Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 2 | 2021
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 82. Jahrgang

Das eLogbuch – Dokumentation der Ärztlichen Weiterbildung

Titelbildmontage: DÄV mit: © Kaspars Grinvalds – stock.adobe.com/© bernie_photo – istockphoto.com/© BÄK | Newsletter: ©Andrii – stock.adobe.com

Abonnieren Sie unseren neuen Newsletter!
Anmeldung auf **www.laekh.de**

Ärztlich assistierter Suizid
Medizinische Ethik und Umgang mit suizidalem Begehren

Humanität am Lebensende
Gespräch mit Dr. med. Nikos Stergiou zur Errichtung eines Hospizes in Rodgau

Kampf um Leben oder Tod

Vermutlich denken Sie jetzt: Was hat sich der Pinkowski denn bei dieser Überschrift gedacht? Will er auch endlich einmal eine dramatische Schlagzeile erhaschen? Nein, so ist es natürlich nicht, auch wenn eine gute Schlagzeile zur rechten Zeit an der rechten Stelle durchaus hilfreich sein kann. Nein, mir geht es ganz konkret um die Inhalte der vorliegenden Ausgabe des Hessischen Ärzteblatts. Überspitzt formuliert kämpfen die einen für den Tod und die anderen für das Leben. Damit meine ich einerseits den sogenannten ärztlich assistierten Suizid (vgl. S. 90 & 91–94) und die Impfungen gegen Corona andererseits. Einmal mehr möchte ich betonen, dass es keinen Anspruch auf ärztliche Hilfe zur Selbsttötung geben darf. Kein Arzt und keine Ärztin darf zu einer derartigen Leistung gezwungen werden. Auch wenn es oft anders zu lesen ist, befürwortet nur eine ärztliche Minderheit einen ärztlich assistierten Suizid, geschweige denn eine ärztliche Pflicht, diese Hilfe leisten zu müssen.

Vor wenigen Wochen begannen die Impfungen gegen Corona. Diesen Kampf für das Leben werden wir hoffentlich schneller als erwartet gewinnen. Bitte lassen Sie sich, wenn Sie an der Reihe sind, impfen.

Viele hessische Ärztinnen und Ärzten haben im Dezember meinen Brief mit der Bitte um Unterstützung bei der Arbeit in den Coronaimpfzentren erhalten. Die Resonanz war überwältigend. Bei Redaktionsschluss hatten sich nicht nur 3.080 Ärztinnen und Ärzte gemeldet, sondern auch 730 Medizinische Fachangestellte, 250 Medizinstudierende und 300 Pflegekräfte, Angehörige weiterer Gesundheitsberufe und Verwaltungskräfte.

Ihnen allen danke ich von ganzem Herzen, zumal viele Hilfswillige altersbedingt selbst zu den Risikogruppen zählen. Alle Hilfswilligen haben einen Bogen mit Angaben zum gewünschten Einsatzort und den möglichen Einsatzzeiten ausgefüllt. Diese Antworten mussten und müssen dank stetig weiter eingehender Meldungen erfasst und den jeweils zuständigen Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt werden. Um hier keine Verzögerungen entstehen zu lassen, haben sich einige Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen freiwillig gemeldet, um diese Daten auch während der Betriebsruhe zwischen den Jahren weiter zu erfassen. Als Dienststellenleiter (ja, glauben Sie mir, so heißt der Präsident in seiner Funktion als Vorgesetzter) bin ich außerordentlich stolz auf dieses Team und bedanke mich im Namen der Kammermitglieder ganz herzlich.

Doch wie soll es anders sein, wo Licht ist, ist auch Schatten. Die Organisation der Impfung lässt durchaus Verbesserungspotenzial erkennen. Die vor Ort verantwortlichen bzw. beauftragten Organisationen – darunter befinden sich auch Eventagenturen – behelligen Hilfswillige mit zum Teil für mich einfach nicht nachvollziehbaren Fragen (z. B. auf einem Fragebogen für Ärzte: Sind Sie Schüler, Student, Praktikant?) und Anforderungen (Führungszeugnis) auf der einen Seite und auf der anderen Seite mit Honorarangeboten, die nicht der uns vom Land Hessen genannten Höhe entsprechen. Angeboten werden auch Teilzeitverträge mit sechsmonatiger Probezeit und der Verpflichtung, die Arbeitszeit einseitig auf Anordnung hin um bis zu 25 % zu erhöhen. Eine pragmatische Vorgehensweise wären landesweit einheitliche, schlichte Honorarverträge mit einer Abrechnung nach geleisteten Einsatzstunden. Mehr will ich an dieser Stelle gar nicht schildern und verweise auf die Seiten 98f. & 100f. in dieser Ausgabe.

Aus Sicht der betroffenen Bürger wirkt das auch alles – na ja, sagen wir einmal – improvisiert. Da erhielten beispielsweise die Angehörigen dementer Pflegeheimbewohner am 18.12.2020 Impfeinwilligungsbögen mit der Frage nach der Körpertemperatur des Bewohners – und das für eine Impfung, die im besten Fall am 27.12.2020 erfolgen konnte.

Das Anmeldeverfahren für über 80-Jährige war lange unklar, der Start der Impfzentren war es bei Redaktionsschluss noch immer. Selbst offizielle Pressesprecher einzelner Kreise kamen hier ins Schleudern und nannten falsche Termine. Sicher kennen Sie selbst solche Beispiele.

Aktuell befinden wir uns in einem verschärften Lockdown, nachdem die im Dezember verhängten Maßnahmen nicht den gewünschten Erfolg gezeigt haben. Ich hoffe sehr, dass die Maßnahmen jetzt die benötigte Wirkung hervorrufen, denn andernfalls werden sich bei der Bevölkerung – ganz abgesehen von persönlichen, den sozialen und den wirtschaftlichen Nebenwirkungen – immer deutlicher Ermüdungserscheinungen breit machen. Eine Schraube, die überdreht wird, verliert den Halt. Nach fest kommt ab. Das wissen nicht nur Feinmechaniker.

Mit den Kosten für die gut gemeinte Masken-Verteilaktion an über 60-Jährige im Dezember und das Gutscheinverfahren im Januar hätte man vermutlich bei einem Massenankauf alle Einwohner mit einer Grundausstattung versorgen können und das schon viel früher. So viele gute Seiten der Föderalismus auch hat, so findet er innerhalb eines Bundeslands doch schnell seine Grenzen. Jedes Gesundheitsamt, jede Gebietskörperschaft muss eigene Beschlüsse fassen. Besser wäre eine gute Abstimmung auf Landesebene mit Vorgaben, die dann auch im echten Leben umsetzbar sind. Am ärztlichen Rat soll es dafür nicht mangeln.

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Foto: Peter Jülich

Inhalt

Fotomontage: DÄV, © siehe Titelbild

Das eLogbuch
Seit dem 1. Januar 2021 steht auch in Hessen das eLogbuch zur Verfügung, um die Dokumentation der Weiterbildung auf einer modernen, elektronischen Plattform zu ermöglichen. Der Artikel gibt eine erste Orientierung über die Funktionsweise, Registrierung und Anmeldung – mit einem Glossar zum Thema.

102

Foto: © freshidea – stock.adobe.com

Ärztlich assistierter Suizid
Vor knapp einem Jahr ist ein Gesetz, das geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe stellte, vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben worden. Ein Urteil, das an den Grundfesten ethischer, moralischer, religiöser und ärztlicher Überzeugungen rührt. Zwei Beiträge beleuchten die Auswirkungen und Probleme.

90/91

Editorial: Kampf um Leben oder Tod **87**

Aus dem Präsidium: Assistenz zur Selbsttötung als ärztliche Aufgabe? **90**

Fortbildung:
Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren **91**
CME: Das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Schädels bei Hochbetagten/Multiple Choice-Fragen **108/113**

Mensch und Gesundheit: Hinweise zur Förderung der Impfbereitschaft gegen das Coronavirus **100**

Ärztekammer
Corona-Impfungen: Brief des Präsidenten/Rundmail zum Beitrag der LÄKH an der Impfstrategie des Landes **98**
Das eLogbuch – Dokumentation der Ärztlichen Weiterbildung **102**
20 Jahre „Kommission Lebendspende“ bei der LÄKH **114**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung **116**
- **Fort- und Weiterbildungen für für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule **122**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen:** Jahresabschluss der LÄKH zum 31.12.2019/Lagebericht **130**

Junge Ärztinnen und Ärzte: Stellensuche für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit Felix Medicus **105**

Leserbrief: Zur Covid-19-Pandemie – „Wenn man sich schämt, Arzt zu sein...“ **99**

Nachruf: Großes Engagement für medizinischen Assistenzberuf: Erinnerung an Erika Hartmann **125**

Foto: © Gina Sanders – stock.adobe.com

Humanität am Lebensende
Im Gespräch berichtet Dr. med. Nikos Stergiou von der Idee bis zur Realisierung der Errichtung eines Hospizes im Kreis Offenbach. Er spricht außerdem über Aufnahmekapazitäten, das Geschäftsmodell sowie die Bedeutung ehrenamtlichen Engagements für eine humanitär agierende Gesellschaft.

95

Foto: © BlackMac – stock.adobe.com

Eine Hommage an Dante und virtuose Klänge
Virtuelle Kunstreise nach Florenz: Anlässlich des 700. Todestages des gebürtigen Florentiners präsentiert die Uffizien-Galerie 88 selten gezeigte Zeichnungen von Federico Zuccari online. Außerdem: Ein wahrer Ohrenschmaus: Das hr-Sinfonieorchester streamt jetzt seine Konzerte im Internet.

107

Recht: Keine Aufnahme sexueller Kontakte während des Arzt-Patientenverhältnisses **124**

Im Gespräch: Humanität am Lebensende – Dr. med. Nikos Stergiou zur Errichtung eines Hospizes in Rodgau **95**

Ärztlicher Berufsalltag:
Schluss mit vollen Wartezimmern: Start-up aus Mittelhessen entwickelt App zum besseren Terminmanagement **106**

Pharmakotherapie: Herstellung von Arzneimitteln in der ärztlichen Praxis **126**

Aus den Bezirksärztekammern: Neues Team in der Bezirksärztekammer Wiesbaden **129**

Parlando: Eine Hommage an Dante Alighieri und virtuose Klänge aus Frankfurt **107**

Impressum **142**

Buchtipp

Abi-Knoten –Bilanz nach 60 Jahren

Hrsg.: W. Kauder

S. 106

Interessenkonflikt

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

Das Hessische Ärzteblatt 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.

Assistenz zur Selbsttötung als ärztliche Aufgabe?

Am 26. Februar dieses Jahres jährt sich die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts, dass der § 217 des Strafgesetzbuchs (StGB), der die geschäftsmäßige Förderung der Selbsttötung verbot, gegen das Grundgesetz verstößt und somit unwirksam ist. Neben Sterbehilfeorganisationen hatten schwerkranke Menschen, aber auch Ärzte Verfassungsbeschwerde erhoben, da sie befürchteten, sich nach § 217 StGB strafbar zu machen, wenn sie Patienten beim Suizid helfen. Auch wenn viele erwartet hatten, dass der § 217 StGB nach dem Urteil geändert werden müsste, kam das Urteil in seiner Rigorosität einem Paukenschlag gleich. Denn jetzt geht es nicht mehr nur darum, ob schwer kranke Menschen ein Recht auf Hilfe bei der Selbsttötung haben, sondern dass das grundgesetzlich geschützte Persönlichkeitsrecht als Ausdruck persönlicher Autonomie auch das Recht auf selbstbestimmtes Sterben umfasst. Dieses gilt unabhängig von Alter oder Krankheit und beinhaltet die Freiheit, dabei die Hilfe Dritter zu suchen und in Anspruch zu nehmen, so das BVerfG. Dieses Urteil rührt mit seinen deutlichen Worten an den Grundfesten unserer ethischen, moralischen, religiösen und ärztlichen Überzeugungen. Der Paukenschlag war so laut, dass bis jetzt – fast ein Jahr nach dem Urteil – viele immer noch in Schockstarre verharren. In der Begründung zum Urteil führt das BVerfG aus, dass der Gesetzgeber durchaus ein legitimes Recht habe, die Autonomie der persönlichen Entscheidung zu schützen. Dieses nun dringend notwendige prozedurale Konzept zur Sicherstellung der tatsächlichen Freiverantwortlichkeit der individuellen Entscheidung lässt aber auf sich warten, sicher nicht nur aufgrund der Pandemie. Derzeit sind die entscheidenden Voraussetzungen einer autonomen Entscheidung – Freiwilligkeit, Freiverantwortlichkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit – nicht geschützt. Pointiert ausgedrückt wäre es sogar möglich, vor einem Seniorenheim für einen Sterbehilfeverein zu werben. Gleichzeitig fehlt weitgehend die gesamtgesellschaftliche Diskussion. Krankheit, Siechtum und der Tod sind unbequeme und oft verdrängte Themen.

Foto: Katarina Ivanisevic

„Die Suizidbeihilfe darf nicht zu einer von mehreren ärztlichen Behandlungsoptionen werden."

Sicher sind die jeweiligen individuellen Beurteilungen von Ärztinnen und Ärzten auch von der eigenen ärztlichen Berufserfahrung geprägt. Wir denken bei dieser Frage zuallererst an Schwerkranke, an Einstellung oder Begrenzung von Therapie, an die Inkaufnahme eines früheren Todes z. B. durch Schmerzmedikation. Um all das ging es aber bei diesem Urteil nicht. Wir müssen uns die Frage stellen, ob wir es als ärztliche Aufgabe ansehen, Patienten, aber auch gesunden Menschen Medikamente zur Beendigung ihres Lebens zu geben. In den meisten Berufsordnungen der Landesärztekammern, auch in der hessischen, ist die Hilfe zur Selbsttötung (§ 16 BO) untersagt. Somit stehen die Berufsordnungen im Widerspruch zur Gesetzeslage und der deutsche Ärztetag wird darüber diskutieren, wie wir uns diesbezüglich positionieren. Aus meiner Sicht muss dem eine Bestimmung des ärztlichen Selbstverständnisses im Kontext der Suizidassistenz vorausgehen. Es ist unzweifelhaft ärztliche Aufgabe (§ 1 BO), das Leben zu erhalten, die Gesundheit zu schützen..., Leiden zu lindern und Sterbenden Beistand zu leisten. Das bedeutet, Hilfe **beim** Sterben zu leisten, aber Hilfe nicht **zum** Sterben. Gleichzeitig ist es richtig, wenn wir Ansprechpartner für Menschen sind, die aufgrund von Krankheit, Würde- oder Sinnverlust aus dem Leben scheiden wollen. Allein das offene Annehmen eines solchen Gesprächs, in dem Fürsorge für den suizidgefährdeten Menschen, aber auch Respekt vor der Selbstbestimmung im Vordergrund stehen, kann präventiv wirken. Den Wunsch eines Menschen zu respektieren, vielleicht sogar nachvollziehen zu können, heißt für mich aber nicht, diesen Wunsch auch gutheißen oder bei der Umsetzung helfen zu müssen. Meiner Meinung nach darf der Suizid nicht zu einer üblichen Handlungsoption und die Suizidbeihilfe nicht zu einer von mehreren ärztlichen Behandlungsoptionen werden.

