

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang



Foto: Andreas Mann

50 Jahre Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Zertifizierte Fortbildung

Aktueller Stand der Wissenschaft zum Brustimplantat-assoziiertem anaplastischen großzelliges Lymphom – BIA-ALCL

Urteil zur Sterbehilfe

Erläuterung und Kommentar zum Urteil des Bundesverfassungsgerichts über die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung

Suizidalität in der Onkologie

Risikogruppe Krebspatienten: Welche Faktoren beeinflussen das Suizidrisiko? Welche Alarmzeichen senden Suizidgefährdete aus?

Für Qualifikation, gegen Rassismus!

Leider sind auch Ärztekammern nicht davor gefeit, dass sich Parteipolitiker ihrer Themen annehmen, um diese dann eigennützig im Interesse der eigenen Klientel zu verwerten. So geschehen, als die sogenannte Alternative für Deutschland im Bundestag einen Antrag stellte, in dem die Fraktion ein bundeseinheitliches Prüfverfahren forderte, um die Qualifikation ausländischer Ärztinnen und Ärzte aus Drittstaaten, also Staaten außerhalb der EU festzustellen. Zur Begründung verwies die AfD auf eine Entschließung des 121. Deutschen Ärztetags 2018, in der es hieß: „Die bisher durchgeführten Kenntnisprüfungen reichen nicht aus, zumal die dabei zutage tretenden Kenntnisse nicht selten im Gegensatz zur behaupteten Qualifikation stehen. Fälschungen von Zeugnissen und Urkunden sind nur schwer erkennbar und noch schwerer nachzuweisen.“ Leider hat die AfD nicht darauf hingewiesen, dass derselbe 121. Deutsche Ärztetag gleichzeitig diese Forderung aufstellte: „Will Deutschland ausländische Ärztinnen und Ärzte gewinnen und langfristig binden, muss endlich ein einheitliches, effizientes und transparentes Prüfungssystem etabliert werden, das eine gute medizinische Versorgung durch ausländische Ärztinnen und Ärzte sicherstellt und ihnen mehr Rechtssicherheit bietet. Dies wäre zudem ein wichtiger Schritt in Richtung Willkommenskultur.“ Zudem wurde gefordert, zur Ablegung der Kenntnisstandprüfung einen Termin innerhalb der gesetzlich vorgesehenen Frist von sechs Monaten einzuhalten.

Die Bundesärztekammer hat sich in ihrer diesbezüglichen schriftlichen Stellungnahme zu Recht deutlich „gegen die Instrumentalisierung des Ärzteparlaments für die vorgeblich das Patientenwohl anführenden Absichten der AfD-Fraktion“ gewandt. Denn der Deutsche Ärztetag meinte nicht die Staatsangehörigkeit der Bewerber, sondern das Land, in dem die Qualifikation erworben wurde. Würde die berechnete Forderung des deutschen Ärzteparlaments umgesetzt, dann müssten sich auch deutsche Staatsangehörige mit einem Medizinstudium in einem Drittstaat zukünftig einer bundeseinheitlichen Prüfung analog dem Dritten Abschnitt der Ärztlichen Prüfung unterziehen.

Ohne unsere ausländischen Kolleginnen und Kollegen könnte die gesundheitliche Versorgung in Deutschland nicht sichergestellt werden! Wir brauchen aber nicht nur die genannte bundeseinheitliche Prüfung, sondern schlicht und ergreifend mehr Medizinstudienplätze in Deutschland. Die Folgen der Veränderungen in der Arbeitswelt von Ärztinnen und Ärzten – ausgelöst z. B. durch das Arbeitszeitgesetz oder den Wunsch nach Vereinbarkeit von Beruf und Familie – müssen in Deutschland bewältigt werden. Es ist schlicht unmoralisch, wenn sich ein wohlhabender Staat wie Deutschland auf Kosten anderer Länder schadlos hält und keine ausreichenden Ausbildungskapazitäten vorhält.

Um hier nicht missverstanden zu werden, danke ich an dieser Stelle explizit allen ausländischen Kolleginnen und Kollegen, die in unserem Bundesland ihre ärztliche Arbeit verrichten, und werde auch zukünftig neue Kolleginnen und Kollegen willkommen heißen.

Dass die Landesärztekammer Hessen glasklar gegen Rassismus ist, zeigt sich in der vor wenigen Wochen erfolgten Erweiterung der Aufgaben des bisherigen Menschenrechtsbeauftragten. Da Gewalt und Hetze auch nicht vor Arztpraxen oder Krankenhäusern Halt machen, hat das Präsidium der Landesärztekammer den Menschenrechtsbeauftragten der LÄKH zusätzlich als Rassismusbeauftragten berufen. Damit ist der Menschenrechts- und Rassismusbeauftragte der Landesärztekammer Hessen zugleich Ansprechpartner für rassistische und gewalttätige Vorfälle in Einrichtungen des Gesundheitswesens.

In dem der ärztlichen Berufsordnung vorangestellten ärztlichen Gelöbnis heißt es: „Ich werde nicht zulassen, dass Erwägungen von Alter, Krankheit oder Behinderung, Glaube, ethnischer Herkunft, Geschlecht, Staatsangehörigkeit, politischer Zugehörigkeit, Rasse, sexueller Orientierung, sozialer Stellung oder jeglicher anderer Faktoren zwischen meine Pflichten und meine Patientin oder meinen Patienten treten.“ Gerade vor dem Hintergrund der aktuellen, tragischen Ereignisse ist dem nichts mehr hinzuzufügen.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: Andreas Mann

50 Jahre Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Als bundesweit erste Lehreinrichtung ihrer Art wurde die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen im Jahr 1970 in Bad Nauheim ins Leben gerufen. Deren Geschichte, Gegenwart und Zukunft wird in zwei Beiträgen dargestellt.

208/212

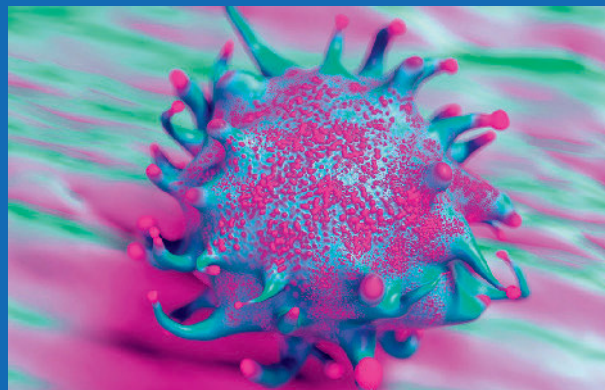


Foto: mauritius images/Science Photo Library/Science Artwork

Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL

Die zertifizierte Fortbildung informiert über den aktuellen Stand der Wissenschaft zu dieser seltenen Form des Non-Hodgkin-Lymphoms. Der erste Verdacht bezüglich karzinogener Eigenschaften von Brustimplantaten wurde bereits 1995 bis 1997 geäußert.

216

Editorial: Für Qualifikation, gegen Rassismus!	203
Aus dem Präsidium: Politik, quo vadis? Zahlen und Hausaufgaben	206

50 Jahre Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

Rückblick: „Fortbildung muss Freude machen“	208
Ausblick: Nach 50 Jahren des Bestehens mit Elan ins digitale Zeitalter – Akademie 5.0	212

Ärztekammer

Die Abteilung Weiterbildung: Aufgaben und Zuständigkeiten	207
Serie Patientensicherheit Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team	224
Stellenanzeige: Ärztlicher Leiter (m/w/d)	221
Neuaufgabe: Bündnis heilen & helfen gibt Broschüre zur Suizid-Prophylaxe heraus	242
Best-Practice-Arbeits(zeit)modelle gesucht!	206

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	228
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	234
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	247
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	254

Junge Ärztinnen & Ärzte: Jung, Mutter, in eigener Praxis niedergelassen – Dr. med. Miriam Bruhin im Interview	222
--	-----

Medizingeschichte: Telemedizin vor 90 Jahren: „Geburt per Telefon – Von F. Walter“	226
---	-----

Bad Nauheimer Gespräche: Staffelübergabe	246
---	-----



Foto: © Marco2811 – stockadobe.com

Recht: Urteil des Bundesverfassungsgerichts zur Sterbehilfe – mit Kommentar

Mit seinem Urteil zur Sterbehilfe hat das Bundesverfassungsgericht (BVerG) das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung (§ 217 StGB) aufgehoben. Was bedeutet das konkret und wie ist das mit einem humanistischen Menschenbild vereinbar?

236/237



Foto: © freshidea – stockadobe.com

Suizidalität in der Onkologie

Alle 56 Minuten nimmt sich ein Mensch in Deutschland das Leben. Die Zahl onkologischer Patienten, die sich suizidieren, ist im Vergleich zur nicht erkrankten Bevölkerung signifikant erhöht. Ergebnisse aus einer Online-Befragung geben u. a. Hinweise auf den Fortbildungsbedarf bei Ärztinnen und Ärzten.

240

Fortbildung

CME: Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL	216
Suizidalität in der Onkologie: Herausforderung und Chance	240

Recht: Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist verfassungswidrig/mit Kommentar: Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum § 217 StGB erschüttert das humanistische Menschenbild	236/237
--	---------

Pharmakotherapie: Statintherapie bei älteren Patienten in der Primärprävention?	248
--	-----

Bücher: Prof. Dr. Dietrich von Engelhardt: Medizin in der Literatur der Neuzeit	227
--	-----

Personalia	223
Impressum	252

Bücher



Die Geschichte der Palliativmedizin

Michael Stolberg

S. 247



Kommunikation ist ein riesiger Regenschirm

Virginia Satir

S. 251

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.



Politik, quo vadis? Zahlen und Hausaufgaben

Im Moment bewegt uns die Frage, wie gefährlich wohl die aktuelle „Pandemie“ ist? Wie eine Grippe, die sich schnell ausbreitet oder schwer wie...? Was gilt vorrangig, SGB V oder das Infektionsschutzgesetz? Testet man überwiegend die offensichtlich Erkrankten, so stirbt jeder Dreißigste. Testet und zählt man die Gesunden mit, so stirbt vielleicht nur jeder X-Tausendste? Soweit der übertrieben-ungesicherte Kenntnisstand. Die Retrospektive wird entscheiden, was richtig und angemessen war, hinterher wissen wir es besser. Ein anderer Überblick: Im Jahr der Wiedervereinigung 1990 sprach man bei 240.000 berufstätigen Ärztinnen und Ärzten über „Ärztenschwemme“, heuer bei an die 400.000 (!) erleben wir „Ärztemangel“... Generell, gleich wohin man schaut, überall herrscht Nachwuchsmangel. Praxisärzte oder Ärzte im Krankenhaus, Pflegekräfte, Facharbeiter, Bau oder Handwerk, Ingenieure, IT-ler, Personal in der Gastronomie, auch Lehrlinge fehlen. Selbst in den Familien fehlt der Nachwuchs. Wo sollen ja all die Arbeitskräfte herkommen, wenn alle entweder nur noch arbeiten, oder, der Alltagsbelastung in Klinik und Praxis überdrüssig, es nicht mehr in dem Maße wollen? Statt das Demografieproblem anzugehen, die „Mangelberufe“ angemessen zu vergüten und vom teils sinnlosen Verwaltungsgetue zu entlasten, wird eine Lösung wie aus der Wundertüte herbeigewünscht: Das eben in Kraft getretene Fachkräfte-Einwanderungs-Gesetz soll es richten.

Die Wirtschaft rechnet einen jährlichen Zuzugsbedarf von 250.000 bis 400.000 Arbeitskräften vor. Sprachkenntnisse, Qualität und Vergleichbarkeit der Ausbildung seien nachrangig und als Problem lösbar. Selbst wenn das alles so funktionieren würde, wie man es sich vorstellt, ignoriert bzw. verdrängt man es dabei



Foto: Katarina Ivanisevic

„Generell,
gleich wohin
man schaut,
überall
herrscht Nach-
wuchsmangel.“

konsequent, dass die hinzugerufenen Fachkräfte in ihren Herkunftsländern, wo sie meist über Steuermittel ausgebildet wurden, bitter fehlen. Diese Länder holen wiederum Ersatz aus noch ärmeren Ländern und verlagern den Mangel letztlich dorthin, wo die Not bereits am größten ist. In der Gesamtbetrachtung könnte man sich schnell dem Vorwurf ausgesetzt sehen, die speziellen Probleme einer alternden Wohlstandsgesellschaft zu Lasten der Ärmere lösen zu wollen.

Unser Gesundheitsminister Jens Spahn, vom Hause aus Bankkaufmann, hat uns im Namen von Fortschritt und Entwicklung bereits unzählige Gesetze geliefert. Die Digitalisierung schreitet vorbildlich voran, für Verweigerer gibt es Honorarstrafen. Während der kommenden deutschen EU-Ratspräsidentschaft in der zweiten Jahreshälfte soll in diesem Bereich noch mehr geschehen. Zugleich müssen wir die Erfahrung machen, dass schon bei einer größeren Grippewelle oder gar bei einer „Pandemie“ einfachste Billigartikel fehlen. Die Versorgung mit Standardmedikamenten wie Blutdruckmittel, Antibiotika, Narkosemittel etc. war schon im Herbst unzuverlässig, sie wirkt zunehmend störanfällig. Die Diskussion über Liefer Schwierigkeiten in den Apotheken, über Preisgestaltung und Rabattverträge der Krankenkassen, Qualitätssicherung der Produktionsketten in Asien und China erreicht unsere Arztpraxen. Es ist höchste Zeit, dass man sich grundsätzlich Gedanken macht über Gemeinwohl und Daseinsvorsorge, über die Grenzen von Globalisierung und Marktwirtschaft im Gesundheitswesen. Schöne, besinnliche Ostern!

Michael Andor

Facharzt für Allgemeinmedizin, Groß-Gerau
Präsidiumsmitglied der LÄKH

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)-mo-



Foto: © andranik123 – stock.adobe.com

delle 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.

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 E-Mail an: katja.moehle@laekh.de.



Die Abteilung Weiterbildung: Aufgaben und Zuständigkeiten

Die Aufgaben der Weiterbildungsabteilung gestalten sich vielseitig:

Neben der oft umfangreichen telefonischen Beratung und Auskunft rund um das Thema Weiterbildung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, (angehende) Weiterbildungsbefugte, Berufsverbände, ärztliche Behörden und berufspolitische Gremien stehen Planung, Organisation und Durchführung von Prüfungen für Facharzt-, Schwerpunkt- und Zusatzbezeichnungen im Fokus der Weiterbildungsabteilung (siehe Tabelle).

Die Antragsbearbeitung zur Anerkennung von Bezeichnungen gemäß der Weiterbildungsordnung (WBO) und für die Erteilung von Weiterbildungsbefugnissen macht den größten Anteil der täglich anfallenden Arbeiten aus.

Das Planen und Durchführen von Gutachterausschüssen gehört ebenso zum Alltag der Abteilung wie die Zusammenarbeit und Kommunikation mit kammerinternen und -externen Organisationen. Auch Auslandsanerkennungen für Ärztinnen und Ärzte aus einem EU-, EWR- oder Drittland und die Anerkennung ärztlicher Tätigkeit aus dem Ausland, damit Arbeitgeber eine Einstufung in eine Gehaltsgruppe vornehmen können, kommen sehr häufig vor. Im Bereich Allgemeinmedizin gehören vor allem Vorwegentscheide zur Beantragung einer Förderung durch die Kassenärztliche

Vereinigung Hessen (KVH) zum täglich Brot. Aber auch in anderen Fachbereichen werden immer häufiger Vorwegentscheide gestellt.

Zu den internen Aufgaben gehören zusätzlich die umfangreiche Archivierung und Digitalisierung von Antragsunterlagen und Schriftverkehr von mehreren tausend Anträgen und Anfragen pro Jahr. Die Berufungsverfahren für Prüfer und Vorsitzende ist umfangreich durchzuführen und abzubilden.

In Arbeitsgruppen wird eine serviceorientierte und sorgfältige Bearbeitungsweise aller in der Abteilung landenden Anliegen stetig optimiert.

Die Kenntnisstandprüfungen für Ärztinnen und Ärzte, die aus einem Nicht-EU/EWR-Land kommen und eine Approbation erlangen möchten, werden von der Weiterbildungsabteilung geplant, organisiert und im Reinfried-Pohl-Zentrum in Marburg durchgeführt.

Zukünftig werden auch die Fachsprachprüfungen durch die Landesärztekammer organisiert und abgewickelt.

Anträge auf Erteilung von Fachkunden im Strahlenschutz werden von der Weiterbildungsabteilung als zuständige Stelle geprüft und Bescheinigungen erstellt, auch wenn diese Verordnung nicht der Weiterbildungsordnung unterliegt.

Die unterschiedlichen Rechtsnormen wie z.B. das Heilberufsgesetz, das Verwaltungsverfahrensgesetz und die ärztliche Berufsordnung gehören neben der



Foto: AG Visuell

Weiterbildungsordnung zu den täglichen Werkzeugen der Mitarbeiter/innen und müssen bei vielen Antragsverfahren berücksichtigt werden.

Was uns wichtig ist:

- Guten Service in angemessenem und leistbarem Zeitrahmen bieten zu können.
- Gute und konstruktive Zusammenarbeit mit Prüfungsgremien und Gutachtern.
- Vollständige Anträge sichern eine schnelle Bearbeitung.
- Mehr Verständnis von außen dafür, dass rechtliche Vorgaben eingehalten werden müssen und der Grundsatz der Gleichbehandlung im Vordergrund steht.

Petra Hench-Rueda

Abteilung Ärztliche Weiterbildung,
Koordination

Jens Sudmann

Leiter Abteilung Ärztliche Weiterbildung
der LÄKH Hessen,
E-Mail: weiterbildung@laekh.de

**Tabelle: Erfolgreiche Prüfungen
und erteilte Zusatzbezeichnungen im Jahr 2019**

Facharztbezeichnungen:	1.050
Schwerpunktbezeichnungen	38
Zusatzbezeichnungen:	879
davon mit Prüfung:	156
Fachkunden im Strahlenschutz	552

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben jedoch die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wie-

der. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen immer vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer

Landstraße 152,
60314 Frankfurt
am Main.



Foto: © Werner Hilpert
-stock.adobe.com

Neue Weiterbildungsordnung bald online abrufbar

Gleichzeitig mit der Juni-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes erscheint Ende Mai die neue Weiterbildungsordnung als Sonderausgabe auf den Internetseiten der LÄKH unter www.laekh.de/arzte/hessisches-aerzteblatt/. Weitere Informationen folgen in Kürze!



Hotel am Hochwald, Akademiegebäude, altes Seminargebäude (von links).



Foto rechts: Andreas Mann
Foto links: LÄKH Archiv

Akademie- und neues Seminargebäude mit Europabrunnen.

„Fortbildung muss Freude machen“ ^[2]

50 Jahre Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

*„In Hessen sind die Ärzte wie die Wilden,
Landauf, landab,
Sie kennen nur: Sich bilden, bilden, bilden,
Die einen weiter – andere fort –
Sie bilden sich, als sei es Sport.“*

*Sie kommen her aus ihren Praxen,
Zu Pferd, im Auto, auch auf Hax'n,
Sie kennen alle nur ein Ziel:
Hören, lernen, möglichst viel.“*

Mit diesen Worten übermittelte Prof. Dr. med. Horst-Joachim Rheindorf – einer der Gründungsväter und späterer Vorsitzender der Akademie – unter anderem die Grüße der Arbeitsgemeinschaft der ärztlichen Akademien auf der Festveranstaltung zum 20-jährigen Bestehen der hessi-

schen Akademie [1, 3]. Knapp 30 Jahre später ist der Zuspruch zur Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen noch deutlich gestiegen. Der Beschluss zur Gründung der Akademie wurde am 21. Februar 1970 von der Delegiertenversammlung

gefasst. Die Bildungseinrichtung ist damit die älteste Akademie ihrer Art in Deutschland. § 1 des verabschiedeten Statuts lautet: „Die Akademie setzt sich zum Ziel, entsprechend der Aufgabe der Landesärztekammer Hessen, die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern,

1965

Erster Fortbildungskongress:
Gesundheit und Krankheit
des Kleinkindes

Beginn der
Sektionsveranstaltungen



Dr. med. Wolfgang Bechtholdt (l.) bei der Grundsteinlegung, Präsident der LÄKH von 1973–1986



Das alte Seminargebäude (Foto); das Akademiegebäude und das Hotel am Hochwald wurden am 6. Juli 1973 feierlich in Betrieb genommen

1970

Beschluss zur Gründung der Akademie und zum Kauf eines Grundstücks in Bad Nauheim für den Bau eines Seminargebäudes

1971

Der erste Vorstand der Akademie wird gewählt:
Vorsitzender: Dr. med. Hermann Kerger (April 1971–April 1985)

Beginn der Arbeit in Bad Nauheim

Erster Aufruf im Hessischen Ärzteblatt zur freiwilligen Mitgliedschaft in der Akademie

Konstituierende Vollversammlung der Akademie mit den Sektionen

Eröffnung des Seminargebäudes mit Großem Hörsaal und Laborräumen

Baubeginn des Gästehauses „Hotel am Hochwald“

Richtlinien für den erforderlichen Umfang der Fortbildung für alle Arztgruppen zu erarbeiten und Fortbildungsveranstaltungen, insbesondere Seminare durchzuführen“ [4]. Als Besonderheiten der Akademie waren die freiwillige Mitgliedschaft mit der Verpflichtung zur Fortbildung in einem bestimmten Umfang und die Kennzeichnung durch Plakette und Urkunde festgelegt worden. Die heute noch geschätzte „Blaue Plakette“ geht auf den Vorschlag des Delegierten Dr. med. Hans Kurt Bauer aus dem Jahr 1969 zurück, eine Plakette auf dem Arztschild als Zeichen für Fortbildung anzubringen. Im Laufe der Zeit hat sich diese Plakette zum Logo der Akademie entwickelt.

Nach dem Beschluss zur Gründung der Akademie nahm das Geschehen rasant an Fahrt auf: Im April 1970 stimmte die Delegiertenversammlung für den Kauf eines Grundstücks in Bad Nauheim. Noch im Oktober war Baubeginn. Im April 1971 wurde der erste Vorstand der Akademie gewählt; an seiner Spitze stand Dr. med. Hermann Kerger. Bereits im Juni 1971 wurde das Seminargebäude feierlich eingeweiht, das Anfang der 2000-Jahre dem jetzigen Seminargebäude weichen musste [5].

Im August 1971 erschien der erste Aufruf zur freiwilligen Mitgliedschaft im Hessischen Ärzteblatt; 1972 gab es bereits 652 Mitglieder. Die konstituierende Vollversammlung der Akademie fand im Oktober

1971 statt. Damals begann eine Diskussion über den zeitlichen Umfang, die Methodik und eine Effektivitätskontrolle der Fortbildung, die bis heute fortgeführt wird. Im Juli 1972 war Baubeginn des „Institutsgebäudes“ (heute „Akademiegebäude“), das im darauf folgenden Jahr zusammen mit dem Gästehaus „Hotel am Hochwald“ in Betrieb genommen wurde. Von diesem Zeitpunkt an sprach man vom Fortbildungszentrum [6]. Das Gästehaus wurde 1994 aus wirtschaftlichen Gründen wieder geschlossen.

Im Herbst 1975 erfolgte die Einrichtung der „Medizinisch-Wissenschaftlichen Abteilung“, die es der Akademie möglich machte, selbst die Gestaltung und Begleitung von Veranstaltungen zu übernehmen. Mit der Eröffnung der Kongresshalle, die später in den Besitz des Versorgungswerks übergang, wurde die Liegenschaft 1980 erneut ausgeweitet.

Damit waren die Weichen gestellt, um die Akademie bis heute stetig weiter auszubauen – und dies sowohl quantitativ als auch vor allem qualitativ. Schon 1977



Alle Fotos ohne Urhebernennung: LÄKH Archiv

Fortbildung Dr. Heldt: Didaktische Schautafeln statt Computer und Beamer.

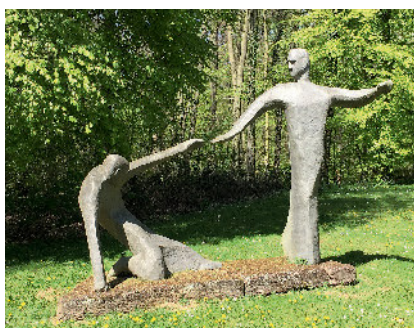
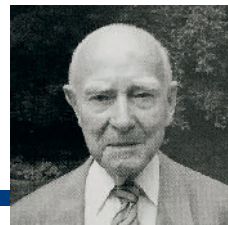


Foto: Sandra Bauer

Dr. med. Herrmann Kerger,
Vorsitzender der Akademie
von 1971–1985,
Ehrenvorsitzender



1984

Ärztliche Fortbildung
in Psychosomatischer
Medizin

1980

Kurse Arbeitsmedizin (Hessische Akademie für Betriebs- und Arbeitsmedizin e. V.)
Weiterbildungsseminare
Allgemeinmedizin und Anästhesiologie

1973

Einweihung des Fortbildungszentrums
Enthüllung des Standbildes
„Ärztliche Hilfe“ von Knud Knudsen (Foto)

1976

Einweihung des Schul-
und Internatsgebäudes
der Carl-Oelemann-Schule

1978

Gründung der Arbeitsgemeinschaft
der Akademien in Bad Nauheim

Eröffnung der Kongresshalle
mit Tiefgarage
Enthüllung des Europabrunnens
von Knud Knudsen

Foto: Dr. Aline Zetsche



Grüßplakette des US-amerikanischen College of Cardiology mit den besten Wünschen für die Akademie in Bad Nauheim, in Erinnerung an den College-Gründer Prof. F. Groedel (6. Juli 1973).

wurde die Namensgebung um das Wort „Weiterbildung“ ergänzt.

Im Laufe ihres Bestehens hat die Akademie zahlreiche Veranstaltungen durchgeführt. Exemplarisch seien hier einige genannt, die inzwischen ihren Abschluss gefunden haben: Ausbildungsseminare für den Arzt im Praktikum und über das Gesundheitswesen in Deutschland, Fachtagungen Palliative Versorgung und hospizliche Begleitung, Medizin in der Literatur, Symposium der Klinischen Hämostaseolo-

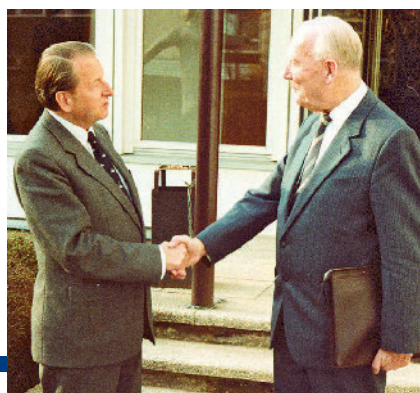
gie etc. Auch in Didaktik und Methodik war und ist die Akademie bis heute am Puls der Zeit: Anfang 1977 beginnt die Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Hans Renschler, dem damaligen Leiter des Instituts für Didaktik der Medizin der Universität Bonn. Diese Zusammenarbeit wird von 1992 bis 1998 mit Prof. Dr. Herbert Fenger vom Institut für Berufspädagogik und Bildungsplanung der TH Darmstadt fortgesetzt. Große Gruppen weichen kleineren, der Vortrag im Plenum wird um die Arbeit in Kleingruppen ergänzt und, wo möglich, hält ein praktischer Anteil Einzug. 1998 wird das TED-System (Tele-Dialog) das erste Mal eingesetzt. 2009 bietet die Akademie die erste Blended-Learning-Veranstaltung (E-Learning und Präsenzveranstaltung) an: die Fortbildung „Arbeitsmedizinische Gehörsorge – Lärm“.

Der Name ist Programm

Im Laufe der vergangenen 50 Jahre hat die Akademie strukturelle Änderungen erfahren. So wurden die Namensgebung angepasst und die Blaue Plakette dem Zeitgeist entsprechend gestaltet. Doch nach wie vor ist der Name auch Programm: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Ihre Aufgabe, Ärztinnen und Ärzten eine hochwertige, produktneutrale und industrieunabhängige Fort- und Weiterbildung zu bieten, hat die Akademie beständig weiter entwickelt. Schließlich dient, um es mit den Worten des ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth auszudrücken, eine „(...) kontinuierliche, berufsbegleitende Fort- und Weiterbildung (...) der Sicherstellung und Verbesserung der Behandlungsqualität und gewährleis-

Vorsitzende der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

- Dr. med. Hermann Kerger (April 1971 bis April 1985), Ehrenvorsitzender
- Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch (Januar 1998 bis Dezember 2011)
- Prof. Dr. med. Horst-Joachim Rheindorf (Mai 1985 bis Juni 1989)
- Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (März 2012 bis Juni 2019)
- Prof. Dr. med. Felix Anschütz (Juli 1989 bis Dezember 1997)
- Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg (seit Juli 2019)



1985

Dr. med. Hermann Kerger (l.) übergibt den Vorsitz der Akademie an Prof. Dr. med. Horst-Joachim Rheindorf

1986

Kurse Sozialmedizin (Hessische Akademie für Betriebs-, Arbeits- und Sozialmedizin e. V.)

