

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 11 | 2020
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 81. Jahrgang



Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen

Vertebral Osteoarthritis, CT-Scan – Foto: © mauritius images/BSIP SA/Alamy

**8. ordentliche
Delegiertenversammlung**
Staatsminister Kai Klose
(Bündnis 90/Die Grünen)
stand Rede und Antwort

**Ethik, Gesundheitsversorgung
und Ökonomie**
Teil III der Serie befasst sich
mit Medizin- und Wirtschafts-
ethik und deren Symbiose

**Arztbewertungsportale
im Fokus**
Aktuelle Entwicklungen in der
Rechtsprechung – erläutert
an einem Beispielbeschluss

In der Ruhe liegt die Kraft

Eigentlich wollte ich in dem aktuellen Editorial nicht schon wieder etwas über SARS-CoV-2 schreiben, aber Sie kennen das ja sicher alle, manchmal wird man von den Ereignissen quasi überrannt.

Konkret hat die bundesweite Zeitung mit den vier großen Lettern die beiden Artikel von Gottschalk und Heudorf aus unserer Oktoberausgabe aufgegriffen und damit die bundesweite Aufmerksamkeit darauf gelenkt. Hoffentlich führt dies tatsächlich zu der gewünschten, nicht emotionalen und meines Erachtens zwingend notwendigen Sachdiskussion, nicht nur die Eindämmungsstrategie, sondern endlich auch die anderen, bereits erwähnten Schritte zur Bekämpfung einer Pandemie zu ergreifen. In der nächsten Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts werden die Antworten auf zwischenzeitlich eingegangenen Leserfragen zu dem Artikel veröffentlicht.

Zunächst einmal ist, um allen Missverständnissen vorzubeugen, deutlich festzuhalten, dass Covid-19 eine überaus ernst zu nehmende Erkrankung ist, deren Sterblichkeit nach den bislang vorliegenden Erkenntnissen leider höher ist als bei der uns bekannten Grippe. Covid-19 trifft wohlgerne nicht nur die bekannten Risikogruppen schwer, sondern in unerwarteten, wenn auch glücklicherweise seltenen Fällen auch junge und gesunde Menschen.

Und dennoch gilt es, Ruhe und einen kühlen Kopf zu bewahren. Das gilt in besonderem Maß für unseren Berufsstand.

In den vergangenen Monaten haben wir in einer außerordentlichen Geschwindigkeit hinzugelernt und das nicht nur im Labor, sondern in der mehr als realen Welt der Intensivstationen. Ja, es stimmt, wir können leider immer noch nicht jeden Covid-19-Erkrankten retten, aber deutlich mehr als zu Beginn der Pandemie. Richtig ist aber ebenso, dass wir leider auch andere Krankheiten noch immer nicht so erfolgreich behandeln können, dass man daran nicht mehr verstirbt. Das beginnt bei A wie Amyotrophe Lateralsklerose, geht über I wie Influenza und endet bei Z wie Zellweger-Syndrom.

Es stimmt aber auch, dass wir inzwischen nicht nur bessere Behandlungsmöglichkeiten haben, sondern auch viel besser auf die vermutlich in den kalten Monaten unweigerlich steigende Zahl behandlungsbedürftiger Patienten vorbereitet sind.

Leichtsinn ist dennoch nicht angesagt, genauso wenig wie die öffentliche Verbreitung von Panik. Die überall kursierenden Zahlen müssen vernünftig interpretiert werden. Das alleinige Starren auf die Zahl nachweislich Infizierter und die ständige Warnung vor einer zweiten Welle oder gar einem Tsunami helfen in keiner Weise. Im Gegenteil, die Menschen stumpfen ab und ein Gewöhnungseffekt mit nachfolgender Nachlässigkeit tritt ein. Das halte ich dann in der Tat für kritisch, denn natürlich müssen wir die vulnerablen Bevölkerungsgruppen schützen. Dabei dürfen wir aber nicht über das Ziel hinausschießen und die Bewohnerinnen

und Bewohner von Altenheim völlig isolieren. In vielen Pflegeeinrichtungen dürfen die Bewohnerinnen und Bewohner ihre Mahlzeiten noch immer nicht im Gemeinschaftsraum einnehmen, sondern sind regelrecht in ihre Zimmer „verbannt“. Dieses Vorgehen halte ich für asozial, unverhältnismäßig und sachlich keinesfalls gerechtfertigt. Wenn sich Beschäftigte und Besucher ihrer Verantwortung bewusst sind und sich danach verhalten, sollte die Forderung der Deutschen Stiftung Patientenschutz nach einem „Corona-Monitor“ für Pflegeheime überflüssig werden.

Auch kaum durchdachte und nicht umsetzbare Forderungen oder Empfehlungen wie etwa die Grippeimpfung für alle, wo doch für diese Saison nur 25 Millionen Impfdosen und damit gleichwohl bereits 30 % mehr als in der Vorsaison bestellt wurden, sind wenig hilfreich. Das „Hü“ aus der einen Richtung und das „Hott“ aus der anderen Richtung helfen niemandem, sondern erzeugen Verwirrung und Frustration. Was denn nun, denkt der Bürger, und wendet sich womöglich mit Grausen ganz ab.

Wir müssen alle gemeinsam lernen, das Leben trotz des vermutlich nicht eliminierbaren Coronaerregers so weit wie möglich zu normalisieren. Ohne Panik und Angst, denn beide waren noch nie gute Ratgeber, sondern mit Maß und Umsicht.

Ohne Schulen und eine funktionierende Wirtschaft, ohne ein vertretbares Maß an sozialen Kontakten droht nicht nur eine schwere wirtschaftliche, sondern auch eine soziale und psychische Krise. Gerade bereits vor der Pandemie psychisch erkrankte Menschen können ein Lied davon singen.

Von Politik und Exekutive erwarte ich, dass sie Feierexzessen, wie sie nachgewiesenermaßen in Clubs und Bars in deutschen Metropolen stattfinden, konsequent und wirkungsvoll entgegenzutreten und nicht stattdessen die zum größten Teil verantwortungsbewusste Bevölkerung mit verschärften Schutzmaßnahmen in Sippenhaft nehmen.

Die bislang erfolgten Lockerungen erlauben uns meines Erachtens einen recht guten Kompromiss.

Allerdings frage ich mich, ob auch auf die Untersuchungshaft des Oberstaatsanwalts B. Lockerungen hätten übertragen werden dürfen. Sie erinnern sich, der bundesweit bekannte Kämpfer gegen Korruption im Gesundheitswesen, der selbst die Hand weit offen hielt, wurde aus der Untersuchungshaft entlassen, obwohl er nur weitgehend, also nicht vollumfänglich geständig war. Selbstverständlich respektiere ich die Entscheidung der Justiz, auch wenn ich sie nicht gänzlich nachvollziehen kann.

Blieben Sie gesund und vergessen Sie Ihre eigene Influenzaimpfung nicht.

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



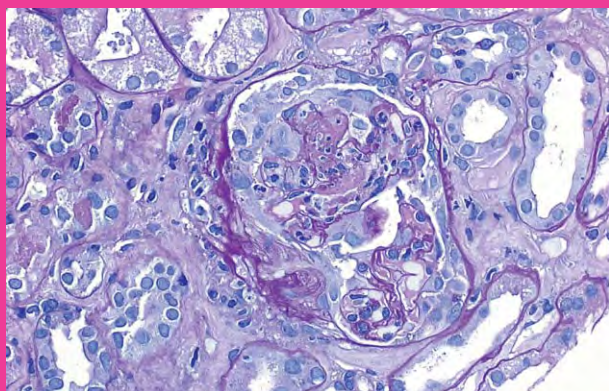


Foto: Prof. Dr. med. Kirsten de Groot

Chronisch-entzündliche Erkrankungen und ihre Pathophysiologie

Die meisten der chronisch-entzündlichen Erkrankungen beruhen auf Fehlfunktionen des Immunsystems. Der zertifizierte Fortbildungsartikel thematisiert verschiedene Fallkonstellationen wie das Bindegewebe, kleine und große Gefäße oder die Wirbelsäule.

599



Foto: Maren Grötsch

8. ordentliche Delegiertenversammlung

Pandemiebedingt tagte die Delegiertenversammlung zum ersten Mal in ihrer Geschichte nicht in Bad Nauheim, sondern unter Beachtung eines ausgefeilten Hygienekonzepts in der Stadthalle Friedberg – mit Staatsminister Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen) als Ehren-gast am Vormittag.

591

Editorial: In der Ruhe liegt die Kraft 587

Aus dem Präsidium: Über die Rente reden 590

Ärzttekammer

8. ordentliche Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 591

Bericht des Versorgungswerkes 597

Serie Patientensicherheit Teil 11: Risikomanagement – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch 622

Serie Teil I: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor/Liste ÖGD 626

PID-Ethikkommission zieht positives Fazit zum Start der zweiten Amtszeit 627

Fortbildung

CME: Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen – Ansatzpunkte für neue Therapieansätze 599

Antibiotika-Verordnungen in der ambulanten Versorgung in Hessen 2013–2019 610

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 614

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 620

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 630–639

Nachrichten: Tarifeinigung für Ärztinnen und Ärzte an Unikliniken in Hessen 598

Aus den Bezirksärztekammern

Mittelhessen: Gesundheitsämter im Dialog mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten 613

Pharmakotherapie: Supplemente mit Omega-3-Fettsäuren – Gibt es evidenzbasierte Indikationen? 628



Foto: © Prof. Dr. med. Andreas Goldschmidt



Foto: © i!-graphics – stock.adobe.com

Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie

Teil III der Serie stellt die Begriffe Medizinethik und Wirtschaftsethik in den Vordergrund. Diese lassen sich aus medizinischer Sicht nicht „grundsätzlich“ deckungsgleich bringen, auch wenn unzweifelhaft ist, dass sie einander bedingen bzw. eine Schnittmenge haben. Eine Art von Symbiose ist also gefragt.

606

Arztbewertungsportale im Fokus

In der Rechtsprechung zu Arztbewertungsportalen im Internet ist nach wie vor sehr viel Bewegung. Die Portalbetreiber reagieren auf aktuelle Beschlüsse und bemühen sich, diese umgehen zu können. Für Ärztinnen und Ärzte gibt es dennoch gute Gründe, sich gegen zu Unrecht abgegebene Bewertungen zu wehren.

624

Gesundheitspolitik

„Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“ Teil III: Medizinethik und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe 606

Recht: Arztbewertungsportale – Aktuelle Entwicklungen in der Rechtsprechung 624

Parlando: Zwischen Idealisierung und Ausbeutung – Bad Homburger Ausstellung fragt nach dem Wesen der Natur . 629

Leserbriefe 613

Personalien 638

Musiktip: Jasmin Tabatabai – Jagd auf Rehe 625

Impressum 640

Bücher



Splitterzeiten

Flora von Herwarth

S. 621

Das Hessische Ärzteblatt auch als App



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

Relaunch der Website www.laekh.de

Seit Ende August 2020 hat die Landesärztekammer Hessen (www.laekh.de) einen neuen Internet-Auftritt. Dadurch funktionieren alle alten Links nicht mehr, die auf den bisherigen Kammerauftritt verweisen. Bitte nutzen Sie z. B. die Suchfunktion auf der Startseite, um die Inhalte zu finden.

Über die Rente reden

Wir müssen über die Rente reden. Ein Thema, das selten Begeisterung hervorruft. In unserem Fall ist jedoch Grund zur Zufriedenheit vorhanden. Als berufsständisches Versorgungswerk sind wir nicht nur unabhängig von der Deutschen Rentenversicherung, sondern auch Herr über unsere eigene Rente. Wie funktioniert das?

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen wählt den Vorstand des Versorgungswerkes aus den Reihen der hessischen Ärztinnen und Ärzte. Dieser lenkt, beraten von hauptamtlichen Experten des Versorgungswerkes, dessen Geschicke. Große Entscheidungen über die Ausrichtung des Versorgungswerkes werden im Plenum der hessischen Ärztekammer, der Delegiertenversammlung, gefällt. Im Prinzip werden unsere Rentenbeiträge also von uns für uns verwaltet. Die derzeitigen Renten können sich daher durchaus sehen lassen. Im Gegensatz zur Deutschen Rentenversicherung, die nach dem Umlageprinzip arbeitet, also den aktuellen Rentnern ausbezahlt was die Beitragspflichtigen einbezahlen, hat das Versorgungswerk das Anwartschaftsdeckungsverfahren gewählt. Kurz gesagt bedeutet das: Wir bekommen als Rente das heraus, was wir selbst im Berufsleben eingezahlt haben. Zudem beinhaltet die Rentenversicherung im Versorgungswerk automatisch eine Berufsunfähigkeitsversicherung sowie Hinterbliebenenrenten. Somit sind wir und unsere Familien umfangreich abgesichert, ohne dass zusätzliche Beiträge erhoben werden.

Um die Renten auf einem hohen Niveau zu halten und der Zeit anzupassen, werden diese eingezahlten Beträge fest verzinst. Dies ist natürlich nur möglich, indem am Kapitalmarkt Gewinne erzielt werden. Trotz der anhaltend schwierigen Situation in diesem Sektor, der uns dieses Jahr das Wort Negativzinsen gelehrt hat, können unsere Beiträge vom Versorgungswerk aktuell mit 3 % verzinst werden. Eine großartige Leistung. Um das Versorgungswerk auch in diesen turbulenten Zeiten stabil und die Gewinne möglichst hoch zu halten, mussten jedoch auch Maßnahmen getroffen werden, die weh tun. So steigt das Renteneintrittsalter auf 67 Jahre an und die Verzinsung der Beiträge wird ab



Foto: Katarina Ivanisevic

„Die Rentenplanung ist insbesondere auch für junge Ärztinnen und Ärzte wichtig“

2021 auf 2,5 % gesenkt. Um diese Maßnahmen, die vor allem jüngere Ärztinnen und Ärzte treffen, abzufedern, haben wir in der Delegiertenversammlung listenübergreifend einen zusätzlichen Beschluss gefasst. Dieser besagt, dass die erwirtschafteten Überschüsse in absehbarer Zeit primär in die Höherverzinsung der zukünftig zu 2,5 % verzinsten Beiträge investiert werden. Dies klingt recht trocken und theoretisch, es ist aber ein großer Beweis der Solidarität von Kolleginnen und Kollegen aller Altersgruppen mit uns Jüngeren.

Dennoch stellt sich besonders für junge Ärztinnen und Ärzte die Frage: Wird die Rente reichen? Eine seriöse Antwort darauf wird nicht zu finden sein, da es nicht nur von persönlichen Faktoren wie den individuellen Ansprüchen an den eigenen Lebensstandard, sondern auch von äußeren Einflüssen

wie der Inflation und den Entwicklungen an den Finanzmärkten abhängt. Wer jedoch bedenkt, dass bis 2003 die Beiträge vom Versorgungswerk mit 4 % pro Jahr verzinst werden konnten, und den Zinseszinsseffekt einberechnet, der wird schnell gewahr, dass die Zeiten für frühere Generationen deutlich rosiger waren. Weiterhin gibt es gesellschaftliche Entwicklungen, die besonders jungen Ärztinnen die Freude auf die Rente trübt: Wer in Teilzeit arbeitet oder in Kindererziehungszeiten keine Beiträge zahlt, erwirbt wesentlich niedrigere Rentenanswartschaften.

Daher lohnt sich gerade für uns junge Kolleginnen und Kollegen eine gründliche Planung. Mehr denn je haben wir durch vergleichsweise hohe Einkommen die Möglichkeit, heute schon eine solide finanzielle Basis fürs Alter zu schaffen. Dies geht sowohl über zusätzliche Beiträge zum Versorgungswerk wie auch über private Rentenzusatzversicherungen oder gänzlich andere Modelle. Was davon zu wem passt, muss jede(r) individuell klären. Man sollte lediglich den Fehler vermeiden, sich in jungen Jahren nicht mit dem Thema Rente zu beschäftigen.

Svenja Krück

Siehe zum Thema auch S. 597.

Neu: Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem neuen Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kam-

mer bequem in Ihr E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de.



Foto: Maren Grätschkeit

Die Delegiertenversammlung tagte erstmals unter Pandemiebedingungen in der Stadthalle Friedberg.



Foto: Alla Soumm

„Das Gesundheitswesen wird einem Stresstest unterzogen, wie es ihn noch nie gegeben hat“

8. ordentliche Delegiertenversammlung der LÄKH, 16. Wahlperiode 2018–2023

Dieses Mal war vieles anders. Pandemiebedingt tagte die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen zum ersten Mal in ihrer Geschichte nicht in Bad Nauheim, sondern unter Beachtung eines ausgefeilten Hygienekonzepts in der Stadthalle Friedberg. Auch der Auftakt der Sitzung war von dem Thema Corona bestimmt. Nachdem die Delegierten ihre Plätze an Einzeltischen eingenommen hatten, hieß Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski den Hessischen Minister für Soziales und Integration Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen) als Ehrengast des Vormittags willkommen.

Staatsminister dankt hessischen Ärztinnen und Ärzten

Das Gesundheitswesen werde durch die Pandemie einem Stresstest unterzogen, wie es ihn noch nie gegeben habe, stellte Klose in seinem Grußwort fest und wandte sich direkt an die Ärzteschaft: „Mein Dank gilt den hessischen Ärztinnen und Ärzten und ihren Mitarbeiter*innen. Ihr außerordentliches Engagement hat ganz wesentlich dazu beigetragen, dass wir in Hessen bisher gut durch die Krise gekommen sind. Diesen Weg sollten wir weiter

gemeinsam beschreiten.“ Durch das Zusammenwirken der Politik und aller Beteiligten im Gesundheitswesen habe



Foto: Manuel Maier

Ehrengast: Staatsminister Kai Klose

man die Pandemie bisher vergleichsweise gut bewältigt.

Auch Pinkowski warb einmal mehr für die Fortführung der erfolgreichen Zusammenarbeit. Seit Beginn der Pandemie zeigten Politik, Kliniken, niedergelassene Ärzteschaft, ärztliche Selbstverwaltung, Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD) und viele andere Einrichtungen, wie Kooperation zum Wohle der Patienten

gelingen könne. Es bleibe zu hoffen, dass auch der vor wenigen Tagen auf Bundesebene beschlossene Pakt für den ÖGD den gewünschten Erfolg zeigen werde, sagte Pinkowski. „Die langfristigen, mit hoher Wahrscheinlichkeit massiven wirtschaftlichen und sozialen Folgen der Krise und der Gegenmaßnahmen können wir erst zu einem späteren Zeitpunkt beurteilen.“

In einer dreißigminütigen Diskussion ging Klose auf Fragen von Delegierten ein und positionierte sich zu dem Pakt für den ÖGD. So sei in der Corona-Pandemie deutlich geworden, welche wichtige Rolle dieser im Gesundheitswesen einnehme. Große Herausforderungen wie die konsequente Absonderung von Infizierten und die Nachverfolgung von Kontaktpersonen hätten die Gesundheitsämter bisher hervorragend gemeistert. Schon vor Corona habe man in der Gesundheitsministerkonferenz über eine Stärkung des ÖGD diskutiert, berichtete der Minister. Forciert durch die Pandemie sei jetzt der Pakt für den ÖGD geschlossen worden, für den der Bund vier Milliarden Euro zur Verfügung stelle und der sowohl eine Aufstockung des Personals als auch den Ausbau der digitalen Ausstattung umfasse. Man werde mit hohem Einsatz dafür



Dr. med. Sabine Dominik



Christine Hidas



Dr. med. Bernhard Winter



LÄKH-Vizepräsidentin Monika Buchalik

sorgen müssen, dass der Einsatz der Mittel auch funktioniere.

Dabei sollen Gesundheitsförderung und Prävention künftig eine wichtige Rolle im Aufgabenspektrum des ÖGD spielen, kündigte Klose an. Da man zur Umsetzung vor allem qualifiziertes Personal brauche, komme es besonders auf Aus-, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an. Ob es im Rahmen der Stärkung des ÖGD auch Gedanken darüber gebe, die Zahl der Medizinstudienplätze zu erhöhen, wollte Christine Hidas (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen) wissen. Man befinde sich in Diskussionen mit dem zuständigen Hessischen Ministerium für Wissenschaft und Kunst, erwiderte Klose und sprach die Forderung nach einer Landarztquote an.

Hidas fragte weiter, ob in Hessen ein Landesgesundheitsamt geplant sei, um in einer konsentierten Aktion gemeinsam agieren zu können? Aktuell sehe er keinen Spielraum für eine derartige Landesbehör-

de, erwiderte Klose. Angesichts der sehr unterschiedlichen Corona-Infektionszahlen in Hessen habe es sich bewährt, dass die Entscheidungshoheit bei den örtlichen Gesundheitsämtern liege. Der Minister räumte allerdings ein, dass die Koordination der Gesundheitsämter besser werden müsse. Er betonte, dass das Hessische Ministerium für Soziales und Integration die oberste Gesundheitsbehörde des Landes ist.

Zusagen über weitere finanzielle Förderungen hatte Klose unter Hinweis auf die bevorstehenden großen Auseinandersetzungen über die Prioritäten der öffentlichen Haushalte nicht nach Friedberg mitgebracht. Von Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund) auf das im Gesetzgebungsverfahren befindliche Krankenhaus-zukunftsgesetz und ihre Befürchtung angesprochen, dass davon nur die großen Krankenhauskonzerne profitieren könnten, erklärte Klose, man sei dabei, den Entwurf zu prüfen und stehe mit den Trä-

gern kommunaler Krankenhäuser im Gespräch. Allerdings, so prognostizierte der Minister, werde es in der Situation, in der sich die Kliniken befänden, einen größeren Verteilungskampf geben.

„Was tut Ihr Ministerium, um die niedergelassenen Hausärzte vor Ort zu unterstützen?“, fragte Michael Knoll (Die Hausärzte) den Minister. Dr. med. Sylvia Mieke (Liste ÄrztINNEN) kritisierte, dass in den vergangenen Monaten vor allem im Fernsehen immer von der Leistung der Krankenhäuser in der Pandemie, nicht jedoch von jener der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte die Rede gewesen sei. Er habe keine Geschenke für die Stärkung der Hausärzte im Rucksack, räumte Klose ein. Allerdings sei man dabei, eine Koordinierungsstelle dafür im Ministerium zu schaffen. Zugleich hob der Minister die große Rolle der niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und -ärzte in der Pandemie hervor. Sie seien in den zurückliegenden Monaten der Schutzwall dafür gewesen, dass die Krankenhäuser nicht noch stärker unter Druck geraten seien.

Dr. med. Bernhard Winter (Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte) erkundigte sich nach dem Stand des von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer geforderten Anonymen Krankenscheins. Man schaue sich an, wie dieser in anderen Bundesländern geregelt sei, gab Klose zur Antwort. Der Anonyme Krankenschein gehöre leider zu den Projekten, die wegen Corona etwas liegen geblieben, aber keinesfalls verloren gegangen seien.

„Welche Möglichkeiten sehen Sie, dass die Gesundheitsversorgung der Patienten stärker in den Vordergrund rückt und nicht mehr die Kommerzialisierung?“, fragte Dr. med. Gabriel Nick (Liste Ältere Ärzte). Dies sei immer eine Frage der Prioritätensetzung, erklärte Klose. Unter anderem durch die Pandemie sei die Diskussion darüber in eine neue Richtung gelenkt worden. Das sehe man auch an der Stärkung des ÖGD.

Am Schluss der Diskussion dankte Pinkowski dem Minister für seinen Besuch und lud ihn erneut zu der Delegiertenversammlung im März 2021 ein. Gleichzeitig gab er Klose im Namen aller Heilberufskammern die Bitte mit auf den Weg, sich dafür einzusetzen, dass diese – wie die



IHKn und die Handwerkskammer auch – vom Informationsfreiheitsgesetz ausbezogen werden.

In seinem Themen von bundes- und landesweiter Tragweite behandelnden Bericht bedauerte der hessische Ärztekammerpräsident unter Bezug auf die Bewältigung der Corona-Pandemie erneut, dass mit dem DIVI-Intensivregister ein neues Register eingeführt worden sei: „Viel besser wäre es gewesen, das in Hessen sehr gut etablierte IVENA-System bundesweit auszurollen, zumal IVENA zu diesem Zeitpunkt bereits an die neuen Anforderungen angepasst worden war und deutlich aussagefähiger ist. Die Folge ist nun leider eine teilweise doppelte Arbeit in Hessen.“

Pinkowski informierte die Delegierten, dass das Bundesverfassungsgericht in seinem Urteil vom 26. Februar 2020 das 2015 eingeführte Verbot der geschäftsmäßigen Sterbehilfe (§ 217 StGB) für verfassungswidrig und nichtig erklärt habe. Das grundgesetzlich verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasse ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben, das auch die Freiheit einschließe, sich das Leben zu nehmen und hierbei auf die freiwillige Hilfe Dritter zurückzugreifen. Das Bundesverfassungsgericht habe aber auch klar gemacht, dass keine Ärztin und kein Arzt zu dieser Hilfe gezwungen werden kann, betonte Pinkowski.

Mit dem Urteil sei allerdings auch § 16 Abs. 3 der Berufsordnung für hessische Ärztinnen und Ärzte, der auf der (Muster-)Berufsordnung ([M-]BO) der Bundesärztekammer basiere, nicht mehr belastbar und werde daher in Hessen derzeit auch nicht angewandt. Die Landesärztekammern erarbeiteten daher in den Gremien der Bundesärztekammer Empfehlungen zur Anpassung von § 16 (M-)BO. In der Folge werde der Deutsche Ärztetag bzw. der Vorstand der Bundesärztekammer über die Änderung der (M-)BO beschließen. „Die Landesärztekammern werden dann über die Umsetzung durch Übernahme der (M-)BO in ihre eigenen Berufsordnungen beraten und beschließen“, so Pinkowski weiter. Ziel sei eine bundeseinheitliche Regelung: „Daher sollte die LÄKH keinen Alleingang unternehmen. Ich hoffe, dass entspre-

chende Vorschläge für eine Neuordnung bis Jahresende vorliegen werden.“

Jahresabschluss 2019

Nach Themen des Versorgungswerkes (siehe weiterer Bericht S. 597) befassten sich die Delegierten mit dem Jahresabschluss und der Entlastung des Präsidiums für das Jahr 2019.

Die stellvertretende Vorsitzende des Finanzausschusses Dr. med. Sabine Dominik berichtete über den geprüften Jahresabschluss. Anders als im Jahr 2018, das einen Überschuss zu verzeichnen hatte, schloss das Berichtsjahr 2019 mit einem deutlichen Fehlbetrag in Höhe von T€ 3.049.

Als Hauptgrund hierfür nannte Dominik die Senkung des Mitgliedsbeitrags um 7,5 %. Dennoch ist der Jahresfehlbetrag geringer ausgefallen als ursprünglich geplant. Gründe dafür waren laut Dominik unter anderem eine positive Entwicklung der Mitgliederzahl, die sich auf die Bei-

tragseinnahmen insgesamt auswirkte, und geringere Personalkosten.

Der Fehlbetrag gehe zu Lasten der Betriebsmittellrücklage, die aber insgesamt noch den Vorgaben der Haushalts- und Kassenordnung entspricht. Für die erwartete Entwicklung von Rücklagen und Liquidität prognostizierte Dominik ein weiteres Absinken der Betriebsmittellrücklage im laufenden Jahr 2020 unter die Mindest-Soll-Rücklage. In 2019 betrug die Bilanzsumme T€ 70.349 – ein höherer Betrag als T€ 56.459 im Vorjahr und begründet durch den Erwerb der neuen Kammerimmobilie.

Immobilienkauf Kammergebäude

Der Immobilienkauf führte zu einer Erhöhung des aktiven Anlagenvermögens sowie einem Abfluss von liquiden Mitteln. Die Abwicklung verlief planmäßig Ende April 2019 mit einer termingerechten Übergabe der Kammerimmobilie. Insgesamt wurden für das Projekt „Hanauer



Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke



Dr. med. Susanne Johna



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen

Fotos (3): Maren Grlischkeit



Landstraße“ T€ 598 weniger als geplant ausgegeben. Nach Abschluss der Restarbeiten 2020 werde die Planunterschreitung voraussichtlich T€ 250 betragen. Mit diesen Informationen beendete Dominik ihren Bericht.

Hilfsfonds

Daraufhin stellte Dr. med. Jürgen Glatzel (Liste Älterer Ärzte, Foto), Mitglied des Präsidiums und Vorsitzender des Ausschusses Hilfsfonds, die Zahlen des Geschäftsjahres 2019 vor. Der Hilfsfonds habe zum 31. Dezember 2019 über ein Vermögen von € 150.729,54 verfügt – und damit € 9.354,76 weniger als im Vorjahr. Im Jahr 2019 betrugen die Unterstützungen € 8.771,08 und werden voraussichtlich auch 2020 in gleicher Höhe zu Buche schlagen. Zudem werde der laufend unterstützte Personenkreis 2020 eine Winterbeihilfe von € 1.100 pro Person erhalten, was dem vollen Richtsatz entspricht.

Bericht der Wirtschaftsprüfer

Anschließend berichtete Dr. Karsten Hövermann von der W+ST Wirtschaftsprüfungsgesellschaft über die erfolgte Jahresabschlussprüfung 2019. Deren Schwerpunkte umfassten die Aktivierung und Finanzierung des Verwaltungsgebäudes in der Hanauer Landstraße im Sinne eines Soll-Ist-Vergleiches, die Entwicklung der

Betriebsmittelrücklage und Dotierung der Instandhaltungsrücklage sowie Wertpapiere, Forderungen aus Kammerbeiträgen und Verbindlichkeiten des Krebsregisters. Da die Prüfungsunterlagen gut vorbereitet, die Aktenführung und das Belegwesen nachvollziehbar und sämtliche angeforderten Unterlagen sowie weiterführenden Informationen umgehend zur Verfügung gestellt wurden, konnte die Prüfung effizient durchgeführt werden. Der unabhängige Abschlussprüfer erteilte dem Jahresschluss und dem Lagebericht der LÄKH einen uneingeschränkten Bestätigungsvermerk. Der entsprechende Beschlussantrag des Finanzausschusses zur Entnahme des Jahresfehlbetrages in Höhe von T€ 3.049 aus der Betriebsmittelrücklage wurde schließlich einstimmig angenommen. Ebenfalls einstimmig erteilten die Delegierten dem Kammerpräsidium des Vorjahres Entlastung.

