

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2018
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 79. Jahrgang



© www.ADstore.de für die Stiftung Leben mit Krebs

Onkologie und Sport

Im Leben statt „nur“ am Leben
Die Bedeutung von Selbsthilfegruppen im Rahmen des Heilungsprozesses

Ambulante Ethikberatung in Deutschland
Überblick zu bestehenden Konzepten und Strukturen der ambulanten Ethikberatung und deren Entwicklung

Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942)
Ein Zeitzeuge erinnert sich an den angesehenen Kinderarzt und Wohltäter aus Kassel



Reden ist Silber, Zuhören ist Gold

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

wie kann gute Kommunikation zu mehr Patientensicherheit beitragen? Reicht es nicht aus, wenn alles fein säuberlich in der Patientenakte vermerkt wird? Schließlich können Ärzte, Pflegekräfte, Physiotherapeuten und die vielen anderen ja lesen. Sie merken natürlich, dass eine solche Frage ironisch-rhetorischer Natur ist. Selbstverständlich ist eine gute Dokumentation zwingend und kann dazu beitragen, eine gute Kommunikation zu erleichtern. Doch für eine gute Kommunikation braucht es sehr viel mehr und zwar in allen Bereichen, denn als Ärztinnen und Ärzte kommunizieren wir nicht nur mit unseren Patientinnen und Patienten, sondern natürlich auch mit Kolleginnen und Kollegen, Pflegekräften, Angehörigen, Praxismitarbeitern und vielen weiteren Berufsgruppen – nicht zuletzt Verwaltung und Geschäftsführung.

Auf der kürzlich stattgefundenen 30. Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen sprach mir die Kommunikationswissenschaftlerin Prof. Dr. Annegret Hannawa, Universität Lugano, mit dieser Feststellung aus der Seele: „Wir haben kein Erkenntnisproblem. Wir haben ein Umsetzungsproblem. In der klinischen Praxis sowie Aus- und Fortbildung in Medizin und Pflege muss zur Erreichung der Patientensicherheit die Zwischenmenschlichkeit in der Kommunikation gestärkt werden.“ Viele schwere Schadensfälle entstünden aus unsicherer Kommunikation. Mit sicherer Kommunikation ließen sich in Deutschland Schadensfälle vermeiden und sogar bis zu 15 Prozent der Krankenhausaufgaben einsparen.

Die Vermeidung von Schadensfällen ist ein uraltes ärztliches Prinzip: „primum non nocere, secundum cavere, tertium sanare“ („erstens nicht schaden, zweitens vorsichtig sein, drittens heilen“). Treffender kann man verantwortungsbewusstes ärztliches Handeln auch heute nicht beschreiben. Die Therapiewahl muss unter Berücksichtigung aller Aspekte mit dem Patienten gemeinsam getroffen werden und dies bedeutet, dass er verstanden haben muss, was ihm erklärt wird. Diese Aufklärung ist im wahrsten Sinne des Wortes leichter gesagt als verstanden, denn nur zehn Prozent dessen, was der Patient hört, bleibt ihm in der Regel in Erinnerung. Damit sind wir im Nu bei dem berühmten Satz von Konrad Lorenz: „Gedacht ist noch nicht gesagt, gesagt ist noch nicht gehört, gehört ist noch nicht verstanden, verstanden ist noch nicht einverstanden, einverstanden ist noch nicht angewendet, und angewendet ist noch nicht beibehalten.“

Bezogen auf die interprofessionelle Kommunikation zeigt dieses Zitat, was alles für eine gute Kommunikation beachtet werden muss. Das gewünschte Einverständnis des Gesprächspartners lässt sich viel leichter erreichen, wenn das Gespräch auf gegen-

seitigem Respekt und echter Wertschätzung beruht. Gerade Pflegekräfte leiden häufig – ob subjektiv empfunden oder sogar objektiv nachweisbar – unter dem Gefühl mangelnder Wertschätzung. In der Folge eines guten Gesprächs wird aus dem Einverständnis viel leichter eine Vereinbarung, die tatsächlich eingehalten wird und ein verlässliches Arbeiten für alle Beteiligten erleichtert. Das beinhaltet natürlich auch die Pflicht, sich selbst gleichfalls an Vereinbarungen zu halten und damit auch eine Vorbildfunktion zu übernehmen. Dies gilt insbesondere für Führungskräfte. Natürlich gelten die Regeln guter Kommunikation, die ich an dieser Stelle nur cursorisch gestreift habe, auch innerhalb einer Profession.

Einen Punkt möchte ich noch kurz aufgreifen. Vor wenigen Wochen äußerte Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach, Allgemeinmediziner und Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen, auf der 10. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Gesundheitsökonomie, er halte es für wichtig, dass Ökonomen und Mediziner in einen Dialog träten, damit sie einander besser verstünden, und forderte eine ökonomische Qualifizierung von Ärzten in Leitungsfunktionen, damit es mit der kaufmännischen Leitung ein Miteinander und kein Gegeneinander gebe. Dabei müssten beide Seiten versuchen, das Gegenüber zu verstehen und würden so dessen Herangehensweise nachvollziehen.

Diese Forderung kann ich gut nachvollziehen, erlaube mir aber doch, sie zu ergänzen. Auch der Ökonom sollte sich ein medizinisches Grundverständnis aneignen, bevorzugt auch mit einem Exkurs in die medizinische Ethik. Das wäre sicher auch für viele Gesundheitspolitiker eine wertvolle Bereicherung, denn deren Entscheidungen haben unmittelbare Auswirkungen auf die Arbeit von Ärzten, Pflegekräften und kaufmännischen Leitungen. Viele Konflikte zwischen den Berufsgruppen haben ihre Ursache in politischen Entscheidungen.

Die neue Regierung hat viel Arbeit vor sich. Möge sie dabei eine glückliche Hand haben.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident



Foto: Evgeniy Kalinovskiy – Dreamstime.com

Schwerpunktheft: Onkologie und Sport

Drei Fortbildungsbeiträge befassen sich mit dem Thema Sport und körperliche Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen. In zwei Interviews berichten Prof. Dr. med. Elke Jäger, Vorreiterin beim Thema Sport und Krebs, sowie ein Patient aus der Praxis.

222–237



Foto: Fotolia.com – Robert Kneschke

Die Rolle von Selbsthilfe im Heilungsprozess

Ergänzend zum Themenschwerpunkt Onkologie und Sport widmen sich zwei Artikel der Rolle von Selbsthilfe im Gesundheitswesen. Neben der Vorstellung verschiedener Strukturen der Selbsthilfe wird deren praktische Arbeit am Beispiel des Arbeitskreises „Prio Wiesbaden“ vorgestellt.

218/234

Editorial: Reden ist Silber, Zuhören ist Gold 215

Ärzttekammer

Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018 241
 Nachruf für Rainer Raasch 240
 Promotionspreis 2018 der Landesärztekammer Hessen geht an Dr. med. Frank Ziemann 246
 Bekanntgabe der Delegierten der LÄKH zum 121. Deutschen Ärztetag im Mai in Erfurt 268
 Erinnerungen an die düsterste Epoche Deutschlands – Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942) aus Kassel 256

Fortbildung

Körperliche Bewegung und Sport in der Onkologie – Initiativen im Raum Frankfurt (CME) 224
 Sport- und Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen (CME) 228
 Sport bei Krebspatienten – wann, wo und weshalb? (CME) 232
 Ambulante Ethikberatung in Deutschland – eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen / Fallbeispiel 238
 Neue Veranstaltungsreihe: „Ärzte und Apotheker im Dialog“ – Erster Abend: Koronare Herzkrankheit am 25. April 259
 Repetitorium Allgemeinmedizin 266

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 247
 ■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 253
 ■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 265
 ■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung** 270

Im Gespräch

„Alle mussten rudern lernen“ – Interview mit Prof. Dr. med. Elke Jäger 222
 „Sport wirkt sich auf Psyche und Vitalität aus“ – Herri Stoss über die Heilkraft des Ruderns 237



Foto: Fotolia.com – Gina Sanders

Ambulante Ethikberatung in Deutschland
 Während die Ethikberatung in Kliniken bereits fest etabliert ist, steht sie im ambulanten Bereich noch am Anfang. Der Artikel bietet eine Übersicht und Beschreibung derzeit bestehender Konzepte in der ambulanten Ethikberatung und stellt deren Entwicklung vor.

238

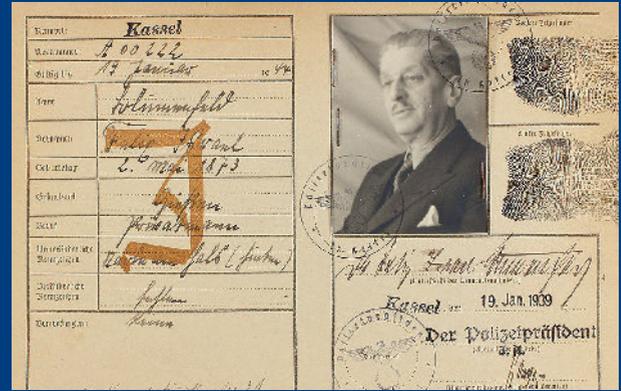


Foto: Stadtarchiv Kassel

Erinnerung an Dr. med. Felix Blumenfeld
 Vor 76 Jahren nahm sich der Kinderarzt Dr. med. Felix Blumenfeld aus Kassel das Leben, um Unterdrückung und Deportation durch die Nationalsozialisten zu entgehen. Wir erinnern an den zeitlebens sozial und politisch engagierten Arzt, dessen gesellschaftliches und berufliches Engagement nicht vergessen werden darf.

256

Mensch und Gesundheit

- Selbsthilfe im Gesundheitswesen 218
- Selbsthilfe: Im Leben statt „nur“ am Leben – Arbeitsgruppe Wiesbaden berät und bewegt onkologische Patienten ... 234

Ansichten und Einsichten

- GroKo und Gesundheit – keine Visionen in Sicht 242
- Kodierung der Diagnosen – Versicherungswirtschaft sorgt für Risikoverschiebung 243
- 30 Jahre vertragsfachärztliche Tätigkeit: ein „gemischtes“ Fazit 244
- Leider nicht neu, und leider immer noch akut: „arm! krank“ – zum 11. Ärztetag am Dom 245

Recht: Datenschutz 2.0 – Breaking News! 260

Parlando: „Schlafen werden wir später“ – Bad Nauheimer Gespräch mit Zsuzsa Bánk / Kunst Privat! 255

Personalia: Ernst von Bergmann-Plakette für Professorin Erika Baum / Nachruf auf Professor Konrad Federlin 262/263

Impressum 269

Das Titelbild zeigt eine Impression einer Regatta „Rudern gegen Krebs“ in Mainz.

Bücher



Das psychoonkologische Gespräch

Peter Weyland

S. 242



Schlafen werden wir später

Zsuzsa Bánk

S. 255



Selbsthilfe im Gesundheitswesen

Dipl.-Psych. Jürgen Matzat

Das Jahr 2017 bot verschiedene „runde Anlässe“, sich die Erfolgsgeschichte der Selbsthilfe-Bewegung im deutschen Gesundheitswesen einmal in Erinnerung zu rufen:

- 1967 wurde die Bundesarbeitsgemeinschaft Hilfe für Behinderte – die Vorgängerorganisation der heutigen BAG Selbsthilfe (Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe von Menschen mit Behinderung und chronischer Erkrankung und ihren Angehörigen e. V.) – gegründet;
- 1977 begann der Psychoanalytiker Prof. Michael Lukas Moeller an der Psychosomatischen Klinik der Universität Gießen das erste Forschungsprojekt über „psychologisch-therapeutische Selbsthilfegruppen“, in dem der Ansatz des heute als „Selbsthilfe-Kontaktstelle“ bekannten Einrichtungstyps entwickelt wurde und in dessen Folge die Fachorganisation Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. entstand;
- ab 1987 förderte das Bundesgesundheitsministerium ein Modellprogramm zur Erprobung solcher Kontaktstellen als themen- und indikationsübergreifenden Ansatz zur Anregung und Förderung von Selbsthilfegruppen mit einer entsprechenden Begleitforschung. (1991 folgte ein gleichartiges Programm in den neuen Bundesländern.)

Die positiven Resultate der verschiedenen Forschungsprojekte und das Erstarken der Selbsthilfe-Bewegung insgesamt führten zu der politischen Entscheidung, diese

Form des Bürger-Engagements in eigener Sache, hier für die eigene Gesundheit und für die von Leidensgenossen, dauerhaft finanziell zu fördern. Allerdings entschied man sich dafür, diese gesamtgesellschaftliche Aufgabe per Gesetz der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zu übertragen. Im § 20h SGB V [1] werden drei Elemente der Selbsthilfe-Landschaft in Deutschland ausdrücklich benannt:

1. Selbsthilfegruppen, 2. Selbsthilfeorganisationen, 3. Selbsthilfe-Kontaktstellen. In verschiedenen Gesetzgebungsverfahren wurde diese Förderung präzisiert und erweitert. Derzeit hat die GKV € 1,08 pro Versicherten pro Jahr zur Verfügung zu stellen.

Selbsthilfegruppen

Der Fachverband Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e. V. definierte bereits 1987:

„Selbsthilfegruppen sind freiwillige, meist lose Zusammenschlüsse von Menschen, deren Aktivitäten sich auf die gemeinsame Bewältigung von Krankheiten, psychischen oder sozialen Problemen richten, von denen sie – entweder selber oder als Angehörige – betroffen sind. Sie wollen mit ihrer Arbeit keinen Gewinn erwirtschaften. Ihr Ziel ist eine Veränderung ihrer persönlichen Lebensumstände und häufig

auch ein Hineinwirken in ihr soziales und politisches Umfeld. In der regelmäßigen, oft wöchentlichen Gruppenarbeit betonen sie Authentizität, Gleichberechtigung, gemeinsames Gespräch und gegenseitige Hilfe. Die Gruppe ist dabei ein Mittel, die äußere (soziale, gesellschaftliche) und die innere (persönliche, seelische) Isolation aufzuheben. Die Ziele von Selbsthilfegruppen richten sich vor allem auf ihre Mitglieder und nicht auf Außenstehende; darin unterscheiden sie sich von anderen Formen des Bürgerengagements. Selbsthilfegruppen werden nicht von professionellen Helfern geleitet; manche ziehen jedoch gelegentlich Experten zu bestimmten Fragestellungen hinzu.“

Diese Definition betont die Wirkung der Gruppenselbsthilfe „nach innen“, auf die unmittelbar Beteiligten und Engagierten, ohne die soziale und politische Dimension auszuklammern. Es geht im Wesentlichen um Probleme, zu deren Lösung individuelle Erkenntnis- und Veränderungsprozesse beitragen können, weniger um die Interessenvertretung nach außen und die Hoffnung auf Veränderung Anderer oder „der Verhältnisse“. Die konkrete Ausgestaltung der Selbsthilfegruppen-Arbeit richtet sich im Einzelfall nach den Erfordernissen der jeweiligen Erkrankung sowie nach subjektiven Vorstellungen der Betroffenen (bei-



Foto: Fotolia.com – Robert Kneschke

spielsweise die eigene Krankheitstheorie), nach ihrer Motivationslage und den vorhandenen Ressourcen, mitunter aber auch nach Vorgaben übergeordneter Selbsthilfeorganisationen.

Gesprächs-Selbsthilfegruppen

Als eine besondere Ausprägung gelten die sogenannten Gesprächs-Selbsthilfegruppen. Im Vordergrund ihrer Arbeit steht die emotionale Be- oder Verarbeitung von Krankheiten und Krisen. Sie machen sich in besonderer Weise das Gruppenprinzip und die Heilkraft des Wortes zu nutze. „Reden hilft!“, heißt ein dazu passender Slogan. Meist treffen sich etwa sechs bis zwölf Personen wöchentlich zu ca. 90-minütigen Sitzungen. Diese Art Selbsthilfegruppe steht in der Tradition der professionellen Psychotherapie, wie sie sich seit dem Zweiten Weltkrieg vor allem in Nordamerika und in Europa verbreitet hat. Man könnte verkürzt sagen, es handelt sich um eine „Gruppentherapie ohne Therapeut“. Hier wird im Engagement betroffener Bürger ein Beitrag zu einer Art „psychotherapeutischen Basisversorgung“ der Bevölkerung im weitesten Sinne geleistet. Gesprächs-Selbsthilfegruppen haben ihre Stärke, insbesondere

- in der Bearbeitung seelischer Probleme im Sinne neurotischer, psychosomatischer oder funktioneller Störungen,
- sowie bei der seelischen Verarbeitung anderer Krankheiten und Krisen.
- Sie stiften neues „Kohärenzgefühl“ im Sinne des Salutogenese-Konzepts von Antonovsky [3] und tragen so zu Genesung und Gesunderhaltung bei.

Die Gruppendynamik der Selbsthilfegruppen lebt von der unmittelbaren persönlichen Begegnung („face-to-face“), von der Entwicklung vertrauensvoller kontinuierlicher Beziehungen untereinander, von Offenheit und Selbstenthüllungsbereitschaft, von Introspektion und Einfühlung, von aktivem Zuhören und dem Angebot neuer Sichtweisen, ausgehend von den Lebens- und Leidenserfahrungen der anderen Betroffenen.

Viele Mitglieder solcher Selbsthilfegruppen haben auch schon in irgendeiner Form professionelle psychotherapeutische Hilfe erfahren, von wenigen Beratungsgesprächen etwa im Rahmen von stationären Reha-Maßnahmen über reguläre ambulante Behandlungen im Sinne der Psychotherapie-Richtlinie bis zu Aufenthalten in psychiatrischen oder psychosomatisch-psychotherapeutischen Fachkliniken. Sie suchen Selbsthilfegruppen auf und nutzen diese als eine Form der Nachsorge, als „Auffrischung“ bei erneuten Problemen oder auch parallel als Ergänzung zu einer Einzeltherapie. Insbesondere unter Aspekten der Prävention (hier im Sinne von Rückfallprophylaxe), der Stabilisierung von professionell erzielten Behandlungserfolgen und der Rehabilitation (vor allem der psychosozialen) kommt diesen Gruppen eine enorme Bedeutung zu.

Problem: Hohe Fluktuation

Die hohe Drop-out-Quote ist insbesondere für Gesprächs-Selbsthilfegruppen ein zentrales Problem, da diese in besonderer Weise auf die kontinuierliche und verlässliche Teilnahme und Beteiligung ihrer Mit-

glieder am Gruppenprozess angewiesen sind. Es muss neben dem eigenen Leidensdruck auch ein hohes Maß an Verantwortlichkeit für die anderen und für die Gruppe als Gesamtes bei allen Beteiligten vorhanden sein. Gruppenselbsthilfe kann grundsätzlich nur durch ein hohes Maß an Engagement aller Beteiligten gelingen. Psychoanalytisch würde man von gesunden Persönlichkeitsanteilen, Ich-Stärke oder Struktur sprechen, allgemeiner von notwendigen „Ressourcen“, über die die Gruppenmitglieder verfügen müssen.

Anonyme Gruppen

Alle Selbsthilfegruppen des Anonymous-Typs lassen sich zurückführen auf die Anonymen Alkoholiker, die wohl berühmteste Selbsthilfegruppe der Welt. Diese überliefern einen regelrechten „Schöpfungsmythos“ von Bob und Bill, zwei scheinbar hoffnungslosen Trinkern, die im Jahr 1935 in Akron/Ohio (USA) herausfanden, dass sie nicht zu trinken brauchten, solange sie im Gespräch miteinander waren, und dass sie sich als gleichermaßen Betroffene besser verstehen und unterstützen konnten, als es professionelle Therapeuten während ihrer erfolglosen Entziehungskuren je vermocht hatten.

Daraus entwickelte sich eine weltweite Bewegung, der sich nach und nach auch Angehörige von Alkoholkranken, andere Drogenabhängige, Spielsüchtige, Menschen mit Essstörungen und seelischen („emotionalen“) Problemen, neuerdings sogar Kauf- und Liebessüchtige angeschlossen haben. In Amerika wird dieses

spezielle Konzept mitunter sogar mit Selbsthilfegruppen gleichgesetzt.

All diese Gruppen folgen einem Programm der „12 Schritte“, sie akzeptieren eine „höhere Macht“ (so wie jeder sie persönlich versteht!) und arbeiten nach einem ganz bestimmten Konzept. Sie sind stets „offen“, das heißt jederzeit können neue Interessierte hinzustoßen, wenn sie nur den Wunsch haben, zu genesen und „trocken“ zu werden. Die Gruppengespräche bestehen im Wesentlichen aus einer Reihe von Monologen, in denen aus dem eigenen Leben, von der eigenen Sucht, von den Anstrengungen, sie zu überwinden, von Rückfällen und von Erfolgen berichtet wird. Dabei soll jeder von sich selbst sprechen; Fragen oder gar Ratschläge an andere sind nicht üblich.

Die Balance zwischen Selbst- und Fremdhilfe ist für die Philosophie der Anony-

mous-Gruppen von zentraler Bedeutung. Für jeden in der Runde ist völlig klar, dass er oder sie um seiner/ihrer selbst willen, zur Überwindung der eigenen Krankheit in die Gruppe geht und nicht, um anderen dort zu helfen. Zugleich ist jeder verpflichtet, zum Erhalt der Gemeinschaft beizutragen und die eigenen Erfahrungen weiterzugeben. Selbsthilfe und Engagement für andere sind untrennbar miteinander verbunden. Beides geschieht im selben Moment und am selben Ort, nämlich im „Meeting“, wie die Treffen genannt werden. Was zählt, ist die Beteiligung hier. Eine andere Form von Mitgliedschaft gibt es gar nicht und ehrenamtliches Helfertum nur in sehr geringem Maße, etwa bei den sogenannten Sponsoren – das sind erfahrene Mitglieder, die eine Art Patenschaft für Neue

übernehmen – oder bei den „Diensten“ für die Gemeinschaft.

Selbsthilfeorganisationen

Ganz anders als mit den weitgehend innen-orientierten Gesprächs-Selbsthilfegruppen oder den politisch bewusst „abstinenten“ Anonymous-Gruppen verhält es sich mit den großen Selbsthilfeorganisationen (zum Beispiel Deutsche Rheuma-Liga, Frauenselbsthilfe nach Krebs, Deutsche Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung).

Sie sind sehr wohl in der gesundheits- und sozialpolitischen Arena präsent, jede für sich, oft aber auch vertreten durch ihre Dachorganisationen, wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Selbsthilfe (mit derzeit etwa 120 Mitgliedsorganisationen) oder der Deutsche Paritätische Wohlfahrtsverband (DPWV). Diese nehmen in dem schwer überschaubaren Feld eine Mediatoren- und Bündelungsfunktion wahr, teilweise sogar eine gewisse ordnungspolitische Funktion in der Vermittlung zwischen Selbsthilfe-Szene, Staat und Öffentlichkeit. Zugehörigkeit zu solchen Dachverbänden wird von Außenstehenden häufig als Garantie für Seriosität gesehen. Die Regeln und Gepflogenheiten des Vereinswesens kommen – zumindest auf Bundes-, oft auch auf Landes- und manchmal auf Ortsebene – zur Geltung.

Demokratische Legitimation

Innerhalb der großen Verbände gibt es Mitgliedsbeiträge, Satzungen, Vorstandswahlen, Delegiertenversammlungen, Rechnungsprüfungen etc. Besonders wichtig ist den Vertretern dieser Verbände immer wieder der Hinweis auf ihre demokratische Legitimation. Sie nehmen Einfluss auf Gesetzgebungsverfahren, werden als Sachverständige gehört und vertreten die Interessen der Betroffenen ähnlich einer „Patientengewerkschaft“. Sie sind anerkannte Partner der Krankenkassen und der Rentenversicherung, der Ärzteschaft – sowie in einigen Fällen auch der pharmazeutischen Industrie. Und mitunter streiten sie auch engagiert mit ihren Partnern. Im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) und in anderen

Save the Date

Foto: Massimo Orvelar

50. Internationaler Seminarkongress

26.08. – 31.08.2018 in Grado/Italien

Foto: Katja Möhrle

Foto: Katja Möhrle

Foto: Fabio Barenzan

www.laekh.de/seminarkongress-in-grado

Veranstalter:

- Landesärztekammer Hessen
- Landesärztekammer Baden-Württemberg
- Landesärztekammer Rheinland-Pfalz
- Landesärztekammer Saarland
- Ärzteverein für Rheuma
- Ärzte für TIBCO
- Ärzte für TIBCO
- CMIG e.V.
- Landesärztekammer Thüringen

Entscheidungsgremien des Gesundheitswesens stellen sie den Großteil der Patientenvertreter. An der Erstellung von medizinischen Behandlungsleitlinien werden sie regelhaft beteiligt.

Insbesondere was die Patienteninformation angeht, hat sich hier ein bemerkenswertes Know-how angesammelt. Vielfach unterstützen wissenschaftliche Beiräte und Expertengremien die Selbsthilfeorganisationen in ihrer Fachlichkeit. Einige haben sich ausdrücklich der Orientierung an den Regeln der evidenzbasierten Medizin bei ihrer Beratungsarbeit verschrieben. Manche Verbandszeitschriften imponieren durch kreative, mitunter recht witzige Titel, etwa die „mobil“ der Rheuma-Liga, der „Wecker“ der Narkolepsie Gesellschaft, das „Trotzdem“ der Kleinwüchsigen, der „Kieselstein“ der Stotterer, die „Klopfezeichen“ für Mukoviszidose-Kranke oder der „Bauchredner“ der Deutschen Morbus Crohn und Colitis ulcerosa Vereinigung. Die Zeitschriften und Informationsbroschüren der Selbsthilfeorganisationen werden durchaus auch von Fachleuten mit Gewinn gelesen.

Ein Verzeichnis bundesweit tätiger Selbsthilfeorganisationen („Grüne Adressen“) findet man bei der Nationalen Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen (NAKOS) unter www.nakos.de

Selbsthilfe als „billiger Jakob“

Eine höchst problematische „Nebenwirkung“ der steigenden und inzwischen weithin anerkannten fachlichen Kompetenz auf Seiten der Selbsthilfe, gepaart mit den dort vorherrschenden hohen moralischen Werten von Engagement, Solidarität und Zuwendungsbereitschaft, liegt allerdings darin, dass staatliche Stellen und Institutionen des Gesundheitswesens die Selbsthilfe nur allzu gerne, und zwar mit zunehmender Häufigkeit, als wohlfeile Abschiebemöglichkeit für unliebsame oder schwierige Fälle sehen.

Selbsthilfe als „billiger Jakob“ der psychosozialen Versorgung? Gerade in Zeiten verknappter Mittel und der „Kostenexplosion im Gesundheitswesen“ ist die Gefahr der Instrumentalisierung von Selbsthilfe und freiwilligem Engagement im Gesund-

heitswesen nicht von der Hand zu weisen. Hier wäre es allerdings auch Aufgabe der Selbsthilfe, Grenzen deutlich zu machen und sich gegen solchen Missbrauch zu wehren.

Selbsthilfe-Kontaktstellen

Die Einrichtung bereichsübergreifender (also prinzipiell auch für sämtliche Krankheitsentitäten ansprechbarer) Selbsthilfe-Kontaktstellen hat sich inzwischen bundesweit durchgesetzt: Es gibt bald 350 davon, also weitgehend flächendeckend in allen Großstädten bzw. Landkreisen der Bundesrepublik, in Hessen derzeit 23. Bei aller Unterschiedlichkeit ihrer Trägerschaft sowie ihrer finanziellen und personellen Ausstattung darf man doch überalldes Leistungsangebot erwarten:

- Dokumentation örtlicher Selbsthilfegruppen,
- Informationen über Idee und Konzepte von Selbsthilfegruppen,
- Zugang zu bestehenden Gruppen,
- Unterstützung bei der Gründung neuer Selbsthilfegruppen,
- Beratung von/mit Selbsthilfegruppen,
- Vermittlung von Räumen, Finanzen etc.
- Hilfe bei Öffentlichkeitsarbeit
- Drehscheibe zwischen professionellem Versorgungssystem und Selbsthilfesystem (Lotsen-Funktion),
- Sprachrohr-Funktion (gegebenenfalls Interessenvertretung).

Sie sind damit für die Ärzteschaft (bzw. für ihre Patientinnen und Patienten) wie für andere Fachkräfte und Einrichtungen der medizinischen und psychosozialen Versorgung die am besten geeigneten lokalen Ansprechpartner, wenn es um Fragen der Selbsthilfe vor Ort (nicht um krankheitsspezifische Fragen!) geht.

Ein Verzeichnis aller Selbsthilfe-Kontaktstellen in Deutschland (also auch in Hessen) wird von NAKOS im Verzeichnis der „Roten Adressen“ ständig aktualisiert.

Patientenvertretung

Seit 2004 ist der Selbsthilfe auf gesetzlicher Grundlage eine weitere Rolle zugewachsen: die Mitwirkung an der Patientenvertretung im Sinn des § 140f SGB V [2]. Neben der „Verbraucherzentrale Bundesverband e. V.“ und der „Bundesarbeits-

gemeinschaft der PatientInnenstellen und -Initiativen“ wurden der Deutsche Behindertenrat (DBR) – eine Plattform verschiedener Selbsthilfeorganisationen und Betroffenenverbände (u. a. der BAG Selbsthilfe) – und die Deutsche Arbeitsgemeinschaften Selbsthilfegruppen e. V. dafür vom Bundesministerium für Gesundheit akkreditiert.

Sie sind berechtigt, im Konsens untereinander geeignete Personen in Entscheidungsgremien des deutschen Gesundheitswesens zu entsenden, vor allem in den G-BA, aber auch in Zulassungs-, Berufungs- und Landesausschüsse, zum Beispiel in Hessen. In anderen Gremien, wie etwa Gesundheitskonferenzen oder Leitlinienkommissionen, gehört es inzwischen zum guten Ton, auch ohne explizite gesetzliche Verpflichtung Patientenvertreter zu beteiligen. Als ein solcher Patientenvertreter der ersten Stunde (seit 2004) kann der Autor bezeugen, wie sich aus der anfangs – versteckt oder offen – äußerst ablehnenden Haltung der traditionellen „Bänke“ (GKV, KBV, DKG bzw. Fachgesellschaften) eine sehr viel kooperativere und wertschätzendere entwickelt hat – mehr oder weniger jedenfalls, meistens jedenfalls, bei vielen jedenfalls.

Dipl.-Psych.

Jürgen Matzat

Psychologischer
Psychotherapeut
Leiter der Kontaktstelle
für Selbsthilfegruppen
Friedrichstr. 33
35392 Gießen



Foto: privat

E-Mail: juergen.matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Der Wortlaut der Gesetzestexte wird als Literaturhinweis auf unserer Webseite www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“ dokumentiert.

Weiterführende Links im Internet:

- www.bag-selbsthilfe.de
- www.dag-shg.de
- www.nakos.de

Literatur zum Artikel:

Selbsthilfe im Gesundheitswesen

von Jürgen Matzat

[1] § 20h SGB V:

„Die Krankenkassen und ihre Verbände fördern Selbsthilfegruppen und -organisationen, die sich die gesundheitliche Prävention oder die Rehabilitation von Versicherten bei einer der im Verzeichnis nach Satz 2 aufgeführten Krankheiten zum Ziel gesetzt haben, sowie Selbsthilfekontaktstellen im Rahmen der Festlegungen des Absatzes 3. Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen beschließt ein Verzeichnis der Krankheitsbilder, bei deren gesundheitlicher Prävention oder Rehabilitation eine Förderung zulässig ist; sie haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Vertretungen der für die Wahrnehmung der Interessen der Selbsthilfe maßgeblichen Spitzenorganisationen zu beteiligen. Selbsthilfekontaktstellen müssen für eine Förderung ihrer gesundheitsbezogenen Arbeit themen-, bereichs- und indikationsgruppenübergreifend tätig sein.“

[2] § 140f SGB V

„Im Gemeinsamen Bundesausschuss nach § 91 und in der Nationalen Präventionskonferenz nach § 20e Absatz 1 erhalten die für die Wahrnehmung der Interessen der Patientinnen und Patienten und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen ein Mitberatungsrecht; die Organisationen benennen hierzu sachkundige Personen. Das Mitberatungsrecht beinhaltet auch das Recht zur Anwesenheit bei der Beschlussfassung. Die Zahl der sachkundigen Personen soll höchstens der Zahl der von dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen entsandten Mitglieder in diesem Gremium entsprechen. Die sachkundigen Personen werden einvernehmlich von den in der Verordnung nach § 140g genannten oder nach der Verordnung anerkannten Organisationen benannt.“

[3] „Salutogenese ist die Wissenschaft von der Entstehung und Erhaltung von Gesundheit. Salus kommt aus dem Lateinischen und bedeutet Gesundheit, der Wortteil -genese heißt wörtlich übersetzt Entstehung. Somit ist die Salutogenese als Gegenstück zur Pathogenese, welche die Entstehung von Krankheit beschreibt, zu sehen. In den 1970er-Jahren ging der Medizinsoziologe Aaron Antonovsky der Frage nach, welche Faktoren die Salutogenese beeinflussen. Er entwickelte ein theoretisches Modell über die Eigenschaften, die man braucht, um gesund zu werden und es auch zu bleiben.“
Quelle: www.gesundheit.de/wissen/haetten-sie-es-gewusst/medizinische-begriffe/was-ist-salutogenese.



Foto: www.ADstore.de für die Stiftung Leben mit Krebs

Prof. Dr. med. Elke Jäger bei einer Regatta „Rudern gegen Krebs“ in Mainz.

„Alle mussten rudern lernen“

Prof. Dr. med. Elke Jäger will die Lebensperspektive onkologischer Patienten durch körperliche Bewegung verbessern

Seit 2003 ist Prof. Dr. med. Elke Jäger Chefarztin der Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main. Die Fachärztin für Hämatologie und Onkologie sowie Palliativmedizin gilt deutschlandweit als Vorreiterin beim Thema Krebs und Sport. Im Gespräch mit dem Hessischen Ärzteblatt erzählt sie, welche Bedeutung Sport und Bewegung für die Therapie onkologischer Erkrankungen haben.

Was bedeutet Sport für Sie, und wie sind Sie auf Sport als begleitende Therapie gekommen?

Prof. Dr. med. Elke Jäger: In den frühen 2000er-Jahren wurden Krebserkrankungen durch enorme Entwicklungen auf dem Medikamentensektor auch im fortgeschrittenen Stadium besser behandelbar. Während beispielsweise Patienten mit der Diagnose Lungenkrebs in den achtziger Jahren nach durchschnittlich acht Monaten starben, konnte die Überlebenszeit in heutiger Zeit dann auf zwei bis drei Jahre verlängert werden, durch sinnvolle Sequenzen unterschiedlicher Therapien. Allerdings war die Kehrseite der Medaille, dass viele Patienten nach wie vor äußerst depressiv auf ihre Diagnose reagierten, die Behandlung entgegen nahmen, sich aber an ihrer zusätzlich gewonnenen Lebenszeit gar nicht erfreuen konnten. Intuitiv war ich mir sicher, dass

Bewegung und Sport ihnen gut tun würden und eine Lebensperspektive in der Krankheit schaffen könnten. Zudem bin ich selbst überzeugte Sportlerin.

Wie ist es Ihnen gelungen, Patienten zu motivieren und die therapeutische Wirkung von Bewegung zu belegen?

Jäger: Der bloße Ratschlag „Treiben Sie Sport!“ reicht überhaupt nicht. Wichtig ist, die Patienten zur Bewegung hin zu führen. 2005 haben Professor Banzer, Leiter der Abteilung Sportmedizin der Goethe-Universität Frankfurt, und ich vereinbart, eine Pilotgruppe von 20 Patienten in unterschiedlichen Stadien einer Krebserkrankung zusammenzustellen. Die Teilnehmer wurden umfangreich sportmedizinisch untersucht, beraten und erhielten ein individuelles Bewegungsprogramm. Das Projekt sollte Antworten auf folgende Fragen geben: Ist ein Patient in fortgeschrittenem Stadium einer Krebserkrankung überhaupt sportfähig? Kann er seinen körperlichen Zustand verbessern? Ist der Therapieerfolg messbar?

Wie sahen die Ergebnisse des Pilotprojekts aus?

Jäger: Die Ergebnisse waren durchweg positiv: Ja, auch der Krebspatient mit fortgeschrittener Erkrankung kann nach voraus-

gegangenem Leistungstest trainieren. Wird er dabei überwacht, fühlt er sich auch sicher. Nach drei Wochen niederschwelliger Bewegung fühlten sich die Patienten körperlich wohler und ihre körperliche Leistungsfähigkeit hatte sich messbar verbessert. Was uns besonders überrascht hat: 80 % der körperlich Aktiven verloren das Fatigue-Symptom. Das Immunsystem wurde durch die kontinuierliche Bewegung gestärkt.

Da auch onkologische Symptome und Nebenwirkungen medikamentöser Behandlungen wie etwa Übelkeit viel seltener auftraten, blieben die Patienten häufiger bei ihrem Therapieplan. Mit dem Resultat, dass sich die Behandlungserfolge verbesserten. Auf Grundlage des erfolgreichen Pilotprojekts haben wir 2006 gemeinsam mit der Abteilung Sportmedizin der Goethe-Universität ein Konzept für die bewegungstherapeutische Betreuung onkologischer Patienten entwickelt. Damit war der Grundstein für die Integration von Bewegungstherapie in die Onkologie am Krankenhaus Nordwest gelegt.

2005 haben Sie die Stiftung „Leben mit Krebs“ ins Leben gerufen. Was wollen Sie damit erreichen?

Jäger: Die Frage, wer die sportmedizinische Untersuchung bezahlt, war ungeklärt. Wir haben die Stiftung „Leben mit

Krebs“ ins Leben gerufen, um damit therapeutisch unterstützende Angebote und wissenschaftliche Projekte zu fördern, die das Leben mit Krebs für die Betroffenen leichter machen. Erklärtes Ziel der Stiftung ist es, die Bewegungstherapie fest in der onkologischen Behandlung zu verankern.

Unser Galionsprojekt heißt „Rudern gegen Krebs“. 2005 habe ich alle in der Onkologie Tätigen – Ärztinnen und Ärzte, Pflegerinnen und Pfleger – motiviert, Rudern zu lernen (Jäger schmunzelt).

2005 fand die erste Regatta statt. Wir wollten zeigen: Es geht! Wenn wir zusammen für unsere Patienten in einem Boot sitzen und vereint auf ein Ziel zusteuern, sind wir erfolgreich. Genau diese Botschaft kam über die Rennen an. Inzwischen gilt die Benefiz-Regatta als Aushängeschild der Stiftung und hat sich zur erfolgreichsten Amateursportserie in Deutschland entwickelt. In Kooperation mit lokalen Rudervereinen und onkologischen Therapieeinrichtungen rudern Mannschaften aus Wirtschaft und Gesellschaft, Krankenhaus- und Klinikpersonal, aber auch Betroffene gemeinsam für den guten Zweck. Mit den Erlösen aus Sponsoringeldern, Startgebühren und Spenden soll möglichst vielen Patienten mit Krebserkrankung der Zugang zu einem regelmäßigen, medizinisch kontrollierten Sportangebot ermöglicht werden.

Wie hat sich die Zusammenarbeit mit der Abteilung Sportmedizin der Goethe-Universität entwickelt?

Jäger: 2008 haben wir die bewegungstherapeutische Betreuung onkologischer Patienten um ambulante Bewegungstherapiegruppen, wie zum Beispiel Gymnastik, Rudern und Nordic Walking, an verschiedenen Standorten in Frankfurt ergänzt. Seit 2014 betreuen wir unter dem gemeinsamen Dach des UTC (Universitäres Centrum für Tumor-Erkrankungen) auch den Standort Universitätsklinikum Frankfurt mit.

Im Sommer 2017 sind Sie mit der Gründung des Instituts für onkologische Sport- und Bewegungstherapie am Krankenhaus Nordwest einen weiteren Schritt gegangen.

Jäger: Ja, der Schritt war notwendig geworden, da sich sonst der große organisatorische Aufwand nicht mehr hätte be-

wältigen lassen. Heute sind hier zwei Sportwissenschaftler und zwei Trainer beschäftigt; an jedem Werktag gibt es diverse Sportangebote auf unterschiedlichen Levels. Die Nachfrage steigt ständig, so dass das System schon jetzt an seine Grenzen stößt.



Prof. Dr. med. Elke Jäger

Bewegungstherapie macht nicht am Krankenhaus Nordwest und der Frankfurter Universitätsklinik halt. Wie haben Sie weitere Partner mit ins Boot holen können?

Jäger: Ich empfinde es als Segen, dass es das Hessische Onkologiekonzept gibt. Auf dieser Basis ist ein ganzes Netzwerk mit dem Ziel entstanden, onkologischen Patienten eine bestmögliche Versorgung zu bieten. In Frankfurt sind alle onkologischen Versorger, kleine und große Kliniken gleichermaßen, Partner des Netzwerkes und vertraglich für eine bestmögliche onkologische Versorgung im Einzelfall verbunden. Andere Häuser im Rhein-Main-Gebieten stoßen dazu, und wir wollen weitere Partner gewinnen. Das Interesse ist erfreulicherweise groß.

Entscheidend ist, Sport als Therapie überall hinzutragen – in alle Häuser, aber auch in Sporthallen und Sportvereine. Physiotherapie gehört ebenfalls dazu. Patienten müssen wohnortnahe Angebote finden. Partnereinrichtungen werden geprüft, ob sie den Qualitätsanforderungen für den Umgang mit onkologischen Patienten entsprechen.

Welche Rolle spielen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte bei der Integration von Bewegung in die onkologische Versorgung? Ist Sport in der Ärzteschaft als sinnvolle Therapie angekommen?

Jäger: Zu Ihrer ersten Frage: Niedergelassene Kollegen spielen eine ganz wesentliche Rolle, da sie die Patienten nach der Entlassung aus dem Krankenhaus betreuen. Und zu der zweiten Frage: Ja, bei den meisten Kolleginnen und Kollegen hat schon vor Jahren ein Umdenken eingesetzt: Weg von der körperlichen Schonung onkologischer Patienten hin zur Bewegungsförderung. Wir bieten auch Beratung und Fortbildungen für niedergelassene Ärzte an, die gerne wahrgenommen werden. Oft kommen die Patienten selbst aktiv mit der Frage nach Sport auf niedergelassene Kolleginnen und Kollegen zu.

Gibt es Sportarten, die bei bestimmten Krebsarten besonders zu empfehlen sind?