Seminare Fachkundenachweis Rettungsdienst

1989

Ausbildungsseminare für den Arzt im Praktikum

1991

Strahlenschutzkurse für Ärzte



Prof. Dr. med. Horst-Joachim Rheindorf, Vorsitzender der Akademie von 1985–1989



An die markante Kongresshalle, die 2004 abgerissen wurde, können sich heute noch viele erinnern.

tet eine hohe Versorgungssicherheit der Patienten (...)“ [7].

„Die Arbeit der Akademie könnte nicht ohne den engagierten Einsatz aller Beteiligten so erfolgreich sein (...)“, schrieben Dr. med. Helmuth Klotz und Prof. Dr. med.

sprache mit der Geschäftsführung organisieren und betreuen 19 hauptamtliche Mitarbeiterinnen die Veranstaltungen, die sowohl im Bildungszentrum der Landesärztekammer in Bad Nauheim als auch hessenweit stattfinden. In jüngster Zeit

Felix Anschütz bereits 1992 [8–10]. Und dies hat bis zum heutigen Tag Bestand: Die Organe der Akademie – Delegiertenversammlung, Präsidium und Vorstand – handeln nach ihrem satzungsgemäßen Auftrag. Der Vorstand kann zu bestimmten Fragestellungen Sachverständige aus zahlreichen medizinischen Disziplinen hinzuziehen. In Ab-

konnte die Akademie mehr als 200 Veranstaltungen mit über 6.000 Teilnahmen jährlich verzeichnen. Pro Jahr sind ca. 600 Referenten tätig – viele davon mehrfach. Um es mit den Worten von Klotz und Anschütz aus dem Jahr 1992 zu sagen: „Der Hauptdank (...) gilt (...) ihrem unermüdlichen Einsatz, und den Zuhörern, deren Teilnahme und lebhaftes Diskussionsverhalten der Akademie mit Leben erfüllen, (...)“ [10].

Der Leitspruch des früheren Vorsitzenden Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch wird auch in Zukunft Ansporn für die Arbeit der Akademie sein: „Wer aufhört, besser zu werden, hört auf, gut zu sein.“

Dr. med.

Lars Bodammer

Mitglied des Präsidiums der LÄKH, Vorsitzender des Ausschusses Ärztlicher Nachwuchs



Foto: Katarina Ivanisevic

Die Akademie ist Partner in Sachen Bildung – für die gesamte Zeit der ärztlichen Tätigkeit:

Die Veranstaltungen:

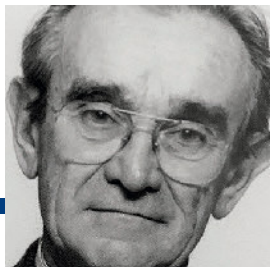
- aktuell, praxisrelevant und interdisziplinär
- unabhängig, produkt- und dienstleistungsneutral

Die Akademie bietet:

- ein breites Themenspektrum
- moderne didaktische Methoden
- persönliche Betreuung aus einer Hand

1994

Kursweiterbildung
Allgemeinmedizin



Prof. Dr. med.
Felix Anschütz,
Vorsitzender der Akademie
von 1989–1997

1997

Curriculum Qualitätssicherung –
Ärztliches Qualitätsmanagement

Prof. Dr. med.
Ernst-Gerhard Loch,
Vorsitzender der Akademie
von 1998–2011



1998

Beginn der freiwilligen Zertifizierung
der ärztlichen Fortbildung
Erste TED-Evaluation in der Akademie;
Einsatz im Notdienst-Seminar

Nach 50 Jahren des Bestehens mit Elan ins digitale Zeitalter – Akademie 5.0

Die Akademie war, ist und wird auch in der Zukunft ein verlässlicher Partner in Sachen Bildung sein – für die gesamte Spanne der ärztlichen Tätigkeit.

Foto: Susanne Holler



Curriculum Psychosomatische Grundversorgung im Blauen Hörsaal.

Die Akademie im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen fußt mittlerweile auf einem soliden 50-jährigen Fundament von Erfahrung und Entwicklung. Abzuschätzen, welche Anforderungen eine zeitgemäße Fort- und Weiterbildung für hessische Ärztinnen und Ärzte erfüllen muss, ist eine Herausforderung.

in der traditionellen Berufsauffassung etc. Die Zunahme des Wissens sowie die schnelle und häufig ungeprüfte Verfügbarkeit neuer Erkenntnisse haben zusätzlich Auswirkungen auf das Lernen. Neben dem reinen Wissenserwerb ist daher auch die Vermittlung von Techniken wichtig, um digital verfügbare Informationen ef-

Transformation

Der ärztliche Berufsalltag befindet sich im stetigen Wandel. Einige dieser Veränderungen sind in den vergangenen Jahren auch im Fort- und Weiterbildungsbetrieb sehr deutlich geworden: Zeitmangel, immer schnellere Einbindung junger Ärzte in die Patientenversorgung, Veränderung

fektiv nutzen zu können. Auf aktuelles medizinisches Wissen wird infolge der elektronischen Verfügbarkeit auch von Patienten zurückgegriffen. Dies hat unter anderem Auswirkungen auf die Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten.

Innovationen

In jüngerer Zeit haben zudem neue naturwissenschaftliche Erkenntnisse und die Bewertung der Ergebnisse therapeutischer Bemühungen zu prozessverändernden Innovationen geführt. Zu nennen sind hier unter anderem eine veränderte Krankheitsbetrachtung mit zunehmend individualisierten und interdisziplinären therapeutischen Ansätzen, die Bewertung von Therapieerfolgen anhand von Kriterien aus dem Qualitätsmanagement und ein erweitertes Praxismanagement.

Wandel

Die Veränderung der beruflichen Situation der Ärzte verlangt von der Akademie

1999

Curriculum Suchtmedizinische Grundversorgung



2000

Spatenstich für das neue Seminargebäude im Fortbildungszentrum (das Foto zeigt die Grundsteinlegung)



2001

Fusion der Akademie für Arbeits-, Sozial- und Umweltmedizin e. V. mit der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen

2002

Eröffnung des Neubaus des Seminargebäudes mit Tiefgarage



Schlüsselübergabe mit (v.l.): Dr. med. Michael Popović (damaliger Hauptgeschäftsführer der LÄKH), Dr. med. Alfred Möhrle (Präsident 1992–2004) und Prof. Dr. med. Ernst-Gerhard Loch (Vorsitzender der Akademie 1998–2011)

Foto: Caroline Winkler



Das Führungstrio: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg, Dr. rer. nat. Aline Zetsche, Sandra Bauer M. A. (von links).

schon heute Anpassungen. Sie wird Angebote an junge Ärzte zur Unterstützung in den Einstieg des Berufsalltags ausweiten; die Anzahl interdisziplinär ausgerichteter Akademieveranstaltungen mit praktischen Bezügen steigt bereits seit langem. Durch die Integration von Online-Lehrgängen im Blended-Learning-Format (die Verzahnung von E-Learning und Präsenzlernen) oder modular aufgebaute Veranstaltungskonzepte konnten die Lernzeiten bereits flexibilisiert werden. Fort- und Weiterbildungsangebote zu prozessverändernden Innovationen in der Medizin zeichnen sich durch umfangreiche Übungselemente aus. Neben der klassischen Wissensvermittlung sind Gruppen-

und Projektarbeiten wichtige Elemente solcher Veranstaltungen.

Während längerer Projektphasen ist ein Forum für den Austausch zwischen Veranstaltungsleitung, Tutoren und Teilnehmern wichtig. Insgesamt erfordert dies angemessene räumliche, technische und personelle Ressourcen.

Mit der neuen Weiterbildungsordnung sind in naher Zukunft für die Kurs-Weiterbildungen umfangrei-

che Veränderungen zu erwarten, die die Akademie zeitnah umsetzen wird.

Offenheit

Zukunftsfähigkeit erfordert im Kontext der ärztlichen Fort- und Weiterbildung vor allem Offenheit: Die vielfältige Anbindung der Akademie an alle Bereiche des Gesundheitswesens hat es bisher immer möglich gemacht, neue Entwicklungen und aktuelle Themen frühzeitig in die Veranstaltungsplanung zu nehmen.

Neutralität

Im Zuge der Transparenzoffensive der Landesärztekammer Hessen hat die Akademie ein Verfahren entwickelt, mit dem die Interessenslage aller an einer Veran-

Tab. 1: Teilnehmerstatistik der Jahre 2015–2019

Stand 09.03.2020

	2015	2016	2017	2018	2019
Veranstaltungen	198	245	213	214	215
Unterrichtseinheiten*	3.267	3.562	3.301	3.635	3.643
Teilnahmen	5.082	5.904	5.543	6.081	6.171
Teilnahmestunden**	100.219	99.307	104.166	119.656	122.840

* Unterrichtseinheit = 45 Minuten

** Dieser Parameter summiert für alle Veranstaltungen eines Jahres die Produkte aus Teilnahmen und Unterrichtseinheiten.

2005

Repetitorium Innere Medizin
1. Fachtagung Palliative Versorgung



2008

Repetitorium Allgemeinmedizin



2009

Curriculare Fortbildung
Transplantationsbeauftragter Arzt/Ärztin



2010

Repetitorium Frauenheilkunde



Eröffnung des Gästehauses der Carl-Oelemann-Schule mit Tiefgarage

Foto: lumen

Erste Blended-Learning-Veranstaltung auf einer Lernplattform: Fortbildung Arbeitsmedizinische Gehörvorsorge – Lärm



Foto: Wolfgang Römer

Das Team der Akademie: (hinten v. l.): Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. Hans-Rudolf Tinneberg, Juliane Schwab, Caroline Winkler, Claudia Löffler, Melanie Turano, Adiola Candelo-Römer, Heike Cichon, Katja Kwiatkowski-Baumann, Susanne Holler; (vorne v. l.): Gabriele Scholl, Sandra Scherbel, Stephanie Pfaff, Andrea Flören, Christina Ittner, Bärbel Buß, Adelheid Zinkl, Cornelia Thriene, Sandra Bauer, Dr. Aline Zetsche. Nicht auf dem Bild: Joanna Jerusalem.

staltung beteiligten Personen und Institutionen offengelegt wird. Die Etablierung dieses Verfahrens wird die Qualitätskriterien „Unabhängigkeit und Neutralität“ in der Akademie noch deutlicher sichtbar machen. Als Anbieterin unabhängiger Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen erfährt die Akademie aktuell eine steigende Nachfrage.

Teilnehmernähe

Die Mitgliederbefragung der Landesärztekammer Hessen im Jahr 2017 hat gezeigt, dass hessischen Ärztinnen und Ärzten die Angebote der Akademie bekannt sind und der im Vorfeld und während der Veranstaltungen vorgehaltene Service überzeugt. Die Akademie wird den Dialog mit den

Teilnehmenden noch gezielter ausbauen und sich auch zukünftig weiter an den aktuellen Veranstaltungsstandards ausrichten.

Gestaltung

Die Landesärztekammer hat die Aufgabe, die berufliche Fortbildung der Kammerangehörigen zu fördern. In Hessen bestand und besteht durch die Einrichtung und den Unterhalt der Akademie die Möglichkeit, diese Aufgabe zu gestalten – auch zukünftig. Um sich zukunftsorientiert weiterentwickeln zu können und damit den Anforderungen der Ärzteschaft zu entsprechen – und dies gilt für das gesamte Bildungszentrum in Bad Nauheim, sind Investitionen in die Infrastruktur, insbe-

sondere in das Gebäude und die IT-Ausstattung, unumgänglich.

Das Jubiläum der Akademie im Jahr 2020 – 50 Jahre nach dem Beschluss zu ihrer Gründung am 21. Februar 1970 – ist ein Anlass, das Erreichte zu feiern und den Blick in die Zukunft zu richten. [15]

**Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg**

Vorsitzender des Vorstands der Akademie

Sandra Bauer, M. A.

Leiterin Bildungsveranstaltungen

Dr. rer. nat. Aline Zetsche

Leiterin Strategische
Programmentwicklung



Außenbereich Casino im Bildungszentrum

2012

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

2013

Curriculum Geriatrische Grundversorgung

Prof. Dr. med.
Klaus-Reinhard Genth,
Vorsitzender der Akademie
2012–2019

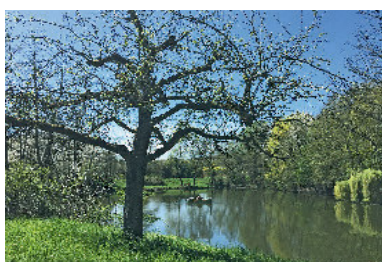


Foto: Katja Kölsch

2011

Beginn der Online-Anmeldungen
für Veranstaltungen

Foto: Sandra Bauer



Standortvorteil Wetterau

Möglichkeit zur Erholung in den Pausen
in der schönen Wetterau

Literaturhinweise und Anmerkungen

Hauptquelle „Fortbildung muss Freude machen“, S. 208ff:

- [1] Rieck, Gisela: Geschichte der Akademie; Chronologie. LÄK Hessen, Fortbildungszentrum der LÄKH, Festschrift anlässlich der Eröffnung des neuen Seminargebäudes im Fortbildungszentrum, 2002, S. 58–63.

Weiteres

- [2] Dr. med. Hermann Kerger, 1. Vorsitzender der Akademie, Ehrenvorsitzender.
- [3] Prof. Dr. med. Rheindorf, Horst-Joachim; LÄK Hessen, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung: 20 Jahre Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH in Bad Nauheim; Inhalte und Ziele ärztlicher Fortbildung; Festveranstaltung, 1991, S. 15.
- [4] Rieck, Gisela – siehe [1], S. 58.
- [5] Das heutige Seminargebäude umfasst Tagungsräume, Cafeteria und Tiefgarage sowie die Büros der Verwaltung und die Fachräume der COS. Das ehemalige Schul- und Internatsgebäude der COS war 1976 eingeweiht worden.
- [6] Die heutige Liegenschaft „Bildungszentrum“ umfasst die Bauten Akademie- und Seminargebäude sowie das Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule (COS). Am Standort sind die beiden Bildungseinrichtungen Akade-

mie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie COS und die zwei Serviceabteilungen Medientechnik und Gebäudemanagement sowie Gästehaus der COS angesiedelt.

- [7] LÄK Hessen, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Veranstaltungskalender 2019, Vorwort, S. 3.
- [8] Präsident der LÄKH (1986–1992).
- [9] 3. Vorsitzender der Akademie.
- [10] LÄK Hessen, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Klotz/Anschtz: Ärztliche Fortbildung '92, Vorwort, S. 5.

Weitere Quellen, nicht zitiert:

- [11] Landesärztekammer Hessen, Fortbildungszentrum der LÄKH, Festschrift anlässlich der Eröffnung des neuen Seminargebäudes im Fortbildungszentrum, 2002.

- [12] Landesärztekammer Hessen, Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung: 20 Jahre Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung der LÄKH in Bad Nauheim; Inhalte und Ziele ärztlicher Fortbildung; Festveranstaltung, 1991.

- [13] Landesärztekammer Hessen: 50 Jahre LÄKH, 2006.
- [14] LÄK Hessen, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Veranstaltungskalender 2019.

Hauptquelle „...Akademie 5.0.“, S. 212ff:

- [15] Entwurf des Strategiepapiers, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen, Genth/Bauer/Zetsche: Entwicklung und strategische Ausrichtung 2019–2023.

Hauptamtliche Leiter/-innen der Akademie

Geschäftsführung:

1971–2001 Rainer Leitloff
4/2002–9/2005 Konrad Zündorf
11/2005–6/2011 Sigrid Blehle

Leitung Medizinisch-Wissenschaftliche Abteilung:

1975–2/1982 Maria von Berchem
4/1982–6/2006 Gisela Rieck

Kommissarische Leitung:

ab 7/2011 Sandra Bauer
(Leitung Bildungsveranstaltungen)

Leitung seit April 2012:

Leitung Bildungsveranstaltungen: Sandra Bauer
Leitung Strategische Programm-entwicklung: Dr. rer. nat. Aline Zetsche

2015

Neues Curriculum
Medizinische Begutachtung

2017

Curriculare Fortbildung
Antibiotic Stewardship (ABS)

2018

Zusatz-Weiterbildung
Sportmedizin

2019

Zusatz-Weiterbildung
Manuelle Medizin/Chirotherapie

Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
Hans-Rudolf Tinneberg,
Vorsitzender der Akademie
seit Juli 2019



Foto: Katja Kölsch



Zahl und Vielfalt der Angebote wächst stetig

Zwischen 2015 und 2019 wuchsen die Teilnahmen von 5.082 auf 6.171 (siehe Tab. 1)

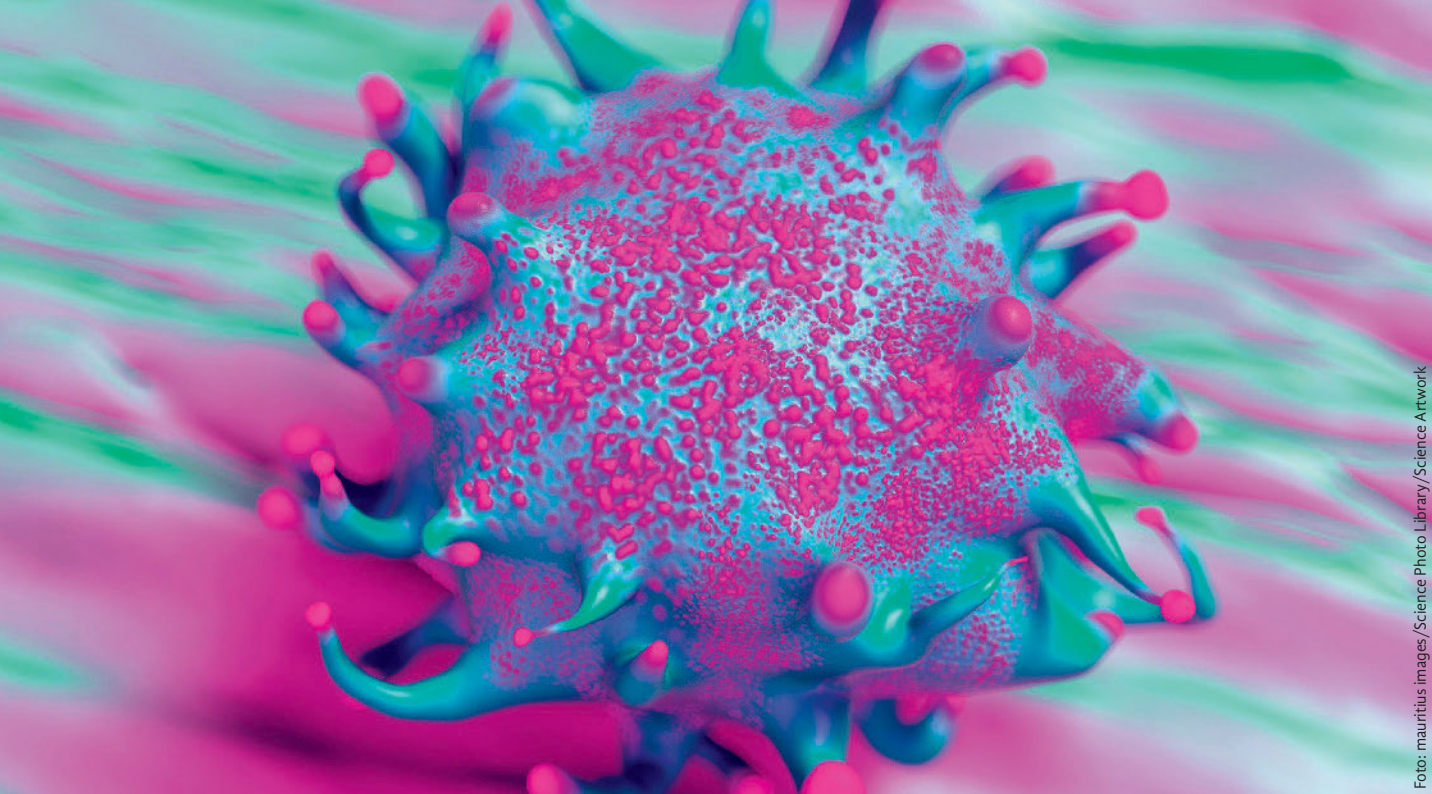


Foto: mauritius images / Science Photo Library / Science Artwork

Illustration einer Lymphomzelle.

Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL

Aktueller Stand der Wissenschaft / VNR: 2760602020149390004

Antonia Dierks, Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Prof. Dr. med. Henrik Menke

Einleitung

Seit den 1960er-Jahren werden in der Medizin Implantate zum Brustaufbau verwendet, und bisher wurden weltweit zwischen 5 und 10 Millionen implantatgestützte Brustaugmentationen und Brustrekonstruktionen durchgeführt [1, 2]. Der erste Verdacht bezüglich karzinogener Eigenschaften von Brustimplantaten, insbesondere die Entstehung eines Lymphoms, wurde bereits 1995 bis 1997 geäußert [3–5]. Das medizinische und gesellschaftliche Interesse hinsichtlich dieses möglichen Zusammenhangs ist erst in den vergangenen zehn Jahren deutlich gestiegen [6].

Die U.S. Food and Drug Administration (FDA) sowie die Deutsche Gesellschaft der Plastischen, Rekonstruktiven und Ästhetischen Chirurgen (DGPRÄC) nahmen 2011 erstmals Stellung zu einem möglichen Zusammenhang [7, 8]. Im Februar 2017 wiesen die FDA sowie die DGPRÄC offiziell auf eine positive Assoziation zwischen dem Einsatz von Brustimplantaten

und dem Auftreten eines Lymphoms hin. Kürzlich teilte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit, dass ein Hersteller den Rückruf texturierter Brustimplante und Expander empfohlen hat (BfArM-Referenznummer 15914/18).

Das anaplastische großzellige Lymphom (ALCL) ist eine seltene Form des Non-Hodgkin-Lymphoms, welches sich als indolente, lymphoproliferative, primär kutane oder als aggressive, systemische Erkrankung ausprägen kann [6, 7]. Es wird weiter anhand der Expression der anaplastischen Lymphomkinase (ALK) oder deren Fehlens in seine Unterformen unterteilt [9]; ALK-negative Formen sind generell mit einer schlechteren Prognose assoziiert [10]. Die unterschiedlichen Formen des ALCL präsentieren sich histologisch durch ihre „Markenzeichen-Zellen“ [5]: große anaplastische Zellen mit pleomorphen oder hufeisenförmigen Zellkernen mit fein verteiltem Chromatin und reichlich eosinophilem oder amphophilem Zy-

toplasma [2, 9]. Die Lymphozyten des ALCL sind konstant positiv für den Zytokinrezeptor CD30 [9, 11].

Das Brustimplantat-assoziierte anaplastische großzellige Lymphom (BIA-ALCL) ist ein CD30-positives, ALK-negatives ALCL und damit eine aggressive Form eines T-Zell-Lymphoms [11, 12]; es wird allerdings als klinisch indolente Erkrankung mit guter Prognose gesehen und stellt somit eine neue Entität des ALCL dar [4, 6, 12]. Es präsentiert sich in direkter Beziehung zum Implantat mit Lymphomzellen entweder in der serösen Flüssigkeit um das Implantat, in der angrenzenden Kapsel oder als infiltrierende Form mit einer zusätzlichen Tumormasse in unmittelbarer Nähe zur Kapsel [2, 13, 14].

Das BIA-ALCL tritt im Mittel zehn Jahre nach Einlage der Implantate auf, der Zeitraum des Auftretens kann allerdings erheblich von 1 bis 32 Jahren variieren [5]. Das durchschnittliche Erkrankungsalter wird mit etwa 50 Jahren angegeben [9, 15].

Das BIA-ALCL ist scharf von anderen Non-Hodgkin-Lymphomen der Brust abzugrenzen, die nicht mit Brustimplantaten assoziiert sind. Diese haben in der Regel einen B-Zell-Ursprung, sind im Brustparenchym lokalisiert und sind vor allem diffus großzellige B-Zell-Lymphome, folliculäre Lymphome, extranodale Marginalzonen-Lymphome, lymphoplasmazytoide Lymphome oder Lymphome seröser Körperhöhlen mit Ergussbildung [1, 11, 16, 17].

Die genaue Prävalenz des BIA-ALCL ist schwer zu ermitteln, was sich in sehr unterschiedlichen Zahlen in der Literatur widerspiegelt. Es macht 0,4–0,5 % der Malignome der Brustdrüse, 1–2 % der Lymphome und 2–3 % der NHL aus [4, 18]. Laut FDA tritt es bei 0,6–1,2 von 100.000 Patientinnen auf [2]. Manche Quellen ermitteln Prävalenzen von < 1 von einer Million Patientinnen mit Brustimplantaten pro Jahr [9], während andere Quellen auf < 1 von 100.000 Patientinnen mit Brustimplantaten pro Jahr kommen [15]. Im Mittel entwickeln ein bis zwei Frauen von 10.000 Frauen mit Brustimplantaten in zehn Jahren ein BIA-ALCL [11].

Aktuell sind bereits über 600 Fälle von BIA-ALCL-Erkrankungen bekannt [12, 19]. In Deutschland wurde 2007 erstmals ein Fall behandelt [7].

Symptome

Das klinische Bild des BIA-ALCL ist variabel, wobei als vorherrschendes Symptom das Späterom über ein Jahr nach Implantation, im Mittel zehn Jahre nach Implantation aufzuführen ist [1, 11]. Andere mögliche Symptome sind eine tumoröse Raumforderung im Sinne einer tastbaren Geschwulst in der Brust [8, 15], Entwicklung einer Kapselfibrose [20], Lymphadenopathie [17], Brustschwellung [2] und damit verbundene Brustasymmetrie [11], Druckschmerz der Brust [17], Rötung [5], Ausschlag und Juckreiz [2]: siehe Tab. 1. Aufgrund der Vielfältigkeit der möglichen Präsentation der Erkrankung wird die Assoziation der Symptome zum Vorliegen eines BIA-ALCL oftmals erst spät hergestellt, wodurch der Therapiebeginn verzögert wird und sich somit negativ auf den Krankheitsverlauf auswirkt.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL; Aktueller Stand der Wissenschaft“ von den Autoren Antonia Dierks, Prof. Dr. med. Christian Jackisch und Prof. Dr. med. Henrik Menke 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. März 2020 bis 24. März 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. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Pathogenese

Die genaue Pathogenese des BIA-ALCL ist bis dato noch weitestgehend ungeklärt, wobei es allerdings unterschiedliche Vermutungen und Untersuchungen bezüglich des Ursprungs der Erkrankung gibt.

Patientinnen mit einer malignen Vorgeschichte wie Brustkarzinom oder Lymphom haben laut Expertenkonsens kein höheres Risiko an einem BIA-ALCL zu erkranken [21]. Das Risiko am BIA-ALCL zu erkranken, ist für Patientinnen, die aus ästhetisch-kosmetischen Indikationen ein Implantat erhalten haben, und Patientinnen, denen ein Implantat aus rekonstruktiven Gründen eingesetzt wurde, gleich [10, 16]. Ein direkter Zusammenhang zwischen einem spezifischen Implantattyp, dem Zeitpunkt des Einsatzes oder der Intaktheit des Implantats wird nicht gesehen [11, 16, 21]. Außerdem herrscht kein Konsens im Hinblick auf die Frage, ob der Implantattyp, Silikon- oder Kochsalzimplantate, die Implantatoberfläche, texturierte oder glatte Implantate oder die Implantatgröße ein unterschiedliches Risiko in der Entstehung mit sich bringen [21].

Da in über 90 % der bislang eindeutig identifizierten Patientinnen mit BIA-ALCL ein texturiertes Implantat benutzt wurde, deutet dies auf einen möglichen Zusammenhang zwischen der Implantatoberfläche und der Entwicklung eines ALCL hin [8]. Das Risiko von Patientinnen mit einem texturierten Brustimplantat an einem ALCL zu erkranken, wird in den USA rechnerisch mit 1:30.000 angegeben; eindeu-

tige Ergebnisse hierzu fehlen bislang allerdings [22]. Von den bis dato von der FDA 359 registrierten Fällen eines BIA-ALCL erhielten lediglich 28 Patientinnen (7 %) zuvor ein glattes Implantat; zu diesen Fällen liegt jedoch keine detaillierte klinische Vorgeschichte vor, sodass bis zum jetzigen Zeitpunkt kein eindeutiger Fall von glatten Implantaten mit BIA-ALCL bekannt ist [6, 8].

