

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 1 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang



Oskar Zwintscher: Bildnis mit gelben Narzissen, 1907. Öl auf Leinwand, Sammlung F. W. Neess. Foto: Markus Böllen

Jugendstil in der Landeshauptstadt

Sammlung Neess im Museum Wiesbaden

Neue Weiterbildungs- ordnung beschlossen

Das hessische Ärzteparlament hat sich für eine Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung ausgesprochen

Chronische Virus- hepatitiden B, C, B/D

Alle Probleme gelöst? Chronische Virushepatitiden erhöhen u.a. das Risiko der Entwicklung einer Leberfibrose

Mastitis puerperalis & puerperaler Abszess

Anregung zum Umdenken: Wie beide Erkrankungen ambulant und ohne Antibiotika oder Inzision behandelt werden können

Impfen tut not!

Kennen Sie den Backfire-Effekt? Laut Wikipedia wird damit in der Politikwissenschaft das Phänomen bezeichnet, dass neue Fakten, die den eigenen politischen Ansichten widersprechen, diese noch mehr verfestigen können. In Untersuchungen kamen die Politikwissenschaftler Brendan Nyhan und Jason Reifler zu dem Ergebnis, dass die Konfrontation mit Fakten und Argumenten bei Menschen, die einer politischen Ideologie anhängen, nicht selten zum Gegenteil des Angestrebten führt. Eine faktenbasierte Argumentation wird daher bei Fundamentalisten oftmals keine Meinungsänderung bewirken. Das gilt nicht nur in der Politik, sondern auch bei anderen Themen und Lebensbereichen.

Hier denke ich an Impfgegner, die beispielsweise nicht müde werden, das Märchen zu erzählen, dass eine Masernimpfung Autismus auslösen kann. Das im November vom Bundestag verabschiedete Masernschutzgesetz begrüße ich daher ausdrücklich. Eine bundesweite Masern-Impfpflicht ist sinnvoll. Die Freiheit des Individuums endet dort, wo die Freiheit bzw. die Gesundheit anderer gefährdet werden. Wie erfolgreich verpflichtende Maßnahmen sein können, zeigt das Beispiel der Pocken, die 1980 für ausgerottet erklärt wurden. Von 1949 bis Ende 1975 gab es in Deutschland eine allgemeine Impfpflicht gegen Pocken.

Eine vollständige Durchimpfungsrate der Bevölkerung lässt sich mit der Impfpflicht für Kinder allein allerdings nicht erreichen. Leider belegen die Zahlen des Robert Koch-Instituts (RKI), dass in etwa der Hälfte der Fälle Erwachsene erkranken, weil sie schlichtweg nicht oder ungenügend geschützt sind und dadurch selbst eine Gefahr für ungeimpfte Kinder in ihrer Nähe darstellen. Daher müssen auch Erwachsene immer wieder aufgefordert werden, ihren Impfstatus zu überprüfen. Hier könnten vom Bundesgesundheitsministerium vorangetriebene, breit angelegte Aufklärungskampagnen wirksam sein, denn nicht jeder Ungeimpfte ist ein Fundamentalist, sondern wahrscheinlich einfach nur nachlässig. Nachlässigkeit verschont auch den ärztlichen Berufsstand nicht. Auch bei uns könnten die Impfquoten besser sein. Deshalb bitte ich Sie: Überprüfen Sie Ihren eigenen Impfstatus und seien Sie ein Vorbild. Dies gilt nicht nur für die Masern- und die alljährliche Grippeimpfung, sondern auch für die anderen für Erwachsene empfohlenen Impfungen.

Bei der Verabschiedung der neuen Weiterbildungsordnung 2020 gab es zum Glück keinen Backfire-Effekt. Die Delegierten der Landesärztekammer haben am 23. November mit großer Disziplin und Ernsthaftigkeit über die neue Weiterbildungsordnung dis-

kutiert und abgestimmt. Dafür gilt mein Dank nicht nur den Delegierten, sondern auch dem Weiterbildungsausschuss der Landesärztekammer und den hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Vieler Hände fleißige Arbeit war dazu nötig und wird es auch weiterhin sein, denn der Verabschiedung folgen noch viele weitere, umfangreiche Arbeiten.

Sicher wird es Ihnen, ob in der Praxis oder im Krankenhaus, im neuen Jahr ebenfalls nicht langweilig, denn Langeweile gibt es in unserem Beruf so gut wie nie. Ich wünsche Ihnen für das neue Jahr 2020 viel Freude im Beruf, Glück und Gesundheit und dazu ein Quäntchen Gelassenheit.

Einen guten Rutsch in das neue Jahr wünscht Ihnen
Ihr



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Museum Wiesbaden, Bernd Fickert

Parlando: Jugendstil in der Landeshauptstadt

Das Museum Wiesbaden präsentiert die Sammlung „Jugendstil und Art Nouveau“ von Ferdinand W. Neess. Mehr als 90 Gemälde, Pastelle und Aquarelle von Künstlern aus ganz Europa sind in der Dauer- ausstellung zu sehen, darunter Arbeiten von Gusta- ve Moreau und seinem Schüler Edgar Maxence.

28



Foto: AG Visuell

Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung

Die Delegiertenversammlung beschloss mit über- wältigender Mehrheit, die Musterweiterbildung mit einigen hessenspezifischen Änderungen umzuset- zen. Weitere Themen waren außerdem die Forde- rung nach nationalen Impfaufklärungskampagnen, Satzungsänderungen und der Haushalt 2020.

7

Editorial: Impfen tut not!	3
Aus dem Präsidium: Weniger ist noch lange nicht mehr	6

Ärztchammer

6. ordentliche Delegiertenversammlung: Neue Weiterbildungsordnung in Hessen beschlossen	7
Bericht des Versorgungswerks	11
Neue ärztliche Weiterbildungsordnung in Hessen: Was ändert sich? Was ist wichtig? Stand Dezember 2019	11
Serie Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung / Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure	34
Das Hessische Krebsregister zieht ins Mertonviertel	45

Fortbildung

CME: Chronische Virushepatitiden B, C, B/D – Alle Probleme gelöst?	13
Mastitis puerperalis und puerperaler Abszess	20
Endokrinologie der Lebensspanne – 63. Deutscher Hormon-Kongress vom 4.–6. März 2020 in Gießen	47
Grundlage reisemedizinischer Kompetenz	47
Resilienz im Arztberuf: Absolventenworkshop des Weiterbildungskollegs	54

Der interessante Fall: Postpartales reversibles posteriores leukoenzephalopathisches Syndrom nach Gemini-Sectio	23
--	----

Parlando: Jugendstil in der Landeshauptstadt – Sammlung Neess im Museum Wiesbaden	28
--	----

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	37
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	43
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	53–58
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	60–68

Pharmakotherapie

Bluthochdruck: Immer niedriger – immer besser für die Patienten?	52
Aktuelles aus Pharma und Therapie – Empfehlungen der AkdÄ: Sartanhaltige Arzneimittel//Hydrochlorothiazid	53

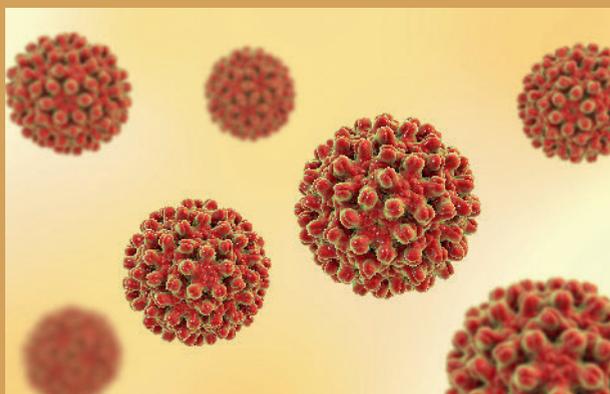


Foto: Kateryna Kon – shutterstock.com

CME: Chronische Virushepatitiden B, C, B/D

Von den Virushepatitiden können sich die Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus, dem Hepatitis-C-Virus und dem Hepatitis-D-Virus als chronische Erkrankungen manifestieren. Die zertifizierte Fortbildung zeigt Epidemiologie, Übertragung, Verlauf und Indikation zur Therapie sowie Therapieziele.

13



Foto: Prostock-studio – stock.adobe.com

Mastitis puerperalis und puerperaler Abszess

Als Anregung zum Umdenken werden Ursachen und Therapie der Mastitis puerperalis und des gelegentlich daraus resultierenden Abszesses beleuchtet. Beide Erkrankungen sind leicht ambulant und meist ohne Antibiotika oder Inzision zu behandeln. Die Kenntnis darüber ist jedoch eher gering.

20

Ansichten und Einsichten

Brauchen wir wieder mehr Theorie in der Medizin? Reflexionen nach vier Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit 29
Wir brauchen internistische Generalisten 31

Mensch und Gesundheit

25 Jahre Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder 22
Das Aktionsnetz Heilberufe in Amnesty International 48

Medizingeschichte

Dr. Franz Kuhn: Arzt, Erfinder und Medizinpionier 27
Telemedizin vor 90 Jahren: „Der Rundfunkarzt in der Polarzone“ 51

Das Versorgungswerk informiert: Beiträge ab 1. Januar 2020 46

Junge Ärztinnen und Ärzte: Rückblick auf die Summerschool „Klinik-Survival“ 26

Recht: Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen 32

Personalia: Prof. Dr. med. Winfried Faßbinder erhält Ehrenplakette der LÄKH 50

Musiktip: The Piano Guys 25

Leserbriefe 45

Impressum 59

Bücher



Recht im Gesundheitswesen

Sandra Hobusch

S. 33



Atlas der Pädiatrischen Dermatologie

U. Blume-Peytavi et al.

S. 49



Denn wir waren Krieger

Wajima Safi

S. 19

Weniger ist noch lange nicht mehr

Haben wir in Deutschland zu viele Krankenhäuser? Diese Frage wird intensiv diskutiert. Die Pressemitteilung im Juli über eine Untersuchung des IGES-Instituts im Auftrag der Bertelsmannstiftung hat die Diskussion angestoßen. Im Titel stand: „Eine starke Verringerung der Klinikanzahl von aktuell knapp 1.400 auf deutlich unter 600 Häuser würde die Qualität der Versorgung für Patienten verbessern...“. Eine bemerkenswerte Überschrift: Laut statistischem Bundesamt gab es 2017 in Deutschland 1942 Krankenhäuser, die Zahl „600“ findet sich in der Langfassung der „Bertelsmannstudie“ (106 Seiten) nicht wieder und es fehlt der Beleg, dass weniger Krankenhausstandorte eine bessere Qualität bedeuten.

Die Simulation am Beispiel einer Versorgungsregion rund um Köln kommt zu dem Ergebnis, dass dort eine Versorgung mit 14 statt mit den bisherigen 38 Kliniken sinnvoll sei. Verschwiegen wird in der allgemeinen Diskussion geflissentlich, dass sich dann trotz Verlagerung aller so genannten ambulant-sensitiven Fälle in den ambulanten Bereich (entsprechende Kapazitäten vorhanden?) die Anzahl der Betten pro Standort fast verdoppeln muss. Dazu steht in der Studie (Prognose 2030): „Das Universitätsklinikum Köln hätte mit rund 166.000 Fällen einen deutlich größeren Versorgungsumfang als die Charité im Jahr 2017 mit ihren drei Berliner Standorten zusammen (142.757 Fälle)...“. Krankenhäuser in dieser Größe hätten zweifellos erhebliche negative Effekte: Im städtischen Bereich würden Verkehrsprobleme entstehen, der akute Ausfall eines solchen Hauses (Energieversorgung, interner Erreger-Ausbruch etc.) wäre nicht zu kompensieren. Selbst wenn man vernachlässigt, dass freie Grundstücke in Ballungsgebieten direkt neben einer großen Klinik in der Regel fehlen, stellt sich sofort die Frage, wer denn diesen Aufbau an Bettenkapazität an großen Standorten finanziert. Allein Krankenhäuser zu schließen hilft nicht.

Die relevante Frage ist insofern nicht, wie viele Krankenhäuser wir brauchen, sondern welche Art von medizinischer Versorgung wir in Zukunft mit welchen Kapazitäten in Deutschland haben wollen – bei bekannter demografischer Entwicklung.



Foto: Katarina Ivanisevic

„Wir brauchen dringend eine aktive regionale Krankenhausplanung.“

Die Antwort hierauf lässt sich aber nicht durch einfache Planspiele und Hochrechnungen auf ganz Deutschland beantworten. Auch der Blick nach Dänemark, wo die Anzahl an Krankenhäusern erheblich reduziert wurde, hilft nicht weiter. Das dänische Gesundheitswesen ist ein im wesentlichen steuerfinanziertes, staatlich geplantes System, in dessen Umbau pro Einwohner rund 1.000 Euro investiert wurden. Das entspräche in Deutschland etwa 80 Mrd. Euro! Die Verantwortung für die Krankenhausplanung liegt in Deutschland bei den Ländern, die allerdings seit Jahren im Wesentlichen den Status Quo fortschreiben. Sie sind dem Irrtum verfallen, der Verdrängungswettbewerb der Krankenhäuser, die Unterfinanzierung oder planungsrelevante Qualitätsindikatoren würden von ganz alleine zu einer Reduktion von Standorten führen. Sehenden Auges lassen sie so

die Krankenhäuser zu Lasten der Patientenversorgung ausbluten. Wir brauchen dringend eine aktive regionale Krankenhausplanung, die Mehrfachstrukturen in unmittelbarer räumlicher Nähe abbaut. Neben Großkrankenhäusern mit einem hohen Spezialisierungsgrad brauchen wir weiterhin Kliniken, in denen Patienten versorgt werden, die auf Grund ihres Krankheitsbildes kein hochspezialisiertes Zentrum brauchen, aber dennoch eine stationäre Therapie. Denn etwa 20 Prozent der Bevölkerung haben mehrere akute oder chronische Krankheiten – sie sind multimorbide. Unter den etwa 20 Millionen Patienten, die 2017 stationär behandelt werden mussten, liegt der Anteil deutlich höher. Diese Patienten brauchen eine wohnortnahe, breite stationäre interdisziplinäre Basisversorgung und nicht nur teure spezialisierte Zentren. Es bleibt zu hoffen, dass der neue Krankenhausplan in Hessen dies berücksichtigt.

Dr. med. Susanne Johna

Internistin/Krankenhaushygiene,
Präsidiumsmitglied
Landesärztekammer Hessen,
Bundesvorsitzende des Marburger Bundes
und Landesverbandsvorsitzende Hessen,
Vorstandsmitglied Bundesärztekammer

Genderneutrale Sprache

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)

Neuorientierung der ärztlichen Weiterbildung

Delegiertenversammlung beschließt neue Weiterbildungsordnung in Hessen

Die Erwartungen an die Delegiertenversammlung am 23. November 2019 waren hoch. Neben gesundheitspolitischen Themen, Satzungsänderungen, Haushaltsplan 2020, Versorgungswerk und einem Sachstandsbericht zum neuen Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen stand die Umsetzung der neuen Musterweiterbildungsordnung auf der Tagesordnung: ein ambitioniertes Programm, das mit hoher Konzentration, intensiven Diskussionen und weitreichenden Beschlüssen gemeistert wurde.



Blick ins Plenum der 6. ordentlichen Delegiertenversammlung der LÄKH, 16. Wahlperiode 2018–2023.

Plädoyer für Impfaufklärungskampagnen

Mit Blick auf das zentrale Thema der Musterweiterbildungsordnung bat Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski in seinem Bericht um Verständnis dafür, nicht auf alle Gesetze, Entwürfe, Verordnungen und Ankündigungen „aus dem Hause Spahn“ eingehen zu können. Ausdrücklich begrüßte er jedoch das am 14. November 2019 vom Bundestag verabschiedete Masernschutzgesetz und plädierte darüber hinaus für nationale Impfaufklärungskampagnen. Die Freiheit des Individuums ende dort, wo die Freiheit bzw. die Gesundheit anderer gefährdet werde.

Pinkowski rief dazu auf, impfkritische Eltern über die Folgen eines fehlenden Masernimpfschutzes weiterhin aufzuklären. Um Erwachsene von der Notwendigkeit von Impfungen zu überzeugen, könnten bundesweite, breit angelegte Aufklärungskampagnen wirksam sein. Deutliche



Die Präsidiumsspitze mit Präsident Pinkowski und Vizepräsidentin Buchalik gratulieren Dr. med. Susanne Johna (l.), der neuen Bundesvorsitzenden des Marburger Bundes.

Kritik übte der Ärztekammerpräsident an Impfgegnern in der Ärzteschaft. Wenn Kolleginnen und Kollegen von einer Impfung abrieten, sei dies berufsrechtlich bedenklich.

Eine Ausweitung des ärztlichen Impfrechts auf Pharmazeuten lehnte Pinkowski zum wiederholten Male entschieden ab. Zu einer Impfung gehörten neben dem eigentlichen Nadelstich Impfaufklärung, Impfanamnese sowie Abklärung möglicher akuter Erkrankungen.

Datenschutz gefordert

Dass Krankenkassen laut dem am 7. November 2019 vom Bundestag verabschiedeten Digitale-Versorgung-Gesetz in Zukunft die Kosten für bestimmte Gesundheits-Apps übernehmen sollen, sah Pinkowski kritisch. Auch wenn das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) damit beauftragt werde, die Apps im Vorwege auf ihre Datensicherheit, den Datenschutz sowie die Funktionalität zu prüfen, müsse genau darauf geachtet werden, dass sensible Patientendaten tatsächlich geschützt blieben und nicht an Unternehmen wie etwa Facebook weitergeleitet würden. „Hier fordere ich, dass auch jedes Update der App geprüft werden muss!“, erklärte Pinkowski.

Um mehr Erkenntnisse über Krankheiten zu gewinnen, sollen die bei den Kassen vorliegenden Abrechnungsdaten, sogenannte Routinedaten, in einem For-

schungsdatenzentrum pseudonymisiert zusammengetragen und der Forschung auf Antrag über anonymisierte Ergebnisse zugänglich gemacht werden. Auch wenn es sich bei den Daten um Abrechnungsdaten handelt, beinhalten diese jedoch unter anderem Informationen zu Geschlecht, Wohnort und Alter des Versicherten, aber auch Diagnosen und Rezeptverordnungen. Kritisch merkte der Ärztekammerpräsident an, dass Datenschützer dies für keineswegs ausreichend hielten.

Keine Angst vor Künstlicher Intelligenz

„Ich möchte aber nicht falsch verstanden werden“, so Pinkowski weiter. Er halte die Forschung mit anonymisierten und verschlüsselten Routinedaten für ausgesprochen sinnvoll. Auch Bundesgesundheitsminister Spahns Gedanken zur Schaffung einer europäischen Cloud für einen grenzübergreifenden Austausch von Gesundheitsdaten nannte er überlegenswert. „Die Möglichkeiten der digitalen Medizin und der Künstlichen Intelligenz sollten wir uns nutz- und dienstbar machen und keine Angst haben, denn die Künstliche Intelligenz kann Ärztinnen und Ärzte unterstützen, aber nicht ersetzen. Sie kann uns von Routinetätigkeiten entlasten, sie kann uns bei der Diagnosefindung unterstützen, aber sie kann ganz einfach nicht fühlen, geschweige denn mitfühlen. Die emotionale Intelligenz bleibt dem Menschen vorbehalten.“

Außerdem ging Pinkowski in seinem Bericht auf die Notfallversorgung ein. So könne man eine sektorübergreifende Lösung nur begrüßen und unterstützen. Es erschließe sich ihm jedoch nicht, warum für die Notfallversorgung eine eigene dritte Säule der Versorgung angedacht sei. „Der Sicherstellungsauftrag muss bei den Kassenärztlichen Vereinigungen bleiben“, betonte Pinkowski. Er hoffe sehr, dass die von Minister Klose zugesagte Unterstützung ihre Wirkung nicht verfehlen werde: „Der hessische Weg, wie er in Frankfurt-Höchst sehr erfolgreich beschritten wird, muss erhalten bleiben.“

Aktuelles zur neuen GOÄ

Mit Blick auf die ärztliche Gebührenordnung berichtete der Ärztekammerpräsident, dass die Bundesärztekammer (BÄK) dabei sei, ein mit den ärztlichen Berufsverbänden und den medizinischen Fachgesellschaften konsentiertes Modell einschließlich der aus ärztlicher Sicht notwendigen Bewertungen für rund 5.500 Leistungen einer neuen GOÄ zu finalisieren: Voraussetzung für den Start in die letzte Abstimmungsrunde mit der Privaten Krankenversicherung, in der dann unter Berücksichtigung des vereinbarten Preissteigerungs-Korridors von plus 5,2 bis plus 6,4 Prozent im Vergleich zur geltenden GOÄ eine endgültige Bepreisung der reformierten GOÄ-Leistungen gefunden werden müsse.

Auch wenn Pinkowski sich verhalten optimistisch zeigte, räumte er ein, dass es ungewiss sei, ob das Bundesgesundheitsministerium das Konsensmodell aufgreifen und den Prozess einer Reform der GOÄ-Verordnung starten werde.

Überwältigende Mehrheit für neue Weiterbildungsordnung

Inhalte statt Zeiten, kompetenzbasiert und flexibel: Das sind die Merkmale der neuen ärztlichen Musterweiterbildungsordnung (MWBO), die eine Neuausrichtung der ärztlichen Weiterbildung bedeutet. Nach ausführlichen Erläuterungen der neuen Weiterbildungsordnung (WBO) durch Dr. med. Wolf-Andreas Fach, dem Vorsitzenden des Weiterbildungsausschusses, und Dr. med. H. Christian Piper,



Armin Beck und der Kaufmännische Geschäftsführer der LÄKH, Hans-Peter Hauck (r.).

seinem Stellvertreter, beschlossen die Delegierten mit überwältigender Mehrheit (71 Ja-Stimmen, zwei Gegenstimmen und zwei Enthaltungen), die Musterweiterbildung in Hessen mit einigen hessenspezifischen Änderungen umzusetzen. In Kraft treten soll die neue Weiterbildungsordnung zum 1. Juli 2020.

Für Ärztinnen und Ärzte, die ihre Weiterbildung vor diesem Datum begonnen haben, gelten Übergangsfristen. Sie können ihre Weiterbildung gemäß der alten WBO fortsetzen oder zur neuen WBO wechseln. Wichtig ist auch die Information, dass alte Bezeichnungen weitergeführt werden dürfen.

Seiner Einführung in das Thema hatte Fach die Frage „Warum eine neue Weiterbildungsordnung?“ vorangestellt. Irgendwann komme alles in die Jahre – die bisherige WBO stammt auch dem Jahr 2005 – und müsse aus inhaltlichen Gründen überarbeitet werden. 2018 wurde die neue Musterweiterbildungsordnung von der Bundesärztekammer verabschiedet. Diese beinhalte einige neue Fachrichtungen, wie etwa Balneologie, Sexualmedizin und Transplantationsmedizin. Wesentlich neu, so Fach weiter, sei die schrittweise Erfassung von Mitwirkungs- und Handlungskompetenzen im Verlauf der Weiterbildung. Dass die Weiterbildung gemäß neu-



„Täglich gehen im Kammergebäude mit einer Gesamtfläche von 5750 Quadratmetern ca. 150 Mitarbeiter ein und aus.“

Dr. med. Lars Bodammer

er MWBO berufsbegleitend absolviert werden könne und neue Teilzeitmöglichkeiten eröffnet würden, sei ein weiterer Fortschritt. Fach führte an, dass künftig alle Fachgebiete impfen dürfen. Den neu hinzugekommenen Gebieten werde jedoch ausdrücklich empfohlen, Impfkurse zu absolvieren.

Strukturell konsequent neu aufgestellt

Er wolle das Spannungsdreieck zwischen Weiterzubildenden, Landesärztekammer Hessen und Weiterbildungsbefugten deutlich machen, hob Fach hervor. So habe der Weiterzubildende mit dem Befugten zu tun und dieser wiederum mit der Kammer. „Im Gegensatz zu unserer früheren Weiterbildungsordnung soll diese WBO bundesweit so weit als möglich einheitlich und kompatibel sein. Den Weiterzubildenden dürfen keine Hürden beim Wechsel der Bundesländer zugemutet werden“, so Fach weiter. Jede Änderung gehe allerdings auch zukünftig immer über das Ministerium. „Dies sollte man jedoch nur in Ausnahmefällen in Anspruch nehmen.“ Auch müsse die WBO EU-konform sein. Piper griff in seinem Bericht punktuell Inhalte des Paragrafenteils heraus. So sollen etwa bei den Gebietsbezeichnungen Anrechenbarkeiten unverändert übernommen werden. Für alle „Disziplinen“ rund um Pädiatrie sei die Bezeichnung Fachärztin/Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin aufgenommen und es sei die Kompetenz für die systemische Therapie in allen P-Fächern aufgenommen worden. Beim Krankenhaushygieniker habe die Bundesärztekammer andere Vorgaben gemacht, als es in Hessen bisher geregelt war. In der neuen Weiterbildungsordnung sei nun als Kompromiss das hessische Modell mit fachspezifischer Supervision für 12 Monate zuzüglich 200-Stunden Kursweiterbildung gekürzt worden, alternativ dazu sind 12 Monate ganztägige Weiterbildung möglich.

Neu ist auch, so Piper weiter, dass der allgemeine Internist 36 der insgesamt 60 Monate Weiterbildung in der stationären Weiterbildung ableisten soll; die verbleibenden 24 Monate können nach eigener Entscheidung ambulant absolviert werden. Ähnliches gilt für den Schwerpunkt-

internisten: Von 72 Monaten Weiterbildungszeit müssen mindestens 48 Monate stationär abgeleistet werden, 24 Monate nach eigener Wahl ambulant. „Das Ziel einer einheitlichen WBO wurde mit kleineren Hessespezifika eingehalten“, fasste Piper zusammen.

eLogbuch und Befugung

Als den „politischsten Teil“ der neuen WBO bezeichnete Fach eLogbuch und Befugung. Idee des eLogbuchs sei der verlässliche Inhalt von Weiterbildung. Mit jährlichen Einträgen werde schrittweise festgehalten, was der oder die Weiterzubildende im Jahr geleistet habe. „Es muss eine Portabilität in andere Bundesländer geben; Vertrauen ist gut, Kontrolle ist besser.“ Grundsätzlich wichtig sei das Vertrauen des Weiterzubildenden in den Befugten. „Zwischenziel ist jetzt die Verabschiedung der neuen WBO. Mit eLogbuch und Befugung werden wir noch viel zu tun haben“, kündigte Fach an und erklärte, eine Lanze für die im Umbruch befindliche Weiterbildungsabteilung der Landesärztkammer brechen zu wollen: Diese müsse sowohl die Übergangszeit, in der die alte WBO noch gelte, als auch die Umsetzung der neuen Weiterbildungsordnung schultern. Ärztkammerpräsident Pinkowski dankte Fach, Piper und der Abteilung Weiterbildung „für die tolle Riesenarbeit“.

Homöopathie: Zusatzbezeichnung wird abgeschafft

Vor Verabschiedung der gesamten WBO hatte der Beschluss zur Übernahme oder Abschaffung der Zusatzweiterbildung Homöopathie auf der Tagesordnung gestanden. Der Entscheidung waren eine Pro- und Contra-Rede vorausgegangen. Dr. med. Jan Bauer (Marburger Bund Hessen) betonte, sein Antrag zielen nicht darauf ab, die Homöopathie abzuschaffen, sondern fordere lediglich die Nichtaufnahme der Zusatzbezeichnung. Bauer verwies darauf, dass die Ärztkammer gemäß § 27 Heilberufsgesetz Bezeichnungen vergeben könne, wenn wissenschaftliche Erkenntnisse vorlägen. Treffe diese Bedingung nicht mehr zu, seien die Bezeichnungen zu ändern. Die meisten Metaanalysen seien in der Vergangenheit zu dem Schluss



„eLogbuch und Befugung sind der politischste Teil der neuen WBO.“

Dr. med.
Wolf Andreas Fach

gekommen, dass eine Wirksamkeit der Homöopathie über den Placeboeffekt hinaus nicht belegbar sei.

Schon der Deutsche Ärztetag in Erfurt habe diese Diskussion geführt und die Homöopathie in die Musterweiterbildungsordnung übernommen, hielt Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß (Ärztinnen Hessen) dagegen. Man habe keinen Flickenteppich bei der Umsetzung der Weiterbildungsordnung in den Bundesländern gewollt. Ihr sei daher unverständlich, warum Hessen die Zusatzbezeichnung nicht aufnehmen wolle, zumal es sich bei der Homöopathie um die zweithäufigst angewandte Heilmethode weltweit handele. Hentschel-Weiß forderte, die zuwendungsintensive Medizin zu erhalten: „Ich bin für Pluralismus in der Medizin und Therapiefreiheit.“ Dennoch stimmten die Delegierten mit 52 Ja- gegen 25 Nein-Stimmen dafür, die Zusatzbezeichnung Homöopathie nicht in die neue Weiterbildungsordnung zu übernehmen.

Zusatzbezeichnung ambulante Geriatrie aufgenommen

Als weitere hessenspezifische Änderung beschloss die Delegiertenversammlung,



Svenja Krück mit dem „jüngsten DV-Mitglied“, ihrem Sohn Julius.

die erst im März 2017 beschlossene Zusatzweiterbildung Ambulante Geriatrie unverändert in die neue Weiterbildungsordnung zu übernehmen. Weitere Änderungen betreffen Härtefallregelungen bei Überschreitung der Übergangsfristen bei Weiterbildungen nach bisheriger WBO. Die Delegierten zeigten sich davon überzeugt, dass die neue Weiterbildungsordnung dazu beitragen werde, die ärztliche Weiterbildung zu verbessern. Das neue Regelwerk bilde die Grundlage, auf der sich künftig Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung zur Fachärztin bzw. zum Facharzt weiterbilden lassen können.

Neue WBO künftig für alle Mitglieder online verfügbar

Einstimmig sprachen sich die Delegierten für eine Änderung der Hauptsatzung der Landesärztkammer und damit für die in § 1 Abs. 3 des Hessischen Heilberufsgesetzes eröffnete Möglichkeit der abschließlichen Online-Bekanntmachung aus. Als Ausnahme erlaubt es diese Regelung, die neue Weiterbildungsordnung als Sonderausgabe des Hessischen Ärzteblattes ausschließlich in pdf-Form auf der Website der Ärztkammer www.laekh.de einzustellen. Ein Drucksonderheft hätte einen erheblichen Kostenaufwand bedeutet. Die Veröffentlichung des vollen Textes der neuen hessischen WBO 2020 erfolgt nach der Genehmigung seitens des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration.

Krankenwohl statt Kommerzialisierung

In einer Resolution forderte das hessische Ärzteparlament, das Gesundheitswesen endlich wieder an den Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Eine seit Jahren unzureichende Personalausstattung führe zu Arbeitsverdichtung für Ärztinnen und Ärzte, Pflegefachkräfte und weitere Gesundheitsberufe. Daraus resultierten nicht nur Überlastung und Demotivation, sondern auch Zeit- und Zuwendungsmangel für die Patienten.

Die Delegierten kritisierten, dass der ökonomische Druck seit Jahren durch die fortwährende Unterfinanzierung steige. Ausdrücklich forderten sie, dass die Länder ih-

ren Investitionsverpflichtungen bei der stationären Versorgung nachkommen müssten. „Ein indikationsgerechter, sparsamer am Patientenwohl ausgerichteter Umgang mit den Ressourcen ist selbstredend“, heißt es in der Resolution. Das solidarisch finanzierte deutsche Gesundheitswesen dürfe jedoch nicht für Gewinnmaximierung missbraucht werden. Gewinne sollten für bessere Arbeitsbedingungen und Reinvestitionen in die Gesundheitseinrichtungen verwendet werden.

Die Delegiertenversammlung rief dazu auf, Grundleistungen wie ärztliche Gespräche und Beratungen, klinische Untersuchungen und interdisziplinären Austausch in Klinik und Praxis adäquat zu fi-



„Das Ziel einer einheitlichen WBO wurde mit kleineren Hessenspezifika eingehalten.“

Dr. med.
H. Christian Piper

nanzieren. Dazu sei eine grundlegende Überarbeitung des bestehenden Vergütungssystems notwendig. Im jetzigen System bestehe oftmals ein Konflikt zwischen der patientengerechten Therapie einerseits und einer erlösoptimierten Therapie andererseits.

Der Staat dürfe sich nicht seiner Verantwortung für die Daseinsvorsorge entziehen und die bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung nicht dem freien Spiel des Marktes überlassen.

Stärkung und Förderung der Gendermedizin

Außerdem machten sich die hessischen Ärztevertreter in einer weiteren Resolution für eine Förderung der Gendermedizin stark. Ihre Ergebnisse sollen sowohl in die Fort- und Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten als auch Medizinischen Fachangestellten (MFA) sowie in die Öffentlichkeitsarbeit einbezogen werden. Begründet wurde die Entscheidung mit einer Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Männern und Frauen gleichermaßen. So sollen nach bisherigen Forschungser-

gebnissen beide Geschlechter davon profitieren, wenn die Geschlechterbesonderheiten bei Krankheitssymptomen und Medikamentenwirkung stärker berücksichtigt und auf passende Präventions- und Therapiemaßnahmen abgestimmt werden.

Haushalt 2020

Jahresfehlbetrag und künftige Abschmelzung der Betriebsrücklage

„Während in den Vorjahren 2016 bis 2018 trotz geplanter Jahresfehlbeiträge Überschüsse erzielt werden konnten, werden solche Überraschungen ab dem aktuellen Jahr 2019 ausbleiben.“ Mit diesen Worten stimmte der Vorsitzende des Finanzausschusses Armin Beck (Die Hausärzte) gleich zu Beginn seiner Präsentation des Haushaltsplans 2020 die Delegierten auf bevorstehende Veränderungen ein, da in den kommenden fünf bis sechs Jahren eine Abschmelzung der Rücklagen durch geplante Verluste bevorstehe.

Beck stellte dar, dass die Ausgabenseite die Einnahmenseite deutlich übersteige, sodass für das Jahr 2019 ein deutlicher Jahresfehlbetrag von TEUR 3.814 und für das kommende Jahr ein Fehlbetrag von TEUR 3.253 geplant seien. Diese Entwicklung lasse sich nicht zuletzt auf die stetige Erhöhung der Aufwandsentschädigungen und Personalkosten über die vergangenen zehn Jahre zurückführen.

Ein wichtiger Kostenfaktor sei hierbei der Bereich Weiterbildung, der die Umsetzung der neuen WBO, das erhöhte Prüfungsaufkommen sowie die geplante Durchführung von Fachsprachenprüfungen zu stemmen habe. Zugleich betonte Beck, dass durch Fachsprachenprüfungen verursachte Mehrkosten durch Gebühren gegenfinanziert würden.

In der anschließenden Fragerunde der Delegierten an den Referenten sowie an den Kaufmännischen Geschäftsführer der LÄKH Hans-Peter Hauck erläuterte der Letztere die Zusammenhänge zwischen den geplanten negativen Jahresergebnissen und den positiven operativen Cashflows. Diese hätten unterschiedliche Auswirkungen auf die Rücklagen- bzw. Liquiditätsentwicklung in den nächsten fünf Jahren.

Mit 67 Ja-Stimmen und fünf Enthaltungen wurde der Haushaltsplan schließlich einstimmig beschlossen. Anschließend stimmten die Delegierten über den Antrag des Vorsitzenden des Ausschusses Hilfsfonds Dr. med. Jürgen Glatzel (Liste Älterer Ärzte) ab, die Hilfsfonds-Richtsätze des Jahres 2019 für das Jahr 2020 zu übernehmen. Bei nur einer Gegenstimme wurde der Antrag mit sehr großer Mehrheit angenommen, sodass die Unterstützung für Ehepaare, Alleinstehende und Halbwaisen auch im kommenden Jahr unverändert weiterbesteht.

Vorsitzende der Prüfungsausschüsse im Weiterbildungswesen und Stellvertreter nachgewählt

Zur Unterstützung der Durchführung der ärztlichen Facharztprüfungen schlug das Präsidium fünf Kandidaten für die Nachwahl zur/zum (Stellvertretenden) Vorsitzenden der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse – in Ergänzung zu den am 1. Juni 2019 berufenen Vorsitzenden – vor. Nach einer angeregten Diskussion über die Frage, warum die Kandidatenliste keine Kandidatinnen aufweise, wurde die Liste schließlich – bei etlichen Gegenstimmen und einigen Enthaltungen – mehrheitlich beschlossen.

Sachstandsbericht zum neuen Kammersitz

Im Schlussvortrag des ereignisreichen Tages ließ Präsidiumsmitglied und Sprecher der Projektgruppe „Neubau“ Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund Hessen) mit einem Bericht zum Stand des neuen Kammergebäudes in der Hanauer Landstraße 152, Frankfurt, die Entstehung des Gebäudes Revue passieren: Mit einer Fotopräsentation erinnerte Bodammer die Delegierten an zentrale Stationen wie Grundsteinlegung (Dezember 2017), Richtfest (Juni 2018), die weniger als ein Jahr später erfolgte Gebäudeübergabe (April 2019), den finalen Umzug in die neuen Räumlichkeiten (Juni 2019), die Einweihungsfeier für die Mitarbeiter am zweiten Arbeitstag danach sowie an die offizielle Einweihungsfeier im selben Monat. Während einige Bereiche wie das Raumklima in Büros und Konferenzräumen erfahrungsgemäß noch einer



sechs- bis zwölfmonatigen Frist zur Nachjustierung bedürften, stünden andere Bereiche (Fertigstellung der Außenanlagen, Möblierung der Terrasse im Erdgeschoss) kurz vor der Finalisierung.

Bei der von Besuchern mitunter als verwirrend monierten Parkplatzsituation in Parkhaus und Tiefgarage werde die in Auftrag gegebene Beschilderung inklusive Leitsys-

tem schon bald Abhilfe schaffen, berichtete Bodammer weiter. Auch nannte er zentrale Eckdaten: Tagtäglich würden im Kammergebäude ca. 150 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter ein- und ausgehen, das Gebäude biete eine Gesamtfläche von 5.750 Quadratmetern über sechs Geschosse: darunter fünf Veranstaltungsräume und ein großer Prüfungsbereich für das Weiterbil-

dungswesen, um kürzere Wege und eine Entzerrung der Abläufe zu ermöglichen. Zusätzlich verfüge das Gebäude über einheitliche, leicht zu bedienende Medieneaustattung, die die Organisation und Durchführung von Besprechungen maßgeblich erleichtere.

Katja Möhrle
Alla Soumm

Bericht des Versorgungswerkes

Der Beitragssatz der Deutschen Rentenversicherung bleibt stabil und wird sich auch im Jahr 2020 auf 18,6% belaufen. Dementsprechend beträgt auch der Beitragssatz für die angestellten Mitglieder des Versorgungswerkes im nächsten Jahr 18,6% des Einkommens. Die monatliche Einkommensgrenze, bis zu der Beiträge gezahlt werden müssen, steigt dagegen von 6.700 € auf 6.900 € (alte Bundesländer).

Neuer Internetauftritt

Im Sommer wurde der neue Internetauftritt des Versorgungswerkes (www.vw-laekh.de) freigeschaltet. Die alte Seite war fast zehn Jahre online. Sämtliche Inhalte wurden in diesem Zusammenhang überarbeitet. Neben einer neuen Gestaltung und einer verbesserten Menüstruktur zeichnet sich der neue Auftritt auch da-

durch aus, dass sich die Seite automatisch an verschiedene Geräte anpasst, mit denen sie geöffnet wird (Rechner, Smartphones, Tablets etc.). Dadurch ist das Navigieren gerade auf kleineren Geräten wesentlich einfacher. Neu ist die Rubrik „Infothek“, welche alle Nachrichten und Artikel, Publikationen und Formulare an einer Stelle bündelt.

Entwicklung der Kapitalanlagen

Schließlich berichtete der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg, über die Entwicklung der Kapitalanlagen des Versorgungswerkes im laufenden Jahr. Die Zinsen sind immer noch extrem niedrig bzw. aufgrund der lockeren Geldpolitik der großen Notenbanken teilweise sogar noch weiter zurückgegangen. Dementsprechend wei-

sen neu vom Versorgungswerk erworbene festverzinsliche Wertpapiere wie Anleihen oft nur noch einen Kupon von 1% bis 2% auf. Auch wenn dieser Zins unter dem Zins der Beitrags- und Leistungstabelle des Versorgungswerkes von derzeit 3% liegt, müssen aus Gründen der Sicherheit und Diversifikation auch weiterhin Anleihen erworben werden. Gleichwohl nimmt deren Anteil an allen Anlagen seit Jahren ab. Bei fast allen anderen Anlageklassen war die Entwicklung im Jahr 2019 dagegen bislang sehr erfreulich. Das gilt insbesondere für Aktien. Das Geschäft mit Immobilien bleibe wegen der großen Nachfrage und der extrem gestiegenen Preise dagegen schwierig, sagte Freiherr Schenck zu Schweinsberg.

Johannes Prien
Referent des Vorstandes
des Versorgungswerkes

Neue ärztliche Weiterbildungsordnung für Hessen

Was ändert sich? Was ist wichtig? Stand Dezember 2019

Mitglieder des Weiterbildungsausschusses beantworten FAQs zur neuen ärztlichen Weiterbildungsordnung (WBO) für Hessen:

Wann tritt die bisherige Weiterbildungsordnung außer Kraft?

Die bisherige WBO von 2005 tritt nach Genehmigung der neuen Ordnung voraussichtlich mit dem 30. Juni 2020 für Neubeginner in der Weiterbildung außer Kraft. Wer eine Weiterbildung bis dahin begonnen hat, kann zum Zeitpunkt der eigenen Wahl freiwillig in die neue Regelung überwechseln oder unter den Vorgaben der

Übergangsregelungen nach bisheriger WBO abschließen.

Was ist beim freiwilligen Wechsel von der bisherigen zur neuen WBO zu beachten?

Alle bisher gültigen Dokumente gelten fort und können ggf. dem zukünftigen E-Logbuch hinzugefügt werden. Etwaige Unklarheiten und Verfahrensfragen können vor einem Wechsel mit der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Rahmen eines vom Arzt in Weiterbildung anzufragenden Vorabbescheides verbindlich geklärt werden. Ähnliches ist auch beim Zugang aus anderen Bundesländern sinnvoll.

Wann tritt die neue Weiterbildungsordnung für Hessen in Kraft?

Geplant zum 1. Juli 2020. Voraussetzung dafür ist die Genehmigung durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration. Die Bekanntgabe der Genehmigung erfolgt im Hessischen Ärzteblatt. Die im Frühjahr 2019 beschlossenen Änderungen für die Allgemeinmedizin, die Einführung der Zusatzweiterbildung Betriebsmedizin, der Zusatzweiterbildung Kardio-MRT und der Zusatzweiterbildung Akut- und Notfallmedizin sind bereits seit 1. Juli 2019 in Kraft getreten (siehe HÄBL 7/8 2019).

Fortsetzung nächste Seite



Welche Übergangsbestimmungen gibt es für die fachärztlichen Gebiete?

Vom 1. Juli 2020 gilt für die Gebiete und solche mit integrierten Schwerpunkten wie z. B. Innere Medizin, Chirurgie, Psychiatrie etc. grundsätzlich eine Übergangsfrist von acht Jahren, also bis Mitte 2028. Bis dahin kann eine vor dem 1. Juli 2019 begonnene Weiterbildung nach alter WBO abgeschlossen werden.

Gilt das auch für eigenständige Schwerpunktweiterbildungen?

Für solche Weiterbildungen wie z. B. in der Gynäkologie oder der Kinder- und Jugendmedizin gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von fünf Jahren, das heißt bis 30. Juni 2025.

Gilt das auch für die Zusatzweiterbildungen?

Für die Zusatzweiterbildungen wie z. B. Geriatrie, Intensivmedizin, Infektiologie etc. gilt grundsätzlich eine Übergangsfrist von fünf Jahren, also bis zum 30. Juni 2025. Analytische Psychotherapeuten können wegen der zum Teil langen Weiterbildungszeiten in jedem Fall nach der bisherigen Weiterbildungsordnung abschließen, dafür wurde eine Sonderregel geschaffen.

Was ändert sich Wesentliches mit der neuen Weiterbildungsordnung?

Neue Methoden von Diagnostik und Therapie wurden integriert. Die Kognitive und Methodenkompetenz verlangt sachliche und fachliche Kenntnisse, die erworben werden müssen. Handlungskompetenz wird immer dann gefordert, wenn Erfahrungen und Fertigkeiten für eine selbstständige Ausführung einer Diagnostik oder Therapie gelernt werden müssen. Besonders in den chirurgischen Fächern bleibt es aber bei Mindestzahlen von Eingriffen wie z. B. Appendektomien und Koloneingriffe, ansonsten werden die bisher geforderten Zahlen zurückgesetzt.

Gibt es neue Zeitanforderungen?

Verlängerungen von geforderten Weiterbildungszeiten gibt es keine. Im Gegenteil, Zeiten wurden verkürzt und sind Minimalzeiten. Definiert werden jetzt regelmäßig die verpflichtenden stationären Anteile, der Rest kann ambulant absolviert werden.

Gibt es neue Fächer?

Balneologie, Ernährungsmedizin, Immunologie, Nuklearmedizin für Radiologen, Sexualmedizin, EMAH (Erwachsene mit angeborenem Herzfehler), Kinder- und Jugendurologie, Transplantationsmedizin und die Kardio-MRT-Untersuchung wurden neu in die Weiterbildungsordnung aufgenommen.

Ändert sich der Ablauf der Weiterbildung?

Die Weiterbildung wird elternfreundlicher. Neben einer Weiterbildung in Teilzeit von 50 % der Arbeitszeit werden auch drei-Monatsabschnitte (in Hessen aufgrund des Heilberufsgesetzes bis zu insgesamt zwölf Monaten) anerkannt.

Weiterbildungszeiten. Was ändert sich?

Die Weiterbildungszeiten der Gebiete und Schwerpunkte ändern sich nicht. In der Inneren Medizin sind jetzt 24 Monate Weiterbildung im ambulanten Bereich möglich. Die berufsbegleitende Weiterbildung wurde gestärkt, z. B. in der Krankenhaushygiene und der Allergologie.

Wie wird die neue Weiterbildung im Unterschied zur bisherigen dokumentiert?

Zunächst ist wichtig: Für diejenigen, die sich nach der WBO 2005 weiterbilden, bleibt alles wie bisher.

Im zukünftigen E-Logbuch werden die erarbeiteten Weiterbildungsinhalte unter der Datenhoheit der Weiterzubildenden dokumentiert und mindestens einmal im Jahr bzw. zu Beendigung eines Abschnitts der Weiterbildung durch den Befugten für die Weiterbildung auf Anforderung bestätigt. Das E-Logbuch bleibt im Besitz des Weiterzubildenden. Solange kein E-Logbuch für Hessen vorhanden ist, wird in angepasster neuer Form auf Papier dokumentiert werden. Die zuständige Ärztekammer beurteilt die Weiterbildung für die Zulassung zur Prüfung anhand eines zusammenfassenden Zeugnisses und der begleitenden Dokumentation.

Was ändert sich bei den Weiterbildungsbefugnissen?

Die aktuell erteilten Ermächtigungen bzw. Befugnisse für die Weiterbildung nach der WBO 2005 bleiben erhalten, durchaus bis zum Ende der Übergangsfristen. Sie wer-

den nach und nach durch neue Befugnisse nach WBO 2020 ersetzt, zunächst mit einer pragmatischen, vorläufigen Lösung. Es bleibt abzuwarten, ob sich dabei insgesamt Veränderungen der Dauer der jeweiligen Befugnis ergeben. Dies wird von einer Überprüfung der vermittelbaren Kompetenzen in den jeweiligen Weiterbildungsstätten abhängen.

Was ändert sich für die Weiterbilder?

Zur Einführung in die neue WBO und im Prozess der Umsetzung wird geplant, spezifische Informationsseminare und Train-the-Trainer-Seminare zum Umgang mit der neuen WBO anzubieten. Insbesondere bevor das hessentypische E-Logbuch in den Betrieb gehen wird.

Wie kann man sich weiter informieren?

- Updates dieser Fragen- und Antwortsammlung auf www.laekh.de und im Hessischen Ärzteblatt.
- Bericht über die Delegiertenversammlung im HÄBL 01/2020 (siehe S. 7 ff.)
- Gesamttext der Musterweiterbildungsordnung 2018: <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiterfortbildung/weiterbildung/musterweiterbildungsordnung/>.
- Gesamttext der Weiterbildungsordnung für Hessen: Wird nach Genehmigung des HMSI auf www.laekh.de und als Sonderheft des Hessischen Ärzteblattes veröffentlicht

Weitere Fragen von allgemeinem Interesse, die hier mit beantwortet werden sollen, senden Sie gerne per E-Mail an: haebl@laekh.de

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied, Vorsitzender
des Weiterbildungsausschusses

Dr. med. H. Christian Piper
Präsidiumsmitglied, Stellv. Vorsitzender
des Weiterbildungsausschusses

Jens Sudmann
Leiter der Abteilung Weiterbildung

Daniel Libertus
Rechtsreferent

alle Landesärztekammer Hessen

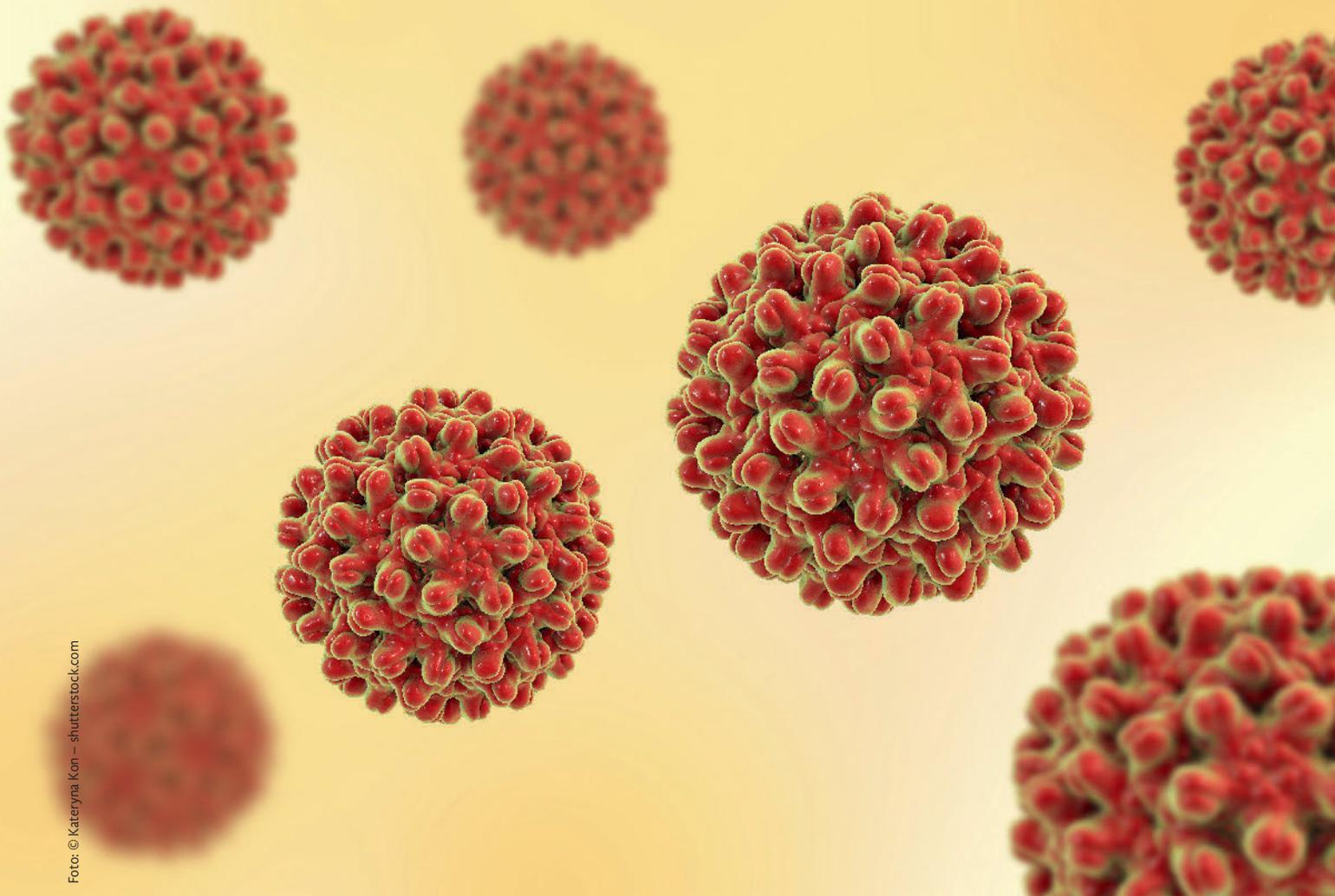


Foto: © Kateryna Kon – shutterstock.com

Hepatitis-B-Viren

Chronische Virushepatitiden B, C, B/D Alle Probleme gelöst?

VNR: 2760602019345790009

Dr. med. Kai-Henrik Peiffer, Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

Einleitung

Von den bekannten Virushepatitiden können sich die Infektionen mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV), dem Hepatitis-C-Virus (HCV) und dem Hepatitis-D-Virusoid (HDV) als chronische Erkrankungen manifestieren. Chronische Virushepatitiden erhöhen das Risiko der Entwicklung einer Leberfibrose/Leberzirrhose und/oder eines hepatozellulären Karzinoms.

Der klinische Verlauf einer chronischen HBV-Infektion ist individuell hochvariabel und bestimmt die Indikation zur antiviralen Therapie. Während bei der Therapie der HBV-Infektion zumeist eine Suppression der Virusreplikation angestrebt wird, ist das Therapieziel der HDV eine Virus-

eradikation. Dies gelingt leider nur in der Minderheit der Patienten. Auch bei der Therapie der HCV wird die vollständige Viruseradikation angestrebt.

Noch vor wenigen Jahren wurde durch die damals empfohlene, nebenwirkungsreiche Interferon-basierte Therapie nur ein Teil der Infizierten geheilt. Durch die Einführung direkt antiviral wirksamer Medikamente (DAA) wurde die HCV-Therapie jedoch grundlegend revolutioniert. Heute werden > 95-prozentige Heilungsraten in allen Patientengruppen durch gut verträgliche interferonfreie Therapien erreicht.

Chronische Hepatitis-B-Virus-Infektion

HBV: Epidemiologie und Übertragungswege

Trotz dem Vorhandensein einer wirksamen Impfung zählen die chronische Infektion mit dem Hepatitis-B-Virus (HBV) und deren Komplikationen zu den global 30 häufigsten Todesursachen [1]. Weltweit lebten 2015 schätzungsweise 257 Millionen Menschen mit einer HBV-Infektion und 887.000 Menschen sind aufgrund einer HBV-Infektion gestorben [2].

Deutschland gehört zu den Gebieten mit einer niedrigen Prävalenz von ca. 0,7%. Trotz anhaltend hoher Durchimpfungsraten ist in den Jahren 2015 und 2016 ein

Anstieg der Infektionsraten beobachtet worden, was durch zunehmende Migration aus Ländern mit höherer Prävalenz erklärt wird [3].

HBV wird perinatal, perkutan durch Blut-zu-Blut-Kontakt oder durch Sexualkontakte übertragen. Anfang der 1970er-Jahre wurde das Virus häufig durch die Transfusion von Blut oder Blutprodukten übertragen, mittlerweile ist durch Testung des Spenderblutes auf HBsAg und auf Anti-HBc die Transfusion sicher geworden. Das Restrisiko wird auf 1:500.000 beziffert. Plasmaderivate wie z. B. Gerinnungsprodukte sind heutzutage laut dem Robert Koch-Institut (RKI) als virussicher zu betrachten. Ein weiterer wichtiger Risikofaktor ist das „needle-sharing“ bei i.v.-Drogengebrauch sowie Piercing, Tätowierung etc. mit unsterilen Instrumenten.

HBV: Virus und Krankheitsverlauf

HBV ist ein kleines, partiell doppelsträngiges DNA-Virus mit einem Durchmesser von ca. 42 nm. Bei Nachweis des HBV-spezifischen Oberflächenantigens (HBsAg) über sechs Monate spricht man von einer chronischen Infektion. Hier sind auch stets Antikörper gegen das Kernprotein (Anti-HBc) nachweisbar. Während die Infektion im Säuglingsalter in der Mehrzahl der Fälle zu einer chronischen Infektion führt, kommt es bei einer horizontalen Infektion im Erwachsenenalter bei 95 % der Fälle zu einer ausreichenden Kontrolle

durch das Immunsystem und damit zur primären Ausheilung [4].

In der 2017 erschienenen neuen europäischen Leitlinie werden aktuell vier Stadien unterschieden, bei denen neben dem Vorhandensein des HBe-Antigens (HBeAg) vor allem zwischen Infektion und durch die Infektion verursachter Hepatitis mit laborchemisch oder histologisch nachweisbarer Leberentzündung unterschieden wird [3]. Man teilt die Stadien ein in:

- 1) HBeAg positive chronische Infektion,
- 2) HBeAg positive chronische Hepatitis B,
- 3) HBeAg negative chronische Infektion und
- 4) HBeAg negative chronische Hepatitis B (siehe Abb. 1).

Patienten mit einer HBV-Infektion müssen nicht zwangsläufig alle Stadien durchlaufen, es besteht eine hohe individuelle Variabilität.

Die Inzidenz für eine Zirrhoseentwicklung wird auf ca. 8–20 % in therapienaiven Patienten beziffert [3]. Das Risiko von Patienten mit Leberzirrhose, ein hepatozelluläres Karzinom (HCC) zu entwickeln, beträgt jährlich zwischen 2–5 % [5]. Zu beachten ist, dass die chronische HBV-Infektion auch ohne das Vorhandensein einer Zirrhose das Risiko für ein HCC deutlich erhöht.

HBV: Indikation zur Therapie und Therapieziele

Ziel der Therapie der chronischen HBV ist es, das Überleben zu verlängern, die Le-

bensqualität zu verbessern, eine Fibroseprogression zu stoppen sowie die Entwicklung einer Leberzirrhose und/oder eines HCC zu verhindern. Auch kann eine Therapie zur Transmissionsvermeidung (zum Beispiel von Mutter zu Kind) oder bei extrahepatischen Manifestationen indiziert sein. Eine sichere Indikation zur Therapie besteht bei dem Vorhandensein einer fortgeschrittenen Leberfibrose oder Leberzirrhose. Hier sollte bei jeder nachweisbaren Viruslast eine antivirale Therapie durchgeführt werden [4].

Bei nicht-zirrhatischen Patienten ist eine Therapie indiziert unabhängig vom HBeAg-Status, wenn die HBV-DNA bei > 2000 IU/ml liegt und entweder eine signifikante Fibrose (ermittelt histologisch oder durch nicht-invasive Methoden wie der Elastographie) oder eine entzündliche Aktivität (in der Histologie oder wiederholt erhöhte GPT) vorliegt [4]. Bei allen HBV-infizierten Patienten sollte zusätzlich eine HDV-(Anti-HDV und wenn positiv HDV-RNA) und HIV-Koinfektion ausgeschlossen werden.

Das Hepatitis-B-Virus bildet intrazellulär eine sogenannte „covalently closed circular DNA“ (cccDNA), die als besonders stabile DNA-Form in einer Art Minichromosom für die virale Replikation in den Hepatozyten persistiert. Zusätzlich kommt es im Erkrankungsverlauf wiederholt zur Integration von viraler DNA ins Wirtsgenom. Auch wenn aktuell viele neue antivirale Substanzen erforscht und klinisch evaluiert werden, gelingt mit den heutzug-

	HBeAg positive chronische Infektion	HBeAg positive chronische Hepatitis	HBeAg negative chronische Infektion	HBeAg negative chronische Hepatitis
HBsAg	Hoch	Hoch/Mittel	Niedrig	Mittel
HBeAg	Positiv	Positiv	Negativ	Negativ
HBV DNA	>10E7 IU/mL	10E4-10E7 IU/mL	<2000 IU/mL	>2000 IU/mL
ALT	Normwertig	Erhöht	Normwertig	Erhöht
Lebererkrankung	Keine/Minimal	Moderat/Schwer	Keine	Moderat/Schwer
Alte Nomenklatur	Immuntolerant	Immunreaktiv/HBeAg positiv	HBsAg Träger	HBeAg negative chron. Hep B

Abbildung 1: Stadieneinteilung der chronischen Hepatitis B gemäß europäischer Leitlinie (EASL), [3].

Grafik: Rechte bei den Autoren

tage verfügbaren Therapien in der Mehrzahl der Fälle lediglich eine Suppression der viralen Replikation.

Hierbei wird die HBV-DNA supprimiert, das HBsAg ist aber weiterhin im Serum nachweisbar („partial cure“). In wenigen Fällen gelingt zudem die Etablierung einer effizienten Immunkontrolle, die zusätzlich auch einen Verlust des HBsAg bedingt („functional cure“). Zu beachten ist, dass auch bei HBsAg-Verlust cccDNA und Integrate weiter in den Hepatozyten persistieren und es im Falle einer Immunsuppression, wie zum Beispiel unter Rituximab-Therapie oder nach Knochenmarkstransplantation, zu einer unter Umständen schwerwiegenden Reaktivierung der Infektion kommen kann. Daher sollte vor Beginn einer intensiven Immuntherapie obligat eine serologische Diagnostik auf HBV und je nach geplanter Immuntherapie ggf. eine präemptive antivirale Therapie durchgeführt werden.

HBV: Therapie

Grundsätzlich stehen für die Therapie der chronischen Hepatitis-B-Infektion zwei Optionen zur Verfügung:

- 1) **pegyliertes Interferon alfa (PegIFN α)** und
- 2) **Nukleos(t)id Analoga (NA):**

zu 1) Bei der zumeist 48-wöchigen Therapie mit PegIFN α wird eine langfristige Immunkontrolle angestrebt. Tatsächlich gelingt es je nach HBV-Genotyp, HBeAg-Status und Viruslast in kumulativ ca. 4 % der Fälle einen HBsAg-Verlust zu erreichen [3]. Vorteil der Therapie ist die begrenzte Therapiedauer. Prädiktoren für ein Ansprechen unter Therapie wurden in der europäischen Leitlinie formuliert und ermöglichen einen vorzeitigen Therapieabbruch. Nachteilig sind das Nebenwirkungsprofil sowie eine sehr variable Ansprechrate, sodass heutzutage nur noch wenige HBV-monoinfizierte Patienten mit PegIFN α behandelt werden. Bei der HBV/HDV-Koinfektion ist die Therapie mit PegIFN α jedoch weiterhin das einzige empfohlene Therapieregime (siehe unten).

DAA-naiv	Genotyp					
	GT1a	GT1b	GT2	GT3	GT4	GT5/6
Sofosbuvir/Ledipasvir	X	X			X	X
Sofosbuvir/Velpatasvir	X	X	X	X	X	X
Elbasvir/Grazoprevir	(X)	X			(X)	
Glecaprevir/Pibrentasvir	X	X	X	X	X	X

Grafik: Rechte bei den Autoren

Abbildung 2: Überblick über die zur HCV-Behandlung zugelassenen DAA-Regime.

zu 2) Für die Therapie der chronischen HBV sind folgende Nukleos(t)id Analoga (NA) zugelassen: Lamivudin (LAM), Adefovir Dipivoxil (ADV), Telbivudin (TBV), Entecavir (ETV), Tenofovir Disoproxil Fumarat (TDF) und seit neuestem Tenofovir Alafenamid (TAF). Hiervon weisen ETV, TDF und TAF eine hohe Resistenzbarriere bei hoher antiviraler Aktivität und günstigem Nebenwirkungsprofil auf und werden heutzutage zur Therapie der chronischen HBV empfohlen. Das vor kurzem für die Therapie der chronischen HBV zugelassene TAF ist ebenfalls wie TDF ein Prodrug des aktiven Metaboliten Tenofovirdiphosphat, welches aber aufgrund erhöhter intrazellulärer Verfügbarkeit in niedrigeren Dosierungen als TDF eingesetzt werden kann und damit die bekannten Nebenwirkungen von TDF (Abnahme der glomerulären Filtrationsrate, Abnahme der Knochendichte) reduziert [6–8]. Laut europäischer Leitlinie kann TAF bei vor allem älteren Patienten (> 60 Jahre) indiziert sein, die entweder eine Knochenerkrankung (zum Beispiel Osteoporose) oder eine Niereninsuffizienz (eGFR < 60ml/min pro 1,73m²) aufweisen. Alternativ kann in diesen Fällen die Therapie mit Entecavir erfolgen, sofern keine LAM-Behandlung in der Vergangenheit durchgeführt wurde, was die Resistenzbarriere von Entecavir verringert.

Die Therapie mit einem NA ist im Regelfall zunächst bis zum HBsAg-Verlust als unbefristete Therapie fortzuführen. Bei Patienten ohne Leberzirrhose kann die NA-Therapie beendet werden, wenn unter Therapie eine stabile HBeAg-Serokonversion zu beobachten ist, die HBV-DNA negativ ist und eine weitere einjährige Konsolidie-

rungstherapie nach Serokonversion durchgeführt wurde.

Ein Absetzen der Therapie kann auch bei Patienten ohne Leberzirrhose erwogen werden, wenn die HBV-DNA unter der Therapie drei Jahre nicht nachweisbar war und engmaschige Kontrolluntersuchungen nach Absetzen der Therapie gewährleistet werden können [3]. In kleineren Studien wurde beobachtet, dass es nach Absetzen zu relevant höheren Raten von HBsAg-Verlusten und dauerhaften virologischen Remissionen ohne erneute Therapiebedürftigkeit kommen kann [9, 10]. Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose und/oder HCC sollten bei nachweisbarer HBV-DNA mit einem NA behandelt werden und auf die Notwendigkeit bzw. Möglichkeit einer Lebertransplantation überprüft werden. Insbesondere bei diesen Patienten ist die Anbindung an ein erfahrenes Leberzentrum sinnvoll. Im Falle einer Schwangerschaft und Therapiebedürftigkeit wird eine Therapie aufgrund guter klinischer Sicherheitsdaten mit TDF empfohlen. Auch ein Stillen ist unter TDF-Therapie möglich [3]. Um die Transmissionsrate von Mutter auf Kind zu vermindern, wird eine antivirale Prophylaxe mit TDF bei Schwangeren mit einer hohen Viruslast (> 200.000 IU/ml) oder hohem HBsAg (> 4log₁₀ IU/ml) ab der 24–28 Schwangerschaftswoche bis zwölf Wochen nach Geburt empfohlen.

HBV: Kontrollen und Surveillance

Patienten ohne Therapieindikation sollten im ersten Jahr nach Diagnosestellung mindestens dreimalig und ab dem zweiten Jahr mindestens zweimalig auf zumindest Transaminasen und quantitative

HBV-DNA untersucht werden. Eine Ultraschalluntersuchung der Leber sollte in Abhängigkeit des Risikoprofils mindestens alle sechs Monate durchgeführt werden. Bei Patienten unter Therapie sollten zunächst alle drei Monate laborchemische (Transaminasen und Lebersyntheseparameter, Blutbild, INR) und virologische Untersuchungen (mind. HBV-DNA; initial auch HBeAg bzw. wenn negativ Anti-HBe; HBsAg [ggf. quantitativ], bzw. wenn negativ Anti-HBs) durchgeführt werden. Später kann das Kontrollintervall auf sechs Monate verlängert werden. Eine qualifizierte Sonographie sollte bei Patienten mindestens einmal jährlich, bei Patienten mit Leberzirrhose je nach HCC-Risikoprofil mindestens halbjährlich durchgeführt werden.

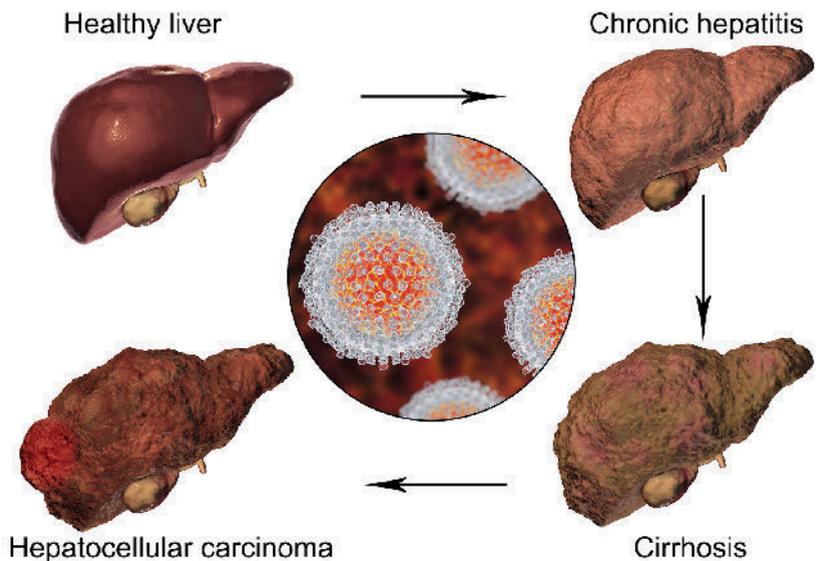
Chronische Hepatitis B/D-Koinfektion

HBV/HDV: Epidemiologie und Übertragungswege

Die Hepatitis D (Delta)/HBV-Koinfektion kommt in ca. 5 % aller chronischen HBV-Infektionen vor [11]. Es wird geschätzt, dass ca. 15–20 Millionen Menschen weltweit chronisch mit HBV/HDV-koinfiziert sind. Die Übertragung verläuft parenteral entweder als simultane HBV/HDV-Infektion oder als Superinfektion bei bereits bestehender HBV-Infektion.

HBV/HDV: Virus und Krankheitsverlauf

HDV ist ein RNA-Virusoid, welches bei der Virusmorphogenese zusätzlich das Oberflächenantigen (HBsAg) von HBV benötigt und folglich nur bei gleichzeitiger Koinfektion mit HBV vorkommt. Ein Impfschutz gegen HBV schützt daher auch gegen eine HDV-Infektion. Die chronische HBV/HDV-Koinfektion verursacht eine zumeist schwerwiegende Hepatitis. Rasch progrediente Krankheitsverläufe mit Entwicklung einer Zirrhose und/oder eines HCC sind häufiger als bei einer HBV-Monoinfektion [4]. Beispielsweise zeigte eine Studie eine verdoppelte 5-Jahres Mortalität und eine verdreifachte HCC-Rate bei Patienten mit Leberzirrhose aufgrund einer HBV/HDV-Koinfektion im Vergleich



Fortschreiten der Lebererkrankung bei Hepatitis-C-Virusinfektion, 3D-Abbildung.

zu zirrhotischen Patienten aufgrund einer HBV-Monoinfektion [12].

HBV/HDV: Therapie

Grundsätzlich sollte bei allen Patienten mit einer HBV/HDV-Koinfektion aufgrund der häufig ungünstigen Krankheitsverläufe eine antivirale Therapie evaluiert werden [4]. Auch für die HDV-Therapie werden aktuell neue antivirale Substanzen klinisch evaluiert. Leitliniengerecht wird aktuell eine 48-wöchige Therapie mit pegIFN α empfohlen [4]. Wichtige Kontraindikationen (z. B. dekompensierte Leberzirrhose) und das Nebenwirkungsprofil sind zu beachten, eine enge Therapiebegleitung ist unabdingbar und sollte nur von Ärzten mit Erfahrung in der Interferontherapie durchgeführt werden. Mittels pegIFN α wird eine HDV-RNA-Suppression in 25–50 % erreicht, die Rezidivrate nach Absetzen liegt jedoch bei ca. 50 % [13]. Insbesondere Patienten ohne Abfall des HBsAg unter Therapie erleiden häufiger ein Rezidiv. Auch wenn durch die Interferontherapie keine Eradikation erreicht werden kann, scheint die Therapie das Voranschreiten der Erkrankung zu verlangsamen. Eine Therapie mit einem NA zusätzlich zum pegIFN α erhöht die HDV-Ansprechraten nicht [14]. Die gleichzeitig bestehende HBV-Infektion kann allerdings bei hoher Viruslast eine NA-Therapie begründen. Patienten mit fortgeschrittener Leberzirrhose sollten bezüglich der Optionen einer Lebertransplantation evaluiert werden. Aufgrund geringerer Reinfektions- und Abstoßungsraten ist der klinische

Verlauf nach Transplantation mit 5-Jahres-Überlebensraten bis zu 90 % besser als bei HBV-monoinfizierten Patienten [4].

Chronische Hepatitis-C-Infektion

HCV: Epidemiologie und Übertragungswege

Laut WHO sind weltweit ca. 70 Millionen Menschen mit dem Hepatitis-C-Virus (HCV) chronisch infiziert [15]. Etwa 400.000 Menschen sterben jährlich an einer HCV-assoziierten Komplikation wie der Leberzirrhose und/oder HCC. Die Prävalenz beträgt in Deutschland 0,3–0,5 % [16], kann regional allerdings variieren. Die Transmission des Hepatitis-C-Virus erfolgt parenteral. Während früher eine Übertragung über Blutprodukte häufig war, erfolgt heute eine Transmission vor allem durch

- 1) „needle-sharing“ beim Drogenabusus,
- 2) homosexuelle Kontakte unter Männern sowie
- 3) durch iatrogene Übertragung im Gesundheitswesen – vor allem aber in Ländern mit mangelnder Einhaltung von Hygienerichtlinien. Das Risiko für eine Übertragung z. B. bei einer Stichverletzung mit HCV-kontaminiertem Material beträgt in Europa ca. 0,4 %.

HCV: Virus und Krankheitsverlauf

Das Hepatitis-C-Virus ist ein einzelsträngiges, umhülltes RNA-Virus mit hoher genetischer Variabilität. Mindestens acht verschiedene Genotypen (HCV-Geno-

typ 1–8) und zahlreiche Subtypen werden unterschieden. Von einer chronischen Infektion spricht man, wenn eine virale Replikation über sechs Monate persistiert. Etwa 50–70 % der akuten Infektionen chronifizieren. Mit der Entwicklung einer Leberzirrhose muss bei 20–30 % der Patienten innerhalb von 30 Jahren gerechnet werden. Die Inzidenz des HCC liegt bei ca. 3–6 % der Patienten mit HCV-assoziiierter Leberzirrhose [17].

HCV: Indikation zur Therapie und Therapieziele

Die chronische Hepatitis-C-Infektion stellt grundsätzlich eine Indikation zur antiviralen Therapie dar [18]. Ein fehlender molekularer Nachweis von HCV-RNA zwölf Wochen nach Ende einer antiviralen Therapie zeigt eine dauerhafte Viruseradikation (SVR = „sustained virologic response“) und damit einen Therapieerfolg an. Zu beachten ist, dass die Eradikation von HCV zu keiner protektiven Immunität führt, sodass Reinfektionen möglich sind. Das Erreichen eines SVR senkt die Letalität, vermindert das Risiko der HCC-Entwicklung und reduziert die Notwendigkeit einer Lebertransplantation [17].

HCV: Direkt antivirale Medikamente

In der Hepatitis-C-Therapie werden heutzutage direkt antiviral wirksame Medikamente (DAA) mit einer hohen antiviralen Wirksamkeit eingesetzt. Um Resistenzen vorzubeugen, werden immer DAA kombiniert, die sich hinsichtlich der Angriffspunkte unterscheiden. RNA-Polymeraseinhibitoren, NS3/4A-Proteaseinhibitoren und NS5A-Inhibitoren stehen zur Hemmung der viralen Replikation zur Verfügung.

HCV: Therapie

Die Therapie stützt sich in Deutschland im Wesentlichen auf folgende koformulierte fixe Regime:

- 1) Sofosbuvir/Ledipasvir
- 2) Sofosbuvir/Velpatasvir
- 3) Grazoprevir/Elbasvir
- 4) Glecaprevir/Pibrentasvir

Die SVR-Rate dieser Regime ist mit > 95 % exzellent. Ein Versagen der Therapie wird

nur noch in Ausnahmefällen beobachtet. Die Auswahl eines Regimes sollte gezielt nach medizinischen, aber auch wirtschaftlichen Kriterien optimalerweise in Rücksprache mit der zuständigen Krankenkasse getroffen werden. Für die Therapieauswahl sind der HCV-Genotyp, das Vorhandensein einer Leberzirrhose und eine eventuelle Vortherapie relevant. Das Fibrose-/Leberzirrhosestadium wird heutzutage vor allem durch nicht-invasive Ultraschall-basierte Methoden wie beispielsweise der Elastographie ermittelt. Zudem müssen bei der Therapieauswahl Komorbiditäten und mögliche Medikamenteninteraktionen beachtet werden. Letztere können schnell und übersichtlich im Internet zum Beispiel über www.hep-druginteractions.org, einer Datenbank der Pharmakologie der Universität in Liverpool, überprüft werden. Vorhandene Rabattverträge mit Krankenkassen sind zu beachten, und das medizinische und wirtschaftliche Abwägen der Medikamentenwahl sollte dokumentiert werden.

1) Sofosbuvir/Ledipasvir

In diesem Regime wird der nukleotidische Polymeraseinhibitor Sofosbuvir mit dem NS5A-Inhibitor Ledipasvir kombiniert. Klinisch einsetzbar ist die Kombination bei Patienten mit HCV-Genotyp 1, 4 oder 6 mit und ohne Leberzirrhose. Die Standardtherapiedauer beträgt zwölf Wochen. Eine Therapieverkürzung auf acht Wochen ist unter bestimmten Voraussetzungen möglich [19, 20].

2) Sofosbuvir/Velpatasvir

Sowohl der NS5A-Inhibitor Velpatasvir als auch das Sofosbuvir sind pangentypisch bei allen Genotypen wirksam [21, 22]. Die Therapiedauer beträgt unabhängig vom HCV-Genotyp zwölf Wochen sowohl in therapie-naiven als auch in vorbehandelten Patienten mit und ohne kompensierte Leberzirrhose. Bei Patienten mit dekompenzierter Leberzirrhose wird eine zusätzliche Gabe von Ribavirin (600mg/Tag) empfohlen [23].

3) Grazoprevir/Elbasvir

Diese Kombination aus einem NS3/4A-Proteaseinhibitor und einem

NS5A-Inhibitor ist zur Behandlung der HCV-Genotyp-1 und -4 zugelassen. Die Standardtherapiedauer beträgt bei Patienten unabhängig von dem Vorhandensein einer kompensierten Leberzirrhose zwölf Wochen. Eine Therapieverlängerung auf 16 Wochen soll bei HCV-Genotyp-1a-infizierten Patienten und Genotyp-4-Patienten mit erhöhter Ausgangsviruslast (> 800.000 IE/mL) erfolgen [24]. Eine Therapieverlängerung bei Genotyp-1a-infizierten Patienten kann unterlassen werden, wenn durch eine Resistenztestung vor der Therapie relevante resistente virale Varianten ausgeschlossen wurden.

4) Glecaprevir/Pibrentasvir

In diesem bei allen Genotypen anwendbaren Regime wird der NS3/4A-Proteaseinhibitor Glecaprevir mit dem NS5A-Inhibitor Pibrentasvir kombiniert. Die Therapiedauer beträgt bei allen therapie-naiven Patienten (außer HCV-Genotyp-3) mit und ohne kompensierte Leberzirrhose acht Wochen. Bei therapie-naiven zirrhotischen Patienten und Genotyp-3-Infektion sowie bei vorbehandelten Patienten mit kompensierter Leberzirrhose beträgt sie zwölf Wochen. Eine Verlängerung der Therapiedauer auf sechzehn Wochen wird bei vorbehandelten HCV-Genotyp-3-infizierten Patienten unabhängig vom Zirrhosestatus empfohlen [25].

HCV: Therapie spezieller Patientengruppen

Im Falle eines vorangegangenen Therapieversagens auf eine DAA-basierte Therapie muss von dem Vorliegen resistenter Varianten ausgegangen werden. Hier kann auf der Grundlage einer HCV-Resistenzanalyse eine erneute individualisierte Behandlung in einem spezialisierten Zentrum erfolgen. Alternativ kann ein Regime gewählt werden, bei dem Sofosbuvir/Velpatasvir zusätzlich mit einem dritten Wirkstoff, dem NS3/4A-Proteaseinhibitor Voxilaprevir, kombiniert wird. Bei Patienten mit dekompenzierter Leberzirrhose sind NS3/4A-Proteaseinhibitoren aufgrund von Sicherheitsbedenken (Lebertoxizität) kontraindiziert. Daher kann eine Therapie bei diesen Patienten lediglich mit Sofosbuvir und den kombinierbaren NS5A-Inhibitoren erfolgen.

Auch Patienten, die für eine Lebertransplantation vorgesehen oder in der Vergangenheit transplantiert worden sind, können heutzutage sicher und hocheffektiv antiviral behandelt werden. Hier sollte die Indikation zur antiviralen Therapie jedoch in enger Absprache mit dem verantwortlichen Transplantationszentrum erfolgen. Für Patienten mit einem HCC gibt es bis dato keine eindeutigen Empfehlungen. Nach Meinung der Autoren besteht eine sichere Therapieindikation, wenn das HCC kurativ therapiert werden kann/konnte. Ob ein Benefit auch für Patienten in einer palliativen onkologischen Situation besteht, ist bisher unklar und sollte individualisiert in Abhängigkeit des Tumorstadiums, der Leberfunktion und der Gesamtprognose entschieden werden. Auch für terminal niereninsuffiziente Patienten gibt es zugelassene antivirale Therapieregime [20].

Bei Patienten mit einer zusätzlich vorliegenden HIV-Koinfektion sollten mögliche Medikamenteninteraktionen der DAA mit der hochaktiven antiretroviralen Therapie (HAART) vor Therapiebeginn geprüft werden. Bei Patienten mit zusätzlicher HBV-Koinfektion kann es unter Therapie zu einer Reaktivierung der HBV kommen, hier sollte ein entsprechendes Monitoring bzw. ggf. Einleiten einer antiviralen HBV-Therapie erfolgen.

Aufgrund ungenügender Daten bezüglich des teratogenen Risikos sollte bei antiviraler Behandlung eine sichere Empfängnisverhütung empfohlen werden. Eine antivirale Therapie während der Schwanger-

schaft und Stillzeit kann aktuell nicht empfohlen werden.

HCV: Vorgehen während und nach der Therapie

Eine HCV-RNA-Messung unter Therapie ist nicht zwingend erforderlich, ein Monitoring der Transaminasen zur Bestimmung der virologischen Wirksamkeit ist ausreichend [20]. Eine HCV-RNA-Messung zum Nachweis des virologischen Therapieerfolgs ist zwölf Wochen nach Therapieende erforderlich. Aufgrund des verbleibenden HCC-Risikos auch nach erfolgreicher Viruseradikation wird bei Patienten mit einer Leberzirrhose, unabhängig von einer möglichen Fibroseregression, eine (lebenslange) Surveillance mittels Leberultraschall, gemäß der deutschen Leitlinie zusammen mit der Bestimmung des Alpha-Fetoproteins, alle sechs Monate empfohlen [18].

Zusammenfassung und Ausblick

Bei der Therapie der chronischen Hepatitis-C-Infektion wurde mit Zulassung und Entwicklung der DAA eine neue Ära eingeleitet. Heutzutage stehen für alle Patientengruppen hocheffektive und nebenwirkungsarme Therapiemöglichkeiten zur Verfügung. Mit diesen neuen Möglichkeiten rücken immer mehr Eliminationsstrategien von HCV in den Fokus.

Demnach hat die WHO ambitionierte Ziele formuliert: Bis zum Jahr 2030 soll die Zahl der diagnostizierten HCV-Fälle auf 90 %, die Zahl der Behandlungen auf 80 %

gesteigert sowie die Inzidenz von HCV um 90 % und die Mortalität um 65 % reduziert werden.

Bei der chronischen Hepatitis B-Infektion gibt es mit den NA hocheffektive Therapiemöglichkeiten, die eine zumeist vollständige Suppression der HBV-Replikation erreichen. Diese Therapien sind jedoch als Dauertherapie ausgelegt und nur in Einzelfällen gelingt es, eine vollständige Immunkontrolle zu induzieren. Eine Eradikation wie bei HCV ist aufgrund der viralen Eigenschaften von HBV bislang nicht möglich. Bei der HDV-Therapie werden neue Therapiemöglichkeiten dringend benötigt, da mit der aktuell empfohlenen pegIFN α nur unzureichende Therapieergebnisse erzielt werden. Hier wird mit Spannung die Entwicklung neuer antiviraler Strategien und Substanzen erwartet. Auch ein durch das Land Hessen gefördertes Konsortium (DRUID) verschiedener wissenschaftlicher Arbeitsgruppen der Universitäten Gießen, Marburg und Frankfurt sowie dem Paul Ehrlich-Institut, dem auch die Autoren angehören, beschäftigt sich aktuell intensiv mit der Behandlung vernachlässigter Infektionserkrankungen und hierbei unter anderem mit verschiedenen viralen Hepatitiden.

**Dr. med.
Kai-Henrik
Peiffer**

E-Mail:
kai-henrik.
peiffer@kgu.de



Foto: privat

**Prof. Dr. med.
Stefan Zeuzem**

Medizinische Klinik 1
Universitätsklinikum
Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt am Main



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu den Artikeln „Chronische Virushepatitiden B, C, B/D: Alle Probleme gelöst?“ von Dr. med. Kai-Henrik Peiffer und Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<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. De-

zember 2019 bis 24. Dezember 2020 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. Laut der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

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

Multiple Choice-Fragen:

Chronische Virushepatitiden B, C, B/D – Alle Probleme gelöst?

VNR: 2760602019345790009

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Antwort zur Epidemiologie und Übertragungswege einer HBV-Infektion ist richtig?

- 1) Die Infektion mit HBV ist weltweit eine sehr selten auftretende Erkrankung.
- 2) Die akute Infektion mit HBV erhöht stark das Risiko für die Entwicklung einer Leberzirrhose und/oder eines HCC.
- 3) Trotz hoher Durchimpfungsraten ist in den Jahren 2015/2016 in Deutschland eine Zunahme der Infektionsraten beobachtet worden.
- 4) HBV wird vor allem über Aerosole übertragen.
- 5) Eine HBV-Infektion im Erwachsenenalter führt in 99 % der Fälle zu einer chronischen Infektion.

2. Welche Aussagen zum Hepatitis-B-Virus und dem Krankheitsverlauf sind richtig?

- a. HBV ist ein kleines, partiell doppelsträngiges DNA Virus.
- b. Im Falle einer aktiven HBV-Infektion ist Anti-HBc nicht nachweisbar.
- c. Von einer chronischen HBV-Infektion spricht man wenn HBsAg über sechs Monate lang nachweisbar ist.
- d. Laut europäischer Leitlinie wird die HBV-Infektion anhand des Vorhandenseins von HBeAg und durch die Infektion verursachte Hepatitis in vier Stadien eingeteilt.
- e. HBV erhöht nicht das Risiko für die Entstehung eines hepatozellulären Karzinoms.

- 1) Richtig sind a, b, c.
- 2) Richtig sind a, d, e.
- 3) Richtig sind b, c, e.
- 4) Richtig sind a, c, d.
- 5) Richtig sind a, b.

3. Für die Diagnostik und Therapie einer HBV-Infektion gilt:

- a. Ziel der Therapie ist unter anderem eine Überlebensverlängerung und Verhinderung der Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms.
- b. Bei Patienten ohne Leberzirrhose besteht eine Therapieindikation immer, wenn die HBV DNA >2000 IU/ml ist.
- c. Bei Patienten mit Leberzirrhose sollte bei jeder nachweisbaren HBV DNA eine Therapie erfolgen.
- d. Patienten mit HBV-Infektion sollten nicht auf das Vorhandensein einer Koinfektion mit HDV oder HIV untersucht werden.
- e. Im Falle eines „partial cure“ liegt eine vollständige Viruseradikation vor und die Therapie kann gefahrlos beendet werden.

- 1) Richtig sind a und b
- 2) Richtig sind a und c
- 3) Richtig sind b und c
- 4) Richtig sind c und d
- 5) Richtig sind d und e

4. Welche Aussage zur Therapie und Kontrollen bei einer HBV-Infektion ist richtig?

- 1) Die Therapie mit PegIFN α ist eine nebenwirkungsarme Therapie die zeitlich unbegrenzt erfolgen sollte.
- 2) Für die Therapie mit einem Nukleos(t)id Analogon sind mehrere Medikamente zugelassen von denen vor allem Entecavir, Tenofovir Disoproxil Fumarat und Tenofovir Alafenamid eine hohe Resistenzbarriere bei hoher antiviraler Aktivität aufweisen und in der Therapie empfohlen werden.
- 3) Im Falle einer Schwangerschaft ist die Therapie mit PegIFN α die Therapie der Wahl.

- 4) Nach Beginn einer antiviralen Therapie sind keine laborchemischen Kontrollen im weiteren Verlauf notwendig.
- 5) Die Sonographie der Leber spielt in der Früherkennung des hepatozellulären Karzinoms bei einer HBV-Infektion keine Rolle.

5. Für die HDV-Infektion gilt:

- 1) Die HDV-Infektion kommt entweder als Monoinfektion oder als Koinfektion mit HBV vor.
- 2) Die HBV/HDV-Koinfektion manifestiert sich in den meisten Fällen nur mit einer milden Hepatitis.
- 3) HDV ist ein Virusoid welches bei der Virusmorphogenese zusätzlich das HBsAg von HBV benötigt.
- 4) Eine HBV/HDV-Koinfektion ist nicht mit der Entwicklung eines hepatozellulären Karzinoms assoziiert.
- 5) Ein Impfschutz gegen HBV schützt nicht vor einer HDV-Infektion.

6. Für die Therapie der HBV/HDV-Infektion gilt:

- 1) Mit der 48-wöchigen Therapie mit PegIFN α wird leitliniengerecht eine HDV-Viruseradikation angestrebt.
- 2) Es sollte stets zusätzlich die Therapie mit einem Nukleos(t)id-Analogon erfolgen.
- 3) Die Therapie mit PegIFN α ist mit einer hohen Viruseradikationsrate von > 90 % verbunden.
- 4) Virale Rezidive nach Absetzen einer PegIFN α -Therapie sind sehr selten (< 5 %).
- 5) Nach Lebertransplantation ist die HBV/HDV-Koinfektion mit einem schlechteren Verlauf als die HBV-Monoinfektion assoziiert.

7. Welche Aussage zur Hepatitis-C-Infektion ist richtig?

- 1) Das Hepatitis-C-Virus ist ein doppelsträngiges DNA-Virus, welches häufig in das Wirtsgenom integriert.
- 2) Eine komplette Viruseradikation kann durch die heutzutage zur Verfügung stehenden Therapiemöglichkeiten nicht erreicht werden.
- 3) Eine negative HCV-Viruslast zwölf Wochen nach Therapieende zeigt einen Therapieerfolg (SVR) an.
- 4) Das Erreichen eines SVR senkt nicht die Letalität, verbessert aber die Lebensqualität.
- 5) Die Prävalenz der Hepatitis C-Infektion liegt in Deutschland bei ca. 10 %.

8. Welche Aussage zur HCV-Therapie ist richtig?

- 1) Die chronische HCV-Infektion stellt grundsätzlich eine Therapieindikation dar.
- 2) Der Therapieerfolg (SVR) wird mittels HCV-RNA-Testung zwei Wochen nach Therapieende ermittelt.
- 3) Nur für die Hälfte der HCV-Genotypen stehen heutzutage hoch-effektive in-

terferonfreie Therapieoptionen zur Verfügung.

- 4) Patienten mit einer fortgeschrittenen Lebererkrankung und Patienten mit extrahepatischen Manifestationen sollten nicht therapiert werden.
- 5) Die Eradikation von HCV führt zu einer protektiven Immunität.

9. Welche Aussage zu direkt antiviral wirksamen Medikamenten (DAA) ist richtig?

- 1) Grundlage der interferonfreien Behandlung sind zumeist Monotherapien mit einem DAA.
- 2) Die Kombination aus Sofosbuvir und Velpatasvir wird in einem koformulierten fixen Regime verabreicht.
- 3) PegIFN α wird weiterhin standardmäßig in Kombination mit DAAs empfohlen.
- 4) Die SVR-Raten bei DAA-Therapien sind typischerweise zwischen 50–60 %
- 5) DAA können sicher in der Schwangerschaft und in der Stillzeit verabreicht werden.

10. Welche Aussagen zur Therapie spezieller Patientengruppen sind richtig?

- a. Für Patienten mit einem Therapieversagen auf eine DAA-basierte Therapie steht ein Kombinationsregime aus drei DAAs zur Verfügung (Sofosbuvir/Velpatasvir/Voxilaprevir)
- b. Für terminal niereninsuffiziente Patienten gibt es aktuell keine Therapiemöglichkeiten.
- c. Patienten die für eine Lebertransplantation vorgesehen sind, sollten nur in Absprache mit dem verantwortlichen Transplantationszentrum antiviral behandelt werden.
- d. Bei Patienten mit einer HIV-Koinfektion unter HAART-Therapie sollten mögliche Wechselwirkungen zwischen der HAART und den DAAs geprüft werden.
- e. Patienten mit einem hepatozellulären Karzinom sollten in keinem Fall mit einem DAA-basierten Regime therapiert werden.

- 1) Richtig sind a, b und c
- 2) Richtig sind a, c und d
- 3) Richtig sind b, c und e
- 4) Richtig sind c, d und e
- 5) Richtig sind a, c und e

Literatur zum Artikel:

Chronische Virushepatitiden B, C, B/D

Alle Probleme gelöst?

von Dr. med. Kai-Henrik Peiffer, Prof. Dr. med. Stefan Zeuzem

- [1] Collaborators GBDCoD. Global, regional, and national age-sex specific mortality for 264 causes of death, 1980–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet* 2017;390:1151–1210.
- [2] WHO. Hepatitis B Fact sheet, Updated April 2017.
- [3] European Association for the Study of the Liver. Electronic address eee, European Association for the Study of the L. EASL 2017 Clinical Practice Guidelines on the management of hepatitis B virus infection. *J Hepatol* 2017.
- [4] Cornberg M, Protzer U, Petersen J et al. [Prophylaxis, diagnosis and therapy of hepatitis B virus infection – the German guideline]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2011;49:871–930.
- [5] Raffetti E, Fattovich G, Donato F. Incidence of hepatocellular carcinoma in untreated subjects with chronic hepatitis B: a systematic review and meta-analysis. *Liver Int* 2016;36:1239–1251.
- [6] Sax PE, Wohl D, Yin MT et al. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate, coformulated with elvitegravir, cobicistat, and emtricitabine, for initial treatment of HIV-1 infection: two randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trials. *Lancet* 2015;385:2606–2615.
- [7] Chan HL, Fung S, Seto WK et al. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of HBeAg-positive chronic hepatitis B virus infection: a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016;1:185–195.
- [8] Buti M, Gane E, Seto WK et al. Tenofovir alafenamide versus tenofovir disoproxil fumarate for the treatment of patients with HBeAg-negative chronic hepatitis B virus infection: a randomised, double-blind, phase 3, non-inferiority trial. *Lancet Gastroenterol Hepatol* 2016;1:196–206.
- [9] Hadziyannis SJ, Sevastianos V, Rapti I et al. Sustained responses and loss of HBsAg in HBeAg-negative patients with chronic hepatitis B who stop long-term treatment with adefovir. *Gastroenterology* 2012;143:629–636 e621.
- [10] Berg T, Simon KG, Mauss S et al. Long-term response after stopping tenofovir disoproxil fumarate in non-cirrhotic HBeAg-negative patients – FINITE study. *J Hepatol* 2017;67:918–924.
- [11] WHO. Hepatitis D Fact sheet, Updated July 2018. 13
- [12] Fattovich G, Giustina G, Christensen E et al. Influence of hepatitis delta virus infection on morbidity and mortality in compensated cirrhosis type B. The European Concerted Action on Viral Hepatitis (Eurohep). *Gut* 2000;46:420–426.
- [13] Wranke A, Wedemeyer H. Antiviral therapy of hepatitis delta virus infection – progress and challenges towards cure. *Curr Opin Virol* 2016;20:112–118.
- [14] Wedemeyer H, Yurdaydin C, Dalekos GN et al. Peginterferon plus adefovir versus either drug alone for hepatitis delta. *The New England journal of medicine* 2011;364:322–331.
- [15] WHO. Hepatitis C fact sheet. updated October 2017.
- [16] Bruggmann P, Berg T, Ovrehus AL et al. Historical epidemiology of hepatitis C virus (HCV) in selected countries. *Journal of viral hepatitis* 2014;21 Suppl 1:5–33.
- [17] Zeuzem S. Treatment Options in Hepatitis C. *Dtsch Arztebl Int* 2017;114:11–21.
- [18] Sarrazin C, Berg T, Buggisch P et al. [S3 guideline hepatitis C addendum]. *Zeitschrift für Gastroenterologie* 2015;53:320–334.
- [19] Gilead. Fachinformation Harvoni® 90 mg/400 mg Filmtabletten. November 2014.
- [20] DGVS. Online-Vorabveröffentlichung des Therapieteils im Rahmen Aktualisierung der S3-Leitlinie zur „Hepatitis-C-Virus (HCV)-Infektion; Prophylaxe, Diagnostik und Therapie“. Dezember 2016.
- [21] Feld JJ, Jacobson IM, Hezode C, Asselah T, Ruane PJ, Gruener N, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 1, 2, 4, 5, and 6 Infection. *The New England journal of medicine* 2015;373:2599–2607.
- [22] Foster GR, Afdhal N, Roberts SK, Brau N, Gane EJ, Pianko S, et al. Sofosbuvir and Velpatasvir for HCV Genotype 2 and 3 Infection. *The New England journal of medicine* 2015;373:2608–2617.
- [23] Gilead. Fachinformation Eplclusa® 400 mg/100 mg Filmtabletten. Juli 2016.
- [24] MSD. Fachinformation Zepatier® 50 mg/100 mg Filmtabletten. Dezember 2018.
- [25] Abbvie. Fachinformation Maviret® 100 mg/40 mg Filmtabletten. September 2019.



Dr. med. Wajima Safi: Denn wir waren Krieger

Bookspot Verlag 03/2019,
ISBN 13: 9783956691140

Wajima Safi erzählt die Geschichte von Layla und Jamal, einem Paar aus Kabul, welches 1980 mit ihrem Kind nach München flüchtet. Layla ist schwanger – das zweite Kind, ein Sohn, wird in Deutschland geboren.

Beide flüchten, um ihre Kinder nicht in Afghanistan begraben zu müssen, sie flüchten vor Krieg und glauben an ein besseres Leben in Deutschland. Doch hier finden sie sich nur schwer zurecht, trotz aller Hilfen, die ihnen zuteil werden. „Wir sind entkommen“, denkt Layla – „Wir sind angekommen“, denkt Jamal. Laylas Mann etabliert sich mit einem Autohandel, er verlässt die Familie immer mal wieder für längere Zeit, kehrt aber auch immer zurück. Layla versucht derweil, das tägliche Leben mit den kleinen Kindern im fremden Land zu organisieren, zu fühlen und anzunehmen. Wajima Safi lässt Layla sprechen, über die Familie, die in Afghanistan geblieben ist, über diejenigen, welche ebenfalls nach Deutschland gekommen sind, und über die Deutschen, die Nachbarn, die Kinderfreunde, welche sie im Alltag umgeben. In Rückblicken erzählt Layla aus ihrer Kindheit und Jugend, opulente Bilder der afghanischen Landschaft entstehen, auch Bilder der familiären Bande, Bil-

der aus einer jahrtausendalten Kultur. Die Sprache ist schlank und schön, voller Melancholie, und immer umgeben von ein bisschen Hoffnung und erwarteter Zufriedenheit. Das Buch liest sich wie ein Film – es fesselt und lässt Leserinnen und Leser abtauchen in eine andere Welt, eine andere Kultur. Zwischen den Buchstaben spürt man den unbedingten Willen in Deutschland anzukommen. Und immer schwebt auch die Liebe von Layla und Jamal zwischen den Zeilen, hauchdünn, verletzlich, fast unsichtbar, bis zum Ende beständig.

Wajima Safi ist ein beeindruckendes Erstlingswerk gelungen – und vor dem Hintergrund, dass sie im „richtigen“ Leben als forschende Nephrologin arbeitet, ist es umso bewundernswerter!

Zur Autorin des Buches:

Dr. med. Wajima Safi ist Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie, sie hat außerdem Philosophie und Neuere Deutsche Literatur studiert. Geboren 1983 in Kabul, ist sie in München aufgewachsen. Sie forscht aktuell während eines Auslandsjahres in Barcelona.

Christine Hidas

Fachärztin Innere Medizin und Nephrologie
am Klinikum Darmstadt,
Leitende Oberärztin Zentrale Notaufnahme,
1. Vorsitzende der Frankfurter Gruppe des
Deutschen Ärztinnenbundes

Save the Date

52. Internationaler Seminarkongress

23.08. - 28.08.2020 in Grado/Italien

www.laekh.de/seminarkongress-in-grado

Veranstalter:



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



Ärztelkammer
des Saarlandes



Mastitis puerperalis und puerperaler Abszess

Ursachen und Therapie / Ein Beitrag zum Umdenken

Prof. Dr. med. Jutta Peters

Einleitung

Die Mastitis puerperalis und der gelegentlich daraus resultierende Abszess treten am häufigsten in den ersten Wochen nach der Geburt auf, gelegentlich aber auch noch Monate nach der Geburt. Beide Erkrankungen sind leicht ambulant und ohne Anwendung von Antibiotika oder Inzision zu behandeln. Die Kenntnis dieser einfachen Behandlungsmethoden und/oder deren Akzeptanz ist unter den behandelnden Ärzten eher gering und es werden trotz einiger Publikationen [1–4] hierzu, Vorträgen in Kliniken und Gesprächen mit Kolleginnen und Kollegen die Vorgehensweisen kaum verändert. Nach wie vor werden Antibiotika bei der Mastitis und die Inzision mit Gegeninzision bei Abszessen in Vollnarkose eingesetzt. Das Einzige, was in den vergangenen 20 Jahren langsam, aber noch immer nicht flächendeckend Eingang in die Behandlung gefunden hat, ist, dass Abstillen, vor allem unter Zuhilfenahme von Bromocriptin, nicht erforderlich ist. Manche Autoren haben aber schon beklagt, dass sich die Entleerung des puerperalen Abszesses mit ultraschallgesteuerter Punktion durch einen Radiologen noch immer nicht durchgesetzt hat [5–7].

Ein kurzer Überblick über die nur geringen Veränderungen der Therapieempfehlungen in den Lehrbüchern der Gynäkologie und Geburtshilfe zwischen 2007 und 2013 macht dies anschaulich:

K. Diedrich et al. [8] empfehlen für die Mastitis Abpumpen, ohne die Methode zu nennen, lokale Kühlung und Hochbinden der Brust, Prolaktinhemmer und Antibiotika aber kein Abstillen. Für den Abszess wird nur die operative Therapie erwähnt. Im Jahre 2009 empfehlen K. J. Bühling und W. Friedmann [9] das Massieren der entzündeten Brust, ihre manuelle Entleerung ohne die Methode anzugeben, Kühlen und Hochbinden der Brust und noch immer ein Stillverbot. Hier ist also keinerlei



Foto: Prostock-studio – stock.adobe.com

Brustentzündung und Brustabszess: schwere Erkrankungen – leicht zu heilen.

Fortentwicklung zu verzeichnen. Für die Abszessbehandlung wird immerhin schon neben der chirurgischen Behandlung die sonographisch gesteuerte Punktion erwähnt. In dem Lehrbuch von M. Kiechle [10] aus dem Jahre 2011 wird als erste Maßnahme die Entleerung der Brust erwähnt, aber auch hierzu keine Methode genannt. Hier steht, dass das Stillen nicht unterbrochen werden, ein Antibiotikum aber verabreicht werden muss. Für die Therapie einer Abszesshöhle wird die Punktion aber immer noch auch die Inzision empfohlen.

Im Jahre 2013 empfehlen T. Weyerstahl und M. Stauber [11] in ihrem Lehrbuch neben der Entleerung der Brust noch immer Kühlung, Ruhigstellung und Antibiose, schreiben aber, dass das Weiterstillen potenziell möglich sei. Bei der Abszessbehandlung wird aber neben der Inzision auch die Punktion erwähnt.

Generell lassen sich also keine durchgreifenden Fortschritte erkennen.

Mastitis puerperalis

In den meisten prospektiven Studien wird eine Inzidenz der Mastitis puerperalis von 25 % aller Entbindungen angegeben, wobei die Schwankungsbreite außerordentlich hoch ist. So finden sich Angaben von 0,66 % bei Klinikkollektiven bis zu 50 % in Risikokollektiven [1].

Dies deutet darauf hin, dass die Definition der Erkrankung keineswegs einheitlich ist. In der Praxis und in den meisten Publikationen wird die eigentliche Ursache der Mastitis puerperalis nicht beachtet und deshalb die Therapie auch nicht nach der Ursache gerichtet. Die Mastitis puerperalis ist im Gegensatz zu dem, was in vielen Lehrbüchern und Publikationen angegeben ist, praktisch nie eine primär bakterielle Erkrankung, sondern ist verursacht durch einen Milchstau, der zunächst zu einer abakteriellen, parenchymatösen Entzündung führt. Neben den lokalen Entzündungszeichen (Rötung, Schwellung, Ver-

härtung, Schmerzen) treten auch generelle Symptome wie Fieber, Abgeschlagenheit und Gliederschmerzen auf [1, 3, 4]. Eine ausführliche Untersuchung hierzu findet sich in [3].

Saugreflex des Babys und seinen Hunger als Therapie nutzen

Der Milchstau ist entweder bedingt durch ein vorübergehendes Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage und/oder eine Blockade des Milchspende- oder Oxytocinreflexes. Es handelt sich hierbei um einen psychosomatischen Reflex, der sehr leicht durch psychische Einflüsse blockiert werden kann (Schreck, Streit, negative oder entmutigende Kommentare zum Stillen) und somit auch zu einem Milchstau führt. Genauso leicht, wie dieser Reflex blockiert werden kann, kann er aber auch durch positive Einflüsse wie Ermutigung und Zuwendung gebahnt und unterstützt werden. Anlegen von Bakterienkulturen ist nicht erforderlich, da die meisten negativ sind und positive auch durch normale Keimbiedlung bedingt sein können [2]. Das therapeutische Ziel muss also nur sein, den Stau zu beseitigen. Am effektivsten geschieht dies durch das Kind.

Wenn es alle zwei Stunden, auch nachts, angelegt wird, ist die Patientin nach etwa 24 Stunden fieberfrei, die Rötung ist abgeklungen und das Allgemeinbefinden wieder hergestellt. Dann kann die Frequenz des Anlegens langsam wieder verringert werden, bis sich nach etwa 3–5 Tagen auch die lokale Verhärtung vollständig zurückgebildet hat. Die Frau kann dann wieder ganz zum Stillen nach Bedarf zurückkehren [3].

Bei dieser Vorgehensweise ist keine antibiotische oder analgetische Therapie erforderlich. Völlig kontraproduktiv ist das Massieren der Brust in dem entzündeten Bereich. Hierdurch werden lediglich Schmerzen verursacht, der Milchspendereflex beeinträchtigt und damit die Heilung erschwert (die Kinder verwenden ja auch nicht ihre Hände zum Entleeren der Brust). Leider wird dies aber von vielen Hebammen noch immer empfohlen.

Zusätzliches Abpumpen von Milch kann anfangs in seltenen Fällen notwendig sein, wenn das Stillen allein den Druck in der Brust nicht vollständig beseitigt. Dazu

sollten aber nach Möglichkeit keine elektrischen oder Handpumpen empfohlen werden, da diese einen inadäquaten Reiz ausüben und deshalb bei den meisten Frauen nicht effektiv sind. Außerdem wird auch durch diese Pumpen der Milchspendereflex beeinträchtigt.

Anleitung zur manuellen Entleerung der Brust

Viel einfacher ist die manuelle Entleerung. Hierzu nimmt die Frau die Brustwarze am Ansatz zwischen Daumen und Zeigefinger, übt leichten Druck und Zug aus (imitiert also die Saugbewegungen des Kindes) und kann damit sofort, ohne Aufwand und ohne weitere Hilfsmittel, Milch aus der Brust entnehmen, bis der Druck gerade eben nachlässt. Diese Methode ist fast allen Frauen leicht vermittelbar. Nur wenige bevorzugen in Kenntnis dieser einfachen Methode eine mechanische oder elektrische Pumpe. Diese Methode ist aber weder bei Hebammen, Stillberaterinnen, Kinderschwestern oder Ärzten ausreichend bekannt und es ist auch außerordentlich schwer, sie weiterzugeben. In meiner langjährigen Erfahrung mit der Therapie der Mastitis puerperalis ist es noch nicht gelungen, dem medizinischen Personal diese Methode zu vermitteln, die zudem auch für berufstätige Mütter eine unaufwendige und einfache Art ist, während der Arbeitszeit Milch abzupumpen.

Kühlung erschwert die Heilung

Weit verbreitet und noch immer in den S3-Leitlinien „Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit“ (2013) enthalten ist die Empfehlung, Quark oder Kohlblätter auf die Brust zu bringen [8]. Dies soll kühlen und zum Abklingen der Entzündung beitragen, ist aber weniger effektiv als das häufige Anlegen, ist mühsam und für die Frau nicht zuletzt entwürdigend. Außerdem wird durch Kühlen das Freisetzen der Milch erschwert.

Puerperaler Abszess

In etwa 5–11 % der Mastitisfälle entwickelt sich Abszess, es handelt sich also um ein seltenes Ereignis [9]. Die Lokalisation

des Abszesses kann sich in allen Arealen der Brust befinden. Da Radiologen regelmäßig Brustsonographien durchführen, sind sie auch zunehmend mit dem Krankheitsbild des puerperalen Abszesses befasst und setzen entsprechend die ultraschallgesteuerte Abszessentleerung ein.

Früher bestand die Therapie in Abstillen (was den Stau und die Beschwerden in keiner Weise beseitigt, sondern eher verschärft), antibiotischer und analgetischer Therapie sowie Inzision und Gegeninzision in Vollnarkose. Dies ist eine sehr invasive Behandlungsmethode und muss stationär erfolgen. Sie ist auch oft mit unbefriedigenden kosmetischen Ergebnissen verbunden. Inzwischen hat sich immerhin die Erkenntnis verbreitet, dass Abstillen nicht erforderlich ist, sondern dass auch bei operativer Therapie der Heilungsprozess besser ist, wenn die Frau weiter stillt [10]. Obgleich verschiedene Autoren, wenn auch mit unterschiedlichen Schwerpunkten, die Vorteile der nichtinvasiven Punktionstherapie als Paradigmenwechsel vorgestellt haben, war es bisher nicht möglich, diese einfache Therapie zum Wohle der Patientinnen flächendeckend einzuführen. Noch immer wird den Frauen auch an großen Kliniken nur die Inzision in Vollnarkose und die Schmerz- und Antibiotikatherapie angeboten, obgleich die Abszesse in aller Regel steril sind und Antibiotika bekanntlich nicht die Abszessmembran passieren. Auch wenn die Möglichkeit einer nichtinvasiven Therapie an Kliniken herangetragen wird, wird diese Anregung nicht aufgenommen und deshalb auch nicht umgesetzt.

Seit dem Jahre 1976 behandle ich den puerperalen Abszess mit einer ultraschallgesteuerten Entleerung durch eine Nadel (1322 Fälle). Dies erfordert weder eine Lokalanästhesie noch eine Vereisung, generelle Analgesie oder antibiotische Behandlung. In 95% der Fälle war nur eine einzige Punktion erforderlich. Nur in dem geringen Rest der Fälle war eine zweite Punktion zur vollständigen Entleerung der Abszesshöhle notwendig. Andere Autoren [14] berichten, dass 2 bis 9 Punktionen notwendig sind und eine effektive Analgesie im akuten Stadium nicht möglich ist. Der Unterschied in der Anzahl der notwendigen Punktionen ist verwunderlich. Möglicherweise sind diese Unterschiede

durch einen unterschiedlichen Grad der primären Abszessentleerung bedingt, wenn die Entleerung nicht ultraschallgesteuert vorgenommen wird. Es ist auch verwunderlich, dass viele Autoren eine Analgesie benötigen. Normalerweise ist die Schmerzsymptomatik bereits nach einer Punktion mit vollständiger Entleerung des Abszesses komplett beseitigt und deshalb eine analgtische Therapie unnötig. Bei der ultraschallgesteuerten Punktionsbehandlung kommt den Radiologen eine zunehmend tragende Rolle zu. Sie führen Punktionen in verschiedensten Regionen routinemäßig durch und gehören deshalb inzwischen zum Stammteam bei der Behandlung puerperaler Abszesse. In der Literatur, in den S3-Leitlinien „Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit“ [12] und leider auch in den Kliniken ist diese Behandlungsmethode kaum bekannt.

Zusammenfassung

In den 1960er- und 70er-Jahren wurde die Mastitis puerperalis grundsätzlich mit Abstillen durch Hochbinden der Brust sowie Bromocriptin- und Antibiotikatherapie behandelt. Im Gegensatz zu einem Großteil der Angaben in der Literatur handelt es sich aber praktisch nie um eine bakterielle Erkrankung. Abstillen und Analgesie sind nie, antibiotische Therapie ist fast nie erforderlich. Anlegen des Kindes alle 2 Stunden beseitigt Fieber und Krankheitsgefühl innerhalb von 24 Stunden, die Verhärtung des entzündeten Areals bildet sich innerhalb von 3–5 Tagen vollständig zurück. Inzwischen wird zumindest nicht mehr grundsätzlich abgestillt. Alle anderen beschriebenen, unangenehmen und ineffektiven Maßnahmen, insbesondere das „Ausmassieren“ der Brust werden aber bis heute noch in der Therapie eingesetzt.

Ähnlich verhält es sich bei der Therapie des puerperalen Abszesses. Auch hier hat sich inzwischen weitgehend die Erkenntnis durchgesetzt, dass der Abszess besser abheilt, wenn die Frau weiterstillt. Noch immer aber hat sich die minimalinvasive, ambulante Abszessentleerung durch ultraschallgesteuerte Punktion ohne Antibiotika- und Analgetikatherapie nicht durchgesetzt, obgleich diese von Radiologen sehr leicht durchgeführt werden kann.

Prof. Dr. med.

Jutta Peters

Fachärztin
für Radiologie,
Mitglied der Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen



Foto: Anja Jahn

Mensch und Gesundheit

25 Jahre Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder

Unter der Schirmherrschaft von Hessens Ministerpräsident Volker Bouffier feierte die Stiftung am 22. November ihr 25-jähriges Jubiläum. Sie finanziert unter anderem das universitäre Institut für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie.

1994 wurde die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder vom Elternselbsthilfeverein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. gegründet, um die Forschung von Krebserkrankungen bei Kindern, Jugendlichen und jungen Erwachsenen zu intensivieren. Heute gehören zur Stiftung fünf hauptamtliche Mitarbeiter, mehr als 60 wissenschaftliche Mitarbeiter in zwei Forschungsgruppen im stiftungseigenen Forschungshaus und eine einzigartige Sammlung Chemotherapie-resistenter Tumorzellen mit über 2.000 Zelllinien, die über die Landesgrenzen hinaus für die Forschung genutzt wird.

Der Verein Hilfe für krebskranke Kinder Frankfurt e.V. selbst wurde 1983 von betroffenen Eltern gegründet, die die Klinik



Foto: xxxx



für Kinder- und Jugendmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt unterstützen wollten. Um zusätzlich die Forschung voranzutreiben, schuf der Verein elf Jahre später die Frankfurter Stiftung für krebskranke Kinder. Durch den Nachlass der mit nur 32 Jahren an Krebs verstorbenen

Gelnhäuser Betriebswirtin Dr. Petra Joh war die Stiftung in der Lage, ein eigenes Forschungshaus zu bauen. Das Dr. Petra Joh-Haus wurde 2005 in Frankfurt-Niederrad eröffnet. In Kooperation mit der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin arbeiten dort zwei Forschergruppen daran, die Ursachen von Krebserkrankungen bei Kindern zu ergründen und neue Heilmöglichkeiten aufzudecken: das Interdisziplinäre Labor für pädiatrische Tumor- und Virusforschung unter der Leitung von Prof. Dr. rer. nat. Jindrich Cinatl und das Institut für Experimentelle Tumorforschung in der Pädiatrie unter der Leitung von Prof. Dr. med. Simone Fulda.

Der Stiftung ist es auch ein wichtiges Anliegen, kontinuierlich den wissenschaftlichen Nachwuchs zu fördern. Deshalb wird der Dr. Maresch-Klingelhöffer-Forschungspreis seit 2008 ausgeschrieben. Der mit 10.000 Euro dotierte Preis zeichnet die beste Arbeit von jungen Nachwuchswissenschaftlern in der Kinderkrebsforschung oder angrenzenden Fachgebieten aus. **(red)**

Literatur zum Artikel:

Mastitis puerperalis und puerperaler Abszess

Ursachen und Therapie / Ein Beitrag zum Umdenken

von Prof. Dr. med. Jutta Peters

- [1] Spencer J: Management of mastitis in breastfeeding women. *American Family Physician* 2008 ;78: 227–232
- [2] Osterman KL, Rahm VA. Lactation mastitis: bacterial cultivation of breast milk, symptoms, treatment, and outcome. *J Hum Lact.* 2000;16: 297–302.
- [3] Peters J: Mastitis puerperalis – Ursachen und Therapie. Ein Beitrag zum Umdenken. *Zentralbl Gynäkol* 2004; 126, 73–76
- [4] Thomsen AC, Espersen T, Maigaard S: Course and Treatment of milk stasis , non infectious inflammation of the breast, and infectious mastitis in nursing women. *Am J Obstet Gynecol.* 1984;149:492–5.
- [5] Strauss A, Sanders L: Minimalinvasive Mammaabszessbehandlung: Ein Paradigmenwechsel *Speculum* 2010; 3: 6–11
- [6] Strauss A, Heer IM, Müller-Egloff S, Middendorf K: Abszesse der weiblichen Brust. Ein therapeutischer Paradigmenwechsel. *Senologie* 2006; 3: 57–64
- [7] Strauss A , Heer IM , Kümper C, Middendorf K: Abszesse der weiblichen Brust: Punktion oder Operation? Ein therapeutischer Paradigmenwechsel *Senologie* 2007; 4-A117
- [8] Dietrich K, Holzgreve W, Jonat W, Schulze-Mosgau A, Schneider-Weiss J 2007: *Gynäkologie und Geburtshilfe*
- [9] Bühling KJ, Friedmann W 2009: Intensivkurs *Gynäkologie und Geburtshilfe*
- [10] Kiechle, M 2011: *Gynäkologie und Geburtshilfe*
- [11] Weyerstahl T, Stauber M 2013: *Gynäkologie und Geburtshilfe*
- [12] S3-Leitlinie zur Therapie entzündlicher Brusterkrankungen in der Stillzeit 2013.
- [13] Trop I, Dugas A, David J, El Kkoury M, Boileau J-F, Larouche N, Lalonde L: Breast abscesses: evidence based algorithms for diagnosis, management, and follow-up. *Radiographics* 2011; 31:1683–1699
- [14] von Waldenfels H-A, Felixmüller C: Therapie des puerperalen Mammaabszesses durch Punktion. *Frauenarzt* 2001;42–45.

Postpartales reversibles posteriores leuko-enzephalopathisches Syndrom nach Gemini-Sectio

Dr. med. Armin Fischer, PD Dr. med. Carmen Nölker, Dr. med. Cornelia Retzlaff

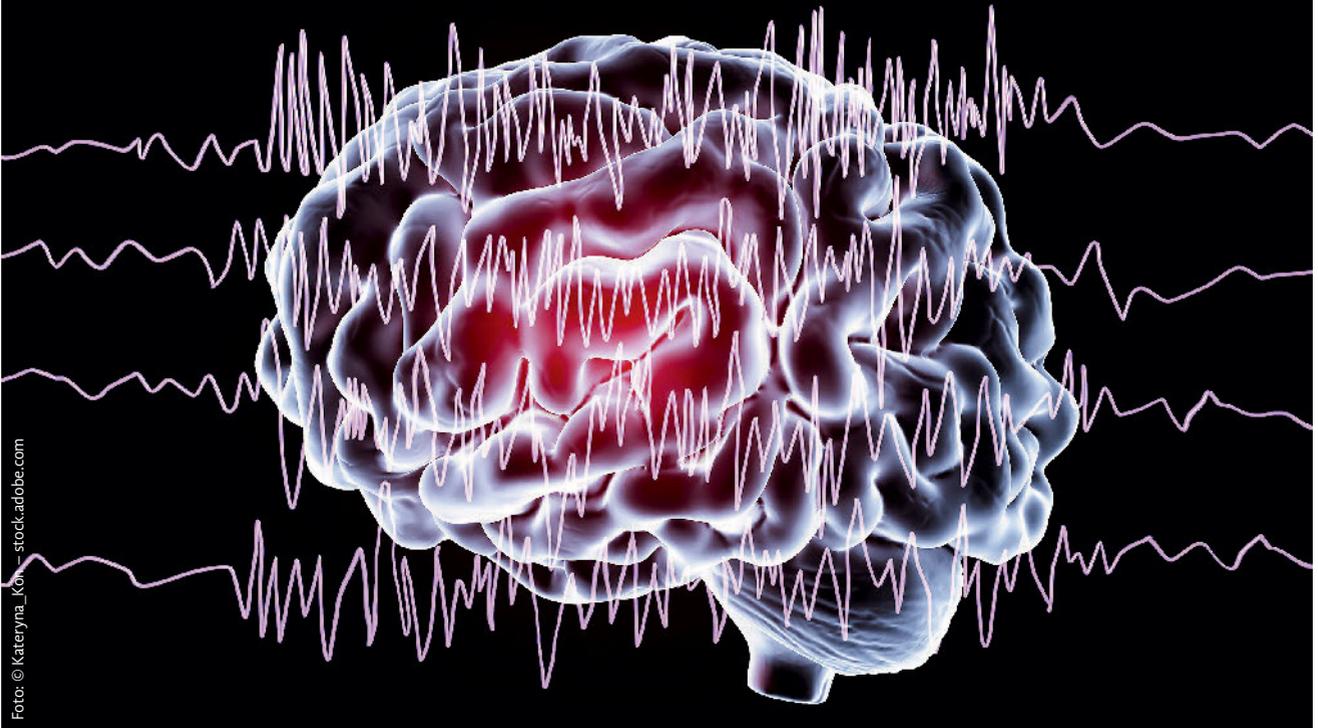


Foto: © Kateryna_Kh stock.adobe.com

Einleitung

Das reversible posteriore leukoenzephalopathische Syndrom (PRES) wurde 1996 von Hinchey et al. [1] erstmals beschrieben. Zur Klinik gehören eine veränderte Bewusstseinslage, Kopfschmerzen, epileptische Anfälle und Sehstörungen, in der kranialen Magnetresonanztomographie (cMRT) werden symmetrische Hyperintensitäten auf T2/FLAIR-Sequenzen bzw. im Computertomogramm des Schädels (cCT) Hypodensitäten gefunden [1]. Auffällig sind rasch einsetzender Hypertonus und Eklampsie – Zytostatika, Immunsuppressiva, Bluttransfusionen und Transplantationen werden im Kontext gesehen [2]. Die Therapie richtet sich gegen die zugrunde liegende Ursache (z. B. Beendigung der Schwangerschaft, Antihypertonika). Meist bildet sich das Bild binnen Tagen bis Wochen komplett zurück, Residuen (z. B. Visusstörungen, Anfallsbereitschaft) oder Rückfälle sind beschrieben [3].

Eklampsie und HELLP-Syndrom (HELLP= Hemolysis + Elevated Liver enzymes + low platelet count) können zusammen auftreten, die Co-Inzidenz kann bis zu 22 % betragen [4].

Die geringe Zahl der in der Literatur beschriebenen Fälle der Kombination von Eklampsie, HELLP mit einem PRES erfordern besondere intensivmedizinische und geburtshilflich-anästhesiologische Betreuung [5]. Eine schnelle Diagnosesicherung, eine effiziente antihypertensive Therapie und antikonvulsive Einstellung sind offenbar in der Lage, die Prognose günstig zu beeinflussen.

Fallbeschreibung

36-jährige III-Gravida II-Para (159cm Körperlänge, 69 kg Körpergewicht), diamniotische dichoriale Geminigravidität, rech. 36+5 SSW, Blasensprung seit 1 Stunde zu Hause, Abgang von klarem Fruchtwasser, rasch einsetzende, kräftige Wehentätigkeit. In der Anamnese 2 x Sectio wegen

Beckenendlage (BEL) 2016 (2810g) und 2017 (2790g). In der Schwangerschaft keinerlei Auffälligkeiten, insbesondere keine Hypertonie, Ödemneigung oder Proteinurie.

Aufnahmelabor: Leukozytose von $20.270 \times 10^3/\mu\text{l}$, keine Thrombopenie oder Gerinnungsanomalie. Kräftige Wehentätigkeit, führender Zwilling in Beckenend-, zweiter Zwilling in Schädellage: Indikation zur Re-Sectio, bei zügigem Geburtsfortschritt unmittelbar und komplikationslos. Blutdruck bei Aufnahme 140/85 mmHg. Keine Atonie, Nachblutung oder ähnliches. Die Kinder unauffällig (Knabe, 2260 g, Mädchen, 1870 g). Die Mutter wird nach der üblichen Überwachungsphase im Kreißsaal normotensiv auf die Wochenstation verlegt. Übliche postoperative Schmerzen. Die Patientin ist zunächst unauffällig. Nacht: RR-Werte maximal 170/90 um 1:00 Uhr, 3:30 Uhr bei 130/70. Analgesie mit Paracetamol und Ibuprofen 600. Tropf mit Oxytocin 30 I.E. bis zum frühen Morgen. Um 7 Uhr RR

210/110, Puls 100 im Zusammenhang mit der Mobilisation, bei Kontrolle 150/80. Urin klar, relativ wenig Ausscheidung.

Patientin klagt bei der Visite um 8:30 Uhr über leichte Kopfschmerzen, ansonsten fühlt sie sich wohl. Laborkontrollen: Leukozytose (23.960 $\times 10^3/\mu\text{l}$), leichte Thrombopenie von 119 $\times 10^3/\mu\text{l}$, normale Gerinnung, Erhöhung der Leberwerte (GOT 335 U/l, GPT 185

U/l, AP 218 U/l) und ein Gesamtbilirubin von 1,46 mg/dl. Um 9 Uhr alarmiert der Ehemann wegen eines generalisierten Krampfanfalls der Mutter. Beim Eintreffen der Pflege und Ärzte ist der Anfall beendet (mit typ. Zungenbiss), die Patientin erhält 10 mg Diazepam i.v. und wird auf die Intensivstation (ITS) verlegt.

Neurologisches Konsil: Die Patientin ist wach, ansprechbar, adäquat reagierend und orientiert. Klinische neurologische Untersuchung: keine Auffälligkeiten (Pupillen isochor, Sprache und Motorik regelrecht, Hirnnerven unauff.). Anordnung einer antikonvulsiven Medikation mittels Levetiracetam, 2x 500mg, cMRT und Elektroencephalogramm (EEG) werden angemeldet. Der RR 150/100, Puls 100, in den nächsten drei Stunden Maxima bei 180/100, der Puls zwischen 60 und 90 bpm.

Die Patientin erhält Magnesium (Mg) 50 % über Perfusor sowie 25mg Nepresol per os (p.o.). Kopfschmerzen 5/10, Wundschmerz 1/10 unter Paracetamol 1g i.v. als Kurzinfusion. Um 15:30 gynäkologische Visite: Verband etwas durchgeblutet, Uterus fest, die Thrombozyten haben um 12:30 Uhr 63.000/ μl erreicht, um 16:45 Uhr auf 65.000 angestiegen. CK bei 316 U/l.

Die Patientin isst dann mit Appetit ihr Abendbrot, ist orientiert und reagiert adäquat. Der gynäkologischen Spätvisite um 21 Uhr fällt eine gewisse motorische Unruhe auf. Sie scheint nach kurzer Konversation einzuschlafen, was auf die Medikation zurückgeführt wird. Antibiose Unacid 3g, Sandsack wegen Thrombopenie und Blutungsneigung der Wunde. Mg 50 % läuft mit 2 ml/h kontinuierlich, das Anti-

konvulsivum wird alle acht Stunden i. v. verabreicht und gut vertragen. Mit Presinol 250 mg 1–1–1 ist der Blutdruck mit 160–180/80–90 mmHg eingestellt, es werden im Durchschnitt 200 ml/h Urin ausgeschieden. Die O_2 -Sättigung liegt bei 97 +/- 1 %, die Atemfrequenz bei 15 +/-

Bei der Aufnahme in der neurologischen Klinik fand sich die Patientin somnolent, erweckbar, zeitlich desorientiert, kooperativ. Keine Aphasie, keine Dysarthrie, kein Meningismus. Pupillen isokor, mittelweit, prompt lichtreagibel. Unauff. Okulomotorik. Fingerperimetrisch kein Gesichtsfelddefekt, Visusminderung bds. i.S. eines unscharfen Sehens. Keine faziale Parese, untere Hirnnerven intakt. Keine manifesten/laten-

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

1/min. Keine Schmerzen unter Paracetamol oral. Die Patientin ist auch um 21:45 Uhr sehr schläfrig (nach Rivotril 1 mg wegen der Unruhe), aber auf Ansprache erweckbar.

Bei der nächsten Morgenvisite ist die Patientin schläfrig. Sie ist weckbar und orientiert, der Verband ist trotz Sandsack erneut durchgeblutet. Drei Tackerklammern stoppen die Blutung, die Patientin reagiert nicht auf den Schmerzreiz.

Bei der Visite am Mittag rückläufige RR-Werte (130–140/ 80–90), die Patientin ist somnolent und reagiert auf Ansprache inadäquat. Ausscheidung nach wie vor gut. Die Transaminasen sind rückläufig (GOT 167, GPT 144, GGT 11, Bilirubin 1,39, Thrombozyten 67.000, Leukozytose persistiert bei 22.200). Nach dem Mittagessen berichtet die Patientin über Visusstörungen (unscharfe Bilder).

Im MRT Schädel erhebliche ödematöse Veränderungen des Hirnparenchyms bilateral, im Marklager, parasagittal, parietookzipital beidseits sowie in den Basalganglien, im Thalamus und im Hirnstamm mit räumlich geringergradig ausgeprägter Diffusionsstörung, vor allem in zentralen Hirnschenkeln und diskreter Kontrastmittelaufnahme, insbesondere hoch dorso – parietal parasagittal bds, rechts mehr als links, am ehesten hyperämisch, DD Vasculitis bei bekanntem HELLP-Syndrom, DD toxische Reaktion. Unauffällige Darstellung des venösen kranialen Gefäßsystems. Es erfolgt die Verlegung auf eine neurologische ITS einer in der Umgebung gelegenen Klinik bei Hirnödem ohne Einklemmungszeichen unter dem Verdacht auf PRES.

ten Paresen, kein sensibles Defizit, Muskeleigenreflexe seitengleich mittellebhaft erhältlich. Pyramidenbahnzeichen negativ. Finger-Nase- und Knie-Hacke-Versuch seitengleich metrisch. Im EKG Sinusrhythmus. CK 241 U/l, GPT 129 U/l., abfallend, Thrombozyten 84.000, auf 93.000 ansteigend. Im Verlauf deutliche Befundbesserung, die Blutdruckwerte sanken, die Patientin war wieder orientiert. Magnesiumsulfat und Levetiracetam wurden beibehalten, schrittweises Ausschleichen empfohlen. Die Patientin wurde wieder zurückverlegt.

Bei Ankunft hier war die Patientin neurologisch deutlich gebessert und gynäkologisch unauffällig. Blutdruckwerte um 140/80 mm Hg unter Presinol 250mg 1–1–1, welches schrittweise reduziert werden konnte.

Leukozyten bei Entlassung 14.970/ μl , Thrombozyten 570.000/ μl . Gerinnung unauffällig. Leberwerte im Normbereich. In Kontroll-cMRT deutliche Regredienz der multifokalen Befunde. Keine persistierende Infarzierungen, am ehesten „PRES-Syndrom“ anzunehmen.

Bei der Entlassung gibt die Patientin noch allenfalls leichte Visusauffälligkeiten an. Motorisch keine Defizite. Klinisch restitutio ad integrum. MRT-Befunde (vgl. Abb. 2a-c, siehe Online-Ausgabe). Nach vier bzw. sechs Wochen unauffälliges MRT (Abb. 3a-c, siehe Onlineausgabe) und unauffälliger neurologischer Befund.

Diskussion

Die Tatsache, dass Eklampsie und HELLP-Syndrom kombiniert auftreten können, ist in der Geburtshilfe bekannt [4]. Nach

[6] finden sich PRES bei 92 % der eklamp-tischen und 19 % prä-eklamptischen Frauen ohne signifikanten Unterschied bzgl. Alter und mittleren Blutdruckwerten (Hkt., Serum-Kreatinin, AST, ALT und LDH waren in der PRES-Gruppe deutlich erhöht – ohne Unterschied zwischen den zwei oben genannten Subpopulationen). PRES findet sich bei einer Inzidenz von bis zu 20 % bei den präeklamptischen Fällen. Daher sollte bei assoziierten klinischen Symptomen (Visusstörung, Somnolenz, Kopfschmerzen) auch vor dem Auftreten von Krampfanfällen an ein PRES gedacht werden [7–9]. Ein Status epilepticus und eine längere Liegedauer auf der ITS sind prognostisch ungünstig. Als unabhängige prädiktive Faktoren für das Auftreten eines PRES wurden die Sehstörung, Primigravidität und eine im Verlauf unüberwachte Schwangerschaft identifiziert. In der Literatur finden sich Fallbeschreibungen sowohl mit der Kombination Einlings- wie von Zwillingschwangerschaft, Eklampsie und PRES, überwiegend aus dem nahen oder fernen Osten bzw. dem afrikanischen Kontinent [11, 12]. Frühe Diagnostik und konsequente Behandlung der Hypertension und Krampfbereitschaft verbessern die Prognose [13]. Als Entstehungsmechanismus diskutiert man eine gestörte zerebrale Autoregulation bei hypertonen Episoden (Hyperperfusion, gesteigerte Gefäßpermeabilität, vasogenes Ödem) oder ein zytotox. Ödem auf dem Boden von Vasospasmus und Ischämie [14, 15]. Das bevorzugte Auftreten im posterioren zerebralen Stromgebiet dürfte in der verminderten sympathischen Innervation dieser Gefäße zu suchen sein (geringere Autoregulationsfähigkeit und damit stärkere Anfälligkeit gegen Hypertension) [16–18].

Hinsichtlich des pathophysiologischen Triggers besteht noch keine einheitliche Meinung. Eine Störung der Blut-Hirnschranke scheint als Pathomechanismus bedeutsam zu sein [19]. Der intrakapilläre hydrostatische Druck unter dem Einfluss des systemischen Hypertonus und eine Schädigung des kapillären Endothels können hierfür verantwortlich sein. Bei PRES ist wegen des Risikos der Einblutung Zurückhaltung mit Antikoagulantien angeraten. Es ist eine großzügige Indikation zur Anwendung von Antiepileptika gegeben. Eine schnelle Diagnosesicherung, eine effiziente antihypertensive Therapie und eine antikonvulsive Einstellung sind offenbar in der Lage, die Prognose günstig zu beeinflussen [20].

Das Routine-cMRT ist nicht geeignet, zwischen zwei Patientenkollektiven mit unterschiedlicher Prognose nach Krampfanfall zu unterscheiden [21]. Mit schnellen epi-diffusionsgewichteten MRT-Sequenzen hingegen kann zwischen der hypertensiv-ischämischen Enzephalopathie und dem Hirninfarkt unterschieden werden. Laborchemisch stellt die erhöhte Serum-LDH als ein Marker für die zerstörte endotheliale Integrität einen Indikator für ein sich entwickelndes Hirnödem dar [22].

Schlussfolgerungen

- Die Assoziation von PRES, Eklampsie und HELLP-Syndrom ist insgesamt in der Literatur nicht sehr häufig.
- Bluthochdruck und das Auftreten eines Krampfanfalls (Eklampsie) sollten den Blick für das Auftreten eines PRES sensibilisieren [23].
- Dabei ist auf die PRES-assoziierten klinischen Symptome (Visusstörung, Somnolenz, Kopfschmerzen) zu achten [6].

- Im Falle eines Krampfanfalles in/im Schwangerschaft/Wochenbett ist es wichtig, auch eine andere Ätiologie als den klassischen eklamp-tischen Anfall in Erwägung zu ziehen, z. B. ein PRES.
- Auch im fortgeschrittenen Wochenbett können Krampfanfälle ohne prä-eklamptische Prodromi auftreten. Eine zeitnahe cMRT-Diagnostik ist in jedem Fall zu veranlassen [24, 25]
- Zeitnahe Diagnosestellung und eine adäquate antihypertensive und antikonvulsive Therapie in der Akutsituation verbessert die Prognose einer restitutio ad integrum erheblich [5, 19]
- Wegen möglicher Spätfolgen ist ein neurologisches Follow-up sinnvoll und zu empfehlen [12]

Dr. med. Armin Fischer

Chefarzt Gynäkologie & Geburtshilfe,
Klinikum Werra-Meißner, Eschwege,
Zentrum für Frauenheilkunde
und Geburtshilfe

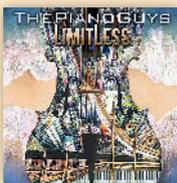
PD Dr. med. Carmen Nölker

Fachärztin für Neurologie,
Zentrum für Neurologie,
Klinikum Werra-Meißner

Dr. med. Cornelia Retzlaff

Fachärztin für Diagnostische Radiologie,
Radiologie Eisenach-Eschwege, Eisenach,
Klinikum Werra-Meißner

Die MRT-Abbildungen des Krankheitsverlaufes und der Therapie sowie das Literaturverzeichnis finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 1/2020.



The Piano Guys: Limitless

Portrait/Sony Music 2018
CD: 19075890452 (ca. € 10)

„The Piano Guys“ – das sind vier Familienväter aus Utah/USA, die mit ihrer einzigartigen Musik begeistern, einem eigenen Arrangement aus bekannten Stücken aus Rock, Pop, Klassik und Filmmusik. Gegründet im Jahr 2010, machen sie nun weltweit mit spekta-

kulären Videos und spannenden Mashups auf sich aufmerksam. Dabei wird Michael Jackson genial mit Mozart verknüpft, Beethoven wird mit Christina Perri oder Vivaldi mit Adele verschmolzen zu einem aufregenden neuen Sound. Die aufwendig produzierten Videos (werden im Internet veröffentlicht) gehören untrennbar zur Musik. Die „Piano Guys“ fliegen Equipment und den großen Flügel auf den Grand Canyon, die Chinesische Mauer oder den Strand von Florida. Unbedingt sehens- und hörens-wert. (asb)

Musiktip

Der interessante Fall

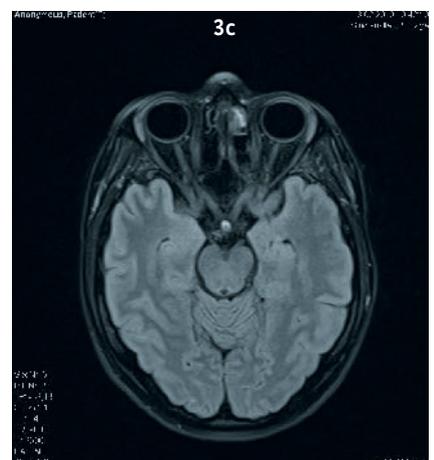
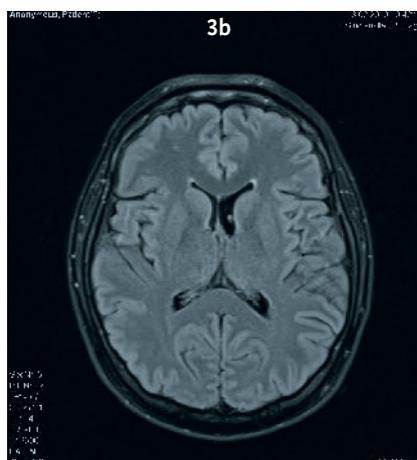
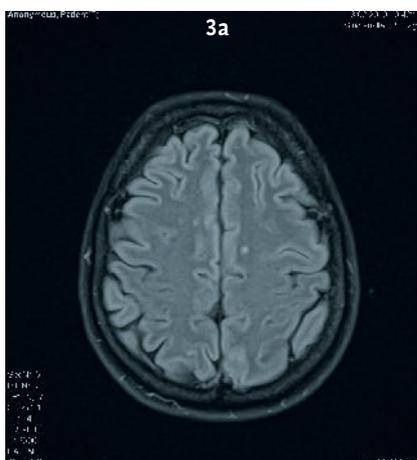
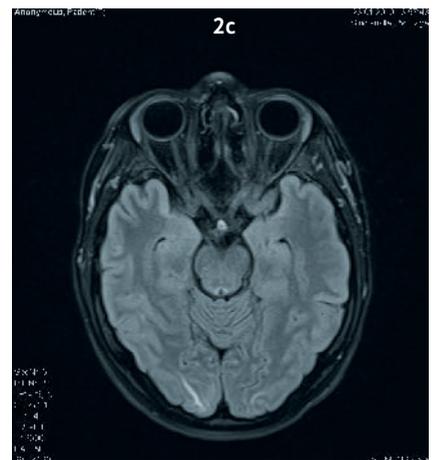
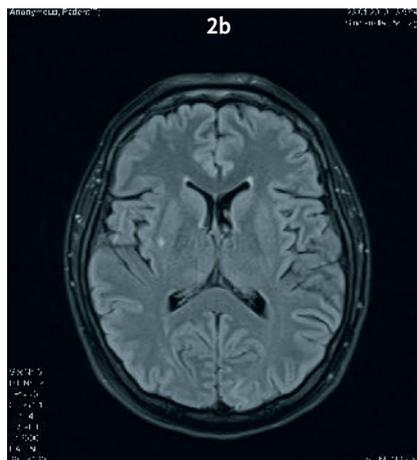
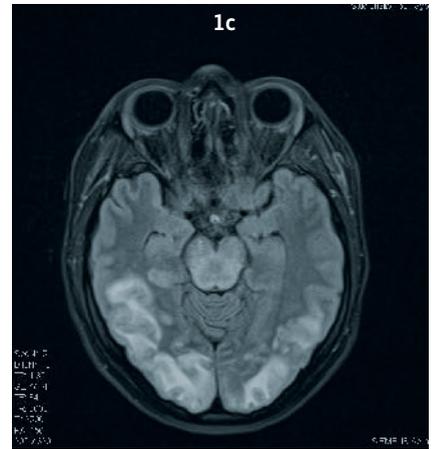
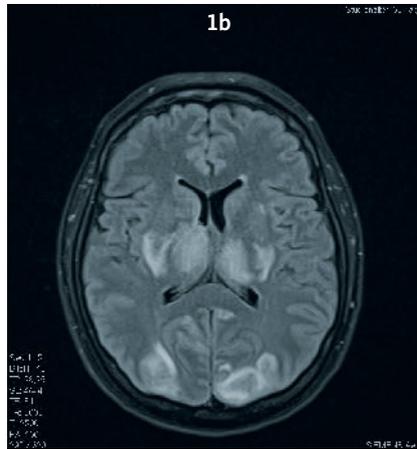
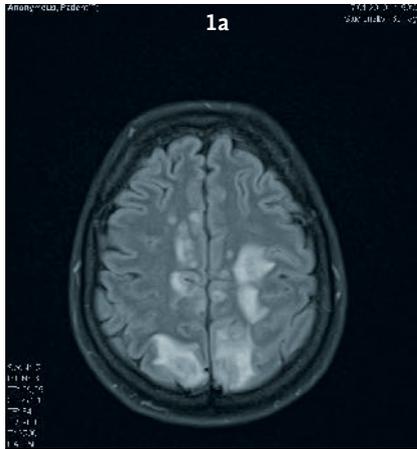


Abb. 1a:
Axiale TIRM (Turbo-Inversion Recovery-Magnitude) Messung mit Ödem bioccipital, kortikal und subkortikal.

Abb. 1b:
TIRM axial mit Ödem im Bereich der Stammganglien und bioccipital.

Abb. 1c:
TIRM axial mit Ödem im Hirnstamm und bioccipital.

Abb. 2a-c:
TIRM axial der gleichen Patientin im Verlauf nach 6d mit komplett rückgebildetem Ödem im Bereich der Stammganglien

und des Hirnstamms und Restbefund bioccipital.

Abb. 3a-c:
Verlauf mit vollständiger Rückbildung des Ödems, unspezifische Herde im Kortex nach ca. vier Wochen nach dem Ereignis.

Literatur zum Artikel:

Postpartales reversibles posteriores leuko-enzephalopathisches Syndrom nach Gemini-Sectio

von Dr. med. Armin Fischer, PD Dr. med. Carmen Nölker, Dr. med. Cornelia Retzlaff

- [1] Hinchey, J., Chaves, C., Appignani, B., Breen, J., Pao, L., Wang, A., Pessin, MS., Lamy, C., Mas, JL., Caplan LR. A reversible posterior leucoencephalopathy syndrome. *N Engl J Med* 1996; 334:494–500
- [2] Lee, VH, Wijidicks, EF., Manni, EM., Rabinstein, AA.: Clinical Spectrum of Reversible Posterior Leucoencephalopathy Syndrome. *Arch Neurol* 2008; 65:205–210
- [3] Sweany, JM., Bartynski, WS., Boardman, JF. „Recurrent“ posterior reversible leucoencephalopathy syndrome: report of 3 cases – PRES can strike twice! *J Comput Assist Tomogr* 2007; 31:148–156
- [4] DI, XD., Chen, J., Lui, HS., Kuang, JL., Huang, DJ: Clinical outcomes and characteristics of concurrent eclampsia and HELLP-syndrome. *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 2010 Oct; 45(10)7640–744
- [5] Babahabib, MA., Abdillahi, I., Kassidi, F., Kouach, J., Moussaoui, D., Dehayni, M. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in patient of severe pre-eclampsia with HELLP-syndrome immediate postpartum. *Pan Afr Med J* 2015 May 26; 21:60. Doi: 10.11604/pamj.2015.21.60.5546
- [6] Mayama, M., Uno, K., Tano, S., Yoshihara, M., Ukai, M, Kishigami, Y., Ito, Y, Oguchi, H. Incidence of posterior reversible encephalopathy syndrome in eclamptic and patients with preeclampsia with neurologic symptoms. *Am J Obstet Gynecol*, 2016 Aug; 215(2)239.e1–5. doi 10.1016/j.ajog.2016.02.039. Epub 2016 Feb 20.
- [7] Rajiv, KR., Radhakrishnan, A. Status epilepticus (SE) in pregnancy: etiology, management and clinical outcomes. *Epilepsy Behav*. 2017 Nov; 76:114–119. Doi: 10.1016/j.yebeh.2017.07.002. Epub 2017 Sep 9.
- [8] Hossain, N, Khan, N, Panhwar, N, Noureen, S. Clinical spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in patients with eclampsia. *Pak J Med Sci*. 2015 Sep-Oct; 31(5):1121–1123. Doi: 10.12669/pjms.315.7707
- [9] Aragi-Houssaini, A., Salmi, S., Mousaid, I., Guennoun, MA., Elyoussoufi, S., Miguil, M., Adil, A., El Moutawakil, B., Rafai, MA, Slassi, I. Posterior reversible encephalopathy syndrome and eclampsia: a descriptive study of 13 cases in Morocco. *Rev Neurol (Paris)*. 2011 Nov; 167(11):812–819. Doi: 10.1016/j.neurol.2011.03.007.
- [10] Verma, AK, Garg, RK, Pradeep, Y, Malhotra, HS, Rizvi, I, Kumar, N, Kohli, N, Pandev, S. posterior reversible encephalopathy syndrome: Predictors and outcome. *Pregnancy Hypertens*. 2017, Oct; 10:74–82; doi 10.1016/j.preghy.2017.06.004. Epub 2017 Jun 8
- [11] Papoutsis, D., El-Attabi, N., Sizer, A. Postpartum posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a twin pregnancy complicated by preeclampsia-eclampsia: case report *Clin Exp Obstet Gynecol* 2014; 41(3):351–3
- [12] Maiga, Y., Kuate, TC., Napon, C. Occipital lobe epilepsy secondary to posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) during postpartum eclampsia in Mali (West Africa) *BMC Res Notes* 2013; 6:321 (publishes online 2013 Aug 13. doi: 10.1186/1756-0500-6-321
- [13] Servillo, G., Striano, P., Striano, S., Tortoia, F., Boccella, P., De Robertis, E., Rossano, F., Briganti, F., Tufano, R. Posterior reversible leucoencephalopathy syndrome (PRES) in critically ill obstetric patients, *Intensive Care Med*. 2003 Dec; 29(12):2323–2326. doi: 10.1007/s00134-003-1901-1. Epub 2003 Aug 8.
- [14] Okeda, R., Kawamoto, T., Tanaka, E., Shimizu, H. An autopsy case of drug-induced diffuse cerebral axonopathic leucoencephalopathy: the pathogenesis in relation to reversible posterior leucoencephalopathy syndrome. *Neuropathology* 2007; 27:364–70
- [15] Doelken, M., Lanz, S., Rennert, J, Alibek, S, Richter, G, Doerfler, A. Differentiation of cytotoxic and vasogenic edema in a patient with reversible posterior leucoencephalopathy syndrome using diffusion weighted MRI. *Diagn Interv Radiol* 2007; 13:125–128
- [16] Bartinsky, WS: reversible posterior leucoencephalopathy syndrome, part 2: controversies surrounding pathology of vasogenic edema. *Am J Neuroradiol* 2008; 29:1043–1049
- [17] Sheth, RD, Riggs, JE, Bodenstener, JB, Gutierrez, AR., Ketonen, LM, Ortiz, OA.. Parietal occipital edema in hypertensive encephalopathy: a pathologic mechanism. *Eur Neurol* 1996; 36:25–28
- [18] Edvinsson, L., Owman, C., Sjöberg, N. Autonomic nerves, mast cells, and amine receptors in human brain vessels: Histo-

chemical and pharmacologic study. *Brain Res* 1976; 115:377–393

[19] Feske, SK. Posterior reversible leucoencephalopathy syndrome: a review. *Semin NEurol* 2011 Apr. 31(2):202–215. doi: 10.1055/s-0031–1277990. Epub 2011 May 17

[20] Pirker, A., Pryer, B., Voller, B., Auff, E. Epileptischer Anfall – akute Erblindung: Das posteriore reversible enzephalopathische Syndrom: Zwei Fallberichte. *J Neurol Neurochir Psychiatr* 2009; 10(2):84–86

[21] Schaefer, PW., Buonanno, FS., Gonzalez, RG., Schwamm, LH. Diffusion-

weighted imaging discriminates between cytotoxic and vasogenic edema in a patient with eclampsia. *Stroke*. 1997 May;28(5):1082–5.

[22] Schwartz RB, Feske SK, Polak JF, DeGirolami U, Iaia A, Beckner KM, Bravo SM, Klufas RA, Chai RY, Repke JT (2000). Preeclampsia-eclampsia: clinical and neuroradiographic correlates and insight into the pathogenesis of hypertensive encephalopathy. *Radiology* 217:371–376

[23] Powell, ES, Goldman, MJ. Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a 36-week gestation eclamptic. *J Emerg Med* 2007 Nov; 33(4):377–379.

Epub 2007 May 30. Doi: 10.1016/j.jemermed.2007.02.025.

[24] Veltkamp R, Kupsch A, Polasek J, Yousry TA, Pfister HW (2000) Late onset postpartum eclampsia without pre-eclamptic prodromi: clinical and neuroradiological presentation in two patients. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 69:824–827

[25] Dziewas, R., Stogbauer, F., Freund, M., Ludemann, P., Imai, T., Holzapfel, C., Ringelstein, PB. Late onset postpartum eclampsia: a rare and difficult diagnosis. *J Neurol* 9 (2002):1287–1291

„Wir müssen junge Kollegen da abholen, wo sie uns am meisten brauchen“

Rückblick auf die Summerschool „Klinik-Survival“

Ende Oktober hat zum ersten Mal eine neue Art „Summerschool“ stattgefunden – für junge Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung. Um dieses innovative Format umzusetzen, kooperierten die Akademie der Landesärztekammer Hessen, der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI) sowie das Bündnis Junge Internisten (BJI). Der Name soll Programm sein – so trägt die Summerschool den Namen „Klinik-Survival“. Wir trafen uns mit dem wissenschaftlichen Leiter und Mitbegründer des Bündnisses Junge Internisten Cornelius Weiß für ein Interview.

Was macht das Format so besonders?

Cornelius Weiß: Das Format ist auf zweierlei Weise besonders. Einmal die Tatsache, dass wir einen so breiten internistischen Rückhalt haben, ist, glaube ich, einmalig. Das Bündnis Junge Internisten besteht mittlerweile aus zwölf internistischen Verbänden und Gesellschaften, von denen nahezu jeder einen Referenten geschickt hat. Dazu der Berufsverband Deutscher Internisten (BDI), der dankenswerterweise den organisatorischen Löwenanteil übernommen hat und uns in seine professionellen Strukturen eingebunden hat. Neben dem organisatorischen macht die School die inhaltliche Ausrichtung besonders: Wir haben einfach in vielen Gesprächen mit jungen Kolleginnen und Kollegen gemerkt, dass es für die Anfangszeit in der Klinik kein ausreichendes Fortbildungsprogramm gibt.

Cornelius Weiß, Jahrgang 1986, ist Arzt in Weiterbildung aus Darmstadt, Mitglied der Delegiertenversammlung der LÄKH und Mitbegründer des Bündnisses Junge Internisten.



Es liegt in der Natur der Sache, dass es zu Beginn schwierig ist, sein universitäres Wissen auf praktische ärztliche Handlungen zu übertragen. Da müssen wir helfen, wir müssen die Kollegen da abholen, wo sie uns am meisten brauchen: bei den ersten Schritten als Arzt.

Wie genau kann man sich das vorstellen?

Weiß: Jeder Verband konnte sein eigenes Gebiet vortragen. Wichtig war nur, dass es hochrelevant für den Beginn der Weiterbildung ist und praktische Handlungsanweisungen für den klinischen Alltag gibt. Jeder der Teilnehmer kann sicherlich kurz nach dem Staatsexamen mehr als zehn Differentialdiagnosen zu Dyspnoe aufzählen, aber was mach ich denn jetzt eigentlich ganz konkret, wenn ein Patient vor mir sitzt und mich nach Luft anfleht, dabei an meinem Kittel zieht und beim Auskultieren nicht ruhig ist? Hier wollen wir Sicherheit vermitteln und helfen, mit solchen ja sehr typischen Situationen zurechtzukommen.

Wie wurde das Konzept bei den Teilnehmern angenommen?

Weiß: Sehr gut! Wir waren schon im Vorfeld überrascht, denn offensichtlich hatten wir einen Nerv getroffen. Wir mussten die 30 vorgesehenen Plätze auf 40 aufstocken. Theoretisch hätten wir nochmal aufstocken können, aber hierzu war es dann leider schon zu spät. Wichtig war uns auch, dass die Teilnehmer keinen Mut brauchen, um ihre Fragen zu stellen, denn zugegebenermaßen ist es eine komische Situation: Theoretisch weiß man sehr viel, aber praktisch dann irgendwie nicht so recht. Um die Ambivalenz dieser Situation möglichst gering zu halten, waren unsere Referenten selbst recht jung. Das Kalkül ging auf: Nach nahezu jedem Vortrag gab es eine lebhaftere Diskussion mit vielen Fragen.

Berufspolitik war auch ein fester Bestandteil der Vorträge. Das ist nun etwas



unüblich für eine Fortbildung. Wieso haben sie sich entschlossen, diese mitaufzunehmen?

Weiß: Unsere ärztliche Selbstverwaltung ist ein großes Geschenk, das man so nur noch selten in der Politik findet: Diejenigen, die die Verantwortung tragen und etwas tun, sind die gleichen, die darüber bestimmen können. Meiner Meinung nach kann man diesen Wert nicht hoch genug einschätzen. Wir sehen ja an aktuellen politischen Entwicklungen, dass diese Wertschätzung nicht jeder auf bundespolitischer Ebene teilt. Umso mehr ist es von essentieller Bedeutung, dass junge Ärztinnen und Ärzte verstehen: Berufspolitik ist nicht weit weg und wird nicht von Anderen gemacht, sondern das sind wir und wird von uns gemacht. Von daher sollte die Frage eher sein, wieso Berufspolitik nicht viel mehr auf Fortbildungen vorkommt, und nicht andersrum.

Wird es 2020 wieder eine Summerschool geben?

Weiß: Auf jeden Fall! Wir arbeiten bereits an einer Fortsetzung. Wir haben viel positives Feedback erhalten, aber auch viel gelernt, was wir verbessern können. Wir sind, um ehrlich zu sein, sehr selbstkritisch und wollen für nächstes Jahr noch an einigem feilen. Ich kann junge Kolleginnen und Kollegen nur aufrufen mitzumachen. Zum Beispiel kann man über die „Junge Kammer“ oder das junge Forum des BDI mal reinschnuppern und sich einbringen.

Kontakt zur „Jungen Kammer“ der LÄKH via E-Mail an: haebl@laekh.de.

Interview: Redaktion

Dr. Franz Kuhn: Arzt, Erfinder und Medizinpionier

Der Kasseler Chirurg Dr. med. Franz Kuhn (1866–1929) hat vor über 100 Jahren im Elisabeth-Krankenhaus Kassel Medizingeschichte geschrieben. Eine neue Gedenktafel im Foyer des Krankenhauses würdigt seine Verdienste.

Wegbereiter der Anästhesie

Franz Kuhn wurde am 12. Oktober 1866 als fünftes Kind einer Landwirtfamilie in Aschaffenburg geboren. Er studierte Medizin in Würzburg, Berlin und München. 1899 wurde er als Chirurg Leiter des gerade eröffneten Elisabeth-Krankenhauses Kassel. Hier schrieb Franz Kuhn seine bedeutendsten wissenschaftlichen Arbeiten und forschte im Bereich der Lungenchirurgie. Es sind aus dieser Zeit über 90 Veröffentlichungen bekannt. Seine Publikationen waren wegweisend für die spätere Entwicklung der Anästhesie, Chirurgie und Rettungsmedizin. Ein großer Teil seiner Schriften beschäftigte sich mit der erstmalig von ihm so bezeichneten „peroralen Intubation“. Leider wurde der Wert seiner Erkenntnisse von vielen Medizinkollegen erst Jahre später erkannt.



Historische Packung „Steril-Katgut Kuhn“.

„Katgut Kuhn“ – ein Meilenstein für die Wundheilung

Weltweite Bekanntheit erlangte Franz Kuhn durch die Entwicklung eines sterilen Nahtmaterials. Er hatte erkannt, dass die Ursache für Wundinfektionen in dem keimbelasteten Nahtmaterial aus Tierdarm, dem so genanntem Katgut, lag. Mit dem Apotheker Carl Braun aus Melsungen fand er 1908 einen Partner, der das Nahtmaterial mithilfe einer Jodlösung unter höchsten hygienischen Anforderungen nach seinen Vorgaben herstellte. Dieses Katgut gab den Chirurgen nun end-

lich ein resorbierbares Nahtmaterial an die Hand, das das Risiko für die Entstehung von Wundinfektionen und Nahtinsuffizienzen drastisch reduzierte.

Perorale Intubation

Franz Kuhns grundlegende Überlegungen zur Lungenchirurgie und Atemphysiologie ließen ihn die schon in Frankreich und den USA veröffentlichten Methoden zum Offenhalten des Atemwegs konsequent weiterentwickeln. Anregungen hierfür erhielt er auf einer Studienreise im Jahre 1897 an den Kliniken und Instituten von New York, Philadelphia und Baltimore. Kuhns Lösung war schließlich ein Metallspiralschlauch, der – in den Rachen eingeführt – den Luftweg offenhält und damit eine erfolgreiche Beatmung unter Narkose zulässt. Dieser sogenannte Kuhn-Tubus erleichterte damit viele Operationen und ermöglichte neue Operationsmethoden in der Lungen- und Gesichtschirurgie. Mit seinem Tubus leistete er zu einer Zeit, in der viele Patienten noch an einer Narkose starben, einen frühen Beitrag zur Patientensicherheit. Seine Erkenntnisse fasste Kuhn in der 1911 veröffentlichten Monografie „Die perorale Intubation“ zusammen, die auch einen „Leitfaden zur Erlernung und Ausübung der Methode mit reicher Kasuistik“ enthielt.



Perorale Intubation mittels eines Metallspiralschlauches, der – in den Rachen eingeführt – den Luftweg offenhält.



alle Fotos: Elisabeth-Krankenhaus Kassel

Die Einweihung der Gedenktafel zu Ehren von Dr. med. Franz Kuhn (Porträt hinten) im Elisabeth-Krankenhaus Kassel. Von links: Dr. Wolfgang Schrammel von der B. Braun Melsungen AG; Rainer Kuhaupt, Leitender Oberarzt Anästhesie, Elisabeth-Krankenhaus; Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der LÄKH und Stellvertretender Landesvorsitzender Hessen des Berufsverbandes Deutscher Anästhesisten, sowie ebenfalls vom Elisabeth-Krankenhaus: Dr. med. Uwe Behrmann, Ärztlicher Direktor; Marieluise Labrie, Krankenhaushausdirektorin, und Dr. med. Rainer Wollborn, Chefarzt Anästhesie.

Dennoch wurde Kuhn in Deutschland zunächst allein mit seiner Erfindung des Steril-Katguts in Verbindung gebracht. Erst mithilfe der Monografie des US-amerikanischen Anästhesisten Noel A. Gillespie über die endotracheale Narkose (1948) erlangte Kuhn auch in seinem Heimatland posthum Bekanntheit als Pionier der Luftschläuchchen-Intubation.

Kompressor im Krankenhaus

Durch die Intubation war eine Überdruckbeatmung des Patienten möglich. Für diese sogenannte Überdrucknarkose, die Franz Kuhn unter anderem als geeignetes Mittel für Thoraxeingriffe demonstrierte, benötigte er Druckluft. Zu diesem Zweck verwendete er im Elisabeth-Krankenhaus Kassel einen auf ein Fahrgestell montierten Kompressor – wohl zum ersten Mal in einem Krankenhaus überhaupt. Als Visionär erkannte er auch die vielfältigen Anwendungsmöglichkeiten für die Druckluft in Krankenhäusern.

1913 verließ Kuhn Kassel, um die Direktion des neu erbauten St.-Norbert-Krankenhauses in Berlin zu übernehmen. Dort verstarb er mit 63 Jahren am 28. März 1929. Der Nachwelt aber bleibt er bis heute unter anderem als ein Pionier der Intubationsnarkose in Erinnerung.

Rainer Kuhaupt

Leitender Oberarzt Anästhesie,
Elisabeth-Krankenhaus Kassel

Jugendstil in der Landeshauptstadt

Sammlung Neess im Museum Wiesbaden

Wer durch Wiesbaden schlendert, begegnet Zeugnissen des Jugendstils beinahe auf Schritt und Tritt. Neben frühen Einzelbeispielen der Architektur finden sich seine floralen, ornamentalen, figuralen und sezessionistischen Formen an unzähligen Gebäudefassaden, insbesondere im Dichter- und im Rheingauviertel. Weitere Beispiele sind das ehemalige Palast-Hotel, oder das Hansa-Hotel, dessen Restaurant-Café in den zwanziger Jahren beliebter Treffpunkt der Künstler Alexej von Jawlensky, Otto Ritschl, Adolf Presber, Josef Vínický, Edmund Fabry und des Sammlers Heinrich Kirchhoff war. Als ein Kleinod des Jugendstils gilt das Brunnenhaus der Dreililien-Quelle, ein kleiner, im sezessionistischen Stil gestalteter Raum an der Rückseite des Hotels Schwarzer Bock im Zentrum der hessischen Landeshauptstadt. Nur einen Spaziergang davon entfernt, zeigt das Museum Wiesbaden seit Juni 2019 die Sammlung „Jugendstil und Art Nouveau“ von Ferdinand Wolfgang Neess als dauerhafte Präsentation. Es war an der Zeit, dass die vom Jugendstil geprägte Stadt sich damit auf der Karte der europäischen Jugendstilstädte einreichte.

Fließende Formen

Wie ein Blütenkelch schimmert eine Tiffany-Vase in sanften Rot-, Lila- und Gelbtönen. Entrückt neigt das von einer Rosengirlande geschmückte „Powlony-Girl“ seinen Kopf zur Seite. Inspirationsquell der vor dunkelblauem Hintergrund arrangierten Möbelstücke aus edlen Hölzern ist die Natur: Die Exponate gehören zu den rund 700 Objekten der Wiesbadener Dauerausstellung, der Schenkung F. W. Neess, die einen Querschnitt durch alle Gattungen des Jugendstils zeigt und beispielhaft die hohe Qualität der Kunstproduktion des Fin de Siècle zwischen Jugendstil und Symbolismus vor Augen führt. Fließende Formen, florale Ornamente und symbolische Aussagekraft waren Kennzeichen der revolutionären Kunstrichtung, die ihre Blüte in der Zeit von 1890 bis 1910 erlebte und international als „Art Nouveau“ be-

kannt wurde. Ihre Wurzeln hat sie in der „Arts and Crafts“-Bewegung, die Mitte des 19. Jahrhunderts von dem Künstler William Morris und dem Kunstkritiker John Ruskin als Antwort auf die zunehmende Industrialisierung und den damit verbundenen, qualitativen Niedergang des Handwerks angestoßen wurde. Ihren Ausdruck fand die neue Kunstrichtung in der Malerei und Bildhauerei, in Architektur und Möbeldesign sowie in Schmuck- und Glaswaren. Ziel war es, mit den Mitteln der Kunst Antworten für eine utopische, ästhetisch bestimmte Gesellschaftsform zu geben, aber auch Kunst und Ästhetik in das alltägliche Leben zu integrieren. In der Wiesbadener Sammlung sind ganze Möbelensembles von Émile Gallé, Hector Guimard und Louis Majorelle sowie Bernhard Pankok und Richard Riemerschmid erhalten. Außerdem eine Fülle hochwertiger Glasobjekte wie Vasen, Schalen und Lampen.

Blick mit Narzissen

Ihr Name geht auf den eitlen Narziss in der griechischen Mythologie zurück: Zwei Blüten der Narzisse, Symbol für tiefes Verlangen und Zuwendung, strahlen leuchtend aus dem in dunkle Farben getauchten „Bildnis mit gelben Narzissen“ von Oskar Zwintscher hervor. Zwintscher, der als Professor an der Kunstakademie Dresden unterrichtete, war ein frühes Mitglied des Deutschen Künstlerbundes und nahm schon an dessen erster Jahresausstellung 1904 in München mit einem Ölgemälde in symbolistischem Jugendstil teil. Der durchdringende Blick und die sinnlich vollen Lippen der unbekanntenen Schönen, die er in dem Bildnis mit Narzissen portraitierte, bilden einen geheimnisvollen Kontrast zu dem hochgeschlossenen Gewand und ihrer ätherisch anmutenden Hand (siehe Titelbild).

In der Wiesbadener Dauerausstellung sind mehr als 90 Gemälde, Pastelle und Aquarelle von Künstlern aus ganz Europa zu sehen, darunter Arbeiten von Gustave Moreau und seinem Schüler Edgar Maxence



Fotos: Museum Wiesbaden/B. Fickert

Die Rubrikenleiste zeigt ein Detail eines Fensters aus der Ausstellung, das Foto einen Leuchter von Alexander Schönauer (1871–1955).

sowie von Alphonse Osbert, die den französischen Symbolismus repräsentieren. Den deutschen Symbolismus und Jugendstil vertreten Gemälde von Franz von Stuck, Heinrich Vogeler, Ludwig von Hofmann. Zu der Sammlung zählen außerdem Werke namhafter Präraffaeliten wie Edward Burne-Jones, Evelyn De Morgan und John Melhuish Strudwick aus Großbritannien. Skulpturen von Alfons Mucha und George Minne ziehen in ihren Bann.

Ein Gesamtkunstwerk

Die Besonderheit der von Ferdinand Wolfgang Neess über vier Jahrzehnte zusammengetragenen und der Stadt Wiesbaden 2017 als Schenkung übereigneten Privatsammlung liegt in ihrem internationalen Charakter mit deutschen, französischen und österreichischen Exponaten, die zu einem Gesamtkunstwerk des Jugendstils komponiert wurden. Ein Teil der Objekte war bei der Weltausstellung in Paris 1900 zu sehen. In Wiesbaden werden sie unter anderem in einem kleinen Kino am Ende des Rundgangs durch originale Film- und Bildaufnahmen eingerahmt.

Katja Möhrle

Museum Wiesbaden
Friedrich-Ebert-Allee 2
65185 Wiesbaden
Internet: www.museum-wiesbaden.de
1. Samstag im Monat Eintritt frei

Brauchen wir wieder mehr Theorie in der Medizin?

Reflexionen nach vier Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit

PD Dr. med. habil. Peter T. Ulrich

Die Ökonomisierung der Medizin

Glaubt man den Auguren der Weltwirtschaft [1], dann befinden wir uns ungefähr seit der vergangenen Jahrtausendwende im „sechsten Kondratjeff-Zyklus“ [2]. Innovationen in der Biotechnologie, der Künstlichen Intelligenz und der Pflege psychosozialer Gesundheit prägen ihn, die Gesundheitswirtschaft treibt ihn an. Ihr Boom in den kommenden Dezennien scheint gesichert. Die Nachfrage nach Gesundheitsdienstleistungen in einer alternierenden Gesellschaft heizt den Markt an und beschleunigt die „Ökonomisierung des Körpers“ [3]. Die Patienten von einst werden zu Kunden. Autark und mündig sollten sie sein, fühlen sich aber geblendet von vielfältigen Offerten und manchmal auch ausgeliefert dem Spiel der Akteure auf dem Gesundheitsmarkt. Wie können sich Patienten orientieren? Wer vertritt noch uneigennützig ihre Interessen? Welche unveräußerlichen Werte gelten noch? Als ich 1976 nach dem Staatsexamen mit der Arbeit im Krankenhaus begann, war die Welt eine andere – auch im Gesundheitswesen. Ökonomie in der Medizin war für die Weißkittel ein Fremdwort, Fallpauschalen kannte niemand, Kosten-Nutzen-Überlegungen galten Medizinern als verabscheuungswürdig. Die weiblichen Pflegekräfte ließen sich mit „Schwester“ ansprechen und manche trugen noch Hauben und weiße Schürzen.

Der Paradigmenwechsel kam mit dem Gesundheitsstrukturgesetz 1992. Der bis dahin obsoletere Wettbewerb hielt Einzug, und die Gesetze des Marktes eroberten schnell die Lager der Leistungsanbieter und der Kassen. Konkurrenten wetteiferten mit Werbeoffensiven. Marktbereinigung war und ist das politische Ziel. Die Besten sollten sich am Markt behaupten. Wie aber misst man medizinische Qualität umfassend, transparent und objektiv? Die Diskussion über evidenzbasierte Qualitätsindikatoren ist längst nicht abgeschlossen. Darüber können auch werbe-

wirksame Best-of-Listen in den Medien und die allgegenwärtigen Zertifikate an den Wartezimmerwänden nicht hinwegtäuschen.

Auf dem Weg zur Medizin von morgen

Die von der Politik gesetzten Prämissen für den Einsatz kompetitiver Strategien im Gesundheitswesen lassen ihre Nebenwirkungen und Risiken außer Acht. Der politisch inszenierte Paradigmenwechsel in der Heilkunde und der weltweite Trend zur Egomane in Politik und Gesellschaft trüben die selbstkritische Reflexion und verändern das traditionelle Rollenbild der Helfenden. Sie erodieren den moralisch-ethischen Boden der Medizin, verwandeln den freien Arztberuf schleichend in ein Gewerbe und lassen selbstlose Altruisten zu bemitleidenswerten Exzentrikern in der Gesellschaft der Selbstzentrierten werden.

Die Gesundheit, ihr Erhalt und ihre Wiederherstellung werden global zu einem Faktor von eminenter Bedeutung. Das Bundesministerium für Gesundheit sieht die Gesundheitswirtschaft als eine Wachstumsbranche auf Expansionskurs. Mit einem Wachstum von jährlich 3,8 % überholte der Gesundheitssektor in den vergangenen elf Jahren deutlich das Bruttoinlandsprodukt. Die Biotechnologie mit einer Rate von 5,7 % legte schneller zu als die restliche Gesundheitswirtschaft und konnte ihren Anteil an der Gesamtwertschöpfung deutlich steigern. In der Gesundheitswirtschaft tätig waren 2016 fast 7 % der Bevölkerung

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



SOKRATES



ARISTOTELES



PLATON

Deutschlands [4]. Allerdings beklagen die deutschen Industrie- und Handelskammern einen sehr hohen Regulierungsgrad der Gesundheitswirtschaft. Die Unternehmen bewegten sich in einem systembedingten Spannungsverhältnis zwischen Innovationsoffenheit, Qualitätssicherung und Finanzierbarkeit [5].

Wesentlich ungebremster scheinen die Biotech-Unternehmen der USA auf dem Highway zur Zukunftsmedizin unterwegs, wie der Spiegel-Bestsellerautor Thomas Schulz in seinem unlängst publizierten Buch schreibt [6]. In Bio- und Medizintechnik sei ein neues Zeitalter angebrochen, in dem wir hoffen könnten, „Krebs zu heilen, Zellen zu programmieren, künstliche Organe zu züchten, das Gehirn mit Maschinen zu verbinden, Gene zu manipulieren, Krankheiten per Knopfdruck zu besiegen, das Leben um 20 oder 30 Jahre zu verlängern und die Menschen nicht nur gesünder, sondern klüger, hübscher und jünger zu machen“.

Der digitale und technologische Fortschritt rückt die Vision einer „Smart Healthcare“ in greifbare Nähe: Künstliche Intelligenz ermöglicht nicht nur in der Krebsmedizin hochkomplexe Analysen riesiger Datenmengen, den Einsatz der künstlichen Bauchspeicheldrüse für Diabetiker, die telemedizinische Online-Überwachung der Herzfunktion zur Infarktprävention oder des intrakraniellen Drucks zur Vermeidung von Neuronen-Verlusten bei Druckkrisen. Der Einsatz lernender Roboter in der operativen Medizin oder die automatisierte Bildauswertung in der Radiologie sind schon Praxis.

Fachleute prognostizieren nicht nur die höchsten Renditen für Anleger in der Medizintechnik, sondern auch Einsparungen für das Gesundheitswesen in Milliardenhö-

he durch ihren Einsatz [7]. Eine schöne neue Welt für Medizin und Gesellschaft? Zweifellos werden wir in den kommenden Jahrzehnten noch effizienter werden in der Prävention von Krankheiten und in ihrer Therapie. Manche ahnen schon das Ende der uralten Ohnmacht der Menschheit gegenüber Krankheit, Leiden und Tod voraus. Das Vermögen zu helfen, zu retten, zu heilen bedeutete schon immer auch Macht.

Glanz und Elend der Helfenden

Macht verändert den Charakter – meist zum Negativen. Auch Patienten sind in Gefahr, instrumentalisiert zu werden zur Erreichung neuer Ziele ihrer Behandler: Berühmtheit, Meinungsführerschaft, Marktmacht – meist mit finanziellem Impact. Man genießt und pflegt die Rituale der Macht. Die rasant wachsende Diversität und Komplexität der Wissensgebiete generiert auch in der Medizin Heere von Spezialisten mit dem Bewusstsein ihres Marktwertes.

Die Warnungen der Sozialphilosophen Max Horkheimer und Theodor W. Adorno [8] vor den Gefahren eines modernen Spezialistentums sind nach 70 Jahren noch immer aktuell. Eine Generation von Ärzten, die sich in ihrer medizinischen Sozialisation immer weiter von einem ganzheitlichen Ansatz der Medizin entfernt und einer krankheitszentrierten Herangehensweise zustrebt, neigt zur Verabsolutierung ihrer Sichtweise und zur Intoleranz.

Wie soll man der Technisierung und Kommerzialisierung in der Medizin entgegen wirken? Diese Frage beschäftigt auch die Bundesärztekammer. In ihrem Positionspapier „Patientenversorgung unter Druck“ [9] konstatiert sie zu viel Bürokratie, zu wenig Personal, keine verlässlichen Arbeitszeiten. Besonders junge Ärzte spüren die Rationalisierung im Gesundheitswesen. Unter dem Zeitdruck und der Last der Bürokratie im praktischen Alltag schwinden „Geist, Würde und tradierte Werte“ [10] allmählich dahin. Demotiviert und resigniert stellen viele bei sich eine Veränderung ihrer Persönlichkeit fest. Die innere Bindung an den Sinn der Medizin, das Wohl der Patienten, wird immer lockerer und löst sich, nicht selten unbemerkt, schließlich ganz. Das Phänomen steigen-

der Burn-out-Raten ist die Folge [11]. Neu nachzudenken über den Menschen und die Welt, persönliche Antworten zu finden zu den Fragen nach dem Sinn und Ziel ihres Tuns angesichts des rasanten Wandels in der Welt ist vielen Angehörigen der helfenden Berufe ein steigendes Bedürfnis.

Werteorientierung der Humanmedizin in dieser Pentade

Gegen die evidente Arrosion der moralischen Grundpfeiler der Gesellschaft und das Primat des Kommerz auf dem Gesundheitsmarkt der Zukunft erscheint eine explizite Ethik als brüchiges „Gehäuse von Weltbildern“ [12] kaum tragfähig. Auch der viel bemühte, gelegentlich missbrauchte und inzwischen abgenutzte Begriff des Humanismus stellt ein Sammelbecken von zum Teil widersprüchlichen Weltanschauungen dar. Ihn als Quelle neuer, inspirierender Ideen für eine zukunftsfähige Reform der Medizin anzuzapfen, erscheint fragwürdig.

Erinnern wir uns an die These von Karl Jaspers, des Arztes und Philosophen, die „Praxis des Arztes sei konkrete Philosophie“ und „das in Liebe gegründete und unbedingt gültige Prinzip des Guten“ sei das „höchste moralische Gesetz“. Die eigene „Existenzerhellung durch innere Aneignung des Weltwissens, die Gelassenheit im Wissen, eine tiefe Heiterkeit, eine Offenheit gegen sich und andere und Tapferkeit“ wiesen den Weg dorthin [13]. Ein sokratischer Grundgedanke aus der Ideenlehre scheint da auf, von Platon und seinen vielen Epigonen ausgeformt, erweitert, tradiert und wirksam bis in die heutige Zeit. Stellt man sich Ärzte vor, die über diese Werkzeuge im Umgang mit sich selbst und ihren Mitmenschen verfügen, so darf man zuversichtlich sein, dass sie hinreichend gewappnet sind gegen die Sogkräfte der Zeitströmungen.

Künftige Entwicklungen vorausahnend, forderte schon in den sechziger Jahren des vorigen Jahrhunderts der anthropo-

sophische Arzt Gerhard Kienle [14] eine Reform der Medizinpraxis. Die „persönliche Hilfeleistung für den kranken Menschen“ sollte im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen. Man mag da an eine frühe Form der heute propagierten personalisierten (synonym: individualisierten) Medizin denken, doch genauer betrachtet sind die Unterschiede himmelweit: Der moderne Ansatz meint eine nach den individuellen Konstellationen von Biomarkern oder pharmakogenomisch definierten Rezeptoren maßgeschneiderte Arzneimitteltherapie.

Dieser vielversprechende Ansatz ist auf die individuellen physiologischen Gegebenheiten eines Patienten zugeschnitten. Moderne, hochdifferenzierte Labormethoden machen ihre Aufdeckung erst möglich. Der Tübinger Medizinethiker Urban Wiesing [15] weist zu Recht darauf hin, dass „sich personale Eigenschaften aber nicht auf molekularer, sondern auf personaler Ebene manifestieren“. Und darauf zielt auch die Forderung Kienles ab, ein reformiertes Medizinstudium müsse nicht nur ein umfassendes „Fachwissen sondern auch Urteilsfähigkeit, Einfühlungsvermögen und eine ethische Persönlichkeitsentwicklung von Ärztinnen und Ärzten“ fördern.

Die Beschränkung auf die klassische Medizinethik reicht dazu sicher nicht aus. Diese Erkenntnis wurde vom Universitätsklinikum Würzburg bereits in die Praxis umgesetzt. Es bietet nicht nur den Studierenden der Humanmedizin als Wahlfach, sondern auch approbierten Ärzten berufsbegleitend ein Philosophicum [16] an, was sich großer Beliebtheit erfreut. Neben den grundlegenden Teilgebieten der Philosophie wie Erkenntnistheorie, Logik, Ästhetik, Anthropologie, Sprachphilosophie und Metaphysik werden ihre praktische Anwendbarkeit auf Themenbereiche wie Berufsethik, Fehlermanagement, Medientheorie und den Begriff der Menschenwürde dargestellt.



Nach einem hippokratischen Leitsatz, man solle „Philosophie in das Ärztliche und Ärztliches in die Philosophie hineinbringen“, erarbeiten sich Studierende und Ärzte das nötige Werkzeug für das Beschreiben, Erklären und Verstehen – nach Jaspers zentrale Fertigkeiten einer befriedigenden Arzt-Patienten-Beziehung. Gleichzeitig müssen die Grenzen des Erklärens und Verstehens, die jeder Erkenntnis- und Behandlungsmethodik gesetzt sind, bewusst werden.

Wie werden Ärzte und Pflegende ihre Rolle am Ende des laufenden Weltwirtschafts-Zyklus, in den fünfziger Jahren des 21. Jahrhunderts definieren? Die Medizin ist in Gefahr, sich von ihren tradierten Wurzeln, einer dem Gedanken der Humanitas verpflichteten, Naturwissenschaft und Philosophie verbindenden Disziplin zu lösen und einen Paradigmenwechsel zu vollziehen. Als ursächliche Faktoren einer Verschiebung der „Primärorientierung“ weg vom Patientenwohl und hin zu öko-

nomischen Kriterien besonders in der Krankenhausmedizin hat der Deutsche Ethikrat [17] die Einführung des DRG-Verütungssystems mit seinen Fehlanreizen und die chronische Unterfinanzierung der Krankenhäuser auf dem Personalsektor identifiziert. Beides führe zu einem fatalen Rückgang der Zuwendungszeit zum Patienten, zu einer Schwächung der Sprechenden und einer Stärkung der technischen Medizin. Noch haben wir Zeit, die Position der Humanmedizin, ihre zukünftige Gestalt und ihre gesellschaftliche Rolle zu überdenken und zu bestimmen. Die Deutsche Gesellschaft für Innere Medizin e. V. hat in ihrem 2017 formulierten „Klinik Codex: Medizin vor Ökonomie“ klar die Eigenständigkeit der Medizin gefordert und den Kern ärztlichen Handelns herausgestellt [18]. Ähnliche Appelle wurden in jüngerer Zeit vielfach veröffentlicht. Sie sind wichtig, aber nicht nachhaltig genug. Das ethische Fundament der Medizin wird langfristig nur zu sichern

sein, wenn die Selbstreflexionsfähigkeit der Mediziner durch eine breit angebotene Aus- und Weiterbildung in der Theorie der Humanmedizin und ihrer Wurzeln in der Philosophie gestärkt wird, wenn die Politik die strukturellen Voraussetzungen und die Rahmenbedingungen für eine Sprechende Medizin und Pflege schafft und unterhält und wenn den Handelnden im Gesundheitswesen und in der Gesellschaft bewusst wird, dass Gesundheit keine Ware, der Kranke keine Ressource ist.

PD Dr. med. habil.

Peter T. Ulrich

Leiter der Sektion
Neurochirurgie
Krankenhaus
Nordwest
Frankfurt am Main

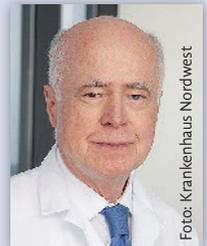


Foto: Krankenhaus Nordwest

E-Mail: ulrich.peter@khnw.de

Wir brauchen internistische Generalisten

Sind Internisten ohne Schwerpunkt ein Auslaufmodell? – Keineswegs.

Landauf und landab wird das Hohelied der Spezialisierung gesungen. Der Zeitdruck und der Kostendruck bringen es mit sich. Die Allgemeinärztin und der Allgemeinarzt müssen sich um alles kümmern, von der Krankschreibung bei Husten, Schnupfen, Heiserkeit bis zur Differenzialdiagnose von Infektionen, Thoraxschmerz, Befindlichkeitsstörungen und vielem mehr.

Die aktuelle Gesundheitspolitik fordert, dass sie sich dieser Aufgabe durch ein Rezept, eine rasche Überweisung an den Facharzt oder eine Einweisung in die Klinik entledigen. Der Rest soll von Spezialisten behandelt werden. Dafür sind sie ja da. Je mehr und spezialisierter sie ihre Eingriffe vornehmen, desto besser.

Zentralisierung und Fokussierung auf Subspezialitäten sind die Folge. Von einer patientenorientierten Führung und Steuerung, geschweige einer Betreuung von Patienten durch unser Gesundheitssystem ist keine Rede mehr. Zwischen Allgemeinärzten und Spezialisten öffnet sich zunehmend eine Lücke. Zum Glück gibt es noch die allgemeinen Internisten. Allen Versu-

chen der Politik und der Spezialisierung zum Trotz haben sie überlebt. Und sie sollten aufgewertet werden.

Im ambulanten Bereich wären Untersuchungen durch allgemeine Internisten hilfreich. So manche Überweisung zum „Spezialisten“ könnte durch eine eingehende Anamnese, eine gründliche internistische Untersuchung, einfache Ultraschalluntersuchungen des Herzens, des Abdomens und der Gefäße (oder Ähnlichem) obsolet werden. Die „Firstline-Diagnostik“ würde logischer, patientennäher, schneller und wohl auch kostengünstiger.

Auch in den Kliniken macht der Allgemeininternist Sinn. Das gilt z. B. für Konsile bis hin zur Akut- und Notfallmedizin. Wie oft werden in den Kliniken ein Konsil nach dem anderen durchgeführt, nicht immer mit Ergebnissen: „Die Beschwerdesymptomatik gehört nicht in mein Fachgebiet – auf Wiedersehen.“ Wertvolle Zeit und Ressourcen werden verschwendet.

Die Allgemeininternistin und der Allgemeininternist kennen die Erkrankungen aus vielen Schwerpunkten. Die breite und ganzheitliche Erfahrung in der Weiterbildung schlägt sich in ausführlichen klini-

schen und technischen Untersuchungen bis zur Intensivmedizin nieder. Sie ermöglichen oft die frühe Differenzialdiagnose und Klärung von Befunden und ihrer Ernsthaftigkeit.

In der Klinik werden Zeit und Qualität gewonnen und nicht zielführende Untersuchungen vermieden. Im ambulanten Bereich wird mancher Klinikaufenthalt entbehrlich. Gerade eine älter werdende und zunehmend multimorbide Gesellschaft braucht den internistischen Generalisten.

Dr. med.

Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer
Hessen,
Berufsverband
Deutscher
Internisten e. V.,
Vorsitzender Landes-
verband Hessen

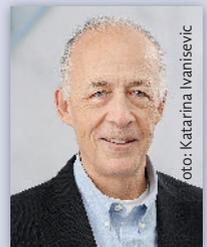


Foto: Katarina Ivanisevic

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

Literatur zum Artikel:

Brauchen wir wieder mehr Theorie in der Medizin?

Reflexionen nach vier Jahrzehnten ärztlicher Tätigkeit

PD Dr. med. habil. Peter T. Ulrich

- [1] Nefiodow L: Der sechste Kondratieff St. Augustin 1996, ISBN 3980514404. 2016
- [2] Nikolai Dimitrijewitsch Kondratieff (1892–1938), russischer Ökonom. Wirtschaftslexikon, aktualisierte Ausgabe 2015
- [3] Decker O, Schumacher L: Zur Ökonomisierung des Körpers. In: Bähler E, Hoefert H.-W., Klotter C (Hrsg.): Wandel der Gesundheits- und Krankheitsvorstellungen. Pabst Science Publishers, 2018
- [4] BMG, 04/2018
- [5] DIHK-Report Gesundheitswirtschaft, Sommer 2018
- [6] Thomas Schulz: Zukunftsmedizin, Spiegel Buchverlag, Deutsche Verlagsanstalt, 2018
- [7] Inge Klöpfer: Attraktive Gewinne in der Klinik, F.A.S., 21.04.2019
- [8] Max Horkheimer/Theodor W. Adorno: Dialektik der Aufklärung. Philosophische Fragmente. In: Max Horkheimer: Gesammelte Schriften. Band 5. Fischer, Frankfurt am Main 1987
- [9] Bundesärztekammer, 26.05.2019
- [10] Ewig, S.: Studienkommentar. Pneumologie 71: 80, 2017
- [11] Editorial: Physician Burnout: a global crisis. Lancet 394: 93, 2019
- [12] Karl Jaspers: Der philosophische Glaube. Fünf Vorlesungen. München/Zürich 1948. (Gehalten 1947 als Gastvorträge in Basel)
- [13] Karl Jaspers: Philosophie. Band II Existenzerhellung. Springer, Berlin 1932
- [14] 1923–1983, deutscher anthroposophischer Arzt, Neurologe, Gesundheitspolitiker und Wissenschaftstheoretiker, Hauptbegründer des Gemeinschaftskrankenhauses Herdecke und der Universität Witten/Herdecke, 1963 bis 1968 neurologischer Oberarzt unter Prof. Dr. P. Duus am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt am Main
- [15] Zitiert nach: Die personalisierte Medizin kommt aus den Startblöcken von: Walter Pytlik, Biotech/Life Sciences Portal Baden-Württemberg, 7. Februar 2011.
- [16] Bohrer T et al.: Die Schwester der Medizin – warum wir heute wieder ein Philosophicum brauchen. Deutsches Ärzteblatt 107: A2591–92, 2010
- [17] Deutscher Ethikrat: Patientenwohl als ethischer Maßstab für das Krankenhaus, 5. April 2016
- [18] Schumm-Draeger PM, Mann K, Müller-Wieland DR, Fölsch UR: Der Patient ist kein Kunde, das Krankenhaus kein Wirtschaftsunternehmen; Dtsch.Med.Wochenschr. 2016; 141: 1183–1185

§ Medizinrecht

Aus Klinik und Praxis sind sie nicht mehr wegzudenken: ärztliche Aufklärungsbögen. Sie dienen der Vorab-Information für Patienten, als Check-Liste für Ärzte während des persönlichen Aufklärungsgesprächs, der Dokumentation des Gesprächs und später als Erinnerungstütze, schließlich als Beweisstück im Prozess.

Arzt für ordnungsgemäße Aufklärung verantwortlich

Eine besondere Rolle kommt den Aufklärungsbögen immer im Arzthaftungsprozess zu, nämlich dann, wenn der Patient den Inhalt oder die Aufklärung über eine ärztliche Maßnahme an sich rügt. Die Rechtsprechung wendet in diesem Zusammenhang schon immer den Grundsatz an, dass die Darlegungs- und Beweislast für die ordnungsgemäße Durchführung der Aufklärung beim Arzt liegt. Seit 2013 ist dies auch gesetzlich mit dem Patientenrechtegesetz im Bürgerlichen Gesetzbuch (BGB) festgeschrieben (§ 630h Abs. 2 i.V.m. § 630e BGB). Danach muss immer der Arzt darlegen und beweisen, dass er die Einwilligung des Patienten eingeholt und entsprechend den im Gesetz vorgesehenen Anforderungen (mündlich, rechtzeitig, verständlich etc.) aufgeklärt hat. Nur ersatzweise kann sich der Arzt darauf berufen, dass der Patient auch im Falle einer ordnungsgemäßen Aufklärung in die geplante ärztliche Behandlung (diagnostische Untersuchung, Operation) eingewilligt hätte, sogenannter Einwand der hypothetischen Einwilligung.

Arzt & Patient: Aufklärungsbogen unterzeichnen!

Es ist daher für Patienten im Arzthaftungsprozess relativ leicht zu behaupten, dass die Aufklärung über den geplanten Eingriff nicht ordnungsgemäß gewesen ist. Es liegt dann bei dem Arzt, der den Eingriff letztlich tatsächlich durchgeführt hat, den Beweis für eine Einwilligung des Patienten auf Grundlage einer umfänglichen Aufklärung zu führen. Da Arzthaftungsverfahren oftmals erst einige Monate, in der Regel sogar Jahre nach dem Aufklärungsgespräch angestrengt werden, hat der verantwortliche Arzt in der Regel angesichts der Vielzahl von Patientenkontakten keine eigenen konkreten Erinnerungen mehr an die spezifische Aufklärungssituation und den Gesprächsinhalt.

Die Vorlage eines von Patient und Arzt unterzeichneten Aufklärungsbogens ist in diesen Fällen von großer, wenn nicht gar (prozess-) entscheidender Bedeutung. Ohne eine solche eingehende und den spezifischen Eingriff beschreibende Aufklärungsdokumentation bleibt in der Regel nur die Anhörung von Zeugen, die bei den Aufklärungsgesprächen anwesend waren. Meist werden die Aufklärungsgespräche jedoch von Ärzten geführt, die im Zeitpunkt der Gerichtsverhandlung nicht mehr an der maßgeblichen klinischen Einrichtung tätig sind, sodass es Glücksache ist,

Die Beweiskraft ärztlicher Aufklärungsbögen

den aufklärenden Arzt als Zeugen ausfindig zu machen. Auch der „immer-so-Beweis“, also die Erläuterung, wie man bei bestimmten Eingriffen oder diagnostischen Untersuchungsverfahren üblicherweise aufklärt, hilft nicht in jedem Fall weiter. Daher ist der dokumentierte Aufklärungsbogen meist der einzige Rettungsanker, um in der Gerichtsverhandlung den Prozess in der Aufklärungsfrage in die für den Arzt entscheidende Richtung zu lenken.

Aber Vorsicht:

Die Rechtsprechung verlangt beim Aufklärungsgespräch und der darauf fußenden Einwilligungserklärung des Patienten immer ein mündliches Gespräch in körperlicher Anwesenheit von Arzt und Patient. Eine telefonische oder digital hergestellte Verbindung (via Skype beispielsweise) reicht hierzu in aller Regel nicht. Dass dieses mündliche Gespräch stattgefunden hat, muss vom Arzt bewiesen werden. Dies gelingt aber meist nur durch einen Zeugen oder die Anhörung des aufklärenden Arztes, der natürlich auch selbst Zeuge im Prozess sein kann. Der Zeugenbeweis, so anfällig dieser im Hinblick auf das verfügbare Erinnerungsvermögen auch sein mag, ist am Ende meist unumgänglich.

Dem schriftlichen Aufklärungsbogen kommt dennoch eine starke Indizwirkung für die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs zu. Dazu muss der maßgebliche Aufklärungsbogen aber auch erkennbar individualisiert werden (Zeichnungen, handschriftliche oder digitale Ergänzungen etc.). Blankobögen in den Krankenunterlagen beweisen nichts, sie können sogar den Anschein erwecken, dass die Dokumentation und dann vielleicht auch das Aufklärungsgespräch selbst schlicht vergessen wurden.

Die Reichweite der Indizwirkung von Aufklärungsbögen wird – trotz vielfacher höchstrichterlicher Rechtsprechung – bisweilen von den Gerichten unterschiedlich gehandhabt.

So hat das Kammergericht Berlin mit Urteil vom 12. März 2018 (AZ: 20 U 127/16) entschieden, dass sich dem Aufklärungsbogen – trotz beiderseitiger Unterschriften und handschriftlicher Ergänzungen – keine Vermutung der Vollständigkeit und Richtigkeit des Inhalts entnehmen ließe. Denn das Indiz erstreckte sich lediglich darauf, dass abstrakt überhaupt ein Gespräch geführt worden ist, nicht jedoch auf den konkreten Gesprächsinhalt. In dem Verfahren gelang jedoch der Beweis durch die Zeugenaussagen der beteiligten Ärzte, sodass Aufklärungsfehler letztlich nicht festzustellen waren.

Das Kammergericht hat in seiner Entscheidung die Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs (BGH) nur teilweise berücksichtigt. Mit Urteil vom 28. Januar 2014 (AZ: VI ZR 143/13) hatte der BGH bereits entschieden, dass der von Patient und Arzt unter-

zeichnete Aufklärungsbogen einen wesentlichen Anhaltspunkt für die Tatsache erbe, dass ein Aufklärungsgespräch tatsächlich stattgefunden habe. Dabei sei dieser Aufklärungsbogen – sowohl in positiver als auch negativer Hinsicht – zugleich ein Indiz für den Inhalt des Aufklärungsgesprächs. Nach dieser Auffassung bietet der durch Unterstreichungen oder Notizen individualisierte Inhalt des Aufklärungsbogens durchaus ein Indiz dafür, dass die entsprechenden Punkte Inhalt des Gesprächs gewesen sind. Umgekehrt besteht auch eine Indizwirkung dafür, dass über einen Punkt nicht aufgeklärt worden ist, wenn ein aufklärungspflichtiger Aspekt nicht in dem Bogen enthalten oder notiert ist. Diese Indizwirkung ist jedoch auch nach Auffassung des BGH durch eine entsprechende Beweiserhebung zu ergänzen und kann dadurch bestätigt – aber auch widerlegt – werden. Daher hört das Gericht den aufklärenden Arzt in der Regel an, um sich einen persönlichen Eindruck zu verschaffen. Auch ohne eine konkrete Erinnerung kann dem Arzt der Beweis gelingen, insbesondere wenn er schildert, wie er üblicherweise bei den Gesprächen vorgeht und was genau er unter den einzeln aufgeführten Aspekten den Patienten üblicherweise mitteilt (sogenannter „immer-so-Beweis“, siehe oben). Letztlich ist es nämlich immer entscheidend, dass das Gericht aufgrund der Beweisaufnahme zu der Überzeugung gelangt, dass eine ordnungsgemäße Aufklärung stattgefunden hat. Dies ist immer eine Frage des Einzelfalles.

Praxistipp

Aufklärungsbögen erleichtern die ärztliche Praxis und sind auch im gerichtlichen Verfahren eine große, meist entscheidende Hilfe. Maßgeblich ist jedoch immer das konkrete, individuelle Aufklärungsgespräch mit dem Patienten. Dieses sollte anhand des

Aufklärungsbogens dokumentiert werden, bestenfalls durch Unterstreichungen, Markierungen und handschriftliche oder digitale Notizen. Auch negative Tatsachen, zum Beispiel dass der Patient keine weiteren Fragen hat oder eine weitere Aufklärung nicht wünscht, sind zu dokumentieren. Am Ende sollten beide – Patient und Arzt – den Bogen unterzeichnen.

Wenn alle Stricke reißen und zum Beispiel kein Aufklärungsbogen ausgefüllt wurde und kein Zeuge zum Nachweis des Aufklärungsgesprächs gefunden werden kann, bleibt noch der auch in § 630h Abs. 2 BGB niedergelegte Einwand der hypothetischen Einwilligung. Dieser besagt, dass der Patient bei – unterstellter – ordnungsgemäßer Aufklärung in die Durchführung der geplanten diagnostischen oder therapeutischen Maßnahme eingewilligt hätte. Dies ist regelmäßig der Fall, wenn der Leidensdruck des Patienten besonders hoch ist und objektiv gesehen keine vernünftigen anderen Behandlungsalternativen zur Debatte stehen. Wenn es aber um nur relativ indizierte Maßnahmen geht, hilft auch der Einwand der hypothetischen Einwilligung nicht weiter. Letztlich ist der individualisierte Aufklärungsbogen erfahrungsgemäß immer das beste und entscheidende Dokument, um die Durchführung und den Inhalt des Aufklärungsgesprächs im Behandlungsfehlerprozess zu beweisen. Sein Einsatz sei daher auch aus anwaltlicher Sicht sehr empfohlen.

Dr. jur. Albrecht Wienke

Fachanwalt für Medizinrecht

Wienke & Becker – Köln

E-Mail:

awienke@kanzlei-wbk.de



Foto: privat

Bücher



Sandra Hobusch: Recht im Gesundheitswesen

UTB/UVK Verlag München, 2019

ISBN 9783825250829, € 39,99

auch als E-Book

Das deutsche Gesundheitswesen ist eine sehr komplexe Materie mit einer außerordentlich hohen Regeldichte. Ihre gesetzlichen Vorgaben anwenden zu können, ist für die Beteiligten unumgänglich. Das Buch richtet sich an Juristen, Mediziner, Gesundheits-, Pflege- und Wirtschaftswissenschaftler in Studium und Praxis. Sandra Hobusch führt in die Materie ein und skizziert die Einsatzfelder, etwa in Krankenhäusern oder pharmazeutischen Unternehmen. Sie berücksichtigt die rechtlichen Rahmenbedingungen der im Gesundheitswesen tätigen Anbieter von Dienstleistungen und Waren sowie der Kostenträger. Auch auf den öf-

fentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) geht sie im Detail ein. Abbildungen und Beispiele illustrieren den Stoff. Ein Glossar hilft, Fachbegriffe zu verstehen. Zur Selbstkontrolle bietet das Buch viele Wiederholungsaufgaben, Lösungen finden sich online.

Das Werk ist und soll keine erschöpfende Darstellung des gesamten Rechts im Gesundheitswesen sein. Dafür ist die Materie zu umfangreich, denn unser Gesundheitswesen gehört zum Schutz der Bevölkerung zu dem am stärksten regulierten Bereich unserer Gesellschaft. Gleichsam bietet das Werk einen hervorragenden Überblick über die wesentlichen Rechts- und Arbeitsfelder der im Gesundheitswesen tätigen Anbieter von Dienstleistungen und Waren, wie beispielsweise niedergelassene Ärzte und Zahnärzte, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sowie Heilpraktiker, die Kassen, das Versicherungsvertrags- und Versicherungsaufsichtsrecht sowie den ÖGD. Mit relativ geringem Aufwand erschließt das Werk den Lesern ein Maximum an Übersicht über die Materie.

Dr. jur. Thomas K. Heinz



Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

Das Konzept der Patientensicherheit und seine gesetzlichen Grundlagen unterliegen in neuerer Zeit einem Wandel. Damit verbunden ändert sich auch der Umgang mit Behandlungsfehlern im Medizinbetrieb. Die Begriffe Qualitätsmanagement, Risikomanagement und Qualitätssicherung sind zwar eng mit der Patientensicherheit verknüpft, werden jedoch oft in unterschiedlichen Bedeutungszusammenhängen verwendet, was das Verständnis häufig erschwert. Über welche Verpflichtungen wird die Behandlungsqualität gesichert? Wie ist unser heutiges Verständnis vom Umgang mit Fehlern? Welche Institutionen sind beteiligt? Der zweite Artikel der Serie „Patientensicherheit“ schließt den Überblick über die Grundlagen des Themas ab.

Wie hat sich das Thema „Patientensicherheit“ entwickelt?

Das Konzept einer möglichst sicheren Behandlung ist von Anfang an in der Medizin verankert und wird heute sogar als „Leitgedanke in der Weiterentwicklung des Gesundheitswesens“ angesehen [1–3]. Diese positive Entwicklung wurde besonders durch die Aufarbeitung der Behandlungsfehlerprozesse in den USA in den 1970er- und 1980er-Jahren angestoßen,

durch die hohe Folgekosten entstanden und bestimmte Versicherungen nicht mehr verfügbar waren. Im Nachgang führten systematische Untersuchungen über die Häufigkeit von Fehlern bei stationären Behandlungen zu der Erkenntnis, dass die „...Gesundheitsversorgung... nicht so sicher (ist), wie sie sein könnte“ [4, 5]. Dies löste auch in Deutschland eine intensive Auseinandersetzung mit dem Thema Patientensicherheit aus und förderte die Gründung verschiedener Institutionen und Initiativen, die sowohl von der Ärzteschaft als auch vom Gesetzgeber getragen werden. Hierzu gehörten 1995 die Zentralstelle der Deutschen Ärzteschaft zur Qualitätssicherung in der Medizin – seit 2003 das Ärztliche Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ) – sowie 2005 das Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS). 2009 wurde das Institut für Patientensicherheit in Bonn (IfPS) gegründet, das sich mit Forschung und Lehre zum Thema beschäftigt. Auch das Patientenrechtegesetz von 2013 und die Ergänzung der Qualitätsmanagement-Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) von 2016 waren wichtige Schritte zur Förderung der Patientensicherheit [6–11].

Als „Meilenstein“ in der Entwicklung eines modernen Konzepts von Patientensicherheit

wird jedoch vor allem der US-amerikanische Report „To Err is Human – Building a Safer Health System“ des Institute of Medicine aus dem Jahr 2000 bezeichnet. Er zeigte auf, dass Fehler im Gesundheitswesen häufig sind und in der Folge oft zu vermeidbaren unerwünschten Ereignissen führen. Daher sollten im Medizinbetrieb ein neues Verständnis für Behandlungsfehler und neue Handlungsoptionen erarbeitet werden. Diese Entwicklung wurde einerseits durch die „Versicherungskrise“ in den USA, andererseits durch die Entstehung neuer Organisationsformen, den allgemeinen wissenschaftlichen Fortschritt sowie die zunehmende Aufmerksamkeit in der Bevölkerung unterstützt und damit ein „...modernes Verständnis für das Problem Patientensicherheit...“ gefördert [5, 7, 12–15].

Fehler im Medizinbetrieb und der Umgang mit ihnen

Laut Gesundheitsberichterstattung des Bundes treten Behandlungsfehler besonders in drei Bereichen auf: in der Dokumentation, der Organisation und durch Behandlungen in ungeeigneten Einrichtungen [17]. So können potenzielle Fehlerquellen in der wachsenden Zahl diagnostischer und therapeutischer Optionen, der zunehmenden Komplexität des medizinischen Alltags, der großen Anzahl von Schnittstellen innerhalb einer Behandlung sowie im Streben nach Wirtschaftlichkeit liegen [16]. Laut der Bundesstatistik der Gutachter- und Schlichtungsstellen der Bundesärztekammer (BÄK) ist die Zahl der Anträge auf vermutete Behandlungsfehler 2018 mit knapp 10.839 leicht rückläufig. Sachentscheidungen (z. B. gutachterliche Bescheide) wurden am häufigsten im stationären Bereich bzw. in der Unfallchirurgie sowie in der Orthopädie getroffen [18]. Laut einer aktuellen Metaanalyse, die mehr als 330.000 Patienten seit dem Jahr

Neue Hessische Patientensicherheitsverordnung auf dem Weg

Eine neue Rechtsverordnung soll in Hessen die Etablierung von Patientensicherheitsbeauftragten, eines Landesbeirates und entsprechender Berichtspflichten regeln. Die Patientensicherheitsbeauftragten sollen eine Qualifikation für klinisches Risikomanagement haben, die durch das Hessische Ministerium für So-

ziales und Integration unterstützt wird. Damit sollen alle Aktivitäten für Patientensicherheit in hessischen Krankenhäusern abgebildet und zukünftige Maßnahmen gefördert werden. Die Verordnung ist jedoch bislang noch nicht veröffentlicht. [34] (red)



2000 einschloss, traten bei 12 % aller Patienten Schäden während einer medizinischen Behandlung auf. Der Anteil vermeidbarer Schäden lag bei 6 %. Von diesen wurden 12 % als schwere vermeidbare Schäden eingeordnet, die zu anhaltender Behinderung oder zum Tod der Patienten führten. Die häufigsten vermeidbaren Schäden waren mit medikamentöser Behandlung oder invasiven bzw. chirurgischen Behandlungen verknüpft. Die Prävalenz vermeidbarer Patientenschäden war unter chirurgischer oder intensivmedizinischer Behandlung im Vergleich zur Therapie im Allgemeinkrankenhaus höher [19]. Zwar haben sich die Akzeptanz und Bewältigung von Behandlungsfehlern, die auch durch die moderne Medizin entstehen können, bereits positiv entwickelt, doch muss die Fehlerkultur laufend verändert und verbessert werden, um die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse weiter zu verringern: Abseits einer „Culture of blame“ und des „Sündenbockprinzips“ sollten Behandlungsfehler im Alltag offen und sachlich sowie „prospektiv und qualitätssichernd“ bearbeitet werden können. Nur so kann aus diesen Fehlern gelernt und die Ableitung von wirksamen Gegenmaßnahmen ermöglicht werden – dies gilt sowohl für die einzelne Behandlungseinheit, als auch für „... (die) Gesundheits-Selbstverwaltung und ... das Leistungs-, Vertrags- und Versorgungsgeschehen“ [7, 16, 17, 20].

Unerwünschte Ereignisse sollen nicht einzelnen Personen zugeschrieben, sondern die grundlegenden systematischen Ansätze dieser Fehler müssen erkannt werden, um eine funktionierende Fehlerkultur zu etablieren und Maßnahmen der Risikoprävention zu entwickeln. Auch die Umgestaltung von Hierarchien, der Kommunikation sowie das „aktive Lernen aus kritischen Ereignissen“ können unter Einbeziehung aller Berufsgruppen die Patientensicherheit verbessern. Insgesamt bleibt jedoch besonders die „... langfristige Veränderung der Sicherheitskultur“ eine große Herausforderung im komplexen Medizinbetrieb. Um das Verständnis für unerwünschte Ereignisse und den Einfluss bestehender Maßnahmen auf ihre Bewältigung und Vermeidung besser zu verstehen, sind zudem weitere Erkenntnisse aus der Forschung notwendig [4, 16, 19, 20].

Einbettung Patientensicherheit

Patientensicherheit ist das Ziel sowohl des Risiko- als auch des Qualitätsmanagements und steht zudem an der Schnittstelle beider Systeme. Der Begriff wird mit unterschiedlichen Perspektiven und Schwerpunkten definiert. Im Mittelpunkt stehen aber immer die Häufigkeit unerwünschter Ereignisse, deren Gefährdungspotenzial für den Patienten sowie mögliche Lösungsansätze. Nach der Identifizierung von Fehlerquellen können Gegenmaßnahmen entwickelt werden. In Einrichtungen der Krankenversorgung sollten Risiko- und Qualitätsmanagement (RM, QM) grundsätzlich eng verknüpft sein; die Einführung entsprechender Systeme ist seit 2005 gesetzlich verpflichtend [4, 16, 20–22]. Deren praktische Umsetzung in der Einrichtung bezieht alle Mitarbeiter und Patienten ein und liegt in der Verantwortung der Leitung. Damit soll die Qualität der Patientenversorgung kontinuierlich und systematisch unter Einbeziehung aller Abläufe gefördert werden, die Einfluss auf die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität haben. Die notwendigen Anforderungen, mit denen bestimmte Qualitätsziele erreicht werden sollen, müssen durch geplante und systematische Tätigkeiten – Maßnahmen der Qualitätssicherung (QS) – erfüllt werden. Die Ergebnisse und Erkenntnisse daraus fließen wiederum in das QM-System ein. Werden die Qualitätsziele des QM nicht erreicht, liegt ein „Fehler“ vor. In der Gesundheitsversorgung sind dies „Abweichungen von der üblichen, nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft für die Erreichung des Behandlungserfolges optimalen Vorgehensweise“ [11, 21, 23]. Um die Häufigkeit von Behandlungsfehlern systematisch zu verringern, verankerte der G-BA im Jahr 2016 ausnahmslos die QM-Instrumente RM, Fehlermanagement und Fehlermeldesysteme in der QM-Richtlinie. Maßnahmen des RM sind somit ein fester Bestandteil des QM, um Fehler und unerwünschte Ereignisse zu vermeiden und eine Sicherheitskultur zu entwickeln. Das Vorgehen, ein Qualitätsziel festzulegen, dessen Umsetzungsgrad zu messen und Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung zu erarbeiten, ist in QS und QM ähnlich. QS wird als „...entschei-

dende Voraussetzung für ein leistungsfähiges Gesundheitssystem...“ gesehen und soll die Umsetzung und Verbesserung von Qualitätsmaßnahmen aller medizinischen Berufsgruppen abbilden [11, 24–26].

Gesetzliche Grundlagen

Das Sozialgesetzbuch V legt die wichtigsten Grundlagen für die Behandlungsqualität im Gesundheitswesen fest: Leistungen der Krankenversorgung sind „...in der fachlich gebotenen Qualität...“ zu erbringen. Im System der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) müssen Maßnahmen der einrichtungsübergreifenden QS und ein internes QM-System etabliert werden (§ 135a SGB V). Der G-BA legt in seinen QM-Richtlinien auch Maßnahmen zur Verbesserung der Patientensicherheit fest (§ 136a SGB V), denen in der Richtlinie eine große Bedeutung eingeräumt wird. Auch Grundzüge des RM sowie Verfahren und Elemente wie beispielsweise Fehlermeldesysteme sind dort festgelegt. Die Kassenärztlichen Vereinigungen kontrollieren im ambulanten Bereich die Qualität der vertragsärztlichen Maßnahmen (§ 135b Abs. 2 SGB V).

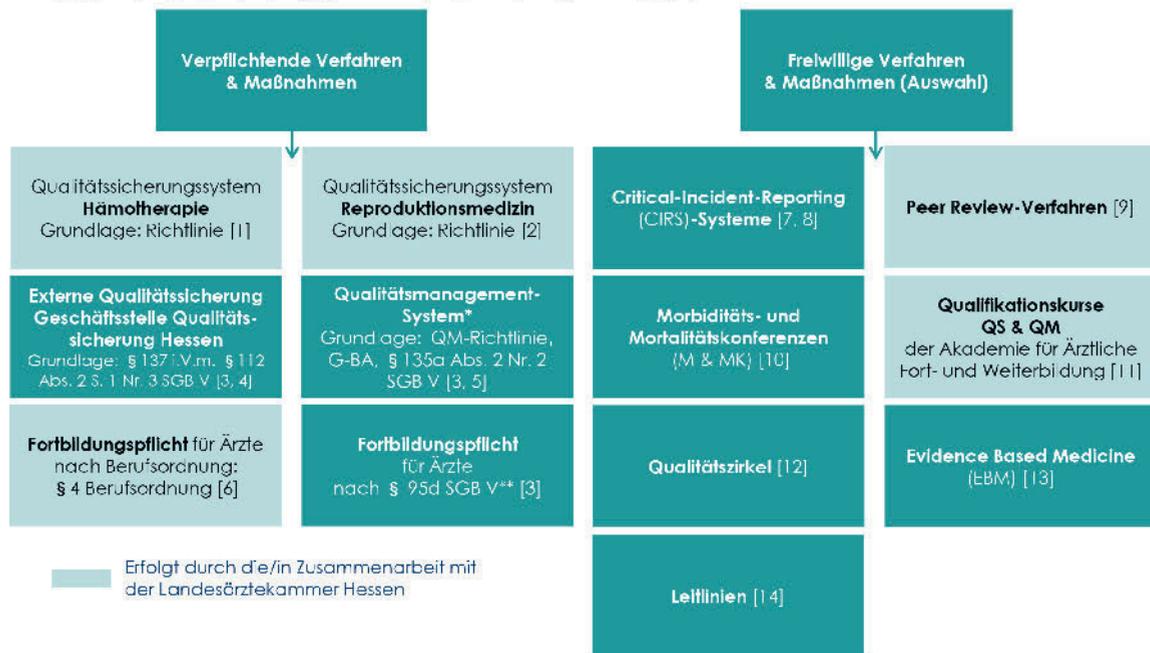
Auch die Fortbildungsverpflichtung für Ärzte ist im SGB V geregelt (z. B. § 95d)

Akteure der QS im Gesundheitswesen

- Bundesärztekammer (BÄK)
- Landesärztekammern (LÄK, ÄK)
- Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA)
- Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG)
- Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG)
- Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS)
- Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (ÄZQ)
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF)
- Aktionsbündnis Patientensicherheit (APS)

Quellen: [25, 35, 36]

Qualitätssicherung (Klinik und Praxis) in Hessen



*Vertragsärzte, -psychotherapeuten, -zahnärzte, medizinische Versorgungszentren, zugelassene Krankenhäuser

**Vertragsärzte

Abk.: G-BA=Gemeinsamer Bundesausschuss; SGB V= Sozialgesetzbuch V; QM=Qualitätsmanagement; QS=Qualitätssicherung

Grafik: Rechte bei den Autoren

[3, 11, 25–27]. QM und QS bei Pflegeeinrichtungen sind in § 112 SGB XI festgelegt. Auch in vielen weiteren Gesetzen wie dem Arzneimittelgesetz (AMG), dem Medizinproduktegesetz (MPG) oder dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) sind Qualitätsvorgaben verankert. Das Patientenrechtegesetz von 2013 enthält unter anderem Regelungen zur Fehlervermeidung sowie zum QM und RM. Die (verfahrens-unabhängige) Verpflichtung zur QS ist im Hessischen Heilberufsgesetz sowie in der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen verankert. Neben Gesetzen und Richtlinien dienen auch die evidenzbasierte Medizin (EBM), medizinische Leitlinien, Qualitätszirkel und Konferenzen (z. B. Tumorkonferenzen), die leistungsabhängige Vergütung oder das Lernen aus Fehlern mittels Fehlermeldesystemen der Sicherung der Behandlungsqualität. In Hessen soll es zudem eine Verordnung für Patientensicherheit geben, die die Etablierung von qualifizierten Patientensicherheitsbeauftragten in hessischen Kliniken sowie einen Landesbeirat für Patientensicherheit vorsieht [3, 7, 10, 25, 28–34].

Qualitätssicherung und Qualitätsmanagement im Bereich der Landesärztekammer Hessen

Bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) werden fachbezogene QS-Maß-

nahmen in der Hämotherapie und der Reproduktionsmedizin durchgeführt [37]. Dabei werden gesetzliche Vorgaben zur Überwachung bestimmter Therapien mit dem Ziel umgesetzt, die Patientensicherheit zu verbessern. Die LÄKH ist Mitglied bundesweiter Arbeitsgruppen bei der BÄK, die eine gemeinsame Grundlage für die länderspezifischen QS-Verfahren erarbeiten. In diese Gremien fließen auch Verbesserungsvorschläge der hessischen Ärzte ein, die im kollegialen Dialog bei der praktischen Umsetzung der QS-Verfahren entstehen – dies fördert deren fortlaufende Weiterentwicklung. Außerdem unterstützt die LÄKH freiwillige ärztliche Initiativen zur Sicherung und Verbesserung der Qualität wie zum Beispiel Peer-Review-Verfahren. In regelmäßigen Veranstaltungen können Ärzte, die mit QS-Funktionen betraut sind, ihre Erfahrungen austauschen und Kenntnisse auffrischen. Auch das Programm der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH zeigt die Praxisbedeutung von QS und QM. Neben Moderatorentrainings und Veranstaltungen zu Peer-Review-Verfahren wird regelmäßig ein großer Blockkurs zum ärztlichen Qualitätsmanagement angeboten, der sowohl Grundlagen als auch methodische Anwendung vermittelt [38].

Bereits 1977 wurde die unabhängig arbeitende Gutachter- und Schlichtungsstelle eingerichtet, die Anträge auf vermutete

Behandlungsfehler bearbeitet [39]. Die Überwachung der Fortbildungspflicht für Fachärzte, Zertifizierungsverfahren für medizinische Fortbildungsmaßnahmen und die Verankerung von Vorgaben in der ärztlichen Weiterbildung liegen ebenfalls bei der LÄKH, vgl. Grafik „Qualitätssicherung (Klinik und Praxis) in Hessen“.

Ausblick

Im nächsten Artikel der Serie „Patientensicherheit“ wird eine der wesentlichen Aufgaben der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und deren Bedeutung für die Patientensicherheit vorgestellt: Die Qualitätssicherung in der Hämotherapie.

Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger, MPH
Nina Walter, M.A.

Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen
E-Mail: qs@laekh.de
Fon: 069 97672-195

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

Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 2: Fehler, Verfahren und Akteure

von Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger und Nina Walter

1. Quellen zum Artikel:

- [1] Hippokratischer Eid / Genfer Gelöb- nis. Publikation der Landesärztekam- mer Hessen. Zugriff <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/publi kationen> (Zugriff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5gpa4av>
- [2] Strametz R. Grundwissen Medizin für Nichtmediziner in Studium und Praxis. 2. überarbeitete und erweiterte Auflage. UVK Verlagsgesellschaft mbH. Kon- stanz mit UVK/Lucius München 2017
- [3] <https://www.bundesgesundheitsmi nisterium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit.html> (Zu- griff 12.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6oasbou>
- [4] Hoffmann B, Rohe J. Patientensicher- heit und Fehlermanagement. Ursachen unerwünschter Ereignisse und Maßnah- men zu ihrer Vermeidung. Dtsch. Arz- tebl Int 2010; 107(6): 92–9, DOI 10.3238/arztebl.2010.0092
- [5] Cooper JK et al. Where ist the mal- practice crisis taking us? (Commentary) West J Med 127: 262 – 266, Sept. 1977
- [6] <https://www.aezq.de/aezq/uber/ aufgaben-und-ziele> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yx96wmhf>
- [7] Krüger-Brand HE, Richter-Kuhlmann E. Patientensicherheit. Viel erreicht – viel zu tun. Dtsch Arztebl 2014; 111(15): A-628 / B-541 / C-521
- [8] <https://www.aps-ev.de/kurzpor trait/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxsgpef3>
- [9] <https://www.ifpsbonn.de/> (Zugriff 15.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y5z66yxy>
- [10] Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. <https://www.bundesärztekammer.de/recht/gesetze-und-verordnungen/pa- tientenrechtgesetz/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4v7r4q2>
- [11] Richtlinie des Gemeinsamen Bundes- ausschusses über grundsätzliche Anfor- derungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärz- tinnen und Vertragsärzte, Vertragspsy- chotherapeutinnen und Vertragspsy- chotherapeuten, medizinische Versor- gungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelas- sene Krankenhäuser (Qualitätsmanage- ment-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016 <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6cwafbf>
- [12] Institute of Medicine. 2000. To Err Is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: The National Aca- demies Press. <https://doi.org/10.17226/ 9728>. [https://www.nap.edu/read/ 9728/chapter/1#xi](https://www.nap.edu/ catalog/9728/to-err-is-human-buil- ding-a-safer-health-system) (Zugriff 17.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4doak8m>
- [13] Linda T. Kohn et al. Editors; Commit- tee on Quality of Health Care in Ameri- ca, Institute of Medicine. To Err Is Hu- man: Building a Safer Health System. ISBN: 0–309–51563–7, 312 pages, 6 x 9, (2000) This PDF is available from the National Academies Press at: <http://www.nap.edu/catalog/ 9728.html> <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK225184/> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yy2kou3l>
- [14] Schrappe M, APS-Weißbuch Patien- tensicherheit. Sicherheit in der Gesund- heitsversorgung: neu denken, gezielt verbessern. MWV Medizinisch Wissen- schaftliche Verlagsgesellschaft Berlin, 2018
- [15] Vogt L, Sopka S. Patientenversorgung – aber sicher. Strukturierte Übergabe. Anaesthetist 2017, 66:393–395. DOI 10.1007/s00101–017–0324–2. Online publiziert: 16. Mai 2017. © Springer Medizin Verlag GmbH 2017. <https://link.springer.com/arti cle/10.1007/s00101–017–0324–2> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y39tewa4>
- [16] Merkle, Walter. Risikomanagement und Fehlervermeidung im Krankenhaus. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2014
- [17] Robert-Koch-Institut (Hrsg.) Ges- undheitsberichterstattung des Bun- des. Heft 04/01. Medizinische Behand-

- lungsfehler in Deutschland
https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=2ahUKEwiOjqGw8jjAhWI3KQKHWRAC&url=http%3A%2F%2Fwww.gbe-bund.de%2Fpdf%2FBehand.pdf&usg=AOvVaw3Mbn9EA_r53dfEJ8mNYg8a (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxvszc93>
- [18] Bundesärztekammer. Statistische Erhebung der Gutachterkommissionen und Schlichtungsstellen für das Statistikjahr 2018 <https://www.bundesaerztekammer.de/patienten/gutachterkommissionen-schlichtungsstellen/behandlungsfehler-statistik/2018/> (Zugriff 29.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4s3mas6>
- [19] Panagioti M et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*: first published as 10.1136/bmj.l4185 on 17 July 2019 <http://www.bmj.com/> (Zugriff 19.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/5tmmng>
- [20] Seyfarth-Metzger I et al. Neue Herausforderungen an das Qualitätsmanagement: Wirtschaftlichkeit und Patientensicherheit. *Das Krankenhaus* 09/2005. 757 – 764
- [21] Sens B et al für Deutsche Gesellschaft für Medizinische Informatik, Biometrie und Epidemiologie e.V. (Gmds) und Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung e.V. (GQMG). *Begriffe und Konzepte des Qualitätsmanagements*. 4. Auflage. GMS Med Inform Biom Epidemiol. 2018;14(1):Doc04. DOI: 10.3205/mibe000182 <http://www.egms.de/en/journals/mibe/2018-14/mibe000182.shtml> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyl6383r>
- [22] GQMG-Arbeitsgruppe Risikomanagement. *Sicherheitskultur im Gesundheitswesen*. Geschäftsstelle, Industriestraße 154, 50996 Köln. Beschluss des GQMG-Vorstands vom 7. März 2019
- [23] Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin (Hrsg.). *Kompodium Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung*. 3. Auflage 2009. Deutscher Ärzteverlag, Berlin
- [24] Gemeinsamer Bundesausschuss (G-BA). *Verpflichtendes Qualitätsmanagement in Praxen und Kliniken: Klarstellungen an neuer Richtlinie*. [Online] 2016. [Zitat vom: 23. 07 2019.] <https://www.g-ba.de/presse/pressemitteilungen/640/> (Zugriff 26.09.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxsh3otw>
- [25] Robert Koch-Institut (Hrsg.) *Gesundheit in Deutschland*. Gesundheitsberichterstattung des Bundes. Gemeinsam getragen von RKI und Destatis. RKI, Berlin, 2015. http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_lo-gon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=VR&p_sprache=D&p_suchstring=Gesundheit%20in%20Deutschland (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y4fxx5mn>
- [26] Bundesgesundheitsministerium. *Qualität im Krankenhaus*. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/qualitaet-krankenhausversorgung.html> (Zugriff 30.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6nz7toq>
- [27] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/index.html#BJNR024820988BJNE015301308 (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3xaj2hz>
- [28] Das Elfte Buch Sozialgesetzbuch – Soziale Pflegeversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 26. Mai 1994, BGBl. I S. 1014, 1015), das zuletzt durch Artikel 10 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_11/index.html#BJNR101500994BJNE017103301 (Zugriff 01.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yyoiejz6>
- [29] Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 11 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/amg_1976/ (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/yxw4uzop>
- [30] Medizinproduktegesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. August 2002 (BGBl. I S. 3146), das zuletzt durch Artikel 7 des Gesetzes vom 18. Juli 2017 (BGBl. I S. 2757) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/mpg/> (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2rtw8fk>
- [31] Infektionsschutzgesetz vom 20. Juli 2000 (BGBl. I S. 1045), das zuletzt durch Artikel 14 b des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. <https://www.gesetze-im-internet.de/ifsg/> (Zugriff 26.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yya2r9so>
- [32] Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66, 242), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)). § 5 Absatz 1, Nummern 1, 4, 6 und § 25 Nr. 15. <https://www.laekh.de/aerzte-rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 11.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>

[33] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I – VIII), geändert am 10. Januar 2000 (HÄBL 2/2000, S. 56 – 60), am 8. Januar 2001 (HÄBL 2/2001, S. 84 – 86), am 2. Dezember 2002 (HÄBL 1/2003, S. 50 – 52), am 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 51–52), am 24. Mai 2005 (HÄBL 7/2005, S. 496–498), am 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 57), am 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 325–330), am 1. Dezember 2008 (HÄBL 1/2009, S. 74), am 5. Mai 2010 (HÄBL 6/2010, S. 392), am 26. Juni 2013 (HÄBL 8/2013, S. 646), am 1. Oktober 2014 (HÄBL 11/2014, S. 662) und am 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 654), zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 2/2019, S. 137). §§ 5 und 13. <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 11.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>

[34] <https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/welttag-der-patientensicherheit-am-17-september-2019-0> (Zugriff 09.12.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/qnn8rg>

[35] <https://www.laekh.de/> (Zugriff 02.08.2019)

[36] <https://www.bundesaerztekammer.de/> (Zugriff 02.08.2019)

[37] <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaets-sicherung/qs-massnahmen> (Zugriff 22.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2vzjry3>

[38] <https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitaetsmanagement> (Zugriff 19.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3bgexg9>

[39] <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rund-ums-recht-gutachter-und-schlichtungsstelle> (Zugriff 02.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3txbjof>

2. Quellen zur Grafik „Qualitätssicherung – Klinik und Praxis – in Hessen“:

[1] Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten (Richtlinie Hämotherapie). Aufgestellt gemäß § 12a und § 18 Transfusionsgesetz von der Bundesärztekammer im Einvernehmen mit dem Paul-Ehrlich-Institut. <https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/medizinethik/wissenschaftlicher-beirat/veroeffentlichungen/haemotherapie-transfusionsmedizin/richtlinie/> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yx6m6d5c>

[2] Richtlinie zur Entnahme und Übertragung von menschlichen Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/assistierte-reproduktion/Deutsches_Aerzteblatt.11.05.2018. DOI: 10.3238/arztebl.2018.Rili_assReproduktion_2018

[3] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 2 des Gesetzes vom 6. Mai 2019 (BGBl. I S. 646) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3nhdejc>

[4] Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH). <https://www.gqhnet.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[5] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger

(BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016 <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> (Zugriff 18.07.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y6cwafbf>

[6] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 2. September 1998 (HÄBL 10/1998, S. I–VIII), geändert am 10. Januar 2000 (HÄBL 2/2000, S. 56–60), am 8. Januar 2001 (HÄBL 2/2001, S. 84 – 86), am 2. Dezember 2002 (HÄBL 1/2003, S. 50 – 52), am 3. Dezember 2003 (HÄBL 1/2004, S. 51–52), am 24. Mai 2005 (HÄBL 7/2005, S. 496–498), am 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 57), am 10. April 2007 (HÄBL 5/2007, S. 325–330), am 1. Dezember 2008 (HÄBL 1/2009, S. 74), am 5. Mai 2010 (HÄBL 6/2010, S. 392), am 26. Juni 2013 (HÄBL 8/2013, S. 646), am 1. Oktober 2014 (HÄBL 11/2014, S. 662) und am 7. Oktober 2015 (HÄBL 11/2015, S. 654), zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 2/2019, S. 137) <https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ybtwww9z>

[7] <https://www.cirsmedical.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[8] <https://www.jeder-fehler-zaehlt.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[9] Peer Review-Verfahren <https://www.laekh.de/aerzte/qualitaets-sicherung/qs-massnahmen/peer-review> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxp4avm9>

[10] Bundesärztekammer (Hrsg.) Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fort- und Weiterbildung. Band 32: Methodischer Leitfaden Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M & MK), <https://www.bundesaerztekammer.de/presse/pressemitteilungen/news-detail/baek-veroeffentlich-leitfaden-fuer-morbidaets-und-mortalitaetskonferenzen>

(Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink:
<https://tinyurl.com/y3zacfay>

[12] <https://www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/> (Zugriff 09.08.2019)

[11] <https://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/fachgebiet/Qualitaetsmanagement> (Zugriff 09.08.2019) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y3bgexg9>

[13] <http://www.ebmfrankfurt.de/> (Zugriff 09.08.2019)

[14] <https://www.awmf.org/leitlinien.html> (Zugriff 09.08.2019)

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

Telefonische Informationen: Christina Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS) Modul 3 – Aufbaukurs „ABS“

Mo., 11.–Fr., 15. März 2020 42 P

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

Gebühr: 1.000 € (Akademiestudierende 900 €)

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot

Mi., 26.–Do., 27. Februar 2020 16 P

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

Gebühr: 360 € (Akademiestudierende 324 €)

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Theoretischer Teil: Mo., 18.–Mi., 20. Mai 2020 35 P

Beginn Telelernphase: 18. April 2020

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

Gebühren: 640 € (Akademiestudierende 576 €)

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Reisemedizin **Mi., 06. Mai 2020**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
H.-R. Tinneberg,
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße

Gebühr: 30 € (Akademiestudierende 27 €)

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

Innere Medizin

Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG).

