Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 3 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang

Coronaviren

Von gewöhnlichen Atemwegsinfekten bis hin zum akuten Atemnotsyndrom (ARDS)

Foto: © shintartanya – stock.adobe.com

CME-Fortbildung: Tuberkulose
Die weltweit am häufigsten tödlich verlaufende Infektionserkrankung ist auch in Deutschland wieder relevant

Junge Ärzte und Medizinstudierende
Bessere Patientenversorgung durch Teamarbeit: neues Lehrkonzept fördert Zusammenarbeit von Medizin und Psychologie

Konzept der Interkulturellen Öffnung
Sprachliche und kulturelle Probleme bei der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund überwinden

Länder in der Verantwortung

So ganz allmählich scheint es in den Ländern angekommen zu sein, dass es höchste Zeit ist, sich ernste Gedanken um die Zukunft der gesundheitlichen Versorgung unserer Bevölkerung zu machen. Immerhin sind es die Länder inklusive der Landkreise und kreisfreien Städte, denen die Daseinsvorsorge für den Gesundheitsbereich obliegt. Gablers Wirtschaftslexikon nennt zur Verantwortung des Staates für die Daseinsvorsorge zwei Aspekte: 1. die Verantwortung zur Erbringung der Leistungen und 2. die Verantwortung, die für diese Leistungserbringung nötigen Infrastrukturen vorzuhalten bzw. diese zu implementieren. Allerdings muss der Staat die entsprechenden Leistungen nicht zwingend selbst erbringen.

Nordrhein-Westfalens Gesundheitsminister äußerte, dass es in NRW schon seit Langem keine konsequente Krankenhausplanung gebe. Dieser Befund ist übrigens kein Einzelfall und wurde für Nordrhein-Westfalen in einem vom dortigen Sozialministerium beauftragten Gutachten „Krankenhauslandschaft Nordrhein-Westfalen“ bestätigt, dessen wesentliche Ergebnisse im vergangenen Herbst veröffentlicht wurden. Danach ist die derzeitige Planungsmethodik (das Bett als zentrale Planungsgrundlage, wenig detaillierte Rahmenplanung, 16 Fachgebiete und 16 Versorgungsgebiete) nicht geeignet, um Krankenhauskapazitäten gezielt zu steuern. Die Gutachter schlagen darin auch eine neue Planungsmethode vor, die sicher noch intensiv diskutiert werden muss. Die Krankenhausplanung für ein Bundesland ist schließlich hochkomplex und hat weitreichende Folgen. Wir werden die Entwicklungen in unserem Nachbarland aufmerksam beobachten.

Dass auch die derzeitige Krankenhausfinanzierung nicht der Weisheit letzter Schluss sein kann, wie es die deutsche Ärzteschaft seit langem kritisiert, zeigt auch der kürzlich erfolgte Vorstoß von Heiner Garg, dem schleswig-holsteinischen Gesundheitsminister. Garg setzt sich für eine erlösunabhängige Basisfinanzierung der Krankenhäuser in Verbindung mit leistungsbezogenen Abrechnungen ein. Gleichzeitig sollen Spezialisierungs- und Konzentrationsprozesse, aber auch die krankenhausplanerischen Entscheidungskompetenzen der Länder gestärkt werden. Wir werden auch hier die weiteren Diskussionen aufmerksam beobachten und unsere ärztliche Kompetenz einbringen.

An dieser Stelle schlage ich erneut vor, eine vergleichbare Lösung zur Finanzierung der Vorhaltekosten auch für die niedergelassenen Praxen, wenn diese für eine bedarfsgerechte Versorgung nötig sind, zu diskutieren.

Inzwischen ist auch die Wissenschaftliche Kommission für ein modernes Vergütungssystem zu dem für uns Ärzte wenig überraschenden Ergebnis gekommen, dass eine einheitliche Vergütung in der ambulanten ärztlichen Versorgung nicht empfehlenswert ist. Ohne auf die Empfehlungen der Kommission näher einzugehen, fordere ich den Gesetzgeber auf, die von Ärzteschaft und PKV erarbeitete neue GOÄ endlich in Kraft zu setzen. Ein Minister, der in 20 Monaten 20 Gesetzentwürfe auf den Weg bringt, sollte damit keine Schwierigkeiten haben, denn die umfangreichen Vorarbeiten wurden ja bereits erledigt.

Vorarbeiten waren und sind auch für die neue Weiterbildungsordnung nötig, die voraussichtlich zur Jahresmitte in Kraft treten wird. Antworten auf die häufigsten Fragen geben Mitglieder des Weiterbildungsausschusses in diesem Heft.

Auch wenn beim Schreiben dieser Zeilen Ausdehnung und Verbreitung des neuen Coronavirus zum Zeitpunkt der Drucklegung natürlich noch unklar sind, möchte ich schon jetzt allen hessischen Kolleginnen und Kollegen danken, die im Umgang mit dieser neuen Fragestellung ein pragmatisches und sachlich besonnenes Verhalten zeigen und gezeigt haben. Dies hebt sich wohltuend von dem medialen Hype, wenn nicht gar Hysterie ab, die sich leider auch bei den öffentlich-rechtlichen Sendeanstalten findet. Zu Unrecht gerät die Influenza, gegen die es bekanntermaßen eine Impfung gibt, mit bis zu 25.000 jährlichen Todesfällen in Deutschland darüber leider in den Hintergrund.

Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Inhalt

Foto: © Thaut Images – stock.adobe.com

Coronaviren
Von gewöhnlichen Atemwegsinfekten bis hin zum akuten Atemnotsyndrom (ARDS). Anlässlich des aktuellen Ausbruch eines neuen, siebten Coronavirus, vorläufig 2019-nCoV benannt, informiert der Fortbildungsartikel über Klinische Symptomatik, Epidemiologie, Klinik und Diagnostik.

140

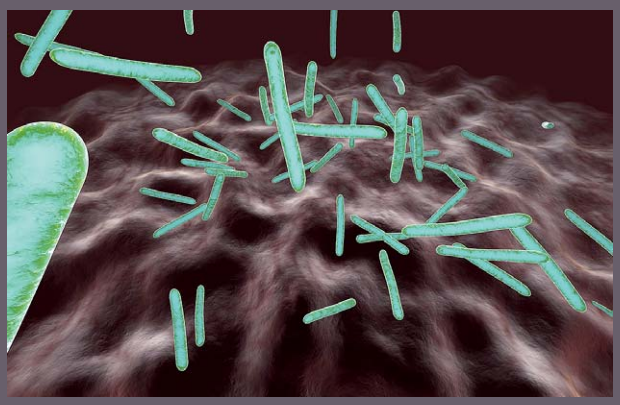


Foto: mauritius images/Westend61/Spectral

Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant!
Die Tuberkulose ist weltweit unverändert noch vor AIDS und Malaria die häufigste tödlich verlaufende Infektionserkrankung. Die zertifizierte Fortbildung informiert über den Erreger, Möglichkeiten der Diagnostik und Therapie. Auch Risikofaktoren, Übertragungswege und das Thema Meldepflicht werden beleuchtet.

144

Editorial: Länder in der Verantwortung ... **135**
Aus dem Präsidium: Vom Subjekt zum Objekt ... **138**

Ärztekammer
Auch Ärzte profitieren vom Hessischen Krebsregister ... **139**
Ausgabe elektronischer Heilberufsausweise in Hessen ... **150**
Landesärztekammer Hessen auf dem Kongress „Operation Karriere“ ... **151**
Neue ärztliche Weiterbildungsordnung in Hessen: Was ändert sich? Was ist wichtig? Stand Februar 2020 ... **152**
Serie Patientensicherheit Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte ... **156**
Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen für Prof. Dr. Alfred Hellstern und Cornelia Rupp-Siemer ... **173**
Dr. med. Ernst Girth zum Menschenrechts- und Rassismusbeauftragten der LÄKH berufen ... **153**
Erfolgreiche Brandbekämpfung im Gästehaus des Bildungszentrums in Bad Nauheim ... **159**

Mensch und Gesundheit
Konzept der interkulturellen Öffnung am Beispiel der Vitos Kliniken ... **160**
Ambulante Ethikberatung: Verstärkte telefonische Beratung und bessere Finanzierung gefordert ... **174**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ... **164**
- **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ... **170**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen/Aus den Bezirksärztekammern** ... **183–187**

Gesundheitspolitik: Ärzte-Warnstreik an den hessischen Unikliniken ... **151**

Parlando
Bunte Götter und musikalische Fantasien ... **172**
Der Orden des Sterns von Italien – L’Ordine della Stella d’Italia ... **173**

Foto: privat

Neues Lehrkonzept fördert Teamarbeit
Im Gespräch erläutert Dr. med. Rebecca Hasseli, das von ihr initiierte Lehrkonzept an der Justus-Liebig-Universität Gießen, das erstmalig im Herbst 2019 auf dem Lehrplan stand: Studierende der Medizin und der Psychologie lernen in einer kleinen Gruppe gemeinsam von- und miteinander.

154

Foto: Vitos Weil-Lahn

Konzept der Interkulturellen Öffnung
Die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund ist oftmals durch sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme geprägt. Am Beispiel der Vitos-Kliniken wird gezeigt, wie Barrieren überwunden und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter entsprechend fortgebildet werden können.

160

Fortbildung
Coronaviren: Von gewöhnlichen Atemwegsinfekten bis hin zum akuten Atemnotsyndrom (ARDS) **140**
CME-Fortbildung: Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant! **144**

Ansichten und Einsichten: Einsatz als beratender Arzt in China **142**
Junge Ärztinnen und Ärzte: Neues Lehrkonzept fördert die Zusammenarbeit von Medizin und Psychologie **154**

Recht: Bewertungsplattformen: Ärztinnen und Ärzte können sich wehren! **176**
Nachrichten: Neues Vordruckmuster für die Leichenschau **163**

Kongressbericht: Vertrauen und Trauma als Widerspruch und Wirklichkeit – Thure von Uexküll-Akademie **180**
Medizingeschichte: Dr. Frankenstein war der Erste – 60 Jahre Defibrillator **178**

Personalia: Nachruf auf Prof. Dr. med. Jürgen Kollath/Großer Dank an Ltd. Branddirektor Norbert Schmitz **187**
Impressum **188**

Bücher

Referenz Notfallmedizin

Hrsg.: J. Scholz, J.-T. Gräsner, A. Bohn

S. 182

Hessisches Ärzteblatt: App für Smartphones

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.

Vom Subjekt zum Objekt

In den vergangenen Monaten hat sich die hessische Ärzteschaft sehr deutlich gegen eine überschießende Kommerzialisierung der Medizin ausgesprochen. Finanzielle Anreize greifen in den Behandlungsprozess ein und verändern ihn. Vor allem in den Krankenhäusern ist gewinnorientiertes Handeln überlebensnotwendig und Handeln bedeutet das Sortieren von „guten" Patienten und „schlechten" Patienten, also gewinn- oder eben verlusteinbringende – zumindest im Kopf.
Auch Abteilungen werden größer oder kleiner, je nachdem, ob man mit ihnen Geld verdienen kann oder nicht. In der ambulanten Medizin entstehen Operationsfabriken, im Extremfall von Hedgefonds betrieben, die mit optimalen schlanken Abläufen zu Geldmaschinen werden.
Konservative Behandlungen in Fachgebieten wie der Orthopädie/Unfallchirurgie oder auch in der Gynäkologie und in den psychiatrischen Fächern sind ökonomisch uninteressant und geraten ins Hintertreffen. Ganz unten in der Hierarchie steht dann die stationäre Psychiatrie, in der ein schwerer struktureller Personalmangel herrscht. Die oft noch bewundernswert engagierten Mitarbeiter werden durch die teils falsche und reißerisch skandalisierende Berichterstattung nicht gerade unterstützt. Die Haltung, dass eine gute Medizin sich daran erkennen lässt, wie sie mit den schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft umgeht, ist hier wohl seit der Psychiatrieenquete vergessen worden. Etwas überspitzt formuliert führt die Kommerzialisierung der Medizin dazu, dass der Patient als Objekt oder gar Werkstück und nicht als Subjekt gesehen wird – so sehr sich die Ärzte auch bemühen gegenzusteuern.

Foto: Katerina Ivanisevic

„Wir müssen noch stärker als bisher die Arzt–Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt stellen."

Es gibt auch ein politisches Interesse, das Subjekt Arzt und das Subjekt Patient zu ignorieren, beide zu versachlichen, sodass sie für digitale Prozesse optimal genutzt und gesteuert werden können. Ich spreche von interessengesteuerten Vorstellungen zur Telemedizin, wo Patientendaten als Ware handelbar gemacht werden sollen, um damit Geld zu verdienen. Apps und Co drängen daher auf den Markt, um die entsprechenden Daten zu generieren. Das Patienteninteresse ist oft nur vorgeschoben und in Ländern, die da schon weiter sind, sind dann schon mal zig Millionen Patientenakten gehackt und online zugänglich. Viele Ärzte fühlen sich diesen Entwicklungen hilflos ausgeliefert und unser Gesundheitsminister tut alles dafür, diese Prozesse mit der Brechstange zu unterstützen. Ärzte sind dann faul und Verhinderer des ach so guten Fortschritts.
Was können wir tun: Wenn wir unserem Ethos gerecht werden wollen, bleibt nur eines! Noch stärker als bisher die Arzt–Patienten-Beziehung in den Mittelpunkt stellen. Patienten wie Ärzte schätzen diese vertrauensvolle Beziehung, sie ist nicht digitalisierbar und austauschbar. Wir müssen die Patienten als Verbündete gewinnen, um diese zu verteidigen. Dazu ist es notwendig, auch bei der ärztlichen Vergütung entsprechende Kurskorrekturen vorzunehmen, damit wir uns die Zeit leisten können.

Dr. med. Peter Zürner
Präsidiumsmitglied der LÄKH,
Verantwortlicher Redakteur
des Hessischen Ärzteblattes

Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle gesucht!

Für eine moderne und patientenfreundliche Arbeitszeitgestaltung von Krankenhausärztinnen und -ärzten war das Urteil des Europäischen Gerichtshofes von 2003 ein Meilenstein. Damals stellte der EuGH klar, dass Bereitschaftsdienst Arbeitszeit ist; 2019 entschied er, dass Arbeitgeber die Arbeitszeiten ihrer Arbeitnehmer komplett erfassen müssen. Doch noch immer sind Arbeitsverdichtung und Überlastung oft an der Tagesordnung. Aber es gibt sie – die positiven Gegenbeispiele: Best-Practice-Arbeits(zeit)-modelle in Klinik und Praxis, die es Ärztinnen und Ärzten erlauben, Berufstätigkeit und Privatleben besser miteinander zu vereinbaren. Modelle, die Teilzeit oder flexible Arbeitszeiten ermöglichen und ausreichend Zeit für die Zuwendung zum Patienten bieten.

Foto: © andranik123 – stock.adobe.com

Für einen Runden Tisch mit Journalisten sucht die Landesärztekammer Hessen Best-Practice-Modelle im ambulanten und stationären Bereich. Möchten Sie Ihr Arbeits(zeit)modell vorstellen? Dann schicken Sie bitte bis zum 15. April eine Mail an: katja.moehrle@laekh.de.

Auch Ärzte profitieren vom Hessischen Krebsregister

Behandelnde erhalten ein Feedback und Patienten eine bessere Versorgung

Jeder Arzt und jede Ärztin ist verpflichtet, die behandelten Krebspatienten an das Hessische Krebsregister zu melden. So steht es im Ende 2014 beschlossenen Hessischen Krebsregistergesetz. Doch die Realität ist eine andere. Lediglich 82 % aller hessischen Krebspatienten waren es laut Robert Koch-Institut im vergangenen Jahr – ein Prozentpunkt mehr, als 2018. Zu wenig, um den wissenschaftlichen Ansprüchen zu genügen. Doch nicht nur deshalb bemühen sich die Verantwortlichen des Krebsregisters um Aufklärung in der Ärzteschaft, um Schulungen und eine Vereinfachung des Verfahrens. Der Erfolg ihrer Arbeit hängt maßgeblich von der Kooperation der Ärzte ab. Umgekehrt können auch diese fachlich von den Erkenntnissen profitieren. Das alles mit dem Ziel einer guten und leitliniengerechten Versorgung der Patienten.

Der Aufbau des Hessischen Krebsregisters ging etwas schleppend voran. Doch jetzt können die Stellen sukzessive besetzt werden und nach dem Umzug im Dezember arbeiten alle Verantwortlichen in ein und demselben Bürogebäude im Frankfurter Stadtteil Niederursel. Aber nicht im selben Stockwerk. Denn die Organisations-Struktur sieht eine strikte Trennung der bei der Landesärztekammer angesiedelten Vertrauensstelle und der Landesauswertungsstelle, einer Abteilung des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamts im Gesundheitswesen vor. Die Fach- und Rechtsaufsicht des Registers obliegt dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration.

Die Vertrauensstelle steht unter komm. ärztlicher Leitung von Dr. med. Alexander Marković und organisatorischer Leitung des Wirtschaftsinformatikers Martin Rapp. Sie erhält von den jeweils behandelnden Ärzten beziehungsweise Kliniken die Daten mit Klarnamen der Patienten, sammelt und aktualisiert sie. Von der Erstdiagnose, über die Therapie bis zur Nachsorge und gegebenenfalls den Todesschein.

Neue Adresse des Hessischen Krebsregisters: Lurgiallee 10 60439 Frankfurt am Main

Einzig durch den Klarnamen lässt sich garantieren, dass es sich um die identische Person handelt, sagt Rapp. Sein Team verschlüsselt die Informationen in einem mehrstufigen Verfahren, speichert sie pseudonymisiert und stellt sie der Landesauswertungsstelle zu Verfügung. Deren Leitung hat im Herbst die Hämatoonkologin Dr. Soo-Zin Kim-Wanner übernommen. Sie erarbeitet anhand der gelieferten Daten eine Übersicht über die Häufigkeit verschiedener Krebsarten, schaut sich an, ob teure Vorsorgeangebote wie Brustkrebs-Screening oder Darmspiegelung zu rechtfertigen sind. Sie liefert auch den Kliniken ein Feedback, wie erfolgreich deren Arbeit ist – auch ein Benchmark zu anderen hessischen Kliniken ist vorgesehen. Wenn Krankenhäuser sich als Onkologiezentren zertifizieren lassen wollen, ist die aktive Zusammenarbeit mit dem Hessischen Krebsregister zwingende Voraussetzung.

Kim-Wanner würde es begrüßen, wenn mehr hessische Ärzte ihre Daten an das Krebsregister melden würden. „Da ist noch Luft nach oben“, sagt sie. Speziell die Niedergelassenen täten sich noch schwer, ergänzt Rapp. Viele andere Bundesländer sanktionierten ein solch unkooperatives Verhalten mit Bußgeldern. Die Landesregierung hingegen setzt auch nach der Novellierung des Hessischen Krebsregistergesetzes im vergangenen Herbst weiter auf das Prinzip Freiwilligkeit. Auf die immer wieder als zu gering kritisierte Aufwandsentschädigung für Meldende hat Wiesbaden keinen Einfluss, betonen die beiden. Sie ist bundesweit einheitlich geregelt.

Mit der übersichtlichen Website und diversen Broschüren hat das Hessische Krebsregister gute Informationsquellen geschaffen – auch für Patienten, denn die müssen über die Meldung an das Hessische Krebsregister informiert werden und können jederzeit Widerspruch gegen die Datenspeicherung einlegen. Die Schulungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Kliniken werden fortgesetzt. Und noch in diesem Jahr wird es für die Niedergelassenen einfacher, verspricht Rapp: Auch sie können demnächst ihre Meldungen online weitergeben, statt auf dem Papier und Postweg. Kontakt unter: https://hessisches-krebsregister.de

Jutta Rippegather

Foto: privat

Foto: Carmen Worm

Foto: Vera Reinhard

Dr. med. Alexander Marković, Dr. Soo-Zin Kim-Wanner und Martin Rapp (von links).

Coronaviren: Von gewöhnlichen Atemwegsinfekten bis hin zum akuten Atemnotsyndrom (ARDS)

Teresa Janina Euler[1 #], Dr. med. Sebastian Hoehl[3 #], PD Dr. med. Timo Wolf[4], Prof. Dr. med. Maria Vehreschild[4], Prof. Dr. med. Sandra Ciesek[3], Prof. Dr. med. Gernot Rohde[1, 2]

Foto: © Thaut Images – stock.adobe.com

Einleitung

Coronaviren gehören zu den behüllten RNA-Viren. In der Humanmedizin waren bisher sechs Coronaviren bekannt, die hauptsächlich Erkrankungen der Atemwege verursachen. Aktuell erleben wir den Ausbruch eines neuen, siebten Coronavirus, SARS-CoV-2. Das von diesem Virus ausgelöste Krankheitsbild wird als COVID-19 (für: Corona virus disease 2019) bezeichnet. Die humanen Coronaviren HCoV-229E, HCoV-OC43, HCoV-NL63 und HKU1 sind laut epidemiologischen Studien für 15 % aller gewöhnlichen Atemwegsinfekte verantwortlich. HCoV-OC43 und HCoV-229E werden in gemäßigten Klimazonen überwiegend in den Wintermonaten übertragen. Häufig kommt es zu Reinfektionen im Verlauf von zwei bis drei Jahren. In der Regel werden primär die oberen Atemwege infiziert, gelegentlich kommt es auch zu Pneumonien. Bei Patienten mit obstruktiven Lungenerkrankungen werden durch Coronaviren auch Exazerbationen dieser Grunderkrankungen ausgelöst [5]. COPD-Exazerbationen sind häufig viral bedingt bzw. getriggert. Coronaviren wurden hier in über 4 % mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) nachgewiesen. Der Nachweis von Coronaviren gelang häufiger in den oberen Atemwegen (z. B. Nasenabstrich) als in den unteren Atemwegen (Sputum) [17]. Auch beim Asthma bronchiale kommt es (neben anderen möglichen Triggerfaktoren) zu Exazerbationen durch virale Atemwegsinfekte. Im Schulkindalter werden 80–85 % aller Asthma-Exazerbationen durch virale Infekte ausgelöst. Auch bei Erwachsenen sind häufig virale Atemwegsinfekte Auslöser für eine Asthma-Exazerbation. Die gepoolte Prävalenz von Coronaviren beträgt hier 8,4 % [16].

Virologie

Durch die genetische Variabilität des großen, einzelsträngigen RNA-Genoms infizieren Coronaviren im Tierreich viele verschiedene Säugetiere, insbesondere Fledermäuse, aber auch Vögel und Fische, wobei sie in der Lage sind, Speziesbarrieren zu überbrücken, und so etwa auch Menschen zu infizieren. Bei Tieren verursachen sie häufig eine gastrointestinale Erkrankung, beim Menschen steht meist die Erkrankung der Atemwege im Vordergrund [12].
Die humanpathogene *Coronaviridae* gehören zu den Gattungen *Alpha-* (NL63, 229E) und *Betacoronavirus (OC43, HKU1, SARS, MERS, SARS-CoV-2)*. Das neue Coronavirus SARS-CoV-2 gehört, ebenso wie SARS, zu den Betacoronaviren der B-Linie. In Anlehnung an die Ähnlichkeit der Viren sowie des Krankheitsbildes erfolgte auch die Benennung des Virus (SARS-CoV-2)".
Ihre Wirtsspezifität wird unter anderem bestimmt durch die Gylokopeptidsequenz der Surface Spikes, die keulenförmig aus dem Virus herausragen, was ihnen elektronenmikroskopisch ein typisches, namengebendes Aussehen verleiht (lat. *corona* = Krone). Die Übertragung humanpathogener Coronaviren erfolgt in der Regel durch Tröpfcheninfektion. Vorausgegangene Infektionen hinterlassen in der Regel keine bleibende Immunität.

Klinische Symptomatik

Die saisonal kursierenden Coronaviren (OC43, NL63, 229E, HKU1) lösen primär gewöhnliche Atemwegsinfekte aus mit zum Beispiel Rhinitis, Pharyngitis und Laryngitis. In diesem Rahmen kommt es auch häufig zu Bronchitiden. Auch Pneumonien können durch die schon länger bekannten saisonalen Coronaviren ausgelöst werden. Besonders anfällig hierfür sind Kinder und immunsupprimierte Patienten [5].
In jüngerer Zeit ist es zusätzlich zum Auftreten von Infektionen mit neuen Coronaviren mit assoziierter schwerwiegender Symptomatik (SARS-Coronavirus und MERS-Coronavirus) gekommen. Von 2003 bis 2004 kursierte das SARS-Coronavirus (mit dem Ursprung in Guangdong, China), woran insgesamt ca. 8.000 Menschen erkrankten. Die damit infizierten Patienten zeigten vor allem zu Beginn zunächst unspezifische grippeähnliche Symptome. Im späteren Erkrankungsverlauf traten ein (zunächst trockener) Husten und bei einem Großteil der Patienten auch Diarrhoen auf. In radiologischen Untersuchungen der Lunge, insbesondere CT-Untersuchungen zeigten sich bei den meisten Patienten Milchglastrübungen im Sinne von atypischen Infiltraten. Bei 20–30 % der mit dem SARS-Coronavirus infizierten Patienten war aufgrund von Oxygenierungsstörungen eine invasive Beatmung notwendig. Die Gesamtmortalität in allen Altersgruppen betrug ca. 10 %, vgl. [7, 10].
Seit Juni 2012 kursiert das MERS-Coronavirus, welches von Dromedaren auf den Menschen übertragen wird und erstmals in Saudi-Arabien aufgetreten ist. Im Verlauf kam es zu weiteren Fälle in anderen Ländern, insbesondere aber auf der arabischen Halbinsel. Bei MERS-Infektionen treten in der Regel grippale Beschwerden auf, wie Fieber, Kopfschmerzen und trockener Husten. Radiologisch zeigten sich zu Beginn zum Teil fokale einseitige Veränderungen im Sinne von Infiltraten, welche sich im Verlauf bilateral ausbreiten. Als Komplikationen der pulmonalen Beteiligung entwickeln viele Patienten ein rasch auftretendes ARDS (Acute Respiratory Distress Syndrome, Akutes Atemnotsyndrom). Die Gesamtletalität, bezogen auf alle Alters- und Patientengruppen, liegt

Diese Autoren haben gleichermaßen zu diesem Artikel beigetragen. [1] Pneumologie/Allergologie, Medizinische Klinik 1 (Uniklinikum Frankfurt am Main)
[2] Universitäres Thoraxzentrum Frankfurt/M. [3] Institut für Medizinische Virologie (Uniklinikum Frankfurt) [4] Zentrum für Innere Medizin, Infektiologie (Uniklinikum Frankfurt)

bei über 25 %. Häufig treten zudem gastrointestinale Beschwerden, insbesondere Diarrhoen auf (in bis zu 25 % der Fälle). Als weitere Komplikation ist ein akutes Nierenversagen häufig [4, 5].
Jedoch gibt es auch milde Verläufe ohne Fieber und ohne Diarrhoen. Diese werden vor allem bei jungen Frauen beobachtet [4].

Epidemiologie und Klinik des neuen Coronavirus SARS-CoV-2

Im Dezember 2019 wurden in Wuhan (der Hauptstadt der zentralchinesischen Provinz Hubei) mehrere Patienten mit atypischen Pneumonien, deren Auslöser zunächst unklar war, hospitalisiert. Am 31. Dezember 2019 erfolgte die Alarmierung der WHO. Im weiteren Verlauf konnte bei 41 Patienten das neue Coronavirus SARS-CoV-2 mittels PCR nachgewiesen werden [6]. Seither kommt es bislang täglich zu einem weiteren deutlichen Anstieg der bestätigten Erkrankungsfälle in China und zum Teil auch in anderen Ländern. Zuletzt (Stand 4. Februar 2020) lagen der WHO 20.630 bestätigte Fälle weltweit vor, davon 159 Fälle außerhalb von China, darunter auch zwölf Fälle in Deutschland. Von den bestätigten Fällen in China waren 2.788 schwer erkrankt und 425 Patienten verstorben. Außerdem ist ein Patient auf den Philippinen an COVID-19 verstorben. Dies entspricht einer Gesamtmortalität von ca. 2 % (WHO, 4. Februar 2020, [14]).
Eine Infektion mit SARS-CoV-2 kann unterschiedlich schwer verlaufen. Die Inkubationszeit wurde von der WHO zuletzt am 27. Januar auf zwei bis zehn Tage geschätzt. Die meisten Fälle scheinen mild zu verlaufen. 20 % der Erkrankten haben jedoch einen schweren und zum Teil auch tödlichen Verlauf, wobei diese Zahl aufgrund der vielen nicht diagnostizierten Fälle mit Vorsicht zu bewerten ist – WHO 28. Januar 2020, [15]. Gut dokumentiert sind insbesondere diesbezüglich die ersten 41 bekannten Krankheitsfälle aus Wuhan, welche bis zum 2. Januar stationär aufgenommen wurden. Hier zeigten die Patienten bei Erstvorstellung (welche jedoch erst nach vier bis acht Krankheitstagen erfolgte) überwiegend Fieber (98 %), Husten (76 %) und Gliederschmerzen oder Abgeschlagenheit (44 %). Etwas mehr als die Hälfte (55 %) der Patienten entwickelte Dyspnoe. Bei einem Teil der Patienten (28 %) war der Husten nicht trocken, sondern produktiv. Nur wenige Patienten litten an Beschwerden im Bereich der oberen Atemwege (Rhinitis, Halschmerzen), vgl. [6]. Spätere Daten zu 99 Patienten (Aufnahmezeitpunkt 1. bis 20. Januar) im selben Krankenhaus zeigen ähnliche Ergebnisse. Nur 15 % der Patienten aus dieser Kohorte zeigten bei Aufnahme die Symptomtrias von Fieber, Husten und Dyspnoe [3]. Auch gastrointestinale Symptome meist Diarrhoe, seltener auch Erbrechen, sind bei einigen, insbesondere bei jüngeren, Patienten aufgetreten. Laborchemisch zeigte sich bei mehreren Fällen eine Lymphopenie (bei 35 % bis über 60 % der oben genannten Fälle in Wuhan), sowie eine Leukopenie (ca. 25 %, vgl. [2, 3, 6, 8].
Bei allen Patienten der publizierten Fälle aus Wuhan zeigten sich Auffälligkeiten im CT-Thorax (meist bilateral) im Sinne von atypischen pneumonischen Infiltraten. CT morphologisch zeigten sich Milchglasinfiltrate, fleckige Verschattungen und Konsolidierungen (lobär, sowie subsegmental). Stärkere Auffälligkeiten im CT-Thorax, insbesondere im Sinne von lobären Konsolidierungen lagen bei den Patienten vor, die intensivmedizinisch behandelt werden mussten [3, 6].
Von den ersten publizierten 41 Fällen aus Wuhan mussten 13 (32 %) aufgrund von Hypoxämie auf die Intensivstation aufgenommen werden. 29 % (12/41) der ersten Fälle und 17 % (17/99) der später dokumentierten Fälle entwickelten ein ARDS. Einige der ersten 41 Patienten konnten mit Highflow-Sauerstofftherapie behandelt werden. Jedoch mussten in beiden publizierten Patientengruppen jeweils vier Patienten invasiv beatmet werden. Zwei bzw. drei der Patienten aus diesen beide Gruppen wurden mittels ECMO (Extrakorporale Membranoxygenierung) versorgt.
Bei 15 % der ersten 41 Patienten konnte SARS-CoV-2 auch im Blut mittels PCR nachgewiesen werden im Sinne einer Virämie. Als weitere Komplikationen wurden bei fünf Patienten (12 %) erhöhte Troponin T Werte und in den später publizierten Fällen deutliche Erhöhungen von LDH und CK festgestellt, was als akute myokardiale Schädigung gewertet wurde. Über weitergehende Untersuchungen, zum Beispiel Echokardiografie bei diesen Patienten, liegen derzeit (noch) keine Berichte vor. Ca. 10 % der ersten 41 und 5 % der später publizierten Fälle aus Wuhan erlitten eine Sekundärinfektion.
Am 22. Januar 2020 waren 28 (68 %) der ersten 41 bis 2. Januar in Wuhan aufgenommenen Patienten entlassen worden. Am 25. Januar waren auch 31 (31 %) der später (vom 1. bis 20. Januar) aufgenommenen Patienten bereits entlassen worden. Sechs Patienten (15 %) der ersten Kohorte, sowie elf Patienten (11 %) der zweiten Kohorte waren am jeweiligen Stichtag verstorben, darunter auch ein Patient, der nicht intensivmedizinisch behandelt wurde. Die Rate an Vorerkrankungen lag in beiden untersuchten Patientengruppen bei ca. 50% [3, 6].
Das mediane Alter der Patienten, die an COVID-19 erkranken, wird zwischen 49 und 57 Jahre angegeben, während Fälle im Kindesalter bisher eine Seltenheit sind [9]. Die wenigen bisher veröffentlichten pädiatrischen Fälle haben einen milden Verlauf genommen. Ähnliches wurde auch bei SARS beobachtet, wo kein tödlicher Verlauf bei einem Kind beschrieben wurde, und die Erkrankung insbesondere Kinder unter zwölf Jahren aus bisher ungeklärten Gründen einen milderen Verlauf nahmen. [13].
Die Differenzialdiagnosen zu COVID-19 sind vielfältig. Unter ihnen sind gewöhnliche grippale Infekte, sowie auch Infektionen mit Influenza und dem respiratorischen Synzytialvirus. Zu Bedenken ist auch, dass seltene Fälle von jungen Patien-

Aktuelle Informationen

Die Situation kann sich schnell verändern. Aktuelle Informationen finden Sie unter anderem auf unserer Website (www.laekh.de) sowie auf der Seite des Robert-Koch-Instituts (www.rki.de/DE/Content/Infekt/Ausbrueche/respiratorisch/Pneumonien-China.html oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/vvhp7fg/.

ten beschrieben sind, die Diarrhoen und Fieber als Erstsymptomatik hatten [2]. Zur Verhinderung einer nosokomialen Verbreitung von SARS-CoV-2 sollten gemäß Robert Koch-Institut (RKI) entsprechende (Verdachts)-Patienten in einem Isolier- bzw. Einzelzimmer untergebracht werden und nach Möglichkeit einen Mund-Nasen-Schutz tragen. Für das medizinische Personal werden Kittel, Handschuhe, Schutzkittel, ein Mund-Nasen-Schutz (mindestens FFP2 insbesondere bei engem Patientenkontakt) und ggf. eine Schutzbrille empfohlen.