Die meisten mit BIA-ALCL assoziierten Implantate enthielten Silikon entweder als Füllmaterial oder als Teil der Implantatoberfläche [1]. Einige Studien vermuten, dass Silikon eine direkte toxische Wirkung auf Gewebe hat sowie die Produktion und Sekretion von Interferonen und Tumornekrosefaktor alpha (TNF- α) fördert, wodurch es karzinogenes Potenzial hat [1]. Außerdem können Silikonabriebpartikel der Implantate zu einem proliferativen Reiz mit nachfolgender chronischer Inflammation führen [7], was wiederum zu einer antigenabhängigen Aktivierung von Th1/Th17-Zellen und damit zur T-Zell-

Tab. 1: Symptome des BIA-ALCL

- Brustschwellung/Brustspannung
- Erguss/Serom
- Ausschlag, Juckreiz
- Tastbare Raumforderung
- Kapselverhärtung
- Entzündung, Ulzeration
- Lymphknotenvergrößerung

Tab. 2: TNM-Staging des BIA-ALCL, modifiziert nach Clemens et al. [24]

TNM	Beschreibung
T: Primärtumor	
T1	Auf einen Erguss oder eine Schicht an der luminalen Seite der Kapsel beschränkt
T2	Frühe Kapselinfiltration
T3	Zellaggregat oder Kapselinfiltration
T4	Infiltration über die Kapsel hinaus
N: regionäre Lymphknoten	
N0	Keine Lymphknotenbeteiligung
N1	Ein regionärer Lymphknoten betroffen
N2	Mehrere regionäre Lymphknoten betroffen
M: Fernmetastasen	
M0	Keine Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

Stadium	Beschreibung
IA	T1 N0 M0
IB	T2 N0 M0
IC	T2 N0 M0
IIA	T4 N0 M0
IIB	T1-3 N1 M0
III	T4 N1-2 M0
IV	T1-4 N0-2 M1

Proliferation mit nachfolgender Transformation von einer T-Zell-Subpopulation zu ALCL-Lymphomzellen führt [5, 17, 22].

Eine chronische bakterielle Besiedelung der Brustimplantate mit gramnegativen Stäbchen, *Ralstonia pickettii*, wird mit der Entstehung des BIA-ALCL assoziiert, da vermutet wird, dass eine chronische Entzündung zur Lymphozytenaktivierung führt [5, 7, 12, 22]. Deshalb sollte bei dem Einsatz von Brustimplantaten auf eine Reduktion der Kontamination durch Waschen der Implantathöhle mit Antiseptika, Handschuhwechsel vor Implantation und dem Gebrauch steriler Einführhilfen geachtet werden.

Die Vermutung des Ursprungs der BIA-ALCL-Entstehung in der Inflammation wird durch die Expression des Aktivitätsmarkers CD30 von den BIA-ALCL-Zellen und durch die Lokalisation des Lymphoms in der fibrotischen Kapsel oder der Seromflüssigkeit untermauert, da beide eine Reaktion des Gewebes auf Entzündung darstellen [1, 2, 23].

Diagnostik

Aufgrund der Seltenheit der Krankheit und dem damit einhergehenden fehlenden Bewusstsein vieler Ärzte wird die Diagnose des BIA-ALCL oft erst spät ge-

stellt. Da die Anzahl der Patientinnen, die sich Brustimplantate im Rahmen einer Brustvergrößerung oder Brustrekonstruktion einsetzen lassen, steigt, ist ein ausreichendes Verständnis für das BIA-ALCL essentiell, um eine schnelle Diagnose und Behandlung zu gewährleisten [24]: siehe Abb. 2.

Leitsymptom Späterom: Jedes Serom, welches über ein Jahr nach Implantation auftritt, sollte als suspektes BIA-ALCL gewertet werden [8]. Außerdem sollte bei dem Vorliegen einer Brustschwellung, Entzündung oder Ulzeration an das mögliche Vorliegen eines BIA-ALCL gedacht werden [11]: vgl. Tab. 1. Eine adäquate Anamnese und körperliche Untersuchung sind zwingend erforderlich, um andere wesentlich häufigere Ursachen für die Symptomatik, wie beispielsweise eine Verletzung oder Infektion, auszuschließen [16].

Die Mammasonographie eignet sich ausgezeichnet als initiales bildgebendes Verfahren zur Verifizierung eines Seroms oder einer Raumforderung sowie zur Darstellung vergrößerter Lymphknoten. Zusätzlich oder ergänzend kann eine MRT- oder CT-Untersuchung erwogen werden. Die Anwendung der Mammographie ist in der Diagnostik des BIA-ALCL jedoch nicht geeignet. Bei Bestätigung eines Seroms

sollte dieses anschließend punktiert werden; im Falle des Vorliegens einer tumorösen Raumforderung ist eine Biopsie indiziert. [8,11] Das Serompunktat sollte mittels Kultur, Zytologie, Durchflusszytologie und Immunhistochemie vor allem auf CD30 und ALK getestet werden: siehe Abb. 2, [7, 21]. Außerdem kann es zentrifugiert und das paraffinfixierte Sediment im Zellblock Hämatoxylin-Eosin gefärbt werden [9]. Differentialdiagnostisch wird das Punktat auf Infektion, Entzündung, idiopathische Implantatruptur, Serom, Hämatom und anderen malignen Ursprung sowie histopathologisch untersucht. Ein Biopsat sollte formalinfixiert und wie beschrieben untersucht werden [9,11]. Im Falle der Diagnosebestätigung wird zur weiterführenden Ausdehnungsdiagnostik die Anwendung eines PET-CT empfohlen [8,11].

Therapie

Die Therapie der Erkrankung richtet sich wie bei jeder Tumorerkrankung nach dem Stadium und sollte multidisziplinär nach Abschluss des Stagings in einem Tumorboard diskutiert werden [11, 21]. Generell gilt bei Operabilität als First-Line-Therapie mit dem besten Outcome die Implantatentfernung inklusive Kapsulek-

tomie sowie die Exzision von tumorösen Raumforderungen und Entfernung von suspekten Lymphknoten [1, 2, 8, 11, 24]. Bei einer R0-Resektion ist von einer ausreichenden Therapie auszugehen [21]. Zudem ist die kontralaterale Implantatentfernung inklusive histopathologischer Aufarbeitung der Kapsel empfohlen, da in 4,6 % der Fällen ebenfalls die Gegenseite vom BIA-ALCL betroffen ist [11, 12, 19]. Die aktuelle TNM-Klassifikation ist in Tab. 2 zusammengefasst. Im Falle einer fortgeschrittenen Erkrankung mit Vorliegen von Lymphknotenmetastasen oder Fernmetastasen, Stadium IIB bis IV, oder wenn keine komplette Resektion bzw. Kapsulektomie möglich ist, sollte eine adjuvante Therapie in Form von Chemotherapie und/oder Radiotherapie diskutiert werden [11]. Beim Vorliegen von regionalen Lymphknotenmetastasen ist eine Chemo- und/oder Radiotherapie, bei systemischer Ausbreitung eine Chemotherapie indiziert [2].

Als Chemotherapie-Regime wird bis dato vor allem das in der Lymphom-Therapie bewährte CHOP-Schema (Cyclophosphamid, Hydroxydaunorubicin, Vincristin in Kombination mit Prednison) angewandt [1, 5, 8, 20]. In fortgeschrittenen Stadien kann zudem die Anwendung einer Stammzelltransplantation erwogen werden [20]. Desweiteren bietet das Antikörper-Wirkstoff-Konjugat Brentuximab-Vedotin (SGN 35) eine alternative gezielte Therapiemethode [8]. Es besteht aus einer Kombination eines chimären CD30-Antikörpers cAC10 und dem Tublin Toxin Monomethyl Auristatin E (MMAE) [1] und führt so zur Internalisierung der Tumorzellen mit anschließendem Wachstumsstop und Apoptose [2]. Brentuximab-Vedotin ist eine gute neue Therapieoption und auch in der First-Line-Therapie in Erwägung zu ziehen [4].

Zur Durchführung der Nachsorge nach erfolgter Therapie gibt es bis dato keinen eindeutigen Konsens. Es sollten eine klinische Untersuchung alle vier bis sechs Monate über einen Zeitraum von zwei bis fünf Jahren, eine sonographische Kontrolle einmal im Jahr für drei Jahre sowie eventuell PET-CT-Untersuchungen durchgeführt werden, um ein eventuelles Wiederauftreten der Erkrankung frühstmöglich

diagnostizieren und therapieren zu können [8, 11, 21].

Da bis dato keine definitive Assoziation zwischen glatten Implantaten und dem Auftreten von BIA-ALCL bekannt ist, ist der Einsatz von glatten Implantaten eine mögliche Option zur Rekonstruktion nach Implantatentfernung und Kapsulektomie bei BIA-ALCL [3, 8], kann jedoch nicht sicher empfohlen werden und sollte am spezifischen Fall multidisziplinär diskutiert werden [11]. Des Weiteren ist zu empfehlen, die Rekonstruktion erst nach einem Jahr der Remission durchzuführen [15].

Eine präventive bzw. prophylaktische Implantatentfernung ist aufgrund des geringen Risikos der Entwicklung eines BIA-ALCL nicht indiziert [11, 16].

Prognose

Aufgrund der geringen Fallzahlen des BIA-ALCL ist bis jetzt keine definitive Aussage zur Prognose möglich [16]. Es scheint jedoch eine gute Prognose bei früher Diagnose und adäquater Therapie zu haben [6, 19]. Die meisten Fälle zeigen einen indolenten Verlauf, nichtsdestotrotz ist es eine maligne Erkrankung und sollte dementsprechend in jedem Fall therapiert werden [26]. Generell ist eine schlechtere

Prognose und eine niedrigere Remissionsrate im Falle des Vorliegens einer großen Tumormasse bzw. einer tumorösen Raumforderung zu erkennen [1–5, 19]. Das mediane Überleben liegt bei 12–13 Jahren nach Erreichen einer kompletten Remission [5, 20]. Das fünf-Jahres-Gesamtüberleben wird mit 89 % angegeben [15].

Die Zwei-Jahres-Überlebensrate liegt bei der limitierten Form des BIA-ALCL wahrscheinlich bei > 95 %, wobei diese bei der ausgedehnten systemischen Form lediglich bei 52,5 % liegt [2, 12].

Zusammenfassung

Brustimplantate sind mit einem möglichen, wenn auch seltenen Risiko für das Auftreten eines BIA-ALCL verbunden. Häufigstes Symptom ist das Auftreten eines sogenannten Spätseroms. Der entscheidende Nachweis erfolgt durch den Nachweis CD30-positiver Tumorzellen im Punktat oder Biopsat. Therapie der Wahl ist die Implantatentfernung und komplette Kapsulektomie.

Die Prognose der Erkrankung ist bei frühzeitiger Diagnose und adäquater Therapie sehr günstig einzuschätzen. Allerdings sind bis dato nur geringe Fallzahlen be-

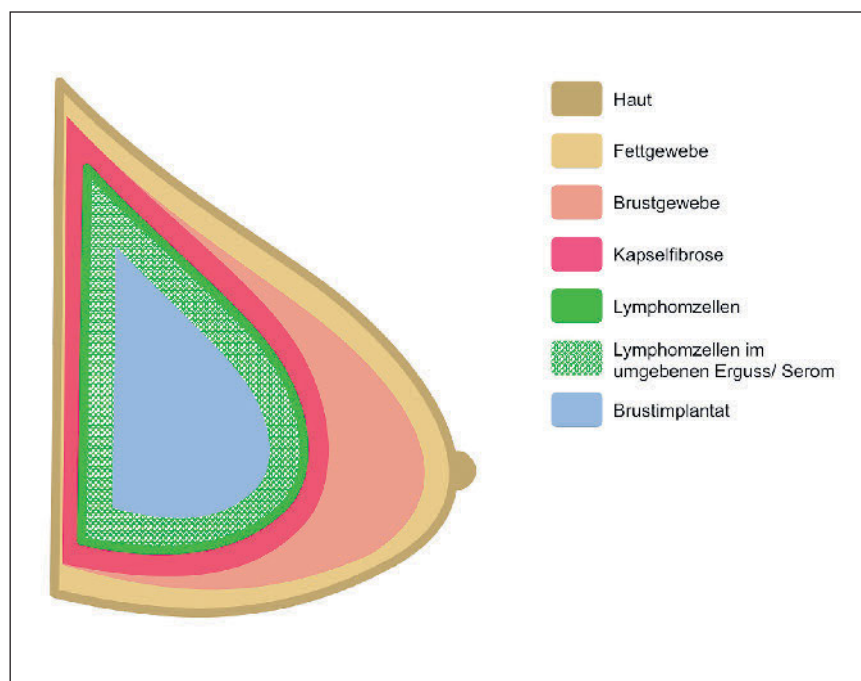


Abb. 1: Darstellung des BIA-ALCL. Die Lymphomzellen befinden sich entweder im Erguss bzw. Serom oder angrenzend an die fibröse Kapsel. Modifiziert nach Thompson et. al. [10], Center for Devices and Radiological Health (CDRH) und FDA [16].

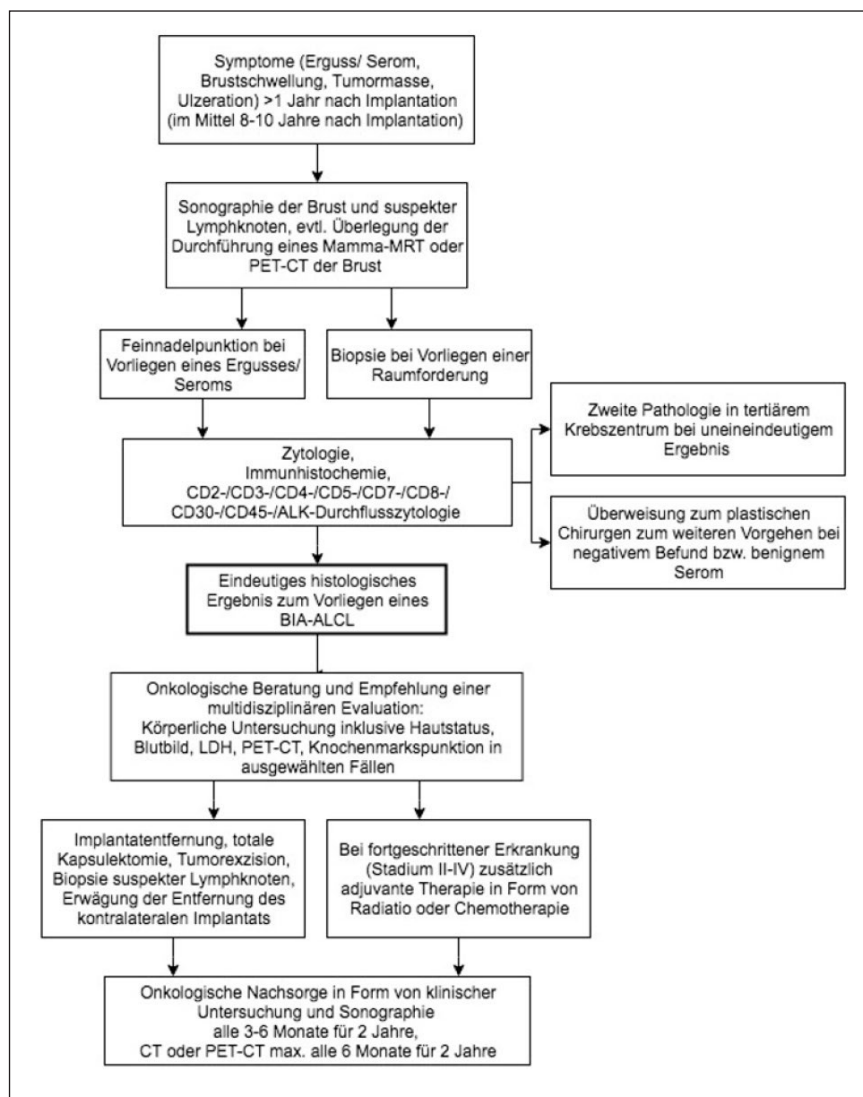


Abb. 2: Diagnostik und Therapie des BIA-ALCL, modifiziert nach den National Comprehensive Cancer Network (NCCN) Guidelines [25] und Empfehlungen der Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie (AGO) Kommission Mamma [15].

kannt und keine genaue Aussage hinsichtlich der Inzidenz und Prognose zu tätigen. Die bis dato geringe Anzahl an bekannten Fällen des BIA-ALCL ist eventuell auf ein nicht vorhandenes Bewusstsein der Erkrankung und der damit verbundenen Unterdiagnostizierung zurückzuführen.

Aufgetretene Fälle eines BIA-ALCL sollten unbedingt an das BfArM gemeldet werden: www.bfarm.de – der folgende Kurzlink führt direkt zum Dokument: <https://tinyurl.com/scl8l9b/>. Zusätzlich wird an der Etablierung eines verpflichtenden nationalen und interna-

tionalen Implantatregisters gearbeitet, wodurch seltene Nebenwirkungen von Brustimplantaten besser erkannt werden können und eine größere Transparenz entsteht [27–29].

Aufgrund des nunmehr bestätigten Nachweises der unmittelbaren Assoziation zwischen dem Einsatz von Brustimplantaten und dem Auftreten des BIA-ALCL sollte dieses Risiko Bestandteil der OP-Aufklärung sein. Im Rahmen der Aufklärung sollten Patientinnen über die Existenz des BIA-ALCL informiert, mit den potenziellen Symptomen vertraut gemacht werden und die Empfehlung zur ärztlichen Vorstellung bei Auftreten potenzieller Symptome erhalten [30]. Jedoch ist die Schwierigkeit der Risikodarstellung aufgrund der geringen Fallzahlen nicht zu unterschätzen.

Antonia Dierks¹

Prof. Dr. med. Christian Jackisch²

Prof. Dr. med. Henrik Menke¹

Sana Klinikum Offenbach

¹ Klinik für Plastische, Ästhetische und Handchirurgie
– Zentrum für Schwerbrandverletzte –

² Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Anschrift für die Verfasser:

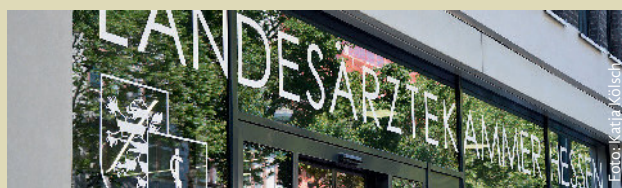
Prof. Dr. med. Henrik Menke
Sanaklinikum Offenbach
Starkenburgering 66
63069 Offenbach

Die Literaturhinweise finden sich auf www.laekh.de unter der Rubrik Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 04/2020.

Save the date!

Tag der offenen Tür in der
Landesärztekammer Hessen
am 26. September 2020

Infos folgen!



Das neue Gebäude der Landesärztekammer Hessen an der Hanauer Landstraße 152 in 60314 Frankfurt/Main.

Multiple Choice-Fragen:

Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL Aktueller Stand der Wissenschaft

VNR: 2760602020149390004 (nur eine Antwort ist richtig)

Antonia Dierks, Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Prof. Dr. med. Henrik Menke

1. Zu welcher Art von Lymphomen zählt das Brustimplantat-assoziierte anaplastische großzellige (BIA-ALCL)?

- 1) Hodgkin-Lymphom.
- 2) Lymphoplasmozytoides Lymphom (Morbus Waldenström).
- 3) Non-Hodgkin-Lymphom, T-Zell-Lymphom.
- 4) Burkitt-Lymphom.

2. Welchen Verlauf kann das BIA-ALCL nehmen?

- a. Benigne.
- b. Hoch maligne.
- c. semimaligne.
- d. Indolent.
- e. Aggressiv und systemisch.

- 1) a ist richtig.
- 2) b ist richtig.
- 3) c ist richtig.
- 4) d und e sind richtig.

3. Wann tritt das BIA-ALCL typischerweise auf?

- 1) Unmittelbar innerhalb von Tagen nach Erhalt der Implantate.
- 2) Nach ca. 10 Jahren.
- 3) Nach ca. 50 Jahren.
- 4) In den Monaten nach Erhalt der Implantate.

4. Wie hoch ist die ungefähre Prävalenz des BIA-ALCL?

- a. 0,4–0,5 % der Brustkarzinome.
- b. 10 % der Brustkarzinome.
- c. 1–2 % der Lymphome.
- d. 2–3 % der NHL.
- e. 7 % der Hodgkin-Lymphome.

- 1) a, c und d sind richtig.
- 2) b ist richtig.
- 3) b, d und e sind richtig.
- 4) c, d und e sind richtig.

5. Wo befindet sich das Lymphom bzw. zu welchen Geweben steht es in Beziehung?

- 1) Vor allem an die fibröse Kapsel grenzend.
- 2) Unmittelbar unter der Haut.
- 3) In der Brustdrüse.
- 4) Im Brustimplantat.

6. Was gilt als typisches Symptom des BIA-ALCL?

- a. Späterom.
- b. Geschwulst.
- c. Rötung.
- d. Kapselfibrose.
- e. Lymphadenopathie.

- 1) Keine Antwort ist richtig.
- 2) Alle Antworten sind richtig.
- 3) a ist richtig.
- 4) a, c und d sind richtig.

7. Welche Hypothesen bezüglich der Pathogenese des BIA-ALCL treffen zu?

- a. Patientinnen mit einem Malignom in der Vorgeschichte haben ein höheres Risiko zu erkranken
- b. Wahrscheinlich hat Silikon in den Implantaten eine karzinogene Wirkung
- c. Durch eine chronisch bakterielle Besiedelung der Implantate kommt es zu einer Aktivierung von Lymphozyten, was wahrscheinlich zur Entstehung des BIA-ALCL beiträgt
- d. Es besteht wahrscheinlich ein Zusammenhang zu texturierten Implantaten
- e. Ausschließlich glattwandige Implantate führen zum BIA-ALCL

- 1) a und e ist richtig.
- 2) b, c und d sind richtig.
- 3) b, c und e sind richtig.
- 4) a, b und c sind richtig.

8. Wie sollte das diagnostische Vorgehen bei Verdacht auf BIA-ALCL aussehen?

- 1) Es ist keine weitere Diagnostik notwendig, da das BIA-ALCL eine benigne Erkrankung darstellt.
- 2) Eine rein vorsorgliche Anamnese und klinische Untersuchung sind ausreichend, da das BIA-ALCL eine benigne Erkrankung darstellt.
- 3) Anamnese, körperliche Untersuchung, eventuelle Bildgebung mittels CT oder MRT und zytologisch/histologische Untersuchung des Serumpunktats sind empfohlen.
- 4) Die Mammographie gilt als Diagnostikum der Wahl.

9. Welche Therapie wird im Falle des BIA-ALCL empfohlen?

- 1) Es empfiehlt sich keine Therapie, da das BIA-ALCL eine benigne Erkrankung darstellt.
- 2) Ausschließliche Chemotherapie mittels Rituximab wird empfohlen.
- 3) Die beidseitige Implantatentfernung inklusive Kapsulektomie sowie die Exzision von tumorösen Raumforderungen und Entfernung von suspekten Lymphknoten wird empfohlen; bei einer fortgeschrittenen Erkrankung sollte eine adjuvante Therapie erwogen werden.
- 4) Ein Implantatwechsel gilt als ausreichend.

10. Wie ist die Prognose des BIA-ALCL allgemein zu sehen?

- 1) Sehr gut, da es auch ohne Therapie eine benigne Erkrankung ist.
- 2) Es zeigt sich eine gute Prognose bei früher Diagnose und adäquater Therapie.
- 3) Es zeigt sich eine schlechte Prognose mit einem 5-Jahres-Überleben von 20 %.
- 4) Das mediane Überleben liegt auch bei adäquater Therapie lediglich bei zwei Jahren.

Literatur zum Artikel:

Brustimplantat-assoziiertes anaplastisches großzelliges Lymphom – BIA-ALCL

Aktueller Stand der Wissenschaft

von Antonia Dierks, Prof. Dr. med. Christian Jackisch, Prof. Dr. med. Henrik Menke

- [1] X. Ye et al., „Anaplastic Large Cell Lymphoma (ALCL) and breast implants: Breaking down the evidence,” *Mutat. Res. – Rev. Mutat. Res.*, vol. 762, pp. 123–132, 2014.
- [2] D. Ezekwudo et al., „Breast Implant – Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: A Case Report and Review of the Literature,” *Case Rep. Oncol. Med.*, p. 6, 2017.
- [3] I. M. De Silva, J. A. Teague and W. E. Blake, „Breast Implant Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: A case report and reconstructive option,” *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.*, vol. 66, no. 12, pp. 1773–1776, 2013.
- [4] K. Richardson et al., „Breast Implant-Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma and the role of Brentuximab Vedotin (SGN-35) therapy: A case report and review of the literature,” *Mol. Clin. Oncol.*, vol. 6, no. 4, pp. 539–542, 2017.
- [5] E. Berlin, K. Singh, C. Mills, I. Shapira, R. L. Bakst, and M. Chadha, „Case Report Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: Case report and review of the literature,” *Case Rep. Hematol.*, 2018.
- [6] R. E. Horch and D. Großzell-Lymphom, „Das Anaplastische Großzell-Lymphom ALCL: Daten – Zahlen – Fakten,” pp. 68–70, 2017.
- [7] A. Arens-landwehr, R. E. Horch, and J. Liebau, „Das Anaplastische Großzellige Non-Hodgkin-Lymphom bei Brustimplantat-Trägerinnen,” pp. 71–75, 2017.
- [8] M. W. Clemens, G. S. Brody, R. C. Mahabir, and R. N. Miranda, „How to Diagnose and Treat Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma,” *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 141, no. 4, p. 586e–599e, 2018.
- [9] W. Peters, „Update on Anaplastic Large Cell Lymphoma in women with breast implants,” *Plast. Surg.*, vol. 22, no. 4, pp. 267–9, 2014.
- [10] P. A. Thompson, S. Lade, H. Webster, G. Ryan, and H. M. Prince, „Effusion-associated Anaplastic Large Cell Lymphoma of the breast: Time for it to be defined as a distinct clinico-pathological entity,” *Haematologica*, vol. 95, no. 11, pp. 1977–1979, 2010.
- [11] M. W. Clemens and R. N. Miranda, „Coming of Age: Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma after 18 years of investigation,” *Clin. Plast. Surg.*, 2015.
- [12] J. L. Jones et al., „Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL): an overview of presentation and pathogenesis and guidelines for pathological diagnosis and management,” *Histopathology*, vol. 75, no. 6, pp. 787–796, 2019.
- [13] The French National Cancer Institute, „Breast Implants – Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma (BIA-ALCL),” in *Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphomas an expert opinion*, The French National Cancer Institute, 2015.
- [14] S. H. Swerdlow et al., „The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms,” in *The updated WHO classification of hematological malignancies*, The 2016 revision of the World Health Organization classification of lymphoid neoplasms, 2018, vol. 127, no. 20, pp. 2375–2391.
- [15] Kommission Mamma (vertreten durch Wolfgang Janni) der AGO e. V. in der DGGG e. V. sowie in der DKG e. V., „Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit primärem und metastasiertem Brustkrebs,” in *Diagnostik und Therapie von Patientinnen mit primärem und metastasiertem Brustkrebs* AGO Mamma Arbeitsgemeinschaft Gynäkologische Onkologie e. V. (2018), 2018.
- [16] U.S. Food and Drug Administration and Center for Devices and Radiological Health, „Anaplastic Large Cell Lymphoma (ALCL) In Women with Breast Implants: Preliminary FDA Findings and Analyses,” no. January, 2011.
- [17] D. Lazzeri et al., „ALK-1-negative Anaplastic Large Cell Lymphoma associated with breast implants: A new clinical entity,” *Clin. Breast Cancer*, vol. 11, no. 5, pp. 283–296, 2011.
- [18] M. J. Hwang, H. Brown, R. Murrin, N. Momtahan, and G. D. Sterne, „Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: A Case Report and Literature Review,” *Aesthetic Plast. Surg.*, vol. 39, no. 3, pp. 391–395, 2015.
- [19] M. W. Clemens, R. C. Decoster, B. Fairchild, A. A. Bessonov, and F. Santanelli Di Pompeo, „Finding Consensus after Two Decades of Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma,” *Semin. Plast. Surg.*, vol. 33, no. 4, pp. 270–278, 2019.