Jäger: Durchaus: So eignet sich etwa leichtes Ausdauertraining bei Lungenkrebs, der oft mit einem Atmenproblem verbunden ist. Ödeme, die in Zusammenhang mit Brustkrebs auftreten können, lassen sich durch leichtes Krafttraining therapieren. Bei Patienten mit antihormoneller Behandlung ist häufig die eigene Wahrnehmung als geschlechtliches Wesen gestört. Körperliches Ausdauertraining trägt dazu bei, das Geschlechtsempfinden wieder zu stärken.

Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft?

Jäger: Ich möchte ein Netzwerk von Sportvereinen aufbauen, die wie etwa der Ruderverein in Frankfurt Fechenheim, problemlos onkologische Patienten aufnehmen. Und dies für unterschiedliche Sportarten. Ein langfristiges Ziel ist auch, die Kostenträger zur Finanzierung der onkologischen Sport- und Bewegungstherapie zu bewegen. Was mir ganz wichtig ist: Im Vergleich zu der Zeit vor 20 Jahren haben sich die Behandlungsmöglichkeiten in der Onkologie vervielfacht. Krebs hat sich, unter anderem durch die neue Gruppe der Immuntherapeutika, häufig in eine chronische Krankheit verwandelt. Mein Wunsch ist es, diese Lebensperspektive durch körperliche Bewegung zu verbessern und durch Sport zum Gesundwerden in der Krankheit beizutragen.

Interview: Katja Möhrle

Körperliche Bewegung und Sport in der Onkologie – Initiativen im Raum Frankfurt

VNR: 2760602018152550001

Prof. Dr. med. Elke Jäger, Annika Wegener, Nils Schaffrath und Dr. phil. Katharina Schmidt

Das Sportprogramm für Krebspatienten am Krankenhaus Nordwest und Universitätsklinikum

Vor dem Hintergrund der anstrengenden Therapie und psychischen Belastung durch die Krebserkrankung wurde onkologischen Patienten speziell während der Therapiephase noch vor wenigen Jahren Ruhe und körperliche Schonung nahegelegt. Erst seit den 1980er-Jahren liefern erste Studien Hinweise für die Machbarkeit und den möglichen Nutzen körperlichen Trainings während einer Krebstherapie [1, 2].

Angesichts der wachsenden Anzahl an publizierten Studien zur Bewegungstherapie mit onkologischen Patienten nehmen seit der Jahrtausendwende – trotz bis zu diesem Zeitpunkt noch fehlender Experten-Empfehlungen oder Leitlinien – das Interesse und die Nachfrage an der Umsetzung von Bewegungsprogrammen für Krebspatienten kontinuierlich zu. Die meisten Pilot-Programme/-Projekte in den frühen 2000ern basierten jedoch aufgrund fehlender Unterstützung durch die Kostenträger auf der Investition von Eigenmitteln und somit persönlichem Engagement. So wurde auch bereits im Jahr 2006 durch Prof. Dr. med. Elke Jäger der Grundstein für die Integration von Bewegungstherapie in die Onkologie am Krankenhaus Nordwest (KHNW) gelegt.

Gemeinsam mit der Abteilung Sportmedizin (Goethe-Universität Frankfurt) wurde ein erstes Konzept für die bewegungstherapeutische Betreuung onkologischer Patienten entwickelt. Vermittelt über die betreuenden Onkologen, konnten interessierte Patienten eine umfangreiche sportmedizinische Untersuchung (Anamnese, Ruhe-Untersuchungen, Belastungs-EKG oder Spiroergometrie) inklusive einer individualisierten Bewegungsberatung und

Einführung in ein heimbasiertes Training in der Sportmedizin wahrnehmen. Mögliche Folgetermine nach ca. 6 sowie 20 Wochen dienten der Verlaufskontrolle, Ermittlung und bestenfalls Behebung von Barrieren sowie der Anpassung des Trainingsplans.

Mit Hilfe von Fördermitteln konnte das Kooperationsprojekt seit 2008 um ambulante Bewegungstherapiegruppen wie zum Beispiel Gymnastik, Rudern und Nordic Walking an verschiedenen Standorten in Frankfurt und um qualifizierte Mitarbeiter (Sportwissenschaftler, Sporttherapeuten) erweitert werden.

Vor dem Hintergrund der hohen Auslastung und positiven Patienten-Rückmeldungen werden die Aktivitäten kontinuierlich strukturell und inhaltlich ausgebaut. Seit ca. 2012 wird zur Optimierung der Versorgung eine sporttherapeutische Beratung und Diagnostik innerhalb der Klinik für Onkologie und Hämatologie (KHNW) für interne und externe Patienten angeboten (Kontakt: Kasten S. 236). Übergeordnetes Ziel war und ist es, körperliche Aktivität als supportive Maßnahme für ein breites Patientenkollektiv zugänglich zu machen und gleichermaßen die Etablierung der begleitenden oder gezielten Forschung im Kontext Bewegung und Onkologie voran zu treiben. Aufgrund der ständig steigenden Nachfrage wird seit 2014 unter dem gemeinsamen Dach des UCT (Universitäres Centrum für Tumor-Erkrankungen) auch der Standort Universitäts-Klinikum Frankfurt (UKF) mitbetreut.

Orientiert am Forschungsstand und Empfehlungen wurde ein (teil-)standardisierter Ablauf von Diagnostik und Beratung entwickelt und in die Versorgung implementiert. Um eine bestmögliche Patientenversorgung mit hohen Qualitätsstandards zu gewährleisten, wurde für sämtliche Aktivitäten eine enge interdisziplinäre

Zusammenarbeit zwischen Sportwissenschaft und Onkologie etabliert. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die aktuellen Inhalte des bewegungstherapeutischen Angebotes (siehe Online-Ausgabe).

Um möglichst viele Patienten erreichen zu können und verschiedene Möglichkeiten für körperliches Training zu vermitteln, werden unterschiedliche Informationsveranstaltungen, Sportwettkämpfe und -reisen für Krebspatienten konzipiert und umgesetzt. Regelmäßig finden bspw. medizinisch und therapeutisch betreute Wander- und Skilanglaufreisen mit Unterstützung der Stiftung Leben mit Krebs und in Zusammenarbeit mit weiteren Kooperationspartnern statt.

Die Teilnehmerzahl konnte von 15 Personen bei der ersten Wanderung im Jahr 2009 auf aktuell 53 Personen für die anstehende Skilanglauf-Reise Ende Februar 2018 gesteigert werden. Weitere Initiativen und Aktionen tragen dazu bei, die Aufklärung von Patienten und relevanten Berufsgruppen wie zum Beispiel Medizinerinnen und Pflegepersonal zu verbessern, um die Zuweisung zu den Programmen und den Informationsstand zu optimieren.

Derzeit arbeiten drei Sportwissenschaftler in der Patientenversorgung und an der strukturellen und inhaltlichen Weiterentwicklung des im Sommer 2017 neu gegründeten Instituts für onkologische Sport- und Bewegungstherapie (IOSBT) am KHNW. Als sportwissenschaftlich-onkologische Schwerpunkteinrichtung im klinischen Kontext möchte das IOSBT eine Grundlage für eine optimale, nachhaltige und evidenzbasierte Patientenversorgung im Bereich Bewegungstherapie nach hohen Qualitätsrichtlinien schaffen und im Netzwerk mit qualifizierten Partnereinrichtungen die langfristige sportonkologische Betreuung im Rhein-Main-Gebiet unterstützen.

Seit Initiierung des sportwissenschaftlichen Angebotes haben bislang mehr als 1.000 Patienten mit unterschiedlichsten Tumordiagnosen, Krankheitsstadien und Therapieformen die Beratung, Diagnostik, Bewegungstherapie und sportwissenschaftliche/-therapeutische Begleitung – häufig über mehrere Jahre – wahrgenommen. Innovativ an dem Projekt war und ist neben der Umsetzung in einer Klinik, dass die Angebote Patienten während aller Therapiephasen und insbesondere mit systemisch fortgeschrittenen onkologischen Erkrankungen offen standen. Speziell aus diesen Erfahrungen konnten wertvolle Implikationen für die Optimierung der Patientenbetreuung in den Folgejahren gewonnen und zum Teil bereits umgesetzt werden.

Eine erste angebotsbegleitende Beobachtungsstudie [3], welche die Daten der sportmedizinischen Untersuchungen analysierte, belegte 2011 erstmals das Potenzial des gewählten Untersuchungs-, Beratungs- und Bewegungsansatzes mit objektiven Daten. Initial wiesen die untersuchten Patienten ($n = 97$; Altersspanne $55,5 \pm 10,6$ Jahren; 61 % weiblich; 33 % Brustkrebs, 27 % gastrointestinale Tumoren, 8 % Bronchialkarzinome) mit 70 % des Referenzwertes eine deutlich reduzierte spiroergometrisch ermittelte Ausdauerleistungsfähigkeit auf.

Über den Nachbeobachtungszeitraum von vier bis sechs bzw. 18–20 Wochen konnten die Teilnehmer ihre Leistungsfähigkeit um durchschnittlich 5,4 % ($\pm 11,7$) bzw. 9,3 % ($\pm 15,4$) steigern ($p < .001$). Dabei profitierten alle gebildeten Subgruppen differenziert in Abhängigkeit der Tumorentität oder dem zeitlichen Abstand zur Diagnose vergleichbar gut ($p > .05$). Eine Folge-Studie mit 158 onkologischen Patienten mit gemischten Tumorentitäten unterstreicht, dass auch Patienten mit einer systemisch fortgeschrittenen Erkrankung (Fernmetastasen) ein kombiniertes Trainingsprogramm (heimbasiertes und angeleitetes Ausdauertraining) ähnlich gut umsetzen können wie Patienten mit lokal begrenzter Erkrankung (183 vs. 179 Minuten körperliches Training/Woche (Median; $p > .05$)). Zudem profitierten beide Gruppen über den Beobachtungszeitraum von vier Monaten signifikant und vergleichbar gut

hinsichtlich körperlicher Leistungsfähigkeit (VO₂peak) sowie perzipierter Lebensqualität und Fatigue-Symptomatik [4]. In Kombination mit der inzwischen vorliegenden hohen Evidenz für das Potenzial von Bewegung (siehe Artikel Banzer et al. ab Seite 228) sprechen diese Resultate für eine frühzeitige und nachhaltige Umsetzung von Bewegungstherapie als supportive Maßnahme in der interdisziplinären Betreuung onkologischer Patienten. Dies wird auch von Fachgesellschaften/Experten zunehmend gefordert [5, 6, 7, 8].

Bewegungsbezogene Betreuung – Einblicke aus der täglichen Praxis

Bei allen Aktivitäten ist die von Expertengruppen [6, 7] empfohlene enge interdisziplinäre Zusammenarbeit relevanter Fachgruppen wie Sportwissenschaft und Onkologie für die angemessene bewegungstherapeutische Versorgung von onkologischen Patienten eine wichtige Voraussetzung. Auf Basis von Praxis-Erfahrungen sowie Forschungsergebnissen, daraus resultierenden Resümees und Leitlinien werden die etablierten Konzepte zur Patientenbetreuung kontinuierlich weiterentwickelt, um eine bestmögliche Patientenversorgung mit hohen Qualitätsstandards zu gewährleisten.

Für den Zugang zur bewegungstherapeutischen Betreuung hat sich insbesondere die Kontaktaufnahme und Informationsübermittlung über den betreuenden Arzt im stationären und ambulanten onkologischen Regelbetrieb bewährt. Die Patienten werden entweder direkt durch den Arzt bei den Sportwissenschaftlern telefonisch angemeldet oder es wird eine Anforderung über das hausinterne Patientenmanagement-System gestellt. Studienresultate unterstützen die Relevanz der ärztlichen Empfehlung im Beratungsprozess für eine Bewegungstherapie. Generell sehen Patienten ihren Arzt als wichtigsten Ansprechpartner im Behandlungskontinuum [9]. Untersuchungen zufolge scheinen onkologische Patienten bislang unzureichend über das Thema Bewegung informiert zu sein, jedoch ein großes Interesse diesbezüglich zu haben [10, 11, 12].

Die Zwischenauswertung einer aktuell in der onkologischen Ambulanz am KHNW

laufenden Befragungsstudie zeigt, dass die Patienten zwar vergleichsweise bereits gut über das Thema Bewegung informiert sind. Dennoch wünscht sich mehr als Hälfte der Befragten noch mehr Information und/oder eine spezifische Beratung und Unterstützung durch qualifizierte Experten. Häufig besteht eine große Verunsicherung hinsichtlich der körperlichen Belastbarkeit aufgrund therapie- und krankheitsbedingter Symptome wie bspw. Fatigue und körperlicher Schwäche [10, 13, 14]. Daher scheint eine umfassende und fachübergreifende Information zum Thema Bewegungstherapie indiziert, um Barrieren abzubauen und die Bewegungsmotivation zu erhöhen.

Neben der direkten Empfehlung werden die Patienten mittels Broschüre, Plakaten sowie durch die Homepage des UCT und KHNW über das Angebot informiert und zu einer eigenständigen Kontaktaufnahme mit den Sportwissenschaftlern motiviert. Um den Themeneinstieg zusätzlich zu erleichtern, stehen Flyer und Prospekte wie beispielsweise der „Blaue Ratgeber Nr. 48“ (siehe S. 231) oder die Informationsbroschüre „Bewegung gegen Krebs“ der Deutschen Krebshilfe, des Deutschen Olympischen Sportbundes und der Deutschen Sporthochschule Köln im Wartebereich der onkologischen Ambulanz zur Verfügung.

Für die Beratung, Diagnostik und Betreuung der Patienten wurde in den vergangenen Jahren ein (teil-)standardisierter Ablauf unter Berücksichtigung aktueller Forschungsarbeiten entwickelt (siehe Abb. 1 in der Online-Ausgabe). Eine erste Kommunikation mit dem Sportwissenschaftler besteht zunächst aus einem persönlichen Anamnesegespräch mit Fokus auf dem klinischen und sportlichen Hintergrund sowie der Erfassung des aktuellen Nebenwirkungsspektrums. Zudem werden zur Absicherung einer physiologischen Herz-Kreislauf-Funktion ein Ruhe-EKG abgeleitet und der Blutdruck erfasst. Mittels standardisiertem Dokumentationsbogen werden alle relevanten Aspekte erfasst und in der Patientenakte abgelegt.

Die Prüfung auf mögliche allgemeine sowie therapie- und krankheitsspezifische Kontraindikationen erfolgt unter Berücksichtigung literaturbasierter Empfehlungen [15–18]. Im Anschluss an den ersten

Termin erfolgt eine Abstimmung mit dem betreuenden Arzt/Mediziner zur Beurteilung der Ausgangssituation und des Vorliegens von möglichen Kontraindikationen bzw. Besonderheiten für ein körperliches Training. Zur weiteren Risikoeinschätzung und Diagnostik-Auswahl können Entscheidungsbäume oder Empfehlungen von Expertengruppen [7, 19] herangezogen werden.

Beispielsweise werden Patienten bei pathologischen Befunden in den Ruhe-Untersuchungen (zum Beispiel Auffälligkeiten im EKG oder Blutdruck) zunächst zur Abklärung der Belastbarkeit und gegebenenfalls medikamentösen Einstellung an entsprechende Experten weitervermittelt. Bei Patienten mit Knochenmetastasen erfolgt je nach Befund eine ärztliche Rücksprache und konsiliarische Beratungen zur Absicherung der Stabilität betroffener Regionen bei körperlicher Belastung.

Nach ärztlicher Auswertung des EKGs, Ausschluss von Kontraindikationen und schriftlicher Bestätigung der Sporttauglichkeit werden die Patienten zu einem zweiten Termin im Abstand von wenigen Tagen/Wochen eingeladen. Zur Einschätzung der individuellen Leistungsfähigkeit wird während dieses Termins ein Belastungstest via Stufenprotokoll auf dem Fahrradergometer und indikationsabhängig ein One-Repetition-Maximum Test (1RM: ein Proband ist in der Lage, während einer konzentrischen Bewegung eine Last genau einmal zu überwinden) zur Bestimmung der Kraftfähigkeit durchgeführt. In der Trainingssteuerung hat sich die Anwendung des 1RM als zweckmäßig und praktikabel erwiesen [20]. Während

der Ergometer-Belastung wird die Herzfrequenz, der Blutdruck und das subjektive Belastungsempfinden nach Borg erfasst sowie ein EKG abgeleitet. Belastungsprotokolle, wie das WHO-Schema (25 W + 25 W, alle 2 min), die für Gesundheitsuntersuchungen oder im internistischen Praxisalltag häufig Anwendung finden, werden auch mit onkologischen Patienten durchgeführt. Eine Arbeitsgemeinschaft deutscher Sportwissenschaftler empfiehlt allerdings die Nutzung eines weniger intensiven Protokolls – 20 W/30 W Startlast + 10 W, alle 1 min [15]. Die Planung und Durchführung der Testungen erfolgt orientiert an national und international gültigen Standards [7, 15, 19].

Unabdingbar und Voraussetzung für konkrete und individualisierte Bewegungsempfehlungen ist eine ganzheitliche Patientenbetrachtung unter fachonkologischen Gesichtspunkten und ausgerichtet auf Erwartungen, und Ängste des individuellen Patienten. Relevante Punkte sind des Weiteren die aktuelle Therapiesituation (adjuvante versus neo-adjuvante Therapie, Bestrahlung, Immuntherapie, Chemotherapie-Zyklus), das Vorliegen internistischer, orthopädischer oder neurologischer Nebenerkrankungen, die psychologische und psychosoziale Situation sowie die Mobilität und der Wohnort des Patienten. Eine große Rolle spielen insbesondere, auch für die Auswahl der Trainingskomponenten, das aktuelle und gegebenenfalls zu erwartende Nebenwirkungsspektrum der onkologischen Therapie, wie beispielsweise eine mögliche Belastung im Sinne einer Fatigue-Symp-

tomatik oder die Entwicklung einer gleichgewichts-beeinträchtigenden Polyneuropathie. Hier empfiehlt es sich bspw. Ruhe-Pausen einzuräumen bzw. ein erhöhtes Sturzrisiko und sensomotorische Übungen in der Gestaltung zu berücksichtigen.

Auf Grundlage aller beschriebenen Punkte, der körperlichen Belastbarkeit sowie der individuellen Ziele, werden Empfehlungen für ein personalisiertes, zumeist kombiniertes Kraft-Ausdauertraining gemeinsam mit den Patienten erarbeitet. Die Empfehlungen orientieren sich dabei eng an Leitlinien von Fachgesellschaften [6, 7, 19, 20], wobei häufig eine gestufte Implementierung zur Heranführung an Bewegung und Erleichterung des Trainingseinstiegs sinnvoll ist. Die Umsetzung der Bewegungsempfehlungen in die Praxis erfolgt dann, je nach persönlicher Präferenz des Patienten, auf verschiedenen nachfolgend beschriebenen Wegen.

Möglichkeiten für onkologische Sport- und Bewegungstherapie

Mögliche Optionen für ein Training für die am Krankenhaus Nordwest im Sportprogramm betreuten Patienten, die je nach Anbindung auch generell in der onkologischen Patientenbetreuung genutzt bzw. verordnet werden können, sind beispielsweise:

- Physiotherapeutisch angeleitetes/betreutes Training oder manuelle Therapie über eine entsprechende Heilmittelverordnung (Krankengymnastik oder Krankengymnastik am Gerät).
- Onkologischer Rehabilitationssport (Verordnung, Formular 56).
- Teilnahme an einer hausinternen Krebs-sportgruppe (Kraft-Ausdauertraining für Anfänger und Fortgeschrittene, Pilates, Yoga, Rudern und Nordic Walking) am KHNW oder UKF.
- Vergünstigte Mitgliedschaft für ein medizinisches Training in einem kooperierenden Gesundheitszentrum.
- Weiterführung bereits bestehender Mitgliedschaften in Gesundheits- und Fitnessstudios mit Orientierung an den ausgesprochenen Trainingsempfehlungen.
- Umsetzung eines heimbasierten Trainings selbstständig oder mit einem Trainingspartner.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Körperliche Bewegung und Sport in der Onkologie – Initiativen im Raum Frankfurt“ von Prof. Dr. med. Elke Jäger et al. finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglie-

der-Portal vom 25.03.2018 bis 24.03.2019 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. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte der Autoren.

Training mit stationären Patienten

Im Rahmen der Versorgung werden am am KHNW oder UKF, und dort vor allem auf der Station für Knochenmarkstransplantations-Behandlungen, stationäre Patienten sporttherapeutisch betreut. Mit Hilfe transportabler und desinfizierbarer Kleingeräte wird ein Ganzkörpertraining vom Therapeuten angeleitet und auf dem Zimmer durchgeführt. Je nach Indikation und möglichen muskuloskeletalen Beschwerdebildern wird die Übungsauswahl angepasst, um in erster Linie den Erhalt der körperlichen Leistungsfähigkeit zu gewährleisten und gegebenenfalls Einschränkungen und Beschwerden zu reduzieren. Neben der Vermeidung einer möglichen Muskelatrophie bedingt durch Liegezeiten während des stationären Aufenthaltes, steht ein Training des Herz-Kreislauf-Systems ebenso im Mittelpunkt der Arbeit mit den Patienten. Am UKF gibt es aus diesem Grund bspw. fünf Fahrradergometer in den Transplantationszimmern, die je nach Bedarf für ein Training verwendet werden können.

Netzwerke für die ambulante Sport- und Bewegungstherapie

Mit der Intention, möglichst viele Patienten in der Region Frankfurt/Rhein-Main qualitativ hochwertig betreuen zu können, sind auch dezentrale Bewegungs- und Beratungs-Angebote für onkologische Patienten erforderlich. Die Vermittlung in ein wohnortnahes Angebot erleichtert vielen Patienten den Einstieg in den Sport und trägt zur Bindung an körperliche Aktivität bei. Um eine möglichst flächendeckende Struktur mit einer therapiephasenübergreifenden Bewegungstherapie zu erreichen, wird seit Frühjahr 2017 ein Netzwerk mit ambulanten Therapie-/Rehabilitationszentren aufgebaut. Potentielle Partner werden nach Qualitätskriterien und einer vor Ort stattfindenden Dokumentation erfasst und bei beidseitigem Einverständnis in eine Liste von lokalen Gesundheitsanbietern übernommen. Die Netzwerk-Generierung wird im Rahmen einer Kooperation mit der AG Onkologische Sport- und Bewegungstherapie des Nationalen Centrums für Tumorerkrankungen in Heidelberg umgesetzt.

Aktuell sind zwölf Kooperationspartner im Netzwerk integriert, dazu gehören Einrichtungen in Gebieten der Landkreise Hochtaunus, Main-Kinzig-Kreis, Main-Taunus-Kreis, dem Landkreis Offenbach und die Stadtgebiete Frankfurt am Main und Offenbach. Interessierte Patienten werden in den Sprechstunden am Krankenhaus Nordwest oder Universitätsklinikum Frankfurt über die Angebote und Konditionen aufgeklärt. Nach deren schriftlichem Einverständnis werden trainingsrelevante klinische und sportwissenschaftliche Daten sowie Trainingsempfehlungen an die Kooperationspartner übermittelt.

Die Trainingsdurchführung vor Ort richtet sich nach den individualisierten sportwissenschaftlichen Empfehlungen. Um eine kontinuierliche Weiterentwicklung von Qualitätsstandards in der Behandlung zu erzielen, sind regelmäßige Treffen kooperierender Akteure zu Fortbildungsmaßnahmen und Workshops geplant.

Herausforderungen für die ambulante und stationäre Bewegungstherapie

Auch wenn mittlerweile etablierte und evidenzbasierte Empfehlungen für die Trainingsplanung und deren praktische Umsetzung formuliert werden, so herrscht noch kein durch Reviews und Metaanalysen bestätigter Konsens in Bezug auf differenzierte Programme für bestimmte Zielgruppen/Entitäten. Gleiches gilt bei der Erfassung der körperlichen Leistungsfähigkeit, die ausschlaggebend für die Steuerung des Trainings ist. Eine individualisierte Trainingsgestaltung ist bei häufig vorliegenden komorbiden Krankheitsbildern, unterschiedlichen Krankheitsverläufen und oftmals wechselnden Therapiemaßnahmen und Nebenwirkungen wohl die größte Aufgabe bei der Versorgung onkologischer Patienten. Es ist nicht selten eine Kombination aus über Jahre gesammelten Erkenntnissen und daraus resultierenden Therapiestandards, unter anderem abgeleitet aus Disziplinen der kardiologischen sowie orthopädischen Rehabilitationskette, die in der onkologischen Bewegungstherapie Anwendung finden.

Für eine nachhaltige Implementierung evidenzbasierter Sport- und Bewegungs-

therapieprogramme ist eine kontinuierliche Forschung essenziell. Zukünftig sollten Kenntnisse über die optimale sporttherapeutische Versorgung im speziellen Krankheitsfall und für spezifische Therapieformen in klinischen Studien erarbeitet werden. Übergeordnetes Ziel wäre konsekutiv die Anwendung an qualifizierten Einrichtungen und kooperierenden Institutionen, um eine breite Patientenversorgung nach hohen Qualitätsrichtlinien sicherstellen zu können. Weitere relevante Punkte in der zukünftigen Gestaltung des Arbeitsfeldes sind die Entwicklung von Konzepten zur Kostendeckung durch Träger des Gesundheitssystems und zur Integration von spezifischen Beratungs- und Betreuungsmöglichkeiten von der Diagnosestellung über die Therapie bis hin zur Rehabilitation und Nachsorge im Sinne einer ganzheitlichen Rehabilitationskette.

Prof. Dr. med. Elke Jäger

Chefärztin, Fachärztin für Innere Medizin,
Fachärztin für Hämatologie
und Onkologie, Palliativmedizin

Annika Wegener

Dipl. Sportwissenschaftlerin

Nils Schaffrath,

Sportwissenschaftler M.Sc.

Dr. phil. Katharina Schmidt,

Sportwissenschaftlerin M.A.

E-Mail: schmidt.katharina@khnw.de

Klinik für Onkologie und Hämatologie
Krankenhaus Nordwest Frankfurt
Steinbacher Hohl 2–26
60488 Frankfurt/M.

Danksagungen: Für die Unterstützung des Projektes bedanken wir uns bei Stiftung „Leben mit Krebs“, der Krebsforschung Rhein-Main und dem UCT Frankfurt. Als „Onkologisches Spitzenzentrum“ wird das KHNW durch die Deutsche Krebshilfe gefördert. **Literaturhinweise** finden Sie in der Online-Ausgabe: www.laekh.de

Multiple Choice-Fragen:

Körperliche Bewegung und Sport in der Onkologie – Initiativen im Raum Frankfurt

VNR: 2760602018152550001

(nur eine Antwort ist richtig)

1) Was erleichtert onkologischen Patienten den Zugang zu körperlicher Bewegung bzw. einem Bewegungsprogramm?

- Eine Empfehlung durch den Onkologen
- Eine sportmedizinische Untersuchung mit der Ableitung von konkreten Trainingsempfehlungen
- Ein starrer und fest vorgeschriebener Trainingsplan
- Regelmäßige Rücksprachen mit einem Sportwissenschaftler/-therapeuten

- Nur a und d sind richtig
- Nur a und b sind richtig
- Nur b, c und d sind richtig
- Nur a, b und d sind richtig

2) Welche Maßnahmen aus dem Bereich Bewegungstherapie können generell vom Arzt bei onkologischen Patienten verordnet werden?

- Krankengymnastik am Gerät
- Physiotherapie
- Rehabilitationssport
- Nordic Walking

- Nur a, b und d sind richtig
- Nur a und b sind richtig
- Nur b und c sind richtig
- Nur a, b und c sind richtig

3) Folgende Aspekte spielen in der Planung eines körperlichen Trainings mit onkologischen Patienten keine Rolle:

- Sportliche Vorerfahrungen
- Klinische Historie
- Sozialstatus
- Präferenzen

4) Welche Aussage zum Training mit onkologischen Patienten ist falsch?

- Outdoor-Sportarten wie Rudern können von onkologischen Patienten durchgeführt werden.
- Eine Kombination aus Ausdauer- und Krafttraining ist für onkologische Patienten gut geeignet.

3. Es sind ausschließlich niedrige Belastungsintensitäten für das Training zu wählen.

4. Gleichgewichtstraining und Beweglichkeitstraining sind eine sinnvolle Ergänzung für ein Training mit onkologischen Patienten.

5) Welche Trainingsmöglichkeiten sind für onkologische Patienten sehr gut geeignet?

- Hochintensives Intervall-Training ohne Aufsicht.
- (Hoch-)Leistungs- und Wettkampfsport.
- Achtsamkeitstraining wie Yoga oder Pilates.
- Kontaktsportarten wie zum Beispiel Karate und Boxen.

6) Welche möglichen Effekte sind durch ein körperliches Training bei onkologischen Patienten zu erwarten?

- Eine Verbesserung der Leistungsfähigkeit.
- Eine Abnahme von Therapie-Nebenwirkungen.
- Eine bessere Wirksamkeit der onkologischen Therapie.
- Eine gesteigerte Lebensqualität.

- Nur a, c und d sind richtig
- Nur a, b und c sind richtig
- Nur a, b und d sind richtig
- Nur a und d sind richtig

7) Was sind Kernaussagen für ein Training mit onkologischen Patienten?

- Man sollte mit einem Training möglichst frühzeitig, am besten direkt nach der Diagnosestellung, beginnen
- Während der stationären Phase ist kein Training möglich
- Die Blutwerte spielen keine Rolle für die Durchführbarkeit eines Trainings
- Patienten sollten ausschließlich in angeleiteten Bewegungsprogrammen in der Klinik trainieren, damit ggfs. sofort ärztliche Hilfe zur Verfügung steht

8) Welches Belastungsschema wird bei der Durchführung eines Ausdauerleistungstest bei onkologischen Patienten empfohlen?

- 25 W + 20 W, alle 2 min
- 20 W bzw. 30 W + 10W, alle 1 min
- 30 W + 40 W, alle 3 min
- Keines der Genannten

9) Welche Aussage(n) zu körperlicher Bewegung bei onkologischen Patienten ist/sind richtig?

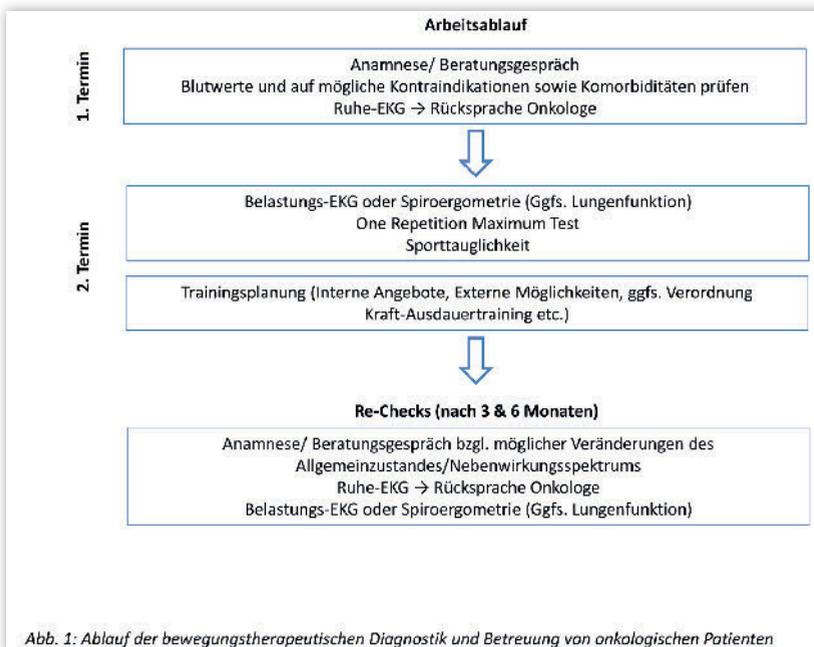
- Ein körperliches Training ist während einer Immuntherapie kontraindiziert.
- Bewegungstherapie ist eine Standard-Maßnahme im Rahmen der onkologischen Versorgung.
- Ein angepasstes körperliches Training ist für nahezu alle Patienten unabhängig von der Tumorentität, Krankheits- und Therapiephase machbar.
- Patienten haben während der Krebs-Therapie generell keine Motivation für Bewegungstherapie, weshalb erst nach Abschluss der klinischen Therapie mit einem Training begonnen werden sollte.

10) Welche Aussage(n) zur Bewegungstherapie bei onkologischen Patienten ist/sind richtig?

- Aufgrund der hohen Evidenz für den Nutzen von Bewegungstherapie ist diese als Kassenleistung in allen Phasen der Krebserkrankung verordnungsfähig.
- Die Möglichkeiten von Bewegungstherapie sind bereits so gut bekannt, dass Bewegungstherapie jedem onkologischen Patienten im Rahmen der klinisch-onkologischen Betreuung verordnet wird.
- Für fast jede Tumorentität und Therapieform liegen differenzierte Empfehlung für ein Training bzw. Trainingskonzepte vor.
- Bewegungstherapie kann insbesondere in der Rehabilitationsphase jedem Patienten budgetfrei in Form von Rehabilitationssport für onkologische Patienten verordnet werden.

Tabelle 1: Übersicht über die aktuellen Inhalte der bewegungstherapeutischen Versorgung onkologischer Patienten am Krankenhaus Nordwest Frankfurt und Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Angebot	Inhalte	Dauer pro Angebot/Termin
Erstberatung und Anamnese	<ul style="list-style-type: none"> • Klinische/sportliche Historie, Präferenzen, Vorerfahrungen • Ruhe-Untersuchung (EKG, Blutdruck) 	45–60 Min.
Sportwissenschaftliche Diagnostik inkl. Trainingsberatung	<ul style="list-style-type: none"> • Belastungs-EKG oder Spiroergometrie • Leitlinienorientierte Trainingsplanung/-beratung • Vermittlung in adäquate interne oder Bewegungstherapieangebote • Erstellung eines Trainingsplanes für ein Heimtraining oder die Umsetzung in kooperierenden Gesundheitszentren 	60–90 Min.
KHNW: 14 Bewegungstherapieangebote in Kooperation mit dem Triamedis Gesundheitszentrum	<ul style="list-style-type: none"> • 8x Krafttraining • 2x Rehasport • 3x Rudertraining (Ergometer & auf dem Wasser) • 1x Nordic Walking 	60 Min.
UKF: 6 Bewegungstherapieangebote	<ul style="list-style-type: none"> • 2x Krafttraining • 1x Pilates • 1x Yoga • 1x Nordic Walking • 1x Rudertraining 	60 Min.
Ambulantes Personal Training	<ul style="list-style-type: none"> • Einweisung in ein Heimtraining • Trainingseinweisung für ein Training in Gesundheitszentren (Kooperationspartner) 	60 Min.
Stationäres Training	<ul style="list-style-type: none"> • Training mit transportablen und desinfizierbaren Kleingeräten sowie Fahrrad-Ergometern 	30–60 Min.
Vermittlung von Patienten/Patientinnen an qualifizierte interne oder externe Partner	<ul style="list-style-type: none"> • Vermittlung an wohnortnahe Kooperationspartner im ambulanten Netzwerk • Suche nach geeigneten Rehabilitationssport-/Vereinsport-Angeboten 	20–40 Min.



Literatur zum Artikel:

Körperliche Bewegung und Sport in der Onkologie – Initiativen im Raum Frankfurt

von Prof. Dr. med. Elke Jäger, Annika Wegener, Nils Schaffrath, Dr. phil. Katharina Schmidt

- [1] MacVicar MG, Winningham ML, Nickel JL. Effects of aerobic interval training on cancer patients' functional capacity. *Nurs Res.* 1989; 38(6): 348–351.
- [2] Schüle K. Zum Stellenwert der Sport- und Bewegungstherapie bei Patientinnen mit Brust- oder Unterleibskrebs. *Rehabilitation.* 1983; (22): 36–39.
- [3] Schmidt K, Vogt L, Thiel C, Lungwitz A, Jäger E, Banzer W. Der onkologische Patient – Körperliche Leistungsfähigkeit und Veränderungspotenzial. *pt_Zeitschrift für Physiotherapeuten.* 2011; 63 (12), 51–55.
- [4] Schmidt K, Lungwitz A, Vogt L, Jäger E, Banzer W. Individually tailored home-based exercise in patients with local and advanced disease: effects on quality of life, fatigue, and exercise capacity. *Med Sci Sports Exerc.* 2015; 47:463
- [5] Buffart LM, Kalter J, Sweegers MG, Courneya KS, Newton RU, Aaronson NK, Jacobsen PB et al. Effects and moderators of exercise on quality of life and physical function in patients with cancer: An individual patient data meta-analysis of 34 RCTs. *Cancer Treat Rev.* 2017; 52: 91–104
- [6] Rock CL, Doyle C, Demark-Wahnefried W, Meyerhardt J, Courneya KS, Schwartz AL, Bandera EV, Hamilton KK, Grant B. Nutrition and physical activity guidelines for cancer survivors. *CA Cancer J Clin.* 2012; 62(4): 243–274.
- [7] Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, Demark-Wahnefried W, Galvão DA, Pinto BM, Irwin ML, Wolin KY, Segal RJ et al.. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc.* 2010; 42(7): 1409–1426.
- [8] Segal R, Zwaal C, Green E, Tomasone JR, Loblaw A, Petrella T (2017). Exercise for People with Cancer Guideline Development Group. Exercise for people with cancer: a systematic review. *Curr Oncol.* 2017; 24(4): e290-e315.
- [9] Ernst J, Brähler E, Weißflog G. Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. *Gesundheitswesen.* 2014; 76 (4), 187–192.
- [10] Clifford BK, Mizrahi D, Sandler C, Barry BK, Simar D, Wakefield CE, Goldstein D. Barriers and facilitators of exercise experienced by cancer survivors: a mixed methods systematic review. *Support Care Cancer.* 2017; [Epub ahead of print,doi: 10.1007/s00520-017-3964-5]
- [11] Murnane A, Gough K, Thompson K, Holland L, Conyers R. Adolescents and young adult cancer survivors. Exercise habits, quality of life and physical activity preferences. *Support Care Cancer.* 2015; 23(2): 501–510.
- [12] Jones LW, Courneya KS. Exercise discussions during cancer treatment consultations. *Cancer Pract.* 2002; 10(2): 66–74.
- [13] Kang DE, Chung JY, Lee J, Lee MK, Park JH, Kim D, Jones LW, Ahn JG, Kim NK, Jeon JY. Exercise Barriers in Korean Colorectal Cancer Patients. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention.* 2014; 15(18): 7539–7545.
- [14] Keogh JW, Patel A, MacLeod RD, Masters J. Perceived barriers and facilitators to physical activity in men with prostate cancer. Possible influence of androgen deprivation therapy. *Eur J Cancer Care.* 2014; 23 (2): 263–273.
- [15] Scharhag-Rosenberger F, Becker T, Streckmann F, Schmidt K, Berling A, Bernardi A, Engeroff T, Exner AK, Gutekunst K, Hofmeister D, Jensen W, Kähnert H, Kneis S, Limbach M, Mautz A, Röcker K, Schmidt ME, Schmidt T, Stöckel T, Wehrle A, Wischemann J, Zimmer P, Zopf E, Steindorf K (2014). Studien zu körperlichem Training bei onkologischen Patienten: Empfehlungen zu Erhebungsmethoden. *Dtsch Z Sportmed.* 2014; 65(11): 304–313.
- [16] Schmidt K, Banzer W. Bewegung bei onkologischen Erkrankungen. In: Banzer W (Hrsg.). *Körperliche Aktivität und Gesundheit. Präventive und therapeutische Ansätze der Sportmedizin.* 2017. (S. 225–247). Heidelberg: Springer.
- [17] DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention). Leitlinien zur Belastungsuntersuchung in der Sportmedizin: (Ebene IV – 03/2002). 2002. Zugriff unter: www.sportmedizin-hamburg.com/images/pdfs/LeitlinienDGSP.pdf.
- [18] DGSP (Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention). S 1 Leitlinie – Vorsorgeuntersuchung im Sport. 2007. Zugriff unter: www.dgsp.de/_downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf.

- [19] National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®) Survivorship. 2017. Zugriff unter:
http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/survivorship.pdf.
- [20] Wiskemann J, Steindorf K. Krafttraining als Supportivtherapie in der Onkologie. Dtsch Z Sportmed. 2014; 60(1): 22–24.

Sport- und Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen

VNR: 2760602018152540002

Dr. phil. Eszter Füzéki, Dr. phil. Katharina Schmidt und Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer

1. Epidemiologie

Onkologische Erkrankungen stellen in den Industrieländern eine hohe Krankheitslast dar. In Deutschland sind im Jahr 2013 etwa 253.000 Männer und 230.000 Frauen an Krebs neu erkrankt. Bei Frauen sind Mamma-, Kolon-, und Bronchialkarzinom, bei Männern Prostata-, Bronchial-, und Kolonkarzinome die häufigsten Entitäten (siehe Abb. 1, nur in der Online-Ausgabe). Bösartige Neubildungen sind nach Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland die zweithäufigste Todesursache und für circa jeden vierten Todesfall verantwortlich [1, 2].

Die Verbesserung von Früherkennung, Diagnose und Therapie tragen zu einer längeren Überlebensdauer und insgesamt besseren Prognose bei. Die Überlebensraten variieren zwischen den Tumorentitäten und -stadien. Durchschnittlich überleben ca. 61–66 Prozent (%) aller Krebspatienten mindestens fünf Jahre nach einer Krebsdiagnose [2]. Entsprechend steigt die Anzahl von Personen, die in ihrem Leben von einer Krebserkrankung und -therapie betroffen waren, an. Das Robert-Koch-Institut schätzt die fünf-Jahres-Prävalenz auf circa 1,6 Millionen Menschen [2].

Einhergehend mit verbesserten Prognosen und längerer Überlebensdauer werden onkologische Erkrankungen zunehmend zu chronischen Erkrankungen, da die Überlebenden unter anderem auch langfristig noch unter den Folgen von Erkrankung und Therapie leiden. Folglich gewinnen neben der primären und akuten Therapie die Nachsorge und langfristige Gesundheitsförderungsmaßnahmen inklusive Sport- und Bewegungstherapie an Bedeutung.

2. Bewegung in der Prävention

Krebs ist ein sehr heterogenes Krankheitsbild. Die Ätiologie vieler Krebsentitäten ist

aktuell nur unzureichend erforscht, angenommen wird jedoch eine multifaktorielle Pathogenese mit vielfältigen zum Teil beeinflussbaren Risikofaktoren. Auch wenn immunologische und genetische Aspekte bei der Entstehung von Krebs eine Rolle spielen, geht man davon aus, dass je nach Entität bis zu 30 % der Krankheitsfälle mit modifizierbaren Lebensstil- und Umweltfaktoren im Zusammenhang stehen.