Dr. med. Susanne Johna
Präsidiumsmitglied der LÄK Hessen, Mitglied des Vorstandes der Bundesärztekammer, Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen (MB) und 1. Vorsitzende des MB – Bundesverband

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 Kammer bequem in Ihr E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de. Der QR-Code führt direkt dorthin.

© Andrii – stock.adobe.com

Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm

Nachdruck aus: Onkologe 26, 443–448 (2020). Im Internet abrufbar https://doi.org/10.1007/s00761-020-00750-5 Online publiziert: 24. März 2020 © Springer Medizin Verlag

Onkologische Versorgung schließt die Behandlung von Patienten am Lebensende ein. Derzeit wird nach Einführung entsprechender Gesetze in einigen Ländern Beihilfe zur Selbsttötung durch Ärzte diskutiert („physician-assisted suicide", PAS). In Deutschland ist ein Gesetz, das geschäftsmäßige Suizidhilfe unter Strafe stellte, kürzlich vom Bundesverfassungsgericht aufgehoben worden [7]. Das Gericht fordert den Gesetzgeber auf, Begrenzungen und Missbrauch der Beihilfe zum Suizid neu und auf andere Weise zu regeln. Beihilfe zum Bilanzsuizid ohne Vorliegen einer Krankheit ist keine ärztliche Aufgabe. Doch gehört der Umgang mit suizidalem Begehren zu den unverzichtbaren Aufgaben bei der Betreuung von Patienten mit fortgeschrittener, lebensbedrohlicher Erkrankung.

Eine differenzierte normative Einordnung medizinischer Handlungen am Lebensende ist Grundlage der professionellen Integrität und Voraussetzung, eine angemessene ärztliche Haltung zum Verlangen, ärztliche Hilfe beim Suizid zu leisten, zu finden.

Medizinische Handlungen am Lebensende

Eine sachgerechte Beschreibung ärztlicher Handlungen am Lebensende ist Voraussetzung ihrer ethischen Bewertung. Unklare Begriffe befördern ethische Konflikte. Dies lässt sich am Begriff der passiven Sterbehilfe illustrieren. Dem Konzept wurde von den Befürwortern der Tötung auf Verlangen und der ärztlichen Suizidassistenz unterstellt, die Herbeiführung des Todes von Patienten am Lebensende zu intendieren [20].

Diese Zuschreibung beruht auf einem semantischen Missverständnis, d. h. der Zuordnung der Handlungsweise zu einer ethischen Bewertung (aktiv=verboten/passiv=erlaubt) [21]. Dies ist jedoch handlungstheoretisch falsch.

»Bei der ethischen Bewertung einer Handlung ist die Intention wesentlich, nicht der Handlungsmodus«

Bei der ethischen Bewertung kommt es primär nicht auf deren Modus, sondern vielmehr auf die Intention an. Daher wurde das Konzept von einschlägigen Institutionen und Ärzteorganisationen zurückgewiesen [16, 17], ebenso von der deutschen Ärzteschaft. Die hat in Grundsätzen zur ärztlichen Sterbebegleitung eine angemessene Terminologie etabliert [4, 5]. Am Lebensende ist es geboten, nicht mehr hilfreiche Therapien ebenso wie Behandlungen, die vom Patienten nicht gewünscht sind, zu beenden oder sie erst gar nicht aufzunehmen.

Diese Handlungsweise wird zutreffend als Änderung des Therapieziels beschrieben [5, 21, 22]. Diese Beschreibung erlaubt eine klare Abgrenzung von Handlungen, die den Tod herbeizuführen beabsichtigen, wie die Tötung auf Verlangen (aktive Sterbehilfe) und PAS.

Ebenso ungeeignet erweist sich der Begriff der indirekten aktiven Sterbehilfe. Mit ihm sollten Handlungen beschrieben werden, die zur Symptomlinderung eingeleitet werden, jedoch unbeabsichtigt den Tod des Patienten nach sich ziehen können. Als Beispiel wurde die Schmerztherapie mit Morphin angeführt. Doch gehören tödliche Nebenfolgen zu allen medizinischen Maßnahmen. In anderen Bereichen der Medizin sind sie zudem viel häufiger als in der Palliativmedizin und Schmerztherapie [8, 15, 29]. Wer das Konzept der indirekten aktiven Sterbehilfe beibehalten will, wäre gezwungen, viele Interventionen in der Medizin im Fall des Verwirklichens einer tödlichen Nebenfolge als indirekte aktive Sterbehilfe zu bezeichnen. Die Einordnung wäre absurd.

Professionelle Identität und Ethik verlangen, dass Ärztinnen und Ärzte wie auch Pflegende Handlungen normativ einzuordnen in der Lage sind. Im Infokasten

Medizinische Handlungen am Lebensende – Definitionen

Handlung	Definition
Aktive Sterbehilfe/ Tötung auf Verlangen	Tötung eines Patienten durch medizinisch nicht indizierte Maßnahmen.
Sterbehilfe	Unklarer Begriff. Er wird gebraucht zur Beschreibung von Handlungen mit Absicht, den Tod herbeizuführen, ebenso wie von Akten, die allein der Symptomlinderung dienen.
Sterbebegleitung	Alle medizinischen, pflegerischen, psychologischen und seelsorgerischen Maßnahmen des Sterbebeistands und der Symptomlinderung.
Ärztlich assistierter Suizid	Unterstützung der Selbsttötung von Patienten durch die Bereitstellung medizinischer Mittel.
Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit	Handlungsweise eigener Art [24]. Bewusster Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit in der Absicht, das Sterben herbeizuführen.
Palliative Sedierung	Reversible, in der Intensität kontrollierte Ausschaltung des Bewusstseins bei anders nicht zu behandelnden Symptomen. In vielen Fällen wirkt sie lebensverlängernd.

Foto: © freshidea – stock.adobe.com

sind einschlägige Begriffe definiert. Die Unterscheidung ist notwendig, um den ethischen Herausforderungen begegnen zu können [22].

Palliative Kultur als Wesensmerkmal medizinischer Praxis

Die ethische Auseinandersetzung um den PAS ist verknüpft mit der Frage angemessener Behandlung am Lebensende. Dazu gehört die Begrenzung lebenserhaltender Behandlungen bei Patienten mit irreversibler und weit fortgeschrittener Erkrankung. Bestünde eine unbedingte Behandlungspflicht in allen Krankheitslagen (abgesehen vom Recht der Patienten, Behandlungen zurückzuweisen), wäre die Medizin in vielen Fällen eine Hölle.
Es zählt vielmehr zur Routine ärztlicher Praxis, Behandlungen am Lebensende zu begrenzen bzw. nicht erst aufzunehmen. Dies ist empirisch belegt [27]. Die Einordnung der ärztlichen Suizidhilfe ist vor dem Hintergrund einer medizinischen Praxis zu sehen, die sich eine palliative Kultur zu eigen gemacht hat und den Zeitpunkt zu erkennen sucht, ab dem eine auf Lebensverlängerung oder Heilung ausgerichtete Therapie nicht mehr länger sinnvoll ist. Dann ändert sich das Ziel der Therapie hin zur ausschließlichen Linderung von Symptomen [5, 18]. Gesetzliche Rahmenbedingungen für die spezialisierte palliative Betreuung (ambulant/stationär) wurden erheblich verbessert.

PAS als Bestandteil ärztlicher Praxis?

In den Niederlanden, in Kanada, in neun Bundesstaaten der USA ist die Assistenz beim Suizid unter Beachtung bestimmter Kautelen straffrei und an den Nachweis einer fortgeschrittenen Erkrankung der Suizidwilligen gebunden [14]. In der Schweiz darf sie von Laien auch ohne Vorliegen einer Erkrankung angeboten werden [25]. Auch der Verein Sterbehilfe Deutschland (wie andere Vereine ebenso) hat in dieser Weise Beihilfe zum Suizid geleistet. In Deutschland hat der Gesetzgeber im Jahre 2015 geschäftsmäßige Suizidassistenz unter Strafe gestellt. Seitdem hatte der Verein seine Aktivitäten eingestellt. Jetzt wurde das Gesetz höchstrichterlich unter Verweis auf das Recht zur freien Entfaltung der Persönlichkeit aufgehoben. Das Gesetz schloss Straffreiheit der Suizidassistenz durch Ärzte im Einzelfall nicht aus, verbot aber PAS als Bestandteil regelhafter medizinischer Praxis. Doch erkennt das Gericht die Intention des Gesetzgebers an, Missbrauch des Angebots der Suizidhilfe zu unterbinden. Jetzt ist der Gesetzgeber aufgefordert, neue Regelungen zu formulieren. Aus ärztlicher Sicht stellt sich die Frage, ob es Gründe gibt, PAS als routinemäßigen Bestandteil ärztlicher Versorgung anzusehen.

»Die Mehrheit aller Ärzteorganisationen lehnt PAS als nicht vereinbar mit ärztlicher Tätigkeit ab«

Der Weltärztebund hat in Regionalkonferenzen im Jahr 2017 in allen Erdteilen Tötung auf Verlangen und PAS diskutiert. Mit großer Mehrheit wurde die Ablehnung beider Handlungen 2019 bestätigt und PAS als nicht vereinbar mit der ärztlichen Profession zurückgewiesen [30, 31]. Die überwältigende Mehrheit aller Ärzteorganisationen weltweit lehnt PAS als nicht vereinbar mit ärztlicher Tätigkeit ab. Der Deutsche Ärztetag hat PAS mit sehr großer Mehrheit zurückgewiesen [6].
Ungeachtet der jetzt ausstehenden gesetzlichen Regelung ist es notwendig, nach einer sachgerechten ärztlichen Haltung gegenüber suizidalem Begehren aus der Perspektive der Ethik in der Medizin zu fragen. Auch ist zu prüfen, ob durch die Rückweisung geschäftsmäßiger Assistenz beim Suizid die palliative Versorgung von Patienten behindert wird.

Umgang mit Suizid in einer freien Gesellschaft

Die Prüfung der Gründe, die für die Liberalisierung des PAS angeführt werden, setzt eine Unterscheidung voraus. Es geht nicht um eine Bewertung der Suizidhandlung, vielmehr allein um die der Beihilfe dazu. Die Freiheit der persönlichen Lebensführung, das Recht, das eigene Leben selbstbestimmt zu führen, schließt auch das Recht ein, das Ende des Lebens zu bestimmen. Dies ist verfassungsrechtlich garantiert. Daraus folgt aber nicht, dass die Suizidhandlung von der Gesellschaft positiv zu bewerten ist. Eine Gesellschaft, die gleichermaßen liberal und solidarisch zu sein beansprucht, muss die Existenz jedes ihrer Mitglieder seiner Nichtexistenz vorziehen. Dieses liberale Axiom ist u. a. säkulare Grundlage der Menschenrechte. Wer eine Suizidhandlung begeht, dokumentiert, aus dem Netz sozialer Beziehungen heraustreten zu wollen. Doch gilt dies nur für den freien, unbeeinflussten Entschluss zum Suizid, den Bilanzsuizid, der ohnehin nur eine sehr kleine Minderzahl aller Suizide ausmacht [10].

»Suizidhandlungen entziehen sich einer moralischen Bewertung, nicht aber die Assistenz beim Suizid«

Diese Überlegungen begründen die einzig angemessene Einstellung gegenüber Suizidhandlungen vom Typ des Bilanzsuizids: Die Suizidhandlungen entziehen sich einer moralischen Bewertung [21, 22]. Daherwerden Personen, die eine Suizidhandlung begehen, diese aber überleben, nicht bestraft und nicht moralisch geächtet. Es besteht vielmehr die Pflicht, Hilfe und Unterstützung anzubieten.
Die angemessene Haltung einer freien Gesellschaft zum Suizid ist, sich eines moralischen Urteils zu enthalten. Gleichzeitig folgt aus dem Axiom, Suizidhandlungen zu bedauern und keinesfalls zu befördern. Hierauf basiert das Eingriffsrecht staatlicher Institutionen, den Lebensschutz auch im Blick auf Suizide zu stärken.
Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen sind die Gründe zu reflektieren, die für die Liberalisierung des PAS im Kontext der Medizin angeführt werden. Dabei sind grundlegende Argumente von aus der Praxis der Medizin abgeleiteten Motiven zu unterscheiden.

Grundlegende Argumente

Als grundlegende Argumente, die PAS rechtfertigen sollen, werden angeführt: das Recht auf selbstbestimmte Lebensführung einerseits, die Konstatierung eines Leidenszustands andererseits, dem durch Beihilfe zum Suizid zu begegnen sei [2, 28]. Beide Argumente sind eng verbunden, da Ersteres fast ausnahmslos mit Letzterem verknüpft wird. Das Bestreben einiger Institutionen und Autoren wie auch des Verfassungsgerichts, Suizidassistenz ohne Vorliegen einer Erkrankung zu liberalisieren, muss hier nicht thematisiert werden.

Die Berufung auf die Selbstbestimmung erweist sich als widersprüchliches Argument, sofern sie – wie im Zusammenhang der Praxis der Medizin nahezu ausnahmslos vorgetragen – nur dann gelten soll, wenn Personen bei unheilbarer schwerer Erkrankung nahe dem Lebensende sind. Denn dies bedeutet, dass eine Prüfung erfolgen muss, um einen solchen Leidenszustand zu konstatieren. Dies sollen Ärzte bestätigen. Damit wird die Selbstbestimmung an eine Genehmigungspflicht geknüpft. Dies hebt sie auf. Für die Onkologie bedeutet dies, dass Ärzte gehalten sein sollen, die Unerträglichkeit von Leidenszuständen zu bescheinigen und nachzuvollziehen. Damit machen sie sich den Todeswunsch der Patienten selbst zu eigen und sind Faktor, der das suizidale Begehren unterstützt [26]. Dies widerspricht ärztlicher Ethik und dem erläuterten grundlegenden Axiom.

Das zweite Argument zielt auf die Annahme eines unerträglichen Leidenszustands. Dies ist Voraussetzung der entsprechenden Gesetzgebung zur Liberalisierung in den Niederlanden, Kanada und acht Bundesstaaten der USA. Die Annahme geht einher mit einer Geringschätzung der Möglichkeiten palliativer Medizin. Von Patienten als nicht erträglich eingeschätzte Leidenszustände sind immer einer Therapie zugänglich, und sei es durch eine vorübergehende, reversible palliative Sedierung [9, 18, 22].