- [20] A. Campanale, R. Boldrini, and M. Marletta, „22 Cases of Breast Implant-Associated ALCL: Awareness and Outcome Tracking from the Italian Ministry of Health,” *Plast. Reconstr. Surg.*, vol. 141, no. 1, p. 11e–19e, 2018.
- [21] B. Kim, Z. S. Predmore, S. Mattke, K. Van Busum, and C. A. Gidengil, „Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma: Updated results from a structured expert consultation process,” *Plast. Reconstr. Surg. – Glob. Open*, vol. 3, no. 1, pp. 4–14, 2015.
- [22] M. E. Kadin et al., „Biomarkers provide clues to early events in the pathogenesis of Breast Implant-Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma,” *Aesthetic Surg. J.*, vol. 36, no. 7, pp. 773–781, 2016.
- [23] E. V. George et al., „Breast Implant-Associated ALK-negative Anaplastic Large Cell Lymphoma: A case report and discussion of possible pathogenesis,” *Int. J. Clin. Exp. Pathol.*, vol. 6, no. 8, pp. 1631–1642, 2013.
- [24] M. W. Clemens et al., „Complete surgical excision is essential for the management of patients with Breast Implant-Associated Anaplastic Large-Cell Lymphoma,” *J. Clin. Oncol.*, vol. 34, no. 2, pp. 160–168, 2016.
- [25] S. Horwitz et al., „Coming of Age Breast Implant–Associated Anaplastic Large Cell Lymphoma After 18 Years of Investigation: T-Cell Lymphomas,” in *NCNN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Version 5.2018*, 2018, pp. 21–23.
- [26] K. Sørensen, J. Murphy, A. Lennard, V. Wadehra, G. K. Menon, and N. Collis, „Anaplastic Large Cell Lymphoma in a reconstructed breast using a silicone implant: A UK case report,” *J. Plast. Reconstr. Aesthetic Surg.*, vol. 67, no. 4, pp. 561–563, 2014.
- [27] DGPRÄC, „‘Implant files’ zur Sicherheit von Brustimplantaten: Der Kampf für mehr Patientensicherheit,” 2018, pp. 0–1.
- [28] ICOPLAST and ICOBRA, „A statement on breast implant safety,” 2018, no. November.
- [29] DGPRÄC, „Medizinproduktsicherheit Im Fokus: Der lange Weg zu einem verpflichtenden Implantatregister,” 2014.
- [30] M. W. Clemens, R. N. Miranda, and C. E. Butler, „Breast Implant Informed Consent Should Include the Risk of Anaplastic Large Cell Lymphoma,” *Plast. Reconstr. Surg.*, pp. 1117–1122, 2016.



www.hessisches-krebsregister.de

Nach den Vorgaben des entsprechenden Bundesgesetzes ist das Hessische Krebsregister zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister ausgebaut worden. Für die Weiterentwicklung der klinischen Krebsregistrierung in Hessen suchen wir für die Vertrauensstelle zum nächstmöglichen Zeitpunkt in Vollzeit einen

Ärztlichen Leiter (m/w/d)

Die **Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters** ist im ärztlichen Geschäftsbereich bei der Landesärztekammer Hessen angesiedelt. Sie steht in engem Austausch mit den hessischen Onkologen und erhält aus Krankenhäusern und Arztpraxen Krebsmeldungen aller Patienten, sowie von den Gesundheitsämtern alle Totenscheine. Sie bearbeitet und verschlüsselt die darin enthaltenen onkologischen Daten.

Ihre Aufgaben:

- Ärztliche Leitung der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters in einem interdisziplinären Team.
- Verantwortliche Leitung der Dokumentierenden bei onkologischen Fragen.
- Beratung der Melder des Krebsregisters bei Fragen der onkologischen Dokumentation.
- Ärztlicher Ansprechpartner für Patienten bei Fragen zum Krebsregister.
- Vertretung der Belange der Vertrauensstelle gegenüber der Landesärztekammer Hessen, dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration und den hessischen Krankenkassen.
- Vertretung der Belange der Vertrauensstelle gegenüber den anderen Einheiten des Hessischen Krebsregisters, im Wissenschaftlichen Beirat und in bundesweiten Gremien.

Ihr Profil:

- Approbation als Ärztin/Arzt.
- Erfahrungen in der Onkologie.
- Erfahrung in der Tumordokumentation oder gar Kenntnisse über die Rahmenbedingungen der Krebsregistrierung sind von Vorteil.
- Fundierte Kenntnisse in der Anwendung von Microsoft Office (Excel, Word, PPT).

Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste.
- Attraktive Zusatzleistungen.
- Interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Aufgaben.
- Wiedereinstieg in den Beruf, z. B. nach Familienpause o. ä., ist möglich.

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen unter dem Kennwort „Ärztliche Leitung Krebsregister“ an die Personalabteilung, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt am Main oder per E-Mail an: bewerbung@laekh.de Bewerbungsschluss ist der 31. Mai 2020. Ergänzende telefonische Auskünfte gibt Ihnen gerne Herr Dr. med. Alexander Marković, MBA (Fon. 069 97672-105).

Jung, Mutter, in eigener Praxis niedergelassen

Dr. med. Miriam Bruhin: Man muss seinen Job lieben, dann klappt es

Statistiken zeigen, dass immer weniger junge Ärztinnen und Ärzte bereit sind, sich mit einer Praxis selbstständig zu machen. Die Allgemeinärztin Dr. med. Miriam Bruhin ist das „Wagnis“ eingegangen und hat sich in Südhessen niedergelassen.

Ein Wohngebiet in Mörfelden im südhessischen Kreis Groß-Gerau. In fußläufiger Nähe der Praxisräume, die sich Dr. med. Miriam Bruhin und Dr. med. Linda Orzegowski teilen, liegen eine Apotheke, eine Schule und ein Altenhilfzentrum. Das klinkerverschaltete Ärztehaus wurde in den siebziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts gebaut, auch das Praxisinterieur spiegelt den Geschmack jener Zeit. Doch die junge Ärztin, die mit Schwung hinter ihrem Schreibtisch Platz nimmt, bringt Frische in das Sprechzimmer: Seit 1. Oktober 2019 ist Dr. Miriam Bruhin, 36 Jahre alt und Fachärztin für Allgemeinmedizin, hier in Berufsausübungsgemeinschaft niedergelassen. Und sie sprüht vor Optimismus: „Ich habe es noch keinen Tag bereut, mich selbstständig gemacht zu haben. Die Lösung ‚Gemeinschaftspraxis‘ kann ich nur jedem empfehlen.“

„Die ständige Action war nichts für mich“

Dabei stand die Niederlassung ursprünglich gar nicht auf ihrem Lebensplan. Nach dem Medizinstudium in Heidelberg, Mannheim und dem Praktischen Jahr begann Bruhin ihre Weiterbildung in der Inneren Medizin – Hämatologie und Onkologie – am Klinikum Darmstadt.

„Das hat mir sehr gut gefallen“, erinnert sich die ebenso freundlich wie selbstbewusst wirkende junge Frau. „Und ich hatte eigentlich vor, nach der Facharztprüfung weiter im Krankenhaus zu arbeiten. Aber dann kam unsere Tochter auf die Welt und ich habe gemerkt, dass diese Action, dieses ständige ‚Unter-Strom-Stehen‘ nichts für mich war.“ Auch habe sie mit Kind nicht mehr alle Feiertage opfern und samstags in der Notaufnahme stehen wollen.



Foto: Katja Möhrle

Dr. med. Miriam Bruhin hat ihre Niederlassung noch keinen Tag bereut.

Bruhin wechselte zur Weiterbildung Allgemeinmedizin – eine Entscheidung, die ihr nicht schwer gefallen sei, wie sie rückblickend erzählt: „Ich bin in einem ländlichen Gebiet in der Nähe von Heilbronn aufgewachsen und hatte damals einen ganz tollen Hausarzt. Er hat die ganze Familiengeschichte seiner Patienten gekannt, diese dadurch viel besser verstehen können und meine Vorstellung von guter Medizin geprägt.“ Bei ihrer Suche nach einer ambulanten Weiterbildungsstelle über die Jobbörse der Koordinierungsstelle Weiterbildung Allgemeinmedizin wurde Bruhin auf eine Chiffre-Anzeige im Landkreis Groß-Gerau aufmerksam. „Ich wohnte damals mit Mann und Tochter in Frankfurt. Da der Kreis Groß-Gerau von dort aus gut mit dem Auto erreichbar war, habe ich auf die Anzeige geantwortet und mich vorgestellt. Es hat gleich gepasst!“ Bruhin war die erste Ärztin in Weiterbildung in der Praxis; nach ihrer Facharztprüfung arbeitete sie dort als angestellte Ärztin für Allgemeinmedizin auf einem vollen Kassensitz.

Motivation durch niedergelassene Kolleginnen

Doch was zunächst wie zugeschnitten auf sie schien, änderte sich im Laufe der Zeit: „Die Praxis wurde immer größer, sodass ich nicht mehr die Art von Medizin als

Hausärztin betreiben konnte, die ich mir ursprünglich vorgestellt hatte. Da kam der Punkt, an dem ich mich fragte, ob es wirklich so schlimm wäre, sich eigenständig niederzulassen. Alle, die ich danach fragte, hatten mich vor der Selbstständigkeit gewarnt; sie waren am Jammern, Jammern und Jammern.“ Doch das Sommerfest des Ärztinnenbundes in Darmstadt gab den Ausschlag für ein Umdenken: „Dort habe ich mich mit niedergelassenen Kolleginnen unterhalten, die mich total motiviert haben“, berichtet Bruhin.

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studententipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

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

Auf einem „ausgesprochen informativen“ Existenzgründerforum des Marburger Bundes sprach sie ein Steuerberater an und fragte, ob sie sich niederlassen wolle. „Obwohl ich noch nicht endgültig dazu entschlossen war und ihm das auch sagte, erklärte er, dass er etwas für mich habe. „Und zwar...“, Bruhin breitet die Arme aus, als wolle sie die Praxisräume damit umschließen, „...diese Doppelpraxis mit zwei Sitzen. Als ich erfuhr, dass die andere an der Praxis interessierte Ärztin gerade einmal 150 Meter Luftlinie von mir entfernt wohnte, habe ich sie sofort angerufen. Das war schicksalhaft, muss man sagen.“ Dass die Chemie zwischen ihr und der etwa gleichaltrigen Kollegin stimmt, ist für Bruhin wichtig. „Natürlich ist eine Gemeinschaftspraxis ein Wagnis, denn man geht finanzielle Risiken ein. Aber wenn es menschlich passt, sind die Vorteile groß. Alleine hätte ich mich nicht getraut, mich selbstständig zu machen. Nun können wir uns fachlich austauschen und uns gegenseitig unterstützen.“ So kenne sich etwa die eine mehr in der Praxis-EDV aus, wäh-

rend die andere größere Erfahrung mit Sonografien habe. „Wir ergänzen uns bestens; die Praxis ist jetzt so etwas wie meine zweite Ehe“, stellt Bruhin lachend fest.

Kein Teilzeitjob

Ein Teilzeitjob ist die Niederlassung allerdings nicht: 30 Stunden Sprechstunde in der Woche plus Hausbesuche – „Die gehören für mich zu einer Hausarztpraxis dazu“ – und Verwaltungsarbeiten summieren sich derzeit auf 50 bis 60 Wochenarbeitsstunden. „Da müssen wir in den ersten drei Jahren durch“, sagt Bruhin, die berufsbegleitend noch eine Zusatzweiterbildung Psychotherapie absolviert. „Danach werden die Arbeitszeiten denen einer angestellten Ärztin gleichen. Aber auch jetzt beschwere ich mich nicht, denn ich liebe meine Arbeit. Und die Menschen merken, dass ich für sie da bin und mir Zeit für sie nehme.“

Bruhins Mann ist ebenfalls beruflich stark engagiert. Wie schafft sie es trotzdem, Familie und Beruf miteinander in Einklang zu

bringen? „Ich habe das große Glück, dass meine Eltern, mit denen ich mich super verstehe, von Baden-Württemberg hierhergezogen sind“, erklärt Bruhin, die inzwischen mit ihrer Familie in Mörfelden-Walldorf wohnt. „Sie sind für unsere sechsjährige Tochter da, während wir arbeiten.“ Ohne eine gute Kinderbetreuung sei der Einsatz, den sie vor allem jetzt in der Anfangsphase der Selbstständigkeit bringe, kaum zu leisten. Doch wenn die Rahmenbedingungen stimmten, sei die Niederlassung absolut empfehlenswert. Als ausgesprochen hilfreich und positiv habe sie die Einarbeitung durch die vorherigen Praxisinhaber empfunden, betont Bruhin. Interessierten rät sie außerdem, ein Existenzgründerseminar zu besuchen. Auch brauche man einen guten Steuerberater. Auf die Frage, was persönlich für die Niederlassung mitzubringen sei, zählt sie auf: Gute Nerven, Ausdauer, betriebswirtschaftliche Kenntnisse und vor allem: „Man muss seinen Job lieben, dann klappt es.“

Katja Möhrle

Personalia



Dr. med. Daniel Gröner, Oberarzt der Klinik für Nuklearmedizin des Universitätsklinikums Frankfurt/Main ist mit dem Thomas-Behr-Förderpreis der Mittelrheinischen Gesellschaft für Nuklearmedizin (MGN) ausgezeichnet worden. Seine Arbeit „Fine Needle Aspiration in a Thyroid-Like Ultrasound Phantom: Can Electromagnetic Guidance Pave the Way to Multiangle Out-of-Plane Approaches?“ befasst sich mit der Evaluation einer 2D- und 3D-Visualisierungstechnik bei Schilddrüseninterventionen.

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Jürgen Konczalla, Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main, ist



der Preisträger des Young Neurosurgeon Award der World Federation of Neurosurgical Societies (WFNS). Die WFNS ist weltweit die wichtigste akademische Organisation in der Neurochirurgie. Prof. Konczalla wurde für seine Forschungsergebnisse zur Behandlung komplexer Hirngefäßaneurysmen mit Hilfe des Rapid-Ventricular-Pacing-Verfahrens geehrt.

Dr. med. Sorwe Mojtahed Poor, Ärztin in Weiterbildung in der Rheumatologie der Medizinischen Klinik II des Universitätsklinikums Frankfurt/Main, ist auf dem 46. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) in Dresden als Preisträgerin der DGRh-Forschungsinitiative 2020 ausgezeichnet worden. Der Forschungspreis dient der Förderung des rheumatologisch tätigen ärztlichen Nachwuchses. Das von



Mojtahed Poor beantragte Forschungsprojekt widmet sich der personalisierten Steuerung antirheumatischer Therapien und will Begleiterkrankungen des Herz-Kreislauf-Systems reduzieren.

Prof. Dr. Martin Christian Hirsch wurde auf die neue Professur „Künstliche Intelligenz in der Medizin“ am Fachbereich Medizin der Philipps-Universität Marburg sowie des Universitätsklinikums Marburg berufen. Dies im Rahmen des Aufbaus des „Zentrums für Digitale Medizin“ der Universität Marburg. Hirsch wird mit einem Team aus Wissenschaftlern und Ärzten konkrete Lösungen zu Verbesserung der Krankenversorgung entwickeln. Er hat an der Philipps-Universität Marburg Humanbiologie studiert und in Neurowissenschaften promoviert. **Wichtige Personalien aus ganz Hessen an: haebl@laekh.de**





Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 5: Dr. med. Kyra Schneider: Patientensicherheit funktioniert nur im Team

Welche Maßnahmen für Patientensicherheit haben sich im Alltag bewährt? Welche neuen Vorgaben gibt es? Der fünfte Artikel der Serie gibt Einblick in die Arbeit der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main – im Gespräch mit Dr. med. Kyra Schneider, DEAA*, MBA. Sie ist die Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) und Leiterin der Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Sehr geehrte Frau Dr. Schneider, Sie leiten die Stabsstelle Patientensicherheit und Qualität am Universitätsklinikum Frankfurt am Main. Wie lange gibt es die Stabsstelle bereits und was ist das Besondere daran?

Dr. med. Kyra Schneider, DEAA, MBA: Die Stabsstelle wurde 2001 für die Einführung eines Qualitätsmanagementsystems (QM-System) im Universitätsklinikum Frankfurt gegründet. Seit 2019 heißt sie „Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität“. Diese Themen wurden gemeinsam zugeordnet, da sie eng verknüpft sind: Das strukturierte Risikomanagement (RM) fördert die Patientensicherheit – die QM-Strukturen sind für die Umsetzung der entsprechenden Maßnahmen nötig. „Stabsstelle“ sind wir, um einen übergeordneten Blick zu gewährleisten und um der Bedeutung und Umsetzungskraft des Themas gerecht zu werden. Wir arbeiten eng mit

dem ärztlichen Direktor, aber auch mit allen anderen Abteilungen und Berufsgruppen im Hause zusammen.

Wie sieht Ihr konkreter Arbeitsalltag aus?

Schneider: Die Stabsstelle berät zu den unterschiedlichsten Themen und ist eng mit unseren Qualitätsmanagementbeauftragten (QMB) und dem Vorstand vernetzt. Wir sind Mitglied in verschiedenen Kommissionen und Arbeitsgruppen, z. B. im Bereich Krankenhaushygiene, und entwickeln strategisch die Themen Patientensicherheit und das QM-System mit seinen Instrumenten weiter. Wir führen Audits, Prozessrisiko- bzw. Szenario-Analysen durch, begleiten Mortalitäts- und Morbiditätskonferenzen (M&MK) und bieten interne Schulungen an. Außerdem sichten wir unsere Meldesysteme auf kritische Themen und bearbeiten den Bereich Qualitätscontrolling.

Ende 2019 ist die Hessische Patientensicherheitsverordnung (PaSV) in Kraft getreten. Neben Ihren anderen Aufgaben sind Sie auch die Patientensicherheitsbeauftragte des Universitätsklinikums. Was ist mit dieser Funktion verbunden?**

Schneider: Ich wurde nun als Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) benannt, das Thema war aber schon vorher in der Stabsstelle platziert. Durch die PaSV wurden die formalen Voraussetzungen und Strukturen geschaffen. Zu den Aufgaben

gehören alle unsere Tätigkeiten, aber insbesondere: patientensicherheitsrelevanten Aspekten Gehör zu verschaffen, das Thema weiter zu entwickeln und Ansprechpartner in kritischen Situationen zu sein.

Was bedeutet die PaSV für die Ärzte und Kliniken?

Schneider: Damit haben wir die Chance, Hessen als Modellregion zu positionieren. Besonderheiten sind die klare Zuordnung des Themas zur Geschäftsführung und die verpflichtende Qualifikation der PSB. Zudem könnten wir über das geplante Berichtswesen die Entwicklung der Patientensicherheit in Hessen verfolgen. Eventuell lässt sich so auch die Aufmerksamkeit für Themen erhöhen, bei denen noch Handlungsbedarf besteht – wie zum Beispiel die Sepsis. Durch die PSB und ihre besondere Stellung ergibt sich außerdem in kritischen Situationen die Möglichkeit, zeitnah zu intervenieren.

Wie wird man Patientensicherheitsbeauftragte?

Schneider: Jede hessische Klinik muss dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) eine/n PSB benennen. Für die Grundqualifikation gibt es eine Übergangsfrist von drei Jahren. Das HMSI finanziert jedem hessischen Krankenhaus die Qualifizierung einer/s PSB. Diese führen wir am Universitätsklinikum Frankfurt durch. Eine besondere Herausforderung hierbei ist, Teilnehmende mit unterschiedlicher Vorerfahrung aus dem ärztlichen, pflegerischen und anderen Bereichen gemeinsam auszubilden – daher haben wir uns für das multiprofessionelle Mustercurriculum der Weltgesundheitsorganisation (WHO) entschieden. Außer diesen Kursen gibt es noch verschiedene Möglichkeiten, sich zum Thema klinisches Risikomanagement oder als Health Care Manager fortzubilden.

Fortbildung zum Patientensicherheitsbeauftragten

Informationen zu den vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration geförderten Qualifizierungskursen des Universitätsklinikum Frankfurt am Main erhalten Sie per E-Mail an: melissa.merte@kgu.de oder Fon: 069 6301-83095

Fortbildung im ärztlichen Qualitätsmanagement

Grundlagen des Risikomanagements sind integraler Bestandteil der Kurs-Weiterbildung zum Erwerb der Zusatz-Bezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen. Informationen erhalten Sie im Internet unter: www.laekh.de/.

Welche Maßnahmen zur Patientensicherheit gibt es am Universitätsklinikum Frankfurt?

Schneider: Die Basis aller Maßnahmen bildet unser QM-System mit dezentralen QMB. So können Vorgaben individuell für einzelne Bereiche angepasst werden und wir haben Ansprechpartner vor Ort, die die Umsetzung unterstützen. Wir betreiben ein Critical Incident Reporting System (CIRS), führen Managementbewertungen, Risikoassessments, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sowie interne Audits durch. Wir haben Kooperationsprojekte beispielsweise zur Medikamentensicherheit oder zu „Events-to-prevent“ mit anderen Kliniken und führen verschiedene Maßnahmen zur Prävention zum Beispiel von Sturzereignissen durch. Zwar gibt es zentrale Regelungen für Themen wie Behandlungsdokumentation und Aufklärung, grundsätzlich arbeiten wir aber eher mit Impulsen als mit hierarchischen Vorgaben. Bei der Umsetzung sind alle Berufsgruppen wichtig – die Führungsebene für strukturelle Änderungen und die Mitarbeiter zur Umsetzung der Maßnahmen, denn Patientensicherheit funktioniert nur im Team.

Gibt es Möglichkeiten für Zuweiser und Patienten des Universitätsklinikums, die Sicherheit vor und nach der stationären Behandlung zu verbessern?

Schneider: Hier spielt die Kommunikation eine zentrale Rolle. Wenn alle notwendigen Informationen inklusive des Medikationsplans vorhanden sind, fallen zielgerichtete Diagnostik und Therapie leichter



Dr. med. Kyra Schneider (Foto) leitet seit 2015 die Stabsstelle Patientensicherheit & Qualität des Universitätsklinikums Frankfurt am Main. Die Anästhesiologin, Intensiv- und Notfallmedizinerin hat neben langjähriger klinischer Erfahrung diverse Qualifikationen im Qualitäts- und Risikomanagement erworben und ist seit langem leitend in diesem Bereich tätig. Zudem arbeitet Dr. Schneider als Dozentin und in verschiedenen Institutionen wie der Gesellschaft für Qualitätsmanagement in der Gesundheitsversorgung (GQMG e. V.), dem Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (APS), der Euro Risk AG und dem Verband der Universitätsklinika Deutschlands mit.

und die Patientensicherheit kann erhöht werden. Dies gilt umgekehrt im Rahmen des Entlassungsmanagements natürlich genauso. Aber auch Schulungen für Patienten, beispielsweise zu ihren Medikamenten, können sehr hilfreich sein.

Wie kann die Landesärztekammer Hessen das Thema Patientensicherheit adressieren?

Schneider: Eine gemeinsame Initiative aller Beteiligten für mehr Ressourcen und die Förderung der Sicherheitskultur in der Medizin ist wünschenswert. Patientensicherheit müsste noch stärker Teil der ärztlichen Aus- und Weiterbildung, aber auch der Ausbildung der Gesundheits-

fachberufe werden. Schulungen für Teamtraining und -kommunikation, Formate für medizinische Führungskräfte, Angebote speziell für niedergelassene Kollegen und berufsgruppenübergreifende Strukturen zum Thema „Second Victim“ könnten hilfreich sein. Weitere Vorschläge sind Angebote zur Förderung von Sprachkompetenz und auch ein hessenweiter Abkürzungskatalog.

Hat sich Ihre Sichtweise auf die Themen Patientensicherheit und Qualität im Laufe Ihrer Tätigkeit verändert?

Schneider: Tatsächlich hat sich meine Sichtweise vom rein klinischen Standpunkt über die Managementperspektive zunehmend in Richtung Organisations- bzw. Kulturentwicklung verändert. Während meiner klinischen Tätigkeit habe ich schnell gemerkt, dass Medizin alleine nicht ausreicht, um Patientensicherheit und Qualität voranzubringen. Vielmehr braucht es passende Strukturen und eine starke Betriebs-, Sicherheits- und Fehlerkultur, um die guten Instrumente umsetzen zu können, die in diesem Bereich entwickelt werden. Große Herausforderungen dabei sind die Kommunikation aller Beteiligten und eine hohe Praxisorientierung der Maßnahmen, die die begrenzten Ressourcen im Medizinbetrieb einbezieht, sowie die Sicherstellung des Feedbacks.

Patientensicherheitsverordnung (PaSV)**

Ende 2019 ist in Hessen die Patientensicherheitsverordnung (PaSV) in Kraft getreten. Danach muss jede hessische Klinik qualifizierte Patientensicherheitsbeauftragte (PSB) bestellen und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) benennen. Diese unterstehen direkt der Leitung des Krankenhauses. Für die PSB werden eine Grundqualifikation mit Übergangsfrist von drei Jahren (mind. 20 Stunden Klinisches Risikomanagement) sowie eine jährliche Qualifikation (acht Stunden Kli-

nisches Risikomanagement oder Patientensicherheit) gefordert. Zu ihren Aufgaben zählen die Weiterentwicklung einer Sicherheitskultur und der Maßnahmen zur Erhöhung der Patientensicherheit sowie die Einschätzung klinischer Risiken. Das Krankenhaus berichtet dem HMSI einmal jährlich standardisiert zur Patientensicherheit. Das HMSI wird durch einen Landesbeirat unterstützt, der sich mit Fragen der Patientensicherheit, Qualitätssicherung und klinischem Risikomanagement befasst. (QS)



Was können Verbände, Politik und Gesellschaft zur Unterstützung des Themas Patientensicherheit beitragen?

Schneider: Das Thema Patientensicherheit braucht eine kontinuierliche Aufmerksamkeit im Gesundheitssystem, und eine Weiterentwicklung kann nur gemeinsam gelingen. Hierfür braucht es Mittel

und Ressourcen – bei allem Engagement ist Sicherheit nicht gratis zu bekommen.

Interview:

Katrin Israel-Laubinger
Silke Nahlinger
Nina Walter

* DEAA = Europäische Diplomprüfung für Anästhesie und Intensivmedizin

** Patientensicherheitsverordnung (PaSV)

<https://www.rv.hessenrecht.hessen.de/bshe/document/jlr-PatSiVHErahmen> Zugriff 17.02.2020

Medizingeschichte

Telemedizin vor 90 Jahren

„Geburt per Telefon – Von F. Walter“

Die Zukunft entscheidet, welche Techniken sich durchsetzen

Wie einst 1865 Jules Verne über die Reise des Menschen zum Mond schrieb, so sinnierte man bereits im Jahre 1935 über Ärzte, die den ganzen Tag in ihrem Studierzimmer sitzen und die Patienten nur noch über den Bildschirm ihres Televisors behandeln würden...

Diese einstige Vision ist heute schon fast sinnvolle Realität in der Welt mehrerer Fachgebiete, wie der Radiologie, Kardiologie, Labormedizin oder Humangenetik.

Andere Bereiche stehen vor dem Durchbruch: Telemedizin, Krankmeldung aus der Ferne mittels App, der virtuelle Hausarzt im Pflegeheim, auf dem Lande und vieles mehr. Die im folgenden Artikel beschriebene „Geburt per Telefon“ lässt aufhorchen. Ob und wie weit eine Entwicklung tatsächlich auch sinnvoll ist, darüber entscheiden weder Subvention noch Strafen, darüber entscheidet die Zukunft.

Das Apollo-Programm der USA wurde nach wenigen Jahren aus Kostengründen für Jahrzehnte eingestellt. Es wurde bewiesen, wir können auf dem Mond landen, tun es aber nicht jeden Tag...