Die Forschung zu möglichen protektiven Effekten von Bewegung ist ein relativ junges Wissenschaftsfeld, das jedoch kontinuierlich neue Erkenntnisse liefert. So belegt mittlerweile eine Vielzahl an epidemiologischen Studien einen starken Zusammenhang zwischen Bewegungsverhalten und dem Risiko, an bestimmten Krebsarten zu erkranken. Die Evidenz ist besonders stark bei Kolon-, Mamma-, und Endometriumskarzinomen [3].

Bewegungsempfehlungen für die Primärprävention

Aus der aktuellen wissenschaftlichen Datenlage lassen sich keine endgültigen Angaben bezüglich Bewegungsempfehlungen für die Primärprävention ableiten. Die verschiedenen Fachgesellschaften und Experten sprechen leicht differierende Empfehlungen aus. Einig sind sie jedoch darin, dass regelmäßige moderate Bewegung das Erkrankungsrisiko deutlich senken kann. Häufig wird auf die allgemeinen Bewegungsempfehlungen der Weltgesundheitsorganisation (WHO) verwiesen. Zudem wird gefordert, die mit Sitzen verbrachte Zeit möglichst zu reduzieren [3].

WHO-Bewegungsempfehlungen für Erwachsene

- Erwachsene sollten möglichst mindestens 150 Minuten/Woche Ausdaueraktivität mit moderater oder 75 Minu-

ten/Woche mit hoher Intensität durchführen.

- Die Aktivität kann in Einheiten von mindestens zehn Minuten akkumuliert werden.
- Erwachsene sollten zwei- bis dreimal in der Woche muskelkräftigende Aktivitäten durchführen.
- Auch Aktivitäten unterhalb dieser Empfehlungen sind gesundheitswirksam.

Ausdauertraining

Unter Ausdauer versteht man die Fähigkeit des Körpers, eine Leistung über längere Zeit hinweg ohne Ermüdung zu erbringen. Ausdaueraktivitäten verbessern die Leistungsfähigkeit des Herzkreislaufsystems und tragen zu einer besseren Erholungsfähigkeit der Muskulatur nach Belastung bei. Ausdaueraktivitäten sind zum Beispiel Gehen, (Nordic) Walking, Joggen, Schwimmen oder Radfahren.

Kraft- oder Muskeltraining

Kraft ist die Fähigkeit des neuromuskulären Systems, Widerstände zu überwinden, sie zu halten oder ihnen entgegenzuwirken. Muskelkräftigendes Training kann in vielen Formen wie zum Beispiel mit Gewichten oder Kleingeräten durchgeführt werden. Vergleichbar effektiv können zum Beispiel auch Übungen mit dem eigenen Körpergewicht, wie Liegestütze, Klimmzüge, Situps etc. sein.

Wirkmechanismen körperlicher Aktivität in der Prävention

Vergleichbar zur nur unvollständig möglichen Beschreibung der Karzinogenese bleibt auch die Identifikation der Mechanismen über die körperliche Aktivität präventiv wirkt, aktuell eine große Herausforderung. Die vermuteten Mechanismen greifen ineinander und unterscheiden sich



Regelmäßige moderate Bewegung kann das Erkrankungsrisiko deutlich senken.

zwischen den Krebsentitäten. Diskutiert werden direkte Wirkmechanismen von körperlichem Training, wie beispielsweise die günstige Beeinflussung von Wachstumsfaktoren und anti-oxidativem Stress. Potentielle indirekte Mechanismen tragen primär über die Verbesserung der Körperzusammensetzung und konsekutive Effekte zur Reduktion des Erkrankungsrisikos bei. Umfassende narrative Übersichten zu den möglichen Mechanismen finden sich bei Thomas und Kollegen [4].

3. Bewegungstherapie bei Krebserkrankungen

Krankheits- und therapiebedingte Veränderungen der körperlichen Leistungsfähigkeit onkologischer Patienten

Die körperliche Leistungsfähigkeit onkologischer Patienten wird nicht nur durch die Erkrankung selbst, sondern auch durch die Nebenwirkungen der Therapien vermindert. Einige Daten legen nahe, dass Krebsüberlebende schon vor der Diagnose überproportional häufig inaktiv waren [5], und oft ihre körperliche Aktivität noch weiter reduzieren [6]. Die aggressiven Therapien schädigen oftmals das kardiovaskuläre, pulmonale, neurologische und endokrine, sowie das Muskel-Skelett- und Immunsystem [7]. Diese Nebenwirkungen manifestieren sich akut oder verzögert und können reversibel oder langanhaltend sein. Im Vergleich zu gesunden,

inaktiven, gleichaltrigen Personen des gleichen Geschlechts weisen onkologische Patienten eine um bis 30 % reduzierte kardiorespiratorische Fitness auf [8, 9]. Zudem leiden viele onkologische Patienten an schwerwiegenden, unter anderem auch weiteren altersassoziierten, Komorbiditäten.

Für viele Patienten ist die Fatigue-Symptomatik eine der Nebenwirkungen, welche die Lebensqualität am deutlichsten beeinträchtigt. Fatigue ist ein physischer, mentaler und kognitiver Erschöpfungszustand, der zu einer weiteren Reduktion körperlicher Aktivität führt und somit eine negative Spirale begünstigen kann. Die Prävalenz von Fatigue während der Therapie reicht von 25 % bis 99 %, je nach Entität und Therapieart, und kann unter Umständen zum Therapieabbruch führen. Die Symptomatik verbessert sich häufig im ersten Jahr nach Therapieende. Trotzdem berichten ein Viertel bis ein Drittel der Patienten auch noch zehn Jahre nach Diagnose und Therapie von Fatigue [10].

Bewegungstherapie bei onkologischen Erkrankungen

Noch in den 1980er-Jahren galt die Empfehlung, onkologische Patienten sollten sich körperlich schonen; häufig wurde ihnen Bettruhe verordnet. Heute liegt Evidenz auf dem höchsten wissenschaftlichen Niveau vor, dass Bewegungstherapie

unter Berücksichtigung individueller Einschränkungen und Kontraindikationen in jeder Phase der Erkrankung und Therapie sicher durchführbar und vorteilhaft ist.

Ausdauertraining

Die am häufigsten untersuchten Ausdauertrainingsformen sind Fahrradergometertraining, Walking und Nordic Walking. Ein Großteil der vorliegenden Studien wurden bei Brustkrebs-, Prostata-, und Kolorektalkarzinompatienten während oder nach der Therapie durchgeführt. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Ausdauertraining die Lebensqualität der Patienten signifikant verbessern [11–14] und die Fatigue-Symptomatik deutlich mindern kann [7, 14–19]. Weitere mögliche Effekte eines Ausdauertrainings, welche in Studien bereits nachgewiesen werden konnten, umfassen unter anderem eine Verbesserung der körperlichen Leistungsfähigkeit, eine Reduktion von kardiovaskulären Risikofaktoren und haben einen positiven Einfluss sowohl auf psychosoziale Parameter als auch depressive Symptomatiken.

Krafttraining

Neue Studien zeigen, dass auch Krafttraining bei onkologischen Patienten sicher durchführbar und therapeutisch sinnvoll ist. Wenngleich die Effekte von Krafttraining auf die Fatigue-Symptomatik und die Lebensqualität weniger eindeutig als beim Ausdauertraining [20, 21] sind, kann Krafttraining die Körperzusammensetzung günstig verändern und zu großen Kraftzuwachs in den trainierten Extremitäten führen [20–23]. Gegen anfängliche Befürchtungen verursacht bzw. verschlimmert Krafttraining kein Brustkrebs-assoziiertes Lymphödem, sondern kann dieses sogar positiv beeinflussen [24].

Intervalltraining

Intervalltraining ist eine im Leistungssport seit vielen Jahren etablierte Trainingsmethode mit aufeinanderfolgenden Belastungs- und Erholungsphasen. Die Anzahl der Phasen und die jeweiligen Intensitäten können variabel gestaltet werden. Ein spezifisches Training ist das HIIT (high intensity interval training), in dem die Belastungsphase sehr kurz ist – je nach Protokoll zwischen zehn Sekun-

den bis ca. vier Minuten. Gleichzeitig ist die Intensität sehr hoch – nah an der maximalen Leistungsfähigkeit. Diese Methode hat sich in jüngerer Zeit auch bei unterschiedlichen Patientenkollektiven als effektiv und sicher durchführbar erwiesen [32, 33]. Die nun vorliegenden ersten Untersuchungen zeigen, dass HIIT auch von onkologischen Patienten gut toleriert wird und Lebensqualität, körperliche Leistungsfähigkeit und kardiovaskuläre Risikofaktoren ähnlich günstig beeinflussen kann wie ein moderates Dauertraining [34, 35].

Kognitive Effekte

Wie oben erwähnt, können Erkrankung und Therapie auch das neurologische System negativ beeinflussen. Dies manifestiert sich unter anderem in kognitiven Beeinträchtigungen im Bereich Aufmerksamkeit, Konzentration und exekutiver Funktionen. Schätzungsweise sind bis zu 70 % der Patienten unmittelbar nach einer Chemotherapie hiervon betroffen, und circa 30 % berichten von solchen Einschränkungen auch viele Jahre nach Therapieende. Eine aktuelle Übersichtsarbeit fand erste Hinweise dafür, dass Bewegungstherapie in mehreren kognitiven Domänen zu einer Verbesserung der Funktion führen kann [25].

Neuropathie

Periphere Neuropathien können durch die Erkrankung selber oder durch die Chemo- und Strahlentherapie bedingt werden. Typische Symptome sind

Schmerzen, Kribbeln in den Händen und Füßen, Taubheitsgefühl und Muskelschwäche [26], die bei vielen Patienten lange anhalten [27] und die Lebensqualität, Mobilität und Gleichgewichtsfähigkeit vermindern können. Eine aktuelle Übersichtsarbeit zeigt, dass kombiniertes Ausdauer-, Kraft- und sensomotorisches Training die Symptome möglicherweise reduzieren oder diesen sogar vorbeugen kann [28]. Bisherige Studien haben jedoch noch keine Patienten mit besonders stark ausgeprägten Symptomen berücksichtigt, weshalb noch keine Aussagen zur Machbarkeit und Effektivität eines Trainings in diesem Kollektiv getroffen werden können.

Rezidivprophylaxe, Mortalität

Eine entscheidende Frage ist, ob Bewegung letztlich einen Überlebensvorteil ermöglicht. Eine aktuelle, Beobachtungsstudien zusammenfassende, Übersichtsarbeit schlussfolgert, dass Bewegung das Sterberisiko bei Brust-, Darm- und Prostatakrebs um durchschnittlich ca. 38 % senken kann [36]. Des Weiteren scheint eine hohe kardiorespiratorische Fitness mit einem reduzierten Sterblichkeitsrisiko in Zusammenhang zu stehen. Eine aktuelle Meta-Analyse hat an Krebs erkrankte Personen je nach Fitnessstatus in drei Gruppen geteilt und das Mortalitätsrisiko nach einem durchschnittlichen Follow-Up von 16,4 Jahren ausgewertet. Verglichen mit unfitten Patienten wiesen die Fittesten ein um 45 % und die in der mittleren Fitnessgruppe ein um 20 % niedrigeres Sterblichkeitsrisiko auf. Eine wich-

tige Erkenntnis war zudem, dass dieser protektive Effekt unabhängig von Adipositas bestand [37].

Wirkmechanismen körperlicher Aktivität in der Therapie

Die biologischen Mechanismen, die den positiven Effekten von körperlicher Aktivität bei onkologischen Patienten zu Grunde liegen, sind noch unzureichend beschrieben. Es werde komplexe Wirkungen und Interaktionen vermutet. Bspw. wird die Reduktion der Fatigue-Symptomatik auf unterschiedliche bewegungsinduzierte physiologische Anpassungen wie zum Beispiel im Muskelstoffwechsel, der Zytokinausschüttung, Blutbildveränderungen sowie bei entzündlichen Prozessen und Parametern zurückgeführt [38]. Im Hinblick auf die Effekte bezüglich der Prognose werden abhängig von Krebsart und Trainingsform variierende Mechanismen angenommen. [39–41]. Insgesamt liegt jedoch erst eine begrenzte Anzahl an Studien unter Berücksichtigung von möglichen relevanten Biomarkern mit teils inkonsistenten Resultaten vor.

Bewegungsempfehlungen für Krebspatienten

Die Heterogenität onkologischer Erkrankungen und Stadien, die unterschiedlichen Therapien sowie der differierende Gesundheits- und Fitnesszustand der Patienten erlaubt aktuell nur bedingt krebspezifische oder konkrete Empfehlungen zu formulieren. Möglich sind eher allgemeine Vorgaben. Patienten ohne Kontraindikationen und in stabilem Zustand können sich an den allgemeinen Bewegungsempfehlungen orientieren. Wichtig für die Trainingsplanung und -gestaltung ist, wie oben skizziert, dass sehr viele onkologische Patienten eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit aufweisen. Zudem können sich fluktuierende Ausprägungen der Nebenwirkungen, insbesondere der Fatigue-Symptomatik im Zeitverlauf stark unterschiedlich bemerkbar machen, und somit eine variierende Tagesform bedingen. Dies impliziert, dass allgemeine Bewegungsempfehlungen bei vielen Patienten nur langfristige Ziele sein können. Eine

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Sport- und Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen“ von Prof. Dr. med. Dr. Winfried Banzer et al. finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das

Mitglieder-Portal vom 25.03.2018 bis 24.03.2019 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. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte der Autoren.

graduelle Steigerung der körperlichen Aktivität [42] und Berücksichtigung individueller Möglichkeiten und Präferenzen scheinen daher sinnvoll. Grundsätzlich gilt: Jede Bewegung besser ist als keine [43].

4. Sportmedizinische Beratung

Bei der sport- und bewegungstherapeutischen Betreuung onkologischer Patienten müssen sowohl die krankheits- wie auch therapiebedingte Folgen und individuelle Möglichkeiten beachtet werden. Generell sollten die üblichen Kontraindikationen bzgl. Bewegungstherapie und Belastungstests sowie Regeln zu sportmedizinischen Voruntersuchungen (internistisch, orthopädisch) für Gesunde und chronisch Erkrankte [44, 45, 46], auch für Krebspatienten Berücksichtigung finden. Weitere tumor-/therapie-

bedingte Kontraindikationen und Besonderheiten für das Training wurden von verschiedenen Expertengruppen zusammengefasst [7]. Die enge Abstimmung mit dem behandelnden Onkologen/Hausarzt ist essenziell, um die Entscheidung hinsichtlich einer gefahrungsfreien Belastbarkeit abzusichern [47]. Dabei sollte auch der klinische Status unter Berücksichtigung der Diagnosen inkl. Labortests wie Blutwerten, aktuellen und vorangegangenen Behandlungen, einer medizinischen Anamnese und gegebenenfalls einer Echokardiographie und einem Ruhe-EKG berücksichtigt werden [42, 48–50]. Nach Freigabe durch den Onkologen bietet eine sportmedizinische Untersuchung (nach DGSP-Richtlinien) inklusive Belastungs-EKG und gegebenenfalls weiteren klinischen Diagnostiken [42, 50] eine optimale Basis zum Ausschluss unbekannter Kontraindikationen bzw. Komorbiditäten

sowie für die Trainingsplanung, Beratung und Motivation der Patienten.

Dr. phil. Eszter Füzéki
Abteilung Sportmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt
Kontakt per E-Mail:

Dr. phil. Katharina Schmidt
Klinik für Onkologie und Hämatologie,
Krankenhaus Nordwest

**Prof. Dr. med. Dr. phil.
Winfried Banzer**
Abteilung Sportmedizin,
Goethe-Universität Frankfurt

Literaturangaben und Abb. 1 finden sich auf der Website www.laekh.de, Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Blauer Ratgeber Nr. 48



Mit der Nummer 48 aus der Reihe „Die Blauen Ratgeber“ informieren Deutsche Krebshilfe und Deutsche Krebsgesellschaft über Hilfen und Perspektiven rund um das Thema „Bewegung und Sport bei Krebs“, so der Titel. Denn Bewegung und Sport beeinflussen den Krankheitsverlauf bei Krebs positiv. Nr. 48 will darüber informieren, welche sportlichen Aktivitäten für Krebsbetroffene überhaupt möglich sind. Schwerpunktmäßig geht es um Sport und die Bewegungstherapie in der Rehabilitation, aber auch während der Therapie. Die Stiftung Deutsche Krebshilfe informiert zu allen Fragen, die Betroffene haben können – im persönlichen Beratungsgespräch, weiteren Broschüren sowie im Internet.

- Internet: www.krebshilfe.de
Fon: 0228 72990-0 | E-Mail: deutsche@krebshilfe.de
- Hotline Infonetz Krebs:
Fon: 0800 80708877

Rehabilitationssport – Ganzheitliches Training für Krebspatienten in der Rehabilitation und Nachsorge

Rehabilitationssport ist verordnungsfähiges, dem individuellen Status angepasstes körperliches Training unter qualifizierter Betreuung, das regelmäßig in einer Kleingruppe stattfindet. Das Training verfolgt eine ganzheitliche Ausrichtung zur umfassenden Förderung der biopsychosozialen Gesundheit – somit von Lebensqualität, Mobilität, Teilhabe sowie Hilfe zur Selbsthilfe.

Neben den direkten Effekten – wie z. B. der Verbesserung von Kraft, Ausdauer, Koordination und Beweglichkeit – werden indirekte, langfristige Effekte u. a. durch gruppenspezifische Prozesse sowie die Bindung an körperliche Aktivität angestrebt. Zudem sollen psychosoziale Krankheitsfolgen bewältigt werden – dabei gehören u. a. auch Entspannungsübungen dazu. Onkologischen Patienten können in der Regel 50 Einheiten budgetfrei verordnet werden, die innerhalb von 18 Monaten erfolgen müssen.

Verordnungsfähigkeit*: Die Renten- und Krankenversicherung können Rehabilitationssport als ergänzende Leistung zur

Rehabilitation nach § 44 Abs. 1 Nr. 3 und 4 SGB IX unter folgenden Voraussetzungen übernehmen:

- Verordnung bzw. Antrag auf Förderung durch den behandelnden Arzt.
- Die „Verordnung für Rehabilitationssport“ (Muster 56) soll enthalten:
 - Diagnose und gegebenenfalls Nebendiagnosen, wenn diese berücksichtigt werden müssen.
 - Gründe und Ziele, weshalb Rehabilitationssport erforderlich ist.
 - Dauer und Anzahl der wöchentlich notwendigen Übungseinheiten (in der Regel ein bis zwei).
 - Empfehlung zur Auswahl der geeigneten Sportart.

Informationen dazu gibt es bei den jeweiligen Kostenträgern. Vor Beginn müssen die Patienten dort selbst eine Zusage zur Kostenübernahme einholen. Lizenzierte Rehasport-Angebote für Krebspatienten können über den Hessischen Behinderten- und Rehasportverband oder den Landessportbund recherchiert werden. **Dr. Katharina Schmidt**

* Quelle: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation (2011). Rahmenvereinbarung über den Rehabilitationssport und das Funktionstraining, Frankfurt/Main.

Multiple Choice-Fragen:

Sport- und Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen

VNR: 2760602018152540002

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Die Anzahl der Krebs Neuerkrankungen in Deutschland liegt bei ca.:

- 1) 553.000 bei den Männern und 930.000 bei den Frauen
- 2) 53.000 bei den Männern und 30.000 bei den Frauen
- 3) 253.000 bei den Männern und 230.000 bei den Frauen
- 4) 1.253.000 bei den Männern und 1.230.000 bei den Frauen

2. Welche Aussage zu onkologischen Erkrankungen ist richtig?

- 1) Onkologische Erkrankungen sind gänzlich genetisch bedingt.
- 2) Ca. 30 % der Fälle von onkologischen Erkrankungen stehen mit modifizierbaren Lebensstil- und Umweltfaktoren im Zusammenhang.
- 3) Die Ätiologie onkologischer Erkrankungen ist weitestgehend geklärt.
- 4) In der Therapie onkologischer Erkrankungen gibt es seit Jahren keine neuen Entwicklungen.

3. Die präventiven Effekte der Bewegung sind am besten nachgewiesen im Falle von

- 1) Lungenkrebs
- 2) Bauspeicheldrüsenkrebs
- 3) Leukämie
- 4) Kolon-, Mamma- und Endometriumskarzinomen

4) Welche Aussage ist richtig?

- 1) Ausdauertraining kann zur Verbesserung der kardiorespiratorischen Fitness und der körperlichen Funktionen onkologischer Patienten führen.
- 2) Die meisten onkologischen Patienten werden nach der Diagnose körperlich aktiver.
- 3) Die körperliche Leistungsfähigkeit onkologischer Patienten ist vergleichbar mit der Gesunden gleichaltrigen.
- 4) Komorbiditäten treten bei onkologischen Erkrankungen nicht auf.

5. Welche Aussage zum Krafttraining ist richtig?

- 1) Krafttraining verursacht Brustkrebs-assoziiertes Lymphödem.
- 2) Krafttraining kann für onkologische Patienten auf keinen Fall empfohlen werden.
- 3) Krafttraining kann die Körperzusammensetzung onkologischer Patienten günstig beeinflussen.
- 4) Krafttraining kann man ausschließlich im Fitnessstudio an Geräten durchführen.

6. Welche Aussage zur Fatigue ist richtig?

- 1) Die Prävalenz von Fatigue während der Therapie ist mit ca. 5–10 % relativ gering.
- 2) Fatigue ist ein physischer, mentaler und kognitiver Erschöpfungszustand.
- 3) Fatigue beeinflusst die Therapie nicht.
- 4) Für die meisten Patienten bedeutet Fatigue keine Lebensqualitätseinbuße.

7. Welche Systeme werden von Therapien häufig geschädigt?

- 1) keine
- 2) nur das Immunsystem
- 3) das kardiovaskuläre und das pulmonale System
- 4) Das kardiovaskuläre, pulmonale, neurologische und endokrine sowie das Muskel-Skelett- und Immunsystem

8. Welche Aussage zur Trainingsplanung und -gestaltung ist richtig?

- 1) Viele onkologische Patienten weisen eine eingeschränkte körperliche Leistungsfähigkeit auf.
- 2) Die Tagesform onkologischer Patienten ist typischerweise stabil.
- 3) Wenn onkologische Patienten nicht mindestens 2,5 Stunden in der Woche aktiv sind, sollten sie lieber gar keine Aktivität durchführen.
- 4) Onkologische Patienten sollten sich schonen, möglichst viel liegen und sitzen.

9. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Die biologischen Mechanismen, die den positiven Effekten von körperlicher Aktivität bei onkologischen Patienten zu Grunde liegen, sind eindeutig beschrieben.
- 2) Das sogenannte high intensity interval training ist wirksamer in der Verbesserung der Lebensqualität onkologischer Patienten als ein moderates Dauertraining.
- 3) Beobachtungsstudien legen nahe, dass Bewegung das Sterberisiko bei Brust-, Darm- und Prostatakrebs um durchschnittlich ca. 38 % senken kann.
- 4) Der Fitnessstatus onkologischer Patienten steht nicht in Zusammenhang mit dem Mortalitätsrisiko.

10. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Jeder onkologische Patient kann das gleiche Trainingsprogramm absolvieren.
- 2) Bei der sportmedizinischen Beratung bei onkologischen Patienten müssen therapiebedingte Folgen und individuelle Möglichkeiten beachtet werden.
- 3) Bei der sportmedizinischen Beratung liegen keine Regel zu Voruntersuchungen und Kontraindikationen vor, der Sportmediziner muss sich auf sein Bauchgefühl verlassen.
- 4) Eine etwaige graduelle Steigerung der körperlichen Aktivität ist bei onkologischen Patienten unwichtig.

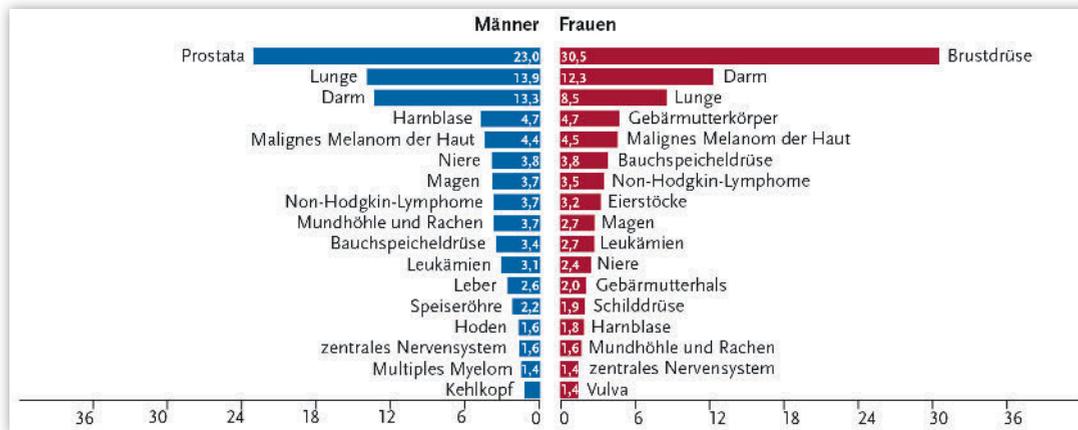


Abb. 1: In Deutschland sind im Jahr 2013 etwa 253.000 Männer und 230.000 Frauen an Krebs neu erkrankt. Bei Frauen sind Mam-, Kolon-, und Bronchialkarzinom, bei Männern Prostata-, Bronchial-, und Kolonkarzinome die häufigsten Entitäten [nach 1].

Literatur zum Artikel:

Sport- und Bewegung in der Prävention und Therapie von onkologischen Erkrankungen

von Dr. phil. Eszter Füzéki, Dr. phil. Katharina Schmidt und Prof. Dr. med. Dr. Winfried Banzer

- [1] destatis. Gestorbene nach ausgewählten Todesursachen. Online: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Gesundheit/Todesursachen/Tabellen/EckdatenTU.html>
- [2] Barnes B, Hrsg. Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Berlin: Robert Koch-Institut; November 2016
- [3] Leitzmann M, Powers H, Anderson AS et al. European Code against Cancer 4th Edition. Physical activity and cancer. Cancer epidemiology 2015; 39 Suppl 1: S46–55
- [4] Thomas RJ, Kenfield SA, Jimenez A. Exercise-induced biochemical changes and their potential influence on cancer. A scientific review. British journal of sports medicine 2017; 51: 640–644
- [5] Doyle C, Kushi LH, Byers T et al. Nutrition and Physical Activity During and After Cancer Treatment. An American Cancer Society Guide for Informed Choices. CA: A Cancer Journal for Clinicians 2006; 56: 323–353
- [6] Irwin ML. Physical activity interventions for cancer survivors. British journal of sports medicine 2009; 43: 32–38
- [7] Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. Medicine and science in sports and exercise 2010; 42: 1409–1426
- [8] Steins Bisschop CN, Velthuis MJ, Witink H et al. Cardiopulmonary exercise testing in cancer rehabilitation. A systematic review. Sports medicine (Auckland, N.Z.) 2012; 42: 367–379
- [9] Jones LW, Liang Y, Pituskin EN et al. Effect of exercise training on peak oxygen consumption in patients with cancer. A meta-analysis. The oncologist 2011; 16: 112–120
- [10] Bower JE. Cancer-related fatigue--mechanisms, risk factors, and treatments. Nature reviews. Clinical oncology 2014; 11: 597–609
- [11] Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM et al. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. The Cochrane database of systematic reviews 2012: CD007566
- [12] Ferrer RA, Huedo-Medina TB, Johnson BT et al. Exercise interventions for cancer survivors. A meta-analysis of quality of life outcomes. Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine 2011; 41: 32–47
- [13] Gerritsen JKW, Vincent AJPE. Exercise improves quality of life in patients with cancer. A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. British journal of sports medicine 2016; 50: 796–803
- [14] Mishra SI, Scherer RW, Snyder C et al. Are exercise programs effective for

- improving health-related quality of life among cancer survivors? A systematic review and meta-analysis. *Oncology nursing forum* 2014; 41: E326–42
- [15] Meneses-Echávez JF, González-Jiménez E, Ramírez-Vélez R. Effects of Supervised Multimodal Exercise Interventions on Cancer-Related Fatigue. *Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. BioMed research international* 2015; 2015: 328636
- [16] Cramp F, Byron-Daniel J. Exercise for the management of cancer-related fatigue in adults. *The Cochrane database of systematic reviews* 2012; 11: CD006145
- [17] Fong DYT, Ho JWC, Hui BPH et al. Physical activity for cancer survivors. *Meta-analysis of randomised controlled trials. BMJ (Clinical research ed.)* 2012; 344: e70
- [18] Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC et al. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors. *A systematic review and meta-analysis. Journal of cancer survivorship : research and practice* 2010; 4: 87–100
- [19] Jones LW, Pituskin E, Battaglini CL. *Exercise Training in Oncology: Systematic Review and Clinical Practice Recommendations. Health & Fitness Journal of Canada* 2012: 47–63
- [20] Cheema BS, Kilbreath SL, Fahey PP et al. Safety and efficacy of progressive resistance training in breast cancer. *A systematic review and meta-analysis. Breast cancer research and treatment* 2014; 148: 249–268
- [21] Strasser B, Steindorf K, Wiskemann J et al. Impact of resistance training in cancer survivors. *A meta-analysis. Medicine and science in sports and exercise* 2013; 45: 2080–2090
- [22] Cheema B, Gaul CA, Lane K et al. Progressive resistance training in breast cancer. *A systematic review of clinical trials. Breast cancer research and treatment* 2008; 109: 9–26
- [23] Keilani M, Hasenoehrl T, Baumann L et al. Effects of resistance exercise in prostate cancer patients. *A meta-analysis. Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2017; 25: 2953–2968
- [24] Dos Santos WDN, Gentil P, Moraes RF de et al. Chronic Effects of Resistance Training in Breast Cancer Survivors. *BioMed research international* 2017; 2017: 8367803
- [25] Myers JS, Erickson KI, Sereika SM et al. Exercise as an Intervention to Mitigate Decreased Cognitive Function From Cancer and Cancer Treatment. *An Integrative Review. Cancer nursing* 2017
- [26] Miltenburg NC, Boogerd W. Chemotherapy-induced neuropathy. *A comprehensive survey. Cancer treatment reviews* 2014; 40: 872–882
- [27] Bando H, Melnikow J, Rivera DR et al. Long-term Peripheral Neuropathy in Breast Cancer Patients Treated With Adjuvant Chemotherapy. *NRG Oncology/NSABP B-30. Journal of the National Cancer Institute* 2018; 110
- [28] Duregon F, Vendramin B, Bullo V et al. Effects of exercise on cancer patients suffering chemotherapy-induced peripheral neuropathy undergoing treatment. *A systematic review. Critical reviews in oncology/hematology* 2018; 121: 90–100
- [29] Silver JK, Baima J. Cancer prehabilitation. *An opportunity to decrease treatment-related morbidity, increase cancer treatment options, and improve physical and psychological health outcomes. American journal of physical medicine & rehabilitation* 2013; 92: 715–727
- [30] Minnella EM, Bousquet-Dion G, Awasthi R et al. Multimodal prehabilitation improves functional capacity before and after colorectal surgery for cancer. *A five-year research experience. Acta oncologica (Stockholm, Sweden)* 2017; 56: 295–300
- [31] Cavalheri V, Granger C. Preoperative exercise training for patients with non-small cell lung cancer. *The Cochrane database of systematic reviews* 2017; 6: CD012020
- [32] Ribeiro PAB, Boidin M, Juneau M et al. High-intensity interval training in patients with coronary heart disease. *Prescription models and perspectives. Annals of physical and rehabilitation medicine* 2017; 60: 50–57
- [33] Wormgoor SG, Dalleck LC, Zinn C et al. Effects of High-Intensity Interval Training on People Living with Type 2 Diabetes. *A Narrative Review. Canadian journal of diabetes* 2017; 41: 536–547
- [34] Toohey K, Pumpa KL, Arnolda L et al. A pilot study examining the effects of low-volume high-intensity interval training and continuous low to moderate intensity training on quality of life, functional capacity and cardiovascular risk factors in cancer survivors. *PeerJ* 2016; 4: e2613
- [35] Schmitt J, Lindner N, Reuss-Borst M et al. A 3-week multimodal intervention involving high-intensity interval training in female cancer survivors. *A randomized controlled trial. Physiological reports* 2016; 4
- [36] Friedenreich CM, Neilson HK, Farris MS et al. Physical Activity and Cancer Outcomes. *A Precision Medicine Approach. Clinical cancer research : an official journal of the American Association for Cancer Research* 2016; 22: 4766–4775
- [37] Schmid D, Leitzmann MF. Cardiorespiratory fitness as predictor of cancer mortality. *A systematic review and meta-analysis. Annals of oncology : official journal of the European Society for Medical Oncology* 2015; 26: 272–278

- [38] Zimmer P RR. Fatigue-Syndrom. In: Baumann FT, Jäger E, Bloch W, Hrsg. Sport und körperliche Aktivität in der Onkologie: Springer; 2012: 69–79
- [39] Steindorf K, Schmidt ME, Wiskemann J. Physiologic and Molecular Mechanisms Linking Endurance and Resistance Training with Effects for Cancer Patients. *Dtsch Z Sportmed* 2014; 2014: 299–303
- [40] Ballard-Barbash R, Friedenreich CM, Courneya KS et al. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors. A systematic review. *Journal of the National Cancer Institute* 2012; 104: 815–840
- [41] Hojman P, Gehl J, Christensen JF et al. Molecular Mechanisms Linking Exercise to Cancer Prevention and Treatment. *Cell metabolism* 2018; 27: 10–21
- [42] Jones LW, Eves ND, Peppercorn J. Pre-exercise screening and prescription guidelines for cancer patients. *The Lancet. Oncology* 2010; 11: 914–916
- [43] Heywood R, McCarthy AL, Skinner TL. Safety and feasibility of exercise interventions in patients with advanced cancer. A systematic review. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer* 2017
- [44] Ross RM. ATS/ACCP statement on cardiopulmonary exercise testing. *American journal of respiratory and critical care medicine* 2003; 167: 1451; author reply 1451
- [45] Deutsche Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention (DGSP). S 1 Leitlinie – Vorsorgeuntersuchung im Sport. Online: www.dgsp.de/_downloads/allgemein/S1_Leitlinie.pdf
- [46] Pescatello LS, Hrsg. ACSM's guidelines for exercise testing and prescription. 9. Aufl. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins; 2014
- [47] Scharhag-Rosenberger F, Becker T, Streckmann F et al. Studien zu körperlichem Training bei onkologischen Patienten. Empfehlungen zu den Erhebungsmethoden. *Dtsch Z Sportmed* 2014; 2014: 304–313
- [48] Jones LW, Eves ND, Haykowsky M et al. Cardiorespiratory exercise testing in clinical oncology research. Systematic review and practice recommendations. *The Lancet. Oncology* 2008; 9: 757–765
- [49] Denlinger CS, Sanft T, Baker KS et al. Survivorship, Version 2.2017, NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network : JNCCN* 2017; 15: 1140–1163
- [50] Jones LW. Evidence-based risk assessment and recommendations for physical activity clearance. *Cancer. Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme* 2011; 36 Suppl 1: S101–12

Sport bei Krebspatienten – wann, wo und weshalb?

VNR: 2760602018152520004

Sport zählt zu den wenigen Maßnahmen, die Tumorpatienten ergreifen können, um das Risiko eines Rezidivs zu reduzieren und ihre Lebensqualität zu verbessern. Dies wird durch die vorliegenden Studien und Metaanalysen belegt. Dennoch wird diese einfache Option sowohl von Patienten aber auch Ärzten zu wenig genutzt. In diesem Artikel werden neben den wissenschaftlich belegten Effekten von Sport bei Krebspatienten der Zeitpunkt, der Ort aber auch die verschiedenen Ziele von Ärzten und Patienten bezüglich Sport und Bewegung dargestellt.

Studien belegen: Patienten profitieren von Bewegung

Neben den Entwicklungen der „personalisierten Medizin“ stellen die Beobachtungen bezüglich der positiven Effekte von Sport und Bewegung auf den Verlauf einer Tumorerkrankung eine der herausragenden Entwicklungen in der Onkologie der letzten zehn Jahre dar.

In ihrer Metaanalyse konnten Knols et al zeigen [1], dass sportliche Aktivität bei Tumorpatienten, während und nach der Therapie, sowohl die Lebensqualität und die körperliche Fitness verbessert als auch zu einer Reduktion des sogenannten Fatigue-Syndroms führt. Diese Beobachtungen konnten durch mehrere Beobachtungsstudien [2, 3, 4, 5] verifiziert werden. Darüber hinaus konnten verschiedene Interventionsstudien einen positiven Effekt auf die Lebensqualität der Patienten zeigen. 2010 publizierte das American College of Sports Medicine einen Review, der 85 randomisierte Studien beinhaltete und zu dem Schluss kam, dass Bewegung und Sport sicher und ohne Nachteil sowohl in der adjuvanten als auch posttherapeutischen Situation durchgeführt werden kann [4].

Positive Effekte auf Prognosen und Heilungsverläufe

Insbesondere für die Entitäten Brust-, Dickdarm- und Prostatakrebs wurden po-

sitive Effekte bis hin zu Verbesserung des Überlebens eindrucksvoll beschrieben.

So konnte gezeigt werden, dass sportlich aktive Mammakarzinom Patientinnen eine wesentlich bessere Prognose besitzen als weniger aktive oder inaktive Frauen [2, 5, 6, 7].

Die Nurses Health Study, die eine Kohorte von 2987 Brustkrebspatientinnen (Stadium I bis IIIa) untersuchte, konnte darstellen, dass Frauen, die mehr als drei Stunden pro Woche spazieren gingen, gegenüber Frauen die weniger aktiv waren (< 1 Stunde moderate Aktivität/Woche), eine um 50 Prozent (%) reduzierte Tumorsterblichkeit aufwiesen [2].

Darüber hinaus beschreiben mehrere Studien durchgängig einen positiven Effekt von Sport und Bewegung auf Lebensqualität, Ängstlichkeit, Depression, Fatigue und Fettgehalt des Körpers. Kathryn et al [8] schildern zudem, dass Brustkrebspatienten mit einem Lymphödem des Arms in Hinblick auf den Verlauf des Ödems und der Häufigkeit von Lymphödemkomplikationen von einer medizinischen Trainings-therapie profitieren.

Für das Kolorektale Karzinom existieren sehr vergleichbare Daten. Auch hier konnte gezeigt werden, dass sportliche Aktivität bzw. Bewegung neben der tumorspezifischen, auch die Gesamtmortalität senken. Fernerhin besteht ein positiver Einfluss auf Fatigue, Lebensqualität und den Allgemeinzustand [9–14].

Ein in 2012, publizierter systematischer Review [9], konnte zeigen, dass körperliche Aktivität die tumorspezifische Mortalität zwischen 43 % und 61 % reduziert. Dieser Effekt war auch nach Adjustierung bzgl. des Stadiums der Erkrankung und des BMI stabil. Diese Daten bezüglich der Reduktion der Tumor spezifischen Mortalität um 38 % werden in einem aktuell publizierten Review bestätigt [15].

Die Daten zum Prostatakarzinom sind in dieser Fragestellung noch nicht so umfassend wie zum Kolon- oder Mamma Karzinom, dennoch durchaus interessant:

In einer Untersuchung von Richmann et al wurden 1.455 Männer mit einem lokali-

sierten Prostatakarzinom untersucht. Männer, die drei Stunden pro Woche schnell spazieren gingen (walken), wiesen eine 57 % geringere Rate von Krankheitsprogression gegenüber den Patienten auf, die weniger als drei Stunden pro Woche langsam spazieren gingen. (HR 0.43, 95 % CI: 0.21–0.91; p = 0.03) [16].

In der Health Professionals Follow-Up Study, die 2.705 Männer untersuchte, wiesen die Patienten die 90 Minuten/Woche moderat bis schnell spazieren gingen ein 46 % niedrigeres Risiko der Gesamtmortalität gegenüber den Männern auf, die langsamer oder gar nicht spazieren gingen (HR 0.51, 95 % CI 0.36–0.72) [17]. Somit kann auch in dieser Entität eine klare Empfehlung zur körperlichen Aktivität ausgesprochen werden.

Moderate bis intensivere Aktivität empfehlenswert

Die Frage welche Sportart zu bevorzugen sei, ist aufgrund fehlender Evidenz nicht zu beantworten. Die meisten Erfahrungen, auch in Hinblick auf Patientensicherheit in der Durchführung, liegen mit Ausdauersportarten vor.

In der Zusammenschau der Daten sollte eine moderate bis intensivere sportliche Aktivität in den Belastungsgrenzen der Patienten empfohlen werden. Sollte die Möglichkeit einer MET (metabolische Äquivalent = 1kcal/h/ kg Körpergewicht) – Messung bestehen, so sollten 15 MET/Woche empfohlen werden. Die Wahl der Sport- oder Bewegungsart sollte der Patientin überlassen bleiben.

Trotz dieser beeindruckenden Zahlen ist die Akzeptanz dieser „Therapie“ durch onkologische Patienten überraschend niedrig. In einer eigenen Untersuchung [18] an 229 Patienten konnten wir zeigen, dass nahezu 65 % der befragten Patienten sich zutrauen, Sport zu treiben und 71 % gaben an, gerne Sport nach der Akuttherapie machen zu wollen. Umgedreht gaben nur 6,2 % der von uns befragten Patienten an, Sport als eine Belastung zu empfinden. Bezüglich der Erwartungen hinsichtlich ei-

ner sportlichen Aktivität nach einer Krebstherapie assoziieren 82,5 % Sport mit positiven und nur 17,5 % mit negativen Erwartungen.

Dies bedeutet in Zusammenschau, dass die meisten unserer Patienten sich Sport zutrauen und diesen gerne und mit Freude machen würden.