Virus-Diagnostik

Durch den vermehrten Einsatz von Multiplex-Verfahren kommt es in jüngster Zeit auch häufiger zum Nachweis der saisonal gehäuft auftretenden Coronaviren 229E, OC43, NL63 und HKU1 bei unspezifischer Atemwegsinfektion der oberen und der unteren Atemwege. Der Nachweis von Infektionen durch humanpathogene Coronaviren geschieht in der Regel über den Genomnachweis mittels RT-PCR aus dem Atemwegssekret.

Empfehlungen zur Diagnostik des neuen Coronavirus COVID-19 wurden durch das RKI veröffentlicht, und werden dort regelmäßig aktualisiert (www.rki.de/ncov). Dort wurde (Stand 05.02.2020) eine labordiagnostische Abklärung empfohlen, wenn ein klinischer oder radiologischer Hinweis auf akute Infektion der unteren Atemwege und Aufenthalt in einem Risikogebiet bis maximal 14 Tage vor Erkrankungsbeginn, oder akute respiratorische Symptomatik beliebiger Schwere und Kontakt zu einem bestätigten COVID-19-Fall bis maximal 14 Tage vor Erkrankungsbeginn zutrifft. Es konnte bereits an einigen Laboratorien in Deutschland ein durch das Konsiliarlabor für Coronaviren an der Charité in Berlin entwickeltes RT-PCR-Protokoll etabliert werden, das von der WHO veröffentlicht wurde [18]. Es ermöglicht einen zuverlässigen Nachweis dieser neuen Erkrankung. Das RKI empfiehlt (Stand: 05.02.2020), wenn möglich, die parallele Untersuchung von Proben aus den unteren und oberen Atemwegen.

Antikörpertests spielen demgegenüber bei Coronaviren nur eine untergeordnete Rolle, da sich durch die Serologie weder eine frische Infektion, noch eine Immunität zuverlässig nachweisen lassen. Für das neue Coronavirus SARS-CoV-2 ist derzeit noch keine serologische Diagnostik etabliert. Der Verdacht, sowie der Labornachweis von SARS-CoV-2 ist meldepflichtig.

Fazit

Coronaviren verursachen beim Menschen hauptsächlich Infektionen der Atemwege. Saisonal gehäuft kommt es zu meist milde verlaufenden Infektionen mit den Coronaviren NL63, 229E, OC43 und HKU1. Aktuell beobachten wir den Ausbruch des neuen Coronavirus SARS-CoV-2, mit derzeit täglich steigenden Fallzahlen. Das RKI schätzt die Gefahr für die Gesundheit der Bevölkerung in Deutschland durch SARS-CoV-2 weiterhin als gering ein. Es handelt sich jedoch um eine sehr dynamische Situation (Stand 04. Februar 2020). Unter der Bevölkerung ist die Angst vor einer Infektion mit SARS-CoV-2 zuletzt angestiegen, wobei die Gefahr durch die bekannten saisonalen Viren wie Influenza und RSV weiterhin häufig unterschätzt wird. Gute Händehygiene, Husten-/Nies-Etikette und Abstand (von ein- bis zwei Metern) zu Personen mit respiratorischen Infekten mindern sowohl das Risiko an COVID-19 als auch an Influenza oder anderen respiratorischen Viren zu erkranken. Die wichtigste Maßnahme zum Schutz vor Influenza ist jedoch die jährliche Grippeschutzimpfung – siehe auch den Artikel „Influenza: Warum brauchen wir jedes Jahr einen neuen Impfstoff?“ der Autoren Rohde und Ciesek in der Ausgabe HÄBL 02/2020, S. 83f.

Teresa Janina Euler
Dr. med. Sebastian Hoehl
PD Dr. med. Timo Wolf
Prof. Dr. med. Maria Vehreschild
Prof. Dr. med. Sandra Ciesek
Prof. Dr. med. Gernot Rohde
Universitätsklinikum Frankfurt/ M.
Kontakt per E-Mail: anja.gabriel@kgu.de

Literatur zu diesem Artikel: HÄBL 02/2020 Onlineausgabe, siehe unter www.laekh.de

Einsatz als beratender Arzt in China

Nach über 25-jähriger Tätigkeit als Professor an der Medizinischen Klinik und Poliklinik in Gießen berät Heiner Laube regelmäßig Kliniken und Ärzte in China. Dafür reiste er jetzt zum zehnten mal nach Fernost, von wo er erst wenige Tage vor dem Ausbruch der neuen Coronavirusepedemie wieder nach Deutschland zurückkehrte. In chinesischen Kliniken und Krankenhäusern ist er als Berater und Gastprofessor für jeweils mehrere Wochen auf dem Gebiet Innere Medizin mit der Spezialisierung für Hormonstörungen, Stoffwechsel, Ernährung und Diabetes tätig. Dies geschieht jeweils unter Vermittlung durch den Senior Experten Service (SES) in Bonn und auf Einladung von Universitätskliniken, Lehrkrankenhäusern, privaten Kliniken und staatlichen Rehabilitationszentren.

Megastädte mit vielen Millionen Menschen sind vor allem im Osten des Landes die Regel. Die Kliniken entsprechen dabei in ihrer Größe und fachlichen Vielfalt der Größe der Landes. Zentrale Krankenhäuser haben bis 5.000 Patientenbetten und große Spezialambulanzen. Dabei finden sich alle Krankheiten, wie wir sie auch in unseren Kliniken sehen und behandeln.

Aber ein System von privaten Hausärzten gibt es nicht. Hausbesuche durch Ärzte/ Pflegepersonal sind die Ausnahme. Die Pflege und Verpflegung der Patientinnen und Patienten erfolgt in den Kliniken überwiegend durch die Familie. Die Erwartungshaltung chinesischer Patienten gegenüber Ärzten ist dabei aber grundsätz-

Foto: privat

Trotz großer Disziplin und Hygienebewusstsein: Wenige Tage nach Ende des jüngsten Einsatzes wurden in einer Nachbarprovinz die ersten Fälle des neuen pulmonalen Coronavirus bekannt.

lich eine andere als in Europa. Angehörige mischen sich gerne in die ärztliche Behandlung ein und Patienten verweigern nicht selten auch die empfohlene Therapie.

Die traditionelle chinesische Medizin (TCM) wird an allen Krankenhäusern angeboten und von Patienten und Ärzten geschätzt. Die westlich-naturwissenschaftliche Schulmedizin steht jedoch eindeutig im Vordergrund. Überschneidungen sind dabei aber nicht zu vermeiden und für westliche Ärzte oft nur schwer zu verstehen. Die technische Ausstattung der Kliniken ist meist exzellent. Das Ausmaß der Digitalisierung ist bei einer inzwischen fast bargeldlosen Gesellschaft, auch bei den täglichen Routinearbeiten in den großen Kliniken, weit fortgeschritten. Auch wenn es für die Kolleginnen und Kollegen oft schwierig ist auf internationale Kongresse zu fahren und der Internet-Zugang eingeschränkt ist, sind das wissenschaftliche Interesse und das klinische Wissen groß.

Die Behandlungskosten sind für die Betroffenen oft sehr hoch. Schwere Erkrankungen führen dabei nicht selten zum finanziellen Ruin einer Familie. Obwohl inzwischen 95 % der Patienten für die stationäre Behandlung eine Grundversorgung haben, werden dadurch aber nur 40–70 % der Kosten abgedeckt. Die ambulante Behandlung muss von den Patienten sogar voll bezahlt werden.

Zu Laubes Arbeit gehört die Beratung von Ärzten sowie Patienten-orientierte kollegiale Gespräche, Vorlesungen, die Betreuung von Doktorarbeiten von Medizinstudierenden, Unterricht Studierenden am Krankenbett, Fortbildung an peripheren Krankenhäusern, die aktive Teilnahme an wissenschaftlichen Symposien, die Spezialschulung von Pflegepersonal, die Erstellung von Übungsmaterial für Ärzte und Pflegende sowie die Unterstützung der Kliniken beim Aufbau von Patientenschulungen. Neben dem fachlichen Erfahrungsaustausch mit Kollegen ergeben sich für ausländische Ärzte täglich neue Herausforderungen durch die unterschiedliche Mentalität der Menschen, der Geschichte des Landes und einem primär kollektiv orientierten Gesundheitssystem. Erfahrungen aus westlichen Ländern können daher nicht ohne weiteres auf Krankenhausstrukturen, Situationen und Patienten in China übertragen werden. Beeindruckend bei der Arbeit mit chinesischen Ärzten, übrigens überwiegend Ärztinnen, ist deren Disziplin und Fleiß, aber auch ihre Bewunderung und oft auch Überbewertung der Apparatemedizin. Auffallend ist ein großes Hygienebewusstsein, Disziplin und Zuverlässigkeit bei Pflegepersonal und Ärzten gleichermaßen (siehe Foto).

Durch die zunehmende Zahl an privaten Krankenhäusern besteht ein starker Wettbewerb im Gesundheitswesen. Der Arbeitsdruck auf die Ärzte ist hoch und durchaus mit der Situation in Deutschland zu vergleichen. Das hierarchische Denken und Verhalten unter Ärzten ist ausgeprägt. Teamwork findet kaum statt. Kontakte und Informationen von anderen Kliniken werden nur ungern erbeten oder angenommen. Es besteht daher wenig Austausch an Wissen und Informationen. Der Einfluss der Regierungspartei ist dabei in allen Krankenhausstrukturen und bei allen wesentlichen Entscheidungen, vor allem in den staatlichen Institutionen, nicht zu übersehen.

Dies hat den Vorteil, dass unliebsame Vorgänge wie jetzt bei der Ausbreitung des neuen Coronavirus – etwa die Abriegelung von Millionenstädten – mehr oder weniger klaglos hingenommen werden und in wenigen Tagen (!) funktionsfähige 1.000-Bettenkrankenhäuser erstellt werden. Individuelle Meinungen und Verantwortung sind hingegen unerwünscht und werden von der Partei oder dem Krankenhausträger unerbittlich abgestraft, wie das Beispiel eines Arztes in Wuhan zeigt, der bereits Ende Dezember 2019 vor dem Ausbruch der neuen Coronar-Epidemie gewarnt hatte.

Großes Interesse seitens der chinesischen Kolleginnen und Kollegen besteht daran, wie wir im Westen und vor allem in Deutschland das öffentliche Gesundheitswesen sowie die Krankenhäuser organisieren, die Kosten senken, die Probleme einer alternden Gesellschaft in den Griff bekommen und auf wissenschaftlichen und klinischen Gebieten bestimmte Krankheitsbilder interpretieren, vorbeugen und behandeln. So ist die Zahl an Diabetikern bei einer schnell wachsenden Mittelschicht in China wie in Deutschland mit zur Zeit etwa 10 % erschreckend hoch.

Die Verständigung mit Kollegen und dem Personal in den Kliniken verläuft in der Regel schleppend, da auch die jüngere Ärztegeneration Englisch nur in seltenen Fällen spricht und wenig versteht. Für besondere Situationen stehen jedoch Dolmetscher und Übersetzungscomputer zur Verfügung.

Weitere Bitten um Beratung durch chinesische Kliniken und Ärzte für 2020 liegen bereits vor.

Prof. em. Dr. med. Heiner Laube
Gießen, E-Mail: heiner.laube@innere.med.uni-giessen.de

Foto: privat

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

Literatur zum Artikel:

Coronaviren: Von gewöhnlichen Atemwegsinfekten bis hin zum akuten Atemnotsyndrom (ARDS)

von Teresa Janina Euler, Dr. med. Sebastian Hoehl, PD Dr. med. Timo Wolf, Prof. Dr. med. Maria Vehreschild, Prof. Dr. med. Sandra Ciesek, Prof. Dr. med. Gernot Rohde

[1] Alhogbani, T. (2016). „Acute myocarditis associated with novel Middle east respiratory syndrome coronavirus." Ann Saudi Med 36(1): 78–80.

[2] Chan, J. F., S. Yuan, K. H. Kok, K. K. To, H. Chu, J. Yang, F. Xing, J. Liu, C. C. Yip, R. W. Poon, H. W. Tsoi, S. K. Lo, K. H. Chan, V. K. Poon, W. M. Chan, J. D. Ip, J. P. Cai, V. C. Cheng, H. Chen, C. K. Hui and K. Y. Yuen (2020). „A familial cluster of pneumonia associated with the 2019 novel coronavirus indicating person-to-person transmission: a study of a family cluster." Lancet. 2020 Jan 24. pii: S0140–6736(20)30154–9. doi: 10.1016/S0140–6736(20)30154–9. [Epub ahead of print]

[3] Chen, N., M. Zhou, X. Dong, J. Qu, F. Gong, Y. Han, Y. Qiu, J. Wang, Y. Liu, Y. Wei, J. Xia, T. Yu, X. Zhang and L. Zhang (2020). „Epidemiological and clinical characteristics of 99 cases of 2019 novel coronavirus pneumonia in Wuhan, China: a descriptive study." Lancet. 2020 Jan 30. pii: S0140–6736(20)30211–7. doi: 10.1016/S0140–6736(20)30211–7. [Epub ahead of print]

[4] Cunha, C. B. and S. M. Opal (2014). „Middle East respiratory syndrome (MERS): a new zoonotic viral pneumonia." Virulence 5(6): 650–654.

[5] Greenberg, S. B. (2016). „Update on Human Rhinovirus and Coronavirus Infections." Semin Respir Crit Care Med 37(4): 555–571.

[6] Huang, C., Y. Wang, X. Li, L. Ren, J. Zhao, Y. Hu, L. Zhang, G. Fan, J. Xu, X. Gu, Z. Cheng, T. Yu, J. Xia, Y. Wei, W. Wu, X. Xie, W. Yin, H. Li, M. Liu, Y. Xiao, H. Gao, L. Guo, J. Xie, G. Wang, R. Jiang, Z. Gao, Q. Jin, J. Wang and B. Cao (2020). „Clinical features of patients infected with 2019 novel coronavirus in Wuhan, China." Lancet 2020 Jan 24. pii: S0140–6736(20)30183–5. doi: 10.1016/S0140–6736(20)30183–5. [Epub ahead of print]

[7] Peiris, J. S., K. Y. Yuen, A. D. Osterhaus and K. Stohr (2003). „The severe acute respiratory syndrome." N Engl J Med 349(25): 2431–2441.

[8] Phan, L. T., T. V. Nguyen, Q. C. Luong, T. V. Nguyen, H. T. Nguyen, H. Q. Le, T. T. Nguyen, T. M. Cao and Q. D. Pham (2020). „Importation and Human-to-Human Transmission of a Novel Coronavirus in Vietnam." N Engl J Med. 2020 Jan 28. doi: 10.1056/NEJMc2001272. [Epub ahead of print]

[9] del Rio C, Malani PN. 2019 Novel Coronavirus – Important Information for Clinicians. (2020) *JAMA*. online veröffentlicht 05. Februar 2020. doi:10.1001/jama.2020.1490

[10] RKI (Robert Koch Institut, 23. Oktober 2003). „Krankheitsbeschreibung SARS." https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/S/SARS/Klinik.html am 02. Februar 2020

[11] RKI (Robert Koch Institut, 05. Februar 2020), „Neuartiges Coronavirus (2019-nCoV)" https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/nCoV.html am 5. Februar 2020

[12] Shuo Su, Gary Wong, Weifeng Shi, Jun Liu, Alexander C.K. Lai, Jiyong Zhou, Wenjun Liu, Yuhai Bi, George F. Gao (2016), „Epidemiology, Genetic Recombination, and Pathogenesis of Coronaviruses", Trends Microbiol. 24(6): 490–502.

[13] Stockman LJf, Massoudi MS, Helfand R, Erdman D, Siwek AM, Anderson LJ, Parashar UD. (2007) „Severe acute respiratory syndrome in children." Pediatr Infect Dis J. DOI: 10.1097/01.inf.0000247136.28950.41

[14] WHO (World Health Organization, 04. Februar 2020). „Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 15." https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situationr[6] eports/20200204-sitrep-15-ncov.pdf?sfvrsn=88fe8ad6_2 am 5. Februar 2020

[15] WHO (World Health Organization, 28. Januar 2020). „Novel Coronavirus(2019-nCoV) Situation Report – 8." https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200128-sitrep-8-ncov-cleared.pdf?sfvrsn=8b671ce5_2 am 29. Januar 2020

[16] Zheng, X. Y., Y. J. Xu, W. J. Guan and L. F. Lin (2018). „Regional, age and respiratory-secretion-specific prevalence of respiratory viruses associated with asthma exacerbation: a literature review." Arch Virol 163(4): 845–853.

[17] Zwaans, W. A., P. Mallia, M. E. van Winden and G. G. Rohde (2014). „The relevance of respiratory viral infections in the exacerbations of chronic obstructive pulmonary disease-a systematic review." J Clin Virol 61(2): 181–188.

[18] Corman V et al., Diagnostic detection of Wuhan coronavirus 2019 by real-time RT-PCR. Geneva: World Health Organization

Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant!

VNR: 2760602020095090004

Dr. med. Christian Reinhardt, Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Dr. med. Peter Hammerl

Die Tuberkulose ist weltweit unverändert noch vor AIDS und Malaria die häufigste tödlich verlaufende Infektionserkrankung. Statistisch gesehen sterben jede Minute drei Menschen an den Folgen der Erkrankung. Infolge der Migration in jüngerer Zeit ist die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen in Deutschland erstmals wieder angestiegen. Angesichts eines Anstiegs der Tuberkuloseinzidenz um 27 % von 2014 auf 2015, entsprechend dem Niveau von 2005, ist die Tuberkulose wieder ins Bewusstsein der Ärzte und der breiteren Öffentlichkeit gerückt.

Die Befürchtung anhaltend erhöhter Neuerkrankungsraten hat sich in der Folge nicht bestätigt. Ausgehend von der maximalen Neuerkrankungsrate von 7,2/100.000 Einwohner im Jahr 2016 ist eine stete Abnahme in den Folgejahren bis auf unter 6/100.000 im Jahr 2019 zu verzeichnen. Dies entspricht dem Stand aus dem Jahr 2005. Die Erkrankung ist in Deutschland weiterhin sehr selten.

Am häufigsten ist die Lungentuberkulose, weshalb die Behandlung der Erkrankung schon immer in der Hand der Pneumologen lag. Die offene Lungentuberkulose ist infektiös, daher sind spezielle Isolationsmaßnahmen und Umgebungsuntersuchungen zur Erfassung der Ausbreitung der Erkrankung erforderlich. Die Behandlung richtet sich nach der Resistenzlage, der Ausdehnung der Erkrankung und dem befallenen Organsystem. An erster Stelle steht bei Erwachsenen die antituberkulöse medikamentöse Mehrfachtherapie mit initial mindestens vier verschiedenen Medikamenten. Wenige Sonderformen machen andere therapeutische Maßnahmen erforderlich. Die Erkrankung und die Verweigerung bzw. der Abbruch der Behandlung sowie der Tod an Tuberkulose sind gemäß § 6 IfSG bei der zuständigen Behörde meldepflichtig, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt.

Epidemiologie

Seit der Gründung der Bundesrepublik sind die Inzidenzraten kontinuierlich von initial 277/100.000 (137.721 Fälle!) auf unter 7/100.000 ab dem Jahr 2006 zurückgegangen. 2015 wurde mit 5.837 Meldungen (7,1/100.000) diese Marke erstmals wieder überschritten [1]. Die Meldezahlen für 2017 zeigen mit 5542 Neuerkrankungen bzw. 5.429 Neuerkrankungen für 2018 bereits wieder eine rückläufige Tendenz. Knapp 70 % der Erkrankten haben einen Migrationshintergrund. Im Jahr 2016 wurden 25 % der gemeldeten Tuberkulosen durch Maßnahmen der aktiven Fallfindung (Röntgenuntersuchungen vor Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, Umgebungsuntersuchungen, Überwachung gesunder Befundträger, Röntgenscreening in Justizvollzugsanstalten) entdeckt. Dieser Anteil lag im Jahr 2006 bei 13,8 %. Weltweit ist die Zahl der Tuberkuloseneuerkrankungen leider unverändert auf hohem Niveau. Der WHO-Report 2019 spricht von zehn Millionen Neuerkrankungen im Jahr 2018.

Tab. 1: Risikogruppen mit erhöhtem Risiko für die Ausbildung einer aktiven Tuberkulose bei nachgewiesener latenter Tuberkulose modifiziert nach [7]

Enger Kontakt zu Patienten mit nachgewiesener aktiver Tuberkulose
Vor oder unter Therapie mit TNF-Alpha-Blockern und anderen Biologicals
HIV-Infektion
Schwerwiegende Grunderkrankung: Diabetes mellitus, Lymphome, Leukämie, Kopf-, Halstumoren
Silikose
Schwangere, bei kürzlich zurückliegender Infektion oder Immunsuppression
Vor oder nach Organ- oder hämatologischer Transplantation
Dialysepatienten
i.v.-Drogenabhängigkeit
Herkunft aus Risikogebieten mit hoher Tuberkuloseinzidenz, Obdachlose, Personen in Justizvollzugsanstalten, Lungenabteilungen oder Gesundheitswesen
Kinder unter vier Jahren

Erreger

Die Tuberkulose wird in Deutschland zu 97 % durch Mycobacterium (M.) tuberculosis verursacht. Infektionen durch M. bovis, africanum, microti, canetti oder pinnipedii sind äußerst selten. Diese obligat pathogenen Mykobakterien werden unter dem Begriff M. tuberculosis-Komplex (MTB-Komplex) zusammengefasst und jeder plausible Erregernachweis ist behandlungspflichtig. Die Mykobakterien zeichnen sich durch ihr langsames Wachstum aus, dies erfordert lange Kulturzeiten (bis zu acht Wochen) auf Spezialmedien. Unter Ausnutzung der Säureresistenz der Mycobacterien sind sie nur durch besondere Färbeverfahren (Ziehl-Neelsen-, Auramin- oder Kinyoun-Färbung) nachweisbar, daher die Bezeichnung „säurefeste Stäbchen".

Es treten Resistenzen gegen nahezu alle verwendeten Medikamente auf. Bei M. bovis liegt eine natürliche Pyrazinamid-Resistenz vor.

Klinisches Bild

Die Tuberkulose zählt zu den konsumierenden Erkrankungen. Da die Primärinfektion per inhalationem erfolgt, ist die Lunge das am häufigsten betroffene Organ (Abb. 1), Von hier aus kann es via hämatogener oder bronchogener Streuung zur Aussaat der Erreger in alle Organsysteme kommen, was zu dem bunten Bild der Erkrankung führt. Langanhaltender oder therapieresistenter (mehrfache erfolglose Antibiotikagaben) Husten ist das Hauptsymptom der Erkrankung. Daneben treten Allgemeinsymptome wie Gewichtsverlust bis hin zur Kachexie („Schwindsucht"), Nachtschweiß, subfebrile Temperaturen bis hin zu anhaltendem Fieber oder Hämoptysen auf.

Es gibt aber auch oligo- oder vollkommen asymptomatische Verläufe bei bereits fortgeschrittener Erkrankung, dann ist die Diagnosefindung äußerst erschwert. Die extrapulmonalen Erkrankungsformen werden durch die extrathorakale (wesentlich häufiger, meist cervikal) und intrathorakale Lymphknotentuberkulose sowie die Pleuritis tuberculosa angeführt. Der Lymphknotenbefall ist durch über Wochen zunehmende Lymphknotenschwellungen meist ohne Druckdolenz charakterisiert. In einigen Fällen kommt es zur spontanen Eröffnung der Läsionen. Typischerweise heilen die Wunden nach Biopsien oder Lymphknotenexstirpation ohne eine antituberkulöse medikamentöse Therapie nicht ab und es kommt zur Fistelbildung.

Alle weiteren Formen der Tuberkulose sind selten. Bei unklaren Abszessen, Granulomen, fistelnden Wunden, Aszites, Osteolysen oder einer Spondylodiszitis sollte eine Tuberkulose in Betracht gezogen werden. Nur wer daran denkt, kann die Diagnose auch sichern.

Tab. 2: Mögliche Differentialdiagnosen thorakaler Tuberkuloseformen (ohne Anspruch auf Vollständigkeit)

Organsystem	Mögliche Diagnosen
Lunge	Bronchialkarzinom
	Gewöhnliche Pneumonie
	Vaskulitis
	Cryptogen organisierende Pneumonie
	Sarkoidose
Lymphknoten	Lymphome
	Sarkoidose
	Infektiöse Lymphadenitis durch andere Erreger
Pleura	Bronchialkarzinom
	Mesotheliom
	Pleurale Metastasierung extrathorakaler Malignome
	Parainfektiöser Pleuraerguss
	Pleuraerguss bei rheumatischer Grunderkrankung

Diagnostik

Radiologische Diagnostik

Bei Verdacht auf eine Tuberkulose steht die Röntgenaufnahme der Thoraxorgane an erster Stelle.

Auf eine Lungentuberkulose hinweisende radiologische Zeichen sind:

- Kavernenbildung
- Fleckige infiltrative Veränderungen im Bereich der Oberlappen, des Mittellappens oder der Lingula sowie der apikalen Unterlappen
- Hiläre oder mediastinale Lymphknotenschwellungen
- Intrapulmonale, pleurale oder Lymphknotenverkalkungen
- Schrumpfungen der Lunge
- Pleuraerguss
- Mittellappenatelektase
- Kleinknotige, miliare Veränderungen

In den vergangenen Jahren werden aber zunehmend atypische radiologische Veränderungen beobachtet, so dass eine Tuberkulose insbesondere bei komplizierten oder therapieresistenten Befunden immer in Betracht gezogen werden sollte, speziell dann, wenn besondere Risikofaktoren für die Erkrankung vorliegen. Eine Kaverne ist bis zum Beweis des Gegenteils stets verdächtig auf eine tuberkulöse Genese. Auch bei extrapulmonaler Manifestation sind nicht selten pulmonale oder mediastinale Veränderungen zu finden und eine Röntgenaufnahme des Thorax obligat.

Da die Diagnose aus der Trias „Klinik, radiologischer Befund und Erregernachweis im Sputum" gesichert werden kann, ist die Computertomographie des Thorax im Rahmen der Primärdiagnostik meist entbehrlich. Sie bleibt speziellen Fragestellungen vorbehalten.

Mikrobiologische Diagnostik

Hier steht nach wie vor die Sputummikroskopie an erster Stelle. Wird kein Sputum produziert, stellt die Untersuchung von Magensaft eine gute Alternative dar. Die Mikroskopie ist schnell und kostengünstig. Die Nachweisgrenze im Sputum liegt bei etwa 5.000 Bakterien pro ml, die Sensitivität in Abhängigkeit von der Methode bei 20–70 % [2]. Allerdings ist eine Unterscheidung zwischen toten und lebendigen Mykobakterien nicht möglich. Säurefeste Stäbchen lassen sich auch in Gewebeproben oder anderen Materialien anfärben. Nicht nur die Erreger des MTB-Komplexes sondern auch nichttuberkulöse Mykobakterien oder Nocardien lassen sich durch die Spezialfärbungen nachweisen, so dass nicht jeder positive Befund mit einer Tuberkulose gleichzusetzen ist.

Bei bis zu 70 % der Erkrankten können im Sputum säurefeste Stäbchen nachgewiesen werden. Dabei ist der Sputumbefund abhängig vom Lebensalter. Aufgrund des geringen Hustenstoßes finden sich bei Kindern unter 14 Jahren lediglich bei ca. 25 %, bei alten Menschen > 79 Jahren bei ca. 45 % pathologische Sputumbefunde. Kleinkinder scheiden fast nie Erreger über den Husten aus [1].

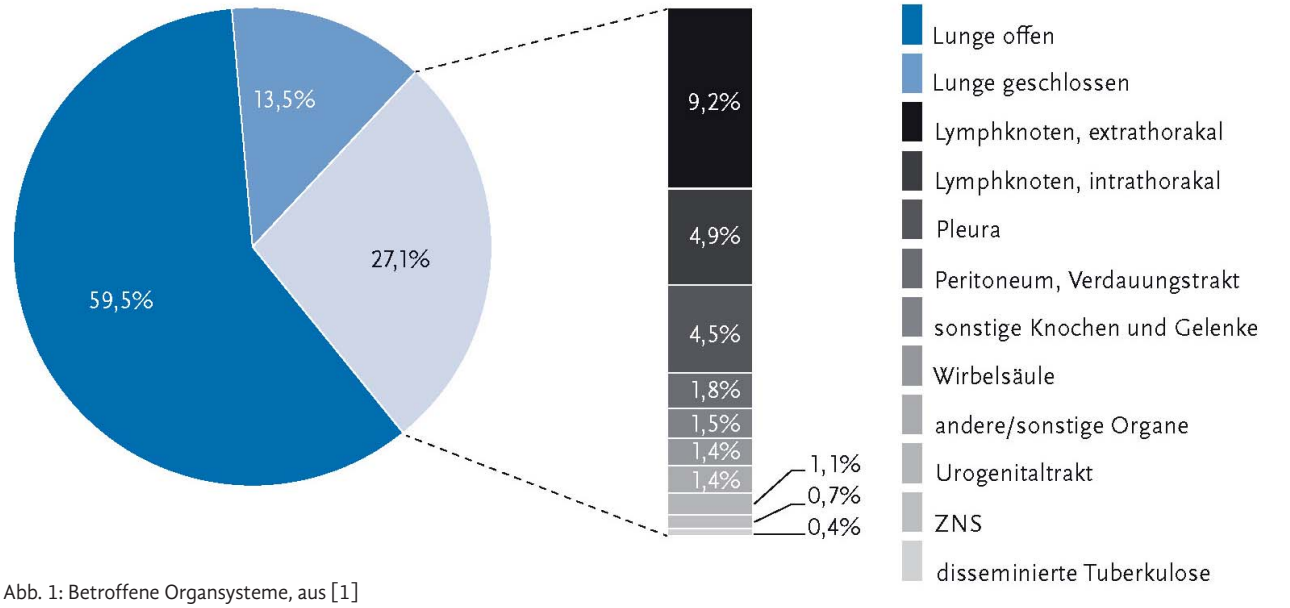


Abb. 1: Betroffene Organsysteme, aus [1]

Der zusätzliche Einsatz von Nukleinsäure-Amplifikations-Techniken (zum Beispiel PCR) hilft bei der Erregeridentifikation und liefert abhängig von der eingesetzten Sonde Aussagen zur Resistenzlage. Das Ergebnis steht nach wenigen Stunden zur Verfügung. Sensitivität und Spezifität sind höher als bei der Mikroskopie und liegen bei mikroskopisch positiven Materialien bei nahezu 100 %, so dass eine negative PCR bei positiver Mikroskopie eine Tuberkulose praktisch ausschließt. Bei fehlendem mikroskopischen Nachweis von säurefesten Stäbchen im Untersuchungsmaterial ist die Sensitivität der PCR allerdings auch eingeschränkt und liegt hier zwischen 80–90 %; in formalinfixiertem Gewebe ist sie viel niedriger [3, 4], so dass in diesen Fällen eine negative PCR eine Tuberkulose niemals ausschließt!

Goldstandard bleibt der kulturelle Erregernachweis. Hierzu werden die Materialien nach DIN aufgearbeitet und auf verschiedene Kulturmedien (ein Flüssig- und zwei Festkulturmedien) beimpft. Die Bebrütung erfolgt für 56 Tage. Ein positives Ergebnis ist je nach Ausfall der Mikroskopie nach 1–8 Wochen zu erwarten. Erst der positive Kulturbefund beweist die Vitalität des Erregers und macht in-vitro-Resistenztestungen möglich. Die PCR-Technik hingegen ist bei der Frage der Vitalität genauso wenig hilfreich wie die Mikroskopie, da auch tote Erreger genetisch erfasst werden und die PCR somit noch Jahre nach Ausheilung der Tuberkulose positiv bleiben kann.