Michael Andor

Präsidiumsmitglied der LÄKH,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Groß-Gerau

Aus dem Groß-Gerauer Kreisblatt vom 23. Juli 1935

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

„Uebertriebene Vorstellungen wählen mit Vorliebe die Fortschritte der Wissenschaft zum Gegenstand ihrer Zukunftsbilder. Da ist zum Beispiel der Arzt des Jahres 2000. Er stattet kaum noch Krankenbesuche ab, sitzt vielmehr daheim in seinem Studierzimmer, vor sich einen Fernsehapparat. Ein Griff am Schaltbrett, und Patient um Patient erscheint plastisch auf der Mattscheibe des Televisors. Der Fernbildempfang ermöglicht die Uebertragung der Röntgenaufnahmen des erkrankten Organs. Der Arzt sieht in seinem Zimmer den Körper des fernen Patienten von X-Strahlen durchleuchtet, wie sich die Rippen bei jedem Atemzug heben und

senken, wie das Herz in der Brust pulsiert, hört dazu aus dem Lautsprecher die Atemgeräusche und das melodische lub... dub... des Herzschlages. Kurven tauchen auf, schreiben automatisch vom Krankbett her, elektrisch ferngesteuert, mit ihrem Zickzack das Auf und Ab des Blutdruckes, der Körpertemperatur, der Pulszahl, der elektrischen Herzschrift auf die rotierende Trommel. So vermag der Arzt eine Ferndiagnose zu stellen, braucht aber auch zur Behandlung des Kranken das Haus nicht verlassen, denn auf elektrischem Wege kann er von seinem Laboratorium aus die im Krankenzimmer stehenden Apparate einschalten, welche die erforderlichen Heilstrahlen oder Wellen ausstrahlen. Eine Utopie!

Und doch, wieviel ist davon schon Wirklichkeit geworden! Wiederholt hörten wir bereits den menschlichen Herzschlag aus

dem Radiolautsprecher, die Melodie des kranken und gesunden Herzens auf Aetherwellen. Die Bildübertragung gestattet es heute ohne weiteres, Röntgenphotos per Radio auszusenden, und die technische Vervollkommenung des Fernsehens und damit auch des Röntgenkinos vom schlagenden Herzen ist nur mehr eine Sache weniger Jahre. Ja, sogar die **Fernbehandlung** ist kürzlich an einem Wiener Spital realisiert worden. An der Wiener Poliklinik ist es gelungen, die heilkräftigen ultrakurzen Radiowellen von einer Zentrale aus mittels Kabeln über Gänge und Stockwerke in die einzelnen Krankenzimmer zu leiten und dort dann zur Ausstrahlung zu bringen.

Nicht minder verblüffend ist die neueste Errungenschaft auf diesem Gebiet: die **Fernregistrierung der Geburt auf elektrischem Wege**. Sie ist nach eineinhalbjähri-

ger Arbeit an der Universitäts-Frauenklinik in **Heidelberg** vor kurzem von **Dr. W. Rech** zur technischen Vollkommenheit ausgearbeitet worden. Nicht etwa technische Spielerei und müßige Bastelfreude haben zu der Erfindung geführt, sondern wichtige medizinische Fragen über die Bedeutung der Wehenzahlen für den Geburtsablauf und über den Einfluss der Wehentätigkeit auf den Zustand, zumal den Herzschlag des Kindes. Zur Erhellung dieser geburtshilflichen Probleme musste eben die Wehentätigkeit genau registriert werden. Nun geht es aber schwer an, im Zimmer der Gebärenden knatternde und funkenstiebende Apparate aufzustellen, schon deshalb nicht, weil die Frau in ihrer schwersten Stunde ruhebedürftig ist und nicht belästigt werden darf. Also bleibt nichts anderes, als die Registrierung des Wehenverlaufes in einem anderen Zimmer vorzunehmen.

Und das ist eben durch die elektrische Übertragung gelungen. Von dem Bett der Gebärenden führen Drähte hinaus durch den Korridor in das Ärztezimmer. Hier steht der Apparat, der die Fernübertragung des Geburtsaktes in Kurvenform vornimmt. Automatisch zeichnet da ein

Stift fortlaufend jede einzelne Wehe auf: Stärke, Dauer und Aufeinanderfolge mit minutiöser Genauigkeit. Der Arzt sitzt vor der Registriertrommel und verfolgt den Verlauf der Geburt, die sich in einem anderen Raum abspielt. Die Gebärende selbst ist dabei gar nicht gestört. Sie liegt ruhig in ihrem Bett, von der ganzen Prozedur merkt sie überhaupt nichts. Das Wunder der telefonischen Geburt beruht auf einfachen elektrotechnischen Prinzipien, die Dr. Rech in der klinischen Wochenschrift beschreibt. Auf und Ab der Wehen teilt sich mechanisch einem Stempel mit, der wieder mit einem elektrischen Stromkreis verbunden ist. Es entstehen so je nach der

Stärke der Wehen Stromschwankungen. Diese werden durch Drähte beliebig weit in ein anderes Zimmer geleitet, wo sie durch ein selbsttätiges Registrierinstrument in Kurvenform sichtbar abzulesen sind. So leicht sich das auch liest, so bedurfte es doch anderthalbjähriger anstrengender Arbeit, um die Fernregistrierung der Geburt auf elektrischem Wege technisch einwandfrei zu bewerkstelligen. Nun, da sie gelungen ist, wird sich ihre Nutzenanwendung sicherlich nicht auf die Lösung der ursprünglichen Probleme der Geburtshilfe beschränken, sondern der Wissenschaft noch weitere unverhoffte Ergebnisse erschließen.“



Fotografie des historischen Artikels (Ausschnitt). Die Transkription ist nebenstehend abgedruckt.

Foto: Kreisblätter und Unterlagen aus dem Stadtmuseum Groß-Gerau

Bücher

Prof. Dr. Dietrich von Engelhardt: Medizin in der Literatur der Neuzeit

Mattes Verlag Heidelberg 2018, fünf Bände, 2.968 Seiten, gebunden, € 225 (Gesamtwerk; Band I–V auch einzeln erhältlich), ISBN 9783868091304

Prof. von Engelhardt hat über viele Jahre an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄK Hessen mit großer Resonanz ein Seminar über Literatur in der Medizin angeboten, und darüber auch mehrfach hier publiziert. Nun erschien seine Monographie „Medizin in der Literatur der Neuzeit“, ein Opus Magnum mit fünf Bänden, die auch einzeln bezogen werden können. Band I enthält die Darstellung und Deutung über Krankheiten sowie medizinische Disziplinen, Band II eine Bibliografie der internationalen Forschung, Band III eine Anthologie literarischer Texte, Band IV wissenschaftliche Studien und Band V Themen, Autoren, Werke, Sachregister zu 2.750 Erzählungen und Romanen von 1.300 Schriftstellerinnen und Schriftstellern.

Krankheiten und Ärzte faszinierten in sämtlichen Kulturen. Ärzte ihrerseits waren mitunter auch große Autoren. Das Kranksein, Sterben, die Bewältigung von Schicksalsschlägen und das Verhältnis der Familie zu den Kranken und vice versa interessieren bis heute. Wie wurde mit den Kranken umgegangen? Wie waren sie in den Behandlungsprozess einbezogen – sowohl in der zivilen Gesellschaft als auch in Kriegen? All dies fand seinen eigenen, in die Kultur der Zeit eingebundenen Ausdruck. Ärzte wurden für göttliche Gesandte gehalten und angebetet, aber auch gefürchtet und dämonisiert. Medizin entfaltet in der literarischen Verarbeitung auch eine erstaunliche Kraft für die Stärkung der Fähigkeit, mit Schicksalsschlägen umzugehen, und fördert die Bildung: bei den Kranken wie auch bei ihren Familien. Engelhardt schreibt hierzu: „Am Umgang mit Geburt, Gesundheit, Krankheit und Tod misst sich die Höhe der Kultur“. Für mich, den Autor dieser Rezension, stärkte das Lesen von Büchern über Medizin, Ärzte und Krankheiten die Entscheidungsfindung, Medizin zu studieren. Kafka oder Cronin prägten auch bei mir den Willen, Teil dieses Berufsstandes zu werden.

Dr. med. Siegmund Drexler

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 II – Aufbaukurs „Infektiologie“

Mo., 15.–Fr., 19. Juni 2020 **40 P**

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

Ort: Frankfurt, Markus Krankenhaus

Gebühr: 1.000 € (Akademiestudierende 900 €)

Modul I – Grundkurs Antiinfektiva

Mo., 24.–Fr., 28. August 2020 **40 P**

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
Prof. Dr. med. T. Wichelhaus, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 900 € (Akademiestudierende 810 €)

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

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt

Mo., 21.–Fr., 25. September 2020

Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 780 € (Akademiestudierende 702 €)

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

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

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

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße

Gebühr: 30 € (Akademiestudierende 27 €)

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

Innere Medizin

EKG-Kurs

Fr., 03.–Sa., 04. April 2020 **22 P**

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

Gebühr: 320 € (Akademiestudierende 288 €)

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

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 3 + 4: Mi., 23. September 2020 **6 P**

Gesamtleitung: Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda
Dr. med. B. Fischer, Gießen

Gebühr: 60 € (Akademiestudierende 54 €)

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

Rheuma an einem Tag -

Häufige Symptome in der täglichen Praxis

In Zusammenarbeit mit der Kerckhoff Klinik Bad Nauheim.

Mi., 28. Oktober 2020 **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Gebühr: 60 € (Akademiestudierende 54 €)

Ort: Bad Nauheim, REHA Zentrum

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

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

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

Beginn Telelernphase: 18. April 2020

Gebühr: 640 € (Akademiestudierende 576 €)

Kriseninterventionsseminar: Mi., 19. August 2020 **8 P**

Gebühr: 160 € (Akademiestudierende 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.flören@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz**Spezialkurs Interventionsradiologie****Fr., 24. April 2020** **8 P****Gebühr:** 180 € (Akademiestudent 162 €)**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum**Grundkurs** **Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020** **24 P**

Auswahltermine Praktikum Mo., 08. Juni oder Di., 09. Juni 2020

Gebühr: 360 € (Akademiestudent 324 €)**Ort Theorie:** Frankfurt, Universitätsklinikum**Ort Praktikum:** Bad Nauheim, Hochwaldkrankenhaus**Spezialkurs Röntgendiagnostik****Fr., 11.–Sa., 12. September 2020 (Theorie)** **20 P****Mi., 16. September 2020 (Praktikum)****Gebühr:** 340 € (Akademiestudent 306 €)**Ort:** Frankfurt, Universitätsklinikum**Kenntniskurs** **Sa., 24. Oktober 2020**

(Theoretische und praktische Unterweisung)

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestudent 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiestudent 54 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum**Leitung:** Prof. Dr. med. 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**Begutachtung****Medizinische Begutachtung****Modul Ic:** **Fr., 08.–Sa., 09. Mai 2020** **16 P****Gebühr:** 280 € (Akademiestudent 252 €)**Modul II:** **Sa., 24. Oktober 2020****Gebühr:** 140 € (Akademiestudent 126 €)**Verkehrsmedizinische Begutachtung****Modul I–III** **Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020** **12 P****Gebühr:** 250 € (Akademiestudent 225 €)**Leitung:** Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de**Kinder- und Jugendmedizin****Pädiatrie „State of the Art“ – Genetik, Neonatologie, Ethik****Mi., 24. Juni 2020** **7 P****Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt**Gebühr:** 75 € (Akademiestudent kostenfrei)**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,E-Mail: adelheid.zinkl@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 € (Akademiestudent 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 € (Akademiestudent 162 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de**Palliativmedizin****Refresher Palliativmedizin****Sa., 31. Oktober 2020** **10 P****Leitung:** Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden**Gebühr:** 140 € (Akademiestudent 126 €)**Auskunft/Anmeldung:** B. Buß, Fon: 06032 782-202,E-Mail: baerbel.buss@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. Winkler

Gebühren: Block 1, 3 je 220 €

(Akademiestudent 198 €)

Block 2 + 4 je 300 €

(Akademiestudent 270 €)

inkl. Prüfung

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208E-Mail: caroline.winkler@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 (Akademiestudienmitglieder 585 €)

Moderationskurs: Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020

Gebühr: 340 € (Akademiestudienmitgl. 304 €)

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

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

Moderatorentaining

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 € (Akademiestudienmitglieder 324 €)

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

E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Psychosomatik

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Sa., 27. Juni 2020

6 P

Leitung: Dr. med. I. Rüschhoff

Gebühr: 100 € (Akademiestudienmitglieder 90 €)

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

E-Mail: andrea.flören@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 € (Akademiestudienmitglieder 450 €)

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

Rechtsmedizin

Leichenschau insg. 9 P

Mi., 09. September 2020, Mi., 16. September 2020

Mi., 23. September 2020 und Mi., 30. September 2020

Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: 180 € (Akademiestudienmitglieder 162 €)

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

Notfall- und Intensivmedizin

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 € (Akademiestudienmitglieder 585 €)

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

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hinversorgenden Gefäße

Fr., 27.–Sa., 28. November 2020

Gebühr: 360 € (Akademiestudienmitglieder 324 €)

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

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Sa., 31. Oktober 2020 (Theorie)

+ 2 Termine je 7 UE (Praktikum)

Gebühr: 400 € (Akademiestudienmitglieder 360 €)

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

Leitung der Kurse 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 € (Akademiestudienmitglieder 225 €)

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Ultraschall-Trainingstag: Sa., 16. Mai 2020

Gebühr: 250 € (Akademiestudienmitglieder 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
(ausgebucht)
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 €
(Akademiestudenten 585 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G7–G8: Fr., 05.–Sa., 06. Juni 2020
G9–G10: Fr., 18.–Sa., 19. September 2020
G11–G12: Fr., 23.–Sa., 24. Oktober 2020
G13–G14: Fr., 13.–Sa., 14. November 2020
G15: Sa., 12. Dezember 2020

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

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 €
(Akademiestudenten 585 €)
Kursblock IV 1.000 €
(Akademiestudenten 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: Fr., 21.–Sa., 22. August 2020
Gebühr: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

Kursteil 2: Fr., 04.–Sa., 05. September 2020
Gebühr: 210 € (Akademiestudenten 189 €)

Kursteil 3: Fr., 11.–Sa., 12. September 2020
Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Kursteil 4: Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020
Gebühr: 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Leitung: D. Paul, Frankfurt
Orte: Kursteile 1–3:
Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS
Kursteil 4: Friedrichsdorf, Salus Klinik

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: caroline.winkler@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 €
 (Akademiestudierende 270 €)

Für Teilnehmer des Weiterbildungscolleagues der Kompetenz-
 zentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie
 uns.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 19.–Sa., 20. Juni 2020 16 P

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

26. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen
 der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110).
 Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.
 Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Refle-
 xion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Inter-
 ventionstechniken und 20 Stunden Theorie.
 Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit
 bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Block III: Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020 (ausgebucht) 16 P
Block IV: Fr., 25.–Sa., 26. September 2020 (ausgebucht) 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 € (Akademiestudierende 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
 Telearnphase: 14. September–10. November 2020 24 P
Block III b: Mi., 11.–Sa., 14. November 2020 32 P

Gebühren: Blöcke II b, III a, III b je:
 770 € (Akademiestudierende 693 €)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2 Mo., 22.–Fr. 26. Juni 2020 40 P
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Gebühr: 700 € (Akademiestudierende 630 €)

Fallseminar Modul 3 Mo., 16.–Fr., 20. November 2020 40 P
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 800 € (Akademiestudierende 720 €)

Kurs-Weiterbildung Di., 08.–Sa., 12. Dezember 2020 40 P
Gebühr: 700 € (Akademiestudierende 630 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

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

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 € (Akademiestudierende 468 €)
Gebühr/Tag: 180 € (Akademiestudierende 162 €)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

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 C: Bad Nauheim, BZ LÄKH,
Block B: Kassel, Klinikum

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





Neurologie und Psychiatrie (NP)

Inhalte:

Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können.

Zusätzlich sind diese Fortbildungen zu belegen:

PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung (95 €)

PAT 2: Wahrnehmung und Motivation (95 €)

Beginn (NP): 23.10.2020

Gebühr (NP): 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Zusätzlicher Lehrgang: Ernährungsmedizin (ERM)

Im Qualifizierungslehrgang „Ernährungsmedizin“ (ERM) werden die nachfolgenden Lerninhalte vermittelt:

- Überblick über Ernährungs- und Stoffwechselphysiologie
- Ernährungspyramide nach Vorgabe der Deutschen Gesellschaft für Ernährung
- Ernährung in besonderen Lebensabschnitten
- Krankheitsbilder und mögliche ernährungs-therapeutische Maßnahmen
- Angewandte Ernährungsmedizin
- Kooperation und Koordination
- Moderation

Zwischen den Lehrgangsterminen finden Einheiten in Form des Telelernens statt.

Termin (ERM 2): 21.09.2020

Teilnahmegebühr: 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen: Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) 95 € und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) 95 € zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine auf Anfrage oder auf unserer Website.

Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

Zusätzlicher Lehrgang: Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (BET)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt 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“ – es finden Telelernphasen statt.

Termin (BET 2): ab 28.10.2020

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Klinikassistentz (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
- 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

Onkologie (ONK)

Inhalte: Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind:

PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung (8 Std.)

Gebühr: 95 €

PAT 2: Wahrnehmung und Motivation (8 Std.)

Gebühr: 95 €

Termine: auf Anfrage oder auf unserer Website.

ONKPAL

Termin: Do., 10.09.–Sa., 12.09.2020

Gebühr: 255 €



Blockveranstaltung ONK:

Beginn: ab Mi., 23.09.2020

Gebühr: 600 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Neu: Aufbaufortbildung Ernährung und Onkologie (ONK E)

In der Fortbildung wird ein guter 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

Nichtärztliche Praxisassistenten Aktualisierungskurs/ Aufbaufortbildung (NäPA A)

Inhalte: Gemäß der Delegationsvereinbarung müssen „Nicht-ärztliche 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

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

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 20.08.2020

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

Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung ist verfassungswidrig

Mit sechs Urteilen je vom 26. Februar 2020 hat das Bundesverfassungsgericht [1] entschieden, dass das in § 217 StGB [2] normierte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung gegen das Grundgesetz verstößt und nichtig ist. Das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung verletzt nach Auffassung des Gerichts das grundgesetzlich geschützte allgemeine Persönlichkeitsrecht nach Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 Grundgesetz (GG) [3] von zur Selbsttötung entschlossenen Menschen in seiner Ausprägung als Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen.

1. Strafnorm contra Grundgesetz

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht [3] gewährleistet das Recht, selbstbestimmt die Entscheidung zu treffen, sein Leben eigenhändig bewusst und gewollt zu beenden, denn die Achtung und der Schutz der Menschenwürde und der Freiheit sind grundlegende Prinzipien der Verfassungsordnung, die den Menschen als eine zu Selbstbestimmung und Eigenverantwortung fähige Person begreift.

Der Senat führt hierzu aus: „Die selbstbestimmte Wahrung der eigenen Persönlichkeit setzt voraus, dass der Mensch über sich nach eigenen Maßstäben verfügen kann und nicht in Lebensformen gedrängt wird, die in unauflösbarem Widerspruch zum eigenen Selbstbild und Selbstverständnis stehen. Die Entscheidung, das eigene Leben zu beenden, ist von existenzieller Bedeutung für die Persönlichkeit eines Menschen. Welchen Sinn der Einzelne in seinem Leben sieht und ob und aus welchen Gründen er sich vorstellen kann, sein Leben selbst zu beenden, unterliegt höchstpersönlichen Vorstellungen und Überzeugungen. Der Entschluss zur Selbsttötung betrifft Grundfragen menschlichen Daseins und berührt wie keine andere Entscheidung Identität und Individualität des Menschen. Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst deshalb nicht nur das Recht, nach freiem Willen lebenserhaltende Maßnahmen abzulehnen. Es erstreckt sich auch auf die Entscheidung des Einzelnen, sein Leben eigenhändig zu beenden.“

Das Recht auf selbstbestimmtes Sterben – so der Senat weiter – sei nicht auf fremddefinierte Situationen wie schwere oder unheilbare Krankheitszustände oder bestimmte Lebens- und Krankheitsphasen beschränkt. Es bestehe in jeder Phase menschlicher Existenz. Die Entscheidung des Einzelnen, dem eigenen Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, entziehe sich einer Bewertung anhand allgemeiner Wertvorstellungen, religiöser Gebote, gesellschaftlicher Leitbilder für den Umgang mit Leben und Tod oder Überlegungen objektiver Vernünftigkeit. Sie bedürfe keiner weiteren Begründung oder Rechtfertigung, son-

dern sei im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.

2. Suizid mithilfe Dritter ausdrücklich zulässig

Das Recht, sich selbst zu töten, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Das Grundgesetz gewährleistet die Entfaltung der Persönlichkeit im Austausch mit Dritten, die ihrerseits in Freiheit handeln. Ist die Wahrnehmung eines Grundrechts von der Einbeziehung Dritter abhängig und hängt die freie Persönlichkeitsentfaltung an der Mitwirkung eines anderen, schützt das Grundrecht auch davor, dass es nicht durch ein Verbot gegenüber Dritten, im Rahmen ihrer Freiheit Unterstützung anzubieten, beschränkt wird.

§ 217 StGB greift in das allgemeine Persönlichkeitsrecht Sterbewilliger ein. Das in der Norm strafbewehrte Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung entfaltet objektiv eine die Freiheit zum Suizid einschränkende Wirkung. Es macht es dem Einzelnen faktisch weitgehend unmöglich, Suizidhilfe zu erhalten. Der Einsatz des Strafrechts zum Schutz der autonomen Entscheidung des Einzelnen über die Beendigung seines Lebens findet seine Grenze dort, wo die freie Entscheidung nicht mehr geschützt, sondern unmöglich gemacht wird. Die Straflosigkeit der Selbsttötung und der Hilfe dazu steht als Ausdruck der verfassungsrechtlich gebotenen Anerkennung individueller Selbstbestimmung nicht zur freien Disposition des Gesetzgebers.

3. Kein Anspruch auf Suizidhilfe an die Ärzteschaft

Ohne geschäftsmäßige Angebote der Suizidhilfe ist der Einzelne maßgeblich auf die individuelle Bereitschaft eines Arztes angewiesen, an einer Selbsttötung zumindest durch Verschreibung der benötigten Wirkstoffe assistierend mitzuwirken. Von einer solchen individuellen ärztlichen Bereitschaft wird man bei realistischer Betrachtungsweise nur im Ausnahmefall ausgehen können. Ärzte zeigen bislang eine geringe Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, und können hierzu auch nicht verpflichtet werden; aus dem Recht auf selbstbestimmtes Sterben leitet sich kein Anspruch gegenüber Dritten auf Suizidhilfe ab. Zudem setzt das ärztliche Berufsrecht der Bereitschaft, Suizidhilfe zu leisten, weitere Grenzen. Der Senat weiter: „Die in den Berufsordnungen der meisten Landesärztekammern festgeschriebenen berufsrechtlichen Verbote ärztlicher Suizidhilfe unterstellen die Verwirklichung der Selbstbestimmung des Einzelnen nicht nur geografischen Zufälligkeiten, sondern wirken zumindest faktisch handlungsleitend. Der Zugang zu Möglichkeiten der assistierten Selbsttötung darf aber nicht davon abhängen, dass Ärzte sich bereit zeigen, ihr Handeln nicht am geschriebenen Recht auszurichten, sondern sich unter Berufung auf ihre eigene verfassungsrechtlich verbürgte Freiheit eigenmächtig darüber hinwegsetzen.“

Solange diese Situation fortbesteht, schafft sie einen tatsächlichen Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe. Eine Pflicht zur Inanspruchnahme palliativmedizinischer Behandlung besteht nicht. Die Entscheidung für die Beendigung des eigenen Lebens umfasst zugleich die Entscheidung gegen bestehende Alternativen und ist auch insoweit als Akt autonomer Selbstbestimmung zu akzeptieren.“

4. Suizidhilfe durch staatliche Regelung?

§ 217 StGB ist wegen der festgestellten Verfassungsverstöße nichtig. Daraus folgt jedoch nicht, dass der Gesetzgeber die Suizidhilfe nicht regulieren darf. Eine solche Regelung muss sich aber an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichten, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und zu entfalten. Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung von Kriterien wie etwa dem Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen. Dennoch können je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden.

Allerdings muss dem Recht des Einzelnen, aufgrund freier Entscheidung mit Unterstützung Dritter aus dem Leben zu scheiden, auch faktisch hinreichender Raum zur Entfaltung und Umsetzung belassen werden. Das erfordert – so das Gericht – nicht nur eine konsistente Ausgestaltung des Berufsrechts der Ärzte und der Apotheker, sondern möglicherweise auch Anpassungen des Betäubungsmittelrechts. Dies schließt nicht aus, die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts veran-

kerten Elemente des Verbraucher- und des Missbrauchsschutzes aufrechtzuerhalten und in ein Schutzkonzept zur Suizidhilfe einzubinden.

Fazit

Das allgemeine Persönlichkeitsrecht in Art. 2 Abs. 1 in Verbindung mit Art. 1 Abs. 1 GG umfasst ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben. Dieses Recht schließt die Freiheit ein, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbstbestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren. Die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, umfasst auch die Freiheit, hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen. Die Zulässigkeit der Hilfe zur Selbsttötung darf dabei nicht von Kriterien, wie etwa dem Vorliegen einer unheilbaren Krankheit, abhängig gemacht werden. Ärztinnen und Ärzte sind jedoch nicht verpflichtet, die Hilfe zum assistierten Suizid zu leisten.



Dr. jur. Thomas K. Heinz
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für Medizinrecht
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

[1] BVerfG, Urteile je vom 26.02.2020, Az. 2 BvR 2347/15; 2 BvR 2527/16; 2 BvR 2354/16; 2 BvR 1593/16; 2 BvR 1261/16; 2 BvR 651/16

[2] § 217 StGB (Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung) bedroht denjenigen mit Strafe, der in der Absicht, die Selbsttötung eines anderen zu fördern, diesem hierzu geschäftsmäßig Gelegenheit gewährt, verschafft oder vermittelt.

[3] **Art. 2 Abs. 1 GG:** Jeder hat das Recht auf die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit, soweit er nicht die Rechte anderer verletzt und nicht gegen die verfassungsmäßige Ordnung oder das Sittengesetz verstößt. **Art. 1 Abs. 1 GG:** Die Würde des Menschen ist unantastbar. Sie zu achten und zu schützen ist Verpflichtung aller staatlichen Gewalt.

Kommentar

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum § 217 StGB erschüttert das humanistische Menschenbild

Der 2. Senat des Bundesverfassungsgerichtes hat am 26. Februar 2020 das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung für verfassungswidrig erklärt. Er hat festgestellt, dass das allgemeine Persönlichkeitsrecht auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst und die Freiheit einschließt, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen.

Autonomie des Individuums

Das höchste Gericht betont die Autonomie des Individuums. „Die in Wahrnehmung dieses Rechts getroffene Entscheidung des Einzelnen, seinem Leben entsprechend seinem Verständnis von Lebensqualität und Sinnhaftigkeit der eigenen Existenz ein Ende zu setzen, ist im Ausgangspunkt als Akt autonomer Selbst-

bestimmung von Staat und Gesellschaft zu respektieren.“

Dieses Urteil ist vor dem Hintergrund entstanden, dass mit technischen Möglichkeiten immer stärker in den Sterbeprozess eingegriffen wird und die Angst vor dem Sterben zugenommen hat, weil es nicht mehr nur von der Natur, sondern ganz wesentlich auch von anderen Menschen, ihren Entscheidungen und Handlungen



Foto: © emerald media - stock.adobe.com

Suizidprophylaxe – Helfen statt Fallenlassen.

mit Hilfe einer als unmenschlich erlebten Medizintechnik abhängt, ob und wie gestorben wird. Die Befürchtungen, am Lebensende von Maschinen abhängig zu sein, die das Leben künstlich und grausam verlängern, führt zu dem Wunsch, das Sterben genau festzulegen und seinen Ablauf selbst in der Hand zu halten. Durch eigene Hand zu sterben verbindet sich beim assistierten Suizid mit dem Wunsch, begleitet in vertrauter Umgebung zu sterben.

Ärztliche Musterberufsordnung verbietet bislang den ärztlich assistierten Suizid

Die ärztliche Musterberufsordnung der Bundesärztekammer, die in zehn der 17 Landesärztekammern im Berufsrecht umgesetzt worden ist, verbietet bisher den ärztlich assistierten Suizid. Es heißt dort in § 17: „Ärztinnen und Ärzte haben Sterbenden unter Wahrung ihrer Würde und unter Achtung ihres Willens beizustehen. Es ist ihnen verboten, Patientinnen und Patienten auf deren Verlangen zu töten. Sie dürfen keine Hilfe zur Selbsttötung leisten.“ Dieses Verbot war einer der Gründe für sogenannte Sterbehilfevereine das jetzt gefällte Urteil zu erwirken. Mehr noch, das Bundesverfassungsgericht formulierte die Einschätzung, dass solange Ärzte sich der Suizidassistenz verweigerten, ein tatsächlicher „Bedarf nach geschäftsmäßigen Angeboten der Suizidhilfe“ bestehe.