Patienten wünschen sich Angebot und Betreuung

Analysiert man die Ziele mit der Patienten Sport treiben möchten, so stehen diese den Zielen der Ärzte konträr gegenüber. Während die Mediziner den positiven Krankheitsverlauf in den Vordergrund stellen, tun dies nur 8,6 % der Patienten. Ein weiterer wichtiger Punkt für die Akzeptanz von Sport durch Patienten ergibt sich aus der Frage „In welcher Form wünschen Sie sich sportliche Betätigung?“ Hier ergaben 59 % aller Antworten, dass sich die befragten Patienten ein Angebot unter fachlicher Betreuung bzw. speziell für Krebspatienten wünschen. Lediglich 15,4 % gaben einen solchen Wunsch nicht an und 25 % der Patienten war diese Frage „unwichtig“ bzw. egal. Dieser Punkt ist umso wichtiger, da wir wissen, dass überwachte Therapien in ihrer Effektivität Therapien ohne Therapeuten überlegen sind. So konnten Irwin et al. [6] zeigen, dass Insulin ähnliche Faktoren, die als Wachstumsfaktoren für Tumorzellen gelten durch überwachte Therapien signifikant besser gesenkt wurden als in nicht-überwachten Therapien. Auch die Metaanalyse von Knols et al [1] bestätigten diese Beobachtungen in Hinblick auf Lebensqualität, Fatigue und Fitness.

Eine weitere Frage die in Hinblick auf die Akzeptanz von Sport durch die Patienten ganz wesentlich ist, ist der Aspekt ob die Patienten von den behandelnden Ärzten auf diese „Behandlungsoption“ hingewiesen werden. Der vorliegenden Literatur ist zu entnehmen, dass nur ca. ein Drittel der Patienten (28 %) angaben, von ihrem behandelnden Arzt zum Thema Sport beraten worden zu sein.

In Zusammenschau dieser Daten erscheint es somit eminent wichtig, dass Patienten Sport als eine der effektivsten adjuvanten Therapie Maßnahmen wie folgt angeboten werden sollte:

1. Frühzeitige Aufklärung über Nutzen und Effekte von Sport durch die behandelnden Ärzte.

2. Sportangebote unter fachlich versierten Therapeuten oder Betreuern.

Mögliche Optionen sind unter diesen Aspekten Sportvereine mit entsprechend geschulten Trainern, Selbsthilfegruppen mit entsprechend geschulten Mitarbeitern, aber auch und insbesondere onkologische Rehabilitationskliniken. Im Setting einer onkologischen Rehabilitation stehen den Patienten neben Fachärzten für Onkologie und Hämatologie, speziell geschulte Physiotherapeuten, Sportlehrer und Ergotherapeuten zur Verfügung. In diesem Rahmen können Patienten neben einer medizinisch fundierten Diagnostik ihrer Leistungsgrenze ihre subjektive Leistungsgrenze finden. Für viele Patienten stellt dies eine erhebliche psychische Entlastung dar. Darüber hinaus besteht in diesem Rahmen die Möglichkeit über weitere „Lifestyle“ Effekte (siehe unten) zu beraten und Hilfestellungen anzubieten.

In einer eigenen Untersuchung [19] an Patienten die Sport während der Chemotherapie in einer onkologischen Rehabilitationsklinik durchführten konnten wir diese Beobachtung reproduzieren. In einem Patientenkollektiv von 18 Patienten konnten wir zeigen, dass Sport während einer Chemotherapie sicher und ohne negative Effekte 1x/Woche über ein Jahr angeboten werden kann. Die Patienten berichteten im Gegenteil über eine Besserung ihrer Krankheitsbedingten schmerzen und über eine Verbesserung der Chemotherapie bedingten Polyneuropathie.

Neben dem Sport sind sicher noch weitere „Lifestyle“ Effekte zu erwähnen, die einen protektiven Effekt auf das Tumorrezidiv besitzen.

Die American Cancer Society (ACS), das American College of Sports Medicine (ACSM) und die American Society of Clinical Oncology [4], haben aufgrund dieser Daten folgende „Life-Style-Empfehlungen“ für Langzeit überlebende Krebspatienten entwickelt:

- Halte ein gesundes Gewicht und vermeide Übergewicht bzw. Fettleibigkeit
- Praktiziere einen aktiven Lebensstil mit mindestens 30 Minuten moderater Aktivität an mindestens fünf Tagen in der Woche.
- Konsumiere eine gesunde Ernährung mit fünf Stückchen frischem Obst oder Gemüse und reduziere oder limitiere Fertigprodukte und rotes Fleisch.
- Limitiere den täglichen Alkoholkonsum auf einen „Drink“ bei Frauen und zwei „Drinks“ für Männer.

**PD Dr. med.
Ulf Seifart**
Klinik Sonnenblick
Amöneburger
Straße 1–6
35043 Marburg
E-Mail: ulf.seifart@drv-hessen.de



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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Sport bei Krebspatienten – wann, wo und weshalb?“ von PD Dr. med. Ulf Seifart finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. März

2018 bis 24. März 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. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Die Inhalte des Artikels sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenkonflikte des Autors.

Multiple Choice- Fragen:

Sport bei Krebspatienten – wann, wo und weshalb?

VNR: 2760602018152520004

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Wie viel Sport sollte Tumorpatienten empfohlen werden?

- 1) 1h/Woche intensives Zirkeltraining.
- 2) 1h/Woche intensives Krafttraining.
- 3) 1h/Woche spazieren gehen.
- 4) > 3h/Woche spazieren gehen.
- 5) Die Intensität der sportlichen Aktivität ist unerheblich.

2. Welche der Aussagen trifft nicht zu:

- 1) körperliche Aktivität reduziert die Kolonkarzinom spezifische Mortalität zwischen 43 und 61 %.
- 2) Dieser Effekt ist unabhängig vom Stadium der Erkrankung und des Body-Mass-Indexes (BMI).
- 3) Patienten mit einem Kolonkarzinom setzen die Empfehlung bezüglich einer sportlichen Aktivität mehrheitlich (>75 %) um.
- 4) Die Mortalität des Prostatakarzinoms kann durch sportliche Aktivität beeinflusst werden.
- 5) Die empfohlene „Dosierung“ der sportlichen Aktivität liegt bei > 3h spazieren gehen pro Woche.

3. Welche der folgenden Aussagen trifft zu:

- 1) Patienten die sich regelmäßig bewegen haben eine signifikant bessere Tumorprognose.
- 2) Sport hat einen negativen Einfluss auf die Lebensqualität der Patienten.
- 3) Sport ist in der adjuvanten Therapiesituation zu vermeiden. Patienten sollte generell eine körperliche Schonung empfohlen werden.
- 4) Sport ist nach abgeschlossener Krebsbehandlung untersagt.
- 5) Die Nebenwirkungen einer Chemotherapie werden durch Sport generell verstärkt.

4. Welche Aussage trifft nicht zu?

- 1) In der onkologischen Rehabilitation spielen sportliche Therapien eine untergeordnete Rolle.
- 2) In der onkologischen Rehabilitation arbeiten Physiotherapeuten die beson-

ders für Tumorpatienten geschult wurden, die nach einer längeren Trainingspause wieder sportlich aktiv werden möchten.

- 3) Im Setting einer onkologischen Rehabilitationsklinik können Krebspatienten, unter fachlicher Anleitung, ihre persönlichen körperlichen Leistungsgrenzen testen.

- 4) Im Rahmen einer onkologischen Rehabilitation können Patienten verschiedene Sportarten testen um die heraus zu finden die ihnen am besten liegt.

- 5) Keine der genannten Antworten ist richtig.

5. Welche Aussage trifft zu:

- 1) Wenn möglich sollten Tumorpatienten sportliche Angebote wahrnehmen bei denen sie fachlich betreut werden.
- 2) Die fachliche Betreuung spielt bezüglich der positiven Effekte von Sport keine Rolle.
- 3) Eine fachliche Betreuung bei Sport von Krebspatienten ist kontraproduktiv.
- 4) Eine fachliche Betreuung ist bei jedem Sport Angebot automatisch gegeben.
- 5) Alle Aussagen treffen zu.

6. Welche Aussage trifft zu:

- 1) Jedem Krebspatienten wird nach Abschluss der Therapie Sport empfohlen.
- 2) Sport gehört zum Standard einer jeden Krebstherapie.
- 3) Die meisten Patienten wollen kein Sport machen.
- 4) Die meisten Patienten geben an, dass sie von ihrem Arzt nicht über die Möglichkeit und Sinnhaftigkeit von Sport nach einer Krebsbehandlung informiert worden sind.
- 5) Patienten und Ärzte haben die gleichen Ziele und Vorstellungen bezüglich Sport nach einer Krebstherapie.

7. Welche Aussage trifft nicht zu:

- 1) Sport kann während einer Chemotherapie durchgeführt werden.

- 2) Sport kann während einer Strahlentherapie durchgeführt werden.

- 3) Sport kann nach Abschluss einer Tumorthherapie durchgeführt werden.

- 4) Sport kann während und nach einer Tumorthherapie durchgeführt werden.

- 5) Die Punkte 1–4 treffen alle nicht zu.

8. Welche der folgenden Aussagen trifft zu:

- 1) Ein medizinisch dosiertes Muskelaufbautraining kann bei Patienten mit einem Lymphödem durchgeführt werden.

- 2) Patienten mit einem Lymphödem dürfen keinen Sport machen.

- 3) Sport, insbesondere ein Training an Geräten, verschlechtert ein Lymphödem.

- 4) Patienten mit einem Lymphödem die Sport treiben haben häufiger Komplikationen ihres Lymphödems, wie zum Beispiel Infektionen.

- 5) Keine der Antworten 1–4 trifft zu.

9. Welche der Aussagen ist Bestandteil der Empfehlungen der American Cancer Society (ACS), das American College of Sports Medicine (ACSM) für Langzeit überlebende Krebspatienten:

- 1) Halte ein gesundes Gewicht und vermeide Übergewicht bzw. Fettleibigkeit.

- 2) Praktiziere einen aktiven Lebensstil mit mindestens 30 Minuten moderater Aktivität an mindestens fünf Tagen in der Woche.

- 3) Konsumiere eine gesunde Ernährung mit fünf Stückchen frischen Obst oder Gemüse und reduziere oder limitiere Fertigprodukte und rotes Fleisch.

- 4) Limitiere den täglichen Alkoholgenuss auf einen „Drink“ bei Frauen und zwei „Drinks“ für Männer.

- 5) Alle Aussagen sind Bestandteil der Empfehlungen der American Cancer Society (ACS), das American College of Sports Medicine (ACSM) für Langzeit überlebende Krebspatienten.

10. Welche Aussagen treffen nicht zu:

- 1) Sport sollte allen Patienten so früh als möglich in der Therapie angeboten werden.
- 2) Patienten sollten eine Sportart betreiben an der sie Freude haben.
- 3) Sport kann auch 30 Minuten spazieren gehen bedeuten.
- 4) Patienten, die keinen Sport machen möchten, sollten dazu überredet werden.
- 5) Wenn möglich, sollten Tumorpatienten sich täglich 30 Minuten bewegen.

Literatur zum Artikel:

Sport bei Krebspatienten – wann, wo und weshalb?

von PD. Dr. med. Ulf Seifart

- [1] Knols R, Aaronson NK, Uebelhart D, Fransen J, Aufdemkampe G: Physical exercise in cancer patients during and after medical treatment: A systematic review of randomized and controlled clinical trials. *J Clin Oncol* 23:3830–3842 2005.
- [2] Holmes MD, Chen WY, Feskanich D, et al. Physical activity and survival after breast cancer diagnosis. *JAMA* 2005; 293:2479.
- [3] Chlebowski RT, Aiello E, McTiernan A. Weight loss in breast cancer patient management. *J Clin Oncol* 2002; 20:1128.
- [4] Schmitz KH, Courneya KS, Matthews C, et al. American College of Sports Medicine roundtable on exercise guidelines for cancer survivors. *Med Sci Sports Exerc* 2010; 42:1409.
- [5] Mishra SI, Scherer RW, Snyder C, et al. Exercise interventions on health-related quality of life for people with cancer during active treatment. *Cochrane Database Syst Rev* 2012; 8:CD008465.
- [6] Irwin ML, Smith AW, McTiernan A, et al. Influence of pre- and postdiagnosis physical activity on mortality in breast cancer survivors: the health, eating, activity, and lifestyle study. *J Clin Oncol* 2008; 26:3958.
- [7] Chen X, Lu W, Zheng W, et al. Exercise after diagnosis of breast cancer in association with survival. *Cancer Prev Res (Phila)* 2011; 4:1409.
- [8] Kathryn H. Schmitz, Ph.D., M.P.H., Rehana L. Ahmed et al: Weight Lifting in Women with Breast-Cancer-Related Lymphedema; *NEJM* Vol 361 Aug 2009.
- [9] Ballard-Barbash R, Friedenreich CM, Courneya KS, et al. Physical activity, biomarkers, and disease outcomes in cancer survivors: a systematic review. *J Natl Cancer Inst* 2012; 104:815.
- [10] Lynch BM, Cerin E, Owen N, et al. Prospective relationships of physical activity with quality of life among colorectal cancer survivors. *J Clin Oncol* 2008; 26:4480.
- [11] Peddle CJ, Au HJ, Courneya KS. Associations between exercise, quality of life, and fatigue in colorectal cancer survivors. *Dis Colon Rectum* 2008; 51:1242.
- [12] Morey MC, Snyder DC, Sloane R, et al. Effects of home-based diet and exercise on functional outcomes among older, overweight long-term cancer survivors: RENEW: a randomized controlled trial. *JAMA* 2009; 301:1883.
- [13] Buffart LM, Thong MS, Schep G, et al. Self-reported physical activity: its correlates and relationship with health-related quality of life in a large cohort of colorectal cancer survivors. *PLoS One* 2012; 7:e36164.
- [14] Arem H, Pfeiffer RM, Engels EA, et al. Pre- and postdiagnosis physical activity, television viewing, and mortality among patients with colorectal cancer in the National Institutes of Health-AARP Diet and Health Study. *J Clin Oncol* 2015; 33:180.
- [15] Schmid D., Leitzmann M.F.: Association between physical activity and mortality among breast cancer and colorectal cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. *Annals of oncology*.
- [16] Richman EL, Kenfield SA, Stampfer MJ, et al. Physical activity after diagnosis and risk of prostate cancer progression: data from the cancer of the prostate strategic urologic research endeavor. *Cancer Res* 2011; 71:3889.
- [17] Kenfield SA, Stampfer MJ, Giovannucci E, Chan JM. Physical activity and survival after prostate cancer diagnosis in the health professionals follow-up study. *J Clin Oncol* 2011; 29:726.
- [18] Albert U, Olbert P, Riera J, Pasch O, Krebs J, Badszinski E, Seifart U: Sport und Krebs – Resultate einer konsekutiven Patientenbefragung an 229 onkologischen Patienten. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin* 2012;1:DOC03 (20120329).
- [19] Seifart U, Paasch O, Merkel F, Leitsecker C, Helm B, Albert U, Olbert P, Riera J: Sports during chemotherapy – experiences regarding the feasibility and analysis of the quality of life. *GMS Onkologische Rehabilitation und Sozialmedizin* 2013;2:DOC01 Vol. 1.

Selbsthilfe: Im Leben statt „nur“ am Leben

Arbeitsgruppe Wiesbaden berät und bewegt onkologische Patienten

Olav Heringer

Niemand bezweifelt heute ernsthaft, dass körperliche Aktivität unabhängig von Alter, Geschlecht und Lebenssituation sinnvoll ist. Für viele Erkrankungen wie Diabetes, Herz-Kreislauf- und Lungenerkrankungen ist dies inzwischen vielfach durch Studien belegt.

Aus dem Bereich der Geriatrie zeigen Daten zur Sarkopenie, wie sehr der Verlust an Muskulatur im Alter unsere Prognose beeinflusst. Dabei bedeutet der physiologische Abbau der Skelettmuskulatur mit zunehmenden Lebensjahren (primäre Sarkopenie) ein erhöhtes Sturz- und Frakturrisiko. Krankheitsassoziiertes Muskelverlust (sekundäre Sarkopenie) führt zu metabolischen Veränderungen mit einer Beeinträchtigung der Immunabwehr.

Im Rahmen onkologischer Therapien führt dies zu einer verringerten Dosisdichte der Behandlung sowie erhöhten Abbruchraten durch Komplikationen [1]. Doch wie kann man im ambulanten Setting einer onkologischen Praxis Patienten zur Bewegung motivieren? Am Beispiel unserer Arbeitsgruppe Wiesbaden soll ein geliebtes Konzept vorgestellt werden.

Das Bedürfnis, selbst etwas gegen die Erkrankung zu tun

Es vergeht kaum ein Erstgespräch mit einem Tumorpatienten, in dem nicht die Frage nach den eigenen Möglichkeiten gestellt wird. Diese Ressource des Betroffenen gilt es unbedingt zu nutzen. Die angesprochenen Themen sind regelmäßige Bewegung, Ernährung, Psychoonkologie und Möglichkeiten der Komplementärtherapie. Dabei ist wichtig, die Erkrankten vor unseriösen Maßnahmen zu schützen, denn das Angebot – insbesondere aus dem Bereich der Komplementärmedizinischen Methoden – ist für den Laien nahezu undurchschaubar.

Es ist wünschenswert, dass die betreuenden Ärzte (Hausarzt, Onkologe, Strahlen-

therapeut etc.) eine ausreichende Beratung durchführen oder auf Beratungsangebote hinweisen können. Doch hierbei ist der persönliche Einsatz des Arztes gefordert, sich mit den Möglichkeiten, die dem Erkrankten helfen könnten, vertraut zu machen. Wichtige Unterstützung liefern hier die Psychosozialen Krebsberatungsstellen der Hessischen Krebsgesellschaft e. V.

Bewegung hilft nicht nur dem Körper

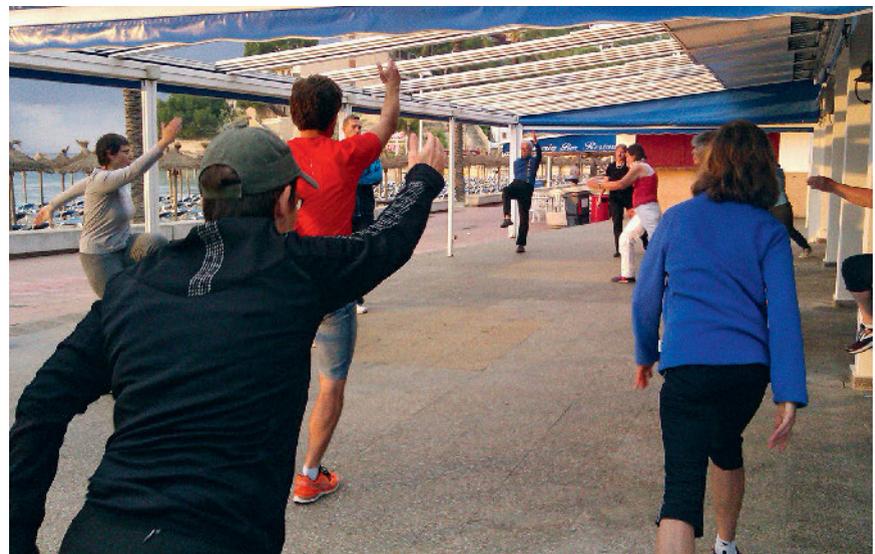
Die Diagnose einer Tumorerkrankung führt bei den Betroffenen durchschnittlich zu einer Verminderung der körperlichen Aktivität um 20–30 Prozent (%). Besonders gravierend wirkt sich Bettruhe auf die Patienten aus; bei über 60-Jährigen reicht eine einwöchige Immobilität, um durch Verlust an Skelettmuskulatur einen Kraftverlust von 20 % nachweisen zu können. Parallel sinkt das Gesamtblutvolumen ebenso wie die Sauerstoffaufnahmekapazität der Lunge. Neben der damit verbundenen Steigerung der Infektanfälligkeit und des Thrombose-Risikos kann bereits nach zehn Tagen eine Reduktion der geis-

tigen Leistungsfähigkeit nachgewiesen werden. Hinzu kommen die positiven psychischen Auswirkungen der Bewegung. Es ist ebenso eine Verbesserung des Fatigue-Syndroms nachweisbar, wie auch eine Abnahme des Angstniveaus und der depressiven Krankheitsverarbeitung [2]. Daher ist es nur logisch, dem Patienten unmittelbar bei Diagnosestellung körperliche Aktivität zum Erhalt der Möglichkeiten zu empfehlen.

Bewegungsangebote für Krebspatienten

Bereits seit vielen Jahren sind Koronarsportgruppen gut organisierte und allseits anerkannte Bewegungsangebote für Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen. In DMP-Sportgruppen für Brustkrebspatienten können Betroffene unmittelbar nach Abschluss der Behandlung ein zeitlich befristetes und strukturiertes Angebot wahrnehmen.

Zunehmend werden Patienten mit einer fortgeschrittenen Tumorerkrankung betreut, die durch die in den vergangenen Jahren verbesserten onkologischen Behand-



Sportliche Reisen für Krebspatienten: Gymnastik am Strand von Mallorca 2017.

[1] Prado et al 2007; Xiao et al 2016, [2] Baumann et al 2010 und 2011



Sportliche Reisen für Krebspatienten: Winterimpression aus Waidring 2017.

Fotos: GMP Heringer/Klein

lungsmöglichkeiten viele Jahre mit ihrer Erkrankung leben können. Für diese Patientengruppe existieren bisher keine umfassenden Bewegungsangebote; zum jetzigen Zeitpunkt sind es lokale Initiativen niedergelassener Onkologen und Kliniken.

Sektorenübergreifendes Projekt Wiesbaden

Es bedurfte nur eines Treffens der beteiligten Partner, um sich darüber zu verständigen, dass neben der onkologischen Behandlung der Patienten auch Angebote notwendig sind, die dem Patienten dabei helfen, trotz seiner Erkrankung im Leben zu bleiben. Somit entstand ein Arbeitskreis mit:

- Dr. med. Antje Lehnert; Klinik für Gynäkologie des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden,
- Dr. med. Oliver Maier; Klinik für Onkologie und Palliativmedizin des St. Josefs-Hospitals Wiesbaden,
- Prof. Dr. med. Franz-Josef Prott; Praxis für Strahlentherapie am St. Josefs-Hospital,
- Ellen Schurer; Psychosoziale Krebsberatungsstelle Wiesbaden,
- Gemeinschaftspraxis Heringer/Klein/Wittmann; Praxis für Hämatologie und Onkologie am Medicum Wiesbaden,
- Oecotrophologin Yvonne Leonhardt,
- Psychoonkologin Martina Dittmann,
- Projektkoordinatorin der Stiftung Leben mit Krebs, Stefanie Krause.

Die Mitwirkenden des Arbeitskreises „Prio Wiesbaden“ beraten Tumorpatienten im Bereich Bewegung, Ernährung, Psychoon-

kologie und Komplementärmedizin fachlich und leiten gegebenenfalls Behandlungen ein. Für einen niedrigschwelligen Zugriff zu den Angeboten wird jedem Patienten in allen Abteilungen ein gemeinsamer Flyer zur Verfügung gestellt. So können die jeweiligen Ansprechpartner problemlos identifiziert und kontaktiert werden.

Hilfe zur Selbsthilfe

Häufig scheitern Vorsätze zur Steigerung der körperlichen Aktivität beispielsweise am Zugang zu entsprechenden Angeboten. Wenn der Patient nicht schon vor seiner Erkrankung in einer Sportgruppe bzw. -verein integriert ist, so fällt es gerade bei einer onkologischen Diagnose besonders schwer, sich zu orientieren und den Mut aufzubringen, auf ein bestehendes Angebot zuzugehen. Wiederholt haben Patienten den Wunsch nach praktischer Unterstützung geäußert.

Dabei hat sich das Konzept der Selbsthilfe als erfolgreich erwiesen. Eine ehemalige Patientin, die sich intensiv mit dem Thema Nordic Walking beschäftigt, konnten wir als Leiterin einer Gruppe gewinnen, die sich einmal wöchentlich zu einem Lauf am Wiesbadener Kurpark trifft. Das Besondere ist die sofortige Bereitschaft, „neue“ Menschen aufzunehmen, die gegenseitige Rücksichtnahme und Verbundenheit.

Als Ärzte konnten wir in den Hintergrund treten, so dass sich inzwischen eine vollständig selbstständige Einheit gebildet hat. Neben den regelmäßigen sportlichen Treffen der inzwischen 20 Frauen und

Männern, wird aktuell eigenständig eine Reise nach Wien zu einem gemeinsamen Volkslauf organisiert.

Selbsthilfegruppen sind von unschätzbarem Wert für Betroffene, die Gleichgesinnte suchen, um Erfahrungen über die eigene Erkrankung auszutauschen. Als besonders aktiv hat sich in Wiesbaden die Selbsthilfegruppe für Männer mit Prostatakrebs gezeigt. Durch Unterstützung bei der Suche nach einer Physiotherapeutin sowie die finanzielle Beteiligung der Stiftung „Leben mit Krebs“ konnte eine Sportgruppe initiiert werden, die sich bereits seit fünf Jahren einmal wöchentlich zur gemeinsamen Aktivität trifft. Auch für die Partnerinnen der Betroffenen ist das Angebot offen, so dass sich inzwischen bis zu 30 „Sportler“ treffen. Durch einen kleinen Kostenbeitrag trägt sich diese Gruppe inzwischen selbst.

Partnerschaft und Krebs

Vor allem zu Beginn einer Tumorerkrankung treten partnerschaftliche Bedürfnisse in den Hintergrund. Beziehungsthemen und Zweisamkeit werden dem einzigen Wunsch des Überlebens untergeordnet. Durch die Verlängerung der Lebenszeit und Verbesserung der Lebensqualität auch in palliativer Tumorsituation, nimmt die Bedeutung der Beziehung der Lebenspartner zu.

Daher haben wir uns entschlossen, Bewegungsreisen zusammen mit den Lebenspartnern anzubieten. Seit 2011 organisieren wir jährlich eine Winterwoche mit Skilanglauf und Schneeschuhwanderungen. Je nach Vorkenntnissen und körperlicher

Verfassung werden kleine Teams gebildet, die speziell nach ihren Bedürfnissen, mit einem Trainer ihre Fähigkeiten verbessern. Die Freude an der Bewegung in der Gruppe steht dabei im Vordergrund; kleine Vergleichsspiele dienen mehr dem Spaß, als dem sportlichen Messen.

Im Sommer können sich Patienten und Angehörige zu einer Wanderwoche in den Tiroler Alpen anmelden. Begleitet werden die Reisen jeweils von einem Onkologen und einer Pflegekraft, die sich um gegebenenfalls auftretende Beschwerden der Patienten kümmern und organisatorische Fragen klären.

Neben den sportlichen Aspekten dienen diese Reisen insbesondere den sozialen Kontakten der Patienten untereinander und mit ihren Partnern. Auch diese finden „Gleichgesinnte“, so dass regelmäßig eine Gruppendynamik entsteht, die von gegenseitigem Wahrnehmen, Rücksichtnahme und Mitgefühl geprägt ist. Nahezu alle Patienten, die an einer solchen Reise teilgenommen haben, fühlen sich anschließend sowohl in ihrer körperlichen als auch psychischen Verfassung deutlich besser

als zuvor. Für Paare ergibt sich die Möglichkeit, sich wieder abseits des häufig durch die Erkrankung geprägten „Alltags“ als Partner wahrzunehmen.

Ausblick

Ziel der Projekte muss es sein, sie möglichst vielen Patienten zugänglich zu machen. Die Stiftung „Leben mit Krebs“ hat es sich zur Aufgabe gemacht, Bewegungsprojekte deutschlandweit zu etablieren. Hierbei müssen lokale Strukturen berücksichtigt werden. Interessierten Kollegen wird Unterstützung in der Planung und Umsetzung angeboten, so dass von den Erfahrungen der bisherigen Projekte profitiert werden kann. Die Arbeitsgruppe Wiesbaden stellt ihre Expertise bereit, um die Verbreitung der Bewegung in der Onkologie aktiv zu unterstützen.

Fazit

Menschen mit einer Tumorerkrankung benötigen nicht nur einen guten Arzt, der mit ihnen die onkologischen Behandlungen

durchführt. Durch die verbesserten Therapiemöglichkeiten und deutlich verlängerten Lebenszeiten rücken insbesondere Themen wie Bewegung und Partnerschaft wieder in den Vordergrund.

Hier gilt es flächendeckend Angebote zu schaffen, die dem Patienten helfen, aktiv „im“ Leben zu bleiben. Am letzten Tag einer Wanderreise sagte eine Patientin: „Jetzt habe ich wieder sechs gute Tage auf der Habenseite.“

Olav Heringer

Gemeinschaftspraxis
Heringer/Klein;
Praxis für Hämatologie und Onkologie
am Medicum;
Langenbeckplatz 2
65189 Wiesbaden



E-Mail: heringerpraxis@web.de

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

Onkologie und Sport: Anlaufstellen, Links und Kontakte

Institut für onkologische Sport- und Bewegungstherapie IOSBT / Klinik für Onkologie und Hämatologie am Krankenhaus Nordwest Frankfurt am Main
Fon: 069 7601-4522

E-Mail: sporttherapie@khnw.de

Web: www.krankenhaus-nordwest.de

→ Suchmaske: „Kursangebote“

Stiftung Leben mit Krebs

Mainz, E-Mail:

info@stiftung-leben-mit-krebs.de

www.stiftung-leben-mit-krebs.de

www.rudern-gegen-krebs.de

Hessische Krebsgesellschaft e. V.

Psychosoziale Krebsberatungsstellen

E-Mail: info@hessische-krebsgesellschaft.de

Im Internet unter:

<http://hessische-krebsgesellschaft.de>

Landessportbund Hessen e. V.

Frankfurt/Main | Fon: 069 6789-0

E-Mail: info@lsbh.de | Internet:

www.landessportbund-hessen.de

Link zum Flyer „Prio Wiesbaden – Begleitende Therapieangebote für Krebspatientinnen und -patienten“:

<http://www.medicum-wiesbaden.de/facharztzentrum/pdf/prio-angebote2017.pdf>

Hilfe für Kinder krebskranker Eltern e. V.

Frankfurt/M. Fon: 069 67724504

E-Mail: hkke@hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de | Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

Internet: www.hilfe-fuer-kinder-krebskranker-eltern.de

Deutsche Krebsgesellschaft e. V.

Berlin | Fon: 030 3229329-0

E-Mail: service@krebsgesellschaft.de

Internet: www.krebsgesellschaft.de

Bundesministerium für Gesundheit

Berlin | E-Mail: info@bmg.bund.de

Internet: www.bmg.bund.de

Bürgertelefon zur Krankenversicherung:

Fon: 030 3406066-01

Bürgertelefon zur Pflegeversicherung

Fon: 030 3406066-02

Bürgertelefon zur gesundheitlichen Prävention: Fon: 030 3406066-03

Stiftung Deutsche Krebshilfe

Persönliche Beratung Infonetz Krebs

Fon: 0800 80708877 (kostenfrei)

E-Mail: krebshilfe@infonetz-krebs.de

Internet: www.infonetz-krebs.de

KID – Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums

Fon: 0800 4203040, Festnetz kostenlos

Mail: krebsinformationsdienst@dkfz.de

Hessischer Behinderten- und Rehabilitations-Sportverband e. V.

Fulda | Fon: 0661 869769-0 | E-Mail:

geschaefsstelle@hbrs.de

Internet: www.hbrs.de

Webadressen (Auswahl):

- www.inkanet.de – Informationsnetz für Krebspatienten und Angehörige
- www.medinfo.de – Umfangreiche Plattform für Medizin & Gesundheit

Literatur zum Artikel:

Selbsthilfe: Im Leben statt „nur“ am Leben

Arbeitsgruppe Wiesbaden berät und bewegt onkologische Patienten

von Olav Heringer

[1] Prado et al Curr Opin Support Palliat Care 2009

Prado et al Clin Cancer Res 2007; 13:3264
– 3268

Prado et al Clin Cancer Res 2009;15:2920
– 2926

[2] Baumann, Freerk: Die Macht der Bewegung – dem Körper wieder vertrauen nach einer schweren Erkrankung – bahnbrechende Erkenntnisse der Bewegungstherapie, Irisiana Verlag 2009.

„Sport wirkt sich positiv auf Psyche und Vitalität aus“

Herri Stoss über die Heilkraft des Ruderns und den Umgang der Leistungsgesellschaft mit der Krankheit Krebs

Herri Stoss (68) ist Ruheständler im Unruhestand. Der Diplom-Grafikdesigner hat nach seiner beruflich aktiven Zeit nochmal studiert und am Campus Frankfurt eine Ausbildung zum Mediator und Coach gemacht. Er leitet in Bad Vilbel eine Prostatakrebs-Selbsthilfegruppe und geht mindestens drei Mal wöchentlich zum Rudertraining. Sport hilft ihm, mit der Krankheit klarzukommen.

Herr Stoss, die Diagnose Prostatakrebs bekamen Sie vor mehr als 15 Jahren. Was haben Sie damals empfunden?

Herri Stoss: Der Arzt hat mir damals in Bezug auf meinen Gleason-Score keine günstige Prognose des Langzeit-Überlebens gestellt. Meinem inneren Impuls folgend habe ich mir damals gesagt: „Verflixt noch mal. Mit mir nicht. Dem Krebs gebe ich keine Chance. Ich werde alles dafür tun, damit er mich nicht klein-kriegt.“ Das war die Initialzündung. Und ich lebe noch heute damit.

Sie wurden initial mit einer Afterloading- und äußeren Bestrahlungen behandelt, danach mit Medikamenten. Wie fanden Sie zum Sport?

Stoss: Nach den Anfangsbehandlungen machte sich der Krebs nach einem Jahr wieder bemerkbar. Die Behandlung wurde mit hormonunterdrückenden Präparaten weitergeführt – mit der Folge, dass die Signalwege des Testosteron unterbunden wurden. Dies führte sehr schnell zu einem kontinuierlichen Muskelabbau.

Lebensunlust und depressive Erscheinungen waren die Folge. Doch, mein Lebenswille wurde gefordert. Von der anfänglichen Betreuung durch Urologen wechselte ich nunmehr zur Onkologie des Nord-West-Krankenhauses Frankfurt. Im Zuge meiner Behandlung sprach ich meine Onkologin, Frau Prof. Dr. Elke Jäger, auf die Krebsportgruppe im Krankenhaus an. Sie nahm mich in eine Studie „Sport gegen Krebs“ auf, die begleitet wird durch die Stiftung „Leben mit Krebs“. In dieser Stu-

die kam ich neben einem Konditions- und Leistungstraining auch zum Rudern auf dem Main. Als Jugendlicher habe ich bereits mit 14 Jahren in Kassel gerudert. Es war also ein Art Wiedereinstieg.

Wie läuft das Training ab?

Stoss: Die Krebsportgruppe trainiert in der Sportabteilung Triamedis des Krankenhauses, im Leistungs- und Konditionsbereich, an Geräten und Ergometern. Und es gibt eine Gruppe von Interessierten, die sich jeden Montagabend beim FRCR, Frankfurter Ruderclub Fechenheim, trifft. Nach guten Erfolgen im Muskel- und Fitnessaufbau bin ich in diesen Verein eingetreten. Dort trainiere ich jetzt drei bis viermal die Woche. Der Krebsportgruppe bin ich weiter aktiv verbunden.

Was bringt Ihnen der Sport?

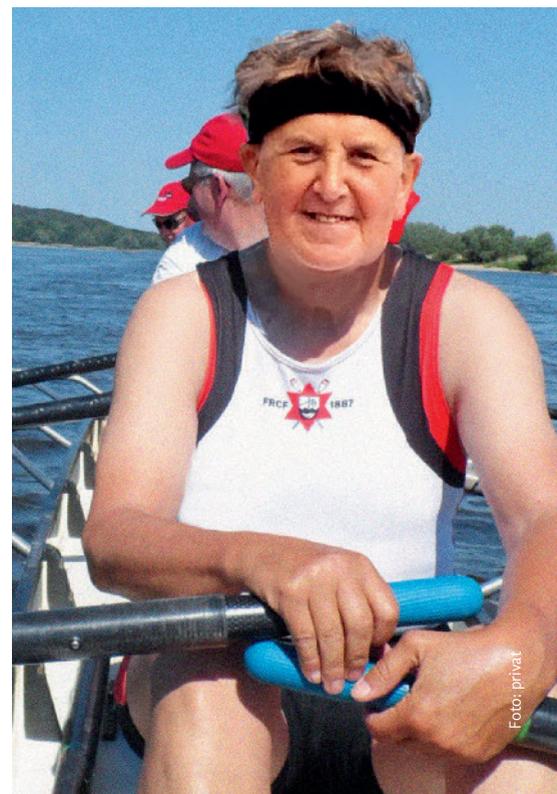
Stoss: Körperliche Fitness in Symbiose mit psychischer Stabilität. Das ist eine Co-Existenz. Durch Sport spüre ich meinen Körper, er ist heute wieder voller Spannkraft. Das wirkt sich auf Psyche und Vitalität aus. Für mich ist das die optimale Möglichkeit, mit dem Krebs klarzukommen. Heute, 15 Kilo durch Sport leichter und mit 68 Jahren der Älteste im Verein, habe ich ein gutes Gefühl, aktiv zu sein.

Also auch Selbstbestätigung?

Stoss: Ja, die Bestätigung: Ich kann mit jüngeren Aktiven des Vereins mithalten, gibt mir das Gefühl, alles richtig gemacht zu haben. Im vergangenen Dezember haben wir auf dem Altrhein mit anderen Vereinen eine Regatta gehabt. 30 bis 32 Ruderschläge pro Minute auf einer Distanz von 3.000 Metern – ich habe sie geschafft. Aber ich kam an meine Grenzen. Auch das habe ich gelernt.

Welche Rolle spielt die Selbsthilfegruppe für Sie und andere Betroffene?

Stoss: Es ist wichtig, sich in der Erkrankung miteinander auszutauschen. Unabdingbar sich mit Gleichgesinnten und



Herri Stoss auf einer Wanderfahrt im Jahr 2015 auf der Havel/Elbe, in einem Gig-Doppelvierer Ruderboot.

Gleichbetroffenen zu treffen. Sehr oft bemerke ich, dass Menschen oft auf Distanz gehen, wenn sie hören: „Ich habe Krebs!“ Sie denken, der ist vom Tod gezeichnet oder „Es“ ist gar ansteckend.

Woher kommt die gelegentliche Verunsicherung im Umgang mit Krebskranken?

Stoss: Die Krankheit bedeutet für viele Menschen eine Bedrohung. Die eigene Endlichkeit wird bewusst. Dabei sind wir Krebskranke ganz normale Menschen – wir haben nicht die Lepra oder Pest. Krebs ist in unserer Leistungsgesellschaft nach wie vor ein Makel. In der Krebsportgruppe ist die Krankheit kein Makel, sondern tägliches Über-Leben.

Interview: Jutta Rippegather

Ambulante Ethikberatung in Deutschland

– eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen

PD Dr. med. Carola Seifart, Prof. Dr. phil. Alfred Simon, Dr. theol. Kurt W. Schmidt

In Zeiten sich rasant entwickelnder technischer Möglichkeiten der Medizin entstehen zunehmend komplexe Situationen, die Entscheidungen erfordern, die nicht allein durch die medizinische Datenlage zu lösen sind. Nicht immer sind die möglichen therapeutischen Optionen von den Patienten gewünscht, oder erscheinen für den individuellen Patienten mit seiner unverwechselbaren Lebensgeschichte und seinen Wertvorstellungen angemessen.

Besonders schwierig wird es, wenn Patienten in solchen Situationen ihren eigenen Willen nicht mehr direkt zum Ausdruck bringen können, weil dann nicht nur die Bewertung der Situation selbst verschiedene (schwierige) Alternativen eröffnet, sondern auch noch unklar ist, welche Lösung im Sinne des Patienten gewählt werden sollte. So können für alle Beteiligten ethische Überlegungen und Begründungen erforderlich werden.

Einer Entwicklung in den Vereinigten Staaten von Amerika folgend, begann vor 20 Jahren auch in Deutschland die Etablierung von Ethikberatung im Krankenhaus. Ethikberatung gewinnt seitdem als Instrument zur Verbesserung der Versorgungsqualität stetig an Bedeutung.

Ethikberatung im Krankenhaus, überwiegend in Form klinischer Ethikkomitees, findet sich heute in nahezu jedem zweiten Krankenhaus [1]. Im Hessischen Krankenhausgesetz (§ 6 (6) HKHG 2011) wurde seit 2011 erstmals in einem Bundesland gesetzlich geregelt, dass jedes Kranken-

haus eine(n) Ethikbeauftragte(n) zu bestellen hat. Schon zuvor hatte ein Antrag auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahr 2008 die Bundesärztekammer aufgefordert, Maßnahmen für die Etablierung von Ethikberatung auch im ambulanten Bereich zu ergreifen, um „Hausärzten bei ethischen Grenzfällen eine Unterstützung zur Einholung einer fachlichen Zweitmeinung oder eines Ethikvotums“ anbieten zu können [2].

Erste ambulante Ethikberatungen, als Unterstützung für ethische Fragestellungen in Pflegeeinrichtungen oder in der ambulanten Versorgung (hausärztlicher Bereich, Pflegeheime), begannen sich etwa seit 2004 erfolgreich zu entwickeln, beschränken sich jedoch nach wie vor auf einige Pilotprojekte: In einer exemplarischen Auflistung von 2014 wurden weniger als zehn Projekte genannt, die Ethikberatung für die Pflegeeinrichtungen und ambulante Versorgung anboten [3].

Grundsätzlich sind die Ziele der Ethikberatung im Krankenhaus, im Pflegeheim und in der ambulanten Versorgung ähnlich: Mithilfe einer neutralen Moderation sollen die ethischen Konflikte einer aktuellen Fallsituation besprochen werden, wobei es sich häufig um die Suche nach der angemessenen medizinischen und pflegerischen Versorgung des individuellen Patienten handelt. Dennoch lassen sich die Erfahrungen, die in den vergangenen Jahrzehnten mit klinischer Ethikberatung gemacht wurden, nicht ohne Weiteres auf die ambu-

lante Situation übertragen. Zu den wesentlichen Unterschieden gehören, neben anderen, strukturelle, methodische, logistische und ökonomische Aspekte. Ambulante Ethikberatung steht zudem noch vor relevanten Fragen wie beispielsweise einer möglichst optimalen Organisationsstruktur und ihrer konkreten Umsetzung.

Im Vorfeld und im Rahmen der deutschlandweiten Kooperationstagung „Ambulante Ethikberatung in Deutschland – aktueller Stand und künftige Entwicklungen“ im Oktober 2016 in Frankfurt/Main wurden mittels Ausschreibung über die Mailingliste der Akademie für Ethik in der Medizin ambulante Ethikberatungsprojekte in Deutschland aufgefordert, einen Fragebogen zu ihrer aktuellen Situation und Organisationsstruktur zu beantworten, deren Umfrageergebnisse im Folgenden kurz zusammengefasst werden.

An der Umfrage nahmen insgesamt 17 Projekte teil, die in der ambulanten Pflege oder Versorgung angesiedelt sind und sich hinsichtlich ihrer Organisationsformen, ihrer Beratungstätigkeit und der Ausbildung der Berater zum Teil erheblich unterscheiden. Neuere Projekte sind überwiegend als ambulantes Ethikkomitee oder als Ethikberatungsprojekt für die ambulante Versorgung konzipiert, während schon länger etablierte Projekte zumeist direkt in der Alten- und Pflegehilfe angesiedelt sind. Dabei ist jeweils die Hälfte der Projekte als Teil in einer größeren Organisationsstruktur eingebunden, beispielsweise in Form eines zentralen Gremiums aus Mitarbeitern der Organisation, oder selbstständig über einen Verein organisiert. Ein großer Teil der Vereine gaben dabei an, an eine Landes- oder Bezirksärztekammer angebunden zu sein. Bemerkenswert ist, dass die Hälfte aller Projekte direkt oder als Verein mit einer Palliativversorgungsstruktur assoziiert ist.

Die Finanzierung der Projekte erfolgt zu je bei einem Drittel

a) über die Organisation, in die die Ethikberatung eingebunden ist (entweder

Positive Effekte von Ethikberatung

Entlastung für alle Beteiligten einer konfliktbehafteten Situation

Sensibilisierung der MA gegenüber ethischen Fragestellungen

Positive Veränderungen der Kommunikationsstrukturen

„Blick über den Tellerrand“ gewinnbringend

Entwicklung hin zu lösungsorientierten Strategien

Beteiligte erhalten in komplexen Lebenslagen angemessene Aufmerksamkeit

Ethikberatung schafft „Klarheit“

- im Rahmen einer Diensttätigkeit als Mitarbeiter der Organisation oder über eigene Spendengelder),
- b) über eine Aufwandsentschädigung der Ärztekammern oder
- c) ehrenamtlich.

Ein großer Teil der Ethikberater ist speziell als Moderator/in für ethische Fallbesprechungen geschult oder hat grundlegende medizinethische Kenntnisse im Rahmen einer Palliative Care Ausbildung erhalten. In etwa der Hälfte sind diese Ethikberater nach den Empfehlungen der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM) [4] ausgebildet und überwiegend auch zertifiziert.

Alle Projekte bieten prospektive Fallbesprechungen an, ein großer Teil auch retrospektive. Die Ethikprojekte berichten über vier bis zwölf prospektive Fallbesprechungen pro Jahr. Der häufigste Anlass für Fallbesprechungen waren Fragen der Therapiebegrenzung, wobei es sich überwiegend um Fragen zur Einstellung der künst-

lichen Ernährung und der Beendigung lebenserhaltender Maßnahmen handelt. Weitere Themen waren Ermittlung des Patientenwillens, Umgang mit Vorsorgedokumenten, Therapiezielfindung, Advance Care Planning (vorausschauende Versorgungsplanung), Umgang mit schwierigen Situationen in der Pflege oder Konflikte im Behandlungsteam und die Frage nach der Zulässigkeit von Zwangs- bzw. freiheitsentziehenden Maßnahmen.

Der Beitrag beruht auf einer Umfrage zur ambulanten Ethikberatung im Rahmen einer deutschlandweiten Tagung „Ambulante Ethikberatung in Deutschland – aktueller Stand und künftige Entwicklung“ im Oktober 2016. Die ungekürzte Fassung ist in der Online-Ausgabe 04/2018 unter www.laekh.de eingestellt.

Nur in Einzelfällen ging es um Probleme im Bereich von Sexualität, Fragen nach dem Umgang mit Gewalt oder dem Wunsch nach assistiertem Suizid.

Die ambulanten Ethikprojekte sehen sich mit einer Reihe von intern oder extern gelagerten Schwierigkeiten und Problemen konfrontiert. Im Vordergrund bei den internen Schwierigkeiten steht der erhebliche Aufwand, der mit einer Ethikberatung verbunden ist, in Kombination mit den häufig fehlenden zeitlichen und fachlichen Ressourcen. Auch die notwendige Einbindung aller Beteiligten, hier besonders der Hausärzte, ist oftmals schwierig, wie auch das formale und administrative Vorgehen bei der Entbindung von der Schweigepflicht. Die fehlende oder ungesicherte Vergütung wurde zudem von den Projekten, die ehrenamtlich arbeiten, als zentrales Problem beschrieben. Skepsis, Schwellenängste und Hemmungen gegenüber dem Instrument der ethischen Fallbespre-

Fallbeispiel: Patientenverfügung contra PEG-Sonde

Der 75-jährige Herr Meier lebt seit eineinhalb Jahren in einem Pflegeheim. Bis vor fünf Monaten war Herr Meier bei degenerativen Gelenkveränderungen der Wirbelsäule und der Knie mäßig eingeschränkt mobil. Er war zudem an einer arteriellen Hypertonie, einer milden Herzinsuffizienz und einer mittelgradigen Demenz erkrankt. Dann erlitt Herr Meier einen schweren Schlaganfall.

Er ist seither nicht mehr angemessen kontaktierbar und motorisch eingeschränkt, so dass eine selbstständige Nahrungsaufnahme nicht mehr möglich ist. Er wird seither über eine PEG-Sonde künstlich ernährt. Der behandelnde Neurologe geht nach dem Verlauf davon aus, dass keine Besserung von neurologischer Seite zu erwarten ist.

Vor fünf Jahren hatten Herr Meier und seine Frau eine Patientenverfügung erstellt und sich gegenseitig als Bevollmächtigte eingesetzt. In der Patientenverfügung heißt es: „Im Falle eines schweren dauerhaften Hirnschadens wünsche ich keine Ernährung (nur Mundpflege).“ Als Frau Meier, nachdem

sie sich von dem ersten Schrecken einigermaßen erholt hatte und ihr mitgeteilt wurde, dass neurologisch keine Besserung mehr zu erwarten sei, gegenüber der zuständigen Pflegekraft das Thema Einstellen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr anspricht, reagiert diese mit den Worten: „Wie stellen Sie sich das vor? Wollen Sie, dass wir Ihren Mann verhungern und verdursten lassen?“ Auch der hinzugezogene Hausarzt hat Bedenken, die Ernährung ganz einzustellen. Er schlägt vor, die Kalorien- und Flüssigkeitszufuhr um die Hälfte zu reduzieren, ist sich aber unsicher, ob das wirklich ein sinnvolles und gutes Vorgehen ist.

Der beschriebene Fall ist konstruiert, orientiert sich aber an verschiedenen ähnlich gelagerten Fällen, mit denen die Autorinnen und Autoren dieses Beitrags im Rahmen der ambulanten Ethikberatung konfrontiert waren. Das Einstellen der Ernährung und Flüssigkeitszufuhr wäre ein sogenannter Behandlungsabbruch, der gerechtfertigt sein muss. Er ist ethisch und rechtlich dann geboten, wenn er dem Willen des Patienten ent-

spricht. Die Reaktionen der Pflegenden und des Arztes auf den Wunsch der Ehefrau sind Ausdruck von Unsicherheiten, die in emotionalen, moralischen und psychologischen Vorbehalten gegenüber dem Einstellen von Ernährung und Flüssigkeitszufuhr an sich begründet sind. Zudem bestehen – zumeist unbegründete – Ängste vor möglichen forensischen oder sonstigen negativen Folgen eines Behandlungsabbruchs, die jedoch auch in konkreten Bedenken zum Beispiel hinsichtlich Gültigkeit der Patientenverfügung begründet sein können.

Im Rahmen einer moderierten ethischen Fallbesprechung, wie sie von der ambulanten Ethikberatung angeboten wird, könnten diese Vorbehalte, mögliche Konflikte, Ängste und Bedenken angesprochen, geklärt und nach einer gemeinsamen, ethisch gut begründeten Lösung gesucht werden. Die Erfahrungen der Autoren zeigen, dass eine Ethikberatung von allen Beteiligten als sehr hilfreiche Unterstützung empfunden wird und zu einer Lösung ethisch schwieriger oder komplexer Situationen beiträgt.

chung werden als extern einzuordnende Probleme in unterschiedlichen Ausmaßen beobachtet.

Dem gegenüber stehen jedoch die von allen etablierten Projekten beobachteten positiven Effekte. Es wird berichtet, dass die Projekte viel bewegt hätten, insbesondere sei es zu einer Sensibilisierung gegenüber ethischen Fragestellungen, positiven Veränderungen der Kommunikationsstrukturen und zu einer Entwicklung hin zu lösungsorientierten Strategien gekommen. Der „Blick über den Tellerrand“ erweise sich für alle Beteiligten als gewinnbringend und die Ethikberatung schaffe „Klarheit“ in schwierigen Situationen. Insgesamt würde die Ethikberatung oftmals als sehr entlastend von allen Beteiligten erlebt. Insbesondere Mitarbeiter empfinden die Beratung als hilfreich. Angehörige und Betreuer schätzen das Angebot einer Ethikberatung auch, weil die Betroffenen

für ihre individuellen Fragestellungen in komplexen Lebenslagen viel Aufmerksamkeit bekommen. Von vielen Pflegeeinrichtungen bestünde großes Interesse an der Etablierung von Ethikberatungsprojekten in ihrem Einzugsbereich. „So etwas ist dringend nötig“, sei eine häufige Resonanz, berichten verschiedene Ethikprojekte.

Nach den bisherigen Erfahrungen kann berechtigt davon ausgegangen werden, dass Ethikberatung in der ambulanten Situation sinnvoll, wertvoll und für die Beteiligten hilfreich ist. Zudem wird die Möglichkeit einer Ethikberatung zunehmend als Qualitätsindikator von Einrichtungen verstanden, die auch bei der Gewinnung neuer MitarbeiterInnen eine Rolle spielt. Ethikberatung ist daher für alle Beteiligten im ambulanten Versorgungssystem wünschenswert und es ist zu hoffen, dass sich den Projekten, die jetzt schon Beratungen anbieten, künftig weitere anschließen und so eine Lücke in

der Versorgung von Patienten und deren Zugehörigen geschlossen und ihre Behandler unterstützt werden können. Für den Herbst 2018 ist eine weitere Veranstaltung in Frankfurt/M. geplant, um den Erfahrungsaustausch im Bereich der ambulanten Ethikberatung fortzuführen.

PD Dr. med. Carola Seifart

Philipps-Universität Marburg,
Fachbereich Humanmedizin, Dekanat,
Baldingerstraße, 35043 Marburg

Prof. Dr. phil. Alfred Simon

Akademie für Ethik in der Medizin,
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Dr. theol. Kurt W. Schmidt

Zentrum für Ethik in der Medizin
am Agaplesion Markus Krankenhaus,
Wilhelm-Epstein-Str. 4, 60431 Frankfurt

Ärzttekammer

Nachruf für Rainer Raasch

* 12. November 1942 † 02. November 2017

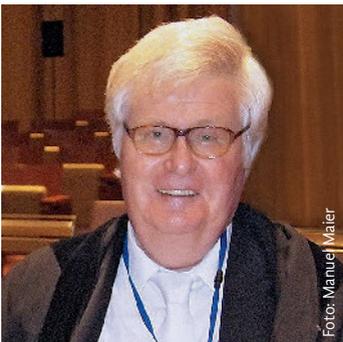


Foto: Manuel Maier



Foto: Katja Kölsch

Die posthume Ehrung für Rainer Raasch (Foto links) wurde von seinem Sohn Robin Raasch und seiner Tochter Anja Gjaldbaek aus den Händen von LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik (Foto rechts, Mitte) entgegengenommen.

Am 2. November 2017 verstarb der Vorsitzende Richter am LG a. D. Rainer Raasch kurz vor Vollendung des 75. Lebensjahres. Rainer Raasch war seit Januar 2003 bis zu seinem Ableben als Ermittlungsbeauftragter des Präsidiums für die Landesärztekammer Hessen mit der Durchführung von berufsrechtlichen und berufsgerichtlichen Verfahren betraut.

Sein juristisch sicherlich kompliziertestes berufsgerichtliches Verfahren war eines zur Auslegung der Berufsankennungsrichtlinie 2005/36EG, das Rainer Raasch im September 2012 bis zum Europäischen Gerichtshof in Luxemburg führte. Zudem war er juristisches Mitglied der Gutachterstelle für Kastration und andere Behandlungsmethoden, deren Geschäfts-

führung er seit 2007 auch innehatte. Rainer Raasch hat die vielfältigen Probleme des ärztlichen Berufsrechts mit hohem juristischem Sachverstand, großer Fairness für die Verfahrensbeteiligten und tiefem Verständnis für die Probleme der Ärzteschaft bewältigt. Unvergessen bleiben seine Persönlichkeit, sein außerordentliches Engagement und seine Art, im Gespräch nicht belehrend, sondern mit seiner humorvollen freundlichen Haltung auch Nichtjuristen Rechtsstandpunkte nahezubringen. Die Landesärztekammer Hessen ist dankbar, dass Rainer Raasch sie so vorbildlich unterstützt hat.

In Anerkennung seiner Verdienste für die Hessische Ärzteschaft hatte das Präsidium der Landesärztekammer Hessen am 1. November 2017 beschlossen, ihm die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen zu verleihen. Diese Auszeichnung wurde posthum seinem Sohn und seiner Tochter im Rahmen der Präsidiumssitzung am 7. März 2018 übergeben.

Manuel Maier

Justitiar der Landesärztekammer Hessen

Literatur zum Artikel:

Ambulante Ethikberatung in Deutschland

– eine Landkarte bestehender Konzepte und Strukturen

von PD Dr. med. Carola Seifart, Prof. Dr. Alfred Simon und Dr. Kurt W. Schmidt

- [1] Schochow M, Schnell D, Steger D (2015) Implementation of Clinical Ethics Consultation in German Hospitals. *Sci Eng Ethics*, DOI 10.1007/s11948-015-9709-2
- [2] Beschlussprotokoll des 111. Deutschen Ärztetages: <http://www.bun-esaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/111-da-et-2008/punkt-vi/ambulante-versorgung/5-ambulante-ethikberatung/>
- [3] Simon A. Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung: Eine Landkarte der unterschiedlichen Modelle. In: Coors M, Simon A, Stiemerling M (Hrsg). *Ethikberatung in Pflege und ambulanter Versorgung*. Seite 68–80, 2014.
- [4] Akademie für Ethik in der Medizin (2014) Kompetenzstufen für Ethikberatung im Gesundheitswesen. http://www.aem-online.de/index.php?new_kat=66&artikel_id=none



Foto: Fotolia.com – Flamingo Images



Ja zur Kammerwahl!

„Weil die Kammer kompetente Ansprechpartnerin in allen Fragen zur Weiterbildung ist.“

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 im Rahmen einer kleinen Artikelseerie im Vorfeld der Kammerwahl 2018 eingehen, die am 25. Mai beginnt.

Die Ärzteschaft gehört zu den wenigen Berufsgruppen in Deutschland, die Fort- und Weiterbildung des beruflichen Nachwuchses selbst gestalten können. Diese Aufgabe gehört zu den wichtigsten der ärztlichen Selbstverwaltung, weil sie die medizinische Versorgung der künftigen Generationen prägen wird. Die Organisation der Weiterbildung junger Ärztinnen und Ärzte obliegt der Lan-

desärztekammer Hessen: Ihre Aufgaben umfassen u.a. die Beratung zu Weiterbildungsangelegenheiten, die Prüfung der Anträge auf Zulassung zur Facharztprüfung sowie die Organisation und Durchführung dieser Prüfungen. Alle Regelungen dazu sind in der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer festgehalten.

Auf Bundesebene arbeitet die Ärzteschaft derzeit an der Novellierung einer neuen (Muster-)Weiterbildungsordnung, die auch in der hessischen Ärzteschaft diskutiert wird. Auf Grundlage von Entscheidungen aus bspw. Delegiertenversammlungen oder zuständigen Ausschüssen positionieren sich die Vertreterinnen und Vertreter in der nationalen Debatte und vertreten die hessischen Interessen.

Um bspw. Altersstruktur und Verteilung von Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zeitnah zu erfassen, hat die Landes-

ärztekammer das Weiterbildungsregister ins Leben gerufen. Die Erhebung ermöglicht, Trends in der hessischen Weiterbildung zu identifizieren, auf diese zu reagieren und zukunftsorientiert zu entscheiden.

Entscheiden Sie mit!

Mit Ihrer Stimme tragen Sie dazu bei, die Aufgabe der Fort- und Weiterbildung des beruflichen Nachwuchses als wichtige Zuständigkeit der Selbstverwaltung auch für die Zukunft zu stärken und zu erhalten. Damit die Fort- und Weiterbildung in der Verantwortung der Ärzteschaft bleibt.

An der Kammerwahl können Sie sich vom 25. Mai bis 6. Juni 2018 beteiligen.

**Katja Möhrle
Caroline McKenney**

GroKo und Gesundheit – keine Visionen in Sicht

Ein paar Visionen wären für den Anfang einer „Großen Koalition“ (GroKo) schon gut, auch und besonders in der Gesundheitspolitik. Wie könnten diese aussehen? Zur Lösung einiger Problemfelder benötigen wir dringend Visionen:

1. Die pflegerische Versorgung alter und kranker Menschen ist aufgrund demografischer Faktoren und Multimorbidität eine Herkulesaufgabe. Eine Entlastung von Angehörigen, die Qualifizierung der Pflegeberufe und eine engmaschige ärztliche Betreuung vor Ort ist dringend erforderlich.
2. Wir benötigen eine allgemeinärztliche Versorgung, die medizinische Probleme vor Ort erkennt und möglichst auch dort löst.
3. Wir benötigen eine ambulante sowie auch ambulant-stationäre fachärztliche Versorgung, die in der Lage ist, Patienten ohne Krankenhausaufnahme endgültig zu versorgen.
4. Wir benötigen Kliniken von ausreichender Größe und Organisationsstruktur zur stationären Behandlung schwerer und schwerster Erkrankungen.
5. Wir benötigen eine ehrliche Debatte zur Finanzierung des Gesundheitswesens.

6. Fragen der Vergütung, der Notfallversorgung, der Hygiene, der Ausbildung kommen unter anderem noch dazu.

Die GroKo scheint dagegen keinen Neuanfang zu wollen. Ein paar Stellen hier und ein paar Euro dort werden das Korsett der Budgetierung nicht lösen. Der Staat versucht krampfhaft durch immer tiefer gehende Eingriffe in die Selbstverwaltung zu regulieren und zu sparen. Krankenkassen und der Medizinische Dienst der Krankenkassen (MDK) werden zur Gesundheitspolizei degradiert. Dabei ginge es ganz einfach:

- Feste Beträge für feste Leistungen. Darüber hinausgehende Leistungen sind zusätzlich zu vergüten.
- Anreize für eine qualifizierte und zusätzliche Leistungserbringung im ambulanten und ambulant-stationären Bereich.
- Honorierung der Qualifizierung im stationären Bereich.
- Gemeinsame und kritische Bewertung von Fehlanreizen.
- Beteiligung des ärztlichen Sachverständigen in Planung und Umsetzung.
- Eigenverantwortung statt nicht finanzierbarer Wohltaten für alle.

Eine offene Diskussion über mögliche Veränderungen werden von der Ärzteschaft gerne begleitet. Englische Verhältnisse sind nicht das Ziel und wären eine schlechte Alternative.

Auch wenn die verfasste Ärzteschaft nur eingeschränkt Gehör findet, werden wir das relativ beste bestehende Gesundheitssystem verteidigen und, da wo es die Politik erlaubt, an einer weiteren Verbesserung arbeiten. Dies kann nur gelingen, wenn alle Arztgruppen zusammenarbeiten und für ihre Interessen einen fairen Ausgleich finden.

**Dr. med. Wolf
Andreas Fach**

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher Internisten
e. V., Vorsitzender
Landesverband Hessen



Foto: Ver. Friederich

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

Bücher



**Dr. med. Peter Weyland:
Das psychoonkologische
Gespräch**

Mit einem Geleitwort von Joachim Weis.
2. überarb. Auflage 2017, 176 Seiten,
8 Abbildungen, kartoniert, € 29.99
ISBN print: 9783794532421
ISBN E-Book: 9783794590735

Das Buch von Peter Weyland „Das psychoonkologische Gespräch“ ist kürzlich in 2. Auflage veröffentlicht worden. Die Erstauflage ist 2013 unter dem Titel „Psychoonkologie – das Erstgespräch und die weitere Begleitung“ erschienen. Die Neuauflage, etwas erweitert, nach nur drei Jahren, spricht für sich und weist

auf die Lücke hin, die dieses Buch geschlossen hat. Weyland, ein erfahrener ärztlicher Psychotherapeut, erhebt nicht den Anspruch, ein Lehrbuch vorzulegen. Trotzdem, oder gerade deswegen, ist es für den klinisch Tätigen ein wichtiges Buch, das sowohl Anfängern als auch erfahrenen Praktikern Anregungen zu geben vermag. Sein Buch folgt chronologisch dem möglichen Verlauf der Erkrankung: von der Diagnose bis zur letzten Lebensphase. Der Autor lässt den Leser teilhaben an seinen Begegnungen mit Krebspatienten und ermöglicht so ein besseres Verständnis der psychischen Prozesse. Er liefert aber auch sehr konkrete Hinweise für die Gestaltung zum Beispiel des Erstgesprächs oder beim Überbringen schlechter Nachrichten. Für alle, die in der Onkologie arbeiten, ein sehr empfehlenswertes Buch!

Dr. Margret Kamm

Kodierung der Diagnosen

Versicherungswirtschaft sorgt für Risikoverschiebung

Je weiter die Digitalisierung im Gesundheitswesen voranschreitet, um so umfangreicher werden die Möglichkeiten und auch die geweckten Begehrlichkeiten im Verwaltungsbereich, die an die Ärzteschaft zum Schluss meist verpflichtend herangetragen werden. Aktuell steht die Diskussion um die „Kodiertiefe“ im Raum.

- Wem soll dieser neue Schub an Informationsflut nutzen?

Der Patient will gesund werden und/oder bleiben. Vom Datenverkehr auf der Datenautobahn im „Darkroom des Verwaltungsgeschehens“ erfährt und profitiert er nur marginal.

Denn Ärztinnen und Ärzte in Praxis oder Krankenhaus hält die zunehmende Verwaltungstätigkeit, hier sei nur als Beispiel die Kodierarbeit genannt, von ihrer eigentlichen Aufgabe der Patientenbehandlung ab. Niemand wird begeistert sein, abends noch mehr Zeit vor dem Arbeitsrechner verbringen zu müssen.

Zu den Nutznießern des beabsichtigten Vorhabens dürften das Statistische Bundesamt, die Epidemiologen, die forschende Industrie, die Politik und nicht zuletzt auch die Krankenkassen selbst gehören.

- Ist es Aufgabe der Gesetzlichen Krankenversicherung, Grundlagenforschung zu finanzieren?

Wohl kaum. Doch Töne der Ablehnung oder gar Proteste seitens der Krankenkassen wegen Zweckentfremdung der Versichertenbeiträge sind nicht zu vernehmen. Warum wohl?

- Wem nutzt die angestrebte Diagnosekodierung wirklich?

In den vergangenen 15 bis 20 Jahren beobachten wir zunehmend die Systematik,

dass sich die Vergütung der „Leistungserbringer“, gemeint sind Ärzte und Krankenhäuser, nicht mehr an der erbrachten Arbeit orientiert, sondern pauschaliert nach Art der Problemstellung erfolgt.

Die Krankenkassen transferieren einen vorbestimmten Betrag an die Leistungserbringer mit „befreiender Wirkung“. Dies bedeutet in der Konsequenz, dass der nachfolgende Behandlungsaufwand von der Krankenkasse an den Arzt bzw. an das Krankenhaus verlagert wird. Somit wird das eigentliche Versicherungsrisiko (die ambulante ärztliche bzw. Krankenhausbehandlung) an die Leistungserbringer verschoben.

- Erforderliche Therapie für den Patienten wird zum unternehmerischen Risiko Dies ist der Grund, warum ich in meiner Praxis durch immer „einfachere“ Gebührenordnungen (EBM) immer mehr nach Pauschalen abrechne und dafür trotzdem immer größere Datenmengen transferieren muss. Meine Angaben für die Abrechnung sind Bezeichnungen wie: chronisch krank, Z.n. Transplantation, insulinpflichtig, schwer krank, palliativ, geriatrisch usw. Sie beschreiben bestimmte Merkmale der Patienten und nicht mehr die für die Versorgung notwendige und tatsächlich geleistete Arbeit. So wird am Ende der erforderliche Behandlungsaufwand zu meinem unternehmerischen Risiko. Die DRG-Systematik (= Diagnosebezogene Fallpauschalen) für den stationären Bereich ist im Ansatz vergleichbar.

- Der „Wettbewerb“ der Kassen ist gekoppelt an die Diagnosen

Doch wir müssen den Bogen noch weiter spannen: Die über 100 gesetzlichen Krankenkassen mit nahezu identischem Leis-

tungsangebot für ihre Pflichtversicherten stehen im Wettbewerb (!) miteinander. Da die Leistungen der GKV per Gesetz vorgegeben sind, kann der „Wettbewerb“ unter den Kassen nur über die Risikoselektion stattfinden. Um eben die durch die Risikoselektion resultierende Ungleichheit auszunivellieren hat der Gesetzgeber den Risikostrukturausgleich (RSA) eingeführt. Je nach Morbiditätsstruktur ihrer Versicherten bekommen die Kassen mehr oder weniger Ausgleich aus einem gemeinsamen Fonds. Dieser Geldfluss an die Kassen findet individuell und diagnosengekoppelt statt. Womit sich dann der Kreis schließt: ein guter Arzt, der viel kodiert...

Es bleibt zu hinterfragen, ob und wieweit die Bereitstellung von Instrumenten zur Risikostratifizierung und Ausgabensteuerung im Gesundheitswesen ärztliche Aufgaben sind bzw. werden sollen. Die im ambulanten Bereich klammheimlich und sukzessive per Gebührenordnung bereits eingeführte Verlagerung des Erkrankungsrisikos auf die niedergelassene Ärzteschaft (Sicherstellungsauftrag unter Budgetbedingungen) muss beendet werden.

Michael Andor

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen
E-Mail: michael.
andor@t-online.de



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



Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonprechstunde mit

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:

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

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

- **Dienstag, 24. April 2018**
- **Dienstag, 29. Mai 2018**
- **Dienstag, 26. Juni 2018**

30 Jahre vertragsfachärztliche Tätigkeit: ein „gemischtes“ Fazit

Dr. med. Thomas Klippstein war von 1984 bis 2015 niedergelassen als Hämato-Onkologe in einer Gemeinschaftspraxis mit vier weiteren Kollegen dieses Fachgebietes. Er war außerdem viele Jahre als Abgeordneter in der KV Hessen tätig – in allerlei Gremien. Ein kurzes „berufspolitisches“ Fazit fällt nach 30 Jahren etwas gespalten aus:

Unsere Onkologische Schwerpunktpraxis befindet sich räumlich in einem Krankenhaus mit einer direkt erreichbaren Belegstation. Die Ärzte der Praxis sind tagtäglich an der sogenannten Grenze ambulant/stationär und somit in beiden Sektoren tätig. Diese Struktur – von fachlicher Kompetenz abgesehen – war und ist als ein entscheidender Grund für ein medizinisch und wirtschaftlich erfolgreiches Arbeiten anzusehen.

1. Jede freiberufliche Tätigkeit ist langfristig ohne die eigene Fähigkeit und Bereitschaft für unverstelltes wirtschaftliches und unternehmerisches Denken zum Scheitern verurteilt. Die gängige Formulierung „Wir sind doch keine Kaufleute, sondern Ärzte“ ist nicht hilfreich. Wirtschaftlich relevante Entscheidungen werden dann von anderen, zum Beispiel Krankenkassen, Krankenhausverwaltungen und Berufspolitikern etc. getroffen. Der Arzt wird konsequent auf seine medizinische Dienstleistung reduziert und von den Entscheidern nicht mehr ernst genommen.
2. Spezialfachärztliche Tätigkeit, insbesondere die ambulante Versorgung in der Onkologie, hat ohne klinische (Krankenhaus-) Anbindung medizinisch und wirtschaftlich keine Zukunft. Unter finanziellen Gesichtspunkten ist man in der reinen ambulanten Patientenversorgung als hausärztlicher Internist zunehmend besser aufgehoben.
3. Die regionalen KV-Selbstverwaltungen stehen als Folge jahrelanger Budgetierungen total unter dem Gebot der Systemerhaltung durch Mangelver-

waltung finanzieller Ressourcen. Der Gesetzgeber hat sie in eine Sackgasse manövriert. Ihr Handlungsspielraum wurde immer massiver eingeschränkt. Vermeintlicher Nutzen des Sicherstellungsauftrages (gesetzlich gesicherte Zuständigkeit) und offensichtliche Behinderung (gesetzlich nicht erwähnte Interessenvertretung) halten sich höchstens noch die Waage. Die Politik versteht ihn ausschließlich als Aufforderung zur Pflichterfüllung. Es kann aber keine Existenzgarantie abgeleitet werden.

Die Wettbewerbsregeln werden per Gesetz permanent verändert. Ob der Wettbewerb der „Anbieter untereinander“ fair oder unfair ist, hängt nur von der jeweiligen Sichtweise ab. Auch die Beurteilung von Qualität in der ambulanten oder stationären Patientenversorgung erfolgt zwar nach vermeintlich objektiven Kriterien ist aber realiter immer interessengeleitet. Ebenso ist die Reaktion der Patienten vieldeutig. Es ist mir beispielsweise nicht bekannt, dass Patienten in nennenswertem Umfang selbst den Wechsel aus der ambulanten Behandlung eines Krankenhauses/MVZ in die Praxis eines niedergelassenen freiberuflich tätigen Kollegen eingefordert hätten.

4. Die stationäre Versorgungsebene hat unternehmerisch konsequent auf die vielfältigen Gesetzesänderungen reagiert und über die Jahre eine Ebenen übergreifende Rundumversorgung etabliert. Die Chefärzte und die angestellten Ärzte haben das bereitwillig mitgemacht. Insbesondere die internistische Onkologie hat dabei ihre medizinische Bedeutung weitgehend eingebüßt. Ebenso hat strukturpolitisch gesehen die ambulante vertragsärztliche Hämato-Onkologie – den Briefschreiber eingeschlossen – versagt: Es wäre zum Beispiel etwa ab dem Jahre 2000 das medizinische Gebot und auch juristisch möglich gewesen, um die internistische Onkologie herum gemeinschaftliche spezialärztliche Ver-

sorgungsstrukturen (mit Integration von gastroenterologischer, pulmonologischer, gynäkologischer und urologischer Spezialversorgung, insbesondere mit Endoskopie und Labor) aufzubauen. Sogar die Palliativmedizin wurde von anderen Gebieten – der Anästhesie – initialisiert. Die niedergelassenen interventionell tätigen Kardiologen haben es beispielhaft vorgemacht und sich so gegenüber dem stationären Sektor behaupten können. Andere sind dem nicht gefolgt – aus mangelnder Risikobereitschaft? Diese Lücken haben die Krankenhäuser ausgefüllt.

5. Ob es für innovative vertragsärztliche Zusammenschlüsse insbesondere vor dem Hintergrund neuer strafrechtlich relevanter gesetzlicher Regelungen zu spät ist, steht dahin. Weder die Gesundheitspolitik noch die Patienten werden aber aufgrund von Appellen an die Fairness im Wettbewerb zu Hilfe kommen – auch die Selbstverwaltungen nicht, denn der gesetzliche Rahmen lässt hierfür gar keinen Handlungsspielraum. Nachdem die Öffentlichen Hände defizitäre Krankenhäuser an private Investoren los geworden sind, ist es für die Politik erst recht nicht mehr von Interesse, ob die Strukturen der Gesundheitsversorgung überhaupt noch von Medizinern mitgestaltet werden können – sieht sie doch einen der Gründe für die unter ihrer Trägerschaft aufgelaufenen finanziellen Defizite in mangelndem ärztlichen Verständnis für gesundheitsökonomische Zusammenhänge.
6. Die freiberuflichen fachärztlichen Vertragsärzte haben Probleme – nicht erst seit heute. Die Onkologie zum Beispiel ist nun medizinisch unter den einzelnen Fachgebieten aufgeteilt. Die ambulante Behandlung findet überwiegend im stationären Sektor statt. Dabei sind die Krankenhausärzte lediglich die Ausführenden von Verwaltungsvorgaben. Sie erleiden auch medizinisch einen Bedeutungsverlust. Das gewandelte Berufsbild angestellter Ärzte lie-

fert die Art und Weise wie wir unseren Beruf ausüben nahezu hilflos den unterschiedlichsten Verwaltungsstrukturen aus. Diese Entwicklung kann durch die Historie erklärt aber nicht korrigiert werden. Alle – die gesamte Gesellschaft – können offensichtlich damit leben – auf ideelle und materielle Kosten der gesamten Ärzteschaft? – insbesondere aber der niedergelassenen freiberuflich tätigen Vertragsärzte! Es bleibt nichts anderes, als sich mit medizinischer Kompetenz gesellschaftspolitisch weiterhin deutlich einzumischen – Haus- und Fachärzte gemeinsam mit den Krankenhausärzten gegen Politik und

Konzerne – trotz aller durch die Budgetierungen verursachten Verteilungskämpfe ums Honorar? Für die Fortsetzung der meist sinnlosen Abgrenzungsdiskussionen von Fachgebieten innerhalb der Ärzteschaft ist es jedenfalls zu spät. Ein erstes kleines Lebenszeichen ist die Reorganisation der Fachärzteschaft im SPIFA (Spitzenverband der Fachärzte) mit unbedingter Einbeziehung der Krankenhausärzte. Der Weg zu Korrekturen ist steinig und bisher ohne Effekt. Den Selbstverwaltungen sind die Hände gebunden – der Gesetzgeber regelt alles. Verantwortlich sind aber dennoch nicht nur „die anderen“, sondern auch wir selbst.

Dr. med.

Thomas Klippstein

Facharzt für Innere Medizin, Hämatologie und Internistische Onkologie



Foto: privat

Der Artikel ist in leicht geänderter Form zuerst in „BDI aktuell“ Ausgabe 01/2018 erschienen.

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

Leider nicht neu, und leider immer noch akut...

„arm! krank!“ – Subjektive Eindrücke vom 11. Ärztetag am Dom

Tatsächlich wieder eine wichtige und interessante Veranstaltung, die die Teilnahme an einem Samstag lohnte: „arm! krank! Wie Armut den Gesundheitszustand beeinflusst“. Das war Anfang Februar das Thema des 11. Ärztetages im Haus am Dom in Frankfurt.

Man kann lange darüber lamentieren, dass wir ein reiches Land sind, und es den Armen, chronisch Kranken, Obdachlosen, illegal Eingewanderten, Alleinerziehenden und nicht Krankenversicherten so schlecht nicht gehen sollte, wie es zu meist trotzdem ist.

Prof. Dr. med. Dipl.-Soz. päd. Gerhard Trabert, einer der Referenten des Tages, bundesweit anerkannter „Armenarzt“ wegen seiner helfenden Hände und seiner klaren Sprache, nach eigenen Worten ein „Sozialarbeiter, der sich ärztlich engagiert“, manchmal verzweifelt und doch nie resignativ, stellt nüchtern fest: „Aufseiten der Politik hört man mir lange und interessiert zu, aber es wird viel zu wenig getan.“

Wer aber sollte es sich, angesichts der besonderen Verantwortung für das Leben und die Gesundheit der Menschen, nicht so einfach machen?

„Die Ärzte sind die natürlichen Anwälte der Armen und die soziale Frage fällt zu einem erheblichen Teil in ihre Jurisdiktion.“

– treffender hätte es Professor Rudolph Virchow schon 1848 nicht sagen können.

Da sitzt nun ein interessierter Teil der Anwälte der Armen im voll besetzten Vortragsraum im Haus am Dom, und lauscht den ärztlichen Vortragenden: Bernhard Bornhofen vom Offenbacher Gesundheitsamt, Prof. Dr. Trabert, der Armutsmediziner, Dr. med. Wolfgang Kauder von der Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung in Darmstadt, Schwester Dr. med. Maria Goetzens von der Elisabeth Straßenambulanz der Caritas in Frankfurt. Die Risikofaktoren für Armut sind hinlänglich bekannt, der gar nicht üppige Hartz IV-Regelsatz oft nicht. Die Entsolidarisierung schleicht schon lange nicht mehr, und Arme als gleichwürdige Menschen zu betrachten gelingt uns zu oft nicht.

Was können engagierte Ärztinnen und Ärzte aber praktisch machen? Die Referenten erzählen es aus ihrer jeweiligen Arbeit heraus: Niederschwellig angelegte medizinische Sprechstunden, eingebettet in interdisziplinäre Versorgungskonzepte; wie hilft man den spezifischen Gruppen, und wo zeigen sich Grenzen auf? Das klingt nach harter Arbeit, „hands on“, aber auch nach „Wir können etwas tun!“

Und nach der Schmiede des Hephaistos der Tempel der Athene: Andreas Lob-Hüdepol, Mitglied des Deutschen Ethikrats,

berichtet aus moraltheologischer Sicht von den Ursachen der Armut. Aber eben nicht moralinsauer, sondern lebendig und bildhaft – ein Kontrastprogramm im besten Sinn des Worts.

Am Ende die Podiumsdiskussion: Nicht jede oder jeder ist eine Mutter Theresa oder ein Albert Schweitzer, aber das ist noch lange kein Grund, nichts zu tun!

Dr. med.

Alexander Marković, MBA

Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen



Foto: privat

PS: Gerhard Trabert zeigte in seinem Vortrag auch den besseren Umgang mit Sprache auf: Eine alleinerziehende Mutter mit drei Kindern beispielsweise sollte nicht als „sozial schwach“, sondern als „sozial benachteiligt“ bezeichnet werden. „Sozial schwach“ ist beispielsweise ein Steuerflüchtling. – Zum Nachdenken.

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



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 die Arbeit des Preisträgers 2018, Dr. med. Frank Ziemann aus Marburg, vorgestellt.

Promotionspreis 2018 geht an Dr. med. Frank Ziemann

Titel der Dissertation: „Zelluläre Ursachen des unterschiedlichen Ansprechens HPV-assoziiierter und Noxen-induzierter Plattenepithelkarzinome der Kopf- und Halsregionen auf eine kombinierte Radiochemotherapie“

Dr. med. Frank Ziemann, Preisträger 2018 des Promotionspreises der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), hat sein Medizinstudium an der Philipps-Universität Marburg im Jahr 2014 abgeschlossen, die Promotion erfolgte im selben Jahr. Von 2014 bis 2016 war Herr Ziemann wissenschaftlicher Mitarbeiter im Labor der Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie in Marburg. Seit Dezember 2016 ist er als Assistenzarzt in der Medizinischen Klinik und Poliklinik III, am Klinikum der Universität München tätig.

In seiner Arbeit untersuchte der Preisträger, warum zwei Gruppen bösartiger Tumore der Kopf-Hals-Region (Plattenepithelkarzinome), die Humanen Papillomvirus (HPV) assoziierten Tumore und die durch schädigende Substanzen wie Nikotin und Alkohol ausgelösten Karzinome, unterschiedlich auf die kombinierte Radiochemotherapie ansprechen. Herr Ziemann konnte verschiedene zelluläre Mechanismen aufzeigen, die die höhere Therapieempfindlichkeit HPV-assoziiierter Tumore bedingen. „Die Ergebnisse dieser Forschungsarbeit liefern wichtige Erkenntnisse für zukünftige Studien und können dazu beitragen, neue zielgerichtete Therapien zu etablieren. Daher ist es mir eine besondere Freude, Herrn Ziemann mit dem Promotionspreis der Landesärztekammer Hessen auszuzeichnen“, betonte Dr. med. Gottfried von Knob-

lauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen in seiner Rede im Rahmen der Absolventen- und Promotionsfeier der Universität Marburg, bei der er dem Preisträger am 2. Februar den Promotionspreis überreichte.

Inhaltliche Zusammenfassung:

Plattenepithelkarzinome der Kopf-Halsregion (HNSCC) werden seit einigen Jahren auf Grundlage ihrer Ätiologie in zwei große Gruppen eingeteilt:

1. Durch Infektionen mit dem Humanen Papillomavirus (HPV)
2. Durch klassische Noxen-induzierte (Alkohol, Nikotin) Tumore.

Beide Gruppen unterscheiden sich deutlich in ihrem klinischen Ansprechen auf die Standardtherapie für fortgeschrittene Tumore, welche aus einer kombinierten Radiochemotherapie besteht. Die biologischen Hintergründe hierfür waren bislang wenig untersucht und verstanden, obwohl bereits erste Deeskalationsstudien in HPV-assoziierten Tumoren initiiert wurden. In der Promotion „Zelluläre Ursachen des unterschiedlichen Ansprechens HPV-assoziiierter und Noxen-induzierter Plattenepithelkarzinome der Kopf-Halsregion auf eine kombinierte Radiochemotherapie“ konnten verschiedene zelluläre Mechanismen, wie eine gestörte Zellzyklusregulation und Änderungen in den tumortreibenden viralen Onkogenen E6 und E7, aufgezeigt werden, die auf zellulärer Ebene



Prof. Dr. med. Andrea Wittig (Doktormutter des Preisträgers), Dr. med. Frank Ziemann und Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der LÄK Hessen (von links).

ne die höhere Therapieempfindlichkeit HPV-assoziiierter Tumore bedingen. Auf Grundlage dieser Erkenntnisse konnte gezeigt werden, dass gerade für HPV-assoziierte HNSCC eine kombinierte Radiochemotherapie wichtig für das bessere Ansprechen ist und in der Planung zukünftiger Studien berücksichtigt werden sollte. Zudem können die gefundenen tumorspezifischen Unterschiede genutzt werden um eine neue zielgerichtete Therapie für HPV-assoziierte und HPV-negative HNSCC Tumore zu etablieren.

Dr. med. Frank Ziemann
Caroline McKenney

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“ –

Pulmologie, Rheumatologie und Kinderradiologie

Mi., 20. Juni 2018, 15:00 – 20:00 Uhr 7 P

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Zimmer, Gießen

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker 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.

Teile 1 + 2: Mittwoch, 19. September 2018

Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim /
Dr. med. B. Fischer, Gießen

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Rechtsmedizin

Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als Zeugen

Teil 1: Mi., 19. September 2018

Teil 2 – Fallbeispiele: Mi., 17. Oktober 2018

Leitung: Prof. Dr. med. Marcel Verhoff

Gebühr: jeweils € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@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 (Akademiestatistiker € 90)

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

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

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

Ort: Frankfurt

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl,
Prof. Dr. med. S. Herold,
Dr. med. J. Kessel

Gebühren: Modul 1 € 900
(Akademiestatistiker € 810)

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

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

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

Datenschutz

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

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

Gebühr: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

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

Max. TN-Zahl: 20

**Datenschutz 2.0 - Wie kann der interne
Datenschutzbeauftragte die neuen Anforderungen erfüllen?**

Sa., 09. Juni 2018

Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Dr. med. W. Zeckey, A. Wolf

Ort: Fulda, Kolpinghaus

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@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: € 150 (Akademiestudenten € 135)

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

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de

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

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 02. – So., 04. November 2018 **30 P**

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

Gebühr: € 420 (Akademiestudenten € 378)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 29. September 2018 **10 P**

Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
Gebühr: € 240 (Akademiestudenten € 216)

Ort: Mainz-Kastel, Feuerwehrwache II

Sa., 17. November 2018 **12 P**

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Gebühr: € 260 (Akademiestudenten € 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 (Akademiestudenten € 558)
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademiestudenten € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH)

Teil 1: Fr., 14. – Sa., 15. September 2018

Teil 2: Fr., 28. – Sa., 29. September 2018

Teil 3 (Praktikum): Fr., 19. Oktober 2018

Ort: Praktikum Hofheim
Gebühr: € 650 (Akademiestudenten € 585)
Leitung: Dr. med. Jörg Heitmann

Dipl.-Psych. Markus Specht
Prof. Dr. med. Richard Schulz

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@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 (Akademiestud. € 540)
Kriseninterventionsseminar: € 150 (Akademiestud. € 135)

Refresher für Transplantationsbeauftragte Ärzte

Di., 20. November 2018, 09:30 – 17:30 Uhr **9 P**

Gebühr: € 150 (Akademiestudenten € 135)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

Ernährungsmedizin

Block 3: Fr., 20. – Sa., 21. April 2018 **12 P**

Zwischenprüfung: Mi., 25. April 2018

Block 5a: Fr., 27. – Sa., 28. April 2018 **16 P**

Block 5b: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018 **16 P**

Block 5c + 6: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018 **28 P**

Prüfung: Fr., 22. Juni 2018

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

Gebühren/Block: 3: € 210 (Akademiestud. € 189)
5a, 5b: je € 280 (Akademiestud. € 252)

5c + 6 inkl. Fallbeispiele und Klausur:
€ 490 (Akademiestudenten € 441)
inkl. Prüfungen

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@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

Modul 2: Methoden der Humangenetik Sa., 26. Mai 2018

Beginn Telelernphase: 26. April 2018

Modul 3: Frauenheilkunde- und Geburtshilfe

Sa., 16. Juni 2018

Beginn Telelernphase: 16. Mai 2018

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

Ort: Frankfurt, Laborarztpraxis

Gebühr: jeweils € 200
(Akademiestudenten € 180)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Aufbaumodul für Sozialmediziner

Fr., 09. Juni 2018

Gebühr: € 140 (Akademiestudent € 126)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018 12 P

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

Modul V Sa., 27. Oktober 2018

Gebühren:

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

Modul V: € 80 (Akademiestudenten € 72)

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

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

Ethik

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

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 (Akademiestudenten € 585)
Moderationskurs
€ 300 (Akademiestudenten € 270)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Impfkurs

Sa., 27. Oktober 2018, 09:00 - 17:30 Uhr 12 P

Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt

Gebühr: € 180 (Akademiestudenten € 162)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@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 (Akademiestudenten € 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 (Akademiestudenten € 306)

Ort Praktikum: Frankfurt

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

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 03. November 2018 (Theorie)

+ zwei Termine (je 5 Std.) (Praktikum)

Gebühr: € 380 (Akademiestudenten € 342)

Leitung der Kurse für Abdomen: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Aufbaumodul CEUS I

Termin in Planung!

Leitung: Dr. med. A. Ignee, Bad Mergentheim

Aufbaumodul Schilddrüse

Sa., 09. Juni 2018, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestudenten € 225)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Frankfurt

Aufbaumodul Farb- und Spektral-Dopplersonographie abdomineller Gefäße

Sa., 20. Oktober 2018, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestudenten € 225)

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@laekh.de



EKG

EKG Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 **22 P**

Gebühr: € 320 (Akademiestudenten € 288)

EKG Refresher Kurs

Do., 23. August 2018 **10 P**

Gebühr: € 140 (Akademiestudenten € 126)

Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 12. – Fr., 13. 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** **80 P**

Leitung: Dr. med. R. Diehl

Gebühr: je € 680 (Akademiestudenten € 612)

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung
Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

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

Die ArbMedVV „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** **60 P**

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 € 560)

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

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

Palliativmedizin

Fallseminar Aufbaukurs Modul 2 **40 P**

Mo., 11. – Fr., 15. Juni 2018 (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. Mattekot

Gebühr: € 650 (Akademiestudenten € 585)

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

Einsteigerseminar

Bereitschaftsdienst im Krankenhaus

Zielorientiertes ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen
Krankheitsbildern, rechtliche Rahmenbedingungen und organi-
satorische Fallstricke

Mi., 07. November 2018, 09:00 - 17:30 Uhr **11 P**

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

Gebühr: € 180 (Akademiestudenten € 162)

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

Themenübersicht:

Mo., 23. April 2018 **Gastroenterologie, Kardiologie** 12 P

Leitung: Prof. Dr. med. K. Haag
Dr. med. R. Brandt
Prof. Dr. med. C. Hamm

Di., 24. April 2018 **Kardiologie, Pneumologie** 11 P

Leitung: Dr. med. R. Brandt
Prof. Dr. med. C. Hamm
Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mi., 25. April 2018 **Angiologie, Nephrologie** 11 P

Leitung: Dr. med. F. Präve
PD Dr. med. H.-W. Birk
Prof. Dr. med. W. Fassbinder

Do., 26. April 2018 **Internist. Hämatologie / Onkologie, Internist. Intensivmedizin** 11 P

Leitung: Prof. Dr. med. L. Bergmann
Prof. Dr. med. A. Neubauer
Prof. Dr. med. K. Mayer

Fr., 27. April 2018 **Endokrinologie/Diabetologie, Rheumatologie** 12 P

Leitung: Dr. med. C. Jausch-Hancke
Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann
Prof. Dr. med. U. Lange

Sa., 28. April 2018 **Fallseminar** 6 P

Leitung: Dr. med. R. Brandt,
Prof. Dr. med. W. Fassbinder,
Prof. Dr. med. K. Haag,
Prof. Dr. med. U. Lange

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder,

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

Suchtmedizin

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ 20 P

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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., 27. – Sa., 28. April 2018 (ausgebucht)

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

Krankenhaushygiene

Hygienebeauftragter Arzt

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

Gebühr: € 750 (Akademiestatistiker € 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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

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

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

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

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühren: Kurs A, B jeweils € 300
(Akademiestatistiker € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungscolleagues 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

Spezielle Schmerztherapie

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 C, D: Bad Nauheim , FBZ Block B: Kassel , Klinikum	
Auskunft/Anmeldung:	K. Baumann, Fon: 06032 782-281, E-Mail: katja.baumann@laekh.de	

Psychosomatische Grundversorgung

24. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, das heißt insgesamt 80 Stunden.

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

Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018 (ausgebucht)	16 P
Fr., 10. – Sa., 11. August 2018 (ausgebucht)	16 P
Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018 (ausgebucht)	16 P
Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018	16 P

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

Gebühren je Block: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 07. – Sa., 10. November 2018 **ges. 42 P**

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

Gebühr ges.: € 480 (Akademiestatistiker € 432)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

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

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)

Nichtärztliche Praxisassistenten unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und zum Beispiel Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen.

Weitere Informationen und Termine zur Fortbildung sind auf der Homepage www.carl-oelemann-schule eingestellt.

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen

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

Aufbaukurs: Englisch für Gesundheitsberufe

Inhalte: Die Fortbildung baut auf guten Schulenglischkenntnissen (ab Mittlere Reife) auf und besteht aus zwei Terminen. Redemittel und grammatische Strukturen aus dem Einsteigerkurs werden aufgegriffen, gefestigt und ausgebaut. Im Vordergrund stehen Kommunikation, Hörverstehen, Leseverstehen und Wortschatzarbeit.

Termine (PAT 9): Interessentenliste, zwei Termine jeweils Sa., von 10.00 – 14:45 Uhr

Gebühr: € 140

Ärztliche Abrechnung und DMP „EDV-gestützt“

Inhalte: Die Grundlagen für die EDV-gestützte Abrechnung werden vermittelt sowie vorgegebene Prüfläufe unter anderem zur Quartalsabrechnung erläutert und anhand von praktischen Übungen demonstriert.

Termin (PAT 12): Sa., 28.04.2018, 10:00 – 15:45 Uhr

Gebühr: € 105

Refresher-Kurs GOÄ und UV-GOÄ

Inhalte: Die Fortbildung gibt einen Überblick über die Regelwerke GOÄ und UV-GOÄ und deren aktuelle Änderungen. Durch praktische Übungen wird die Anwendung erläutert und die Teilnehmer/-innen erhalten Gelegenheit zum aktiven Erfahrungsaustausch.

Termin (PAT 13): Interessentenliste, Sa., 09:30 – 16:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Impfungen

Inhalte: Impfkalender der STIKO/Indikationsimpfung, Impfmündigkeit, 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

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Der Lehrgang wird bei der Qualifizierung „Nichtärztliche Praxisassistenz“ anerkannt.

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmerinnen und Teilnehmern selbstständig erarbeitet wird.

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

Termine: Fr., 19.10.2018 – Sa., 20.10.2018 und

Fr., 02.11.2018 – Sa., 03.11.2018

Gebühr: 410 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue, von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die 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

Aufbereitung von Medizinprodukten (24 Stunden)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

Termin (SAC 2): ab Do., 17.05.2018

Teilnahmegebühr: € 340 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 oralen Tumortherapeutika

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

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

Versorgung und Betreuung von Patienten mit multimodaler Therapie

Inhalte: Medizinische Grundlagen multimodaler Therapien, Arzneimittelverordnung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherche, Patienten – und Angehörigenedukation.

Termin (ONK A1_3):

Do., 08.11.2018 – Sa., 10.11.2018 (24 Std.)

Gebühr: € 255

Psychoonkologie

Inhalte: Die dreitägige Aufbaufortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen, die bereits erfolgreich an einem 120-stündigen Qualifizierungslehrgang „Onkologie“ oder „Palliativversorgung“ teilgenommen haben. Die Inhalte der Fortbildung orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

Termin (ONK A 3): Do., 13.09.2018 – Sa., 15.09.2018 (24 Std.)

Gebühr: € 280

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

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das COS-Fortbildungsprogramm, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben sind, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Tätigkeitsbeschreibung: www.fortbildung-mfa.de.

Termin (FAW 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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

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

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

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

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

„Schlafen werden wir später“

Bad Nauheimer Gespräch mit Zsuzsa Bánk

Seit vielen Jahren ist die Frankfurter Autorin Zsuzsa Bánk fester Bestandteil der deutschen Literaturszene. Ihr 2017 erschienenes Buch „Schlafen werden wir später“ hat sie Ende Februar bei der Autorenlesung des Bad Nauheimer Gesprächs vorgestellt.

Die Flucht ihrer Eltern aus Ungarn sei eine Erfahrung, die das Leben und Schaffen der Autorin stets begleitet habe, berichtet Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Vorstandsmitglied der Bad Nauheimer Gespräche, einleitend. Fernweh, die Liebe zur Einsamkeit sowie die Sehnsucht nach verlorenen Orten hätten die Autorin in die verschiedensten Ecken der Welt geführt und ihre Geschichten beeinflusst.

Bánks Arbeit wurde unter anderem bereits mit dem Aspekte-Literaturpreis, dem Deutschen Bücherpreis sowie dem Bettina-von-Arnim-Preis ausgezeichnet.

E-Mails einer Freundschaft

Als „radikal subjektive Literatur“ bezeichnet Zsuzsa Bánk den in ihrem Werk abgebildeten dreijährigen E-Mail-Austausch zwischen zwei Freundinnen aus Kindertagen. Die von der Autorin gewählte Schrift-

form erlaubt einen ungefilterten Einblick in die Gefühlswelten beider Frauen, gibt deren Emotionen und Ereignisse zu jeder Tages- und Nachtzeit wieder und baut Intimität auf. Der Schriftverkehr ermöglicht den Freundinnen Martha und Johanna die Flucht aus dem schwierigen Alltag, den beide Protagonistinnen in „Schlafen werden wir später“ zu meistern versuchen.

Martha, Lyrikerin aus Frankfurt, hat drei Kinder und lebt in einer unglücklichen Ehe. Geld- und Zeitnot kennzeichnen ihr Leben und Schaffen. Johanna ist Lehrerin aus dem Schwarzwald, die kürzlich eine Brustkrebserkrankung überstanden hat und von ihrem Freund verlassen wurde.

Beide kämpfen in der Mitte des Lebens mit den Dämonen aus ihrer Vergangenheit und stehen vor den Herausforderungen der Zukunft. Hoffnung und Unterstützung finden sie dabei in ihrer wunderbaren Freundschaft.

In ihrem neuesten Werk erlaubt Zsuzsa Bánk den Leserinnen und Lesern einen Einblick in die unterschiedlichen Lebensentwürfe und das Gefühlsleben zweier besonderer Frauen, die ihren schwierigen Alltag und das jeweilige persönliche



Zsuzsa Bánk

Schicksal miteinander teilen. Die Leser erleben ab der ersten Seite eine poetische, melancholische Reise, die jeden auch nach dem Ende des Romans so schnell nicht wieder loslässt.

Caroline McKenney



Zsuzsa Bánk:
„Schlafen werden wir später“
S. Fischer Verlag, 2017
ISBN: 9783100052247
688 Seiten geb., € 24

Das nächste Bad Nauheimer Gespräch findet am 25. April 2018 statt (vgl. S. 267).

Kunst Privat!

Hessische Unternehmen zeigen ihre Sammlungen

Wer in schönen Dingen einen schönen Sinn entdeckte, der habe Kultur, behauptete einst der Lyriker und Dramatiker Oscar Wilde (1854–1900). Schon lange vor seiner Zeit hatten sich wohlhabende Adlige und Sammler aus dem Bürgertum mit Kunst und Künstlern geschmückt, um sich zu erfreuen und das eigene Renommee zu heben. Ein Engagement, das Förderern und Künstlern gleichermaßen zugutekam. Während etwa die Medici in Italien Masaccio, Brunelleschi, Donatello und Michelangelo förderten, unterstützten die Habsburger Breughel und Rubens.

Auch in Hessen hat private Kulturförderung eine lange Tradition, wie unter anderem die Beispiele des Landgrafen Wilhelm

VIII, Begründer der Kasseler Gemäldegalerie, oder des Privatbankiers, Mäzenen und „Vaters“ des Frankfurter Städel, Johann Friedrich Städel, illustrieren. Dass sich die Beziehung zwischen Wirtschaft, Politik und Kunst in den vergangenen Jahren weiter intensiviert hat, zeigt das lebhaftere Interesse kleiner und großer Unternehmen. Viele von ihnen kaufen nicht nur Kunst, sondern engagieren sich auch vor Ort, in der Stadt oder Region. Daraus erwachsen ist die Aktion „Kunst privat!“, eine Initiative der hessischen Wirtschaft in Kooperation mit dem Landesverband der Galerien in Hessen und Rheinland-Pfalz.

Um Unternehmen im Kulturbereich weiter zu motivieren, einer interessierten Öffent-

lichkeit gelegentlich Einblicke in die sonst nicht öffentlich zugänglichen Firmen-Kunstsammlungen zu ermöglichen, veranstaltet die hessische Landesregierung gemeinsam mit mehr als 30 Unternehmen und wirtschaftsnahen Institutionen seit 2005 das Projekt „Kunst privat! Hessische Unternehmen zeigen ihre Kunst“. Seither öffnen Unternehmen – kleine Firmen unter 50 Mitarbeitern ebenso wie Großunternehmen – einmal im Jahr für zwei Tage die Türen und bieten Führungen durch ihre Kunstsammlungen an. Das nächste Mal am 9. und 10. Juni 2018. Anmeldebeginn ist der 9. Mai.

Informationen im Internet unter:
<http://kunstprivat.net>

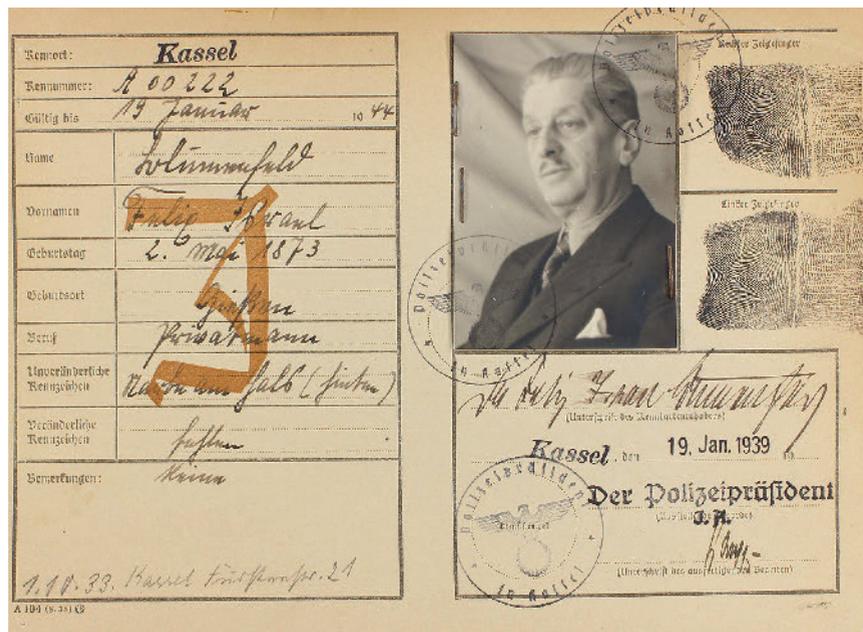
Katja Möhrle



Erinnerungen an die düsterste Epoche Deutschlands und der deutschen Kinderheilkunde

Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942) aus Kassel

von Dr. med. Stephan Heinrich Nolte



Die Kennkarte aus der NS-Zeit von Dr. med. Felix Blumenfeld. (Stadtarchiv Kassel, Signatur A3.32 Kennkarte I)

später das Kinderkrankenhaus Park Schönfeld mit ihm als Leitendem Arzt hervorging.

Seine Familie

1902 heiratete Blumenfeld Thekla Wertheim (1879–1917) aus Frankfurt. Sie bekamen zwei Söhne: 1903 wurde Edgar Leo Blumenfeld, 1906 Gerhard Max Blumenfeld geboren. Thekla Blumenfeld starb 1917. Im Jahr 1920 ehelichte Blumenfeld in zweiter Ehe seine Sprechstundenassistentin Helene Petri (1894–1969). Edgar und Gerd konnten 1938 das Land verlassen, sie lebten in den USA und nahmen dort den Namen Bloomfield an [2].

Neben dem sozialen Engagement sind Blumenfelds politische und gesellschaftliche Tätigkeiten hervorzuheben. Im Ersten Weltkrieg war er als Sanitätsarzt sowie politisch tätig.

Vor 76 Jahren endete das Leben eines großen Kinderarztes, Wohltäters und Menschenfreundes durch seine eigene Hand. Dr. med. Felix Blumenfeld nahm sich am 25. Januar 1942 in Kassel das Leben.

Wer war Felix Blumenfeld?

Über seinen frühen Lebenslauf sind wir mit seiner Autobiografie von 1900 aus der Dissertation aus erster Hand unterrichtet (siehe Anlage 1 in der Online-Ausgabe). Der Antrag an die Fakultät auf die Anerkennung seiner Dissertation wurde unter anderem auch von Emil von Behring unterzeichnet. Blumenfeld berichtete über 50 Fälle von akuter Säuglingsosteomyelitis aus seinem neuen Wirkungsort, der chirurgischen Abteilung des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin/Wedding, unter Themistocles Gluck (1853–1942). Anerkannt wurde die Dissertationsleistung am 13. Januar 1900.

Die Zeit in Kassel

Bereits ein Jahr später, 1901, zog er nach Kassel und eröffnete eine Kinderarztpraxis, ab 1905 in der Querallee 38, die er 1932 in sein Wohnhaus, das Nahl'schen Haus in die Innenstadt, Obere Königsstraße 41 verlegte.

Blumenfeld zeigte ein großes soziales Engagement, um der zu der Zeit hohen Säuglingssterblichkeit zu begegnen. Auf ihn geht 1903 die Einrichtung einer der ersten öffentlichen Milchküche an der Oberen Fuldagasse zurück [1], in der hygienisch einwandfreie Milch-Getreide-Gemische hergestellt und in einem Pfandflaschensystem verkauft oder an Mittellose kostenlos abgegeben wurden.

Diese Milchküche war Vorbild vieler ähnlicher Einrichtungen in anderen Städten. 1929 schenkte Blumenfeld die Milchküche der Stadt und wurde dafür geehrt. Ab 1909 übernahm Blumenfeld die Betreuung des Säuglingsheimes, aus dem

Mitbegründer einer Sammlung für Kriegsbeschädigte

Mit den pathetischen Worten vom „großen Gefühl der Hingebung für das Vaterland“ wurde von ihm am 2. September 1915 die Veranstaltung „Nagelung des Altkasseler Zaitenstocks“ mitbegründet: Als Vorsitzender eines Ausschusses des großen Bürgervereines eröffnete er eine Aktion, bei der Kasseler Bürger aufgefordert wurden, für 50 Pfennig einen eisernen Nagel in einen eichenen Brunnenstock, den so genannten Zaitenstock, zu schlagen. Von dem Erlös sollte Kriegsbeschädigten geholfen werden.

„Mann an Mann gereiht, ohne Unterschied der Stellung und der Anschauung“, so wird Blumenfeld zitiert über die deutschnational überschäumende Veranstaltung im überfüllten Ehrenhof des Kasseler Rathauses, die zum herausragenden lokalen Ereignis des Jahres werden sollte. Bis zum Zweiten Weltkrieg stand der

Zaitenstock auf einem steinernen Sockel neben dem Wimmelhaus in der Fulda-gasse [3].

NSDAP beendet Blumenfelds soziales Engagement

Nach dem Weltkrieg, von 1920 bis 1924, saß Blumenfeld für die DDP in der Kasseler Stadtverordnetenversammlung. Er war Mitglied des Bundes jüdischer Frontsoldaten, des jüdischen Centralvereins deutscher Staatsbürger jüdischen Glaubens, sowie zweier Freimaurerlogen. Als letzter Meister der Loge „Zur Einigkeit und Treue“ versuchte er, den liberalen Geist und die internationale Orientierung der Freimaurerei zu verteidigen. Die Loge löste sich mit der Machtübernahme der Nationalsozialisten auf [4], die andere wurde wie alle verboten [5]. Seine Mitgliedschaften in zahlreichen lokalen Kasseler Vereinen, wie etwa seit 1910 in der Schlaraffia Chasalla, wurden 1933 auf Druck der NSDAP beendet.

Berufsverbot und Enteignung

Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten wurde Blumenfeld bereits am 1. April 1933 die Leitung des Kinderkrankenhauses entzogen, er erhielt Berufsverbot und musste seine Wohnung und die Praxis in der Königstraße aufgeben. Sein Vermögen, das Inventar und die umfangreiche Bibliothek wurden beschlagnahmt. Dennoch konnte sich Blumenfeld trotz aller Verbote und Warnungen nicht von seiner deutschen Heimat trennen, der er so verbunden war und sein Bestes gegeben hatte. Als privilegierter Jude, weil er mit einer Nicht-Jüdin verheiratet war, konnte Blumenfeld zunächst in seinem geliebten Sommerhaus, Fürstenstraße 21 (heute Hugo-Preuss-Straße 35), wohnen bleiben. Als ihm seine Lage offensichtlich war, war es zu spät. Der Zweite Weltkrieg war entfacht, und auf Ausreise konnte er nicht mehr hoffen.

Wie sehr er Repressalien ausgesetzt war, und wie sich für ihn, ehemals hoch geachteten Bürger Kassels, der Alltag gestaltete, geht aus seinem berührenden Abschiedsbrief hervor, der in Anlage 2 in der Online-Ausgabe vollständig dokumentiert wird [6].

Am 25. Januar 1942 beging Felix Blumenfeld Selbstmord, um der Deportation zu entgehen und seine Frau vor weiteren Repressalien zu schützen. In welchem Rahmen er auf dem Jüdischen Friedhof Kassel-Bettenhausen beigesetzt wurde, entzieht sich unserer Kenntnis.

Zeitzeuge Hans-Joachim Schäfer erinnert sich

Neben den reinen biographischen Zahlen und Lebensdaten beruht die lebensgeschichtliche Lebendigkeit eines Menschen auf Beschreibungen und Aussagen von Zeitzeugen. Ein Zeitzeuge, der in Kassel aufgewachsene Hans-Joachim Schäfer (1923–2007), damals Schüler, später 30 Jahre lang Chefdramaturg am Staatstheater Kassel und durch vielfältige kulturelle Aktivitäten von prägendem Einfluss auf die Kasseler Gesellschaft, schrieb in seinen Erinnerungen [7]:

„Felix, wie Felix Blumenfeld —

Dieser hochangesehene Kinderarzt, der auch auf politischem und sozialem Gebiet in Kassel eine bedeutende Rolle spielte, hat mir mein Leben zum zweiten Mal geschenkt. 1923, als ich von Laasphe nach Kassel gebracht wurde, war ich nur wenige Wochen alt und sterbenskrank durch die erwähnte Milchallergie.

Ich war nur noch Haut und Knochen, hatte die Hälfte meines Geburtsgewichts verloren, ein Häuflein Elend. Felix Blumenfeld konnte mit einer von ihm entwickelten, grammgenauen Diät diesen Verfall zum Stillstand bringen. Ich überstand die Krise und begann ganz langsam, wieder zuzunehmen. Meine Mutter hat mir erzählt, wie glücklich Blumenfeld über dies Ergebnis seiner ärztlichen Fürsorge war. Er feierte mit meinen Eltern meine ‚Neugeburt‘. Daran gibt es keine persönliche Erinnerung. Es geschah mit mir.

Später, gegen Ende der Zwanzigerjahre, setzt das konkrete Erinnern an Felix Blumenfeld ein. In seiner Praxis in der Querallee bekam ich eine Reihe von Höhensonnen-Bestrahlungen. Die große, blendende Lampe, die beim Einschalten so auffallend knackte und eigen roch, machte mir anfangs Angst. Aber Felix Blumenfeld und seine Assistentin konnten mich beruhigen. Sie machten mir die ganze, etwas unheimliche Prozedur interessant und span-

nend. Das fing mit den Spielsachen in der Praxis an und mit der Schutzbrille, unter der ich mich als Rennfahrer fühlen konnte. Und es war die Wirkung der ruhigen, beruhigenden Stimme dieses Arztes, sein Blick, der ausdrucksvoll und sehr gütig war.

Und dann hatte der ‚Onkel Doktor‘ einen sorgsam gepflegten, kurz gehaltenen Oberlippenbart. Er gab ihm besondere Würde. Die Ängstlichkeit verflog, und bald ging ich gern zur ‚Höhensonne‘, zu diesem Arzt und seiner so freundlichen und fröhlichen HelferIn, die er später zur Frau nahm. Wie habe ich mich nach 1950 gefreut, als sie mit ihrer Schwester zu den ersten und treuesten Hörerinnen meiner Theatervorträge an der Kasseler Volkshochschule gehörte.

Felix Blumenfeld – 1941 hat er sich das Leben genommen. Ungeachtet all seiner Verdienste um die Stadt und um ihre sozialen wie medizinischen Belange, wurde er von den Nazis geächtet. Er musste, wie alle Menschen jüdischer Herkunft, den gelben Davidstern am Revers tragen, der ihn als Jude öffentlich zu erkennen gab. Er durfte nicht mehr praktizieren, wurde kaltgestellt, ‚sein‘ Kinderkrankenhaus Schönfeld wurde ihm verweigert.

Er wurde gedemütigt und musste zuletzt Straßen fegen, vor den Augen vieler, die ihn kannten. Nur weil er Jude war. Nur weil die Nürnberger Gesetze gehorsam verwirklicht wurden. Eine perfekte Maschine kam in Gang. ‚Führer befiehl! Wir folgen Dir!‘ Am Ende stand der Holocaust. Davon wusste ich damals nichts. Ich hätte es mir nicht einmal vorstellen können.

Als Wilhelms-Schüler habe ich Felix Blumenfeld noch einmal wiedergesehen: 1941, wenige Wochen vor seinem Freitod. Zufällig begegnete ich ihm an der Annastraße, wo er die Straße fegte.

Das Herz blieb mir stehen, als wir uns wieder sahen. Ich ging auf ihn zu, sprach einige Worte mit ihm. Er fragte nicht, war freundlich wie immer zuvor, aber er sah mich mit traurigen Augen an und lächelte mit einem Ausdruck, der mir unvergessen ist. Dann nahm er seine Zwangsarbeit wieder auf.

Das hat mich im Herzen getroffen. Bleich und aufgeregt kam ich nach Hause, wollte wissen, was dies alles zu bedeuten hätte. Ich war fassungslos, wie schon 1938 nach der ‚Reichskristallnacht‘. Auf meine Fragen

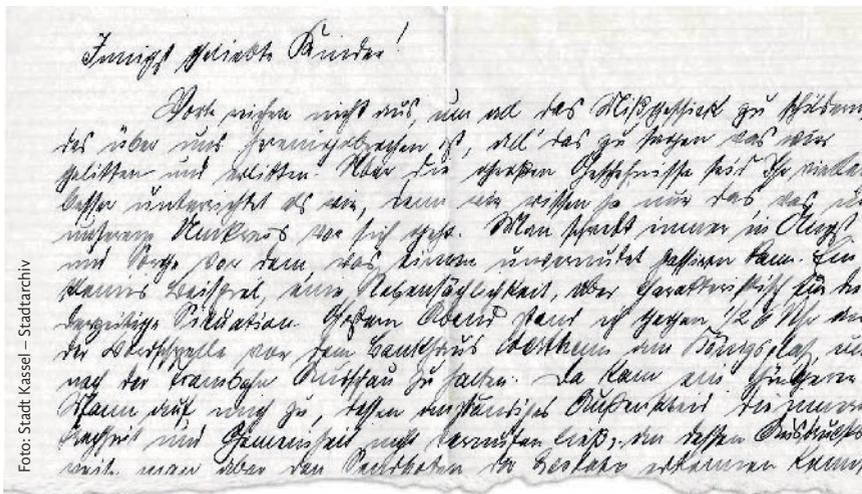


Foto: Stadt Kassel – Stadtarchiv

Ausschnitt aus dem Abschiedsbrief von Dr. med. Felix Blumenfeld an seine „Innigst geliebte Kinder“ – in Sütterlinschrift. Der Brief ist in der Online-Ausgabe vollständig transkribiert dokumentiert.

bekam ich, wie damals schon, nur formelhafte Hinweise: Nürnberger Gesetze, Anordnungen, Pflichten. Das sei nun einmal jetzt so, und das müsse akzeptiert werden. Das war keine Antwort auf meine Fragen, sondern Ausflucht, und hat mich damals mit einem dumpfen Zorn erfüllt. Ich fraß ihn stumm in mich hinein, verständnislos. Aber es gab einen Riss, eine langsam weiter schwelende Entfremdung von den Eltern. Hier wurde mir zum ersten Mal der blinde Gehorsam fragwürdig, der damals allenthalben (und oft auch heute) erwartet wird. Dieser entsetzliche Gehorsam, der alles möglich macht, wenn es nur befohlen wird. Meine Eltern hatten Felix Blumenfeld schon lange nicht mehr als Kinderarzt gerufen. Trotz allem, was er für mich getan hatte. Gut, ich war kein Kind mehr. Aber das war es nicht. Felix Blumenfeld war ‚unerwünscht‘, weil er Jude war. Und

Verfolgt. Vernichtet.

Die Ausstellung „erfasst, verfolgt, vernichtet“ über die Ermordung von Menschen mit psychischen Erkrankungen und Behinderungen in der NS-Zeit kommt nach Frankfurt. Eröffnung ist am 10. April um 18 Uhr im Zollamtsaal, Haus am Dom, Domplatz 3. Das Programm im Internet: www.dgppn.de/ausstellung – bis 17. Mai.

Juden wurden im Nationalsozialismus verachtet, dann geächtet. Ständig war im ‚Dritten Reich‘ und auf allen Ebenen vom ‚Judenproblem‘ die Rede.

Für mich als jungen, heranwachsenden Menschen waren diese Parolen im Allgemeinen zu abstrakt, um sie wirklich zu verstehen. Die Konsequenzen, die Umsetzung der Parolen in Taten, konnte ich mir nicht vorstellen.

Plötzlich diese letzte Begegnung mit Felix Blumenfeld. Sein trauriger, fragender Blick, sein sonderbar wissendes Lächeln. Und wie er dann die demütige Fronarbeit fortsetzte, den Augen der Öffentlichkeit ‚vorgeführt‘, Menschen, die ihn vielleicht kannten, wie ich. Menschen, die seine Hilfe in Anspruch genommen halten, wie ich. Und nun an den Pranger gestellt, nur weil er Jude war: Das hat mich ins Herz getroffen. Das abstrakte Gerede war plötzlich konkret geworden im Schicksal eines Menschen, dem ich wohl das Leben, die Neugeburt verdanke.

„Die Juden sind unser Unglück“:

War Felix Blumenfeld ein Unglück?

Die Fragen blieben, und die Erinnerung an diese letzte unvermutete Begegnung mit Felix Blumenfeld. Seine Augen, seinen ernsten, fragenden Blick, sein trauriges Lächeln habe ich nie vergessen.

Das hat meine späteren Begegnungen mit Menschen jüdischer Herkunft geprägt – die Fragen, die ich an sie gestellt habe, meine Versuche, sie zu verstehen, ihnen

dankbar zu begegnen, wenn ich ihre Zuwendung erfahren durfte. Es hat die Begegnung mit meinem Doktorvater Werner Milch bestimmt und die Freundschaft mit Nora Platiel. Oder die Annäherung an die Musik von Gustav Mahler, die Zusammenarbeit mit dem Dirigenten Adam Fischer. All das war Zukunft, eröffnet durch die letzte Begegnung mit Felix Blumenfeld. Das geistige Leben, das ich geführt, die Arbeit, die ich getan habe, ruht auf diesem Fundament.“ –

Mit diesen verständlichen Worten soll diese unvollständige, nur Schlaglichter erfassende Geschichte Felix Blumenfelds enden. Wir sollten unsere zahlreiche Fachkollegen und Wegbereiter, denen es ähnlich wie Blumenfeld erging, nicht dem Vergessen anheim fallen lassen. Die umfangreichen Recherchen, Zeugnisse und Dokumente, die auch in Anstrengungen unserer Fachgesellschaften zusammengestellt wurden [8], dürfen nicht in Archiven und Bücherschränken verstauben, denn zu groß ist die Gefahr, neuen Dogmen und Paradigmen zu verfallen.

Dr. med.

Stephan H. Nolte

Kinder- und
Jugendarzt,
Fachjournalist bdfj,
Lehrbeauftragter
der Philipps-Universität Marburg

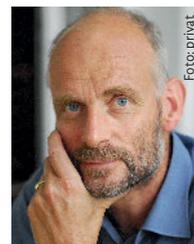


Foto: privat

E-Mail: shnol@t-online.de

Danksagung: Ich danke Jochen Boczkowski, Stolpersteine Kassel e. V., für die Einladung zur Stolpersteinverlegung und damit die Möglichkeit, Peter und Steve Bloomfield zu treffen und mit ihnen in freundschaftlich in Kontakt zu treten, ferner Veronika Schreck und Martin Schebek, die die pädiatrischen Leistungen und das Schicksal Blumenfelds im Kontext der Kinderklinik Park Schönfeld erarbeitet haben.

Quellen: Die Autobiografie und der Abschiedsbrief von Dr. med. Felix Blumenfeld werden in unserer Online-Ausgabe dokumentiert – hier finden sich auch die Literaturangaben.



Anlagen zum Artikel:

Erinnerungen an die düsterste Epoche Deutschlands und der deutschen Kinderheilkunde

Dr. med. Felix Blumenfeld (1873–1942), Kassel

von Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

Anlage 1: Autobiographie von Dr. med. Felix Blumenfeld aus seiner Dissertation über Säuglingsosteomyelitis aus dem Jahre 1900

„Geboren wurde ich, Felix Blumenfeld, israelitischer Konfession, am 2. Mai 1873 in Gießen, Großherzogtum Hessen, als Sohn des Kaufmanns Salomon Blumenfeld und seiner Ehefrau Cäcilie, geb. Erlanger. Meine Schulbildung genoss ich auf den Realschulen in Gießen und Marburg und seit dem Jahre 1885 auf dem Kgl. Gymnasium in Marburg. Letzteres verließ ich Ostern 1893 mit dem Zeugnis der Reife und widmete mich nunmehr dem Studium der Medizin. Meine Studienzeit verbrachte ich, mit Ausnahme des 6. und 7. Semesters, wäh-

rend welcher ich die Universität München besuchte, in Marburg, bestand daselbst am Ende des Wintersemesters 1894/95 die Ärztliche Vorprüfung und beendete am 7. März 1899 das medizinische Staatsexamen. Am 22. März bestand ich das Examen rigorosum.

Kurze Zeit darauf trat ich bei der Hamburg-Amerika-Linie eine Stelle als Schiffsarzt an und verblieb hier bis Ende September. Seit dem 15.11. v. J. bin ich an dem Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin als Volontärassistent tätig.

Meine akademischen Lehrer waren in Marburg Ahlfed, Barth, Behring, Enderlen, Gasser, Hess, Hüter, Kohl, Korscheld, Külz, Küster, Lahs, Mannkopf, Marchand, Melde, A. Meyer, H. Meyer, Müller, Nebelthau, Sandmeyer, Saxer, Strahl, Tuczek, Uthhoff, Wernicke, Zinke, Zumstein.

In München: Angerer, Baur, Bollinger, Herzog, Moritz, Posselt, v. Rothmund, Tappeiner, v. Winkel, Ziegler.

Ihnen allen erlaube ich mir von dieser Stelle aus meinen tiefgefühltesten Dank zu sagen.“

Anlage 2: Abschiedsbrief – „Das Leben ist für mich nicht mehr tragbar!“

Innigst geliebte Kinder!

Worte reichen nicht aus, um all das Missgeschick zu schildern, das über uns hereingebrochen ist, all' das zu sagen, was wir gelitten und erlitten. Über die großen Geschehnisse seid Ihr vielleicht besser unterrichtet als wir, denn wir wissen ja nur das, was in unserem Umkreis vor sich geht.

Man schwebt immer in Angst und Sorge vor dem, was einem unvermutet passieren kann. Ein kleines Beispiel, eine Nebensächlichkeit, aber charakteristisch für die derzeitige Situation. Gestern Abend stand ich gegen ½ 6 Uhr an der Bordschwelle vor dem Bankhaus Wertheim am Königsplatz, um nach der Trambahn Ausschau zu halten. Da kam ein jüngerer Mann auf mich zu, dessen anständiges Außenkleid die innere Frechheit und Gemeinheit nicht vermuten ließ, an dessen Ausdrucksweise man aber den Sendboten der Gestapo erkennen konnte. Er schnauzte mich an (durch den gelben Stern ist man ja sichtbar gemacht). „Was stehst Du da? Mach Dich sofort runter vom Trottoir, Du Schwein!“ Als ich ihn

ganz erschrocken ansah, sagte er: „Ja, Du bist gemeint, guck nicht so frech und mach, dass Du weiterkommst.“ Kopfschüttelnd ging ich weiter und hörte nicht mehr, was er nachrief.

Nur da ist niemand da, dessen gerechtes, menschliches Empfinden stärker wäre als die Angst, mag es sich dabei auch um einen Mann handeln, dessen Schaffen sich auch heute noch segensreich auswirkt und aus der Volkswohlfahrt nicht wegzudenken ist, und auf der anderen Seite ein Mann, dessen „Verdienst“ sich im Quälen und Bespucken unschuldiger Menschen erschöpfen.

Aber der Meister und Führer lässt es zu! Doch genug davon! Lasst uns zur Hauptsache kommen!

Das Leben ist für mich nicht mehr tragbar! Meine ganze Hoffnung, an die ich mich geklammert hatte, war, herauszukommen aus dieser Hölle und in einer nahen oder fernen Zeit mit Euch vereint zu sein. Ich wage nicht mehr mit dieser Hoffnung zu rechnen. Denn mit den Jahren des Krieges nehmen auch meine Lebensjahre zu. Das

Schlimmste aber im gegenwärtigen Moment ist, dass man aus reiner Willkür mich meines ganzen Vermögens beraubt hat und mich auf meiner Hände Arbeit oder auf die öffentliche Wohlfahrt verwies.

Im Nachgang dazu hat man auch „die Frau des Juden enteignet“, obgleich seit 1939 gesetzliche Gütertrennung bestand, also hier keinerlei gesetzliche Handhabe vorlag. Leni war in Berlin und hat Aussicht, einen Teil ihres Vermögens wieder zu bekommen, wenn sie sich scheiden lässt. Ich will dieser Scheidung zustimmen, um Leni/Mutters Existenzmöglichkeit durch meine Person nicht immer von neuem zu gefährden.

Dann aber hat mein, nicht durch eigene Schuld, verpfushtes Leben erst recht seinen Sinn verloren, zumal man nicht weiß, was man noch alles mit uns anstellen wird. Der Tod erscheint mir unter diesen Umständen begehrenswerter, als ein Dasein mit immer neuen Qualen.

Ich gehe deshalb aus dieser Welt der Gemeinheit, Niedertracht und Unmenschlichkeit, um einzuziehen in den ewigen Frie-



den, und den Pfad suchend, der aus dem Dunkel zum Licht führt. Meine letzten Gedanken gehören meinem treuen Kameraden, auf oft dornenvollem Wege, und Euch meine geliebten Kindern, mein Edgar, Gerd, Annchen, Lotte und Kleiner Gerard! Ihr werdet bei mir sein in der Stunde, die Kraft und Mut verlangt. Besonders mit Dir mein Gerd, hätte ich noch gerne eine Zwiesprache gehalten, Du Lieber, Du Guter! Bleibe so brav, wie Du es bisher gewesen, und sei Du es, der dafür sorgt, dass Ihr immer treu zusammen haltet.

Dann bin ich stets in Eurer Mitte und bleibe ewig mit Euch verbunden. Schreitet, ohne rückwärts zu schauen, vorwärts und baut Euch ein schöneres Leben in einer hoffentlich besseren Welt auf. Möge es Euch ein tröstlicher Gedanke sein, dass Euer Vater nach seinem Heimgang aller Angst, Sorge und Pein enthoben ist.

Wir bleiben doch vereint! Ihr werdet mich niemals vergessen, das weiß ich, denn meine Liebe für Euch war, ist und wird unendlich sein.

Vater

18.1.42

Obige Zeilen hatte ich vor mehr als 14 Tagen geschrieben. Inzwischen waren Cahns

hier, um mit mir zu beratschlagen, denn für mich besteht ja Reiseverbot. Ich glaube immer noch an eine Wendung der Dinge, an ein Wunder. Aber das kommt nicht. Im Gegenteil. Die Lage hat sich in der Zwischenzeit sehr verschärft. Seit September arbeite ich als Hilfsarbeiter bei dem Tiefbauamt. Jeden Tag 12 Stunden unterwegs. Vor wenigen Tagen bin ich zum Reinigungsamt kommandiert und soll hinter dem Zuchthaus in Wehlheiden, wo die Müllberge sind, den Müll, den die Fuhrwerke fortlaufend entladen, sortieren.

Bei dieser Kälte! Und überhaupt! Das kann ich nicht, und will ich nicht. Ganz abgesehen davon, dass meine Kräfte nicht mehr ausreichen, und ich bin am ersten Tag gleich zusammengeklappt. Nun bin ich krank geschrieben. Aber danach fängt die Quälerei doch wieder an.

Wie Ihr wisst, sind Zehntausende von Juden nach dem Osten abtransportiert worden. Noch weiß man nichts über ihr Schicksal. Aber Hunger und Kälte werden schon viele dahingerafft haben. Von Levi's Walter sind auch keine Nachrichten eingetroffen. Jeder hat Angst vor dem kommenden Tag, vor dem nächsten Transport, der einen dann auch erfasst.

Und dann die Scheidung, auf der die Gestapo besteht, wie überhaupt alle Mischehen ohne Kinder angeblich getrennt werden sollen. Ich muss dann sofort aus dem Haus und irgendwo Unterschlupf suchen. Sagt jetzt, ist das für mich tragbar? Unsere Ehe galt auch immer in Euren Augen als eine harmonische, schöne und geheiligte. So soll es auch bleiben! Keine Scheidung, sondern nur der Tod soll der Gemeinschaft ein Ziel setzen.

Damit muss man allerdings auch die Hoffnung auf ein Wiedersehen mit Euch aufgeben. Aber wer weiß, wie lange dieser Krieg dauert, und was bis dahin für die Juden in Deutschland passiert, ist kaum auszudenken. Man wird vor keinem Mittel der Vernichtung zurückschrecken. Da ist es hoffentlich auch im Sinne meiner Söhne ehrbarer und charaktvoller von der Bildfläche zu verschwinden, und lieber freiwillig als ein Toter das Haus zu verlassen, als von den Schergen der Gestapo hinausgejagt zu werden.

Ihr und ich gehören uns immer und ewig.

Vater

Mein Wunsch, meine Hoffnung & mein Vermächtnis ist, dass Mutter zu Euch kommt.

Literatur:

[1] Albrecht Scholz, Albrecht, Heidel Caris-Petra: Sozialpolitik und Judentum. Union Druckerei, 2000 p. 79. Erwähnt u. a. auch in: Stilke G.: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz, 1909.

[2] „Blumenfeld, Felix“, in: Hessische Biografie <<http://www.lagis-hessen.de/pnd/1034145940>> (Stand: 25.1.2017)

[3] Feldner, Uwe: Stadtlexikon – (Fast) alles über Kassel, Herkules-Verlag http://regiowiki.hna.de/index.php?title=Kassel_im_Jahr_1915&oldid=242302, zuletzt eingesehen am 26.11.2017

Prinz, Wolfgang: Jüdische Bürger aus Kassel bis 1933. In: Burmeister Helmut, Michael Dorhs M, Höck A.: Fremde im eigenen Land: Beiträge zur Kultur- und Sozialgeschichte der Juden in

den alten Kreisen Hofgeismar, Kassel, Wolfhagen und in der Stadt Kassel. Verein für Hessische Geschichte und Landeskunde, Zweigverein Hofgeismar, 1985, S. 47

[4] Kallweit, Adolf: Die Freimauerei in Hessen-Kassel: Königliche Kunst durch 2 Jahrhunderte von 1743–1965 Agis-Verlag 1966, S. 41.

[5] Jochen Lengemann, Bürgerrepräsentation und Stadtregierung in Kassel. 1835–1996. Teil 2. Übersichten für die Jahre 1993–2006, Kurzbiographien der städtischen Mandats- und Amtsträger 1835–2006, Buchstaben A bis L, 2009, S. 139–141.

[6] Der in Sütterlin geschriebene und dadurch für Amerikaner unverständliche Abschiedsbrief von Dr. Felix Blumenfeld wurde von seinen Enkeln Steven & Peter Bloomfield zur Veröffentlichung

zur Verfügung gestellt und durch Jochen Boczkowski und Hans-Peter Klein im August 2013 transkribiert. Auf dem Umschlag steht geschrieben: Vaters Abschiedsbrief. Nie vergessen! Farewell letter of my father who died January, 25 1942 a victim of Nazi persecution.

[7] Schaefer, Hans Joachim: Du hast vielleicht noch nicht alles versucht: Erinnerungen. Kassel, University Press 2007 S. 104 ff.

[8] Seidler, Eduard, Kinderärzte 1933–1945. Entrechtet – geflohen – ermordet, erweiterte Neuauflage, Basel 2007.

Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin: Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie V&R unipress 2013.

Neue Veranstaltungsreihe: „Ärzte und Apotheker im Dialog“

Erster Themenabend: Koronare Herzkrankheit (KHK) am 25. April

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung führt am 25. April 2018 gemeinsam mit der Landesapothekerkammer Hessen eine Fortbildungsveranstaltung zur Behandlung der koronaren Herzkrankheit durch. Diese Veranstaltung ist die erste einer neu geplanten Reihe, die sich mit der Therapie häufig vorkommender Erkrankungen befasst. Das Augenmerk liegt dabei besonders auf der medikamentösen Therapie mit ihren komplexen Wirkungen und Nebenwirkungen.

Trotz großer Fortschritte der interventionellen und pharmakologischen Therapie der Koronaren Herzerkrankung (KHK) führen chronisch ischämische Erkrankungen des Herzens weiterhin die Mortalitätsstatistiken an. Neben der etablierten, leitliniengesicherten Therapie erscheinen jedes Jahr neue Studien, die das Spektrum der pharmakologischen Therapie erweitern. Gerade Patienten mit komplexer KHK haben auch nach erfolgreicher Intervention ein deutlich er-

höhtes Risiko für Reinfarkte und kardiovaskulären Tod. Hier konnten die jüngst veröffentlichten Studien^{1,2} einen Vorteil einer verlängerten dualen Plättchenhemmung bzw. oralen Antikoagulation zeigen.

Mit neuen Indikationen und daraus erwachsender Polypharmazie steigt aber gerade auch bei dem typischerweise älteren Patientenkollektiv mit Komorbiditäten wie Niereninsuffizienz oder Stoffwechselstörungen das Risiko von Neben- und Wechselwirkungen.

Ärzte und Apotheker im Dialog

Genau hier soll der Dialog zwischen Ärzten und Apothekern ansetzen. PD Dr. med. Andreas Rolf wird aus Sicht des Kardiologen die pathophysiologischen Grundlagen und klinischen Notwendigkeiten einer Polypharmazie in der Therapie der KHK darlegen. Aus Sicht der Apo-

thekerin wird Dr. Kirsten Menke die pharmazeutisch-pharmakologischen Besonderheiten der eingesetzten Arzneistoffe sowie deren Nutzen/Risikoprofil (auch innerhalb einer Polymedikation) aufzeigen. So kann im Dialog beider Fachgruppen die nach aktuellem Stand der Forschung beste Therapie für den Patienten abgeleitet und gleichzeitig die Arzneimitteltherapie-Sicherheit für den Patienten optimiert werden.

Die neue Fortbildungsreihe berichtet praxisnah, ausgehend von Fallbeispielen, über häufige Erkrankungen und die leitliniengerechten Therapien. Ziel ist es, in kurzen Veranstaltungen das aktuelle Wissen zusammenzufassen und dabei der unterschiedlichen Sicht von Ärzten und Apothekern auf Krankheitsbilder und Therapiekonzepte gerecht zu werden. Daraus wird sich der Dialog entwickeln, der ausdrücklich in der Diskussion mit den Fortbildungsteilnehmern geführt werden soll – sehr gerne anhand von Beispielen aus dem eigenen Arbeitsalltag. Idealerweise wird sich dieser Dialog in den Alltag fortsetzen. Besonders in der ambulanten Versorgung kann das zu einer Verbesserung von Sicherheit und Compliance der Medikamententherapie beitragen.

PD Dr. med. Andreas Rolf

Facharzt für Innere Medizin, Kardiologie,
Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim

Dr. phil. nat. Kirsten Menke

Fachapothekerin für
Arzneimittelinformation, Dreieich

Ärzte und Apotheker im Dialog

1. Themenabend: Koronare Herzkrankheit

Termin: 25. April 2018
19.00 bis 21.30 Uhr

Ort: Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt/M.

Referenten:
PD Dr. med. Andreas Rolf
Dr. phil.nat. Kirsten Menke

Gebühr: 30 Euro

Zertifizierung: 3 Fortbildungspunkte

Veranstaltungsreihe der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen in Kooperation mit der Landesapothekerkammer Hessen

Information und Anmeldung:

Christina Ittner
Fon: 06032/782-223
E-Mail: christina.ittner@laekh.de
Internet: www.akademie-laekh.de
→ Veranstaltungen → Interdisziplinär

¹ PEGASUS-TIMI-54-Studie (PrEvention with ticaGrelor of secondAry thrombotic events in high-rISk patients with prior acUte coronary Syndrome – Thrombolysis in Myocardial Infarction (TIMI) Study Group: Bonaca MP et al.. N Engl J Med 2015; 372: 1791–800.

² COMPASS-Studie (Cardiovascular Outcomes for People using Anticoagulation StrategieS): Eikelboom JW, Connolly SJ, Bosch J, et al.: Rivaroxaban with or without Aspirin in stable cardiovascular disease, N Engl J Med 2017; 377: 1319–1330.



Datenschutz 2.0 Breaking News!

Neue Entwicklungen im Bereich des Datenschutzes bei der Bundesärztekammer sowie bei dem Hessischen Datenschutzbeauftragten

Der 25. Mai 2018 rückt näher, und es gibt neue Entwicklungen im Bereich des Datenschutzes bei der Bundesärztekammer (BÄK) sowie dem Hessischen Datenschutzbeauftragten, über die wir in dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes informieren möchten.

Empfehlungen der BÄK und der KVB zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis

Die Bundesärztekammer hat am 9. März 2018 die überarbeiteten Empfehlungen zur ärztlichen Schweigepflicht, Datenschutz und Datenverarbeitung in der Arztpraxis veröffentlicht. Den Neuerungen im Bereich des Datenschutzes entsprechend, sind die Empfehlungen deutlich umfangreicher, als nach der letzten Überarbeitung im Jahr 2014.

In den Empfehlungen finden Sie Ratschläge zur Umsetzung der neuen datenschutzrechtlichen Anforderungen sowie rechtliche Einschätzungen zu den Hintergründen der EU-DSGVO. Neben den Empfehlungen hat die Bundesärztekammer auch eine Checkliste zum Datenschutz veröffentlicht, die bei der Orientierung hinsichtlich der neuen Anforderungen helfen soll. Diese Checkliste enthält auch konkrete Querverweise auf Empfehlungen der Bundesärztekammer.

Folgender Link und der hier abgedruckte QR-Code für Smartphones führen direkt zu den Empfehlungen der BÄK:

<http://www.bundesaerztekammer.de/recht/aktuelle-rechtliche-themen/datenschutzrecht/>.



Durchführung einer Datenschutz-Folgenabschätzung (DSFA)

In Teil II der Serie Datenschutz 2.0 war die DSFA bereits Gegenstand der Diskussion des Qualitätszirkels von Herrn Müller (vgl. HÄBL 02/2018, S. 98). Unklar war zu diesem Zeitpunkt noch, unter welchen Voraussetzungen genau eine DSFA erfolgen muss. Zu dieser Frage liegen nunmehr neue Informationen vor, die Ihnen hier in Absprache mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten mitgeteilt werden.

Die Datenschutzbeauftragten der Länder sind derzeit damit beschäftigt, eine Positivliste zu erstellen, in der die Verarbeitungsprozesse aufgeführt sind, bei denen eine DSFA durchzuführen ist. Auch wenn die Datenschutzaufsichtsbehörden diese Liste noch nicht final abgestimmt haben und auch noch eine Genehmigung auf europäischer Ebene eingeholt werden muss, wird mit hoher Wahrscheinlichkeit beim Vorliegen eines der darin genann-

ten Verarbeitungsprozesse eine DSFA erfolgen müssen. In der Erörterung finden sich derzeit beispielsweise die folgenden, den Tätigkeitsbereich eines Arztes tangierenden Punkte:

- Speicherung und Betrieb der Praxisverwaltungssoftware in einer Cloud;
- Durchführung von Genanalysen und Bestimmung von Abstammungsmerkmalen;
- Durchführung von Telemedizinischen Dienstleistungen, hier vor allem das Angebot von Fernbehandlung unter Einschaltung von Drittanbietern.

Es ist möglich, dass noch weitere Punkte zu der Liste hinzugefügt werden. Sobald die Liste veröffentlicht und in der Folge erweitert oder gekürzt wird, werden wir Sie auf der Website der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de zeitnah informieren.

Bestellung eines Datenschutzbeauftragten (DSB)

In Teil III der Serie Datenschutz 2.0 war die Frage der Bestellung eines DSB in der Arztpraxis Gegenstand der Diskussion im Qualitätszirkel von Herrn Müller. Auch in diesem Bereich muss eine Neubewertung erfolgen, die auf die Entwicklungen bei der DSFA zurückzuführen sind.

Grundsätzlich ist ein Datenschutzbeauftragter in einer Arztpraxis zu bestellen, wenn

1. zehn oder mehr Personen an der Datenverarbeitung beteiligt sind,

2. die Kerntätigkeit eine umfangreiche Verarbeitung besonderer personenbezogener Daten umfasst,
3. eine DSFA durchgeführt werden muss.

Zu 1.) Mit „Personen“ sind sowohl die Angestellten in der Arztpraxis als auch die Praxisinhaber gemeint.

Zu 2.) Eine Arztpraxis, in der nur ein Arzt tätig ist, ist in der Regel nicht verpflichtet, einen DSB zu bestellen. Allerdings hat auch der Einzelarzt einen DSB zu bestellen, wenn in seiner Arztpraxis eine DSFA durchzuführen ist.

An dieser Stelle sei ferner darauf hingewiesen, dass in jeder Arztpraxis, unabhängig von der Pflicht der Bestellung eines Datenschutzbeauftragten, die Anforderungen der EU-DSGVO und des Bundesdatenschutzgesetzes erfüllt sein müssen. Da die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ohnehin mit vielen bürokratischen Fragestellungen konfrontiert sind, die die Zeit der eigentlichen ärztlichen Tätigkeit, der Behandlung von Patienten, erheblich einschränken, erscheint es sinnvoll, zumindest für die Dauer von zwei Jahren einen DSB zu bestellen, der sich um die Umsetzung der EU-DSGVO kümmert.

Dies gilt jedenfalls für Arztpraxen, in denen zwei oder mehr Ärzte tätig sind und bei denen eine Unsicherheit besteht, ob tatsächlich eine umfangreiche Datenverarbeitung gegeben ist. Hierdurch kann auch die Gefahr eines Bußgeldverfahrens wegen Nichtbestellung eines DSB vermieden werden, da derzeit der Begriff der umfangreichen Datenverarbeitung noch nicht entsprechend definiert ist.

Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO

Die Serie Datenschutz 2.0 hat sich mit der Frage der Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO bisher noch nicht auseinandergesetzt. Da jedoch in Stellungnahmen von Berufsverbänden sowie in der Ärztezeitung und dem Deutschen Ärzteblatt vertreten wurde, auch der niedergelassene Arzt sei verpflichtet, dem Recht auf Datenübertragbarkeit nach Art. 20 EU-DSGVO nachzukommen, ist es erforderlich, als Landesärztekammer Hessen hierzu Stellung zu nehmen.

Nach Ansicht des Hessischen Datenschutzbeauftragten und der Landesärztekammer Hessen findet das Recht auf Datenportabilität gemäß Art 20 EU-DSGVO auf die klassischen Behandlungsverhältnisse keine Anwendung, da die Datenerhebung im Rahmen eines Behandlungsvertrags keine Einwilligung erfordert. Die Rechtsgrundlage (Art. 9 Abs. 2 lit. h DSGVO), auf die sich die Datenverarbeitung durch Angehörige von Gesundheits- und Heilberufen, die auf einem Behandlungsvertrag beruht, stützt, ist in Art. 20 DSGVO gerade nicht benannt. Die Ärztinnen und Ärzte sind künftig (weiterhin) nicht verpflichtet, die Behandlungsdaten in einem portablen Datenformat bereitzuhalten. — Ausgenommen hiervon sind Verarbeitungsvorgänge in der Arztpraxis, die auf der Grundlage einer Einwilligung erfolgen. Dies könnte beispielsweise bei Anwendungsbeobachtungen oder beim Einsatz von Gesundheitsapps, bei deren Nutzung der Patient dem Arzt gesondert personenbezogene Daten zur Verfügung stellt, der Fall sein.

Informationspflichten nach Art. 13 EU-DSGVO

Mit den Informationspflichten nach Art. 13 EU-DSGVO hat sich der Teil I der Serie Datenschutz 2.0 beschäftigt (vgl. HÄBL 01/2018, S. 26). Die Landesärztekammer Hessen hat hierzu in Zusammenarbeit mit der Arztpraxis Dr. Erkmann/Dr. Emmel in Wolfhagen¹ und in Absprache mit dem Hessischen Datenschutzbeauftragten einen Flyer entwickelt, mit dem die hessischen Arztpraxen ihren Informationspflichten nachkommen können. Bitte beachten Sie, dass Sie den Flyer noch den Anforderungen Ihrer Praxis anpassen müssen.

Diesen Flyer und weitere Informationen und aktuelle Entwicklungen werden auf der Website der LÄKH www.laekh.de bereitgestellt.

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



Der für diese Ausgabe angekündigte Teil IV der Reihe „Datenschutz 2.0 – Was birgt die Zukunft für den niedergelassenen Arzt“ wird in der nächsten Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht.

¹ An dieser Stelle sei der Arztpraxis Dr. Erkmann/Dr. Emmel in Wolfhagen ausdrücklich für die Unterstützung gedankt.



Foto: Dagmar Fligge

Gratulation für Dr. med. Silvia Engelbart von Dr. med. Lothar Werner Hofmann, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel.

Dr. med. Silvia Engelbart aus Nordhessen ist von der Pfeiffer'schen Stiftung für ihre ehrenamtliche Tätigkeit als Ärztin für die Hilfsorganisation „German Doctors“ ausgezeichnet worden. Seit über einem Jahrzehnt wird die frühere stellv. Amtsleiterin der Gesundheitsamtes der Region Kassel zu Einsätzen in Notstandsgebiete geschickt, zum Beispiel auf die Philippinen, nach Indien, Bangladesch, Kenia und Sierra Leone. Hierbei kommen der Ärztin für Innere Medizin und Öffentliches Gesundheitswesen ihre Kenntnisse auf dem Gebiet der Infektionskrankheiten, wie beispielsweise Malaria, Tuberkulose, HIV, Parasitosen und der Kindergesundheit zu Gute. Ihr Einsatz im Spannungsfeld zwischen Tropenmedizin und Global Health macht sie

zu einer unentbehrlichen Fachkraft für die Verbesserung der prekären Verhältnisse in Entwicklungsländern. Ihr Preisgeld soll der Beschaffung von medizinischem Gerät und Verbrauchsmaterial dienen.

In Frankfurt am Main ist bereits 2017 das Senckenberg Zentrum für Humangenetik neu eröffnet worden. Leiter ist der Facharzt für Humangenetik **Prof. Dr. med. Hanno Jörn Bolz**. Er und sein Team aus Ärzten und Wissenschaftlern unterstützen Patienten und deren Familien unter anderem dabei, herauszufinden, ob eine vorliegende Erkrankung erblich bedingt ist. Zudem können sich gesunde Menschen an das Zentrum wenden, um ihr Risiko oder das ihrer Nachkommen feststellen zu lassen, selbst an einer in ihrer Familie aufgetretenen Erbkrankheit zu erkranken.



Foto: Thomas X. Stoll

Prof. Dr. med. Holger Eggebrecht, Facharzt für Innere Medizin und Kardiologie, Internistische Intensivmedizin, Sportmedizin und Hypertensiologie (DHL), ist von der renommierten kardiologischen Fach-

zeitschrift „EuroIntervention“ zum International Associate Editor 2018–2020 berufen worden. Er ist tätig am Cardioangiologischen Centrum Bethanien (CCB) am Agaplesion Bethanien Krankenhaus Frankfurt/Main.



Foto: CCB

Prof. Dr. med. Andreas Böning, seit 2009 Direktor der Klinik für Herz-, Kinderherz- und Gefäßchirurgie, hat jetzt zusätzlich die Funktion des Ärztlichen Direktors am Universitätsklinikum Gießen übernommen. Er tritt damit die Nachfolge von Prof. Dr. med. Jens Peter Klußmann an, der nach Köln wechselt. Böning ist seit 2007 am Uniklinikum Gießen tätig. Als Ärztlicher Direktor hat er viele Koordinations- und Überwachungsaufgaben wahrzunehmen, u. a. die Koordination des ärztlichen Dienstes, medizinische Qualitätssicherung, Fort- und Weiterbildung und Sicherstellung der Krankenhaushygiene.



Foto: UKGM

Ernst von Bergmann-Plakette für Prof. Dr. med. Erika Baum

Für ihre herausragenden Leistungen in der ärztlichen Fort- und Weiterbildung wurde Prof. Dr. med. Erika Baum (Foto) vom Vorstand der Bundesärztekammer kürzlich die Ernst von Bergmann-Plakette verliehen. Geboren 1951 in Gießen, wo sie auch Medizin studierte, promovierte Baum 1977 und wurde danach Fachärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzweiterbildung Sportmedizin. 1988 übernahm Baum in Biebertal bei Gießen eine Allgemeinarztpraxis als Gemeinschaftspraxis und zudem eine Professur für Allgemeinmedizin an der Universität Marburg (bis 2016). Von 2001 bis 2016 war sie Leiterin der Abteilung für Allgemeinmedizin, Präventive- und Rehabilitative Medizin am Medizinischen Zentrum für Methodenwissenschaften und Gesundheitsforschung im Fachbereich Medizin. Seit 1993 ist Baum Mitglied des European General Practice Research Network und der Weltorganisation Allgemeinmedizin. Seit 1998 wirkt sie bei der Deutschen Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) u. a. in der Leitlinienkommission mit, wurde von 2010 bis 2016 deren Vizepräsidentin und ist seit 2016 Präsidentin.



Foto: Katja Kersch

Von 2003 bis 2016 war sie außerdem Vorsitzende der Ständigen Konferenz der hessischen Lehrbeauftragten für Allgemeinmedizin, Vorsitzende des Fördervereins Allgemeinmedizin in Marburg und Leiterin der Kommission Frauenförderplan des Fachbereichs Medizin der Uni Marburg. Außerdem engagiert sie sich an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim. Baum habe „einen wesentlichen Anteil daran, dass die Allgemeinmedizin als eigenständiges Fachgebiet und integraler Bestandteil der Hochschulmedizin in Lehre und Forschung etabliert ist“, hieß es in der Laudatio.

Bereits 1978 wurde sie mit dem Carl-Oelemann-Preis der Landesärztekammer Hessen ausgezeichnet, im Jahre 2008 mit dem Richard-Merten-Preis für Abteilungsprojekte in der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen und im Jahre 2009 mit dem Berliner Gesundheitspreis für Abteilungsprojekte.

Miriam Missler
Landesärztekammer Hessen

Nachruf auf Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Federlin

Ehemaliger Ärztlicher Direktor der Med. Klinik III und Poliklinik an der JLU Gießen

* 15. August 1928 † 31. Januar 2018

Prof. em. Dr. med. Drs. h.c. Konrad Federlin, hochverdienter Arzt und Hochschullehrer an der Justus-Liebig-Universität Gießen (JLU), ist wenige Monate vor seinem 90. Geburtstag am 31. Januar 2018 in Gießen gestorben. Er war von 1976 bis 1996 Klinikleiter der 3. medizinischen Klinik und Poliklinik. Besondere Anerkennung erhielt er durch seine Forschung auf dem Gebiet der experimentellen und klinischen Inselzell-Transplantation bei der Behandlung des Diabetes mellitus. Die Transplantation ermöglichte den Patienten im Erfolgsfall unter anderem eine völlige Befreiung von der Notwendigkeit, Insulin zu spritzen.

Prof. Konrad Federlin, 1928 in Frankfurt am Main geboren, studierte Medizin in Frankfurt und Tübingen, promovierte dort 1952. Danach kehrte er in seine Heimatstadt zurück, um zunächst – wie zu Beginn der 1950er-Jahre nicht selten – zwei Jahre auf unbezahlter Stelle als Assistenzarzt in der Pathologie des Universitätsklinikums zu arbeiten. Er trat dann in die Medizinische Klinik von Prof. Ferdinand Hoff ein, um sich zum Internisten weiterzubilden. Dort traf er mit Prof. Ernst-Friedrich Pfeiffer zusammen, mit dem er, wie mehrere andere Kollegen, nach dessen Ruf auf den Lehrstuhl für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie, im Jahre 1967 an die neu gegründete Universität Ulm wechselte. Mit noch in Frankfurt abgeschlossener Habilitation zu einem immunologischen Thema, leitete er die Sektion für Klinische Immunologie und Rheumatologie an der Pfeiffer'schen Klinik.

Im Jahre 1976 wurde Federlin an die JLU Gießen auf den neu errichteten Lehrstuhl für Innere Medizin, Endokrinologie und Diabetologie berufen. Damit verbunden war das Ärztliche Direktorat der Medizinischen Klinik III und Poliklinik. Er leitete die Klinik über zwei Dekaden bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1996. In dieser Zeit entwickelte sich die Klinik zu einer bedeutenden klinischen Forschungsstätte in Deutschland. Internationale Anerkennung



Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. Konrad Federlin

erlangte die Klinik, als der Arbeitsgruppe Federlin, Bretzel und Hering 1992 erstmals in Europa die erfolgreiche Inselzell-Transplantation bei einer Patientin zur „Heilung“ ihres Typ 1-Diabetes gelang und hier das Internationale Inselzell-Transplantationsregister etabliert wurde. Die Medizinische Klinik III und Poliklinik, geplant und bezogen 1964 unter einem der Vorgänger von Federlin, Prof. Thure von Uexküll, bot u. a. mit zahlreichen Forschungslaboratorien modellhaft ideale Voraussetzungen für eine patientennahe klinische Forschung, studentische Lehre und ärztliche Weiterbildung.

So erfuhren wir unter der Klinikleitung von Prof. Federlin eine breite, fundierte und systematische ärztliche Ausbildung in der Inneren Medizin und ihrer Teilgebiete. In der Ära Federlin wurden mehrere Kolleginnen und Kollegen auf externe Professorenstellen, Lehrstühle, Chefarztstellen und leitende Positionen in der forschenden Industrie berufen oder ließen sich als bestens ausgebildete Internisten nieder. Mit der ihm eigenen Disziplin und Pflichtauffassung bereitete Prof. Federlin seine

Vorlesungen akribisch vor und war uns auch als akademischer Lehrer ein Vorbild. Sein Umgang mit Patienten war geprägt von großer Empathie. Sein Sinn für Gerechtigkeit, seine Verlässlichkeit und Freundlichkeit waren die Grundlage des Vertrauens aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu ihrem „Chef“.

Neben seiner vielfältigen Inanspruchnahme als Direktor der Klinik diente Konrad Federlin dem Fachbereich Medizin als Prodekan, leitete über seine Emeritierung hinaus die Ethik-Kommission und wirkte bis zu seinem altersbedingten Ausscheiden als stellvertretender Direktor des Zentrums für Innere Medizin.

Konrad Federlin wurde für sein wissenschaftliches und klinisches Lebenswerk vielfach ausgezeichnet, von der Landesärztekammer Hessen mit der Dr. Richard-Hammer-Medaille, und war Mitglied in zahlreichen Fachgesellschaften. Als besondere Auszeichnung erhielt er von zwei türkischen Universitäten, Istanbul und Konya, die Ehrendoktorwürde für seine Verdienste um die Inselzell-Transplantation. Humanistisch gebildet, war Prof. Federlin an Geschichte und Literatur interessiert. Er verehrte zum Beispiel Friedrich Stoltze (1816–1891) sehr, den Dichter und Schriftsteller seiner Heimatstadt Frankfurt am Main. Seine Liebe aber galt der klassischen Musik, spielte er doch selbst Geige und Bratsche – gerne im Quartett mit drei seiner befreundeten Emeriti („C4-Quartett“). Wir werden uns seiner stets in Dankbarkeit erinnern. Unsere Anteilnahme gilt seiner Familie.

Reinhard G. Bretzel (Gießen),
Helmut Schatz (Bochum),
Heiner Laube (Gießen),
Bernhard Hering (Minneapolis/USA),
Mathias Brendel (Gießen),
 im Namen aller ehemaligen
 mehr als einhundert
 ärztlichen und nicht-ärztlichen
 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter
 der Ära Federlin

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060042597 ausgestellt am 04.04.2016 für Dr. med. Neta Ackerman, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060049848 ausgestellt am 29.08.2017 für MUDr. Helena Andelova, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060038757 ausgestellt am 12.06.2015 für Dr. med. Andreas Derstroff, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060043873 ausgestellt am 05.07.2016 für Dr. med. Onome Peter Edafioho, Lampertheim

Arztausweis-Nr. 060033244 ausgestellt am 08.04.2014 für Larissa Kaiser, Herbstein

Arztausweis-Nr. 060030721 ausgestellt am 06.08.2013 für Dr. med. Dalia Kasubek, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060050431 ausgestellt am 09.10.2017 für Alexandra Knobloch, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060031166 ausgestellt am 23.09.2013 für Dr. med. Nicole Kohr, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060029151 ausgestellt am 05.03.2013 für PD Dr. med. Wolfgang Kramer, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 060039267 ausgestellt am 27.07.2015 für Gundel Löhn, Liederbach

Arztausweis-Nr. 060031679 ausgestellt am 19.11.2013 für Dr. med. Mario-Alexander Scholl, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060049498 ausgestellt am 01.08.2017 für Galina Schreiner, Hanau

Arztausweis-Nr. 060029293 ausgestellt am 18.03.2013 für Dr. med. Ansgar Schütz, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060044235 ausgestellt am 02.08.2016 für PD Dr. med. Jochen Sticher, Linden

Arztausweis-Nr. 060046045 ausgestellt am 12.12.2016 für Alexander Stier, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060048952 ausgestellt am 21.06.2017 für Dr. med. Maximilian Swoboda, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033222 ausgestellt am 07.04.2014 für Chakorn Vorakulpipat, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060049451 ausgestellt am 27.07.2017 für Dr. med. Heiko Voß, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060036039 ausgestellt am 07.11.2014 für Dr. med. Susanne Wilhelm, Marburg

Repetitorium Allgemeinmedizin

Am 22. und 23. Juni 2018 findet – wie die Jahre zuvor – wieder das Repetitorium Allgemeinmedizin statt. Kolleginnen und Kollegen nutzten in den vergangenen Jahren die Veranstaltung zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung. Aber auch viele gestandene Allgemeinärztinnen und -ärzte kamen, um ihr Wissen aufzufrischen und neueste Tendenzen in der Allgemeinmedizin zu erfahren.

Die Themen der einzelnen Vorträge sind typisch für allgemeinmedizinische Belange in der Praxis: spezifisch allgemeinmedizinische Vorgehensweisen und Handlungswege, sogenannte Befindlichkeitsstörungen, Kopfschmerzen, Fieberzustände, neurologische Erkrankungen wie Schwindel und Demenz, Infekte der Atemwege und Lungenerkrankungen, gastro-intestinale Leitsymptome, wichtige dermatologische Krankheiten, Herz-Kreislauferkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Akutfälle in Urologie und Gynäkologie, Beschwerden des Muskel-Skelett-Gelenk-Systems und Sucht als Volkskrankheit. Selbstverständlich wird auch die Palliativmedizin thematisiert, ebenso wie Schmerztherapie und rationale Arzneimitteltherapie. Ein Vortrag stellt die DEGAM-Leitlinie kardio-vasculärer Prävention vor (DEGAM = Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familien-

medizin e. V.). Abgerundet wird die Veranstaltung durch Arbeit in Kleingruppen über die genannten Themen.

So wird eine in der Praxis verwertbare Mischung aus allgemeinmedizinischer Vorgehensweise, Evidenzbasierte Medizin, hausärztlichen Leitlinien, DEGAM-Leitlinien und praktischer Erfahrung vorgetragen. Den Referenten ist bewusst, dass es ambitioniert ist, typisch allgemeinmedizinische Themen natürlich Pharma unabhängig in kompakter Form an zwei Tagen darzustellen. Die Referenten sind überzeugte Allgemeinmedizinerinnen und -mediziner, die als Moderatoren in der Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin tätig sind oder an den hausärztlichen Leitlinien der KV Hessen und den DEGAM-Leitlinien mitarbeiten oder Prüfer der Facharztprüfung Allgemeinmedizin sind.

Auskunft/Anmeldung bei der Akademie für Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen:
Ansprechpartnerin: Johanna Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Dr. med. Gert Vetter
Dr. med. Armin Wunder

10. Hausärztetag Hessen 13. & 14. April 2018 in Frankfurt

- Ort: Campus Westend in Frankfurt
13. April ab 13.15 Uhr;
14. April ab 8.30 Uhr
- Praxisorientierte Fortbildungen von Disease-Management-Programmen (DMP) und Notfallmanagement bis Geriatrie
- Fit im täglichen Praxisalltag – Seminare für Medizinische Fachangestellte
- Neuerungen zur Abrechnung in der hausärztlichen Praxis
- In Zusammenarbeit mit dem Institut für hausärztliche Fortbildung e. V.
- Podiumsdiskussion am Samstag, 14. April 2018, um 12 Uhr mit Gastredner Staatsminister Stefan Grüttner sowie Vertretern aus der ärztlichen Berufspolitik (hier ist der Eintritt frei).
- Im Internet ist das vollständige Programm mit den Kosten der Kurse sowie der Möglichkeit zur Online-Buchung abrufbar unter:
www.hausaerzte-hessen.de oder
www.ihf-fobi.de

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

veranstaltet am

Mittwoch, 25. April 2018, um 19.30 Uhr

Veranstaltungsort:

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

ein

BAD NAUHEIMER GESPRÄCH

Begrüßung und Moderation:

Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

REFERENTEN



Dr. med. Susanne Johna

Internistin, Gesundheitsökonomin
Vorsitzende Marburger Bund Hessen



Dr. med. Eckhard Starke

Stellv. Vorstandsvorsitzender der
Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

NOTFALLVERSORGUNG IN NOT!

„Überfüllte Notaufnahmen“, „Untragbare Wartezeiten“, „Jeder zweite Patient kein echter Notfall“. Seit Monaten ist die Lage in der Notaufnahme ein Thema, das in den Medien große Aufmerksamkeit erfährt. Auch in der Politik besteht Konsens, dass es Zeit ist, Veränderungsprozesse einzuleiten. Wie sieht die Situation in Hessen aus? Was sind gute Lösungsansätze im Sinne einer qualitativ hochwertigen Patientenversorgung ohne unnötige Inanspruchnahme der personellen Ressourcen? Diese Fragen diskutieren wir auf dem Podium und mit Ihnen.

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!
Eine Zertifizierung der Veranstaltung wurde beantragt.

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

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

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Kassel

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

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

Elsbeth Groh,

seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. U. Valeske
und Dr. med. A. Backes,
Dornburg-Frickhofen.

Bezirksärztekammer Darmstadt

Delegierte zum 121. Deutschen Ärztetag vom 8. bis 11. Mai 2018 in Erfurt

Die Delegiertenversammlung hat am 17. März 2018 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 121. Deutschen Ärztetag 2018 in Erfurt zu entsenden und zu ggf. vor dem 121. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen:

	Delegierte	Ersatzdelegierte
Liste 1	Fachärzte Hessen 1) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg 2) Dr. med. Wolf Andreas Fach 3) Dr. med. Edgar Pinkowski 4) Dr. med. Peter Zürner 5) Dr. med. Klaus König 6) Christine Hidas	7) Michael Waldeck 8) Dr. med. Hans-Martin Hübner 9) Dr. med. Michael Weidenfeld 10) Dr. med. Wiegand Müller-Brodmann 11) Dr. med. Klaus Doubek 12) Dr. med. Michael Repschläger
Liste 2	ÄrztINNEN Hessen 1) Monika Buchalik 2) Christiane Hoppe	3) Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß 4) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
Liste 3	Marburger Bund Hessen 1) PD Dr. med. Andreas Scholz 2) Dr. med. H. Christian Piper 3) Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci 4) Yvonne Jäger 5) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak	6) Dr. med. Silke Engelbrecht 7) Dr. med. Susanne Johna 8) Anne Kandler 9) Dr. med. Lars Bodammer 10) Dr. med. Dr.-Ing. Hans-Dieter Rudolph
Liste 4	Ältere Ärzte 1) Dr. med. Gabriel Nick	2) Dr. med. Jürgen Glatzel
Liste 6	Demokratische Ärztinnen und Ärzte 1) Dr. med. Bernhard Winter	2) Dr. med. Barbara Jäger
Liste 8	Die Hausärzte 1) Michael Thomas Knoll 2) Michael Andor 3) Dr. med. Detlev Steininger	4) Erich Lickroth 5) Dr. med. Egbert Reichwein 6) Dr. med. Philipp Sängner

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten 2018

Die Bundesärztekammer veranstaltet in Kooperation mit den Landesärztekammern im Vorfeld des 121. Deutschen Ärztetages 2018 am 7. Mai, von 13 bis 17 Uhr im Panorama-Saal der Messe Erfurt einen interaktiven Dialog zwischen den Ärztegenerationen zum Thema: „Berufszufriedenheit junger Ärztinnen und Ärzte“ – gegliedert in zwei Blöcke:

1. Ein „Streitgespräch“ zu den beruflichen Erfahrungen und Erwartungen.
2. Zwei inspirierende Kurzvorträge zu den Einflussmöglichkeiten der jungen Generation auf eine nachhaltige Berufszufriedenheit.

Anmeldung bis 30. April 2018 im Internet unter: www.baek.de/dialog.

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

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

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

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

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

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Verkauf Industrie Medizin

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

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

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

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

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

Layout: Stephanie Schmitz

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: 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

Ärztlicher Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Privatärztlich tätige Ärzte (Privatärzte) in Hessen werden in den Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) mit einbezogen. Das sieht das Hessische Heilberufsgesetz vor und wird von der Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) jetzt umgesetzt.

Dienste im Ärztlichen Bereitschaftsdienst werden bisher ausschließlich von Vertragsärzten und freiwillig am ÄBD teilnehmenden Honorarärzten geleistet. Aufgrund einer Änderung im Hessischen Heilberufsgesetz sind inzwischen aber auch privat niedergelassene Ärztinnen und Ärzte verpflichtet, am ÄBD teilzunehmen und dessen Kosten mit zu tragen.

Bereitschaftsdienstordnung der KVH angepasst

In ihrer Sitzung am 2. Dezember 2017 hat nun die Vertreterversammlung der KVH die Bereitschaftsdienstordnung (BDO) der KVH angepasst, um dem Hessischen Heilberufsgesetz Rechnung tragen zu können. Grundlage für die Änderung der BDO ist der Paragraph 23 des Hessischen Heilberufsgesetzes. „Die Kammerangehörigen, die ihren Beruf ausüben, haben insbesondere die Pflicht, soweit sie als Berufsangehörige im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 in eigener Praxis tätig sind, am Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen teilzunehmen und sich an den Kosten des Ärztlichen Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen zu beteiligen“, heißt es dort in Absatz 2. Wie für Vertragsärzte besteht demnach auch für privatärztlich tätige Ärzte eine gesetzliche Teilnahme- und Finanzierungspflicht. Für die Teilnahmepflicht ist dabei der Ort des Praxissitzes eines Privatärztes maß-

geblich. Die Einteilung zu ÄBD-Diensten erfolgt im gleichen Umfang wie die eines Inhabers eines Vertragsarztsitzes mit vollem Versorgungsauftrag. Ausnahme: Weisen Privatärzte eine abhängige Beschäftigung als Arzt in Vollzeit nach, kann auf Antrag der Teilnahmeumfang auf den Faktor 0,25 reduziert werden (vgl. § 3 Abs. 3 BDO).

Privatärzte, die im ÄBD tätig werden, erhalten die gleiche Vergütung wie Vertrags- oder Honorarärzte nach den Regeln der Bereitschaftsdienstordnung und rechnen ebenfalls nach EBM ab. Aktuell honoriert die KVH die ärztliche Tätigkeit im ÄBD mittels Stundenpauschalen in Höhe von 43,- Euro, die sich an bestimmten Feiertagen durch Sonderpauschalen auf bis zu 63,- Euro erhöhen können. Zusätzlich werden alle nach EBM abgerechneten Leistungen diensteinheitenbezogen mit den Stundenpauschalen verrechnet und der entsprechende Überschreibungsbetrag, gemindert um einen Betriebskostenabzug, ebenfalls ausgezahlt (vgl. § 7 BDO).

Auch wie und in welchem Umfang sich Privatärzte künftig an den Kosten des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes beteiligen sollen, regelt ebenfalls die BDO. Die KVH sieht vor, einen Beitrag analog der Regelung für Vertragsärzte und -psychotherapeuten zu erheben. Festgelegt ist hier ein pauschaler Beitrag in Höhe von 50 Prozent des Maximalbeitrages von Ärzten und Psychotherapeuten. Privatärztlich tätige Ärzte mit geringerem Einkommen

sollen unter Vorlage des Einkommenssteuerbescheides eine Beitragskürzung beantragen können (vgl. § 8 Abs. 3 BDO).

Beitrags erhebung und Dienst einteilung kommen unabhängig voneinander

Wie werden diese Neuerungen umgesetzt? Zunächst wird die KVH ein Beitrags erhebungsverfahren etablieren. Alle Privatärzte werden also zunächst einen Beitragsbescheid erhalten. Eine Einteilung zu Diensten im ÄBD erfolgt in der Regel durch die jeweiligen ÄBD-Obleute im Rahmen der Dienstplanung und daher regional zu unterschiedlichen Zeitpunkten. Allen Privatärzten, die nicht mit dem ÄBD vertraut sind, wird ausreichend Zeit eingeräumt, um sich für den ÄBD fit zu machen, insbesondere um entsprechende Seminare zu besuchen oder um der Fortbildungsverpflichtung der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen nachzukommen.

Veröffentlichung der Bereitschaftsdienstordnung der KVH

Die Bereitschaftsdienstordnung der KV Hessen mit allen die Beteiligung von Privatärzten regelnden Änderungen gemäß den Beschlüssen der Vertreterversammlung der KV Hessen aus ihrer Sitzung am 2. Dezember 2017 finden Sie in diesem Heft.

Bereitschaftsdienstordnung

Bereitschaftsdienstordnung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

in der von der Vertreterversammlung am 25.05.2013 beschlossenen Fassung

in Kraft getreten am 01.10.2013

geändert durch die Beschlüsse der Vertreterversammlung vom

14.12.2013, 17.05.2014, 11.10.2014, 13.12.2014, 10.10.2015, 12.12.2015, 02.07.2016, 03.12.2016, 11.03.2017 und 02.12.2017

Präambel

Die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung auch zu den sprechstundenfreien Zeiten ist gemäß § 75 Abs. 1b Satz 1 SGB V Aufgabe der Kassenärztlichen Vereinigungen. Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) nimmt diese Aufgabe durch Einrichtung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes wahr.

Die Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes und die Aufsicht über diesen obliegt der KVH nach Maßgabe ihrer Satzung und dieser Bereitschaftsdienstordnung (BDO).

§ 1 Grundsätze

- 1) Jeder Inhaber eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt- oder Psychotherapeuten-sitzes ist grundsätzlich verpflichtet, auch außerhalb der von ihm angebotenen Sprechstunde für seine Patienten erreichbar zu sein oder für eine qualifizierte Vertretung zu sorgen (Präsenzpflicht).
- 2) Von der Präsenzpflicht ist er nur dann entbunden, wenn die vertragsärztliche Versorgung in der Region durch einen organisierten allgemeinen Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) sichergestellt ist.
- 3) Jeder Arzt ist nach den Bestimmungen der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen verpflichtet, sich für den ÄBD fortzubilden.

§ 2 Struktur des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes

- 1) Die KVH gliedert das ihrem Sicherstellungsauftrag unterliegende Gebiet flächendeckend in ÄBD-Bezirke, die mindestens 50 Arztsitze umfas-

sen sollen sowie in Hausbesuchsdienstbezirke und Hintergrundbereitschaftsdienstbezirke. Der Hausbesuchsdienst (HBD) und der hessenweite überregionale Hintergrundbereitschaftsdienst (üHGD) sind Organisationsformen und damit Teil des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes. Bei Vorliegen besonderer Versorgungssituationen kann die KVH mit anderen Kassenärztlichen Vereinigungen Vereinbarungen hinsichtlich der Bildung KV-übergreifender ÄBD-Bezirke schließen, die von den Vorgaben nach Satz 1 abweichen können.

- 2) In jedem ÄBD-Bezirk richtet die KVH eine ÄBD-Zentrale als zentrale Anlaufstelle für die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen des ÄBD ein. Sofern es nach den Gegebenheiten zur Gewährleistung der Sicherstellung zweckdienlich ist, können auch mehrere ÄBD-Zentralen in einem ÄBD-Bezirk bestehen. Jeder ÄBD-Bezirk ist zudem Teil eines Hausbesuchsdienstbezirkes. Erstreckt sich ein HBD-Bezirk über mehr als einen ÄBD-Bezirk, so organisieren die beteiligten ÄBD-Bezirke gemeinsam den HBD. Ist hierbei eine Entscheidung über einen einheitlichen gemeinsamen Hausbesuchsdienst in Form Selbstfahrer oder Fahrdienst nicht möglich, entscheidet der Vorstand der KVH.
- 3) Zur Sicherstellung einer zentralen Erreichbarkeit des ÄBD richtet die KVH mindestens zwei ÄBD-Dispositionszentralen ein. Diese gibt als zentrale telefonische Anlaufstelle Auskünfte, leitet Patienten zu einer dienstbereiten ÄBD-Zentrale oder stellt ggf. einen telefonischen Arzt-Patientenkontakt her, beispielsweise zur Abklärung der Notwendigkeit einer Besuchsbehandlung (Hausbesuch). Ins-

besondere vermittelt die ÄBD-Dispositionszentrale die Hausbesuche an den ÄBD-Arzt und leitet und unterstützt diesen. Die ÄBD-Dispositionszentrale ist dabei vorrangig für die Koordination des HBD zuständig.

- 4) Neben dem allgemeinen ÄBD können gebietsärztliche Bereitschaftsdienste, auch in der Form von Hintergrundbereitschaften, eingerichtet werden, wenn diese zur Durchführung des Sicherstellungsauftrages der KVH regional notwendig sind. Die bestehenden gebietsärztlichen Bereitschaftsdienste auch in Form von Hintergrundbereitschaften können erhalten bleiben. Näheres regelt der Vorstand der KVH.
- 5) Die KVH richtet einen hessenweiten überregionalen Hintergrundbereitschaftsdienst (üHGD) ein, dabei können die einzelnen hessischen ÄBD-Bezirke zu an Teilnehmerzahlen stärkeren üHGD-Bezirken zusammengefasst werden, wie in § 2 Abs. 1 BDO geregelt. Für den üHGD gelten die Dienstzeiten nach § 5 Abs. 2 BDO entsprechend. Näheres regelt der Vorstand der KVH.

§ 3 Teilnahme am Ärztlichen Bereitschaftsdienst

- 1) Am ÄBD nehmen grundsätzlich, im Umfang ihres Versorgungsauftrages, alle Arztsitze in einer ÄBD-Gemeinschaft sowie alle ermächtigten Krankenhausärzte teil. Die Inhaber der Arztsitze nehmen mit der Anzahl ihrer Arztsitze teil. Medizinische Versorgungszentren (MVZ) nehmen mit der Anzahl der jeweiligen Vertragsarztsitze am ÄBD teil, die Verantwortung für die Teilnahme liegt beim ärztlichen Leiter des MVZ. Ermäch-

tigte Krankenhausärzte nehmen im Umfang von 0,25 eines Versorgungsauftrags am ÄBD teil. Die KVH kann den Teilnahmeumfang höher festlegen, wenn im konkreten Einzelfall (auch unter Berücksichtigung der Abrechnung des ermächtigten Krankenhausarztes) ein höherer Teilnahmeumfang des ermächtigten Krankenhausarztes an der vertragsärztlichen Versorgung vorliegt.

- 2) Die Betreiber von Zweigpraxen sind zur Teilnahme am ÄBD im Bereich der Haupt- sowie der Zweigpraxis verpflichtet. Näheres regelt der Vorstand der KVH.
- 3) Am ÄBD nehmen grundsätzlich die privat niedergelassenen Ärzte (Privatarzt) am Ort ihres Praxissitzes entsprechend ihrer Verpflichtung aus dem Hessischen Heilberufsgesetz teil. Die Einteilung eines Privatärztes erfolgt in der Regel im gleichen Umfang wie die eines Inhabers eines Arztsitzes mit einem vollen Versorgungsauftrag. Auf Antrag kann der Teilnahmeumfang bis auf den Faktor 0,25 reduziert werden, sofern eine abhängige Beschäftigung in Voll- oder Teilzeit neben einer privatärztlichen Niederlassung durch den Privatarzt nachgewiesen wird. Es gelten die nachfolgenden Bestimmungen für Privatärzte. Im Übrigen gelten die allgemeinen Regelungen der BDO entsprechend, soweit nichts Abweichendes geregelt ist. Für die Teilnahme und Abrechnung wird dem Privatarzt eine Betriebsstättennummer zugeteilt.
- 4) Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte können im ÄBD mitwirken, sofern die KVH einen entsprechenden Mitwirkungsbedarf sieht und diese folgende Anforderungen erfüllen:
 - ärztliche Approbation (deutsche Approbation) bzw. Berufserlaubnis
 - erfolgreiche Teilnahme am Organisationsseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KVH
 - erfolgreiche Teilnahme an einem ärztlichen Bereitschaftsdienstseminar (z. B. Notfallvertretungsdienstseminar der Landesärztekammer Hessen) und/oder Nachweis Ret-

tungsdienst und/oder Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (Endbescheinigung)

- mindestens einjährige Tätigkeit in unselbstständiger Stellung als Assistent eines Vertragsarztes oder in Krankenhäusern in einem bereichsdienstrelevanten Fachgebiet unter Vorlage eines entsprechenden Nachweises. Im Fall des erfolgreichen Abschlusses der Weiterbildung zum Facharzt genügt die Vorlage der Facharztanerkennung.
- Bestand einer Berufshaftpflichtversicherung, welche auch die Tätigkeit im ärztlichen Bereitschaftsdienst in ausreichendem Maß umfasst
- Abgabe einer schriftlichen Erklärung über die Anerkennung der Bereitschaftsdienstordnung sowie der zu ihrer Konkretisierung erlassenen Regelungen
- Vorlage eines aktuellen polizeilichen Führungszeugnisses (Belegart 0)

Nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte des Gebietes Kinder- und Jugendmedizin können im PBD mitwirken, sofern die KVH einen entsprechenden Mitwirkungsbedarf sieht und diese zusätzlich zu den vorgenannten Anforderungen nach § 3 Abs. 4 BDO folgende Anforderungen erfüllen:

- Vollendung einer mindestens zweijährigen Tätigkeit in unselbstständiger Stellung als Assistent eines pädiatrisch tätigen Vertragsarztes oder in Kinderkliniken bzw. pädiatrischen Abteilungen an Krankenhäusern

Entsprechende Anforderungen gelten für die teilnehmenden Ärzte des Gebietes der Augenheilkunde für deren Fachgebiet.

Näheres regelt der Vorstand KVH.

- 5) An den ärztlichen Bereitschaftsdiensten nach § 2 Absatz 4 BDO nehmen grundsätzlich alle Ärzte nach Abs. 1 und Abs. 3 des entsprechenden Fachgebietes teil. Für die Teilnehmer der gebietsärztlichen Bereitschaftsdienste kann der Vorstand eine zeitliche befristete Befreiung aussprechen, so-

fern der regionale allgemeine ÄBD hierdurch nicht gefährdet ist. Eine freiwillig angebotene Bereitschaft entbindet nicht von der Teilnahme am allgemeinen ÄBD.

Näheres regelt der Vorstand der KVH.

- 6) Der pädiatrische Bereitschaftsdienst (PBD) ist ein gebietsärztlicher Bereitschaftsdienst im Sinne von § 3 Abs. 5 BDO, an dem alle Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin teilnehmen. Zur Teilnahme am ÄBD nach § 3 Abs. 1 und 2 BDO verpflichtete Ärzte der Fachgruppe der Kinder- und Jugendpsychiater und -psychotherapeuten können wählen, ob sie am PBD oder am allgemeinen Bereitschaftsdienst teilnehmen, sofern die Versorgung in beiden Bereitschaftsdiensten nach Ausübung des Wahlrechts noch ausreichend gewährleistet ist.

Der augenärztliche Bereitschaftsdienst (AugenÄBD) ist ein gebietsärztlicher Bereitschaftsdienst im Sinne von § 3 Abs. 5 BDO, an dem alle Fachärzte für Augenheilkunde teilnehmen.

Näheres regelt der Vorstand der KVH.

- 7) Vorrangig vor einer Befreiung von der Teilnahme am ÄBD hat sich ein Arzt eigenständig und zu eigenen Lasten einen geeigneten Vertreter zu suchen. Eine ggf. befristete, teilweise bzw. vollständige Befreiung von der Teilnahme am ÄBD kann auf schriftlichen Antrag von der KVH ausgesprochen werden. Befreiungsgründe können sein:
 - a) gesundheitliche Gründe (Krankheit oder Behinderung), so dass der Arzt nicht zur Teilnahme am ÄBD in der Lage ist, und dies wesentliche Auswirkungen auf seine sonstige tägliche vertragsärztliche Tätigkeit hat
 - b) die Vollendung des 65. Lebensjahres
 - c) Schwangerschaft und bis zum 12. Monat nach der Entbindung
 - d) sonstige im Einzelfall darzulegende, schwerwiegende Gründe, aufgrund deren eine Teilnahme am ÄBD auf Zeit oder dauernd nicht zugemutet werden kann

- 8) Die Heranziehung zum ununterbrochenen Bereitschaftsdienst soll in der Regel 24 Stunden nicht überschreiten. Eine darüber hinausgehende Einteilung auf freiwilliger Basis ist möglich.

§ 4 Pflichten des Bereitschaftsdienstarztes

- 1) Ein zum ÄBD eingeteilter Arzt (ÄBD-Zentrale, Hausbesuchsdienst oder gebietsärztlicher Bereitschaftsdienst sowie überregionaler Hintergrundbereitschaftsdienst) muss ständig erreichbar sein und hat der ÄBD-Zentrale und der ÄBD-Dispositionszentrale eine entsprechende Mobiltelefon-Rufnummer anzugeben. Er hat dafür Sorge zu tragen, dass alle Anforderungen zu Behandlungswünschen von Patienten entgegengenommen und unmittelbar sowie unverzüglich an ihn weitergeleitet werden. Die Anrufweiterleitung an einen Anrufbeantworter ist nicht zulässig.
- 2) Die KVH bestimmt die Art und Weise der Kenntniserlangung über die bestehenden Dienstpflichten. Die Dienstpläne werden aktuell in einem Onlineportal („mein ÄBD“) bekannt gegeben. Die am ÄBD teilnehmenden Ärzte müssen sich über ihre bestehenden Dienstpflichten regelmäßig informieren.
- 3) Während der Dienstzeiten der ÄBD-Zentrale ist der ÄBD-Arzt dort präsent. Er darf in dieser Zeit nur aus einem wichtigen Grund oder wenn das Organisationsprinzip der KVH oder eine abweichende Regelung der KVH dies vorsieht, die ÄBD-Zentrale verlassen. Außerhalb der Dienstzeiten der ÄBD-Zentralen bzw. im Rahmen von Hausbesuchs- und Hintergrundbereitschaftsdiensten muss er seinen Aufenthaltsort so wählen, dass er in angemessener Zeit den Patienten aufsuchen kann. Ein Wechsel zwischen der Verpflichtung zum HBD bzw. zum Dienst in der ÄBD-Zentrale (Sitzdienst) kann im Bedarfsfall auf Anweisung der KVH vorgenommen werden.
- 4) Ist der zum ÄBD eingeteilte Arzt durch Krankheit oder sonstige wich-

tige Gründe an der Ausübung seines Dienstes verhindert, hat er von sich aus und zu eigenen Lasten für eine Vertretung durch einen geeigneten Arzt zu sorgen. In diesen Fällen ist der für die organisatorische Abwicklung des ÄBD zuständige Obmann bzw. Mitarbeiter des ÄBD unverzüglich zu informieren. Eine unentschuldigte Nichterreichbarkeit oder ein unentschuldigtes Nichtantreten muss der KVH durch den Obmann angezeigt werden. Der zum ÄBD eingeteilte Arzt ist verpflichtet, seinen Dienst pünktlich anzutreten.

- 5) Bei verschuldetem Nichtantritt des Dienstes und wenn ein Vertreter nicht bestellt wird, sind die mit dem Aktivieren des überregionalen Hintergrundbereitschaftsdienstes oder der Vertretersuche verbundenen Aufwendungen als pauschalierter Aufwendersatz in Höhe von 500,- € pro Dienst auszugleichen. Eine mehr als zweistündige verschuldete Nichterreichbarkeit ist dem Nichtantritt gleich gestellt. Der Betrag wird nach Möglichkeit mit den Ansprüchen des dienstverpflichteten Arztes gegen die KVH verrechnet. Das unentschuldigte Nichtantreten eines Dienstes stellt darüber hinaus einen Verstoß gegen vertragsärztliche Pflichten dar, der ggf. disziplinarisch geahndet werden kann.
- 6) Der ÄBD-Arzt ist für alle ambulanten Patienten zuständig, die sich in seinem ÄBD-Bezirk aufhalten. Der HBD-Arzt ist für alle ambulanten Patienten zuständig, die ihm von der ÄBD-Dispositionszentrale zugewiesen werden, auch wenn diese sich außerhalb seines HBD-Bezirktes aufhalten. Der üHGD-Arzt ist nach Aktivierung des Hintergrundbereitschaftsdienstes für alle ambulanten Patienten zuständig, die sich in seinem üHGD-Bezirk aufhalten und für deren Dienstwahrnehmung er verpflichtet wurde.
- 7) Bei Beschwerden zum Verhalten, zur Person oder zur fachlichen Qualifikation des ÄBD-Arztes ist dieser dem ÄBD-Obmann und der KVH zur schriftlichen Stellungnahme verpflichtet. Bei begründeten Zweifeln an der fachlichen oder persönlichen

Qualifikation hinsichtlich der Teilnahme am ÄBD, kann die KVH diesen befristet oder auf Dauer von der Teilnahme am ÄBD ausschließen.

- 8) Der eingeteilte Arzt kann sich bei der Wahrnehmung seiner Dienstaussübung vertreten lassen. Der vertretene Arzt hat sich über die Qualifikation seines Vertreters persönlich zu vergewissern. Die Verantwortung für die ordnungsgemäße organisatorische Durchführung des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes verbleibt bei dem dienstpflichtigen Arzt. Dieser hat den Vertreter sachgerecht in den Dienstablauf und die vertragsärztlichen Pflichten einzuweisen. In diesem Fall hat die Abrechnung der Leistungen durch den vertretenen Arzt zu erfolgen. Die im Dienstplan ausgewiesene Dienstpflicht verbleibt bei dem vertretenen Arzt.
- 9) Bei einer Übernahme des Dienstes wird die Verpflichtung zum ÄBD für einen konkreten Zeitraum durch Einvernehmen auf einen anderen Arzt übertragen. Der Arzt, der vom ursprünglich eingeteilten Arzt den Dienst übernommen hat, trägt allein die Verantwortung für die Durchführung des übernommenen Dienstes. Die Dienstübernahme ist vor Dienstantritt im Dienstplan zu vollziehen (aktuell über das Onlineportal „mein ÄBD“). Die Abrechnung der Stundenpauschalen erfolgt anhand des Dienstplans.
- 10) Die primäre Aufgabe des Arztes im üHGD ist das Ersetzen des zum Dienst eingeteilten ÄBD-Arztes, falls dieser im Sinne des § 4 Abs. 4 und 5 BDO seinen Dienst nicht antritt und nicht eigenständig für einen geeigneten Vertreter gesorgt hat. In Situationen mit besonders hoher Belastung, in denen die zum ÄBD eingeteilten Ärzte die Versorgung der Patienten regional nicht sicherstellen können, kann der Arzt im üHGD ebenfalls herangezogen werden. Aufgabe des üHGD ist hingegen nicht das Besetzen von Diensten, die vakant geblieben sind, weil die ÄBD-Gemeinschaft bzw. der ÄBD-Obmann der Pflicht zur vollständigen Besetzung aller Dienste nicht nach-

gekommen ist. Näheres hinsichtlich der Aktivierung eines üHGD-Arztes regelt der Vorstand.

- 11) Alle im ÄBD tätigen Ärzte haben in eigener Verantwortung und auf eigene Kosten für eine ausreichende Berufshaftpflichtversicherung zu sorgen.

§ 5 Aufgaben der ÄBD-Gemeinschaft

- 1) Die ÄBD-Gemeinschaft besteht aus allen nach § 3 Absätze 1 bis 3 BDO zur Teilnahme am ÄBD Verpflichteten und allen Vertragspsychotherapeuten in einem ÄBD-Bezirk. Sie organisiert und regelt die Durchführung des ÄBD in ihrem ÄBD-Bezirk nach den Vorgaben dieser Bereitschaftsdienstordnung sowie ggf. ergänzenden Beschlüssen der ÄBD-Gemeinschaft und Vorgaben der KVH.
- 2) Die ÄBD-Gemeinschaft organisiert die Besetzung der ÄBD-Zentrale(n) und des für ihren ÄBD-Bezirk zuständigen Hausbesuchsdienstes. Die abzudeckenden Dienstzeiten sind:
 - a. Montag, Dienstag und Donnerstag: jeweils 19:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr
 - b. Mittwoch und Freitag: jeweils 14:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr
 - c. Samstag und Sonntag: jeweils 7:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr
 - d. Feiertage, 24. Dezember, 31. Dezember: 7:00 Uhr bis zum folgenden Morgen 7:00 Uhr
 - e. „Brückentage“, soweit diese vom Vorstand beschlossen werden

Für besondere regionale Versorgungssituationen kann der Vorstand der KVH Ausnahmeregelungen unter besonderer Würdigung der Wirtschaftlichkeit beschließen. Die Anträge sind vorab im Hauptausschuss zu beraten. Ausnahmeregelungen sind zu befristen. Über die betreffenden Beschlüsse sind der Hauptausschuss und die Vertreterversammlung zeitnah zu informieren.

- 3) Zur Umsetzung dieser Aufgaben wählt die ÄBD-Gemeinschaft einen

Obmann sowie eine ausreichende Zahl von Stellvertretern, mindestens jedoch einen. Der Obmann und mindestens ein Stellvertreter müssen die Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme am ÄBD im Sinne von § 3 Abs. 1 oder Abs. 3 BDO erfüllen, um insbesondere im Vertretungsfall persönlich tätig werden zu können sowie die Interessenlage der übrigen Mitglieder der ÄBD-Gemeinschaft als Dienstverpflichtete zu teilen. Weitere Stellvertreter müssen die Voraussetzungen zur aktiven Teilnahme am ÄBD im Sinne von § 3 BDO erfüllen, um insbesondere im Vertretungsfall persönlich tätig werden zu können. Bei Antritt des Amtes eines stellvertretenden Obmanns hat ein nicht gem. § 3 Absätze 1 bis 3 BDO zur Teilnahme verpflichteter Arzt schriftlich die Anerkennung der Bereitschaftsdienstordnung sowie der zu ihrer Konkretisierung erlassenen Regelungen zu bestätigen. In begründeten Fällen kann der Vorstand der KVH Ausnahmen zu der Regelung des § 5 Abs. 3 Satz 2 BDO zulassen. Für ihre Aufgabenwahrnehmung erhalten der Obmann und seine Stellvertreter eine Aufwandsentschädigung, deren Höhe und Verteilung vom Vorstand der KVH festzulegen ist.

- 4) Der Obmann ist zentraler Ansprechpartner für die KVH. Die KVH kann zur Unterstützung des Obmannes zur Erfüllung seiner Aufgaben diesem einen Mitarbeiter zur Verfügung stellen. Dem Obmann obliegen insbesondere folgende Aufgaben:
 - a. Organisation der ÄBD-Zentrale bzw. des Hausbesuchsdienstes und ausreichende Besetzung aller Dienste mit qualifizierten Ärzten
 - b. Verwaltung des Budgets der ÄBD-Gemeinschaft nach § 6 Abs. 3 BDO und Beschaffung von Material und Dienstleistungen innerhalb dieses Budgets
 - c. Fachliche Weisung gegenüber den nichtärztlichen Mitarbeitern
 - d. Zusammenarbeit mit den nichtärztlichen Mitarbeitern der ÄBD-Zentrale bzw. des Hausbesuchsdienstes, den Mitarbeitern der ÄBD-Dispositionszentralen und den übrigen Mitarbeitern der KVH

- e. Verordnen von Sprechstundenbedarf für seinen ÄBD entsprechend der jeweils gültigen Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf

Die KVH kann hierzu Rahmenvorgaben machen, insbesondere im „Aufgabenprofil des Obmannes“.

- 5) Die Übertragung von Aufgaben an den Obmann entbindet die ÄBD-Gemeinschaft nicht von der ihr obliegenden Gesamtverantwortung für die Durchführung des ÄBD in ihrem ÄBD-Bezirk und ihrer Verpflichtung zur Wahrung des Wirtschaftlichkeitsgebotes des § 12 SGB V.
- 6) (bleibt unbesetzt)
- 7) Die ÄBD-Gemeinschaft trifft Entscheidungen im Rahmen von Mitgliederversammlungen mit der Mehrheit der anwesenden Mitglieder. Ihr Stimmrecht richtet sich nach dem Teilnahmeumfang am ÄBD gemäß § 3 Abs. 1 und Abs. 3 BDO bzw. bei Psychotherapeuten nach dem Zulassungsumfang.
- 8) Mit Ausnahme von Entscheidungen nach § 5 Abs. 3 und 9 BDO besteht die Möglichkeit, dass die ÄBD-Gemeinschaft diese im Umlaufverfahren mit der Mehrheit der fristgerecht abgegebenen, gültigen Stimmen treffen kann. Für Abstimmungen im Rahmen eines Umlaufverfahrens gilt folgendes: Der Abstimmungsgegenstand oder Anträge hierzu müssen analog der allgemeinen Geschäftsordnung der Mitgliederversammlung bekannt gemacht bzw. gestellt werden. Nach Versand der Abstimmungsunterlagen haben die Mitglieder bis zu einem hierin bekanntgegebenen Datum, mindestens jedoch 14 Tage, Zeit, ihre Stimme schriftlich in der dafür vorgegebenen Art und Weise abzugeben. Die im Rahmen von Mitgliederversammlungen bzw. durch ein schriftliches Umlaufverfahren getroffenen Entscheidungen sind für alle Mitglieder der ÄBD-Gemeinschaft bindend. Regelungen, die mehrheitlich von der ÄBD-Gemeinschaft getroffen werden und über das zur Durchführung und Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes erforderliche Maß hi-

nausgehen, stehen unter dem Vorbehalt der Zustimmung des Vorstandes der KV Hessen.

- 9) Eine Mitgliederversammlung findet in der Regel einmal im Kalenderjahr statt. Zu der Versammlung erfolgt eine schriftliche Einladung mindestens zwei Wochen vor dem Versammlungstermin und unter Bekanntgabe der Tagesordnungspunkte. Die organisatorische Abwicklung der Versammlung obliegt dem Obmann oder dem Vorstand der KVH, der ebenfalls ein Einberufungsrecht für die Versammlung besitzt. Über das Ergebnis der Versammlung ist eine Niederschrift zu erstellen. Für den Ablauf der Versammlung gilt die von der KVH vorgegebene Geschäftsordnung. Sofern die KVH diese nicht vorgibt, gilt die Geschäftsordnung der Vertreterversammlung der KVH mit Ausnahme des § 11 (Beschlussfähigkeit).
- 10) Das Mandat eines Obmanns oder Stellvertreters endet mit Ablauf der jewei-

gen Legislaturperiode der Vertreterversammlung bzw. mit der Auflösung des ÄBD-Bezirktes. Eine vorzeitige Abberufung aus wichtigem Grund ist nach Anhörung des Betroffenen möglich, wenn dies auf der Einladung zur Mitgliederversammlung als Tagesordnungspunkt aufgeführt ist und 2/3 der anwesenden Mitglieder einem entsprechenden Antrag an den Vorstand der KVH zustimmen. Über die Abberufung entscheidet der Vorstand, der aus einem wichtigen Grund einen Obmann auch ohne Antrag der Mitgliederversammlung abberufen kann.

§ 6 Aufgaben der KVH

- 1) Der KVH obliegen die Definition der Struktur sowie der Betrieb der Einrichtungen des ÄBD gemäß § 2 BDO.
- 2) Die KVH ist für die Organisation und den Ablauf des ÄBD zuständig, sie kann Teile der Organisation an die

ÄBD-Gemeinschaft oder an den ÄBD-Obmann delegieren. Die KVH trifft sämtliche Personalentscheidungen und übt die Aufsicht über die ÄBD-Gemeinschaften aus. Die KVH kann an deren Stelle Entscheidungen treffen, soweit erforderlich.

- 3) Soweit der Betrieb der ÄBD-Zentrale oder die Durchführung des Hausbesuchsdienstes dies erfordern, erhält die jeweilige ÄBD-Gemeinschaft ein Budget gemäß § 8 Abs. 4 BDO.
- 4) Die KVH entscheidet auf Antrag eines Arztsitzinhabers bzw. eines Privatärztes über dessen Freistellung von der Teilnahme am ÄBD gemäß § 3 Abs. 5 BDO.

§ 7 Vergütung der ÄBD-Ärzte

- 1) Für die nachgewiesene Übernahme von Diensten im Rahmen des ÄBD und im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in von der

**Mobiles Projekt
Medibus**



**WIR SORGEN
FÜR GESUNDHEIT**

KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



Sie möchten an einem innovativen und zukunftsweisenden Projekt zur mobilen hausärztlichen Versorgung auf dem Land mitarbeiten? Sie haben Freude am Kontakt, an der Behandlung und Begleitung von Menschen und schätzen den Austausch mit Ihren hausärztlichen Kollegen? Dann haben wir genau das Richtige für Sie! Zur Unterstützung der hausärztlichen Versorgung für unser **mobiles Projekt Medibus** im **Landkreis Hersfeld-Rothenburg, im Schwalm-Eder-Kreis und im Werra-Meißner-Kreis** suchen wir:

Fachärztin/Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin

in Voll- oder Teilzeit zunächst befristet auf 2 Jahre

Das sind Ihre Aufgaben:

- Allgemeinmedizinische Untersuchung, Diagnostik, Behandlung und Begleitung von Menschen im ländlichen Raum
- Unterstützung der hausärztlichen Versorgung in ländlichen Regionen im Rahmen einer mobilen Arztpraxis

Das bringen Sie mit:

- Abgeschlossene Facharztweiterbildung im Fachgebiet Allgemeinmedizin oder Innere Medizin
- Mehrjährige Berufserfahrung mit persönlichem Patientenkontakt

Das bieten wir Ihnen:

- Die Möglichkeit, an einem innovativen mobilen hausärztlichen Versorgungsprojekt mitzuarbeiten, das es in dieser Form noch nie gab!
- Einen umgebauten Linienbus als Arbeitsplatz, ausgestattet mit moderner medizinischer Ausrüstung
- Eine Anstellung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen mit einer Befristung auf zunächst 2 Jahre

Klingt das interessant? Dann freuen wir uns auf Ihre Bewerbung!

Bewerben Sie sich bequem online über unsere Jobbörse unter

www.kvhessen.de/karriere

Bei entsprechender Eignung werden schwerbehinderte Menschen bevorzugt berücksichtigt.



**Gerne informiere ich Sie persönlich!
Ich freue mich auf Ihren Anruf unter
069 24741-6933**

Anja Stiller
Personalrecruiting
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

- KVH betriebenen ÄBD-Zentralen durchgeführt wird, und zu den Zeiten nach § 5 Abs. 2 BDO erhält jeder ÄBD-Arzt:
- eine Pauschale i. H. v. € 43,- je Dienststunde (Stundenpauschale) sowie
 - den Anteil des ordnungsgemäß abgerechneten, anerkannten und beregelten EBM-Honorars, der pro „Diensteinheit“ die Summe der Stundenpauschalen gemäß Buchstabe a. übersteigt, vermindert um den einheitlichen Betriebskostenabzug nach § 8 Abs. 1 BDO; diese Berechnung erfolgt für jeden ÄBD-Bezirk bzw. jeden HBD getrennt. Dabei gelten die tagesbezogenen Dienstzeiten in § 5 Abs. 2 BDO.
 - im Rahmen des HBD eine Wegepauschale ausgezahlt soweit er keinen Fahrdienst in Anspruch nimmt. Die Vergütung der (hessischen) Wegepauschalen im ÄBD ist nach der Entfernung gestaffelt und richtet sich nach dem Zeitpunkt der Erbringung.
- Leistungen im Rahmen von gebietsärztlichen Bereitschaftsdiensten nach § 2 Abs. 4 BDO auch in Form von Hintergrundbereitschaften werden im Rahmen der normalen vertragsärztlichen Leistungsabrechnung nach dem jeweils geltenden EBM und den sonstigen, für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen jeweils geltenden Vorschriften, vergütet. Sofern der gebietsärztliche Bereitschaftsdienst nicht in von der KVH betriebenen ÄBD-Zentralen durchgeführt wird, erhält der Dienst ausübende Arzt zusätzlich zum abgerechneten Honorar eine pauschale Aufwandsentschädigung in Höhe von € 205,- für Dienste an Wochenenden, Feiertagen sowie dem 24. und 31. Dezember, wenn an diesen Tagen die Zeiten nach § 5 Abs. 2 BDO vollständig abgedeckt werden.
 - Jeder ÄBD-Arzt ist verpflichtet, seine erbrachten Leistungen vollständig und ordnungsgemäß nach dem jeweils geltenden EBM und den sonstigen jeweils geltenden Vorschriften gegenüber der KVH abzurechnen.
 - Als Nachweis für die Dienstübernahme nach Abs. 1 gelten:
 - eine EBM-Abrechnung oder eine Erklärung, dass kein EBM-abrechnungsrelevanter Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat
 - und eine ordnungsgemäß ausgefüllte Quartalerklärung innerhalb der Fristen der jeweils gültigen Abrechnungsrichtlinie der KVH. Sofern die Dienstübernahme nicht nachgewiesen ist, behält sich die KVH eine Rückforderung der Stundenpauschalen vor.
 - Um die Besetzung der Dienste an Ostersonntag, -sonntag und -montag, an Pfingstsonntag und -montag sicherzustellen, erhält jeder ÄBD-Arzt an diesen Tagen anstatt des in Abs. 1 Buchstabe a. festgelegten Betrages jeweils eine Pauschale i. H. v. € 50,- je Dienststunde.
 - Um die Besetzung der Dienste am 24.12., an den Weihnachtsfeiertagen sowie am 31.12. und an Neujahr sicherzustellen, erhält jeder ÄBD-Arzt an diesen Tagen zusätzlich zu der Stundenpauschale i. H. v. € 43,- nach Abs. 1 Buchstabe a. eine Sonderpauschale in Höhe von € 20,- je Dienststunde. Eine Verrechnung der Sonderpauschale mit dem EBM-Honorar nach Abs. 1 Buchstabe b. erfolgt nicht. Weiterhin ist diese bei der Berechnung der Betriebskosten nach Abs. 1 Buchstabe b. nicht zu berücksichtigen.
 - Der gem. § 2 Abs. 5 BDO zum überregionalen Hintergrundbereitschaftsdienst eingeteilte Arzt erhält eine Pauschale für seine Dienstbereitschaft – in Höhe von € 10,- pro Stunde. Bei einem Dienstantritt erfolgt eine weitere Vergütung gem. § 7 Abs. 1 BDO.
- § 8 Finanzierung des ÄBD**
- Die Finanzierung des ÄBD erfolgt auf der Grundlage der im ÄBD abgerechneten Leistungen nach § 7 Abs. 3, mit Ausnahme der Wegepauschalen im ÄBD. Im ÄBD und im gebietsärztlichen Bereitschaftsdienst, sofern dieser in ÄBD-Zentralen durchgeführt wird, erhebt die KVH einen allgemeinen einheitlichen Abzug (Betriebskostenabzug) von 35 % des Anteils des ordnungsgemäß abgerechneten, anerkannten und beregelten Honorars, der in der Diensteinheit die Summe der Stundenpauschalen gemäß § 7 Abs. 1 Buchstabe a. BDO übersteigt.
 - Reichen die Erträge nach Abs. 1 nicht zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 aus, wird zusätzlich ein jeweils einheitlicher ÄBD-Beitrag unter allen abrechnenden Ärzten und Psychotherapeuten sowie ermächtigten Krankenhausärzten nach folgender Regel erhoben:
Prozentualer, jeweils einheitlicher Abzug je Quartal vom Honorar jedes abrechnenden Arztes und Psychotherapeuten sowie jedes ermächtigten Krankenhausarztes mit einem festgelegten Höchstbeitrag.
Die Höhe des Abzugssatzes und des Höchstbetrages wird durch den Vorstand der KVH festgelegt.
 - Bei Privatärzten wird grundsätzlich abweichend von Abs. 2 zur Deckung des Gesamtaufwandes nach Abs. 4 zusätzlich zu den Erträgen nach Abs. 1 als pauschaler ÄBD-Beitrag die Hälfte des in Abs. 2 genannten Höchstbeitrages je Quartal erhoben. Das Beitragsjahr beginnt jeweils zum 1. Januar eines Kalenderjahres. Näheres regelt der Vorstand.
Auf Antrag kann für das jeweilige Beitragsjahr abweichend von Satz 1 bei der Beitragserhebung der prozentuale Abzug nach Abs. 2 zugrunde gelegt werden. Als Bezugsgröße für die prozentuale Beitragsberechnung wird das Jahresbruttoeinkommen aus ärztlicher Tätigkeit aus dem Kalenderjahr heran gezogen, das zum Zeitpunkt des aktuellen Beitragsjahres zwei Jahre zurückliegt (Vor-Vorjahr). Vom Antragsteller ist dem Antrag als Nachweis der entsprechende Einkommensteuerbescheid beizufügen.
In besonderen Fällen kann der Vorstand auf Antrag entscheiden, dass eine abweichende Bezugsgröße für den Einzelfall berücksichtigt wird. Der Widerspruch und die Klage gegen die Beitragsbescheide haben keine aufschiebende Wirkung. Der Beitrag wird nach Möglichkeit mit den

Ansprüchen des Privatarztes gegen die KVH verrechnet.

- 4) Die KVH finanziert aus den Erträgen nach den Absätzen 1 bis 3 sowie des pauschalierten Aufwendersatzes nach § 4 Abs. 5 BDO den gesamten Aufwand des ÄBD, einschließlich der Zahlungen an ÄBD-Ärzte gemäß § 7 BDO. In diesem Zusammenhang stellt die KVH jeder ÄBD-Gemeinschaft zur Wahrnehmung ihrer Aufgaben Mittel zur Verfügung (Regionalbudget), soweit der Betrieb der ÄBD-Zentrale dies erfordert, insbesondere zur eigenständigen Beschaffung von Dienstleistungen und Material unterhalb des Schwellenwertes für den Direktkauf nach der Beschaffungsrichtlinie der KVH. Näheres regeln die §§ 5 und 6. Der Vorstand kann ergänzende Regelungen treffen.
- 5) Der Vorstand hat die Pflicht, mittels geeigneter Kennzahlen den ÄBD auf wirtschaftliche Erbringung der ÄBD-Leistungen alle zwei Jahre zu überprüfen wie z.B. Zuschnitte und Größe der ÄBD-Bezirke, Öffnungszeiten der ÄBD-Zentralen, Fahrdienstkosten, Obmann-Entschädigung und Personalkosten und der Vertreterversammlung darüber Bericht zu erstatten, insbesondere bezüglich des sich ergebenden Zuschussbedarfes nach § 8 Abs. 2 und 3 BDO.

§ 9 Inkrafttreten

- 1) Diese Bereitschaftsdienstordnung tritt zum 01.10.2013 in Kraft.
- 2) Um einen möglichst reibungslosen Übergang der Organisation und Durchführung des ÄBD hin zu den Regelungen dieser Bereitschaftsdienstordnung zu ermöglichen, kann

die KVH in einem Übergangszeitraum von 18 Monaten ab Inkrafttreten dieser Bereitschaftsdienstordnung deren Umsetzung ganz oder in Teilen, in eigenem Ermessen auf ÄBD-Bezirke beschränken und deren Kreis erst nach und nach erweitern. Die Finanzierung dieses Übergangs und des gegebenenfalls von der KVH zu finanzierenden Aufwandes derjenigen ÄBD-Bezirke, in denen zunächst, ganz oder in Teilen, noch nicht die Regelungen dieser Bereitschaftsdienstordnung angewandt werden, erfolgt nach § 8 Abs. 2. In diesen ÄBD-Bezirken gilt im Übrigen die Notdienstordnung der KVH in ihrer letzten Fassung fort. Widersprechen sich einzelne Regelungen der Notdienstordnung und dieser Bereitschaftsdienstordnung, so entscheidet der Vorstand der KVH.

Anhang zu § 7 der BDO

Ergänzend zu den Abrechnungsrichtlinien der KV Hessen in der Fassung vom 1. April 2010 und den Honorarverteilungsregelungen der KV Hessen gelten für die Abrechnung von ÄBD-Leistungen folgende Regelungen:

1. Bei den im ÄBD erbrachten EBM-Leistungen sind die jeweiligen Uhrzeiten der Leistungserbringung je Ziffer anzugeben.
2. Unabhängig davon, ob der Hausbesuchsdienst als sog. Selbstfahrer oder als Fahrdienst organisiert ist, hat der diensttuende ÄBD-Arzt eine Wegepauschale abzurechnen. Ausgangspunkt für die Berechnung des Radius ist die jeweilige ÄBD-Zentrale. Entsprechend den Entfernungen sind nachfolgende GOP Ziffern anzugeben:

40220	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	4,00 €
40222	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	7,50 €
40224	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	9,50 €
94226	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 15 km bis zu 25 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	16,00 €
94225	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 25 km Radius, bei Tage zwischen 8:00 und 20:00 Uhr	25,00 €
40226	Wegepauschale für Besuche bis zu 2 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	7,00 €
40228	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	10,50 €
40230	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 5 km bis zu 15 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	14,00 €
94232	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 15 km bis zu 25 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	20,00 €
94231	Wegepauschale für Besuche bei mehr als 25 km Radius, bei Nacht zwischen 20:00 und 8:00 Uhr	30,00 €

Ausgefertigt zum Zwecke der Veröffentlichung gem. §14 der Satzung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen



Frankfurt, den 26.02.2018
Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Dr. Klaus-Wolfgang Richter
Vorsitzender der Vertreterversammlung