Wahlen und Nachwahlen

Anschließend standen Nachwahlen auf der Tagesordnung. Auf Antrag der Vizepräsidentin der LÄKH Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen) wurde Jutta Willert-Jacob (Die Hausärzte), stellvertretende Vorsitzende der Bezirksärztekammer Gießen, als Mitglied des Ausschusses Hilfsfonds für die laufende Wahlperiode (2018–2023) einstimmig nachgewählt, nachdem Angelika Bayer (ehem. ÄrztINNEN Hessen) von ihren ehrenamtlichen Aufgaben vorzeitig zurückgetreten war. Dem Antrag des Präsidiums, Prof. Dr. med. Paul Kessler, Facharzt für Anästhesiologie, und Dr. med. H. Christian Piper, Facharzt für Innere Medizin, als Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen nachzuwählen (siehe auch S. 635), stimmten die Delegierten ebenso einstimmig zu wie dem Präsidiums Antrag, Dr. med. Horst Rebscher-Seitz als ehrenamtlichen Richter beim Heilberufsgericht bei dem Verwaltungsgericht Gießen für die Zeit bis zum 31. Dezember 2023 zu besetzen.

Nach einer weiteren, ebenso einstimmigen Wahl stehen die 18 Abgeordneten zum 124. Deutschen Ärztetag fest (4.–5. Mai 2021 in Rostock), die Veröffentlichung der Namen folgt.

Änderung von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen

Wie der Justitiar der LÄKH Manuel Maier darlegte, müssen von der Delegiertenversammlung beschlossene Rechts- und Verwaltungsvorschriften, darunter Satzungen, in Zukunft mit der EU-Richtlinie 2018/958 konform sein: Diese sehe die Durchführung einer Verhältnismäßigkeitsprüfung vor Erlass neuer Berufsreglementierungen durch öffentlich-rechtliche Körperschaften vor.

Die Hessische Landesregierung habe deshalb am 29. Juni 2020 den Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung der EU-Richtlinie vorgelegt, der in seiner jetzigen Form die Anpassung des Hessischen Heilberufsgesetzes (HeilBG) im § 17 vorsieht. Hierdurch werden die Heilberufskammern künftig verpflichtet, bei Erlass von Rechts- und Verwaltungsvorschriften sowie bei deren Änderungen die Vorgaben der EU-Verhältnismäßigkeitsrichtlinie zu beachten und eine entsprechende Prüfung objektiv und unabhängig durchzuführen. Aus diesem Grund bedürfe es einer entsprechenden Änderung bzw. Ergänzung der Hauptsatzung (§ 5 Abs. 4a) sowie der Geschäftsordnung der LÄKH (§ 3 Abs. 1a, § 8 Abs. 2).

Der juristische Geschäftsführer erläuterte ebenfalls, dass die im Abschnitt B der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen (WBO 2020) aufgeführten Gebiete „Psychiatrie und Psychotherapie“ und „Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ zur Einbeziehung der Systemischen Therapie neu gefasst werden müssen. Grund hierfür sei der entsprechende Beschluss des Vorstandes der Bundesärztekammer (BÄK) vom 19./20. März 2020, mit dem die Muster-Weiterbildungsordnung (M-WBO) nach den Empfehlungen der Ständigen Kommission (STÄKO) Weiterbildung angepasst worden sei.

Des Weiteren solle, wie Maier weiter ausführte, in die Satzung der Ethik-Kommission ein neuer Gebührentatbestand „Wissenschaftliches Beratungsgespräch/Vorabberatung zur Antragstellung“ mit einer Rahmengebühr in Höhe von € 250–3.000 genauso aufgenommen werden wie ein neuer Tatbestand zur Klarstellung, dass sich die „Abrechnung der Gebühren für



Foto: Alla Soumm



Foto: Alla Soumm

Wirtschaftsprüfer Dr. Karsten Hövermann

klinische Prüfungen nach MPG (deutsches Medizinproduktegesetz) und MDR (EU-Verordnung 2017/745 über Medizinprodukte: Medical Device Regulation)“ nach der Verwaltungskostenordnung des HMSI richtet. Diese Satzungsänderung beruhe dabei auf drei Anlässen: auf der Rechtsänderung im Strahlenschutz, auf der EU-Rechtsänderung bei der Bewertung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten sowie auf dem Einsatz der Software „ethikPool“ in der Geschäftsstelle der Ethik-Kommission im Zuge der Digitalisierung des Beratungs- und Bewertungsverfahrens der Kommission. Aus demselben Grund bedürfe auch die Kostensatzung der LÄKH einer Anpassung in Kapitel 4, in dem die Tätigkeit der Ethik-Kommission geregelt ist.

Im nächsten Schritt stand die Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichterstelle (GuS) bei der LÄKH auf dem Programm. Wie Maier erläuternd darlegte, ist es einer neuen Arbeitsgruppe der BÄK unter maßgeblicher Beteiligung der LÄKH im Jahr 2018 gelungen, anstatt einer einheitlichen Verfahrensordnung für die GuS der Landesärztekammern eine Rahmenverfahrensordnung zu erarbeiten. Nachdem diese im Herbst 2018 vom BÄK-Vorstand beschlossen worden war, ist auch bei der Satzung der GuS der LÄKH Änderungsbedarf festgestellt worden. Dieser umfasse folgende Punkte: So soll u. a. § 1 Abs. 2 (Beteiligte) nunmehr auch die Möglichkeit einer Verfahrens-beteiligung für die Haftpflichtversicherung der Ärztin bzw. des Arztes enthalten; in § 6 Abs. 2 (Kommissionsverfahren) soll die Hürde für den Patienten/die Patientin zum Bestreiten eines Kommissions-

verfahrens abgesenkt werden, indem der/die Letztere keine Pflicht, sondern nunmehr die Gelegenheit hat, den Antrag zum Verfahren zu begründen. Auch soll § 7 (Statistik) den Hinweis an alle Beteiligten enthalten, dass die Ergebnisse der Arbeit der GuS anonymisiert in eine bundesweite Auswertung eingehen und zum Zwecke der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie der Fehlerprophylaxe verwendet werden.

Änderung zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt“ (LNA)

Daraufhin stand eine Änderung der Gültigkeitsdauer der Qualifikationsurkunde Leitender Notarzt (LNA) auf dem Plan. Wie der Justitiar sowie Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund), Vorsitzender des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin sowie der Bezirksärztekammer Marburg, erläuterten, ist für die Bestellung eines LNA eine entsprechende Bescheinigung der LÄKH erforderlich. Diese LNA-Qualifikationsurkunden werden derzeit mit einer Gültigkeit von drei Jahren ausgestellt. Folglich muss die Qualifikation durch Ableistung von Wiederholungsseminaren alle drei Jahre rezertifiziert werden. Da aber – Corona-bedingt – LNA-Wiederholungskurse nicht angeboten werden konnten bzw. nur eingeschränkt angeboten werden können, sind bereits etliche LNA-Urkunden von berufenen LNAs abgelaufen bzw. werden in den kommenden Monaten ihre Gültigkeit verlieren. Daher beantragt das Präsidium auf Empfehlung des Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin, die Gültigkeitsdauer der LNA-Urkunden von drei auf fünf Jahre zu verlängern. Auch bedürfe es der Über-

gangsregelung, dass die bereits ausgestellten und noch gültigen Urkunden ab dem 1.1.2017 die neue – längere – Gültigkeitsdauer erhalten.

Entsprechend den Anträgen des Präsidiums stimmten die Delegierten einstimmig den Änderungen der Rechtsquellen zu.

Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2020

„Wir haben es umgesetzt, wir bringen es gut auf den Weg.“ Mit diesen Worten leitete Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärzte Hessen) seinen Lagebericht zur Umsetzung der Weiterbildungsordnung 2020 ein. Zwar gebe es bei der Bundesärztekammer (BÄK) einen Themenspeicher für verschiedene Punkte, die noch abgeklärt werden müssten mit zahlreichen Extra-wünschen verschiedener Fachdisziplinen. „Wir müssen dabei aber genau prüfen, was den Patienten wirklich nützt“, betonte Fach. Als großen Erfolg wertete er, dass die fachlich empfohlenen Weiterbildungs-pläne auf den Weg gebracht seien. Diese müssen jetzt nur noch mit der BÄK abgestimmt werden.

Pandemiebedingt habe es jedoch auch in Hessen u. a. bei den Kursen in der Weiterbildung geknirscht. „Wir haben versucht, dem Rechnung zu tragen, indem wir eine extra Sechs-Wochen-Zeit zusätzlich zu Urlaub und Krankheit gewährt haben, die coronabedingt gefehlt werden kann. Da sind wir flexibel in der Anerkennung der Zeiten“, so Fach. So sei es möglich, Kurse noch vor der Prüfung nachzuholen, die eigentlich bereits für die Prüfungsanmeldung erforderlich sind. Der Output an Fachärzten solle so nicht gestört werden.

Mandatsniederlegung und Nachfolge von Sitzen in der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen für die Wahlperiode 2018–2023

Mandatsverzicht	mit Datum vom:	Nachrücker
Angelika Bayer Liste 1 ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/-innen, Hausärzte/-innen, angestellte Ärzte/-innen, niedergelassene Ärzte/-innen, Ärzte/-innen in Weiterbildung und Ärzte/-innen im Ruhestand)	27.07.2020	Christiane Hoppe Liste 1 ÄrztINNEN Hessen (Fachärzte/-innen, Hausärzte/-innen, angestellte Ärzte/-innen, niedergelassene Ärzte/-innen, Ärzte/-innen in Weiterbildung und Ärzte/-innen im Ruhestand)



Eine qualitativ hochwertige Weiterbildung müsse garantiert werden, betonte Fach. Allerdings gebe es einige Formalien, die es zu hinterfragen gebe. Als Beispiel nannte er eine Internistin mit Schwerpunkt Nephrologie, die im Fach Innere Medizin nicht weiterbilden dürfe, obwohl sie diese Tätigkeiten im täglichen Leben mache. „Wir dürfen keine Flaschenhälse schaffen, da müssen wir formal flexibel sein oder Einzelfallentscheidungen treffen können. Da werden wir uns in nächster Zeit intensiv drum kümmern.“

Auch beim eLogbuch bleibe es spannend. Fach sieht dort noch Verbesserungspotenzial. Dies zeige die aktuell in Hessen laufende Pilotphase. Für die Befugungen selbst gebe es eine Übergangsfrist von drei Jahren. „Es müssen 6.500 Befugungen nochmal in die Hand genommen werden. Da haben wir noch viel Arbeit vor uns.“

ÖGD: Ende der Blockadehaltung zu Tarifverhandlungen gefordert

Einstimmig haben die Delegierten ein Ende der Blockadehaltung kommunaler Arbeitgeber zu Tarifverhandlungen im Öffentlichen Dienst (ÖGD) gefordert. „Nur ein arbeitspezifischer Tarifvertrag kann den ÖGD langfristig zukunftsfest machen, um die eklatanten Gehaltsnachteile für die im ÖGD beschäftigten Ärztinnen und Ärzte ausgleichen zu können“, erläuterte PD Dr. med. Andreas Scholz (Marburger Bund), der als Mitunterstützer dieses Thema unterstützte. Dies bilde die Grundvoraussetzung, um langfristig ärztlichen Nachwuchs zu gewinnen, und stelle damit den zentralen Baustein dafür dar, dass der kürzlich von Bund und Ländern vereinbar-

te „Pakt für den ÖGD“ ein Erfolg wird und nicht zu verpuffen drohe. Die kommunalen Arbeitgeber werden daher aufgefordert, ihre „Blockadepolitik“ zu beenden und Verhandlungen zu einem arbeitspezifischen Tarifvertrag für den ÖGD mit dem Marburger Bund aufzunehmen.

Kenntnisstandprüfungen so schnell wie möglich umsetzen

Eine gelingende Arbeitsmarktintegration von Ärztinnen und Ärzten mit Qualifikationen aus anderen EU-Mitgliedsländern und auch aus Drittstaaten sei eine wichtige Maßnahme, um die Patientenversorgung auch im Hinblick auf die demografische Entwicklung sicherzustellen. Darin waren sich die Delegierten einig. Die Kenntnisstandprüfungen mit der in der Approbationsordnung geforderten halbjährlichen Frist müssen daher so schnell wie möglich umgesetzt werden. Neben den bereits erfolgten Maßnahmen vonseiten der LÄKH, beauftragten die hessischen Delegierten die Kammer daher auf der Ebene aller Beteiligten auf erforderliche Maßnahmen hinzuwirken.

Zum Hintergrund: Die Kenntnisstandprüfungen zur Erlangung der Berufserlaubnis als Ärztin oder Arzt in Hessen bei Ausbildungsabschluss im Ausland werden im



Impression am Rande: Nicht immer geht alles digital.

Auftrag des Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamtes im Gesundheitswesen (HLPUG) durchgeführt. Die Prüfungen finden im Dr. Reinfried Pohl-Zentrum für medizinische Lehre in Marburg statt. Die aktuelle Pandemiesituation habe jedoch zu einer Verschärfung der Wartezeiten geführt, erläuterte Dr. med. Alexander Marković, Ärztlicher Geschäftsführer der LÄKH. „Die Landesärztekammer hat daher bereits eigeninitiativ ergänzende Prüfungen in ihren Räumen etabliert. Die ersten 60 Prüfungen sind im Juli 2020 bereits erfolgreich durchgeführt worden. Diese ergänzenden Prüfungen sollen fortgeführt werden, um die Wartezeit für die zu prüfenden Ärztinnen und Ärzte wieder auf die halbjährliche Frist zu reduzieren“, so Marković.

Katja Möhrle
Alla Soumm
Maren Grikscheit

Großer Aufwand, wenig Geld: Ärztekammer fordert höhere Vergütung von Hygienemaßnahmen in der Corona-Pandemie

Nachdrücklich hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) in einer Pressemitteilung vom 8. Oktober 2020 eine höhere Vergütung von Hygienemaßnahmen in Arztpraxen im Rahmen der Covid-19-Pandemie gefordert. Die in der neuen Regelung vereinbarte geringe Vergütung von 6,41 € werde von privatärztlich täti-

gen Ärztinnen und Ärzten zu Recht als Ausdruck mangelnder Wertschätzung für ihren erheblichen Zusatzaufwand während der Pandemie verstanden, heißt es in der Meldung.

Grund für die niedrige Vergütung sei das magere Verhandlungsergebnis, das die Kassenärztliche Bundesvereinigung mit

den Unfallversicherungsträgern im Frühjahr erzielt habe. Die LÄKH fordert daher Bundesärztekammer, Private Krankenversicherung und Beihilfe dazu auf, die Verhandlungen neu aufzunehmen. Informationen unter www.laekh.de → Presse → Pressemitteilungen

Bericht des Versorgungswerkes

Weichenstellung zur künftigen Finanzierbarkeit der Leistungsfähigkeit

Die Delegierten haben vorbehaltlich der Genehmigung durch das Aufsichtsministerium umfangreiche Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung verabschiedet.

So wird das Renteneintrittsalter ab dem 01.01.2021 auf 67 Jahre angehoben und der Zins der Leistungs- und Beitragstabelle von 3,0 % auf

2,5 % abgesenkt. Der Vorsitzende des Vorstandes Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg (Foto) und die stellvertretende Vorsitzende,

Dr. med. Susan Trittacher, bedankten sich ausdrücklich bei den Delegierten, dass sie dem Vorschlag des Vorstandes gefolgt sind. Der Entscheidung seien langwierige Diskussionen vorangegangen und man habe sie schweren Herzens getroffen. Allerdings sehe es der Vorstand als seine Hauptaufgabe an, dafür Sorge zu tragen, dass das Versorgungswerk langfristig seine Zusagen erfüllen kann und auf sicheren Beinen steht. Da sich mit den Kapitalanlagen wegen der weltweit niedrigen Zinsen bzw. Renditen immer weniger verdienen lasse, habe man darauf reagieren müssen. Die Kombination aus beiden Maßnahmen sei vor diesem Hintergrund nach Ansicht des Vorstandes die bestmögliche und ausgewogenste Lösung, die auf die Belange der verschiedenen Generationen Rücksicht nehme. Vor diesem Hintergrund hat der Vorstand auch den Grundsatz-Antrag einiger Delegierten unterstützt, der festlegt, wie zukünftig Überschüsse verteilt werden sollen. Der von der Versammlung verabschiedete Antrag sieht vor, dass zunächst die mit 2,5 % verzinsten Beiträge auf eine Verzinsung von 3,0 % angehoben werden. Erst wenn noch weitere Mittel vorhanden sind, sollen die mit 3,0 % verzinsten Beiträge auf 3,5 % angehoben und die Renten um 0,5 % erhöht werden. Von den Überschüssen eines Jahres sollen zunächst al-

so die jüngeren Mitglieder profitieren, die von den Satzungsänderungen auch am meisten betroffen sind.

Anhebung des Renteneintrittsalters auf 67 Jahre

Wegen der Heraufsetzung des regulären Renteneintrittsalters erhalten die Mitglieder die volle (abschlagsfreie) Rente erst mit 67 Jahren statt wie bislang mit 65 Jahren. Rentennahe Jahrgänge werden durch eine Übergangsregelung geschützt.

Das bedeutet, dass die Jahrgänge 1958 und älter nach der neuen Satzung annähernd die gleiche Rente erhalten wie nach der alten Satzung. Für die Jahrgänge 1959 bis 1969 gibt es eine gestaffelte Übergangsregelung. Die Rente für Mitglieder des Jahrgangs 1959 wird durch die Anhebung des Renteneintrittsalters deshalb nur unwesentlich sinken. Je jünger ein Mitglied ist, desto stärker wirkt sich das neue Renteneintrittsalter aus. Allerdings ist zu beachten, dass die prognostizierte Rente im Falle der jungen Mitglieder (keine Übergangsregelung) in etwa gleichbleibt, weil sie zwei Jahre länger Beiträge zahlen und gleichzeitig von einer zwei Jahre kürzeren Bezugsdauer ausgegangen wird. Bei älteren Mitgliedern ist deshalb die Rente mit 67 sogar höher als die bisherige Rente mit 65. Die vorgezogene Altersrente kann weiterhin nach Vollendung des 62. Lebensjahres in Anspruch genommen werden. Daran ändert sich nichts. Die Rente kann auch weiterhin aufgeschoben wer-

den. Allerdings wird der Aufschub jetzt zeitlich begrenzt und ist nur noch bis 75 Jahre möglich.

Absenkung des Leistungszinses auf 2,5 %

Ab dem nächsten Jahr eingezahlte Beiträge werden nur noch mit 2,5 % verzinst. Die Beiträge, die von 2010 bis 2019 bezahlt wurden, werden hingegen noch mit 3,0 % verzinst. Für davor gezahlte Beiträge gilt eine noch höhere Verzinsung von 3,5 % (2004 bis 2009) bzw. 4,0 % (vor 2004). Insofern ist jedoch zu beachten, dass der Zeitpunkt der Beitragszahlung entscheidend ist. Die im Jahr 2003 gezahlten Beiträge werden also über die gesamte Laufzeit der Mitgliedschaft mit 4,0 % verzinst und nicht nur in dem genannten Jahr. Dies ist auch der Grund dafür, warum der sogenannte bilanzielle Rechnungszins, also der Zins, den das Versorgungswerk erwirtschaften muss, um seine Zusagen zu erfüllen, im nächsten Jahr deutlich höher als 2,5 % ist (denn die höhere Verzinsung der älteren Beiträge muss ja auch noch verdient werden).

Verbesserter Schutz bei Berufsunfähigkeit (BU)

Im Zuge der bereits erwähnten Änderungen erfolgt auch die Umstellung der bisherigen Hochrechnungstabelle auf eine Einmalverrentungstabelle. Letztere ist moderner und besser zu handhaben, kam



Foto: Manuel Maier



Fotos (2): Johannes Prien

Dr. med. Titus Freiherr Schenck zu Schweinsberg und Dr. med. Susan Trittacher gratulieren Dr. med. Tobias Gehrke (Mitte) zur Wahl in den Vorstand des Versorgungswerkes.



jedoch bei Gründung des Versorgungswerkes und den damaligen EDV-Möglichkeiten noch nicht in Betracht. Für BU-Rentner gibt es eine Verbesserung, indem die Zurechnung je nach Jahrgang schrittweise auf 62 angehoben wird. Die Zurechnungszeit ist diejenige Zeit, bei der wegen der BU tatsächlich keine Beiträge gezahlt werden, dies



Dr. med. Tobias Gehrke stellt sich vor.

gleichwohl fiktiv unterstellt wird. Durch die längere Zurechnungszeit steigen die BU-Renten. Außerdem wurde aus der Versorgungsordnung eine Klausel gestrichen, nach der in bestimmten Fällen des Freitodes die Hinterbliebenen keine Rente erhielten. Schließlich wird jetzt in der Satzung klargestellt (was bislang schon der Praxis entsprach), dass Erhöhungen der Renten und Anwartschaften unwiderruflich erfolgen. Weitere

Informationen zu allen Neuerungen sind in der nächsten *Mitgliederinformation* des Versorgungswerkes zu finden. Der Wortlaut der Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung wird wie üblich im HÄBL veröffentlicht, sobald die Genehmigung des Aufsichtsministeriums vorliegt.

Jahresabschluss 2019

Auch im Geschäftsjahr 2019 konnte das Versorgungswerk ein Mitglieder-Wachstum verzeichnen. Nach 33.312 aktiven Mitgliedern im Vorjahr waren es nun 34.207. Dementsprechend sind auch die Beiträge von rund 330 Mio. € auf etwa 340 Mio. € angestiegen. Neben dem Zuwachs an Mitgliedern waren dafür auch der Anstieg der Beitragsbemessungsgrenze sowie Gehaltsverbesserungen verantwortlich. Auch die Zahl der Leistungsbezieher steigt weiter an – und zwar von 11.262 im Vorjahr auf jetzt 11.801. An diese wurden rund 266 Mio. € ausbezahlt. Die Bilanzsumme hat sich von 9,5 Mrd. €

auf 9,9 Mrd. € erhöht. Der Jahresüberschuss von 30 Mio. € wurde der Verlustrücklage zugeführt. Außerdem wurde der bilanzielle Rechnungszins erneut abgesenkt: und zwar von 3,50 % auf 3,48 %. Dafür musste die Deckungsrückstellung um rund 50 Mio. € verstärkt werden. Der von den Wirtschaftsprüfern mit einem uneingeschränkten Bestätigungsvermerk versehene Abschluss 2019 wurde von der Delegiertenversammlung festgestellt und der Vorstand entlastet.

Neues Vorstandsmitglied

Zum neuen Mitglied des Vorstandes hat die Delegiertenversammlung Dr. med. Tobias Gehrke von der Liste der Hausärzte gewählt. Er folgt Angelika Bayer, die im Sommer aufgrund der Verlegung ihrer Praxis nach Bayern ihr Mandat niedergelegt hatte.

Johannes Prien

Referent des Vorstandes
des Versorgungswerkes der LÄKH

Nachrichten

Tarifeinigung für Ärzte an Unikliniken in Hessen

Mehr Planbarkeit, bessere Arbeitszeiterfassung und 7,25 % mehr Gehalt

Nach langen und nicht einfachen Verhandlungen haben sich der Marburger Bund (MB) und das Land Hessen endlich auf einen Tarifabschluss für die rund 2.200 Ärztinnen und Ärzte an den drei hessischen Universitätskliniken verständigt. Es war ein langer Weg und ein zähes Ringen. Die Verhandlungssituation war nicht nur aufgrund der Coronapandemie herausfordernd, sondern auch wegen des Übergangs des privaten Trägers des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, der Rhön-Klinikum AG, an den privaten Klinikbetreiber Asklepios.

Doch die MB-Mitglieder haben mit vielen Aktionen dazu beigetragen, dass es zu einem akzeptablen Ergebnis gekommen ist. Die Ärztinnen und Ärzte haben nicht nur einen Offenen Brief an den hessischen Ministerpräsidenten Volker Bouffier (CDU) geschrieben, den mehr als 1.000 Ärztinnen und Ärzte unterschrieben hatten, son-

dern auch mit einer kreativen Fotoaktion, angelehnt an das „Aufzug-Gate“-Foto mit dem Bundesgesundheitsminister Jens Spahn im Universitätsklinikum Gießen, in den sozialen Netzwerken auf die Situation an den hessischen Universitätskliniken aufmerksam gemacht.

Das Tarifergebnis beinhaltet unter anderem, dass die Kliniken ab sofort verpflichtet sind, die gesamte Anwesenheitszeit der Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus auf elektronischem Wege oder auf andere Art mit der gleichen Genauigkeit zu erfassen und zu dokumentieren. Das ist ein signifikanter Fortschritt beim Umgang mit der ärztlichen Arbeitszeit. Die Ärztinnen und Ärzte in Hessen bekommen zudem in drei Schritten 7,25 % mehr Gehalt (Januar 2020: 2,5 %, Oktober 2020: 2,5 %, Oktober 2021: 2,25 %) und auch die Zeitzuschläge für Arbeit in der Nacht und am Wochenende wurden erhöht. Bei mehr als

vier Bereitschaftsdiensten im Monat erhalten Ärztinnen und Ärzte künftig zusätzliche Zeitgutschriften, die sie in Freizeit ausgleichen können.

Außerdem ist tariflich geregelt, dass Ärztinnen und Ärzte Anspruch auf zwei freie Wochenenden pro Monat haben. Die Entgelttabellen und weitere Informationen zum Tarifvertrag können Mitglieder des Marburger Bundes in der Geschäftsstelle anfordern: mail@mbhessen.de. Die Änderungen des Tarifvertrags treten rückwirkend zum 01.10.2019 in Kraft.

Dr. med. Christoph Polkowski
für den Marburger
Bund Hessen



Foto: Christian Heyse

Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen

Ansatzpunkte für neue Therapieansätze

VNR: 2760602020254070003

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Prof. Dr. med. Kirsten de Groot

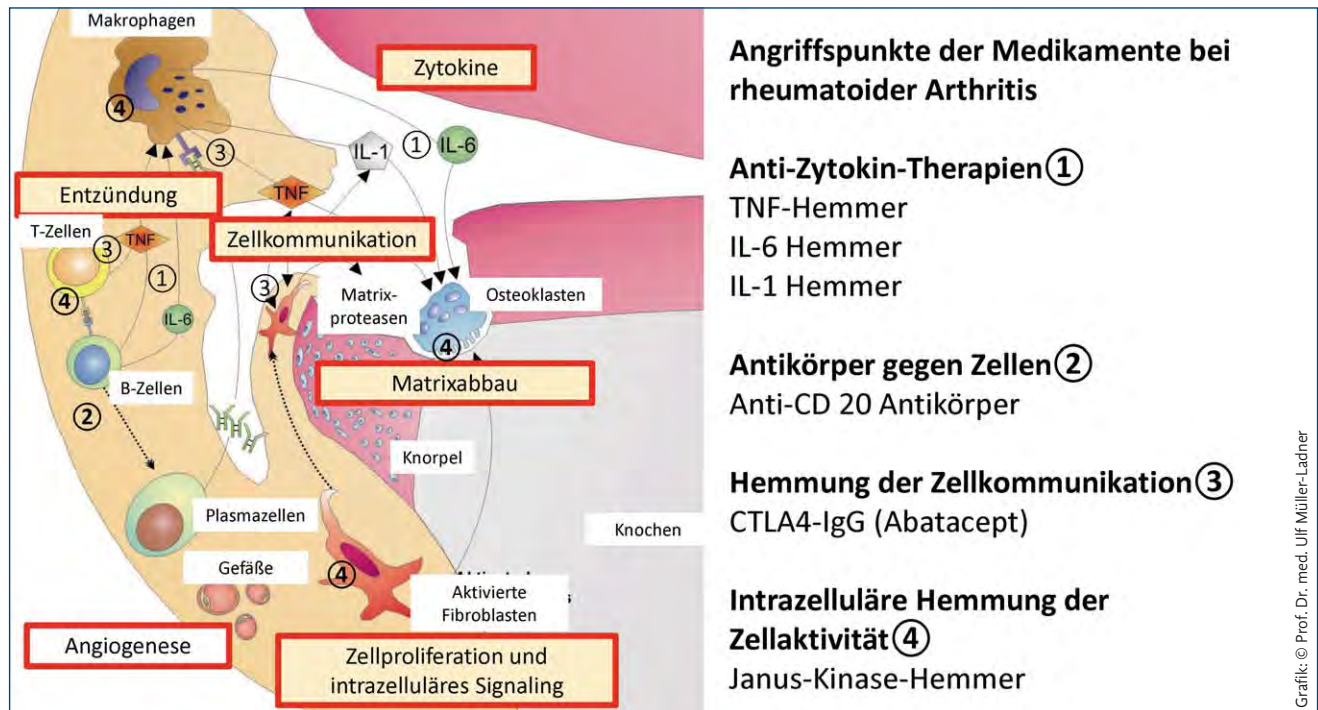


Abb. 1: Schematische Darstellung (vereinfacht) aktueller Angriffspunkte moderner Medikamente bei der rheumatoiden Arthritis basierend auf den wichtigsten pathophysiologischen Mechanismen.

Einleitung

Die meisten der chronisch-entzündlichen Erkrankungen beruhen auf Fehlfunktionen des Immunsystems. Dessen normale Funktionen der Erkennung und Eliminierung von Infektionserregern und überalterten, infizierten oder neoplastisch transformierten Zellen werden durch vielfältige innere und äußere Einflüsse so verändert, dass körpereigene Strukturen als fremd erkannt und angegriffen werden. Dies kann sowohl durch das mehr zellbasierte angeborene als auch das mehr (auto-)antikörperbasierte erworbene Immunsystem geschehen.

Ein wichtiger Faktor hierbei ist die sogenannte molekulare Mimikry [1, 2], da viele Bausteine menschlicher Zellen von Viren und Bakterien abstammen und somit

strukturelle Übereinstimmungen zu aktuellen Erregern haben. Externe Einflüsse können zudem Oberflächenstrukturen in antigenreichere Varianten umwandeln, z. B. werden in der Lunge durch Rauchen enzymatisch Citrullinierungsprozesse gesteigert, die die Dichte der citrullinierten Oberflächenmoleküle als Trigger zur Bildung der Anti-Citrullin-Antikörper (ACPA) bei der rheumatoiden Arthritis konstant unterhalten [3].

In der Regel werden diese Autoimmunreaktionen zusätzlich durch zahlreiche zelluläre und humorale Entzündungsprozesse begleitet, so dass sich hieraus die chronisch-entzündliche Erkrankung ableitet, da sowohl die treibenden Faktoren des Immunsystems als auch die als fremd erkannten körpereigenen Oberflächenstrukturen dauerhaft vorhanden sind.

Da das Immunsystem gleichzeitig schnell und flexibel reagieren muss, ist es nicht immer präzise, so dass Autoimmunphänomene, wie z. B. die Bildung von Rheumafaktoren nach einer EBV-Infektion, ebenfalls regelhaft auftreten. Um die Gefahr einer hieraus resultierenden Immunerkrankung zu minimieren, existieren verschiedene protektive Gegenregulationsmechanismen wie regulatorische T-Zellen und hemmende Zytokine wie Interleukin-10. Greifen diese zu spät oder zu gering ausgeprägt ins Geschehen ein, kommt es zur chronisch-entzündlichen Erkrankung, die selbst bei Dominanz eines betroffenen Organs stets als systemisch zu sehen ist [4, 5, 6]. Die Angriffspunkte moderner Medikamente bei der rheumatoiden Arthritis basierend auf den wichtigsten pathophysiologischen Mechanismen zeigt Abb. 1.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen – Ansatzpunkte für neue Therapieansätze“ von Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Prof. Dr. med. Kirsten de Groot finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie in der Online-pdf des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom

25. Oktober 2020 bis 24. Oktober 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.

Diese Artikel haben ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Fallkonstellation Bindegewebe

Eine junge, sportliche Medizinstudentin bemerkt nach einer längeren Klettertour im Hochgebirge an den sonnenexponierten Hautstellen trotz „ausreichendem“ Sonnenschutz Exantheme, verbunden mit einem über die folgenden Wochen zunehmenden Leistungsverlust, mit Belastungsdyspnoe und Beinödemen. Die klinische Durchuntersuchung ergibt hohe Entzündungszeichen, Anämie, ansteigende Retentionswerte, Hypalbuminämie sowie Pleuraergüsse. Immunologisch finden sich hochtitrige antinukleäre und Doppelstrang-DNS-Antikörper. Die Nierenpunktion ergibt eine typische Histologie für eine aktive Immunkomplex-Glomerulonephritis bei systemischem Lupus erythematoses.

Pathophysiologie

Der systemische Lupus erythematoses (SLE) ist eine chronische Autoimmunerkrankung, bei der Zellen und Gewebe durch Autoantikörper, Immunkomplexe und die hierdurch induzierten Entzündungsprozesse z.T. irreversibel geschädigt werden [7]. Der SLE zählt zu den sogenannten „Kollagenosen“. Ursprünglich wurde dieser Begriff von Klemperer für chronisch-rheumatische Krankheiten benutzt, die sämtlich fibrinoide Nekrosen im entzündeten Gewebe aufweisen. Klinisch ist der SLE eher gekennzeichnet durch vaskulitischen Multiorganbefall, wobei polymorphe Exantheme, Arthritis, Nephritis, Polyserositis, ZNS-Beteiligung und Zytopenien im Vordergrund stehen [7]. Wie bei vielen chronisch-entzündlichen Autoimmunerkrankungen liegt der Ent-

stehung eine (sehr variable) genetische Prädisposition zugrunde, zur Manifestation kommt diese aber erst durch Einwirkung von externen Einflüssen wie Sonnenlicht oder Infektionen. Autoantikörper können im Serum Gesunder nachgewiesen werden, die entweder nie oder erst viele Jahre später Krankheitssymptome entwickeln. Funktionell aktive pathogene Autoantikörper spielen häufig eine Rolle für die Ausprägung der Organschädigungen, weshalb B-Zellen und Plasmazellen von zentraler Bedeutung auch als therapeutische Targets sind [7,8].

Pathophysiologisch führen die verschiedenen externen Stimuli zur Lyse von Zellen und Anfall vermehrt apoptotischen Materials. Nukleosomen, die solche Abbauprodukte und bakterielle Peptide beinhalten, aktivieren sogenannten Danger-Rezeptoren und nachfolgend dendritische und B-Zellen, verbunden mit einer gesteigerten Synthese von Interferonen und Autoantikörpern. Oberflächenrezeptoren wie der B-Zell-Rezeptor und Fcγ-Rezeptoren führen über eine gesteigerte Endozytose von Nukleinsäuren und Immunkomplexen via Effektormolekülen des angeborenen Immunsystems (Toll-Like-Rezeptoren) zu einer weiteren Aktivierung von Immunzellen. Nachfolgend wird die normale Immuntoleranz durchbrochen und in einem Circulus viciosus werden weitere Autoantikörper und Immunkomplexe generiert, die dann über eine lokale oder generalisierte Vaskulitis zur Gewebeschädigung und Leistungsminderung führen. T-Zellen können diese Entwicklung über weitere Oberflächenrezeptor-Interaktionen (z. B. CD40L/CD40) und Zytokine (z. B. IL-21

und den B-Zell-aktivierenden Faktor BLYS) zusätzlich steigern [7, 9].

Insbesondere BLYS, ein löslicher Ligand der TNF-Zytokinfamilie, ist einer der wichtigsten Faktoren in der B-Zell-Differenzierung und -Aktivierung. BLYS verhindert auch die B-Zell-Apoptose Autoantikörper-produzierender B-Zellen. Aufgrund der hiermit verbundenen zentralen Funktion bei der Aktivierung des SLE ist BLYS auch ein Zielmolekül neu eingeführter Therapiestrategien wie der Anti-BLYS-Antikörper Belimumab, aber auch Atacicept oder des B-Zell-Hemmers Rituximab. Belimumab konnte in klinischen Studien vor allem die Frequenz von Schüben reduzieren und zeigte einen gewissen Glukokortikoid-sparenden Effekt, wobei das klinische Ansprechen zum Teil länger dauert als bei anderen Biologika [10].

Fallkonstellation kleine Gefäße

Ein 39-jähriger Busfahrer mit bekanntem, aber mildem Asthma stellt sich beim Hausarzt vor, da seine Asthmasprays trotz regelmäßigen Gebrauchs in der diesjährigen Saison nicht mehr ausreichen und in der jüngeren Zeit immer wieder auch etwas Blut und Borken beim Schneuzen dabei sind. Zusätzlich bekommt er beim Fußballspielen mit seinen Kindern immer schneller Atemnot bei Belastung. Beim Checkup des Hausarztes fallen sehr hohe Entzündungswerte ohne pathologische Organwerte auf. Die rheumatologische Untersuchung ergibt zusätzlich hochtitrige Anti-Neutrophile Zytoplasmatische Antikörper (ANCA) mit Subspezifität Proteinase 3 (PR3). Das HRCT weist bilaterale inhomogen verteilte Infiltrate auf, und die Histologie aus der Nasenschleimhaut ist vereinbar mit einer Kleingefäßvaskulitis vom Typ Granulomatose mit Polyangiitis.

Pathophysiologie

Unter Vaskulitiden versteht man Krankheitsbilder, die durch charakteristische Entzündungsprozesse in den Gefäßwänden unterschiedlicher Blutgefäße klinisch und morphologisch geprägt werden. Die Klassifikation primär systemischer Vaskulitiden kleiner Gefäße erfolgt nach den Definitionen und der Nomenklatur der Chapel Hill Consensus (CHC) Konferenz.

Gemäß dieser Übereinkunft werden die Vaskulitiden entsprechend der Größe der befallenen Gefäße in Vaskulitiden kleiner, mittelgroßer und großer Gefäße und aufgrund immunpathologischer Merkmale in granulomatöse Arteriitiden, nekrotisierende pauci-immune und Immunkomplex-Vaskulitiden eingeteilt [11].

Die Granulomatose mit Polyangiitis (GPA), die eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis (EGPA) und die mikroskopische Polyangiitis (MPA) werden aufgrund ihrer Assoziation mit ANCA und klinischer und pathologischer Gemeinsamkeiten zusammenfassend als ANCA-assoziierte Vaskulitiden (AAV) bezeichnet [12]. Die ANCA-Zielantigene und die Pathophysiologie unterscheiden sich bei den drei Varianten, es handelt sich daher um drei verschiedene Entitäten mit Übereinstimmungen in bestimmten pathologischen Merkmalen. Gemeinsames Kennzeichen ist aber eine nekrotisierende Vaskulitis hauptsächlich kleiner Gefäße, d. h. von Arteriolen, Kapillaren und Venolen. Aufgrund weitgehend fehlender Immunkomplexablagerungen in den Gefäßwänden werden AAV deshalb auch als pauci-immun bezeichnet. Die Pathophysiologie beginnt in der Regel am Gefäßendothel mit Schwellungen, Nekrosen und Ablösung der Endothelzellen.

Beim in der nördlichen Hemisphäre häufigsten Vertreter der Kleingefäßvaskulitiden, der GPA, finden sich die ersten Läsionen im oberen und unteren Respirationstrakt. Diese weisen fibrinoide Kollagennekrosen und infiltrierende, zum Teil palisadenförmig angeordnete Histiozyten sowie neutrophile Granulozyten auf. Daneben besteht eine Barrierestörung mit veränderter Zusammensetzung des Mikrobioms und führender abnormer Staphylococcus-aureus-Besiedlung. Der initialen fibrinoiden Nekrose sowie der Histiozyten- und Neutrophileninfiltration folgt eine Rekrutierung von T- und B-Zellen. Im Vollbild der chronischen Entzündung zeigt sich dann ein pleomorphes Bild mit Makrophagen, Epitheloidzellen, Riesenzellen, eosinophilen Granulozyten, Fibroblasten und Mikroabszessen. Um diesen Vaskulitis-Granulom-Komplex bilden sich ektope lymphatische Strukturen mit B- und T-Zellen, Plasmazellen und dendritischen Zellen – ähnlich wie in sekundären lym-

phatischen Organen (z. B. Lymphknoten) [12].

Die Aktivität der B-Zellen aus dem Granulom weist auf eine Staphylococcus-aureus-induzierte Zellexpansion hin, sodass in initialen oder regionalen Verlaufsformen Cotrimoxazol als Basistherapeutikum eingesetzt werden kann. Die bei diesen Mechanismen freigesetzten Zytokine induzieren auch eine Translokation der primär intrazellulär in Neutrophilen- und Monozytengranula gelegenen ANCA-Zielantigenen PR3 und MPO auf die Zelloberfläche und stimulieren die Expression von Adhäsionsmolekülen auf Neutrophilen. Die durch diese Mechanismen an die Endothelzellen adhärierenden Neutrophilen werden dann durch die Bindung zirkulierender ANCA an die auf der Zellmembran exprimierte PR3 bzw. MPO aktiviert, gefolgt von einer intravasalen Degranulation der Neutrophilen mit Freisetzung toxischer Sauerstoffradikale und lysosomaler Enzyme.

ANCA sind funktionell aktiv und induzieren eine Aktivierung und Degranulation zytokinstimulierter neutrophiler Granulozyten mit konsekutiver Endothelschädigung. Der gesamte Vorgang wird als „ANCA-Zytokin-Sequenz-Mechanismus“ bezeichnet [13] und rekrutiert dann weitere Leukozyten in die Gefäßwandläsion und das angrenzende Gewebe sowie die Bil-

dung der typischen perivaskulären Granulome und Nekrosen. Dieser chronisch-granulomatösen Entzündung kommt bei der eigentlichen Gewebsdestruktion (z. B. Nasenknorpel, Orbitadestruktion) eine zentrale Bedeutung zu. In der Niere führt die Degranulation neutrophiler Granulozyten zusätzlich zur Thrombose von glomerulären Kapillaren, segmentalen Nekrosen und der Ruptur der Basalmembran mit konsekutiver intra- oder extrakapillärer Halbmondbildung, d. h. myelo-monozytäre Zellen inner- und/oder außerhalb des Bowmannschen Kapselraumes, halbmondförmig um das glomeruläre Schlingenkonvolut angeordnet (Abb. 2).

Fallkonstellation große Gefäße

Eine 68-jährige Seniorchefin eines Gartenbaubetriebes fühlt sich jede Woche abgeschlagener und verliert wöchentlich 1–2 kg Gewicht, andere körperliche Symptome bestehen außer einzelnen Nachtschweißattacken nicht. Das Routinelabor ergibt ein ausgeprägt hohes CRP und BSG. Eine ausführliche Tumorsuche mittels Stamm-CT, Gastro- und Koloskopie, gynäkologischer und dermatologischer Untersuchung ergibt keine Pathologika. Die Immunparameter sind ebenfalls komplett unauffällig. Nach einem Schwächeanfall bei der 100-jährigen Betriebsfeier wird ein

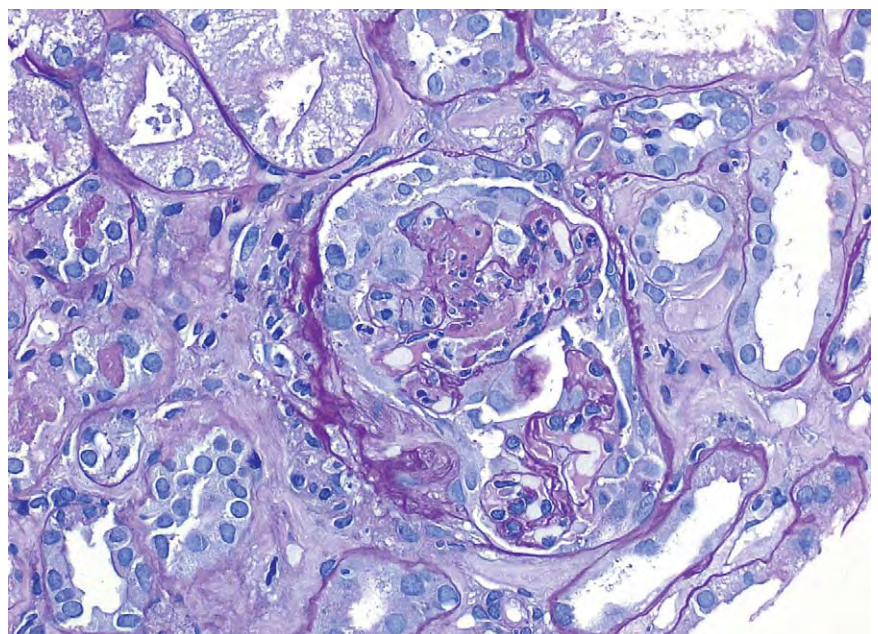


Foto: Prof. Dr. K. de Groot

Abb. 2: Glomerulum mit Schlingennekrosen und extrakapillären Proliferationen (= entzündlicher Halbmond). Die Patientin hatte ein pulmorenales Syndrom bei Granulomatose mit Polyangiitis (GPA).

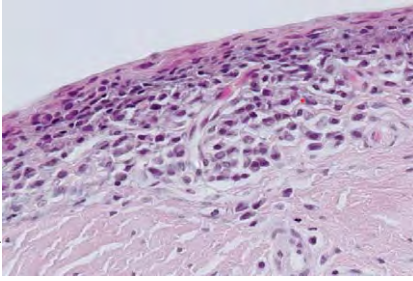


Abb. 3: Aktiv-entzündliches Synovium bei rheumatoider Arthritis, bestehend aus Makrophagen (Synoviozyten Typ 1), Fibroblasten (Synoviozyten Typ 2), T-Zellen und B-Zellen.

PET-CT durchgeführt, welches eine entzündliche Aktivität der kompletten Aorta anzeigt.

Pathophysiologie

Zu den zugrundeliegenden Großgefäßvaskulitiden zählen zwei unterschiedliche Entitäten, die Riesenzellarteriitis (RZA) mit der benigneren Variante Polymyalgia rheumatica, und die Takayasu Arteriitis (TAK). Die RZA tritt in der Regel erst nach dem 50. Lebensjahr auf, die TAK meistens bis zum 40. Lebensjahr. Beide genetisch unterschiedlich im Haupthistokompatibilitätskomplex kodierten Entitäten betreffen als granulomatöse Arteriitiden hauptsächlich die Aorta und von ihr abgehende Arterienäste. Aufgrund der schwierigen histologischen Zugänglichkeit konnten viele pathophysiologische Mechanismen [14] erst post mortem oder zufällig aus Operationspräparaten gewonnen werden. Hierbei spielt vor allem die Aktivierung von dendritischen Zellen in der Adventitia eine Rolle. Sie induziert eine Chemokin- und Zytokin-vermittelte Rekrutierung und Reifung von T-Helfer- und Th17-Zellen sowie von Zytokin-, Wachstumsfaktor- und Matrixmetalloproteinase-produzierenden Makrophagen. Diese entzündliche Infiltration mit T-Zellen und Makrophagen sowie die Aktivierung von Myofibroblasten und glatten muskulären Zellen führen zu vaskulären Umbauvorgängen mit Intimahyperplasie und entzündlicher Infiltration und Destruktion der Media. Eine fokale B-Zell- und Plasmazell-Aggregation wurde ebenfalls beschrieben. Der chronisch-entzündliche Gefäßumbau ist histologisch vor allem durch eine fortschreitende Arterienwand-Fibrose, Gefäßstenosierung und lumenale Obstruktion gekennzeichnet [14].

Autoantikörper entstehen hierbei interessanterweise keine, dafür eine Prädomi-

nanz des proinflammatorischen Zytokins IL-6. Dieses Zytokin fördert zusammen mit Interferonen die Fusion von Makrophagen zu Riesenzellen, dem namensgebenden histologischen Merkmal, und ist auch für die RZA-typischen systemischen Krankheitszeichen wie Fieber, Anämie und die Gewichtsabnahme mitverantwortlich.

Fallkonstellation periphere Gelenke

Eine 37-jährige Tanzlehrerin bemerkt über einige Wochen zunehmende Schmerzen in den Füßen, die sich von den üblichen Schmerzen nach Turnieren dadurch unterscheiden, dass sie zunehmend morgens unabhängig von körperlicher Belastung auftreten. Nach sechs Wochen sind die Füße ebenfalls geschwollen und auch die Handgelenke beidseits fühlen sich morgens für eine Stunde steif an. Ibuprofen in zunehmender Dosierung und eine intensivierte Physiotherapie zeigen nur anfangs einen Effekt. Die versuchsweise Gabe von 20 mg Prednisolon für ein Wochenende mit mehreren Abschlussbällen erzeugt dahingegen eine kurzzeitige Beschwerdefreiheit. Der dann hinzugezogene Rheumatologe stellt neben positiven Rheumafaktoren und ACPA sonographisch eine ausgeprägte Synovialitis mehrerer Carpal- und Metatarsalgelenke fest und initiiert für die zugrundeliegende rheumatoide Arthritis eine Basistherapie.

Pathophysiologie

Die rheumatoide Arthritis (RA) ist eine chronische, progredient verlaufende systemische Autoimmunerkrankung, die sich vor allem durch destruierende Veränderungen in den Gelenken manifestiert. Der Beginn der Erkrankung ist klinisch meist durch Entzündungen der Gelenkinnenhaut (Synovitiden) der Hand- und Finger-gelenke charakterisiert [5, 6, 15]. Eine Hypothese der Entstehung geht davon aus, dass die Initiierung durch T-Zell-Reaktionen auf ein oder mehrere unbekannte Antigene erfolgt. Diese werden von antigenpräsentierenden Zellen via HLA-Klasse-II-Komplex an T-Zellen in der Synovialmembran präsentiert, wobei die genetische Varianz der betroffenen Patienten sehr unterschiedlich ist und sich bisher kein „RA-Gen“ identifizieren ließ.

Die nachfolgenden Entzündungsreaktionen im Synovium führen dann zum Einstrom von weiteren Entzündungszellen aus der Peripherie sowie zur Aktivierung lokaler Zellen. Freigesetzte Wachstumsfaktoren, Chemokine und insbesondere Zytokine, wie TNF- α , IL-1, IL-6 und IL-17, nehmen hierbei eine Schlüsselrolle ein. Eine weitere Hypothese geht davon aus, dass neben den T- und B-Zellen ortsständige Zellen wie neutrophile Granulozyten, Makrophagen und transformierte Fibroblasten aktiviert werden und hauptsächlich zur Entzündung und Gewebeschädigung beitragen (Abb. 3).

Im Gegensatz zu den Kollagenosen ist vor allem die entzündliche Destruktion von Knorpel und Knochensubstanz charakteristisch, die vor allem durch gewebeständige Zellen wie den synovialen Fibroblasten und Osteoklasten verursacht wird. Letztendlich tragen die lokalen entzündlichen und destruktiven Prozesse sowie die systemischen Entzündungsfaktoren zur langfristigen Schädigung der Gelenke sowie des Kapsel-, Band-, und Sehnenapparates bei. Alle zellulären und immunologischen Prozesse bei der RA sind stets eng miteinander verflochten und haben auch systemische Auswirkungen für den Organismus wie Fieberschübe und Blutbildveränderungen, gelegentlich auch Haut- und Lungenveränderungen [5, 6].

Therapeutisch wird daher vor allem die Hemmung der multifunktionalen Entzündungszytokine TNF- α oder IL-6 bzw. der B-Zellen und die Kommunikation zwischen den Entzündungszellen genutzt. In jüngerer Zeit wurde auch die Hemmung intrazellulärer Kinasen mittels spezifischer Inhibitoren, sogenannter small molecules der Januskinase-Hemmer-Klasse, die die entzündlich-destruktiven Prozesse reduzieren oder sogar komplett zum Stillstand bringen können, in das therapeutische Portfolio eingeführt [16].

Fallkonstellation Wirbelsäule

Ein 28-jähriger Innenarchitekt, der neben seinem Beruf in der Landesliga Judo betreibt, berichtet dem Hausarzt über langsam zunehmende Rückenschmerzen. Die Einnahme von 120 mg Etoricoxib vor Wettkämpfen würde zwar gut helfen, inzwischen würde er aber auch im Urlaub

Tab. 1: Entzündlich rheumatische Erkrankungen mit bekannten pathophysiologischen Mechanismen, die therapeutische Targets darstellen (Auswahl)

Krankheitsgruppe	Entität	Subentität	Therapeutisches Target	Therapeutikum
Vaskulitiden	ANCA-assoziierte Kleingefäßvaskulitiden	GPA GPA, MPA, EGPA	Staph. aureus endonasal B-Zellen	Cotrimoxazol Rituximab
	Großgefäßvaskulitiden	Riesenzellarteriitis	Interleukin 6	Tocilizumab
Kollagenosen	systemischer Lupus erythematoses		B-Zellen BLyS	Rituximab Belimumab
	systemische Sklerose		Endothelin	Bosentan
Entzündliche Gelenkerkrankungen	Rheumatoide Arthritis		TNF- α	TNF- α -Antikörper, löslicher TNF- α - Rezeptor
			Interleukin 6	Tocilizumab, Sarilumab
			Kostimulatorische Moleküle	Abatacept
			Januskinasen	JAK-Hemmer
			B-Zellen	Rituximab
	Gicht		Interleukin 1	Canakinumab, Anakinra
Spondyloarthritis (SpA)	Spondylitis ankylosans (M Bechterew), Psoriasisarthritis		TNF- α	TNF- α -Antikörper, löslicher TNF- α - Rezeptor, Antikörper
			Interleukin 17	Secukinumab Ixekizumab
			Interleukin 12/23	Ustekinumab
	Psoriasisarthritis		PDE-4-Hemmer	Apremilast
IgG4-assoziierte Erkrankungen			B-Zellen	Rituximab

mit nicht wirbelsäulenbelastenden Sportarten wie Schwimmen und Yoga schon morgens um 4 Uhr mit tiefsitzenden Rückenschmerzen aufwachen. Das vom Hausarzt durchgeführte Labor zeigt keinerlei Auffälligkeiten, auch die Rheumafaktoren und ANA sind negativ, eine Röntgenaufnahme der LWS wird ebenfalls nicht als pathologisch befundet und ein nachfolgendes MRT der LWS nur einen kleinen Bandscheibenvorfall ohne Tangierung der Nerven. Nach weiteren vier Wochen tritt ohne wesentliche Belastung eine bilaterale Schwellung der Achillessehnen auf. Nach Bestimmung des HLA-B27

(positiv) und Durchführung eines MRT der Iliosakralgelenke kann die Diagnose eines HLA-B27-positiven entzündlichen Rückenschmerzes mit peripherer Beteiligung als Frühstadium einer chronisch-entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung gestellt werden.

Pathophysiologie

Spondyloarthritis (SpA) werden je nach der dominanten klinischen Präsentation in eine axiale und periphere SpA eingeteilt, eine Überlappung ist allerdings häufig. Bei der axialen Form wird in jüngerer Zeit je nach Ausmaß der Entzündung an den

Sakroiliakgelenken und der Wirbelsäule zwischen nicht-radiologischer (also nur im MRT darstellbarer) und radiologischer Form unterschieden. Letztere entspricht im Vollbild der ankylosierenden Spondylitis (AS) bzw. dem bekannteren Morbus Bechterew. Die dominanten klinischen Symptome bei der AS sind Schmerzen und Steifigkeit in der Wirbelsäule, aufgrund des zirkadianen Rhythmus der körpereigenen Steroidproduktion vor allem in den frühen Morgenstunden; langfristig droht durch das Übergreifen der Entzündung die – heutzutage verhinderbare – vollständige Versteifung der kompletten Wirbelsäule.

ACPA	anti-citrullinierte Protein-Antikörper , hoch sensitive Seromarker für die rheumatoide Arthritis.
ANCA	anti-Neutrophilen-Zytoplasma-Antikörper : Autoantikörper, eine wertvolle diagnostische Hilfe.
ANA	antinukleäre Antikörper
Atacept	Rekombinant hergestelltes Fusionsprotein. Es bindet die entzündungsauslösenden Zytokine BlyS & APRIL.
axSpA	axiale Spondarthritis
Biologika	biotechnologisch hergestellte Eiweiße, meist Antikörper gegen Zytokine oder bestimmte Immunzellen.
BlyS	soluble human B lymphocyte Stimulator protein
CD 40/CD40L	Membranprotein, primär von T-Helfer-Zellen Typ 2 exprimiert. Ligand für das CD40-Protein von Antigen-präsentierenden Zellen. Dies führt zur Aktivierung von B-Zellen.
ds DNS	Doppelstrang DNS-Antikörper
EBV	Ebstein Barr-Virus
EGPA*	eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis
GPA*	Granulomatose mit Polyangiitis
Fcγ-Rezeptor	membranständige Rezeptoren auf Immunzellen für das Fc-terminale Ende eines Immunglobulin G-Moleküls
IL	Interleukine: Botenstoffe
SLE	systemischer Lupus erythematoses
Rituximab	therapeutischer Antikörper
TNFα	Tumor Necrose Faktor alpha , proinflammatorisches Zytokin. Es stellt das Target der bei der rheumatoiden Arthritis eingesetzten therapeutischen TNFα-Antikörper dar.

* nekrotisierende, ANCA-assoziierte Kleingefäßvaskulitiden

Als dennoch systemisch-entzündliche Erkrankung ist eine periphere Beteiligung mit Arthritiden, Enthesitiden, Uveitiden, Perikarditiden etc. stets möglich, dazu auch häufige Überlappungen zur Psoriasis-arthritis und chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen.

HLA-B27 als antigenbindender und stimulierender Rezeptor des angeborenen Immunsystems mit dem umgebenden Mikrobiom spielt in der Pathogenese eine entscheidende Rolle, wobei bisher hieraus noch keine therapeutische Strategie ab-

geleitet werden konnte [17, 18]. Eine Idee hierzu ist die Assoziation des HLA-B27 mit der Endoplasmatisches-Retikulum-Amino-peptidase (ERAP1), welche die Spaltung von Proteinen in Peptide im Zytoplasma steuert, da durch ERAP1 prozessierte arthritogene Peptide über HLA-B27 gegenüber T-Zellen präsentiert werden können. Eine weitere Hypothese ist, dass geschädigte Darmmukosa mit konsekutiver Durchlässigkeit für das Mikrobiom eine ähnliche ursächliche aktivierende Rolle im Sinne einer aberranten Antigenexposition der HLA-B27-positiven Zellen spielen könnte.

Interessant ist, dass durch diese Prozesse sekundär bestimmte proinflammatorische Zytokine, die bei primär peripheren entzündlichen Gelenkerkrankungen wie der rheumatoiden Arthritis nur eine geringe Rolle spielen, hochreguliert werden. Hierzu gehören die Zytokine Interleukin-12, -17 und -23, welche inzwischen alle durch therapeutische Antikörper gehemmt werden können und die bewährte Hemmung durch TNF-Hemmer ergänzen. Für letztere war vor allem der Nachweis von TNF-α-exprimierenden Zellen in Biopsien aus dem regelhaft führenden Sakroiliakgelenk eine entscheidende Erkenntnis für die Zulassung, wohingegen die IL-6- und B-Zell-Blockade nahezu keinen Effekt auf die entzündliche Aktivität an der Wirbelsäule hat.

IL-17 selbst wird vorwiegend von T-Helferzellen produziert. Diese Th17 genannten Zellen differenzieren sich unter Einfluss von Zytokinen wie IL-1, IL-6 und TGF-β und werden dann durch IL-23 stabilisiert [19, 20, 21]. Aus diesem Wissen heraus wurden mehrere monoklonale therapeutische Antikörper entwickelt. Hierzu gehört Ustekinumab, welcher gegen das p40-Protein von IL-23 und damit gleichzeitig auch gegen das Zytokin IL-12 gerichtet ist.

In der Zukunft noch zu erklären ist die Diskrepanz der Wirkung der IL-17 und IL-12/23-Inhibitoren in der Therapie der SpA. Wie bei TNF und IL-6 könnte die unterschiedliche Verteilung der entsprechend produzierenden Zellen eine Rolle spielen. IL-23 wird z. B. vorwiegend von dendritischen Zellen und Monozyten produziert, die bis jetzt eher außerhalb der Wirbelsäule nachgewiesen wurden und

insbesondere bei der Psoriasis eine Rolle spielen, während im subchondralen Knochenmark, dem primären Ort der Entzündung bei axSpA, die IL-17-Synthese durch direkten Kontakt von lokalen Mesenchymalzellen mit T-Zellen ohne Vermittlung von IL-23 dominiert. Ähnlich zu sehen ist, dass die bei entzündlichen Wirbelsäulenerkrankungen Enthesitiden gut auf eine Therapie mit TNF-Blockern und IL-17-Inhibitoren ansprechen [21].

Zusammenfassung

Auch wenn sich die zahlreichen immunologischen und proentzündlichen Stoffwechselwege, Signalmoleküle und Effektorzellen bei den einzelnen Krankheitsentitäten überlappen bzw. synergistisch auf die Pathophysiologie wirken, so ergeben sich doch für jede der oben genannten Erkrankungen Spezifika, die sich in der entsprechend maßgeschneiderten Medikation (siehe Tab. 1) widerspiegeln [22].

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner

Justus-Liebig-Universität Gießen, Professur für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie,



Foto: privat

Ärztlicher Direktor der Abteilung für Rheumatologie und Klinische Immunologie Campus Kerckhoff, Bad Nauheim
E-Mail: rheumatologie@kerckhoff-klinik.de

Prof. Dr. med. Kirsten de Groot

Fachärztin für Innere Medizin, Nephrologie, Hypertensiologie und Rheumatologie, Chefarztin



Foto: privat

der Medizinischen Klinik III am Klinikum Offenbach, Ärztliche Leitung KfH-Nierenzentrum Offenbach

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

Multiple Choice-Fragen:

Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen – Ansatzpunkte für neue Therapieansätze

VNR: 2760602020254070003 (nur eine Antwort ist richtig)

Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner, Prof. Dr. med. Kirsten de Groot

1. **Welches Zytokin spielt bei der rheumatoiden Arthritis keine dominante Rolle?**
 - 1) Interleukin-1
 - 2) Interleukin-6
 - 3) Interleukin-17
 - 4) TNF- α
2. **Was bedeutet die Abkürzung GPA?**
 - 1) Granulomatose mit Polyangiitis
 - 2) Granulomatose, Polyarteriitis, Angiitis-Syndrom
 - 3) G-Rezeptor gekoppelte Polyangiitis
 - 4) Geriatrische Polyangiitis
3. **Welche Erkrankung wird nicht zu den Kollagenosen gezählt ?**
 - 1) systemischer Lupus erythematodes
 - 2) Psoriasisarthritis
 - 3) systemische Sklerose
 - 4) Polymyositis
4. **Welches Zytokin spielt bei immunologischen Entzündungen an der Wirbelsäule keine dominante Rolle?**
 - 1) Interleukin-12
 - 2) Interleukin-6
 - 3) Interleukin-17
 - 4) TNF- α
5. **Welches Zytokin kommt besonders häufig in Enthesitiden vor?**
 - 1) Interleukin-1
 - 2) Interleukin-6
 - 3) Interleukin-17
 - 4) Interferon- α
6. **Welches Bakterium spielt bei der GPA eine wichtige Rolle?**
 - 1) Corynebacterium diptheriae
 - 2) Porphyromonas gingivae
 - 3) Streptokokkus pneumoniae
 - 4) Staphylokokkus aureus
7. **Welche Erkrankung gehört nicht zur Gruppe der ANCA-assoziierten Vaskulitiden?**
 - 1) Mikroskopische Polyangiitis
 - 2) Granulomatose mit Polyangiitis
 - 3) Eosinophile Granulomatose mit Polyangiitis
 - 4) Riesenzellarteriitis
8. **Welches Gelenk ist bei der ankylosierenden Spondylitis führend ?**
 - 1) Iliosakralgelenk
 - 2) Atlantoaxialgelenk
 - 3) Sternocostalgelenk
 - 4) Costovertebralgelenk
9. **Wie nennt man die Frühform einer entzündlichen Wirbelsäulenerkrankung?**
 - 1) Früh-Bechterew
 - 2) non-radiographische axiale Spondyloarthritis
 - 3) primäre Spondylarthropathie
 - 4) inzipiente Ankylose
10. **Welche sind Effektorzellen in der Pathophysiologie der rheumatoiden Arthritis?**
 - 1) T-Zellen
 - 2) Granulozyten
 - 3) Fibroblasten
 - 4) alle diese Zellen

Literatur zum Artikel:

Pathophysiologie von chronisch-entzündlichen Erkrankungen

Ansatzpunkte für neue Therapieansätze

von Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner und Prof. Dr. med. Kirsten de Groot

- [1] Shah S, Danda D, Kavadichanda C, et al. Autoimmune and rheumatic musculoskeletal diseases as a consequence of SARS-CoV-2 infection and its treatment. *Rheumatol Int.* 2020 Jul 14: 1–16.
- [2] Qiu CC, Caricchio R, Gallucci S. Triggers of Autoimmunity: The Role of Bacterial Infections in the Extracellular Exposure of Lupus Nuclear Autoantigens. *Front Immunol.* 2019;10:2608.
- [3] Ljungberg KR, Joshua V, Skogh T, et al. Secretory anti-citrullinated protein antibodies in serum associate with lung involvement in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 2020; 59:852–859.
- [4] Lu L, Barbi J, Pan F. The regulation of immune tolerance by FOXP3. *Nat Rev Immunol.* 2017;17:703–717.
- [5] McInnes IB, Schett G. Cytokines in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Nat Rev Immunol* 2007;7:429–442.
- [6] Carrión M, Frommer KW, Pérez-García S, et al. The Adipokine Network in Rheumatic Joint Diseases. *Int J Mol Sci.* 2019;20:4091
- [7] Finzel S, Schaffer S, Rizzi M, Voll R. Pathogenese des systemischen Lupus erythematoses. *Z Rheumatol* 2018; 77:789–798.
- [8] Yu F, Haas M, Glasscock R, Zhao MH. Redefining lupus nephritis: clinical implications of pathophysiologic subtypes. *Nat Rev Nephrol* 2017;13:483–495.
- [9] Ohl K, Tenbrock K. Inflammatory Cytokines in Systemic Lupus Erythematosus. *J Biomed Biotechnol.* 2011: 432595.
- [10] Parodis I, Stockfelt M, Sjöwall C. B Cell Therapy in Systemic Lupus Erythematosus: From Rationale to Clinical Practice *Front Med* 2020;7:316
- [11] Jennette JC Overview of the 2012 Revised International Chapel Hill Consensus Conference Nomenclature of Vasculitides. *Clin Exp Nephrol* 2013; 17:603–606
- [12] Alba MA, Jennette JC, Falk RJ. Pathogenesis of ANCA-Associated Pulmonary Vasculitis. *Semin Respir Crit Care Med.* 2018;39:413–424.
- [13] Jennette JC, Falk RJ, Hu P, Xiao H. Pathogenesis of Antineutrophil Cytoplasmic Autoantibody-Associated Small-Vessel Vasculitis. *Annu Rev Pathol.* 2013;8:139–160.
- [14] Arnold S, Holl-Ulrich K, Lamprecht P. Pathogenese der Großgefäßvasculitiden. *Z Rheumatol* 2020;79:505–515.
- [15] Krenn V, G. Perino G, W. Rütger W, et al., 15 Jahre histopathologischer Synovialis-Score. *Z Rheumatol.* 2017; 76:539–546.
- [16] Smolen JS, Aletaha D, Barton A, et al. Rheumatoid arthritis. *Nat Rev Dis Primers* 2018;4:18001.
- [17] Simon D, Kampylafka E, Hueber A. Neue molekulare Mechanismen in der Pathophysiologie der Psoriasis-Arthritis. *Z Rheumatol* 2018; 77:776–782.
- [18] Garcia-Montoya L, Gul H, Emery P. Recent advances in ankylosing spondylitis: understanding the disease and management. *F1000 Res* 2018:7
- [19] Le Goff B, Bouvard B, Lequerre T, et al., Implication of IL-17 in Bone Loss and Structural Damage in Inflammatory Rheumatic Diseases. *Mediators Inflamm.* 2019:8659302.
- [20] McGonagle DG, McInnes IB, Kirkham BW, et al. The role of IL-17A in axial spondyloarthritis and psoriatic arthritis: recent advances and controversies. *Ann Rheum Dis.* 2019;78:1167–1178
- [21] Carron P, De Craemer AS, Van den Bosch F. Peripheral spondyloarthritis: a neglected entity – state of the art. *RMD Open.* 2020;6:e001136.
- [22] Winthrop KL, Weinblatt WE, Bathon J, et al. Unmet need in rheumatology: reports from the Targeted Therapies meeting 2019. *Ann Rheum Dis* 2020;79:88–93.

GRIPPE?



Dagegen haben wir was!

Empfohlen ab Oktober

Vor allem wichtig für:

- ✓ Menschen ab 60 Jahre, Schwangere, chronisch Kranke
- ✓ medizinisches Personal, Pflegepersonal
- ✓ Menschen, die Risikopersonen gefährden können

**GRIPPESCHUTZ-
IMPFUNG**

**BESONDERS
WICHTIG IN DER
COVID-19-
PANDEMIE**



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



STADT FRANKFURT AM MAIN

Gesundheitsamt
Frankfurt am Main



KASSENÄRZTLICHE
VEREINIGUNG
HESSEN



Herausforderung von Gesundheitssystemen

steigende Sensibilität bei Patienten und Medien

(a) Medizin und Ethik



Abbildung aus Goldschmidt AJW: Diskussionspapier in 3 Thesen zur Ethik der Med. Versorgung der Zukunft. Vortrag auf Einladung des Fördervereins für Ärztliche Fortbildung RLP in Hachenburg (Westerwald) am 25. Sept. 2020

Medizinethik und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe

Teil III der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

Aus Sicht der Ökonomen ist jeder Mensch mit seiner Berufstätigkeit primär Teil der Wirtschaft. Aus der Perspektive der meisten Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte und sonstigen Heilberufe entspricht Gesundheitsversorgung aber keinem primär wirtschaftlichen Handeln. Zunächst stehen für diese immer die bestmögliche Diagnose und Therapie im Vordergrund – im Idealfall also koste es, was es wolle. Schnell stellen wir allerdings fest, dass das oft nicht möglich ist und wir sparen müssen, weil unsere Mittel und Möglichkeiten begrenzt sind.

„Chrematistik“ – das Gift der Gewinnmaximierung

Eines der Grundprinzipien in der Wirtschaft ist es, Gewinne zu generieren (so genanntes legitimes Gewinnstreben) – was durchaus auch wirtschaftsethisch

richtig sein kann, solange hier die Gier bzw. die Gewinn„maximierung“ nicht im Vordergrund steht. Dafür wurde der Begriff „Chrematistik“ von Aristoteles geprägt und der „Oikonomia“ (Beschaffung von lebensnotwendigen Dingen) gegenübergestellt. [12]. Denn Löhne und Gehälter der Beschäftigten inklusive der Sozialversicherungsbeiträge und Steuern müssen bezahlt werden, es müssen Betriebsgebäude saniert oder neu erbaut und es muss in die Entwicklung innovativer Produkte und Dienstleistungen investiert werden und vieles anderes mehr.

Der Geschäftsführer des großen kommunalen Krankenhauses in Dortmund Rudolf Mintrop sagt dazu: „Das ist keine Gesundheitswirtschaft, sondern Teil der Daseinsvorsorge. Ein Krankenhaus muss zwar auch wirtschaftlich arbeiten, keine Verschwendung betreiben. Aber wenn man es wie eine Dienstleistungsindustrie auf

Kante näht, ist man für keine Krise gewappnet.“ [13]

Symbiose von Medizin- und Wirtschaftsethik?

Medizinethik und Wirtschaftsethik lassen sich aus medizinischer Sicht nicht „grundsätzlich“ deckungsgleich bringen, auch wenn unzweifelhaft ist, dass sie einander bedingen bzw. eine Schnittmenge haben. Eine Art von Symbiose ist also gefragt. Denn ohne Regeln einer ordentlichen Haushaltung in Gesundheitseinrichtungen und Praxen und einer ausreichenden wirtschaftlichen Finanzierung hätten wir auch heute noch eine Verelendung der Gesundheitsversorgung für die meisten Menschen. Also so, wie das vor Bismarcks Zeiten und damit vor der Einführung der Sozialversicherungen bei uns der Fall war. Sparsamkeit wurde dabei stets als eines der Grundprinzipien verankert. So, wie es

auch das Wirtschaftlichkeitsgebot nach § 12 SGB V verlangt, also bei gleicher Wirksamkeit die günstigere Alternative zu verschreiben (WANZ = wirtschaftlich, ausreichend, notwendig, zweckmäßig). Eine Gleichsetzung der Gesundheitsversorgung mit Gesundheitswirtschaft und die Betrachtung von Patienten als Kunden verführen aber zu einer fehlgeleiteten Denkweise, sowohl auf der medizinisch-pflegerischen als auch auf der ökonomischen Seite. Dieses wird leider durch wirtschaftliche Fehlanreize im Gesundheitssystem gefördert. Daher lohnt es sich, über andere Wege des Miteinanders und der Finanzierung nachzudenken. Hierbei hilft es, sich andere Gesundheitssysteme anzuschauen.

Weitere Indikatoren

Wichtig ist es, bei den Merkmalen für den Vergleich von Gesundheitssystemen den größtmöglichen Nutzen für die Patienten unter Berücksichtigung von Qualität und Finanzierbarkeit im Auge zu behalten. In den Gesundheitswissenschaften wurden dafür einige Indikatoren identifiziert (Tab. 1).

Auf der ganzen Welt ringen die demokratisch und industriell weit entwickelten 37 Länder innerhalb der OECD um möglichst vorbildliche Gesundheitssysteme (OECD = Organisation for Economic Co-operation and Development). Innerhalb dieser Organisation werden vor allem die Staaten aus Europa, Nordamerika, Australien und Neuseeland sowie Japan miteinander verglichen. Zunehmend wird auch nach China, Indien und Russland geschaut, die bei der Versorgung mit Pharmaka und Medizinprodukten eine immer größere Rolle für die weltweite Gesundheitsversorgung spielen.

Vorreiter Deutschland und England

Nicht selten wird behauptet, dass die Grundlagen von Gesundheitssystemen mit dem ursprünglich auf Otto von Bismarck (1815–1898) basierenden, beitragsfinanzierten Sozialversicherungsprinzip besser aufgestellt und für die Patientenversorgung geeigneter seien als die sich an William Henry Beveridge (1879–1963) orientierenden, steuerbasierten Sicherungssysteme wie zum Bei-

spiel der NHS (National Health Service) in Großbritannien – wo natürlich in aller Regel das Gegenteil zu hören ist. Umgekehrt wird auf beiden Seiten auch heftig Systemkritik geübt.

Vergesst Bismarck! (?)

Die Kernprinzipien unseres Bismarck-Systems sind überwiegend solidarische, lohn- und gehaltsabhängige Sozialversicherungsbeiträge (Kranken-, Rentenversicherung etc.), Fürsorge (Sozialhilfe, insbesondere aus Steuern) und Versorgung (steuerliche Entschädigung besonderer Leistungen für den Staat). Die Krankenversicherungen sind dabei organisatorisch unabhängig von den Leistungserbringern – und umgekehrt. Darüber hinaus gibt es die Möglichkeit einer Voll- oder zusätzlichen Privatversicherung mit risikoorientierten Prämien. Der Anteil der zusätzlich privat Versicherten aller gesetzlich Krankenversicherten spielt bei dem Vergleich von Gesundheitssystemen als Indikator der Patientenzufriedenheit eine wichtige Rolle. Deutlich wären z. B. Anteile von mehr als 30 % aller gesetzlich Versicherten. Denn einerseits gibt es Bismarck-„Wohlfahrtsstaaten“ mit hohen Sozialausgaben und reichhaltigen Leistungserstattungen wie bei uns, Luxemburg, den Niederlanden

und Frankreich, andererseits aber auch solche mit niedrigeren Sozialausgaben wie Spanien und Griechenland.

Im Beveridge-Modell geht es primär um die „Gesundheits“versorgung, die zentralistisch durch den Staat bereitgestellt und überwiegend über Steuern finanziert wird – also sozusagen alles aus einer Hand. Als Vorbild gilt der National Health Service (NHS) in Großbritannien. In den USA erfolgt nur die Gesundheitsversorgung ehemaliger Soldaten (veterans) in vergleichbarer Weise. Es gibt Beveridge-„Wohlfahrtsstaaten“ mit hohen Sozial-

Tabelle 1: Beim Vergleich von Modellen der Gesundheitsversorgung spielen Basisdaten, sogenannte Gesundheitsindikatoren und typologische Daten die entscheidende Rolle.

Basisdaten für einen Systemvergleich (Beispiele)

- Bruttoinlandsprodukt (BIP) pro Kopf
- Demokratische Strukturen/Regierungsform
- Lage (Topografie) und logistische Infrastruktur
- Bevölkerungsmerkmale, Kultur/Religionen etc.
- Beschäftigungsdaten und Arbeitslosenquote

Ausgewählte Gesundheitsindikatoren

- Gesundheitsausgaben (Anteile am BIP)
- Geburten-/Fertilitätsrate
- Lebenserwartung Neugeborener
- Kindersterblichkeit
- Volkskrankheiten, Morbidität und Mortalität

Exemplarische typologische Daten

- Aufbau und Struktur eines Gesundheitssystems
- Präventionsmaßnahmen (primär, sekundär, tertiär)
- Gesundheits- und Sozialgesetzgebung
- Sicherungssystem (alle/einige, gesetzlich/privat)
- Erstattung von Leistungen, Positiv-/Negativlisten
- Anteil der privaten Eigenleistung
- Steuerungselemente/Kapazitätsplanung
- Staatliche Eingriffe/Förderungsmaßnahmen
- Preise und Preisbildung für Gesundheitsleistungen
- Patientenzugang zu den Versorgungsleistungen
- Leistungserbringer in der Gesundheitsversorgung
- Steuer- und/oder Beitragsfinanzierung

Tab. 2: Historisch gibt es vier entscheidende Phasen, in denen sich die Länder Europas bzw. in der OECD für eines der beiden Systeme entschieden.

Phase I:

Die meisten Länder Europas etablierten zunächst **Bismarck**-Modelle. Großbritannien, Irland und – bis auf Dänemark – alle skandinavischen Länder dagegen das **Beveridge**-System (sowie außerhalb Europas noch Kanada).

Phase II:

Zwischen 1973 und 1986 wechselten Dänemark, Italien, Spanien, Griechenland und Portugal von Bismarck- zu **Beveridge**-Systemen.

Phase III:

In der darauf folgenden kurzen Phase bis 1989 bzw. bis zum Zusammenbruch der Sowjetunion hatten schließlich noch die zentralen Länder Europas Deutschland, Frankreich, Benelux und Österreich weitgehend an **Bismarck** angelehnte Sozialversicherungssysteme (und außerhalb Europas noch Japan und Israel). Neben Großbritannien haben alle Länder Südeuropas und Skandinaviens überwiegend an **Beveridge** orientierte, steuerfinanzierte Systeme. Die Länder in Osteuropa als Teil des Warschauer Paktes hatten Sozialversicherungssysteme nach dem sogenannten **Semashko**-Modell, das bis heute in Russland weiterentwickelt wird [14].

Phase IV:

Nach dem Fall der Mauer übernahmen Ungarn, die baltischen Staaten, Tschechien, die Slowakei, Polen und Ungarn das **Bismarck**-System.

Eigene Darstellung in Anlehnung an R. B. Saltman et al. (2004) [15].

ausgaben und reichhaltigen Leistungserstattungen wie Dänemark und Schweden, andererseits solche mit niedrigeren Sozialausgaben wie Großbritannien und Irland.

Bismarck versus Beveridge

In Europa und einigen sonstigen OECD-Ländern haben sich seit der Entwicklung dieser beiden grundsätzlich verschiedenen Systeme in vier historischen Phasen (siehe Tab. 2) bis heute die zentralen und die osteuropäischen Länder Europas (ohne die Schweiz) für an Bismarck angelehnte Sozialversicherungssysteme entschieden (außerhalb Europas noch Japan und Israel). Andererseits haben neben Großbritannien alle Länder Südeuropas und Skandinaviens an Beveridge orientierte, steuerfinanzierte Systeme. Spannend ist hierbei, warum sich in der jeweiligen Phase die einen vom Bismarck-System abgewandt und später sich alle anderen diesem zugewandt haben. Die Erfahrungen aus den Ländern mit den zentralistisch organisierten und über Steuern finanzierten Beveridge-Systemen scheinen diese anderen Länder aus dem ehemals kommunistisch geprägten Os-

ten Europas jedenfalls nicht überzeugt zu haben.

„Um des Wohls eines Jeden willen, dem gemeinsamen Wohl aller verpflichtet“

Der Sozialstaatstheoriker Frank Nullmeier (Universität Bremen) kennzeichnete im Jahre 2005 unser System bzw. den bundesdeutschen Sozialstaat als „berufsständisch gegliedertes Konglomerat aus einem System sozialer Sicherung, der Dominanz der Sozialversicherungen und der Zielsetzung der Statussicherung“. Er plädierte u. a. dafür, dass „das gesamte Volkseinkommen als Finanzierungsbasis genutzt“ werde. Der Moralthologe und Sozialethiker Andreas Lob-Hüdepohl plädierte in seiner Replik ergänzend „für ein am Prinzip der Gerechtigkeit orientiertes System sozialer Sicherungen.“ Reformen dürften „nicht dazu führen, dass Menschen die Last einer Alleinzuständigkeit aufgebürdet“ werde. „[Die] Netze der sozialen und kulturellen Lebenswelt ... tragen ihn [den Menschen], indem er sich selbst trägt. Das ist die ursprüngliche Bedeutung von Solidarität: um des Wohls eines Jeden willen, dem gemeinsamen Wohl aller verpflichtet.“ [16]

Zwischenergebnis

Die Bismarck-Systeme sollten ganz und gar nicht vergessen werden, wie dies hier so provokant im Untertitel gefragt wurde, denn sie haben sich in den OECD-Ländern oft bewährt. Aber sie haben insbesondere aus Sicht der Ethik immer wieder Verbesserungsbedarf.

Wider die Dogmen

Gehört zu diesem Verbesserungspotential auch die Trägerschaft eines Krankenhauses? „Es kommt darauf an.“ Tatsache ist, dass viele Leistungserbringer in kommunalen oder frei-gemeinnützigen Gesundheitseinrichtungen durch eine Privatisierung die Aufgabe ärztlicher Freiheiten, die Fehlverwendung von Gewinnen für Aktionäre und sonstige sogenannte Stakeholder sowie eine damit verbundene ökonomische Dominanz bzw. überbordendes Gewinnstreben befürchten. Hollmann und Schröder bringen 2017 die häufig geäußerte Kritik auf die wesentlichen Punkte: Das legitime Gewinnstreben der Privaten vertrage sich nicht mit den originären Aufgaben eines Krankenhauses; der ökonomische Erfolg eines kommunalen Krankenhauses komme den Patienten und Bürgern zugute, bei privatisierten Kliniken könnten die Erlöse letztlich jedoch nicht als Gemeinwohrendite verzeichnet werden [17].

„Die Perversion des Fallpauschalensystems“ (DRG)

Der Chefarzt der Onkologie des einzigen privatisierten Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Univ.-Prof. Dr. med. Andreas Neubauer, lässt in der ARD Kontraste-Recherche von M. Pohl et al. „Markt macht Medizin – Das ungesunde Geschäft mit unseren Krankenhäusern“ klar erkennen, für wie problematisch er den zunehmenden wirtschaftlichen Druck auf die Medizin hält: „Die aggressivere Behandlung bringt der Abteilung mehr Geld, das Zuwarten bringt der Abteilung gar kein Geld“ [13]. In der gleichen Sendung kritisierte aber auch der Geschäftsführer aus den Städtischen Kliniken in Dortmund Rudolf Mintrop die pauschalierende DRG-Finanzierung der Krankenhäuser: „Wir sagen ausdrücklich hier im Hause, am Bett des Patienten wird nicht gerechnet. Wa-

rum müssen wir das ausdrücklich sagen? Weil das System so ist, dass wir das ausdrücklich sagen, dass wir das nicht machen. Das ist die Perversion, dass man sich jetzt erklären muss, dass man sich nicht in die Falle des Fallpauschalensystems begibt und permanent einen Fall, einen Patienten, als Renditeobjekt mitbetrachtet.“

Viele halten eine Privatisierung im Gesundheitswesen für falsch

Manches von dem, was über das eine oder andere Krankenhaus oder den einen oder anderen Träger in einigen Medien berichtet wird, ist sicherlich richtig, während andererseits manches davon wohl eher Mythen sind [18]. Denn zum einen unterscheiden sich die privaten Träger und darin die Krankenhäuser untereinander genauso erheblich wie die Experten und Qualitäts- und sonstigen Expertisen der jeweiligen Einrichtungen. Dies trifft aber umgekehrt auf alle anderen Träger zu. Tatsache ist, dass viele Ärztinnen und Ärzte die Privatisierung von Krankenhäusern, Reha-Einrichtungen und Altenheimen für falsch halten. Realität ist aber auch, dass alle Krankenhäuser auf der Suche nach Erfolgsfaktoren – unabhängig von ihrer Trägerschaft – voneinander lernen. Bis heute gilt aber selbst aus materieller Erfolgssicht bzw. aus reiner Wettbewerbssicht, dass es keine Trägerkonstellation als idealtypisches Modell gibt, wenngleich die privaten hier durchschnittlich bislang die Nase vorn haben.

Privat bedeutet nicht automatisch „böse“

Bemerkenswert ist außerdem, dass fast zeitgleich zur oben genannten ARD-Recherche ein privater Träger bekannt gibt, dass er „gemeinnützig wirtschaftet und sämtliche Überschüsse über Reinvestitionen zur Verbesserung der Patientenversorgung und der Personalausstattung verwendet“. Ein Oberlandesgericht habe daher der Sozialministerin von Sachsen-An-

halt in einem aktuellen Verfahren unter Strafandrohung anderweitige Behauptungen untersagt [19].

Ein weiterer privater Träger – vornehmlich aus dem Reha- und Pflegebereich – konkretisierte exemplarisch seine Gemeinwohlorientierung in einem Wertekanon, demgemäß zwei Drittel seines Gewinns grundsätzlich in die Weiterentwicklung des Unternehmens investiert würde [20].

Es muss an dieser Stelle auch festgestellt werden, dass vorher beispielsweise in kommunalen oder frei-gemeinnützigen Einrichtungen als „ehrenwert“ geltende Kolleginnen und Kollegen auch nach der Übernahme durch einen privaten Träger nicht automatisch zu geldgetriebenen „Ethik-Monstern“ werden. Und streng genommen arbeitet jede Praxis wie ein privates Unternehmen auf eigenes Risiko, auch wenn das regulierte Gesundheits-„wesen“ gemäß dem in Teil II dieser Serie abgewandelten Zwiebelmodell (vgl. HÄBL 09/2020) kein wirtschaftlicher „Markt“ ist und es sich bei Arztpraxen nicht um Gewerbebetriebe handelt.

Gewaltige Finanzierungslücke durch Länderversäumnisse

Die gelegentlich geäußerte Ungleichung „Privat schlechter als Kommunal schlechter als Frei-Gemeinnützig“ ist „so“ absolut aus ethischer Sicht nicht haltbar. Ein Problem, das alle drei Trägerformen immer schlechter bewältigen können, ist dagegen die Säumigkeit des Staates, seinen gesetzlichen Verpflichtungen zur Finanzierung von Neubauten, Sanierungen und der Beschaffung von Großgeräten nachzukommen. Nach Angaben der Deutschen Krankenhausgesellschaft hätten die Bundesländer den jährlichen Bedarf für diese notwendigen Investitionen der Krankenhäuser jeweils nur zu etwa der Hälfte gedeckt. In der Summe habe sich dadurch ein Investitionsstau von mindes-

tens 30 Mrd. Euro in den vergangenen zehn Jahren aufgetürmt (<https://www.dkgev.de/>) [21]. Die Krankenhäuser mussten diese daher zweckentfremdet aus den laufenden DRG- und sonstigen Erlösen mitfinanzieren. Kumulativ ist hier also das Zigfache dieser Zuschüsse aufgelaufen.

Ausblick: (Was) Können wir von anderen lernen?

Im vierten Teil dieser Reihe werden exemplarische, medizinethisch bedenkliche Auswirkungen in der medizinischen Forschung und von Fehlanreizen unseres Gesundheitssystems aufgegriffen und mögliche Auswege aus einigen Dilemmata anhand von Vorbildern anderer Gesundheitssysteme aufgezeigt.

Univ.-Prof. Dr. med. habil.
Andreas J. W. Goldschmidt

Biografisches zum

Autor: Gastwissenschaftler am IASU der Goethe-Universität seit 2018, Mitglied der Sozial-, Rechts- und Wirtschaftswissenschaften der Europäischen Akademie der Wissenschaften und Künste seit 2012, Mitwirkung in verschiedenen Ethikkommissionen seit 1998 und Vorsitzender der Präsidiumskommission Ethik der wissenschaftlichen Fachgesellschaft gmds seit 11/2019.



© Fotostudio Pfeiffer

Teil I siehe Ausgabe 02/2020, S. 90ff; Teil II siehe Ausgabe 09/2020, S. 480ff. Die Literaturhinweise finden Sie auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

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

Literatur zum Artikel:

Medizinethik und Wirtschaftsethik sind nicht dasselbe

Teil III der Serie „Ethik, Gesundheitsversorgung und Ökonomie“

von Univ.-Prof. Dr. med. habil. Andreas J. W. Goldschmidt

- [12] Wirtschaftslexikon: Chrematistik. Ausgabe 2018. – URL: <http://www.wirtschaftslexikon.co/d/chrematistik/chrematistik.htm>, Abruf: 10. August 2017 (Anmerkung: In einigen Publikationen wird stattdessen auch der Begriff „Chremastik“ verwendet)
- [13] Pohl M, Sieber U, Wandt L: Markt macht Medizin – Das ungesunde Geschäft mit unseren Krankenhäusern. Eine Recherche von Kontraste. Exklusiv im Ersten. ARD, 20.7.2020, 22:00–22:30 Uhr
- [14] Sheiman I, Shishkin S, Shevsky V: The evolving Semashko model of primary health care: the case of the Russian Federation. *Risk Manag Healthc Policy*, 2018 (11): S. 209–220 – URL: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6220729/>, Abruf: 31.7.2020, 14:13 Uhr
- [15] Busse R., Saltman R B, Dubois H: Organization and financing of social health insurance systems—current status and recent policy developments. In: Saltman R B, Busse R, Figueras J (eds.): *Social health insurance systems in western Europe*. Buckingham: Open University Press, 2004: S. 33–80. – Siehe dazu auch [8, S. 2ff].
- [16] Berliner Institut für christliche Ethik und Politik – ICEP (Hrsg.): „Bismarck oder Beveridge? Grundlagen und Prinzipien sozialer Sicherung.“ Dokumentationen des ICEP (hier: Fachtagung des ICEP mit der Katholischen Akademie Berlin am 6. Juni 2005), Berlin 2/2005
- [17] Hollmann J, Schröder B: Gefährden die Chrematisten die Daseinsvorsorge? *Health Care Management (HCM)*:10/2017: 46–47
- [18] Goldschmidt A J W: Wider die Dogmentheorie. *f&w, Bibliomed, Melsungen* 6/2012: 620–621 (ISSN 0175–4548)
- [19] kma (Hrsg.): Sachsen-Anhalt: Oberlandesgericht untersagt Sozialministerin Falschaussagen gegen Ameos. *kma, Klinik Management aktuell* (Thieme), 24.07.2020 – Quelle: Ameos – URL: <https://www.kma-online.de/aktuelles/politik/detail/oberlandesgericht-untersagt-sozialministerin-falschaussagen-gegen-ameos-a-43694> – Abruf: 27. Juli 2020, 17:19 Uhr
- [20] Saßen S (Koriander Deutschland): Zitat aus Laschet H: Investoren im Gesundheitswesen: Plage oder Partner fürs Gemeinwohl? *ÄrzteZeitung*, 01.10.2020 – URL: <https://www.aerztezeitung.de/Politik/Investoren-im-Gesundheitswesen-Plage-oder-Partner-fuers-Gemeinwohl-413318.html>, Abruf: 02.10.2020
- [21] Deutsches Ärzteblatt (Hrsg.): Krankenhäusern fehlt Geld für Investitionen. *aerzteblatt.de* → News → Politik, 19. Dezember 2019 – URL: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/108358/Krankenhaeusern-fehlt-Geld-fuer-Investitionen>, Abruf: 2. Aug. 2020, 14:20 Uhr

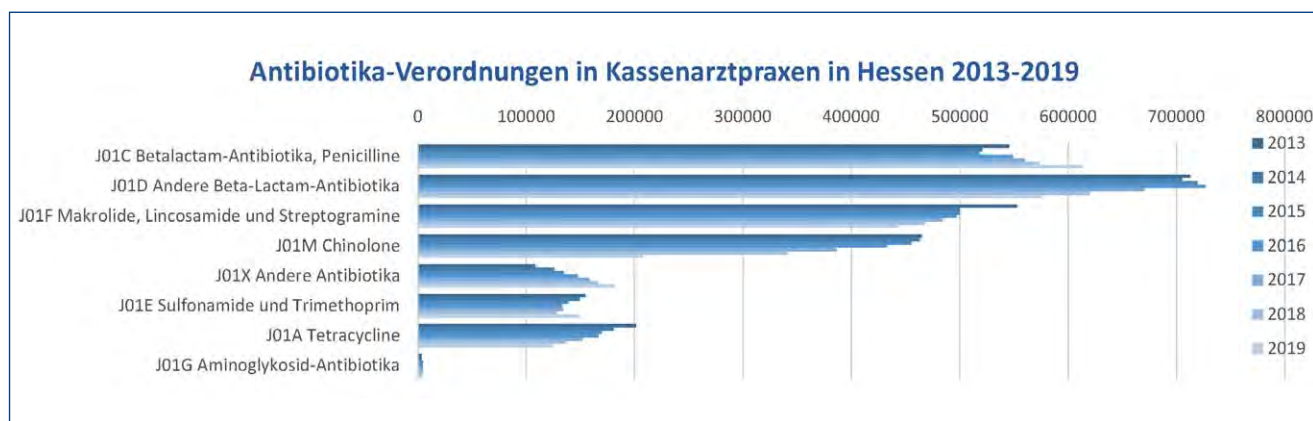


Abb. 1: Antibiotika-Verordnungen aller Kassenärzte in Hessen 2013–2019.

Quelle: GKVAbrechnungsdaten, INSIGHT Health GmbH & Co. KG

Antibiotika-Verordnungen in der ambulanten Versorgung in Hessen 2013–2019

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. Rüdiger Warlich, Dr. Volker Schäfer, Dr. med. Rolf Teßmann

Antibiotikaresistenzen sind nur einzudämmen durch einen zurückhaltenden, verantwortungsvollen Antibiotika-Einsatz in der ambulanten und stationären Humanmedizin, aber auch in der Veterinärmedizin einschließlich der Tiermast. In jüngerer Zeit sind in allen Bereichen erste Erfolge der sogenannten Antibiotic-Stewardship-Maßnahmen erkennbar. Nachfolgend sollen die Verordnungsdaten der Kassenärzte in Hessen vorgestellt werden. Drei der „Top-Ten-Antibiotika“ werden unter verschiedenen Aspekten detaillierter betrachtet: Cefuroxim, Ciprofloxacin und Fosfomycin.

Datenbasis sind Verordnungen bzw. Arzneimittelrezepte (ausgenommen zahnärztliche Verordnungen), die von den Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) in Apotheken eingelöst und gemäß § 300 Abs. 2 SGB V erfasst wurden. Die Verordnungsdaten für Antibiotika (ATC J01) für den Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen wurden von der Firma Insight Health GmbH & Co. KG, Waldems-Esch, zur Verfügung gestellt.

Antibiotika-Verordnungen der Kassenärzte in Hessen sind rückläufig

Trotz steigender Bevölkerungszahl in Hessen von 2013 bis 2019 (plus 4 %) ist

eine Abnahme der Antibiotika-Verordnungen um 16 % erkennbar – mit großen Unterschieden bei den verschiedenen Antibiotikagruppen. Die Verordnungen von Chinolonen wurden um 55 %, die von Tetracyclinen um 39 %, die von Makroliden und einigen β -Laktam-Antibiotika (hier: im Wesentlichen Cephalosporine) um 20 % reduziert. Gleichzeitig nahmen die Verordnungen von β -Laktam-Antibiotika (verschiedene Gruppen von Penicillinen) um 12 % und die Verordnungen von Antibiotika der Gruppe J01X sowie andere Antibiotika (darunter Fosfomycin, Nitrofurantoin) um 67 % zu (Abb. 1).

Durch die Abnahme der Cephalosporin-Verordnungen bei gleichzeitiger Zunahme der Verordnungen an Penicillinen ist der sogenannte Penicillin/Cephalosporin-Quotient von 2013 bis 2019 von 0,77 auf 1,06 gestiegen: eine im Hinblick auf die allgemein geringere Resistenzförderung der Penicilline im Vergleich zu Cephalosporinen erfreuliche und angestrebte Tendenz.

Cefuroxim – keine therapeutische Wirksamkeit bei der empfohlenen oralen Dosierung

Auch bei Cefuroxim, dem am häufigsten eingesetzten Zweit-Generations-Cephalosporin, ist eine deutliche Abnahme erkennbar (Abb. 2a). Dennoch wird hier

noch weiterer Verbesserungsbedarf gesehen. Zum einen wird Cefuroxim oral in diversen AWMF-Leitlinien (z. B. Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie (2016), der Infektionen im Kopf-Hals-Bereich einschließlich Tonsillitis (2019), der Harnwegsinfektionen (2017) sowie der ambulant erworbenen Meningitis) weder als Mittel der ersten Wahl noch als Alternative empfohlen [1–4]. Lediglich in der aktuellen Leitlinie Rhinosinusitis [5] ist Cefuroxim als ein Mittel der ersten Wahl für besondere Patientengruppen noch aufgeführt. Darüber hinaus wird Cefuroxim als Mittel der zweiten Wahl in den DEGAM-Leitlinien Husten (2014) und der Leitlinie Ohrenschmerzen (2014) für wenig kranke Kinder im Alter von 6–24 Monaten empfohlen [6, 7]. Insofern bleibt unklar, wofür dieser Wirkstoff so häufig verschrieben wird.

Zum anderen wirkt oral verabreichtes Cefuroxim stark abführend, weshalb für die orale Gabe nur vergleichsweise geringe Dosen (2x250–500 mg) zugelassen sind, die deutlich unter den Tagesdosen für die i.v.-Anwendung (üblicherweise 3x1.500 mg) liegen. Da die Bioverfügbarkeit von Cefuroxim per oral nüchtern bei ca. 36 % liegt [8, 9], erreichen die Blut- und Gewebespiegel nur 10 % der Werte verglichen mit der i.v.-Gabe (Tab. 1). Somit ist leicht erkennbar, dass mit den niedrigen Dosen bei oraler Gabe von Cefuroxim kein ausrei-

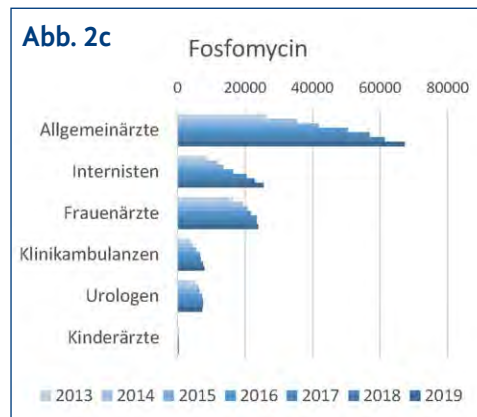
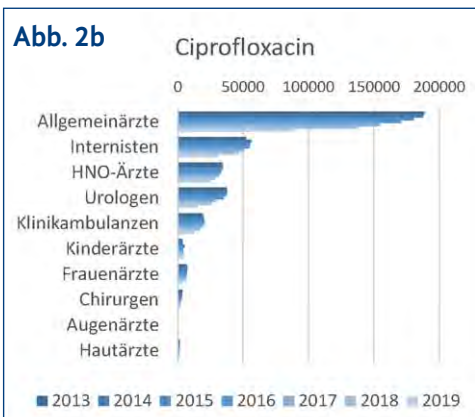
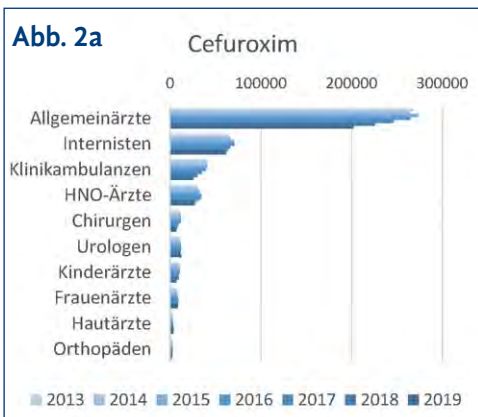


Abb. 2a-c: Antibiotika-Verordnungen aller Kassenärzte in Hessen 2013–2019: Cefuroxim, Ciprofloxacin und Fosfomycin, aufgeschlüsselt nach Facharztgruppen.

chender therapeutischer Wirkspiegel erreicht werden kann (Abb. 3) – stattdessen können Resistenz-Entwicklungen gefördert werden [1]. Vor diesem Hintergrund sollen andere, geeignetere Antibiotika eingesetzt werden. Tab. 1 zeigt exemplarisch Antibiotika-Alternativen auf.

Fazit zu Cefuroxim

Die orale Cefuroxim-Verordnung sollte vor jeder Anwendung kritisch geprüft werden.

Ciprofloxacin und Chinolone – Warnungen/Rote Hand-Briefe

Bei den Verordnungen von Chinolonen – hier Ciprofloxacin (Abb. 2b) – zeigt sich eine rückläufige Tendenz über die letzten Jahre – mit einer ganz besonders starken Abnahme 2019. Offensichtlich wurden die Warnungen der Rote Hand-Briefe vom 8. April 2019 und vom 26. Oktober 2018 in den Praxen der niedergelassenen Ärzte sehr aufmerksam wahrgenommen und bewusst umgesetzt.

In dem Rote-Hand-Brief vom 26. Oktober 2018 [10] wurde auf das durch Chinolone erhöhte Risiko für Aortenaneurysmen und -dissektionen insbesondere bei älteren Personen hingewiesen. Neben prädisponierenden Faktoren für Aneurysma-Erkrankungen in der Familienanamnese und ähnlichem werden auch Hypertonie und Atherosklerose genannt. Insbesondere die letztgenannten Risikofaktoren sind in der Bevölkerung weit verbreitet.

Der zweite Rote Hand-Brief vom 8. April 2019 [11] empfahl angesichts der schwerwiegenden Nebenwirkungen auf den Bewegungsapparat (u. a. Tendinitis, Sehnenruptur, Myalgie, Muskelschwäche, Arthralgie, Gelenkschwellungen und Gangstörung) sowie auf das periphere und zentrale Nervensystem (u. a. periphere Neuropathie, Schlaflosigkeit, Depressionen, Ermüdung (Fatigue), eingeschränktes Erinnerungsvermögen sowie Seh-, Hör-, Geruchs- und Geschmacksstörungen) einen zurückhaltenden Einsatz von Chinolonen und eine rasche Beendigung der Therapie bei den ersten Anzeichen einer schwerwiegenden Nebenwirkung. Es wurde betont, dass besondere Vorsicht geboten ist u. a. bei der Verschreibung für ältere Menschen, bei eingeschränkter Nierenfunktion und bei Pa-

tienten, die gleichzeitig mit Kortikosteroiden behandelt werden – es erhöht das Risiko einer Fluorchinolon-induzierten Tendinitis und Sehnenruptur. Die gleichzeitige Anwendung von Kortikosteroiden mit Fluorchinolonen sollte vermieden werden.

Fazit zu Chinolonen

Für die Verordnung von Chinolonen bedarf es einer gesicherten Indikation; sie sollten zurückhaltend verordnet werden.

Fosfomycin – die zwei Seiten einer Substanz

Fosfomycin ist eines von vier Antibiotika-Wirkstoffen, die in der S3-Leitlinie zu ambulant erworbenen Harnwegsinfektionen als Mittel der ersten Wahl empfohlen wer-

Simulation der Serumspiegel: Cefuroxim 3x1500 mg iv über 3 Tage, dann 2x500 mg po

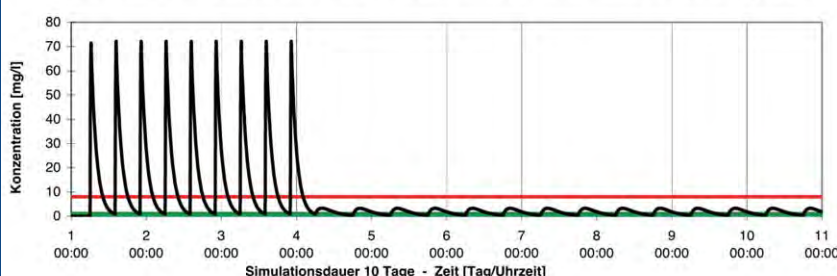


Abb. 3: Simulation der Serumspiegel: Cefuroxim 3 x 1500mg i.v. über drei Tage, dann 2 x 500mg p.o. Bei der empfohlenen oralen Dosierung bleibt der Wirkspiegel unterhalb der vierfachen minimalen Hemmkonzentration (rote Linie) für gramnegative Erreger. Eine Simulation mit Pharkin 4.0 siehe im Internet www.pharkin.de

	Tagesdosis (parenteral)	Tagesdosis (oral)	Orale Bioverfüg- barkeit	Anteil vom i.v. Serumspiegel bei oraler Gabe
Cotrimoxazol SMX 800mg+TMP 160mg	2 x 960 mg	2 x 960 mg	ca. 100 %	ca. 100 %
Doxycyclin	1 x 100-200 mg	1 x 100-200 mg	95%	95%
Clindamycin	3 x 600 mg	3 x 600 mg	90%	90%
Moxifloxacin	1 x 400 mg	1 x 400 mg	90%	90%
Levofloxacin	1-2 x 500 mg	1-2 x 500 mg	ca. 100 %	ca. 100 %
Ciprofloxacin	2 x 400 mg	2 x 500 mg	70%	90%
Ampicillin / Amoxicillin	3 x 2 g	3 x 1 g	90%	45%
Amoxicillin - Clavulansäure	3 x 2 g/ 0,2 g	3 x 875 mg/125 mg	beide 90 %	45%
Clarithromycin	2 x 500 mg	2 x 500 mg	50%	50%
Azithromycin	1 x 500 mg	1 x 500 g	37%	37%
Ampicillin-Sulbactam / Sultamicillin*	3 x 2 g/ 1 g	2 x 750 mg	80%	12%
Cefuroxim / Cefuroxim-axetil	3 x 1,5 g	2 x 500 mg	37% (52 %**)	ca. 10 %
* 375 mg Sultamicillin entsprechen 147 mg Sulbactam und 220 mg Ampicillin ** gleichz. Nahrungsaufnahme				

Quelle: Rechte bei den Autoren

Tab. 1: Häufig in der ambulanten Arztpraxis eingesetzte Antibiotika-Wirkstoffe: empfohlene Dosierung, orale Bioverfügbarkeit und Auswirkung auf den rechnerisch erreichbaren Serumspiegel bei oraler Gabe im Vergleich zu i.v. Gabe.

den, neben Nitrofurantoin, Nitroxolin und Pivmecillinam [3].

Vor diesem Hintergrund haben die Verschreibungen von Fosfomycin per oral seit der Markteinführung in Deutschland exorbitant zugenommen – in Hessen von weniger als 1.000 Verordnungen vor 2012 auf 133.361 Verordnungen im Jahr 2019 (Abb. 2c).

Aber: Im Jahr 2018 hat die Weltgesundheitsorganisation Fosfomycin i.v. in die Liste der Reserveantibiotika aufgenommen und für die Therapie schwierig zu behandelnder Infektionen einschließlich Infektionen mit MRSA oder MRGN empfohlen [12]. Auf den Intensivstationen wird dieser Wirkstoff zwar noch in geringen, aber steigenden Mengen eingesetzt [13].

Fazit zu Fosfomycin

Auch wenn derzeit (noch) keine Hinweise auf eine deutliche Zunahme der Resistenzen gegen Fosfomycin bei E. coli oder Klebsiellen erkennbar sind [14], sollte nach Auffassung der AG Antibiotic Stewardship des MRE-Netzes Rhein-Main Fosfomycin nicht unkritisch für die Behandlung unkomplizierter ambulant er-

worbener Harnwegsinfektionen eingesetzt werden, um die Wirksamkeit dieses Reserveantibiotikums für die Behandlung schwerer Infektionen zu erhalten. Alternative Antibiotika stehen hier zur Verfügung.

Ausblick: Ärztinnen und Ärzte sind auf einem guten Weg – Verbesserungen sind möglich

Die Analyse der Antibiotika-Verordnungsdaten der Kassenärzte in Hessen zeigt, dass sich die Bedeutung einer zurückhaltenden Antibiotikatherapie durchsetzt und die Ärzte auf einem guten Weg sind. Dennoch ist noch „Luft nach oben“ und weitere Verbesserungen sind möglich. Das MRE-Netz Rhein-Main wird gemeinsam mit der Landesärztekammer Hessen und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen im Herbst 2020 eine weitere Aktion zum Rationalen Antibiotika-Einsatz in der ambulanten Praxis starten – mit Online- und Präsenzfortbildungen sowie verschiedenen kostenlosen Informationsmaterialien; Termine und mehr dazu siehe Ausgabe 10/2020 des Hessischen Ärzteblattes, S. 571.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
MRE-Netz Rhein-Main

Dr. Rüdiger Warlich
Fachapotheker für Klinische Pharmazie,
Sana Klinikum Offenbach

Dr. Volker Schäfer
Akademischer Direktor i. R.
am Institut für medizinische
Mikrobiologie und Krankenhaushygiene
der Universitätsklinik Frankfurt/M.

Dr. med. Rolf Teßmann
Chefarzt, Abteilung Anästhesie,
Intensivmedizin und Schmerztherapie,
BG Unfallklinik Frankfurt/M.

MRE-Netz Rhein-Main,
AG Antibiotic Stewardship
E-Mail:
mre-rhein-main@stadt-frankfurt.de

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

Literatur zum Artikel:

Antibiotika-Verordnungen in der ambulanten Versorgung in Hessen 2013–2019

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. Rüdiger Warlich, Dr. Volker Schäfer, Dr. med. Rolf Teßmann

- [1] AWMF-Leitlinie Therapie der ambulant erworbenen Pneumonie (2016) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/020-020l_S3_ambulant_erworbene_Pneumonie_Behandlung_Praevention_2016-02-2.pdf (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [2] AWMF-Leitlinie Infektionen im Kopf-Hals-Bereich einschließlich Tonsillitis (2019)
- [3] AWMF-Leitlinie Ambulant erworbene unkomplizierte Harnwegsinfektionen (2017), www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/043-044l_S3_Harnwegsinfektionen_2017-05.pdf (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [4] AWMF-Leitlinie Ambulant erworbene bakterielle (eitrige) Meningoenzephalitis im Erwachsenenalter, https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/030-089l_S2k_Ambulant_erworbene_Meningoenzephalitis_2016-08-verlaengert_01.pdf
- [5] AWMF-Leitlinie Rhinosinusitis (2017) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/017-049_und_053-012l_S2k_Rhinosinusitis_2019-04.pdf (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [6] DEGAM-Leitlinie Husten (2014) https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/053-013l_S3_Husten_2014-02-abgelaufen.pdf (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [7] DEGAM-Leitlinie Ohrenschmerzen (2014) https://www.degam.de/files/Inhalte/Leitlinien-Inhalte/Dokumente/DEGAM-S3-Leitlinien/Leitlinien-Entwurfe/053-009_Ohrenschmerzen/LL-07_Ohrenschmerzen_Langfassung_20141222.pdf (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [8] Scott LJ, Ormrod D, Goa KL. Cefuroxime Axetil. *Drugs* 61, 1455–1500 (2001). <https://doi.org/10.2165/00003495-200161100-00008>
- [9] DRUGDEX® System (electronic version). Truven Health Analytics, Greenwood Village, Colorado, USA. Available at: <http://www.micromedexsolutions.com/> (letzter Zugriff 03.08.2020)
- [10] Rote Hand Brief 26.10.2018 Systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone: Risiko für Aortenaneurysmen und -dissektionen www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-fluorchinolone.html (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [11] Rote Hand Brief 08.04.2019: Systemisch und inhalativ angewendete Chinolon- und Fluorchinolone-Antibiotika: Risiko von die Lebensqualität beeinträchtigenden, lang anhaltenden und möglicherweise irreversiblen Nebenwirkungen-Anwendungsbeschränkungen www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorchinolone.pdf; [jsessionid=BA400FF7FE1DAC66017E3DE6401BA4C9.1_cid506?__blob=publicationFile&v=4](http://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorchinolone.pdf?__blob=publicationFile&v=4) (letzter Zugriff 31.07.2020)
- [12] Sharland M, Pulcini C, Harbarth S, Zeng M, Gandra S, Mathur S, Magrini N on behalf of the 21st WHO Expert Committee on Selection and Use of Essential Medicines. Classifying antibiotics in the WHO Essential Medicines List for optimal use – be AWARe. *The Lancet* 2018; 18: 18–20
- [13] MRE-Netz Rhein-Main Abfrage Fosfomycin-Einsatz in Kliniken im Rhein-Main-Gebiet; persönliche Mitteilung Prof. Dr. med. Ursel Heudorf
- [14] Resistenzen von E coli gegen die Erste Wahl-Antibiotika bei der unkomplizierten ambulant erworbenen Harnwegsinfektion, persönliche Mitteilung Dr. Weindel

Mittelhessen: Gesundheitsämter im Dialog mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten

Mit dem Ziel, die gegenseitige Zusammenarbeit in Mittelhessen zu verbessern, hat im August ein Treffen von Vertreterinnen und Vertretern der Gesundheitsämter mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten stattgefunden. Wichtigstes Thema war der Informationsaustausch in Sachen Covid-19.

Die konstruktiven Gespräche über die aktuelle Situation fanden in den Räumen der Bezirksärztekammer Gießen statt, moderiert von deren Vorsitzenden Dr. med. Hans-Martin Hübner und der stellv. Vorsitzenden Jutta Willert-Jacob. In kollegialer Atmosphäre erfolgte ein Austausch über die Erfahrungen, Probleme und Vorstellung von bereitstehenden lokalen Konzep-

ten im Covid-19-Pandemiegeschehen in Mittelhessen.

Künftig sollen weiterhin diese regelmäßigen Gespräche zwischen gleichberechtigten Partnern von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und Gesundheitsamtsvertretern organisiert werden. Als langfristiges Ziel wurde die Schaffung einer gemeinsamen mittelhessischen Kommunikationsplattform vereinbart. Außerdem soll ein langfristiges standardisiertes Konzept für etwaige künftige Pandemiefälle passend für Mittelhessen entwickelt werden – das aktuelle Covid-19-Infektionsgeschehen soll dafür als Beispiel dienen unter Berücksichtigung aller bestehenden Vor-

gaben. Das Treffen endete mit der Aussicht, den beteiligten Kolleginnen und Kollegen in der Region eine Arbeitshilfe für die Zukunft bieten zu können. Für Rückfragen und weitere Informationen dazu steht das Team der Bezirksärztekammer Gießen gerne als Ansprechpartner zur Verfügung.

Jutta Willert-Jacob
stellv. Vorsitzende
der Bezirksärztekammer Gießen
Fon: 0641 94381-0
E-Mail: bezaek.giessen@laekh.de



Foto: Katja Kölsch

Leserbriefe

Leserbrief zum Artikel „Schulaufgabe: Ein Schüler interviewt einen Arzt zur Covid-19-Pandemie“, HÄBL 7/8 2020, S. 415

Covid-19: „Vieles ist unklar, fachliche Expertise nötig“

Seit Monaten bemühen sich hoch qualifizierte Wissenschaftler, die neue Krankheit Covid-19 zu erforschen im Hinblick auf Therapie und Prävention. Verantwortliche Politiker setzen deren Empfehlungen so schnell wie möglich und soweit mit unserem Rechtsstaat vereinbar um. Bis heute unklar ist dabei zum Beispiel die Epidemiologie von Kindern in Kindergärten und Schulen. Die Schließung solcher Einrich-

tungen wurde deshalb weltweit – soweit in diesen Ländern verantwortungsbereite Politiker aktiv sind – als nützlich angesehen. Unbegreiflich ist für mich nun die mit Abdruck auf fast einer ganzen Seite gewürdigte besserwisserische Meinungsäußerung des Kollegen Andor, dessen besondere fachliche Expertise auf diesem Feld oder Beteiligung an politischer Entscheidungsfindung nicht weiter dargelegt

wird. Die schwache Distanzierung, dass „die Beiträge nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wiedergeben“, hilft nicht dagegen, dass das Publikationsorgan der hessischen Ärztinnen und Ärzte hierdurch deren Ansehen beschädigt.

Dr. med. Gerhard Noeske
Wettenberg

Antwort: „Es hätte schlimmer kommen können“

Die Pandemie-Studie des Deutschen Bundestages (Risikoanalyse Bevölkerungsschutz Bund Pandemie durch Virus „ModiSARS“ DBT Drucksache 17/ 12051 Stand 10.12.2012) geht von einem Infektionsausbruch mit einem fiktiven „ModiSARS“-Virus mit einer Sterblichkeit von 10 % der Infizierten und mindestens 7,5 Millionen Toten in drei Jahren (bis zur Verfügbarkeit eines Impfstoffs) in Deutschland aus. Verschiedene aktuelle Studien in Heinsberg (Uni Bonn), Kupferzell (RKI), China (Wuhan), deuten darauf hin, dass

die Letalität der aktuellen SARS-CoV-2-Infektion statt wie zunächst befürchtet bei 10 % „nur“ bei 0,3–0,4 % liegen könnte. Immer eindeutiger zeichnet sich ab, dass die Gefährlichkeit der Erkrankung, sofern sie zum Ausbruch kommt, mit zunehmendem Lebensalter und Komorbiditäten erheblich ansteigt.

Das Erkrankungs- und Sterberisiko für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene scheint hingegen eher gering, auch haben sich Kindergärten und Schulen bisher nicht als Hot Spot der Pandemie erwiesen.

Die vorhandenen Mittel sollte man auf den Schutz der besonders gefährdeten Personengruppen fokussieren, eine adäquate Kurskorrektur in diesem Sinne halte ich für notwendig und durch die Datenlage begründet. Für einen sachlich-differenzierten Meinungsaustausch stehe ich gerne zu Verfügung.

Michael Andor
Groß-Gerau,
Facharzt für Allgemeinmedizin,
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

Termine für Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen bis auf Weiteres unter Vorbehalt!
Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Modul III – Aufbaukurs „ABS“: Mo., 15.–Fr., 19. März 2021

Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
 Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
 Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: 1.000 € (Akademiestudienmitglieder 900 €)

Modul IV – Projektarbeit: Beginn: Fr., 19.03.2021

Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt
Gebühr: 750 € (Akademiestudienmitglieder 675 €)

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

Innere Medizin

EKG-Kurs Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020 22 P

Gebühr: 320 € (Akademiestudienmitglieder 288 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
 E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Rechtsmedizin

Verletzungsdokumentation

Fallbespr.: Mi., 04. November 2020
Gebühr: 70 € (Akademiestudienmitglieder 63 €)
Leitung: Prof. Dr. med. M. A. Verhoff, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Strukturierte curriculare Fortbildung gem. Curriculum der Bundesärztekammer

Teil 1: Fr., 15.–Sa., 16. Januar 2021 und
Teil 2: Fr., 16.–Sa., 17. April 2021
Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.
Gebühr: 560 € (Akademiestudienmitglieder 504 €)
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 20.–Sa., 21. November 2020 und 32 P

Block Ib: Fr., 11.–Sa., 12. Dezember 2020
Gebühr: 500 € (Akademiestudienmitglieder 450 €)
Ort: Bad Nauheim, Bildungszentrum

Block II: Mi., 03.–Sa., 06. Februar 2021

Gebühr: auf Anfrage
Ort: Darmstadt, Agaplesion Elisabethenstift
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
 PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

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

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 21. November 2020 (ausgebucht – Warteliste möglich)
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: 260 € (Akademiestudienmitglieder 234 €)

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

Hämotherapie

Qualitätsbeauftragter Hämotherapie

Mo., 22.–Fr., 26. März 2021 40 P
Leitung: Prof. Dr. G. Bein, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 900 € (Akademiestudienmitgl. 810 €)

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot

Mo., 23.–Di., 24. November 2020 16 P
Gebühr: 360 € (Akademiestudienmitglieder 324 €)
Mi., 10.–Do., 11. Februar 2021
Gebühr: auf Anfrage
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

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

Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen**Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen****Mi., 04. November 2020****9 P**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult.
H.-R. Tinneberg, S. Niklas

Gebühr: 160 € (Akademiestudenten 144 €)

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

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher**Mi., 18. November 2020**

Leitung: D. Albert, Gießen
D. Ziedorn, Gießen

Gebühr: jeweils 160 € (Akademiestudent 144 €)

Hygienebeauftragter Arzt in der niedergelassenen Praxis, Refresher (Blended-Learning-Veranstaltung)

Terlernphase ab 26.10.2020

Präsenz: Mi., 25. November 2020

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt

Gebühr: jeweils 160 € (Akademiestudent 144 €)

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

COVID-19 aktuell**Erfahrungen und Perspektiven für die Zukunft****Mi., 18. November 2020**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt

Ort: Frankfurt, Gesundheitsamt

Gebühr: 50 € (Akademiestudenten kostenfrei)

Rationale Antibiotikatherapie – Multiresistente Erreger von höchster Relevanz**RAI: Allgemeinmedizin und Urologie****Mo., 28. November 2020**

Ort: Frankfurt, Kassenärztliche Vereinigung

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt

Gebühr: 40 € (Akademiestudenten 36 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Aktualisierungskurs**Sa., 21. November 2020****8 P**

Gebühr: 160 € (Akademiestudent 144 €)

Ort: Frankfurt, Landesärztekammer Hessen

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

Fr. 27. November 2020**8 P**

Leitung: Dr. med. S. Tittmacher, Frankfurt

Gebühr: 160 € (Akademiestudent 144 €)

Spezialkurs Röntgendiagnostik**Fr., 18.–Sa., 19. Dezember 2020 (Theorie)****20 P**

(+ Praktikum, Termin wird noch bekannt gegeben)

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil.

B. Bodelle, Frankfurt

Gebühr: 340 € (Akademiestudent 306 €)

Spezialkurs Interventionsradiologie

Termin in Planung, bitte lassen Sie sich auf die Interessentenliste setzen.

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

Begutachtung**Medizinische Begutachtung**

Modul Ic: Mo., 02.–Di., 03. November 2020 16 P

Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

Modul III: Fr., 11.–Sa., 12. Dezember 2020 16 P

Gebühr: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein **Final- und ein Kausalitätsgutachten** gefordert. Die Erstellung der Gutachten erfolgt in Eigenarbeit mit fachlicher Überprüfung. Die Gutachten sind gesondert buchbar.

Gebühr Gutachten: Final- und Kausalitätsgutachten
je 30 € (Akademiestudenten 27 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 09.–Sa. 10. Juli 2021

Modul IV Fr., 12.–Sa., 13. November 2021

Modul V Sa., 13. November 2021

Gebühren: auf Anfrage

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

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

Ernährungsmedizin

Block 5A: Fr., 15.–Sa., 16. Januar 2021

Block 5B: Fr., 29.–Sa., 30. Januar 2021

Block 5C und 6: Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021

Abschlussprüfung: Mi., 17. März 2021

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

Gebühren: Block 5A 220 €
(Akademiestudierende 198 €)
Block 5B 300 €
(Akademiestudierende 270 €)
inkl. Prüfung
Block 5C+ 6: 590 €
(Akademiestudierende 531 €)
inkl. Prüfung

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

Psychotherapie

**Fehlerkultur in Zeiten der Corona-Pandemie –
Der Beitrag der Psychotherapie**
Sa., 13. Februar 2021

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider
Gebühr: auf Anfrage

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

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem. BUB-Kurs). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Teil 1: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020
Teil 2: Fr., 13.–Sa., 14. November 2020
Teil 3 – Praktikum: Fr., 27. November 2020
Gebühr: 650 € (Akademiestudierende 585 €)

Teil 1: Fr., 23.–Sa., 24. April 2021
Teil 2: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021
Teil 3 – Praktikum: in Planung
Gebühr: auf Anfrage

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schulz,
Dipl.-Psych. M. Specht,
Prof. Dr. med. B. Stuck

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

Ultraschall

Kurse in Planung, bitte beachten Sie kommende Hinweise auf der Internetseite unter www.akademie-laekh.de.

Gefäße
**Anwenderseminar Ultraschall Diagnostik
extrakranielle Gefäße** Sa., 05.12.2020

Gebühr: 280 € (Akademiestudierende 252 €)
Ort: **Frankfurt**, Hotel am Krankenhaus
Nordwest
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle
Frankfurt

**Interdisziplinärer Grundkurs –
periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße**
Do., 18.–Sa., 20. Februar 2021

In welcher Form die dazugehörigen, praktischen Übungen durchgeführt werden können, steht zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht fest

Gebühr: auf Anfrage

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

Abdomen und Retroperitoneum

Modul Schilddrüse II: Sa., 21. November 2020
Gebühr: 250 € (Akademiestudierende 225 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Ort: **Frankfurt**, Universitätsklinikum

Grundkurs: Fr., 22.–Sa., 23. Januar 2021
(zuzüglich 2 Tage á 7 UE praktische Übungen)

In welcher Form die dazugehörigen, praktischen Übungen durchgeführt werden können, steht zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht fest

Gebühr: auf Anfrage

**Leitung der Kurse
für Abdomen:** Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Sa., 31. März 2021

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: auf Anfrage

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin/Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin/Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden.

Kursblock Block V: Aufbaukurs**Optimierung OE/HWS-BWS-CTG und UE/LBB-Region****Fr., 12.–Sa., 13. März 2021 und****Fr., 19.–Sa., 20. März 2021****Gebühr:** 650 € (Akademiemitglieder 585 €)**Kursblock Block VI: Aufbaukurs Osteopathie-Kinder****Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021 und****Fr., 16.–Sa., 17. Juli 2021**

(inkl. 16 UE E-Learning, Beginn 20. Juni 2021)

Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)**Kursblock Block VII: Aufbaukurs****Integrations- und Prüfungskurs****Fr., 15.–Sa., 16. Oktober 2021 und****Fr., 22.–Sa., 23. Oktober 2021****Gebühr:** 650 € (Akademiemitglieder 585 €)**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden**Auskunft/Anmeldung:** M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de**Psychosomatische Grundversorgung****27. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung**

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

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

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

Block I: Fr., 22.–Sa., 23. Januar 2021**Block II: Fr., 05.–Sa., 06. März 2021****Block III: Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021****Block IV: Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021****Block V: Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021****Block VI: Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021****Gebühren je Block:** auf Anfrage**Leitung:** P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle,
Frankfurt**Auskunft/Anmeldung:** A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floren@laekh.de**Ärztliches Qualitätsmanagement**

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

Block III b: Di., 10.–Fr., 13. November 2020**32 P****Gebühren:** IIIb: 770 € (Akademiemitglieder 693 €)**Leitung:** N. Walter, Frankfurt**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)**G13–G14: Fr., 13.–Sa., 14. November 2020****G15: Sa., 12. Dezember 2020****G1–G2: Fr., 15.–Sa., 16. Januar 2021****G3–G4: Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021****G5–G6: Fr., 12.–Sa., 13. März 2021****G7–G8: Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021****II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)****Fr., 13.–Sa., 14. November 2020****Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021****Fr., 19.–Sa., 20. März 2021****Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021****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**Sozialmedizin und Rehabilitationswesen****Kursblock C: Mo., 01.–Fr., 05. Februar 2021****Kursblock D: Mo., 08.–Fr., 12. Februar 2021****Kursblock E: Mo., 20.–Fr., 24. September 2021****Kursblock F: Mo., 27. September–Fr., 01. Oktober 2021****Gebühren:** auf Anfrage**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C – Modul IIb: Sa., 09. Januar 2021
Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg
 Prof. Dr. med. Stefan Bösner, Marburg

Kurs A – Modul I: Do., 29.–Fr., 30. April 2021
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühren: auf Anfrage

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 11.–Sa., 12. Juni 2021
 Fr., 17.–Sa., 18. Dezember 2021

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt
Gebühren: auf Anfrage

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Block B: Fr., 06.–Sa., 07. November 2020 20 P
 Neuropathische Schmerzen; Kopfschmerzen
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Block D: Fr., 04.–Sa., 05. Dezember 2020 20 P
 Muskuloskelettale Schmerzen: Rückenschmerz; Schulter-Nackenschmerz; Muskelschmerz, widespread pain, Fibromyalgie; Gelenkerkrankungen
Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt
 Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Gebühren: je Block 300 € (Akademiemitgl. 270 €)
Orte: Block B: Kassel, Klinikum
 Block D: Bad Nauheim, BZ LÄKH

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

Arbeitsmedizin

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

C2: Mi., 02.–Mi., 09. Dezember 2020
 Beginn der Telearnphase: 03. November 2020
Gebühr: 650 €
 (Akademiemitglieder 585 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
 E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 11.–Sa., 14. November 2020
 Themenübersicht:
Mi.: Gynäkologische Onkologie
 Prof. Dr. med. I. Meinhold-Heerlein, Gießen
Do.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt
Fr.: Gynäkologie inkl. Urogynäkologie
 Prof. Dr. med. Dr. h.c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt
Sa.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik
 Dr. med. F. Oehmke, Gießen
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
 H.-R. Tinneberg, Frankfurt
Gebühr: 520 € (Akademiemitglieder 468 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
 E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Palliativmedizin

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

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

Fallseminar Modul 1 Di., 09.–Sa., 13. März 2021
Fallseminar Modul 2 Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021
Fallseminar Modul 3 Mo., 15.–Fr., 19. November 2021
Kurs-Weiterbildung Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021
Gebühren: auf Anfrage

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 09.–Sa., 14. November 2020 **ges. 62 P**

Themenübersicht:

Montag, 09. November 2020 **11 P**

Vormittag: **Gastroenterologie**
Leitung: Prof. Dr. med. K. Haag
Nachmittag: **Kardiologie**
Leitung: Dr. med. R. Brandt

Dienstag, 10. November 2020 **11 P**

Vormittag: **Kardiologie**
Leitung: Dr. med. R. Brandt
Nachmittag: **Pneumologie**
Leitung: Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Mittwoch, 11. November 2020 **11 P**

Vormittag: **Angiologie**
Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle
Nachmittag: **Nephrologie**
 PD Dr. med. H.-W. Birk,
 Prof. Dr. med. W. Fassbinder

Donnerstag, 12. November 2020 **12 P**

Vormittag: **Internistische Hämatologie / Onkologie**
Leitung: Prof. Dr. med. L. Bergmann
 Prof. Dr. med. A. Neubauer
Nachmittag: **Internistische Intensivmedizin**
Leitung: Prof. Dr. med. K. Mayer

Freitag, 13. November 2020 **11 P**

Vormittag: **Endokrinologie/Diabetologie**
Leitung: Dr. med. C. Jaurisch-Hancke
 Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann
Vormittag: **Rheumatologie**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange

Samstag, 14. November 2020 **6 P**

Vormittag: **Fallseminar**
Leitung: Dr. med. R. Brandt,
 Prof. Dr. med. W. Fassbinder,
 Dr. med. M. Zieschang,
 Prof. Dr. med. K. Haag,
 Dr. med. I. Tarner

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

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

Auskunft/Anmeldung:

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:
<https://portal.laekh.de> oder www.akademie-laekh.de möglich.

Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220.

Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung.

Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):
 Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
 Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren freitags und samstags kostenfrei möglich! Telefonische Informationen: Christina Ittner, Fon: 06032 782-223.

Gebühr (sofern nicht anders angegeben): gilt inklusive Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

Teilnehmerzahl: Für alle Veranstaltungen gibt es eine Begrenzung der Teilnehmerzahl. Gerne setzen wir Sie in diesem Fall auf die Warteliste oder informieren Sie zeitnah über die nächste Veranstaltung.

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

Akademie online:
www.akademie-laekh.de
 E-Mail: akademie@laekh.de





Kardiologie (KAR) 120 Stunden

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

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 1.215 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Beginn: voraussichtlich März 2021

Teilnahmegebühr: € 980 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden.

Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185

NEU: Orthopädie: Arthrose und Osteoporose und Co.

Orthopädische Krankheitsbilder werden anhand von Praxisbeispielen besprochen und anschaulich dargestellt. Dabei können durch die Teilnehmerinnen und Teilnehmer innerhalb der Veranstaltung unterschiedliche Schwerpunkte gesetzt und gemeinsam behandelt werden.

Inhalte: Diagnostik Rückenschmerzen, Diagnostik Arthrose, Diagnostik Osteoporose, Vorsorgeuntersuchung, Ernährung, Therapien und Hilfsmittel.

Termin (MED 10): Interessentenliste

Gebühr: 60 €

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

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten

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_3): Mi., 09.12.2020, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

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

Refresher: GOÄ und UV-GOÄ

Inhalte: Das vorliegende Fortbildungsangebot richtet sich an MFA, die im Rahmen ihres Tätigkeitsgebietes in der Ablauforganisation berufsgenossenschaftlicher Abrechnung zukünftig mitwirken wollen und an Teilnehmer/-innen des Qualifizierungslehrgangs „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

Termin (PAT 13): Sa., 06.02.2021, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 115 €

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

Belastungs-EKG für Fortgeschrittene

Inhalte: Erkennung von technischen Fehlern anhand von Herzstromkurven, Grundlagen der Pathologie, Ruhe-EKG und Belastungs-EKG, Notfallausstattung und Geräewartung für den Funktionsbereich Belastungs-EKG, Grundlagen der Dopplermessung, praktische Durchführung und Überblick über die Auswertung eines Belastungs-EKGs. Die Veranstaltung wird unter ärztlicher Leitung durchgeführt.

Termin (MED 2): Sa., 06.02.2021, 09:30–16:45 Uhr

Teilnahmegebühr: 115 €

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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Zur Vorbereitung auf die Winterprüfung!

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ

Termin (PVK 2_2): Sa., 07.11.2020, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 80 €

Abschlussprüfung praktischer Teil

Termine:

(20_PVK 3_7): Sa. 12.12.2020, 09:30–17:45 Uhr oder

(20_PVK 3_8): Sa., 19.12.2020, 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 95 €



Medizinische Fachkunde

Termin (PVK 4_2): Sa., 14.11.2020 und Sa., 21.11.2020,
jeweils 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 130 €

Präsenzlabor und EKG praktisch

Termin(PVK 5): Sa., 05.12. 09:30–17:45 Uhr

Gebühr: 95 €

Kontakt:

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

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Aktuelle Termine und Änderungen siehe Website:
www.carl-oelemann-schule.de

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)

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

Bücher



Flora von Herwarth: Splitterzeiten

Roman. KLAKE-Verlag Berlin 2020,
Klappenbroschur, 334 Seiten,
ISBN 9783948156282, € 19.90

Das Buch erzählt über eine Ärztin, von der Autorin Ada Maar Kollneck genannt, die ein nahezu unglaubliches Schicksal in den politischen und Kriegswirren des 20. Jahrhunderts erlebt hat. Geschrieben als quasi-dokumentarischer Erstlingsroman von einer jungen Autorin, die mehrere Jahre als Hebamme gearbeitet hat und sich für die aufrechte Haltung ihrer Protagonistin zugleich mit positioniert.

In Breslau 1899 als älteste und „eigensinnigste“ Tochter eines Allgemeinarztes und Geburtshelfers geboren, beschließt die davon Geprägte mit 15 Jahren, Ärztin zu werden. Sie studiert trotz Widerigkeiten seitens männlicher Kommilitonen in der Nach-Weltkriegszeit in München und legt das Staatsexamen 1924 in Breslau ab. 1926 promoviert sie über Lymphome und lymphatische Leukämie und übernimmt kurz danach in der Garnisons- und aufstrebenden Industriestadt Pirna bei Dresden eine große Kinderarztpraxis. Neben unermüdlicher, hoch anerkannter Praxistätigkeit, bekommt sie mit der Liebe ihres Lebens vier Kinder. Sie behält ihren Mädchennamen und zieht die Töchter eigenständig mit Hilfskräften auf, ohne mit dem Ehemann unter einem Dach zusammen zu leben. In den politischen Veränderungen und Brutalitäten der frühen Nazi-Zeit der 1930er-Jahre bleibt sie im Einsatz als All-

gemeinmedizinerin für ihre zumeist armen Patienten und behandelt insgeheim auch die jüdische Bevölkerung wie zuvor. Im Krieg kümmert sie sich um verwundete Soldaten und zivile Bombenopfer. Entsetzt erfährt sie kurz vor Kriegsende von den geheimen Vernichtungen tausender „lebensunwerter Leben“ in der naheliegenden Festung Pirna-Sonnenstein zwischen 1940 und 1942, als die grausige Wahrheit der lokalen Bevölkerung nicht mehr verborgen werden konnte.

In den Kapitulationswirren 1945 versucht sie, mit den Töchtern im Praxis-Auto nach Westen zu fliehen und scheitert nach wenigen Kilometern am Einmarsch. Sie kehrt unbeschadet nach Pirna zurück und erlebt die russische Besetzung mit grausamen Wirklichkeiten, insbesondere massenhaften Vergewaltigungen. Trotz Strafrisiken führt sie bei den betroffenen Frauen illegale, aber medizinisch einwandfreie Abtreibungen durch. Nach Gründung der DDR 1949 nimmt sie weiterhin staatlich verbotene Abtreibungen bei sozialen Notlagen vor. 1955 wird sie angezeigt, hart abgeurteilt und verbringt zwei Jahre im berüchtigten Frauengefängnis Hoheneck. Auf Bewährung überträgt man ihr eine Praxistätigkeit im Erzgebirge. Erst als Rentnerin kann sie 1959 in die Nähe ihrer Töchter und ihres Mannes nach Wiesbaden übersiedeln. Dort übernimmt sie sofort Vertretungen in Kinderarztpraxen. Geehrt von der Ärztekammer für ihr 50-jähriges Doktorjubiläum beendet sie die ärztliche Arbeit im hohen Alter und verstirbt mit 88 Jahren.

Ein sehr einfühlsames und spannendes Buch über eine Frauenfigur von großer Klugheit, enormer Willenskraft und unbeugsamem Mut, sich Unmenschlichem in zwei Diktaturen entgegen zu stemmen.

Dr. med. H. Christian Piper



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“ – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

Wozu wird ein Risikomanagementsystem benötigt? Aus welchen Komponenten besteht es? Welche Vorteile ergeben sich daraus für die Organisation? Welchen Einfluss haben aktuelle Entwicklungen? Der 11. Teil dieser Serie dreht sich im Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch um den Einfluss von Risikomanagementsystemen auf die Patientensicherheit.

Welchen Nutzen hat das Risikomanagement (RM) insbesondere in Bezug auf die Patientensicherheit?

Dr. med. Heike Kahla-Witzsch, MBA: Klinisches RM regelt die Strukturen, Verantwortlichkeiten und erforderlichen Maßnahmen zu einem bewussten Umgang mit Risiken in der Patientenversorgung. Es unterstützt die Führungsverantwortlichen im bestmöglichen Umgang mit Risiken und ist Teil einer guten Unternehmensführung. So können vermeidbare Schädigungen auf das geringstmögliche Maß reduziert werden – denn absolute Sicherheit kann es nicht geben.

Welche Ansätze verfolgt RM?

Kahla-Witzsch: Das primäre Ziel von RM ist die Früherkennung von Risiken und deren Bewältigung, bevor sie einen schwerwiegenden Schaden verursachen. Die zunehmende Komplexität der Patientenversorgung und die damit einhergehenden Risiken können damit natürlich nicht aufgehoben werden, jedoch kann RM einen Beitrag dazu leisten, mit dieser Komplexität besser umzugehen.

Ferner hilft RM bei der Priorisierung der wesentlichen Risiken. Hier gilt: Weniger ist mehr! Denn das Ziel ist es, aus der Fülle der Risiken diejenigen zu identifizieren, die ein hohes Schadensausmaß verbunden mit einer hohen Eintrittswahrscheinlichkeit aufweisen. So können gezielte Maßnahmen gegen diese relevanten Risiken entwickelt werden. Weiterhin fördert RM das Lernen aus Fehlern und den Aufbau einer Sicherheitskultur. Damit leistet es ei-

nen wichtigen Beitrag zur Erhöhung der Patienten- aber auch der Mitarbeitersicherheit – beispielsweise im Hinblick auf die Second-Victim-Problematik. (Siehe Teil 8, HÄBL 07/08 2020, S. 444).

Ist RM ausreichend gesetzlich verankert?

Die Qualitätsmanagementrichtlinie des G-BA [1] gibt klare Vorgaben zum klinischen RM. In Hessen werden diese durch die Patientensicherheitsverordnung [2] von 2019 ergänzt. Hessen fordert auch als bisher einziges Bundesland von Krankenhäusern, qualifizierte Patientensicherheitsbeauftragte zu benennen. Die gesetzlichen Grundlagen sind in jedem Falle ausreichend. Die entscheidende Frage ist jedoch, wie diese umgesetzt, überprüft und bewertet werden.

Wie beurteilen Sie den Umsetzungsstand von Risikomanagement im deutschen Gesundheitswesen?

Kahla-Witzsch: Aufgrund der gesetzlichen Bestimmungen betreiben Einrichtungen des Gesundheitswesens seit langem ein betriebswirtschaftliches RM. Das klinische RM erhielt einen deutlichen Schub mit dem Patientenrechtegesetz [3] aus

dem Jahr 2013, das im SGB V [4] klinisches RM und Maßnahmen zur Patientensicherheit fordert. Viele Einrichtungen haben seitdem zahlreiche Aktivitäten zur Verbesserung der Patientensicherheit wie zum Beispiel OP-Checklisten oder Patientenidentifikationsarmbänder eingeführt. Häufig jedoch fehlt ein strukturiertes Vorgehen – das eigentliche RM-System. Auch ist die Sichtweise von RM eher präventiv, vorausschauend – Organisationen handeln jedoch häufig reaktiv und ergreifen Maßnahmen erst nachdem ein Ereignis eingetreten ist, um es zukünftig zu verhindern.

Warum braucht klinisches Risikomanagement eine Struktur?

Kahla-Witzsch: RM verfolgt einen ganzheitlichen, systemischen Ansatz, da Risiken in allen Bereichen auftreten können und sich häufig gegenseitig beeinflussen. Zudem sind ihre Ursachen oft komplex und erfordern ein ganzes Maßnahmenbündel unter Beteiligung verschiedener Professionen und Abteilungen. Damit RM gelingt, braucht es daher eine Struktur mit klaren Regeln und Verantwortlichkeiten zur Koordination dieser Aktivitäten sowie die erforderlichen Ressourcen.



Foto: Anne Katharina Simon

Dr. med. Heike A. Kahla-Witzsch, MBA, (Foto) ist Fachärztin für Urologie und absolvierte diverse nationale und internationale Studien und Weiterbildungen zum Qualitäts- und Risikomanagement. Sie erwarb u. a. die Bezeichnungen Master in Total Quality Management, Ärztliches Qualitätsmanagement, Master of Business Administration (MBA) und ist zertifizierte Risikomanagerin nach ONR 49003. Als Qualitätsmanagementbeauftragte der Klinik für Uro-

logie und Kinderurologie der Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main arbeitete sie an der Einführung eines QM-Systems und der Zertifizierung der Klinik. Im Anschluss leitete sie bis 2005 die Stabsstelle Qualitätsmanagement des Klinikums. Aktuell ist sie als selbstständige Beraterin und Auditorin im Gesundheitswesen tätig und bildet klinische Risikomanager aus. Die Autorin von diversen Fachbüchern ist als Dozentin für die Landesärztekammer Hessen aktiv. 2001 erhielt sie den Theodor-Stern-Stiftungspreis der Theodor Stern-Stiftung zur Förderung des Universitätsklinikums Frankfurt am Main.

Warum ist RM eine Führungsaufgabe?

Kahla-Witzsch: Wie der Name schon sagt, befasst sich RM mit dem Management, also dem Umgang und der Steuerung von Risiken. Dies ist eine originäre Führungsaufgabe. Die Krankenhausleitung verantwortet das RM-System und benennt die Risikoeigner für spezifische Risiken. Das sind Führungskräfte, die die Kompetenz und Befugnis haben, bezüglich eines Risikos Entscheidungen zum Umgang damit zu treffen und Maßnahmen zu verantworten. So ist beispielsweise der Chefarzt der Risikoeigner für Patientensicherheitsrisiken in seinem Verantwortungsbereich. Eine weitere Führungsaufgabe ist die Gestaltung der Sicherheitskultur der Organisation. Ohne diese kann RM nur wenig bewirken. Führungskräfte haben auch eine besondere Vorbildfunktion im Umgang mit Risiken und sicherheitsbewusstem Arbeiten.

Wie hängen Qualitätsmanagement, RM und Patientensicherheit zusammen?

Kahla-Witzsch: RM und Qualitätsmanagement (QM) bilden zwei Seiten einer Medaille – daher empfiehlt die G-BA-Richtlinie auch Doppelstrukturen tunlichst zu vermeiden und einen integrativen Ansatz zu verfolgen. Die Aufgabe des QM besteht primär darin, Prozesse und Abläufe eines Krankenhauses so zu regeln, dass sie sicher und zuverlässig funktionieren und zum gewünschten Ergebnis führen. Dazu müssen die erforderlichen Strukturen und Ressourcen gegeben sein. Lange Zeit zielte QM auf Patientenzufriedenheit, Effizienz und Effektivität. Nun fordert die G-BA-Richtlinie Patientensicherheit als primäres Ziel und bedient sich hierzu der Instrumente des RM. Während QM eher den Normalbetrieb regelt, befasst sich RM mit den Katastrophen, den „credible worst cases“. Dabei nutzt es die Ressourcen des QM zur Risikosteuerung. RM kann bewirken, dass QM sich auf die Prozesse und Tätigkeiten mit einem hohen Gefährdungspotenzial konzentriert. Insgesamt geht es also nicht um die Frage, ob wir QM oder RM betreiben – wir benötigen beides.

Wie kann die praktische Umsetzung von Risikomanagement gelingen?

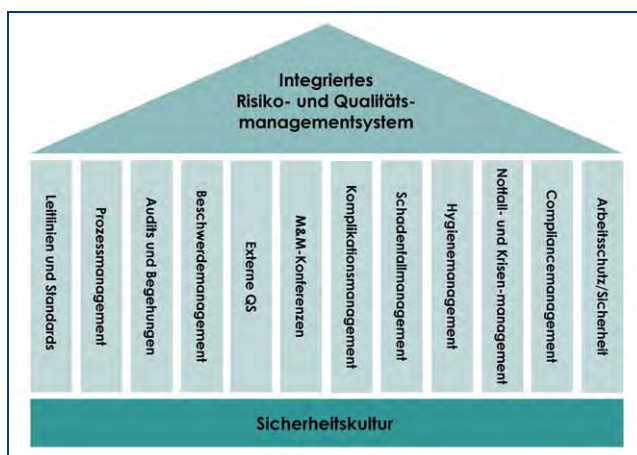
Kahla-Witzsch: Zuerst muss die Leitungsebene ein gemeinsames Verständ-

nis für die Etablierung eines RM-Systems und seiner Ziele entwickeln. Dann muss analysiert werden: Welche Aktivitäten zur Förderung der Patientensicherheit bestehen und wie wirksam sind sie? Wie stellen wir die Erfüllung gesetzlicher Anforderungen sicher? Wie sind Verantwortlichkeiten geregelt und welche Kommunikationsstrukturen bestehen? Und: Welche Instrumente des klinischen RM sind bereits vorhanden, beispielsweise Fehlermeldesysteme, Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&M), Risikoaudits, und wie wirksam sind sie? Danach sollten die relevanten Risiken für die Einrichtung ermittelt werden.

Auf dieser Grundlage wird eine RM-Strategie festgelegt, die Ziele, Zuständigkeiten, Verantwortlichkeiten, Methoden und mögliche Ressourcen regelt. Der Betrachtungshorizont erstreckt sich hierbei auf drei bis fünf Jahre – denn RM ist kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf. Die größte Herausforderung ist meines Erachtens dann die Entwicklung einer Sicherheitskultur. Natürlich wollen alle eine sichere Patientenversorgung und niemand möchte willentlich einem Patienten schaden. Doch wenn es zu Zielkonflikten, beispielsweise zwischen ökonomischen und Zielen der Patientensicherheit kommt, entscheidet man im Zweifel für die Sicherheit? Oder: Wie geht man mit Fehlern um?

Welche Rolle spielt der einzelne Arzt im Hinblick auf die Umsetzung von RM?

Kahla-Witzsch: Patientenversorgung und die dabei auftretenden Risiken sind interdisziplinär, interprofessionell und sektorenübergreifend zu betrachten. Natürlich tragen Ärzte eine besondere Verantwortung im Rahmen einer sicheren Patientenversorgung und jeder ist für sein individuelles Handeln verantwortlich. Doch ein einzelner Arzt kann bei systembedingten Risiken nur wenig ausrichten. Patientensicherheit ist damit immer Ergebnis einer Teamleistung.



Grafik © Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

Was sind aus Ihrer Sicht derzeit die wichtigsten Risikoaspekte im Hinblick auf Patientensicherheit in Klinik und Praxis?

Kahla-Witzsch: Es gibt keinen allgemeingültigen Katalog der Patientensicherheitsrisiken, zumal sich diese je nach Fachgebiet, Versorgungsstufe und Sektor in Art, Ursachen und Auswirkungen erheblich unterscheiden können. Doch einige Risiken können in vielen Bereichen auftreten. Dies trifft zum Beispiel auf Risiken im Medikationsprozess, auf nosokomiale Infektionen, Verwechslung von Patienten, Befunden oder Eingriffen, Fehldiagnosen oder Fehlbehandlungen zu. Besonders an Schnittstellen oder Sektorengrenzen können durch Informationsverluste oder -fehler Risiken entstehen. Weitere Risikoursachen können im Umgang mit Medizinprodukten, der Überforderung oder Überlastung des Personals oder Sprachbarrieren liegen, um nur einige zu nennen.

Welchen Einfluss hat die aktuelle Entwicklung zur Covid-19-Pandemie auf Risikomanagement-Systeme?

Kahla-Witzsch: Ich hoffe sehr, dass aus den Erfahrungen der Corona-Pandemie die Erkenntnis erwächst, dass ein eingeübtes Notfall- und Krisenmanagement als Teil des klinischen RM hilfreich bei der Bewältigung außergewöhnlicher Ereignisse ist, ob dies nun eine Pandemie oder ein Ereignis anderer Art ist – ganz gemäß dem Grundsatz: Rechne mit dem Schlimmsten, bereite dich vor und hoffe auf das Beste.

Interview: Silke Nahlinger, Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter

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



Serie: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Teil 11: Risikomanagement: „Kein Sprint, sondern ein Langstreckenlauf“ – ein Gespräch mit Dr. med. Heike Kahla-Witzsch

- [1] Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser (Qualitätsmanagement-Richtlinie/QM-RL) in der Fassung vom 17. Dezember 2015 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 15.11.2016 B2) in Kraft getreten am 16. November 2016. <https://www.g-ba.de/richtlinien/87/> oder https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1296/QM-RL_2015-12-17_iK-2016-11-16.pdf (Zugriff 04.03.2020) oder via Kurzlinks: <https://tinyurl.com/y6cwafbf> oder <https://tinyurl.com/y7okbgfu>
- [2] Patientensicherheitsverordnung (PaSV) vom 30. Oktober 2019, Gesetz- und Verordnungsblatt für das Land Hessen, 12. November 2019
- [3] Bundesgesetzblatt Jahrgang 2013 Teil I Nr. 9, ausgegeben zu Bonn am 25. Februar 2013. Gesetz zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20. Februar 2013. https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?startbk=Bundesanzeiger_BGBl&bk=Bundesanzeiger_BGBl&start=//%5B@attr_id=%27bgbl113s0277.pdf%27%5D#_bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0277.pdf%27%5D__1598451250800 (Zugriff 26.08.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yytajxc9>
- [4] Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung – (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477) § 135a Verpflichtung der Leistungserbringer zur Qualitätssicherung. https://www.gesetze-im-internet.de/sgeb_5/_135a.html (Zugriff 10.08.2020) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/yd95zfr6>

§ Medizinrecht

Arztbewertungsportale – Aktuelle Entwicklungen in der Rechtsprechung

Beispiel: Entscheidung vom Februar 2020

Im Anschluss an den Beitrag „Bewertungsplattformen – Ein silberner Lichtsteif am dunklen Horizont?“ im HÄBL 02/2020 von Peter Breun-Goerke kann man sich zu dem Thema des Umgangs mit Arztbewertungsportalen im Internet noch mal eine Entscheidung des Oberlandesgerichts Brandenburg vom 5. Februar 2020 (Az. 1 U 80/19) genauer anschauen.

Das Gericht kommt in dieser Entscheidung zu dem Ergebnis, dass das pauschale Bestreiten eines Behandlungskontakts eines Arztes oder Zahnarztes ohne substantiierte Auseinandersetzung mit den in seiner Praxis verfassten und teilweise von ihm unterzeichneten Unterlagen sowie den hieraus ersichtlichen Informationen nicht zur Löschung einer Bewertung genügt.

Der Kläger war in diesem Fall ein niedergelassener Zahnarzt und hat von der Beklagten, einer Betreiberin eines Arztbewertungsportals, verlangt, auf dem von ihr betriebenen Portal die Veröffentlichung einer ihn betreffenden Bewertung zu unterlassen. Nach Kenntniserlangung der Bewertung hat der Zahnarzt zunächst bei der Betreiberin des Portals direkt Beschwerde eingereicht. Daraufhin wurde die streitgegenständliche Bewertung vorerst gelöscht, während die Betreiberin des Arztbewertungsportals den Verfasser der Bewertung anschrieb und bezüglich der Beschwerde um Stellungnahme bat. Der Verfasser konnte daraufhin nachweisen, dass es grundsätzlich regelmäßige Arzt-Patienten-Kontakte gegeben habe, auch konnte er eine Rechnung sowie einen Kostenvoranschlag vorlegen. Diese passten auch zu der von ihm in seiner Bewertung geschilderten Behandlung und dem Zeitpunkt, trotz einiger vorhandener Schwärzungen in den Dokumenten, die vom Verfasser vorgenommen wurden. In der Folge kam es dennoch zu Streitigkeiten zwischen der Portalbetreiberin und dem Zahnarzt, ob überhaupt ein Behandlungskontakt vorgelegen habe. Trotz der vom Verfasser vorgelegten Nachweise hat der Zahnarzt weiterhin einen der Bewertung zugrunde liegenden Behandlungskontakt pauschal bestritten, ohne hierbei näher auf die vorgelegten Unterlagen und Schilderungen einzugehen.

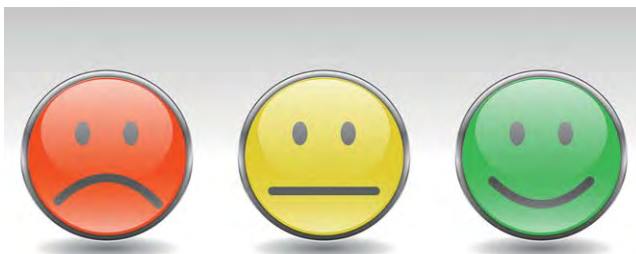


Foto: © i-graphics – stock.adobe.com

Zu den Verpflichtungen der Portalbetreiber in solchen Fällen ist zu sagen, dass nach den Grundsätzen der ständigen Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sie zur Vermeidung einer Haftung als mittelbarer Störer grundsätzlich nicht verpflichtet sind, die von den Nutzern in das Netz eingestellten Beiträge vor der Veröffentlichung auf eventuelle Rechtsverletzungen zu überprüfen. Die Betreiber sind jedoch für den Inhalt verantwortlich, sobald sie davon in Kenntnis gesetzt werden, dass es sich möglicherweise um eine Rechtsverletzung handelt. Sollte nun ein Hinweis an den Portalbetreiber erfolgen, kann dieser dazu verpflichtet sein, zukünftig derartige Verletzungen

zu verhindern. Jedoch lässt sich eine behauptete Verletzung von Persönlichkeitsrechten nicht ohne weiteres feststellen. Der Portalbetreiber muss die Beanstandungen und die Bewertung überprüfen, wobei der Prüfungsaufwand jedoch von den Umständen des Einzelfalls abhängig ist. Hierbei kommt es dann auf das Gewicht der angezeigten Rechtsverletzung auf der einen Seite und den Erkenntnismöglichkeiten des Portalbetreibers auf der anderen Seite an. Das heißt für die Praxis gesehen, dass es stets darauf ankommt, wie schwerwiegend die mögliche Rechtsverletzung aufgrund des Beitrags ist und welche Möglichkeiten dem Betreiber eines Arztbewertungsportals überhaupt zur Verfügung stehen, um den Beitrag überprüfen zu können.

Bei dem hier geschilderten vom Oberlandesgericht Brandenburg zu entscheidenden Fall lag ein Werturteil im Vordergrund, das kaum durch einen Wahrheitsbeweis überprüft werden konnte. Dennoch hat der klagende Zahnarzt einen Behandlungskontakt weiterhin pauschal bestritten. Er hat somit den dieser Wertung zugrunde liegenden tatsächlichen Teil der Äußerung schlüssig angegriffen. Eine Überprüfung dieses tatsächlichen Teils ist objektiv möglich. Aus diesem Grund war die Betreiberin des Arztbewertungsportals zur Überprüfung auch verpflichtet – unter Berücksichtigung der ihr zur Verfügung stehenden Erkenntnismöglichkeiten.

Selbstverständlich ergibt sich daraus auch, dass in Fällen, in denen der angegriffenen Bewertung kein Behandlungskontakt zugrunde liegt, regelmäßig die geschützte (Berufs-)Ehre des Bewerteten gegenüber dem geschützten Interesse des Bewerten-

den an der Äußerung der dargestellten Meinung überwiegt. Das bedeutet, sofern ein Portalbetreiber keine entsprechenden objektivierbaren Nachweise eines Verfassers erhält, wiegt das Interesse des Bewerteten höher und der Beitrag ist vom Portalbetreiber zu löschen.

Dies führt jedoch nicht dazu, dass der Arzt nicht mehr primär darlegungs- und beweisbelastet ist für das von ihm behauptete Fehlen eines Behandlungskontakts. Vielmehr gelten auch hier die allgemeinen Regeln fort, dass der, der im Zivilprozess etwas behauptet, hierfür zunächst primär darlegungs- und beweisbelastet ist.

Die vorgelegten Unterlagen in dem der Entscheidung zugrunde liegenden Fall ließen den Schluss zu, dass ein tatsächlicher Behandlungskontakt in dem behaupteten Zeitraum stattgefunden hat. Ein pauschales Bestreiten ohne Auseinandersetzung mit den vorgelegten Nachweisen war deshalb nicht ausreichend, um den Verdacht eines Behandlungskontakts zu widerlegen.

Wenn nun ein fehlender Behandlungskontakt wie im vorliegend geschilderten Fall nicht hinreichend vorgebracht wurde, ist vom Gericht im nächsten Schritt zu prüfen gewesen, ob die streitgegenständliche Meinungsäußerung vor dem Hintergrund der Meinungsfreiheit rechtswidrig war. Hierzu findet stets eine Interessenabwägung statt, wobei alle wesentlichen Umstände und betroffenen Grundrechte zu berücksichtigen sind und eine Gesamt-schau zu erstellen ist.

Das Gericht führt in seiner Entscheidung noch grundsätzlich dazu aus, dass Arztbewertungsportale eine von der Rechtsordnung des Bundesgerichtshofs gebilligte und gesellschaftlich erwünschte Funktion erfüllen. Aus diesem Grund dürfe der von den Betreibern von Arztbewertungsportalen zu erbringende Prüfungsaufwand ihren Betrieb weder wirtschaftlich gefährden noch unverhältnismäßig erschweren. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs muss ein Portalbetreiber deshalb ernsthaft versuchen, die Berechtigung des Bewertenden zu klären, um sich hierzu die notwendigen Tatsachengrundlagen zu verschaffen. Sodann muss der Portalbetreiber diese Informationen an den betroffenen Arzt weiterleiten, so dass der Arzt den Bewertenden identifizieren kann.

Das heißt nun für die Praxis, dass auch die bewerteten Ärzte einen möglichen Behandlungskontakt nicht pauschal bestreiten können, sofern es bereits Anhaltspunkte gibt, dass es einen Behandlungskontakt gab. Ärztinnen und Ärzte müssen sich mit den

Bewertungen auf entsprechenden Internetportalen auseinandersetzen.

Fazit

In der Rechtsprechung zu dem Thema Arztbewertungsportale ist nach wie vor sehr viel Bewegung. Die Portalbetreiber reagieren immer auf die aktuellen gerichtlichen Entscheidungen und verändern die beanstandeten Punkte bzw. bemühen sich, diese umgehen zu können. Nach wie vor gibt es dennoch gute Gründe, sich gegen zu Unrecht abgegebene Bewertungen zu wehren.

Zwar erfüllen Arztbewertungsportale eine von der Rechtsprechung und Rechtsordnung geduldete und auch gesellschaftlich erwünschte Funktion, dennoch sind an die Portalbetreiber gewisse Anforderungen zu stellen. Bewertungsportale, insbesondere Arztbewertungsportale, bergen eine Gefahr für nicht unerhebliche Persönlichkeitsverletzungen. Diese Gefahr wird dadurch noch verstärkt, dass die Bewertungen in rechtlich zulässiger Weise verdeckt abgegeben werden können und so keine Rückverfolgung allein durch den Bewerteten mehr möglich ist.

Zu begrüßen ist es, dass nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs sich ein Portalbetreiber nun bei Beanstandungen nicht auf eine rein formale Prüfung zurückziehen darf, sondern es ernsthaft versucht werden muss, die Informationen zu beschaffen, mit denen eine Klärung der Berechtigung der Beanstandung des betroffenen Arztes möglich ist und eine Tatsachengrundlage geschaffen werden kann.

Der hier vorgestellte gerichtliche Beschluss zeigt nochmals besonders, dass ein pauschales Bestreiten eines Arzt-Patienten-Kontakts nicht per se eine Löschung der Bewertung zur Folge haben muss. Es muss stets eine Auseinandersetzung mit den vorgelegten Informationen erfolgen, die dann im Einzelfall zu überprüfen sind. Hierbei haben die Portalbetreiber die Aufgabe, anhand ihrer Erkenntnismöglichkeiten den Sachverhalt aufzuklären.

Petra Faath, LL.M.

Rechtsreferentin der
Landesärztekammer Hessen
Syndikusrechtsanwältin



Foto: privat



Jasmin Tabatabai, David Klein & Quintett: Jagd auf Rehe

Jadavi Records (Galileo Music Communication) 2020, Audio-CD ca. 17.50 €, auch zum Streamen. Best-Nr. JADAVI2

Unaufgeregt und immer mit einem Quentchen Humor in der ausdrucksstarken Stimme präsentiert die Schauspielerin und Sängerin Jasmin Tabatabai hier eingängige Jazzstücke, größtenteils auf Deutsch gesungen, aber auch in drei weiteren Sprachen. Das macht viel Spaß, geht es doch meist um die schönste Sache der Welt, von der auch Walfische und Krokodile nicht genug bekom-

men können („aber frag mich nicht wie“). Eine große Bandbreite an Songs sind dabei, von Hildegard Knef, Nick Drake, Reinhard Mey – und ein persisches Volkslied als Erinnerung an Tabatabais Geburtsort Teheran. Dieser Titelsong „Shekare Ahoo“ erzählt von einer unglücklichen Liebe, die das lyrische Ich in die Berge treibt, um Rehe zu jagen – Symbole von Unschuld & Schmerz.

Zum dritten Mal hat Jasmin Tabatabai hier mit dem Schweizer Komponisten David Klein zusammengearbeitet und weiteren tollen Solisten, die ihre Sängerin und ihr besonderes Timbre in den Mittelpunkt stellen, dazu noch jede Menge interessante Grooves und Soli beisteuern. Wir freuen uns auf mehr.

Isolde Asbeck

Musiktipps



Serie Teil I: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor

Liste ÖGD – Öffentlicher Gesundheitsdienst

Die Delegiertenversammlung – das Parlament der hessischen Ärzteschaft – ist das oberste Legislativorgan der Landesärztekammer. Sie besteht aus 80 gewählten Mandatsträgerinnen und -trägern aus elf unterschiedlichen Listen, die sich einzeln im Rahmen dieser Serie vorstellen.

Seit wann gibt es die Liste?

Die Liste ÖGD – Öffentlicher Gesundheitsdienst wurde im Jahre 2013 gegründet. Die Liste ÖGD ist jetzt die 2. Legislaturperiode in der Landesärztekammer Hessen in der Delegiertenversammlung vertreten.

Wie hat sie sich gegründet?

Die Liste ÖGD hat sich als Interessenvertretung der dritten Säule des Gesundheitswesens gegründet. Bis dato waren nur die beiden großen Säulen „Stationäre und Ambulante Versorgung in der Landesärztekammer Hessen vertreten. Sie hat sich als „politischer Arm“ des Landesverbandes Hessen der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD gegründet.

Wie viele Mitglieder gibt es?

Aktuell sind ca. 80 Mitglieder aus den Gesundheitsämtern des Landes Hessen im Landesverband vertreten. Pro Wahl wurde eine Liste mit ca. sechs Ärztinnen und Ärzten vorgestellt. Wir achteten immer auf eine genaue Genderverteilung.

Welche Ärzte und Ärztinnen vertreten sie?

Die Liste ÖGD vertritt alle Ärztinnen und Ärzte, welche in den Einrichtungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes vertreten sind. Hierzu gehören unter anderem:

- die untere Gesundheitsbehörde, das heißt die städtischen oder kommunalen Gesundheitsämter,
- die obere Gesundheitsbehörde,
- die in den Regierungspräsidien vertretenen Ärztinnen und Ärzte,
- als auch die oberste Gesundheitsbehörde, also die im Ministerium vertretenen Ärztinnen und Ärzte.

- Weiterhin versuchen wir auch die beschäftigten Ärztinnen und Ärzte im Hessischen Landesuntersuchungsamt zu vertreten.

Welche berufspolitischen Ziele verfolgt die Liste?

Unser primäres Augenmerk liegt natürlich auf der Vertretung der Interessen der Ärztinnen und Ärzte im ÖGD bei der Landesärztekammer Hessen. Dies bedeutet sowohl bei der Umsetzung von berufspolitischen Entscheidungen, der Umsetzung der neuen Musterweiterbildungsordnung (hier hat der Landesverband, als auch der Bundesverband, einen großen Einfluss auf eine Änderung der Weiterbildungszeiten gehabt), als auch in der Wahrnehmung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes bei dem Präsidium, als auch der anderen Listen in der Delegiertenversammlung.

Neben der fachlichen Vertretung ist ein weiteres berufspolitisches Ziel ist natürlich die tarifliche Gleichstellung aller Ärzte, welche in einem Angestellten- oder Beamtenverhältnis im Lande Hessen oder dem Kommunen tätig sind. Aktuell muss leider immer wieder darauf hingewiesen werden, dass die Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitswesen deutlich geringer bezahlt werden, als die Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern oder beim Medizinischen Dienst der Krankenkassen.

Was wollen Sie bewirken bzw. haben Sie schon bewirkt?

Ziel ist es unter anderem, die Meinung des ÖGD bei Entscheidungen der Delegiertenversammlung einzubringen, strukturelle Änderungen zu erreichen oder auch Maßnahmen des Präsidiums zu forcieren. Als jüngste Maßnahme ist hier unter anderem nochmals die Pressemitteilung des Präsidiums und des Präsidenten Dr. Pinkowski zu erwähnen, der auf die ungleiche Bezahlung der Ärzte des Öffentlichen Gesundheitsdienstes hingewiesen hat.

Auch wird durch die Liste ÖGD nach außen sichtbar, welche Aufgaben der ÖGD hat, als auch die aktuellen Schwierigkei-

ten. Hier sind insbesondere das Problem der fehlenden ärztlichen Besetzung zu erwähnen als auch der demographische Wandel (knapp 60 % aller Ärztinnen und Ärzte im ÖGD sind 55 Jahre und älter!).

Gesamtpolitisch sind wir in der Ärztekammer Hessen aufgrund unserer Tarif- und Tätigkeitsstruktur dem Marburger Bund nah verwandt.

Fazit

Zusammenfassend möchte die Liste ÖGD

- Aufgaben des ÖGD,
- die politischen Wirkungen des ÖGD,
- aber auch die Schwierigkeiten des ÖGD bei fehlender ärztlicher Ausstattung den Kollegen näherbringen. Gerade in der aktuellen SARS-CoV-2-Pandemie Situation zeigte sich die Wichtigkeit des ÖGD. Trotz desaströser Ausstattung (der ÖGD hat ca. 30 % weniger Ärzte als vor 20 Jahren), gelang es durch Zusammenarbeit in einem hoch spezialisierten multiprofessionellen Team in fast allen Gesundheitsämtern die Auswirkungen der 1. Welle soweit in den Griff zu bekommen, dass italienische, spanische oder amerikanische Verhältnisse vermieden werden konnten.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst sieht sich primär als Dienstleistungseinrichtung, weniger als Kontrolleinrichtung. Der ÖGD versucht immer im Rahmen einer konsensorientierten Dienstleistung die für den Bürger relevanten hygienischen Bereiche zu betreuen.

Dr. med.

Henrik Reygers

Gesundheitsamt des Vogelsbergkreises in Lauterbach, Delegierter LÄKH, Mitglied des geschäftsführenden Vorstandes des Landesverbandes

Hessen

der Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst

E-Mail: hvoegd@gmail.com



Foto: privat



166 bearbeitete Anträge in den ersten fünf Jahren

PID-Ethikkommission zieht positives Fazit zum Start der zweiten Amtszeit

Die gemeinsame PID-Ethikkommission der Länder Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen zur Durchführung der Präimplantationsdiagnostik (PID) hat sich etabliert. Sie hat die Aufgabe, Anträge auf Durchführung einer PID zu bewerten. Nach dem Willen des Gesetzgebers ist die PID nur ausnahmsweise und nur unter strengen Voraussetzungen erlaubt.

Die Präimplantationsdiagnostik bietet die Möglichkeit, einen außerhalb des Körpers erzeugten Embryo vor dessen Implantation in die Gebärmutter genetisch auf eine in der Familie bereits bekannte Chromosomenstörung oder erbliche Erkrankung untersuchen zu lassen. Der genetische Defekt muss schwerwiegend, das Risiko des Auftretens beim Kind muss hoch sein. Die Ethikkommission überprüft und diskutiert diese Voraussetzungen. Sie stimmt dem jeweiligen Antrag zu oder lehnt ihn ab.

Die gemeinsame PID-Ethikkommission für Baden-Württemberg, Hessen, Rheinland-Pfalz, Saarland, Sachsen und Thüringen ist gemäß Staatsvertrag bei der baden-württembergischen Landesärztekammer angesiedelt. Nach dem Ende der ersten fünfjährigen Amtszeit und nun, zum Start der zweiten Amtszeit, haben die Kommissionsmitglieder ein positives Zwischenfazit gezogen: Insgesamt bearbeitete die PID-Ethikkommission in den 20 Arbeitssitzungen der ersten Amtszeit bereits 166 Anträge. Auch in der ersten Sitzung der zweiten Amtszeit wurden neue Anträge eingehend geprüft und differenziert besprochen. „Die PID-Ethikkommission hat bewiesen, dass sie trotz der schwierigen Thematik routiniert und erfolgreich arbeitet – das ist sehr erfreulich“, bilanzierte Dr. med. Wolfgang Miller, Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg. „Vor allem freut es mich für diejenigen, denen die Kommission Wege aus belastenden Situationen aufzeigen konnte.“ Dass Paaren mit Hilfe der Präimplantationsdiagnostik geholfen werden kann, ein gesundes Kind auf die Welt zu bringen, ist der modernen Medizin zu verdanken. „Die

PID-Ethikkommission leistet einen wichtigen Beitrag dazu, dass die medizinischen Möglichkeiten auch verantwortungsvoll genutzt werden. Darauf können wir stolz sein“, erklärte Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen.

Im Juli 2015 startete die Kommission in ihre erste Amtszeit. Die Mitglieder und deren Vertreterinnen und Vertreter werden nach Beteiligung der jeweils zuständigen Landesärztekammern im Einvernehmen mit allen am Staatsvertrag beteiligten Ländern benannt und von der Landesärztekammer Baden-Württemberg berufen. Die acht Mitglieder kommen aus verschiedenen Bereichen: vier medizinische Sachverständige aus den durch die PID berührten Fachrichtungen (Humangenetik, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Kinderheilkunde sowie Psychiatrie und Psychotherapie), jeweils eine Sachverständige/ein Sachverständiger der Fachrichtung Ethik und der Fachrichtung Recht sowie jeweils eine Vertreterin/ein Vertreter einer Organisation, die die Interessen von Patientinnen und Patienten sowie die Interessen der Selbsthilfe der Menschen mit Behinderungen wahrnimmt.

„Bei der Präimplantationsdiagnostik geht es um grundsätzliche Lebensfragen“, sagte Miller. „Daher lassen die Kommissionsmitglieder bei ihren Beratungen neben medizinischen auch psychologische, soziale und ethische Aspekte mit einfließen. Die interdisziplinäre Aufstellung der Kommission trägt dieser Anforderung Rechnung.“ Jeder der Kommission vorgetragene Fall sei ein Einzelfall – und somit einzigartig in seinem Verlauf und den zu prüfenden Aspekten, so Miller weiter. Folglich sei es unmöglich, die Arbeit der Kommission zu verallgemeinern oder Anträge nach „Schweregrad“ oder „Erfolgsaussicht“ zu klassifizieren. „Jeder Fall hat seine eigene Geschichte, hinter jeder Geschichte stehen menschliche Schicksale“, betonte der Kammerpräsident.

In der konstituierenden Sitzung der zweiten Amtszeit wählten die Mitglieder die Humangenetikerin Dr. med. Gabriele du



Mitglieder der PID-Ethikkommission (von links): Prof. Dr. Friedhelm Hufen, Dr. med. Lutz Müller, Prof. Dr. med. Norbert Dahmen, Vorsitzende Dr. med. Gabriele du Bois, Prof. Dr. Nikolaus Knoepffler, Bärbel Kehl-Maurer, Angela Staub, Dr. med. Hans-Jürgen Held.

Bois aus Stuttgart zur Vorsitzenden. Sie hatte den Vorsitz bereits in der ersten Amtszeit inne. Ihre Stellvertreter wurden – ebenfalls erneut – der Mainzer Jurist Prof. Dr. Friedhelm Hufen (Rheinland-Pfalz) als erster Stellvertreter und der Kinderarzt Dr. med. Lutz Müller (Offenbach am Main/Hessen) als zweiter Stellvertreter. Die weiteren Kommissionsmitglieder sind der Ärztliche Psychotherapeut Prof. Dr. med. Norbert Dahmen (Mainz/Rheinland-Pfalz), der Gynäkologe Dr. med. Hans-Jürgen Held (Dresden/Sachsen) sowie der Ethiker Prof. Dr. Nikolaus Knoepffler (Jena/Thüringen). Bärbel Kehl-Maurer (Nürtingen/Baden-Württemberg) vertritt die Interessen der Selbsthilfe der Menschen mit Behinderungen, Angela Staub (Saarbrücken/Saarland) nimmt als Vertreterin der Interessen der Patientinnen und Patienten teil.

Weitere Informationen zur Arbeit der PID-Ethikkommission sind auf der Website der Landesärztekammer Hessen zu finden: www.laekh.de.

Dr. med. Oliver Erens

Ärztlicher Leiter
der Ärztlichen Pressestelle
– Stabsstelle Politik und Kommunikation
Landesärztekammer Baden-Württemberg

Supplemente mit Omega-3-Fettsäuren

Gibt es evidenzbasierte Indikationen?

Kurzversion eines Artikels aus „Arzneiverordnung in der Praxis“, siehe unten.

Zusammenfassung

Verschiedene Omega-3-Fettsäuren (ω 3FS), insbesondere Eicosapentaensäure (EPA) und Docosahexaensäure (DHA), werden in unterschiedlichsten Dosierungen als Nahrungsergänzungsmittel vermarktet. Die für den Menschen ausreichende/optimale Zufuhrmenge an ω 3FS ist jedoch bislang unbekannt. Die aktuelle Studienlage liefert keine Rationale dafür, die derzeit verfügbaren ω 3FS-Supplemente bei irgendeiner Patientengruppe zur Senkung des kardiovaskulären Risikos einzusetzen. Gleiches gilt für die Anwendung zur Prophylaxe oder Therapie von Demenzen, neurodegenerativen Erkrankungen, Depressionen, Tumorkachexie und für die unspezifische Anwendung bei kritisch Kranken.

- Es gibt jedoch Indizien für positive Effekte der ω -Linolensäure.
- Möglicherweise vorteilhaft ist die (hochdosierte) ω 3FS-Supplementation in Schwangerschaft und Stillzeit zur Prophylaxe von Atopie und Frühgeburtlichkeit sowie
- bei Intensivpatienten mit akutem Atemnotsyndrom (ARDS), akuter Lungenschädigung (ALI) oder Verbrennungstrauma.
- Die einzigen evidenzbasierten Indikationen für ω 3FS-Supplemente sind die Anwendung bei bestimmten Stadien der altersbedingten Makuladegeneration (AMD) und, mit Einschränkungen, die Zweitlinientherapie bei Hypertriglyceridämie.

Kardiovaskuläre Erkrankungen

In keinem anderen Bereich wird die Supplementation mit ω 3FS derartig postuliert wie zur Prävention und ergänzenden Therapie kardiovaskulärer Erkrankungen. Hintergrund sind epidemiologische Studien, die einen protektiven Effekt einer erhöhten ω 3FS-Zufuhr suggerieren. Die aktuel-

le Studienlage liefert hierfür jedoch keine starke klinische Evidenz.

- Es zeigte sich geringe Evidenz dafür, dass die erhöhte Zufuhr von α -Linolensäure (ALA) das Risiko für kardiovaskuläre Ereignisse, KHK-Mortalität und Arrhythmien geringfügig reduzieren könnte.
- Patienten mit Atherosklerose oder weiteren kardiovaskulären Risikofaktoren, die eine leitliniengerechte Arzneimitteltherapie erhalten, haben durch die ω 3FS-Supplementation in der bisher üblichen Form keinen Zusatznutzen.

→ Ein Ernährungsverhalten, das insgesamt reich an Seefisch, pflanzlichen Ölen, Nüssen, sekundären Pflanzenstoffen, Mikronährstoffen und Ballaststoffen ist und umgekehrt arm an (verarbeiteten) Fleischprodukten, führt insgesamt zu einer niedrigeren kardiovaskulären und Gesamtmortalität.

- Die Studienlage liefert außerdem keine Evidenz für die ω 3FS-Supplementation bei Patienten mit Alzheimer-Demenz oder anderen Demenzformen.
- Bei der Behandlung der Hypertriglyceridämie können ω 3FS-Supplemente eingesetzt werden [...].

Weitere Anwendungsgebiete

Altersabhängige Makuladegeneration (AMD)

Bei bestimmten Formen der AMD („AREDS-Kategorien“) ist die Anwendung spezifischer Nahrungsergänzungsmittel Teil der leitliniengerechten Therapie.

Depression

Es gibt ältere randomisiert-kontrollierte Studien, die Hinweise auf eine antidepressive Wirksamkeit kombinierter EPA/DHA-Supplemente liefern. Aktuelle Metaanalysen konnten dies nicht bestätigen.

Tumorkachexie

In der aktuellen Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Klinische Ernährung und Stoffwechsel wird die Supplementation von ω 3FS bei Patienten mit fortgeschrit-

tener Krebserkrankung und laufender Chemotherapie empfohlen, um Appetit und Körpergewicht zu steigern. Die zugrunde liegende Datenbasis ist jedoch sehr inkonsistent. [...] Unklar ist, welche Patientengruppe bei welcher Tumorentität und welchem Therapieregime von einer Supplementation profitieren würde. Aktuelle Reviews sehen keinerlei Evidenz für die Anwendung von ω 3FS-Supplementen bei Tumorkachexie. Befürchtungen einer Wirkungsabschwächung bei einer Chemotherapie durch ω 3FS-Supplemente haben sich bisher nicht bestätigt.

Schwangerschaft und Stillzeit

Hinweise, dass eine ω 3FS-reiche Ernährung in Schwangerschaft und Stillzeit das Atopierisiko des Kindes reduzieren könne, scheinen neuere Daten zu bestätigen (COPSAC-Kohorte).

Intensivmedizin

Die Datenlage zur Anwendung von ω 3FS bei Intensivpatienten ist extrem heterogen und nicht aussagekräftig. Die besten Daten für positive Effekte von ω 3FS (bei unklarer optimaler Dosierung) gibt es für Patienten mit akutem Atemnotsyndrom (ARDS) und akuter Lungenschädigung (ALI) (Krankenhausverweildauer, Beatmungsdauer, Mortalität) sowie für Intensivpatienten mit schwerem Verbrennungstrauma (Sepsisrate, Komplikationsrate).

→ Es gibt zur präventiven oder therapeutischen Nutzung von ω 3FS noch erheblichen Forschungsbedarf.

Prof. Dr. rer. nat. Martin Smollich

Lübeck

E-Mail: martin.smollich@uksh.de

Den Artikel mit Tab. 1 & 2 und Literatur lesen Sie in „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP) 2019; 46: 143–151,



frei abrufbar unter: www.akdae.de. Der QR-Code führt direkt dorthin.



Foto: © Bertram Kober

Bertram Kober, Carrara Nr. 01, 2005, Fotografie

„Was ist die Natur?“, fragt eine Ausstellung im Bad Homburger Museum Sinclair-Haus. Vieles, auch Gegensätzliches, wird der Natur zugeschrieben: Sie ist Lebensquelle, Anker in einer immer unübersichtlicher werdenden Welt, Rückzugsort mit heilsamer Wirkung, aber auch Bedrohung. In Kunst und Alltag häufig idealisiert, wird sie als das „Andere“, ohne menschliches Zutun Existierende, begriffen. Eine Verklärung, die übersieht, dass Natur, Mensch und Kultur nicht voneinander zu trennen sind. Unsere Lebensform, Ernährung, Kleidung, unser Wohnen und unsere Fortbewegungsmittel prägen unsere Umwelt. Der vielfach gepriesenen Liebe zur Natur steht ihre Ausbeutung gegenüber.

Dürre unmittelbar vor der Haustür

Dürren und Feuersbrünste, Stürme, Starkregen, Überflutungen und ein dramatisches Artensterben: Die Folgen des Klimawandels sind unübersehbar. Auch in der unmittelbaren Umgebung lässt die Zerstörung der Natur frösteln. Ein Beispiel: Wer den Gipfel des Herzberges im Taunus erklimmen will, um den Blick über Mainebene, Wetterau und Taunus schweifen zu lassen, kann zwischen mehreren Wanderwegen wählen. Während der steilste Pfad noch bis vor kurzem durch dichten Wald führte, säumen nun über weite Strecken tote Fichten den Wegrand; immer wieder tauchen kahle Flächen auf, einige so groß wie Fußballfelder. Vereinzelte Baumruinen ragen wie Mahnmale in die Höhe: Opfer von Trockenheit und Borkenkäferbefall. Der Wald

hat sein vertrautes Gesicht verloren. Nicht weit von den Taunushöhen entfernt lädt das Sinclair-Haus dazu ein, sich mit der Natur auseinanderzusetzen und zu begreifen, dass der Mensch Teil von ihr ist, sie maßgeblich prägt, aber auch von ihr abhängt. Kunstwerke sowie Objekte aus den Naturwissenschaften und der Kulturgeschichte fordern die Besucher auf, das eigene Verständnis von Natur zu überdenken. Dabei ist die Beschäftigung mit der in Objekten, Bildern und Filmen dargestellten Natur zugleich auch eine Auseinandersetzung mit eigenen Erfahrungen, Erwartungshaltungen, Wertvorstellungen und nicht zuletzt dem eigenen Geschmacksempfinden.



Foto: © Sarah Illenberger

Sarah Illenberger, aus der Serie Wonderplants, 2015

Zwischen Idealisierung und Ausbeutung

Bad Homburger Ausstellung fragt nach dem Wesen der Natur

Sonne um Mitternacht

Als rotgelben Feuerball hat Katharina Sieverding die „Sonne um Mitternacht“ eingefangen (2010–2012). Milchig-blauer Dunst schwebt über den Marmorbrüchen von Carrara, die Bertram Kober im Stil eines romantischen Gemäldes inszeniert (2005). Wie eine schmiedeeiserne Girlande, Ton in Ton mit Blättern und Stängel, mutet die grüne Zucchini-Blüte an, die Max Reichmann 1926 mit „Das Blumenwunder“ überschrieben hat. Unter dem Mikroskop ist François-Joseph Lapointes „Microbiome Selfie“ (2016) entstanden. Grafisch reizvoll und alles andere als unbeschrieben: Sarah Illenbergers weiß-schwarz gepunktetes und orange gestreiftes Blatt vor blauem Hintergrund aus der Serie „Wonderplants“ (2015).

Neue Blicke auf die Welt

Natur durch die Augen des Betrachters gesehen und interpretiert: Die Ausstellung will dazu anregen, Annahmen über Natur zu hinterfragen. Sie erkundet die Zusammenhänge von Pflanzen, Tieren, Kultur, Technik, Menschen und Mikroben – und versucht, neue Blicke auf die Welt zu eröffnen.

Katja Möhrle

Die Ausstellung „Was ist Natur?“ ist bis zum 24. Januar 2021 im Museum Sinclair-Haus in Bad Homburg zu sehen. www.museumsinclairhaus.de

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 23. November 2019 (HÄBL 1/2020, S. 57), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020)

I

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 1. Juli 2020 (HÄBL Sonderheft 6/2020, Online-Sonderveröffentlichung), wird wie folgt geändert.

- 1.) Im Abschnitt B wird im „Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie“ bei dem Weiterbildungsinhalt „Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie“ im Unterabschnitt „Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen“ Zeile 25, zweite Spalte (Handlungskompetenz), der Spiegelstrich „dokumentierte Fälle Einzelpsychotherapie...“ wie folgt neu gefasst:

„- dokumentierte Fälle Einzelpsychotherapie (bei systemischer Therapie auch Paar- und Familientherapie) mit Patienten in der jeweiligen Grundorientierung unter Supervision, davon“

Siehe auch anliegende Darstellung als Tabellenform:

Gebiet Psychiatrie und Psychotherapie

Facharzt/Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie

(Psychiater und Psychotherapeut/Psychiaterin und Psychotherapeutin)

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
---	--	-----------

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägungen

Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychiatrie und Psychotherapie		
Behandlung psychischer Erkrankungen und Störungen		
[...]		
	- dokumentierte Fälle Einzelpsychotherapie (bei systemischer Therapie auch Paar- und Familientherapie) mit Patienten in der jeweiligen Grundorientierung unter Supervision, davon	10
[...]		

- 2) Im Abschnitt B wird im „Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ bei dem Weiterbildungsinhalt „Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie“ im Unterabschnitt „Krankheitslehre und Diagnostik“ nach Zeile 13 eine neue Zeile 14 eingefügt und in der zweiten Spalte (Handlungskompetenz), folgendes eingefügt:

„ODER

- dokumentierte Untersuchungen im Verfahren der systemischen Therapie, z. B. strukturiertes systemisches Interview im Ein- und Mehrpersonensetting zur Diagnostik von interaktionellen Mustern, Beziehungsdynamiken, Ressourcen und Lösungskompetenzen im relevanten System, einschließlich Genogramm und Testdiagnostik, davon können bis zu 20 Untersuchungen in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden“

und in der dritten Spalte (Richtzahl) die Angabe „60“ eingefügt.

Siehe auch anliegende Darstellung als Tabellenform:

Gebiet Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Facharzt/Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

(Psychosomatiker und Psychotherapeut/Psychosomatikerin und Psychotherapeutin)

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
---	--	-----------

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung

Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Psychosomatische Medizin und Psychotherapie		
Krankheitslehre und Diagnostik		
[...]		
	ODER - dokumentierte Untersuchungen im Verfahren der systemischen Therapie, z. B. strukturiertes systemisches Interview im Ein- und Mehrpersonensetting zur Diagnostik von interaktionellen Mustern, Beziehungsdynamiken, Ressourcen und Lösungskompetenzen im relevanten System, einschließlich Genogramm und Testdiagnostik, davon können bis zu 20 Untersuchungen in der jeweils anderen Grundorientierung erbracht werden	60
[...]		

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 22. September 2020



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
(V8-18b2120-0002/2008/004)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 1. Oktober 2020

Im Auftrag gez. Stefan Herb

Aufgrund § 6 a i.V.m. § 17 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 19. Dezember 2016 (GVBl. I S. 329), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „n“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert am 26. November 2019 (HÄBL 1/2020, S. 57) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen vom 6. Dezember 2006 (HÄBL 1/2007, S. 54–56), zuletzt geändert am 1. Februar 2018 (HÄBL 2/2018, S. 124), wird wie folgt geändert:

- 1.) In § 2 Abs. 2 wird in Satz 1 „sowie der Strahlenschutz- und der Röntgenverordnung“ durch „sowie dem Strahlenschutzgesetz“ ersetzt.
- 2.) In § 3a Abs. 2 wird nach dem fünften Aufzählungspunkt folgender neuer sechster Aufzählungspunkt eingefügt:
„und soweit bei Studien nach EU(VO) 745/2017 [MDR] und MPDG erforderlich, einer Person mit wissenschaftlicher oder beruflicher Erfahrung auf dem Gebiet der Medizintechnik“
- 3.) § 5 Abs. 1 erfährt folgende Änderungen:
 - a) In Satz 1 wird das Wort „schriftlichen“ gestrichen.
 - b) In Satz 3 wird die Aufzählung in Klammern „(AMG, MPG)“ durch

die Aufzählung in Klammern „(AMG, MPG, EU(VO) 745/2017 [MDR], EU(VO) 536/2014 [CTR])“ ersetzt.

4.) § 6 Abs. 3 erfährt folgende Änderungen:

- a) In Satz 1 werden die Worte „im mündlichen oder schriftlichen Verfahren“ ersetzt durch die Worte „im mündlichen Verfahren oder im Umlaufverfahren“.

- b) In Satz 3 wird das Wort „schriftlichen“ gestrichen.

- c) In Satz 4 werden die Worte „oder schriftliche Verfahren“ ersetzt durch die Worte „Verfahren oder Umlaufverfahren“.

5.) § 8 wird wie folgt geändert:

- a) In Absatz 1 Satz 3 werden nach den Worten „mindestens sieben“ folgende Worte in Parenthese eingefügt:
„– in Verfahren nach EU(VO) 745/2017 [MDR] und MPDG mindestens acht –“.

- b) In Absatz 4 Satz 3 werden die Worte „schriftlichen Verfahren“ ersetzt durch das Wort „Umlaufverfahren“.

- c) In Absatz 4 Satz 4 werden die Worte „schriftlichen Verfahren“ ersetzt durch das Wort „Umlaufverfahren“ und nach den Worten „mindestens sieben“ folgende Worte in Parenthese eingefügt:
„– in Verfahren nach EU(VO) 745/2017 [MDR] und MPDG mindestens acht –“

- d) In Absatz 6 Satz 2, 4. Aufzählungszeichen wird nach den Angaben „AMG, GCP-VO, MPG und MPKPV“ ein Komma gesetzt und folgende Angaben neu angefügt:
„EU(VO) 745/2017 [MDR] und MPDG“

- e) In Absatz 7 Satz 1 wird nach dem Wort „schriftlich“ neu eingefügt:
„oder elektronisch unter den Voraussetzungen des § 3a HVwVfG oder – soweit keine gesetzlichen Vorschriften entgegenstehen – in Textform“

- f) In Absatz 7 Satz 2 wird das Wort „schriftlich“ gestrichen.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission bei der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 22. September 2020



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

(V8–18b2120–0002/2008/011)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Satzung der Ethik-Kommission der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 1. Oktober 2020

Im Auftrag gez. Stefan Herb

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160), i.V.m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „o“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung 23. November 2019 (HÄBL 1/2020, S. 57), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle für ärztliche Behandlungen im Bereich der Landesärztekammer Hessen in der Fassung vom 23. März 2016 (HÄBL 5/2016, S. 302), wird wie folgt geändert:

1.) § 1 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst:

„(2) Am Verfahren sind der Patient, der einen vermeidbaren Behandlungsfehler behauptet, und der für die beanstandete Behandlung verantwortliche Arzt beteiligt. Soweit Ansprüche aus Arzthaftung den Träger einer Klinik betreffen, kann auch der Klinikträger beteiligt werden. Beim Tode eines Beteiligten können dessen Erben an seine Stelle treten. Absatz 1 Satz 2 gilt entsprechend. Der Haftpflichtversicherung des Arztes oder der Behandlungseinrichtung, für die der Arzt tätig

geworden ist, steht es frei, sich am Verfahren zu beteiligen.“

2.) § 1 Abs. 3 wird wie folgt neu gefasst:

„(3) Die Beteiligung ist freiwillig. Schließt der Arzt sich an, ist sein Haftpflichtversicherer stets zu unterrichten, um im Interesse aller Beteiligten in Haftungsfällen eine Schlichtung zu fördern. Der Arzt ist verpflichtet, schriftlich nachzuweisen, dass er den Haftpflichtversicherer unterrichtet hat, soweit er dies nicht der Gutachterstelle überlässt. Wird der Haftpflichtversicherer nicht benannt, wird das Verfahren nicht durchgeführt. Ist der Haftpflichtversicherer mit der Durchführung des Verfahrens einverstanden, wird er, auch wenn er nicht von der Möglichkeit der Verfahrensbeteiligung Gebrauch macht, über sämtliche Verfahrensschritte informiert und ihm wird der gesamte Schriftwechsel zugeleitet. Ihm wird umfassendes rechtliches Gehör gewährt.“

3.) Nach § 2 Abs. 1 wird folgender neuer Abs. 2 eingefügt:

„(2) Das Verfahren findet nach Zustimmung aller Beteiligten statt. Die Zustimmung kann außer im Fall eines wichtigen Grundes nur im Einverständnis der anderen Beteiligten zurückgenommen werden.“

4.) Die bisherigen Abs. 2 bis 6 des § 2 werden zu Abs. 3 bis 7.

5.) § 5 Abs. 1 wird wie folgt neu gefasst:

„(1) Die Beteiligten sind zur Unterstützung der Gutachterstelle bei der Aufklärung des Sachverhalts verpflichtet, insbesondere die erforderlichen Informationen zur Verfügung zu stellen und Schweigepflichtentbindungserklärungen zu erteilen. Auf Anforderung der Gutachterstelle ist die vollständige Behandlungsdokumentation in einer für die Begutachtung geeigneten

Form kostenfrei zur Verfügung zu stellen.“

6.) In § 5 Abs. 2 Satz 1 wird das Wort „Sie“ durch die Worte „Die Gutachterstelle“ ersetzt.

7.) § 6 Abs. 2 wird wie folgt neu gefasst.

„(2) Die antragstellenden Beteiligten haben Gelegenheit, der Kommission mitzuteilen, durch welche Punkte des angefochtenen Gutachtens sie sich beschwert fühlen und weshalb.“

8.) § 7 wird wie folgt neu gefasst:

„§ 7 Statistik

Die Gutachterstelle erfasst die Ergebnisse ihrer Arbeit statistisch in anonymisierter Form. Diese Ergebnisse gehen in eine bundesweite Auswertung ein und werden zum Zwecke der Aus-, Fort- und Weiterbildung sowie zur Fehlerprophylaxe verwendet.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Änderung der Satzung der Gutachter- und Schlichtungsstelle der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 22. September 2020



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Interessenkonflikt

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

(Landesärztekammer Hessen)

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 23. November 2019 (HÄBL 1/2020, S. 57), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung
der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31); zuletzt geändert am 26. März 2019 (HÄBL 7/8/2019, S. 487), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:

Im Gebührenabschnitt „I. 4. Tätigkeit der Ethik-Kommission“ wird:

a. der Gebührenpunkt 4.6 wie folgt neu gefasst:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
4.	Tätigkeit der Ethik-Kommission	Euro
4.6	Wissenschaftliches Beratungsgespräch/ Vorabberaterung zur Antragsstellung	250,00 bis 3.000,00 €

b. nach dem Gebührenpunkt 4.11.2 folgender neuer Gebührenpunkt 4.12 angefügt:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
4.	Tätigkeit der Ethik-Kommission	Euro
4.12	Für die Bewertung von Klinischen Prüfungen nach dem Medizinproduktegesetz (MPG) und der Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte [Medical Device Regulation – MDR] richten sich die Gebühren nach der Verwaltungskostenordnung HMSI	

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. November 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 22. September 2020



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
(V8-18b2120-0002/2008/009)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 1. Oktober 2020

Im Auftrag gez. Stefan Herb

Ergebnisse der Nachwahlen

Die Landesärztekammer Hessen gibt hiermit folgende Ergebnisse der Nachwahlen zu den nachstehenden Ämtern bekannt:

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23.11.2019

Ausschüsse im Weiterbildungswesen:

Vorsitzende und stellv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen:

1) Prüfungsausschuss „A“
(konservative Gebiete):
Prof. Dr. med. Norbert Rilinger

2) Prüfungsausschuss „B“
(operative Gebiete):
Prof. Dr. med. Gunther Schwetlick

3) Prüfungsausschuss „C“:
PD Dr. med. Alfred Etzrod
Prof. Dr. med. Oliver Schwenn

4) Prüfungsausschuss „Allgemeinmedizin“:
Dr. med. Frank Wimmel

Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16.09.2020

I. Vorstand des Versorgungswerkes:

Mitglied: Dr. med. Tobias Gehrke

II. Ausschuss Hilfsfonds:

Mitglied: Jutta Willert-Jacob

III. Ausschüsse im Weiterbildungswesen:

Vorsitzende und stellv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen:

1) Prüfungsausschuss „A“
(konservative Gebiete):
Dr. med. Christian Piper

2) Prüfungsausschuss „B“
(operative Gebiete):
Prof. Dr. med. Paul Kessler

Frankfurt, 22. September 2020

gez.
Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident der Landesärztekammer
Hessen

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de

Aufgrund § 7 Abs. 1 Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG) vom 16. Dezember 2010 (GVBl. I S. 646), zuletzt geändert durch Artikel 1 des Gesetzes vom 12. September 2018 (GVBl. S. 580) i.V.m. § 17 Abs. 2 S. 1 Nr. 2 a) Verordnung zur Durchführung des Hessischen Rettungsdienstgesetzes (HRDG-VO) vom 10. Dezember 2019 (GVBl. S. 395)) hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 folgenden Beschluss gefasst:

Änderung der Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt“ Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 24. April 1999

I.

Der Beschluss der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 24. April 1999 über die Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt“ wird wie folgt geändert

1. Nummer 6, Sätze 4 und 5 werden wie folgt neu gefasst:

„Die Qualifikationsurkunde „Leitender Notarzt“ wird von der Landesärztekammer Hessen ausgestellt und ist für die Dauer von 5 Jahren gültig.

Die Verlängerung der Gültigkeit der Qualifikationsurkunde „Leitender

Notarzt“ um jeweils 5 Jahre setzt entsprechend § 7 Abs. 1 HRDG i.V.m § 17 Abs. 2 Satz 2 HRDG-VO die Absolvierung des entsprechenden Wiederholungsseminars der Landesärztekammer Hessen voraus.“

2. Nach Nummer 6 wird Nummer 7 neu angefügt:

„7) Übergangsvorschrift:

Die Gültigkeitsdauer der im Zeitraum 01.01.2017 bis 31.10.2020 ausgestellten Urkunden wird von 3 auf 5 Jahre verlängert, ohne dass es einer Neuausstellung und eines Kursnachweises bedarf.“

II.

In-Kraft-Treten

Diese Änderung tritt am 1. November 2020 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 16. September 2020 beschlossene Änderung der Anforderungen zum Erwerb der Qualifikation „Leitender Notarzt“ wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 22. September 2020



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Büchertipps von Lesern für Leser

Liebe Leserinnen und Leser, vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!

E-Mail: haebl@laekh.de.



Foto: © Thomas Bethge – stock.adobe.com

Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 31. März 2021

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 31. März 2021 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

2. und 9. Dezember 2020

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden – unter Vorlage des erforderlichen, vollständig ausgefüllten Anmeldeformulars.

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes wird dabei um Vorlage der ärztlichen Bescheinigung über die

erste Nachuntersuchung nach § 33 Abs. 1 des Jugendarbeitsschutzgesetzes gebeten, spätestens am Tag der Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung, sofern nicht bereits geschehen. Dies gilt nur für Auszubildende, die bei Beendigung des 1. Ausbildungsjahres das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben.

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung: MFA-Ausbildungswesen**

Institut für Freie Berufe startet Konjunkturumfrage für den Winter 2020

In diesen Tagen startete die turnusgemäß vom Institut für Freie Berufe (IFB) Nürnberg durchgeführte Erhebung zu Geschäftslage und erwarteter Entwicklung bei den Freien Berufen für den Winter 2020, mit einem Sonderteil zu den wirtschaftlichen Folgen der Corona-Pandemie in den Freien Berufen. Themen, die hierbei interessieren:

- Wirtschaftlicher Schaden durch die Pandemie,
- Auftragsrückgang,
- Zahlungsausfälle von Kunden,
- Individuelle Anpassung an die Situation.

Die Befragung beansprucht ca. 10–12 Minuten und ist bis zum 1. November 2020 zugänglich. Die Teilnahme ist freiwillig.

Die Datenerhebung erfolgt selbstverständlich anonym, E-Mail- und IP-Adresse werden nicht protokolliert. Unter dem Link www.t1p.de/fb-winter gelangen Sie zur Umfrage.

Für Fragen oder Anregungen ist Nicole Genitheim Ansprechpartnerin:
Fon: 0911 2356524 oder per E-Mail: nicole.genitheim@ifb.uni-erlangen.de.
Internet: www.freie-berufe.de

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060045920 ausgestellt am 05.12.2016 für Dr. med. Gerd Balser, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060067463 ausgestellt am 19.08.2020 für Dr. med. Charlotte Barth, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060050245 ausgestellt am 25.09.2017 für Kornelia Götze, Marburg

Arztausweis-Nr. 060048089 ausgestellt am 18.04.2017 für Dr. med. Maria Günther, Marburg

Arztausweis-Nr. 060060666 ausgestellt am 19.08.2019 für Dr. med. Victoria Johnson, Gießen

Arztausweis-Nr. 060061100 ausgestellt am 16.09.2019 für Doctor-medic Milena Manasia, Gießen

Arztausweis-Nr. 060040061 ausgestellt am 28.09.2015 für Kristina Meyer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060042442 ausgestellt am 22.03.2016 für Dr. med. Maria Pelchen-Baumann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060050971 ausgestellt am 13.11.2017 für d-r Tsvetomira Rashkova, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060044827 ausgestellt am 21.09.2016 für Inada Sipajung, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060066070 ausgestellt am 29.06.2020 für Florian Stehle, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060058870 ausgestellt am 16.04.2019 für doktor Edi Stepanovski, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060044397 ausgestellt am 16.08.2016 für Dr. med. Dietrich Tews, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060067283 ausgestellt am 13.08.2020 für Doctor-medic Corneliu Vasilachi, Kassel

Arztausweis-Nr. 060040373 ausgestellt am 21.10.2015 für Carina Weber, Gießen

Arztausweis-Nr. 060064559 ausgestellt am 20.03.2020 für Majdi Yousif, Gießen

Foto: privat



Die Landesärztekammer Hessen dankt Ministerialdirektor **Dr. jur. Stephan Hölz** (Foto) für die gute, langjährige Zusammenarbeit in seiner Funktion als Lei-

ter der Abteilung Gesundheit im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration. **Dr. med. Edgar Pinkowski**, Präsident der Landesärztekammer Hessen, betonte, dass sich diese Zusammenarbeit gerade in den vergangenen Monaten im Rahmen der Coronapandemie einmal mehr außerordentlich bewährt habe. Pinkowski ist zuversichtlich, dass Hölz mit dem Wechsel in die Leitung der Abteilung Integration die gemeinsamen Anstrengungen für die verbesserte gesundheitliche Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund weiter vorantreiben wird.



Foto: Asklepios Klinik Lich

Dr. med. Giovanni Di Favero (Jahrgang 1975) leitet seit März diesen Jahres die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe an der Asklepios Klinik

Lich. Der Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe stammt aus São Paulo, Brasilien, und hat an der dortigen Universität sein Medizinstudium abgeschlossen. Er promovierte an der Charité-Universitätsmedizin Berlin. Vor Beginn seiner Tätigkeit in Lich war er Chefarzt an der Helios Mariahilf Klinik Hamburg. Seine Schwerpunkte sind die komplexe minimal-invasive Chirurgie, operative onkologische Gynäkologie und Beckenboden-Chirurgie.

Dr. med. Fabian A. Helfritz (Foto) ist neuer Chefarzt der Klinik für Allgemein-



Foto: Thomas X. Stoll

und Viszeralchirurgie am Bürgerhospital Frankfurt. Er folgt auf **Dr. med. Viktor Andres**, der nach über dreißigjähriger Tätigkeit am Bürgerhospital

altersbedingt aus dem medizinischen Dienst ausgeschieden ist. Vor seinem Wechsel an das Bürgerhospital war er an drei großen Universitätskliniken tätig. Seine Behandlungsschwerpunkte liegen in der Darmchirurgie sowie der Chirurgischen Onkologie. In beiden Bereichen ist er auf laparoskopische Eingriffe spezialisiert. Vor diesem Hintergrund soll das Spektrum der Klinik um ein Zentrum für minimal-invasive Chirurgie erweitert werden. Zuletzt war Helfritz als Oberarzt in der Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Transplantationschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt tätig.

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © ThomBal - iStockphoto.com



Foto: KKH Sachsenhausen

Das Krankenhaus Sachsenhausen hat einen neuen Chefarzt: Der auf minimal-invasive Operationen spezialisierte Facharzt **Prof.**

Dr. med. Amadeus Hornemann (Foto) leitet ab sofort die Klinik für operative Gynäkologie. Er tritt die Nachfolge von **Dr. med. Philipp-Andreas Hessler** an. Hornemann kommt von der Frauenklinik am Universitätsklinikum Mannheim.

An den DRK-Kliniken Nordhessen hat seit Anfang Mai **Prof. Dr. med. Klaus Westphal**



(Foto oben) die Leitung der Klinik für Anästhesie, Intensiv- und Notfallmedizin übernommen, er ist Facharzt für Anästhesie mit den Zusatzbezeichnungen



Spezielle Anästhesiologische Intensivmedizin, Intensivmedizin, Notfallmedizin. Mitte Mai begann **Prof. Dr. med. Pawel Mroczkowski**



(Foto Mitte) als Leiter der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie – er ist Facharzt für Chirurgie und Viszeralchirurgie und führt die Zusatzbezeichnung Proktologie. Beide

kommen vom Elisabeth-Krankenhaus Kassel. Im Sommer startete zudem **Dr. med. Mohammed Al-Toki** (Foto unten) als neuer Leiter der Klinik für Radiologie. Der Facharzt für Radiologie stammt gebürtig aus dem Jemen, lebt und arbeitet jedoch seit mehr als 15 Jahren in Deutschland, zuletzt an den Agaplesion Diakonie Kliniken Kassel.

Fotos (3): DRK Kliniken Nordhessen

Personalien aus ganz Hessen bitte per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Einladung zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 16. Wahlperiode 2018–2023

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 9. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie für
Samstag, 28. November 2020, 10 Uhr s.t.,
in die Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2, ein.

TAGESORDNUNG

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 8. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 16. September 2020
4. Bericht des Präsidenten und Aussprache
5. Versorgungswerk
 - a) Bericht des Vorsitzenden/der stv. Vorsitzenden des Vorstandes
 - b) Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung
6. Haushaltsplan 2021
7. Hilfsfonds-Richtsätze 2021
8. Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Bericht des Vorsitzenden
9. Wahl zur Besetzung des Berufsgerichts bei dem Verwaltungsgerichtshof in Kassel mit ehrenamtlichen Richterinnen und Richtern
10. Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen
 - a) Änderung der Hauptsatzung
 - b) Änderung der Geschäftsordnung
 - c) Änderung der Berufsordnung
 - d) Änderung der Beitragsordnung
 - e) Änderung der Kostensatzung
 - f) Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen
 - g) Änderung der Fortbildungsordnung
 - h) Änderung der Fortbildungsrichtlinie
 - i) Änderung der Qualifikation „Leitender Notarzt“ (LNA)
11. Anträge zum Bericht des Präsidenten
12. Verschiedenes

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 7. Oktober 2020

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

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 € 137,38
(01.07.0 – 31.12.2020)

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 78,50 (01.07.0 – 31.12.2020)
Einzelheftpreis € 13,74 (01.07.0 – 31.12.2020), Preise inkl. Porto und 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: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,
Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,
E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

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

Layout: Meike Höhner

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

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

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 6, gültig ab 01.01.2020

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2020:

Druckauflage: 37.775 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.519 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 Fremdbeiträ-
ge 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 Publikati-
on 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