Das Bundesverfassungsgericht lässt es dem Gesetzgeber offen, die Suizidhilfe zu regulieren, wenn er sich „an der Vorstellung vom Menschen als einem geistig-sittlichen Wesen ausrichtet, das darauf angelegt ist, sich in Freiheit selbst zu bestimmen und selbst zu entfalten...“. Die Möglichkeiten der Regulierung „reichen von prozeduralen Sicherungsmaßnahmen, et-

gefährträchtiger Erscheinungsformen der Suizidhilfe (...). Das Recht auf Selbsttötung verbietet es aber, die Zulässigkeit einer Hilfe zur Selbsttötung materiellen Kriterien zu unterwerfen, sie etwa vom Vorliegen einer unheilbaren Krankheit abhängig zu machen. Dennoch können je nach Lebenssituation unterschiedliche Anforderungen an den Nachweis der Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens gestellt werden.“

Vorgeschlagen wird, das Berufsrecht der Ärzte und Apotheker zu ändern und Anpassungen im Betäubungsmittelrecht vorzunehmen, nach dem derzeit der Off-Label-Use (zum Beispiel zum Mittel des Suizids) bestimmter Betäubungsmittel strengen Kriterien unterworfen ist. Hier wird allerdings auch die Möglichkeit aufgezeigt, „die im Bereich des Arzneimittel- und des Betäubungsmittelrechts verankerten Elemente des Verbraucher- und Missbrauchsschutzes aufrecht zu erhalten und in ein Schutzkonzept Suizidhilfe einzubringen“.

Schwäche wird immer weniger toleriert

Der Eindruck des von einem autonomen Menschen Machbaren, und dazu gehört die Suizidhandlung, hat die Wahrnehmung der Begrenztheit menschlicher Möglichkeiten, letztlich die Begrenztheit des Lebens und damit die zentrale Bedeutung der Sterblichkeit als zunehmende Tatsache des Lebens verdrängt. Die Verwurzelung des Menschen in und seine Abhängigkeit von zwischenmenschlichen Beziehungen, denen er letztlich seine Existenz verdankt, seine Bindungen und seine Gebundenheit und auch das Leben in Beziehungen als Kennzeichen menschlichen Daseins treten in den Hintergrund. Die Leugnung der Bindungserfahrung durchdringt immer mehr Lebensbereiche.

Schwäche und Hilfsbedürftigkeit sowie das Angewiesensein auf andere Menschen wird immer weniger toleriert.

Die Metapher „an Schläuchen zu hängen“, mit der beschrieben wird, dass Menschen von der Zufuhr von außen abhängig sind, wird zum stilisierten Horrorszenario. Das Skandalon des Menschen, äußerst hilflos geboren zu werden und oftmals bedürftig und in Abhängigkeit von anderen Menschen sterben zu müssen, scheint nicht mehr tolerabel. Diese Entwicklung wird als Ausdruck gesellschaftlichen Fortschritts erlebt.

Die Möglichkeit des Menschen, sich selbst das Leben zu nehmen, wird hingegen als Ausdruck von Freiheit und Würde interpretiert, auch wenn ein Suizident sich gegen das in jedem Lebewesen biologisch tief verankerte Prinzip der Lebenserhaltung richtet. Er tötet seinen Körper und damit die Grundlage jeder Entscheidungsmöglichkeit und schließt jede weitere Entscheidung endgültig aus. Ambivalenz, das heißt zwischen Lebenserhaltungswünschen und Todeswünschen zu stehen, wird als unzumutbar, ja als fragwürdig abgelehnt.

Tatsächlich hat sich der Einzelne in der westlichen Welt im Rahmen immer weiter fortschreitender Individualisierung in den vergangenen Jahrzehnten von vielen herkömmlichen gesellschaftlichen Zwängen und Normen, insbesondere von denen, die das familiäre Umfeld früher vorgab, befreien können. Die Überwindung von Abhängigkeit und die Entwicklung zur Selbstständigkeit gelten als allgemein gültige Entwicklungsziele eines jeden Individuums. Die Auflösung von Bindungen, die als einengend empfunden werden, wird als Befreiung gewertet. Diese Entwicklung kommt zum Ausdruck bei individuell zu entscheidenden Fragen der sexuellen Orientierung, der sexuellen Identität, der Berufswahl, der Religion, der Form zwischenmenschlichen Zusammenlebens – und eben auch bei der Gestaltung des unausweichlichen eigenen Todes.

Zwischenmenschliche Solidarität auf der Basis der für den Menschen charakteristischen Fähigkeit, sich in den anderen einfühlen zu können und dabei doch getrennt und verschieden vom Anderen zu sein, verliert als ethischer Wert zunehmend an Bedeutung. Das Angewiesensein

auf den Anderen wird reflexhaft mit hilfloser Abhängigkeit assoziiert. Fundamentale Dimensionen menschlichen Daseins werden damit verleugnet, das menschliche Beziehungs- und Bindungsbedürfnis entwertet.

Der Mensch ist aber von Anfang an ein soziales Wesen und bleibt es lebenslang, eingebettet in Beziehungen, ohne die er nicht existenzfähig ist. So ist jede individuelle Freiheit von der sicherheitsspendenden Stütze anderer Subjekte abhängig. Jeder Suizid betrifft die Mitmenschen in ganz besonderer Weise. Dem Nahestehenden vermittelt er, dass es kein Zurück gibt. In den Hinterbliebenen werden oft Schuldgefühle ausgelöst. Suizide wirken in Familien häufig über Generationen.

Die Abhängigkeit des Einzelnen von seinen Mitmenschen wird entgegen dem ersten Augenschein aber tatsächlich immer größer. Abläufe technischer, sozialer, ökonomischer und finanzpolitischer Natur, die unser Leben bestimmen, sind für den Einzelnen heute immer weniger durchschaubar, immer weniger nachvollziehbar und immer weniger mitbestimmbar. Welche Informationen uns für unsere Entscheidungen zur Verfügung gestellt werden, bestimmen die Algorithmen von Google. Wir müssen den Menschen immer mehr vertrauen, die hinter den Funktionsabläufen stehen, ohne sie zu kennen oder kontrollieren zu können.

Die ständige mediale Verbindung zu jedem, jederzeit und überall stellt die unabhängige Selbstständigkeit des Einzelnen infrage. Die Fähigkeit, allein zu sein und Entscheidungen zu treffen, nimmt damit ab. Wie eine Verschiebung auf ein unbelebtes Medium kann dann die dauernde Verbundenheit mit Hilfe digitaler Netzwerke als Ausdruck eines menschlichen Bindungsbedürfnisses verstanden werden, das den idealisierten Autonomiebedürfnissen entgegenwirkt. Bei Krankheit und in Notlagen werden diese regressiven Wünsche wieder besonders evident. Kranke, die sich schwach fühlen, suchen tröstenden Schutz – meist in einer halten-menschlichen Beziehung.

In der Begegnung mit Suizidenten kann man erleben, in welch großer seelischer Not und Verzweiflung sie sich befinden. Diese Zustände können oftmals gerade nicht als frei bezeichnet werden. Suizidali-

tät ist der Ausdruck einer psychischen Krise, in der der Mensch über sich selbst, das eigene Leben und seine Perspektiven verzweifelt ist und seine Situation als ausweglos erlebt. Je bedrückender dieser Zustand ist, umso eingengter ist sein Denken. Die Gefühle suizidaler Menschen sind bestimmt von Hoffnungslosigkeit, Hilflosigkeit, Ausweglosigkeit, Sinnlosigkeit, Scham, Schuld, Ärger und Wut.

Entscheidend für den letzten Schritt in den Suizid oder zum Suizidversuch vieler Menschen ist meist eine tiefe Verletzung des Selbstwertgefühls, die für die Betroffenen von besonders schwerwiegender Bedeutung war.

Jede Suizidentscheidung ist immer auch eine Entscheidung gegen *diese* Art zu leben. Eine therapeutische Aufgabe besteht darum nicht darin, den Suizidalen unter allen Umständen daran zu hindern, seinem Leben selbst ein Ende zu setzen, sondern ihm vielleicht zu helfen, „die Fundamentalkondition der Einsamkeit“, wie Jean Améry es nannte, zu ertragen, oder „die Fähigkeit allein zu sein“ zu erwerben und mit ihr in Beziehung zu anderen treten zu können, wie es der englische Psychoanalytiker Donald Winnicott formulierte. Die Assistenten eines Suizidenten bewerten, wenn sie tätig werden, dessen Leben als nicht mehr lebenswürdig; anderenfalls würden sie versuchen dazu beizutragen, es erträglich zu gestalten. Damit verlassen sie die Position des „Anderen“, stimmen dem Suizidalen nicht nur im Fühlen und Denken, sondern auch im Handeln zu und entziehen ihm damit die Beziehungserfahrung des zugewandten und doch nicht identischen Gegenübers. Sie signalisieren dem Suizidenten, dass sie auch ohne ihn weiterleben werden.

Menschen, die sich selbst das Leben nehmen, sehnen sich nach Ruhe und Frieden. Ruhe und Frieden sind Erfahrungen aus dem Leben, mit denen die durch Abschied oder Kränkung ausgelösten Gefühle der Hilflosigkeit und Verzweiflung aufgehoben werden sollen. Oft möchten Sie auch anderen nicht mehr zur Last fallen und fühlen sich indirekt von Angehörigen zu diesem Schritt veranlasst.

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle werden vollendete Suizide von psychisch erkrankten Menschen begangen. Werden ihnen mit dem Verweis auf die scheinbar

freie Entscheidung eines autonomen Individuums mögliche Hilfen vorenthalten, ist das ein Zeichen falsch verstandener Selbstbestimmung und fehlender mitmenschlicher Solidarität. Die ganz einseitige Sicht und Betonung der Autonomie des Individuums, die das Bundesverfassungsgericht geleitet hat, verschleiert die existenzielle Abhängigkeit des Einzelnen von psychischen Bedürfnissen, von den Gesetzen der Natur und von denen des Marktes. Die generelle Freigabe der geschäftsmäßigen Beihilfe zur Selbsttötung macht den Suizid zu einer käuflich zu erwerbenden Ware, auf die jeder ein Recht hat. Konsequenter weitergedacht, müsste jedes autonome Individuum auch das Recht haben, die Amputation eines gesunden Beines erwerben zu können, und die Möglichkeit dazu müsste ihm eröffnet werden.

Es ist zu hoffen, dass die jetzt zu erwartende Diskussion der vom Bundesverfassungsgericht aufgezeigten Regelungsmöglichkeiten, die sich auch auf die ärztliche Berufsordnung auswirken wird, einem Menschenbild folgen, das neben der Autonomie des Individuums das menschliche Miteinander als Grundlage seiner Existenz und die psychischen Notlagen der allermeisten Suizidenten würdigt.

Prof. Dr. med. Martin Teising

ist Psychiater und Psychoanalytiker und praktiziert in Bad Hersfeld. Er war bis 2018 Präsident der Internationalen Psychoanalytischen Universität Berlin.

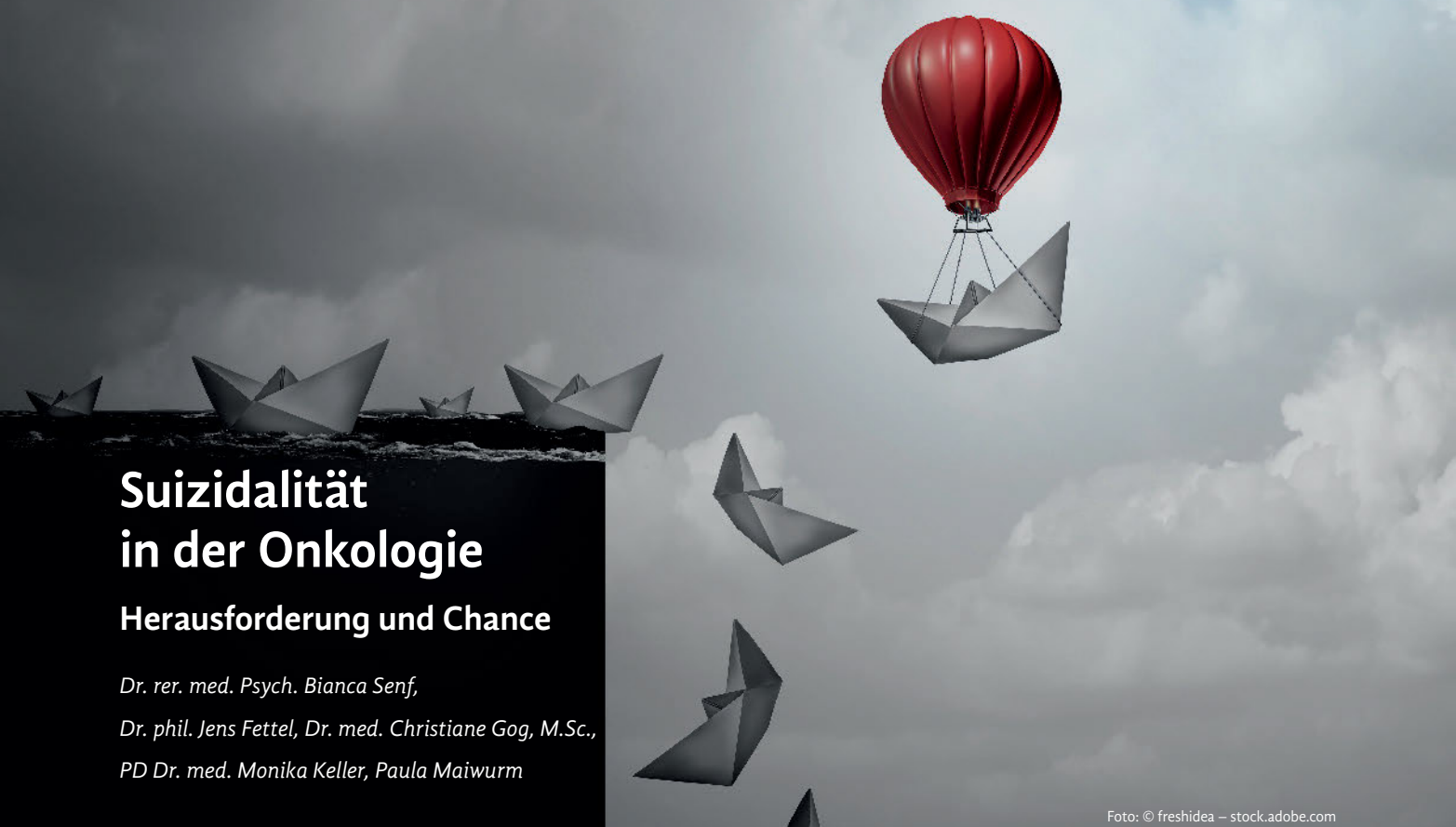


Prof. Dr. med. Reinhard Lindner

lehrt „Soziale Therapie“ an der Universität Kassel, Leitung des Nationalen Suizidpräventionsprogramms für Deutschland.



Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
teising@t-online.de



Suizidalität in der Onkologie

Herausforderung und Chance

Dr. rer. med. Psych. Bianca Senf,

Dr. phil. Jens Fettel, Dr. med. Christiane Gog, M.Sc.,

PD Dr. med. Monika Keller, Paula Maiwurm

Foto: © freshidea – stock.adobe.com

Einleitung

Herr M. lag mit der Diagnose einer Leukämie auf der onkologischen Station eines Krankenhauses. Er war gerade 72 Jahre alt geworden und seit 50 Jahren glücklich verheiratet. Die Leukämie sei gut behandelbar, erfuhr der Patient vom behandelnden Onkologen. Die gesunde und sehr rüstige Ehefrau zeigte sich zuversichtlich und unterstützend. Der Patient selbst wirkte freundlich, zurückhaltend und für das Personal eher auffällig „unauffällig“ und sehr ruhig. Nach dem letzten Rundgang der Nachtschwester suizidierte sich Herr M., indem er sich die Pulsadern aufschnitt. Er wurde von einem Mitpatienten tot aufgefunden.

Suizidalität ist in unserer Gesellschaft bis heute ein Tabu-Thema. Mit jährlich über 9.000 Suizidtoten in Deutschland ist der Tod durch Suizid inzwischen höher als die Zahl der Todesopfer durch Verkehrsunfälle, Drogen und HIV zusammen [1]. Konkret bedeutet das: Alle 56 Minuten nimmt sich ein Mensch in Deutschland das Leben. Männer sind dreimal so häufig betroffen wie Frauen. Dass Krebspatienten zu einer Risikogruppe zählen, ist bei der medialen Fokussierung auf den „Kampf“ gegen Krebs vielen Laien, aber auch Behandlern nicht bewusst. Dennoch, die

Zahl onkologischer Patienten, die sich suizidieren, ist im Vergleich zur nicht erkrankten Bevölkerung signifikant erhöht. Dabei liegt die Dunkelziffer, wie bei Suiziden allgemein, vermutlich deutlich über den amtlichen Zahlen.

Eine onkologische Erkrankung kann in allen Phasen der Erkrankung und Behandlung in einer suizidalen Krise münden und so können behandelnde Ärzte während aller Behandlungsphasen, auch nach Abschluss der akuten Behandlung, mit vagen bis konkreten Suizidgedanken, Suizidversuchen, Suizidhandlungen und dem Wunsch nach Sterbehilfe konfrontiert werden. Welche Faktoren beeinflussen das Suizidrisiko bei Krebspatienten? Welche Alarmzeichen senden Suizidgefährdete aus? Wie sehen sich onkologisch tätige Ärzte auf diese Herausforderung vorbereitet und welche Wünsche an spezifischen Fortbildungen werden geäußert?

Der folgende Beitrag bietet Antworten auf diese Fragen und referiert Erkenntnisse aus einer großen Online-Befragung, an der auch 87 Ärztinnen und Ärzte teilnahmen. Die referierten Ergebnisse beziehen sich auf die Unterstichprobe der Ärzte. Sie geben einen Hinweis darauf, wie häufig onkologisch tätige Ärzte mit dem Thema Suizidalität in Berührung kommen und wie sie ihr Wissen diesbezüglich einschätzen,

wie belastet sie sich fühlen und welcher Fortbildungsbedarf besteht.

Die Krebsdiagnose als kritisches Lebensereignis

Die Diagnose Krebs trifft Betroffene oft überraschend und ist massiv lebensverändernd und häufig sehr herausfordernd. „Wozu das alles noch? Mein Alltag besteht nur noch aus Einschränkungen und Schmerzen! Ich kann einfach nicht mehr! Das macht doch alles keinen Sinn!“

Diese und ähnliche Patientenaussagen sind häufig. Sie verdeutlichen, dass eine Krebserkrankung viele Patienten, aber auch ihr Umfeld in tiefe Verzweiflung stürzen kann. Dabei kann ein Leiden zu jeder Zeit im Verlauf der Behandlung, aber auch noch Jahre danach durch die Erkrankung hervorgerufen werden und in einer suizidalen Krise münden [2].

Eine kürzlich veröffentlichte retrospektive Studie mit 8.65 Millionen Krebspatienten in den USA dokumentiert, dass Krebspatienten viermal so häufig an einem Suizid sterben wie vergleichbare Personen in der Allgemeinbevölkerung [3]. Andere Studien kommen zu ähnlichen Zahlen [4]. Henson et al., die Daten von 1995–2017 auswerteten, konnten zeigen, dass sich von 4.722.099 Krebspatienten 2.491 suizidier-

ten [5]. Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung entspricht dies einem 20 % erhöhten Risiko. Vergleichbare Studien kommen vor allem aus den USA [2, 4, 6], Schweden [7] und Österreich [8] und liegen für Deutschland bislang nicht vor.

Die 33 in der S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“ zitierten Studien zum Thema Suizidalität zeigen, dass durchschnittlich 14,7 % der onkologischen Patienten Suizidgedanken hegten (SD=10,2), während die Häufigkeit von Suizidversuchen mit 5,6 % (SD=9,7) angegeben wird [9]. Weitere Studien belegen die Häufigkeit suizidaler Gedanken bei onkologischen Patienten [10, 11].

Relevanz für Behandler

Suizide im onkologischen Alltag sind nach Annahme vieler Kollegen eher eine Ausnahme – obwohl verschiedene Arbeiten zeigen, dass Patienten psychosoziale Themen primär mit ihrem Arzt besprechen und sich diejenigen, die einen Suizidversuch unternehmen oder sich suizidieren, vorher an einen Arzt wandten [12, 13]. Suizidalität wird dennoch in der Onkologie oftmals nicht als ein relevantes Problem eingestuft. Die Thematik erscheint vielen als paradox. Gleichzeitig fühlen sich viele Behandler öfter überfordert, wenn sie sich

mit einem suizidalen Patienten konfrontiert sehen, rechtzeitig und effektiv Hilfe zu leisten.

Die Häufigkeit der Konfrontation mit suizidalen Patienten lässt sich bisher nur aus den Daten zu vollendeten Suiziden erschließen. Hinweise darauf, wie häufig Ärzte tatsächlich mit der Thematik in Berührung kommen, geben die Ergebnisse der hier vorgestellten Online-Befragung, welche Mitarbeiter der Psychoonkologie der Uniklinik Frankfurt durchführten: Referiert werden an dieser Stelle Ergebnisse der Unterstichprobe von 87 teilnehmenden onkologisch tätigen Ärzten.

Hier geben 61 % der Kollegen an, jährlich ein- bis dreimal mit Patienten konfrontiert zu werden, die Suizidgedanken äußern oder bei denen suizidale Absichten nahe liegen. Weitere 16 % der Ärzte berichten, dass ihnen pro Jahr mehr als dreimal suizidale Patienten begegnen. Hingegen mussten sich bisher 23 % der Ärzte noch nie mit dieser psychischen Notlage auseinandersetzen. Knapp zwei Drittel der Ärzte (63 %) berichten, von einem tatsächlich erfolgten Suizid eines ihrer Patienten erfahren zu haben. Die Ergebnisse stützen die Hypothese, dass die Thematik Suizidalität für onkologische Behandler relevant ist. Ärzte nehmen, zusätzlich zu ihrer medizinischen Fachkompetenz, eine Schlüsselrolle im Erkennen, Benennen und Beurteilen der psychischen Notlagen ein [12].

Erkennen und Benennen

Ein aufmerksamer Umgang der behandelnden Ärzte mit Patienten erleichtert das Erkennen der oft hohen Belastung von onkologischen Patienten und bietet den Ansatz für eine erfolgreiche Suizidprävention. Dabei sind neben einer sorgsam Anamnese die Kenntnis der Risikofaktoren, speziell für onkologische Patienten, bedeutsam. Sie können erste Hinweise auf suizidale Krisen geben und bereits im Vorfeld von behandelnden Ärzten berücksichtigt werden.

Risikofaktoren

Psychische Komorbiditäten: Psychische Störungen gelten mit 90 % als einer der zentralen Risikofaktoren für Suizidalität [14]. Für die Betreuung onkologischer Patienten ist dies relevant: Eine Vielzahl von internationalen und nationalen Studien belegt, dass onkologische Patienten im Verlauf der Erkrankung psychische Belastungen bis hin zu einer manifesten psychischen Störung aufweisen [15–16]. Dabei sind Depression und Angststörungen die am häufigsten auftretenden psychischen Komorbiditäten onkologischer Patienten [17–18].

Vor dem Hintergrund, dass das Suizidrisiko bei depressiv Erkrankten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung etwa 30-mal höher

Infobox 1: Impulse für ein Gespräch

Fragen, die innerhalb eines empathischen, offenen und wertfreien Gesprächs gestellt werden können, um ein Suizidrisiko abschätzen zu können:

- Sie scheinen mir sehr bedrückt. Wie sehr fühlen Sie sich denn die letzten Tage auf einer Skala von 0 bis 10 seelisch belastet? Die Zahl 10 steht wie bei einer Schmerzskala für den höchsten Grad der Belastung.
- Wie denken Sie über Ihre Situation, halten Sie sie für aussichts- und hoffnungslos?
- Können Sie denn zwischendrin auch an etwas Schönes, etwas für Sie Positives denken oder fällt es Ihnen schwer, an

etwas anderes als Ihre Situation und Probleme zu denken?

- Wie ist es momentan mit Ihren Kontakten zu Verwandten und Freunden, ist das sehr viel weniger geworden?
- Haben Sie noch Interesse daran, was in Ihrem Beruf und in Ihrer Umgebung vorgeht? Üben Sie noch Ihre Hobbys aus oder haben Sie dafür gar keine Energie mehr?
- Haben Sie jemanden, mit dem Sie offen darüber sprechen können, wie es Ihnen tief in Ihrem Inneren geht?
- Wohnen Sie zusammen mit Familienangehörigen oder Bekannten?
- Ich habe im Laufe meiner Berufstätigkeit Menschen in Ihrer Situation ken-

nen gelernt, die so verzweifelt waren, dass sie daran dachten, sich das Leben nehmen zu wollen. Haben Sie in jüngster Zeit auch manchmal daran gedacht, sich das Leben nehmen zu wollen?

- Haben Sie auch daran denken müssen, ohne es zu wollen? Ich meine, haben sich diese Gedanken Ihnen einfach aufgedrängt, ohne dass Sie das wollten?
- Wie häufig kommen denn diese Gedanken?
- Haben Sie denn schon mal konkret darüber nachgedacht, wie Sie sich das Leben nehmen würden?
- Haben Sie denn schon genau geplant und Vorbereitungen getroffen?

ist [14], ist eine Depression bei onkologischen Patienten als Indikator für Suizidalität bedeutsam. Depressivität kann bei Krebspatienten die Wahrscheinlichkeit erhöhen, irgendwann im Verlauf der Erkrankung suizidale Gedanken zu entwickeln und suizidale Absichten zu hegen.

Etwa 18 % der Patienten leiden Studien zufolge an einer komorbiden Angststörung [19]. Spezifische krankheitsbezogene Ängste sind jedoch weitaus häufiger und beinhalten Ängste vor der Behandlung und deren Folgen, Progredienzüngste, Ängste vor Schmerzen und Qualen, vor Einsamkeit oder vor dem Sterben. Ängste können bei Patienten emotionale Belastungen hervorrufen, die zu lebensmüden Gedanken führen können.

Demografische Faktoren

Männliches Geschlecht ist ebenfalls ein bedeutsamer Risikofaktor. In der Studie von Zaorsky et al. wurden 83 % der Suizide von Männern ausgeführt [3]. Oberaigner et al. zeigten, dass von 144 Suiziden bei Krebspatienten in Tirol 82,6 % von Männern begangen wurden [8]. Die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) für Männer liegt in dieser Stichprobe bei 2,0, während die für Frauen 1,4 beträgt.

Auch das fortgeschrittene Alter ist ein Risikofaktor. Patienten im Alter von über 50 Jahren sollten besondere Aufmerksamkeit erfahren [3, 20].

Ob Menschen alleine leben oder sozial eingebunden sind, spielt ebenfalls eine Rolle. So haben beispielsweise verheiratete Patienten ein weitaus geringeres Suizidrisiko [21, 22].

Tumorentität

Die Tumorentität ist ein entscheidender Faktor für die Einschätzung des Suizidrisikos. Das höchste Suizidrisiko besteht bei Patienten mit Lungenkarzinom. Hier ist zu vermuten, dass das häufig rasche Fortschreiten der Erkrankung, welches praktisch immer mit qualvoller Luftnot einhergeht, hierfür verantwortlich ist. Einer US-Studie [22] zufolge beträgt die SMR von Lungenkrebspatienten 4,17, gefolgt von Patienten mit kolorektalem Karzinom (SMR=1,41), Mamma- (SMR=1,40) und Prostatakarzinom (SMR=1,18). Auch andere Studien belegen ein erhöhtes Risiko für Lungenkrebspatienten und Patienten mit Pankreaskarzinom [6, 23]. Pankreaskarzinompatienten wissen häufig von Beginn der Diagnosestellung an, dass sie eine sehr schlechte Prognose haben. Die klini-

sche Praxis zeigt hier, dass fehlende Hoffnung, die Krankheit zu überleben, große Verzweiflung und Demoralisationsgefühle auslösen kann. Zugleich weisen verschiedene Autoren auf ein erhöhtes Risiko für Prostatapatienten hin [21, 24, 25].

Prognose

Daten aus England zufolge ist das Suizidrisiko bei prognostisch ungünstigen Tumoren wie beispielsweise Pankreaskarzinom, Tumoren der Lunge/ Pleura, Ösophagus oder des Magens besonders hoch [5]. Auch Fang et al. fanden erhöhte Suizidraten insbesondere bei Tumoren mit schlechter Prognose [20].

Zeitlicher Verlauf

Betrachtet man den zeitlichen Verlauf des Suizidrisikos nach einer Krebsdiagnose, so zeigt sich, dass in der ersten Woche nach Diagnose das Suizidrisiko 12,6-fach höher war als in der Allgemeinbevölkerung, und auch nach einem Jahr war das Suizidrisiko noch 3,1-fach höher [20].