Fr., 07.–Sa., 08. Februar 2020

Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Gebühr: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

Auskunft/Anmeldung:

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

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) -
Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesell-
schaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung
Diabetes mellitus Typ 2.

Teile 1 + 2: Mi., 18. März 2020 6 P

Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

Gebühr: 60 € (Akademiestudierende 54 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

EKG-Kurs

Fr., 03.–Sa., 04. April 2020 22 P

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

Gebühr: € 320 (Akademiestudierende € 288)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ia: **Fr., 14.–Sa., 15. Februar 2020**

Gebühr: 210 € (Akademiestudierende 189 €)

Modul Ib: **Fr., 06.–Sa., 07. März 2020**

Gebühr: 210 € (Akademiestudierende 189 €)

Modul Ic: **Fr., 08.–Sa., 09. Mai 2020**

Gebühr: 280 € (Akademiestudierende 252 €)

Verkehrsmmedizinische Begutachtung

Modul I – III **Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020** 12 P

Gebühr: 250 € (Akademiestudierende 225 €)

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

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

Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik u. Therapie der Schlafapnoe
Teil 1: Fr., 24.–Sa., 25. April 2020 **insg. 34 P**
Teil 2: Fr., 08.–Sa., 09. Mai 2020
Teil 3 (Praktikum): Fr., 15. Mai 2020
Ort Praktikum: Hofheim, Schlafmedizinisches Zentrum
Leitung: Dr. med. J. Heitmann,
 Dipl.-Psych. M. Specht,
 Prof. Dr. med. R. Schulz
Gebühr: 650 € (Akademiestudenten 585 €)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Moderatorenttraining

Fr., 03.–Sa., 04. April 2020 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Mainz, Korbach
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
 E-Mail: andrea.flloeren@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ – Kinderchirurgie/Rheumatologie;
 Neuropädiatrie**
Mi., 11. März 2020 **7 P**
Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt
Gebühr: 75 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block II: Fr., 12.–Sa., 15. Februar 2020 **31 P**
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Ort: Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift
Gebühr: 500 € (Akademiestudenten 450 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flloeren@laekh.de

Rechtsmedizin

Leichenschau
Mi., 04. März 2020, Mi., 11. März 2020
Mi., 18. März 2020 und Mi., 25. März 2020, jeweils 15:00 Uhr
Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt im Rehawesen, Refresher
Do., 20. Februar 2020 **8 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf,
 Dr. med. S. Hofmann, Dr. med. K. Steul
Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Reisemedizin

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar
Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 und Fr., 24.–Sa., 25. April 2020
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Gebühr: 560 € (Akademiestudenten 504 €)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Psychosomatik

**Die große Lustlosigkeit –
 Sexuelle Überstimulierung und sexuelle Funktionsstörungen**
Sa., 15. Februar 2020 **7 P**
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider,
 Frankfurt
Gebühren: 90 € (Akademiestudenten kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flloeren@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs: Sa., 15. Februar 2020 **je 4 P**
 (Theoretische und praktische Unterweisung)
Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestudenten 90 €)
 Praxis: 60 € (Akademiestudenten 54 €)

Aktualisierungskurs Sa., 14. März 2020 **8 P**
Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Spezialkurs Interventionsradiologie
Fr., 24. April 2020 **8 P**
Gebühr: 180 € (Akademiestudenten 162 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Leitung: Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle,
 Frankfurt

Weitere Kurse siehe auch unter www.akademie-laekh.de

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

Notfall- und Intensivmedizin

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 18. März 2020 8 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo., 03.–Fr., 07. Februar 2020 40 P

Leitung: J. Blau, Hofheim

Gebühr: 750 € (Akademiestatistiker 675 €)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 05.–Sa., 07. März 2020 30 P

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

M. Leimbeck, Braunsfels

Gebühr: 420 € (Akademiestatistiker 378 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

42. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Mo., 20.–Fr., 24. April 2020 51 P

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga

Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. G. Rohde

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

Gebühr: 650 € (Akademiestatistiker 585 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Datenschutz

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

Mittwoch, 29. Januar 2020 4 P

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.

H.-R. Tinneberg, A. Wolf, Frankfurt

Gebühr: 70 € (Akademiestatistiker 63 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 06. Mai 2020 8 P

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechthelm

Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Fr., 23. Oktober 2020 8 P

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns

Dr. med. E. Reichwein, Villmar

Gebühren: je 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Interdisziplinärer Grundkurs– periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße

Do., 13.–Fr., 14. Februar 2020 (Theorie)

Sa., 15. Februar 2020 (Praktikum)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest

Gebühr: 520 € (Akademiestatistiker 468 €)

Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Do., 04.–Sa., 06. Juni 2020

Gebühr: 440 € (Akademiestatistiker 396 €)

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hinversorgenden Gefäße

Fr., 27.–Sa., 28. November 2020

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

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

für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Grundkurs

Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020 (Theorie)

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

Gebühr: 540 € (Akademiestatistiker 486 €)

Aufbaukurs

Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 (Theorie)

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

Gebühr: 540 € (Akademiestatistiker 486 €)

Abschlusskurs

Sa., 31. Oktober 2020 (Theorie)

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

Orte Praktika: **Rhein-Main-Gebiet**, div. Kliniken

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,

für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I: **Sa., 29. Februar 2020**

Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

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

Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

Ultraschall-Trainingstag: **Sa., 16. Mai 2020**

Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

Leitung: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 04. April 2020

10 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken. Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telearnphase voraus.

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

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

Block A1: **Mi., 29. Januar–Mi., 05. Februar 2020**

Beginn Telearnphase: 17. Dezember 2019

B1: **Mi., 18.–Mi., 25. März 2020**

Beginn der Telearnphase: 11. Februar 2020

C1: **Mi., 13.–Mi., 20. Mai 2020**

Beginn Telearnphase: 14. April 2020

Gebühr: je Block 650 €
(Akademiestudierende 585 €)

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G1 – G2: **Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020**

G3 – G4: **Fr., 21.–Sa., 22. Februar 2020**

G5 – G6: **Fr., 13.–Sa., 14. März 2020**

G7 – G8: **Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020**

G9 – G10: **Fr., 18.–Sa., 19. September 2020**

G11 – G12: **Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020

Fr., 21.–Sa., 22. Februar 2020

Fr., 13.–Sa., 14. März 2020

Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020

Fr., 18.–Sa., 19. September 2020

Fr., 13.–Sa., 14. November 2020

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

Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden. Weitere Termine werden 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

Kursblock III: Aufbaukurs HWS, BWS, CTG und LWS, SIG

Fr., 24.–Sa., 25. Januar u. Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2020

Kursblock IV: Aufbaukurs Muskel-Kiefer

Fr., 19.–Sa., 20. Juni u. Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020

(inkl. 20 UE E-Learning)

Kursblock V: Aufbaukurs Optimierung OE/HWS-BWS-CTG und UE/LBB-Region

Fr., 23.–Sa., 24. Oktober u. Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühren: Kursblock III, V je 650 €
(Akademiestudierende 585 €)

Kursblock IV 1.000 €

(Akademiestudierende 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Block A: Fr., 28.–Sa., 29. Februar 2020

20 P

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
Dr. med. T. Wiehn, Königstein

Block D: Fr., 27.–Sa., 28. März 2020

20 P

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
Dr. med. S. Moreau, Frankfurt

Block C: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020

20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Block B: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020

20 P

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Gebühren: je Block 300 €
(Akademiestudierende 270 €)

Orte: Block A, D, C: Bad Nauheim, BZ LÄKH,
Block B: Kassel, Klinikum

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de



Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C – Modul IIb:	Sa., 01. Februar 2020
Leitung:	Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg Dr. med. R. Gerst, Waldeck
Kurs A – Modul I:	Fr., 15.–Sa., 16. Mai 2020
Kurs B – Modul IIa:	Fr., 18.–Sa., 19. September 2020
Leitung:	Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühren:	Kurs A / B jeweils jeweils 300 € (Akademiestudierende 270 €) Kurs C 150 € (Akademiestud. 135 €)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 19.–Sa., 20. Juni 2020 **16 P**

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühr: 260 € (Akademiestudierende 234 €)

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

Psychosomatische Grundversorgung

26. 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 und 20 Stunden Theorie.

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

Fr., 17.–Sa., 18. Januar 2020	16 P
Fr., 06.–Sa., 07. März 2020	16 P
Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020	16 P
Fr., 25.–Sa., 26. September 2020	16 P
Fr., 16.–Sa., 17. Oktober 2020	16 P
Fr., 20.–Sa., 21. November 2020	16 P

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren je Block: 280 € (Akademiestudierende 252 €)

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1:	Fr., 10.–Sa., 11. Januar 2020
Gebühr:	200 € (Akademiestudierende 180 €)
Kursteil 2:	Fr., 31. Januar–Sa., 01. Februar 2020
Gebühr:	210 € (Akademiestudierende 189 €)
Kursteil 3:	Fr., 07.–Sa., 08. Februar 2020
Gebühr:	220 € (Akademiestudierende 198 €)
Kursteil 4:	Fr., 28.–Sa., 29. Februar 2020
Gebühr:	220 € (Akademiestudierende 198 €)
Leitung:	D. Paul, Frankfurt
Orte:	Kurstelle 1–3: Frankfurt , Bürgerhospital und SAGS Kurstelle 4: Friedrichsdorf , Salus Klinik
Auskunft/Anmeldung:	C. Winkler, Fon: 06032 782-208, E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block II a: Do., 27.–Sa., 29. Februar 2020	24 P
Projekt-/Heimarbeit: 02. März–02. Juni 2020	16 P
Block II b: Mi., 03.–Sa., 06. Juni 2020	32 P
Block III a: Mi., 09.–Sa., 12. September 2020	32 P
Telelernphase: 14. September–10. November 2020	24 P
Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020	32 P
Gebühren:	Blöcke II a, II b, III a, III b je: 770 € (Akademiestudierende 693 €)
Leitung:	N. Walter, Frankfurt

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 1	Di., 10.–Sa., 14. März 2020	40 P
Leitung:	Dr. med. C. Riffel, Darmstadt	
Gebühr:	700 € (Akademiestudierende 630 €)	
Fallseminar Modul 2	Mo., 22.–Fr. 26. Juni 2020	40 P
Leitung:	Dr. med. W. Spuck, Kassel	
Gebühr:	700 € (Akademiestudierende 630 €)	
Fallseminar Modul 3	Mo., 16.–Fr., 20. November 2020	40 P
Leitung:	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden	
Gebühr:	800 € (Akademiestudierende 720 €)	
Kurs-Weiterbildung	Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020	40 P
Gebühr:	700 € (Akademiestudierende 630 €)	
Leitung:	Dr. med. K. Mattek, Hanau	

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



Sportmedizin

Der Umfang der Weiterbildung beträgt 240 Stunden. Die inhaltliche Zusammensetzung ist auf die aktuellen Bestimmungen der WBO der LÄKH ausgerichtet. Der Kurs enthält theoretische und – in großem Umfang – praktische Elemente.

ZTK 4: Mo., 30.–Di., 31. März 2020 16 P
Systemerkrankungen und Sport – von der Prävention zur Therapie (Senioren)

ZTK 10: Mi., 01.–Do., 02. April 2020 16 P
Sportmedizinische internistische/kardiologische Grundlagen

ZTK 7: Fr., 03.–Sa., 04. April 2020 16 P
Basiskurs sportmedizinische Aspekte des Stütz- und Bewegungsapparates

Weitere Termine unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer,
Gebühren: je ZTK 300 €
(Akademiemitglieder 270 €)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 11.–Sa., 14. November 2020

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

Gebühr ges.: 520 € (Akademiemitglieder 468 €)

Gebühr/Tag: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 30. März–Sa., 04. April 2020

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

Gebühr ges.: 600 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 540 €)

Gebühr/Tag: 180 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 162 €)

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

Grundkurs: Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Kursblock A: Mo., 31. August–Fr., 04. September 2020

Kursblock B: Mo., 07.–Fr., 11. September 2020

Gebühren: je Kursblock 350 €
(Akademiemitglieder 315 €)

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

Bildungszentrum 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





Kardiologie (KAR) 120 Stunden

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

Termin: ab 19.03.2020

Gebühr: 1.180 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin (BET)

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

Termin: ab 06.05.2020

Gebühr: 1.700 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC)

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 1z): ab Do., 06.02.2020

Teilnahmegebühr: 340 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten (MED 12)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/-innen, die bereits die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten erworben haben, ihren Kenntnisstand aktualisieren und die Gelegenheit zum fachlichen Austausch nutzen möchten.

Termin (MED 12_1): Mi., 06.05.2020, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

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

Datenschutzbeauftragte/-r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (PAT 19)

Inhalte: 20-stündige Fortbildung für Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß Bundesdatenschutzgesetz die Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben der Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

Termin: PAT 19_3: Fr., 03.04.–Sa., 04.04.2020 (Präsenzphase) und So., 05.04.–So., 19.04.2020 (Telelernphase)

Gebühr: 255 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax -180

Impfungen (MED 4)

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

Termin: Sa., 14.03.2020, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 95 €

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

Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil 1 (PAT 11)

Inhalte: Zielgruppe sind Berufsanfänger/-innen und Wiedereinsteiger/-innen sowie an Mitarbeiter in der ärztlichen Praxis, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

Termin (PAT 11_1): Sa., 15.02.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 110 €

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

Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil II (PAT 12)

Inhalte: Hier werden die Grundlagen der Honorarverteilung, die unterschiedliche Vergütung der ärztlichen Leistungen mit den daraus folgenden Konsequenzen für die Abrechnung erläutert.

Termin: Sa., 28.03.2020, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 110 €

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

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV.

Zielgruppe sind MFA, Arzthelferinnen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin (STR A 1_1): Sa., 16.03.2020, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 110 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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



Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Inhalte: Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin (PVK 1_1): Sa., 04.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 80 €

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)

Inhalte: Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen mit praktischen Beispielen wiederholt und vertieft.

Termin (PVK 2_1): Sa., 18.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 80 €

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Inhalte: Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Termin (PVK 4_1): Sa., 21.03.2020 und Sa., 28.03.2020,
jeweils 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 130 €

Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)

Inhalte: Kapillare Blutentnahme, Glucose- und Cholesterinmessungen, Blutsenkungsgeschwindigkeitsbestimmung, Harnstatus, Mikroskopierübungen, Messungen zum BMI, Blutdruck- und Pulsmessung, Ruhe-EKG.

Termin (PVK 5_1): Sa. 08.02.2020, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 95 €

Praxisorganisation Teil 1 Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 6)

Inhalte: Anhand exemplarischer Aufgabenstellungen werden ausgewählte Themen aus dem kaufmännischen Prüfungsbe-
reich wiederholt und praktisch geübt.

Termin (PVK 6): Sa., 14.03.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 80 €

Praxisorganisation Teil 2 Verwaltung und Wirtschaftskunde (PVK 7)

Inhalte: Arbeitsrecht, Vertragsrecht, Steuern

Termin (PVK 7): Sa., 09.04.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 80 €

Kontakt: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175,
Fax: -180

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

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

Termine zur Vorbereitung auf die Winterprüfung

(PVK 3_2): Sa., 15.02.2020

oder

Termine zur Vorbereitung auf die Sommerprüfung

(PVK 3_3): Sa., 04.04.2020 oder

(PVK 3_4): Sa., 25.04.2020, jeweils 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 95 €

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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung & 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 Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin (FAW 2): ab 14.05.2020

Gebühr Pflichtteil: 1.580 €

Prüfungsgebühren: 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

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 782-230 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Das Hessische Krebsregister zieht ins Mertonviertel

Neue Adresse seit Dezember 2019: Lurgiallee 10 in Frankfurt am Main

Die drei Registerteile des Hessischen Krebsregisters sind seit Anfang Dezember in neuen Räumlichkeiten unter einem Dach vereint. Während die Landesauswertungs- und Abrechnungsstelle schon am 2. Dezember 2019 den neuen Standort bezogen haben, nahm eine Woche später, am 9. Dezember 2019, die Vertrauensstelle ihre Arbeit in den neuen Räumen auf.

Hessischer Standort der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung

Die Vertrauensstelle ist seit Beginn der epidemiologischen Krebsregistrierung in Hessen Anfang der 2000er-Jahre etabliert und war bislang im Frankfurter Stadtteil Hausen angesiedelt. Mit Inkrafttreten des Krebsfrüherkennungs- und -registrierungsgesetzes (KFRG) im Jahr 2013 und der Novellierung des Hessischen Krebsregistrierungsgesetzes (HKRG) 2014 erfolgten der Umbau und die Weiterentwicklung hin zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Die daraus resultierenden umfangreiche-

ren Aufgaben mit dazugehörigem Personalausbau erforderten auch eine räumliche Veränderung.

Zudem sollte die räumliche Distanz zwischen den drei Registerteilen – die Landesauswertungs- und Abrechnungsstelle befanden sich bis zu dem Umzug am Nordwestzentrum in Frankfurt am Main – minimiert werden. Passende Räumlichkeiten hierfür wurden in Frankfurts Mertonviertel gefunden.

**Neue Adresse
des Hessischen Krebsregisters
ab 9. Dezember:
Lurgiallee 10
60439 Frankfurt am Main**

Das Hessische Krebsregister ist somit unter einem Dach vereint und wird die Möglichkeiten, die der neue Standort zur Durchführung von Veranstaltungen bietet, nutzen. In den großen Besprechungsräumen sollen zukünftig vermehrt Informationsveranstaltungen für Ärztinnen und Ärzte oder Schulungen für Tumordokumentierende stattfinden. Ziel ist es, eine Anlaufstelle für Interessierte zu bieten und den Austausch mit dem Hessischen Krebsregister zu fördern.



Blick auf das neue Gebäude.

Informationen, die Wegbeschreibung zum neuen Standort und Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Umzug finden Sie auf der Website des Hessischen Krebsregisters: www.hessisches-krebsregister.de

Informationen, die Wegbeschreibung zum neuen Standort und Antworten auf häufig gestellte Fragen zum Umzug finden Sie auf der Website des Hessischen Krebsregisters: www.hessisches-krebsregister.de

Dr. med. Corinne Kasan

Vertrauensstelle

des Hessischen Krebsregisters

Fon: 069 5660876-0

E-Mail: info@hessisches-krebsregister.de

Leserbriefe

Leserbrief zur Leserschrift „Hausärztlich tätige Internisten nicht vergessen“ von Dr. med. Björn Müller, HÄBL 12/2019, S. 718

Ausgrenzung der hausärztlichen Internisten

Ich kann dem Leserbrief von Dr. med. Björn Müller nur zustimmen. Ich empfinde die momentane Regelung der Förderung von Weiterbildungsassistenten als skandalöse Ausgrenzung der hausärztlichen Internisten. Ich sehe nach 20-jähriger Hausarztztätigkeit jedenfalls keinen Grund von mangelnder Befähigung meinerseits, da alle in der Weiterbildungsordnung genannten Anforderungen von mir seit Jahr(zehnt)en täglich mit Erfolg erfüllt werden. Dies wird in der Antwort von Prof. Baum und Kollegin Buchalik auch nicht in Zweifel gestellt, glasklar kann man lesen: Man braucht uns hausärztliche In-

ternisten nicht! Warum den Förderungskuchen mit den Internisten teilen? Hier geht es um Berufspolitik!

Sollte die WBO in diesem Sinne beschlossen werden, kann der Hausärzteverband und die DGAM nicht mehr die Heimat der hausärztlichen Internisten sein! Es ist zu überlegen, ob man bewusst diesen Keil in die hausärztliche Grundversorger treibt. Dies bedeutet eine deutliche Schwächung, immerhin sind es 30 %, die damit mehr oder weniger ausgegrenzt werden.

Dr. med. Joachim Schnell
Internist, Wehrheim

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/Main.



Foto: Werner Hilpert – Fotolia.com

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes

Beiträge ab 1. Januar 2020

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI).

Gesetzliche Rechengrößen 2020		
	alte Bundesländer	neue Bundesländer
Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und zum Versorgungswerk	18,6 % des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens	
Beitragsbemessungsgrenze monatlich	6.900,00 €	6.450,00 €
Monatliche Pflichtbeiträge ab 1. Januar 2020		
	Beitrag maximal	Beitrag maximal
Angestellte Ärztinnen und Ärzte		
mit Befreiung von der gRV ¹	1.283,40 €	1.199,70 €
ohne Befreiung von der gRV ²	641,70 €	599,85 €
Niedergelassene Ärztinnen und Ärzte		
ohne Vertragsarztzulassung in Hessen ³	1.283,40 €	
mit Vertragsarztzulassung in Hessen ³	641,70 €	
außerhalb Hessens	1.283,40 €	1.199,70 €
Selbstständig Tätige ohne Niederlassung	1.283,40 €	1.199,70 €
Weitere Beitragsarten		
Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung	alte Bundesländer: 128,34 € neue Bundesländer: 119,97 €	
Höherversorgung (Pflichtbeitrag + Höherversorgung)	alte Bundesländer: 2.566,80 € neue Bundesländer: 2.399,40 €	
¹ Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) auf Antrag gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI ² ohne Antrag auf Befreiung von der Versicherungspflicht in der gesetzlichen Rentenversicherung (gRV) gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI und mit Beitragsermäßigung nach § 9 Abs. 3 der Satzung ³ nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte		



Endokrinologie der Lebensspanne

63. Deutscher Hormon-Kongress vom 4.–6. März 2020 in Gießen

Vom 4.–6. März 2020 findet der 63. Deutsche Kongress für Endokrinologie an der Universitätsstadt Gießen statt. Die Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Endokrinologie (DGE) wird auf dem Campus Naturwissenschaften der Justus-Liebig-Universität abgehalten.

Erstmalig üben ein Kinder-Endokrinologe (Prof. Dr. med. Stefan A. Wudy) und ein Erwachsenen-Endokrinologe (Prof. Dr. med. Andreas Schäffler) gemeinsam die Tagungspräsidentschaft aus. Passend dazu lautet das Motto des Kongresses „Endocrinology of the Life Span“: Die hormonellen Konstellationen und Erkrankun-

gen in den unterschiedlichen Lebensphasen des Menschen bestimmen große Teile des Programms. Dem Thema der „Transition“, das heißt des Übergangs endokrinologischer Patienten von Kindheit und Jugend ins Erwachsenenalter, wird ebenfalls breiter Raum gewidmet.

Im Anschluss an die Jahrestagung wird der Dachverband Osteologie den Grundkurs III zu Knochenerkrankungen am 7. und 8. März 2020 anbieten.

Für den klinischen und wissenschaftlichen Nachwuchs tritt die YARE (Young Active Research in Endocrinology) wieder mit einem eigenen Symposium hervor und wird

den beliebten Science Slam abhalten. Für Studierende fallen keine Tagungsgebühren an!

Unter www.dge2020.de ist die Website der Tagung aufrufbar und bietet Gelegenheit zur Programmeinsicht, Registrierung und Abstracteinreichung.

Prof. Dr. med. Stefan A. Wudy
und **Prof. Dr. med. Andreas Schäffler**
(Kongresspräsidenten)

Dr. biol. hum. Michaela F. Hartmann
und **PD Dr. Thomas Karrasch**
(Kongresssekretäre)

Fortbildung: Grundlage reisemedizinischer Kompetenz

Jedes Jahr reisen zwei Drittel der Deutschen ins Ausland. Über die Hälfte dieser Reisen führt in Regionen mit einem im Vergleich zu Deutschland erhöhten gesundheitlichen Risiko. Das Spektrum von Erkrankungen wandelt sich außerdem durch klimatische Veränderungen und Migration. Durch diese Entwicklungen werden zunehmend reisemedizinische Fragen und Problemstellungen an Ärztinnen und Ärzte herangetragen.

Eine herausragende Bedeutung im Bereich der Reisemedizin hat die Prävention. Im Vordergrund stehen dabei Maßnahmen zur Infektionsprophylaxe und Impfungen. Die Statistik über Erkrankungen unterwegs zeigt allerdings, dass schwerwiegende Risiken überwiegend in nicht infektiösen medizinischen Bereichen liegen. Dazu zählen Unfälle und Verschlechterung von bereits bekannten oder auch das akute Auftreten von bisher unbekanntem Vorerkrankungen.

Im Kurs „Reisemedizinische Gesundheitsberatung“ werden unter anderem die Bereiche Geomedizin, Impfungen, Kontakt mit Gifttieren, Malariaprophylaxe, Tauchmedizin, Unfälle auf Reisen, medizinische Probleme bei Langzeitaufenthalten und Arbeitseinsätzen sowie Reisen von Risikogruppen wie chronisch Kranke, Schwangere und Senioren behandelt. Eine praxisnahe Vermittlung des Wissens und die

Möglichkeit zum Erfahrungsaustausch stehen dabei Mittelpunkt.

Dr. med. Ulrich Klinsing

Leiter des Kurses
„Reisemedizinische
Gesundheits-
beratung“,
Facharzt für
Allgemeinmedizin,
Frankfurt



Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar

Termine:

Teil 1: Fr. 20.03.–21.03.2020 Ort: Bad Nauheim
Teil 2: Fr. 24.04.–5.04.2020 Ort: Bad Nauheim

Information und Anmeldung:

Joanna Jerusalem, Akademie der LÄK Hessen
Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de



www.akademie-laekh.de

Das Aktionsnetz Heilberufe in Amnesty International

Geschichte und Aktivitäten

Das Aktionsnetz Heilberufe in Amnesty International (AI) Deutschland kann inzwischen auf eine lange Geschichte zurückblicken. 1979, also vor genau 40 Jahren, wurde der erste Arbeitskreis von Ärzten und Psychologen innerhalb der deutschen Sektion von AI gegründet, der sich später für alle Berufe im Gesundheitswesen öffnete. Das Netzwerk Heilberufe sieht die Gesundheitsmitarbeiter/-innen auf vierfache Weise betroffen und involviert: Als Opfer, Täter/-innen, Helfende und Expert/-innen hinsichtlich schwerer Menschenrechtsverletzungen. In den ersten Jahren prägten besonders Briefaktio-

nen an Entscheidungsträger die Arbeit. Sie unterstützten politisch verfolgte Personen, die in ihrer Gesundheit bedroht, oder Heilberufler, die aus politischen Gründen an ihrer Arbeit gehindert oder deshalb verfolgt wurden.

Aus einer kleinen engagierten Gruppe wuchs recht bald ein Netz von mehreren 100 Personen heran, die Monat für Monat Briefe an Politiker, Regierungen, Gefängnisverwaltungen oder Gerichte schickten, um die Freilassung oder zumindest medizinische Versorgung und soziale Erleichterung für politische Gefangene zu erwirken. Eine wichtige Aufgabe war die Begutachtung und Anklage der Folgen von Folter. Bald wurden auch intensive Kontakte

zu Physicians for Human Rights, zu Kolleginnen und Kollegen, die sich in der türkischen Menschenrechtsstiftung zusammengeschlossen hatten, und zur Abteilung Gesundheit im zentralen Büro in London, das leider inzwischen aufgelöst wurde, gepflegt. In Deutschland half man, durch Lobbyarbeit den „Menschenrechtsbeauftragten“ in den einzelnen Landesärztekammern zu etablieren. Die Menschenrechtsbildung in der Ausbildung ist ein weiteres Thema, das die Gruppe beschäftigt hat und das weiter aktuell ist.

Mit der Etablierung von immer mehr psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in den 1990er-Jahren engagierten sich viele Mitglieder des Aktionsnetzes in der Identifizierung, Rehabilitation und Betreuung von traumatisierten Flüchtlingen. Dies sind auch jetzt wichtige Schwerpunktthemen auf den halbjährlichen Treffen. Bisweilen wird auch die Expertise oder Unterstützung der Gruppe angefordert, so beim Einsatz für die Rechte intersexueller Menschen oder aktuell für die Rechte ungewollt schwangerer Frauen und den Schutz ihrer Ärztinnen und Ärzte in El Salvador.

Zur öffentlichen Darstellung dienen das immer wieder aktualisierte Dossier Heilberufe von Amnesty International und eine eigene Website: www.aktionsnetz-heilberufe.de/. Über all die Jahre sind die Briefaktionen fortgeführt worden und die Heilberufler sind nach wie vor die wichtigsten finanziellen Unterstützer der allgemeinen Amnesty-Arbeit.

5. April 2019, Camp de Prière, Elfenbeinküste

Nachmittags fahren wir (Gesine Heetderks, Michael Huppertz) in ein Gebetscamp, das wir schon im vergangenen Jahr besucht haben, Camp de Prière in der Nähe von Bouaké an der Elfenbeinküste. Der Dorfchef und sein Assistent begrüßen uns sehr freundlich, ebenso wie manche Bewohner. 2018 waren wir dort gewesen und hatten mehrere angekettete Patienten und andere Kranke gesehen. Wir hatten die Reparatur ihres Brunnens in Auftrag gegeben. Inzwischen funktioniert er wieder.

Jetzt teilt der Assistent uns mit, die geistliche Leiterin dieses und anderer Camps hätte beschlossen, mit den Patienten nur noch zu beten und keine medikamentöse oder sonstige Behandlung durch das ambulante psychiatrische Team mehr zuzulassen. Nach längerer Diskussion wird die spirituelle Leiterin herbeigerufen. Eindringlich ermahnt der psychiatrische Leiter des Teams alle, die Behandlung zu akzeptieren, sie würden sonst in Konflikt mit dem Gesetz kommen. Wir beteiligen uns mit unseren besten Argumenten.

Wir sehen in dem Camp drei Angekettete: ein junger Mann mit einer Psychose, den wir schon 2018 dort unter einem Baum gesehen hatten. Er teilt uns mit, dass seine Mutter wolle, dass er hier blei-

be und dass die Leiter des Camps ihm verbieten würden, Medikamente zu nehmen. Der zweite Angekettete ist ein älterer Mann, ein Lehrer, der erkennbar sehr viel Angst hat und kaum spricht. Den dritten sehen wir nur aus der Ferne. Wir können ihn nicht sprechen, das Team muss weiter. Die Patienten sind schutzlos im Freien angekettet. In der Nacht gibt es ein starkes Gewitter mit vielen Blitzen und heftigem Dauerregen. Man kann über die Motive der Dorfältesten, sich gegen die Zusammenarbeit, zu entscheiden nur spekulieren. Durch die Bezahlung der Angehörigen finanziert sich allerdings das Camp.

Sicher könnten ein regelmäßiger Kontakt und eine Einbeziehung der Gebetscamps in die geplante gemeindepsychiatrische Versorgung die Lage der Patienten bessern. Dazu wären eine Kartografie und Erfassung der Gebetscamps und eine elementare Ausbildung der Menschen in den Camps in Gemeindepsychiatrie, Landes- und Menschenrechten notwendig.

Dr. med. Gesine Heetderks,
Ärztin für Neurologie,
Psychiatrie/Psychotherapie

Dr. phil. Dipl. Soz. Michael Huppertz

Ein aktuelles Thema

Die Verlagerung der Beschäftigung von Einzelfällen hin zu strukturellen Menschenrechtsverletzungen an verschiedenen Gruppen und Minderheiten, vor allem die Einforderung des Rechts auf bestmögliche gesundheitliche Versorgung, nahm in den vergangenen Jahren immer mehr Raum ein und bestimmt aktuell stark die Aktivitäten des Aktionsnetzes. AI hat ja 2001 mit offiziellem Beschluss seinen Wirkungskreis auf alle Menschenrechtsverletzungen und alle Bevölkerungsgruppen ausgedehnt. Daraus folgt

der Anspruch, sich auch und gerade um die Rechte von Menschen zu kümmern, die im Schatten der Öffentlichkeit leben. Dies betrifft zum Beispiel psychisch und epileptisch erkrankte sowie geistig behinderte Menschen in vielen Ländern der Erde. Bislang galt die berechtigte Kritik von Amnesty International willkürlichen und gewaltsamen Behandlungen im Rahmen psychiatrischer Institutionen und dem politischen Missbrauch der Psychiatrie. Inzwischen werden – bedrückend langsam – weltweit auch die sehr verbreiteten Entrechtungen und Misshandlungen der Betroffenen außerhalb psychiatrischer Institutionen thematisiert, die vor allem in ärmeren Ländern und Gegenden stattfinden, in denen es keine relevante psychiatrische Versorgung gibt. Viele Kulturen – von Westafrika über Ägypten und Somalia bis Indien oder Indonesien – sehen in dem Verhalten psychisch oder epileptisch Erkrankter das Wirken schwarzer Magie oder einer Besessenheit durch Dämonen. Durch diese Deutungen und das Fehlen effektiver Hilfe kommt es zu exzessiven Freiheitsberaubungen. Die Menschen werden im Freien oder in Verschlängen angekettet, die Beine werden in Holzpflocke gefesselt, manchmal über Jahre und Jahrzehnte, und sie werden gezielt misshandelt, um die Dämonen aus ihren Körpern zu vertreiben.



Konsultation in einem Dorf in der Elfenbeinküste mit einem einheimischen Team und Dr. Michael Huppertz.

Das Aktionsnetz arbeitet seit 2015 an diesem Thema und informiert über die Entrechtung dieser Menschen, die zahlreichen internationalen Konventionen zuwiderläuft, beispielsweise auf der Website www.mental-health-and-human-rights.org und in verschiedenen Veranstaltungen, zuletzt einer internationalen Tagung in Kassel Mitte Februar (ein Bericht findet sich auf der zuletzt genannten Homepage). Ziel der Arbeit ist unter anderem eine umfassende Recherche und Kampagne. Das Aktionsnetz Heilberufe ist für jede Unterstützung dankbar und seinerseits

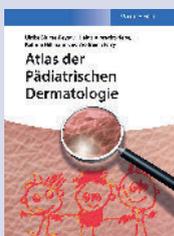
offen für Anliegen und Themen. Neue Mitglieder sind immer willkommen.

Dr. phil. Dipl. Soz. Michael Huppertz
Arzt für Psychiatrie/Psychotherapie
Darmstadt

Ernst-Ludwig Iskenius
Arzt im Ruhestand, Rostock

Kontakt per E-Mail:
interesse@amnesty-heilberufe.de
Internet: amnesty-heilberufe.de oder
mental-health-and-human-rights.org

Bücher



**U. Blume-Peytavi, H. Albrecht-Nebe,
K. Hillmann, W. Sterry:**
**Atlas der Pädiatrischen
Dermatologie**

Wiley-VCH, Weinheim 2018. € 89 655 S.
ISBN: 9783527337743

Der Atlas der Pädiatrischen Dermatologie vereint die wichtigen Themengebiete der Dermatologie und der Pädiatrie. Der Schwerpunkt des Buches liegt in der Diagnostik, die anhand von charakteristischen klinischen Befunden und ihren Differenzialdiagnosen erfolgen kann. Ausführlich dargestellt sind die morphologische Befunderhebung und die lokalisations- und altersabhängige Manifestation, die zum Teil durch schematische Zeichnungen der Verteilungsmuster illustriert wird. Die Texte sind prägnant und übersichtlich, viele qualitativ hochwertige Farbfotos mit verschiedenen Detailansichten und Tabellen zur Differenzial-

diagnose runden das Doppelseiten-Layout ab. Praxisorientiert wird das nötige Wissen vermittelt und entspricht den neuesten Krankheitsklassifikationen.

Verweise auf die genetische Ursache der Erkrankungen finden sich im gesamten Atlas; ausführlich dargestellt ist das Kapitel der Artefakte einschließlich der Kindesmisshandlung, ein Themengebiet mit hohen differenzialdiagnostischen Anforderungen und weitreichenden Konsequenzen. Therapeutische Aspekte werden nicht erwähnt, was für das Format eines Bildatlas auch nicht unbedingt erforderlich ist.

Fazit: Der Atlas der Pädiatrischen Dermatologie zeichnet sich durch eine klare Gliederung der einzelnen Kapitel und durch hervorragendes Bildmaterial aus. Es ist ein exzellentes Nachschlagewerk für Pädiater bei der praktischen Diagnosearbeit und ein Ratgeber für Dermatologen in der täglichen Praxis.

PD Dr. med. Julia Arin
Dr. med. Siegfried Möller



Foto: DFG/Möller

Die Deutsche Forschungsgemeinschaft (DFG) bekommt erstmals eine Präsidentin. Die Biochemikerin und Medizinerin **Prof. Dr. med. Katja Becker** von der Justus-Liebig-Universität Gießen tritt ihr neues Amt am 1. Januar 2020 für zunächst vier Jahre an. Becker ist bereits seit 2014 DFG-Vizepräsidentin.

Für seine Verdienste auf dem Gebiet der Fettstoffwechselstörungen ehrt die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung von Fettstoffwechselstörungen und ihren Folgeerkrankungen DGFF (Lipid-Liga)



Foto: DGFF (Lipid-Liga)

Prof. Dr. med. Hans Kaffarnik. Er gehörte zu den ersten Forschern, die den Stellenwert von Diabetes mellitus und Fettstoffwechselstörungen als Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung der Atherosklerose erkannten und die erhöhte Blutfette mit einem multimodalen Konzept therapierten. Von 1982 bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1994 war der heute 90-Jährige Direktor der Abteilung für Endokrinologie und Stoffwechsel am Zentrum für Innere Medizin der Philipps-Universität in Marburg.



Foto: privat © BG Unfallklinik

Prof. Dr. Marjan van den Akker ist neue Professorin für Multimedikation und Versorgungsforschung am Institut für Allgemeinmedizin der Goethe-Universität Frankfurt (Stiftungsprofessur). Van den Akker ist Epidemiologin.

Prof. Dr. med. Frank Kandziora, Chefarzt des Zentrums für Wirbelsäulenchirurgie und Neurotraumatologie der BG Unfallklinik Frankfurt, übernimmt zum Beginn des neuen Jahres die Präsidentschaft der Deutschen Wirbelsäulengesellschaft. Diese ist mit ca. 2.300 Mitgliedern die größte nationale Wirbelsäulen-Fachgesellschaft Europas und die drittgrößte weltweit.

Prof. Dr. med. Winfried Faßbinder erhält Ehrenplakette der LÄKH



Foto: Akademie

Ärztchammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski (2. von rechts) überreichte die Ehrenplakette an Prof. Dr. med. Winfried Faßbinder (2. von links) gemeinsam mit Sandra Bauer, Leiterin Bildungsveranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, und Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg (1. von links), Vorsitzender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim.

Für seine herausragenden Leistungen wurde Prof. Dr. med. Winfried Faßbinder (Jahrgang 1944) Ende November 2019 anlässlich des „Repetitoriums Innere Medizin“ in Bad Nauheim die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen über-

reicht. Faßbinder war von 1978–1988 Oberarzt am Zentrum für Innere Medizin der Goethe-Universität Frankfurt. In dieser Zeit leitete er das Nierentransplantationsprogramm und ab 1986 das Herz- und Lebertransplantationsprogramm. Im April 1988 wechselte Faßbinder ans Klinikum Fulda als Chefarzt der Medizinischen Klinik III (Nephrologie), wo er 22 Jahre lang tätig war. Von 1988–2011 leitete er zusätzlich das KfH-Nierenzentrum. Winfried Faßbinder engagierte sich auf vielfältige Weise für die LÄKH. Seit 2006 steht er als Prüfer zur Verfügung und ist seit 2010 Vorsitzender der Facharztprüfungen. Darüber hinaus war er von 2007–2018 Vorsitzender der Kommission „Transplantation und Organspende“. Auch engagierte sich Faßbinder von 2001–2009 im Vorstand der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und war davon von 2007–2008 Stellv. Vorsitzender des Vorstands. (red)

Gehle und Reinhardt: Neues Führungs-Duo für die Ärztekammer Westfalen-Lippe

Der Internist und Anästhesist Dr. med. Hans-Albert Gehle ist neuer Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe (ÄKWL). Die Kammerversammlung wählte den Landesvorsitzenden des Marburger Bundes kürzlich zum Nachfolger von Dr. med. Theodor Windhorst, der der ÄKWL 14 Jahre vorstand. Windhorst wurde einstimmig zum Ehrenpräsident der Kammer benannt.

Gehle erhielt den Angaben nach bei der Wahl 106 von 113 gültigen Stimmen. Der bisherige Vizepräsident der Ärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt, wurde mit 97 von 112 Stimmen im Amt bestätigt, er ist Präsident der Bundesärztekammer.

Dem Vorstand der Ärztekammer Westfalen-Lippe gehören neben dem Vorstands-Duo neun Beisitzer an: Dr. med. Anne Bunte, Dr. med. Joachim Dehnst, Dr. med. Sybille Elies-Kramme,



Foto: ÄKWL

Dr. med. Hans-Albert Gehle (r.) wurde ohne Gegenstimmen zum neuen Kammerpräsidenten gewählt. Der bisherige Vizepräsident der ÄKWL und Präsident der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt (l.), wurde im Amt bestätigt.

Dr. med. Thomas Gehrke, Stefanie Oberfeld, Dr. med. Hans-Ulrich Schröder, Peter Schumpich, Prof. Dr. med. Rüdiger Smektala und Dr. med. Ulrich Tappe.

Telemedizin vor 90 Jahren: „Der Rundfunkarzt in der Polarzone“

Telemedizin – nichts Neues unter der Sonne

In jüngster Zeit erleben wir einen Hype um Digitalisierung und Telemedizin, als hätte uns aus heiterem Himmel wahrhaftig der Fortschritt ereilt. Subvention auf allen Ebenen, Narrenfreiheit, Goldgräberstimmung. Bei etwas tiefschürfender Betrachtung der Dinge wird uns gewahr, dass wir zwar nicht zweimal in den selben Fluss treten können, aber es auch nichts Neues unter der Sonne gibt.

Bereits vor 90 Jahren gab es in Kanada einen Gesundheitsbeamten namens

Dr. Parey, der als „Rundfunkarzt“ im Staatsdienst seine Notfälle im Polarkreis aus einer Entfernung von 3.000 bis 4.000 Kilometern mittels Funkkontakt „telemedizinisch“ versorgte. Seinerzeit technisch möglich und sicher in der Sache notwendig. Der Bericht aus dem Groß-Gerauer Kreisblatt vom 21. Juni 1932 ist hier abgedruckt.

Ob und inwieweit diese Art Technologie, erweitert um Elemente wie Bildtelefonie, Drohnentechnik und Robodoc,

für unseren Alltag heutzutage im Ballungsraum Mitteleuropa eingeführt und routinemäßig angewendet werden sollte, darüber möge man sich in Ruhe und frei von Interessen Gedanken machen.

Michael Andor

Präsidiumsmitglied der LÄKH,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Groß-Gerau

Aus dem „Groß-Gerauer Kreisblatt“ vom 21. Juni 1932

Hier folgt der Text des historischen Artikels (Auszug siehe Foto) in Frakturschrift transkribiert:

„Briefliche Heilungen, Kuren durch gedankliche Fernwirkung – das hat man schon gekannt, und die Fachmedizin hat nicht viel von ihnen gehalten. Jetzt haben wir die Behandlung durch Rundfunk. Und zwar sind es nicht etwa Kurpfuscher, die sich der Welle bedienen, sondern es handelt sich um eine ganz offizielle Ausnützung dieser neuesten Erfindung. Der Gesundheitsbeamte des kanadischen Amtes für Pensionen und Hygiene, Dr. F. S. Parey, ist der Rundfunkarzt. Seine Patienten sind 3000 bis 4000 Kilometer von ihm entfernt. Er hört ihre Klagen durch Rundfunk – stellt seine Diagnosen durch Rundfunk, verschreibt durch Rundfunk Heilmittel – nur die Leichenschau übt er nicht durch Rundfunk aus.

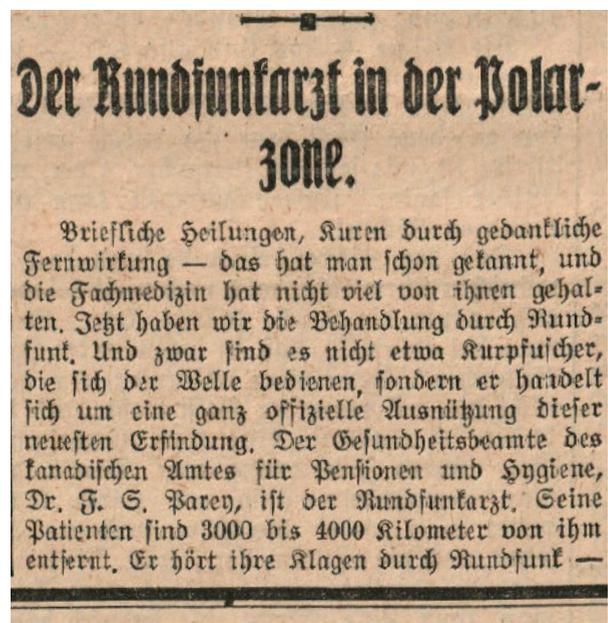
Die Vermittler seiner ärztlichen Anweisung sind die Beamten, die die sieben Stationen des Marineamtes in der Polarzone bedienen. Die Einrichtung besteht bereits seit drei Jahren. Vor dieser Zeit waren die Beamten, die Händler, Jäger, Eskimos im hohen Norden auf die Heilkraft der Natur angewiesen. Als dann die Sendestationen eingerichtet wurden, funkten die Beamten bald Anfragen an die Hauptstation in Ottawa, und so entwickelte sich allmäh-

lich ein Auskunftsdienst, der nunmehr verstaatlicht worden ist und für den hohen Norden sich als außerordentlich wertvoll herausstellt. Natürlich können funktlich keine chirurgischen Operationen ausgeführt werden, aber die Sendestationen sind mit Apotheken versehen und so sind die Funker in den Stand gesetzt, den Hilfesuchenden die Medizin auszufolgen, die ihnen Dr. Parey verordnet hat.

In komplizierteren Fällen wird die ‚Behandlung‘ laufend fortgesetzt; der Arzt erhält täglich, wenn nötig mehrmals, Bericht über den Verlauf der Krankheit und trifft seine entsprechenden Anordnungen. Das Ordinationszimmer des Dr. Parey ist ein kleiner Raum mit Mikrophon und der entsprechenden Sendeanlage; der Aktionsradius dieser drahtlosen ärztlichen Station ist von ungeheurem Ausmaß; die ‚Praxis‘ Dr. Parey erstreckt sich über Tausende von Quadratmeilen, und es heißt, daß der Arzt alle Hände voll zu tun hat, um die Dutzenden von Anfragen

zu beantworten, die täglich drahtlos an ihn gelangen.

Ein Fall wird als besonders interessant verzeichnet: Der Matrose eines Walfischfängers wurde bei schwerem Sturm in das Speigat, das runde Lock an der Verdeckseite, geschleudert, und erlitt schwere Verletzungen. Die von dem Walfischfänger aus unterrichtete Küstenstation gab den ‚Fall‘ an Dr. Parey weiter und dieser übernahm die Behandlung mit dem Erfolg, daß der Matrose gerettet wurde.“



Die erste Spalte des Artikels als „Faksimile“ dargestellt.

Die Transkription ist nebenstehend abgedruckt.

Bluthochdruck: Immer niedriger – immer besser für die Patienten?

Ein aktueller Kommentar von Haase et al. im *British Medical Journal* [1] beschäftigt sich mit dieser Frage. Das NICE (National Institute for Health and Care Excellence) hat einen Entwurf für eine Aktualisierung seiner Leitlinie zur Diagnostik und Therapie des Bluthochdrucks bei Erwachsenen vorgelegt [2]. In diesem Update wird vorgeschlagen, Patienten mit einer Hypertonie Grad I (140–149/90–99 mmHg) bereits dann – auch medikamentös – zu behandeln, wenn ihr kardiovaskuläres Zehnjahres-Risiko über 10 % beträgt und nicht wie bisher über 20 %. Dadurch würde die Behandlungsindikation erheblich erweitert. Dies entspricht ganz der zunehmenden Tendenz der modernen Medizin, neue behandlungsbedürftige Krankheiten zu erkennen oder bestehende Behandlungsindikationen auszuweiten.

2017 hat eine internationale Arbeitsgruppe Kriterien erarbeitet, die insbesondere letzteres rechtfertigen können, und diese in einer Checkliste zusammengefasst [3]. Das Ziel war die Vermeidung von Überdiagnosen. Wird diese Checkliste (siehe unten) angewandt, sieht das geplante Update der NICE-Leitlinie zur Hypertoniebehandlung schlecht aus:

- Nur ein Punkt dieser Checkliste wurde hinreichend erfüllt: Definition der Unterschiede zwischen neuer und alter Leitlinie.
- Ein Punkt wurde nicht ausreichend gewürdigt: die Gründe für die Änderung.
- Nur zwei mögliche Nachteile einer niedrigeren Blutdruckeinstellung wur-

den genannt: Verletzungen durch Stürze und akutes Nierenversagen.

→ Psychische Probleme der Patienten mit der Diagnose wurden gar nicht berücksichtigt ebenso wenig wie Hypotonie, Synkopen und Elektrolytstörungen.

- Wünsche und Werte der Patienten werden nicht genügend gewürdigt. Diese sollen zwar beim Patienten erfragt werden, aber wie soll das geschehen? Welchen Einfluss sollen sie dann auf die Behandlung haben?
- Warum wurde die Grenze bei 10 % kardiovaskuläres Risiko gesetzt?

Fazit für die Praxis

Es gibt keine strikte Grenze zwischen zu niedrigem, normalem oder zu hohem Blutdruck. Vielmehr ist der Blutdruck ein Kontinuum, das zusammen mit anderen Risikofaktoren das kardiovaskuläre Risiko bestimmt. Warum eine Erweiterung der Indi-

kation zur Behandlung des Bluthochdrucks erfolgen sollte, wird nach Ansicht der Autoren des Kommentars im *BMJ* nicht schlüssig belegt.

Dr. med. Michael Zieschang
Darmstadt
E-Mail:
mzieschang@me.com

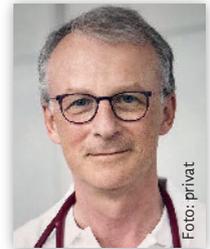


Foto: privat

Ein Interessenkonflikt wird vom Autor verneint. Nachdruck aus *Arzneiverordnung in der Praxis (AVP)* 2019; 46: 127–128, abrufbar unter www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/index.html, online seit 1. Juli 2019.

Das Literaturverzeichnis finden Sie in unserer Online-Ausgabe.

Checkliste zur Änderung von Krankheitsdefinitionen*

1. Was genau ist der Unterschied zwischen der neuen und der alten Definition?
2. Zahl der betroffenen Personen, wie verändert Inzidenz und Prävalenz?
3. Was war der Grund für die Änderung der Krankheitsdefinition?
4. Kann die neue Definition ausreichend genau und reproduzierbar klinisch wichtige Endpunkte vorhersagen?
5. Ist die neue Definition ausreichend genau und reproduzierbar?
6. Vorteile der neuen Definition. Bestimmung nach definierten Methoden (z. B. GRADE [4])
7. Nachteile der neuen Definition.
8. Abwägen der Vor- und Nachteile für den Patienten, aber auch für das Gesundheitssystem.

* (nach [3])



Neu: Das Hessische Ärzteblatt jetzt auch als App

Jetzt steht das Hessische Ärzteblatt als App für iOS und Android zur Verfügung und kann über den App-Store kostenlos auf Handy und Tablet heruntergeladen werden.

Spender gesucht für medizinische Fachbücher

Wissen schaffen e. V. ist ein Hamburger Verein, der sich seit dem Jahr 2000 dafür engagiert, Hochschulbibliotheken zu unterstützen und dafür um Geldspenden wirbt. Denn vielen Studierenden fehlen aktuelle Fachbücher – gerade in der Medizin. Das betrifft die Bereitstellung von Printexemplaren genauso wie den Ausbau der Online-Ausleihmöglichkeiten. Spendenkonto: IBAN: DE 27 2512 0510 0008 4665 00.

Aktuelles aus Pharma und Therapie

Empfehlungen der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ)

Bewertung der krebsauslösenden Verunreinigung in sartanhaltigen Arzneimitteln

Zusammenfassung

In Valsartan-haltigen Arzneimitteln einer chinesischen Firma wurden geringe Mengen von Dimethyl-N-Nitrosamin (NDMA) gefunden. Dieser Stoff ist krebsauslösend. Die Risiken durch diese Verunreinigungen werden in diesem Artikel diskutiert (siehe unten). [...]

Wie sollte das Risiko beurteilt werden?

Es existiert ein Risiko.

Populationsbezogen ist das Risiko groß genug, um Maßnahmen als notwendig und gerechtfertigt anzusehen, und eine längere Exposition hätte das Risiko erhöht. Daher war die Marktrücknahme der verunreinigten Valsartan-Tabletten gerechtfertigt.

Für den einzelnen Patienten/die einzelne Patientin ist das individuelle Risiko, an Krebs zu erkranken, nur sehr geringfügig erhöht. Zusätzlich ist zu sagen, dass bei den meisten Patientinnen/Patienten die natürliche Lebenserwartung kürzer sein wird, als dass zu erwarten steht, dass die Erkrankung auftritt.

Den vollständigen Artikel lesen Sie in „Arzneiverordnung in der Praxis, Ausgabe 1–2, März 2019, Therapie aktuell, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de.

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt zum Artikel.



www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201901-2/012h/index.php

Hydrochlorothiazid: Risiko von nichtmelanozytärem Hautkrebs – Empfehlungen der AkdÄ zur Behandlung von Hypertonie und Herzinsuffizienz

Zusammenfassung

Ein Rote-Hand-Brief vom Oktober 2018 weist auf das Risiko des nichtmelanozytären Hautkrebses im Zusammenhang Hydrochlorothiazid (HCT) hin. Die AkdÄ empfiehlt für die Behandlung der arteriellen Hypertonie und der Herzinsuffizienz mit HCT zusammenfassend Folgendes:

- Eine generelle Therapiemstellung aller mit HCT behandelten Patienten ist nicht erforderlich und sollte individuell geprüft werden.
- Chlortalidon ist eine mögliche Alternative zu HCT. Zum Hautkrebsrisiko im Zusammenhang mit Chlortalidon liegen keine Daten vor.
- Wenn HCT angewendet wird, sollten die im Rote-Hand-Brief genannten Empfehlungen befolgt werden (z. B. regelmäßige Hautinspektion; UV-Schutz).

Weitere Studien zum Risiko von (Haut-)Krebs im Zusammenhang mit Diuretika und anderen Arzneimitteln zur Behandlung der Hypertonie und der Herzinsuffizienz sollten durchgeführt werden. Den vollständigen Artikel lesen Sie in „Arzneiverordnung in der Praxis, Ausgabe 1–2, März 2019, Therapie aktuell, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de. Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt zum Artikel.



www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/Artikel/201901-2/019h/index.php



Foto: Miriam Schwär

Resilienz im Arztberuf

Absolventenworkshop des Weiterbildungskollegs

*Dr. rer. soc. Konrad Hierasimowicz, Silke Förster, Dr. med. Sabine Peine,
Dr. rer. med. Anne Messemaker, Dr. med. Armin Wunder, Miriam Schwär,
Prof. Dr. med. Erika Baum*

Alle zwei Jahre veranstaltet das Weiterbildungskolleg (WBK) des Kompetenzzentrums Weiterbildung (KW) Hessen einen Absolventenworkshop für Allgemeinmediziner. Ende 2019 hieß das Motto: „Rückblick – Ausblick: Mein Weg in die Allgemeinmedizin.“

In Kleingruppenarbeit und anschließender Diskussion mit dem Moderatorenteam wurden Erfahrungen ausgetauscht und diskutiert, wie Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung Allgemeinmedizin künftig Krisenmomente vermeiden oder leichter bewältigen können und welche Unterstützung sie dabei als hilfreich empfinden könnten. Die Ergebnisse gehen nun in die weitere Konzeption des WBK ein und werden mit Kooperationspartnern innerhalb der Lenkungsgruppe der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin (KV, Ärztekammer und Krankenhausgesellschaft) erörtert.

Im Rahmen des Workshops lag ein wesentlicher Fokus auf dem Thema Resilienz im Arztberuf. Aufgrund der hohen Prävalenz von Burnout oder Depression gerade unter Ärztinnen und Ärzten [1] wurden

präventiv positive Lösungsansätze vorgestellt. In einem Vortrag mit anschließender Diskussion zum Thema Resilienz wurden die Potenziale psychischer Widerstandsfähigkeit, Krisen erfolgreich zu begegnen, ihren Burnoutfaktor zu minimieren und sie als Ausgangspunkt persönlicher Weiterentwicklung zu nutzen, thematisiert.

In Kleingruppen reflektierten die Teilnehmenden über ihr ideales berufliches Zukunftsmodell als Hausärztin und Hausarzt unter Entwicklung der eigenen Resilienz und erhielten unterstützendes Feedback zur Stärkung der Selbstwirksamkeit. Die Veranstaltung soll regelmäßig wiederholt werden und könnte auch als Blaupause für andere Fächer dienen.

Kontakt:

Dr. rer. soc. Konrad Hierasimowicz

Abteilung für Allgemeinmedizin,
Präventive und Rehabilitative Medizin,
Kompetenzzentrum Weiterbildung
Hessen

Karl-von-Frisch-Straße 4, 35032 Marburg

Fon: 06421 28 26578, E-Mail:
konrad.hierasimowicz@uni-marburg.de

[1] Beschoner P, Limbrecht-Ecklundt K, Jerg-Bretzke L. Psychische Gesundheit von Ärzten. Burnout, Depression, Angst und Substanzgebrauch im Kontext des Arztberufes. Nervenarzt, 2019; 90: 961-974. <https://doi.org/10.1007/s00115-019-0739-x>

Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ – Helfernetz für Kollegen in Not

Seit über einem halben Jahrhundert unterstützt die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ Arztfamilien in schwierigen Lebenslagen und stellt damit ein einmaliges Hilfswerk innerhalb der Ärzteschaft dar. Die Hilfsangebote richten sich mit kollegialer Solidarität an:

- Kinder in Not geratener Ärztinnen und Ärzte
- Halbweisen und Waisen aus Arztfamilien
- Ärztinnen und Ärzten in besonders schweren Lebenslagen.

Finanzielle Unterstützung gibt es beispielsweise für die Schul- und Studienausbildung sowie für berufsrelevante Fortbildungen.

Spendenkonto der Stiftung:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG

IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42

Online-Spende:

www.aerzte-helfen-aerzten.de

13. Ärztetag am Dom, 8. Februar

Thema: Hinter der Sucht – Plädoyer für ein zeitgemäßes Arzt-Bild

Termin: Sa., 8. Februar 2020, 10 Uhr

Ort: Haus am Dom, Domplatz 3, 60311 Frankfurt am Main

Anmeldung:

hausamdom@bistumlimburg.de

Die Verdichtung in der Arbeitswelt macht gerade auch vor dem Berufsbild von Ärztinnen und Ärzten nicht Halt. Zwischen Idealismus und beruflichem sowie wirtschaftlichem Erfolgsdruck kann der Weg in die Sucht gerade für

Ärzte eine nicht seltene, tragische Alternative darstellen, weil der Zugang zu Suchtmitteln generell leichter ist. Der diesjährige Ärztetag am Dom untersucht Suchtbiografien und benennt Kriterien eines zeitgemäßen Arztbildes. Sucht zerstört Menschen, Karrieren, Erfolge. Was können Kollegen und Vorgesetzte tun, damit es nicht so weit kommt? Welche Unterstützungssysteme sind effektiv? Diskutieren Sie mit!

Programm:

www.hausamdom-frankfurt.de

Zertifizierung: 5 Fortbildungspunkte

Bezirksärztekammer Gießen

Kinderschutzhotline berät medizinisches Fachpersonal

Die „Medizinische Kinderschutzhotline“ ist ein vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und



Jugend (BMFSFJ) gefördertes, bundesweites, kostenfreies und 24 Stunden erreichbares telefonisches Beratungsangebot für Angehörige der Heilberufe bei Verdachtsfällen von Kindesmisshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Kindesmissbrauch. Die Projektleitung hat Prof. Dr. med. Jörg M. Fegert von der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/ Psychotherapie Ulm.

Die Hotline richtet sich an medizinisches Fachpersonal, also Ärztinnen und Ärzte, Zahnärztinnen und Zahnärzte, niedergelassene (Kinder- und Jugendlichen-) Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Pflegepersonal und Mitarbeiter im Rettungsdienst. Die Hotline bietet bei Verdacht auf Misshandlung, Vernachlässigung oder sexuellem Miss-

brauch eine direkt verfügbare, kompetente, praxisnahe und kollegiale Beratung und Fallbesprechung, ins-

besondere auch bei Fragen nach der Eindeutigkeit von Befunden oder hinsichtlich des Berufsgeheimnisses.

Die telefonische Beratung übernehmen Medizinerinnen und Mediziner nach bestem Wissen und Gewissen. Die Fallverantwortung verbleibt jedoch im Einzelfall stets bei den Anruferinnen und Anrufern, das heißt den behandelnden Ärztinnen und Ärzten bzw. anderen Angehörigen der Heilberufe.

Jedes Gespräch bleibt vertraulich.

Die Falldarstellung muss anonymisiert erfolgen. Alle Angaben sind freiwillig.

Informationen im Internet unter: www.kinderschutzhotline.de

Bezirksärztekammer Kassel

Fortsetzung nächste Seite

Projektchor und -orchester für Ärzte sucht Mitwirkende

Seit 2012 finden sich im Süddeutschen Ärzteorchester und Ärztechor Ärztinnen und Ärzte sowie Angehörige anderer Berufe des Gesundheitswesens zusammen, um große oratorische Werke zu erarbeiten und im Rahmen von Benefizkonzerten auf-

zuführen. Vom 7.–14. Juni 2020 steht Verdis „Requiem“ in Polen auf dem Programm und vom 31. Oktober bis 8. November im Elsass Konzerte mit Rossinis „Petite Messe Solenne“. Infos und Anmeldung unter: www.sueddeutscher-aerztechor.de.

Dr. med. Gertrud Scheele feiert 100. Geburtstag

Groß war die Schar der Gratulanten, die am 24. November 2019 den Weg zur 100. Geburtstagsfeier von Medizinalrätin Dr. med. Gertrud Scheele (Foto) in die Seniorenresidenz Augustinum in Kassel gefunden hatten. Die lebensfrohe Fachärztin für Lungenerkrankungen zeigte sich als liebenswerte und umsichtige Gastgeberin. Ihre Vita kurz gefasst: Nach dem damals üblichem Arbeitsdienst studierte Scheele Medizin in Göttingen, Tübingen und Marburg. Im Dezember 1944 bestand sie in Kassel die Ärztliche Prüfung und erhielt die Approbation im März 1946. Ein Jahr später erfolgte dann die Promotion an der Universität in Marburg.

Berufliche Stationen führten sie u. a. nach Wunsiedel, Kassel, Winsen (Luhe), an das Krankenhaus Wintermoor bei Schneverdingen, Biedenkopf und Frankenberg (Eder), bevor sie wieder in die Dienste der

Stadt Kassel trat. Bis zu ihrem Ausscheiden aus dem aktiven Dienst leitete sie die Tuberkulose-Fürsorgestelle der Stadt Kassel. Patienten und Mitarbeiter erlebten sie als äußerst engagierte und warmherzige Ärztin, die auch manchmal unkonventionelle Wege beschritt. Im Namen der hessischen Ärzteschaft gratulierte ihr Dr. Dr. med. Hans-Dieter Rudolph, Stellvertretender Vorsitzender der Bezirksärztekammer Kassel.



Foto: Dr. H.-D. Rudolph

**Dr. med. Dr.-Ing.
Hans-Dieter Rudolph**

MFA-Sommerprüfung 2020

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2020 vom 6. Mai bis 27. Juli 2020

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2020 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

15. und 22. Januar 2020

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden.

Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

1. der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,
2. der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
3. ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
4. bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Sommer 2020 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 27. September 2020 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter:
www.laekh.de → Aktuelles.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung: MFA-Ausbildungswesen**

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. November 2019 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46), wird wie folgt geändert:

§ 1 Abs. 4 wird wie folgt neu gefasst:

„Amtliches Veröffentlichungsorgan ist das „Hessische Ärzteblatt“. Das Hessische Ärzteblatt erscheint in Papierform. Die amtliche Mitteilung über die Bekanntgabe der „Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020“ erfolgt in Form eines Sonderheftes des Hessischen Ärzteblattes, das ausschließlich online im Internet auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik Weiterbildung dauerhaft bereitgestellt wird. In der Papierform des Hessischen Ärzteblattes wird vor Erscheinen des Sonderheftes auf dieses ausdrücklich hingewiesen.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Januar 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. November 2019 beschlossene Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. November 2019



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
(18b2120–0002/2008/038)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen beschlossene Änderung der Hauptsatzung wird gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz von mir genehmigt.

Wiesbaden, 9. Dezember 2019

Im Auftrag gez. Stephan Hölz

Büchertipps von Lesern für Leser

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

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



Foto: Fotolia.com

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 25- und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

und zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Goldenes Doktorjubiläum

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60051793 ausgestellt am 15.01.2018 für Fadel Abutayeh, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60060545 ausgestellt am 12.08.2019 für Dr. med. Renate Ahlers-Zimmermann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60056573 ausgestellt am 19.11.2018 für Dr. med. Albrecht Bästlein, Bad Hersfeld

Arztausweis-Nr. 60049212 ausgestellt am 10.07.2017 für Dr. med. Barbara Dabrowski, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60054057 ausgestellt am 11.05.2018 für Johannes Eckert, Zornheim

Arztausweis-Nr. 60037887 ausgestellt am 24.03.2015 für Dr. med. Martin Eichel, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60042079 ausgestellt am 26.02.2016 für Dr. med. Petra Haas, Friedrichsdorf

Arztausweis-Nr. 60055392 ausgestellt am 23.08.2018 für Petra Hamurcu, Kassel

Arztausweis-Nr. 60057248 ausgestellt am 09.01.2019 für Clara Humke, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60054505 ausgestellt am 18.06.2018 für Dr. med. Dr. med. dent. Juliane Jünger, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 60057750 ausgestellt am 05.02.2019 für Dr. med. Ursula Korff-Fox, Hanau

Arztausweis-Nr. 60051451 ausgestellt am 18.12.2017 für Hannah Kuhn, Gießen

Arztausweis-Nr. 60041987 ausgestellt am 18.02.2016 für Dr. med. Michael Schubert, Eltville

Arztausweis-Nr. 60054705 ausgestellt am 04.07.2018 für Anastasie Sendio Nganko Epse Nguekeng, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60039014 ausgestellt am 06.07.2015 für Dorothea Spyth Königstein

Arztausweis-Nr. 60050131 ausgestellt am 18.09.2017 für Friedemann Andreas Träg, Bad Hersfeld



Über ihre erfolgreiche Prüfung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung freuen sich: Laura Argentino, Janina Beuth, Jana Coelius, Caroline Dreschel, Andrea Götzl, Jenifer Michalzyk, Fiona Christina Riedel, Sara Motiee-Tehrani und Jennifer Scheld (in alphabetische Reihenfolge).

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Wir gedenken der Verstorbenen

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“ Oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“ (LÄKH)

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben möchten. Texte schicken Sie bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de.

Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

Redaktionsassistentz: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

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
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: 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:

Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@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

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

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: Urszula Bartoszek

Druck: 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. 5, gültig ab 01.01.2019

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2019:

Druckauflage: 37.050 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.738 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.

81. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 3 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 18. April 2019 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. Oktober 2018.

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

Präambel

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

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

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

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzten oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpra-

xis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 3 wird zum 01.04.2020 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.

1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 3 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

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

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 20.01.2020** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er **bis 17.02.2020, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
2. Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

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

und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. **§ 5 Abs. 2 a)** der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

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

2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 3** (Stadt Wiesbaden, Stadt Bad Homburg, Hochtaunuskreis und Kreis Limburg-Weilburg).

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und -steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

1. Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)

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

3. Ablauf der Versorgungsschritte

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

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

ning-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

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

Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)

- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

4. Kooperation

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

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

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen.

6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§ 20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen

die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der / die Bewerber(in) ist / wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 3 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘

- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 74 Strahlenschutzgesetz
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und -therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschall-diagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV

10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraus-

setzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **20.01.2020** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **17.02.2020, 12:00 Uhr**, bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge Mammographie-Screening Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2019 mit dem Arztstand 01.10.2019 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 28. November 2019 unter Zugrundelegung des Arztstandes 01.10.2019 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Tabellen 1 bis 5 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der

freien Sitze in den Tabellen 1 bis 5 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind innerhalb von 6 Wochen nach Erscheinen der Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa Allee 90, 60486 Frankfurt /Main zu senden.

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

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► siehe Anlage 1 bis 5

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 28. November 2019 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Beratungszentrum über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGENGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Battenberg	Hofgeismar	5,00	4,50
Alsfeld	Hornberg (Eize)	4,00	2,00
Bad Arolsen	Hünfeld	1,00	1,00
Bad Hersfeld	Idstein	2,00	11,00
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	Kassel-Nord	1,50	3,00
Bad Orb	Kassel-Stadt	1,00	ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Süd	1,00	9,50
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV	2,50
Bebrl/Rotenburg a.d.Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	2,50	2,00
Bensheim/Heppenheim	Korbach	2,50	5,50
Biedenkopf	Lampertheim/Viernheim	6,50	15,50
Borken (Hessen)	Lauterbach	3,50	5,50
Büdingen	Lich/Hungen/Reiskirchen	7,00	2,50
Butzbach	Limburg	1,00	2,50
Darmstadt	Marburg	2,00	ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	Melsungen	16,50	2,00
Eltville	Michelstadt	ÜV	3,00
Erbach	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	3,50	11,00
Eschwege	Nidda	6,50	1,00
Frankenberg (Eder)	Offenbach	5,00	5,50
Frankfurt	Rüdesheim/Geisenheim	ÜV	ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	Rüsselsheim	5,00	8,00
Fritzlar	Schlüchtern	ÜV	4,00
Fulda	Schwalmsstadt	4,50	4,50
Gelnhausen	Seligenstadt	5,00	3,00
Giessen	Sontra	11,00	5,00
Gladenbach	Stadellendorf	1,00	1,50
Groß-Gerau	Taunusstein	10,00	ÜV
Grünberg/Laubach	Usingen	0,50	2,00
Haiger/Dillenburg	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	5,00	6,00
Hanau	Weilburg	20,00	1,00
Hattersheim/Hofheim/Keikheim	Wetzlar	ÜV	ÜV
Herborn	Wiesbaden	3,50	ÜV
Heringen (Werra)	Witzenhausen	ÜV	3,50
Hessisch Lichtenau	Wolfhagen	ÜV	0,50
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Obertshausen	freie Arztstze gesamt	23,50	289,50
Hochheim/Flörsheim		ÜV	

Beschluss Landesausschuss 28.11.2019
Arztbestand 01.10.2019

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

Anlage 2

Beschluss Landesausschuss 28.11.2019
Arztbestand 01.10.2019

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte*	Urologen	Psychotherapeuten*	freie Arztstze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	9,00	ÜV	ÜV	8,50	ÜV	ÜV	ÜV	17,50
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	2,50	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	3,00	0,50	ÜV	4,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	1,00	ÜV	4,00	5,50
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	1,00	3,00	2,00	ÜV	ÜV	6,50
Hochtaunuskreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50
Main-Kinzig-Kreis	1,50	ÜV	ÜV	1,00	1,00	4,50	2,00	0,50	ÜV	10,50
Main-Taunus-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	3,00	ÜV	ÜV	3,50
Odenwaldkreis	2,50	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	1,00	1,00	1,00	0,50	6,50
Landkreis Offenbach	2,00	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,50	5,50	0,50	15,00	25,50
Rheingau-Taunus-Kreis	4,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	1,50	ÜV	ÜV	6,50
Weitraukreis	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	5,00	1,50	0,50	ÜV	8,50
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	2,00	1,00	2,50	ÜV	ÜV	5,50
Kreis Limburg-Weilburg	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	0,50	ÜV	2,50
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	1,00
Vogelsbergkreis	0,50	ÜV	2,00	1,00	1,00	0,50	2,00	0,50	ÜV	7,50
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	0,50	2,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	0,50	ÜV	ÜV	2,00	ÜV	0,50	1,50	ÜV	1,50	6,00
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	3,00	ÜV	ÜV	4,50
Schwalim-Eder-Kreis	1,00	ÜV	0,50	ÜV	1,50	4,50	2,50	0,50	ÜV	10,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,50	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,50	2,50	ÜV	ÜV	5,00
Landkreis Werra-Meißner	0,50	ÜV	ÜV	1,00	1,00	0,50	3,00	1,50	0,50	8,00
freie Arztstze gesamt	16,00	0,00	12,00	6,50	9,00	43,50	39,50	6,50	22,00	155,00

* siehe Quotenstze in Anlage 3

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE - Quotensitze

PLANUNGSBEREICH	Nervenärzte			Psychotherapeuten			
	Nervenärzte	Neurologen	Psychiater	SOM	ÄPT	KJP	freie Quotensitze Psychotherapeuten
Darmstadt, Stadt	2,00	0,00	0,00	3,50	0,00	0,00	3,50
Frankfurt am Main, Stadt	3,00	0,00	0,00	16,00	6,50	0,00	22,50
Offenbach am Main, Stadt	0,00	1,00	0,00	3,50	1,50	0,50	5,50
Wiesbaden, Stadt	4,00	0,00	0,00	9,00	0,00	0,00	9,00
Kreis Bergstraße	0,50	0,50	1,50	2,50	0,00	0,50	3,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	3,00	0,00	1,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Kreis Groß-Gerau	1,50	0,00	2,00	4,50	5,50	1,50	11,50
Hochtaunuskreis	1,50	0,00	1,00	3,00	0,00	0,00	3,00
Main-Kinzig-Kreis	3,00	0,00	7,00	8,50	8,00	3,50	20,00
Main-Taunus-Kreis	0,00	0,00	3,00	4,00	4,00	2,50	10,50
Odenwaldkreis	0,00	0,50	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Offenbach	0,00	1,50	2,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Rheingau-Taunus-Kreis	0,50	1,00	0,50	1,50	1,00	0,00	2,50
Weitraukreis	3,00	0,00	1,50	5,50	3,50	0,00	9,00
Landkreis Gießen	2,00	0,00	0,00	4,00	0,00	0,00	4,00
Lahn-Dill-Kreis	0,00	2,00	0,00	4,50	1,50	0,00	6,00
Kreis Limburg-Weilburg	0,00	0,00	0,00	2,00	0,00	0,50	2,50
Landkreis Marburg-Biedenkopf	2,00	1,50	0,00	4,00	0,00	0,00	4,00
Vogelsbergkreis	1,50	1,50	0,00	2,00	0,50	0,00	2,50
Kassel, Stadt	3,50	0,00	0,00	5,00	0,00	0,00	5,00
Stadt und Landkreis Fulda	1,50	0,00	0,50	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	1,50	0,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Kassel	1,50	3,50	0,00	4,50	2,50	0,00	7,00
Schwalm-Eder-Kreis	1,50	1,50	0,50	3,50	2,00	0,00	5,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	2,00	1,00	1,00	2,50	2,50	0,50	5,50
Landkreis Werra-Meißner	0,00	2,00	1,00	0,00	0,00	0,00	0,00
freie Arztstze gesamt							142,00
							81,00

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

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 28.11.2019
Arztbestand 01.10.2019

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten*	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Nordhessen	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Osthessen	ÜV	1,00	3,00	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	8,50	ÜV	8,50
Starkenburger	ÜV	ÜV	2,50	ÜV	2,50
freie Arztstze gesamt	0,00	1,00	14,50	0,00	15,50

* siehe Tabelle Quotensitze Anlage 4

Planungsbereich	Quotensitze:	
	Minimalquote	Maximalquoten
Mittelhessen	0,00	erreicht
Nordhessen	3,50	nicht erreicht
Osthessen	0,50	nicht erreicht
Rhein-Main	0,50	erreicht
Starkenburger	2,50	nicht erreicht
freie Arztstze gesamt	7,00	

Planungsbereich	Rheumatologen	Kardiologen	Gastroenterologen	Pneumologen	Nephrologen
Mittelhessen	0,00	erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht	erreicht
Nordhessen	3,50	nicht erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht	erreicht
Osthessen	0,50	nicht erreicht	nicht erreicht	erreicht	nicht erreicht
Rhein-Main	0,50	erreicht	erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht
Starkenburger	2,50	nicht erreicht	nicht erreicht	nicht erreicht	erreicht
freie Arztstze gesamt	7,00				

- ÜV - Überversorgung
- Versorgungsgrad 100 bis 110 %
- Versorgungsgrad unter 100 %
- Versorgungsgrad unter 50%

Anlage 5

Beschluss Landesausschuss 28.11.2019
Arztbestand 01.10.2019

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

freie Arztstze gesamt	16,00
Transfusionsmediziner	ÜV
Strahlentherapeuten	0,50
Physikalische- und Rehabilitations-Mediziner	13,50
Pathologen	0,50
Nuklearmediziner	ÜV
Neurochirurgen	ÜV
Laborärzte	1,50
Humangenetiker	ÜV
PLANUNGSBEREICH	
Hessen	

ÜV - Überversorgung
Versorgungsgrad 100 bis 110 %
Versorgungsgrad unter 100 %