Die Kultur ist nur aus nativem Material (Sputum, Bronchialsekret, Gewebe, Pleuraerguss, Aszites, Urin, Fistelsekret etc.) möglich. Fixation in Formalin verhindert das Wachstum der Erreger und macht eine Anzucht unmöglich. Wenn Gewebe zur Tbc-Diagnostik gewonnen werden soll, muss der Operateur daher explizit auf diesen Sachverhalt hingewiesen werden!

Grundsätzlich schließt keines der mikrobiologischen Verfahren eine aktive Tuberkulose sicher aus. Immerhin sind gut 25 % der gemeldeten Fälle mikrobiologisch nicht gesichert [1].

Die Resistenzprüfung kann kulturell (phänotypisch nach der Proportionalmethode) oder genotypisch mit Sonden erfolgen. Letztgenannte ist allerdings wenigen Speziallaboratorien vorbehalten. Bei stark bakteriell verunreinigten Kulturen kann die genotypische Resistenzbestimmung richtungsweisend sein.

Immunologische Tests

Die immunologischen Testverfahren beruhen auf dem Nachweis einer zellulären Typ-IV-Reaktion auf Tuberkulin oder der in-vitro Reaktion von T-Lymphozyten auf ausgewählte Antigene von M. tuberculosis. Eine sichere Unterscheidung zwischen aktiver Erkrankung und latenter Tuberkuloseinfektion ist mit diesen Verfahren nicht möglich. Sie dienen in erster Linie dem Nachweis einer latenten Tuberkuloseinfektion. Für die Diagnose der aktiven Erkrankung spielen sie nur eine untergeordnete Rolle.

Mittlerweile wurden die Hauttests weitgehend von den Interferontests abgelöst.

Tuberkulinhauttest (THT)

Zur Hauttestung steht nur noch ein Tuberkulinpräparat (PPD23 purified protein derivate des Statens Serum Institut, Kopenhagen) zur Verfügung. Es werden mit dünner Kanüle 2 TE (Tuberkulin-Units), entsprechend 0,1 ml streng intradermal an der Beugeseite des Unterarms injiziert. Die Immunreaktion wird nach 72 Stunden abgelesen, was einen zweiten Patientenkontakt erforderlich macht. Von diagnostischer Relevanz ist nicht die Rötung sondern der Durchmesser der Schwellung. Die Interpretation ist untersucherabhängig und bezieht das Erkrankungsrisiko mit ein [5]. Insbesondere nach einer wenige Jahre zurückliegenden BCG-Impfung kann der THT falsch positiv ausfallen [6].

Interferon-Gamma-Release-Assay (IGRA)

Durch den IGRA wird eine Immunreaktion auf Antigenbestandteile von M. tuberculosis nachgewiesen. Hierzu wird Vollblut der Patienten mit Allergenbestandteilen von Mykobakterien inkubiert. Nach Kontakt mit dem Erreger werden T-Lymphozyten aktiviert, die Interferon-γ freisetzen. Der Nachweis ist quantitativ mit ver-

Mycobacterium Tuberculosis Infektion, 3D-Illustration. Foto: mauritius images/Westend61/Spectral

schiedenen Methoden möglich. Am Markt sind zwei Testsysteme erhältlich.

Der Vorteil der IGRAs beruht auf der deutlich höheren Spezifität und der einfachen Handhabung im Alltag. Bei vorausgegangener BCG-Impfung bleibt der Test negativ, so dass positive Reaktionen auf einen stattgehabten Kontakt mit Erregern aus dem MTB-Komplex hinweisen. Falsch positive Befunde treten allerdings auch bei den IGRAs auf. Problematisch ist die Interpretation von Grenzbefunden. Der Test kann genauso wenig wie der Hauttest zwischen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung und einer latenten Tuberkuloseinfektion unterscheiden und sollte daher allenfalls ergänzend zur Diagnose der aktiven Erkrankung verwendet werden [7]. Die Sensitivität der IGRAs liegt bei etwa 80% [8]. Die Aussagekraft ist insbesondere bei Immunsupprimierten und Kindern unter fünf Jahren eingeschränkt.

Ein negativer IGRA schließt eine aktive Tuberkulose nie mit Sicherheit aus, ein positiver beweist sie nicht. Da nach Tuberkuloseexposition eine definitive immunologische Reaktion erst nach acht Wochen zu erwarten ist, sollte z. B. bei Umgebungsuntersuchungen so lange mit dem Test gewartet werden. Für Kinder und Jugendliche unter 15 Jahren gelten andere Regeln.

Weder der Haut- noch IGRA-Test werden in der aktuellen Leitlinie [5] zur Primärdiagnostik empfohlen. Sie haben aber einen wichtigen Stellenwert im Rahmen der Infektionsprävention durch den öffentlichen Gesundheitsdienst und als Screeningmethode vor dem Einsatz diverser Biologicals (zum Beispiel Infliximab bei rheumatoider Arthritis).

Latente Tuberkulose

Nicht jeder Nachweis einer Immunreaktion auf mykobakterielle Proteine im THT oder IGRA ist mit einer aktiven Tuberkulose gleichzusetzen. Lässt sich trotz sorgfältiger Diagnostik keine aktive Erkrankung nachweisen, spricht man von einer latenten Tuberkulose. Die Infizierten sind klinisch gesund und nicht ansteckend. Es wird davon ausgegangen, dass eine aktive Erkrankung durch eine erfolgreiche Immunabwehr verhindert werden konnte ohne dass aber alle Erreger komplett abgetötet wurden. Die Persistenz der Bakterien birgt die Gefahr einer Aktivierung, wenn die immunologische Kontrolle durch Erkrankungen oder Medikamente, welche die Immunkompetenz negativ beeinflussen verloren geht. Schätzungen zufolge findet man bei ca. ¼ der Weltbevölkerung einen positiven IGRA oder THT [9]. Das Lebenszeitrisiko für die Entwicklung einer aktiven aus einer latenten Tuberkulose beträgt etwa 5–10 %.

Bei Nachweis einer latenten Tuberkulose ist nur bei hohem Risiko für die Entwicklung einer aktiven Tuberkulose eine Therapie erforderlich. Prinzipiell sollte eine Untersuchung auf eine latente Tuberkuloseinfektion nur erfolgen, wenn ein erhöhtes Risiko für eine Infektion besteht wie etwa bei Kontaktpersonen zu einem Patienten mit ansteckender Lungentuberkulose oder bei gesteigertem Reaktivierungsrisiko etwa unter immunsuppressiver Therapie.

Da nur von einer geringen Anzahl von vitalen Erregern auszugehen ist, ist eine Therapie mit einem oder zwei Medikamenten ausreichend. Bevorzugt wird eine Behandlung mit Rifampicin über vier Monate oder eine Kombinationstherapie mit Isoniazid und Rifampicin über drei Monate. Die früher bevorzugte Monotherapie mit Isoniazid über neun Monate führt wegen der langen Einnahmedauer häufig zu Behandlungsabbrüchen und wird daher zunehmend weniger eingesetzt. Bei Resistenzen oder Unverträglichkeiten wird die Chemoprävention kompliziert und muss in die Hand von mit der Therapie der Tuberkulose vertrauten Ärzte gegeben werden. In Tab. 1 sind Risikogruppen aufgeführt, bei denen eine Chemoprävention im Falle einer latenten Tuberkulose erwogen werden sollte. Auch im Falle der Chemoprävention muss das Risiko von Nebenwirkungen der Therapie berücksichtigt werden.

Unter Chemoprophylaxe versteht man die Gabe von Tuberkulosemedikamenten zum frühestmöglichen Zeitpunkt nach Exposition, wenn sich noch keine immunologische Reaktion in Form eines positiven Tuberkulinhauttests oder eines positiven IGRA nachweisen lässt. Sie soll das Angehen einer Neuinfektion bei Risikopersonen (z. B. Kinder unter fünf Jahren und Patienten unter Immunsuppression) verhindern und erfolgt mit einer INH-Monotherapie. Vor dieser Maßnahme muss radiologisch eine aktive Erkrankung ausgeschlossen werden. Ist nach acht Wochen Therapie der IGRA oder THT negativ, kann die Prophylaxe beendet werden. Bei positivem Ergebnis wird die Therapie als Prävention über insgesamt neun Monate fortgeführt.

Diagnosestellung

Oberstes Ziel der Diagnostik sind die Sicherung der Diagnose und der definitive Keimnachweis, damit unnötige Behandlungen mit potenziell nebenwirkungsträchtigen Medikamenten und Fehldiag-

Tab. 3: Dosierung der Standardtherapie, nach [7]

Substanz	Dosis1 (mg/kg KG)	Dosisbereich (mg/kg KG)	Minimal- und Maximaldosis (mg)	Dosis bei 70 kg Körpergewicht (mg)
Isoniazid (INH)	5	4–6	200/ 300	300
Rifampicin (RMP)	10	8–12	450/ 600	600
Pyrazinamid (PZA)	25	20–30	1500/ 2500	1750
Ethambutol (EMB)2	15	15–20	800/ 1600	1200

[1] Dosisanpassung bei steigendem Körpergewicht im Heilungsverlauf beachten!

[2] Optimale Dosis nicht bekannt, Okkuläre Nebenwirkungen in dieser Dosierung seltener.

nosen vermieden werden können. Das Spektrum der Differenzialdiagnosen ist breit (siehe Tab. 2). Die Diagnose gilt als zweifelsfrei gesichert, wenn bei plausiblen klinischen, radiologischen oder histo- bzw. zytopathologischen Befunden mittels PCR oder Kultur der Erregernachweis gelingt. Die Gewinnung von geeignetem Material für die mikrobiologische Diagnostik und Nachweis etwa vorliegender Resistenzen steht daher an oberster Stelle. Bei ca. 25 % der jährlich gemeldeten Erkrankungen gelingt kein Erregernachweis. Hier wird die Diagnose aus der Zusammenschau der erhobenen Befunde, dem Ausschluss von Differentialdiagnosen und anhand des Ansprechens auf eine antituberkulöse Therapie gestellt.

In mehr als 90 % der Fälle erfolgen die Diagnosesicherung und die Einleitung einer Therapie unter stationären Bedingungen. Die primäre Bronchoskopie ist nur bei negativer Sputummikroskopie indiziert, zumal sie bei Erregerausscheidern ein erhebliches Infektionsrisiko für den Untersucher und das Endoskopieteam darstellt. Mittels Spülung, bronchoalveolärer Lavage (BAL) oder transbronchialer Biopsie (TBB) kann geeignetes Material zur Diagnostik gewonnen werden. Intrathorakale Lymphknoten können mittels endobronchialem Ultraschall (EBUS) gezielt punktiert werden. Bei den extrapulmonalen Formen ist in der Regel eine Sonographie- oder CT-gesteuerte Biopsie zur Materialgewinnung für die mikrobiologische bzw. pathologisch-histologische Untersuchung erforderlich, bei der Meningitis tuberculosa oder zerebralen Tuberkulose eine Liquorpunktion. Bei der Urogenitaltuberkulose sollten Urin, Ejakulat oder Menstrualblut zur Kultur asserviert werden. PCR und Mikroskopie aus Aszites und Pleuraergüssen bleiben meist negativ, da es sich hierbei um ein paucibacilläres Material handelt. Sie sollten aber dennoch untersucht werden. Ergiebiger ist die Diagnostik aus einer Pleurabiopsie, die perkutan oder im Rahmen einer Thorakoskopie gewonnen werden kann. Zur Diagnose der Abdominaltuberkulose ist häufig eine Laparoskopie notwendig.

Abb. 2.: Massive infiltrative Veränderungen bds. mit großer Kaverne (→) im rechten Oberlappen bei 49-jährigem Patienten mit Husten seit vier Wochen.

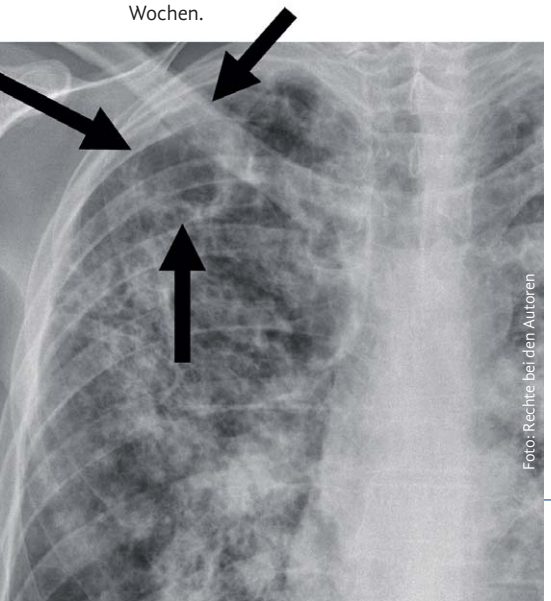


Foto: Rechte bei den Autoren

Therapie

Im Erwachsenenalter ist die medikamentöse Mehrfachtherapie aus initial mindestens vier verschiedenen, gegen Mykobakterien wirksamen Antibiotika Standard. Die Dreifach-Therapie ist obsolet. Bei der unkomplizierten Tuberkulose ohne zu erwartende Resistenzen werden Rifampicin (RMP), Isoniazid (INH), Ethambutol (EMB) und Pyrazinamid (PZA) eingesetzt. An die zweimonatige Initialphase mit einer vierfach-Therapie schließt sich die viermonatige Kontinuitätsphase mit einer zweifach-Therapie (RMP, INH) an, woraus sich eine Gesamttherapiedauer von sechs Monaten ergibt (siehe Tab. 3).

Bei den komplizierten Formen der Tuberkulose mit gesicherten oder erwarteten Resistenzen, ausgedehnter Erkrankung (z. B. Kavernen, lange Zeit bis zur Sputumkonversion), Knochen-, Gelenk oder ZNS-Befall ändern sich Medikamentenkombination und Therapiedauer. In besonderen Fällen ist der zusätzliche Einsatz von Glucocorticoiden oder operativen Maßnahmen indiziert [7]. Die Standardmedikamente sollten morgens nüchtern eine halbe Stunde vor dem Frühstück und zumindest in der Klinik unter Aufsicht eingenommen werden.

Die aktuelle Leitlinie [7] empfiehlt bei einigen Monoresistenzen den Ersatz des unwirksamen Präparates durch eines der beiden Fluorchinolone Moxifloxacin oder Levofloxacin. Dabei verlängert sich die Therapiedauer auf bis zu 20 Monate. Andere Fluorchinolone sollten nicht mehr verwendet werden. Patienten mit einer RMP-Resistenz werden wie eine multiresistente Tuberkulose (MDR) behandelt.

Die Therapie von Mehrfach-, Multi- oder extensiv-resistenten Tuberkulosen ist komplex, die Patienten sollten Expertenzentren zugewiesen werden. Im Jahr 2018 ließ in Deutschland bei 13 % der gemeldeten Tuberkulosefälle mit bekannter Resistenzlage mindestens eine Resistenz nachweisen, eine Multiresistenz fand sich bei 3,1 % – siehe Tab. 4, [1].

Risikofaktoren für Resistenzen

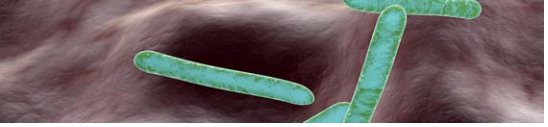
- Eine mindestens vierwöchige Tuberkulosetherapie in der Vergangenheit mit oder ohne Unterbrechung,
- Kontakt zu einer Person mit einer resistenten Tuberkulose,
- Herkunft aus einem Hochrisikogebiet, insbesondere ehemalige Staaten der UdSSR.

Mittlerweile erlauben die molekularbiologischen Methoden eine zeitnahe valide Aussage zur Resistenzlage. Mittels PCR können dabei nicht nur die Diagnose der Tuberkulose gesichert, sondern zugleich bestimmte Resistenzgene nachgewiesen werden. In der Breite verfügbar sind zumindest Tests auf eine Rifampicin- und Isoniazid-Resistenz. In spezialisierten Laboren sind auch andere Antibiotikaresistenzen überprüfbar. Sollte ein Resistenzrisiko bestehen, empfiehlt sich bereits zu Beginn der Therapie eine molekularbiologische Testung zumindest auf eine Rifampicinresistenz, um eine MDR-Tuberkulose ausschließen zu können.

Aufgrund der Hepatoxizität der meisten Standardtherapeutika, der ggf. notwendigen Dosisadaptation bei Niereninsuffizienz und möglichen Blutbildveränderungen unter Therapie sind entsprechende Laborkontrollen in regelmäßigen Abständen obligat. Die Leitlinie gibt hierfür praktische Anleitungen [7]. Der Einsatz von EMB macht regelmäßige ophthalmologische Kontrollen erforderlich. Unter Aminoglykosiden muss auf nephro- und ototoxische Nebenwirkungen geachtet werden.

Risikofaktoren

Die Herkunft aus einem Hochinzidenzland (bspw. Subsahararaum, südostasiatischer Raum) ist der wichtigste Risikofaktor für die Entwicklung einer aktiven Tuberkulose. Danach kommen Abhängigkeitserkrankun-



gen und Immunsuppression durch HIV oder Medikamente (Therapie mit TNFα-Blockern und anderen Biologicals, schwere Niereninsuffizienz, HIV-Infektion, Mangelernährung, Diabetes mellitus, Rauchen und Alkohol). Die Beschäftigung in Einrichtungen des Gesundheitswesens mit erhöhter Tuberkuloseprävalenz (wie Gefängnisse, Lungenkliniken oder -abteilungen etc.) ist mit einem marginalen zusätzlichen Risiko verbunden. Kinder unter vier Jahren sind besonders empfänglich für die Erkrankung, weshalb für Kinder Besonderheiten bei der Chemoprophylaxe zu beachten sind [7].

Übertragung und Infektionsprävention

Die Übertragung der Tuberkulose erfolgt fast ausschließlich aerogen von Mensch zu Mensch durch Erkrankte mit einer Lungentuberkulose, wobei das Ansteckungsrisiko mit der Dauer des Kontaktes und der Menge der ausgehusteten Bakterien korreliert [9]. Die Erregerzahl hängt vom Ausmaß des Lungenbefalls (z. B. Kaverne), der klinischen Symptomatik (vor allem dem Husten) und vor allem von der Stärke des Hustenstoßes ab. Die größte Ansteckungsgefahr geht daher von einem stark hustenden Patienten mit einer mikroskopisch offenen Lungentuberkulose aus. Wesentlich geringer ist diese Gefahr, wenn lediglich kulturell Mykobakterien im Sputum oder Bronchialsekret angezüchtet werden können oder die Erkrankten nicht husten. Bei der mikroskopisch offenen Tuberkulose gilt ein enger Raumkontakt von acht Stunden, bei ausschließlich kulturellem Erregernachweis von 40 Stunden als besonders gefährdend. Diese Zeiträume sind auch Grundlage für die Umgebungsuntersuchungen durch den öffentlichen Gesundheitsdienst. In besonderen Situationen (z. B. Reanimation, Bronchoskopie etc.) kann ein kürzerer Kontakt für eine Infektion ausreichen.

Äußerst seltene Infektionswege sind die Ingestion von erregerhaltigem Material (z. B. Milch bei der Rindertuberkulose), eine kongenitale Übertragung sowie theoretisch auch die Inokulation von bakterienhaltigem Wundsekret. Epidemiologisch spielt dies allerdings keine Rolle.

Ziel der Infektionsprävention ist daher die Vermeidung einer aerogenen Übertragung des Erregers. Es muss abgeklärt werden, ob ein pulmonaler Befall vorliegt und ob Infektiosität besteht. Eine Röntgenuntersuchung der Thoraxorgane und eine Untersuchung auf säurefeste Stäbchen im Sputum sind hierfür obligat.

Infektiöse Patienten sind zu isolieren. Grundsätzlich ist solange Infektiosität zu unterstellen, bis eine Sputumkonversion (dreimalig negative Sputummikroskopie an unterschiedlichen Tagen) eingetreten ist. In der Regel nimmt die Infektiosität unter einer dreiwöchigen Standardtherapie in dem Maße ab, dass bei der unkomplizierten Erkrankung keine Ansteckungsgefahr mehr anzunehmen ist.

Neben der räumlichen Isolierung des Patienten ist der Schutz des Personals und von Besuchern zu beachten. Für Deutschland werden Atemschutzmasken der Klasse FFP2 für Personal- und Besucher bei Betreten des Patientenzimmers empfohlen. Der einfache chirurgische Mund-Nasenschutz wird nicht mehr empfohlen, er soll lediglich vom Patienten beim Verlassen des Zimmers getragen werden (Verhinderung der Aerosolausbreitung). Der Patient selbst muss über alle diese Hygienemaßnahmen aufgeklärt werden.

Patienten mit rein extrapulmonaler Tuberkulose sind in der Regel nicht ansteckend. Auch wenn Erreger über den Urin oder andere Körperflüssigkeiten ausgeschieden werden, stellt dies bei entsprechenden Verhaltensweisen keine Gefahr dar. Ausführliche Informationen zur Infektionsprävention finden sich in den aktuellen Empfehlungen des Deutschen Zentralkomitees zur Bekämpfung der Tuberkulose [9].

Tab. 4: Definition der Resistenzbildung bei Tuberkulose, nach [7]

Monoresistenz	Resistenz gegen eines der Standardmedikamente
Polyresistenz	Resistenz gegen mehr als ein Standardmedikament, jedoch nicht gleichzeitig gegen INH und RMP
Multiresistenz (MDR)	Resistenz gegen mindestens INH und RMP
Prä-extensive Resistenz (preXDR)	MDR plus Resistenz gegenüber mindestens einem Fluorchinolon oder einem der injizierbaren Medikamente (Amikacin, Capreomycin und Kanamycin)
Extensive Resistenz (XDR)	MDR plus Resistenz gegenüber mindestens einem Fluorchinolon und einem der injizierbaren Medikamente (Amikacin, Capreomycin und Kanamycin)

Meldepflicht

Originalwortlaut des Infektionsschutzgesetzes: Meldepflichtig sind nach § 6 (1) 1. Infektionsschutzgesetz (IfSG) Erkrankung und Tod an einer behandlungsbedürftigen Tuberkulose, auch wenn ein bakteriologischer Nachweis nicht vorliegt. Darüber hinaus ist nach § 6 (2) dem Gesundheitsamt zu melden, wenn Personen, die an einer behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose leiden, eine Behandlung verweigern oder abbrechen.

Aufgaben der Gesundheitsämter sind die Ermittlung der Kontaktpersonen, Empfehlungen zur Prophylaxe und präventiven Therapie sowie die Therapieüberwachung. Zeichnen sich Probleme hinsicht-

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant!“ von Dr. med. Christian Reinhardt, Prof. Dr. med. Stefan Andreas und Dr. med. Peter Hammerl 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. Februar 2020 bis 24. Februar 2021 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.

lich der Therapietreue ab, besteht die Möglichkeit zur überwachten Medikamenteneinnahme (directly observed treatment DOT). Es ist eine enge Zusammenarbeit zwischen behandelndem Arzt und öffentlichem Gesundheitsdienst entscheidend für den Therapieerfolg.

Fazit

Die Tuberkulose ist in Deutschland mittlerweile eine relativ seltene Erkrankung geworden. Sie wird allerdings auch in Zukunft nicht völlig verschwinden und insbesondere bei Risikogruppen anzutreffen sein. Die Tuberkulose muss daher immer als mögliche Differenzialdiagnose bedacht werden. Im Zweifel sollten erfahrene pneumologische oder infektiologische Zentren bzw. Fachabteilungen hinzugezogen werden.

Dr. med. Christian Reinhardt
Prof. Dr. med. Stefan Andreas
Dr. med. Peter Hammerl

Lungenfachklinik Immenhausen
Pneumologische Lehrklinik
Universität Göttingen
Zentrum für Pneumologie Nordhessen

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
christian.reinhardt@lungenfachklinik-immenhausen.de

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

Ärztekammer

Ausgabe elektronischer Heilberufsausweise in Hessen

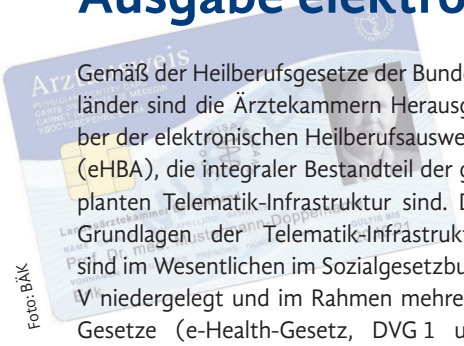


Foto: BÄK

Gemäß der Heilberufsgesetze der Bundesländer sind die Ärztekammern Herausgeber der elektronischen Heilberufsausweise (eHBA), die integraler Bestandteil der geplanten Telematik-Infrastruktur sind. Die Grundlagen der Telematik-Infrastruktur sind im Wesentlichen im Sozialgesetzbuch V niedergelegt und im Rahmen mehrerer Gesetze (e-Health-Gesetz, DVG 1 und DVG 2) genauer ausgestaltet worden.
Zur Herausgabe der Ausweise bedienen sich die Ärztekammern sogenannter Vertrauensdiensteanbieter, die die Karten erzeugen und dann an die Ärzte ausgeben. Aktuell gibt es vier Anbieter von eHBA, die Firmen medisign, T-Systems, SHC-GmbH und die D-Trust-GmbH (Bundesdruckerei). Im Dezember 2019 hat sich der Chaos Computer Club Komponenten beschafft, die den Zugang zur Telematik-Infrastruktur ermöglichen, ohne jeweils dazu autorisiert gewesen zu sein. Unter anderem auch einen elektronischen Heilberufsausweis. Insbesondere konnte dabei durch Änderung der Lieferanschrift der bestellte Ausweis an eine andere Adresse versendet werden. Nach Bekanntwerden dieses Vorfalls wurde die Ausgabe von eHBA ausgesetzt und das Herausgabeverfahren auf Schwachstellen überprüft. Als Konsequenz wurden unter anderem zwei Identverfahren aus dem Antragsprozess ausgeschlossen, die der Identifizierung des Arztes dienen. Hierbei handelt es sich um das BankIdent-Verfahren und das KammerIdent-Verfahren, bei denen es möglich war, eine zeitversetzte Identifizierung des Arztes vorzunehmen.
Beide Identverfahren wurden von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) seit jeher als kritisch angesehen. Deshalb hatte sich die LÄKH seinerzeit gegen die Einführung des KammerIdent-Verfahrens in Hessen entschieden.

Folgende Maßnahmen sind festzuhalten, die als Konsequenz aus dem Sicherheitsvorfall getroffen wurden:
1. Es ist nur noch PostIdent als Identverfahren möglich.
2. Es gibt nicht mehr die Möglichkeit, die Anschrift für den Versand des eHBA auszuwählen. Der Versand erfolgt immer an die Meldeanschrift des Arztes.
3. Eine Identifikation des Arztes ist bei jeder Antragstellung erforderlich, also auch bei Anträgen auf Folgekarten.

Mittlerweile wurde nach diesen Änderungen die Herausgabe von eHBA wieder aufgenommen. In Hessen ist es derzeit nur möglich, G0-eHBA über den Vertrauensdiensteanbieter medisign zu bestellen. Auch hat die Landesärztekammer Hessen nach dem oben erwähnten Vorfall ihre eigenen Prozesse im Rahmen des Herausgabeverfahrens überprüft, um sicherzustellen, dass es von unserer Seite aus keine Möglichkeit gibt, als Nichtarzt einen eHBA zu erlangen.
Im Nachhinein zeigt sich, dass die kritische und zurückhaltende Haltung der Hessischen Ärzteschaft gegenüber der derzeitigen Ausgestaltung der Telematik-Infrastruktur der richtige Weg war. Seit Beginn der Herausgabe von eHBA im Dezember 2016 haben nur ca. 250 hessische Ärztinnen und Ärzte einen eHBA bestellt. Dies ist wahrscheinlich dem Umstand geschuldet, dass für die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit derzeit kein eHBA benötigt wird. Die Anwendungen werden nur schleppend eingeführt und es ist gibt derzeit keinen Anlass, sich für den Erwerb eines eHBA zu entscheiden. Dessen ungeachtet wird die Landesärztekammer Hessen im Laufe der nächsten Monate auch Verträge mit den drei anderen Vertrauensdiensteanbietern schließen, um hessischen Ärztinnen und Ärzten auch dort die Bestellung eines eHBA zu ermöglichen. Über weitere Entwicklungen zu diesem Thema werden wir Sie über das Hessische Ärzteblatt und die Webseite der LÄKH zeitnah auf dem Laufenden halten.

Foto: Caroline McKenney

Ralf Münzing
Leitung IT,
LÄK Hessen

Multiple Choice-Fragen:

Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant!

VNR: 2760602020095090004

(nur eine Antwort ist richtig)

Dr. med. Christian Reinhardt, Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Dr. med. Peter Hammerl

1. Welche Aussage zur Epidemiologie der Tuberkulose ist richtig?

1) Die Rate der Neuerkrankungen wird in Deutschland derzeit vorwiegend durch Reaktivierung bei älteren Patienten bestimmt.
2) Tuberkulose ist vorwiegend eine Erkrankung des älteren Menschen.
3) Tuberkuloseneuerkrankungen kommen in der Gruppe der Unter-30-Jährigen vorwiegend bei Patienten vor, die nicht in Deutschland geboren wurden.
4) Die Inzidenz der Tuberkulose ist in den letzten Jahren konstant.

2. Welche Aussage zur extrapulmonalen Tuberkulose trifft nicht zu?

1) Die Lunge ist in fast allen Fällen mitbetroffen.
2) Am häufigsten findet sich ein Befall der cervikalen Lymphknoten.
3) Ein Befall des ZNS kann sich durch Kopfschmerzen äußern.
4) Unklarer Aszites kann Ausdruck einer Abdominaltuberkulose sein.

3. Welche Aussage zur Bildgebung bei pulmonaler Tuberkulose trifft zu?

1) Ein CT-Thorax ist im Rahmen der Diagnostik unentbehrlich.
2) Tuberkulöse Infiltrate sind typischerweise in den Oberlappen und apikalen Unterlappen lokalisiert.
3) Kavernöse Veränderungen im Röntgen-Thorax sind nur bei Tuberkulose zu finden.
4) Tuberkulöse Infiltrate finden sich meist beidseitig.

4. Welche Aussage zum Interferon-Gamma-Radio-Assay (IGRA) trifft zu?

1) Es wird Proteinmaterial von M. tuberculosis im Blut nachgewiesen.
2) Wenige Stunden nach Primärinfektion ist ein positives Testergebnis wahrscheinlich.
3) Ein negativer IGRA schließt eine Tuberkulose nicht aus.
4) Der Test ist auch bei schwerer Immunsuppression wie bei AIDS diagnostisch verlässlich.
e.) Die Blutabnahme findet an 2 unterschiedlichen Tagen statt.

5. Welche Aussage zur Diagnostik der Tuberkulose trifft zu?

1) Ein PCR aus formalinfixiertem Gewebe ist für die Diagnostik ausreichend.
2) Die molekularbiologische Testung hat die kulturelle Anzüchtung des Erregers weitgehend verdrängt.
3) Bei Nachweis von säurefesten Stäbchen im Sputum ist die Diagnose gesichert.
4) Das Ergebnis einer kulturellen Untersuchung kann unter Umständen erst nach 8 Wochen vorliegen.

6. Welche Aussage zu Resistenzen trifft zu?

1) Eine MDR-Tuberkulose definiert durch eine Resistenz gegen Isoniazid und Rifampicin sowie fakultativ weitere Antibiotika.
2) Monoresistenzen spielen in der Therapie keine Rolle.
3) Patienten mit einer tuberkulostatischen Vortherapie haben kein erhöhtes Risiko für bestehende Resistenzen.
4) Für die Resistenztestung muss immer ein positiver Kulturbefund vorliegen.

7. Welche Aussage zur Therapie der Tuberkulose trifft zu?

1) Die Standardtherapie für Erwachsene besteht aus einer Kombination aus 3 verschiedenen antimykobakteriellen Medikamenten.
2) Das Risiko für eine Hepatitis besteht nur in den ersten Wochen der Therapie, daher erübrigen sich hiernach weitere Laborkontrollen.
3) Die Gesamttherapiedauer beträgt in der Regel 4 Monate.
4) Beim Vorliegen von Resistenzen sollte die Therapie durch einen hierin erfahrenen Arzt/Ärztin festgelegt werden.

8. Welche Aussage zur Infektiösität trifft zu?

1) Bei fehlendem Nachweis von säurefesten Stäbchen im Sputum besteht keine Ansteckungsgefahr bei einem nichttherapierten Patienten mit Lungentuberkulose.
2) Patienten mit nachweisbaren säurefesten Stäbchen im Sputum sind potentiell ansteckend.
3) Patientin mit Lymphknotentuberkulose ohne pulmonalen Befall, sind bis zur Rückbildung der Lymphknotenschwellung ansteckend.
4) Bereits bei einem kurzen Gespräch mit einem ansteckenden Patienten besteht ein sehr hohes Infektionsrisiko.

9. Welche Aussage zu Hygienemaßnahmen bei infektiösen Patienten trifft zu?

1) Für Personal und Angehörige ist ein chirurgischer Mundschutz ausreichend.
2) Ansteckende Patienten sollten bis zum Abschluss der Therapie isoliert werden.
3) Der Patient sollte einen chirurgischen Mundschutz beim Verlassen des Zimmers oder bei Besuch tragen.
4) Das Personal sollte zusätzlich zur Atemmaske immer einen Schutzkittel tragen.

10. Welche Aussage zur Meldepflicht der Tuberkulose trifft nicht zu?

1) Bei Beginn einer antituberkulösen Therapie muss die Erkrankung innerhalb von 24h gemeldet werden, auch wenn kein Erreger nachgewiesen wurde.
2) Bei auffälligem Infiltrat im Röntgen-Thorax sollte bereits eine Meldung erfolgen.
3) Bei Nachweis von säurefesten Stäbchen erfolgt eine Meldung durch das Labor.
4) Der Nachweis eines positiven IGRA allein ist nicht meldepflichtig.

Literatur zum Artikel:

Tuberkulose – in Deutschland wieder relevant!

von Dr. med. Christian Reinhardt, Prof. Dr. med. Stefan Andreas, Dr. med. Peter Hammerl

[1] RKI. Bericht zur Epidemiologie der Tuberkulose in Deutschland für 2018

[2] Steingart KR, Ng V, Henry M et al. Sputum processing methods to improve the sensitivity of smear microscopy for tuberculosis: A systematic review. The Lancet. Infectious diseases 2006; 6(10): 664–674

[3] Surat G, Wallace WA, Laurenson IF, Seagar A-L. Rapid real-time PCR for detection of Mycobacterium tuberculosis complex DNA in formalin-fixed paraffin embedded tissues: 16% of histological ‚sarcoid' may contain such DNA. Journal of clinical pathology 2014; 67(12): 1084–1087

[4] Richter E, Andres S, Hillemann D. Aktuelle mikrobiologische Untersuchungsmethoden bei Mykobakterien. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 2015; 69(5): 276–281

[5] Getahun H, Matteelli A, Chaisson RE, Raviglione M. Latent Mycobacterium tuberculosis infection. The New England journal of medicine 2015; 372(22): 2127–2135

[6] Farhat, M.: False-positive tuberculin skin tests: what is the absolute effect of BCG and non-tuberculous mycobacteria?, International Journal of Tuberculosis and Lung Disease, 2006

[7] Schaberg T, Bauer T, Brinkmann F et al. S2k-Leitlinie: Tuberkulose im Erwachsenenalter. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 2017; 71(6): 325–397

[8] Sester M, Sotgiu G, Lange C, et al. Interferon-release assays for the diagnosis of active tuberculosis: a systematic review and meta-analysis. Eur Respir J 2011;37:100–11.

[9] Ziegler R, Just H-M, Castell S et al. Infektionsprävention bei Tuberkulose--Empfehlungen des DZK. Pneumologie (Stuttgart, Germany) 2012; 66(5): 269–282

Landesärztekammer Hessen auf dem Kongress „Operation Karriere“

Foto: © Benni Wolf Fotografie/DÄV

„Jetzt Blogger werden“: Auf dem Nachwuchskongress „Operation Karriere“ des Deutschen Ärzteverlags gab es vielfältige Anregungen für den Berufsweg junger Ärztinnen und Ärzte und zur Vernetzung.

Junge Ärztinnen und Ärzte zu fördern, ist ein wichtiges Anliegen der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). Deshalb wirkt sie auch im Jahr 2020 aktiv am Nachwuchskongress „Operation Karriere“ des Deutschen Ärzteverlags mit.

Neue Weiterbildungsordnung 2020, Kenntnisstandprüfungen und Karriereplanung – das waren einige der Themen, die in diesem Jahr am Beratungsstand der LÄKH zur Sprache kamen. Neben Medizinstudierenden sowie jungen Ärztinnen und Ärzten suchten auch Weiterbildungsbefugte die Beratung auf, wie Jens Sudmann, Leiter der Abteilung Weiterbildung, und Dr. med. Ariane Daubert, Ärztliche Referentin, berichteten. „Die jungen Ärzte hatten größtenteils bereits konkrete Vorstellungen darüber, welchen Facharzt sie anstreben“, fiel Sudmann und Daubert bei den Gesprächen auf. Gut angenommen wurde außerdem der Flyer „Angebote der Landesärztekammer Hessen für den ärztlichen Nachwuchs und Berufseinsteiger“.

Neben dem Informationsstand hielt Nina Walter, Ärztliche Leiterin Stabsstelle Qualitätssicherung und stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Grußworte und den Impulsvortrag: „Beruf und Karriere – Was junge Mediziner wirklich wollen“, wo sie die aktuellen Ergebnisse der Befragungsprojekte zum Thema ärztlicher Nachwuchs präsentierte.

Weitere Vorträge zu den Themengebieten „Gut geplant – Der Weg vom Studium in den Arztberuf“ und „Spezialisten im Profil“ sowie Workshops zur richtigen Bewerbung, dem ersten Arbeitsvertrag oder Prüfungsvorbereitung rundeten die Veranstaltung ab.

Maren Grikscheit

Ärzte-Warnstreik an den hessischen Unikliniken

Nachdem zwei Verhandlungsrunden für die hessischen Universitätskliniken (TV-Ärzte Hessen) bisher weitgehend erfolglos verlaufen sind, hat der Marburger Bund Hessen am 4. Februar alle Ärztinnen und Ärzte an den Universitätskliniken dazu aufgerufen, ganztätig die Arbeit niederzulegen. Neben kleineren lokalen Aktionen in den einzelnen Häusern, gab es einen gemeinsamen Demonstrationszug der Ärzteschaft durch die Marburger Altstadt mit einer zentralen Kundgebung auf dem Marktplatz.

Mehr als 600 Ärztinnen und Ärzte aus Frankfurt, Gießen und Marburg beteiligten sich an dieser Aktion und machten ihrem Ärger mit Transparenten und Skandierungen Luft. Hintergrund des Streiks sind die Forderungen des Marburger Bundes Hessen nach einer angemessen Vergütung zu besonders belastenden Zeiten, wie Nacht- und Sonntagszuschläge, die Anhebung von Kinderzuschlägen sowie eine Tarifsteigerung von 6,9 Prozent.

Foto: MB Hessen

Ärztestreik am 4. Februar: Zentrale Kundgebung auf dem Marburger Marktplatz.

Auch die nahtlose Fortführung des Landestickets ist Bestandteil der Verhandlungsgespräche. Während andere Landesbeschäftigte aktuell davon profitieren können, ist die freie Fahrt im öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) für die Ärzteschaft bis auf weiteres nicht nur ausgesetzt, es soll auch über eine mehrmonatige Nullrunde quersubventioniert werden. So zumindest suggeriert es das erste Angebot, welches das Land Hessen in der letzten Tarifrunde vorgelegt hatte. Dieses beinhaltet auch eine lediglich fünfprozentige Lohnerhöhung – gerechnet auf drei Jahre. Die Fortführung der Tarifverhandlungen ist für den 27. Februar 2020 geplant.

Caroline Backes
Marburger Bund Hessen

Neue ärztliche Weiterbildungsordnung für Hessen

Was ändert sich? Was ist wichtig? Stand Februar 2020

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 Zuzug aus anderen Bundesländern sinnvoll.

Was geschieht, wenn innerhalb der Übergangszeiten ein nach alter Ordnung befugter Weiterbilder ausscheidet?*
Die Kammer wird bei Bedarf für die Phase der Übergangszeiten befristete, neue Befugungen nach bisheriger WBO aussprechen, ggf. parallel zu einer Befugung eines Weiterbilders nach neuer WBO.

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). 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 2020 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 regelhaft 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.

Können bereits erworbene Kompetenzen in andere Weiterbildungen mitgenommen werden?*
Kompetenzen sind Kernpunkte der neuen WBO, Zeiten sichern dazu einen Mindestrahmen ab. Es soll zukünftig möglich sein, inhaltsgleiche, umschriebene und bereits dokumentierte Kompetenzen (z. B. Intubationen, organspezifische Sonographien) in weitere Weiterbildungsabschnitte oder andere Weiterbildungsgebiete „mitzuneh-

men". Verfahren und eventuelle Begrenzungen müssen hierzu seitens der Landesärztekammer noch geklärt werden.

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.

Ändern sich Rechte und Pflichten von Ärztin/Arzt in Weiterbildung und Weiterbilderin bzw. Weiterbilder?*
Es bleibt alles wie bisher: Ärztinnen/Ärzte in Weiterbildung haben die Pflicht einer ordnungsgemäßen Dokumentation, die vollständig und nachweisbar sein muss. Auf dieser Grundlage besteht das Recht auf Bestätigung und Ausstellung eines Weiterbildungszeugnis durch den oder die Weiterbilder. Weiterbilder haben das Zeugnis innerhalb drei Monaten nach Abschluss eines WB-Abschnittes auszustellen. Es sind mindestens jährliche Statusgespräche gefordert. Bei Störungen dieses kollegialen Miteinanders kann die Landesärztekammer auf Anfrage bei Pflichtverletzungen vermittelnd einschreiten.

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

Wird auch zukünftig die Beantragung von Weiterbildungsbefugnissen für 12 oder 24 Monate erleichtert?*
Das ist grundsätzlich gewollt, muss aber unter Berücksichtigung der neuen Kompetenzanforderungen in einer dafür ausgearbeiteten Verwaltungsrichtlinie nach § 5 Abs. 5 WBO 2020 für Hessen neu gefasst werden.

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-weiter-fortbildung/weiterbildung/musterweiterbildungsordnung/
- Gesamttext der Weiterbildungsordnung für Hessen: wird nach Genehmigung des HMSI auf www.laekh.de und als Sonderheft des Hessischen Ärzteblattes (nur online) veröffentlicht, voraussichtlich im Juni 2020.

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

* Neue Frage im Vergleich zu FAQs in Ausgabe 01/2020, S. 11

Dr. med. Ernst Girth zum Menschenrechts- und Rassismusbeauftragten der Landesärztekammer Hessen berufen

Ausdrücklich unterstützt die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) das Aktionsprogramm „Hessen gegen Hetze", mit dem die Hessische Landesregierung Rechtsextremismus, Gewalt und Hass im Internet entgegentritt. Da Gewalt und rechte Hetze auch nicht vor Arztpraxen oder Krankenhäusern Halt machen, hat das Präsidium den Menschenrechtsbeauftragten, Dr. med. Ernst Girth (Foto), zusätzlich als Rassismusbeauftragten berufen. Ab sofort ist Girth damit als Menschrechts- und Rassismusbeauftragter der LÄKH zugleich Ansprechpartner für rassistische und gewalttätige Vorfälle in Einrichtungen des Gesundheitswesens. Mit der Berufung des Rassismusbeauftragten entspricht die Landesärztekammer der Forderung der Delegiertenversammlung nach einer Anlaufstelle, bei der rassistische Vorfälle in Einrichtungen des Gesundheitswesens benannt werden können. Zugleich soll sich diese Anlaufstelle auch um die Entwicklung von Gegenstrategien bemühen. Darüber hinaus wird die Landesregierung aufgefordert, Mittel für die Erforschung von Rassismus im Gesundheitswesen bereit zu stellen. Die LÄKH werde entsprechende Forschungsprojekte aktiv unterstützen, erklärten die Delegierten. Kontakt zu Dr. Ernst Girth per E-Mail: menschenrechtsbeauftragter@laekh.de (moeh)

Foto: privat

Bessere Patientenversorgung durch Teamarbeit

Neues Lehrkonzept fördert die Zusammenarbeit von Medizin und Psychologie

Viele medizinische Fächer klagen über Nachwuchsmangel. Das liegt nicht nur an der unzureichenden Anzahl an Absolventinnen und Absolventen, sondern auch daran, dass einige Fächer von Studierenden nicht ausreichend wahrgenommen werden. So reicht bereits heute die Zahl an Rheumatologen nicht aus, um den Bedarf der Bevölkerung adäquat zu decken, wie Dr. med. Rebecca Hasseli im Gespräch erläutert. Sie ist Ärztin in der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie der Kerckhoff-Klinik in Bad Nauheim. Mit einem neuen Lehrkonzept an der Justus-Liebig-Universität Gießen, das im Herbst 2019 erstmalig angeboten wurde und bundesweit sich durch eine bisher einmalige Zusammenarbeit von Medizin und Psychologie auszeichnet, möchte sie unter anderem das Interesse der Medizinstudierenden an der Rheumatologie wecken und dem Fachkräftemangel in der Patientenversorgung entgegenwirken.

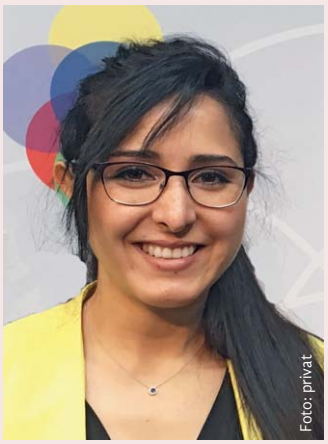


Foto: privat

Dr. med. Rebecca Hasseli ist Initiatorin des neuen Lehrkonzepts.

Sie haben ein neues Lehrkonzept initiiert, bei dem Studierende der Medizin und Psychologie gemeinsam von- und miteinander lernen. Wie sieht das konkret aus?

Dr. med. Rebecca Hasseli: Über einen Zeitraum von einer Woche erhalten 14 Studierende der Psychologie und Medizin Einblick in Bereiche der Physio- und Schmerztherapie, Neurologie und Logopädie. Die Woche startet damit, dass die Gruppen sich zunächst selbst einen Einblick in ihr Fach geben. Die Medizinstudierenden erklären den angehenden Psychologinnen und Psychologen medizinische Aspekte verschiedener Erkrankungen. Das sind in erster Linie rheumatische Erkrankungen, da wir hier diese Patienten vor Ort haben. Die Psychologiestudierenden erläutern wiederum das Handwerkszeug der Psychotherapie und der Psychoedukation. Das sind Themen, mit denen wir im Medizinstudium nicht groß in Kontakt kommen. Anschließend werden Teams aus jeweils zwei bis vier Personen aus beiden Fächern gebildet, die gemeinsam Themen bearbeiten und darüber referieren. Einige haben sich beispielsweise ein Rollenspiel ausgedacht, um sowohl die Patienten-, Arzt- als auch Psychologensicht einzubringen. Andere dachten sich spezielle Patientenfälle aus, um zu zeigen, wo greift der Mediziner ein und wann kommt der Psychologe ins Spiel. Das war sehr beeindruckend, welche Ideen da aufkamen. Da diese Übung sehr gut ankam, wollen wir beim nächsten Mal die Referatszeiten kürzer halten, um mehr in diese Gruppenarbeit gehen zu können. Am dritten Tag beginnt dann der praktische Anteil der Woche. Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer lernen die Physiotherapie und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten in der physikalischen Abteilung auch anhand von Selbstversuchen kennen. Nach einer kleinen Pause geht es in die Logopädie mit Theorie- und Praxisanteil. Am Donnerstag ist die Allgemeinmedizin, Neurologie mit Schmerztherapie dran. Am Nachmittag wird den Studierenden wieder in gemischten Teams jeweils ein Patient zugewiesen, um gemeinsam eine Anamnese zu erheben, ihn zu untersuchen und herauszufinden, was bei dem Patienten vorliegt. Am letzten Tag präsentieren sie dann den Patienten aus medizinischer und psychologischer Perspektive.

Foto: privat

Physiotherapeutische Behandlung selbst erfahren unter Supervision von Dr. Katrin Richter-Bastian.

Wie sind Sie auf die Idee gekommen?

Hasseli: Ich arbeite hier in der Abteilung für Rheumatologie mit chronisch kranken Patienten. Manche Erkrankungen haben verheerende Folgen für die Patienten, wie z.B. bei der systemischen Sklerose. Die psychischen Belastungen muss man ebenfalls beachten und die können nicht einfach medikamentös mit unserer Therapie abgedeckt werden. Die psychische Gesundheit ist sehr wichtig. Denn emotionale Belastung führt meist zu einem Schub der Erkrankung. Wenn die Psyche also mitbetreut wird und der Patient in dieser Hinsicht geerdet ist, hat man höhere Chancen den Patienten langfristig in Remission zu halten – mit Medikation und Psychotherapie. Da wir hier interdisziplinär arbeiten und Psychotherapeuten haben, welche die Patienten mitbehandeln, ist die Idee entstanden, dass wir eine solche Zusammenarbeit gerne bereits in die Ausbildung integrieren würden. Es ist wichtig, dass die jungen Kolleginnen und Kollegen auf dem Weg ihrer Ausbildung sowohl in der Psychologie als auch in der Medizin früh in Kontakt zueinander treten, um die Sprache voneinander zu lernen und Vorurteile abzubauen. Im Moment vermittelt der Patient zwischen Psychotherapeuten und Arzt und fungiert als

Timo Sattler zeigt physiotherapeutische Übungen.

„Nachrichtenüberbringer". Hier können jedoch Missverständnisse entstehen, da nicht alle Informationen übergeben werden können. Mit unserem Konzept wollen wir dieser Schnittstellenproblematik frühzeitig vorbeugen und die Teamarbeit fördern, die dem Patienten wiederum zugutekommt. So ist die Idee entstanden.

Wie lange hat es bis zur Umsetzung gedauert?
Hasseli: Die Idee dazu kam 2017. Ende 2017 habe ich damit begonnen, das Konzept aufzustellen und verschiedene Leute zu kontaktieren. Zunächst waren das vor allem Kolleginnen und Kollegen aus der Kerckhoff-Klinik. Da die Referenten finanziell nicht honoriert werden, war es nicht so leicht, welche zu gewinnen. Da war ich am Anfang zu optimistisch. Ich habe dann Kontakt zum Fachbereich der klinischen Psychologie aufgenommen und direkt mit der Dekanin Prof. Dr. Christiane Herrmann gesprochen und sie von dem Konzept überzeugen können. Weitere Unterstützung aus dem Fachbereich der klinischen Psychologie erhielt ich außerdem von Silas Pfeiffer und Dr. Judith Kappesser. Nach und nach hat sich dann das Referententeam vergrößert. Für den Bereich Physiotherapie konnte ich Dr. Katrin Richter-Bastian vom Universitätsklinikum Marburg und Timo Sattler aus der Kerckhoff-Klinik gewinnen. Die Logopädie wird durch Ulrike Hoffmann vertreten, die in Friedberg-Ossenheim tätig ist. Über Schmerztherapie und Neurologie referiert PD Dr. Marlene Tschernatsch vom Gesundheitszentrum Wetterau am Hochwaldkrankenhaus in Bad Nauheim. Für dieses Semester konnte ich zudem Dr. med. Ulrike Koock für den Bereich Allgemeinmedizin gewinnen. Im Oktober 2019 konnte unser Lehrkonzept erstmalig umgesetzt werden.

In welchem Rahmen ist dieses Angebot für die Studierenden im Lehrplan organisiert und wie wurde es angenommen?
Hasseli: Für die Medizinstudierende ist es ein Wahlpflichtfach, das sie sich auf das Examenszeugnis anrechnen lassen können. In der Psychologie ist es ein Referenzmodul, von denen sie mehrere für den Masterabschluss belegen müssen.
Bei der ersten Durchführung im Herbst 2019 waren die Plätze für die Psychologie-Studierenden innerhalb weniger Stunden ausgebucht und es standen 54 Personen auf der Warteliste. Bei den Medizinern war der Andrang nicht ganz so groß, aber auch hier wurden alle Plätze besetzt. Wir haben die Teilnehmerzahl bewusst gering gehalten, um intensiv arbeiten zu können.
Interessant zu sehen war, welche Dynamik sich unter den Studierenden entwickelte. Am ersten Tag saßen die Mediziner auf der einen und die Psychologen auf der anderen Seite des Raumes. Am letzten Tag dann saßen sie kreuz und quer und haben Kontaktdaten untereinander ausgetauscht. Die Veranstaltung wurde von allem hervorragend evaluiert. Das Interesse der Studenten war wirklich schön zu sehen, denn unsere Veranstaltung geht über die Stundenzahl hinaus, die eigentlich notwendig wäre für ein Wahlpflichtfach. Aber das hat keinen gestört, im Gegenteil.

Wie geht es mit Ihrem Konzept jetzt weiter?
Hasseli: Im März findet die Veranstaltung das nächste Mal statt. Wir versuchen es in jedem Semester anzubieten und sind fleißig dabei Werbung dafür zu machen. Ziel ist dieses Angebot langfristig zu etablieren, eventuell sogar als fester Bestandteil von der Ausbildung. Toll wäre es außerdem, wenn das Konzept Schule machen würde und wir als Ideengeber fungieren. Ich würde mir wünschen, einen Anreiz für andere Fakultäten zu geben, auch solch ein Konzept umzusetzen. Gerne können sich auch Referenten melden, die mitwirken möchten. Zusätzlich würden wir uns wünschen auch die Ausbildungsberufe in das Konzept zu inkludieren, so dass Pflege- und Physiotherapieschüler ebenfalls an dem interprofessionellen Konzept teilnehmen können.

Koordinationsübungen von Zunge und Mund zeigt Logopädin Ulrike Hoffmann (rechts).

Interview:
Maren Grikscheit

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärztinnen & Ärzte"

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende" möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an: katja.moehrle@laekh.de

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

In der Reproduktionsmedizin sind die Sicherung des Patientenwohls und der Behandlungsqualität eine selbstverständliche und etablierte Basis für das Handeln der beteiligten Ärzte. Schon seit den Anfängen des Fachgebiets in den 1970er- und 1980er-Jahren werden auf ärztliche Initiative freiwillig Daten im Rahmen eines Registers gesammelt. Dies geschieht neben den inzwischen verpflichtenden Qualitätssicherungsmaßnahmen, die ebenfalls entscheidend durch die Reproduktionsmediziner mitgestaltet und weiterentwickelt werden. Welche Verfahren gibt es? Wie werden sie in Hessen umgesetzt und welche Rolle spielt dabei die Landesärztekammer?

Der vierte Artikel der Serie „Patientensicherheit" stellt anhand der Reproduktionsmedizin auf Betreiben der Ärzteschaft entwickelte, erfolgreiche Qualitätsverfahren vor.

QS als ärztliche Initiative

Seit den Anfängen im Jahr 1978, als der erste durch In-vitro-Fertilisation (IVF) gezeugte Mensch auf die Welt kam, entwickelt sich die Reproduktionsmedizin rasant. Diese bedeutende Leistung, die 2010 mit dem Nobelpreis für Medizin geehrt wurde, war der Beginn eines ganz neuen Fachgebiets. In Deutschland wurde bereits 1982 das erste Kind nach einer IVF geboren. Noch im selben Jahr wurden bundesweit 742* IVF-Behandlungen registriert. Im Jahr 2018 lag die Zahl bereits bei 16.923*. In der Summe aller Methoden inklusive der intrazytoplasmatischen Spermieninjektion (ICSI) wurden 2018 sogar mehr als 100.000 Behandlungen** durchgeführt. 2017 saß in jeder Schulklasse mindestens ein Kind, das durch Methoden der extrakorporalen Befruchtung gezeugt wurde. Dies sind 3% aller lebend geborenen Kinder in diesem Jahr – Und durch die Altersentwicklung und soziale Veränderungen in der Gesellschaft wird die Bedeutung des Fachgebiets wohl noch weiter zunehmen [1–4]. In Verbindung mit den ethischen und rechtlichen Aspekten in der Reproduktionsmedizin ist die Sicherung der Behandlungsqualität daher besonders wichtig.

Dies wurde von den beteiligten Ärzten von Anfang an erkannt: Sie begannen bereits 1982 eigeninitiativ und freiwillig im Rahmen eines Registers – des Deutschen IVF-Registers e. V. (D.I.R) – umfangreiche Daten zu ihrer Arbeit zu sammeln. Zusätzlich wurden seither verpflichtende Qualitätssicherungsmaßnahmen (QS) durch die Ärztekammern etabliert. In der Arbeitsgemeinschaft QS ReproMed (AG QS ReproMed) wird hierfür die Entwicklung eines bundesweit einheitlichen Verfahrens angestrebt. Den Rahmen für die QS geben seit 1985 Richtlinien der Bundesärztekammer (BÄK) vor, die 2018 auf einer veränderten gesetzlichen Grundlage (§ 16 b Transplantationsgesetz) neu gefasst wurden. Ziel war es dabei, die „...medizinisch-wissenschaftlichen Fragestellungen von den gesellschaftspolitischen Aspekten klar zu trennen". Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) arbeitet derzeit an der Umsetzung dieser neuen Richtlinie für ihren Kammerbereich [1, 4–8].

Freiwillige und verpflichtende Qualitätssicherung Hand in Hand

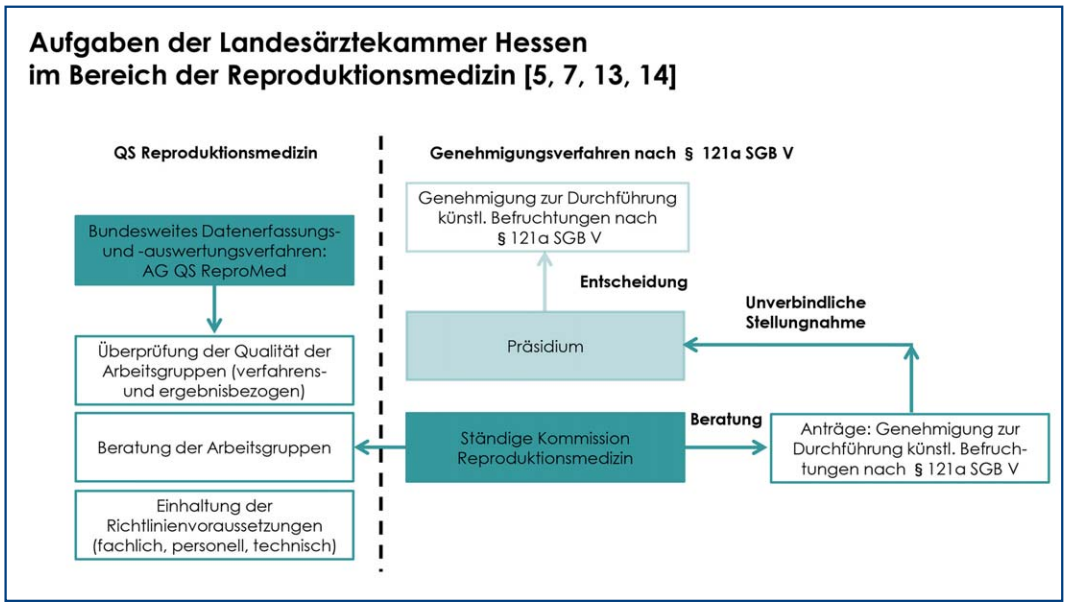
Mit dem D.I.R werden von Anfang an umfangreiche Daten erhoben und wissenschaftliche Auswertungen vorgenommen. Qualitätsmerkmal der inzwischen digitalisierten Datenerhebung ist die Prospektivität. Mit der Weiterentwicklung der BÄK-Richtlinien wurde das Register Ende der 1990er Jahre sogar als verpflichtende Grundlage für die QS übernommen. Seit 2014 wird ein neues QS-Verfahren etabliert – 15 von 17 Landesärztekammern gründeten die AG QS ReproMed. Ziel war und ist die Entwicklung eines einheitlichen, datengestützten Auswertungsverfahrens, das die Qualität mit dafür eigens entwickelten Indikatoren misst. Zur Entlastung der Zentren werden diese aus einem Teil des D.I.R-Datensatzes berechnet, den die meisten Reproduktionsmediziner weiterhin zusätzlich freiwillig melden. Die Auswertestelle der AG ist bei der Ärztekammer Schleswig-Holstein angesiedelt. Die Verfahrensentwicklung wurde und wird vom D.I.R unterstützt [4, 5, 12].

Praxisorientierte Qualitätssicherung

Bei der LÄKH steht die „Ständige Kommission Reproduktionsmedizin" (vormals „Ständige Kommission In-vitro-Fertilisation/Embryonentransfer") im Zentrum der QS-Maßnahmen. Sie überwacht die Qualität der reproduktionsmedizinischen Arbeitsgruppen verfahrens- und ergebnisbezogen, überprüft die Einhaltung der BÄK-Richtlinien und berät bei Fachfragen. In

* Prospektive und retrospektive Daten.

** IVF, ICSI, IVF/ICSI, Freeze all, Kryotransfer, Mischzyklen, Keine (abgebrochene Behandlungen vor durchgeführter Eizellbehandlung bzw. vor Kryo-Auftau) – prospektive und retrospektive Daten. Die Gesamtwerte enthalten auch Fälle von Gamete intrafallopian transfer (GIFT), die seit 2005 keine relevanten Größen innehaben und deshalb nicht mehr separat ausgewiesen werden [3].



Die Ständige Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH besteht aus mindestens sieben ehrenamtlichen Mitgliedern, die bedarfsweise durch Fachgutachter ergänzt werden. Die Berufung erfolgt vom Präsidium der LÄKH für die Dauer der Wahlperiode. Sitzungen/Beratungen finden je nach Bedarf statt. Die LÄKH nimmt am bundesweiten QS-ReproMed-Verfahren teil.

Abkürzungen: AG= Arbeitsgemeinschaft; LÄKH= Landesärztekammer Hessen; SGB V= Fünftes Buch Sozialgesetzbuch; QS= Qualitätssicherung

die Kommission wurden Reproduktionsmediziner, Gynäkologen und Juristen berufen, die bedarfsweise durch Fachgutachter aus den Bereichen Ethik und Humangenetik ergänzt werden. So können komplexe Fragestellungen fundiert beraten werden. Die Beteiligung von Vertretern der hessischen Zentren bei allgemeinen Fragestellungen gewährleistet die Nähe zur täglichen Praxis. Neben der QS wird auch die Erteilung von Genehmigungen nach § 121 a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch durch die Kommission abgedeckt. Alle Beschlüsse werden dem Präsidium der LÄK Hessen vorgelegt, siehe Grafik.

Grundlage der QS bei der LÄKH sind die jährlichen Auswertungen der AG QS ReproMed. Während in den anderen Kammerbereichen darüber meist ein schriftlicher Austausch mit den Zentren erfolgt, führt die LÄKH als derzeit einzige Ärztekammer einmal jährlich mit jedem Zentrum ein anlassunabhängiges Fachgespräch durch. Dabei ist der Vorsitzende der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin anwesend. Fach- und Methodenkompetenz werden durch einen unabhängigen Reproduktionsmediziner und die Stabsstelle QS der LÄKH sichergestellt. Im Gespräch werden individuelle Qualitätsziele festgelegt und Abweichungen besprochen. Als Besonderheit sind auch die leitenden Biologen der Zentren eingeladen, da ihre Arbeit maßgeblich die Qualität der reproduktionsmedizinischen Verfahren beeinflusst. Ein Ziel neben der QS und der Verbesserung der Patientensicherheit ist auch die ständige Weiterentwicklung des Verfahrens – Hinweise der Zentren werden in die Beratungen der AG QS ReproMed eingebracht. Die Gespräche selbst werden mittels eines Feedbackbogens evaluiert [13, 14].

Gestaltungsmöglichkeiten

Durch das besondere Verfahren bei der LÄKH können die Ärzte auch auf die verpflichtenden QS-Maßnahmen direkt Einfluss nehmen – besonders die Fachkompetenz aus der „freiwilligen QS“ über das D.I.R kann bei der Datenbewertung hilfreich sein. Weil bislang einheitliche Vorgaben des Gesetzgebers fehlen, kann das bestehende Kammerverfahren außerdem gemeinsam weiterentwickelt werden. Dabei wird der Aufbau einer vertrauensvollen Zusammenarbeit aller Beteiligten angestrebt. Dies ist besonders wegen der besonderen Fragestellungen in der Reproduktionsmedizin und der uneinheitlichen Gesetzeslage wichtig, um die Verfahren zu verbessern und die Patientensicherheit weiter zu fördern.

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“.

QS-Grundlagen in der Reproduktionsmedizin

Laut Hessischem Heilberufsgesetz hat die LÄKH die Aufgabe, die QS für ihre Mitglieder zu fördern, zu regeln und zu überwachen (§ 5 Abs. 1 Nr. 1, 4, 6 und § 25 Nr. 15). In der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen ist einerseits die Verpflichtung zur QS (§ 5) und andererseits die Anzeige- und Nachweispflicht für die assistierte Reproduktion als „besonderes medizinisches Verfahren“ verankert (§ 13). Aktuell erarbeitet die LÄKH eine eigene QS-Richtlinie, um ihre Verfahren und deren Ablauf transparent und einheitlich darzustellen. Übergreifend gilt die aktuelle Richtlinie der BÄK zur „Entnahme und Übertragung menschlicher Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion“ mit ihren gesetzlichen Grundlagen, insbesondere dem Embryonenschutzgesetz [7, 9–11].