Dass eine Krebserkrankung im Kindesalter auch nach Jahren noch mit Suizidalität und lebensmüden Gedanken einhergehen kann, zeigt eine Langzeitstudie [26]. So

Neuaufgabe:

Bündnis heilen & helfen gibt Broschüre zur Suizid-Prephylaxe heraus



Psychische Krankheiten nehmen zu, Depressionen sind längst zu einer Volkskrankheit geworden. Damit steigen auch die Suizid-Zahlen. Mit der Broschüre „- 30 %! Heilen & Helfen – Suizide

verhindern“ möchte das Bündnis heilen & helfen, dem auch die Landesärztekammer Hessen angehört, dazu beitragen, dass Suizid-Gefahren schneller erkannt werden.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) hat sich zum Ziel gesetzt, die Suizid-Zahlen bis 2030 um 30 Prozent zu senken. Um Betroffene auf professionelle Hilfsangebote hinzuweisen sowie Freunden und Angehörigen Tipps zu geben, hat das Bündnis der Heilberufe in Hessen die Broschüre im Jahr 2019 herausgegeben, die jetzt in einer Neuaufgabe vorliegt. Niedergelassene Hausärzte und Internisten sowie weitere Ärztinnen und Ärzte können diesen Flyer zur Auslage in den Wartezimmern bei der Landesärztekammer Hessen kostenfrei anfordern – per E-Mail bitte an: beate.voelker@laekh.de. Informationen sind im Internet unter www.heilberufehessen.de eingestellt, hier kann die Broschüre auch heruntergeladen werden. (red)

wiesen 12,8 % der Betroffenen suizidale Symptome und immerhin 8,4 % lebensmüde Gedanken auf. Dies ist möglicherweise auf die gesundheitlichen Einschränkungen, die die Erkrankung und Behandlung mit sich gebracht haben, zurückzuführen. Darüber hinaus zeigt die klinische Praxis, dass Patienten besonders auch nach Abschluss der Therapie suizidale Gedanken haben können.

So strapaziös für viele Patienten die Behandlung auch sein mag, sie bietet auch einen sicheren Rahmen. Viele Patienten formulieren es so oder ähnlich: „Es wird etwas gemacht, dass mir hilft, die Krankheit zu überleben“. In diesem Kontext sind Ratschläge wie „leben Sie einfach wie bisher, essen sie gesund, treiben Sie Sport und genießen das Leben“ eher sehr verunsichernd und können vulnerable Patienten in Krisen stürzen. Hinzu kommt, dass viele Patienten erst mit Beendigung der Akuttherapie beginnen (können), sich mit den psychosozialen Folgeerscheinungen auseinanderzusetzen. Auch werden Beeinträchtigungen durch die Erkrankung und Behandlung nun sichtbarer und spürbarer. „Wie soll es nun weitergehen?“, „Hört das nochmal auf?“, „Wird das überhaupt nochmal besser?“ Diese Fragen stellen sich vielen Patienten nach ihrer überstandenen Therapie und drücken oftmals damit aus, wie verzweifelt und überfordert sie sich fühlen. Möglicherweise erklärt dies den erneuten Peak des Suizidrisikos nach neun Monaten bei Pankreas- und Brustkrebs, der in der Langzeitstudie von Saad et al. deutlich wird [6].

Arzt-Patienten-Beziehung

Ausschlaggebend ist ebenso die Arzt-Patienten-Beziehung. Studien zeigen, dass die Beziehung und Kommunikation von Ärzten und Patienten ein entscheidender Faktor bezüglich des Suizidrisikos ist. Eine gute Arzt-Patienten-Kommunikation verringert das Suizidrisiko bei Patienten [27].

Suizidprophylaxe

Zugang zu Möglichkeiten, sich zu suizidieren: In einer Auswertung von 164 als relevant eingestuften Publikationen aus den Jahren von 2005 bis 2014 kristallisierten sich nachweisbar positive Interventions-

strategien zur Suizidprophylaxe heraus, die in unserem Kontext gleichzeitig einen Hinweis auf Risikofaktoren geben [28]. Dies betrifft vor allem den Zugang zu Betäubungs- und Schmerzmitteln, die Krebspatienten vor allem in einem fortgeschrittenen Stadium verschrieben werden. Der barrierefreie Zugang zu diesen Mitteln gilt nach der Analyse von Zalsman et al. als Risikofaktor bzw. als Möglichkeit der Prävention, wenn hier kein oder zumindest ein kontrollierter Zugang besteht. Das gleiche gilt für einen eingeschränkten Zugang zu Brücken, höher gelegenen Balkonen oder nicht gesicherten Fenstern in einer Klinik.

Hinweis: Die Aufsummierung der Prädiktoren allein, die mit einem erhöhten Suizidrisiko einhergehen, ist jedoch nicht ausreichend, um Suizidalität zu diagnostizieren. Vielmehr sollten die einzelnen Faktoren zur Abschätzung des Suizidrisikos dienen und letztendlich geschulte, erfahrene Onkologen, Psychoonkologen und Psychiater in die Beurteilung und Behandlung einbezogen werden.

Suizidale Patienten

Dem Gedanken, nicht mehr leben zu wollen, begegnet man bei Krebspatienten häufig, ohne dass diese tatsächlich als suizidal einzustufen sind. Er kann als ein Versuch verstanden werden, verloren gegangene Kontrolle über das eigene Leben zurückzuerlangen: „Wenn alle Stricke reißen und es nicht mehr erträglich ist, kann ich meinem Leben selbst ein Ende setzen und nicht der Krebs.“ Die empathische Exploration ergibt dann in aller Regel, dass dieser Gedanke einen Ausweg aus der als kaum erträglich erlebten Situation bietet, aber „man“ das niemals tun würde.

Wodurch fällt uns eine Patientin/ein Patient auf und welche versteckten Botschaften gibt es? Viele Ängste und falsche Annahmen kursieren: etwa die Annahme, dass Patienten, die einen Suizid ankündigen, lediglich Aufmerksamkeit möchten und sich nicht suizidieren. Das Gegenteil ist der Fall: (Krebs-)Patienten kündigen in aller Regel, wenn auch nicht immer direkt an, dass sie Gedanken hegen, ihr Leben beenden zu wollen: 90–95 % derjenigen, die Suizidgedanken haben, liefern mehr oder

weniger deutliche Hinweise auf ihr Vorhaben [12].

Die klinische Erfahrung zeigt, dass Patienten wie aus dem in der Einleitung zitierten Beispiel, die ein sehr ruhiges und angepasstes Verhalten zeigen oder die sehr auffällig und fordernd sind, besondere Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte. Besondere Achtsamkeit sollte man zudem bei einem „übersteigerten“ Wunsch nach Therapie, einem nicht enden wollenden Einholen von medizinischen Meinungen, einem ständigen Fordern von umfassenden, technischen Untersuchungen entwickeln. Auch Patienten, die vor Beginn der Erkrankung mehr oder weniger regelmäßig psychotrope Substanzen eingenommen haben und/oder psychische Vorerkrankungen aufweisen, sind gefährdet.

Die Erfahrung zeigt, dass viele Kollegen aus dem pflegerischen oder ärztlichen Bereich ein gutes Gespür für diese gefährdete Patientengruppe haben. Man könnte dies als ein „implizites“ Wissen beschreiben, das expliziert werden sollte. „Der Patient verhält sich irgendwie komisch, nicht im normalen, bekannten Rahmen. Was ist es genau, was mich hier beunruhigt?“ Ebenso können zum Beispiel der Wunsch nach Sterbehilfe oder eine Nahrungsverweigerung ein direktes Anzeichen für Suizidalität sein [14].

Wichtig: Suizidales Verhalten ist komplex

Suizidalität kann über die Zeit schwanken und Patienten, die zunächst nur den Wunsch nach Ruhe äußern, können plötzlich akut suizidal werden – zum Beispiel aufgrund der Nachricht eines Progresses oder einer Diagnose, die medizinisch gesehen nicht als lebenslimitierend eingestuft, aber von der Patientin/dem Patienten als katastrophal erlebt wird.

Die Praxis zeigt, dass aktives Ansprechen einer vermuteten Suizidalität von den meisten Patienten als erleichternd erlebt wird und nicht, wie häufig angenommen, „schlafende Hunde geweckt“ werden. Durch ein verständnisvolles Gespräch kann der subjektiv empfundenen Ausweglosigkeit aktiv entgegengewirkt werden. Das Gespräch ermöglicht es, anscheinend „Unaussprechbares“ besprechbar und damit handhabbar zu machen. Aufgrund ambiva-

Infobox 2: Hintergrund für Gespräche

- Gefühle wertfrei betrachten.
- Vermutung in jedem Fall ansprechen und besprechen, was bisher für den Patienten nicht an- und aussprechbar war.
- Aktuelle Suizidgefahr einschätzen.
- Abwehr des Patienten respektieren, Grenzen nicht überschreiten.
- Erklären, warum man mit dem Patienten über seine Situation sprechen muss.
- Der Verzweiflung, aber auch der Hoffnung Raum geben.
- Ergünden der individuellen Bedeutung der Suizidvorstellung.
- Wichtig: Suizidgedanken sind noch keine Suizid-Absicht.
- Lebenswille und der Sterbewunsch sollten angesprochen werden.
- Eventuell an eine medikamentöse Therapie denken und besprechen. Ein Antidepressivum zu verschreiben, ohne es vorher besprochen zu haben, ist nicht hilfreich und vermindert nicht die Suizidgefahr; vielmehr lässt man den Patienten mit seiner Not dadurch allein.
- Bei einem Non-Suizidvertrag besteht die Gefahr, dass sich der Therapeut in falscher Sicherheit wähnt. Man sollte sich nicht ausschließlich auf einen solchen Vertrag verlassen.
- Primär sollte es darum gehen, wie das Leben des Menschen wieder lebenswerter werden kann, und nicht, wie man den Suizid verhindern kann.

nach Senf et al. [30]

lenter Verhaltensweisen von suizidalen Patienten ist es jedoch nicht immer möglich, Suizidalität zu erkennen. Sofern es einen Hinweis auf Suizidalität gibt, können weitere klärende Fragen folgen (Infobox 1).

In der Online-Befragung zeigte sich, dass im zurückliegenden Jahr 79 % der befragten Ärzte ein Gespräch über Suizidalität mit Patienten führten. Zudem wurde deutlich, dass 74 % der Ärzte ihre Patienten aktiv auf Suizidgedanken ansprachen. Dabei wurden folgende Situationen als Anlass genannt: eigener Verdacht und Eindruck des Arztes, vom Patienten geäußerte Todeswünsche, depressive Entwicklung, routinemäßig innerhalb der Anamnese, psychische Vorerkrankungen, auf Anregung Angehöriger, hohe psychosoziale und Symptombelastung, schlechte Prognose, weit fortgeschrittenes bzw. präterminales Krankheitsstadium.

Sind wir vorbereitet?

Das Erkennen suizidaler Patienten erfordert vor allem Wissen, Erfahrung, Feingefühl und eine spezifische Expertise. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage, inwiefern ärztliche Behandler auf diese Herausforderungen vorbereitet sind. Wie sicher schätzen sich Ärzte im Umgang mit suizidalen Patienten ein?

Die Online-Befragung gibt einen Hinweis: Sich im Gespräch über Suizidgedanken mit ihren Patienten unsicher zu fühlen, geben 28 % der Ärzte an. Sofern von Patienten im Gesprächsverlauf ein Suizidwunsch konkretisiert wird, geben 17 % der Ärzte an, sich überfordert zu fühlen.

Den persönlichen Kenntnisstand zum Thema Suizidalität im Allgemeinen schätzt fast die Hälfte der Behandler (48 %) als ungenügend ein, bezüglich onkologischer Patienten sind es sogar 53 %. Erstaunlicherweise haben 52 % der Ärzte bereits eine psychoonkologische Fortbildung durchlaufen. Wissensdefizite scheinen die Identifikation und Diagnostik von Suizidalität zu erschweren. Unsicherheit und Mangel an Expertise können sich letztendlich auf eine angemessene Patientenversorgung negativ auswirken, da psychische Belastungen und eventuelle Suizidgedanken nicht angesprochen werden [29]. Hilfreiches für ein Gespräch ist in Infobox 2 dargestellt.

Neben den Prozessbedingungen (wie zum Beispiel die Expertise) ist das Handeln bei Suizidalität stark bestimmt durch die Strukturbedingungen der Einrichtung (zum Beispiel genügend Raum und Zeit). Im Klinikalltag ist es besonders bedeutsam, wenn Abläufe und bestimmte Prozesse regeln, wie sich Behandler bei Verdacht auf Suizidalität verhalten können. Es sollte festgelegt sein, wer bei akuter Suizidalität wie informiert werden muss. Telefonnummern und Ansprechpartner sollten klar benannt und die Informationen an einem für alle Behandler zugänglichen Platz sichtbar gemacht sein.

Ebenso ist es für die eigene Absicherung wichtig, eine sorgfältige Dokumentation in der Patientenakte vorzunehmen. „Was wurde wem mit welchen Inhalten mitgeteilt, was wurde durch wen veranlasst?“ Eine Vernetzung mit anderen Fachdiensten bringt den Vorteil, schnell handlungs-

fähig zu sein. Im klinischen Kontext ist die Vernetzung mit der Psychiatrie und im Falle onkologischer Patienten der Psychoonkologie besonders entlastend. Damit wird zum einen Sicherheit gegeben und zugleich einer voreiligen und nicht hilfreichen Handlung entgegengewirkt. So kann ein übereiltes Hinzuziehen eines Psychiaters einen Patienten tiefer in die Krise katapultieren, da sich der Patient womöglich sehr gekränkt und entmündigt fühlt. Im ambulanten Kontext ist die Vernetzung mit niedergelassenen Psychiatern und dem Sozialpsychiatrischen Dienst besonders vorteilhaft und entlastend.

Belastung von Behandlern

Der Umgang mit Suizidalität ist herausfordernd. Der klinische Alltag zeigt, dass die Thematik bei ärztlichen Behandlern mit einer deutlichen Belastung einhergehen kann. Auch die Online-Befragung lässt erkennen, dass sich ein Großteil der onkologisch tätigen Ärzte durch die Thematik belastet fühlt. Spezifische Belastungsfak-

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)

toren im Umgang mit suizidalen Patienten wurden von insgesamt 69 % der Ärztinnen und Ärzte genannt (Mehrfachnennungen waren möglich). Besonders Unsicherheit und Angst kristallisierten sich als Belastungsfaktor heraus: Unsicherheit in der Einschätzung der aktuellen Situation und bezüglich der eigenen Fähigkeit im Umgang mit suizidalen Patienten sowie die Angst vor einem tatsächlichen Suizid wurden hauptsächlich genannt.

Zugleich zeichnen sich Belastungen durch Ressourcenknappheit (vor allem Personal- und Zeitmangel) sowie organisatorische und strukturelle Aspekte ab. Weiterhin spiegelt sich die eigene Haltung, zum Beispiel die Identifikation mit suizidalen Gedanken von Patienten, in den Belastungen wider. Als besonders beanspruchend werden auch die Verantwortung und der damit verbundene Handlungsdruck, Hoffnungs- und Hilflosigkeit sowie besondere Merkmale der Patienten (beispielsweise Abwehr, Widerstand) von den Ärzten geschildert.

Suizidprävention – ein erster Schritt

Die Krebsdiagnose in Verbindung mit einer langen Behandlung und Regeneration/Rehabilitation ist in ihrer Auswirkung für onkologische Patienten nicht zu unterschätzen. Noch Jahre nach der Krebsdiagnose berichten Patienten von der „Dauerangst“, dass die Krankheit zurückkehrt und man daran letztendlich verstirbt. Hilfreich ist hier die Frage, wie es Patienten vor Kontrolluntersuchungen geht, wie sie schlafen, was sie denken, etc. Ein entscheidender Beitrag zur Suizidprävention ist auch das Monitoring von psychosozialer Belastung. Die einfache Frage „Wie fühlen Sie sich momentan; auf einer Skala von 0 bis 10?“ – analog der Schmerzskala – kann helfen, Überlastungsspitzen zu identifizieren und den Patienten konkrete Hilfe zuzuführen.

Gezielte Fortbildungen und Trainings helfen dabei, kommunikative Kompetenzen zu erweitern und Patienten in dieser Situation „Halt“ zu bieten. Darüber hinaus erweisen sie sich als äußerst effektiv [31–33]. Die Studienauswertung von Zalsman et al. kam ebenfalls zu dem Schluss, dass speziell ausgebildete Medizi-

ner wirksam zur Suizidprävention beitragen [28]. Spezifisches Wissen kann so erworben werden, Unsicherheiten und Belastungen werden reduziert und es besteht zugleich die Möglichkeit eines sich positiv auswirkenden kollegialen Austausches. Die Ergebnisse der Online-Studie lassen erkennen, dass auf Seiten der Ärzte ein expliziter Wunsch nach Fortbildungen zur Thematik besteht: 75 % der Ärzte wünschen sich Fortbildungen zum Thema Suizidalität. Dies obwohl ein Großteil der befragten Onkologen (62 %) bereits psychoonkologische Expertise besitzt.

Die Online-Befragung gibt ebenfalls einen Überblick über die Fortbildungsinhalte, welche besonders gewünscht werden. Vor allem Themen zum Umgang mit Suizidalität (59 %) und gesetzlichen Regelungen (51 %) wurden genannt. Weiterhin sollten Themen wie Sterbebegleitung (29 %), Beihilfe zur Selbsttötung (assistierter Suizid, 33 %) und Tötung auf Verlangen (25 %), Akzeptanz gegenüber dem Sterben (35 %) und Therapien am Lebensende (30 %) integriert werden. Dabei sollten die Fortbildungen möglichst multiprofessionell konzipiert und durchgeführt werden. Das heißt sowohl Psychoonkologen (59 %) als auch Ärzte (48 %), Psychologen (22 %), Seelsorger (22 %) und Juristen (15 %) sollten miteinbezogen werden. Den Ergebnissen nach zu urteilen, sollte Suizidalität in den bestehenden (psychoonkologischen) Fortbildungen mehr Raum eingeräumt werden. Damit kann ein entscheidender Beitrag zur Suizidprävention geleistet werden.

Fazit

Relevant ist zunächst, dass Behandler die Thematik Suizidalität in der Onkologie bewusst als eine Situation wahrnehmen, die zwar paradox scheint, im klinischen Alltag aber auftritt. Ärztliche Behandler gehören für suizidgefährdete Menschen mit zu den wichtigsten Bezugspersonen. Sie sind der sichere Hafen, die potenziell lebensrettende Hand für Patienten. Obwohl Suizide, absolut gesehen, selten sind, weisen die Daten der Online-Befragung darauf hin, dass ärztliche Behandler nicht selten mit suizidalen Patienten konfrontiert sind.

Der Umgang mit Menschen in einer existenziellen Krisensituation, die immer auch

suizidale Gedanken und Handlungen zur Folge haben kann, gehört mit zu den schwierigsten Aufgaben, ist herausfordernd und erfordert eine menschliche und zugleich auch professionelle Reaktion. Um Maßnahmen zur Suizidprävention zu etablieren, ist es also besonders wichtig, für diese eher paradox erscheinende Psychodynamik zu sensibilisieren. Dass sich Gedanken aufdrängen, die dazu führen, keinen Sinn mehr im Leben zu verspüren, sollte allen an der Behandlung Beteiligten bewusst sein und berücksichtigt werden. Darüber hinaus erfordert das Erkennen suizidaler Krisen bei Patienten eine spezifische Expertise. Das Wissen über die Risikofaktoren spezifisch bei onkologischen Patienten ermöglicht, die Hochrisikogruppe, besonders in kritischen Phasen der Behandlung, zu identifizieren. Mehr Wissen, ergänzt um ein erweitertes kommunikatives Repertoire durch gezielte multiprofessionell gestaltete Fortbildungen und Kommunikationstrainings, bietet eine reelle Chance der Suizidprävention und für die eigene Psychohygiene.

**Dr. rer. med.
Psych. Bianca Senf**
(Foto)



**Dr. phil. Jens Fettel,
Paula Maiwurm**
(Wissenschaftliche Mitarbeiterin),
beide Universitätsklinikum Frankfurt/M.,
UCT, Abteilung Psychoonkologie

Dr. med. Christiane Gog, M. Sc.
Sana Klinikum Offenbach GmbH,
Klinik für Palliativmedizin

PD Dr. med. Monika Keller
Heidelberg

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Die Autoren erklären, dass kein Interessenkonflikt besteht. Danksagung: An dieser Stelle sei der H.W. & J. Hector-Stiftung gedankt, sie hat die Finanzierung dieses Studienprojekts ermöglicht.

Literatur zum Artikel:

Suizidalität in der Onkologie

Herausforderung und Chance

von Dr. Bianca Senf, Dr. Jens Fettel, Dr. med. Christiane Gog, PD Dr. med. Monika Keller und Paula Maiwurm

- [1] Statistisches Bundesamt 2017, Todesursachen-Suizide. Online: <https://www.destatis.de/DE/The men/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Todesursachen/Tabelle n/suizide.html>; [20.09.2019].
- [2] Robson A, Scrutton F, Wilkinson L, MacLeod F: The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psychooncology* 2010; 19(12):1250–8.
- [3] Zaorsky NG, Zhang Y, Tuanquin L, Bluethmann SM, Park HS & Chinchilli VM: Suicide among cancer patients. *Nature* 2019; 10(1):207.
- [4] Misono S, Weiss NS, Fann JR, Redmann M, Yueh R: Incidence of Suicide in Persons with Cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 28(29): 4731–8.
- [5] Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A: Risk of Suicide After Cancer Diagnosis in England. *JAMA Psychiatry* 2019; 76(1): 51–60.
- [6] Saad AM, Gad MM, Al-Husseini MJ, et al.: Suicidal death within a year of a cancer diagnosis: A population-based study. *Cancer* 2019; 125(6): 972–979.
- [7] Björkenstam C, Edberg A, Ayoubi S, Rosén M: Are cancer patients at higher suicide risk than the general population? *Scandinavian Journal of Public Health* 2005; 33:208–14.
- [8] Oberaigner W, Spemer-Unterwieser B, Fiegl M, Geiger-Gritsch S, Haring C: Increased suicide risk in cancer patients in Tyrol/Austria. *General Hospital Psychiatry* 2014; 36:483–7.
- [9] Leitlinienprogramm Onkologie (Deutsche Krebsgesellschaft, Deutsche Krebshilfe, AWMF): Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten, Langversion 1.1, 2014, AWMF-Registernummer: 032/051OL, <http://leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.html>, [26.09.2019]
- [10] Akechi T, Kugaya A, Okamura H, Nakano T, Okuyama T, Mikami I, Shima Y, Yamawaki S, Uchitomi Y: Suicidal thoughts in cancer patients: clinical experience in psycho-oncology. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 1999; 53(5): 569–73.
- [11] Walker J, Waters RA, Murray G, Swanson H, Hibberd CJ, Rush RW, Storey DJ, Strong VA, Fallon MT, Wall LR, Sharpe M: Better off dead: suicidal thoughts in cancer patients. *Journal of Clinical Oncology* 2008; 26(29): 4725–30.
- [12] Österreichische Gesellschaft für Neuropsychopharmakologie und Biologische Psychiatrie; Suizidalität – Konsensus-Statement State of the art 2011. *Clinicum neuropsy, Sonderausgabe* 04/2011. https://medizin-akademie.at/wp-content/uploads/2014/06/Kons_Suizid_2011_low.pdf, [Stand: 22.09.2019]
- [13] Luoma JB, Martin CE, Pearson JL: Contact with mental health and primary care providers before suicide: a review of the evidence. *American Journal of Psychiatry* 2002; 159(6):909–16.
- [14] S3-Leitlinien/Nationale Versorgungs-Leitlinien: Unipolare Depression, unter der Federführung der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN). 2015, Langfassung, 2. Auflage, Version 3. <https://www.leitlinien.de/mdb/downloads/nvl/depression/depression-2aufl-vers5-lang.pdf>; [10.09.2019].
- [15] Mehnert A, Hund B, Härter M: Komorbidität psychischer Störungen und psychischer Belastung bei Krebspatienten. *Nervenheilkunde* 2011; 30(3): 117–123.
- [16] Costantini A, Pompili M, Innamorati M, Zezza MC, Di Carlo A, Sher L, et al.: Psychiatric Pathology and Suicide Risk in Patients with Cancer. *Journal of Psychosocial Oncology* 2014; 32(4): 383–95.
- [17] Sotelo JL, Musselman D, Nemeroff C: The biology of depression in cancer and the relationship between depression and cancer progression. *International Review of Psychiatry* 26(1): 16–30.
- [18] Watts S, Leydon G, Birch B: Depression and anxiety in prostate cancer: a systematic review and meta-analysis of prevalence rates. *Psychooncology* 2014, *BMJ Open* 4(3): e003901.
- [19] Stark D, Kiely M, Smith A, Velikova G, House A, Selby P: Anxiety disorders in cancer patients: their nature, associations, and relation to quality of life. *Journal of Clinical Oncology* 2002; 20(14): 3137–48.

- [20] Fang F, Fall K, Mittleman MA, Sparén P, Ye W, Adami HO, Valdimarsdóttir U: Suicide and cardiovascular death after a cancer diagnosis. *The New England Journal of Medicine* 2012; 366(14): 1310–8.
- [21] Klaassen Z, Arora K, Wilson SN, King SA, Madi R, et al.: Decreasing suicide risk among patients with prostate cancer: Implications for depression, erectile dysfunction, and suicidal ideation screening. *Urologic Oncology* 2018; 36(2): 60–66.
- [22] Rahouma M, Kamel M, Abouarab A, Eldessouki I, Nasar A, et al.: Lung cancer patients have the highest malignancy-associated suicide rate in USA: a population-based analysis. *Ecantermedicalscience* 2018; 12–859.
- [23] Urban D, Rao A, Bressel M, Neiger D, Solomon B, Mileschkin L: Suicide in lung cancer: who is at risk? *Chest* 2013; 144(4): 1245–1252.
- [24] Dalela D, Krishna N, Okwara J, Preston MA, Abdollah F, et al.: Suicide and accidental deaths among patients with non-metastatic prostate cancer. *BJU International* 2015; 118: 286–297.
- [25] Smith DP, Calopedos R, Bang A, Yu XQ, Egger S, et al.: Increased risk of suicide in New South Wales men with prostate cancer: Analysis of linked population-wide data. *PLoS ONE* 2018; 13(6): e0198679.
- [26] Recklitis CJ, Lockwood RA, Rothwell MA, Diller LR: Suicidal ideation and attempts in adult survivors of childhood cancer. *Journal of Clinical Oncology* 2006; 24(24): 3852–7.
- [27] Riedl D, Schüssler G: The Influence of Doctor-Patient Communication on Health Outcomes: A Systematic Review. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie* 2017; 63(2): 131–150.
- [28] Zalsman G, Hawton K, Wassermann D, et al: Suicide prevention strategies revisited: 10-year systematic review. *The Lancet Psychiatry* 2016; 3(7): 646–59.
- [29] Schmidtke A, Schaller S: Postvention bei suizidalen Handlungen. *Psychotherapie im Dialog* 2012; 13(2): 50–54.
- [30] Senf B, Demmerle C, von Kries A, Lach K, Völkel U, Schulze-Pieper P: Überlegungen und Handreichungen zu Suizidalität. *Im Focus Onkologie* 2016; 19(9): 52–57.
- [31] Barth J, Lannen P: Efficacy of communication skills training courses in oncology: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Oncology* 2011; 22(5): 1030–40.
- [32] Stiefel F: *Communication in Cancer Care*. Berlin, Heidelberg 2006.
- [33] Vitinius F, Sonntag B, Barthel Y, et al.: KoMPASS – Konzeption, Implementierung und Erfahrungen mit einem strukturierten Kommunikationstraining für onkologisch tätige Ärzte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 2013; 63(12): 482–8.

Weitere Veröffentlichungen zum Thema des Autorenteams:

Senf B, Schulze-Pieper P., Lach K, von Kries A, Demmerle C, Völkel U, Fettel J, Maiwurm P: Suizidalität in der Onkologie aus der Perspektive von Psychoonkologinnen: Ergebnisse einer anonymisierten Online-Befragung im Jahr 2018 im Arbeitskreis „Psychoonkologen Hessen“, dapo Jahrbuch 2019.