Medizinische Kriterien, die die Zuschreibung von Zuständen als „nicht erträglich" erlauben, existieren nicht. Mithin ist die Rechtfertigung des PAS aufgrund solcher ärztlichen Einschätzung nicht vertretbar. Sie setzen ein medizinisches Urteil voraus, das den Todeswunsch rechtfertigt. Wie schon ausgeführt, widerspricht dies der ärztlichen Ethik. Dort, wo Beihilfe zur Selbsttötung liberalisiert ist oder gar auch die Tötung auf Verlangen, entsteht notwendig die Nachfrage nach Einrichtungen, die beides gewähren in dem Fall, wenn Ärzte aufgrund ihrer Beurteilung des Zustands der Patienten dem suizidalen Begehren nicht nachzugeben bereit sind [12, 14]. Dies belegt, dass eine solche Einschätzung kein medizinisches Fachurteil ist. Hinzu kommt die Beobachtung, dass Patienten in ihrer Ambivalenz im Blick auf Selbsttötung die Zustimmung von Ärzten erwarten. Dies wird bestätigt durch die Tatsache, dass die Zahl der Personen, die zur Selbsttötung aus Deutschland in die Schweiz reisten, sehr gering ist, obgleich die Mehrzahl reisefähig ist [19]. Doch in der Ambivalenz wird ärztliche Zustimmung zum ausschlaggebenden Faktor, was professioneller Ethik widerspricht.

Rechtfertigung des PAS aus der medizinischen Praxis?

Eine Reihe von Gründen wird angeführt, die aus den Erfahrungen ärztlicher Praxis heraus PAS im Ausnahmefall dennoch rechtfertigen sollen. Es wird behauptet, dass das Angebot des PAS das Vertrauen von Patienten zu Ärzten zu stärken vermag. Für diese Annahme gibt es keine empirischen Belege. Das Umgekehrte ist der Fall. Denn das Angebot der Suizidassistenz setzt vulnerable Patienten einem Risiko aus. Dies lehrt die Suizidforschung. Jeder Suizidhandlung geht eine lange Phase der Ambivalenz voraus. Das Angebot selbst unterstützt in dieser Phase die suizidale Neigung. In Deutschland werden jedes Jahr 100.000 Suizidhandlungen begangen. Nur in 10.000 Fällen ist der Suizid komplett, die Suizidenten versterben in Folge. Von den übrigen 90.000 wiederholt die überwältigende Mehrzahl die Handlung nicht. Das Angebot der Suizidassistenz in dieser Phase stellt mithin eine große Gefährdung dar.

»Suizidhandlungen sind kontagiös«

Außerdem lehrt die Suizidforschung, dass Suizidhandlungen kontagiös sind. Dies ist als Werther-Effekt seit der Veröffentlichung von Goethes berühmtem Roman bekannt [11]. Nach der Übertragung der Beerdigung des Nationaltorhüters Enke, der durch Suizid starb, stieg die Suizidrate in Deutschland vorübergehend. Dieses Phänomen ist seit Langem bekannt. Dies ist u. a. auch Grund, in der Presse nur verhalten über solche Handlungen zu berichten. Das Angebot ärztlicher Suizidassistenz als Teil medizinischer Praxis stellt auch in dieser Hinsicht einen Risikofaktor da.

Drüber hinaus wird behauptet, das Angebot der Suizidassistenz könne präventiv wirken und die Rate an Suiziden senken. Diese Annahme hat sich als falsch erwiesen. Die Zahl so genannter Gewaltsuizide (durch Strangulieren, Schusswaffen, Ertränken) wird durch das Angebot der Suizidassistenz nicht gesenkt [14, 25]; dies ist hinreichend belegt durch empirische Forschung in den Ländern, in denen Suizidassistenz liberalisiert ist.

Darüber hinaus wird von Ärzten, etwa aus den Niederlanden, behauptet, das Angebot der Suizidassistenz sei ein Akt der Freundschaft für Patienten, die sie als Hausärzte sehr lange begleitet haben. Diese Argumentation ist in vielfacher Hinsicht bemerkenswert und dokumentiert eine Grenzüberschreitung. Diese lässt sich erläutern anhand des palliativen Paradoxes [1]. Ärztekodizes verbieten es Ärzten ausnahmslos, mit ihren Patienten sexuelle Beziehungen einzugehen. Dies gilt selbst bei Einwilligung. Hintergrund ist die grundsätzliche Asymmetrie der Patienten-Arzt-Beziehung. Die Gefahr des Missbrauchs aufgrund der Asymmetrie der Machtverteilung ist zu groß. Es ist aber absurd, mit Zustimmung erfolgende sexuelle Handlungen an Patienten für nicht vereinbar mit der ärztlichen Ethik zu halten, gleichzeitig jedoch die Hilfe bei der Tötung als Freundschaftsdienst zu deuten. Das Bild des Freundschaftsdiensts entlarvt ein Missverständnis der professionellen Rolle. Ärztinnen und Ärzte sollen empathische, mitfühlende, sorgende und professionell engagierte Begleiter ihrer Patienten sein. Sie sind aber nicht deren intime Freunde. Dies ist eine Grenzüberschreitung, die ärztliches Handeln fehlleitet.

Empirische Untersuchungen zur Liberalisierung der Suizidassistenz

Die empirische Begleituntersuchung zur Tötung auf Verlangen und Assistenz beim Suizid belegt in allen Ländern, dort wo sie liberalisiert sind, einen Anstieg der Fallzahlen. Allerdings tritt dieser Anstieg mit einer Zeitverzögerung ein [3]. Gleich den Spätfolgen medikamentöser Therapie steigen die Zahlen assistierten Suizids im Verlauf an. Dies gilt auch für den Bundesstaat Oregon und etwa die Schweiz [12, 14, 25].

Hochgerechnet auf die Bundesrepublik Deutschland wäre, konservativ geschätzt, mit einem Anstieg der Suizide um etwa 8.000 Fälle pro Jahr anzunehmen. Die Liberalisierung der Suizidassistenz steigert die Letalität durch Suizide. Die Gründe, die für eine Liberalisierung des PAS angeführt werden, haben sich als nicht überzeugend herausgestellt. Die Empirie zeigt einen deutlichen Anstieg der Zahl von Suiziden, eine exzessive Letalität, die durch das Angebot bedingt ist, denn das Angebot der Suizidassistenz ist ein unabhängiger Risikofaktor für Suizidhandlungen [13].

Diese Befunde und die aufgeführten ethischen Argumente sind Hintergrund der Entscheidung des Weltärztebundes, seine Ethik-Richtlinien nicht zu ändern [30]. Gleiches gilt für die Deutschen Ärztetage, die die Beihilfe zum Suizid ebenfalls als nicht vereinbar mit der professionellen Ethik zurückweisen.

Auf staatlicher Ebene wurde das jetzt aufgehobene Verbot geschäftsmäßiger Suizidassistenz als ein Akt der abstrakten Gefahrenabwehr begründet. Für die ausstehende neue gesetzliche Regelung gilt zu beachten, dass das Angebot selbst ein Risikofaktor ist, dem der Staat und die Gesellschaft mit gutem Grund zum Lebensschutz begegnen können. Ob und wie dies auf andere gesetzliche Weise gelingen kann, wird Gegenstand eines neuen Gesetzgebungsverfahrens sein. Änderungen der staatlichen Gesetzgebung sind jedoch kein Anlass, Prinzipien ärztlicher Ethik aufzugeben. Denn niemand ist verpflichtet, Suizidhilfe zu leisten [7].

Keine Einschränkung palliativer Medizin

Die Rückweisung der Suizidhilfe durch die verfasste Ärzteschaft (Bundesärztekammer) schränkt entgegen anderslautenden Behauptungen die Palliativmedizin nicht ein. Die kunstgerechte Behandlung mit morphinhaltigen Schmerzmitteln und Sedativa muss sachgerecht indiziert werden, hier mit dem Ziel der Symptomlinderung. Eine solche Behandlung verkürzt in aller Regel das Leben nicht und zeitigt viel seltener tödliche Nebenfolgen als andere etablierte Interventionen in der Praxis der Medizin.

Die sozial adäquate Verschreibung der Notwendigkeit angemessener Mengen von Morphin ist zudem auch rechtlich unbedenklich [23]. Dies galt auch für die mehr als vier Jahre, in denen das nun aufgehobene Verbot der Suizidhilfe gültig war.

Umgang mit suizidalem Begehren

Ungeachtet der obigen Ausführungen der Rückweisung der Beihilfe zur Selbsttötung aus medizinethischer Sicht besteht die Pflicht, mit suizidalem Begehren im klinischen Alltag angemessen umzugehen. Keinesfalls ist es gerechtfertigt, solches Begehren und Wünsche von Patienten zu negieren. Vielmehr ist es angezeigt, in diesen Fällen eine Beziehung zu den Betroffenen aufzubauen [9]. Ihnen ist zuzusichern, dass ihre Wünsche nach Begrenzung der Therapie geachtet werden. Die Patienten müssen professionell und kompetent palliativ betreut werden. Dabei sind spirituelle und soziale Bedürfnisse einzubeziehen und psychologische Hilfestellung zu gewährleisten. Alle Erfahrungen weisen aus, dass bei solchem Verhalten suizidales Begehren in der überwältigenden Mehrzahl der Fälle verschwindet. Bleibt es bestehen, besteht dennoch kein Anlass, Beihilfe zum Suizid zu gewähren. Die Erfahrung zeigt, dass diese Haltung im klinischen Alltag keine konfliktbehafteten Situationen heraufbeschwört. Vielmehr ist die eindeutige Positionierung im ärztlichen Alltag und der medizinischen Praxis unter Beachtung der Prinzipien einer palliativen Kultur ethisch gut fundiert und hat sich in der Praxis bewährt. Sie schafft zudem Vertrauen. Der Aufbau einer Beziehung zum Patienten und die Zusicherung der Sorge kann als ein Vertrag gegen den Suizid bezeichnet werden. Dies ist eine etablierte Strategie, suizidalem Begehren menschlich und empathisch zu begegnen.

Fazit für die Praxis

- Ungeachtet einer ausstehenden und vom Bundesverfassungsgericht aktuell angeratenen neuen Regelung zur Suizidhilfe ist die Beihilfe zum Suizid als ärztliche Handlung abzulehnen.
- Sie widerspricht etablierten Prinzipien medizinischer Ethik.
- Die Rückweisung des PAS ist ein Akt der Gefahrenabwehr, denn das Angebot selbst ist ein Risikofaktor, der Suizidhandlungen induziert.
- Medizinisch besteht keine Notwendigkeit, suizidalem Begehren Folge zu leisten.
- Dies setzt allerdings eine Kultur medizinischer Praxis voraus, die Grenzen der Behandlung achtet und umfassende palliative Betreuung bereitstellt.
- Die Rückweisung ärztlich assistierten Suizids steht zudem in guter Übereinstimmung mit Prinzipien des Weltärztebundes.

Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm
Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Goethe-Universität, Frankfurt/M., Medizinische Klinik I, Ketteler Krankenhaus Offenbach
E-Mail: s.sahm@ketteler-krankenhaus.de

Foto: Isolde Asbeck

Der Autor gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.
Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe 02/2021.
Lesen Sie dazu auch den Beitrag in Ausgabe 04/2020, S. 237 „Das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes zum § 217 StGB erschüttert das humanistische Menschenbild“ von Prof. Dr. med. Martin Teising und Prof. Dr. med. Reinhard Lindner.

Literatur zum Artikel:

Ärztlich assistierter Suizid: Medizinische Ethik und suizidales Begehren

von Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Stephan Sahm

Nachdruck aus: Onkologe 26, 443–448 (2020).
© Springer Medizin Verlag

[1] Barilan YM (2003): Of doctor-patient sex and assistedsuicide. IsrMedAssoc J5:460–463

[2] Birnbacher D (2006): Die ärztliche Beihilfe zum Suizid in der ärztlichen Standesethik. Aufklär Krit 2006 (Sonderheft 11):7–19

[3] Boer TA (2018): Dialectics of lead: fifty years of Dutch euthanasia and its lessons. Int J Environ Stud 75(2): 239–250. https://doi.org/10.1080/00207233.2017.1415834

[4] Bundesärztekammer (1998): Grundsätze der Bundesärztekammer zur ärztlichen Sterbebegleitung. DtschArztebl 95:A2365–2366

[5] Bundesärztekammer (2011): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. DtschArztebl 108:A 346–48

[6] Bundesärztekammer (2011): Grundsätze zur ärztlichen Sterbebegleitung. https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/114-daet-2011/top-vi/ethik/grundsaetze-zur-aerztlichen-sterbebegleitung/. Zugegriffen: 20. Febr. 2020

[7] Bundesverfassungsgericht (2020): Urteil vom 26. Februar 2020 – 2 BvR 2347/15. https:// www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2020/02/rs20200226_2bvr234715.html. Zugegriffen: 2. März 2020

[8] Corli O, Floriani I, Roberto A, Montanari M et al (2016): Are strong opioids equally effective and safe in the treatment of chronic cancer pain? A multicenter randomizedphase IV „real life" trial on the variability of response to opioids. Ann Oncol 27:1107–1115

[9] Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin (2019): S3-LeitliniePalliativmedizin für Patienten mit einer nicht heilbaren Krebserkrankung. https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/128–001OLk_S3_Palliativmedizin_2019–09.pdf. Zugegriffen: 24. Nov. 2019

[10] Fischer C (2001): Gibt es den Suizid aus freier Entscheidung? In: Schwank A, Spöndlin R (Hrsg): Vom Recht zu sterben, zur Pflicht zu sterben? Edition 8, Zürich, S. 19–28

[11] Gould MS, Shaffer D (1986): Theimpactof suicidein televisionmovies. Evidence of imitation. N Engl J Med315:690–694

[12] Jones A, Gastmans C, Mackellar C (2017): Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium. Cambridge University Press, Cambridge

[13] Jones D, Paton DA (2015): Howdoes legalization of physician-assisted suicide affect rates of suicide. SouthMedJ 108:599–604

[14] Kewon J (2018): Euthanasia, ethics and public policy. Cambridge University Press, Cambridge, S117–120

[15] Kinzbrunner BM, TanisDC (2004): Pain severity and survival of terminal cancer patients. J Clin Oncol 22(14_suppl):8030–8030

[16] Materstvedt LJ, Clark D, Ellershaw J et al (2003): Euthanasia and physician-assisted suicide: a view from an EAPC Ethics Task Force. Palliat Med 17:97–101

[17] Nationaler Ethikrat (2006): Patientenverfügung – ein Instrument der Selbstbestimmung. Berlin. http://www.ethikrat.org/stellungnahmen/pdf/Stellungnahme_Selbstbestimmung_und_Fuersorge_am_Lebensende.pdf. Zugegriffen: 2. März 2020

[18] Oduncu FS, Sahm S (2010): Doctor-cared dying instead of physician-assistedsuicide: a perspective from Germany. Med Health Care Philos 13:371–381

[19] Pfaff I (2019): Zum Sterben in die Schweiz. Süddeutsche Zeitung. https://www.sueddeutsche.de/politik/sterbehilfe-suizid-schweiz-1.4412140. Zugegriffen: 24. Nov. 2019

[20] Rachels J (1975): Active and passive euthanasia. NEngl JMed 292:78–80

[21] Sahm S (2000): Palliative care versus euthanasia. The German position: theGerman General Medical Council's principles for medical care of the terminally Ill. J Med Philos 25:195–219

[22] Sahm S (2006): Sterbebegleitung und Patientenverfügung. Ärztliches Handeln an den Grenzen von Ethik und Recht. Campus, Frankfurt a. M.