Qualitätssicherung Reproduktionsmedizin bei der Landesärztekammer Hessen

Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg, Experte für Reproduktionsmedizin, und Nina Walter, Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, im Gespräch

Foto: KKH Nordwest

Prof. Dr. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg (Foto) ist Leiter der Sektion Endometriose am Krankenhaus Nordwest. Seit 2019 ist er Vorstandsvorsitzender der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), bei der er bereits seit über zehn Jahren als Referent tätig ist. Der emeritierte Ordinarius für Frauenheilkunde der Justus-Liebig-Universität Gießen beschäftigt sich seit 1981 mit Endokrinologie und Reproduktionsmedizin. Tinneberg ist langjähriges Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH, deren Vorsitz er 2019 übernommen hat. Er vertritt die LÄKH als unabhängiger Experte in übergreifenden QS-Gremien und leitet die jährlichen Fachgespräche mit den hessischen reproduktionsmedizinischen Zentren.

Wie sehen Sie das QS-Verfahren der LÄKH mit der Besonderheit der jährlichen Gespräche?
Tinneberg: Die LÄKH ist meines Wissens die einzige Kammer, die das persönliche Gespräch sucht. Dadurch bietet sich die effektive Möglichkeit, Unstimmigkeiten bei der Erhebung der Daten zu besprechen und abzustellen.

Sie haben die Entwicklung des Verfahrens aktiv mitbegleitet – gab und gibt es Besonderheiten?
Tinneberg: Das Verfahren hat sich im Laufe der Jahre zu dem entwickelt, was es heute darstellt. Dabei hat es immer Rücksprachen und Evaluationen durch die beteiligten Reproduktionsmediziner und deren Embryologen gegeben.

Wie kann aus Ihrer Sicht durch die QS in der Reproduktionsmedizin die Patientensicherheit verbessert werden?
Tinneberg: Höchste Patientensicherheit ist eine sehr komplexe Angelegenheit. Durch die Maßnahmen der LÄKH unterstützen wir das Bestreben der reproduktionsmedizinischen Einrichtungen, ihren Patientenpaaren höchste Qualität anzubieten.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der QS in der Reproduktionsmedizin allgemein und für das hessische Verfahren?
Tinneberg: Bundesweit werden Maßnahmen der Reproduktionsmedizin mit großer Sensibilität wahrgenommen. Die QS-Maßnahmen benötigen dazu relevante Instrumente. Wir arbeiten daran, diese zu verfeinern, um eine den gesetzlichen Vorgaben und auch den ethisch-moralischen Ansprüchen gemäße Reproduktionsmedizin mitzugestalten.

Foto: Katarina Ivanisevic

Nina Walter, M. A., (Foto) ist Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und Vorsitzende der Gesellschafterversammlung der AG QS ReproMed. Walter hat sowohl die Entwicklung des Verfahrens bei der AG QS ReproMed als auch die Qualitätssicherung bei der LÄKH über viele Jahre aktiv begleitet und mitgestaltet.

Warum gibt es das spezielle QS-Verfahren bei der LÄKH?
Walter: Die LÄKH hat sich bewusst für den fachlichen Dialog mit den Zentren in ihrem Kammerbereich entschieden, da die QS einerseits und die Förderung der Patientensicherheit andererseits nur in enger, vertrauensvoller Zusammenarbeit gelingen können. Gemeinsames Ziel ist dabei nicht nur, immer bessere Ergebnisse im Sinne der Patientenversorgung zu erzielen, sondern auch das Verfahren ständig weiter zu entwickeln. Inzwischen können wir auf einige Berichtsjahre zurückblicken und es ist interessant zu sehen, wie sich die Zentren weiterentwickeln. Dabei ist die Datengrundlage, die durch das Verfahren der AG QS ReproMed zur Verfügung steht, eine gute Basis – Sie ermöglicht einen Vergleich der individuellen Ergebnisse mit allen teilnehmenden Zentren und somit solidere Aussagen.

Gibt es Möglichkeiten der Mitgestaltung für die Zentren?
Walter: Sowohl was die Datengrundlage anbelangt, als auch bei der praktischen Ausgestaltung sind wir im Verfahren auf das Feedback jedes einzelnen Zentrums angewiesen. Wichtig ist von Seiten der Kommission und der Stabsstelle QS das Gespräch auf Augenhöhe – deswegen unterstützt unser Experte das Verfahren. Außerdem haben wir im letzten Jahr zwei leitende Ärztinnen hiesiger Zentren in die Kommission berufen, die bei den allgemeinen Beratungsinhalten das Bindeglied zu den hessischen Reproduktionsmedizinern darstellen.

Was wünschen Sie sich für die Zukunft der QS Reproduktionsmedizin?
Walter: Es wäre schön, wenn sich die Zusammenarbeit der Zentren mit der LÄKH aber auch untereinander intensiviert. Um dies zu fördern, planen wir eventuell noch in diesem Jahr einen Erfahrungsaustausch der Zentren mit der Kommission durchzuführen. Zudem möchten wir gerne die Umsetzung der neuen BÄK-Richtlinie abschließen – hier versuchen wir, transparente Lösungen im Sinne der ärztlichen Kollegen im Kammerbereich zu erarbeiten. Zu guter Letzt werden wir von Seiten der LÄKH weiter aktiv in der AG QS ReproMed mitarbeiten, da eine bundesweit möglichst einheitliche Datenbasis für die QS erstrebenswert ist.

Interview: Stabsstelle QS

Qualitätssicherung aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren

Zwei hessische Reproduktionsmedizinerinnen antworten mit Blick auf die Praxis: Was bedeutet für Sie das QS-Verfahren in der Reproduktionsmedizin und was wünschen Sie sich diesbezüglich für die Zukunft?

Foto: privat

Dr. med. Annette Bachmann: „Vor allem die individuellen Qualitätssicherungsgespräche ermöglichen uns im Dialog gemeinsam einen flächendeckend hohen Versorgungsstandard für unsere Kinderwunschpaare zu erarbeiten. Ich wünsche mir eine regelmäßige kritische Überprüfung und Anpassung der Messparameter für Qualität an die aktuelle wissenschaftliche Evidenzlage und die Bedürfnisse unserer Patientenpaare, sowie klare Richtlinien für Handlungssicherheit."

Foto: Uniklinikum Frankfurt

Dr. med. Aysen Bilgicyildirim: „Die Sicherung der Qualität spielt in der Medizin eine große Rolle, da es um die Gesundheit von Patienten geht. Auch wenn die Dokumentation dafür sehr aufwändig ist, ist sie erforderlich, um sichere und gute Arbeit beim Patienten zu leisten – was sich auch in den Erfolgsaussichten, z. B. der Geburtenraten nach IVF- oder ICSI-Therapie, zeigt. Dieses Vorgehen wird von den reproduktionsmedizinischen Zentren in Hessen mit der LÄKH und dem D.I.R bereits gut umgesetzt. Zukünftig sollte sich in Gesprächen der Zentren untereinander und mit der LÄKH die Qualität noch weiter erhöhen, so dass wir guten Gewissens sagen können, dass die hessischen Patienten im Bereich der Reproduktionsmedizin gut aufgehoben sind."

Dr. med. Annette Bachmann ist Leiterin des Schwerpunkts gynäkologische Endokrinologie und Reproduktionsmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt und Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH. **Dr. med. Aysen Bilgicyildirim** ist Leitende Ärztin des Kinderwunschzentrums Darmstadt und Mitglied der Ständigen Kommission Reproduktionsmedizin der LÄKH.

Interview:
Stabsstelle QS

Erfolgreiche Brandbekämpfung im Gästehaus des Bildungszentrums in Bad Nauheim

Foto: Hans-Peter Hauck

Das ausgebrannte Gästezimmer.

Am Samstag, 1. Februar, ereignete sich in den Morgenstunden ein Zimmerbrand im Gästehaus des Bildungszentrums in Bad Nauheim. Zwei Teilnehmerinnen eines Prüfungsvorbereitungskurses entdeckten das Feuer und lösten umgehend einen Feueralarm aus. Dank des Einsatzes einer Empfangsmitarbeiterin konnte das Gästehaus innerhalb kürzester Zeit evakuiert werden. Der wenige Minuten nach der Alarmierung eingetroffenen Feuerwehr gelang es, den Brand umgehend zu löschen.

Das betroffene Zimmer wurde durch Rauch und Flammen vollständig zerstört, während benachbarte Gästezimmer und der Flur keinen Schaden erlitten. Drei mit dem Brand in Berührung gekommene Personen wurden zur Untersuchung auf eine mögliche Rauchvergiftung in das Hochwaldkrankenhaus eingeliefert, doch sind nach aktuellem Stand keine Personenschäden zu befürchten. In der Zwischenzeit hat die Feuerwehr das Gebäude wieder zur Nutzung freigegeben, sodass der Gästehausbetrieb noch am Samstagvormittag wieder aufgenommen werden konnte.

Brandursache und Schadensumfang stehen noch nicht fest. Die erfolgreiche Brandbekämpfung, für die sich Präsidium und Geschäftsführung der Landesärztekammer bei allen Beteiligten herzlich bedanken, macht die Bedeutung eines vorbeugenden Brandschutzkonzeptes im Vorfeld deutlich, mit dessen Hilfe eine Brandkatastrophe verhindert werden konnte. Es hat gezeigt, wie entscheidend die von allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Landesärztekammer Hessen regelmäßig durchgeführten Brandschutzübungen in Gefahrensituationen sind.

Hans-Peter Hauck
Kaufmännischer Geschäftsführer
der Landesärztekammer Hessen

Literatur zum Artikel:

Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 4: Qualitätssicherung in der Reproduktionsmedizin: Verfahren von Ärzten für Ärzte

Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

[1] Richter-Kuhlmann, E. Assistierte Reproduktion: Richtlinie komplett neu. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 115, Heft 22. A1050 – 51. 1. Juni 2018. https://www.aerzteblatt.de/archiv/198200/Assistierte-Reproduktion-Richtlinie-komplett-neu (Zugriff 16.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/s23dfop

[2] Zylka-Menhorn et al. "Vater" von vier Millionen Babys. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 107. Heft 40, A 1896 – 97. 8. Oktober 2010

[3] Deutsches IVF-Register (D.I.R). Jahrbuch 2018. Journal für Reproduktionsmedizin und Endokrinologie, Sonderheft 2019. 16. Jahrgang 2019. Modifizierter Nachdruck aus Nummer 6: 279–315 // ISSN 1810–2107. Krause & Pachernegg GmbH, Verlag für Medizin und Wirtschaft, A-3003 Gablitz, 2019. https://www.deutsches-ivf-register.de/jahrbuch.php (Zugriff 21.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/u8c2xag

[4] Homepage des Deutschen IVF-Registers (D.I.R e.V.). https://www.deutsches-ivf-register.de/ (Zugriff 24.01.2020)

[5] Bundesärztekammer. Qualitätssicherung. Bundeseinheitliches Verfahren für die Reproduktionsmedizin. https://www.bundesaerztekammer.de/suche ?L=0&id=6022&tx_solr%5Bq%5D=Qualit%C3%A4tssicherung+Bundeseinheitliches+Verfahren+f%C3%BCr+die+Reproduktionsmedizin (Zugriff 24.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/t4yrdaq

[6] Bundesärztekammer. Richtlinien zur Durchführung von In-vitro-Fertilisation (IVF) und Embryotransfer (ET) als Behandlungsmethode der menschlichen Sterilität. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 82, Heft 22. A 1691 – 98. Ausgabe A. 29. Mai 1985.

[7] Bundesärztekammer. Richtlinie zur Entnahme und Übertragung menschlicher Keimzellen im Rahmen der assistierten Reproduktion. Deutsches Ärzteblatt. 11.5.2018 DOI: 10.3238/arztebl.2018.Rili_assReproduktion_2018. https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/richtlinien/assistierte-reproduktion/ (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/w2s3o8d

[8] Transplantationsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 4. September 2007 (BGBl. I S. 2206), das zuletzt durch Artikel 24 des Gesetzes vom 20. November 2019 (BGBl. I S. 1626) geändert worden ist. www.gesetze-im-internet.de (Zugriff 24.01.2020)

[9] Gesetz über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz). Stand 25.05.2018. 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)). https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ybtwww9z

[10] Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 26. März 2019 (HÄBL 6/2019, S. 396). Stand: 01.06.2019. https://www.laekh.de/aerzte/rund-ums-recht/rechtsquellen (Zugriff 22.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ybtwww9z

[11] Embryonenschutzgesetz vom 13. Dezember 1990 (BGBl. I S. 2746), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. November 2011 (BGBl. I S. 2228) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/eschg/BJNR027460990.html (Zugriff 24.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ud8jgdb

[12] Bundesärztekammer. Richtlinien zur Durchführung der assistierten Reproduktion. Deutsches Ärzteblatt. Jg. 95, Heft 49. A 3166 – 71. 4. Dezember 1998

[13] Seiten der Stabsstelle Qualitätssicherung auf der Homepage der Landesärztekammer Hessen. https://www.laekh.de/aerzte/qualitaetssicherung/qs-massnahmen/reproduktionsmedizin (Zugriff 22.01.2020)oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/yx6jgfsp

[14] Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477, 2482), das zuletzt durch Artikel 1 des Gesetzes vom 21. Dezember 2019 (BGBl.I S. 2913) geändert worden ist. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_5/ (Zugriff 16.01.2020) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/y3nhdejc

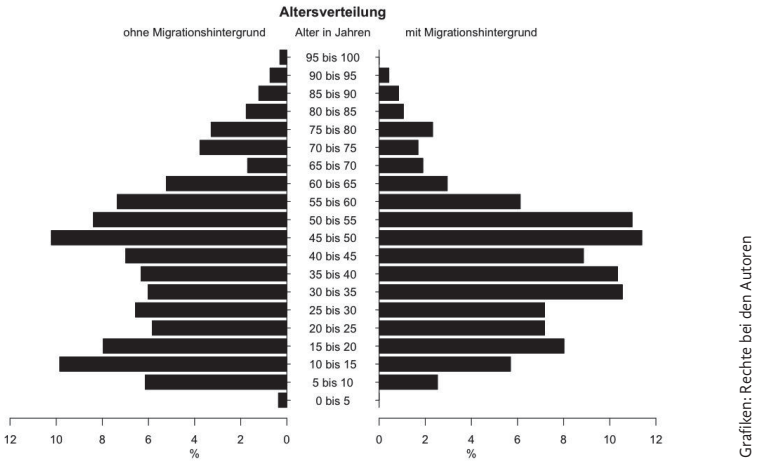
Konzept der interkulturellen Öffnung am Beispiel der Vitos Kliniken

Dr. med. Matthias Bender, Jonas Staudt, Prof. Dr. med. Eckhardt Koch

Die Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund ist oftmals durch sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme geprägt. Das kann die Behandlung erheblich erschweren – insbesondere in der Psychiatrie und Psychotherapie, wo das persönliche Gespräch zwischen Behandler und Patient maßgeblich für die Therapie ist. Vitos misst daher der interkulturellen Öffnung seiner Einrichtungen eine große Bedeutung zu. Bereits Anfang 2013 hat das Unternehmen, das hessenweit psychiatrische und psychosomatische Kliniken betreibt, ein Konzept für deren interkulturelle Öffnung entwickelt. Die Vitos Kliniken haben das Konzept inzwischen größtenteils umgesetzt.

Um ein interkulturelles Behandlungsangebot, das sich am Bedarf der Patienten orientiert, aufbauen und weiterentwickeln zu können, hat Vitos 2014 erstmals Daten zum Migrationshintergrund der Patienten erhoben. Ziel der Erhebung war es, Informationen über die Patientenstruktur zu gewinnen – mit einem Fokus auf migrationsspezifischen Fragen und Bedarfen. Denn weder zu Prävalenzraten psychischer Störungen bei Migranten noch zu deren Inanspruchnahme psychiatrisch-psychotherapeutischer Angebote gab es zu diesem Zeitpunkt in Deutschland eine zufriedenstellende Datenbasis. Zur Bevölkerung mit Migrationshintergrund zählen nach der Definition im Mikrozensus „alle Ausländer und eingebürgerte ehemalige Ausländer, alle nach 1949 als Deutsche auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderte, sowie alle in Deutschland als Deutsche Geborene mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“. Vitos legt diese Definition zugrunde und erfasste in 2014 alle Patienten, die sich während der Erhebungswoche in voll- oder teilstationärer Behandlung befanden. Der Anteil der Patienten mit Zuwanderungsgeschichte lag in den Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie bei etwa 20 Prozent. Für die Kinder- und Jugendpsychiatrie ergab sich ein Migranten-Anteil von etwa 15 Prozent und in der Psychosomatik von rund zwölf Prozent (Koch, Staudt & Gary, 2015), siehe Abb. 1.

Die Ergebnisse der Datenerhebung waren für Vitos eine der Grundlagen, um eine kultursensible und kulturkompetente Versorgung von Patienten mit Einwanderungsgeschichte zu implementieren. Es geht Vitos also nicht allein darum, dass die sprachliche Vermittlung gelingt. Auch der kulturelle Hintergrund muss in der Behandlung berücksichtigt werden.



Grafiken: Rechte bei den Autoren

Abb. 1: Prozentuale Altersverteilung der Patientinnen und Patienten in den Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik (N=2.279) auf Basis der 2014 durchgeführten Vollerhebung in den entsprechenden Vitos Einrichtungen.

Bestellung von Migrationsbeauftragten

Seit 2013 sind für alle Vitos Gesellschaften mit ihren jeweiligen Kliniken Migrationsbeauftragte benannt – meist aus den pflegerischen, ärztlichen oder psychologischen Professionen. Sie sind Ansprechpartner für Patienten mit Migrationshintergrund. Außerdem generieren sie Ideen und Impulse für den Aufbau interkultureller Behandlungsangebote und unterstützen die Einrichtungen vor Ort, die dafür notwendigen Voraussetzungen zu schaffen. Sie organisieren innerbetriebliche Fortbildungen zu interkulturellen Themen, sind am Aufbau von Dolmetschersystemen beteiligt und stellen wichtige Informationen und Arbeitsmaterialien für Patienten und Behandler zusammen. Zudem lassen sie Formulare, Patienteninformationen, Aufklärungsbögen und ähnliches bei Bedarf in die benötigten Fremdsprachen übersetzen.

Um bedarfsorientierte Behandlungsangebote zu entwickeln, bedarf es einer engen Zusammenarbeit zwischen Management und den Migrationsbeauftragten. Bereits 2013 wurde bei Vitos ein regelhafter Austausch aller Migrationsbeauftragten etabliert – unter Leitung des übergeordneten Vitos Migrationsbeauftragten Prof. Dr. Eckhardt Koch. Sie treffen sich quartalsweise, um neue Ideen für eine optimierte Patientenversorgung zu generieren, Best Practice-Beispiele zu Behandlungsansätzen für Migranten vorzustellen und Schwierigkeiten in der Umsetzung von Maßnahmen zu besprechen.

Darüber hinaus veröffentlichen die Migrationsbeauftragten einen gemeinsamen Jahresbericht. Er informiert ausführlich über geplante, in der Umsetzung befindliche und bereits abgeschlossene Maßnahmen, die in den Vitos Einrichtungen die

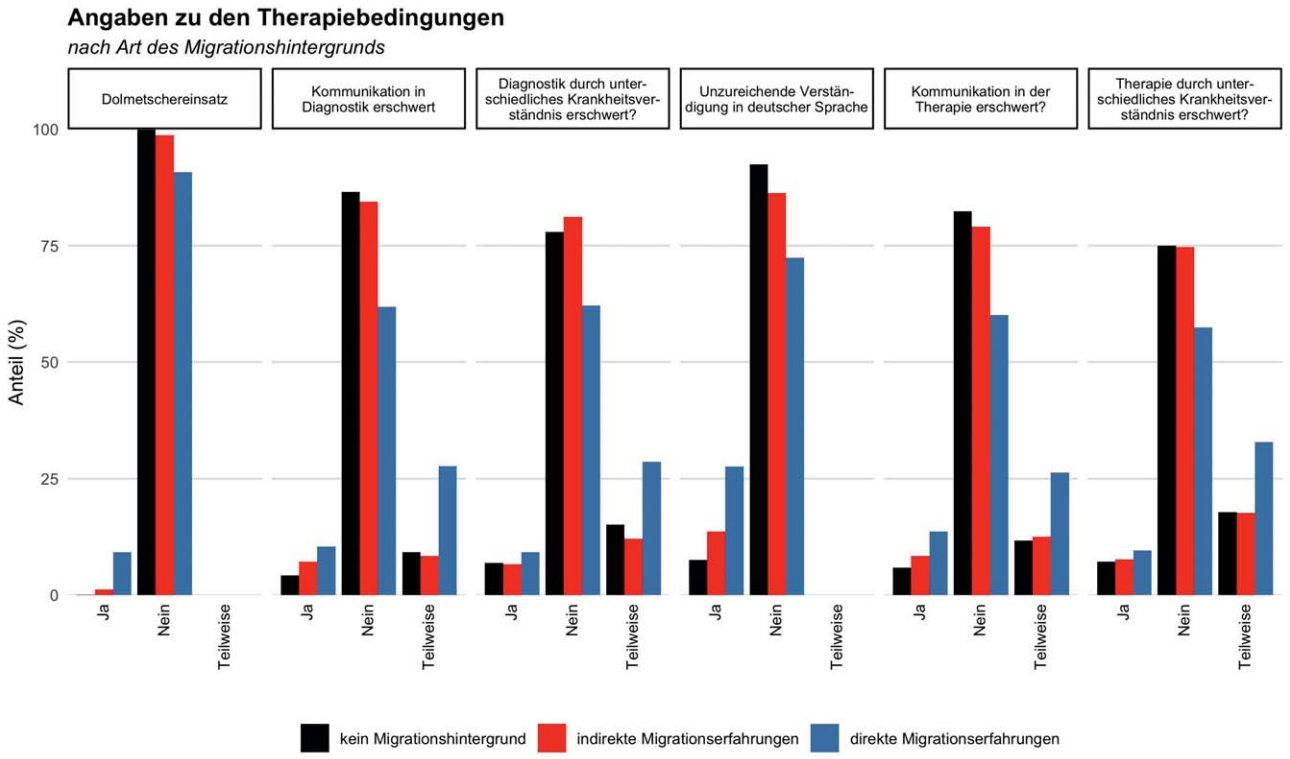


Abb. 2: Einschätzung der Behandler hinsichtlich der Therapiebedingungen für Patienten und Patientinnen in den Vitos Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychosomatik (N = 2.279) auf Basis der 2014 durchgeführten Vollerhebung in den entsprechenden Vitos Einrichtungen. Prozentuale Angaben für drei Patientengruppen (kein Migrationshintergrund, indirekte Migrationserfahrung und direkte Migrationserfahrung).

Versorgung von Patienten mit Migrationshintergrund verbessern.

Interkulturelle Psychoedukation

Neben Sprachbarrieren kann auch die kulturelle Prägung die Behandlung erschweren. Manche Patienten mit Migrationshintergrund wissen nicht, was „Psychiatrie" bedeutet, weil es in ihren Herkunftsländern keine nennenswerte psychiatrische Versorgung gibt. So weichen teilweise auch die Vorstellungen von Behandlung, Selbstverantwortung, Eigenständigkeit und der Arzt-Patienten-Beziehung ab. Aus Sicht der Behandler erschwere ein unterschiedliches Krankheitsverständnis die Behandlung stärker als Probleme bei der sprachlichen Verständigung. Das ist das Ergebnis einer Umfrage der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) aus dem Jahr 2012, an der 72 von 109 Kliniken der BDK teilnahmen (Koch et al. 2014). Neben administrativen Rahmenbedingungen wurden therapeutische und konzeptionelle Aspekte wie die Arbeit mit Dolmetschern und die allgemeine interkulturelle Orientierung der Kliniken abgefragt. Stationäre Konzepte für Patienten mit Zuwanderungsgeschichte waren zu diesem Zeitpunkt in 12,5 Prozent der Kliniken etabliert.

Um kulturell bedingte Hürden abzubauen und bei den Patienten das Wissen um ihre Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten zu verbessern, setzt Vitos seit Mitte 2019 im Rahmen eines Pilotprojektes das Handbuch „Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationshintergrund" (Assion, Ueberberg & Kaaz, 2018) ein. Das Manual enthält Materialien in arabischer und türkischer Sprache. Fünf verschiedene Module beschäftigen sich unter anderem mit Migration und Integration, mit dem deutschen Gesundheitssystem, mit Vorsorge oder auch mit den häufigsten psychischen Erkrankungen. Therapeuten besprechen die einzelnen Module in Gruppensitzungen mit den Patienten. Bei Bedarf werden Dolmetscher hinzugezogen. Nach Abschluss der fünfwöchigen Psychoedukation werten die Therapeuten die Erfahrungen aus den Gruppensitzungen aus. Rückmeldungen der Patienten sowie Fremdbeurteilungen der Behandler sollen Aufschluss darüber geben, wie die Patienten von den vermittelten Inhalten profitiert haben und welchen Einfluss das neue Behandlungsangebot auf ihre Zufriedenheit mit der Behandlung hat. Die Ergebnisse fließen in eine Studie ein, die Vitos gemeinsam mit der LWL-Klinik Dortmund durchführt. Ziel der Studie ist die Evaluation und Weiterentwicklung der Manual-Inhalte.

Dolmetschernetzwerke

Aktuell leben mehr als 180 unterschiedliche Nationalitäten in Deutschland. Unzureichende Kenntnisse der deutschen Sprache machen – insbesondere im Fachgebiet Psychiatrie und Psychotherapie – eine dolmetschergestützte Kommunikation erforderlich. Vitos bemüht sich, jedem Patienten, der einen Dolmetscher benötigt, einen solchen zur Verfügung zu stellen. Angestrebt wird der Einsatz ausschließlich familienunabhängiger Dolmetscher, um eine größtmögliche Neutralität der Übersetzung sicherzustellen.

2017 wurde Jozsef Lak (2. v. r.) für sein Gitarrenbauprojekt mit geflüchteten und deutschen Kindern mit dem Hadamarer Förderpreis geehrt. Die Gruppe stellte die Instrumente mit einem Konzert auch auf der Frankfurter Musikmesse vor. Dr. med. Matthias Bender überreichte den Preis (3. v. l.).

Ein deutlicher Bedarf an Dolmetscherleistungen zeichnete sich bereits vor 2015 und dem Ankommen tausender geflüchteter Menschen in Hessen ab. Die bereits im Oktober 2014 durchgeführte Vollerhebung für den voll- und teilstationären Bereich zeigte, dass insbesondere für Patienten mit direkter Migrationserfahrung im Rahmen der Therapie häufig keine ausreichende Verständigung in deutscher Sprache möglich war. Für die Gruppe der migrierten Erwachsenen sowie der migrierten Kinder- und Jugendliche unter 18 Jahren traf dies in über 25 Prozent der Fälle zu. Gleichzeitig wurden für diese Patientengruppe in weniger als 10 Prozent der Fälle Dolmetscher eingesetzt (siehe Abb. 2).

Inzwischen hat Vitos ein Drei-Säulen-Konzept etabliert, das verschiedene Möglichkeiten zur Einbindung von Dolmetschern vorsieht. Das Konzept soll die mündliche Kommunikation mit Patienten gewährleisten, die nicht oder nicht ausreichend Deutsch sprechen. Über die Vitos Akademie werden seit 2016 regelmäßig Mitarbeiter in der Technik des Dolmetschens ausgebildet. Ein Vorteil von hausinternen Dolmetschern ist, dass bereits vorhandene Sprachkompetenzen von Vitos Mitarbeitern genutzt werden, die sich zum Dolmetschen bereit erklären. Eine eintägige Schulung bereitet auf diese verantwortungsvolle Tätigkeit vor – so kann gleichzeitig ein hoher Qualitätsstandard hausinterner Übersetzungsleistungen gewährleistet werden. Darüber hinaus wird durch eine aktive Vernetzung mit Dolmetscherbüros und Gemeindedolmetscherdiensten in der Region die Verfügbarkeit externer Dolmetscherdienste gewährleistet. Seit Oktober 2019 werden die beiden Säulen durch die Option „Videodolmetschen“ ergänzt. Der Vorteil des online-gestützten Videodolmetschens besteht im Zugang zu Dolmetscherleistungen auch dort, wo keine hausinternen Dolmetscher oder Gemeindedolmetscherdienste zur Verfügung stehen. Vitos arbeitet hierfür mit einem Anbieter zusammen, der sich durch einen großen und gut geschulten Dolmetscherpool auszeichnet.

Interkulturelle Fort- und Weiterbildung

Die Vitos Akademie bietet bereits seit einigen Jahren verschiedene Fortbildungen zur interkulturellen Kompetenz an. Dazu gehören ein eintägiger Basiskurs, der für alle Berufsgruppen geeignet ist, und ein zweitägiger Vertiefungskurs, der sich verstärkt an medizinisches und psychologisches Fachpersonal richtet. Hinzu kommen jährliche Schulungen für Mitarbeiter, die sich im Rahmen der hausinternen Dolmetscherdienste engagieren sowie zusätzliche Fachforen zu wechselnden Themen.

Über die bislang etablierten Präsenzveranstaltungen hinaus plant Vitos in 2020 die Produktion eines Web-basierten Trainings. Dieses E-Learning-Modul soll interessierten Mitarbeitern die interkulturelle Arbeit in den Vitos Einrichtungen vorstellen und wichtige Grundregeln im Rahmen des Einsatzes von Dolmetschern im klinisch-psychiatrischen Setting vermitteln.

Die Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Hadamar lobt seit 2010 jährlich den Förderpreis der transkulturellen psychiatrischen Ambulanz aus, die 2009 gegründet wurde. Der finanziell und mit einer Glasskulptur dotierte Preis würdigt Initiativen, wissenschaftliche Arbeiten, Projekte und Einzelpersonen, die sich in der Region in besonderer Weise um die Integration der Menschen mit Migrationshintergrund verdient gemacht haben. Eine Fortbildungsreihe mit entsprechenden Fachvorträgen flankiert die Festveranstaltung. 2017 wurde Jozsef Lak für sein Gitarrenbauprojekt mit geflüchteten und deutschen Kindern mit dem Hadamarer Förderpreis geehrt. Die Gruppe stellte die Instrumente mit einem Konzert auch auf der Frankfurter Musikmesse vor.

Korrespondenzadresse:
Dr. med. Matthias Bender
Klinikdirektor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Kassel, Bad Emstal, Hofgeismar und Melsungen,
Ärztlicher Direktor Vitos Klinikum Kurhessen, Wilhelmshöher Allee 345A, 34131 Kassel; E-Mail:
matthias.bender@vitos-kurhessen.de

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

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)

Literatur zum Artikel:

Konzept der interkulturellen Öffnung am Beispiel der Vitos Kliniken

von Dr. med. Matthias Bender, Jonas Staudt und Prof. Dr. med. Eckhardt Koch

Assion, H.-J., Ueberberg, B. & Kaaz, T. (2018). Manual Interkulturelle Psychoedukation für Menschen mit Migrationserfahrung. Stuttgart: Schattauer.

Koch, E.; Assion H.-J.; Bender, M.: Psychoedukation und Migration. In: Bauml,J.; Behrendt, B.; Henningsen, P.; Pitschel-Walz, g. (Hrsg.): Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin, S. 521–530. Schattauer, Stuttgart (2016).

Koch, E., Assion, H.-J., Bender, M., Siefen, R.G. (2014). Interkulturelle Öffnung der psychiatrischen Kliniken in Deutschland. Ergebnisse einer Umfrage des Arbeitskreises Psychiatrie und Migration der Bundesdirektorenkonferenz. Nervenheilkunde 6/2014, S. 427–33.

Koch, E., Staudt, J. & Gary, A. (2015). Medizinische Versorgung von Migranten: Interkulturelle Öffnung. f&w 10/2015, S. 808–813.

Neues Vordruckmuster für die Leichenschau

Seit rund einem Jahr gibt es ein neues Formular für den Leichenschauschein. Zum 1. März 2019 wurde eine klassifizierte Erfassung des Sterbeortes im Leichenschauschein und damit einhergehend ein neues, um die Sterbeorte erweitertes Vordruckmuster des Leichenschauscheins in Hessen eingeführt. Seither werden folgende Sterbeorte erfasst: Krankenhaus, stationäre Pflegeeinrichtung, Einrichtung der Eingliederungshilfe, stationäres Hospiz, Wohnung, Sonstige. Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, nur noch die neuen Leichenschauscheine zu benutzen.

„Die Einführung einer klassifizierten Erfassung der Sterbeortes im Rahmen der Fortschreibung der hessischen Friedhofs- und Bestattungsverordnung stellt eine unverzichtbare Grundlage für eine regionale Weiterentwicklung und Stärkung der Hospiz- und Palliativversorgung dar“, teilt Dr. Martin Nörber vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration mit. „Damit einhergehend können Angebote gezielter auf- und ausgebaut werden. Entsprechende Zahlen bzw. Zuordnungen und deren Entwicklung sind deshalb von grundlegendem Interesse. So wäre – etwa über eine Trendermittlung – die Präzisierung der Entwicklung der relationalen Verteilung von Sterbeorten durch Outcome-Analysen ein bedeutsamer versorgungsepidemiologischer und auch sozialpolitischer Fortschritt.“

Um eine regionale Auswertung der zukünftig zur Verfügung stehenden Daten sicherzustellen, finden aktuell Gespräche auf Landesebene statt. Dabei hat sich unter anderem gezeigt, dass bis Ende September 2019 von ca. 50.000 Leichenschauscheinen nur bei 15 Prozent – also ca. 7.500 Scheine – die neuen, bereits seit März 2019 gültigen Leichenschauscheine zur Anwendung kamen.

Offenbar sind vielen Ärztinnen und Ärzten die neuen Vordruckmuster nicht bekannt und werden somit nicht genutzt. Um aber die statistischen Auswertungen, die mit der differenzierten Erfassung des Sterbeortes verbundenen sind, letztlich für die Verbesserung der Versorgung nutzbar machen zu können, sind alle Ärzte, die Leichenschauscheine ausstellen, aufgerufen, nur noch das aktuell gültige Leichenschauschein-Formular zu verwenden.

Informationen dazu gibt es im Internet bei der KV Hessen (www.kvhessen.de) unter „Ärztlicher Bereitschaftsdienst“, Suchbegriff „Leichenschau“, Kurzlink: https://tinyurl.com/t43zyl2/.

Der Leichenschauschein Hessen ist bei Kohlhammer beziehbar unter der Artikel-Nr.: 06/515/0111/50. Die Mindestabnahme beträgt 10 Stück. Informationen finden sich im Internet unter: https://aerzteshop.kohlhammer.de/privatvordrucke/todesbescheinigungen/418/leichenschauschein-hessen

Ansprechpartner:
Dr. Martin Nörber
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration/ Referat IV 2;
E-Mail: martin.noerber@hsm.hessen.de

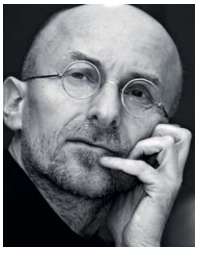


Foto: Peter Kaplan

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., 09.–Fr., 13. März 2020 **42 P**
Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)

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

Hygiene, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt
Mo., 16.-Fr., 20. März 2020
Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 780 € (Akademiemitglieder 702 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

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

Spezialkurs Interventionsradiologie
Fr., 24. April 2020 **8 P**
Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum

Grundkurs **Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020**
Auswahltermine Praktikum Mo., 08. Juni oder Di., 09. Juni 2020
Gebühr: 360 € (Akademiemitglied 324 €)
Ort Theorie: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Ort Praktikum: **Bad Nauheim,** Hochwaldkrankenhaus

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

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
Gebühr: 640 € (Akademiemitgl. 576 €)
Kriseninterventionsseminar: Mi., 19. August 2020 **8 P**
Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

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 € (Akademiemitglieder 27 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Ethik

Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung“
Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.
Theorieteil
Modul 1: **Präsenzteil Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020**
Selbststudium: 15. Mai–25. Juni 2020
Modul 2: **Präsenzteil Mi., 26. August 2020**
Selbststudium: 27. Juni–25. August 2020
Modul 3: **Präsenzteil Mi., 09. September 2020**
Selbststudium: 26. August–08. September 2020
Gebühr: 650 (Akademiemitglieder 585 €)

Moderationskurs: **Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020**
Gebühr: 340 € (Akademiemitgl. 304 €)
Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul Ib: **Fr., 06.–Sa., 07. März 2020** **12 P**
Gebühr: 210 € (Akademiemitglieder 189 €)
Modul Ic: **Fr., 08.–Sa., 09. Mai 2020** **16 P**
Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)
Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul I–III **Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020** **12 P**
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglieder 585 €)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening
Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
Fr., 23. Oktober 2020 **8 P**
Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
Dr. med. E. Reichwein, Villmar
Gebühren: je 180 € (Akademiemitglieder 162 €) zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loeffler@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 € (Akademiemitgl. kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Sa., 04. April 2020 **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiemitglieder 126 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 20.–Sa., 21. November und **32 P**
Block Ib: Fr., 11.–Sa., 12. Dezember
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Gebühr: 500 € (Akademiemitglieder 450 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Reisemedizin

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar **32 P**
Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 und
Fr., 24.–Sa., 25. April 2020
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
Gebühr: 560 € (Akademiemitglieder 504 €)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Rechtsmedizin

Leichenschau **insg. 9 P**
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 € (Akademiemitglieder 162 €)

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

Psychosomatik

Muslimische Patienten in der Psychotherapie
Sa., 27. Juni 2020 **6 P**
Leitung: Dr. med. I. Rüschoff
Gebühr: 100 € (Akademiemitglieder 90 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Notfallmedizin machbar machen
Mi., 18. März 2020 **8 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Do., 05.–Sa., 07. März 2020 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 420 € (Akademiemitglieder 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 € (Akademiemitglieder 585 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Moderatorentraining

Fr., 03.–Sa., 04. April 2020 **16 P**
Leitung: Dr. med. A. Mainz, Korbach
Fr., 25.–Sa., 26. September 2020
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühren: 360 € (Akademiemitglieder 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Innere Medizin

Aktuelle Diabetologie
In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) - Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft 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 € (Akademiemitglieder 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 (Akademiemitglieder € 288)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Ernährungsmedizin

Block 1: **Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020**
Block 2 + 4: **Fr., 20.–Sa., 21. November 2020**
Block 3: **Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020**
Zwischenprüfung: **Mi., 16. Dezember 2020**
Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein
Dr. med. K. Winckler
Gebühren: Block 1, 3 je 220 €
(Akademiemitglieder 198 €)
Block 2 + 4 je 300 €
(Akademiemitglieder 270 €)
inkl. Prüfung
Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208
E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Ultraschall

Gefäße
Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
Do., 04.–Sa., 06. Juni 2020
Gebühr: 440 € (Akademiemitglieder 396 €)
Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hinversorgenden Gefäße
Fr., 27.–Sa., 28. November 2020
Gebühr: 360 € (Akademiemitglieder 324 €)
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum
Aufbaukurs
Fr., 20.–Sa., 21. März 2020 (Theorie)
+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)
Gebühr: 540 € (Akademiemitglieder 486 €)
Abschlusskurs
Sa., 31. Oktober 2020 (Theorie)
+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)
Gebühr: 400 € (Akademiemitglieder 360 €)
Orte Praktika: **Rhein-Main-Gebiet,** div. Kliniken
Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Modul Schilddrüse II: **Sa., 21. November 2020**
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 225 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Ultraschall-Trainingstag: Sa., 16. Mai 2020
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 225 €)
Leitung: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@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 Telelernphase voraus.
Die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen" ist in Block B2 integriert.
Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

C1: **Mi., 13. –Mi., 20. Mai 2020**
Beginn Telelernphase: 14. April 2020
A2: **Mi., 23.–Mi., 30. September 2020**
Beginn der Telelernphase: 25. August 2020
B2: **Mi., 21.–Mi., 28. Oktober 2020**
Beginn der Telelernphase: 22. September 2020
C2: **Mi., 02.–Mi., 09. Dezember 2020**
Beginn der Telelernphase: 03. November 2020

Gebühr: je Block 650 €
(Akademiemitglieder 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 Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V. / DÄGfA.
I. Teil Theorie (120 Std.)
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., 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 IV: Aufbaukurs Muskel-Kiefer
Fr., 19.–Sa., 20. Juni und 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 €
(Akademiemitglieder 585 €)
Kursblock IV 1.000 €
(Akademiemitglieder 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 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 €
(Akademiemitglieder 270 €)
Orte: Block 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 A – Modul I:	**Fr., 15.–Sa., 16. Mai 2020**	**20 P**
Kurs B – Modul IIa:	**Fr., 18.–Sa., 19. September 2020**	**20 P**
Leitung:	Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden	

Gebühren: Kurs A / B jeweils jeweils 300 €
(Akademiemitglieder 270 €)

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

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

Fr., 19.–Sa., 20. Juni 2020 **16 P**
Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühr: 260 € (Akademiemitglieder 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.

Block II Fr., 06.–Sa., 07. März 2020	**16 P**
Block III Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020	**16 P**
Block IV Fr., 25.–Sa., 26. September 2020	**16 P**
Block V Fr., 16.–Sa., 17. Oktober 2020	**16 P**
Block VI Fr., 20.–Sa., 21. November 2020	**16 P**

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

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@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 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 b, III a, IIIb je:
770 € (Akademiemitglieder 693 €)
Leitung: N. Walter, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung:
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Palliativmedizin

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

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

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 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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (BET)

Inhalte: Qualifizierte MFA sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das 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: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Klinikassistenz (KLA)

Die Fortbildung umfasst 100 Stunden fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht, wobei insbesondere in 23 Unterrichtsstunden Handlungsabläufe in komplexen Fallübungen besprochen und erarbeitet werden.
Inhalte:
- Aufbau- und Ablauforganisation im Krankenhaus
- Relevante Gesetzgebungen
- Einführung in das Fallmanagement
- Interdisziplinäre prozessorientierte, stationäre Falldokumentation
- Interdisziplinäre prozessorientierte, ambulante Falldokumentation
- Datenverarbeitungssysteme/Digitalisierung
- Formular- und Abrechnungswesen
- Professionelle Kommunikation in Stresssituationen
- Best practice – Anwendungsübungen

Termin: Interessentenliste
Gebühr: 1.180 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Fachkraft für Impfmanagement (IMP 1)

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmer/-innen erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von 10 Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung von den Teilnehmer/-innen selbstständig erarbeitet wird. Die Teilnahme an der achtstündigen Fortbildung „Impfen" wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement" anerkannt.
Termine (IMP): Fr., 05.06.2020– Sa., 06.06.2020 und
Fr., 26.06.2020– Sa., 27.06.2020
Gebühr: 420 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Palliativversorgung (PAL)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen: ONK PAL und PAL. Zusätzlich sind die Fortbildungen „Kommunikation und Gesprächsführung" (95 €) sowie „Wahrnehmung und Motivation" (95 €) zu belegen.
Beginn ONKPAL: ab 10.09.2020
Gebühr ONKPAL: 255 €
Beginn PAL: ab 28.10.2020
Gebühr PAL: 715 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Neu: Aufbaufortbildung Ernährung und Onkologie (ONK E)

In der Fortbildung wird ein zusammenfassender Überblick vermittelt, welche Ernährung unter den jeweiligen Therapien förderlich ist und welche Nahrungsmittel bzw. Inhaltsstoffe zu vermeiden sind.
Termin: Mi., 13.05.2020, 13:30 Uhr–18:30 Uhr
Gebühr: 110 €
Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, 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

Professionelles Termin- und Telefonmanagement (PAT 3)

Inhalte: Patientenorientierte, positive Kommunikation, ein professionelles Konflikt- und Beschwerdemanagement und ein gutes Terminmanagement sind häufig wesentliche Grundlage, um die Patientenzufriedenheit zu verbessern und damit auch Stresssituationen für das Praxisteam zu reduzieren. Praktische Übungen und Tipps werden durchgeführt und besprochen.
Termin:
PAT 3_1: Sa., 20.06.2020, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 110 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax:-180

Injektionen/Infusionen (MED 3_1)

Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Zudem wird die Rechtslage und die TRBA 250 erläutert.
Termin: Sa. 16.05.2020, 09:30–16:00 Uhr
Teilnahmegebühr: 110 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

NEU: Orthopädie: Arthrose und Osteoporose und Co. (MED 10)

In einer lebendigen und entspannten Workshop-Atmosphäre werden orthopädische Krankheitsbilder besprochen und anhand von Praxisbeispielen anschaulich dargestellt.
Termin: Interessentenliste, Mi., 14:15–17:45 Uhr
Teilnahmegebühr: 80 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Nichtärztliche Praxisassistenz Aktualisierungskurs/ Aufbaufortbildung (NäPA A)

Inhalte: Gemäß der Delegationsvereinbarung müssen „Nichtärztliche Praxisassistenten/-innen (NäPA/FöPA) alle drei Jahre an einer Fortbildung mit nachfolgenden Inhalten teilnehmen: Notfallmanagement, Digitalisierung und Telemedizin
Termine:
NäPA A_2: Fr., 29.05.–Sa., 30.05.2020 oder
NäPA A_3: Fr. 21.08.–Sa., 22.08.2020 oder
NäPA A_4: Fr. 27.11.–Sa., 28.11.2020
Gebühr: 185 €
Kontakt: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax -180

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Gut vorbereitet in die Abschlussprüfung:
Die Carl-Oelemann-Schule bietet zur Vorbereitung auf die Abschlussprüfung zur Medizinischen Fachangestellten folgende Prüfungsvorbereitungskurse an:
□□Abrechnung: EBM
□□Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ
□□Abschlussprüfung praktischer Teil
□□Medizinische Fachkunde
□□Praxisorganisation: Verwaltung und Wirtschaftskunde
□□Prüfungsvorbereitungskurs intensiv
Weitere Informationen und Termine siehe Website.
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Aufstiegsfortbildung (FAW)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil folgende Module:
□□Betriebswirtschaftliche Praxisführung
□□Patientenbetreuung und Teamführung
□□Risikopatienten und Notfallmanagement
□□Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
□□Arbeitssicherheit und 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 Bereich des Praxismanagements, als auch in den Bereichen 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 unter: www.fortbildung-mfa.de.
Termin (FAW 2): ab 14.05.2020
Gebühr Pflichtteil: 1.580 €
Prüfungsgebühren: 200 €
Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Tel.: 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

Bunte Götter und musikalische Fantasien

Neuentdeckung einer farbigen Antike
„Bunte Götter – Golden Edition“
im Frankfurter Liebieghaus

Sie wirken edel, unnahbar und in ihrer Makellosigkeit der irdischen Existenz entrückt: Marmorweiße Skulpturen antiker Gottheiten, die den Betrachter in die Schranken seiner sterblichen Unvollkommenheit zu weisen scheinen. Doch weit gefehlt: Tatsächlich waren die Götter ursprünglich bunt, ihr Hautton der Natur nachempfunden, die Lippen rot und die Augen aus Halbedelsteinen oder Email leuchtend. In unterschiedlichen Farben flossen Gewänder um ihre Körper, goldschimmernder Schmuck glänzte an den Handgelenken oder schmiegte sich um wohlgeformte Hälse. Allerdings zerrten Wind und Wetter in Tausenden von Jahren an den aus Ockererde, Zinnoberrot oder Ägyptisch Blau gewonnen Farben, wuschen sie von den Skulpturen, bis diese in reinem Weiß erstrahlten und in der Nachwelt das Bild von der Antike prägten. Vor 17 Jahren versetzte die erste Ausstellung „Bunte Götter“ Besucher weltweit in Erstaunen. Die Botschaft: Antike Skulpturen wurden ebenso mit kräftigen Farben bemalt wie die Bauwerke jener Epoche. 2008 war die Schau erstmals in Frankfurt zu sehen; seither hat sich die Anzahl der von einem Forscherteam erarbeiteten Rekonstruktionen verdoppelt. Unter dem Titel „Bunte Götter – Golden Edition. Die Farben der Antike“ zeigt die Liebieghaus Skulpturensammlung nun eine erweiterte Ausstellung. Zu sehen sind über 100 Objekte aus Museen in aller Welt und aus dem Bestand des Liebieghauses, darunter 22 Grafiken und 60 Rekonstruktionen wie etwa die Bronzekrieger von Riace. Der Nachguss der Gruppe von lebensgroßen griechischen Kriegern aus dem Archäologischen Nationalmuseum von Reggio di Calabria und die Aufarbeitung der originalen Farbigkeit führt die täuschend echte Nachahmung der Natur als Ziel der antiken Kunst vor Augen.

Ein ausgefallenes Ornament aus Rot-, Blau- und Türkistönen auf gelben Untergrund ziert das Gewand eines Bogenschützen aus dem Westgiebel des Aphaiatempels auf der griechischen Insel Ägina, um 480 v. Chr. Als die Skulptur aufgefunden wurde, waren nur noch wenige Farbpigmente erhalten. Wie sich diese im Laufe der Jahrhunderte verändert haben, lässt sich nicht immer bestimmen, sodass jede Farbrekonstruktion eine Annäherung an den ursprünglichen Zustand ist. Dank neuer Untersuchungsmethoden können Wissenschaftler jedoch inzwischen ein immer präziseres Bild von der Art der Bemalung herstellen. So ähnelt der Besuch der Ausstellung im Liebieghaus einer optischen Neuentdeckung der Antike.

Liebieghaus, bis 30. August 2020
https://buntegoetter.liebieghaus.de

Experimentelle Farbrekonstruktion der Grabstatue der Phrasikleia, , Höhe 200 cm, Liebieghaus Skulpturensammlung. Original: Griechenland, Attika, Merenda, um 520 v. Chr., Marmor, Archäologisches Nationalmuseum Athen.

Von der Freiheit der Musik
Ausblick auf das Rheingau Musik Festival

„Der Mensch ist für eine freie Existenz gemacht, und sein innerstes Wesen sehnt sich nach dem Vollkommenen, Ewigen und Unendlichen als seinem Ursprung und Ziel“: Mit poetischer Eindringlichkeit hat der Dichter Matthias Claudius einst die menschliche Sehnsucht nach Unsterblichkeit und – so lässt sich deuten – implizit die Überwindung des Alltäglichen durch die Kunst in Worte gefasst. Unverzichtbar dabei die Freiheit als Voraussetzung. Auch das 33. Rheingau- Musik-Festival, das vom 20. Juni bis 5. September Kulturdenkmäler wie Kloster Eberbach, Schloss Johannisberg, Schloss Vollrads und mehrere Weingüter in Konzertbühnen verwandelt, steht unter dem Thema „Freiheit“. Dabei geht es um freie musikalische Formen wie Fantasien, Variationen und Improvisationen, daneben Bearbeitungen, Arrangements und Transkriptionen von bestehenden Werken, aber auch um Künstler, die sich die Freiheit nehmen, neu zu denken.

Ein Schwerpunkt des Festivals liegt auf Ludwig van Beethoven, dessen 250. Geburtstag in diesem Jahr mit 137 Konzerten an 33 Spielstätten gefeiert wird. Er gilt nach Haydn und Mozart als Vollender der Wiener Klassik, als Wegebereiter der Musik der Romantik und des 19. Jahrhunderts und als Inbegriff des Klassischen. Ludwig van Beethoven trat für Freiheit und Brüderlichkeit ein und beeinflusst die Musikwelt bis heute. Auf dem Festival führen der Pianist Jan Lisiekcki und das Chamber Orchestra of Europe fünf Klavierkonzerte Beethovens auf. Die neunte Sinfonie wird gesungen vom Weltjugendchor und gespielt vom Bundesjugendorchester.

Als Artist in Residence tritt Lisa Batiashvili mit Musik von Bach bis Arvo Pärt auf. Die Sopranistin Julia Lezhneva bewegt sich durch alle Gattungen der Gesangsliteratur und wird als Fokus-Künstlerin mit Musik von Bach bis Rachmaninow zu hören sein. Gabriela Montero, in diesem Jahr Composer & Artist in Residence, präsentiert Eigenkompositionen sowie Werke von Wolfgang Amadeus Mozart bis Alfred Schnittke. Auch Jazz-Liebhaber kommen auf ihre Kosten: Als Fokus Jazz-Künstler steht Wolfgang Haffner auf dem Programm, der bei Auftritten mit Michael Wollny, Max Mutzke und Thomas Quasthoff die Luft zum Klingen bringen wird.

Rheingau-Musik-Festival: 20.06.-05.09.20
https://www.rheingau-musik-festival.de

Katja Möhrle

Foto: Liebieghaus Skulpturensammlung – Norbert Miguletz

Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen

für Prof. Dr. Alfred Hellstern und Cornelia Rupp-Siemer

Prof. Dr. med. Alfred Hellstern, Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski und Cornelia Rupp-Siemer (von links).

Es war eine gelungene Überraschung: Weder Prof. Dr. med. Alfred Hellstern, Internist und Mitglied des Gebührenordnungsausschusses der Landesärztekammer Hessen, noch die ehemalige stellvertretende Justitiarin der LÄKH, Cornelia Rupp-Siemer, hatten von den Ehrungen gewusst, die anlässlich der Februar-Sitzung des Ausschusses auf sie warteten.

Als klassischen Internisten mit hoher klinischer Kompetenz auf allen Gebieten der Inneren Medizin und versierten Gastroenterologen mit großem endoskopischem Geschick würdigte Dr. med. Thomas Klippstein, Vorsitzender des Gebührenordnungsausschusses, Hellstern in seiner Laudatio. „Das geht nicht" habe es bei ihm nie gegeben. In der gutachterlichen Arbeit besteche Hellstern auch mit seinem Sinn für die Realitäten des klinischen Alltags und des spezifischen Verhältnisses zwischen Arzt und Patient. Nach Chefarztpositionen für Innere Medizin im Klinikum Höchst und im Elisabethenkrankenhaus hatte Hellstern dieses Amt von 2001 bis 2015 im Frankfurter Bürgerhospital inne.

„Prägend" nannte Dr. med. Lars Bodammer, Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen, in seinem Grußwort die eigene Weiterbildungszeit bei Hellstern im Bürgerhospital und betonte dessen ethisches Verständnis. Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski überreichte Hellstern die Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen und dankte ihm für das große Engagement.

In seiner Laudatio zur Überreichung der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen an Cornelia Rupp-Siemer lobte Pinkowski die Juristin als „Frau des Ausgleichs". Aufgrund ihres juristischen Sachverstands, ihres außerordentlichen diplomatischen Geschickes, ihrer freundlichen, kollegialen und kooperativen Art habe Rupp-Siemer, die 2019 nach 32-jähriger Tätigkeit im Dienst der Landesärztekammer in den Ruhestand getreten ist, die breiteste Anerkennung gefunden. Im Gebührenordnungsausschuss sei es der Juristin, von den Ausschussmitgliedern auch „Mrs. GOÄ" genannt, gelungen, eine vertrauensvolle Kooperation mit den ehrenamtlich tätigen Ärzten aufzubauen. Das Arbeitsrecht bezeichnete Pinkowski als weiteres Steckenpferd Rupp-Siemers. Als sogenannte „Inhouse Lawyer" habe sie vor allem die Personalabteilung bei schwierigen Fragestellungen unterstützt.

Katja Möhrle

Der Orden des Sterns von Italien

L'Ordine della Stella d'Italia

Rotbordiert, fünfstrahlig und weiß: Der Stern ist zentrales Motiv im Wappen der Republik Italien. Als eines der ältesten italienischen Nationalsymbole verkörpert er die Italienische Republik. Der 2011 gestiftete Orden des Sterns von Italien – italienisch: Ordine della Stella d'Italia (Auszeichnung für Italiener und Ausländer für außerordentliche Verdienste) löste den 1947 ins Leben gerufenen Orden des Sterns der italienischen Solidarität als Auszeichnung für Italiener und Ausländer für außerordentliche Verdienste bei internationaler Zusammenarbeit ab. Anlässlich des 150-jährigen Jubiläums der Einigung Italiens wurde der Orden vor neun Jahren umbenannt. Der Schwerpunkt der Verdienstauszeichnung liegt im Bereich der kulturellen, sozialen, wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Beziehungen zwischen Italien und anderen Staaten.

Die Auszeichnung ist ein Präsidialorden und wird vom Präsidenten der Italienischen Republik auf Vorschlag des Außenministers und nach Anhörung des Ordensrates an italienische Staatsbürger und Ausländer verliehen. Präsident des Ordens ist der Staatspräsident, Vorsitzender des Ordensrates ist der Außenminister. Die geehrten Ritter besitzen/erhalten das Recht, sich mit den Abzeichen des Ordens zu schmücken. Diese Ritterwürde wurde vergleichsweise 20 mal seltener verliehen als der italienische oder deutsche Verdienstorden.

Die Ritterwürde der italienischen Republik, mit der jüngst der ehemalige Präsident der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, und Katja Möhrle, die Leiterin der Stabsstelle Medien der Landesärztekammer, ausgezeichnet wurden, wird für besondere persönliche Verdienste bei der Förderung der Freundschaft und der Zusammenarbeit Italiens mit anderen Ländern verliehen – siehe auch HÄBL 02/2020, Seite 85.

Andreas Georg Illes
Facharzt für Allgemeinmedizin, Frankfurt am Main

Entwicklung der ambulanten Ethikberatung

Verstärkte telefonische Beratung und bessere Finanzierung gefordert

Durch zunehmenden Erkenntnisgewinn und den rasanten Fortschritt der technischen Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung kranker Menschen entstehen immer wieder herausfordernde Situationen, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen. Es kann mehr als eine Lösung geben, die für den Patienten in seinem individuellen Kontext, seiner Lebensgeschichte und seinen Wertvorstellungen angemessen erscheint.

Zudem wünschen Patienten nicht immer, dass alle möglichen therapeutischen oder diagnostischen Optionen ausgeschöpft werden. Nicht selten wird die Situation dadurch noch komplexer, dass die betroffenen Patienten ihren eigenen Willen nicht mehr direkt zum Ausdruck bringen können.

Seit etwa 20 Jahren ist Ethikberatung ein Instrument zur Verbesserung der Qualität von kranken und pflegebedürftigen Menschen im Krankenhaus, das mittlerweile in der Hälfte aller Krankenhäuser etabliert ist. Im Gegensatz dazu ist Ethikberatung in der ambulanten, außerklinischen Versorgung eine neue Entwicklung. Auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahr 2008 wurde der offizielle Beschluss gefasst, eine interdisziplinäre Ethikberatung auch für den ambulanten Bereich zu etablieren. Seit dieser Zeit hat sich ambulante Ethikberatung, die bis dahin nur vereinzelt angeboten wurde, stetig weiter entwickelt.

Dieser Entwicklung trug eine Veranstaltung im Februar 2019 in Frankfurt Rechnung, auf der zum zweiten Mal nach 2016 Vertreterinnen und Vertreter der deutschsprachigen, außerklinischen Ethikberatungsprojekte zusammen kamen, um den aktuellen Stand der ambulanten Ethikberatung in Deutschland zu erörtern. Außerdem beschäftigte sich die Tagung mit Fragen zur Schweigepflicht in der Ethikberatung und dem Stellenwert von Ethikberatung für Hausärzte.

Deutlicher Zuwachs ambulanter Ethikberatungsprojekte

Wie eine Bestandsaufnahme im Vorfeld der Tagung ergeben hatte, ist die Zahl der ambulanten bzw. außerklinischen Ethikberatungsprojekte im Vergleich zu 2014 deutlich gestiegen. Waren im Jahr 2014 noch weniger als zehn außerklinische Ethikberatungsprojekte bekannt, ist die Zahl mittlerweile auf 57 Projekte angestiegen (siehe Abb. 1, nur online*). Während viele von ihnen (37 %) nach wie vor in eine bestehende Struktur palliativmedizinischer Versorgung eingebunden sind, werden vermehrt Projekte über eigenständige Vereine (26 %) oder Ärztekammern (18,5 %) organisiert (siehe Abb. 2, nur online*).

Unverändert ist jedoch die Finanzierung der Projekte ein zentrales Problem: Während sich die Organisationsstrukturen über die Mitgliedsbeiträge oder Spenden ihrer Vereine oder über die Träger finanzieren, berichten die Mehrzahl der Projekte über eine unzureichende oder gar fehlende Finanzierung. Nur etwa ein Viertel der Berater erhält eine Aufwandsentschädigung oder gar ein Honorar. Aufwandsentschädigungen über die Organisation/Verein können insbesondere die Projekte realisieren, die an Landes- oder Bezirksärztekammern angebunden sind. Anlass zu einer Ethikberatung sind konflikthafte Situationen aus verschiedensten Bereichen. Am häufigsten genannt werden: Ernährung am Lebensende, Therapiebegrenzung, Therapiezieländerung und die Ermittlung des mutmaßlichen Willens (siehe Abb. 3, nur online*).

Schwierigkeiten durch geringe Inanspruchnahme und Finanzierungslücken

Nach Hürden oder Schwierigkeiten bezüglich Aufbau der Beratungstätigkeit befragt, ordnen die Projekte diese drei Bereichen zu:

1. der internen Logistik,
2. der Organisation/Verortung im (eigenen) Netzwerk, oder
3. externen Bedingungen.

Zu 1.: Bei den internen Probleme überwiegen klar die zeitlichen und finanziellen Hürden, da die meisten Projekte der ambulanten Ethikberatung durch ehrenamtliches Engagement aufgebaut werden. Während persönliches, ehrenamtliches Engagement überall in großem Maße eingebracht werde, entstünden durch fehlende oder unzureichende Finanzierung immer wieder Hürden, etwa weil sich die notwendige Bekanntmachung des Projektes nicht kostenneutral erreichen lasse.

Zu 2.: Ebenso stehen ökonomische Überlegungen in der eigenen oder der regionalen Netzstruktur im Vordergrund. So wurde berichtet, dass Leitungskräfte den Bedarf für Ethikberatung in ihrer Einrichtung infrage stellen und Sorgen über die Refinanzierung und eine mögliche Verschlechterung des an sich schon schwierigen Verhältnisses zu den betreuenden Hausärzten hätten.

Zu 3.: Außerhalb des eigenen Netzwerkes fehle beim Aufbau in einigen Regionen die

politische Unterstützung. Auch hier wurde darauf hingewiesen, dass ohne ausreichende Finanzierung eine Etablierung erschwert sei. Besondere Hürden lägen offenbar darin, Ethikberatung nachhaltig interdisziplinär zu verankern. Ein Projekt, in dem Teleethikberatung angeboten wird, berichtet, dass viele Anfragenden sich schlecht auf die ihrer Ansicht nach komplizierte Techniken einlassen könnten.

Ist eine Ethikberatung etabliert, konzentrieren sich die Schwierigkeiten oder Probleme ebenfalls auf drei Bereiche:

1. mangelnde Inanspruchnahme,
2. Abgrenzung der ethischen Fragestellung gegenüber anderen Fragestellungen,
3. logistische Probleme.

Zu 1.: Oft wurde über die Diskrepanz zwischen der geringen Inanspruchnahme und der vielfach wahrgenommener ungelösten (ethischen) Konfliktsituationen berichtet. Nach praktischen Erfahrungen mit Ethikberatung steigt die Inanspruchnahme deutlich an. Deswegen sei Öffentlichkeitsarbeit auch so wichtig.

Zu 2.: In komplexen Situationen sei oftmals die Abgrenzung der ethischen, beispielsweise von einer psychologischen Fragestellung, nicht einfach. Außerdem wurde berichtet, dass in komplexen ethischen Konfliktsituationen von ärztlicher Seite ein medizinischer Lösungsweg einfach festgelegt werde. Diese Aspekte wiesen auf die hohe Bedeutung der fachkundigen Moderation hin. Dass es grundsätzlich schwierig bleibe, Hausärzte einzubeziehen oder zur Teilnahme an einer Ethikberatung zu motivieren, wurde von verschiedenen Projekten berichtet.

Kein Zweifel an den positiven Effekten

An den grundsätzlich positiven Effekten ließen die Teilnehmenden keinen Zweifel. Die überwiegende Anzahl der Projekte erfahre sehr positives Feedback von allen Beteiligten. Insbesondere aus der Pflege komme großer Zuspruch. Viele Projekte waren überrascht über die vielfältigen Unterstützungsangebote, in einigen Regionen auch aus der Politik, und berichteten über großes Engagement der Mitarbeitenden. Auch zeigten viele unterschiedliche Professionen großes Interesse an ambulanter Ethikberatung und seien überdies bereit, sich einzubringen, wie beispielsweise Juristen und Psychologen. Auch in komplexen Situationen könne ein gemeinsamer Konsens gefunden werden, stellten einige Projekte explizit positiv heraus. Auffallendstes Ergebnis der Befragung war die große Diskrepanz zwischen dem berichteten Engagement in und Interesse an Ethikberatung sowie der geringen Inanspruchnahme des Beratungsangebotes in einigen Regionen. Offensichtlich gebe es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Bekanntheitsgrad des Instruments Ethikberatung einerseits und der Inanspruchnahme andererseits.

Weitere wichtige Ergebnisse der Tagung waren, dass ambulante Ethikberatung als interprofessionelles Angebot (und nicht nur als kollegiale Beratung unter Ärzten) erfolgen solle, was auch den Zugang und die nachhaltige Etablierung von Ethikberatung erleichtere.

Als Zukunftsausblick wurde festgestellt, dass für die weitere Entwicklung von Ethikberatung im ambulanten Bereich die Logistik den besonderen Anforderungen im hausärztlichen Bereich angepasst werden müsse, präferenziell in Form einer Telefonberatung oder gegebenenfalls in Form von Skype-Konferenzen. In diesem Zusammenhang erscheine eine Finanzierung von Ethikberatung dringend erforderlich, da die rein ehrenamtliche Beratungstätigkeit oder auch die Teilnahme an einer zeitaufwendigen Ethikberatung, der aktuellen gesundheitspolitischen Situation nicht angemessen ist.

PD Dr. med. Carola Seifart
Philipps-Universität Marburg,
Fachbereich Humanmedizin,
Dekanat, Baldingerstraße

Prof. Dr. phil. Alfred Simon
Akademie für Ethik in der Medizin,
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Dr. theol. Kurt Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin am
Agaplesion Markus Krankenhaus
Frankfurt/Main

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
carola.seifart@staff.uni-marburg.de

* Abb. 1–3 siehe Online-Ausgabe 03/2020, www.laekh.de

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60051721 ausgestellt am 09.01.2018 für Dr. med. Osama Abu Hassan, Wiesbaden
Arztausweis-Nr. 60062882 ausgestellt am 03.01.2020 für Dr. med. Evmarie Frank, Offenbach
Arztausweis-Nr. 60053550 ausgestellt am 04.04.2018 für Dr. med. Volkmar Heiß, Kassel
Arztausweis-Nr. 60040320 ausgestellt am 19.10.2015 für Prof. Dr. med. Andrea Meurer, Schwalbach
Arztausweis-Nr. 60055292 ausgestellt am 16.08.2018 für Dr. med. Reyhaneh Michael, Bad Homburg
Arztausweis-Nr. 60062213 ausgestellt am 15.11.2019 für Dr. med. Bernhard Nadenau, Hünfelden
Arztausweis-Nr. 60045049 ausgestellt am 06.10.2016 für Dr. med. Lucas Nürnberger, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60061832 ausgestellt am 23.10.2019 für Evelyn Pawlik, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 60050189 ausgestellt am 21.09.2017 für Dr. med. Herbert Plenker, Edermünde
Arztausweis-Nr. 60037138 ausgestellt am 02.02.2015 für Birgit Veidt-Nahm, Wetzlar
Arztausweis-Nr. 60062623 ausgestellt am 12.12.2019 für Johannes Wagner, Ahnatal
Arztausweis-Nr. 60043732 ausgestellt am 27.06.2016 für Klaus Wirth, Knüllwald
Arztausweis-Nr. 60058466 ausgestellt am 18.03.2019 für Frank-Ruediger Zimmeck, Limburg

Entwicklung der ambulanten Ethikberatung

Verstärkte telefonische Beratung und bessere Finanzierung gefordert

Durch zunehmenden Erkenntnisgewinn und den rasanten Fortschritt der technischen Möglichkeiten in der medizinischen Versorgung kranker Menschen entstehen immer wieder herausfordernde Situationen, in denen Entscheidungen getroffen werden müssen. Es kann mehr als eine Lösung geben, die für den Patienten in seinem individuellen Kontext, seiner Lebensgeschichte und seinen Wertvorstellungen angemessen erscheint. Zudem wünschen Patienten nicht immer, dass alle möglichen therapeutischen oder diagnostischen Optionen ausgeschöpft werden. Nicht selten wird die Situation dadurch noch komplexer, dass die betroffenen Patienten ihren eigenen Willen nicht mehr direkt zum Ausdruck bringen können.

Seit etwa 20 Jahren ist Ethikberatung ein Instrument zur Verbesserung der Qualität von kranken und pflegebedürftigen Menschen im Krankenhaus, das mittlerweile in der Hälfte aller Krankenhäuser etabliert ist. Im Gegensatz dazu ist Ethikberatung in der ambulanten, außerklinischen Versorgung eine neue Entwicklung. Auf dem 111. Deutschen Ärztetag im Jahr 2008 wurde der offizielle Beschluss gefasst, eine interdisziplinäre Ethikberatung auch für den ambulanten Bereich zu etablieren. Seit dieser Zeit hat sich ambulante Ethikberatung, die bis dahin nur vereinzelt angeboten wurde, stetig weiter entwickelt.

Dieser Entwicklung trug eine Veranstaltung im Februar 2019 in Frankfurt Rechnung, auf der zum zweiten Mal nach 2016 Vertreterinnen und Vertreter der deutschsprachigen, außerklinischen Ethikberatungsprojekte zusammen kamen, um den aktuellen Stand der ambulanten Ethikberatung in Deutschland zu erörtern. Außerdem beschäftigte sich die Tagung mit Fragen zur Schweigepflicht in der Ethikberatung und dem Stellenwert von Ethikberatung für Hausärzte.

Deutlicher Zuwachs ambulanter Ethikberatungsprojekte

Wie eine Bestandsaufnahme im Vorfeld der Tagung ergeben hatte, ist die Zahl der ambulanten bzw. außerklinischen Ethikberatungsprojekte im Vergleich zu 2014 deutlich gestiegen. Waren im Jahr 2014 noch weniger als zehn außerklinische Ethikberatungsprojekte bekannt, ist die Zahl mittlerweile auf 57 Projekte angestiegen (siehe Abb. 1). Während viele von ihnen (37 %) nach wie vor in eine bestehende Struktur palliativmedizinischer Versorgung eingebunden sind, werden vermehrt Projekte über eigenständige Vereine (26 %) oder Ärztekammern (18,5 %) organisiert (siehe Abb. 2).

Unverändert ist jedoch die Finanzierung der Projekte ein zentrales Problem: Während sich die Organisationsstrukturen über die Mitgliedsbeiträge oder Spenden ihrer Vereine oder über die Träger finanzieren, berichten die Mehrzahl der Projekte über eine unzureichende oder gar fehlende Finanzierung. Nur etwa ein Viertel der Berater erhält eine Aufwandsentschädigung oder gar ein Honorar. Aufwandsentschädigungen über die Organisation/Verein können insbesondere die Projekte realisieren, die an Landes- oder Bezirksärztekammern angebunden sind. Anlass zu einer Ethikberatung sind konflikthafte Situationen aus verschiedensten Bereichen. Am häufigsten genannt werden: Ernährung am Lebensende, Therapiebegrenzung, Therapiezieländerung und die Ermittlung des mutmaßlichen Willens (siehe Abb. 3).

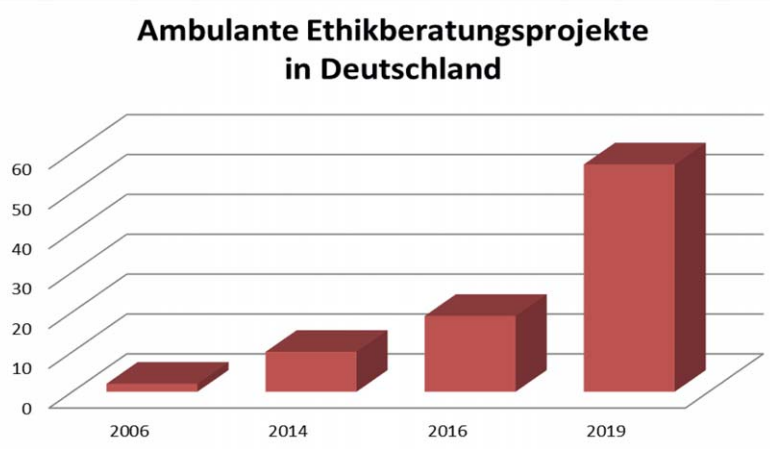


Abb. 1: Deutlicher Anstieg der bekannten Projekte, die in Deutschland außerklinische Ethikberatung anbieten.

Schwierigkeiten durch geringe Inanspruchnahme und Finanzierungslücken

Nach Hürden oder Schwierigkeiten bezüglich Aufbau der Beratungstätigkeit befragt, ordnen die Projekte diese drei Bereichen zu:

1. der internen Logistik,
2. der Organisation/Verortung im (eigenen) Netzwerk, oder
3. externen Bedingungen.

Zu 1.: Bei den internen Probleme überwiegen klar die zeitlichen und finanziellen Hürden, da die meisten Projekte der ambulanten Ethikberatung durch ehrenamtliches Engagement aufgebaut werden. Während persönliches, ehrenamtliches Engagement überall in großem Maße eingebracht werde, entstünden durch fehlende oder unzureichende Finanzierung immer wieder Hürden, etwa weil sich die notwendige Bekanntmachung des Projektes nicht kostenneutral erreichen lasse.

Zu 2.: Ebenso stehen ökonomische Überlegungen in der eigenen oder der regionalen Netzstruktur im Vordergrund. So wurde berichtet, dass Leitungskräfte den Bedarf für Ethikberatung in ihrer Einrichtung infrage stellen und Sorgen über die Refinanzierung und eine mögliche Verschlechterung des an sich schon schwieri-

Abb. 2: Organisationsstrukturen ambulanter Ethikberatung 2019

gen Verhältnisses zu den betreuenden Hausärzten hätten.

Zu 3.: Außerhalb des eigenen Netzwerkes fehle beim Aufbau in einigen Regionen die politische Unterstützung. Auch hier wurde darauf hingewiesen, dass ohne ausreichende Finanzierung eine Etablierung erschwert sei. Besondere Hürden lägen offenbar darin, Ethikberatung nachhaltig interdisziplinär zu verankern. Ein Projekt, in dem Teleethikberatung angeboten wird, berichtet, dass viele Anfragenden sich schlecht auf die ihrer Ansicht nach komplizierte Techniken einlassen könnten.

Ist eine Ethikberatung etabliert, konzentrieren sich die Schwierigkeiten oder Probleme ebenfalls auf drei Bereiche:

1. mangelnde Inanspruchnahme,
2. Abgrenzung der ethischen Fragestellung gegenüber anderen Fragestellungen,
3. logistische Probleme.

Zu 1.: Oft wurde über die Diskrepanz zwischen der geringen Inanspruchnahme und der vielfach wahrgenommener ungelösten (ethischen) Konfliktsituationen berichtet. Nach praktischen Erfahrungen mit Ethikberatung steigt die Inanspruchnahme deutlich an. Deswegen sei Öffentlichkeitsarbeit auch so wichtig.

Zu 2.: In komplexen Situationen sei oftmals die Abgrenzung der ethischen, beispielsweise von einer psychologischen Fragestellung, nicht einfach. Außerdem wurde berichtet, dass in komplexen ethischen Konfliktsituationen von ärztlicher Seite ein medizinischer Lösungsweg einfach festgelegt werde. Diese Aspekte wiesen auf die hohe Bedeutung der fachkundigen Moderation hin. Dass es grundsätzlich schwierig bleibe, Hausärzte einzubeziehen oder zur Teilnahme an einer Ethikberatung zu motivieren, wurde von verschiedenen Projekten berichtet.

Kein Zweifel an den positiven Effekten

An den grundsätzlich positiven Effekten ließen die Teilnehmenden keinen Zweifel. Die überwiegende Anzahl der Projekte erfahre sehr positives Feedback von allen Beteiligten. Insbesondere aus der Pflege komme großer Zuspruch. Viele Projekte waren überrascht über die vielfältigen Unterstützungsangebote, in einigen Regionen auch aus der Politik, und berichteten über großes Engagement der Mitarbeitenden. Auch zeigten viele unterschiedliche Professionen großes Interesse an ambulanter Ethikberatung und seien überdies bereit, sich einzubringen, wie beispielsweise Juristen und Psychologen. Auch in komplexen Situationen könne ein gemeinsamer Konsens gefunden werden, stellten einige Projekte explizit positiv heraus. Auffallendstes Ergebnis der Befragung war die große Diskrepanz zwischen dem berichteten Engagement in und Interesse an Ethikberatung sowie der geringen Inanspruchnahme des Beratungsangebotes in einigen Regionen. Offensichtlich gebe es einen direkten Zusammenhang zwischen dem Bekanntheitsgrad des Instruments Ethikberatung einerseits und der Inanspruchnahme andererseits.

Weitere wichtige Ergebnisse der Tagung waren, dass ambulante Ethikberatung als interprofessionelles Angebot (und nicht nur als kollegiale Beratung unter Ärzten) erfolgen solle, was auch den Zugang und die nachhaltige Etablierung von Ethikberatung erleichtere.

Als Zukunftsausblick wurde festgestellt, dass für die weitere Entwicklung von Ethikberatung im ambulanten Bereich die Logistik den besonderen Anforderungen im hausärztlichen Bereich angepasst werden müsse, präferenziell in Form einer Telefonberatung oder gegebenenfalls in Form von Skype-Konferenzen. In diesem Zusammenhang erscheine eine Finanzierung von Ethikberatung dringend erforderlich, da die rein ehrenamtliche Beratungstätigkeit oder auch die Teilnahme an einer zeitaufwendigen Ethikberatung, der aktuellen gesundheitspolitischen Situation nicht angemessen ist.

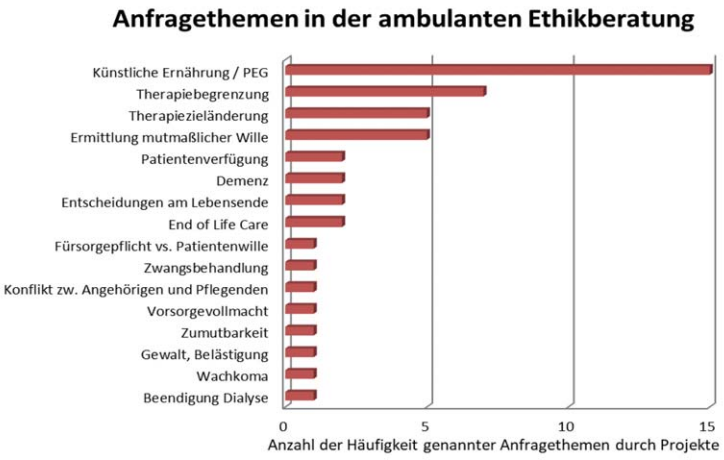


Abb. 3: Themen der Ethikberatung, n=27 – Mehrfachnennungen waren möglich.

PD Dr. med. Carola Seifart
Philipps-Universität Marburg,
Fachbereich Humanmedizin,
Dekanat, Baldingerstraße

Prof. Dr. phil. Alfred Simon
Akademie für Ethik in der Medizin,
Humboldtallee 36, 37073 Göttingen

Dr. theol. Kurt Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin am
Agaplesion Markus Krankenhaus
Frankfurt/Main

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
carola.seifart@staff.uni-marburg.de

Foto: Marco2811 – stock.adobe.com

Bewertungsplattformen: Ärztinnen und Ärzte können sich wehren!

Bewertungsplattformen sind der digitale Dorfplatz des 21. Jahrhunderts. Sie werden oft als „digitaler Pranger" bezeichnet, aber auch so empfunden. Insbesondere Ärztinnen und Ärzte stellen sich immer wieder die Frage: „Was kann ich dagegen tun?" Eine Analyse der dazu bereits sehr umfangreichen Rechtsprechung endet mit dem Ergebnis: Vielleicht mehr als sie denken!

Die historische Entwicklung

Bevor man sich mit den aktuellen Entwicklungen und Entscheidungen befasst, hilft es, sich mit der historischen Entwicklung zu diesem Thema zu beschäftigen. Bewertungsplattformen im Internet gibt es bereits seit 2008, als im Internet eine Plattform gegründet wurde, die es Schülern ermöglichte, unter Namensnennung des Lehrers im Internet diesen zu bewerten. In seiner ersten Entscheidung zum Thema „Plattformen" kommt der Bundesgerichtshof 2009 zu dem Ergebnis, dass Lehrer eine Veröffentlichung ihres Namens und ihrer Bewertung nicht grundsätzlich verhindern können. Weder die Vorschriften des seinerzeit geltenden Bundesdatenschutzgesetzes noch das Persönlichkeitsrecht des Lehrers wiege so schwer, dass sie im Hinblick auf das Recht der Kommunikations- und Meinungsfreiheit der Schüler eine Bewertung verhindern können. Diese Entscheidung legte den Grundstein für zwei weitere Entscheidungen des BGH zur Bewertungsplattform „Jameda", auf der Patienten die Möglichkeit haben, Ärzte zu bewerten. In seinem ersten Urteil zu Jameda im Kalenderjahr 2014 lehnt der BGH Ansprüche eines Arztes auf Herausgabe der Daten des Bewertenden grundsätzlich ab. Der BGH tritt dem Arzt zwar insoweit bei, als er bei persönlichkeitsrechtsverletzenden Äußerungen einen Löschungsanspruch bejaht. Weitergehende Ansprüche, insbesondere auf Auskunft über die Person des Bewertenden, lehnt der BGH aber ausdrücklich ab. Nur wenige Monate nach dieser ersten Entscheidung zu Jameda kommt der Bundesgerichtshof in seiner zweiten Entscheidung zu Jameda zu dem Ergebnis, dass einem Arzt grundsätzlich kein Unterlassungsanspruch gegen seine öffentliche Bewertung aus datenschutz-rechtlichen Bestimmungen zukommt. Der Bundesgerichtshof begründet dies im Wesentlichen damit, dass der Arzt mit den von ihm erbrachten Dienstleistungen an die Öffentlichkeit tritt und es sich daher gefallen lassen muss, dass über diese Dienstleistungen dann auch in der Öffentlichkeit berichtet wird.
Diese beiden Entscheidungen konnten nun zu dem Eindruck führen, dass ein Arzt seiner Bewertung im Internet relativ schutzlos ausgeliefert ist. Deshalb wurde dann auch die dritte Jameda-Entscheidung des Bundesgerichtshofes 2016 sehr positiv aufgenommen, in der der Bundesgerichthof dem dort betroffenen Arzt die Möglichkeit eröffnet hat, erfolgreich das tatsächliche Stattfinden der in der Bewertung geschilderten Behandlung zu bestreiten. In diesem Sachverhalt hatte sich der betroffene Arzt gegen seine auf Jameda veröffentlichte Negativbewertung mit der Behauptung zur Wehr gesetzt, die vom Patienten geschilderte Behandlung hätte nicht stattgefunden. Der BGH hat den vom Arzt geltend gemachten Löschungsanspruch bejaht, weil sich die Plattform das tatsächliche Stattfinden der ärztlichen Behandlung vom Patienten nicht hatte nachweisen lassen. So sehr diese Entscheidung sicherlich in konkreten Einzelfällen hilfreich ist, wird man bedenken müssen, dass die Möglichkeit, die Behandlung generell zu bestreiten, dem Arzt nicht unbegrenzt zur Verfügung stehen wird. Die BGH-Entscheidung kann nur in sehr konkreten Ausnahmefällen eine effektive Handhabe gegen negative Bewertungen auf Bewertungsportalen darstellen. Denn wenn der Arzt pauschal immer wieder nur die Durchführung von Behandlungen gegenüber dem Portalbetreiber bestreitet, wird dies von der Rechtsprechung als missbräuchlich angesehen werden.

Die weitere Entscheidung des BGH

Bei den jüngeren Entscheidungen zu Jameda und anderen Bewertungsplattformen verdient besondere Aufmerksamkeit die Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Februar 2018. In dieser Entscheidung bejaht der BGH für die klagende Ärztin einen Löschungsanspruch gegen Jameda mit der Begründung, dass die Plattform aufgrund ihrer konkreten Ausgestaltung ihre neutrale Stellung als so genannter Informationsmittler verlassen habe. Dem Plattformbetreiber stehe hinsichtlich der gegen den Willen der Ärztin gespeicherten Daten kein schutzwürdiges Interesse an der Erhebung und Speicherung dieser Daten zu. Diese Entscheidung ist allein auch deshalb bemerkenswert, weil sie auch in anderer Hinsicht belegt, dass es durchaus Sinn machen kann, sich gegen als ungerecht und unrichtig empfundene Bewertungen im Internet zur Wehr zu setzen. Denn die klagende Ärztin wurde auf der Plattform Jameda in der Vergangenheit mehrfach bewertet und setzte sich im Kalenderjahr 2015 gegen 17 einzelne auf der Plattform veröffentlichte Bewertungen erfolgreich zur Wehr. Dies hatte zur Folge, dass ihre von Jameda gebildete „Gesamtnote" von 4,7 auf 1,5 stieg. Dieser Fall zeigt also, dass es durchaus Sinn machen kann, sich mit den auf Jameda veröffentlichten Bewertungen intensiv auseinanderzusetzen, sofern man gegen ein-

zelne dort aufgeführte Behauptungen begründete Einwendungen hat.

Es ist natürlich klar, dass im Tagesgeschäft einer ärztlichen Praxis es letztlich zu Lasten der für die Behandlung von Patienten zur Verfügung stehenden Zeit geht, sich mit Bewertungen im Internet beschäftigen zu müssen. Ärzte müssen sich andererseits wie alle anderen Unternehmer mit vielen unternehmerisch notwendigen Dingen beschäftigen, die sie nicht unbedingt als sinnvoll erachten. Andererseits bietet die Beobachtung dieser öffentlich zugänglichen Informationen auch die Chance, Fehlentwicklungen in der eigenen Praxis aufzudecken und gegenzusteuern. Bei aller Vorsicht gegenüber derartigen Äußerungen kann es jedoch ein Anlass sein, bestimmten Dingen nachzugehen, wenn z. B. mehrfach Patienten in ihren Bewertungen die Unhöflichkeit des Personals einer Praxis beanstanden. Auch aus diesem Grunde wird jeder Arzt für sich entscheiden müssen, ob und in welchem Umfang er sich mit seinen Bewertungen im Internet auseinandersetzt. Die Entscheidung des Bundesgerichtshofs aus dem Februar 2018 ist jedenfalls ein Beleg dafür, dass sich die Mühe lohnen kann.
Im konkreten Sachverhalt hatte die Ärztin Erfolg und konnte eine Löschung ihres Jameda-Profils durchsetzen, weil Jameda zu diesem Zeitpunkt unter ihrem Profil Werbeanzeigen konkurrierender Ärzte der gleichen Fachrichtung veröffentlicht hat. Dies musste sich die klagende Ärztin nach der Entscheidung des BGH nicht gefallen lassen.

Aktuelle Entscheidungen und Entwicklungen

Bei allen positiven Aspekten, die die BGH-Entscheidung von 2018 aus Sicht der Ärzte bereithält, hilft sie im Ergebnis jedoch deswegen nicht weiter, weil Jameda den Hauptbeanstandungspunkt, nämlich die Einblendung von Werbeanzeigen von konkurrierenden Ärzten, nach der Entscheidung des BGH abgeschafft und damit Löschunganspruchen gestützt auf diesen Grund die Grundlage entzogen hat. Dies verdeutlicht auch eine besondere Schwierigkeit beim Kampf gegen Bewertungen im Internet. Denn die Plattformbetreiber reagieren natürlich auf die konkreten Beanstandungspunkte der Gerichte und ändern Darstellung und Bewertungssystem anhand der gerichtlichen Entscheidungen so ab, dass die Urteile dann auf die aktuelle Fassung der Plattform nicht ohne weiteres anwendbar sind oder bleiben.

Für besonderes Aufsehen haben zwei Entscheidungen des Oberlandesgerichts Köln vom 14.11.2019 (Az. 15 U 89/19 und 15 U 126/19) gesorgt. In beiden Entscheidungen hat das OLG Köln die geltend gemachten Löschungsansprüche von zwei Ärzten für ihr Jameda-Profil bejaht mit der Begründung, dass mehrere frühere bzw. auch aktuelle Ausgestaltungen der Plattform unzulässig seien. Anlehnend an die BGH-Entscheidung aus 2018 wirft das OLG Köln Jameda vor, mit seiner konkreten Ausgestaltung der Plattform seine neutrale Position verlassen zu haben, weil sie zahlenden Kunden „verdeckte Vorteile“ gewähre. Das OLG wirft der Plattform weiter vor, dass die Vorteile in der Darstellung der zahlenden Ärzte für die Verbraucher, die die Plattform nutzen, nicht erkennbar seien. Das Gericht macht allerdings seine Beanstandungen und seine Bewertung, dass Jameda seine neutrale Position verlasse, an ganz konkreten Gestaltungsmerkmalen fest. So beanstandet das Gericht, dass jedenfalls bis zu einer von Jameda vorgenommenen Änderung auf so genannten Basisprofilen mit einem Button „Weitere“ auf eine Liste mit weiteren Ärzten verwiesen wurde, während dies bei den Profilen der bezahlenden Kunden (Premiumkunden) unterblieb. Ebenfalls beanstandet das Gericht auch die unterschiedliche bildliche Darstellung zwischen Basis- und Premiumkunden. Jameda schaffe insgesamt mit seiner Ausgestaltung ein „optisches Gefälle“ zwischen Basiskunden und Premiumkunden und schalte sich damit bei der Arztwahl lenkend in den Wettbewerb zwischen den örtlichen Konkurrenten ein. Auch die Einräumung der Möglichkeit der Veröffentlichung von Fachartikeln, die mit dem Profil von Premiumkunden verbunden werden, wird vom Gericht beanstandet. Das Gericht sieht also in diesen konkreten Gestaltungspunkten eine unzulässige Bevorzugung, die für die betroffenen Ärzte, die keine Bezahlkunden waren, zum Löschungsanspruch führt. Andere in diesem Verfahren angegriffene Gestaltungsmerkmale von Jameda sieht das Gericht gleichzeitig aber auch als zulässig an, z. B. die Möglichkeit von Premiumkunden, auf ihrem bezahlten Profil in größerem Umfange ihre angebotenen Leistungen darzustellen. Das Oberlandesgericht Köln hat die Revision zum Bundesgerichtshof ausdrücklich zugelassen, weil es davon ausgeht, dass die Fragen nach einer zulässigen Gestaltung einer Arztbewerbungsplattform auch für viele zukünftige Verfahren Bedeutung haben werden. Solche Verfahren sind anhängig, das Landgericht München hat in einer Entscheidung vom 6. Dezember 2019 mit einer ähnlichen Begründung den von drei Ärzten geltend gemachten Löschungsanspruch zu ihrem Basisprofil bei Jameda ebenfalls bejaht.

Fazit

Nach den ersten Entscheidungen zu Arztbewertungsportalen musste man eher verzagen. Die aktuellere Rechtsprechung sowohl des Bundesgerichtshofes, aber auch der damit befassten weiteren Gerichte gibt aber Anlass zu Hoffnung, dass man sich gegen als ungerecht empfundene Bewertungen, aber auch gegen deren werbliche Gestaltung, die einen Beteiligungsdruck erzeugen soll, erfolgreich zur Wehr setzen kann. Man muss sich aber bewusst bleiben, dass Ärztebewertungsportale eine von der Rechtsprechung grundsätzlich gebilligte und gesellschaftlich wie politisch erwünschte Funktion erfüllen. Rechtsprechung wie politische Entscheider stehen der Information von Verbrauchern durch derartige Angebote grundsätzlich positiv gegenüber, ohne ihre Augen vor den Schwächen, aber auch den geschäftlichen Interessen solcher Plattformen zu verschließen.

Peter Breun-Goerke
Rechtsanwalt (Syndikusrechtsanwalt)
Wettbewerbszentrale
Landgrafenstraße 24 b
61348 Bad Homburg

Foto: Assia Helmich

Dr. Frankenstein war der Erste – 60 Jahre Defibrillator

Der Tote liegt auf der Bahre. Doch plötzlich bewegt er die rechte Hand. – Nach zwei Jahren unermüdlicher Forschung, zurückgezogen im Labor, den Kontakt zur Verlobten, zu Freunden und Familie nahezu abgebrochen, die eigene Gesundheit sträflich vernachlässigt, ist ihm endlich der Durchbruch gelungen. Dr. Frankenstein hat einen toten Körper zum Leben erweckt. Doch wie ist ihm dies gelungen?

Was Mary Shelley in ihrem 1818 erschienen Roman noch streng als Geheimnis gehütet hatte, deutet sie in der Einleitung der dritten Ausgabe des Textes aus dem Jahre 1831 an: „Vielleicht könnte ein Leichnam reanimiert werden; der Galvanismus hat in diese Richtung Zeichen gesetzt". Das Rätsel wird gut 100 Jahre später in der berühmten Verfilmung von 1931 mit Boris Karloff als Monster gelöst. Gebannt konnten die Kinobesucher verfolgen, wie Dr. Frankenstein in seinem Labor allerlei Geräte aufgebaut hatte, um die elektrische Energie, die in einer stürmischen Gewitternacht durch Blitz und Donner auf die Erde niederging, einzufangen und in den toten Körper der aus Leichenteilen zusammengesetzten Kreatur zu leiten. Das gewaltige Labor ähnelt einer Kathedrale. Es scheint, als sollen im Grenzbereich zwischen Leben und Tod mit Hilfe der Wissenschaft höhere Mächte angerufen werden. Zwar galten Blitze und Gewitter lange Zeit als Zeichen göttlichen Zorns, doch sie hatten ihre Bedrohung durch die Erfindung des Blitzableiters verloren. Die zerstörerische Energie der Natur wird beherrschbar und sogar instrumentalisiert, wobei sie gefährlich bleibt.

Aus heutiger Sicht mag es nicht mehr verwundern, dass in den Frankenstein-Filmen Elektrizität benutzt wurde, um ein Herz in einem toten Körper wieder zum Schlagen zu bringen. Vor 60 Jahren war dieser Versuch nachts um 2 Uhr in der Notaufnahme des Johns Hopkins Hospitals in den USA mit einer großen elektrischen Maschine erstmals gelungen. Doch vor 200 Jahren ist die „Lebensenergie" von magisch-mystischen Vorstellungen umgeben. Mary Shelley ließ den Leser damals im Unklaren, wie dies genau erfolgen konnte. Sie hatte in ihrem Roman nur davon gesprochen, dass der Wissenschaftler Viktor Frankenstein in einer tristen Novembernacht die „lebensspendenden Apparate" in Position gebracht hatte, um einen „Funken des Seins" in einen leblosen Körper zu bringen. Mehr erfahren wir nicht. Wie dies genau geschah und welche „Energie" dafür verantwortlich war, blieb im Dunkeln. Ganz anders die Theaterstücke und Filme, die die enorme Wirkung des Stoffes erkannten und die Szene der Belebung als dramatischen Höhepunkt überaus effektvoll inszenierten.

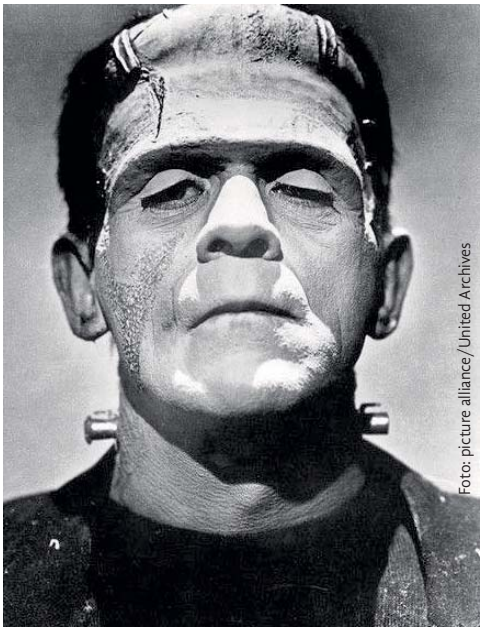


Foto: picture alliance/United Archives

Frankensteins Monster in „The Horror Show", Dokumentation mit Filmausschnitten, präsentiert von Anthony Perkins, USA 1979, Regie: Richard Schickel, Darsteller: Boris Karloff

Allerdings musste auch 1931 dem Kinopublikum das Rätsel der lebensspendenden Energie noch erklärt werden. Frankenstein, so heißt es im Film, war lange Zeit den Forschungsansätzen seines Lehrers und Mentors Prof. Waldmann gefolgt, der der „ultravioletten Strahlung" die größte Bedeutung für die Erforschung des Geheimnisses des Lebens zumaß. Nun kann der aufstrebende Wissenschaftler zeigen, dass Waldmann sich getäuscht hatte, denn er hat die wahren „Strahlungen" entdeckt, durch die zum ersten Mal Leben in die Welt gekommen ist. Frankensteins Forschungen auf dem Gebiet des „chemischen Galvanismus und der Elektrobiologie" haben ihn zuerst Experimente an toten Tieren durchführen lassen, dann sei es ihm gelungen, ein menschliches Herz drei Wochen lang schlagen zu lassen. Jetzt gelang es ihm einen toten Körper zum Leben zu erwecken und dafür die Kraft des Gewitters zu nutzen, denn das Gewitter berge alle Geheimnisse des Lebens in sich. In einer späteren Verfilmung („Frankenstein kehrt wieder", USA 1942) wird der Laborgehilfe Igor zum Monster sagen: „Dein Vater war Frankenstein, aber Deine Mutter war das Gewitter". Als ewiges Symbol für die lebenserweckende Energie trägt das Geschöpf zwei Metallelektroden, die an seinem Hals herausragen. Wie der kantige Schädel und die vielen Narben, so bezeugen auch die Elektroden seine nicht-natürliche Entstehung und „männliche Zeugung".

Animalische Elektrizität

Es wäre nicht verwunderlich, wenn Mary Shelley in der Urfassung des Romans elektrische Kräfte als geheimnisvolle Quelle des Lebens direkt angegeben hätte, denn die mutmaßliche Entdeckung der „animalischen Elektrizität" beschäftigte die Wissenschaft im 18. Jahrhundert. Einige vermuten, dass Mary Shelley in ihrer Erzählung, in der viele den ersten Science-Fiction Roman sehen, die Elektrizität deshalb nicht erwähnt hat, um nicht zu nahe an der Realität zu sein. Damals war der Anatomieprofessor Luigi Galvani den biologischen Zusammenhängen nachgegangen; er entwickelte 1780 sein eigenes Forschungsprogramm an Fröschen und stellte die These einer „animalischen Elektrizität" auf, die er später mit Alessandro Volta kontrovers diskutierte. Experimente mit elektrischen Strömen ließen (unkontrollierte) Muskelkontraktionen sichtbar werden. Dass diese Forschung in Europa fasziniert aufgenommen wurde und viele Nacheiferer fand, die diese Versuche selbst durchführen wollten, zeigt der zeit-

weilige Engpass an Fröschen („shortage of frogs"), der aus dieser Zeit berichtet wurde. Die Bedeutung der Kontroverse zwischen Galvani und Volta, die 1791 begann, kann nicht eindringlich genug betont werden und wurde auch Jahre später in der Villa Diodati am Genfer See von Lord Byron, Percy Shelley und den anwesenden Gästen diskutiert, als diese sich im Laufe eines verregneten Sommers mit selbsterfundenen Schauergeschichten die Zeit vertrieben und unter anderem der Frankenstein-Roman entstand. Im Jahre 1897 erhielt Alessandro Volta die höchste Auszeichnung, die ein Physiker erhalten kann: Sein Name „Volt" wurde als Maßeinheit für die elektrische Spannung eingeführt.

Die Kraft der Elektrizität wurde im Laufe der Geschichte immer besser verstanden und beherrscht. Die Entwicklung des Blitzableiters in den 1750er Jahren durch Benjamin Franklin hat letztlich das soziale Zusammenleben tiefgreifend verändert, da es die Angst vor der Unberechenbarkeit der Naturkräfte entscheidend mildern konnte. So steht Mary Shelleys „Frankenstein" auch für den Übergang zur Nutzung seiner lebensspendenden Kräfte. In der medizinischen Fachzeitschrift „Lancet" berichtet Dr. Kirk aus Middlesbrough (Nord-Yorkshire) im Jahr 1853 über ein Kind, das von seinem Vater eine beträchtliche Dosis Laudanum erhalten und kurze Zeit später einen Herz-Kreislaufzusammenbruch erlitt. Die Anwendung des Galvanismus war hier erfolgreich. Das Kind überlebte. Bemerkenswert ist die Platzierung der Elektroden: eine über dem Epigastrium, eine andere tief im Rachenraum [Kirk G. Poisoning by laudanum in an infant, effects of Galvanism. Lancet 1853; I: 80].

Im Jahr 1872 berichtet Dr. Green aus Bristol über die Anwendung des Galvanismus bei sieben Patienten, bei denen es im Rahmen der medizinischen Anwendung von Chloroform zu Herz-Kreislaufzusammenbrüchen gekommen war. Fünf der sieben Patienten überlebten! Auch hier interessant die Angabe zur Platzierung der Elektroden: „One pole should be applied to the neck (wie bei der Kreatur in der Filmversion von 1842!), and the other over the lower ribs at the left side" [Green T. On death from chloroform: its prevention by Galvanism. BMJ 1872, May 25: 551–553].

Mit einem Defibrillator rettet ein Arzt das Leben eines älteren Patienten.

Der erste vollständig in den menschlichen Körper eingebettete Herzschrittmacher wurde am 8. Oktober 1958 von dem Arzt Åke Senning und dem Ingenieur der Firma Siemens Elema, Rune Elmqvist, im Karolinska-Krankenhaus in Stockholm dem Patienten Arne Larsson implantiert. [Larsson B et al. Lessons From the First Patient with an Implanted Pacemaker: 1958–2001. Pace 2003; 26: 114–118]. Bei der ersten Herztransplantation am Menschen im Jahr 1967 im Groote Schuur Krankenhaus in Kapstadt gibt Christiaan Barnard dem verpflanzten Herz mittels elektrischer Impulse eine Art „Starthilfe", damit es im Körper des Empfängers zu schlagen beginnt.

Elektrische Impulse sorgen heute bei vielen Menschen mit implantierten Herzschrittmachern dafür, dass ihr Herz im richtigen Takt schlägt. Ihre größte Bedeutung erfährt Elektrizität jedoch beim Kammerflimmern, dem „klinischen Tod" eines Menschen, bei dem das Herz aus seiner gesunden Harmonie herausgefallen ist und nur noch unkoordiniert fibrilliert. Werden jetzt nicht innerhalb weniger Minuten die starken elektrischen Impulse eines Defibrillators eingesetzt, damit die chaotische elektrische Aktivität des Herzens durch einen Stromschlag wieder in einen geordneten Rhythmus überführt wird, stirbt das Herz. Mit erfolgreicher Defibrillation kann der Mensch das Reich zwischen Leben und Tod wieder verlassen. Er wird reanimiert, lateinisch für „wiederbeseelt". Eine magisch-mystische Vorstellung schwingt also auch hier noch mit.

Dr. theol. Kurt W. Schmidt
Prof. Dr. med. Klaus Lewandowski

Kontakt:
Dr. Kurt W. Schmidt
Zentrum für Ethik in der Medizin
am Agaplesion Markus Krankenhaus
Wilhelm-Epstein-Str. 4
60431 Frankfurt/Main
E-Mail: ZEMmarkus@aol.com

Goldenes Doktorjubiläum

Vertrauen und Trauma als Widerspruch und Wirklichkeit

21. Jahrestagung der Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM)

Dr. med. Sven Eisenreich

Vertrauen und Trauma sind zwei Begriffe, die sich nicht nur zu widersprechen, sondern einander fast auszuschließen scheinen. Sie bilden einen enormen Spannungsbogen, den die Thure von Uexküll-Akademie für Integrierte Medizin (AIM) auf ihrer 21. Jahrestagung aufgegriffen und vielfältig bearbeitet hat. Im vergangenen November diskutierten dazu in Frankfurt/Main mehr als 140 Teilnehmerinnen und Teilnehmer.

Einen emotional sehr beeindruckenden Einstieg in die Tagung gab es durch ein von Dr. med. Gisela Volck, Allgemeinmedizinerin aus Frankfurt und Vorstandsmitglied der AIM, geführtes Interview mit der Schauspielerin Miriam Maertens.

Vertrauen, Geduld und Disziplin

„Wehe dem Kind, das beim Kuss auf die Stirn salzig schmeckt, es ist verhext und muss bald sterben." So zitiert es Maertens in ihrem Buch „Verschieben wir es auf morgen – Wie ich dem Tod ein Schnippchen schlug", und so erzählte sie es auch dem Publikum im Haus am Dom, das gespannt zuhörte. Die gebürtige Hamburgerin stieg ohne Umschweife und mit bemerkenswerter Offenheit in ihre Lebens- und Krankengeschichte ein. Sie kam Anfang der 1970er-Jahre mit einer Mukoviszidose auf die Welt, was damals mehr oder weniger einem Todesurteil gleichkam, denn die Behandlungsmöglichkeiten waren beschränkt, das Wissen über die Erkrankung ebenfalls. Nicht selten wurde Eltern damals empfohlen, die Kinder in ein Heim oder eine Pflegefamilie zu geben, um nicht den qualvollen Leidensweg der Betroffenen mitansehen zu müssen, die meist früh starben.

Anders bei Maertens. Mit unglaublich viel Halt und Unterstützung durch ihre Familie kämpft sie bis heute gegen ihre Erkrankung an. Mittlerweile ist sie Ende Vierzig, hat eine Lunge transplantiert bekommen und ist Mutter eines Sohnes. Zu verdanken habe sie dies neben ihrer Hartnäckigkeit und ihrem Vertrauen in den eigenen Körper ganz wesentlich Prof. Harms und Dr. Bertele aus dem Dr. von Haunerschen Kinderspital in München, so Maertens. Dort habe sie grundsätzliche Methoden der Selbstbehandlung gelernt: regelmäßiges Inhalieren und die autogene Drainage, eine spezielle Atemtechnik für lungenkranke Patienten mit vermehrtem und zähem Bronchialsekret.

Aber neben Vertrauen, Disziplin und Geduld sei es mitunter auch ein gewisses Maß an Non-Compliance gewesen, das ihr weitergeholfen habe. Sie habe nicht selten dem Rat der Ärzte widersprochen, wenn sie die Vorschläge für sich als nicht richtig empfunden habe. So habe sie beispielsweise eine antivirale Therapie bei einer schweren Cytomegalie-Virus-Infektion gegen den eindrücklichen Rat der Ärzte abgebrochen, weil die Nebenwirkungen für sie nicht mehr aushaltbar gewesen seien.

Geteilte Lebenswirklichkeit

An diesem erzählten Beispiel wurde deutlich, wie viel gegenseitiges Vertrauen es in der Beziehung zwischen Behandler und Patient braucht und wie schnell Traumatisierungen auch im Medizinsystem trotz aller guten Absicht drohen können. So erlebte Maertens die wahrscheinlich juristisch korrekte Aufklärung über die Folgen einer Lungentransplantation als verstörend und ängstigend. Erst als es einem Arzt gelang, sich in die Lebenswelt von Maertens hineinzuversetzen und sie daran teilhaben ließ, was es für ihn bedeutet, diese Arbeit zu tun, war das Eis gebrochen und sie konnte sich zur Transplantation entscheiden.

In diesem Duktus der Wechselseitigkeit entwickelte sich die Tagung weiter. Vertrauen und Trauma, Theorie und Praxis, Hoffnung und Verzweiflung lösten sich in ihrer Darstellung ab und zeichneten mehr und mehr ein komplexes Bild dieser Begriffe. Vor allem systemkritische Fragen an das Gesundheitssystem haben die Dis-

alle Fotos: Dr. med. Sven Eisenreich

Dr. med. Sina Moreau, Dr. med. Wolfgang Merkle, Dr. med. Gisela Volck und Miriam Maertens (alle von links).

Univ.-Prof. Dr. Dr. Christian Schubert, Dr. phil. Dipl.-Psych. Marianne Rauwald und Prof. Dr. med. Giovanni Maio (alle von links).

kussion unter den TeilnehmerInnen immer wieder angeregt. Am deutlichsten zeigte sich dies an den Vorträgen von Prof. Dr. med. Giovanni Maio (Freiburg) und Prof. Dr. med. Gerhard Trabert (Mainz/Wiesbaden). Maio ist Philosoph, Internist und Lehrstuhlinhaber für Medizinethik an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg. Trabert ist Allgemein- und Notfallmediziner und hat eine Professur für Sozialmedizin und Sozialpsychiatrie an der Hochschule RheinMain in Wiesbaden inne.

Verzicht auf den Kontrollimperativ

Nach Maio stehe Vertrauen heute unter Irrationalitätsverdacht. Es sei eine riskante Vorleistung und werde leicht als etwas Defizitäres angesehen. Die Medizin müsse aber ein strukturell unumgängliches Nicht-Wissen aushalten beziehungsweise dieses entproblematisieren. Vertrauen sei ein Mittelzustand zwischen Wissen und Nicht-Wissen und ein freiwilliger Verzicht der Beteiligten auf den Kontrollimperativ. Dies erscheint schwierig in einem Gesundheitssystem, das an fast allen Stellen nur noch Misstrauen kennt und Missbrauch unterstellt. Dabei ist für Maio Vertrauen eine Treueerwartung, die die restlose Unkorrumpierbarkeit des Anderen voraussetze, egal was kommen möge. Es wurde mehr als deutlich, wie durch die heutigen Strukturvoraussetzungen des Gesundheitssystems eine vertrauensvolle Beziehung zwischen BehandlerIn und PatientIn erschwert oder auch verunmöglicht werden.

Prof. Dr. med. Gerhard Trabert

Armut macht krank und Krankheit macht arm

Im Kontrast zu diesem philosophischen Exkurs stand Traberts Vortrag. Er kritisierte das bestehende Versorgungssystem in Deutschland ebenfalls scharf, aber aus einem ganz anderen Blickwinkel. Trabert versorgt seit vielen Jahren unterschiedslos wohnungslose Menschen mit und ohne Krankenversicherung. Er ist der erste Kassenarzt, der umherziehend seinen Beruf ausüben darf und sucht Bedürftige mit seinem „Arztmobil", einer rollenden Ambulanz, direkt auf der Straße auf. Sein Motto: „Kommt der Patient nicht zum Arzt, muss der Arzt zum Patienten gehen". Die Erfahrungen, die er dabei macht, sind nicht nur berührend, sondern sie lösen auch Wut und Betroffenheit aus. „Adäquate medizinische Versorgung ist ein Menschenrecht, Sozialarbeit immer auch politisches Engagement. Wir dürfen Unrechtsstrukturen nicht akzeptieren", forderte Trabert.

Wohnungslose Menschen sind in vielfacher Hinsicht gefährdet. Sie erfahren wenig Unterstützung, eher Ausgrenzung und geraten oft in einen Teufelskreislauf, aus dem sich nur wenige befreien können. Nach einer Phase der Auflehnung und Revolte gegen die eigene Situation schließe sich meist eine Phase der Selbstentwertung mit depressivem Rückzug, vermehrtem Alkoholkonsum und Suizidgedanken an. Dies ende meist mit der völligen (Selbst-)Aufgabe und weiterem Rückzug und der Vorstellung, gefangen im eigenen Leid zu sein.

Das Trauma als Schmerz

Ebenfalls gefangen in ihrem Leid fühlen sich oft PatientInnen mit chronischen Schmerzen. Dr. med. Sina Moreau und Dr. med. Wolfgang Merkle aus dem Hospital zum Heiligen Geist berichteten von ihrer Arbeit in der Interdisziplinären Multimodalen Schmerztherapie (IMS). Nicht wenige der dort behandelten PatientInnen sind ebenfalls traumatisiert – sei es aufgrund der Lebensgeschichte durch physische oder psychische Gewalt oder iatrogen durch eine Vielzahl operativer und nicht selten überflüssiger Eingriffe. Die Liasonarbeit zwischen Anästhesisten und Psychosomatikern ermögliche einen vertrauensvollen Zugang zu den PatientInnen, die sich in der Behandlung oft erstmals als Mensch und nicht als Krankheitsfall wahrgenommen fühlen würden.

Rezepte im Kopf

Marianne Rauwald aus Frankfurt am Main nahm die ZuhörerInnen mit auf eine Reise zu einer jesidischen Familie, die sie selber erst kurz zuvor im Irak besucht hatte. Rauwald arbeitet als Psychotherapeutin mit traumatisierten Geflüchteten. Sie interessiert sich neben dem Erlebten vor allem für die Kultur und die Symbole der Menschen, die ihre Heimat verlassen haben. Die kulturelle Begegnung ist Ausgangspunkt ihrer Arbeit. Nicht selten wer-

de sie in Familien, die nach Deutschland geflohen sind, zum gemeinsamen Essen eingeladen, was sie einerseits an die Grenzen des therapeutischen Settings bringe, andererseits Ausdruck eines gewachsenen Vertrauens sei, dem man sich kaum entziehen könne. „Das einzige, was diese Menschen auf der Flucht noch mitnehmen können, sind die Rezepte im Kopf."
Hierzulande stünden den Geflüchteten nicht selten ganz andere Belastungen bevor als in ihrer Heimat. Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften mit Gewalt und Diebstahl, ein ungeklärter Aufenthaltsstatus oder zurückgelassene Familienangehörige erschweren die Integration in einem neuen und fremden Land. „Mitunter erleben die Menschen hier noch weniger Kontrolle über ihren Alltag als auf der Flucht", sagte Rauwald. So schaffe das Einkaufen bekannter Lebensmittel und das Zubereiten vertrauter Speisen Beruhigung und Raum für Begegnung. Die Traumabearbeitung ist für Rauwald dabei nur ein nachrangiges Ziel, ihr geht es mehr um ein Aufnehmen und Halten der Erzählungen.

Hoffnung in jedem Schmerz

Einen Vortrag der besonderen Art hielt Prof. Dr. med. Dr. rer. nat. M. Sc. Christian Schubert, Psychoneuroimmunologe aus Innsbruck. Er analysierte das künstlerische Werk von Joseph Beuys aus bio-psychosozialer Sicht. Beuys war als junger Soldat im Zweiten Weltkrieg bei einem Flug abgestürzt und in Schneemassen fast erstickt. Dieses Thema des Erstickens, des Zudeckens findet sich in vielen seiner Werke, später aber auch auf biologischer Ebene: Er verstarb an einer interstitiellen Pneumonie und erstickte tatsächlich. Schubert nennt diese Phänomene Fraktale, also Selbstähnlichkeiten, die auf unterschiedlichen Systemebenen ihre Ausgestaltung finden können. Das Bild der Installation eines in Filz verhüllten Konzertflügels von 1966 wirkte dabei fast wie eine Metapher für die Tagung: „Der dicht von Filz umhüllte Konzertflügel mit dem Kreuz ist ein Bild für die Trauer angesichts der Verluste, die immer drohen. Das Instrument schweigt, kein Ton mehr. Zugleich aber bewahrt der Flügel auch die Erinnerung daran, dass Musik möglich ist – wenn die Hülle das Instrument wieder freigibt. So ist Hoffnung in jedem Schmerz", heißt es in einer Erläuterung des Kunstkritikers Peter Iden 2009.
Hervorzuheben wäre zu guter Letzt noch die sehr angenehme Atmosphäre der Tagung, die von vielen Gästen betont wurde. Die Diskussion waren offen, wertschätzend und kollegial, und insgesamt ist es gelungen, den Spannungsbogen, den der Titel aufgebaut hat, auch abzuarbeiten.
Link: www.uexkuell-akademie.de

Dr. med. Sven Eisenreich
Hospital zum Heiligen Geist
Psychosomatische Klinik
Lange Str. 4–6,
60311 Frankfurt am Main
E-Mail: sven.eisenreich@web.de

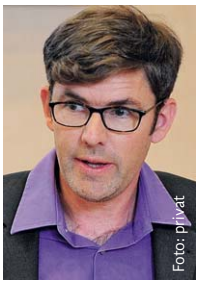


Foto: privat

Bücher

Referenz Notfallmedizin

Hrsg.: Jens Scholz, Jan-Thorsten Gräsner, Andreas Bohn.
Georg Thieme Verlag (Stuttgart, New York) 2019, 763 Seiten,
ISBN 9783132412903, € 199.99

Das Buch richtet sich an alle im Rettungsdienst tätigen Ärzte. Es ermöglicht dem Leser die Vor- und Nachbereitung von Einsatzszenarien. Durch die Gliederung der einzelnen Kapitel nach einem einheitlichen Muster erhält das Buch einen enzyklopädischen Charakter. Dies gibt dem Leser eine Orientierung im Text und erleichtert das Nachschlagen von Details.
Die hohen Erwartungen an ein Referenzwerk erfüllt „Referenz Notfallmedizin" aber nicht. Teilweise werden Details nicht oder ungenau behandelt. So wird im Kapitel „Die Geburt im Rettungsdienst" die Abnabelung nach einer Minute empfohlen – aber an welcher Stelle abgenabelt werden soll, wird nicht erwähnt. Im Kapitel „12-Kanal-EKG" wird darauf hingewiesen, dass bei besonders großer Brust die Elektroden auf die Brust geklebt werden sollen. Wie verfährt man bei kleiner Brust?
Die Schmerztherapie ist ein häufiges Problem im Rettungsdienst. In einigen Kapiteln geben die Autoren zwar konkrete Empfehlungen zur Schmerztherapie (z. B. „Akutes Abdomen"), in anderen Kapiteln verzichten die Autoren auf konkrete Angaben und verweisen nur allgemein auf die Analgesie (z. B. „Extremitätentrauma"). Ein eigenes Kapitel zur Schmerztherapie fehlt, ist aber aus Sicht des Rezensenten absolut notwendig.
An einem wichtigen Punkt liegen die Autoren sogar grundsätzlich falsch: So soll bei der Entscheidung über einen Therapieabbruch im Rahmen einer Reanimation zuallererst der Wille des Patienten zugrunde gelegt werden. Dies deckt sich nicht mit den Leitlinien (German Resusciation Council: Reanimation 2015 – Leitlinien kompakt, Seite 305 und 306).
Trotz der Kritik handelt es sich bei dem Buch um eine umfassende Darstellung der relevanten Themen der präklinischen Notfallmedizin, die auch dem erfahrenen Notarzt hilfreiches Wissen vermittelt.

Dr. med. Matthias Ott
Arzt für Allgemeinmedizin und Anästhesiologie
Intensiv-, Notfall-, Palliativmedizin, Schmerztherapie
Lorch/Rhein

Über ihre erfolgreiche Prüfung zur Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung freuen sich: Sandra Lück, Gülistan Yildirim, Tuba Sirkinti, Madina Mangal, Meriem Faydii, Lena Urban, Elif Koyuncu und Cristin Kildau (von links). Für ihre berufliche Karriere investierten die jungen Frauen über ein Jahr lang viele Wochenenden an der Carl-Oelemann-Schule. Themen waren u. a. Durchführung der Ausbildung, Qualitätsmanagement, Betriebswirtschaftliche Praxisführung, Patientenbetreuung und Teamführung, Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz, Informations- und Kommunikationstechnologien sowie Risikopatienten und Notfallmanagement. Informationen zur Aufstiegsfortbildung gibt es im Internet auf der Website www.carl-oelemann-schule.de.

Marburg: Medizin-Absolventenfeier

Auch dieses Mal lag der Frauenanteil unter den 83 Absolventen bei über 60 %, die erfolgreich ihr Examen in Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg abgelegt haben. Als Vertreter der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gratulierte der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (rechts), den neuen Kolleginnen und Kollegen, wünschte ihnen viel Glück und Erfolg für ihren weiteren Weg und stellte die LÄKH vor. Während der würdigen Feier in der historischen Aula der Alten Universität wurden den in Talaren festlich gekleideten angehenden Ärztinnen und Ärzten, die stolz ihren Doktorhut trugen, die Urkunden durch die Studiendekanin Prof. Dr. med. Annette Becker (2. von links), den Vorsitzenden des Vereins „Alumni Medizin Marburg e. V." Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf (links) sowie Dr. Nowak überreicht. Für ihre hervorragende Lehre erhielten Prof. Dr. Michael Bette, Prof. Dr. Michael Lohoff und Rebecca Beyer Preise durch die Vertreter der Fachschaft. Die musikalische Umrahmung erfolgte in bewährter Weise durch die Gospelpearls aus Köln, Martina Gassmann und Janina Krömer (beide Gesang) sowie Philip Roesler (Gesang und Klavier), die wie jedes Jahr ihre Zuhörer begeisterten. **Bezirksärztekammer Marburg**

Geburtstage

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Ausbildungsmesse 2020 „Ansage Zukunft“ in Marburg

Bezirksärztekammer gefragter Ansprechpartner für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten

Foto: Tobias Hirsch (Oberhess. Presse)

Der Bezirksärztekammervorsitzende Dr. med. Paul Otto Nowak freut sich über die Frauen-Power am Stand der Ärztekammer: Landrätin Fründt, die Auszubildenden im dritten Lehrjahr Mara Metternich und Paula Klimaschewsky sowie Ausbilderin Dr. med. Margareta Frank (alle von links).

Als fester Bestandteil und zuverlässiger Partner der dreitägigen Marburger Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“ gilt mittlerweile die Bezirksärztekammer Marburg, die bereits zum 6. Mal mit einem eigenen Stand vertreten war. Dabei konnten sich interessierte Schülerinnen und Schüler über den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) bei Auszubildenden des dritten Lehrjahres sowie Lehrerinnen und Lehrer der Kaufmännischen Schule Marburg (KSM) und den Mitarbeiterinnen der Marburger Bezirksärztekammer informieren. Wie jedes Jahr stieß die Blutentnahme am Punktionsarm, die auch Landrätin Kirsten Fründt unter Aufsicht und Anleitung von Bezirksärztekammervorsitzenden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak und der Ausbilderin Dr. med. Margareta Frank erfolgreich durchführte, auf ein breites Interesse und war ein regelrechter Magnet.

Dies zeigte sich auch in den täglichen Presseberichten und den Fotostrecken der örtlichen Presse. Insgesamt stellten rund 80 Unternehmen, Verbände und Institutionen hunderten Schülern mehr als 130 Ausbildungsberufe vor. Kommentar von Dr. Nowak zum Veranstalter Volker Breustedt, Leiter der Marburger Agentur für Arbeit: „Wieder eine sehr gelungene Vorstellung, wir freuen uns, auch nächstes Jahr wieder dabei zu sein.“

Bezirksärztekammer Marburg

Marburg: Informationsabend für (neue) Kammermitglieder am 2. April

Die Bezirksärztekammer Marburg lädt ihre (neuen) Kammermitglieder zu einem Informationsabend ein:

Termin: Do., 2. April 2020, 18–20.30 Uhr

Ort: Universitätsklinikum Gießen und Marburg, Standort Marburg, Hörsaal 5 (3. Bauabschnitt), Baldingerstraße, 35033 Marburg

Themen:
- Arbeit der Kammer
- Weiterbildung
- Recht (Berufsrecht, Arzthaftungsrecht)
- Altersvorsorge
- Freie Berufe

Anmeldung bis 23. März 2020:
bezaek.marburg@laekh.de
Fon: 06421-41070/Fax: 06421-47689

Einladung zur 7. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 7. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie für
Samstag, 28. März 2020, 10.00 Uhr s. t.,
in das Seminargebäude im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung und Grußwort des Staatsministers Kai Klose**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung der Beschlussprotokolle der 5.ordentlichen Delegiertenversammlung vom 25. September 2019 und der 6.ordentlichen Delegiertenversammlung vom 23. November 2019**
4. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
5. **Versorgungswerk**
   a) Bericht des Vorsitzenden / der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
   b) Änderung der Satzung und Versorgungsordnung
6. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
   a) Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen
   b) Änderung der Berufsordnung
   c) Änderung der Satzung der Ethik-Kommission
   d) Änderung der Kostensatzung
   e) Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle
   f) Änderung der Fortbildungsordnung
   g) Änderung der Richtlinie zum Anerkennungsverfahren von Fortbildungsmaßnahmen
7. **Nachwahl von Vorsitzenden und stv. Vorsitzenden der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen**
8. **Sachstandsbericht – Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2020**
9. **Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung**
   Bericht des Vorsitzenden
10. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
11. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 05.02.2020
Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Gießen

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Bezirksärztekammer Marburg

Abgeordnete zum 123. Deutschen Ärztetag vom 19.–22. Mai 2020 in Mainz

Die Delegiertenversammlung hat am 25. September 2019 beschlossen, folgende Ärztinnen und Ärzte zum 123. Deutschen Ärztetag 2020 in Mainz und zu ggf. vor dem 123. Deutschen Ärztetag stattfindenden außerordentlichen Deutschen Ärztetagen zu entsenden:

	Abgeordnete	Ersatzabgeordnete
Liste 1	**ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/innen, Hausärzte/innen, angestellte Ärzte/innen, niedergelassene Ärzte/innen, Ärzte/innen in Weiterbildung und Ärzte/innen im Ruhestand)** 1) Dr. med. Irena Prokofieva	2) Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke
Liste 2	**Fachärztinnen und Fachärzte Hessen** 1) Dr. med. Wolf Andreas Fach 2) Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg 3) Dr. med. Klaus Doubek 4) Christiane Dormann 5) Dr. med. Cornelius Weiß	6) Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach 7) Dr. med. Heike Raestrup 8) Dr. med. Michael Repschläger 9) Dr. med. Michael Weidenfeld 10) Dr. med. Sabine Dominik
Liste 3	**Marburger Bund – die Liste für alle Ärztinnen und Ärzte** 1) Dr. med. Silke Engelbrecht 2) Jan Henniger 3) Yvonne Jäger 4) Dipl.-Psych Frank Seibert-Alves, BMedSci 5) Anne Kandler 6) PD Dr. med. Andreas Scholz	7) Anita Yusefpur 8) Dr. med. Lars Bodammer 9) Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak 10) Dr. med. Jan Bauer 11) Dr. med. H. Christian Piper 12) Dr. med. Susanne Johna
Liste 4	**Liste Ältere Ärzte** 1) Dr. med. Hansjoachim Stürmer	2) Dr. med. Gabriel Nick
Liste 6	**LDÄÄ (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte)** 1) Dr. med. Christof Stork 2) Sabine Riese	3) Pierre Frevert 4) Dr. med. Bernhard Winter
Liste 9	**Die Hausärzte** 1) Michael Andor 2) Jutta Willert-Jacob 3) Dr. med. Adelheid Rauch	4) Dr. med. Wolfgang Seher 5) Dr. med. Christoph Claus 6) Erich Lickroth

Förderpreis für Psychoonkologie 2020

Die Weiterbildung Psychosoziale Onkologie (WPO) vergibt zusammen mit der Familie Schwarz den mit 2.500 € dotierten Reinhold-Schwarz-Förderpreis für Psychoonkologie 2020.

- Einreichungsfrist: 16. März 2020

Bewerber sollen zum Zeitpunkt der Bewerbung nicht älter als 40 Jahre sein. Zielgruppe sind Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die eine herausragende Originalarbeit als Erstautorin bzw. -autor vorlegen. Bewertungskriterien sind die methodische Qualität, die inhaltliche und/oder methodische Originalität sowie der Bezug zur Psychoonkologie. Informationen sowie Bewerbungsunterlagen im Internet: www.wpo-ev.de/reinhold-schwarz-foerderpreis/.

Wir gedenken der Verstorbenen

Nachruf auf Prof. Dr. med. Jürgen Kollath

*** 09.06.1932 † 14.01.2020**

Foto: privat

Am 14. Januar ist Prof. Dr. med. Jürgen Kollath, Professor für das Fach Medizinische Strahlenkunde am Klinikum der Goethe-Universität Frankfurt am Main im Alter von 88 Jahren gestorben.

Das Studium der Humanmedizin erfolgte in Hamburg, Innsbruck und Freiburg, die Facharztweiterbildung und -Anerkennung (1964) bei Prof. Birkner in Berlin-Moabit. Von 1965–1992 arbeitete er am Klinikum der Goethe-Universität. 1970 habilitierte er sich für das Fach Medizinische Strahlenkunde, 1973 folgte die Berufung zum Professor.

Zunächst Abteilungsleiter der Röntgendiagnostik II mit den Schwerpunkten Chirurgie, Gynäkologie und Interventionen, wurden ihm später weitere radiologische Abteilungen anvertraut, darunter auch die Kinderradiologie. Alle neuen Schnittbildverfahren (Ultraschall, CT und MRT) wurden etabliert.

Kollath hat in der Lehre immer ein breites Spektrum der Radiologie vertreten und gestaltete die monatlichen Frankfurter Röntgenabende, die Bad Nauheimer Gespräche über digitale Radiografie und die internationalen Stent-Symposien. 1998 wurde er emeritiert. Kollath hat insbesondere in der Interventionellen Radiologie Pionierarbeiten geleistet, nach seinem Motto: „Wir sind Radiologen, die Wissenschaft betreiben und nicht Wissenschaftler, die gelegentlich auch röntgen." Er war ein sehr guter Zuhörer, wortkarg, aber präzise in seiner Analyse. Rückhalt fand er in seiner Familie und insbesondere bei seiner Frau Barbara. Wir bedauern den Tod von Prof. Dr. med. Jürgen Kollath und werden ihm stets hohen Respekt und ein ehrendes Andenken bewahren.

Prof. Dr. med. Thomas Vogl, Direktor
Prof. Dott./Univ. Pisa Volkmar Jacobi, Stellv. Direktor
Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie, Universitätsklinikum Frankfurt/Main

Großer Dank an Ltd. Branddirektor Norbert Schmitz

Foto: Katja Möhrle

Dem scheidenden Leitenden Branddirektor von Kassel, Norbert Schmitz (Mitte), wurde von dem Vorsitzenden des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (l.) sowie der Leiterin der Akademie der Landesärztekammer, Sandra Bauer (r.) mit einem Präsent sowie einem Blumenstrauß für seine langjährige Arbeit für die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gedankt. Schmitz war seit 2001 Referent für die Basis- und Wiederholungsseminare Leitender Notarzt (LNA) und trat dann 2011 die Nachfolge als Leiter der LNA-Kurse sowie als Mitglied im Ausschuss „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin" der LÄKH an. Er war ein sehr kompetenter und geschätzter Experte und setzte die in 1998 begonnene erfolgreiche Zusammenarbeit mit der Kasseler Berufsfeuerwehr und seinen beiden Vorgängern den Leitenden Branddirektoren Franz Disse und Karl-Heinz Krütt fort. (pon)

12. Hausärztetag Hessen am 20./21. März

Die Hausärztliche Servicegesellschaft Hessen als Wirtschaftsgesellschaft des Hausärzteverbandes Hessen veranstaltet in Kooperation mit dem Hausärzteverband Hessen e. V. am 20./21. März den 12. Hessischen Hausärztetag (pharmaunabhängig).

Termine: Fr. 20.03.2020 von 14–17:30 Uhr
Sa. 21.03.2020 von 9–18 Uhr

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Hessen Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt a. M.

Zielgruppe: Ärzte, Ärzte in Weiterbildung, Studenten und Praxispersonal

Kontakt: info@hausaerzte-hessen.de

Anmeldung/Programm im Internet: www.hausaerzte-hessen.de

- Fortbildungspunkte sind beantragt

Impressum

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

Redaktionsassistenz: 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: haebl@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 € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00, 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: DAAEDEDD

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, gültig ab 01.01.2020

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

Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 2 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 1. Januar 2020 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 (Vertragsärzte oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

Für die Screening-Einheit 2 wird zum 01.07.2020 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 2 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.
Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

1. Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 31.03.2020** erhält der Bewerber Ausschrei-bungsunterlagen zugesandt, die er bis **30.04.2020, 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 2** (Stadt Frankfurt und Landkreis Hofheim).
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 Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.
Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die 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 2 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 Ultraschalldiagnostik 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 Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.
Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt.

11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **31.03.2020** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).
Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum
30.04.2020, 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.