Senf B, Fettel J, Demmerle C, Maiwurm P (2018). Physicians' attitudes towards psycho-oncology, perceived barriers, and psychosocial competencies: Indicators of successful implementation of adjunctive psycho-oncological care? *Psycho-Oncology*. Doi:10.1002/pon.4962.

Senf B, Demmerle C, von Kries A, Lach K, Voelkel U & Schulze-Pieper P (2016). Suizid in der Onkologie. Überlegungen und Handreichungen zum Thema Suizidalität. *Im Focus Onkologie*, 19 (9), 52–57.

Bad Nauheimer Gespräche – Staffelübergabe

Nach 20 Jahren: Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich übergibt Organisation an Prof. Dr. med. Ursel Heudorf



Blumen zum Abschied und Neubeginn: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Vorstandsvorsitzender des Fördervereins Bad Nauheimer Gespräche) und Adelheid Timm (v. l.).

Die Bad Nauheimer Gespräche (BNG) wurden vor mehr als 40 Jahren mit der Zielsetzung gegründet, Themen von all-

gemeinem sozial-, gesundheits- und gesellschaftspolitischem Interesse der Öffentlichkeit nahezubringen. Bislang wurden 148 Abende zu einer außerordentlich breiten Themenpalette veranstaltet.*

Seit 2000 hat Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich die Organisation und Moderation der Bad Nauheimer Gespräche mit Kompetenz und Herzblut gestaltet. Die Themen umfassten z. B. Strukturfragen im Gesundheitswesen wie Digitalisierung, Telemedizin, Ärztemangel, Bürokratie oder Folgen der DRG. Weitere Themen waren u. a. therapeutisches Klonen, das Menschenbild im Wandel, Armut und Krankheit, Ethikberatung in der Medizin, Herausforderungen der Neonatologie, Hospiz- und Palliativversorgung, Mythen und Irrwege bei der gesunden Ernährung. Nach 20 Jahren gibt Dr. Hasselblatt-Diedrich den Staffelstab an Prof. Dr. med. Ursel Heudorf weiter, die bis zu ihrer Pensio-

nierung im Jahr 2019 Stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt war. Der Vorstandsvorsitzende der Bad Nauheimer Gespräche, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, dankte Hasselblatt-Diedrich für ihren großartigen Einsatz und wünschte Prof. Heudorf für ihre neue Aufgabe viel Erfolg. Diese will die bisherige Breite der Themen beibehalten und freut sich über Themenvorschläge. Der nächste Termin am Donnerstag, 4. Juni 2020 behandelt die zahnärztliche Prävention in Kindertagesstätten, Senioreneinrichtungen und zu Hause.

Gleichzeitig hat Adelheid Timm seit 1. Januar das Sekretariat der BNG übernommen. Sie ist langjährige Mitarbeiterin der Kammer, zuletzt tätig im Präsidialbüro. Timm folgt Sigrid Sterz nach, die von 11/2010 bis Ende 2019 für die BNG tätig war. Kontakt per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraeche.de. (red)

* Liste der Veranstaltungen und weitere Informationen zu den Bad Nauheimer Gesprächen unter <http://www.bad-nauheimer-gespraeche.de/images/downloads/ListeBadNauheimerGesprache.pdf/>.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60048797 ausgestellt am 08.06.2017 für Aljoscha Atrissi, Friedberg

Arztausweis-Nr. 60039710 ausgestellt am 31.08.2015 für Dr. med. Martin Oliver Bauer, Bad Wildungen

Arztausweis-Nr. 60062836 ausgestellt am 02.01.2020 für Dr. med. Juana Birringer, Mainz

Arztausweis-Nr. 60053152 ausgestellt am 05.03.2018 für Monika Buchalik, Hanau

Arztausweis-Nr. 60042500 ausgestellt am 29.03.2016 für Mechthild Diels, Kassel

Arztausweis-Nr. 60063394 ausgestellt am 28.01.2020 für Dr. med. Karin Eberhardt, Kassel

Arztausweis-Nr. 60042067 ausgestellt am 25.02.2016 für Sven Göbel, Dreikirchen

Arztausweis-Nr. 60054789 ausgestellt am 09.07.2018 für Dr. med. Joseph Graf von Westerholt und Gysenberg, Hochheim

Arztausweis-Nr. 60062031 ausgestellt am 04.11.2019 für Dr. med. Kathrin Habig, Gießen

Arztausweis-Nr. 60050979 ausgestellt am 13.11.2017 für Dr. med. Regina Heilmann-Seipelt, Dreieich

Arztausweis-Nr. 60063660 ausgestellt am 10.02.2020 für Dr. med. Nina Herrmann, Marburg

Arztausweis-Nr. 60061438 ausgestellt am 04.10.2019 für Dr. med. Clara Klinger, Schmitten

Arztausweis-Nr. 60059851 ausgestellt am 26.06.2019 für Dr. med. Martina Neumeier Bad Vilbel

Arztausweis-Nr. 60060833 ausgestellt am 29.08.2019 für Dr. med. Nataly Nizam, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 60058748 ausgestellt am 05.04.2019 für Dagmar Scholz-Förster, Alsbach-Hähnlein

Arztausweis-Nr. 60041916 ausgestellt am 15.02.2016 für Julia Sielaff, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 60059633 ausgestellt am 11.06.2019 für Marius Theis, Seligenstadt

Arztausweis-Nr. 60061226 ausgestellt am 23.09.2019 für Muhabbat Turaeva-Janz, Butzbach



Michael Stolberg:
Die Geschichte der Palliativmedizin –
Medizinische Sterbebegleitung von 1500 bis heute

3. Auflage 2020,
 Mabuseverlag Frankfurt/Main,
 303 Seiten,
 ISBN 9783940529794,
 € 34.90

Der Autor Prof. Dr. med. Dr. phil. Michael Stolberg ist seit 2004 als Professor für Geschichte der Medizin an der Universität Würzburg tätig. Auf seiner Spurensuche zur Geschichte der heutigen Palliativmedizin bezieht er sich auf Studien in Deutschland, den Niederlanden und England.

Als Quellen standen ihm Berichte von Geistlichen und Ärzten sowie Leichenpredigten und Jahresberichte von Institutionen, die seit 1500 mit der Begleitung unheilbar Kranker und Sterbender befasst waren, zur Verfügung. Ergänzend zitiert er Literaten. Betroffene kommen selten zu Wort, da diese sich nur selten in schriftlicher Form geäußert haben.

Stolberg zeichnet einen Weg von der Cura palliativa und der Euthanasia medicinalis des 16. Jahrhunderts bis heute. Er beschreibt, wie die zunächst ganz in der Hand der Kirche und von deren Werten bestimmte Sterbebegleitung mit Beginn der Industrialisierung zunehmend zu einer von Ärzten übernommenen medizinischen Sterbebegleitung überging.

Mit der Industrialisierung nahm die Zahl unheilbar Kranker (vor allem Krebs- und Tuberkulosekranker) ohne Versorgung, oftmals alleinstehend, dermaßen zu, dass neben den eher kurativ tätigen Vorläufern unserer heutigen Krankenhäuser (Hospitale) neue palliativ ausgerichtete Versorgungseinrichtungen geschaffen wurden. Der Autor hebt vor allem die „Unheilbarenhäuser“ hervor, die seit 1500 in Italien und in Frankreich vor allem zur Versorgung der Franzosenkrankheit (Syphilis) gegründet wurden. Später entstanden spezielle Institutionen zur Betreuung Krebs- und Tuberkulosekranker.

Die Begrifflichkeit „palliativ“ wurde laut Stolberg auch auf die Symptomlinderung chronisch Kranker verwendet. Der aus der Antike übernommene Begriff Euthanasia bezeichnet zunächst einen „sanften Tod“, bis er Ende des 19. bzw. Anfang des 20. Jahrhunderts als „Tötung auf Verlangen“ gefasst wurde sowie von den Nationalsozialisten auf die Vernichtung „angeblich unwerten Lebens“ ausgeweitet und für die Verbrechen der NS-Euthanasie missbraucht wurde.

Fragen der aktiven Sterbehilfe, der aktiven und passiven Lebensverkürzung Sterbender, Sinn und Maß der Aufklärung über eine anzunehmende Krankheitsprognose und Gebrauch von Narkotika wurden laut Stolberg im gesamten Zeitraum diskutiert: innerhalb der entstehenden Ärzteschaft, mit der Kirche, vor allem aber auch kontrovers zwischen Ärzten und Laien. Die beschriebene christliche Ärzteschaft hat sich mehrheitlich durch die Jahrhunderte hindurch gegen die Tötung auf Verlangen und lebensverkürzende medizinische Maßnahmen ausgesprochen.

Wünschenswert wären Querverweise auf die palliative Versorgung chronisch und unheilbarer Kranker in der Antike sowie im Perserreich gewesen, da die Betrachtung der ausgewählten, von der Kirche bestimmten Länder eine Einnengung darstellt. Das Buch liefert vielfältige Anregungen aus der Historie für den aktuellen gesellschaftlichen Diskurs um die Entwicklung der Palliativmedizin und deren ethischen Herausforderungen.

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann
 Fachärztin für Allgemeinmedizin
 und Palliativmedizin



Statintherapie bei älteren Patienten in der Primärprävention?

Es wird weiterhin diskutiert, ob Statine zur Primärprävention auch bei älteren Personen eingesetzt werden sollten. Aktuelle Metaanalysen und Subgruppenanalysen legen nahe, dass bei Personen ab etwa 75 Jahren das Nutzen-Risiko-Verhältnis keine Verordnung rechtfertigt, insbesondere bei reduziertem Allgemeinzustand bzw. kurzer Lebenserwartung. Ausnahme sind Patienten mit Diabetes mellitus.

Ob auch ältere Patienten von einer Behandlung mit Statinen profitieren, ist eine relevante und vieldiskutierte Frage. Unterscheiden muss man die Primärprävention, also die Behandlung von gesunden Patienten zur Senkung der kardiovaskulären Morbidität und Mortalität, von der Sekundärprävention als Vermeidung von Komplikationen bei bereits manifester koronarer Herzerkrankung. Die Verordnung von Statinen nimmt kontinuierlich zu, in den letzten zehn Jahren hat sich die Verordnungsprävalenz mehr als verdoppelt [1]. Statine werden auch bei älteren Personen häufig verordnet; in den USA verdreifachte sich die Einnahme von Statinen bei über 79-Jährigen von 8,8 % in den Jahren 1999–2000 auf 34,1 % in den Jahren 2011–2012 [2].

Die Indikation zur Statingabe wird bei einem bestimmten Gesamtrisiko gestellt, das durch Risiko-Scores bestimmt werden kann. In Deutschland liegt die Schwelle bei einem Risiko von 20 % für ein kardiovaskuläres Ereignis in zehn Jahren [3], während in den USA diese Schwelle nur bei 7,5 % liegt. Daraus resultiert eine deutlich höhere Number needed to treat in den USA, also eine größere Anzahl von Personen, die von der Einnahme mehr Nach- als Vorteile haben.

Im Jahr 2016 kam die US Preventive Services Task Force zum Schluss, dass die Evidenz nicht ausreichend sei, um eine Aussage bezüglich einer Nutzen-Risiko-Abwägung der Statintherapie bei Personen, die älter als 75 Jahre sind, zu machen [4]. In einem Übersichtsartikel von Gurwitz et al. wurde 2016 zusammengefasst, dass in den Studien PROSPER, JUPITER und HO-

PE-3 bei Erwachsenen über 75 Jahren ein mäßiger Nutzen bezüglich kardiovaskulärer Endpunkte, aber kein signifikanter Nutzen bezüglich der Gesamtmortalität festzustellen sei [5]. In einer Post-hoc-Analyse der ALLHAT-LLT Studie (Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial-Lipid Lowering Trial [6]) gab es bei Erwachsenen über 65 Jahren ebenfalls keinen signifikanten Unterschied zwischen Atorvastatin- und Placebogruppe bezüglich der Gesamtmortalität.

Bei Erwachsenen über 75 Jahren kam es sogar zu einer nichtsignifikanten Erhöhung der Sterblichkeit (Hazard Ratio 1,34 für Pravastatin vs. Placebo; 95 % Konfidenzintervall 0,98–1,84; $p = 0,07$) [7]. Die Ergebnisse einer weiteren Studie aus Australien bezüglich Statintherapie bei älteren Menschen (STAREE) werden im Laufe des Jahres 2020 erwartet [8].

In einer Beobachtungsstudie konnte kein Nutzen bei Erwachsenen über 75 Jahren, die keine Diabeteserkrankung hatten, gezeigt werden [9]. Bei Patienten mit Diabetes mellitus könnte die Situation anders aussehen, allerdings vor allem in der Gruppe der 75- bis 84-Jährigen mit einem kardiovaskulären Gesamtrisiko von $> 20\%$ in zehn Jahren. Auch in einer aktuellen Metaanalyse zur Statintherapie bei älteren Menschen konnte ein Nutzen nur in der Sekundärprävention, nicht aber in der Primärprävention gezeigt werden [10].

Risiken

Zu den Risiken der Statintherapie bei älteren Menschen zählen muskuloskelettale Erkrankungen inklusive Myopathien, Myalgien, Muskelschwäche, Verletzungen, Arthropathien und dadurch Verschlechterung des Allgemeinzustands und möglicherweise Frailty. Außerdem kann es zu kognitiven Beeinträchtigungen mit erhöhter Sturzgefahr und Behinderung kommen [11].

Trotz der limitierten Evidenz heißt es in der Leitlinie des American College of Cardiology und der American Heart Association von 2018, dass bei Erwachsenen ab 75 Jah-

Hausärztetag Hessen 20./21. März abgesagt

Der 12. Hausärztetag Hessen am 20./21. März in Frankfurt/Main wurde abgesagt. Grund ist laut Mitteilung der Schutz der hausärztlichen Versorgung wegen der Covid-19 Pandemie. Ein neuer Termin später im Jahr ist in Planung.

ren mit einem LDL-Cholesterin von 70–189 mg/dl (1,7–4,8 mmol/l) eine moderate Statintherapie sinnvoll sein könnte [12]. Diese nicht durch Evidenz belegte Empfehlung wird in einem aktuellen Kommentar von Neil Skolnik zurecht kritisiert, insbesondere auch bezüglich des nicht nachvollziehbaren LDL-Schwellenwertes von 70 mg/dl. Darin werden vier Kategorien von Situationen genannt, bei denen über das Absetzen bzw. Fortführen der Statine nachgedacht werden sollte [13]:

1. Ältere Patienten mit Frailty und limitierter Lebenserwartung: absetzen.
2. Sekundärprävention bei vorliegenden kardiovaskulären Erkrankungen: fortführen.
3. Patienten mit Diabetes: fortführen.
4. Erwachsene älter als 75 Jahre zur Primärprävention: gemeinsame Entscheidungsfindung, limitierte Evidenz.

Fazit für die Praxis

Bei Personen über 75 Jahren ohne Diabetes liegen derzeit keine überzeugenden Hinweise für ein positives Nutzen-Risiko-

Verhältnis der Statintherapie in der Primärprävention vor. Insbesondere bei reduzierter Lebenserwartung und eingeschränktem Allgemeinzustand sollte ein Absetzen diskutiert werden.

Prof. Dr. med. Michael Freitag

Oldenburg, E-Mail:

michael.freitag@uni-oldenburg.de

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP) 2019; 47 – vorab online, 12.12.2019, im Internet www.akdae.de/Arzneimitteltherapie/AVP/index.html.

Anmeldung für den Newsletter der AkdÄ (Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft): <https://akdae.de/Service/Newsletter/index.php>

Ein Interessenkonflikt wird vom Autor verneint. Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Erratum

Durch einen redaktionellen Fehler wurden in Ausgabe 04/2020 in dem Interview „Qualitätssicherung aus Sicht der reproduktionsmedizinischen Zentren“ auf S. 159 die Fotos der beiden Ärztinnen Dr. med. Annette Bachmann und Dr. med. Aysen Bilgicyildirim vertauscht. In der Online-Ausgabe wurde der Fehler korrigiert.



Dr. med. Annette Bachmann (links)
und Dr. med. Aysen Bilgicyildirim (rechts).

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Infoblatt: Praktikanten in Arztpraxen

Praktikantinnen und Praktikanten sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie Regelungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre der Patienten. Informationen können im Internet abgerufen werden: www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/betriebspraktika/.

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Fortsetzung nächste Seite

Literatur zum Artikel:

Statintherapie bei älteren Patienten in der Primärprävention?

von Prof. Dr. med. Michael Freitag

- [1] Klose G, Schwabe U: Lipidsenkende Mittel. In: Schwabe U, Paffrath D, Ludwig W-D, Klauber J (Hrsg.). Arzneiverordnungs-Report 2019. Springer-Verlag GmbH Deutschland, 2019; 749–760.
- [2] Johansen ME, Green LA: Statin use in very elderly individuals, 1999–2012. JAMA Intern Med 2015; 175: 1715–1716.
- [3] Hausärztliche Risikoberatung zur kardiovaskulären Prävention. S3-Leitlinie. AWMF-Register-Nr. 053–024, DEGAM Leitlinie Nr. 19; Berlin, 2017.
- [4] Bibbins-Domingo K, Grossman DC, Curry SJ, et al. US Preventive Services Task Force. Statin use for the primary prevention of cardiovascular disease in adults: US Preventive Services Task Force recommendation statement. J Am Med Assoc 2016; 316: 1997–2007.
- [5] Gurwitz JH, Go AS, Fortmann SP. Statins for primary prevention in older adults: uncertainty and the need for more evidence. J Am Med Assoc 2016; 316: 1971–1972.
- [6] ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Research Group: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-converting enzyme inhibitor or calcium channel blocker vs diuretic: The Antihypertensive and Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial (ALLHAT). JAMA. 2002; 288: 2981–2997.
- [7] Han BH, Sutin D, Williamson JD et al., ALLHAT Collaborative Research Group: Effect of Statin Treatment vs Usual Care on Primary Cardiovascular Prevention Among Older Adults: The ALLHAT-LLT Randomized Clinical Trial. JAMA Intern Med 2017; 177: 955–965.
- [8] STAREE. A clinical trial of Statin therapy for Reducing Events in the Elderly: ClinicalTrials.gov. NCT02099123.
- [9] Ramos R, Comas-Cufí M, Martí-Lluch R et al.: Statins for primary prevention of cardiovascular events and mortality in old and very old adults with and without type 2 diabetes: retrospective cohort study. Br Med J 2018; 362: k3359.
- [10] Cholesterol Treatment Trialists' Collaboration: Efficacy and safety of statin therapy in older people: a meta-analysis of individual participant data from 28 randomised controlled trials. Lancet 2019; 393: 407–415.
- [11] Mansi I, Frei CR, Pugh MJ et al.: Statins and musculoskeletal conditions, arthropathies, and injuries. J Am Med Assoc 2013; 173: 1–10.
- [12] Grundy SM, Stone NJ, Bailey AL et al.: 2018 AHA/ACC/AACVPR/AA-PA/ABC/ ACPM/ADA/AGS/APhA/ASPC/NLA/ PCNA Guideline on the Management of Blood Cholesterol: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2019; 73: e285–e350.
- [13] Skolnik N: Reexamining Recommendations for Treatment of Hypercholesterolemia in Older Adults. JAMA 2019; 321: 1249–1250.

Wir gedenken der Verstorbenen



Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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



Virginia Satir: Kommunikation ist ein riesiger Regenschirm

Klett-Cotta 2018, Reihe Leben lernen 18.
Aus dem Amerikanischen von Maria Bosch
und Elke Wisshak, mit einer Einführung
von Gerd F. Müller. 1. Aufl. 2018,
136 Seiten, broschiert. 18 €, auch als
E-Book. ISBN: 9783608892314

Der schmale Band müsste eigentlich „Hommage an Virginia Satir“ (1916 bis 1988) heißen. In seiner mehr als ein Drittel der Seitenanzahl umfassenden Einführung würdigt Gerd F. Müller, Schüler von Satir und Lehrtherapeut, ihre Arbeit und will anhand der vorliegenden Auswahl ihrer Texte auf die Pionierarbeit der Begründerin der system- und wachstumsorientierten Familientherapie aufmerksam machen. Er stellt das Arbeitsmodell von Virginia Satir mit dessen hochmodernen Schlüsselbegriffen vor: Selbstwert und Kommunikation – Ressourcen – Wachstumsmodell – Kongruenz und Achtsamkeit – Erlebnisorientierung.

Müller hebt hervor, dass Satir zu den frühen lösungsorientierten Therapeutinnen gehörte, die durch ihre innovative Vorgehensweise Grundlagen der Familientherapie erarbeitet und viele Nachfolger/-innen beeinflusst hat. Die Textzusammenstellung soll neugierig machen auf eine ungeheuer kreative Familientherapeutin, die vor allem Praktikerin war.

Gegliedert ist der Hauptteil des Buches in drei Kapitel: Kommunikation – Sprechen und Hören, Kommunikationsmuster (Beschwichtigen, Anklagen, Rationa-

lisieren, Ablenken) und Kommunikationsspiele. Neben theoretischen Überlegungen zur Kommunikation finden sich Beispiele von Satirs Arbeit, die den Ansatz verdeutlichen: „In meinen Augen ist Kommunikation wie ein riesiger Regenschirm, der alles umfasst und beeinflusst, was unter menschlichen Wesen vor sich geht. Sobald ein Mensch zur Welt gekommen ist, ist Kommunikation der einzige und wichtigste Faktor, der bestimmt, welche Art von Beziehungen er mit anderen eingeht und was er in seiner Umwelt erlebt.“

Satirs Texte laden mit vielen Übungen dazu ein, den eigenen Kommunikationsmustern auf die Spur zu kommen, doppeldeutige Botschaften zu erkennen und die eigenen Reaktionsweisen spielerisch zu verändern, um schließlich zu einem guten Interaktionsstil und zu befriedigenden Beziehungen zu finden.

Da Kommunikation erlernt ist, ist sie auch veränderbar. Am Beginn des Veränderungsprozesses steht eine vertiefte Wahrnehmung – von sich wie vom anderen. Satir schrieb in direkter Rede, so wie sie mit ihren Klientinnen und Klienten sprach. Kurzweilig – kreativ – praktikabel.

Dr. Margret Kamm, Göttingen

Pandemieplanung: Betriebsärzte raten zur Vorsorge

Im Fall einer Epidemie oder Pandemie kann der massenhafte Ausfall von erkrankten Mitarbeitern die Betriebsabläufe in einem Unternehmen empfindlich stören. Um Arbeitgeber bei der Vorbereitung auf eine Pandemie zu unterstützen, hat die Deutsche Gesetzliche Unfallversicherung (DGUV) daher gemeinsam mit dem Verband der Betriebs- und Werksärzte e. V. (VDBW) die Broschüre

„10 Tipps zur betrieblichen Pandemieplanung“ veröffentlicht. Darin wird über wesentliche Schutzmaßnahmen informiert, mit Hinweisen zur Hygiene, das Festlegen von Ansprechpartnern sowie Vorkehrungen des Managements, wenn Personal ausfällt. Die Broschüre kann im Internet unter www.vdbw.de heruntergeladen oder über Berufsgenossenschaften oder Unfallkassen bezogen werden.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Marburg

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Goldenes Doktorjubiläum

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

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

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

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: Katrin Groos

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 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.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@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

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Meike Höhner

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztekbank, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, gültig ab 01.01.2020

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2019:

Druckauflage: 37.266 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.989 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 Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen 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, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt 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 be-
zeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allge-
meinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanlei-
tungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenstän-
diger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Be-
nutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation darge-
stellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern,
dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entspre-
chen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleis-
tung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publika-
tion dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden
materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnut-
zung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verur-
sacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches
oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Korrektur des Beschlusses des Landesausschusses vom 28.11.2019 auf der Grundlage des Bedarfsplans 2019 mit dem Arztstand 01.10.2019 betreffend der Arztgruppe der Nervenärzte aufgrund der Beanstandung des HMSI vom 16.01.2020

Mit dem Schreiben vom 16.01.2020 hat das HMSI den Beschluss des Landesausschusses vom 28.11.2019 beanstandet, soweit der Beschluss die Arztgruppe der Nervenärzte betrifft. Dies mit der Begründung einer angewandten Quotenberechnung, die nicht § 12 Abs. 5 der Bedarfsplanungs-Richtlinie entspricht. In der Anpassung der Datenbank zur Ermittlung der Bedarfsplanungszahlen wurden Ärzte, die sowohl den Facharzt für Neurologie als auch den Facharzt für Psychiatrie führen, nicht der Quote der Nervenärzte, sondern anteilig der Quote der Neurologen bzw. Psychiater zugeordnet. Nach dem Wortlaut der Bedarfsplanungs-Richtlinie ist diese Zuordnung fehlerhaft. Ärzte mit beiden Facharztanerkennungen sind in der Ermittlung der Quote der Nervenärzte zu berücksichtigen. Die Beanstandung bewirkt, dass der Beschluss hinsichtlich der Arztgruppe der Nervenärzte nicht in Kraft tritt.

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat, nach Korrektur der am 28. November 2019 unter Zugrundelegung des **Arztstandes 01.10.2019** getroffenen Entscheidung, im Umlaufverfahren folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen der Arztgruppe der Nerven-

ärzte eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt (siehe Anlage 1).

II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für die Arztgruppe der Nervenärzte in diesen Planungsbereichen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

III. Bei den Planungsbereichen der Arztgruppe der Nervenärzte, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in der Anlage 1 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 13.05.2020 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

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

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

→ siehe Anlage 1

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Korrektur der Beschlüsse des Landesausschusses vom 28. November 2019 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVHBeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt

Vorsitzender des Landesausschusses

Anlage 1

Partielle Öffnung

PLANUNGSBEREICH	Nervenärzte
Darmstadt, Stadt	ÜV
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV
Offenbach am Main, Stadt	ÜV
Wiesbaden, Stadt	ÜV
Kreis Bergstraße	3,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	1,00
Kreis Groß-Gerau	2,00
Hochtaunuskreis	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	7,00
Main-Taunus-Kreis	3,00
Odenwaldkreis	1,00
Landkreis Offenbach	5,50
Rheingau-Taunus-Kreis	1,50
Wetteraukreis	1,50
Landkreis Gießen	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	2,50
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,50
Vogelsbergkreis	2,00
Kassel, Stadt	ÜV
Stadt und Landkreis Fulda	1,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	1,50
Landkreis Kassel	3,00
Schwalm-Eder-Kreis	2,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	2,50
Landkreis Werra-Meißner	3,00
freie Arztstze gesamt	44,50
ÜV - Überversorgung	
Versorgungsgrad 100 bis 110 %	
Versorgungsgrad unter 100 %	
drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V	

Quotensitze

PLANUNGSBEREICH	Nervenärzte ¹	Neurologen ²	Psychiater ³	freie Quotensitze Nervenärzte
Darmstadt, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00
Offenbach am Main, Stadt	0,00	1,00	0,00	1,00
Wiesbaden, Stadt	0,00	0,00	0,00	0,00
Kreis Bergstraße	0,00	0,50	1,50	2,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	0,00	0,00	1,50	1,50
Kreis Groß-Gerau	1,50	0,00	2,00	3,50
Hochtaunuskreis	0,00	0,00	1,00	1,00
Main-Kinzig-Kreis	2,00	0,00	7,00	9,00
Main-Taunus-Kreis	0,00	0,00	3,00	3,00
Odenwaldkreis	0,00	0,50	0,50	1,00
Landkreis Offenbach	0,00	1,50	2,00	3,50
Rheingau-Taunus-Kreis	0,00	1,00	0,00	1,00
Wetteraukreis	0,00	0,00	2,00	2,00
Landkreis Gießen	0,00	0,00	0,00	0,00
Lahn-Dill-Kreis	0,00	1,50	0,00	1,50
Kreis Limburg-Weilburg	0,00	0,00	0,00	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	0,00	1,50	0,00	1,50
Vogelsbergkreis	0,00	1,50	0,00	1,50
Kassel, Stadt	1,00	0,00	0,00	1,00
Stadt und Landkreis Fulda	0,00	0,00	0,50	0,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	0,00	0,00	1,00	1,00
Landkreis Kassel	1,50	3,50	0,00	5,00
Schwalm-Eder-Kreis	1,50	1,50	0,50	3,50
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,00	1,00	1,00	2,00
Landkreis Werra-Meißner	0,00	2,00	1,00	3,00
freie Arztstze gesamt	7,50	17,00	24,50	49,00

¹Fachärzte für Nervenheilkunde sowie Ärzte mit doppelter Facharztanerkennung in den Gebieten Neurologie und Psychiatrie

²Fachärzte für Neurologie

³Fachärzte für Psychiatrie sowie Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie