Wer profitiert von den Gewinnen aus der erheblich erweiterten Datennutzung?

Nicht zuletzt stellt sich bei auf Algorithmen basierenden Entscheidungen die Frage nach dem Einzelfall. Denn die Entscheidungen der „Künstlichen Intelligenz“ sind immer auch bis zu einem gewissen Grad mit Fehlern behaftet. Sie basieren – vereinfacht formuliert – auf statistischen Wahrscheinlichkeiten aufgrund vieler Beobachtungen und können daher nicht alle Umstände eines konkreten Einzelfalls berücksichtigen. Zudem weisen Experten daraufhin, dass gerade in der Medizin die Daten selbst innerhalb ein und desselben Krankenhauses für einen identischen Patienten nicht immer kongruent sind. Auch der ursprüngliche Zweck der Datenerhebung muss berücksichtigt werden, denn die für Abrechnungszwecke dokumentierten Daten sind in der Regel inhaltlich anders als beispielsweise Daten, die im Rahmen einer klinischen Studie erhoben wurden. Deshalb muss die letztendliche therapeutische Entscheidung zwingend bei Arzt und Patient bleiben. Künstliche Intelligenz kann eine medizinische Entscheidung unterstützen, sie darf aber niemals eigenständig entscheiden.

Die hier aufgeworfenen Fragen stellen nur einen ethischen Ausschnitt aus Chancen und Risiken dar und sind keinesfalls vollständig. Klar ist jedoch, dass sich Wissenschaft, Gesellschaft und Politik rechtzeitig auf breiter Basis mit diesen Themen beschäftigen müssen. Hier sind wir als Ärztinnen und Ärzte in der Pflicht, uns zu beteiligen.

Ihr

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

<sup>1</sup> siehe im Internet unter dem Link: <http://daebl.deZS44>

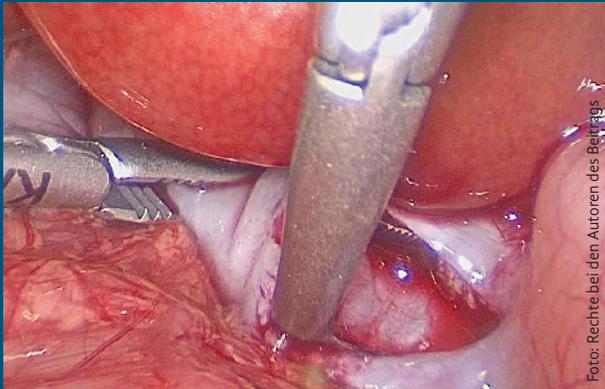


Foto: Rechte bei den Autoren des Beitrags

## CME: Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen

Der zertifizierte Fortbildungsartikel stellt ausgewählte Krankheitsbilder im Kindesalter vor, bei denen minimal-chirurgische Techniken zum Einsatz kommen, und fasst die Vor- und Nachteile der Eingriffe für die jeweiligen Krankheitsbilder zusammen.

146



Foto: Karja Kolisch

## Ethik in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit

Auf dem Programm des von der Landesärztekammer Hessen ausgerichteten Symposiums standen ethische Fragen und Probleme aus dem ärztlichen Berufsalltag. Darüber hinaus wurden Hilfsangebote wie die klinische und die ambulante Ethikberatung vorgestellt.

154

<b>Editorial:</b> E-Health – Ärzteschaft steht vor neuen ethischen Herausforderungen .....	<b>143</b>
<b>Ärzttekammer</b>	
Symposium: Ethik in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit .....	<b>154</b>
Ethik in der Medizin – ein junges Fach mit Potenzial .....	<b>159</b>
Kammerwahl 2018: Auslegung der Wählerverzeichnisse für die Wahl der Delegiertenversammlung .....	<b>162</b>
Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018 .....	<b>163</b>
Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen für Dr. med. Sören Jan Backhaus .....	<b>181</b>
<b>Fortbildung:</b> Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen (CME) .....	<b>146</b>
<b>Mensch und Gesundheit</b>	
Methamphetamin-bezogene Störungen: Diagnostische Möglichkeiten in der hausärztlichen Praxis .....	<b>164</b>
Alle gegen Doping .....	<b>166</b>

## Bekanntmachungen

■ <b>Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:</b> Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung .....	<b>173</b>
■ <b>Fort- und Weiterbildungen für MFA:</b> Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule .....	<b>179</b>
■ <b>Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen</b> .....	<b>190</b>
■ <b>Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung</b> .....	<b>196</b>
<b>Junge Ärzte und Medizinstudierende</b>	
„Ich wollte nicht nur über Büchern sitzen!“ – Im Gespräch mit Matthias Rosenthal, Medizinstudent in Marburg .....	<b>170</b>



Foto: Daniel Kaesler – Dreamstime.com

### Methamphetamin-bezogene Störungen und Doping

Zwei Beiträge befassen sich mit den diagnostischen Möglichkeiten Methamphetamin-bezogener Störungen in der hausärztlichen Praxis sowie dem Thema Doping, das längst nicht mehr nur ein Phänomen des Leistungssports ist.

164/166

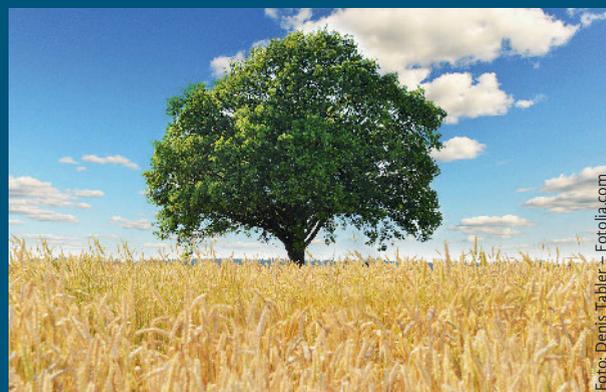


Foto: Dennis Tabler – Fotolia.com

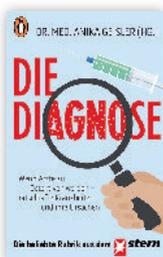
### Erfahrungsbericht: Nervenarztpraxis auf dem Land – ein „ganz normaler Vormittag“

Unter der Rubrik Ansichten und Einsichten berichtet ein 73-jähriger Professor für Nervenheilkunde auf unterhaltsame Weise von dem „täglichen Wahnsinn“ in seiner Praxis in einem deutlich unterversorgten Gebiet in Nordhessen.

184

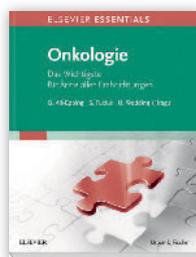
<b>Ärztlicher Berufsalltag:</b> Pilotprojekt zur Neuregelung der Leichenschau der Stadt Frankfurt / mit Kommentar .....	172
<b>Ansichten und Einsichten:</b> Nervenarztpraxis – ein „ganz normaler Vormittag“: Erfahrungen eines „Oldtimers“ .....	184
<b>Recht:</b> Datenschutz 2.0: Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt? – Teil III .....	182
<b>Parlando</b>	
Salerno – Frankfurt am Main: Wurzeln einer Freundschaft / Musiktipp: Les Maîtres du Baroque .....	168
Realistischer Blick auf Alltag und Landschaften – Französische Kunst des 19. Jahrhunderts in Wiesbaden .....	169
<b>Personalia:</b> Erinnerung an Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Erwin Kuntz / Glückwünsche für Dr. med. Ulrich Lang .....	188
<b>Medizinische Fachangestellte:</b> „Ansage Zukunft“ – LÄKH auf der Ausbildungsmesse 2018 in Marburg .....	189
<b>Leserbriefe</b> .....	186
<b>Impressum</b> .....	195

### Bücher und Musik



**Die Diagnose – wenn Ärzte zu Detektiven werden**  
Anika Geisler (Hrsg.)

S. 162



**Onkologie – Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen**  
Bernd Alt-Epping et al. (Hrsg.)

S. 171



**Jazz: Turn Up The Quiet**

Diana Krall

S. 167

# Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen

VNR: 2760602018125360009

Dr. med. Lars Benjamin Burghardt, Dr. med. Florian Obermayr, Dr. med. Reza Vahdad, Univ.-Prof. Dr. med. Guido Seitz

Die minimal-invasive Chirurgie ist seit vielen Jahren in den operativen Fächern etabliert. Die Vorteile des geringeren postoperativen Schmerzes, der schnelleren Rekonvaleszenz und nicht zuletzt der geringeren Narbenbildung sind hinreichend bekannt [1, 2, 3]. Neben den etablierten Verfahren wie der laparoskopischen Appendektomie, Cholezystektomie oder Eingriffen zur Biopsieentnahme zum Beispiel am Ovar oder der Leber können zunehmend auch komplexere Krankheitsbilder minimal-invasiv behandelt werden.

Auch bei Neugeborenen und Säuglingen können zahlreiche Eingriffe in spezialisierten Zentren minimal-invasiv durchgeführt werden. Dazu gehört auch die Korrektur komplexer Fehlbildungen.

Einen hohen Stellenwert besitzen laparoskopische Verfahren sowohl bei der Primärkorrektur als auch bei der Assistenz konventioneller Operationsverfahren wie zum Beispiel bei Analatresien oder dem Morbus Hirschsprung. Die Laparoskopie kann hier das Operationstrauma verringern, die Operationssicherheit erhöhen sowie auch zusätzliche Diagnostik bieten. Die minimal-invasive Chirurgie im Kindesalter bedarf nicht nur einer besonderen Ausbildung der Operateure, sondern auch eines speziellen OP-Instrumentariums um auch auf engstem Raum komplexe Prozeduren durchführen zu können. Hierfür stehen Instrumente mit einem Durchmesser von 3 mm und weniger zur Verfügung. Entsprechend sind nur kleinste Hautinzisionen erforderlich [4, 5]. Der Nachteil der minimal-invasiven Chirurgie ist sicherlich eine gewisse Lernkurve, welche der Operateur durchlaufen muss und daher diese Operationen nur an ausgewiesenen Zentren im Kindesalter angeboten werden können. Im Folgenden werden ausgewählte Krankheitsbilder vorgestellt, bei denen minimal-invasive Techniken zum Einsatz kommen.

## Hypertrophe Pylorusstenose

Die hypertrophe Pylorusstenose ist eine Erkrankung des frühen Säuglingsalters mit

einer Inzidenz von 1:300–900 Lebendgeburten. Der Erkrankungsgipfel liegt bei einem Lebensalter von ca. vier bis sechs Wochen. Männliche Säuglinge sind häufiger betroffen als weibliche. Das Leitsymptom ist das schwallartige Erbrechen nach den Mahlzeiten, welches durch die Magendistension bei ausbleibendem Übertritt der Milchnahrung ins Duodenum hervorgerufen wird. In der Folge kann der Säugling nicht ernährt werden. Die Diagnose erfolgt sonografisch (siehe Abb. 1).



Abb. 1: Sonographisches Bild des hypertrophen Pylorus. Man erkennt die deutliche Wandverdickung der Muscularis des Pylorus. Eine Passage kann nicht nachgewiesen werden.

Bei fortbestehender Erkrankung kann eine Exsikkose, metabolische Alkalose und Dystrophie entstehen [6]. Vor der Operation ist daher meist ein Ausgleich der Exsikkose sowie des Elektrolyt- und Säure-Base-Status erforderlich [7].

Theoretisch gibt es konservative Therapieoptionen wie die orale oder parenterale Atropin- oder Scopolamintherapie, die jedoch einen mehrwöchigen Krankenhausaufenthalt bedeuten würden. Hinzu kommt, dass deren Erfolgsrate lediglich zwischen 70–80 Prozent (%) liegt [8, 9]. Es besteht daher Konsens, dass die operative Therapie aufgrund der niedrigen Komplikationsrate und des kurzen Heilungsverlaufes die Therapie der Wahl ist. Die konservative Therapie bleibt dagegen ausgewählten Patienten vorbehalten, die

aufgrund von Komorbiditäten nicht operationsfähig sind.

Bei der konventionellen, offenen Operation wird über einen ca. 5 cm großen Rippenbogenrandschnitt, einen queren Oberbauchschnitt oder einen supraumbilicalen Zugang [10] der Pylorus hervorluxiert (Zugangswege siehe Abb. 1) und anschließend die Serosa samt hypertropher Muscularis unter Schonung der Mucosa gespalten, sodass sich die Muskulatur des Pylorus öffnet und die Nahrungspassage wieder hergestellt ist (Technik nach Weber-Ramstedt).

Im Jahre 1991 [11] wurde erstmals die laparoskopische Operation beschrieben. Der Zugang erfolgt über eine 5 mm Mini-laparotomie am Nabel [5] sowie über zwei 3 mm Trokareintrittsstellen im linken und rechten Oberbauch (siehe Abb. 2). Die Operation entspricht der offenen Operation. Hierbei erfolgt die Inzision der Serosa mittels speziellem Pylorusmesser und anschließend des Spreizens der Muscularis mit einem laparoskopischen Pyloruspreizer (siehe Abb. 3). Postoperativ können die Patienten in der Regel am OP-Tag kostaufgebaut werden, welcher innerhalb weniger Tage abgeschlossen ist [12].

Typische Komplikationen der Operation sind die Verletzung der Mucosa, eine incomplete Spaltung der Muscularis oder Wundinfektionen.

Vergleichende Studien ergaben die Gleichwertigkeit des laparoskopischen Vorgehens in Hinblick auf die Gesamtkomplikationsrate von 2,2 % (Laparoskopie) vs. 4,9 % (offene OP,  $p=0,35$ ) und der OP-Dauer (lap. 25 min, offen 28 min;  $p=0,67$ ; [13, 14, 15]). Die postoperative Aufenthaltsdauer erwies sich insgesamt als kürzer. Sie beträgt beim laparoskopischen Vorgehen ca. 34h, bei der offenen Methode 44h ( $p=0,027$ ) [16, 17].

Die Rate der Mucosaverletzungen war bei der offenen gegenüber der laparoskopischen Methode gleich [18]. Eine solche Verletzung wird durch eine Mucosa- oder

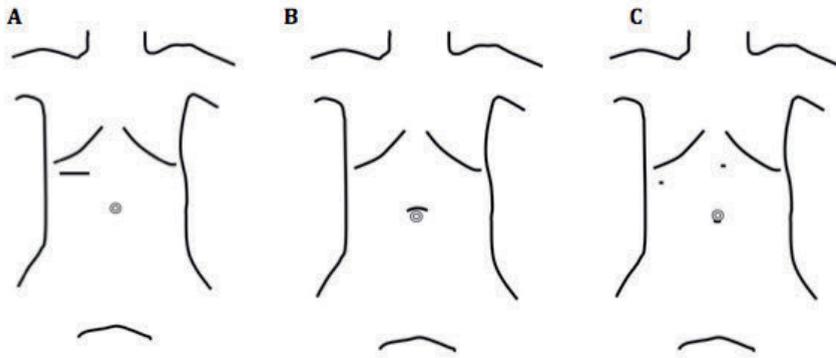


Abb. 2: Zugangswege zur Pyloromyotomie  
 A: Oberbauchlaparotomie rechts  
 B: supraumbilicaler Zugang nach Bianchi  
 C: laparoskopische Trokarplatzierungen

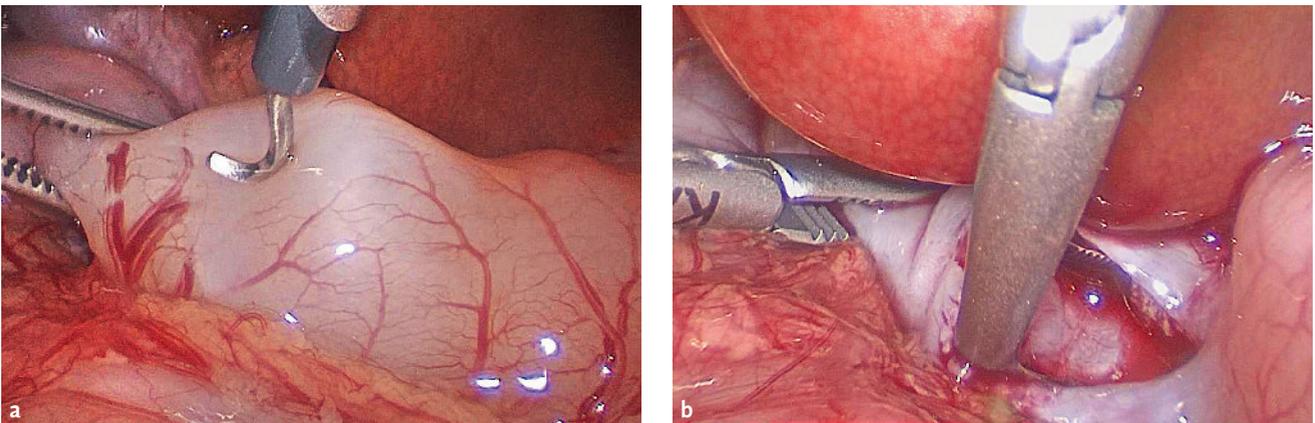


Abb. 3: Vorgehen bei der laparoskopischen Pyloromyotomie. a: Ertasten der Grenzen des hypertrophen Pylorus  
 b: Spreizen der hypertrophen Muscularis unter Erhaltung der Serosa

Allschichtnaht versorgt. Dadurch verlängern sich in der Regel der Kostenaufbau und der stationäre Aufenthalt [19].

Die inkomplette Spaltung tritt beim laparoskopischen Vorgehen etwas häufiger auf. Dies scheint operationstechnisch bedingt zu sein, da die Identifikation der verdickten Muskulatur nur durch Blickdiagnostik ohne taktile Rückmeldung schwieriger ist. Untersuchungen zeigen, dass diese Komplikation durch einen Algorithmus, bei dem die zu spreizende Strecke mit der Rückseite eines Hakens definiert wird, gesenkt werden kann [20]. Eine weitere Methode ist die Verwendung einer unter laparoskopischer Sicht eingeführten konventionellen Gefäßklemme zum Fassen des Pylorus [21].

Der postoperative Kostenaufbau gelingt nach laparoskopischer OP im Vergleich zur konventionellen OP schneller [15]. Eine Erklärung hierfür kann sein, dass die Magen-Darm-Passage durch das geringere OP-Trauma weniger beeinträchtigt wird. Das kosmetische Ergebnis erwies sich als deutlich besser im Vergleich zum konventionellen Zugang [22].

Zu Langzeit-Komplikationen gibt es bisher keine Untersuchungen die zwischen offenem und minimal-invasivem Vorgehen unterscheiden. Langzeit-Rezidive sind eine Rarität. Kinder mit stattgehabter Pylorusstenose haben ein vier- bis fünffach höheres Risiko im späteren Leben chronische Bauchschmerzen zu ent-

wickeln [23]. Weiterhin gibt es Hinweise, dass diese Patienten im Alter ein höheres Risiko von 1–2 % für peptische Ulcera des Magens haben, möglicherweise aufgrund einer Motilitätsstörung des Pylorus. Es wurde nachgewiesen, dass in 12–35 % ein gastroduodenaler Reflux vorliegt [24, 25].

Anzeige

## Laparoskopie

### Vorteile

- Schnellerer Kostaufbau
- Kürzerer stationärer Aufenthalt
- Bessere Kosmetik

### Nachteile

- Höheres Risiko einer inkompletten Mucosaspaltung
- Technische Ausstattung nötig
- Chirurgische Lernkurve

## Invagination

Die Invagination ist eine akute Erkrankung des Säugling- und Kleinkindalters. Durch die Invagination eines proximalen in ein distales Darmsegment (meist terminales Ileum in Coecum) kommt es zu einem mechanischen Ileus (siehe Abb. 4). Die Invagination tritt häufig im Rahmen von Magen-Darm-Infektionen auf, da die vergrößerten mesenterialen Lymphknoten als Leitstruktur für das Invaginat dienen. Eine weitere mögliche Leitstruktur ist das Meckel'sche Divertikel. Symptome sind plötzlich auftretender Abdominalschmerz, Erbrechen sowie Hämatochezie. Die Diagnose wird mittels des sonographischen Nachweises einer Kokarde oder dem „Pseudo-Kidney-Sign“ gestellt [26].

Wenn keine akuten Kontraindikationen wie massiver perianaler Blutabgang, Peritonitis oder Zeichen einer Perforation bestehen, erfolgt zunächst ein Repositionsversuch mittels hohem Einlauf unter sonographischer oder radiologischer Kontrolle als Kontrasteinlauf [27].

Gelingt die hydrostatische Desinvagination nicht, muss operativ vorgegangen werden. Auch bei unklarem sonographischem oder radiologischem Befund erfolgt eine chirurgische Exploration (siehe Abb. 5).

Offen chirurgisch erfolgt die Reduktion des Invaginatates nach Hutchinson in der Regel über einen 5–7 cm großen pararektalen Zugang. Durch manuellen Druck auf den Invaginatkopf wird dieser nach distal ausgestülpt. Minimal-invasiv kann diese Technik modifiziert angewandt werden. Hierbei gibt es zwei Möglichkeiten:

1. Laparoskopische Hutchinson-Manöver mit Druck auf das Invaginat von distal mittels laparoskopischer Darmfazzangen;

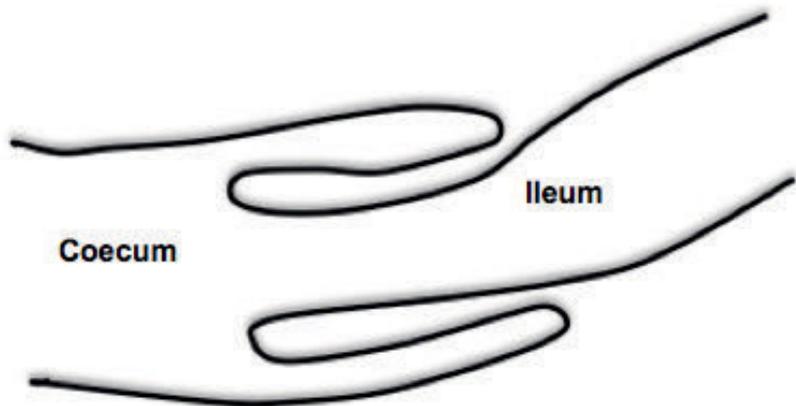


Abb. 4: Schemazeichnung einer Invagination, das terminale Ileum stülpt sich ins Coecum.

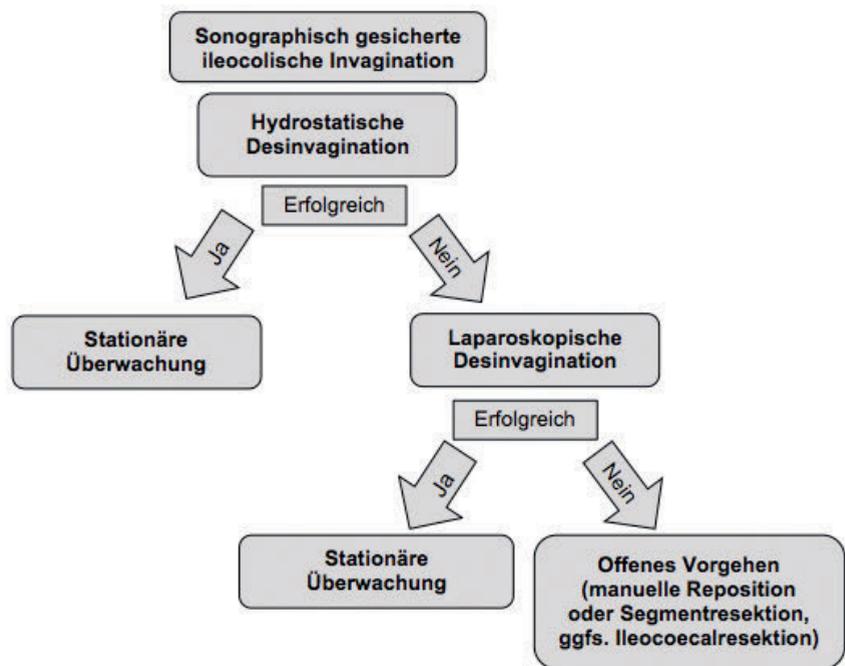


Abb. 5: Algorithmus zur Diagnostik und Therapie bei ileocolischer Invagination am Universitätsklinikum Marburg.

2. Durch moderaten Zug am proximalen Invaginat wird der Invaginatkopf nach oral reponiert und ausgestülpt (siehe Abb. 6).

Die Desinvagination kann in bis zu 70 % der Fälle laparoskopisch gelöst werden [28]. Der Zugang erfolgt über eine umbilicale Minilaparotomie sowie über zwei weitere Trokare im Unterbauch. Untersuchungen zeigen eine Gleichwertigkeit von Laparoskopie und offen chirurgischem Vorgehen bezüglich möglicher Komplikationen, wie iatrogene Darmperforationen, postoperativen Adhäsionsileus oder Wundinfektionen sowie bei der OP-Dauer und Re-Invaginationrate. Die Verweildau-

er bei laparoskopischen Desinvaginationen wird in der Literatur als signifikant niedriger angegeben [28, 29].

Ist ein Meckel'sches-Divertikel ursächlich für die Invagination, so kann dieses ggf. minimal-invasiv abgetragen werden. Liegt ein schmalbasiges Divertikel vor, so ist die intraperitoneale Resektion mittels Stapler möglich, bei breitbasigeren Befunden besteht die Möglichkeit das Divertikel durch den umbilicalen Zugang hervorzuluxieren und offen – je nach Befund – zu exzidieren oder eine Ileumsegmentresektion durchzuführen. Bei ausgeprägten Entzündungen oder stark entzündlichen Befunden wie auch bei Perfo-

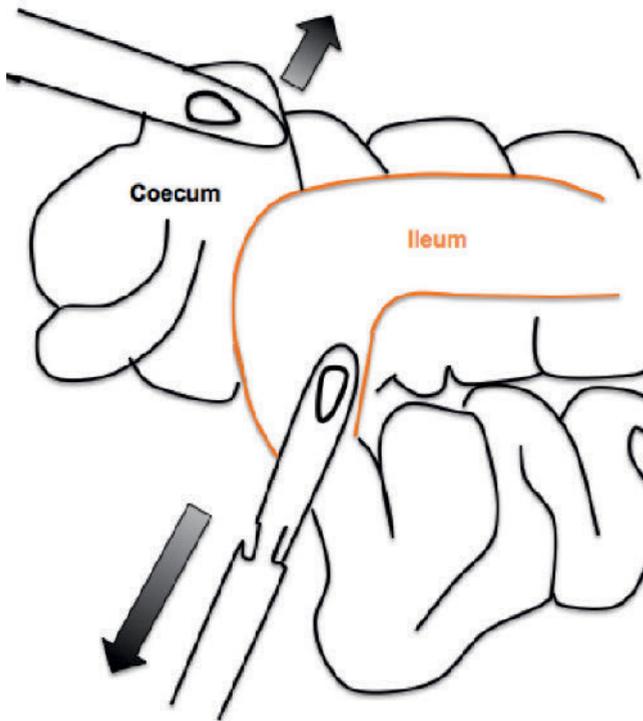


Abb. 6: Technik der laparoskopischen Desinvagination: Das terminale Ileum und das Coecum werden mit Darmfasczungen gehalten, durch vorsichtige Traktion erfolgt das Ausstülpen des invaginierten Ileums.

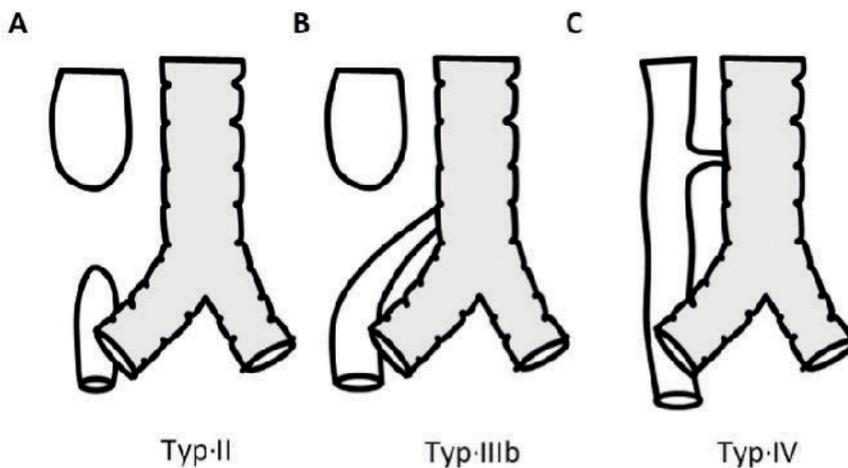


Abb. 7: Wichtige Varianten der Ösophagusatresie. A: Typ II mit langstreckig fehlender Speiseröhre, B: Typ IIIb als häufigste Variante mit unterer Verbindung zwischen Speiseröhre und Luftröhre, C: Typ IV mit durchgängiger Speiseröhre und Fistel zwischen Speise- und Luftröhre (H-Fistel). Weitere Varianten sind Typ IIIa mit oberer tracheoesophagealer Fistel und IIIc mit oberer und unterer Fistel.

ration ist oft eine Konversion auf ein offenes Vorgehen unumgänglich [30, 31]. Weiterhin können auffällige Lymphknoten zur histopathologischen Begutachtung exzidiert werden. Liegt eine Nekrose des betroffenen invaginierten Darmabschnittes vor oder ist das Invaginat stark impaktiert und kann auch nach Konversion nicht reponiert werden, erfolgt die Darmresektion und primäre Anastomose über einen offenen Zugang.

### Laparoskopie

#### Vorteile

- Geringes Trauma und gute Kosmetik

#### Nachteile

- Nur zu 70 % Erfolgsrate
- Bei nekrotischem Darmsegment Konversion notwendig

## Ösophagusatresie

Die Ösophagusatresie ist eine angeborene Erkrankung des Neugeborenen mit einer Inzidenz von 1:3000 Geburten. Die Klassifikation erfolgt nach Vogt in 5 Typen (siehe Abb. 7). Typ 3b mit unterer tracheoösophagealer Fistel ist mit 85–95 % die häufigste Form. Man unterscheidet kurzstreckige (Abstand zwischen oberem und unterem Blindsack unter 2–3 Wirbelkörper) und langstreckige Ösophagusatresien.

Die Verdachtsdiagnose wird heute in der Regel pränatal gestellt. Mögliche Zeichen hierfür sind ein Polyhydramnion, eine fehlende Magenblase und unter Umständen ein schlechtes Wachstum des Feten. Postnatal fallen die Kinder durch eine respiratorische Anpassungsstörung aufgrund der Aspiration von Fruchtwasser sowie durch vermehrtes Speicheln auf. Eine Magensonde lässt sich nicht platzieren. Im Röntgen-Thorax zeigt sich die Spitze der maximal vorgeschobenen Magensonde umgeschlagen im oberen Ösophagus. Ein Vorschieben der Magensonde in den Magen kann jedoch auch bei Fällen mit oberer und unterer Fistel gelingen.

Die Therapie bei kurzstreckigen Ösophagusatresien besteht im Verschluss der tracheoösophagealen Fistel sowie einer Anastomose zwischen oberem und unterem Blindsack.

Konventionell erfolgt die Operation über einen extrapleurales, posterolateralen Zugang. Durch diesen Zugang können Komplikationen wie eine Scapula alata durch Verletzung des Nervus thoracicus longus auftreten. Brustmuskelfehlentwicklungen sowie Thoraxassymmetrien können durch eine Verletzung des M. serratus anterior entstehen. Rippenfusionen und Skoliosen können Folge des intercostalen Zuganges und dessen Verschluss sein [32]. Bei Erwachsenen sind in bis zu 50 % chronische Schmerzen nach Thorakotomie beschrieben [33]. Im Jahre 1999 erfolgte die Erstbeschreibung der thorakoskopischen Korrektur [34]. Der thorakoskopische Zugang ist dem offenen bezüglich postoperativen Schmerzen und schnellerem Kostenaufbau überlegen. Das kosmetische Ergebnis ist sehr gut [35]. Zur Identifikation der Fistel ist es hilfreich, präoperativ eine Tracheobronchoskopie durchzuführen. Diese hilft

die Lokalisation der Fistel besser einschätzen zu können und erlaubt hier ein zielgerichteteres Vorgehen. Zudem kann durch Ballonokklusion eine Magendistension verhindert werden [36]. Zusätzlich ist es in einigen Fällen möglich den rechten Hauptbronchus mittels Fogarty-Katheter zu intubieren und zu okkludieren. Hierdurch wird die rechte Lunge nicht mehr belüftet und kann durch die CO<sub>2</sub>-Insufflation während der Thorakoskopie komprimiert werden. Damit erreicht der Operateur eine deutlich bessere Übersicht. Eigene Erfahrungen zeigen jedoch, dass dies in vielen Fällen aufgrund von Beatmungsproblemen nicht toleriert wird.

Es konnte nachgewiesen werden, dass sich die Komplikationsrate bezüglich Anastomoseninsuffizienz und Strikturen, die Dauer der postoperativen Nachbeatmung und die Notwendigkeit zu einer sekundären Fundoplicatio bei relevantem gastroösophagealem Reflux zwischen offener Korrektur und thorakoskopischen Vorgehen nicht unterscheidet [37, 38].

Auch bei Frühgeborenen mit einem Geburtsgewicht von <1500g (VLBW) und <1000g (ELBW) zeigte sich die Durchführbarkeit der primären Operation [39, 40], wobei hier aufgrund der Größe der Kinder offen chirurgisch vorgegangen werden muss.

Auch wenn eine primäre Anastomose bei der sogenannten „long-gap“-Ösophagusatresie nicht möglich ist, können thorakoskopische Verfahren angewendet werden, um eine Anastomose ein- oder zweizeitig zu ermöglichen. Foker beschrieb eine Methode, bei der die Stumpfen durch extrakorporale Traktionsnähte unter Zug einem Wachstumsreiz ausgesetzt werden [41, 42]. Diese Methode wurde weiterentwickelt und ist auch thorakoskopisch möglich [43]. Langzeituntersuchungen zeigen bei dieser Methode zwar eine hohe Rate an notwendigen Fundoplicationen von ca. 30 %, jedoch beklagen kaum Patienten eine Dysphagie [44].

Ist auch hierunter keine ausreichende Länge zu gewinnen, bleibt die Möglichkeit eines Magenhochzugs oder eines Jejunum- bzw. Coloninterponates. Alle Techniken weisen eine hohe Komplikationsrate bezüglich Anastomoseninsuffizienzen (23 %, 38 % und 26 %) auf. Ein gastroösophagealer Reflux tritt postope-

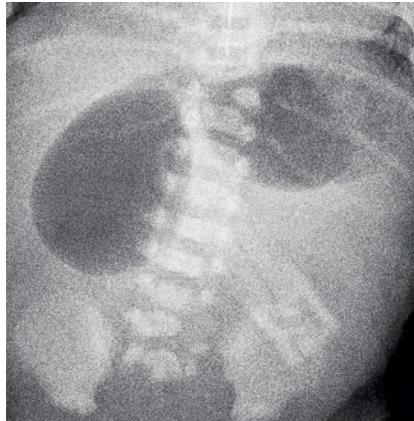


Abb. 8: Abdomenübersichtsaufnahme mit typischem „Double-Bubble“-Zeichen bei Duodenalatresie.

rativ in ähnlich hohen Prozentsätzen auf [45, 46, 47].

Die thorakoskopische Operation ist anspruchsvoll und es besteht eine herausfordernde Lernkurve, die sich in abnehmender Komplikationsrate mit zunehmender Erfahrung eines Zentrums zeigt [48]. Der verbesserten Sicht mittels endoskopischer Optik steht ein begrenztes Arbeitsfeld gegenüber. Zudem ist thorakoskopisch nur ein transpleuraler Zugang etabliert, wohingehend bei der offenen Operation ein extrapleurales Vorgehen üblich ist.

Weiterhin zeigte sich, dass intraoperativ ein pCO<sub>2</sub>-Anstieg zu verzeichnen ist, der mit einer reversiblen Reduktion der cerebralen Gewebssauerstoffsättigung (rSO<sub>2</sub>) einhergeht [49, 50]. Ob dies einen Einfluss auf das neurologische Langzeit-Outcome hat muss in entsprechenden Studien noch untersucht werden.

Ein gastroösophagealer Reflux tritt zu einem hohen Prozentsatz nach Korrektur einer Ösophagusatresie auf. Die Therapie kann medikamentös erfolgen [51]. Ausgeprägte Refluxkrankheiten werden mittels einer Fundoplicatio behandelt. Dies ist in 20–50 % der Fälle notwendig [43, 52]. Die Notwendigkeit der Einlage einer Pleuradrainage wird kontrovers diskutiert. [53, 54, 55]. Sie dient zur Prophylaxe vor Pneumothorax bei intrapleuralem Vorgehen und kann eine Anastomoseninsuffizienz frühzeitig aufdecken.

Die Langzeitmorbidität nach Ösophagusatresie ist hoch. Oft sind weitere operative Eingriffe nötig. Anastomosenstrikturen, die einer Dilatation bedürfen treten zu 49 % auf. Gastroösophagealer Reflux

besteht bei 58 % der erwachsenen Patienten und 50 % aller Patienten bei bekannten Ösophagusmotilitätsstörungen in Form von Dysphagie. 18 % aller Patienten geben daher an, dass ihre Lebensqualität reduziert sei [56]. Vergleichende Untersuchungen, die das offene Vorgehen mit dem thorakoskopischen Eingriff vergleichen, stehen jedoch noch aus.

### Thorakoskopie

#### Vorteile

- Geringere postoperative Schmerzen
- Schnellerer Kostenaufbau
- Besseres Langzeitergebnis durch Vermeidung der Thorakotomie?

#### Nachteile

- Anspruchsvolle OP mit flacher Lernkurve
- Anästhesiologisch herausfordernder Eingriff aufgrund des intrathorakal erhöhten Druckes
- Ungeklärte neurologische Langzeitauswirkungen der intraoperativen Hyperkapnie und erniedrigter cerebraler Gewebssauerstoffsättigung

### Duodenalatresie

Die Duodenalatresie ist eine angeborene Erkrankung mit einer Inzidenz von 1:10.000–20.000 Lebendgeburten. Zu 30 % liegt eine Trisomie 21 vor. Die Rate an begleitenden kardialen Anomalien beträgt 20–25 %, bei Kindern mit Trisomie 21 65 % [57].

Man unterscheidet mehrere Formen: die komplette Atresie, eine intraluminale Membran, das Pancreas anulare und die extrinsische Stenose durch Ladd'sche Bänder. In 20 % liegt eine Rotationsanomalie (Malrotation, Nonrotation) des Darmes vor. Die Patienten fallen durch eine Magendistension, galliges und nicht-galliges Erbrechen, Dystrophie, ggfs. einer respiratorischen Anpassungsstörung sowie einem ausladenden Oberbauch auf. Die Diagnose erfolgt mittels Abdomenübersichtsaufnahme. Hier zeigt sich klassischerweise das Bild eines sogenannten „Double-Bubble“ (siehe Abb. 8). Die Verdachtsdiagnose kann jedoch auch schon pränatal bei Polyhydramnion und großer Magenblase des Feten ausgesprochen werden.

Die Behandlung der Patienten erfolgt elektiv, eine Magensonde führt temporär

zur Entlastung. Die Therapie besteht aus einer Duodeno-Duodenostomie mit raufenförmiger Anastomose.

Der herkömmliche Zugang erfolgt über einen Hautschnitt im rechten Oberbauch. Die Mobilisation des Duodenums erfolgt mittels des Kocher-Manövers. Nach der Hinterwandnaht der Anastomose wird transanastomotisch eine nasale Ernährungssonde eingelegt, damit das Kind frühzeitig ernährt werden kann.

Die erste laparoskopische Operation erfolgte im Jahre 2001. Die Konversionsrate hin zur offenen OP wird in der Literatur als hoch beschrieben und beträgt ca. 20 %. Die Schwierigkeit liegt im begrenzten Raum zur Durchführung der laparoskopisch handgenähten Anastomose sowie an der hohen Rate von ca. 36 % an begleitenden gastrointestinalen Fehlbildungen wie Malrotationsstörungen, Ösophagusatresien oder Colonaganglionosen [58]. Die Komplikationsrate ist in Hinblick auf die Anastomoseninsuffizienz bei der laparoskopischen Versorgung höher (1,8 % zu 4,4 %). Weiterhin werden Pathologien des Gastrointestinaltraktes distal der Stenose im Vergleich zur offenen Operation häufiger nicht festgestellt [59]. Zudem besteht das seltene Risiko einer Gasembolie durch das Pneumoperitoneum [60].

Die technische Weiterentwicklung durch die Einführung von Clips bei der Naht der Anastomose führte zu einer Vereinfachung des laparoskopischen Eingriffes [61]. Aktuelle Untersuchungen aus erfahrenen Zentren zeigen die Gleichwertigkeit des laparoskopischen Vorgehens in Bezug auf OP-Dauer, Zeit der postoperativen Nachbeatmung und der Zeit bis zum vollständigen Kostaufbau. Die Rate der Anastomoseninsuffizienzen ist leicht erhöht [59, 62]. Eine eindeutige Überlegenheit des minimal-invasiven Vorgehens ist nicht nachgewiesen.

## Laparoskopie

### Vorteile

- Geringeres Trauma
- Bessere Kosmetik

### Nachteile

- Technisch anspruchsvoll
- Leicht erhöhte Anastomoseninsuffizienz
- Begleitfehlbildungen werden häufiger übersehen

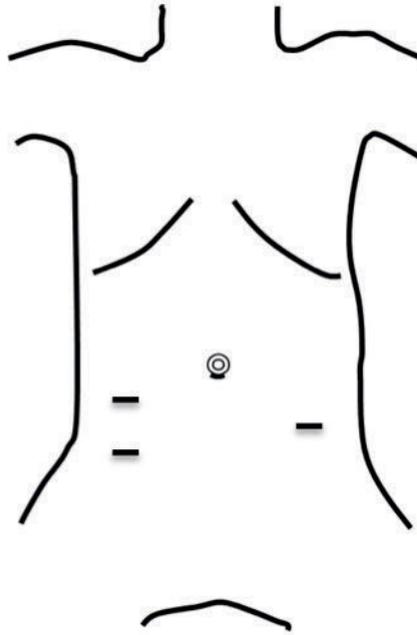


Abb. 9: Trokarplatzierung bei laparoskopisch-assistierter transanaler Durchzugs-Operation

## M. Hirschsprung

Der M. Hirschsprung ist eine angeborene Erkrankung des enterischen Nervensystems, die in einer Aganglionose des Kolons in variabler Länge resultiert. Hierdurch kommt es zu einer fehlenden Relaxation der Muskulatur. Die Maximalform der Erkrankung ist die totale Colon-Aganglionose, das sogenannte Zuelzer-Wilson-Syndrom.

Die Therapie besteht aus einer Resektion des betroffenen Darmabschnittes mit koloanaler Anastomose. Mehrere Operati-

onsverfahren, die sich in der Art des transanal Durchzuges unterscheiden, sind beschrieben worden (OPs nach Svenson, Rehbein, Duhamel, Soave und Langer/Della-Torre). Während die klassischen OP-Verfahren einer Laparotomie bedürfen, erfolgt beim transanal-endorektalen Rektum-Durchzug (ERPT) die Darmresektion von transanal ohne zusätzliche Laparotomie [63].

Ziel ist die Behebung der Obstruktion durch Resektion des aganglionären Darmes sowie ein ausreichender Erhalt der Kontinenz. Bei langstreckigen Aganglionosen ist eine intraperitoneale Mobilisation des distalen Colons und Rektums erforderlich.

Die kombinierte Laparoskopie mit der transanal Durchzugs-OP kann mehrere Vorteile bieten (Trokarplatzierung siehe Abb. 9). Zum einen kann durch die Laparoskopie das nötige Ausmaß der Rektumresektion bestimmt werden. Dieses geschieht zunächst durch den makroskopischen Eindruck; der aganglionäre Darm zeigt sich kontrahiert, in der Transitionszone ist die Darmwand verdickt, oral dieses Bereiches ist der Darm dilatiert. Endgültig kann mittels Schnellschnitt durch den Nachweis von Ganglienzellen im Plexus myentericus die nötige Resektionslänge sicher bestimmt werden. Weiterhin kann die Mobilisation des Rektums sowie die Durchtrennung der versorgenden Mesenterialgefäße des betroffenen Rektumabschnittes laparoskopisch erfolgen und so eine Laparotomie vermieden werden [64].

Anzeige

Um jeglichen Bauchschnitt bei laparoskopisch-assistierter Kolektomie zu vermeiden wurde die Laparo-Endoscopic Single-Site Surgery (LESS)-Technik mit Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (NOTES)-Technik in einer totalen Transanal LESS Pull-Through Colectomy (TLPC)-Technik kombiniert. Das TLPC-Verfahren besteht aus einem endorektalen Zugang mit submuköser Dissektion beginnend 1 cm oral der Linea dentata bis zum Erreichen der peritonealen Umschlagsfalte. Nach dem Erreichen der peritonealen Umschlagsfalte wird die Muskularis und das Peritoneum transanal eröffnet. Nun wird ein Triport-System (Olympus Surgical Technologies Europe, Hamburg, Deutschland) transanal eingebracht. Die mesenteriale Resektion des aganglionalen Darms wird bis zum Erreichen des normoganglionären Bereiches fortgeführt. Nach dem Entfernen des aganglionären Segmentes wird ein herkömmliches Durchzugverfahren durchgeführt [65] (siehe Abb. 10).

Auch bei der totalen Kolonaganglionose kann die OP laparoskopisch erfolgen [66]. Der Vergleich der Ergebnisse der verschiedenen OP-Verfahren ist schwierig, da es sich beim M. Hirschsprung bezüglich Pathogenese, aber auch Ausdehnung und Vorliegen von Begleitfehlbildungen um ein sehr heterogenes Krankheitsbild handelt. Zudem fehlt eine gute Standardisierung der Auswertmethoden bzw. Definition der Komplikationen, die einen Vergleich kaum möglich machen.

Insgesamt sind die Raten von postoperativen Stuhlregulierungsproblemen bei allen OP-Methoden hoch. Obstipationsbeschwerden persistieren zu 21 % bei offenen OP-Verfahren und zu 10 % bei laparoskopisch-assistierten Verfahren. Die Rate an Inkontinenzbeschwerden beträgt 33 % bei offener OP im Vergleich zu 25 % bei laparoskopisch-assistierten Operationen. Das Auftreten einer Enterocolitis ist mit 14 % bei beiden Methoden gleich [67]. Die OP-Dauer ist bei Einsatz der Laparoskopie verlängert [68]. Bezüglich postoperativer Komplikationen, der Zeit bis zum Kostaufbau und der Dauer des stationären Aufenthaltes sind beide Methoden gleichwertig [69, 70].

Die Vorteile der laparoskopischen assistierten Operation mit guter Möglichkeit

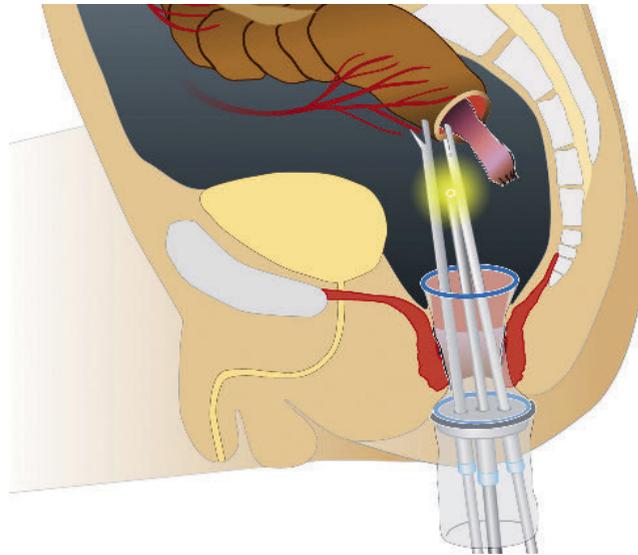


Abb. 10:  
TLPC-  
Technik mit  
Triport-System [65]

alle Grafiken: Rechte bei den Autoren

zur Biopsieentnahme und Darmmobilisation liegen jedoch auf der Hand.

### Laparoskopie

#### Vorteile

- Möglichkeit der Inspektion des gesamten Kolons ohne Laparotomie
- Markierung der Resektionsgrenzen nach intraoperativer Schnellschnittuntersuchung

#### Nachteile

- Längere OP-Dauer
- Vorteil gegenüber rein transanalem Durchzug nicht nachgewiesen

### Anorektale Malformationen

Als anorektale Malformationen bezeichnet man Fehlbildungen von Anus, Rektum und Genitale. Die Therapie der Wahl besteht aus einer so genannten posterioren Anorektoplastik (PSARP), bei der das atretische Rektum aufgesucht, eine eventuelle

Fistel zu anderen Organen des Beckens abgesetzt und das Rektum durch den Beckenboden in die Sphinktermuskulatur positioniert wird. Hier zeigt sich der Vorteil des laparoskopisch-assistierten Vorgehens vor allem bei hohen Formen der Analtresie wie der rektovesicalen Fistel. Der Vorteil besteht zum einen aus einem Vermeiden der Laparotomie, der Visualisierung und Versorgung einer vorhandenen Fistel sowie der Levatormuskulatur beim abdominoperinealen Durchzug des atretischen Darmes [71]. Auch Single-Incision-Techniken kommen zum Einsatz [72].

Inzwischen ist anerkannt, dass die laparoskopisch-assistierten Operationen intraoperative Vorteile bieten und eine Laparotomie vermieden werden kann. Es besteht jedoch der Verdacht auf eine höhere Komplikationsrate bezüglich Perforationen und Nahtinsuffizienzen ohne statistische Signifikanz [73]. Vorteile bezüglich Kontinenz oder post-

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen“ von Dr. med. Lars Benjamin Burghardt, Dr. med. Florian Obermayr, Dr. med. Reza Vahdad und Univ.-Prof. Dr. med. Guido Seitz finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)).

Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.02.2018 bis 24.02.2019 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.

operativer Komplikationsrate konnten jedoch bisher nicht nachgewiesen werden [74].

Bei tiefen Formen der anorektalen Malformation wie zum Beispiel bei Fisteln zur prostatichen Harnröhre erfolgt die Korrektur ausschließlich von perineal.

### Laparoskopie

#### Vorteile

- Kosmetik: Vermeidung der Laparotomie bei hohen Formen der ARM
- Bessere Visualisierung des Situs

#### Nachteile

- Keine statistische Signifikanz
- Verdacht auf höhere Komplikationsraten

### PEG-Anlage

Die Technik der perkutanen endoskopischen Gastrostomie ermöglicht die minimalinvasive Anlage eines dauerhaften oder temporären Gastrostomas. Insbesondere bei Patienten, die aufgrund ihrer Vorerkrankungen ei-

ne veränderte Anatomie aufweisen, können Komplikationen wie Darmperforationen, Leberverletzungen oder eine gastro-colische Fistel auftreten. Durch die laparoskopisch assistierte Anlage einer PEG erfolgt die Anlage unter Sicht. Hierbei erfolgt über eine Minilaparotomie am Bauchnabel zunächst eine diagnostische Laparoskopie. Im Verlauf erfolgt die Anlage einer Gastrostomiesonde durch die Bauchdecke unter Verwendung von Traktionsnähten an der Magenwand. Im Vergleich zur diaphanoskopischen Punktion im Rahmen einer Gastroskopie ist das Risiko einer Begleitverletzung sowie von Dislokationen der Sonde bei der laparoskopisch assistierten Anlage reduziert [75, 76].

### Laparoskopie

#### Vorteile

- Verminderung der Komplikationsrate

#### Nachteile

- Zusätzliche Operationsnarben
- Erhöhter technischer Aufwand

**Dr. med. Lars Benjamin Burghardt,**  
**Dr. med. Florian Obermayr,**  
**Dr. med. Reza Vahdad,**  
**Univ.-Prof. Dr. med. Guido Seitz**

Universitätsklinikum Gießen und Marburg  
Lehrstuhl und Klinik für Kinderchirurgie  
Standort Marburg  
Baldingerstraße  
35041 Marburg  
E-Mail: guido.seitz@med.uni-marburg.de

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website [www.laekh.de](http://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 Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?

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

- **Dienstag, 27. März 2018**
- **Dienstag, 24. April 2018**
- **Dienstag, 29. Mai 2018**



## Kinderschutzhotline berät medizinisches Fachpersonal

Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) gefördertes, bundesweites, kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm.



Die Hotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal, also Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Pflegepersonal und Mitarbeiter im Rettungsdienst. Die Hotline bietet bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Missbrauch eine direkt verfügbare, kompetente, praxisnahe und kollegiale Beratung und Fallbesprechung, insbesondere auch bei Fragen nach der Eindeutigkeit von Befunden oder hinsichtlich des Berufsgeheimnisses.

Die telefonische Beratung übernehmen Medizinerinnen und Mediziner sowie eine approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin im fortgeschrittenem Medizinstudium nach besten Wissen und Gewissen. Die Fallverantwortung verbleibt jedoch im Einzelfall stets bei den Anruferinnen und Anrufern, das heißt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. anderen Angehörigen der Heilberufe.

Jedes Gespräch bleibt vertraulich. Die Falldarstellung muss anonymisiert erfolgen. Alle Angaben sind freiwillig. Informationen im Internet unter: [www.kinderschutzhotline.de](http://www.kinderschutzhotline.de)

# Multiple Choice-Fragen:

## Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen

VNR: 2760602018125360009

(nur eine Antwort ist richtig)

**1. Welche Antwort zur hypertrophen Pylorusstenose trifft zu?**

- 1) Die hypertrophe Pylorusstenose besteht in der Regel von Geburt an.
- 2) Die Operation besteht aus einer Spaltung der Muskulatur unter Erhalt der Mucosa.
- 3) Die chirurgische Therapie weist eine hohe Morbidität auf.
- 4) Die inkomplette Spaltung der Muskulatur tritt bei der offenen OP häufiger auf.

**2. Welche Antwort zur hypertrophen Pylorusstenose trifft nicht zu?**

- 1) Durch die Erkrankung entsteht in der Regel eine metabolische Azidose.
- 2) Leitsymptom ist schwallartiges Erbrechen.
- 3) Durch die Laparoskopie gelingt der postoperative Kostaufbau schneller im Vergleich zur offenen OP.
- 4) Langzeit Rezidive sind selten.

**3. Welche Antwort zur ileocolischen Inagination ist falsch?**

- 1) Liegen keine Kontraindikationen vor, ist ein hoher Einlauf die initiale Therapie.
- 2) Die Laparoskopie spielt nur eine diagnostische und assistierende Rolle.
- 3) Die laparoskopische Desinvagination gelingt in etwa 70 % der Fälle.
- 4) Die häufigste Lokalisation ist am ileo-coecalen Übergang.

**4. Welche Antwort zur Oesophagusatresie ist richtig?**

- 1) Bei der häufigsten Variante liegt eine obere und untere tracheoesophageale Fistel vor.
- 2) Die Patienten fallen klinisch vor allem durch wiederholtes Erbrechen auf.

- 3) Magenhochzug, Magenschlauchrekonstruktion, oder Jejunum-Interponat sind Therapieoptionen bei „Long-Gap-Formen“.
- 4) Die Lernkurve der thorakoskopischen Korrektur ist steil.

**5. Welche Antwort zur Oesophagusatresie ist falsch?**

- 1) Bei der thorakoskopischen Korrektur konnte ein intracerebraler pCO<sub>2</sub>-Anstieg nachgewiesen werden.
- 2) Die Anlage einer Thoraxdrainage ist obligat.
- 3) Die Krankheit weist eine hohe Langzeit-Morbidität auf.
- 4) Auch Frühgeborene mit einem Geburtsgewicht von < 1.000 g können primär operiert werden.

**6. Welche Antwort zur Oesophagusatresie trifft nicht zu?**

- 1) Bei der „Long-Gap“-Form können extrakorporale Traktionsnähte zum Einsatz kommen.
- 2) Gastrooesophagealer Reflux ist eine typische Folgeerkrankung.
- 3) Bei der offenen OP ist ein extrapleuraler Zugang etabliert.
- 4) Die präoperative Tracheobronchoskopie ist kontraindiziert.

**7. Welche Antwort zur Duodenalatresie ist richtig?**

- 1) Die laparoskopische OP ist die Standardmethode.
- 2) Bei ca. 30 % der betroffenen Patienten liegt eine Trisomie 21 vor.
- 3) Die Therapie besteht standardmäßig aus einer Duodenojejunostomie.
- 4) Sie ist in den meisten Fällen erworben.

**8. Welche Antwort zur Duodenalatresie ist falsch?**

- 1) Das typische Röntgenbild des Abdomens zeigt ein „double-bubble“-Phänomen.
- 2) Bei betroffenen Patienten ist die Rate an angeborenen Herzfehlern hoch.
- 3) Es besteht eine Notfallindikation zur operativen Korrektur.
- 4) Intraoperativ wird in der Regel eine transanastomotische Sonde gelegt.

**9. Welche Antwort zum M. Hirschsprung ist falsch?**

- 1) Es handelt sich um eine Aganglionose eines betroffenen Darmabschnittes.
- 2) Die aganglionären Segmente sind dilatiert.
- 3) Die Therapie besteht aus einer Resektion des aganglionären Segentes.
- 4) Die Langzeitmorbidität ist hoch.

**10. Welche Antwort zum M. Hirschsprung ist richtig?**

- 1) Zur operativen Korrektur ist nur eine OP-Methode etabliert.
- 2) Die Korrektur kann ausschließlich transanal erfolgen.
- 3) Postoperative Stuhlinkontinenz ist eine Seltenheit.
- 4) Die Laparoskopie hat ihren Stellenwert nur bei der intraoperativen Diagnostik.

### Literatur zum Artikel:

# Minimalinvasive Chirurgie beim Neugeborenen

von Dr. med. Lars Benjamin Burghardt, Dr. med. Florian Obermayr, Dr. med. Reza Vahdad und Univ.-Prof. Dr. med. Guido Seitz

- [1] Lintula H et al. „Single-blind randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy in children.“ Br J Surg. 2001, 88: 510–514.
- [2] Pedersen A et al. „Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendectomy.“ Br J Surg. 2001 Feb; 88(2): 200–5.
- [3] Chan K et al. „Prospective randomized single-center, single-blind comparison of laparoscopic vs open repair of pediatric inguinal hernia.“ Surg Endosc. 2005 Jul;19(7):927–32.
- [4] Anwar M et al. „Laparoscopic Pyloromyotomy: A Modified Simple Technique.“ J Neonatal Surg. 2016 Jan 1;5(1):3.
- [5] Tröbs RB et al. „Transumbilical cord access (TUCA) for laparoscopy in infants and children: simple, safe and fast.“ Surg Today. 2016 Feb; 46 (2):235–40.
- [6] Tutaj GJ et al. „Electrolyte profile of pediatric patients with hypertrophic pyloric stenosis.“ Pediatr Emerg Care. 2013 Apr; 29 (4):465–8.
- [7] Dalton BG et al. „Optimizing fluid resuscitation in hypertrophic pyloric stenosis.“ J Pediatr Surg. 2016 Aug; 51(8):1279–82.
- [8] Wu S et al. „Efficacy of Medical Treatment for Infantile Hypertrophic Pyloric Stenosis: A Meta-analysis.“ Pediatr Neonatol. 2016 Dec; 57(6):515–521.
- [9] Fan J et al. „Treating idiopathic hypertrophic pyloric stenosis with sequential therapy: A clinical study.“ J Paediatr Child Health. 2016 Jul; 52(7):734–8.
- [10] Tan KC et al. „Circumbilical incision for pyloromyotomy.“ Br J Surg. 1986 May; 73(5):399.
- [11] Alain JL et al. „Extramucosal pyloromyotomy by laparoscopy.“ J Pediatr Surg. 1991 Oct; 26(10):1191–2.
- [12] Adibe OO et al. „Protocol versus ad libitum feeds after laparoscopic pyloromyotomy: a prospective randomized trial.“ J Pediatr Surg. 2014 Jan; 49(1):129–32.
- [13] Sola JE et al. „Laparoscopic vs open pyloromyotomy: a systematic review and meta-analysis.“ J Pediatr Surg. 2009 Aug; 44(8):1631–7.
- [14] Oomen MW et al. „Open versus laparoscopic pyloromyotomy for hypertrophic pyloric stenosis: a systematic review and meta-analysis focusing on major complications.“ Surg Endosc. 2012 Aug; 26(8):2104–10.
- [15] Sathya C et al. „Laparoscopic versus open pyloromyotomy in infants: a systematic review and meta-analysis.“ Pediatr Surg Int. 2017 Mar; 33(3):325–333.
- [16] Hall NJ et al. „Risk of incomplete pyloromyotomy and mucosal perforation in open and laparoscopic pyloromyotomy.“ J Pediatr Surg. 2014 Jul; 49(7):1083–6.
- [17] Mahida JB et al. „Laparoscopic pyloromyotomy decreases postoperative length of stay in children with hypertrophic pyloric stenosis.“ J Pediatr Surg. 2016 Sep; 51(9): 1436–9.
- [18] Hall NJ et al. „Recovery after open versus laparoscopic pyloromyotomy for pyloric stenosis: a double-blind multicentre randomised controlled trial.“ Lancet. 2009 Jan 31;373(9661):390–8.
- [19] Waldron LS et al. „Management and Outcome of Mucosal Injury During Pyloromyotomy – An Analytical Survey Study.“ J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015 Dec; 25(12):1044–6.
- [20] Vahdad MR et al. „Can a simplified algorithm prevent incomplete laparoscopic pyloromyotomy?“ J Pediatr Surg. 2015 Sep;50(9):1544–8.
- [21] Fujiogi M et al. „An Easy and Safe Technique for Laparoscopic Pyloromyotomy: Using a Vascular Clamp for Stabilization of the Pylorus.“ J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2015 Dec; 25(12): 1036–9.
- [22] St Peter SD1 et al. „Parental and Volunteer Perception of Pyloromyotomy Scars: Comparing Laparoscopic, Open, and Nonsurgical Volunteers.“ J Laparoendosc Adv Surg Tech A. 2016 Apr; 26.
- [23] Saps M et al. „Early life events: infants with pyloric stenosis have a higher risk of developing chronic abdominal pain in childhood.“ J Pediatr. 2011 Oct;159(4): 551–4.e1.
- [24] Dietl KH et al. „Long-term investigations after pyloromyotomy for infantile pyloric stenosis.“ Eur J Pediatr Surg. 2000 Dec; 10(6):365–7.
- [25] Sun WM et al. „Long-term effects of pyloromyotomy on pyloric motility and gastric emptying in humans.“ Am J Gastroenterol. 2000 Jan; 95(1):92–100.

- [26] Hryhorczuk AL et al. „Validation of US as a first-line diagnostic test for assessment of pediatric ileocolic intussusception.” *Pediatr Radiol.* 2009;39:1075–1079.
- [27] Flaum V et al. „Twenty years’ experience for reduction of ileocolic intussusceptions by saline enema under sonography control”. *J Pediatr Surg.* 2016 Jan; 51(1): 179–82.
- [28] Apelt N et al. „Laparoscopic treatment of intussusception in children: A systematic review.” *Journal of Pediatric Surgery*, Volume 48, Issue 8, August 2013, 1789–1793.
- [29] Sklar C M et al. „Laparoscopic versus open reduction of intussusception in children: a retrospective review and meta-analysis.” *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* July 2014, 24(7): 518–522.
- [30] Beasley SW. „Vitellointestinal (omphalomesenteric) duct anomalies.” In: Spitz L, Coran AG. „Operative Pediatric Surgery” 7th Edition CRC Press, Boca Raton 2013.
- [31] Robinson JR et al. „Optimizing surgical resection of the bleeding Meckel diverticulum in children.” *J Pediatr Surg.* 2017 Mar 23. pii: S0022–3468 (17) 30196–3.
- [32] Lawal TA et al. „Thoracoscopy versus thoracotomy improves midterm musculoskeletal status and cosmesis in infants and children.” *Ann Thorac Surg.* 2009 Jan; 87 (1):224–8.
- [33] Kinney, M A O et al. „Chronic Post-Thoracotomy Pain and Health-Related Quality of Life.” *The Annals of thoracic surgery* 93.4: 1242–47.
- [34] Lobe TE et al. „Thoracoscopic repair of esophageal atresia in an infant: a surgical first.” *Pediatr Endosurg Innovative Tech* 1999; 3:141–148.
- [35] Bax K et al. „The Thoracoscopic Approach to Esophageal Atresia with Distal Fistula in Endoscopic Surgery in Infants and Children.” Springer Berlin Heidelberg 2008.
- [36] Pepper VK et al. „Routine Bronchoscopy and Fogarty Catheter Occlusion of Tracheoesophageal Fistulas.” *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2017 Jan;27(1):97–100.
- [37] Holcomb GW 3rd et al. „Thoracoscopic repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: a multi-institutional analysis.” *Ann Surg.* 2005 Sep;242(3):422–8.
- [38] Szavay PO et al. „Perioperative outcome of patients with esophageal atresia and tracheo-esophageal fistula undergoing open versus thoracoscopic surgery.” *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2011 Jun;21(5): 439–43.
- [39] Seitz G et al. „Primary repair of esophageal atresia in extremely low birth weight infants: a single-center experience and review of the literature.” *Biol Neonate.* 2006;90(4):247–51.
- [40] Schmidt A et al. „Outcome of primary repair in extremely and very-low-birth-weight infants with esophageal atresia/distal tracheoesophageal fistula.” *J Ped Surg* 2017 52(10): 1567–70.
- [41] Foker JE et al. „Development of a true primary repair for the full spectrum of esophageal atresia.” *Ann Surg* 1997;226: 533–43.
- [42] Foker JE et al. „The effect of traction on esophageal structure in children with long-gap esophageal atresia.” *Dig Dis Sci.* 2006 Nov;51(11):1917–21.
- [43] Van der Zee DC et al. „Thoracoscopic elongation of the esophagus in long gap esophageal atresia.” *J Pediatr Surg.* 2007 Oct;42(10):1785–8.
- [44] Foker JE et al. „Long-gap esophageal atresia treated by growth induction: the biological potential and early follow-up results.” *Semin Pediatr Surg.* 2009 Feb;18 (1):23–9.
- [45] Gallo G et al. „A two-center comparative study of gastric pull-up and jejunal interposition for long gap esophageal atresia.” *J Pediatr Surg.* 2015 Apr;50(4):535–9.
- [46] Van der Zee DC et al. „Thoracoscopic traction technique in long gap esophageal atresia: entering a new era.” *Surg Endosc* 2015; 29(11): 3324–30.
- [47] Liu J et al. „Surgical outcomes of different approaches to esophageal replacement in long-gap esophageal atresia – A systematic review.” *Medicine (Baltimore).* 2017 May; 96(21).
- [48] Van der Zee DC et al. „Learning curve of thoracoscopic repair of esophageal atresia” *World J Surg.* 2012 Sep;36(9): 2093–7.
- [49] Tytgat SH et al. „Neonatal brain oxygenation during thoracoscopic correction of esophageal atresia.” *Surg Endosc.* 2016 Jul;30(7):2811–8.
- [50] Neunhoffer F et al. „Elevated intrathoracic CO2 pressure during thoracoscopic surgery decreases regional cerebral oxygen saturation in neonates and infants – A pilot study.” *Paediatr Anaesth.* 2017 Jul; 27(7):752–759.
- [51] Faure C et al. „Dysmotility in Esophageal Atresia. Pathophysiology, Characterization, and Treatment.” *Front Pediatr.* 2017 May 31;5:130.
- [52] Acher CW et al. „Long-Term Outcomes of Patients with Tracheoesophageal Fistula/Esophageal Atresia: Survey Results from Tracheoesophageal Fistula/Esophageal Atresia Online Communities.” *Eur J Pediatr Surg.* 2016 Dec; 26(6): 476–480.

- [53] Aslanabadi S et al. „The role of prophylactic chest drainage in the operative management of esophageal atresia with tracheoesophageal fistula.“ *Pediatr Surg Int.* 2009 Apr;25(4): 365–8.
- [54] Paramalingam S et al. „Operative intercostal chest drain is not required following extrapleural or transpleural esophageal atresia repair.“ *Eur J Pediatr Surg.* 2013 Aug; 23(4):273–5.
- [55] Lal D et al. „Current patterns of practice and technique in the repair of esophageal atresia and tracheoesophageal fistula: an IPEG survey.“ *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2013 Jul; 23(7):635–8.
- [56] Svoboda E et al. „A patient led, international study of long term outcomes of esophageal atresia: EAT 1.“ *J Pediatr Surg.* 2017 Jun pii: S0022–3468(17)30352–4.
- [57] Keckler SJ et al. „The influence of trisomy 21 on the incidence and severity of congenital heart defects in patients with duodenal atresia.“ *Pediatr Surg Int.* 2008 Aug; 24(8): 921–3.
- [58] Van der Zee DC. „Laparoscopic repair of duodenal atresia: revisited.“ *World J Surg.* 2011 Aug; 35(8):1781–4.
- [59] Chung PH et al. „Is laparoscopic surgery better than open surgery for the repair of congenital duodenal obstruction? A review of the current evidences.“ *J Pediatr Surg.* 2017 Mar;52(3):498–503.
- [60] Olsen M et al. „Pneumoperitoneum for neonatal laparoscopy: how safe is it?“ *Paediatr Anaesth.* 2013 May;23(5): 457–9.
- [61] Valusek PA et al. „Laparoscopic duodenal atresia repair using surgical U-clips: a novel technique.“ *Surg Endosc.* 2007 Jun; 21(6):1023–4.
- [62] Spilde TL et al. „Open vs laparoscopic repair of congenital duodenal obstructions: a concurrent series.“ *J Pediatr Surg.* 2008 Jun; 43(6):1002–5.
- [63] De La Torre L et al. „Transanal endorectal pull-through for Hirschsprung disease: technique, controversies, pearls, pitfalls, and an organized approach to the management of post-operative obstructive symptoms.“ *Semin Pediatr Surg.* 2010 May; 19(2):96–106.
- [64] Georgeson KE. „Laparoscopic-assisted pull-through for Hirschsprung’s disease.“ *Semin Pediatr Surg.* 2002 Nov;11(4): 205–10.
- [65] Vahdad MR et al. „Totally transanal LESS pull-through colectomy: a novel approach for avoiding abdominal wall incision in children with long-segment intestinal agangliosis.“ *J Laparoendosc Adv Surg Tech A* 2013; 23(3): 276–80.
- [66] Miyano G et al. „Laparoscopy-Assisted Duhamel-Z Anastomosis for Total Colonic Aganglionosis: Outcome Assessed by Fecal Continence Evaluation.“ *J Laparoendosc Adv Surg Tech A.* 2017 Mar; 27 (3):302–305.
- [67] Gosemann JH et al. „Open versus transanal pull-through for Hirschsprung disease: a systematic review of long-term outcome.“ *Eur J Pediatr Surg.* 2013 Apr; 23(2):94–102.
- [68] Guerra J et al. „Laparoscopic-assisted transanal pull-through (LATP) versus complete transanal pull-through (CTP) in the surgical management of Hirschsprung’s disease.“ *J Pediatr Surg.* 2016 May; 51(5):770–4.
- [69] Thomson D et al. „Laparoscopic assistance for primary transanal pull-through in Hirschsprung’s disease: a systematic review and meta-analysis.“ *BMJ Open.* 2015 Mar 24; (3):e006063.
- [70] Muller CO et al. „Long-Term Outcome of Laparoscopic Duhamel Procedure for Extended Hirschsprung’s Disease.“ *Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques.* December 2016, 26(12): 1032–1035.
- [71] Bandi AS et al. „Advances in minimally invasive neonatal colorectal surgery.“ *World J Gastrointest Surg.* 2016 Oct 27;8(10):670–678.
- [72] Diao M et al. „A novel laparoscopic technique for anorectal malformation with low recto-bulbar fistulae.“ *Surg Endosc.* 2017 Oct;31(10):4326–4330.
- [73] Bischoff A et al. „Laparoscopic-assisted PSARP – the advantages of combining both techniques for the treatment of anorectal malformations with recto-bladderneck or high prostatic fistulas.“ *J Pediatr Surg.* 2013 Feb; 48(2): 367–71.
- [74] Shawyer AC et al. „Laparoscopic versus open repair of recto-bladderneck and recto-prostatic anorectal malformations: a systematic review and meta-analysis.“ *Pediatr Surg Int.* 2015 Jan; 31(1):17–30.
- [75] Merli L et al. „Gastrostomy Placement in Children: Percutaneous Endoscopic Gastrostomy or Laparoscopic Gastrostomy?“ *Surgical Laparoscopy, Endoscopy & Percutaneous Techniques* 2016; 26.5: 381–384.
- [76] Suksamanapun N et al. „Laparoscopic versus percutaneous endoscopic gastrostomy placement in children: Results of a systematic review and meta-analysis.“ *J Minim Access Surg* 2017 13(2): 81–88.

# Ethik in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit

Symposium der Landesärztkammer Hessen anlässlich des 70. Geburtstages von Präsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach



Das Symposium „Ethik in der Medizin“ stieß auf großes Interesse. Rund 150 Gäste, darunter auch der Hessische Staatsminister Stefan Grüttner (erste Reihe 3. v. l.), der ein Grußwort sprach, waren nach Bad Nauheim gekommen. Fotos: Katja Kölsch

Welchen Wert hat das Leben? Was ist ein lebenswertes Leben? Und darf man das überhaupt fragen? Auch im Gesundheitswesen gewinnen ethische Fragestellungen zunehmend an Bedeutung. Ärztinnen und Ärzte sehen sich in ihrem Berufsalltag häufig mit ethischen Konflikten konfrontiert, die sie nicht alleine lösen können. Welche Hilfsangebote es für solche Fälle gibt und in was für unterschiedlichen Formen ethische und moralische Probleme auftreten war Thema des Symposiums „Ethik in der Medizin – Anspruch und Wirklichkeit“, zu dem die Landesärztkammer Hessen anlässlich des 70. Geburtstages von Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach eingeladen hatte.

„Das Thema Ethik spielt für uns Ärztinnen und Ärzte eine immer größer werdende Rolle“, begrüßte von Knoblauch zu Hatzbach die rund 150 Zuhörer, die sich am 13. Januar 2018 in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim eingefunden hatten. „Das kürzlich überarbeitete Genfer Gelöbnis rückt in der neuen Fassung den Aspekt der Patientenautonomie weiter in den Vordergrund. Ein wichtiger Schritt – ist diese doch zentra-

ler Bestandteil der Arzt-Patienten-Beziehung und muss insbesondere aufgrund des Erstarkens ökonomischer Interessen im Gesundheitswesen besonders geschützt werden.“

Bevor der hessische Ärztkammerpräsident das Wort weitergab, hieß er die Musikerinnen und Musiker des Streichquartetts des „KOMMchester“, dem Medizin-studierendenorchester der Goethe-Universität Frankfurt, willkommen, die das Programm musikalisch begleiteten.

## Verbesserung der Versorgungsqualität durch Ethikberatung

„Neben den klinischen Ethikkomitees sind die Angebote einer unabhängigen ambulanten Ethikberatung dringend und zeitnah erforderlich“, hob der hessische Minister für Soziales und Integration, Stefan Grüttner, in seinem Grußwort hervor und verwies in diesem Zusammenhang auf die Verdienste Dr. von Knoblauch zu Hatzbachs beim Aufbau der ambulanten Ethikberatung in Hessen. Ethikberatung im Gesundheitswesen gewinne als Instrument zur Verbesserung der Qualität der Versorgung von kranken, pflegebedürftigen und

behinderten Menschen zunehmend an Bedeutung, denn: „Im medizinischen Arbeitsalltag können große ethische Konflikte entstehen, weil die Behandlungsfolgen oft nicht mehr überschaubar sind. Ethikberatung sucht gemeinsam mit Patientinnen und Patienten sowie Behandelnden nach Auswegen bei schwierigen medizinischen Fragestellungen.“

Im beruflichen Kontext der Ärztinnen und Ärzte stellen die ethischen Probleme eine große Herausforderung dar, so Grüttner. Der Arzt müsse in diesem Zusammenhang stets eine Vielzahl verschiedener Aspekte berücksichtigen, wie etwa die Patientenautonomie und das Recht auf Mitbestimmung. Zudem müsse er darauf achten, dass Patienten umfassend und ausreichend aufgeklärt würden, sodass die Grundvoraussetzung für eine aktive Partizipation am Entscheidungsprozess gegeben sei. Während dies zunächst selbstverständlich erscheine, könne es in konkreten Situationen jedoch zu Schwierigkeiten kommen, die nur durch eine sehr gute Kommunikation zwischen Arzt und Patient lösbar seien, betonte Grüttner. Ethikberatungen könnten in diesen Konfliktsituationen dazu beitragen, eine re-

flektierte Entscheidung herbeizuführen und dem Patient die Sicherheit zu geben, dass alle relevanten Faktoren berücksichtigt würden.

## Ärztlicher Ethos als Vertrauensgrundlage

Durch das Programm des Symposiums führte Prof. Dr. phil. Alfred Simon, Vorstand des Klinischen Ethikkomitees der Universitätsmedizin Göttingen. Einleitend ging er auf das besondere Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient ein und betonte die Rolle des Genfer Gelöbnisses: „Patienten vertrauen Ärzten, weil sie aufgrund des Berufsstandes davon ausgehen, dass der Arzt eine gewisse Werthaltung vertritt und zu ihrem Wohle handelt“, so Simon. Der ärztliche Ethos diene als Grundlage für den „Vertrauensvorschuss“ des Patienten gegenüber dem Arzt. „Dieser Ethos benennt Grundwerte und Prinzipien, die eine Haltung ausmachen. Allerdings hat er nicht für jede Frage und Herausforderung aus der Praxis eine Antwort“, so Simon. In Einzelfragen müsse die Haltung ausdiskutiert und abgewogen werden – und dennoch könne es am Ende unterschiedliche Lösungen für ein Problem geben. „Daher braucht es neben dem ärztlichen Ethos die Ethik zur Reflexion im Einzelfall. An dieser Stelle setzen die klinische und die ambulante Ethikberatung an. Die medizinische Ethik reflektiert Situationen nicht nur, sondern bezieht auch andere Parteien mit ein. Denn viele ethische Fragen aus dem Gesundheitsbereich lassen sich nicht nur innerhalb der Ärzteschaft klären, sondern vor allem im Austausch mit anderen Interessengruppen. Das macht die zentrale Rolle der Ethikberatung aus – sie führt die verschiedenen Perspektiven zusammen“, betonte Simon.

## Ethikberatung im stationären Alltag

Einen Einblick in die klinische Ethikberatung gab PD Dr. med. Carola Seifart, Mitglied der Kommission für Ethik in der ärztlichen Forschung der Philipps-Universität Marburg, in ihrem Vortrag „Ethikberatung – Anspruch und Wirklichkeit im stationären Alltag“. „Das moderne Gesundheits-



PD Dr. med. Carola Seifart und Moderator Prof. Dr. phil. Alfred Simon.

wesen hat sich in den letzten Jahren rasant entwickelt“, stellte Seifart zu Beginn fest. „Dadurch werden eine Menge Fragen aufgeworfen, die vor einigen Jahren nicht denkbar waren und auch nicht mehr rein medizinisch sind – E-Health ist nur ein Beispiel dafür.“ Wenn es nicht mehr um rein medizinische Fragestellungen gehe und viele verschiedene Interessengruppen an einer Situation beteiligt seien, brauche es externe Hilfe, so Seifart.

„Die Ethikberatung hilft dabei, Licht ins Dunkel zu bringen, indem sie Struktur in komplexe Probleme bringt, Probleme aufzulösen versucht und somit bearbeitbar macht“, fasste die Referentin zusammen. Dies geschehe unter Hinzuziehung von speziell ausgebildetem Personal. Die Qualifizierung der Ethikberater sei mittlerweile klar definiert, erklärte Seifart auf Nachfrage aus dem Publikum und wies auf verschiedene Studien hin, die darüber hinaus die Evidenz der Ethikberatung bestätigen. Die Sorge, dass professionsfremde Personen sich in ärztliche Entscheidungen einmischen, konnte sie nehmen – die Verantwortung bleibe zuletzt immer beim handelnden Arzt.

## Ethikberatung im ambulanten Bereich

Während die Ethikberatung bereits fest in den klinischen Alltag integriert ist, steht das Äquivalent auf ambulanter Ebene noch am Anfang. Welche Fragen und Schwierigkeiten hierbei auftauchen können, zeigte Kornelia Götze, Projektleiterin für die Regionalgruppe Marburg-Biedenkopf des



Vereins „Ambulante Ethikberatung in Hessen“, in ihrem Vortrag „Ethikberatung – Anspruch und Wirklichkeit im ambulanten Alltag“ auf. Mit Hilfe eines Fallbeispiels ließ sie das Publikum per Smartphone in Echtzeit über vermeintlich strittige ethische Fragen abstimmen, mit denen sich Ärztinnen und Ärzte im ambulanten Bereich in einer Notfallsituation auseinandersetzen müssen – deren Beantwortung aber keineswegs eindeutig oder gar einfach wäre, wie die Ergebnisse des Quiz zeigten. Vor allem aber bestätigten die unterschiedlichen Antworten in einigen Fällen das, was der Moderator bereits zu Beginn hatte anklingen lassen: Häufig gibt es bei ethischen Fragestellungen keine eindeutige, richtige Antwort. Insbesondere trifft dies auf Situationen zu, in denen Ärzte innerhalb von Sekunden entscheiden müssen, was zu tun ist, betonte Götze.

„Oft wissen wir schlichtweg nicht, was die Patienten wollen“, so Götze, „das liegt häufig daran, dass wir nicht genug Zeit haben. Manchmal möchten die Patienten auch nicht darüber reden und in vielen Fällen werden sie auch schlichtweg nicht gefragt!“ Ärztinnen und Ärzte müssten sich die Zeit nehmen, Patienten vernünftig aufzuklären, denn das Verständnis einer Situation sei die Grundvoraussetzung dafür, dass Patienten sich an Entscheidungsprozessen beteiligen könnten. Das Konzept des „Shared-Decision-Making“ setze voraus, dass eine Kommunikation auf Augenhöhe stattfinde, um herauszufinden, was der Patient möchte. Denn letztlich – und darin waren sich die meisten Zuhörerinnen und Zuhörer einig –



Glückwünsche zum 70. Geburtstag: Dr. Salvatore Pauciolo (2. v. r.) und Dr. Maurizio Ciliberti (r.) aus Salerno überreichten Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (l.) Präsente. Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien der LÄKH, übersetzte Gespräche und Vorträge.

sind es Patientinnen und Patienten selbst, die Entscheidungen über mögliche Behandlungen zu treffen haben.

## Flüchtlingsversorgung in Italien und Deutschland

Am Nachmittag rückte das Thema Flüchtlingsversorgung in Italien und Deutschland in den Mittelpunkt. Mit Dr. Maximilian Benedikter (Bozen, Italien), Dr. Maurizio Ciliberti und Dr. Salvatore Pauciolo (beide Salerno, Italien) waren Referenten aus dem Bereich der Ärztekammer von Südtirol und der Ärztekammer von Salerno angereist, die beide durch die gegenseitige Anerkennung von Fortbildungspunkten partnerschaftlich mit der hessischen Ärztekammer verbunden sind.

In seinem Bericht spannte Benedikter, leitender Arzt der Anästhesie im Bozener Krankenhaus und Initiator der dort angesiedelten STP-Ambulanz (Stranieri Temporamente Presenti) einen Bogen von Zahlen und Fakten der Einwanderung in Italien bis zur gesundheitlichen Versorgung der Migranten in Bozen. 2016 wurden nach offiziellen Angaben 176.554 Flüchtlinge in Italien aufgenommen. Nach dem ersten, 1986 verabschiedeten Einwanderungsgesetz wurden 1995 Regeln für den Zugang von Nicht-EU-Bürgern zu Gesundheitsleistungen eingeführt, die 1998 in ein Gesetz mündeten. Wie Benedikter berichtete, sind heute 96 % aller Personen mit „regelmäßigem Aufenthalt“ über eine verpflichtende und ca. 3 % über eine freiwillige Meldung im nationalen Gesundheitssystem versichert.

Benedikter zeigte sich davon überzeugt, dass ein klar definierter Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen, auch für Menschen ohne Aufenthaltserlaubnis, die wirksamste Form des Gesundheitsschutzes sowohl der einheimischen Bevölkerung als auch der Migranten sei. Obwohl Italien auf nationaler Ebene eine „weitsichtige Strategie“ vorgegeben habe, bestünden bei der Umsetzung der gesetzlichen Regelungen Unklarheiten: „Jede Region und Autonome Provinz geht das Problem auf jeweils eigene Art an.“

## Bozen: Breitgefächertes Angebot

Mit vier Erstaufnahmezentren, darunter die von Benedikter initiierte STP-Ambulanz am Bozener Krankenhaus, in der Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus betreut werden, verfügt Bozen über eine breitgefächerte Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen.



Kornelia Götze bot einen interaktiven Vortrag.

terte Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen. Bis diese eine Aufenthaltsgenehmigung erhalten, werden sie mit einem STP-Kodex ausgestattet, der sowohl das Anrecht auf dringende ambulante oder stationäre Behandlung als auch auf eine medizinische Grundversorgung umfasst. 1012 Menschen wurden 2016 von dem aus 18 Ärzten und zwei Krankenpflegern bestehendem STP-Team versorgt. Zu dessen Aufgaben gehören u. a. die Erstvisite der Flüchtlinge bei Ankunft, der Ausschluss von Tuberkulose, die Erhebung und gegebenenfalls Auffrischung des Impfstatus und die Bestimmung des biologischen Alters von unbegleiteten Minderjährigen. Diese basiert auf einem Röntgenbild des Handgelenks und einer auxiologischen pädiatrischen Visite mit einem interkulturellen Mediator.

## Herausforderungen in Salerno

Dass Salerno vor der besonderen Herausforderung steht, die mit Schiffen am Hafen ankommenden Flüchtlinge aufzunehmen und ihre medizinische Erstversorgung durchzuführen, zeigten Dr. Salvatore Pauciolo und Dr. Maurizio Ciliberti, beide in der Versorgung von Flüchtlingen aktiv, in ihren Vorträgen.

Anschaulich informierte Pauciolo, Chirurg, Chefarzt und häufig für das italienische Rote Kreuz in Krisengebieten im Einsatz, über die Betreuung von Migranten ab dem Zeitpunkt ihrer Ankunft im Hafen von Salerno und die Gesundheitsversorgung während der Dauer ihres Aufenthalts im Aufnahmezentrum des Italienischen Roten Kreuzes. Das Bild eines überladenen Schiffes illustriert die Lage: Zwischen Juli 2014 und November des vergangenen Jahres landeten 16.907 Flüchtlinge – 1.596 Kinder, 6.448 Frauen und 8.044 Männer in Salerno. Die aus einer Task Force von Ärzten und Krankenpflegern bestehende Organisationseinheit der Salerno Health Authority 1 wurde eingerichtet, um die Ankommenden direkt in Empfang nehmen und medizinisch betreuen zu können. Zugleich soll damit eine Überbelegung der Krankenhaus-Notaufnahmen verhindert werden. Am 5. November 2017 trafen auch 30 Leichen am Hafen von Salerno ein, wie Pauciolo mit bewegter Stimme berichtete: darunter 26 tote Mädchen im Alter zwischen 15 und 17 Jahren, von denen zwei schwanger waren.



Die Gäste aus Italien thematisierten die medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Dr. Maurizio Ciliberti, Dr. Salvatore Pauciulo und Dr. Maximilian Benedikter (von links).

### Erste Triage vor Ort

Die Arbeit beginnt bereits vor der Landung der Flüchtlinge. Sobald die Präfektur von der Ankunft eines Flüchtlingsschiffs Nachricht erhält, wird die aus Vertretern der Ärztekammer, des Zivilschutzes, der Feuerwehr, der Hafenbehörde, des italienischen Roten Kreuzes und der Gesundheitsbehörde 1 von Salerno bestehende Kriseneinheit zusammengerufen. Hier fließen alle notwendigen Informationen über Zahl der Flüchtlinge und deren Geschlecht, Zahl der begleiteten und nicht begleiteten Minderjährigen, Krankheits- und Todesfälle zusammen. In der Nacht vor der Landung werden zwei Sanitätszelte aufgebaut, in denen eine erste Triage erfolgt, um Menschen zu identifizieren, die im Krankenhaus versorgt werden müssen. In den Zelten arbeiten Ärzte verschiedener Fachrichtungen, Krankenpfleger und kulturelle Mediatoren – junge, in Italien integrierte Afrikaner. Aufnahme und Untersuchung von durchschnittlich 500 bis 600 Flüchtlingen erfolgten innerhalb von vier bis fünf Stunden, so Pauciulo. Anschließend werden die Menschen in Aufnahmezentren gebracht, die Platz für bis zu 500 Personen bieten und die Versorgung durch Fachärzte und Krankenpfleger gewährleisten. Hier bleiben die Flüchtlinge bis zu ihrer weiteren Verteilung.

### Veränderter Blick auf Flüchtlinge

Für eine problemlose Versorgung der Migranten sei ein Maximum an Zusammenarbeit der Beteiligten und ein Minimum an

Wissen über den Islam notwendig, erklärte Pauciulo. Abschließend betonte er, dass sich seit jenem 1. Juli 2014 etwas verändert habe: „Unsere Art, Menschen aufzunehmen und sie zu unterstützen, hat sich verändert.“ Aufgrund der Erfahrungen sei daraus ein effizienter Prozess geworden. Vor allem aber habe sich etwas in den Menschen verändert, was er an ihren Blicken erkenne: Angesichts der ersten, mit Flüchtlingen beladenen Schiffe seien diese oft ungläubig, manchmal auch verärgert gewesen. Bei der Trauerfeier für die toten Mädchen hätten jedoch nicht nur zwei Geistliche unterschiedlicher Religionen zu demselben Gott gebetet; in den Augen der Menschen habe er Mitleid gesehen, Wut, tiefe Emotionen und Mitgefühl.

### Überwachung von Syndromen

Dass die Ankunft einer großen Anzahl von Migranten in relativ kurzer Zeit erhebliche Anstrengungen erfordere, um mögliche gesundheitliche Probleme der Einwandererpopulation zu identifizieren und umgehend darauf reagieren zu können, unterstrich Dr. Maurizio Ciliberti, Chirurg und ärztlicher Leiter beim italienischen Roten Kreuz, eingangs in seinem Vortrag. Daher hätten das Gesundheitsministerium und das Istituto Superiore di Sanità, CNESPS (Höheres Institut für Gesundheit) in Zusammenarbeit mit den italienischen Regionen für die Dauer der Zuwanderung ein Syndrom-Überwachungssystem eingerichtet. Hauptziel der syndromalen Überwachung sei es, jedes Problem, das einen Notfall für die öffent-

che Gesundheit darstellen könne, frühzeitig zu erkennen, um rechtzeitig angemessene Maßnahmen einzuleiten.

### Differenzierte Verteilung

Das medizinische Personal führe sofort nach der Ankunft auf dem Kai, auf Booten usw. eine erste klinische Beurteilung der Einwanderer durch, bevor diese auf die Aufnahmezentren verteilt würden. In den Erste Hilfe- und Aufnahmezentren (CPSA) erhielten neu ankommende Migranten zunächst die erste notwendige medizinische Versorgung; sie würden erfasst und könnten internationalen Schutz beantragen. Anschließend würden sie abhängig von ihrem gesundheitlichen Zustand auf andere Zentren verteilt. Die Aufnahmezentren (Cda) böten in ihren Heimatländern verfolgten Flüchtlingen eine erste Aufnahme für die Zeit, die für ihre Identifizierung und die Überprüfung der Rechtmäßigkeit ihres Aufenthalts in Italien notwendig sei. Menschen, die internationalen Schutz beantragen, würden an die Aufnahmezentren für Asylbewerber (Cara) zur Einleitung von Verfahren weitergeleitet. Illegal in Italien eingetroffene Ausländer, die keinen internationalen Schutz beantragten oder die Voraussetzungen nicht erfüllten, würden in den Identifizierungs- und Ausweisungszentren (CIE) untergebracht. „In allen Zentren wird medizinische Hilfe der Stufe II geleistet“, sagte Ciliberti. Hilfsbedürftige, die dringend ärztlich versorgt werden müssten, würden in geeignete Behandlungseinrichtungen



Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der LÄKH, und Philipp Reimold, Arzt in Weiterbildung aus Heidelberg, setzten sich mit ethischen Fragen zur Flüchtlingsversorgung und im Studium auseinander.

gebracht. Bei Personen, die in Aufnahmezentren der Stufe II untergebracht seien, erfolge eine Syndrom-Überwachung gemäß einer Liste von 13 zu beobachtenden Syndromen, die Ciliberti in seinem Vortrag im Einzelnen benannte.

### Engagement in hessischen Erstaufnahmestationen

Dr. med. Ursula Stüwe, ehemalige Präsidentin der hessischen Ärztekammer, stellte ihrem Vortrag einen Buchtipps voran: Daniel Defoes 2017 erstmals vollständig in deutscher Übersetzung erschienener Band „Kurze Geschichte der pfälzischen Flüchtlinge“, 1709 in England publiziert. „Damals herrschte genau die gleiche Situation wie heute“, so Stüwe. Zehntausende Pfälzer waren innerhalb weniger Monate vor Verfolgung und Kriegswirren in ihrer Heimat nach Südengland geflüchtet, wo man provisorische Zeltlager errichtete und ein heftiger Streit über diese Flüchtlinge entbrannte. Auf dem Höhepunkt der aktuellen Flüchtlingsthematik hatte sich Stüwe – Chirurgin, medizinische Controllerin und bereits zweimal als Expeditionsärztin in der Antarktis tätig – in hessischen Erstaufnahmestationen engagiert. Positiv hob sie in ihrem Erfahrungsbericht zunächst hervor, dass das Land Hessen damals sofort einen Honorarvertrag mit ihr abgeschlossen habe. Auch die Haftpflichtversicherungen hätten ganz unkompliziert den Versicherungsschutz übernommen. „Was mich dagegen geärgert hat: Bevor ich mich gegenüber einem



Flüchtling ärztlich äußern durfte, musste ich dies einer Sozialarbeiterin ankündigen“, erzählte Stüwe. Aufgewogen worden sei dieser Ärger allerdings durch die „unglaubliche Unterstützung“, die sie von Kollegen in den umliegenden Arztpraxen erfahren habe. Auch hob Stüwe die Aufbruchsstimmung hervor, die unter den Mitarbeitern in den Flüchtlingszentren geherrscht habe.

### Ärztliche und emotionale Hinwendung

Dass die Schicksale, mit denen sie täglich konfrontiert wurde, jedoch nicht nur die ärztliche Hinwendung erforderten, sondern vor allem auch emotional berührten und belasteten, illustrierte Stüwe mit einer Reihe von Beispielen. Der Fall einer Patientin etwa, die mit ihrer 17-jährigen Tochter aus Afghanistan geflüchtet, auf der Flucht vergewaltigt und schwanger geworden war. Sie wollte einen Schwangerschaftsabbruch, den Stüwe bewilligte. Oder das Beispiel eines jungen Syrers, der über Rückenschmerzen klagte. Als sie in ihn bat, den Oberkörper frei zu machen, erwies sich dieser als von Narben übersät. „Sicherlich von Peitschenschlägen“, ergänzte Stüwe. Ausdrücklich sprach sie sich dafür aus, Flüchtlingen die Gesundheitskarte zu geben, um sie ohne Komplikationen versorgen zu können. „Eines der größten Probleme sind Folteropfer“, warf Benedikter ein. Hier sei die fachmedizinische Betreuung sehr schwierig. Stüwe nickte. Allerdings habe sie bei den Patienten aufgrund der sprachlichen

Schwierigkeiten nicht oft darauf eingehen können. „Ich war nur für die Akutversorgung da.“ Sie habe sich immer wieder die Frage gestellt, wie man in der Situation mit Traumata umgehen und diese behandeln solle. Wegen der interkulturellen Schwierigkeiten seien die Dolmetscher oft eine Hürde: „Ich habe gelegentlich den Eindruck gehabt, sie übersetzen mich nicht, sie erzählen mich.“

### Erwartungen an Ethikausbildung im Studium

Mit der Frage „Was erwarten Studierende von der Ethikausbildung im Studium?“ hatte Philipp Reimold, Arzt in Weiterbildung in Heidelberg, seinen Vortrag überschrieben, der im Anschluss an diesen Artikel zu lesen ist. Die Erinnerungen an sein, 2017 abgeschlossenes Medizinstudium in Frankfurt sind frisch: „Mensch sein, darüber sollte ich in den Jahren viel lernen.“ Als gewaltigen Einschnitt im Leben eines Studierenden bezeichnete er den Anatomiekurs. So sei es beklemmend gewesen, zum ersten Mal vor einer Leiche zu stehen. Mit dem inneren Konflikt, von einem toten Menschen zu profitieren und durch ihn zu lernen, würden die Studierenden jedoch alleine gelassen. Andererseits mache es gerade der Anatomiekurs möglich, sich frühzeitig mit ethischen Fragen zu befassen. „Gut wäre daher eine Art Ethikprechstunde“, die bei ethischen Fragen im Umgang mit Patienten, mit Leid und mit dem Tod Unterstützung biete, resümierte Reimold und kritisierte die medizinethische Ausbildung in Deutschland als uneinheitlich und nicht vergleichbar. „Aber es besteht Hoffnung“, so der junge Arzt weiter und forderte, künftigen Ärztinnen und Ärzten das ethisch-moralische Handwerkszeug für diesen Beruf an die Hand zu geben. Um die Herausforderungen in Studium zu meistern, sei eine umfassendere Ausbildung für Studierende in diesem Bereich und eine praxisbezogene Lehre – beispielsweise durch Hospitationen in Ethik-Komitees der Kliniken – notwendig. Ausdrücklich begrüßte Reimold das Urteil zum Numerus Clausus, das die Grundlage für neue Auswahlkriterien schaffe, „damit geeignete Menschen das Fach Medizin studieren.“

**Katja Möhrle  
Caroline McKenney**

# Ethik in der Medizin – ein junges Fach mit Potenzial

Philipp Reimold

In Anlehnung an den Vortrag „Was erwarten Studierende von der Ethikausbildung im Studium?“ am 13. Januar 2018 im Rahmen des Symposiums „Ethik im medizinischen Alltag – Anspruch und Wirklichkeit“ der Landesärztekammer Hessen.

Ethische Fragestellungen sind im medizinischen Alltag allgegenwärtig. Ob in der Klinik oder im ambulanten Bereich, ob in der Arbeit mit jungen oder alten Patientinnen und Patienten, ob Assistent oder Chefärztin, jede und jeder sieht sich täglich mit Problemen in medizinethischen Spannungsfeldern konfrontiert.

Es erscheint daher sinnvoll, den Stand der Lehre der Medizinethik im Rahmen des Faches Geschichte Theorie und Ethik in der Medizin (im Folgenden GTE) im Medizinstudium zu untersuchen und konkrete Verbesserungsvorschläge zu präsentieren. Die erste Berührung mit einem medizinethischen Thema im Studium stellt der Anatomiekurs dar. Wir alle erinnern uns noch daran: Der Geruch, das Licht, das beklemmende Gefühl, das erste Mal vor einem präparierten Leichnam zu stehen. Dann die Aufforderung, den Körper aufzudecken, gefolgt von ersten Erklärungen anatomischer Landmarken.

Nach ein paar Stunden ist es dann geschafft, und es bleibt ein Gefühl der Faszination, der Neugierde, aber auch der Verwirrtheit und die Frage, wer die Menschen, an denen man in den nächsten zwei Jahre lernen soll, waren, bevor sie als Körperspender auf den kalten Tischen der Anatomie lagen. Der innere Konflikt – vom Tod eines Menschen zu profitieren, an und durch ihn zu lernen, um Jahre später in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten eine Vorstellung der inneren Zusammenhänge zu haben, muss dabei weitestgehend ohne Anleitung bewältigt werden. Man verarbeitet das Erlebte mit Freunden und Familie, konkrete Angebote seitens der Fakultät fehlen jedoch.

Susanne Egbert [1] untersuchte in ihrer Dissertation die Auswirkungen des Präparierkurses auf Studierende. Dort heißt es:

„Es ist von besonderer Wichtigkeit, die durch die berufliche Sozialisation provozierte Auftrennung in eine beruflich-praktische und eine privat-theoretische Umgehensweise mit Tod und Sterben aufzuheben, um sowohl dem Arzt als auch dem Patienten gerecht zu werden. Das medizinische System ist nicht zuletzt deshalb so unflexibel, weil der Schrecken des täglichen Leides und Todes die Mitglieder dazu bringt, sich streng an Normen und Werten zu halten, die schon ganz zu Anfang der beruflichen Sozialisation internalisiert wurden. Auf gesellschaftliche Unterstützung ist kaum zu hoffen, vielmehr werden Mediziner und Pflegepersonal mit dieser Aufgabe allein gelassen und häufig mit unrealistischen Erwartungshaltungen überfordert.“

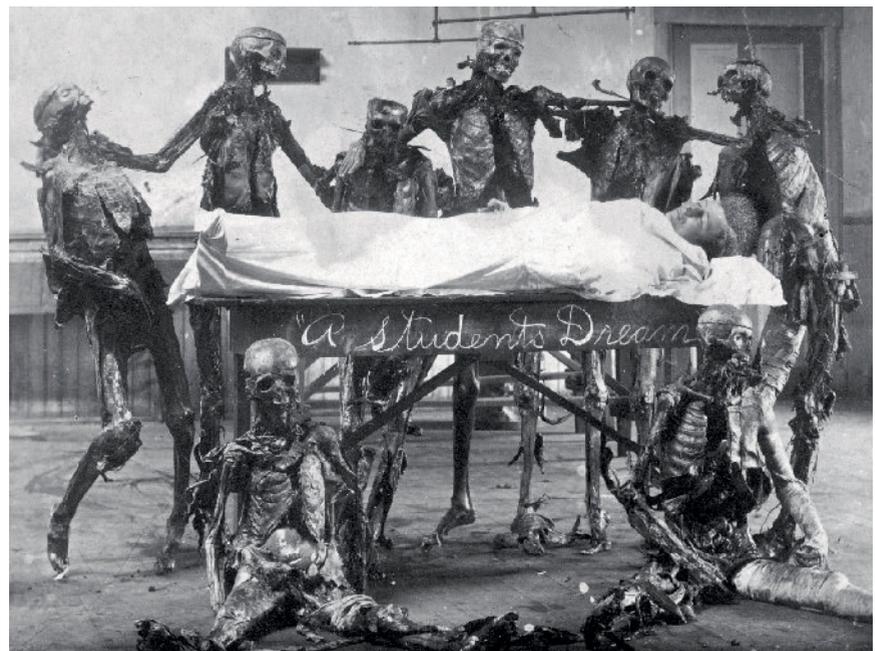
## Berufliche Sozialisation

Zur Arzt-Werdung gehört also eine berufliche Sozialisation. Da diese gleich zu Beginn des Studiums beginnt, ist es wichtig, als Studierender früh im Studium ethisch-moralische Standpunkte entwickeln zu

können und dabei Unterstützung seitens der Fakultät zu erhalten. Konkret wäre vorstellbar, begleitend zum Anatomiekurs zum Beispiel in Form von Seminaren, Dozentinnen und Dozenten oder ausgebildete studentische Hilfskräfte zu engagieren, die den jungen Studierenden ethisches Rüstzeug mit an die Hand geben und ihnen so dabei helfen, einen eigenen Standpunkt zu diesem Thema zu entwickeln. Auch eine Art offene Ethikprechstunde, vielleicht in Verbindung mit den jeweiligen Seelsorgern, wäre denkbar sinnvoll.

Doch wieso sollte man so etwas überhaupt tun? Warum ist eine berufliche Sozialisation eigentlich wichtig und notwendig?

Das Foto unten zeigt uns einen Studierenden aus einer anderen Zeit – um die Jahrhundertwende 1900. Er tut genau das, was in den heutigen Debatten oft als Argument gegen den Anatomiekurs benutzt wird. Hier wird der Präparierkurs ritualisiert und verfällt zum Initiationsritus, was eine Art Kult um ihn wachsen lässt. Dieses Verhalten weist auf eine innere Haltung hin, die unreflektiert und aus heutiger Sicht widerwärtig erscheint.



„A student's dream“: Historisches Foto um 1900. Ein Medizinstudent posiert schlafend im Kreise der im Präparierkurs bearbeiteten Körperspender. Damals war dies Mutprobe und Initiationsritus zugleich.

Quellen: [www.pinterest.de/bird\\_museum/medical-students-posing-with-cadavers-skeletons](http://www.pinterest.de/bird_museum/medical-students-posing-with-cadavers-skeletons) sowie [www.flickr.com](http://www.flickr.com) © Kurt Thron

Sicher hat sich in 100 Jahren einiges verändert, auch zum Guten. Doch gerade den Anatomiekurs erlebt ein junger Mensch, der Medizin studiert, als gravierenden Einschnitt. Gerade in dieser Situation haben Lehrende die Chance, Ärztinnen und Ärzte zu erziehen, die fest in einem ethisch-moralischen Sattel sitzen, der es ihnen ermöglicht, später ethische Fragestellungen, zum Beispiel am Lebensanfang oder am Lebensende der ihnen anvertrauten Patientinnen und Patienten, selbstständig zu erfassen und zu lösen.

Doch was ist die rechtlich-formale Grundlage des Unterrichtes in GTE?

Ein Blick in die Approbationsordnung [2] verrät, dass die ärztliche Ausbildung „die geistigen, historischen und ethischen Grundlagen ärztlichen Verhaltens auf der Basis des aktuellen Forschungsstandes vermitteln“ soll. Die aktuelle Version der Approbationsordnung gilt seit dem Wintersemester 2003/2004. Somit blickt das Fach GTE im Vergleich zu anderen Disziplinen auf eine noch recht kurze Vergangenheit zurück. Dies bietet die Chance, noch einige Entwicklungen anzustoßen, die den zukünftigen Ärztinnen und Ärzten erheblich helfen könnten, die auf sie zukommenden ethischen Probleme zu bewältigen.

## Doch welche Veränderungen sollen das sein?

Welche Fragen sollen bearbeitet werden? Hierfür muss man zunächst den Stand der Lehre im Fach Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin (GTE) an deutschen medizinischen Universitäten betrachten. Schildmann et al. [3] untersuchten 2014, also zehn Jahre nach der Revision der Approbationsordnung, die Lehre im Fach GTE an 29 der 38 medizinischen Fakultäten in Deutschland. Unter anderem fragten sie, mit welchen Themen man sich im Rahmen des Faches nach Ansicht der Lehrenden beschäftigen sollte.

Die Abbildung 2 „Themen, mit denen man sich im Rahmen des Unterrichtes in GTE nach Ansicht der befragten Institute beschäftigen sollte“, findet sich in unserer Online-Ausgabe [nach 3].

Im Bereich der Medizinethik liegen Entscheidungen am Lebensende und -anfang vorne, gefolgt vom Prinzip der Patientenautonomie und ethischem Verhalten im Zusammenhang mit der Forschung. Die Autoren stellen fest, dass sich Inhalte und strukturelle Voraussetzungen der Lehre in GTE an den medizinischen Fakultäten in Deutschland erheblich unterscheiden und fassen zusammen:

„Einerseits lässt sich eine inhaltliche Vielfalt der Lehrangebote als Vorzug begreifen. Andererseits muss gefragt werden, ob zumindest in Bezug auf bestimmte Themengebiete eine Vereinheitlichung der GTE-Lehre hergestellt werden sollte. Eine Definition grundlegender Inhalte der GTE-Lehre hätte den Vorteil, dass alle angehenden Ärzte in Deutschland vergleichbare grundlegende Kenntnisse hätten. Eine Verbindlichkeit grundlegender GTE-Ausbildungsinhalte für Ärzte könnte auch die Stellung des Querschnittsbereichs GTE stärken.“

Es wird also eine Vereinheitlichung gefordert, die die Ausbildung vergleichbarer machen und sicherstellen würde, dass jede Ärztin, jeder Arzt sich zumindest einmal mit den gleichen Themen auseinandergesetzt hat.

## Was meinen die betroffenen Studierenden?

Schulz et al. [4] befragten 533 Bochumer Studierende, von denen ein Teil in einem regulären Studiengang und der andere in einem Modellstudiengang studierte. Im

**Save the Date**

**50. Internationaler Seminarkongress**

**26.08. – 31.08.2018 in Grado/Italien**

[www.laekh.de/seminarkongress-in-grado](http://www.laekh.de/seminarkongress-in-grado)

**Veranstalter:**

- Landesärztekammer Hessen
- Landesärztekammer Saarland
- Ärzttekammer des Saarlandes
- Ärztzammer für Kärnten
- ÄRZTE KAMMER FÜR TIROL
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- BAYERISCHE LANDESÄRZTEKAMMER
- Landesärztekammer Thüringen
- CMIG e.V.
- Landesärztekammer Niedersachsen
- Landesärztekammer Nordrhein
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landesärztekammer Sachsen-Anhalt
- Landesärztekammer Schleswig-Holstein
- Landesärztekammer Brandenburg
- Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Landesärztekammer Berlin
- Landesärztekammer Hamburg
- Landesärztekammer Bremen
- Landesärztekammer Lübeck
- Landesärztekammer Mecklenburg-Vorpommern
- Landesärztekammer Brandenburg
- Landesärztekammer Berlin
- Landesärztekammer Hamburg
- Landesärztekammer Bremen
- Landesärztekammer Lübeck

regulären Curriculum hatten die Studierenden im 5. und 6. Semester jeweils eine Semesterwochenstunde (SWS) Unterricht, gefolgt von einer Multiple-Choice-Klausur. Im Modellstudiengang ist die Lehre vom 1. bis zum 10. Semester gestreckt. Zwei Pflichtmodule im 1. und 8. Fachsemester zu jeweils einer SWS werden ergänzt von einem Wahlpflichtteil in Form von drei sechsstündigen Seminaren. Die Prüfung findet in Form einer Modified-Essay-Question-Klausur statt.

Die Studierenden des Modellstudiengangs haben eine generell positivere Einstellung zum Fach, währenddessen Wertschätzung in der Vergleichsgruppe geringer ist. Die Autoren schlussfolgern: „Es ist daher grundsätzlich zu fordern, dass der GTE-Unterricht möglichst früh beginnt – am besten bereits mit dem ersten Studiensemester. Sinnvoll scheint es auch zu sein, ihn über einen möglichst langen Zeitraum kontinuierlich anzubieten.“

Und was ist nach dem Studium? Wie verhält es sich mit dem Bedürfnis junger Ärztinnen und Ärzte nach medizinethischem „Handwerkzeug“ in der Klinik oder der Praxis?

Roberts et al. [5] untersuchten, in welchen Themenfeldern sich junge Assistenzärztinnen und -ärzte eine bessere oder zusätzliche Ausbildung wünschen, darunter beispielsweise das Fehlerreporting oder der Umgang mit Fehlern in der klinischen Versorgung. Hieraus lassen sich ganz konkrete Fragestellungen (wie beispielsweise der Umgang mit eigenen oder systemischen Fehlern, die Interaktion mit Familien von Patientinnen und Patienten, aber auch die soziale und politische Verantwortung von Ärztinnen und Ärzten) ableiten, die schon im präklinischen Unterricht aufgegriffen wer-

den könnten. Zusammenfassend lassen sich also folgende Kernaussagen formulieren:

- Die Ausbildung im Fach Medizinethik ist uneinheitlich und wenig standardisiert. Eine vergleichbare Ausbildung ist somit schwer möglich.
- Eine das ganze Studium begleitende Ausbildung in diesem Fach führt zu einer veränderten Wahrnehmung und positiveren Bewertung desselben durch die Studierenden. Die Approbationsordnung bietet die Freiräume, dieses Modell zu implementieren.
- Die Medizinethik in Deutschland ist ein junges Fach und hat somit die Möglichkeit, sich zu verändern und zu verbessern. Hierfür gibt es mehrere Forderungen: mehr Personal, mehr Zeit (mehr Semester-Wochenstunden) für den Unterricht, bessere Wertschätzung des Faches durch die Fakultäten, flächendeckende Gründung von Instituten für Geschichte, Theorie und Ethik in der Medizin.
- Praxisbezogener Unterricht vermittelt Fähigkeiten, die in der späteren konkreten Arbeit helfen. Themenfelder, die hier bearbeitet werden könnten, sind zum Beispiel der Umgang mit Fehlern, das Bewusstsein für eine soziale und politische Verantwortung, Betreuung nicht nur der Patientinnen und Patienten sondern auch ihrer Angehörigen.

Um dies zu verwirklichen, bedarf es folgender Voraussetzungen:

- Mehr Personal und finanzielle Mittel und flächendeckende Gründung von Instituten für GTE.
- Unterrichtsmodelle weg von großen Vorlesungen, hin zu Kleingruppenunterricht – am besten mit Hilfe des peer-education Konzeptes.

- Praxisbezogener Unterricht mit Vermittlung konkreter Fähigkeiten und Fertigkeiten.

Eine solche neue Form der Lehre in GTE und deren Abgleich mit den Themenfeldern, die jungen Assistenzärztinnen und -ärzten in ihrer täglichen Arbeit begegnen, erscheint sinnvoll, um Ärztinnen und Ärzte auszubilden, die nicht nur in Differentialdiagnosen, Laborwerten und Untersuchungsbefunden denken, sondern sich ihrer besonderen Verantwortung, in ethischen Spannungsfeldern zu handeln, bewusst sind. Daraus ergäbe sich die Chance einer kommenden Generation von Ärztinnen und Ärzten, die sensibilisiert für ihre Rolle und Verantwortung in der Gesellschaft sind, die um die ethischen Dilemmata ihres Berufsalltags wissen und mit ihnen umgehen können, und die – schon während des Studiums – ein besonderes Bewusstsein für ethisch-moralische Spannungsfelder entwickelt haben, denn: „Eine Änderung des Bewusstseins verändert unbewusst auch das Sein.“ (Gerhard Uhlenbruck, deutscher Immunbiologe und Aphoristiker)

**Philipp Reimold**

Assistenzarzt

Urologische Universitätsklinik

Heidelberg

E-Mail:

philipp.reimold@med.uni-heidelberg.de

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

## Qualifizierende Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“ an der Akademie

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen bietet für 2018 die Qualifizierende Fortbildung „Ambulante Ethikberatung an“, die sich aus insgesamt 47 Unterrichtseinheiten (Präsenzveranstaltungen, Selbststudium und Moderationskurs) zusammensetzt.

### Termine Theorierteil:

#### Modul 1

Selbststudium: 6.8.–30.8.2018

Präsenzteil: 31.8.–1.9.2018

#### Modul 2

Selbststudium: 1.9.–19.9.2018

Präsenzteil: 19.9.2018

#### Modul 3

Selbststudium: 19.9.–31.10.2018

Präsenzteil: 31.10.2018

#### Termin Moderationskurs (Modul 4)

30.11.–1.12.2018

### Veranstaltungsort:

Akademie für Ärztliche Fort-

und Weiterbildung der LÄKH

Carl-Oelemann-Weg 5,

61231 Bad Nauheim

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

### Auskunft/Anmeldung:

Katja Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

Literatur zum Artikel:

# Ethik in der Medizin – ein junges Fach mit Potential

von Philipp Reimold

- [1] Egbert, S. Aspekte der Sozialisation zum Arzt: Eine empirische Studie über Auswirkungen der praktischen Makroanatomie auf Medizinstudierende und deren Einstellung zu Sterben und Tod.
- [2] Bundesministerium für Justiz und Verbraucherschutz: Approbationsordnung für Ärzte vom 27. Juni 2002 (BGBl. I S. 2405), die zuletzt durch Artikel 5 des Gesetzes vom 17. Juli 2017 (BGBl. I S. 2581) geändert worden ist.
- [3] Schildmann, J. et al History, Theory and Ethics of Medicine: The Last Ten Years. A Survey of Course Content, Methods and Structural Preconditions at Twenty-nine German Medical Faculties.
- [4] Schulz, S. et al Wie wichtig ist der Unterricht in Medizinethik und Medizingeschichte im Medizinstudium? Eine empirische Studie zu den Einschätzungen Studierender.
- [5] Roberts L. et al Becoming a Good Doctor: Perceived Need for Ethics Training Focused on Practical and Professional Development Topics.

**Abb. 2: Themen, mit denen man sich im Rahmen des Unterrichtes in GTE nach Ansicht der befragten Institute beschäftigen sollte [nach 3]**

Themenfelder	Anzahl der Nennungen (Mehrfachnennungen zulässig)		
		Evidenzbasierte Medizin	2
		Medizin als Kunst	1
		Fehlbarkeit	1
		Medizinische Indikation	1
<b>Medizingeschichte</b>		<b>Medizinethik</b>	
Medizin im Nationalsozialismus	10	Themen am Lebensende	17
Geschichte der Experimente am Menschen	4	Der Beginn des Lebens	9
Medizin in der klassischen Antike	4	Patientenautonomie	8
Medizin im Mittelalter	3	Forschungsethik	4
Der Hippokratische Eid	3	Psychiatrie	3
Geschichte der Epidemien	2	Verteilungsgerechtigkeit	3
Entstehung von ambulanter und stationärer Versorgung	2	Organtransplantation	2
Medizin in der DDR	2	Der Hippokratische Eid	1
Geschichte der Frauen in der Medizin	1	Das Überbringen schlechter Nachrichten	1
Biologismus/Darwinismus	1	Genetik	1
Geschichte der Sichtweise des Patienten	1	Ethikkommissionen	1
<b>Medizintheorie</b>		Reproduktionsmedizin	1
Das Konzept von Gesundheit und Krankheit	9	Vier-Prinzipien-Modell von Beauchamp und Childress	1
Konzepte der Wahrheit	2	Ethik in der Pflege	1



# Kammerwahl 2018

## Auslegung der Wählerverzeichnisse für die Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

### 16. Wahlperiode 2018–2023

Der Wahlleiter gibt gemäß § 6 Abs. 3 der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 bekannt, dass die Wählerverzeichnisse in der Zeit vom

### 27. März 2018 bis 24. April 2018

während der jeweiligen Öffnungszeiten an den nachfolgenden Orten ausliegen:

Bezirksärztekammer Darmstadt  
Erdgeschoss, Konferenzraum  
Wilhelminenplatz 8  
64283 Darmstadt  
Telefon: 06151/91668-0

Bezirksärztekammer Frankfurt am Main  
Erdgeschoss, Flur 050, Raum 015  
Im Vogelsgesang 3  
60488 Frankfurt am Main  
Telefon: 069/97672-0

Bezirksärztekammer Gießen  
Erdgeschoss, Raum 1  
Georg-Schlosser-Straße 6 a

35390 Gießen  
Telefon: 0641/94381-0

Bezirksärztekammer Kassel  
3. OG, Raum 2  
Wilhelmshöher Allee 67  
34121 Kassel  
Telefon: 0561/91318-0

Bezirksärztekammer Marburg  
1. OG, Empfangsbereich  
Gisselberger Straße 31  
35037 Marburg  
Telefon: 06421/4107-0

Bezirksärztekammer Wiesbaden  
3. OG, Empfangsbereich  
Wilhelmstraße 60  
65183 Wiesbaden  
Telefon: 0611/97748-0

Landesärztekammer Hessen  
Untergeschoss, Eingangsbereich,  
Besprechungsraum  
Im Vogelsgesang 3  
60488 Frankfurt am Main  
Telefon: 069/97672-0

Versorgungswerk  
der Landesärztekammer Hessen  
Erdgeschoss, Empfang-Zentrale, Raum 1  
Mittlerer Hasenpfad 25  
60598 Frankfurt am Main  
Telefon: 069/97964-0

Ansprüche auf Aufnahme und Einwendungen gegen die Aufnahme in das Wählerverzeichnis können spätestens bis zum

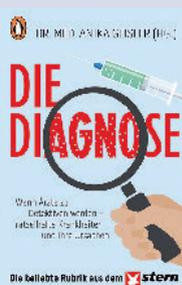
### 25. April 2018, 18:00 Uhr,

beim Wahlleiter,  
Im Vogelsgesang 3,  
60488 Frankfurt am Main  
schriftlich erhoben werden.

Frankfurt am Main, 5. Februar 2018

Landesärztekammer Hessen  
Günter Wiegand  
Der Wahlleiter

## Bücher



### Dr. med. Anika Geisler (Hrsg.): Die Diagnose – wenn Ärzte zu Detektiven werden

Rätselhafte Krankheiten  
und ihre Ursachen  
Penguin Verlag 2017  
Taschenbuch, € 10  
ISBN 9783328101659

Wie kommt eine „versteinerte“ Schlange in den Magen? Auf Ex!?! – Medizinische Kasuistiken haben derzeit Konjunktur. Viele Zeitschriften haben solche Rubriken eingerichtet, die sich aber oft weniger an Ärztinnen und Ärzte als vielmehr zur Unterhaltung an eine breite Leserschaft richten. In diese Kategorie fällt „Die Diagnose“. Die 80 besten Fälle aus der gleichnamigen Rubrik der

Zeitschrift „Stern“ sind hier zusammengefasst. Die Story um das Reptil ist wohl das kurioseste Rätsel in dieser kurzweiligen Sammlung, erzählt von Dr. med. Gero Moog aus Kassel (S. 19). Ein anderer Fall berichtet vom Glück, dass ein Biergefülltes Kondom rechtzeitig entdeckt wurde. Und die Folgen des ungehemmten La-kritizgenusses bringen Dr. med. Kirsten Holsteg, ebenfalls aus Hessen, auf die richtige Spur. Nachdenklich macht die Geschichte einer vergesslichen Seniorin, die fast mit dem Stigma „Demenz“ entlassen worden wäre, wenn nicht ein Blutnatriumtest für 25 Cent einen zu niedrigen Natriumspiegel festgestellt hätte. Wie abwechslungs- und vor allem segensreich der Beruf von Ärztinnen und Ärzten ist! Vermisst wird in dem preiswerten Büchlein ein Inhaltsverzeichnis mit Stichwortsuche. Wenn Ihnen jetzt auch ein Kuriosum mit Seltenheitswert und Lerneffekt für Kolleginnen und Kollegen einfällt: Gerne dürfen Sie sich an unserer HÄBL-Rubrik „Der interessante Fall“ beteiligen – per E-Mail an: haebel@laekh.de. (asb)



Foto: Fotolia.com – stokkete

## Ja zur Kammerwahl!

„Weil die Kammer die Qualität der ärztlichen Berufsausübung sichert.“

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 Ärztekammer sichert die Qualität ärztlicher Berufsausübung

Die Qualitätssicherung ärztlicher Berufsausübung ist eine originäre Kammeraufgabe. In Zusammenarbeit mit anderen

Fachabteilungen engagiert sich die Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie für die Qualität in der Weiterbildung und Fortbildung sowie in der Patientenversorgung.

Die Landesärztekammer wirkt aktiv in verschiedenen gesundheitspolitischen Gremien und Initiativen des Landes mit und bringt in enger Kooperation mit der Rechtsabteilung der LÄKH fachliche Kompetenz und die Belange der hessischen Ärzteschaft in die Gesetzgebungsprozesse auf Landes- aber auch auf Bundesebene ein.

Weitere thematische Schwerpunkte und Instrumente zur Qualitätssteigerung sind Studien zum ärztlichen Nachwuchs, die Fort- und Weiterbildung im ärztlichen

Qualitätsmanagement und Peer Review, die Qualitätssicherung in der Hämotherapie und Assistierter Reproduktion.

### Entscheiden Sie mit!

Mit Ihrer Stimme tragen Sie dazu bei, die Aufgabe der Qualitätsverbesserung der ärztlichen Versorgung als Zuständigkeit der Selbstverwaltung zu stärken und diese auch weiterhin im Sinne der Ärzteschaft und der Patienten zu gestalten – damit die Sicherung der Qualität in ärztlicher Hand bleibt.

Die Kammerwahl findet vom 25. Mai bis 6. Juni 2018 statt.

**Katja Möhrle**  
**Caroline McKenney**

## 50 Jahre medico international

Vor 50 Jahren gaben die Bilder der Hungernden von Biafra und der Kriegsgräuel von Vietnam den Anstoß zur Gründung von medico international e. V. in Frankfurt. Bürger, Medizinstudierende, Ärztinnen und Ärzte riefen die Hilfsorganisation 1968 ins Leben, die seither weltweit

Gesundheitsinitiativen und Selbsthilfegruppen in ihrem Einsatz für menschenwürdige Lebensverhältnisse unterstützt. Anlässlich des Jubiläums lud medico international im Januar zum Neujahrsempfang in ihr neues, eigenes Domizil, das sie zu künftigen Nachbarn der Landesärzte-

kammer Hessen im Frankfurter Ostend macht. In seiner Ansprache bezeichnete Geschäftsführer Thomas Gebauer die Folgen der weltweiten sozialen Ungleichheit als größte Herausforderung der nächsten Jahrzehnte.

**Katja Möhrle**

# Methamphetamin-bezogene Störungen

## Diagnostische Möglichkeiten in der hausärztlichen Praxis

In jüngerer Zeit hat der Konsum von Methamphetamin stark zugenommen. Die beschlagnahmte Menge an Crystal Meth hat sich alleine zwischen 2009 und 2013 verzehnfacht, die ambulanten und stationären Behandlungsfälle haben sich verdreifacht. In der aktuellen Statistik drogenbedingter Todesfälle (2016) waren Amphetamine in 9 Prozent (%) beteiligt. Allerdings bestehen große regionale Unterschiede beim Konsum dieser intensiv und leider rasch zerstörerisch wirkenden Droge. Eine besonders hohe Fallzahl findet sich in den Bundesländern, die an Tschechien angrenzen.

Methamphetamin-Konsum zeigt sich in verschiedensten Settings, zum Beispiel im Freizeitbereich der Jugendkultur, in Schule, Ausbildung und im beruflichen Kontext, bei psychischer Komorbidität und speziellen Sex-zentrierten Szenen.

### Symptome und Folgeschäden

Geschätzt wird die vordergründige Hauptsymptomatik, das Gefühl, „hellwach“ zu sein. Diese Wirkung führt schnell zu einer Hyperaktivität, Distanzminderung und riskanterem Verhalten. Diese Aktivitätssteigerung kann dann aber auch umschlagen in Anspannung, Aggressivität und diffuse Ängste.

Die subjektive Symptomatik korreliert mit den körperlichen Symptomen einer Tachycardie und Hypertonie, erhöhter Muskelanspannung und Schweißausbrüchen. Gerade bei Intoxikationen können problematische Blutdruckkrisen auftreten. Ein längerer Konsum führt schließlich zu Gewichtsverlust und Beeinträchtigung der Zahn- und Mundgesundheit.

Weitere Folgeschäden entstehen durch die Art der Applikation: bei chronischem intranasalem Konsum finden sich Entzündungen der Nasennebenhöhlen, eine Anosmie oder eine Perforation der Nasenscheidewand. Beim Rauchen kommt es zu einer Lungenschädigung, bei intravenösem Konsum gehäuft zu lokalen oder systemischen Infektionen wie Hepatitis oder HIV.

### Diagnostik: Allgemein- und zahnmedizinische Settings einbeziehen

Für die Diagnosestellung einer Methamphetamin-bezogenen Störung ist das „daran denken“ wie so oft in der Medizin entscheidend. Andererseits stellt natürlich die korrekte Diagnose die Voraussetzung für eine zielgerichtete suchtmittelmedizinische Behandlung dar. Hier kommt allgemeinmedizinischen und zahnmedizinischen Settings eine besondere Bedeutung zu. Oft suchen Betroffene einen Arzt oder Zahnarzt wegen Problemen auf, die nicht auf den ersten Blick an eine Abhängigkeitserkrankung denken lassen. Dies können beispielsweise Hautveränderungen (infizierte Kratzspuren), kardiale Probleme oder Zahnprobleme sein. Eine symptomgeleitete Untersuchung sollte auf folgende, typische Folgeschäden des Stimulanzienkonsums achten:

- Hautexkoriationen (Methamphetamin-abhängige kratzen in ihrer Hyperaktivität jede Hautveränderung auf)
- Abgekaute Backenzähne und lückenhafter, kariöser Zahnstatus (durch sehr intensives Zähneknirschen und mangelnde Mundhygiene)
- Kachexiezeichen, vorzeitige Alterung
- Anosmie und Nasenschäden

- Einstichstellen mit oder ohne frische oder ältere Abszesse
- Kardiale Probleme (Herzgeräusche, Herzrhythmusstörungen, Hypertonie)
- Infektionszeichen
- Physische Traumazeichen nach Stürzen

In der Regel ist erst das Gesamtbild hinweisgebend, da die Einzelsymptome nicht typisch sind und auch viele andere Ursachen haben können. Besteht der Verdacht einer Methamphetaminabhängigkeit, sollte zunächst versucht werden, ein stabiles Vertrauensverhältnis zum Patienten aufzubauen. Gegebenenfalls sind hierzu auch mehrere Kontakte erforderlich. Hilfreich und motivationsfördernd kann es sein, im Gespräch mit dem Patienten folgende Aspekte zu thematisieren:

- „Konsumunfälle“ (Überdosierungen mit entsprechender Symptomatik),
- Juristische oder sonstige soziale Folgen (Arbeitsplatzverlust, Führerscheinentzug oder ähnliches),
- Gereiztheit mit emotionaler Labilität, die zu Problemen in den sozialen Interaktionen geführt hat.

Für die weitere Therapieplanung sollten auch die Erwartungen des Konsumierenden selbst und auch anderer Beteiligter (Partner, Familie und andere) erfragt und berücksichtigt werden.

## S 3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen

Ausführliche Hinweise zu Diagnostik und Behandlung einschließlich Angaben zu weiterführender Literatur und Anschriften der Einrichtungen der Suchthilfe finden sich in der S 3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Auch diese Leitlinie ist im Internet kostenlos abrufbar unter: [www.aeqz.de/aeqz/crystal-meth](http://www.aeqz.de/aeqz/crystal-meth). Der QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.

Die Leitlinie wurde im Auftrag der Drogenbeauftragten der Bundesregierung und des Bundesgesundheitsministeriums von einem interdisziplinären Expertenteam unter Federführung des ÄZQ unter Begleitung durch die Arbeitsgrup-

pe Sucht und Drogen der BÄK und in Kooperation mit der DGPPN erstellt und 2016 veröffentlicht (S 3-Leitlinie Methamphetamin-bezogene Störungen. Hrsg: Drogenbeauftragte der Bundesregierung, BMG, BÄK, DGPPN, Springer 2016).



[www.aeqz.de/aeqz/crystal-meth](http://www.aeqz.de/aeqz/crystal-meth)

Wertvolle Hinweise und ein Leitfaden zur Anamneseerhebung und späteren Evaluation finden sich im MATE Handbuch und Leitfaden (Measurements in Addiction for Triage an Evaluation). Das Handbuch kann kostenlos im Internet auch in deutscher Sprache abgerufen werden ([www.mateinfo.eu/german/index.html](http://www.mateinfo.eu/german/index.html)).

**Hinweise: Behandlungsplanung und Notfallsituationen**

Eine besondere Beachtung sollten bei der Suchtmittelanamnese paranoide, psychotische Symptome finden. Sie können ein Hinweis auf eine Gefährdung des Umfelds oder eine Selbstgefährdung sein. Als gravierendste Komplikation im Methamphetamin-Entzug gilt eine depressive Symptomatik mit dem Risiko der Suizidalität. Unbedingt zu berücksichtigen ist die Gefährdung Schutzbefohlener (minderjährige Kinder) durch die aktuelle Symptomatik!

Bei der Behandlungsplanung gelten folgende Grundsätze:

- Bei einem aktiven Nachsuchen um Hilfe sollte eine Vermittlung in das Suchthilfesystem erfolgen. Dabei sollte bei ei-

nem erstmaligen Nachsuchen ein Beratungstermin innerhalb von 24 Stunden vermittelt werden, um die aktuell bestehende Motivation des Konsumierenden für einen Veränderungsprozess zu nutzen.

- Empfohlen wird, allen Konsumierenden, die in Beratungs- oder Behandlungssettings vorstellig werden, über die besonderen Gefahren des Methamphetamins sowie riskante Konsumformen und -muster aufzuklären und auch auf regionale Selbsthilfegruppen hinzuweisen.

In einer Notfallsituation bei Patienten mit Methamphetamin-Intoxikation können folgende sedierende Substanzen zur Anwendung kommen:

Erste Wahl sind Benzodiazepine , z. B.:

- **Diazepam** 10 mg oral, ggf. Wiederholung nach 30 Minuten; alternativ: 2,5–5 mg i. v. als Bolus, ggf. Wiederholung nach fünf bis zehn Minuten.
- **Midazolam** 5–10 mg oral, ggf. Wiederholung nach 30 Minuten; alternativ: 2–2,5 mg i. v. als Bolus oder i. m., ggf. Wiederholung nach fünf bis zehn Minuten.

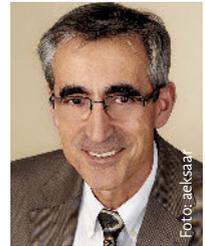
- **Lorazepam** 1–2,5 mg oral, ggf. Wiederholung nach 60 Minuten; alternativ: 2–4 mg i. v. als Bolus, Wiederholung nach fünf bis zehn Minuten.

Ergänzend können Antipsychotika notwendig werden, zum Beispiel:

- **Olanzapin** 10 mg oral (Schmelztabletten), ggf. Wiederholung nach 60 Minuten; alternativ: 5–10 mg i. m., ggf. Wiederholung nach 120 Minuten.
  - **Risperidon** 2 mg oral (Schmelztabletten), ggf. Wiederholung nach 60 Minuten.
- Meist sind hohe kumulative Dosen zu erwarten. Daher sind ein EKG-Monitoring und eine entsprechende Überwachung erforderlich!

**Sanitätsrat Dr. med.**

**Josef Mischo**  
Präsident  
der Ärztekammer  
Saarland,  
Vorsitzender der AG  
„Sucht und Drogen“  
der Bundesärztekammer,



Faktoreistraße 4  
66111 Saarbrücken  
Mail: [josef.mischo@aeksaar.de](mailto:josef.mischo@aeksaar.de)

**Sonderausstellung in der Gedenkstätte Hadamar zur Geschichte der LÄKH**

In einem historischen Forschungsprojekt hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ihre eigene Geschichte von 1887–1956 wissenschaftlich untersuchen lassen. Das 2016 abgeschlossene Forschungshaben befasst sich mit der Vorgeschichte der verfassten Ärzteschaft in Hessen, der Zeit des Nationalsozialismus und dem Zeitraum von 1945 bis zur Gründung der LÄKH als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Die Plakat-Ausstellung, ein Beispiel ist hier abgebildet, zu den Ergebnissen des Forschungsprojekts wird in einer **Sonderausstellung** zu sehen sein.

**Termin:** 8. März (Eröffnung um 18 Uhr) bis 30. April 2018

**Ort:** Gedenkstätte Hadamar  
Mönchberg 8  
65589 Hadamar

**1936**  
Mit der Reichsärzteordnung (RÄO) wurden die Ärztekammern zu Untergliederungen der neu gegründeten Reichsärztekammer.

**1945**  
Neugründung von Ärztekammern auf Bezirksebene und Formierung der Ärzteschaft Großhessen.

**1949**  
Gründung der Landesärztekammer Hessen als e.V.

**1956**  
Gründung der Landesärztekammer Hessen als Körperschaft des öffentlichen Rechts.

**ÄRZTESCHAFT GROSSHESSEN**  
Ärztekammer

Timeline: 1876, 1936, 1945, 1949, 1956

Eröffnet wird die Ausstellung am 8. März um 18 Uhr von Dr. med. Sigmund Drexler als Vertreter der Landesärztekammer Hessen und des Wissenschaftlichen Beirats des Fördervereins der Gedenkstätte Hadamar.

Im Rahmen der Aufstellung des Wander-Denkmal „Die grauen Busse“ auf dem Rossmarkt in Frankfurt (wir berichteten u. a. im HÄBL 10/2017, S. 575) hält Dr. Sigmund Drexler außerdem einen Vortrag über das **„Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1933.**

**Termin:** 28. Februar 2018, 19 Uhr  
**Ort:** Evangelische Akademie  
Römerberg 9  
60311 Frankfurt am Main

# Alle gegen Doping

Eine Studie der Universität Tübingen und der Harvard Medical School im Auftrag der Welt dopingagentur (WADA) hat ergeben, dass bei einer Nachbefragung 30 Prozent (%) der Starter der Leichtathletik-Weltmeisterschaft 2011 im südkoreanischen Daegu angegeben haben, Dopingmittel verwendet zu haben. Zudem gaben 45 % der Sportler bei den Panarabischen Spielen 2011 an, gedopt zu haben.

Das Ergebnis unterscheidet sich offensichtlich von den offiziellen Dopingtests mit biologischen Messverfahren. Bei der WM in Daegu waren nur 0,5 % der Tests positiv, bei den Panarabischen Spielen 3,6 % der Ergebnisse. Es zeigt sich, dass die bisherigen Testverfahren, die Blut- und Urinproben berücksichtigen, offensichtlich bei Weitem nicht alle Dopingfälle aufdecken können. Die Athleten sowie ihr Umfeld finden zahlreiche Wege, bei Tests nicht aufzufallen.

Sind es besondere Sportarten, bei denen das Thema eine besondere Bedeutung hat? Sind das Radsport, Leichtathletik und Gewichtheben oder betrifft das andere Sportarten auch? Vor kurzem hat ein ehemaliger Fußballprofi aus der deutschen Bundesliga über Doping zu seiner aktiven Zeit berichtet.

### Was versteht man unter Doping?

Im Sport ist Doping verboten. Das beinhaltet die „Einnahme von unerlaubten Substanzen oder die Nutzung von unerlaubten Methoden zur Steigerung bzw. zum Erhalt der – meist sportlichen – Leistung“ (Wikipedia).

Das Verbot wird unterschiedlich begründet. Sportler gehen ein Risiko einer Gesundheitsgefährdung durch Anwendung von Medikamenten bestimmter Art ein, darüber hinaus führt es zu einer ungleichen Chancenverteilung im sportlichen Wettbewerb. Benannt wird auch immer das Prinzip der „Ehre“ und der „Ehrlichkeit“ im sportlichen Wettkampf.

In jedem Jahr wird die Liste der verbotenen Substanzen überprüft. Es überrascht kaum, dass die dopenden Sportler sowie die hinter ihnen stehenden Trainer, Sportfunktionäre, ja vielleicht sogar staatliche



Leistungssteigerung schon für Kinder: Doping ist ein gesellschaftliches Phänomen.

Organe, wie Sportministerien, ein bestimmtes Interesse an einer besonderen sportlichen Leistung haben.

Offensichtlich ist sowohl im Beruf als auch in der Freizeit die Idee, die eigene Leistung zu steigern, sehr attraktiv. Aufmerksamkeit, Ausdauer, Stressresistenz scheinen für viele Bereiche in der Gesellschaft attraktiv zu sein.

Eine Untersuchung der Deutschen Angestellten Krankenkasse von 2015 (DAK Gesundheit) schätzt, dass bis zu 5 Millionen Beschäftigte zeitweise rezeptpflichtige Medikamente mit dem Ziel der Erhöhung der Leistung einnehmen. Leistungssteigernde Substanzen als solche sind, auch außerhalb des Sports, in häufiger Verwendung. Auch das Militär hat davon Gebrauch gemacht. Eine neue Publikation dokumentiert, dass im NS-Staat das damals neu entwickelte Medikament Methamphetamin (Pervitin) massenweise von der herstellenden Firma eingekauft und auch den Soldaten, mit oder ohne deren Wissen, verabreicht wurde. Ziel war, Ermüdung zu vermeiden und die Leistungssteigerung im Einsatz zu bewirken. Laut einer Studie nimmt jeder fünfte Student leistungssteigernde Mittel ein. Von Koffeintabletten bis zu Amphetamin oder Ritalin. Das „Hirndoping“ an Hochschulen sei verbreiteter als bislang vermutet – und das nicht nur bei den Sportwissenschaftlern. Wie die Einnahmemuster sind und wie lange die Medikamente eingenommen werden, wie sie beschafft werden, wurde nicht geklärt. Offenbar

neigen immer mehr Menschen in Deutschland dazu Medikamente einzunehmen, um den wachsenden Leistungsdruck im Beruf, im Studium oder in der Schule besser auszuhalten. Schulkinder bekommen von den Eltern Medikamente zur erwünschten Erhöhung ihrer Leistungsfähigkeit. Bei einer Studie über Doping am Arbeitsplatz, mit mehr als 3.000 Beschäftigten zwischen 30 und 50 Jahren, gaben 21,4 % an, bereits Erfahrungen mit derartigen Medikamenten gehabt zu haben. Bis zu 2 %, so die Angaben, greifen täglich oder mehrfach wöchentlich zu Substanzen mit dem Ziel, eine Leistungssteigerung herbeizuführen und der Stressresistenz.

Untersuchungen der Sporthochschule in Toiletten entlang von Volkslaufstrecken belegen, dass der Gebrauch von Schmerzmitteln oder leistungssteigernden Substanzen offensichtlich auch von Amateursportlern ausgeübt wird. Vermutlich 20 % der Männer – im Amateurbereich – haben Anabolika konsumiert. Und dies gilt ausdrücklich nicht nur für Bodybuilding-Praktizierende, sondern für normale Studiobesucher. Bei Frauen scheint diese Quote deutlich niedriger zu liegen. Die Untersuchungen ergaben, dass jemand, der über mehrere Jahre mehrfach die Woche trainiert, im Risiko steht, seine Leistung erhöhen zu wollen. Wer seinen Marathon in vier Stunden läuft, träumt davon, es in 3 Std. 50 min. zu schaffen und erlebt dieses für sich als Erfolg. Risiken für die eigene Gesundheit

werden offensichtlich gering eingeschätzt. Die Sehnsucht nach einer Leistungssteigerung ist so stark, dass die Bedenken bezüglich der Einnahme „über Bord“ geworfen werden.

Sportler im professionellen Bereich haben einen recht kurzen Zeitraum, in dem sie ein Einkommen, das für das ganze Leben reichen soll, erzielen können. Das muss nicht als Entschuldigung herhalten, ist jedoch verständlich, wenn man bedenkt, unter welchem Leistungsdruck Sportler stehen. Sportler im Radsport oder in anderen Disziplinen, die über eine hohe Resonanz in der Öffentlichkeit verfügen und die mit hohen Sendezeiten in den übertragenden Sendeanstalten verfügen, werden mit exorbitanten Verdienstmöglichkeiten gelockt. Trotz der Gefahr für die Gesundheit ist der „Reiz“, unerlaubte Substanzen einzunehmen, sehr hoch – aus der Angst heraus, die geforderte Leistung nicht zu erreichen, von der das Einkommen ganzer Mannschaften und Investoren abhängt.

Dieses gilt besonders für den Radsport, wo zum Beispiel bei den drei großen Rundfahrten in Italien, Spanien und Frankreich innerhalb von drei Wochen 3.500 km bewältigt werden müssen. Etappen von über 200 km Länge und an einem Tag mehrere tausend Höhenmeter, die unter Rennbedingungen bewältigt werden müssen, zwingen die Sportler weiterzufahren – unabhängig von Verletzungen und Infekten. Die in den vergangenen zwei Jahren bekannt gewordenen Tendenzen eines „Staatsdopings“ mit dem Druck der Politik auf die Sportverbände und die Sportler, erfolgreich bei den Wettbewerben zu sein, lassen erahnen, welche geringen Möglichkeiten der einzelne Sportler hat, sich dem System zu entziehen.

### Doping ist kein reines Phänomen des Sports

Insbesondere ist es problematisch, wenn Eltern ihren Kindern Substanzen zur Erhöhung der Leistungs- und Auffassungsgabe verabreichen. Dieses nicht nur wegen der Gefährdung des Kindes, sondern auch wegen der problematischen pädagogischen Botschaft, die den Kindern im Umgang mit Medikamenten vermittelt wird.

### Doping ist ein gesellschaftliches Phänomen

In einer auf Erfolg programmierten Gesellschaft, die von den Einzelnen immer mehr Einsatz von Ellenbogen fordert, immer nur beste Noten, die immer mehr Angst vor einem Absturz produziert, in der die Angst vor dem Verlust gesellschaftlichen Ranges und die dauerhaft brennende Sehnsucht nach Aufstieg als Werte vermittelt werden, muss man sich über die Handhabung von Medikamenten zur vermeintlichen Leistungssteigerung nicht wundern.

Wenn eine fehlende Akzeptanz für individuelle Fähigkeiten, aber auch individuelle Schwächen, besteht, ist die Nähe zur gesundheitsgefährdenden Leistungssteigerung im Alltag groß.

Doping im Leistungssport ist die Spitze eines riesigen Eisberges. Die große Masse des Eisberges ist jedoch nicht sichtbar. Diese unsichtbare Masse, das sind wir, die Gesellschaft, und unsere nicht immer ausgeprägte Ehrlichkeit im Umgang mit der Problematik. Zu dem System gehören wir Mediziner, ohne die ein Doping nicht betrieben werden könnte, die Sportfunktionäre, die Trainer, die Sponsoren, die Medien, mit ihrem Interesse an hohen Einschaltquoten und den ex-

orbitanten Mengen von Geld, die investiert und gewinnbringend umgesetzt werden.

Wer sich individuell beim Doping erwischt lässt hat „Pech“. Die Nähe zu Täter- und Opfersein in einem System, dass gnadenlos auf Erfolg programmiert ist groß.

### Gibt es eine Lösung?

Zunächst müsste ein Diskurs über die Problematik in unserer Gesellschaft geführt werden, bei dem einerseits der Umgang mit Leistungssteigerungen – nicht nur im Sport, sondern auch im gesellschaftlichen Alltag – als Problem erfasst wird. Doping sollte verhindert werden, sowohl im Sport, beim Militär oder in anderen Bereichen unserer Gesellschaft.

Wie soll dieser Diskurs aussehen? Wie könnte Chancengleichheit und Gerechtigkeit, sowohl im Sport, in Schule und im Studium, aber auch im Beruf erreicht werden? Gibt es eine sinnvolle Sehnsucht nach einer Leistungssteigerung?

Welche Rolle könnte die Medizin, die Ärztinnen und Ärzte beim missbräuchlichen Einsatz von Medikamenten spielen?

Gegen Doping sind offiziell alle. Das Problem ist jedoch mitten in der Gesellschaft angekommen. Wir sind nicht nur als Ärztinnen und Ärzte gefragt.

**Dr. med.**

**Sigmund Drexler**

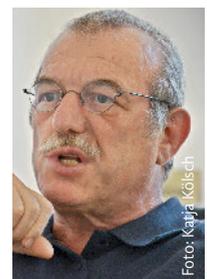
Suchtbeauftragter  
der Landesärztekammer  
Hessen

Fon: 069 97672-514

oder

0152-54293575

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



### Diana Krall: Turn Up The Quiet

Verve/Universal Music 2017

CD: 060255735217 (ca. € 8), auch als LP

Der Titel ist Programm: Die kanadische Jazz-Pianistin und Sängerin interpretiert auf „Turn Up The Quiet“ die sanften Klassiker, in ihrer bekannt „sinnlich knisternden Art“, so Kritiker. Sie haucht zärtlich „Isn't it romantic?“, und füllt ihren Abend im Kerzenschein mit Stücken wie „Moonglow“ und „Night and Day“. Drei unter-

## Musiktipps

schiedliche Bands hat sie für diese Session eingeladen. Als Gäste treten ein Streichorchester und ein Vibraphonist auf. „Ich habe lange über diese Lieder nachgedacht“, meint Krall: „Mich in der Gesellschaft von einigen meiner besten Freunde in der Musikszene zu befinden, erlaubte es mir, diese Geschichten genauso zu erzählen, wie ich es im Sinn hatte. Manchmal muss man einfach die Stille aufdrehen, um ein bisschen besser gehört zu werden.“ (asb)

## Salerno – Frankfurt am Main: Wurzeln einer Freundschaft

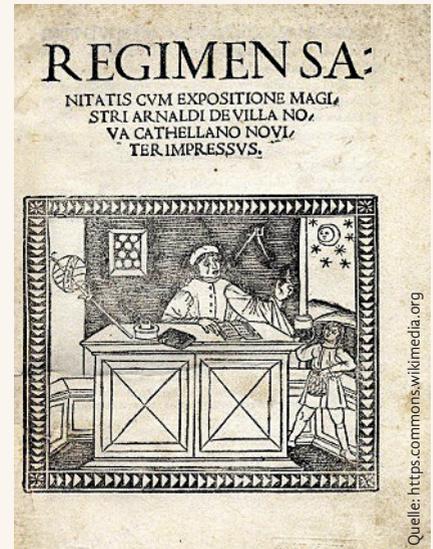
Im Jahr 1837 entdeckte Theodor Henschel (1790–1856), humanistisch gebildeter Professor für Medizin an der Universität Wrocław (Breslau, heute Wrocław) im damaligen Preußisch-Schlesien, eine unbekannte Handschrift aus dem 12. Jahrhundert. Sie enthielt 35 medizinische Abhandlungen der Schule von Salerno, die zwischen dem späten 11. und frühen 12. Jahrhundert verfasst wurden. Die sensationelle Entdeckung versetzte kulturelle Kreise in ganz Europa in Aufregung, da sie die Schleier des Vergessens lüftete, die jahrhundertlang über dem bedeutenden Wissenschaftszentrum in Süditalien gelegen hatten. Zugleich verlieh sie den berühmten Ärzten jener Epoche wieder eine Stimme. Mit einem Mal zählte Henschel zu den meistdiskutierten Prominenten seiner Zeit. Allerdings war er als ausgezeichnete Mitarbeiter des medizinischen Janus Magazins, einer der renommiertesten deutschen Zeitschriften der Geschichte der Medizin, der Wissenschaft und Literaturkritik, in europäischen Intellektuellen- und Universitätskreisen kein Unbekannter. Sein herausragender Fund weckte Interesse und Begeisterung für eine Welt, die vielleicht nur mit dem Vor-Renaissance-Humanismus vergleichbar ist und um die es zuvor jahrhundertlang still geworden war.

Bei dem Manuskript von Wrocław handelt es sich um einen Pergamentkodex, der in der Bibliothek des Breslauer Magdalenen-Gymnasiums aufbewahrt wurde. Aufgrund seines wissenschaftlichen Inhalts gilt er als Sammlung der überwiegend vor 1170 entstandenen und als Compendium salernitanum bezeichneten Schriften der

Schule von Salerno. Henschels Auffassung, dass die Sammlung schon vor dem 14. Jahrhundert nach Wrocław gelangt war, steht mit der Ankunft des deutschen Kaisers Heinrich VI in Salerno im Jahr 1194 in Zusammenhang. Durch sie wurde der Versand zahlreicher Manuskripte von Salerno nach Deutschland möglich.

Die Texte des Kodexes verbreiteten sich unter den Gelehrten Europas. In Neapel veröffentlichte der angesehene Medizinhistoriker Salvatore De Renzi das gesamte Compendium auf eigene Kosten. Eine ungeahnte Vergangenheit kam wieder zum Vorschein: Lehren und Erfahrungen der unbekannteren Verfasser boten sich den Lesern auf dem vergilbten Pergament dar und gewährten Einblicke in den Arztberuf im Salerno des 12. Jahrhunderts. Eine Entdeckung, die die Geschichte der Schule von Salerno wiederbelebt hat und heute nicht nur unter dem Aspekt ihrer institutionellen Entwicklung, sondern auch als medizinische Literatur analysiert wird.

Vor dem Fund des Manuskripts von Breslau/Wrocław hatte sich das Wissen über die Schule von Salerno auf die wenigen, in einer Veröffentlichung über die Stadt Salerno (De rebus salernitanis epitome) enthaltenen Informationen von Antonio Mazza, Prior der Universität im späten 17. Jahrhundert sowie einen Kommentar des Deutschen Johann Ackermann (Regimen sanitatis Salerni, sive Scholae salernitanae De conservanda bona valetudine praecepta. Stendal, 1790) beschränkt. Daneben existierten lediglich Phantasien von einer verschwommenen Vergangenheit, für die sich kein Wissenschaftler mehr interes-



Regimen Sanitatis Salernitanum

sierte. Erst die Bibliothek von Breslau/Wrocław und Theodor Henschel hauchten der Geschichte neues Leben ein und führten zu einer Wiedergeburt der Studien an der medizinischen Fakultät von Salerno.

Leider ging der ursprüngliche Kodex während der Bombardierung der Stadt im Jahr 1945 verloren. Doch die im Auftrag von De Renzi erstellte, handschriftliche Kopie wird in der Landesbibliothek von Salerno aufbewahrt. Als weltweit einzigartiges Dokument ist sie längst von unschätzbarem Wert.

Kulturell sind Salerno und Frankfurt am Main durch das Regimen sanitatis verbunden, der bekanntesten salernitanischen Sammlung von Regeln für ein gutes und langes Leben, die im Jahr 1554 im Frankfurter Verlag Egenolf erschien. Sie ist die erste und, verglichen mit anderen Veröffentlichungen, beste illustrierte Ausgabe, die immer erwähnt wird, wenn von den Regeln der Schule von Salerno die Rede ist.

**Dr. Giuseppe Lauriello**

Arzt und Medizinhistoriker, Salerno

## Musiktipps



### Musikalische Kostbarkeiten des Barock

Les Maîtres du Baroque, 2017  
Hervé Niquet, Bruno Cocset et al.  
Box-Set mit 18 CDs, ca. € 39,99

22 barocke Meister auf 18 CDs: Unter dem Titel „Les maîtres du Baroque“ hat das französische Label Alpha Classics eine zum Schmelzen schöne CD-Sammlung herausgebracht. Konzerte und

engelsgleiche Stimmen verbinden sich zu einem Klangpanorama der Zeit zwischen 1600 bis 1750. Wie unterschiedlich sich die Barockmusik in Italien, Frankreich, England und Deutschland entwickelt hat, macht die CD-Sammlung mit musikalischen Kostbarkeiten wie Bachs h-moll-Messe mit Pygmalion oder die Brandenburgischen Konzerte mit Café Zimmermann, Vivaldis Vier Jahreszeiten mit Gli Incogniti oder Vivaldis Gloria mit Le Concert Spirituel sowie Werken von Albinoni, la famille Forqueray und Rameau hörbar. Ein wahrer Ohrenschaus!

**Katja Möhrle**

# Realistischer Blick auf Alltag und Landschaften

## Französische Kunst des 19. Jahrhunderts in Wiesbaden

Wie das Visier einer gewaltigen Rüstung nimmt eine Felswand über die Hälfte des Bildes ein. Unterhalb des grauen Gesteins ergießt sich ein von Bäumen gesäumter kleiner Wasserfall in einen grünblauen Teich: versöhnlich anmutender Lichtblick in dem Ölgemälde „Die Quelle der Lison“ (um 1864) von Gustave Courbet. Dagegen lassen die düsteren Grün- und Brauntöne in Jean Francois Millets Bild „Die Reissammlerinnen“ (um 1867) die Last auf den Rücken der Frauen fast spürbar werden. Beide Bilder gehören zu den rund 100 ausgewählten Gemälden und Grafiken, mit denen das Museum Wiesbaden in der Ausstellung „Delacroix – Courbet – Ribot / Positionen französischer Kunst des 19. Jahrhundert“ die Epoche des Realismus vor Augen führt.

Im Zuge großer gesellschaftlicher Umwälzungen nach der Französischen Revolution entwickelte sich die realistische Kunst in Frankreich und beeinflusste damit die europäische Kunstgeschichte entscheidend. Zentrale Figur des „Réalisme“ war der französische Maler Gustave Courbet (1819–1877), der in seinem „Realistischen Manifest“ (1855) erklärte hatte, nur das darstellen zu wollen, was er sehen und anfassen könne. Für ihn war Realismus eine demokratische Kunst, die im Unterschied zum Klassizismus nicht idealisierte, sondern das alltägliche Leben darstellte. Théodule Augustin Ribot (1823–1891) bewunderte Courbet und ließ sich von ihm zu einer realistischen Gestaltung seiner Genreszenen und Stilleben inspirieren. 1890 war einer der Gründer der Société Nationale des Beaux-Arts.

Neben Courbet zählte auch Jean-François Millet zu der Schule von Barbizon, einer Gruppe französischer Landschaftsmaler, die um die Mitte des 19. Jahrhunderts im Dorf Barbizon am Wald von Fontainebleau lebte und aus dem unmittelbaren Kontakt zu der Natur heraus eine neue Form der Landschaftsmalerei prägte. Künstlerisch widmete sich Millet ganz dem ländlichen Leben. Einige seiner frühen Bilder nahmen bereits Stilelemente des Impressionismus vorweg; Millets spä-



Jean-Francois Millet, Die Reissammlerinnen (1867), Museum Wiesbaden

te Landschaftsgemälde und in mystisches Licht getauchte Zeichnungen rückten ihn in die Nähe des Symbolismus. Während Courbet den Alltag portraitierte, aber seine Werke nicht mit Sozialkritik verwebte, griff Millet, wie in den „Reissammlerinnen“, soziale Themen auf. Künstler wie Théodore Géricault richteten ihre gesellschaftlichen Anklagen of-



Gustave Courbet, Quelle der Lison (um 1864), Privatsammlung

fen gegen den französischen Staat. Besonderen Mut bewies der Karikaturist Honoré Daumier, der für seine beißend ironischen Lithographien von Politikern sogar eine Gefängnisstrafe verbüßen musste.

Die Kunstrichtung des Realismus drückte sich auch in den damals neuen Techniken der Druckgrafik aus. 1862 gab die „Société des aquafortists“ 1862 ein erstes Album mit Arbeiten zu Courbet heraus, gefolgt von Manet, Jongkind und Daubigny. Als Vorreiter der französischen Lithografie gilt Eugène Delacroix. Arbeiten von Bonnard, Vuillard und Carrière weisen den Weg ins 20. Jahrhundert.

Noch bis zum 6. Mai 2018 spannt die Wiesbadener Ausstellung einen Bogen von den Anfängen des Realismus bis zum Übergang in die Moderne.

**Katja Möhrle**

Museum Wiesbaden – Hessisches Landesmuseum für Kunst und Natur  
Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

# „Ich wollte nicht nur über Büchern sitzen!“

## Im Gespräch mit Matthias Rosenthal, Medizinstudent in Marburg und Initiator des „Dies Medicus“

Im Sommer dieses Jahres wird Matthias Rosenthal (Foto) sein Studium der Humanmedizin in Marburg beenden – und damit auch seine verschiedenen ehrenamtlichen Aktivitäten, unter anderem in der Fachschaft, für die er sich seit seinem dritten Semester engagiert. Als Initiator des Informationstages „Dies Medicus“ in Marburg hatte der angehende Arzt häufigen Kontakt zur Landesärztekammer Hessen und nahm bereits im Sommer 2017 am Runden Tisch „Selbst gestalten, statt nur verwalten“ (vgl. HÄBL 07/08 2017) teil. Bevor sich Rosenthal für sein Praktisches Jahr in die Schweiz verabschiedet, hat er die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes noch einmal besucht und von seinen Erfahrungen in der ehrenamtlichen Arbeit während des Studiums und künftigen Plänen – auch in Bezug auf die Berufspolitik – berichtet.



Wartezeiten selbst erlebt, dass enormer Verbesserungsbedarf besteht, und das gilt sicherlich auch für andere Bereiche des Studiums. Hier wollte ich mich gerne einbringen und habe schnell festgestellt, dass ich großen Spaß an dieser Arbeit habe. Ich berate gerne andere Studierende, bringe eigene Ideen und Vorschläge ein und gestalte die Studienbedingungen mit.

### Herr Rosenthal, wieso schlägt es Sie nach so vielen Jahren in Marburg für das Praktische Jahr in die Schweiz?

**Matthias Rosenthal:** Mir hat das Studium in Marburg zwar sehr gut gefallen, aber ich möchte auch einfach mal etwas anderes sehen. Außerdem käme es für mich durchaus auch langfristig infrage, als Arzt in der Schweiz tätig zu sein. Verschiedene Aspekte des Berufslebens, wie beispielsweise die Work-Life-Balance, machen das Land zu einem attraktiven Standort. Mein primäres Berufsziel ist – zumindest derzeit – die Unfallchirurgie.

### Sie engagieren sich seit Jahren neben einem sehr lernintensiven Studium auch ehrenamtlich. Was motiviert Sie dazu?

**Rosenthal:** Nach meinem Abitur war klar, dass ich nicht direkt einen Studienplatz für Medizin erhalten werde. Als ich dann nach sechs Jahren endlich zugelassen wurde, wollte ich nicht nur über Büchern sitzen, sondern mich auch mit den organisatorischen Aspekten des Studiengangs auseinandersetzen. Ich habe ja beim Thema

### Wenn Sie so lange auf einen Studienplatz gewartet haben, beschäftigt Sie – sowie die Studierenden generell – das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum Zulassungsverfahren sicherlich auch?

**Rosenthal:** Das tut es natürlich. Ich hatte mich nach dem Abitur auf eine Wartezeit von drei bis vier Jahren eingestellt und wollte die Wartezeit mit einem Staatsexamen als Krankenpfleger überbrücken. Dann kamen immer weitere Wartesemester dazu und schließlich landete ich bei sechs Jahren. Zwischenzeitlich habe ich noch zweieinhalb Jahre als Operationspfleger mit dem Schwerpunkt Unfall-, Hand- und Neurochirurgie gearbeitet.

Bei diesem System besteht erheblicher Verbesserungsbedarf. Deshalb wird die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts von mir – ebenso wie von den Studierenden allgemein – sehr positiv wahrgenommen. Das liegt nicht nur an den zu langen Wartezeiten, sondern auch daran, dass die Abiturnote nichts über soziale Kompetenzen aussagt, die in der Regel jedoch im Arztberuf eine große Rolle spielen.

Empathie wird im Studium nicht beigebracht – diese Fähigkeiten sollten die Menschen schon mitbringen.

### In Marburg wird dem Problem ja unter anderem durch Teilstudienplätze entgegen gewirkt...

**Rosenthal:** Ein Modell, das wir sehr gerne ersetzen würden! Die Studienvertreter möchten Modellstudiengänge einführen, sodass kein Wechsel nach der Vorklinik mehr nötig ist, wie es die Teilstudienplätze vorsehen. Das würde nicht nur den Studierenden sehr viel Stress ersparen, sondern auch den Übergang zwischen Vorklinik und Klinik verbessern.

### Abgesehen vom Zulassungsverfahren, welche Themen beschäftigen die Studierenden im Moment besonders?

**Rosenthal:** Neben der Überlegung zu einem Modellstudiengang ist besonders die Weiterentwicklung und der Neubau des vorklinischen Lern- und Tutorienzentrums (LuTZ) ein hochaktuelles Thema. Insbesondere in diesem Abschnitt des Studiums ist es wichtig, das Gelernte regelmäßig – auch in Gruppen – zu wiederholen. Das wäre in einem solchen Zentrum weitaus besser, dazu noch in Verbindung mit dem Zugang zu entsprechenden Gerätschaften. Außerdem soll der Austausch mit anderen Fachbereichen intensiviert werden. Derzeit sind die Räumlichkeiten für ein solches Vorhaben allerdings zu alt, ein wenig zu klein und zu schlecht ausgestattet. Da wir in der Vergangenheit jedoch gesehen haben, dass der Bedarf sehr hoch ist, wird sich das hoffentlich durch einen Neubau auf den Lahnbergen ändern. Das Tutorienzentrum aus Frankfurt ist übrigens ein hervorragendes Beispiel dafür, wie ein solches Projekt gelingen kann.

### 2017 haben Sie zum ersten Mal den „Dies Medicus“ organisiert, eine Informationsveranstaltung für Medizinstudierende in Marburg.

**Rosenthal:** Ja, bei der Konzeption habe ich mich von verschiedenen Veranstaltungen

inspirieren lassen, die ich vorher besucht hatte. Ich fand es eine gute Idee, ein Konzept für einen Informationstag für Medizinstudierende in Marburg zu entwickeln – herausgekommen ist letztlich eine Kombination aus Vorträgen, Informationen und die Vorstellung potenzieller Arbeitgeber. Mir war wichtig, dass der Tag eine Gesamtübersicht bietet und nicht nur einzelne Bereiche abgedeckt werden.

Hierfür musste ich zunächst Überzeugungsarbeit bei der Fachschaft und den Dozenten leisten, doch letztlich war die Unterstützung – insbesondere durch unser Dekanat – sehr gut und die Ergebnisse der ersten Evaluation zeigen, dass der Dies Medicus positiv angenommen wird.

### Wie stellen Sie sicher, dass die Grenze zwischen Information und Werbung von den Ausstellern nicht überschritten wird?

**Rosenthal:** Dieses Problem war uns bei der Organisation durchaus bewusst. Wir haben uns letztlich dafür entschieden, auch beispielsweise Pharmafirmen einzuladen, weil sie nun mal potenzielle Arbeitgeber für Ärzte sind. Wir achten allerdings sehr darauf, dass die Eigenwerbung der Industrie sich in Grenzen hält. Wir erhalten verschiedene Reaktionen auf die Präsenz dieser Unternehmen, das muss ich sagen.

Ich empfinde es aber als ausgesprochen wichtig, die Studierenden für die Rolle der Industrie im Gesundheitswesen frühzeitig zu sensibilisieren, denn im Berufsalltag werden wir das nicht ignorieren können. Beim letzten Dies Medicus hat Prof. Dr. med. Gerd Richter zum Beispiel einen Vortrag zur Ethik im Umgang mit der Industrie gehalten. Wir müssen uns damit auseinandersetzen, dass die Ökonomisierung des Gesundheitswesens voraussichtlich noch weiter zunimmt, daher dürfen wir das Thema nicht ausklammern. Ärztinnen und Ärzte müssen über Grundkenntnisse in diesem Bereich verfügen, um fundierte Entscheidungen treffen zu können. Die Darstellung verschiedener Interessensgruppen und die Interdisziplinarität des Dies Medicus sollen frühzeitig dahingehend sensibilisieren.

### Die Landesärztekammer Hessen unterstützt den „Dies Medicus“ seit der ersten Veranstaltung und sucht den Austausch mit den Studierenden. Kommt das in der Studierendenschaft an?

**Rosenthal:** Diesen Ansatz halte ich für ausgesprochen wichtig! Während des Studiums gibt es zwischen Studierenden und Kammer kaum Berührungspunkte, deshalb sollte der Austausch im Rahmen solcher

Veranstaltungen hergestellt beziehungsweise intensiviert werden. Vielen Studierenden ist nicht bewusst, dass die Selbstverwaltung ein Privileg ist und einer der großen Vorteile, die die Ärzteschaft beispielsweise gegenüber der Pflege hat. Man sollte darüber viel früher informieren und Aufklärungsarbeit leisten.

### Das ehrenamtliche Engagement hat Sie während Ihres Studiums begleitet. Wie sieht es für Ihre berufliche Zukunft aus?

**Rosenthal:** Ich möchte mich auch nach dem Studium weiter engagieren, gerne auch in der ärztlichen Selbstverwaltung. Ich habe meine Tätigkeit immer als große Bereicherung empfunden und vieles mitgenommen. Außerdem ist der Wandel, der sich im Gesundheitswesen vollzieht, ausgesprochen spannend und muss von der Ärzteschaft unbedingt mitgestaltet werden. Ich denke beispielsweise an das Thema Weiterbildung, deren Neu- bzw. Umgestaltung in Zukunft eine große Rolle spielen wird. Für diesen Bereich möchte ich mich in den nächsten Jahren gerne schwerpunktmäßig engagieren und einbringen. Und was dann noch kommt – mal sehen!

**Interview: Caroline McKenney**

## Bücher



### Bernd Alt-Epping, Stefan Fuxius, Ulrich Wedding (Hrsg.): Onkologie – Das Wichtigste für Ärzte aller Fachrichtungen

Elsevier München 2017. 153 Seiten,  
Print-ISBN: 9783437214318, € 34.99  
E-ISBN: 9783437173127, € 27.99

In diesem schmalen Band (153 Seiten) beschreiben 21 Autoren in allgemeinverständlicher Sprache Grundlagen der Onkologie und der Tumorthherapie. Besonderen Wert legen die Autoren auf die Darstellung supportiver Aspekte, der klinischen Ethik, der speziellen Supportivtherapie und Palliativmedizin, der Pflege und der psychosozialen Onkologie.

Die Inhalte sind sehr knapp gefasst, teils gut visualisiert und in Tabellen zusammengefasst. Farblich markierte Kästen erläutern

unter anderem die Evidenz der Inhalte, beziehen sich auf Leitlinien, beschreiben Definitionen und geben Hilfestellung zur Patientenberatung.

Besonders gut gefallen kleine Kästen mit Cave (zum Beispiel für die Pflege, dass die Markierung des Bestrahlungsareals nicht entfernt werden darf). Häufig wird anhand von Beispielen das empfohlene Vorgehen erläutert. Abschließend gehen die Herausgeber auf die Schnittstellenproblematik ein.

Dem Wunsch von Patienten nach wenigen vertrauten Bezugspersonen steht ein komplexes kompetentes interdisziplinäres Team von spezialisierten Fachleuten gegenüber. Die Autoren sehen diese Komplexität als Risiko und Chance. Der Text ist ausgezeichnet geeignet zum Nachschlagen und als Fortbildungsmaterial für Ärzte, die nicht in der Onkologie tätig sind; insbesondere jedoch für Pflege, Physiotherapie und das Psychosoziale Team in der Onkologie.

**Dr. med. Peter Zürner**

# Pilotprojekt zur Neuregelung der Leichenschau der Stadt Frankfurt am Main

Gemeinsam mit dem Institut für Rechtsmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt und dem Polizeipräsidium hat die Stadt Frankfurt am Main ein Pilotprojekt zur Professionalisierung der Leichenschau ins Leben gerufen, das mit Beginn des neuen Jahres gestartet ist.

Die im hessischen Friedhofs- und Bestattungsgesetz festgehaltene Regelung zur Leichenschau sieht vor, dass diese von einem Arzt bzw. einer Ärztin durchgeführt werden muss und sowohl niedergelassene als auch in Kliniken tätige Ärzte hierzu auf Verlangen verpflichtet sind. Eine rechtsmedizinische Expertise ist bislang nicht vorgesehen.

In Fällen, in denen kein Arzt für die Leichenschau gefunden werden kann (bspw.

aus Zeitgründen) oder es sich um eine unklare Todesursache handelt, muss die Polizei den Fundort sichern. Ist kein Arzt für die Leichenschau verfügbar, sah die bisherige Regelung vor, dass Ärzte des Gesundheitsamtes diese vorzunehmen haben. In vielen Fällen führte dieses Verfahren zu enormen zeitlichen Verzögerungen, berichtete Stadtrat Stefan Majer, Gesundheitsdezernent der Stadt Frankfurt, bei der Pressekonferenz zur Vorstellung des Pilotprojekts im Januar.

Künftig, so sieht es das Pilotprojekt vor, werden diese speziellen Leichenschauen tagsüber (außerhalb der Rufzeiten des ärztlichen Bereitschaftsdienstes) vom Institut für Rechtsmedizin des Uniklinikums

Frankfurt im Auftrag der Stadt durchgeführt. Die Projektpartner versprechen sich davon, dass lange Wartezeiten reduziert und die Qualität der Leichenschau durch den Einbezug rechtsmedizinischer Expertise verbessert wird. „Die Abläufe und Aufgaben wurden von den Kooperationspartnern exakt definiert, sodass eine zeitnahe, professionalisierte Leichenschau ermöglicht wird“, berichtete Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamtes der Stadt Frankfurt.

Das Pilotprojekt ist zunächst auf ein Jahr befristet und wird abschließend von allen beteiligten Institutionen evaluiert werden.

**Caroline McKenney**

## Kommentar:

# Professionalisierung der Leichenschau: Die ursprünglichen Probleme bleiben

Aus meiner – ärztlichen – Sicht ändert sich durch das Pilotprojekt kaum etwas.

Von den jährlich 7.000 Todesfällen in Frankfurt können auf diesem Wege 200 bis 1.000 Fälle durch die neu geschaffene Stelle in der Rechtsmedizin „bearbeitet“ werden. Somit wäre die Situation für die Behörden zu den üblichen Arbeitszeiten werktags tagsüber etwas entschärft – die Polizei muss weniger auf die Durchführung der Leichenschau warten. Bislang musste die Polizei jährlich an die 1.700 Arbeitsstunden dafür verwenden, eine Leiche zu bewachen, bis der Arzt eintrifft. Dies entspricht einem mit zwei Mann besetzten Streifenwagen, der für ein halbes Jahr blockiert ist.

## Herzinfarkt oder Schlaganfall?

Doch das ursprüngliche Problem bleibt trotz neuem Lösungsansatz: Wir werden durch das Hessisches Friedhofs- und Bestattungsgesetz zu einer Leistung (Aufsuchen der Leiche) verpflichtet, deren angemessene Vergütung uns über die Jahre systematisch verwehrt wird (GOÄ, Rechtsprechung, Bundesärztekammer).

Des weiteren wird per Vordruck (Leichenschauschein) von uns verlangt, dass wir Sachverhalte an Ort und Stelle (zum Beispiel Sterbebett im Schlafzimmer) rechtsverbindlich beurkunden (und kodieren), die wir bestenfalls nur vermuten können. Wer kann denn einer Leiche äußerlich ansehen, ob der Tod schlussendlich durch

einen Herzinfarkt, Lungenembolie, Hirnblutung oder doch durch eine Digitalisüberdosierung eingetreten ist?

Ich persönlich kann nur das unterschreiben, was ich auch positiv bezeugen kann. Wenn ich etwas nicht weiß, weil ich es nicht wissen kann, dann bleibt es unklar. Auch über die Sinnhaftigkeit und Angemessenheit des in so einem Fall nachfolgenden Polizeieinsatzes möge der Gesetzgeber sich Gedanken machen.

**Michael Andor**  
Mitglied des  
Präsidiums  
der Landesärztekammer  
Hessen



Foto: Vera Friederich

## 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 Infektiologie und Pädiatrische Hals-Nasen-Ohrenheilkunde**

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

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

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

**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

#### Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Fachvereinigung für Diabetes (HFD); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.

**Teil 5 + 6: Mi., 21. März 2018, 15:30 – 20:00 Uhr** **6 P**

**Themen: Herz, Blutdruck und Gefäße / Auge, Niere, Fuß**

**Leitung:** Dr. med. P. Bauer, Gießen

Dr. med. M. Eckhard, Gießen

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

**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

#### Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

**Hygienebeauftragter Arzt**

**Mo., 24. – Fr., 28. September 2018** **40 P**

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

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

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

#### Datenschutz

**Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis**

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

**Gebühr:** € 100 (Akademiestmitglieder € 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**

**Modul 1 - Basic: Mo., 20. – Fr., 24. August 2018** **40 P**

**Ort:** Modul 1, 2, Frankfurt

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

Prof. Dr. med. S. Herold,

Dr. med. J. Kessel

**Gebühren:** Modul 1 € 900

(Akademiestmitglieder € 810)

Modul 2, 3 jeweils € 1.000

(Akademiestmitglieder € 900)

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

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

#### Ethik

Blended Learning Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Im Theorieteil besteht jedes Modul aus einer Präsenzveranstaltung und einem vorbereitenden Selbststudium.

**Theorieteile: Fr., 31. Aug. – Sa., 01. Sep. 2018,**

**Mi., 19. September 2018 und**

**Mi., 31. Oktober 2018**

**Moderationskurs: Fr., 30. Nov. – Sa., 01. Dez. 2018**

**Leitung:** PD Dr. med. C. Seifart, Marburg

**Gebühren:** Theorieteil

€ 650 (Akademiestmitglieder € 585)

Moderationskurs

€ 300 (Akademiestmitglieder € 270)

**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

#### Psychotherapie

**Muslimische Patienten in der Psychotherapie** **6 P**

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

**Leitung:** Dr. med. Ibrahim Rüschoff, Darmstadt

**Gebühr:** € 100 (Akademiestmitglieder € 90)

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

E-Mail: andrea.floren@laekh.de

## Notfallmedizin

### Notfallmedizin machbar machen

**Mi., 07. März 2018** 6 P

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg

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

### Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

**Fr., 09. – So., 11. März 2018** 30 P

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

**Gebühr:** € 420 (Akademiestatistiker € 378)

### Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

**Sa., 29. September 2018**

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

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

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

**Sa., 17. November 2018**

**Leitung:** Dr. med. G. Appel, Kassel

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

**Ort:** Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

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

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

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

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

### Aufbaumodul „Medizinische Begutachtung“ Sozialmediziner

**Fr., 09. Juni 2018**

**Gebühr:** € 140 (Akademiestatistiker € 126)

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

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

**Modul I-III** **Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018**

**Modul IV** **Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018**

**Modul V** **Sa., 27. Oktober 2018**

### Gebühren:

Modul I-III, IV je: € 230 (Akademiestatistiker € 207)

Modul V: € 80 (Akademiestatistiker € 72)

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

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

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

## Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

**Fr., 27. – Sa., 28. April 2018** 20 P

**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.floeren@laekh.de

## Fachkunde im Strahlenschutz

### Aktualisierungskurs

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

**Sa., 10. November 2018, 09:00 – 16:15 Uhr**

**Gebühr:** je € 150 (Akademiestatistiker € 135)

### Spezialkurs Röntgendiagnostik

**Fr., 21. – Sa., 22. September 2018** + ein praktischer Halbtage  
(Auswahltermine f. d. prakt. Halbtage stehen noch nicht fest)

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

**Kenntniskurs** (theoretische und praktische Unterweisung)

**Sa., 20. Oktober 2018**

**Gebühr:** Theorie: € 100 (Akademiestatistiker € 90)  
Praxis: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

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

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

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

## 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

## Einführung in das Medizinrecht

**Mi., 21. März 2018, 16:00 – 21:00 Uhr** 6 P

**Leitung:** Prof. Dr. med. K.-R. Genth,  
RAE M. Strömer,

**Gebühr:** € 90 (Akademiestatistiker € 81)

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



## Fachgebundene genetische Beratung

### Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

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

**Modul 1: Vorgeburtl. Risikoabklärung Sa., 21. April 2018 8 P**

**Leitung:** Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab

**Ort:** Frankfurt, Laborarztpraxis

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

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

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

## Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).

**Theoretischer Teil: Mo., 18. – Mi., 20. Juni 2018 35 P**

**Beginn Telelernphase:** 18. Mai 2018

**Kriseninterventionsseminar** (folgende Termine zur Auswahl):

**Mi., 26. September 2018** oder **Mi., 24. Oktober 2018 8 P**

**Gebühren:** Theorie: € 600 (Akademiestatistiker € 540)

Kriseninterventionsseminar: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

**Refresher für Transplantationsbeauftragte Ärzte -  
Qualifikationskurs für erfahrene Transplantationsbeauftragte  
Di., 20. November 2018, 09:30 – 17:30 Uhr**

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

**Leitung:** Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt  
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,  
E-Mail: [andrea.flloeren@laekh.de](mailto:andrea.flloeren@laekh.de)

## Ernährungsmedizin

**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:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208,  
E-Mail: [caroline.winkler@laekh.de](mailto:caroline.winkler@laekh.de)

## Arbeitsmedizin

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

**MIMA - Erstschtulung Mi., 25. April 2018 6 P**

**FOBI: Refresher Mi., 16. Mai 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](mailto:karin.kuebler@laekh.de)

## Ultraschall

### Gefäße

#### Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnersorgenden 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](mailto:juliane.schwab@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 (Akademiestudenten € 162)  
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

## Hämotherapie

### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

**Mi., 11. – Do., 12. April 2018** **16 P**

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

### Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

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

**Gebühr:** € 850 (Akademiestudenten € 765)

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

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

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

**Gebühr:** je € 680 (Akademiestudenten € 612)

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

## Palliativmedizin

### Fallseminar Aufbaukurs Modul 2

**40 P**

**Mo., 11. – Fr., 15. Juni 2018 (ausgebucht)**

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

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

### Fallseminar Modul 3

**40 P**

**Mo., 12. – Fr., 16. November 2018 (ausgebucht)**

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

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

### Kurs-Weiterbildung (Basiskurs)

**40 P**

**Di., 03. – Sa., 07. Juli 2018**

**Di., 04. – Sa., 08. Dezember 2018**

**Leitung:** Dr. med. K. Mattekatt

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

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

## Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung  
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

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

**Kurstage:** Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

**C1** **Mi., 23. – Mi., 30. Mai 2018**

Beginn Telearnphase: 23. April 2018

**A2** **Mi., 05. – Mi., 12. September 2018**

Beginn Telearnphase: 01. August 2018

**B2** **Mi., 24. – Mi., 31. Oktober 2018**

Beginn Telearnphase: 24. September 2018

**C2** **Mi., 28. Nov. – Mi., 05. Dezember 2018**

Beginn Telearnphase: 24. Oktober 2018

**Gebühr:** jeweils € 600 (Akademiestudenten € 570)

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

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

## Krankenhaushygiene

### Hygienebeauftragter Arzt

**Mo., 24. – Fr., 28. September 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



## Suchtmedizin

### Suchtmedizinische Grundversorgung

**Kursteil 4:** Fr., 02. – Sa., 03. März 2018  
**Ort:** Friedrichsdorf, Salus Klinik  
**Gebühr:** € 200 (Akademiestatistiker € 180)

### Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ als Blended-Learning-Veranstaltung

**Einführungsseminar:** Fr., 28. September 2018  
**Telelernphase:** Sa., 29. September –  
Fr., 30. November 2018  
**Präsenzphase:** Sa., 01. Dezember 2018  
**Gebühr:** € 300 (Akademiestatistiker € 270)

**Leitung:** D. Paul, Frankfurt  
**Auskunft/Anmeldung:** C. Winkler, Fon: 06032 782-208,  
E-Mail: caroline.winkler@laekh.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 (Akademiestatistiker und Mitglieder BDI und der DGIM € 504)  
**Gebühr/Tag:** € 150 (Akademiestatistiker und Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

**Auskunft/Anmeldung:**  
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: adiel.candelo-roemer@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 (Akademiestatistiker € 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 (Akademiestatistiker € 252)

**Block D:** Fr., 15. – Sa., 16. Juni 2018 **20 P**  
**Leitung:** Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt  
Dr. med. F. Kretschmer, Frankfurt  
**Gebühr:** € 280 (Akademiestatistiker € 252)

**Block C:** Fr., 07. – Sa., 08. September 2018 **20 P**  
**Leitung:** C. Drefahl, Frankfurt  
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt  
**Gebühr:** € 280 (Akademiestatistiker € 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 (Akademiestatistiker € 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

## Allgemeinmedizin

### Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

**Kurs A: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018** **20 P**  
**Leitung:** Dr. med. W. Hönemann, Frankfurt

**Kurs B: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018** **20 P**  
**Leitung:** Dr. med. W. Hönemann, Frankfurt

**Gebühren:** Kurs A, B jeweils € 300  
(Akademiestatistiker € 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  
Dr. med. A. Wunder, Frankfurt  
**Gebühr:** € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

<b>Fr., 09. – Sa., 10. März 2018 (ausgebucht)</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018 (ausgebucht)</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 (ausgebucht)</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018 (ausgebucht)</b>	<b>16 P</b>
<b>Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018</b>	

**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

## Akupunktur

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

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

**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

## ALLGEMEINE HINWEISE

In der Regel werden Akademieveranstaltungen ohne Sponsoren durchgeführt. Interessenskonflikte der Veranstalter, der Referenten und der Veranstaltungsleitung bestehen nicht. Abweichungen werden auf der Internetseite der jeweiligen Veranstaltung angezeigt. Alle Veranstaltungen sind produkt- und dienstleistungsneutral.

**Programme:** Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

**https://portal.laekh.de** oder **http://www.akademie-laekh.de** 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 abgesagt 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. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei 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 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 unter [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir einen Informationsflyer.

Anfragen bitte E-Mail an: [verwaltung.cos@laekh.de](mailto:verwaltung.cos@laekh.de)

**Kontakt:** Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, 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 kennenzulernen.

**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

#### Praxisorganisation Teil 1 Verwaltung und Wirtschaftskunde

**Inhalte:** Rechnungswesen, Zahlungsverkehr, Praxisorganisation

**Termin (PVK 6):** Sa., 07.04.2018,

**Gebühr:** € 75

#### Praxisorganisation Teil 2 Verwaltung und Wirtschaftskunde

**Inhalte:** Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

**Termin (PVK 7):** 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

#### 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

#### NEU: Professionelles Termin- und Telefonmanagement

**Inhalte:** Tipps zu Stimme und Sprache, Herstellung einer positiven Gesprächsatmosphäre, Gesprächsführung mit „herausfordernden Patiententypen“, Telefon-Knigge, Praxisorganisation, Stressmanagement, souveräner Umgang mit Konflikt- und Beschwerdetelefonaten, praktische Übungen

**Termin (PAT 3): Interessentenliste,** Sa., 10:00 – 17:30 Uhr

**Teilnahmegebühr:** € 105

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

### Assistenz beim ambulanten Operieren ( 80 Stunden)

Die Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe, sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

#### Lehrgangsinhalte:

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

**Termin (AOP):** ab Mi., 08.08.2018

**Gebühr:** € 1.010 inkl. Lernerfolgskontrolle

**Information:** Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, 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:** Berufliche Entwicklung/Selbstreflektion, Medizinische Grundlagen subkutaner Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in die Patienten- und Angehörigenbildung

**Termin (ONK A1\_1):** Do., 22.03.2018 – Sa., 24.03.2018  
(24 Std.)

**Gebühr:** € 280

### Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumorthapeutika

**Inhalte:** Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Einführung in Patienten – und Angehörigenbildung.

**Termin (ONK A1\_2):**  
Do., 14.06.2018 – Sa., 16.06.2018 (24 Std.)

**Gebühr:** € 280

**Information:** Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, 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](http://www.fortbildung-mfa.de).

**Termin (FAW 3):** ab 23.08.2018

**Gebühr Pflichtteil:** € 1.560

**Prüfungsgebühren:** € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

## Bekanntgabe von Prüfungsterminen

### Aufstiegsfortbildung Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung

Teilprüfung	Anmeldeschluss
17.05.2018	26.04.2018
11.10.2018	20.09.2018
06.12.2018	15.11.2018

Abschlussprüfung	Anmeldeschluss
24.05.–26.05.2018	03.05.2018
28.06.–30.06.2018	07.06.2018
13.12.–15.12.2018	22.11.2018

Änderungen vorbehalten

## 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

## ALLGEMEINE HINWEISE

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

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

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

Website: [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

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

**Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:**

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

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

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



## 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 ver-

liehen. 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 po-

tenzielle Preisträgerin bzw. einen potenziellen Preisträger vor. Das Präsidium der Landesärztekammer entscheidet dann darüber, ob es sich diesem Vorschlag anschließt.

In dieser Ausgabe wird der Ende 2017 ausgezeichnete Preisträger Dr. med. Sören Jan Backhaus aus Gießen vorgestellt.

## Laudatio zum Promotionspreis: Vorstellung der Arbeit von Dr. med. Sören Jan Backhaus

### Thema: „Pulmonaler Surfactant inhibiert die ATP-vermittelte Freisetzung von Interleukin-1 $\beta$ aus humanen Monozyten“

Dr. med. Sören Jan Backhaus, Preisträger 2017 des Promotionspreises der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), hat sein Medizinstudium an der Justus-Liebig-Universität Gießen im Jahr 2016 abgeschlossen, die Promotion zum Dr. med. mit der Bestnote „summa cum laude“ erfolgte 2017. Seit September 2016 absolviert Backhaus die Facharztweiterbildung Kardiologie im Universitätsklinikum Göttingen.

Im Rahmen seiner Doktorarbeit überprüfte Backhaus die Hypothese, dass Surfactant („surface active agent“; oberflächenwirksame Substanz) die ATP-vermittelte Freisetzung von Interleukin-1 $\beta$  aus Monozyten verhindert. Surfactant reduziert in der Lunge die Oberflächenspannung und ermöglicht das Öffnen der Alveolen beim Atmen. Zusätzlich wirkt es über bislang nur teilweise verstandene Mechanismen auch entzündungshemmend.

Monozyten und Makrophagen können Partikel in der Lunge unschädlich machen und zudem Interleukine – Botenstoffe, mit denen Zellen des Abwehrsystems untereinander und mit umgebendem Gewebe kommunizieren – ausschütten. Interleukin-1 $\beta$  ist einer dieser Botenstoffe von Monozyten. IL-1 $\beta$  ist hoch wirksam in der



Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, gratuliert dem Preisträger Dr. med. Sören Jan Backhaus.

Infektabwehr, löst aber auch schwere Entzündungen aus, die im schlimmsten Fall zum Lungenversagen und sogar zum Multiorganversagen führen können und sollte daher nur im Notfall ausgeschüttet werden (beispielsweise, wenn Zellen aufgebrochen sind und ATP frei wird).

In seiner Promotion konnte Backhaus zeigen, dass Surfactant die ATP-gesteuerte Ausschüttung von Interleukin-1 $\beta$  tatsäch-

lich effektiv verhindert. Darüber hinaus hat er die wesentlichen Bestandteile des Surfactant getestet und herausgefunden, dass ein bestimmtes Lecithin, nämlich Dipalmitoylphosphatidylcholin, dafür verantwortlich ist. Diese Substanz ist der Hauptbestandteil des menschlichen Surfactant. Zudem zeigte sich, dass die Wirkung dieses Lecithins über nikotinsche Acetylcholinrezeptoren vermittelt wird. Mit diesen Ergebnissen hat Backhaus in der Fachdisziplin, die sich mit den nikotinschen Rezeptoren beschäftigt, für einige Aufregung gesorgt: Ein neuer Ligand für einen altbekannten Rezeptortyp, der obendrein unkonventionelle Wirkungen auslöst. Diese neuen Erkenntnisse machen die Arbeit von Sören Backhaus „wirklich zu einer außergewöhnlichen Dissertation“, wie seine Doktormutter Prof. Dr. rer. nat. Veronika Grau, Leiterin der Sektion Experimentelle Chirurgie der Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Thorax-, Transplantations- und Kinderchirurgie der Justus-Liebig-Universität Gießen, in ihrer Rede anlässlich der Preisverleihung betonte.

Quelle: Auszüge aus der Laudatio von Prof. Dr. rer. nat. Veronika Grau



## Datenschutz 2.0

### Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt?

#### Teil III

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. Die gewählten Beispiele dienen der Veranschaulichung. Nachdem in Teil II der Qualitätszirkel von Herrn Müller über die Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA) diskutiert hat, setzt er in Teil III seine Sitzung fort und beschäftigt sich mit der Benennung und dem Aufgabenfeld eines Datenschutzbeauftragten.

#### Fiktives Fallbeispiel

Benennung eines Datenschutzbeauftragten (DSB), Art. 37 EU-DSGVO:

*Dr. Dahlmann:* Brauchen wir dann künftig auch einen Datenschutzbeauftragten? In unserer Praxis arbeiten drei Ärzte, vier Medizinische Fachangestellte und ein EDV-Dienstleister.

*Albrecht:* Es gibt nach der EU-DSGVO und dem neuen Bundesdatenschutzgesetz grundsätzlich drei Fälle, in denen Sie einen Datenschutzbeauftragten bestellen müssen.

1. Wenn mindestens zehn Angestellte ständig mit der Verarbeitung von personenbezogenen Daten betraut sind, § 38 Abs. 1 S.1 Bundesdatenschutzgesetz neu (BDSG-neu).
2. Wenn eine Datenschutzfolgenabschätzung in der Arztpraxis durchgeführt werden muss, § 38 Abs. 1 S.2 BDSG-neu. (vgl. HÄBL 02/2018 S. 98)
3. Wenn die Kerntätigkeit des Arztes in der umfangreichen Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener

Daten besteht, Art. 37 Abs. 1 Buchstabe c EU-DSGVO

Bei Ihnen könnte der 3. Fall in Betracht kommen.

*Grimm:* Aber unsere Kerntätigkeit als Ärztinnen und Ärzte ist die Behandlung von Kranken, nicht die Datenverarbeitung!

*Albrecht:* Das sehen die Ärztekammern genauso. Die Datenschutzaufsichtsbehörden führen jedoch als Beispiel für eine solche Kerntätigkeit die Verarbeitung solcher Daten durch Krankenhäuser auf. Diesen Gedanken auf eine Arztpraxis zu übertragen, ist nicht ausgeschlossen.

#### CAVE

Die Kerntätigkeit muss nach Ansicht der Landesärztekammer Hessen die Arztpraxis qualitativ und quantitativ prägen. Prägend für den Charakter einer Arztpraxis ist die Krankenversorgung. Mit Blick auf die Datenverarbeitung beispielsweise im Rahmen der umfangreichen Dokumentations- und Aufbewahrungspflichten, der Durchführung von Anwendungsbeobachtungen und den Stellungnahmen gegenüber Versicherungen und Behörden ist nicht absehbar, wie die Rechtsprechung entscheiden wird.

*Müller:* Also sollte man, wenn man ganz sicher sein möchte, vorsichtshalber davon ausgehen, dass dies auch auf eine Arztpraxis zu übertragen ist. Aber wann liegt denn eine umfangreiche Verarbeitung personenbezogener Daten vor?

*Albrecht:* Das ist noch nicht abschließend geklärt. Über die umfangreiche Verarbei-

tung haben wir schon bei der DSFA gesprochen. Wenn Sie kein Risiko eingehen möchten, gehen Sie bei der Frage der Bestellung eines DSB entsprechend vor.

#### CAVE

Zum Teil wird vertreten, dass die Bestellung eines DSB erst ab zehn Mitarbeitern erforderlich ist. Hierbei wird u. a. darauf verwiesen, dass der Gesetzgeber die alte Rechtslage zur Bestellung eines Datenschutzbeauftragten in das neue Bundesdatenschutzgesetz (§ 38 Abs. 1 BDSG neu) übernommen hat. Dies kann dahingehend ausgelegt werden, dass aus der Beschäftigtenzahl ein Risikopotenzial abgeleitet werden soll. Unternehmen mit weniger als zehn Mitarbeitern wären dann privilegiert und eine umfangreiche Verarbeitung würde nicht vorliegen. Letztlich wird diese Frage von den Gerichten zu klären sein.

*Dr. Dahlmann:* Gut – dann sollten wir wahrscheinlich zukünftig tatsächlich einen Datenschutzbeauftragten bestellen. Ein externer DSB oder jemand aus der Praxis (interner DSB)? Was habt Ihr gewählt?

*Müller:* Wir haben einen externen Datenschutzbeauftragten bestellt. Ausschlaggebend hierfür war, dass wir in der Praxis eine derart umfangreiche Aufgabe nicht bewältigen können. Auch verfügt der externe DSB über ein Fachwissen, dass wir erst hätten aufbauen müssen.

*Grimm:* Ich werde einen internen DSB bestellen. Ich denke, es ist wichtig, dass der DSB die Abläufe in der Praxis genau kennt

und jederzeit in der Praxis verfügbar ist. Und eine Medizinische Fachangestellte von mir interessiert sich für das Thema.

## CAVE

Letztlich ist beides, interner und externer DSB, möglich (Art. 37 Abs. 6 EU-DSGVO). Es sind daneben weitere Konstellationen denkbar, beispielsweise, dass ein interner DSB bestellt wird, der von einem externen DSB projektbezogen unterstützt wird. Auch die Benennung eines internen Ansprechpartners, der über Datenschutzkenntnisse verfügt und den externen DSB unterstützt, ist möglich. Grundsätzlich wird es in Zukunft sinnvoll sein, in der Arztpraxis Datenschutzkenntnisse vorzuweisen, unabhängig von der Frage, ob ein externer oder ein interner DSB bestellt wird.

*Dr. Dahlmann:* Warum willst Du denn einen DSB bestellen? Als Einzelärztin musst Du das normalerweise doch nicht.

*Grimm:* Aber ich muss trotzdem den Datenschutz einhalten. Wenn irgendwann alles eingerichtet ist und funktioniert, schaue ich, ob ich tatsächlich dauerhaft einen DSB brauche. Für die Startphase der EU-DSGVO finde ich es jedoch wichtig, wenn sich bei mir jemand dafür verantwortlich fühlt und sich auskennt.

*Albrecht:* Es gibt auch zusätzlich die Möglichkeit, dass eine Unternehmensgruppe gemeinsam einen Datenschutzbeauftragten bestellt (Art. 37 Abs. 2 EU-DSGVO). Da der niedergelassene Arzt auch Unternehmer ist (§ 14 BGB), könnte dies auch für Ärztenetze gelten.

Bei der Bestellung eines Datenschutzbeauftragten durch ein Ärztenetz könnten Synergieeffekte genutzt und spezifische Datenschutzprobleme in den Arztpraxen einheitlich gelöst werden. Aufgrund der Größe eines Ärztenetzes dürfte auch die finanzielle Belastung der einzelnen Praxis

geringer sein. Der DSB muss aber jedes Mitglied des Ärztenetzes gut erreichen können. Auch müsste der gemeinsame Datenschutz, ähnlich wie beim gemeinsamen Qualitätsmanagement, Zweck des Ärztenetzes sein.

## CAVE

Die Frage, ob ein Ärztenetz einen DSB bestellen kann, der dann auch für die Arztpraxen zuständig ist, ist rechtlich nicht abschließend geklärt. Die Landesärztekammer Hessen ist der Ansicht, dass dies grundsätzlich möglich ist. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass die Datenschutzaufsichtsbehörden zu einer anderen Einschätzung kommen werden.

*Dr. Dahlmann:* Ich glaube, wir bestellen auch einen internen Datenschutzbeauftragten. Kann ich da jeden bestellen? Kann auch ich DSB werden?

*Müller:* Nein, dann müsstest Du Dich selber kontrollieren. Das geht nicht!

*Albrecht:* Der Datenschutzbeauftragte kann in der Tat nur ein Angestellter oder ein Externer sein (Art. 37 Abs. 6 EU-DSGVO). Er ist aufgrund seiner beruflichen Qualifikation und des Fachwissens zu benennen und muss in der Lage sein, die Aufgaben eines Datenschutzbeauftragten zu erfüllen. Ein interner DSB hat jedoch die Möglichkeit, in die Aufgabe hineinzuwachsen. Wichtig ist dann, dass er vom Praxisinhaber unterstützt wird, z. B. durch Teilnahme an Schulungen.

## Die Aufgaben des DSB, Art. 39 EU-DSGVO

*Müller:* Unser DSB berät uns und überwacht die Einhaltung des Datenschutzes in der Arztpraxis. Gerade bei der DSFA haben wir ihn beratend hinzugezogen und er hat deren Durchführung überwacht. Auch die Rücksprache mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten lief über ihn.

## CAVE

Die Aufgaben im Einzelnen:

- Unterrichtung und Beratung des Arztes und der anderen Angestellten, die Verarbeitungen durchführen, hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Verpflichtungen.
- Überwachung der Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften.
- Zuweisung von Zuständigkeiten, Sensibilisierung und Schulung der Mitarbeiter.
- Beratung – auf Anfrage – im Zusammenhang mit der DSFA und Überwachung ihrer Durchführung.
- Zusammenarbeit mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten sowie dessen Anlaufstelle in der Arztpraxis.

Die Verantwortung für die Einhaltung des Datenschutzes obliegt in letzter Konsequenz immer dem Praxisinhaber.

*Dr. Dahlmann:* Das ist umfangreich... Muss ich bei der Bestellung des DSB sonst noch etwas beachten?

*Müller:* Ja, die Kontaktdaten des DSB musst Du veröffentlichen und dem Hessischen Datenschutzbeauftragten mitteilen.

Zum Abschluss schilderte Herr Müller im Qualitätszirkel, wie der Start mit dem eigenen Datenschutzbeauftragten, Herrn Gervinus, ablief. Den Inhalt der Beratung durch Herrn Gervinus, bei der die operativen Aufgaben des Praxisinhabers besprochen wurden, können Sie in Teil IV der Serie im nächsten Hessischen Ärzteblatt nachlesen.

**Andreas Wolf**  
Syndikusrechts-  
anwalt,  
Rechtsreferent,  
Datenschutz-  
beauftragter,  
Landesärztekammer  
Hessen



Foto: privat

## 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 Informatio-

nen 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 Texte bitte per E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)

# Nervenarztpraxis – ein „ganz normaler Vormittag“

## Erfahrungen eines „Oldtimers“: 73-jähriger Professor für Nervenheilkunde

Nach 27-jähriger leitender Tätigkeit wurde mir im Alter von 67 Jahren von der Kasernenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) ein Praxissitz „Nervenheilkunde“ in einem deutlich unterversorgten Gebiet in Nordhessen angeboten.

Seit dem 1. Januar 2012 erlebe ich nun den „täglichen Wahnsinn“, mich allenfalls marginal mit meinem geliebten und an sich hochinteressanten Fachgebiet beschäftigen zu können.

Apparativ wird „nur“ die EEG-Untersuchung vorgehalten, innerhalb des Klinikkomplexes sind jedoch Überweisungen in die Elektrophysiologie und radiologische Bildgebung problemlos.

Fachärztliche Untersuchung, gründliche Anamnese, Bewertung fachfremder Berichte (die überwiegend fehlen), differentialdiagnostische Überlegungen und in zunehmendem Maße sozialmedizinische Fragestellungen bilden den Fundus der Beschäftigung mit Menschen in der Altersspanne von 20 bis 90 Jahre.

Seit dem 1. Juli 2016 arbeite ich in einem „MVZ“, ich überblicke demnach seit 1985 die Bandbreite von ärztlicher Direktorentätigkeit über Jahrzehnte bis in die „Niederungen“ eines Vertragsarztes.

Auseinandersetzungen mit der KV, die bedrohlich ausufernde Apparatedizin und die Erfahrungen des immer geringeren persönlichen Kontaktes mit den Patienten prägen den „fachärztlichen“ Alltag. Man erlebt schon befremdliche Reaktionen, wenn man zum Beispiel die Patienten bittet, sich „bis auf die Unterwäsche auszuziehen“.

### Beginn um 9 Uhr

Parkinson-Patient, 83 Jahre, kommt mit drei Verwandten. Weder der Patient noch die Begleitung kennt die tägliche Medikation, der Medikamentenplan wurde zuhause vergessen, Gehstock und Rollator finden bei dem alten Herrn wenig Gegenliebe. Begriffe wie Pflegestufe oder Schwerbehinderung: Fehlanzeige!

Die Physiotherapeutin kommt ins Haus, geht 15 Minuten mit dem Patienten den Flur auf und ab. Der alte Herr ist sehr schwerhörig, aber die Geräte liegen im Nachtschränken.

Medikamentenrezeptur, KG- und Ergotherapie-rezept (Zitat des Patienten: „Meinen Sie den Quatsch mit den Klötzchen?“)

Kurz danach kommt ein 19-jähriges Mädchen, in Begleitung einer dominanten Mutter, die nach zehn Minuten sanft aber bestimmt in das Wartezimmer „entfernt“ wird. Überweisungsdiagnose: „Kopfschmerz, zur Abklärung.“

Das halbstündige Gespräch mit der jungen Dame brachte den Zeitplan durcheinander, lieferte aber entscheidende Erkenntnisse wie Überbelastung, „Druck“, Schlafstörungen und Angst. Sie schien zumindest entlastet und versprach, auch einmal „nein“ zu sagen. In der Anmeldung hatte die Mutter bereits den Schädel-MRT-Termin per Zweitüberweisung organisiert („Ausschluss Hirntumor“). Zurück bleiben das Gefühl der Hilflosigkeit des eigenen Tuns und die Gefahr der zunehmenden Einnahme diffuser „Kopfschmerzmittel“.

### Notfall „Ausschluss Bandscheibenvorfall“

Die 40-jährige Frau nannte mir bereits den OP-Termin, veranlasst durch den Neurochirurgen. Der eloquente Befund des Radiologen rechtfertigte durchaus nicht die OP-Indikation. Die Patientin sollte sich ausziehen, der Neurochirurg hatte sie natürlich nicht untersucht.

Die periphere Neurologie war völlig in Ordnung, ich habe ein nichtsteroidales Antirheumaticum für drei Tage und Krankengymnastik verschrieben. Wie so oft, hatte die Patientin Angst, bei dem Neurochirurgen den OP-Termin abzusagen. Entwicklung offen!

Ein langjähriger „Epilepsie-Kunde“ kam zur EEG-Kontrolle. Nichts war vorgefallen, das EEG in Ordnung, ebenso der Medikamentenspiegel. Dauer: 15 Minuten.

### Großes Theater

Ein 68-jähriger Mann wurde mit drei Rettungssanitätern auf der Liege vorgefahren. Er klagte, dass er seit etwa zwei Jahren nicht mehr laufen könne, und auch die Arme „schwach“ würden. Diagnostik bisher: Fehlanzeige. Er lebte im zweiten Stock eines kleinen Fachwerkhäuses, die Rettungssanitäter wirkten sehr ärgerlich.

Einweisung in die Neurologische Klinik einen Flur weiter. Am Nachmittag Information durch den Oberarzt: großes komprimierendes Meningeom am foramen magnum, Transport mit dem Hubschrauber in die Neurochirurgie der Großstadt, bisher natürlich keine Rückmeldung.

### Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser, Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies

in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

**Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!**  
**E-Mail: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)**



### Restless-Legs-Syndrom vor 20 Jahren noch unbekannt

60-jährige Frau mit einem „Restless-Legs-Syndrom“: Dieser Symptomenkomplex war vor 20 Jahren noch unbekannt. Die Zahlen nehmen beunruhigend zu (Umweltfolge?) Mit einfachen Worten erklärte ich, dass die Ursache unbekannt sei, und

man auch nicht wisse, warum einige Medikamente ganz gut wirken würden. Ein MRT-Schädel lag natürlich schon vor.

Es kommt eine entzückende 90-jährige Dame (gebürtig in Ostpreußen und biologisch 20 Jahre jünger) mit der Überweisungsdiagnose „Taubheit linke Großzehen“). Zitat: „An sich stört mich das überhaupt nicht, aber der Hausarzt meinte, ein MRT der LWS wäre notwendig.“ Es schließt sich eine Unterhaltung über die Geschichte Ostpreußens an. Die Patientin verabschiedet sich mit den Worten: „Das war aber mal ein netter Arzttermin.“

30-jähriger Patient mit einer drei Wochen alten „peripheren Fazialisparese“, nur mit Vitamin B 12 behandelt. Ich erzähle von den Selbstheilungskräften des Organismus, ein Cortison-Schema ist natürlich „schon zu spät“ (wird auch unterschiedlich beurteilt!) Ich empfehle dem Patienten „Geduld“ und gebe ihm ein Blatt mit Fazialisübungen mit. Beim Hinausgehen erinnert er eine Mittelohrentzündung vor Beginn der Symptome.

Es kommt ein 63-jähriger Rentner mit einem MRT-Bild des Schädels, auf dem „weiße Flecken“ zu sehen sind. In der Tasche hat er ein Konvolut aus dem Internet über die Symptome einer „Multiplen Sklerose“. Der Blutdruck liegt bei 190/110 mm Hg. Der Patient macht einen vaskulär extrem geschädigten Eindruck. Ich empfehle eine Langzeit-RR-Messung und die Anpassung der unzureichenden Blutdruckmedikation. Frau und Tochter bestehen auf der weiteren „Klärung“ der Verdachtsdiagnose. Das Gespräch wird „zäh“, Patient und Familie verlassen etwas „mürrisch“ die Ordination.

## Gefährlicher Triptan-Missbrauch

40-jährige Lehrerin mit „Migräne“. Typische Persönlichkeitsstruktur, bestens informiert, berichtet über drei psychosomatische Klinikaufenthalte, die „natürlich“ nichts gebracht hätten. Drei MRT des Schädels in einem Jahr, gefährlicher Triptan-Missbrauch. Unterschwellige Vermutung der Patientin: „Der weiß auch nicht weiter.“ Unbefriedigendes Gespräch, heraus kommen eine konfliktreiche Familienkonstellation und Abneigung gegen den Beruf: „Dann gehe ich eben wieder zur

Akupunktur.“ (Anmerkung: Eine kompetente Akupunktur kann die Symptome einer Migräne durchaus lindern!)

35-jähriger Mann mit „zunehmender Vergesslichkeit“. Die Ehefrau besteht auf einem „Alzheimer“. Der Patient ist merkwürdig „still“, vegetativ dysreguliert und schwitzt profus. Berichtet wird ein erfolgloser Kampf um eine „Schwerbehinderung“. Der MMST ist völlig normal, ich empfehle zunächst eine umfassende Schilddrüsenuntersuchung. Die Ehefrau verlässt unzufrieden den Raum, der Patient „schleicht“ hinterher. Hinterher denke ich noch an eine „larvierte Depression“.

## „Brettharte“ Nackenmuskulatur

Eine 18-jährige junge Frau berichtet über heftige diffuse Kopfschmerzen. Ein mitgebrachtes MRT ist natürlich unauffällig.

Die Frau wirkt extrem verspannt und hat eine „brettharte“ Nackenmuskulatur. Ich injiziere perineural Scandicain, danach kann sie zumindest das Kopfgelenk besser bewegen. Sie schildert einen ergonomisch ungünstigen Arbeitsplatz, Ärger mit Freund und Familie, schiebt einen Berg von Überstunden vor sich her und wird miserabel bezahlt. Seit zwei Jahren geht sie zur Psychotherapie und „langweilt“ sich bei den Sitzungen. Der Kontakt war sehr frustrierend. Ich versuche, über die „Schiene“ der Neuraltherapie etwas „an sie heran zu kommen“.

Ein 25-jähriger Mann mit einer gut eingestellten Epilepsie kommt eine halbe Stunde zu spät zur EEG-Untersuchung. Mein Argument, man müsste auch eine halbe Stunde vor Abfahrt eines Zuges auf dem Bahnsteig sein, findet er „blöd“ und verlässt schimpfend die Praxis.

Mit den Angehörigen kommt eine 80-jährige Dame, die besonders gegen Mittag über Schwindel und Gangunsicherheit klagt. Sie bekommt vier (!) blutdrucksenkende Präparate, die sie zusammen nach dem Frühstück einnimmt. RR hier: 110/60 mmHg. Da wäre es mir gegen Mittag auch schwindlig!

Übrigens: Zwei Patienten sind überhaupt nicht erschienen, ohne jede Form der Abmeldung.

Puh! Endlich Mittag, diktiert wird nach dem Mittagessen.

## Fazit:

- Der schnelle Wechsel macht einen ganz schön „fertig“.
- Die Überweisungsdiagnosen werden erfahrungsgemäß in der Anmeldung des Hausarztes „zusammengebastelt“, der Hausarzt ist meist nicht informiert. Der Kontrolltermin wird „automatisiert“, die von mir empfohlenen Untersuchungen fehlen.
- Die vielbeschriebene „Gate-Keeper-Funktion“ des Hausarztes ist „ein frommer Wunsch“.
- 80 % meiner Facharztberichte werden nachweislich nicht gelesen.
- Erschreckend ist die Zunahme apparativer Diagnostik mit eloquenten Schreiben der Radiologen, die die Patienten präformieren, häufig „problematische“ Diagnosen diskutieren und die Patienten erheblich verunsichern.
- Nicht selten denke ich mir: „Wie schön war doch die Neurologie und Psychiatrie noch vor der „CCT- und MRT-Ära“!
- Die Struktur des ambulanten Gesundheitssystems hat den Anamnese- und Gesprächsanteil „ausgeblendet“.
- „Fibromyalgie“, „Restless-Legs-Syndrom“, „Fatigue-Syndrom“, „Rheuma“, „Schwindel“, „Kopfschmerzen“ und „Alzheimer“ sind „Hauptdiagnosen“, klare Fragestellungen fehlen.
- Die extern verschriebenen Medikamentenkombinationen sind meist „abenteuerrich“.
- 10–15 % der Patienten erscheinen überhaupt nicht zu den vereinbarten Terminen, natürlich ohne Absage.

Trotzdem spannend!

**Prof. Dr. med.  
Frank L. Welter**  
E-Mail: Frank-L-  
Welter@online.de



Foto: HWK | Bad Westen

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

## „ÄBD muss wachsamer bei Notfällen reagieren“

Zum Thema *Ärztlicher Bereitschaftsdienst (Bezug nehmend auf den Leserbrief HÄBL 12/2017, S. 710 zum Artikel*

*„Ärztlicher Bereitschaftsdienst – eine Chance zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ aus HÄBL 7/8 2017, S. 434)*

Immer wieder lese ich in verschiedenen ärztlichen Fachzeitschriften, dass es im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) um die „Versorgung von normalen Patienten geht“, diesmal im Hessischen Ärzteblatt 12/2017 Seite 710. Ebenso steht da, „von wesentlichen qualitätsbedingten Problemen ist ... nichts bekannt geworden“. In anderen Fachzeitschriften findet man Aussagen wie: akute Infektionen der oberen Atemwege, Rückenschmerzen und Mandelentzündungen seien die Top 10. Aus meinem persönlichen Umfeld sind mir (nur) vier ÄBD-Fälle bekannt, und davon waren immerhin drei Notfälle, die nicht erkannt wurden:

1. Als ich mit einem nahem Verwandten mit Verdacht auf Herzinfarkt in ein hessisches Krankenhaus fuhr (die typischen Symptome waren sogar für mich als Nicht-Internistin richtungsweisend), wurden wir aus dem Krankenhaus weg zum ÄBD geschickt. Gegen die Vehemenz der Mitarbeiterin hatte selbst ich keine Chance, und um den Verwandten nicht weiter aufzuregen, gingen wir zum ÄBD. Nach entsprechender Wartezeit erzählte uns der Arzt viel über Krebsvorsorge und Osteoporose-Prophylaxe und „nur auf dringenden Wunsch“ von mir wurde eine

Einweisung zurück in die Klinik gestellt. Eine Laborentnahme oder ein EKG waren nicht erfolgt. In der Klinik bestätigte sich ein Herzinfarkt.

2. Als ich einer Freundin davon erzählte, meinte diese nur, dass wundere sie nicht, ein Verwandter von ihr sei mit Nierenschmerzen zum ÄBD gegangen, die Person kannte Nierenschmerzen aus der Vergangenheit. Beim ÄBD erfolgte ebenfalls keine Laborentnahme, man sagte der Person, es seien Rückenschmerzen und verordnete Schmerzmedikation. Als nach Tagen der Hausarzt wieder zur Verfügung stand, ging die Person zu ihm, er kannte und glaubte der Person, die mehrere Tage stärkste Beschwerden hatte, aber nach ihrer Erfahrung natürlich nicht noch mal zum ÄBD gegangen war. Es bestätigte sich eine Nephritis, es schloss sich bei Komplikationen ein mehrwöchiger stationärer Aufenthalt an.

3. Eine weitere Bekannte berichtete mir, sie war wirklich wegen einer Bagatelle beim ÄBD (das ist der „normale“ Fall), als ihr ein junger Mann entgegen kam. Sie erkannte sofort, wie schlecht es ihm ging, obwohl sie selbst mit Medizin nichts zu tun hat. Sie sprach ihn an, ob er Hilfe bräuchte. Er antwortete ihr, er sei

gerade beim Arzt gewesen. Dann kippte er um und wurde im Krankenhaus aufgenommen. Durch Zufall über Bekannte erfuhr sie, dass er mit einer Sepsis auf der Intensiv-Station betreut werden musste.

Wenn aber ein Herzinfarkt als „Befindlichkeitsstörung der Angehörigen“, eine Nephritis als „Rückenschmerzen“ und eine Sepsis als „Infektion der oberen Atemwege“ oder ähnliches codiert werden, dann stimmt natürlich am Ende auch die statistische Auswertung nicht, nach der die meisten Fälle „harmlos“ sind. Leider weiß ich nicht, ob es eine Auswertung gibt, wieviel Patienten nach einem Besuch beim ÄBD innerhalb der nächsten ein bis zwei Wochen stationär aufgenommen werden mit einer Diagnose, die schon beim ÄBD hätte vorgelegen haben können.

Es kommen eben nicht nur „normale“ Patienten zum ÄBD, und ich denke, es ist wichtig, das nicht zu verharmlosen, sondern wachsam zu bleiben, um den Notfall zu erkennen und die richtigen Maßnahmen einzuleiten.

**Dr. med. Marion Vosberg**

Fachärztin für Strahlentherapie  
Darmstadt

## Stellungnahme der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zum obigen Leserbrief

„Sehr geehrte Frau Vosberg, Veränderungen in der Gesellschaft, aber auch in der Ausbildung führen möglicherweise dazu, dass sich Unterschiede in der Akutversorgung einstellen. Wenn ich auch fest davon überzeugt bin, dass Ihre bedauernden Beispiele Einzelfälle darstellen, muss ich festhalten, dass diese Verhaltensweisen von Kliniken und ÄBD-Zentralen nicht entschuldbar sind.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat diese Problematik aber bereits aufgegriffen und Maßnahmen eingeleitet, die Qualität der Akutversorgung zu verbessern. Dies betrifft sowohl die Ausstattung als auch die regelmäßige Fortbildung der Ärztinnen und Ärzte im Bereitschaftsdienst.

Wenn auch in Deutschland die ärztliche Versorgung im internationalen Vergleich

eine Spitzenposition einnimmt, darf das nicht dazu führen, in der Qualität der Versorgung nachzulassen. Insofern ist Ihre berechtigte Kritik auf fruchtbaren Boden gefallen und wird außerordentlich ernst genommen. Mit freundlichen Grüßen,

**Dr. med. Eckhard Starke**

stellvertr. Vorstandsvorsitzender  
der KV Hessen  
Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt

# „Kompressionstherapie wird oft fehlerhaft umgesetzt“

Leserbrief zu „Der interessante Fall – Unterschenkelulcera mit freiliegenden Strecksehnen durch dauerhaftes Tragen von Kompressionsstrümpfen“ von Dr. med. Fabian Wissing, Dr. med. Seung-Min Ryu und Prof. Dr. med. Henrik Menke, HÄBL 12/2017, S. 720

Herzlichen Dank an die Kollegen Wissing et al. für die eindrucksvolle Darstellung dieses Falls. Zwar sind derartig katastrophale Verläufe im klinischen Alltag selten, aber da sie eigentlich vermeidbar sind, sollte ihnen besondere Aufmerksamkeit gewidmet werden. Auch wir erleben in unserem Klinikalltag immer wieder „vermeintliche Nebenwirkungen“ der Kompressionstherapie wie Hautirritationen, Juckreiz, Erosionen, Schnürfurchen und gar Ulzerationen.

Doch schaut man genauer hin, so ist nicht etwa die Kompressionstherapie selbst, also das Material, die Ursache der Beschwerden. Vielmehr liegen die Probleme in der fehlerhaften Anwendung, der fehlenden Prüfung von Indikationen und Kontraindikationen, der mangelhaften Umsetzung von Vorsichts- und Begleitmaßnahmen sowie den fehlenden Kontrollen. Aktuelle Untersuchungen der vergangenen Monate haben uns eindrucksvoll gezeigt, dass die Kompressionstherapie in Deutschland bei aller nachgewiesenen Effektivität, insbesondere in der Therapie des Ulcus cruris venosum, oftmals unzureichend oder gar fehlerhaft umgesetzt wird. Es besteht eine erhebliche Kluft zwischen dem Anspruch und der Realität der Kompressionstherapie in Deutschland. Bis zu 61 Prozent (%) der Patienten mit einem floriden Ulcus cruris venosum erhalten keine Kompressions-

therapie (Heyer 2017, Protz 2016 B, Renner 2010, Rabe 2013). Nach Daten der Barmer GEK erfolgt in vielen Fällen keine (sorgfältige) Anamnese, klinische Untersuchung und entsprechende Gefäßdiagnostik vor Verordnung der Kompressionstherapie.

Die Materialien zur Kompressionstherapie werden undifferenziert und pauschalisiert eingesetzt (Schwahn-Schreiber 2016 A+B). Die Bandbreite der zur Verfügung stehenden modernen Materialien wie Mehrkomponentenverbände, Ulkuskompressionsstrümpfe, adaptive Bandagen und nicht zuletzt medizinische Kompressionsstrümpfe mit unterschiedlichen Materialeigenschaften (Rund-/Flachstrick, verschiedene Kompressionsklassen) wird nicht entsprechend den Möglichkeiten und Indikationen genutzt (Schwahn-Schreiber 2016 (A und B), Reich-Schupke 2017).

Viele der an der Versorgung von Menschen mit UCV beteiligten Berufsgruppen verfügen nicht über ausreichende Kenntnisse zu den Kompressionsmaterialien und sind nicht mit deren Eigenschaften vertraut (Protz 2014). Ärztliche Kontrollen der verordneten Kompressionsmaterialien erfolgen nur in der Hälfte der Fälle (Allensbach 2016). Etwa zwei Drittel der an den Beinen der Patienten befindlichen Kompressionsstrümpfe erfüllen nicht die vorgesehenen Kriterien (Reich-Schupke 2009).

Das dargestellte Schicksal der beschriebenen Patientin ist dramatisch, doch möchten wir davor warnen, nun die Kompressionstherapie zu verteufeln und im Zweifelsfall aus Sorge vor derartigen Komplikationen zu unterlassen. Entsprechend Augustin et al. sind viele chronischen Wun-

den mit jahrelanger Persistenz, hohen Kosten und eingeschränkter Lebensqualität für die Betroffenen vermeidbar, wenn die Kompressionstherapie korrekt und suffizient umgesetzt wird. Die Kompressionstherapie ist bei richtiger Indikationsstellung, Anwendung und Materialauswahl sowie der erforderlichen anschließenden Kontrolle der Patienten eine sichere und effektive Therapiemaßnahme. Sie gilt als Basismaßnahme in der phlebologischen Versorgung und interdisziplinären Ödemtherapie. [...]

**Prof. Dr. med. Stefanie Reich-Schupke**  
**Prof. Dr. med. Markus Stücker**

Venenzentrum der Dermatologischen  
und Gefäßchirurgischen Kliniken,  
Klinik für Dermatologie,  
Venerologie und Allergologie,  
Gudrunstr. 56, 44791 Bochum  
E-Mail: stefanie.reich-schupke@rub.de

Zu diesem Leserbrief sind Literaturhinweise auf unserer Website zu finden: [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“ (Ausgabe 03/2018).

## Schreiben Sie uns Ihre Meinung

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

## Anmerkung der Redaktion:

Die Rubrik „Der interessante Fall“ ist ein Forum für Kasuistiken aus der Praxis, das Impulse und Denkanstöße für medizinische Diagnostik und Therapie geben will. Die eher kürzere Form ist redaktionell deshalb gewünscht. Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

## Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

Literatur zum Leserbrief:

# „Kompressionstherapie wird oft fehlerhaft umgesetzt“

von Prof. Dr. med. Stefanie Reich-Schupke und Prof. Dr. med. Markus Stücker

**Literatur alphabetisch:**

- Allensbach-Institut i.A. der eurocom e.V. 2016. Mehr Lebensqualität, weniger Schmerzen.
- Heyer K et al. Epidemiology and use of compression treatment in venous leg ulcers. *Int Wound J* 2017 Apr;14(2): 338–343. doi: 10.1111/iwj.12605. Epub 2016 May 19.
- Protz K et al. Kompressionstherapie – Kenntnisse und Anwendungspraxis. *J Dtsch Dermatol Ges* 2014; 12(9): 794–802.
- Protz K et al. Kompressionstherapie – Versorgungspraxis. Informationsstand von Patienten mit Ulcus cruris venosum. *J Dtsch Dermatol Ges.* 2016 Dec;14(12):1273–1283. Erratum in: *J Dtsch Dermatol Ges.* 2017 Jan;15(1): 110. (A)
- Protz K et al. Praktische Aspekte der Kompressionstherapie – Update 2016. *Phlebologie* 2016; *Phlebologie* 2016; 45: 224–228. (B)
- Rabe E et al. Therapy with compression stockings in Germany – results from the Bonn Vein Studies. *JDDG* 2013; 11(3): 257–261.
- Reich-Schupke S et al. Erhebung zur Kompressionstherapie bei Ärzten, Therapeuten und medizinischem sowie pflegerischem Fachpersonal. *Vasomed* 2017; 29:2–7.
- Reich-Schupke S et al. Moderne Kompressionstherapie. Viavital-Verlag, 2013, Köln.
- Reich-Schupke S et al. Resting pressure exerted by round knitted moderate-compression stockings on the lower leg in clinical practice--results of an experimental study. *Dermatol Surg.* 2009 Dec;35(12):1989–97.
- Renner R et al. Compliance hinsichtlich der Kompressionstherapie bei Patienten mit floridem Ulcus cruris venosum. *MedKlin* 2010; 105: 1–6.
- Schwahn-Schreiber C et al. Langzeitbeobachtung zur ambulanten Therapie phlebologischer Erkrankungen mit medizinischen Kompressionsstrümpfen in Deutschland – Die mediven®-Beobachtungsstudie. *Phlebologie* 2016; 45 1: 15–24. (A)
- Schwahn-Schreiber C et al. Versorgungsrealität mit medizinischen Kompressionsstrümpfen im ambulanten Bereich. Folgeanalyse der mediven®-Beobachtungsstudie. *Phlebologie* 2016; 45: 207–214. (B)

## Erinnerung an Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Erwin Kuntz

\* 21.10.1922 † 27.12.2017

Am 27. Dezember 2017 verstarb Prof. Dr. Erwin Kuntz im 96. Lebensjahr, körperlich gebrechlich nach Jahren im Rollstuhl, geistig in der vollen Kraft eines lebenserfahrenen Menschen, der lebhaft am Zeitgeschehen Anteil nahm und sich vor kernigen Kommentaren zu den Entwicklungen in Medizin und Gesellschaft nicht scheute. Prof. Kuntz ist für seine Verdienste um die ärztliche Fortbildung national und international vielfach geehrt worden – unter seinen 38 Auszeichnungen finden sich die deutsche Paracelsus-Medaille, das italienische Commendatore-Kreuz, die Ehrendoktorwürde der Universität Debrecen (Ungarn) und eine Goldmedaille für einen Leberfilm auf dem 5. internationalen medizinischen Filmfestival in Rom.

Aber es war nicht diese Wirkung in die medizinische Öffentlichkeit hinein mit weit über tausend nationalen und internationalen Vorträgen, mit Organisation und Leitung von medizinischen Kongressen, mit ungezählten Weiterbildungsseminaren der Bundesärztekammer, die uns, seine nachgeordneten ärztlichen Kollegen und Klinikmitarbeiter an seiner Persönlichkeit so beeindruckte. Ja, Prof. Kuntz war ein begnadeter und leidenschaftlicher



Foto: Pletsch

Prof. Dr. med. Dr. med. h.c. Erwin Kuntz

medizinischer Lehrer, aber er war vor allem ein leidenschaftlicher Arzt, der seinen Patienten persönlich begegnete. Er legte Wert auf größte Sorgfalt bei der klinischen Untersuchung. Gelebte Freundlichkeit und Wertschätzung im Umgang mit Patienten und innerhalb des Kollegiums waren für ihn Werte von höchster Priorität. Bei seinen Visiten konnte er sich ans Krankenbett setzen und im breitesten heimat-

lichen Dialekt kommunizieren. Diese wertschätzende Führung von Patienten und der ganzen Abteilung, gepaart mit der Erziehung zu Sorgfalt und Verantwortungsgefühl waren die „Pfunde“, die Prof. Kuntz jedem seiner Schüler für seinen ärztlichen Werdegang mitgab – sei es als Arzt in eigener Praxis, sei es in klinischer Funktion als Oberarzt oder Chefarzt.

Noch wenige Tage vor seinem Tode war Prof. Kuntz intensiv mit den letzten Vorbereitungen zur Herausgabe seines Hepatologie-Atlas befasst – ein „Apfelbäumchen“, das er vor seinem Tode so gerne noch pflanzen wollte.

Mit dem Tod von Prof. Dr. Erwin Kuntz verliert die deutsche Ärzteschaft einen renommierten und leidenschaftlichen klinischen Lehrer, und wir, seine ehemaligen Mitarbeiter und Schüler, einen liebevollen, zugewandten und väterlichen Freund. Wir alle schulden ihm großen Dank.

### Dr. med. Walter Gleichmann

bis 2013 Chefarzt der Inneren Abteilung am Diakonie-Krankenhaus Marburg-Wehrda; ehemaliger Assistenzarzt und Oberarzt von Professor Kuntz in der Hessenklinik in Wetzlar

Im Rahmen des Neujahrsempfangs des Universitätsklinikums Frankfurt und des Fachbereichs Medizin der Goethe-Universität wurde **Prof. Dr. med. Adam Strzelczyk** der Theodor-Stern-



Foto: privat

Stiftungspreis verliehen. Die Preisträger wurde für seine wissenschaftlichen Arbeiten auf dem Gebiet der Epileptologie ausgezeichnet, die unmittelbar zur Verbesserung der Versorgung Betroffener beitragen. Strzelczyk ist seit 2015 leitender Oberarzt am Epilepsiezentrum Frankfurt Rhein-Main und Leiter der Arbeitsgruppe Epileptologische Versorgungsforschung.

Einsendungen für die Rubrik „Personalia“ per E-Mail an: [isolde.asbeck@laekh.de](mailto:isolde.asbeck@laekh.de)

## Herzliche Glückwünsche für Dr. med. Ulrich Lang

Dr. med. Ulrich Lang (Foto), langjähriger leitender Chefarzt der gynäkologischen Abteilung der Asklepios Paulinen Klinik in Wiesbaden, feierte am 3. Februar 2018 seinen 80. Geburtstag. 28 Jahre leitete er als Vorsitzender die Geschichte der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Über Jahrzehnte engagierte er sich ehrenamtlich in verschiedenen Gremien der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), dem Versorgungswerk der LÄKH und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH).

Seine hervorragenden Verdienste für die Hessische Ärzteschaft wurden zu Recht durch die Verleihung der Dr. Richard Hammer-Medaille (1991), der Ehrenplakette in Silber der LÄKH (1998) und des Bundesverdienstkreuzes am Bande (2009) ausgezeichnet.

Wir gratulieren ihm zu diesem Jubiläum ganz herzlich und wünschen alles Gute!

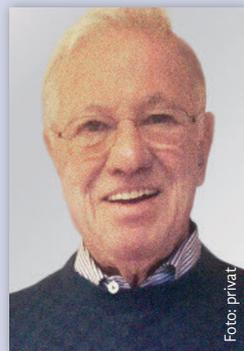


Foto: privat

### Dr. med. Michael Weidenfeld

Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

## „Ansage Zukunft“

### LÄKH stellt den Beruf der MFA auf der Ausbildungsmesse 2018 in Marburg vor



Unter fachlicher Anleitung von Ärztekammer-Bezirksvorsitzenden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak und KSM-Abteilungsleiterin StD'in Dr. rer. nat. Brigitte Seefeldt-Schmidt zeigten die MFA-Auszubildenden Livia Pfaff (3. von links) und Denise Schumertl (2. von rechts) den Besucherinnen Lisa Meyer (ganz links) und Sophie Nelich (2. von links) sowie Hasret Karaköse (ganz rechts) die Blutentnahme am Punktionsarm.

Bereits zum 4. Mal war die Landesärztekammer Hessen mit einem Informationsstand auf der Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ in Marburg vertreten. Der Stand

war neben Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten aus dem 3. Ausbildungsjahr noch mit Lehrerinnen und Lehrern der Kaufmännischen Schulen Mar-

burg (KSM) sowie dem Personal der Bezirksärztekammer Marburg besetzt. Ärztekammer-Bezirksvorsitzender Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak konnte sich bereits am ersten Tag von dem großen Interesse der sich informierenden Schülerinnen und Schüler überzeugen. Er lobte das hohe Engagement des Standpersonals, das ausführlich informierte und geduldig Fragen beantwortete. An dem Messestand der Ärztekammer konnten sich die interessierten Schülerinnen und Schüler über den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten informieren. Auf besonderes Interesse stieß die Blutentnahme am Punktionsarm. Die Übung wurde von den MFA-Auszubildenden assistiert. Während der dreitägigen Veranstaltung kamen rund 1.600 Schüler aus 20 Schulen zu den über 70 Ausstellern, die insgesamt 114 unterschiedliche Ausbildungsberufe sowie 13 Studienmöglichkeiten vorstellten. Am dritten Messetag (Samstag) nutzten auch viele Eltern die Möglichkeit, sich zusammen mit ihren Kindern zu informieren.

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



**Abschlussprüfung Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung am 16. Dezember 2017:** Bestanden haben (Namen alphabetisch): Katja Becker, Marie Behrens, Katharina Elsesser, Franziska Fischhaupt, Mandy Höfer, Funda Kizgin, Michelle Koridaß, Soraya Lopez-Simon, Laura Marburger, Anna-Lena, Mathiebe, Jennifer Walther, Lisa Wiegand und Andrea Vogel. Informationen über diese Aufstiegsfortbildung für Medizinische Fachangestellte gibt es auf der Website der Carl-Oelemann-Schule und im Fortbildungsprogramm sowie auf Seite 180 dieser Ausgabe.

Bezirksärztekammer Darmstadt

### Wir gedenken der Verstorbenen

Bezirksärztekammer Gießen

### Tag der Arbeitsmedizin in Wiesbaden Samstag, 21. April 2018

- Für Arbeitsmediziner und alle am Thema Arbeit und Gesundheit Interessierten.
  - Der Besuch von mindestens drei Vorträgen wird für Teilnehmer des Modells „Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen“ (AbBA) als „Refresher“ für ein Jahr anerkannt.
  - **Ort:** Kurhaus Wiesbaden
  - **Anmeldung:** [www.rg-web.de](http://www.rg-web.de)  
**Für AbBA-Teilnehmer:** Anmeldung über die Fachkundige Stelle der Bezirksärztekammer Wiesbaden  
Fon: 0611 97748-25  
E-Mail: [karin.kuebler@laekh.de](mailto:karin.kuebler@laekh.de)
  - **Programm**
    - 9.30–9.45 Uhr: Thematische Einführung, Grußworte
    - 9.45–10.15 Uhr: Gender-Aspekte in der Arbeitsmedizin (Prof. Dr. med. Thomas Weber)
    - 10.15–10.45 Uhr: Umsetzung des „neuen“ Mutterschutzgesetzes in der Praxis (Dr. med. Kareem Khan)
    - 10.45–11.15 Uhr: Schutz gegen UV-Strahlung – was hilft? (Prof. Dr. med. Hans Drexler)
    - 12–12.30 Uhr: Zusammenarbeit Arbeitsmedizin – Kurativmedizin: Was können wir verbessern? (Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel)
    - 12.30–13 Uhr: Der Allergiker im Betrieb – was ist zu tun? (Dr. med. Uta Ochmann)
    - 13.30–14 Uhr: Impfforum: Neues und Wichtiges zum Impfen (Prof. Dr. med. Dirk-Matthias Rose)
    - 14–14.30 Uhr: Posttraumatische Belastungsstörungen: erkennen – behandeln – wieder eingliedern (Dr. med. Christiane Mörsel-Zimmermann)
- Wissenschaftliche Leitung:**  
**Prof. Dr. med. Dipl.-Ing. Stephan Letzel**  
Direktor des Instituts für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin, Mainz  
**Prof. Dr. med. Thomas Weber**  
Facharzt Innere Medizin und Arbeitsmedizin, Wilhelm Fresenius-Klinik Wiesbaden

Bezirksärztekammer Kassel

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 15. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen  
der Wahlperiode 2013–2018 lade ich Sie für

**Samstag, 17. März 2018, 10 Uhr s. t.,**

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

---

**T A G E S O R D N U N G**

---

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls  
der 14. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 25. November 2017
4. Ehrungen
5. Bericht des Präsidenten und Aussprache
6. Nicht erledigte Anträge aus der Delegiertenversammlung vom 25. November 2017
7. Wahl der Delegierten zum 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt
8. Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt
9. Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte (Berufsbildungsausschuss  
der LÄKH – Nominierung für die Amtsperiode 2018–2022)
10. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
  - a) Änderung der Hauptsatzung
  - b) Änderung der Geschäftsordnung
  - c) Änderung der Weiterbildungsordnung
  - d) Änderung der Beitragsordnung
11. (Muster-)Weiterbildungsordnung DÄT 2018
12. Versorgungswerk
  - Bericht des Vorsitzenden / der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
13. Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
  - Bericht des Vorsitzenden
14. Anträge zum Bericht des Präsidenten
15. Verschiedenes

---

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

---

Frankfurt am Main, 7. Februar 2018

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



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

### Reform des Mutterschutzgesetzes

#### Wichtige Informationen für Praxisinhaber

Zum 1. Januar 2018 ist das neue Mutterschutzgesetz in Kraft getreten, mit dem einige Änderungen für Arbeitgeber bzw. Praxisinhaber verbunden sind.

Die wesentlichen Änderungen haben wir auf einen Blick für Sie zusammengefasst:

- **Verlängerung der Mutterschutzfrist:** Mütter von behinderten Kindern können die Schutzfrist nach der neuen Regelung um vier Wochen auf insgesamt zwölf Wochen nach der Geburt verlängern.
- **Ausweitung des Kündigungsschutzes:** Der Kündigungsschutz gilt bis mindestens vier Monate nach der Entbindung.
- **Ausweitung des Anwendungsbereiches:** Das neue Mutterschutzgesetz bezieht neben Arbeitnehmerinnen nunmehr auch Schüler/-innen und Studenten/-innen, FSJ- und BfD'ler/-innen mit ein.
- **Gefährdungsbeurteilung durch den Arbeitgeber:** Neben der konkreten Gefährdungsbeurteilung ist nunmehr

auch eine „abstrakte“ Gefährdungsbeurteilung notwendig. Dies bedeutet, dass der Arbeitgeber verpflichtet ist, alle seine Arbeitsplätze daraufhin zu überprüfen, ob sie die mutterschutzrechtlichen Anforderungen erfüllen. Die Prüfung muss genau dokumentiert werden. Bei Nichterfüllung drohen hier Bußgelder. Konkrete Gefährdungsbeurteilungen sollen dem Arbeitgeber ermöglichen, Schutzmaßnahmen für die Schwangere zu ergreifen und somit ein Beschäftigungsverbot zu verhindern.

- **Flexiblere Arbeitszeitgestaltung:** Die Schwangere kann auf Wunsch und unter bestimmten Voraussetzungen nunmehr auch Nachtarbeit bis 22 Uhr und Sonn- und Feiertagsarbeit erledigen. Allerdings muss der Vorgesetzte hierfür eine Genehmigung bei der zuständigen Behörde einholen.

**Roswitha Barthel**

Assessorin iur., Leiterin  
der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen:  
Medizinische Fachangestellte

### Wohin steuert der Gesundheitsstandort Hessen? Marburger Bund diskutiert mit Politikern

In welche Richtung entwickelt sich die Gesundheitsversorgung in Hessen? Dieser Frage widmet sich eine Podiumsdiskussion des Marburger Bundes (MB Landesverband Hessen) mit den gesundheitspolitischen Sprechern aller im hessischen Landtag vertretenen Fraktionen. Im Fokus stehen Themen wie die Sicherstellung der Patientenversorgung vor dem Hintergrund der zunehmenden Ökonomisierung des Gesundheitswesens, die Entwicklung in der Notfallversorgung oder Schließungen von Krankenhäusern insbesondere im ländlichen Raum. MB-Landesverbandsvorsitzende Dr. med. Susanne Johna dis-

kutiert mit Dr. med. Ralf-Norbert Bartelt (CDU), Marcus Bocklet (Bündnis 90/Die Grünen), René Rock (FDP), Marjana Schott (Die Linke) und Dr. Daniela Sommer (SPD). Fragen aus dem Publikum sind willkommen.

Moderation: Armin Ehl, Hauptgeschäftsführer MB Bundesverband.

**Termin:** Montag, 19. März 2018,  
um 17 Uhr

**Ort:** Spenerhaus, Dominikanergasse 5,  
Frankfurt

Der Eintritt ist frei. Anmeldung erbeten per E-Mail an Bettina Brinsa: [brinsa@mbhessen.de](mailto:brinsa@mbhessen.de)

### „Chancen und Wert der ärztlichen Psychotherapie“ Ergebnisse der BÄK-Tagung jetzt online

Unter dem Titel „Chancen und Wert der ärztlichen Psychotherapie“ haben sich die Teilnehmerinnen und Teilnehmer einer Tagung der Bundesärztekammer (BÄK) im November vergangenen Jahres in Berlin ausgetauscht. Verschiedene Fachvorträge, unter anderem ein Referat von Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie am Universitätsklinikum Gießen und Marburg, widmeten sich dem Thema aus unterschiedlichen Perspektiven und sind für interessierte auf der Website der BÄK unter der Rubrik „BÄK im Dialog“ abrufbar. Der untenstehende QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.

In Deutschland wird die psychotherapeutische Versorgung sowohl von ärztlichen als auch von psychologischen Psychotherapeuten sowie von Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit den ihnen jeweils eigenen Qualifikationen getragen. Die Tagung bot eine Standortbestimmung der ärztlichen Psychothera-

pie, definierte ihr Alleinstellungsmerkmal und zeigte ihren spezifischen Wert auf. Nahezu 400.000 Patienten werden jährlich in der ärztlichen ambulanten, stationären und rehabilitativen psychosomatischen Medizin behandelt, so Kruse. Die ärztliche Psychotherapie schaffe für Patienten wie für Ärzte eine Brücke zwischen der somatischen und der psychotherapeutischen Versorgung. Sie verhindere eine Aufspaltung zwischen einer Versorgung für den Körper und die Seele, so Kruse, der auch Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) ist. (red)



<https://tinyurl.com/y7zonmdc>

### Der Ärzte Club Wiesbaden lädt ein: „Digitalisierung der Medizin: Nutzen – Risiko“

**Termin:** Mittwoch, 21. März 2018,  
18.30 Uhr, Eintritt frei

**Ort:** Museum Wiesbaden  
Friedrich-Ebert-Allee 2  
65185 Wiesbaden

**Plattform** zum persönlichen kollegialen Austausch für alle Ärztinnen und Ärzte in Wiesbaden und Umgebung.

**Vorträge:**

- „Digitalisierung in der Medizin: Vision und Wirklichkeit“ – Referent: Prof. Dr. med. Henning Schneider, Direktor im Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health des Landes Hessen, Dekan FB Gesundheit der Technischen Hochschule Mittelhessen, Gießen.

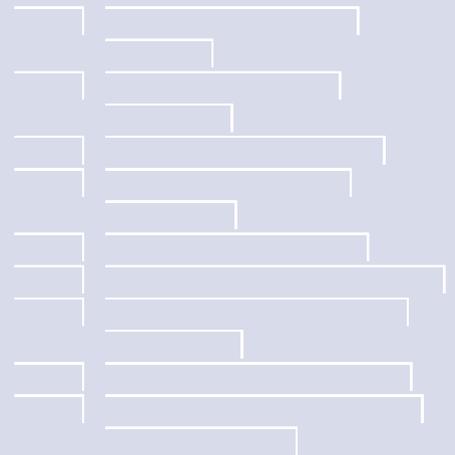
- „Mensch ist Information“ – Referent: Simon Kissel, Gründer und CEO Vipri-net Europe GmbH.

**Moderation:**

- Dr. med. Richard Melamed, Facharzt für Urologie, Lehrbeauftragter an der Hochschule Rhein-Main Wiesbaden unter anderem für Medizintechnik und „Smart-Health“.
- Dr. med. Susanne Springborn, Fachärztin für Allgemeinmedizin und stellv. Vorsitzende des Ärzteclubs Wiesbaden.

Ausklang in geselliger Runde. Partner und Kinder sind gerne miteingeladen – zur Museumsführung und zum Kinderprogramm.

## Goldenes Doktorjubiläum



### 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)

# Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum zeh- und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

**Maria Kraus,**  
**Annette Schult** und  
**Eveline Olschewsky,**  
alle seit zehn Jahren tätig bei A. Papenburg  
und Dr. med. K. Rücker, Langen;

**Gabriela Gabbey,**  
seit zehn Jahren tätig bei K. H. Blätzel,  
Braunfels;

**Ricarda Lackner,**  
seit 12 Jahren tätig,  
**Nina Baumann,**  
seit 13 Jahren tätig,  
**Natascha Dresbach,**  
seit 18 Jahren tätig, und  
**Kerstin Weiß,**  
seit 21 Jahren tätig,  
alle bei Dr. med. M. Volk, Dr. med. P. Timm-  
Lang und Dr. med. J. Willig, Wiesbaden;

**Marion Puhahn,**  
seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. E. Aust-  
Claus und Dr. med. D. Claus, Wiesbaden.

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

**Sabine Frickel,**  
seit 25 Jahren tätig bei dr./Univ. Zagreb A.  
Donlagic, vormals Praxis Dr. med. M. Beer,  
Offenbach;

**Sandra Georg,**  
**Andrea Schaub,**  
beide seit 26 Jahren tätig,  
**Ellen Hahn,**  
seit 27 Jahren tätig  
alle drei in der Praxis Dilltal, Ehringshausen,

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

Beate Esch-Diehl,  
Margit Meixner,  
seit 42 Jahren tätig in der Praxis Dilltal,  
Ehringshausen.

## Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

### Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren  
gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060033008 ausgestellt  
am 21.03.2014 für Dr. med. Osama Abu  
Hassan, Langen

Arztausweis-Nr. 060034142 ausgestellt  
am 30.06.2014 für Irena Kellner, Kassel

Arztausweis-Nr. 060040898 ausgestellt  
am 03.12.2015 für Witali Krieger, Kor-  
bach

Arztausweis-Nr. 060034354 ausgestellt  
am 14.07.2014 für Dr. med. Martina An-  
schau, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060038460 ausgestellt  
am 18.05.2015 für Prof. Dr. med. Karl  
Linden, Marburg

Arztausweis-Nr. 060043416 03.06.2016  
ausgestellt am für Dr. med. Petra Bären-  
fänger, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060040290 ausgestellt  
am 16.10.2015 für Dr. med. Markus  
Bruns-Toepler, Gießen

Arztausweis-Nr. 060041475 ausgestellt  
am 18.01.2016 für Dr. med. Reinhard  
Santen, Langen

Arztausweis-Nr. 060051461 ausgestellt  
am 19.12.2017 für Dr./Ankara Univ. Sü-  
kran Cömert Eker, Maintal

Arztausweis-Nr. 060039687 ausgestellt  
am 28.08.2015 für Dr. med. Anisa Far-  
hat, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033261 ausgestellt  
am 09.04.2014 für Dr. med. Simone Sei-  
ter, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 060043454 ausgestellt  
am 06.06.2016 für Jennifer Tournay,  
Wetzlar

Arztausweis-Nr. 060045062 ausgestellt  
am 07.10.2016 für Mohamed Ali Moha-  
med Harsha, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 060037200 ausgestellt  
am 04.02.2015 für Dr. med. Rebecca Ju-  
nek, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060045814 ausgestellt  
am 28.11.2016 für Dr. med. Markus  
Velthaus, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060032050 ausgestellt  
am 06.01.2014 für Dr. med. Georg Jung,  
Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060043284 ausgestellt  
am 24.05.2016 für Achim Wanner,  
Offenbach

Arztausweis-Nr. 060051384 ausgestellt  
am 13.12.2017 für Suren Karapetyan,  
Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060039913 ausgestellt  
am 16.09.2015 für Dr. med. Timo Wolf,  
Frankfurt

### Nachtrag zu Personalia 02/2018

Als Nachtrag zu **PD Dr. med. Andrea Riphau**, Fachärztin für Innere Medizin (Schwerpunkt Gastroenterologie), ist festzustellen, dass Riphau mit dem Umzug des St. Marienkrankenhauses an das St. Elisabethen-Krankenhaus nach Frank-

furt-Bockenheim Ende 2017 nun hier als Chefärztin die Klinik für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Gastroenterologie leitet, mit u. a. interventioneller Endoskopie, medikamentöser Tumorthherapie, Ernährungs- und Palliativmedizin. (asb)

## Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

**Redaktion:** Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin  
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin  
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin

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

**Mitglieder der Redaktionskonferenz:**

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

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

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

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

**Versorgungswerk:** Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg

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

**Redaktionsschluss:** fünf Wochen vor Erscheinen

**Verlag:** Deutscher Ärzteverlag GmbH  
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln  
Tel.: +49 2234 7011-0, [www.aerzteverlag.de](http://www.aerzteverlag.de)

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

**Leiterin Produktbereich:** Katrin Groos

**Produktmanagement:** Marie-Luise Bertram,  
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: [ml.bertram@aerzteverlag.de](mailto:ml.bertram@aerzteverlag.de)

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

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

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

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

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

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

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

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

**Verkauf Industrie Medizin**

**Gebiet Nord:** Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,  
Mobil +49 172 5792180, [fege@aerzteverlag.de](mailto:fege@aerzteverlag.de)

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

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

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

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

**Layout:** Stephanie Schmitz

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

**Bankverbindungen:**

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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 4. Quartal 2017:

Druckauflage: 37.067 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.733 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

# Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 6 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 8. November 2017 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 18. Januar 2017.

Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.

### Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzte oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

**Für die Screening-Einheit 6 wird zum 01.07.2018 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft**

**wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.**

### 1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 6 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 31.03.2018** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **30.04.2018, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b ) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte

erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. **§ 5 Abs. 2 a)** der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifikation der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxismachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

### 2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 6** Stadt und Landkreis Kassel, Landkreise Waldeck-Frankenberg, Schwalm-Eder, Werra-Meißner und Hersfeld-Rotenburg

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und –steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen. Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-

Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

1. Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
2. Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
3. Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
4. Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
5. Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
6. Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
7. Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
8. Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
9. Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

### 3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-RL) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme

wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluation des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbsterprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)

- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbsterprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

### 4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

### 5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes er-

stellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen.

## 6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser

Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

## 7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der / die Bewerber(in) ist / wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

## 8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 6 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 18a Abs. 1 und 2 Röntgenverordnung
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung

zur Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V

- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschallvereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V. Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin geschickt.

## 9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV

## 10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

## 11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **31.03.2018** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlosse-

nen Umschlag bis zum **30.04.2018, 12:00 Uhr**, bei der

Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Mammographie-Screening

Stichwort: Ausschreibung MSP

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

BLENDEN-LEARNING:

# HYGIENE- BEAUFTRAGTER ARZT

FORTBILDUNGSKURSE MIT  
PRÄSENZ- UND ONLINE-PHASE

MÄRZ 2018

Unser Schulungsangebot richtet sich an Ärztinnen und Ärzte mit Facharztqualifikation, die in ihrer Einrichtung/Praxis für ambulantes Operieren zum Hygienebeauftragten Arzt bestellt sind und die obligatorische 40-stündige Fortbildung absolvieren müssen.

Die Fortbildung wird im Blended-Learning-Format durchgeführt – einer Kombination aus Präsenzveranstaltungen und E-Learning-Modulen: zwei Präsenztermine mit Fachvorträgen und einer dreimonatigen Online-Phase mit 22 Unterrichtseinheiten.

Folgende Themen werden behandelt:

- Hygienemanagement und Aufgaben des Hygienefachpersonals,
- Mikrobiologische Grundlagen,
- Desinfektion, Antiseptik, Hygienemaßnahmen bei Injektionen, Punktionen und im OP,
- Prävention und Erkennung von nosokomialen Infektionen,
- Entstehung und Ausbreitung von Antibiotikaresistenzen.
- uvm.

### PRÄSENZTERMINE:

16. und 17. März 2018

### ONLINE-PHASE:

22 Unterrichtseinheiten in folgendem Zeitraum:  
16. März bis 16. Juni 2018

### ANMELDESCHLUSS:

2. März 2018

### KOSTEN:

375 € (inkl. Verpflegung)

### FORTBILDUNGSPUNKTE

40 Fortbildungspunkte

### VERANSTALTUNGSORT PRÄSENZTAGE

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Europa-Allee 90

60486 Frankfurt am Main

### KONTAKT:

hygiene@kvhessen.de

**BITTE MELDEN SIE SICH PER E-MAIL AN:**

[hygiene@kvhessen.de](mailto:hygiene@kvhessen.de)