[23] Sahm S (2016): Keine Kriminalisierung der Palliativmedizin. Z MedEthik 62:219–233

[24] Sahm S (2019): Freiwilliger Verzicht auf Nahrung und Flüssigkeit und die Medizin am Lebensende. ZMedEthik 65:211–226

[25] Sitte T (2015): Palliative Versorgung statt Beihilfe zum Suizid und Tötung auf Verlangen? Über eine mögliche Notwendigkeit lebensverkürzender Maßnahmen. Promotionsarbeit. Universität des Saarlandes,Homburg/Saar

[26] Sulmasy D (2017): Ethics and the psychiatric dimensions of physician assisted suicide. In: Jones A, Gastmans C,Mackellar C (Hrsg) Euthanasia and assisted suicide. Lessons from Belgium. Cambridge University Press, Cambridge, S. 49–64

[27] Van der Heide A, Deliens L, Faisst K et al (2013): Eureld Consortium. End-of-Life-decisionmaking in six European countries: a descriptive study. Lancet 62:345–350

[28] Vollmann J (20. Juli 2015): Aus Respekt vor der Selbstbestimmung. Frankfurter Allgemeine Zeitung 6

[29] Wiffen PJ, Wee B, Derry S et al (2017): Opioids for cancer pain – an overview of Cochrane reviews. Cochrane Database Syst Rev. https://doi.org/10.1002/14651858.CD012592.pub2

[30] World Medical Association (2019): Declaration on euthanasia and physician assisted suicide. https://www.wma.net/policies-post/declaration-euthanasia-and-physician-assisted-suicide/. Zugegriffen: 24. Nov. 2019

[31] World Medial Association (2017): WMA European meetin on end-of-life questions. https://www.wma.net/events-post/wma-european-regionmeeting-on-end-of-life-questions/. Zugegriffen: 24. Nov. 2019

Humanität am Lebensende

Interview mit Dr. med. Nikos Stergiou zur Errichtung eines Hospizes in Rodgau

Herr Dr. Stergiou, die Idee zur Errichtung eines stationären Hospizes für den Kreis Offenbach kam Ihnen im Jahr 2011. Was war der Auslöser?

Dr. med. Nikos Stergiou: Im Rotary Club[1] Rodgau, bei dem ich auch Mitglied bin, waren wir auf der Suche nach einem Projekt mit lokalem Bezug. Da ein Hospiz im Kreis Offenbach zur Versorgung der dort lebenden Menschen noch fehlte, fiel schnell der Entschluss, unser Engagement darauf zu konzentrieren. Ein niedergelassener Kollege und ich als Krankenhausarzt konnten die Notwendigkeit einer solchen Einrichtung in unserer Region, auch durch die Diskussion mit Vertretern der dort sehr aktiven ehrenamtlichen Hospiz- und Palliativdienste, plausibel darlegen. Dass unsere Patientinnen und Patienten sich für Hospize außerhalb der Kreisgrenzen auf Wartelisten eintragen mussten, empfanden wir als unerträglich und einer gesunden Gesellschaft unwürdig.

Foto: Christoph Müller

Neu gegründetes stationäres Hospiz am Wasserturm in Rodgau, Kreis Offenbach: Außenansicht des V-förmigen Gebäudes.

Wie gingen Sie vor, um Ihre Vision von einem Hospiz für die Region zu verwirklichen?

Stergiou: Die Grundlage für ein solches Projekt ist die solide finanzielle Planung. Hierfür war es notwendig, unter der Verwendung von Eigenkapital eine Stiftung zu gründen, was im Jahre 2014 endlich gelang. Hiernach waren die Standortfrage und die Frage eines zukünftigen Betreibers zu klären. Die Wahl des Standortes fiel auf die Stadt Rodgau und wir hatten das Glück, mit der Mission Leben einen gerade in der Altenpflege und Altenbetreuung sehr erfahrenen Partner zu gewinnen. Ab diesem Moment ging es um „banales Geldsammeln", also neudeutsch Fundraising. Die Zusage der Frankfurter Wertestiftung, sich zu beteiligen, war dann der Rückhalt, der für eine solche Aufgabe erforderlich ist.

Sie müssen sich das so vorstellen: Das Projekt wurde weder vom Bund noch vom Land bezuschusst. Auf der Kommunalebene konnten alle 13 Kreisgemeinden mit je 20.000 € sowie der Landkreis selbst für das Projekt gewonnen werden. Hierfür mussten zuvor alle Magistrate und Stadtverordnetenversammlungen, alle Bürgermeister einzeln aufgesucht werden. Dennoch stand bürgerschaftliches Engagement in Form von Zustiftungen von spendewilligen Privatpersonen, Schulen und Vereinen im Zentrum, aber letztlich auch der Industrie, des Handels, des Handwerks und des Finanzwesens.

Wenn Sie heute – nach der jahrelangen Spendenaktion, die auch eine Vielzahl von Ärztinnen und Ärzten aus dem Kreis Offenbach gestemmt hat – zurückblicken: Welche Schwierigkeiten standen der Projektarbeit besonders im Wege?

Stergiou: Rückblickend trafen wir auf überraschend wenige Widerstände, weil das Projekt in seiner Sinnhaftigkeit zu überzeugen wusste und wir überall offene Türen vorfanden. Für die treibenden Kräfte war es aber herausfordernd, über die vielen Jahre die Spannung zu halten und hinsichtlich der Einsatzbereitschaft nicht nachzulassen. Das Sammeln von Zustiftungen, bis wir die selbstgesetzten Meilensteine von einer Million Euro Stiftungsvermögen erzielt hatten, bevor wir mit den Baumaßnahmen anfingen und zuletzt bis zum heutigen Tag 2,4 Millionen Euro an Zustiftungen haben einwerben können, erforderte von allen Beteiligten einen langen Atem.

Bis zur Einweihung der Einrichtung am 28. Februar 2020 vergingen neun Jahre. Wie war es für Sie, die Einweihung mitzuerleben?

Stergiou: Erst im Nachgang dieser wundervollen Einweihung – gerade noch rechtzeitig vor dem wenige Tage später beginnenden Lockdown – wurde uns be-

1 Unter ihrer Dachorganisation Rotary International sind Rotary Clubs über Ländergrenzen hinweg verbreitete Gesellschafts- sowie Wohltätigkeitsklubs, zu denen sich Angehörige verschiedener Berufe unabhängig von politischen und religiösen Richtungen zusammengeschlossen haben. Zu den gemeinsamen Zielen der Mitglieder zählen humanitäre Dienste, Einsatz für Frieden und Völkerverständigung sowie Dienstbereitschaft im täglichen Leben.

Hospizlandschaft Hessen – Überblick

Daten: Wegweiser Hospiz- und Palliativversorgung, Stand: Dez. 2020 (kein Anspruch auf Vollständigkeit, www.wegweiser-hospiz-palliativmedizin.de)

Kategorie	Hessen	Bundesweit
Ambulante Hospizdienste	101	1310
Ambulante Hospizdienste (Kinder & Jugendliche)	8	154
Stationäre Hospize	20	236
Stationäre Hospize (Kinder & Jugendliche)	1	18
SAPV-Teams	27	290
SAPV-Teams (Kinder & Jugendliche)	4	45
Palliativstationen	21	323
Pallativstationen (Kinder & Jugendliche)	-	4

Überblick Bettenzahl Stationäre Hospize

Name der Einrichtung/des Angebots	Ort	Betten
Agaplesion Samaria Hospiz Gießen GmbH	Gießen	10
Evangelisches Hospiz Frankfurt am Main gGmbH	Frankfurt am Main	12
Gem. Hospizium Wiesbaden GmbH	Wiesbaden	16
Hospiz Arche Noah	Schmitten-Niederreifenberg	8
Hospiz Bergstraße gemeinnützige GmbH	Bensheim	10
Hospiz Fanny de la Roche	Offenbach	8
Hospiz am Wasserturm	Rodgau, Kreis Offenbach	12
Hospiz Frankenberg/Eder	Frankenberg	8
Hospiz Haus Emmaus	Wetzlar	8
Hospiz Kassel	Kassel	6
Hospiz Lebensbrücke gGmbH	Flörsheim	12
Hospiz Louise de Marillac	Hanau	8
Hospiz Sankt Katharina	Frankfurt	12
Hospiz St. Barbara	Oberursel	12
Hospiz St. Elisabeth zu Fulda	Fulda	8
Hospiz St. Ferrutius	Taunusstein	11
Hospizium, Hospiz Advena	Wiesbaden	16
Hospizium, Hospiz Hadamar	Hadamar	12
Mehrgenerationen-Hospiz Heilhaus	Kassel	8
Rotary-Hospiz Odenwald gGmbH	Erbach	8
St. Elisabeth-Hospiz gGmbH	Marburg	6

wusst, was wir geschaffen haben. Die Einweihung konnten wir mit 350 Gästen begehen. Große Dankbarkeit empfinde ich auch gegenüber Thomas Schäfer (CDU), dem damaligen hessischen Finanzminister, der sich dazu bereit erklärt hatte, oberster Gastredner zu sein.

Kommen wir zu den Aufnahmekapazitäten: In der Regel handelt es sich bei stationären Hospizen um Einrichtungen mit neun bis 16 Plätzen. Über wie viele Plätze verfügt das Hospiz am Wasserturm? Ist der Bedarf im Landkreis damit gedeckt?

Stergiou: Unser Hospiz verfügt über zwölf Plätze. Ein 13. Bett ist für die Unterbringung von Angehörigen im Notfall vorgesehen. Damit ist der Kreis Offenbach nach einer statistischen Berechnung von einem Hospizplatz je 30.000 Einwohner bei einer Gesamtbevölkerung von 360.000 Einwohnern zum aktuellen Zeitpunkt gut versorgt.

Dass wir uns alle in der Hospizlandschaft gegenseitig über Kreis- und Landesgrenzen helfen, ist aber selbstverständlich. Schließlich haben wir über viele Jahre von Hospizen außerhalb des Kreises Offenbach profitiert, wo wir unsere Patientinnen und Patienten bzw. Hospizgäste am Lebensende gut aufgehoben wussten.

Können Sie Ihr Geschäftsmodell beschreiben? Und wie sieht die finanzielle Sicherstellung des laufenden Regelbetriebs aus?

Stergiou: Unser Geschäftsmodell sieht vor, dass der Hospizbetreiber Mission Leben von uns, das heißt der Stiftung, das Gebäude mietet. Mit der Miete erwirtschaften wir einen Ertrag, von dem – nach Steuern und vorherigen Abzügen vor allem zur Instandhaltung des Hauses – ein Gewinn bleibt. Hinzu kommen noch Spenden, die der Stiftung auch zufließen, sowie Vermächtnisse. Diese müssen gemäß der Stiftungssatzung unserem Stiftungszweck zugeführt werden, der aber darin besteht, die Palliativ- und Hospizarbeit im Kreis Offenbach zu unterstützen. So kann mit dem verbleibenden Überschuss die bei einer Hospizbetreibung jährlich entstehende Kostenunterdeckung gedeckt werden.

Zum Hintergrund: In Deutschland werden lediglich 95 % der laufenden Betriebskos-

ten eines Hospizes von dem Kostenträger (Krankenkasse) übernommen. Dadurch entsteht ein Defizit. Bei unserem Zwölf-Betten-Hospiz kann die Unterdeckung ca. 150.000 Euro im Jahr betragen – ein Defizit, das es durch Spenden an die Hospizstiftung aufzufangen gilt. Diese werden größtenteils von den Gästen bzw. deren Familien erbracht, die ihre Angehörigen gut betreut wissen. Die Hospizstiftung federt den Verlust des Betreibers ab. Neben dem Ausgleich des jährlich entstehenden Defizits muss auch die minimale, aber doch vorhandene Fremdfinanzierung unseres Hospiz-Projektes zurückgezahlt werden. Es ist also weiterhin notwendig und Aufgabe der Hospiz Stiftung Rotary Rodgau, Zustiftungen einzuwerben. Ich denke, dass in einer gesunden Gesellschaft, die das Sterben nicht ausklammert, das Bewusstsein der Menschen zur Teilnahme an Spendenaktionen durch Aufklärung gefördert wird. „Geben ist seliger als Nehmen", sagte schon meine Großmutter.

Neben Ihrer beruflichen Tätigkeit sind Sie im Ehrenamt auf eine vielfältige Weise aktiv – nicht nur als Vorstandsvorsitzender der Hospiz Stiftung Rotary Rodgau, sondern unter anderem auch als langjähriger Prüfer der Landesärztekammer Hessen für Innere Medizin und Gastroenterologie. Heißt das, dass unser Gesundheitssystem auf das Ehrenamt angewiesen ist?

Stergiou: Ich bin davon überzeugt, dass ehrenamtliches Engagement für eine humanitär agierende Gesellschaft unverzichtbar ist. Auch unser Gesundheitssystem ist derzeit auf ehrenamtliche Tätigkeit, gerade im Hospiz- und Palliativdienst, angewiesen, denn ohne diese wäre die Struktur, wie sie in den letzten Jahrzehnten in Deutschland aufgebaut wurde, undenkbar. Dass das Betreiben eines Hospizes aufgrund der Regelung niemals zu einer ausgeglichenen Bilanz führen kann (Kostendeckung durch die Kostenträger maximal 95 %) macht deutlich, dass ohne bürgerschaftliches Engagement das Ganze nicht gelingen kann.

Als Analogie möchte ich das Bild eines Stuhles bemühen: So wie der Stuhl vier Beine braucht, um nicht zu wackeln, ist auch eine gesunde Gesellschaft auf eine stabile Basis aus den vier Grundpfeilern „berufliche Sphäre", „Familie", „freundschaftliche Netzwerke" und – gleichsam als sozialer Kitt – „gesellschaftliches Engagement" angewiesen. Aber es muss in einem gut funktionierenden Gesundheitssystem das „Sahnehäubchen" bleiben. Ehrenamt muss ehrenamtlich, also freiwillig sein, um nicht systematisch ausgenutzt zu werden.

Palliativmediziner werden regelmäßig mit Suizidwünschen ihrer Patienten konfrontiert. Glauben Sie, dass sich die Diskussion um den assistierten Suizid mit der Hospizarbeit vereinen lässt?

Stergiou: Meiner Überzeugung nach definiert sich der Hospizgedanke an sich als das Bestreben, das Leben am Lebensende möglichst lebenswert zu gestalten – d.h. so schmerz- und angstfrei wie möglich. Genau hier setzt die Palliativmedizin auch an, um die letzten Lebenstage nicht von den Suizidgedanken – so nachvollziehbar sie auch immer sein mögen – beherrschen zu lassen. So geht es z. B. bei der Symptomkontrolle manchmal auch darum, lebensverkürzende Effekte im Einzelfall akzeptieren zu müssen, um kein Leid zu verlängern. Hierbei spielt auch das Vertrauen zu uns Ärzten eine entscheidende Rolle: Da unsere Gäste weiterhin von ihren Hausärzten betreut werden können, müssen sie auf das bereits aufgebaute Vertrauensverhältnis nicht verzichten. Diesem Grundsatz des Hospiz- und Palliativgedankens, das Leben bis zum Schluss in seiner Lebenswertigkeit zu erhalten, läuft jedoch der Gedanke eines im Hospiz assistierten Suizids diametral entgegen.

Auf der Internetseite des Hospizes eröffnet der Abschnitt über die Stiftungsgeschichte mit der Behauptung, eine Gesellschaft sei so gesund, wie sie sich Kindern, Behinderten, Kranken, alten Menschen und Sterbenden gegenüber verhalte. Es sei unser aller Aufgabe dafür zu sorgen, dass der letzte Weg „nicht einsam, sondern gemeinsam und in Würde begangen werden kann". Was bleibt nicht nur im Kreis Offenbach, sondern in ganz Hessen noch zu tun, um dieser Aufgabe gerecht zu werden?

Stergiou: Wenn nur jeder das macht, was er kann, und von keinem anderen verlangt, dass dieser etwas tut, woran er scheitert, dann ist die Welt ein Paradies. Wir müssen uns bemühen, neben Berufs- und Privatleben ein wenig von dem zurückzugeben, was wir während der letzten Jahre von einer gut funktionierenden Gesellschaft erhalten haben. Hierzu gehört auch das Engagement für Humanität und Würde am Lebensende. In meiner Vorstellung ist ein Leben in Deutschland eines der größten Privilegien, die man als Mensch in dieser Zeit haben kann.

Interview: Alla Soumm

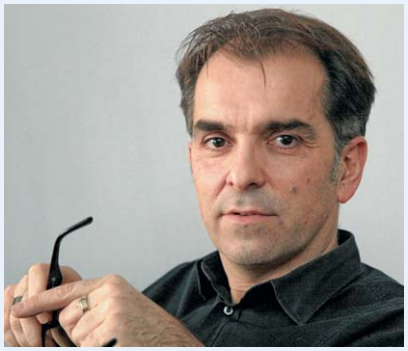


Foto: Armin Wronski

Dr. med. Nikos Stergiou (Foto) ist Facharzt für Innere Medizin, Schwerpunkt Gastroenterologie, mit Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Palliativmedizin und Sportmedizin, Chefarzt der Abteilung für Innere Medizin mit Sektion Neurologie, Geschäftsführender Direktor des Zentrums für Innere Medizin und Geriatrie sowie Stellvertretender Ärztlicher Direktor der Asklepios Kliniken Langen-Seligenstadt.

Corona-Impfungen: Brief des Präsidenten

Rundmail vom 30.12.2020 zum Beitrag der LÄKH an der Impfstrategie des Landes

Sehr geehrte Damen und Herren,
liebe Kolleginnen und Kollegen,
es mehren sich Unmutsäußerungen aus der hessischen Ärzteschaft sowie den medizinischen Fachberufen zu den Rahmengegebenheiten einer Mitarbeit in den Corona-Impfzentren.
Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie im Folgenden über die Hintergründe, die aufgetretenen Probleme und die Lösungsansätze informieren.

Zu den Hintergründen

Mitte November 2020 bat die hessische Landesregierung die Landesärztekammer (LÄKH) und die Kassenärztliche Vereinigung (KVH), mit ihren jeweiligen Stärken die Corona-Impfstrategie durch das Aufgebot von Ärzten zu unterstützen. Die Impfstrategie ging von einer rasch erfolgenden Zulassung der ersten SARS-CoV-2-Impfstoffe und einer schnellen und umfassenden Verfügbarkeit aus, sodass die 28 Impfzentren ab Mitte bis Ende Dezember 2020 den Betrieb aufnehmen sollten, wofür hohe Zahlen an Einsatzwilligen benötigt würden.
Die LÄKH hat dabei die Aufgabe übernommen, Ärztinnen und Ärzte sowie nach Möglichkeit auch Medizinische Fachangestellte (MFA) und Medizinstudierende in klinischen Semestern für den Einsatz zu gewinnen und an die Zentren zu melden. Die Aufgebote werden in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. und den hessischen Universitätskliniken realisiert.
Die Angehörigen der jeweiligen Gruppen melden sich bei der LÄKH über spezielle E-Mail-Accounts, Ärzte zum Beispiel über aerzte-impfen-gegen-corona@laekh.de, und geben ihre Daten über ein mittlerweile elektronisches Formular ein. Im Nachgang werden die Datensätze der Gruppen dann den gewählten Impfzentren überstellt.
Diese – und keine weiteren Aufgaben – waren der LÄKH übertragen und von dieser übernommen worden.
An die Landespolitik wurde vonseiten der Kammer übrigens auch dringlich appelliert, folgende offene Fragen zu klären und die Antworten zu kommunizieren: Haftungsabsicherung für das Handeln der eingesetzten Kräfte, Absicherung gegen Unfall- und Berufsunfähigkeit, Honorierung, Sozialversicherungspflicht, Steuern, Impfung der am Impfgeschehen zum Einsatz Kommenden.
Die LÄKH hatte durch dieses Engagement bis zum 13.01.2021 bereits rund 2.241 Ärztinnen und Ärzte, 427 Medizinische Fachangestellte (MFA), 159 Medizinstudierende und 144 Helfer an die Impfzentren gemeldet. Alle eingehenden Meldungen und Daten werden seit Anfang Dezember 2020 kontinuierlich erfasst, strukturiert aufgearbeitet und den Impfzentren gemeldet. Dabei in eigener Sache ein Hinweis: Sie erhalten von uns **keine** persönliche Eingangsbestätigung, können aber sicher sein, dass Ihre Daten aufgenommen und an das zuständige Impfzentrum weitergeleitet werden.
So weit, so gut.

Die Zahlenangaben wurden in diesem Nachdruck aktualisiert.

Welche Probleme gibt es nun?

1. Durch den hohen Zeitdruck der (bisherigen) Impfstrategie wurden unabgesprochen weitere Gewinnungsmaßnahmen für Einsatzkräfte gestartet: Die für die Impfzentren zuständigen Kreise und kreisfreien Städte mit ihren Gesundheitsämtern, aber auch Dienstleister in deren Auftrag suchen auf alternativen Wegen Ärztinnen und Ärzte zu gewinnen.
2. Diese Werbenden verlangen, wiederum nicht mit der LÄKH abgesprochen, zum Teil unterschiedliche Nachweise, über deren Sinn für die Aufgabe man sich trefflich streiten kann, z. B. Führungszeugnisse und Lebensläufe.
3. Die auf Ebene der beteiligten Ministerien ausgelobten, letztlich gemeinsam mit der LÄKH und der KVH verhandelten Stundensätze von 120 Euro (Brutto) für Ärzte/Apotheker und 50 Euro (Brutto) für mitgestelltes medizinisches Hilfspersonal werden bei verschiedenen Impfzentren anders interpretiert und zum Teil weit unterschritten. Es werden dabei zwischen den Werbenden auch unterschiedliche Beschäftigungsverträge – wie etwa Honorarverträge oder Angestelltenverträge – vorgehalten.
4. Die bisherige Impfstrategie wurde offensichtlich aufgrund von sehr begrenzten Impfstoff-Zufuhren durch den Bund zeitlich weit ausgedehnt. Dies wurde vonseiten der Landesregierung am 22.12.2020 in einer Pressemitteilung kommuniziert, die wir auf der LÄKH-Website in die Beantwortung von FAQs zum Impfgeschehen aufgenommen haben: www.hessen.de/presse/pressemitteilung/informationen-zu-impfstofflieferungen-und-impfgruppen-priorisierung-1/. Oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/y2l4g8rm/. Allerdings sind die Zeitabschnitte bislang unscharf definiert. Zunächst stehen nur sehr begrenzte Mengen an Impfstoff zur Verfügung, die prioritär durch mobile Teams in Heimen verabreicht werden. Bei Anlieferung größerer Impfstoff-Kontingente werden dann sechs Regional-Impfzentren die Impfungen aufnehmen, bevor in einem später folgenden Schritt alle 28 hessischen Impfzentren unter Volllast fahren können. Diese letzte Stufe wird nach Schätzungen von offizieller Seite vielleicht erst im Sommer 2021 erreicht werden.

► Die neue Impfstrategie verlangt allen Beteiligten sehr viel Geduld ab. Nicht nur den Bürgerinnen und Bürgern, die auf eine „schnelle“ Impfung weiter Teile der Bevölkerung hoffen, auch den Einsatzwilligen, die sich über ausbleibende Rückmeldungen oder im Einzelfall sogar über derzeitige Absagen durch die Impfzentren wundern oder ärgern.

Lösungsansätze

Die LÄKH kann Probleme nicht lösen, die nicht in ihrem Zuständigkeitsbereich liegen. Wir haben z. B. keinen Einfluss auf die unabgesprochenen Werbemaßnahmen und zum Teil skurrilen Nachweisforderungen. Wir können gleichfalls keine Einzelfallberatungen zu Vertragsgestaltungen von Dritten geben, diese Beratungen müssen aber auf Grundlage der Empfehlungen der Landesregierung durch die konkreten Anbieter erfolgen. Ebenso können wir die Impfstoffbelieferungen nicht beschleunigen.
Was wir aber tun können, tun wir auch:
Als Präsident der Landesärztekammer Hessen habe ich anhand von konkreten Beispielen dringlich an Herrn Ministerpräsidenten Bouffier und die zuständigen Herren Minister Beuth (Inneres) und Klose (Soziales und Gesundheit) appelliert, die beschriebene Negativentwicklung auf den „Endstrecken" umgehend zu korrigieren. Die Impfzentren sind ergänzend aufgefordert, transparent gegenüber den Einsatzwilligen darzulegen, wie die Bedarfe konkret aussehen, und gleichfalls das politisch Gewollte auch umzusetzen.

Einen guten Start im neuen Jahr wünscht Ihnen

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident der Landesärztekammer Hessen

Foto: Peter Jülich

Nachtrag

Die LÄKH hatte eine Lösung in Anlehnung an unsere Entschädigungsordnung vorgeschlagen. Das Land wollte jedoch keine Differenzierung der Entgelte für niedergelassene, nicht berufstätige oder neben ihrer Berufstätigkeit einsatzwillige Ärztinnen und Ärzte. In anderen Bundesländern werden zum Teil sogar noch höhere Vergütungen gezahlt: Rheinland-Pfalz: 140 Euro/Stunde, Niedersachsen: 37,50 Euro/Viertelstunde.

Leserbriefe

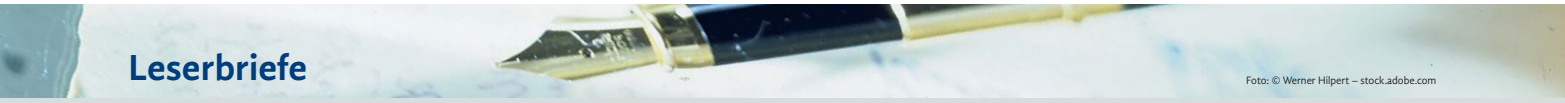


Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Zum Thema Covid-19-Pandemie

Wenn man sich schämt, Arzt zu sein...

Ich habe den Arztberuf immer als eine ehrenwerte Tätigkeit angesehen, hatte man sich doch einst zum Ziel gesetzt, Menschen zu helfen.
Wenn ich aber sehe, dass Ärztinnen und Ärzte diesen Beruf ergriffen haben und dann auf völlig unethische Weise die Bevölkerung verunsichern, Ängste schüren und auf die „Corona-Leugner-Welle" aufspringen, dann schäme ich mich, dass diese „Ärzte" das gleiche Zertifikat der Approbation in Händen halten dürfen wie ich.
Es sind „Ärzte", die sich als „Aufklärer" sehen. „Masken?" – „Unfug!"; „Impfung?" – „Bloss nicht"; „Corona?" – „Ist doch halb so schlimm". Und diese „Ärzte" lassen Flugblätter in Haushalte verteilen, um die Bevölkerung weiter zu verunsichern. Um sie indirekt aufzurufen, die allgemeinschützenden Maßnahmen zu hinterfragen und zu verweigern.
Sicher haben diese Ärztinnen und Ärzte irgendwann einmal Medizin studiert. Aber wann haben sie das letzte Mal am und mit Patienten gearbeitet? Und sicher haben sie noch keinen Tag der Pandemie auf einer Intensivstation verbracht, wo wegen SARS-CoV-2 beatmete Patienten lagen. Intensivstationen, auf denen echte Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegekräfte Tag für Tag den Kopf hinhalten.
Menschen, die ihren Berufsstand dazu ausnutzen, unfachliche und falsche Informationen zu verbreiten, handeln unethisch und unärztlich. Der Zweck heiligt ihnen die Mittel, auch wenn dies bedeutet, Seit' an Seit' mit Neonazis oder AfD'lern auf „Anti-Corona-Demos" zu sprechen.
Ist es die gekränkte Eitelkeit, von der Öffentlichkeit und der Politik nicht als Experte gefragt und wahrgenommen zu werden? Nicht auf der großen Bühne zu stehen und mit seinen fachlichen Äußerungen die Politik und das Leben in Deutschland aktuell mitgestalten zu können? Man will einmal ganz oben sein. Aber rechtfertigt es das eigene Ego, das Berufsethos gänzlich über Bord zu werfen und das große Ganze, nämlich den Menschen zu helfen und die Coronapandemie einzudämmen, aus dem Blick zu verlieren?
Erinnern Sie sich daran, warum Sie damals Medizin studiert haben! Erinnern Sie sich daran, dass es darum geht, den Menschen zu helfen – und nicht, sie zu verunsichern! Und erinnern Sie sich daran, dass es nicht darum geht, sein Gesicht in den Nachrichten zu sehen. Es wäre schön, Sie dann wieder als Kolleginnen und Kollegen bezeichnen zu können.

Dr. med. Andreas Hofmann
Frankfurt/Main

Foto: © Gerhard Seybert – stock.adobe.com

Wir sind die Opfer unseres eigenen Erfolgs

Hinweise zur Förderung der Impfbereitschaft gegen das Coronavirus

Pocken

1874 wurde im gesamten neu gegründeten Deutschen Reich durch das erste „Reichsimpfgesetz" die Impfpflicht gegen die Pocken – eine gefährliche Seuche mit hoher Sterblichkeit – eingeführt. Diese Entscheidung der Berliner Gesundheitsadministration für ganz Deutschland erfolgte unter dem zum ersten Deutschen Kaiser aufgestiegenen preußischen König Wilhelm I. nach Ende des Krieges gegen Frankreich 1870–1871.

Die Impfpflicht entstand unter der Erfahrung und Dokumentation, dass die preußischen Soldaten, pflichtgeimpft gegen die Pocken, als Bewacher vieler französischer Gefangener nicht erkrankten waren, als in den Gefangenenlagern eine Pockenepidemie ausgebrochen war, die viele Franzosen das Leben kostete. Diese waren nicht geimpft. Die Epidemie grassierte dann zwei Jahre vornehmlich in Preußen. Mehr als 100.000 Zivilisten aller Altersgruppen fielen ihr zum Opfer. Das geimpfte preußische Militär blieb nahezu unbeschadet.

Bereits 50 Jahre zuvor hatte Großherzog Carl August von Sachsen-Weimar-Eisenach die freiwillige Pockenimpfung in seinem Herzogtum eingeführt, als Johann Wolfgang von Goethe, sein ältester Staatsminister, noch in die Staatsgeschäfte verwickelt war. Goethe äußerte sich mehrfach mit tadelndem Unverständnis gegen die damaligen Impfgegner und verwies ausdrücklich auf die gesammelten Erkenntnisse der Fachleute seiner Zeit. Insbesondere auch aus England, wo die Impfung mit dem Namen Dr. Jenner verknüpft bleiben wird.

Die damalige Polemik gegen die Pockenimpfung unterschied sich in ihrer Unsachlichkeit nicht von den Aktivitäten der heutigen illustren Runde von militanten Impfgegnern. Und in den Reihen der Zweifler und Bedenkenträger fanden sich auch immer Ärzte, die mit teilweise haarsträubenden, falschen Argumenten und Gefälligkeitsattesten die staatlichen Vorgaben zu unterlaufen suchten.

Im ersten Reichsimpfgesetz von 1874 wurde deswegen die Agitation gegen die Pockenimpfung unter Strafe gestellt. Das Ausstellen von getürkten Attesten wurde strafbar (bis heute!).

Rund einhundert Jahre später hat die WHO im Jahre 1980 die Eradikation der Pocken von diesem Globus bekannt gegeben – durch ein weltweites Impfprogramm. Das Wissen um diese Menschheitsseuche ist seitdem weitgehend verloren gegangen. Weswegen diese Erfolgsmeldung der Eradikation nur in einem kleinen Kreis von Kundigen lauten Beifall bekommen hat. Dabei ist diese bemerkenswerte Erfolgsgeschichte nur entstanden im Zusammenwirken von Forschung, Erfindung und Versorgung mit der Organisationskraft großer Organisationen und Menschen, denen das Prinzip des rationalen Denkens und Handelns auf der Basis gesicherter wissenschaftlicher Erkenntnisse nicht abhanden gekommen ist.

Polio

Es ist gerade mal gut 60 Jahre her, da erkrankten in den Sommermonaten allein in der alten BRD vier- bis fünftausend Kinder an der Kinderlähmung. Viele davon schwer, es gab manche Tote, und sehr viele trugen bleibende Muskellähmungen davon, die als Dauerbehinderung das Leben dieser Kinder prägten. Das Krankheitsbild war so eindringlich und nachdrücklich, dass es von niemandem bagatellisiert wurde – und sich in das kollektive Gedächtnis der damaligen Generationen einprägte.

Meine ersten ärztlichen Schritte nach dem Examen führten mich in dieser Zeit auf die Poliostation des Schwabinger Kinderkrankenhauses in München. Wir verfügten über eine Beatmungsmöglichkeit für die schwersten Fälle von Kinderlähmung, bei denen das Virus die Atem- und Zwerchfellmuskulatur lahmgelegt hatte. Eine tödliche Komplikation. Und eine dramatische und quälende Situation für die Kinder und ihre verzweifelten Eltern.

Die Gerätschaft zur künstlichen Atemhilfe trug den Namen „Eiserne Lunge". Die älteren Buben mit schon einigen Wochen Stationserfahrung nannten die Metallröhre, in die der Körper unterhalb des Halses hinein musste (der Kopf blieb draußen), „Schneewittchensarg". In allen medizinhistorischen Museen unseres

Landes stehen diese Relikte der ersten Beatmungsmaschinen zur Erinnerung an eine besonders schlimme Zeit der kompletten Hilflosigkeit.
Es braucht nicht viel Fantasie, sich auch heute noch vorstellen zu können, wie man sich fühlen muss, wenn man betroffen wäre.
1961/1962 begannen in Ost- und Westdeutschland die Polioimpfprogramme mit den beiden Impfstoffen, die bis heute mit den Namen Salk und Sabin verknüpft bleiben (Schlucken oder Spritze). Binnen eines Jahres zählte die Polio-Erkrankung in Deutschland bereits zu den seltenen Ereignissen. Die Schwabinger Spezialstation konnte geschlossen werden.
An irgendwelche breite Diskussionen über den Nutzen und eventuellen Schaden der Impfung kann ich mich nicht erinnern, obwohl durch einen Produktionsfehler kurzzeitig einige Fälle von „Impfpolio" auftauchten.
Europa und USA wurden ziemlich schnell von dieser schweren Plage – insbesondere für Kinder – befreit. Dass vornehmlich Kinder von diesem Lähmungsvirus befallen wurden, hängt damit zusammen (wie man damals bereits vermutete), dass von mehr als 100 Infizierten höchstens einer erkrankte. Weswegen die meisten Menschen durch diese Infektion still gefeit wurden und lebenslang immun blieben.
Vor wenigen Monaten – im Oktober 2020 zum jährlichen Weltpoliotag – berichtete der WHO-Europa-Regionaldirektor Dr. Hans Henri P. Kluge, eine weitere sensationelle Erfolgsmeldung vom Rang der Pockeneradikation:
Zwei der drei gefürchteten Wildtypen des Poliovirus seien weltweit durch die Impfprogramme verschwunden. Der dritte und letzte Wildtyp findet sich heute nur noch in zwei Ländern mit kleinen lokalen Krankheitsausbrüchen. Afrika ist poliofrei!
Dank umfangreicher Impfprogramme gegen das Poliovirus wurde aus einer weltweiten Seuche, die vornehmlich Millionen von Kindern heimsuchte, eine Orphan Disease.
In Deutschland sind Pocken und Polio aus dem kollektiven Gedächtnis der Bevölkerung verschwunden. Dass es einen kausalen Zusammenhang zwischen den Impfungen im Kindesalter und der Eradikation gefährlicher Infektionskrankheiten geben könnte, ist in breiten Kreisen unserer Bevölkerung unbekannt. Während der unbegründete Glaube, man sei gesund und immun und bedürfe keiner Impfungen, dagegen äußerst weit verbreitet ist.

Aufklärung neu denken

Der Expertenseufzer: „Wir sind die Opfer unsere eigenen Erfolgs!" darf nicht ungehört verhallen.
Mit dem Start der ersten Impfungen gegen Covid-19 zum Jahresende 2020 erhalten wir alle die große Chance, uns aus der globalen Fesselung dieser schweren Pandemie zu befreien.
Hört man sich allerdings derzeit in der Praxis, im Bekanntenkreis oder als Lehrer in einer Oberstufe um, dann ist Impfskepsis bei jungen Menschen weit verbreitet. Bei Älteren bis ungefähr 55 Jahre vermerkt man eine erhebliche Unsicherheit bei der Zustimmung zum Impfen. Nur die Alten und ganz Alten, die das Poliodesaster vor 60 Jahren noch in Erinnerung haben, sind mehrheitlich impfbereit. Diese rein anekdotische Momentbeobachtung stimmt leider gut überein mit aktuellen repräsentativen Umfrageergebnissen.
Wenn wir jedoch Covid-19 besiegen wollen, wie weiland das Polio- und davor das Pockenvirus, benötigen wir eine hohe Impfbereitschaft breitester Bevölkerungsschichten. Dieses Expertenwissen in die Bevölkerung überzeugend hereinzutragen ist eine Aufgabe der Aufklärung. Seit Immanuel Kant (1784) wissen wir, dass die Aufklärung das Ziel hat, „die Menschen aus ihrer selbst verschuldeten Unmündigkeit zu befreien".
Es gibt bereits jetzt hinreichend gute und viele Informationen zur Covid-19-Impfung. Broschüren, Flyer, Anzeigen, Aufrufe und Appelle. Presse , Rundfunk und die öffentlich-rechtlichen Fernsehanstalten beteiligen sich engagiert. Zumindest in deutscher Sprache besteht eine breite Basis der klassischen Aufklärungsoffensive.
Dennoch muss man die Frage stellen: Reicht dieses „klassische" Kant'sche Instrumentarium der Aufklärung heute im Jahr 2021?
Denn sehr viele Menschen, insbesondere die jüngere digital affine Generation, orientieren sich in ihren Informationen über das Zeitgeschehen nicht mehr an dem, was Zeitung, Rundfunk und Fernsehen berichten, sondern an den sogenannten sozialen Medien.
Es ist zu vermuten, dass an mir unbekannten Stellen bereits die Verantwortlichen für eine passgenaue Informationskampagne in diese breite Bevölkerungsgruppe hineinarbeiten.
Nichts scheint mir leichter, als die noch zeitnahe Erfolgsgeschichte des Sieges über die Kinderlähmung durch das damalige Impfprogramm zu erzählen. Denn aus dieser Zeit gibt es reichlich Filmmaterial, noch lebende Zeugen und die Eisernen Lungen als Symbol für künstliche Beatmung, die zur Zeit so vielen Menschen mit Covid-19 die letzte Chance zum Überleben bietet (freilich mit ganz anderer Technik).
Wenn es „Influenzer" in diesen sozialen Medien gibt, die Follower finden für dies und das, dann sollte dies für die gute Sache der Covid-19-Impfung erst recht machbar sein. (Auch wenn ich keine Ahnung habe, wie so etwas geht, da es nicht meine Welt ist.)
Zu notorischen Impfgegnern und Gefahrverleugnern von Virusinfektionen hat bereits Deutschlands größter Dichter Goethe alles Wesentliche gesagt, obwohl dessen damalige Wissensbasis noch sehr klein war. Dem ist nichts Grundsätzliches hinzuzufügen.
Jeder Arzt weiß, dass es bei allen schweren Wahrnehmungsstörungen immer auch Non-Responder gibt, denen man nicht helfen kann. Aber auch diese lautstarke und dennoch kleine Gruppe samt ihrer Angehörigen profitiert – wenn auch unverdient und vielleicht sogar ungewollt – am großen bevölkerungsmedizinischen Nutzen einer jeden Impfung.

Dr. med.
Jürgen Bausch
Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin,
Landarzt in Bad Soden-Salmünster

Foto: privat

Das eLogbuch – Dokumentation der Ärztlichen Weiterbildung

Eine erste Orientierung

Ralf Münzing, Nina Walter

Nachdem am 1. Juli 2020 die neue Weiterbildungsordnung (WBO 2020) in Hessen in Kraft getreten ist, steht nun ab dem 1. Januar 2021 auch in Hessen das eLogbuch zur Verfügung, um die Dokumentation der Weiterbildung auf einer modernen, elektronischen Plattform zu ermöglichen.

Woher kommt das eLogbuch?

Im Zuge der in den vergangenen Jahren stattgefundenen Novellierung der Musterweiterbildungsordnung wurde neben der Kompetenzorientierung auch eine neue Form der Dokumentation der Weiterbildung in die Weiterbildungsordnung aufgenommen und bundesweit einheitlich geregelt. Der zentrale Baustein dieser Dokumentation ist das eLogbuch, das in den vergangenen drei Jahren von der Firma Steadforce im Auftrag der Bundesärztekammer entwickelt wurde.
Das eLogbuch ist eine Webanwendung und stellt eine zentrale, elektronische Dokumentationsplattform für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland dar. Sie lässt sich über die Internetadresse https://elogbuch.bundesaerztekammer.de ansprechen und kann nach Anmeldung verwendet werden.
Die Plattform lässt sich mit allen modernen Browsern bedienen und auch auf Smartphones problemlos aufrufen.

Ziel dieses Artikels ist es, die grundlegende Funktionsweise des eLogbuchs zu erklären und die Rolle der Ärztin/des Arztes in Weiterbildung und der/des Befugten darzulegen.* Insbesondere ist dies wichtig, weil das eLogbuch in der neuen Weiterbildungsordnung in Hessen verpflichtend für die Dokumentation der Weiterbildung festgeschrieben ist. Detailfragen würden den Umfang dieses Artikels sprengen. Dazu verweisen wir auf die Webseite der Landesärztekammer Hessen unter https://www.laekh.de/elogbuch sowie auf die FAQs der Bundesärztekammer https://www.baek.de/faq-elogbuch.
Im Folgenden wird anstelle des Begriffes eLogbuch-Anwendung meist nur noch der Begriff eLogbuch verwendet. Davon zu unterscheiden ist der Begriff Logbuch, der ein Element innerhalb der eLogbuch-Anwendung beschreibt. Im Glossar am Ende des Artikels sind einige wichtige Begriffe rund um das eLogbuch erläutert.

eLogbuch – Funktionsweise

Die grundlegende Funktionsweise des eLogbuchs ist wie folgt:
Zunächst müssen sich der Arzt in Weiterbildung sowie sein Befugter für ein Benutzerkonto am eLogbuch registrieren. Dieser Schritt wird später noch ausführlich erläutert. Im zweiten Schritt meldet sich der Arzt in Weiterbildung am eLogbuch an und erstellt dort ein Logbuch für seine Facharztbezeichnung, seine Schwerpunktweiterbildung oder seine Zusatzweiterbildung, fügt seine Weiterbildungsabschnitte ein und ordnet seine Befugten zu.
Nachdem diese vorbereitenden Schritte erledigt sind, kann nun in dem Logbuch die Weiterbildung in den verschiedenen Kompetenzstufen dokumentiert werden. Das Logbuch ist eine genaue Abbildung der Inhalte der Weiterbildungsordnung. Die Dokumentation ist Aufgabe des Arztes in Weiterbildung.
In jedem Logbuch sind gemäß der neuen Weiterbildungsordnung alle dort angegebenen und zu vermittelnden Kompetenzen mit zwei zu bestätigenden Stufen aufgeführt. Dies ist in Abb. 1 zu sehen, die einen Ausschnitt eines Logbuches zeigt. Die Systematik ist wie folgt:

Kognitive und Methodenkompetenz (Kenntnisse):
1. Erste Kompetenzstufe: „benennen und beschreiben“ (1. Stufe)
2. Zweite Kompetenzstufe: „systematisch einordnen und erklären“ (2. Stufe)

Handlungskompetenz (Erfahrungen und Fertigkeiten):
1. Erste Kompetenzstufe: „unter Anleitung durchführen“ (1. Stufe)
2. Zweite Kompetenzstufe: „selbstverantwortlich durchführen“ (2. Stufe)

Wie Abb. 1 zeigt, kann bei einigen Kompetenzen entsprechend der neuen Weiterbildungsordnung zusätzlich auch eine Richtzahl für Eingriffe nachweispflichtig sein. Dafür ist ebenfalls eine Spalte im Logbuch vorgesehen.
► Zunächst nimmt der Arzt in Weiterbildung eine Selbsteinschätzung seiner er-

Abb. 1: eLogbuch – Selbsteinschätzung eines Arztes in Weiterbildung.

* Genderneutrale Sprache: Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Text die männliche Form verwendet. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird.

© Logo eLogbuch: BÄK

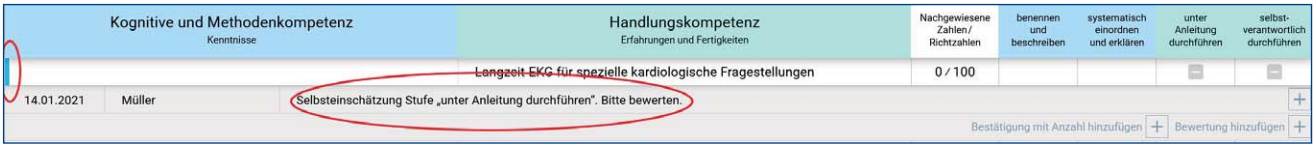


Abb. 2: eLogbuch – Bewertung der Anfrage durch den Befugten.

Abb. 3: eLogbuch – Bestätigte Kompetenzstufe.

langten Kompetenzen vor. Er wählt eine der beiden Stufen aus (wobei die Auswahl der zweiten Stufe die erste automatisch beinhaltet) und kann dies optional auch kommentieren. Durch einen Klick auf den Haken rechts unten im Bild wird die Bewertungsanfrage gespeichert.

Diese Selbsteinschätzungen heißen in der eLogbuch-Anwendung „Bewertungsanfragen". Um aus dem Logbuch eine verbindliche Dokumentation zu machen, ist der letzte wichtige Schritt nun eine Bewertung und Bestätigung dieser angefragten Kompetenzen durch den vermittelnden Befugten. Die durch den Arzt in Weiterbildung gestellte Bewertungsanfrage muss vom Befugten beantwortet werden. Dies erfolgt über folgenden Weg:

► Hat der Arzt in Weiterbildung seine Bewertungsanfragen fertiggestellt, schließt er innerhalb des eLogbuchs sein Logbuch und gibt es über eine leicht zu findende Funktion dem Befugten frei. Diese sogenannte „Freigabe" kann mit einer E-Mail-Nachricht an den Befugten verknüpft werden, um diesen über eine vorliegende Freigabe zu informieren.

► Freigabe bedeutet in diesem Zusammenhang, dass der Befugte nun das Logbuch des Arztes in Weiterbildung einsehen und bearbeiten kann. Dazu muss sich der Befugte mit seinem im ersten Schritt erstellten Benutzerkonto anmelden. Er sieht dann sofort das freigegebene Logbuch und kann es öffnen. Er wird durch links angeordnete farbliche Markierungen auf die Stellen hingewiesen, an denen er gebeten wurde, Kompetenzen zu bestätigen, und kann dies nun vornehmen, siehe Abb. 2.

Der Begriff für die Kompetenzbestätigung heißt im eLogbuch „Bewertung". Die Bewertung kann auch negativ ausfallen. Das bedeutet zum Beispiel, dass der Befugte nur die erste Stufe bestätigen kann oder gar keine, auch wenn der Arzt in Weiterbildung die zweite Stufe einer Kompetenz angefragt hat.

In Abb. 2 sieht man die Bewertungsanfrage des Arztes in Weiterbildung als Textzeile, sowie links farblich hellblau markiert den Hinweis, dass an dieser Stelle noch eine unbestätigte Bewertungsanfrage vorliegt. Über die Schaltfläche „Bewertung hinzufügen" kann der Befugte nun die Kompetenzbewertung vornehmen und abschließen, gegebenenfalls auch mit einer Kommentierung. Nachdem diese Bewertung vorgenommen wurde, gibt der Befugte zum Speichern seiner Bewertungen das Logbuch zurück und beendet damit gleichzeitig die Freigabe. Ab dann hat der Befugte keinen Zugriff mehr auf das Logbuch. Der Arzt in Weiterbildung muss es ihm für weitere Bewertungen erneut freigeben. Abb. 3 zeigt nun die im eLogbuch bestätigte Kompetenz in der ersten Stufe.

► Bei Rückfragen an die Ärztekammer oder zum Ende der Weiterbildungszeit hat der Arzt in Weiterbildung die Möglichkeit, sein Logbuch der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) freizugeben, um es dort prüfen zu lassen. Details zu diesem Vorgehen werden wir Ihnen zu einem späteren Zeitpunkt erläutern.

Eine wichtige Eigenschaft der eLogbuch-Anwendung ist es, dass keine Einträge gelöscht werden. Sämtliche Bewertungsanfragen, Bewertungen und Kommentierungen werden protokolliert und gespeichert. Sie können zwar nachträglich korrigiert werden, allerdings sind die zuvor erstellten Einträge weiterhin sichtbar.

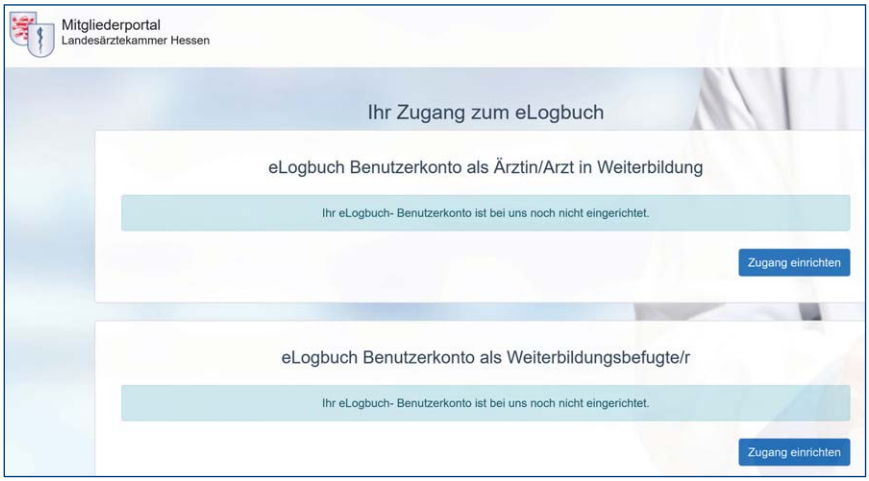


Abb. 4: Portal der LÄKH – Registrierung eines eLogbuch-Kontos.

Damit ist die grundlegende Funktionsweise des eLogbuchs beschrieben und wir erläutern Ihnen nun die Registrierung und Anmeldung am eLogbuch.

Registrierung und Anmeldung

Bevor Sie als hessischer Arzt das eLogbuch verwenden und persönliche Logbücher anlegen können, müssen Sie sich zunächst als eLogbuch-Benutzer registrieren. Das ist in Hessen nur möglich über das Portal der LÄKH. Dies stellt sicher, dass Sie LÄKH-Mitglied sind, und erleichtert Ihnen auch später das Anmelden am eLogbuch. Sie müssen sich kein zweites Passwort merken!

Sollten Sie noch kein Benutzerkonto im Portal der LÄKH besitzen, müssen Sie sich zunächst dort registrieren. Diese Registrierungsmöglichkeit finden Sie unter der Adresse https://portal.laekh.de/.

► Im ersten Schritt melden Sie sich nun im LÄKH-Portal an und wählen den Menüpunkt „Fort- und Weiterbildung → zum eLogbuch“ aus.

► Im folgenden Fenster treffen Sie zunächst die Auswahl, ob Sie ein eLogbuch-Konto als Ärztin/Arzt in Weiterbildung oder als Weiterbildungsbefugte/r einrichten möchten, siehe Abb. 4.

► Es folgt die Frage an Sie, ob ein bestehendes eLogbuch-Konto verknüpft oder ein neues erstellt werden soll, siehe Abb. 5.

Sollten Sie von einer anderen Ärztekammer nach Hessen wechseln, verfügen Sie unter Umständen schon über ein Konto im eLogbuch. Sie erhalten dann kein „neues“ Konto, sondern verwenden weiterhin Ihr bestehendes, da sich in diesem Konto ja Ihre bereits angelegten Logbücher befinden. Da in so gut wie allen Ärztekammern aus Sicherheitsgründen der eLogbuch-Zugang nur über die Portale der entsprechenden Kammern möglich ist, wird Ihr bereits vorhandenes eLogbuch-Konto mit Ihrem Mitgliederportal-Konto verknüpft.

Nach Prüfung Ihrer Daten bestätigen Sie Ihre Auswahl und Ihr Zugang wird eingerichtet. Sie können sich ab jetzt immer über diesen Weg aus dem Portal heraus mit einem Klick am eLogbuch anmelden, siehe Abb. 6.

Abbildungen: © LÄKH, Ralf Münzing

Abb. 6: Portal der LÄKH – Anmeldung am eLogbuch.

Benutzername

Sie müssen sich kein Passwort für das eLogbuch merken, da die Anmeldung ohne weitere Passworteingabe aus dem Portal der LÄKH möglich ist. Allerdings sollten Sie sich an geeigneter Stelle Ihren Benutzernamen notieren, den Sie von der LÄKH für das eLogbuch erhalten haben. Sie können ihn immer im Portal einsehen.

Da das eLogbuch eine bundesweit einheitliche Plattform für alle Ärztinnen und Ärzte in Deutschland darstellt, ist keine freie Wahl des Benutzernamens möglich. Dies stellt aber keinen Nachteil dar. Sie werden im eLogbuch immer mit Ihrem persönlichen Namen und Titel erwähnt und angesprochen. Der Benutzername ist allerdings wichtig für die erstmalige Zuordnung von Befugten zu Logbüchern. Diese Zuordnung kann nur über den Benutzernamen erfolgen, den der Arzt in Weiterbildung von seinem Befugten für diesen Zweck erhalten muss.

Abb. 5: Portal der LÄKH – Registrierung eines eLogbuch-Kontos.

Ausblick: Anregungen erwünscht

Wir hoffen, Ihnen einen ersten Überblick über die eLogbuch-Anwendung und die Ausprägung in Hessen gegeben zu haben. Viele Details wurden hier nicht behandelt. Sie werden ausführlich in den bereits erwähnten FAQs erläutert und gegebenenfalls in weiteren Artikeln im Hessischen Ärzteblatt behandelt. Die Zusammenarbeit am Logbuch seitens des Arztes in Weiterbildung und seines Befugten sollte mit viel persönlicher Kommunikation erfolgen. Das eLogbuch soll und kann nicht die Kommunikation ersetzen, sondern eine einheitliche, strukturierte, verbindliche und vor allem kontinuierliche Dokumentation während der Weiterbildungszeit ermöglichen. Diese in der neuen Weiterbildungsordnung geforderte kontinuierliche Dokumentation bedingt, dass das Logbuch bereits zu Beginn der Weiterbildung angelegt wird.

Wir hoffen, dass dieses Werkzeug, natürlich mit den noch in den nächsten Jahren geplanten Anpassungen und Verbesserungen, langfristig allen Beteiligten die Arbeit erleichtert und Transparenz und Nachvollziehbarkeit erhöht.

Es wird auf diesem Weg sicher immer mal wieder holprig werden. Um die Stolpersteine zu erkennen und möglichst rasch zu beseitigen, brauchen wir jedoch Sie, die

Anwender. Beteiligen Sie sich gerne an der Weiterentwicklung, indem Sie uns Anregungen, positive, aber auch kritische Rückmeldungen geben – so wie es eine Gruppe aus dem Kreis Ihrer Kolleginnen und Kollegen im Rahmen unserer hessischen Pilotphase bereits getan hat. Nur so sind die Ärztekammern in der Lage, die Anwendung weiterzuentwickeln und nutzbringend für alle Beteiligten zu gestalten. E-Mails richten Sie bitte an wbo2020@laekh.de.

Ralf Münzing
Leiter EDV und Organisationsentwicklung

Foto: LÄKH/McK

Nina Walter
Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie,
Stv. Ärztliche Geschäftsführerin, Ärztliches Qualitätsmanagement

Foto: Katarina Ivanisevic

beide: Landesärztekammer Hessen

Glossar rund um das eLogbuch

eLogbuch-Anwendung (eLogbuch): Eine elektronische Plattform (Web-Anwendung), die von Ärztinnen und Ärzten* angesurft werden kann und bundesweit die Logbücher verwaltet. An der eLogbuch-Anwendung können sich Ärzte in Weiterbildung, die Befugten sowie die dafür zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Ärztekammern registrieren und anmelden.

Logbuch: Ein Element innerhalb des eLogbuches, in dem eine einzelne Facharztweiterbildung, Schwerpunktweiterbildung oder Zusatzbezeichnung dokumentiert werden kann. Das Logbuch ist im alleinigen Besitz des Arztes in Weiterbildung. Er kann ständig auf sein eigenes Logbuch zugreifen. Befugte und Ärztekammer können auf das Logbuch eines Arztes in Weiterbildung nur dann zugreifen, wenn es ihnen von diesem freigegeben wurde. Die Freigabe kann jederzeit vom Arzt in Weiterbildung zurückgenommen werden.

Bewertungsanfrage: Eine Selbsteinschätzung über eine erworbene Kompetenz (mit entsprechender Stufenangabe), die vom Arzt in Weiterbildung vorgenommen wird. Es sind optionale Kommentierungen möglich.

Bewertung: Die Beantwortung der Bewertungsanfrage. Diese wird vom Befugten vorgenommen und bestätigt, dass der Arzt in Weiterbildung die Kompetenz erworben hat. Selbstverständlich kann eine Bewertungsanfrage auch negativ beschieden, das heißt abgelehnt werden. Auch hier sind Kommentierungen möglich.

Freigabe: Das Zurverfügungstellen eines Logbuches durch den Arzt in Weiterbildung. Er kann das Logbuch dem Befugten freigeben und/oder der Ärztekammer. Er kann die Freigabe jederzeit zurückziehen.

Zurückgeben: Das Beenden der Freigabe durch den Befugten nach Abschluss seiner Bewertungen.

Junge Ärztinnen und Ärzte

Stellensuche für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung mit Felix Medicus

Ein junges Start-up-Unternehmen aus Köln bietet mit Felix Medicus eine neue Recruiting-Plattform für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung. Sie können hier kostenlos ein anonymisiertes Profil mit ihrem Ausbildungsstand und ihren Fähigkeiten, insbesondere aber ihren Wünschen und Bedürfnissen erstellen. Dies können sowohl fachliche als auch persönliche Anforderungen sein. Also etwa eine für die Weiterbildung wichtige Rotation oder ein pünktlicher Feierabend am Donnerstag, um rechtzeitig beim Training im Sportverein zu sein. Ein Arbeitgeber wie eine Klinik hat dann die Möglichkeit, diese anonymisierten Profile einzusehen und zu entscheiden, ob die Ärztin oder der Arzt zu ihr passen könnte. Daraufhin kann die Klinik auf digitalem Wege Kontakt aufnehmen.

„So wird der Bewerbungsprozess praktisch umgedreht und ermöglicht sowohl Ärztinnen und Ärzten als auch den Kliniken eine transparente Kommunikation ermöglicht“, sagt Niklas Wichmann, Mitbegründer von Felix Medicus. Er hat selbst mehrere Jahre als Arzt im Krankenhaus gearbeitet. Indirektes Ziel der Plattform ist es, die Arbeitsbedingungen für alle Ärztinnen und Ärzte zu verbessern, indem deren Bedürfnisse transparent und öffentlich gemacht werden. Im Internet: www. felixmedicus.de/. (red)

Schluss mit vollen Wartezimmern

Start-up aus Mittelhessen entwickelt App zum besseren Terminmanagement

Warten beim Arztbesuch ist nervig. Für die Patienten. Für das Personal, das den Ärger nicht selten abbekommt. Und auch Ärzte mögen es nicht, wenn ihre Wartezimmer voll sind. Erst recht nicht in Zeiten, in denen Abstandhalten Leben retten kann. Die Corona-Pandemie hat die Relevanz noch einmal vergrößert. Und jetzt ist sie da – die „Wart's Ab".

Erfunden hat das System das Start-up MyEPA, in dem Studierende, Mitarbeitende und Professoren der Technischen Hochschule (TH) Mittelhessen zusammenarbeiten. Gefördert haben es das Hessische Ministerium für Soziales und Integration und die Techniker Krankenkasse. Ausprobiert haben es zunächst zwei Arztpraxen – darunter die des Präsidenten der Landesärztekammer Hessen, Dr. med. Edgar Pinkowski, in Pohlheim: „Technologische Innovationen wie die ‚Wart's Ab' sind sinnvolle Instrumente der Praxisorganisation, die dazu beitragen, volle Wartezimmer zu vermeiden. Gerade jetzt in der Corona-Pandemie kann sich die App als besonders wertvoll erweisen, da Patienten erst dann in Praxis kommen müssen, wenn sie an der Reihe sind."

Die Pilotphase ist passé. Bis Ende April werden nun insgesamt 60 Arztpraxen „Wart's Ab" auf Alltagstauglichkeit testen. Sie erhalten spezielle Tablet-Computer, mit denen sie die Patienten informieren können, wann sie sich zu ihrem Arzttermin auf den Weg machen sollen. Die Patienten müssen bei der Terminvereinbarung angeben, wie lange ihre Anreise ist. Bei der Gelegenheit erhalten sie einen Zifferncode, den sie in die zuvor auf dem Smartphone installierte App eingeben können. Innerhalb der App können Patienten zwischen fünf Sprachen wählen: Deutsch, Englisch, Französisch, Türkisch oder Farsi.

Datenschutz genieße oberste Priorität, betont Projektleiter Prof. Thomas Friedl, Hochschulprofessor an der TH Mittelhessen. Das System bestehe aus drei Komponenten: zwei Apps sowie dem Server. Sollte jemand es hacken, stieße er lediglich auf Zahlen. Ursprünglich war das Rollout für Juni 2019 terminiert. Mit 140 Praxen, sechs Kliniken mit zentralen Notaufnahmen sowie zwei Behörden. Doch der Förderbescheid des Landes ließ auf sich warten und die Summe fiel geringer aus als seinerzeit angekündigt, sagt Friedl. Die Entwicklung selbst dauerte gerade mal ein halbes Jahr.

Jetzt also eine Nummer kleiner. In einem ersten Schritt soll die „Wart's Ab" vor allem bei ungeplanten Terminen assistieren in den offenen Sprechstunden der 60 Praxen sowie zentralen Notaufnahmen von Kliniken in der Region Mittelhessen. Interessenten können sich auf der Homepage noch melden. Wenn im Juli die Ergebnisse der Evaluation vorliegen, könnte das System in den Regelbetrieb gehen. Ein spezieller Tablet-Computer wäre dann nicht mehr nötig. Ein Team Friedls arbeitet bereits an einer Variante, bei der ein gewöhnlicher Standard-PC mit Internetanschluss ausreicht. Nutzbar wäre die App dann „für einen kleinen Obolus von vielleicht zehn bis 20 Euro", um die Kosten für Wartung und die Server zu decken, schätzt Friedl. Begrenzt ist der Einsatz derzeit auf Hessen. Doch auch aus anderen Regionen der Bundesrepublik haben Interessenten schon bei dem Start-up angeklopft. Friedl kann sich gut vorstellen, dass nicht nur Akteure aus dem Gesundheitswesen von den Ideen aus Mittelhessen profitieren. Ob in Geschäften, bei Behörden – „überall wird doch gewartet".

Wie Friedl auf Nachfrage klarstellt, steht die Entwicklung der App in keinem Zusammenhang mit dem vor drei Jahren in Gießen gegründeten Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health, für das er ebenfalls tätig ist. „Das ist eine andere Baustelle." Doch auch in den Beratungen des Zentrums nehme das Thema Patienten-Datenschutz eine zentrale Rolle ein.

Informationen im Internet unter: www.warts-ab.org.

Jutta Rippegather

Foto: Katja Kölsch

Büchertipps von Lesern für Leser

Dr. med. Wolfgang Kauder (Hrg.): Abi-Knoten GBS DA 1960 – Bilanz nach 60 Jahren

Hellriegel-Verlag Darmstadt, 2020
Bestellung beim Herausgeber per E-Mail an: gbs-da-1960@gmx.de
20 € einschl. Porto

Für zwölf Absolventen der Georg-Büchner-Schule Darmstadt war das Abitur 1960 der wichtige Knotenpunkt, um bald danach in alle Welt auseinanderzugehen. Sie waren die Jüngsten, die Fliegeralarm, Bombardierung und Luftschutzkeller des Zweiten Weltkriegs erlebten. Danach normalisierten sich ihre Lebensumstände. Ihr zum Diamantenen Abitur 2020 geschriebenes Buch „Abi-Knoten" zeichnet Lebenswege nach: als Düsenjägerpilot, Weinbauprofessor, Bankdirektor, Raumfahrtingenieur oder Kernkraftwerk-Spezialist. Gegenwärtig wird die Jugend durch Corona stark verunsichert, viele sehen ihre Zukunft gefährdet oder befürchten gar beginnende Entrechtung. Der „Abi-Knoten" als zeithistorisches Protokoll relativiert diese Vorstellungen. Die Autoren dokumentieren eindrucksvoll und kritisch eine Erfolgsgeschichte „per aspera ad astra". Zu ihnen gehört der Herausgeber, der seit 50 Jahren in Darmstadt als Arzt praktiziert. Ein weiterer Arzt und Jahrgangskollege hat in der DDR gelebt und gearbeitet – bis zu seiner Flucht 1978. Er skizziert die gravierenden Unterschiede zwischen Bundesrepublik und „Anderem Deutschland". Das Buch spricht alle Altersstufen an. Die Älteren erinnern sich an schicksalhafte Entbehrungen, Wiederaufbau und die spätere Wirtschaftswunderzeit. Für die Jüngeren gibt es während Corona auch Trost und Hoffnung. Sobald Frieden, Freiheit und Sicherheit einkehren, kommt auch nach schweren Krisen das normale Leben bald wieder zurück.

Dr. med. Günther Franzen, Heppenheim-Kirschhausen

Foto: Fotolia.com – connel-design

Statue von Dante Alighieri, Platz „Santa Croce“, Florenz.

Eine Hommage an Dante Alighieri und virtuose Klänge aus Frankfurt

Virtuelle Kunstreise nach Florenz

Eine Zeichnung, in die der Blick auch perspektivisch versinkt: Düster ragen riesige Baumstämme vor wirr durcheinander gewürfelten Felsen in die Höhe. Wie knotige Finger umklammern Wurzeln einen Felsbrocken. Vor dem schwarz-weiß gehaltenen Bildhintergrund sticht eine V-förmig angeordnete, mit roter Feder zu Papier gebrachte Figurengruppe heraus. Von den Bäumen bedrohlich überragt, reden und gestikulieren Menschen im „dunklen Dschungel“ des Waldes, an dessen Rand Raubtiere lauern:

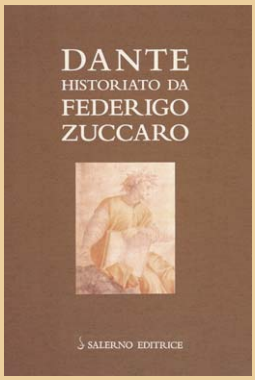
„Es war in unseres Lebensweges Mitte,
Als ich mich fand in einem dunklen Walde;
Denn abgeirrt war ich vom rechten Wege,
Wohl fällt mir schwer, zu schildern diesen Wald,
Der wildverwachsen war und voller Grauen“ — so beginnt der Erste Gesang der Hölle in Dante Alighieris Göttlicher Komödie.

Italien feiert Dante

Was ist der Sinn des Lebens? Wer will der Mensch sein, wenn er das Dickicht der Sünde in seinem Inneren überwunden hat? Die Göttliche Komödie ist als eine große Vision gedacht, als Erlebnis des Dichters, der sich in der Lebensmitte durch einen wilden, grauenvollen Wald irren sieht. Der italienische Dichter und Philosoph Dante Alighieri, 1265 in Florenz geboren und 1321 in Ravenna gestorben, stellte die eigene Person als Liebender und Leidender, als Irrender und Lernender in den Mittelpunkt seiner Werke. Die in Hölle, Fegefeuer und Paradies aufgeteilte, eine Pilgerreise schildernde Divina Commedia (Göttliche Komödie), mit der Dante die italienische Sprache als Schriftsprache begründet hatte, gilt als bedeutendste Dichtung der italienischen Literatur.

Italien feiert 2021 ein großes Dante-Jahr. Anlässlich des 700. Todestages des gebürtigen Florentiners präsentiert die Uffizien-Galerie in Florenz 88 selten gezeigte Zeichnungen von Federico Zuccari online. Zuccari (1539–1609), Maler und Kunsttheoretiker, schuf die Illustrationen zur Göttlichen Komödie während eines Aufenthaltes in Spanien. 1738 wurden sie in die Sammlung der Uffizien aufgenommenen. Seit dem ersten Januar ist die virtuelle Ausstellung kostenlos für jedermann zugänglich: www.uffizi.it/mostre-virtuali-categorie/a-riveder-le-stelle/.
Betrachter können sich durch die Darstellungen der Höllenkreise zu dem Versepos klicken. Dazu gibt es Erläuterungen in Italienisch, englische Texte sollen folgen.

Im Höllenfeuer schmoren



2004 bei Salerno Editrice erschienener Faksimile-Band.

Mit roter und schwarzer Feder zu Papier gebracht, ziehen die virtuosen Zeichnungen in ihren Bann. In Begleitung von Vergil, der Personifikation irdischer Weisheit, gelangt Dante zur Hölle. Kaum haben beide deren Vorraum durchschritten, treffen sie im dritten Gesang auf den ersten der drei Höllenflüsse, Acheron, den sündige Seelen auf dem Weg zu ihrem jeweiligen Höllenkreis überqueren müssen. Das gewaltige Ruder zu einem fürchterlichen Schlag ausholend, treibt der Fährmann, ein Dämon mit Hörnern auf dem Kopf, die nackten Sünder aus dem Schiff. Links im Bild streckt schon ein Höllenfeuer, in dessen Mitte verlorene Seelen schmoren, seine brennenden Zungen nach ihnen aus. Im zweiten Kreis der Hölle werden die Sünder aus Liebesleidenschaft von furchtbaren Orkanen durch die Ewigkeit gepeitscht. Anschaulich bringt Zuccari die Szene mit dem flügelbewehrten Dämon Minos zu Papier, der böse grinsend über den verzweifelten Seelen zu Gericht sitzt. Wie ursprünglich in einem Buchband, stehen die Abbildungen dem entsprechenden Vers Dantes in der Online-Ausstellung gegenüber, die zu einer virtuellen Kunstreise nach Florenz einlädt.

Das hr-Sinfonieorchester live im Internet

Konzertsaal oder Internet? Wie sich die Lage im Februar darstellen wird, ist noch nicht absehbar. Da Veranstaltungen mit Publikum nicht möglich waren, hat das hr-Sinfonieorchester seine Konzerte auch im Januar live im Internet gestreamt. Ein wahrer Ohrenschmaus: So war der Pianist Igor Levit, der mit seinen Hauskonzerten auf Twitter auch Menschen erreichte, die zuvor nie Zugang zur Klassik hatten, am 14. Januar zu Gast beim hr-Sinfonieorchester – unter dem Titel „Sommernachtstraum“ mit Werken von Periklis Koukos und Mozart. „Tragèdie de Salome“ ist das Livestream-Konzert mit dem designierten Chefdirigenten des Orchesters Alain Altinoglu am 21. Januar überschrieben. Und am 28. Januar präsentiert das Orchester ein Barock-Konzert mit dem Geiger Sergey Malov unter der Leitung von Andrea Marcon. Zu erleben sind alle Januar-Konzerte ausschließlich per Video-Livestream und im Nachhinein als Video-on-Demand auf der Website und den Social-Media-Kanälen des hr-Sinfonieorchesters.
www.hr-sinfonieorchester.de/index.html

Katja Möhrle

Foto: © BlackMac – stock.adobe.com

Das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Schädels bei Hochbetagten

Palliative Operation zur Erhaltung der Lebensqualität

VNR: 2760602021069340003

M. Reza Boroumand, Dr. med. Julia Masomi-Bornwasser, Prof. Dr. med. Kartik G. Krishnan

Zusammenfassung

Plattenepithelkarzinome sind häufige, maligne Erscheinungen, die sich im fortgeschrittenen Stadium besonders an sonnenexponierten Körperstellen aufgrund ihres ulzerierenden Charakters zu die Lebensqualität mindernden Faktoren entwickeln können. In vielen Fällen gehen diese Läsionen mit ausgeprägter, unangenehmer Geruchsentwicklung einher, was oft zu einer sozialen Ausgrenzung bis hin zur sozialen Isolation der Patientinnen und Patienten führen kann.

Die operative Versorgung ist ein naheliegender Ansatz für die Behandlung dieser schwerbetroffenen Patientengruppe.

Die Fragestellung, die sowohl gemeinsam mit den Patienten und deren Angehörigen als auch interdisziplinär besprochen werden sollte, ist das Abwägen zwischen dem Operationsrisiko einerseits und den Benefits einer Operation und der damit verbundenen Verbesserung der verbliebenen Lebensqualität andererseits. Anhand der Beispiele von zwei Patienten mit zwei typischen Szenarien der Tumorausbreitung möchten wir unser Konzept der die Lebensqualität erhaltenden palliativen Chirurgie vorstellen.

Im Folgenden wird die aktuelle Datenlage mit den Empfehlungen der Fachgesellschaften zusammengetragen und diskutiert.

Einleitung

Das Plattenepithelkarzinom (cSCC – cutaneous squamous cell carcinoma) ist eines der häufigsten kutanen Malignome und zweithäufigstes Hautmalignom nach dem Basalzellkarzinom. Circa 50–60 % dieser Malignome treten im Bereich des Kopfes und des Nackenbereichs auf, die restlichen Läsionen an anderen UV-exponierten Bereichen [1].

Meist ist es nicht tödlich, jedoch kann es im fortgeschrittenen Stadium aufgrund der exponierten Lokalisation zu Entstellung des Patienten und der dadurch bedingten sozialen Isolation und deutlicher Abnahme der Lebensqualität führen. Zudem besteht besonders im ländlichen Raum die Gefahr einer Minderversorgung oder sogar einer Fehlbehandlung, da in diesen Gegenden der Zugang zu fachlicher Expertise oft erschwert ist oder ganz fehlt [2].

Bei hochbetagten Patienten mit fortgeschrittenem cSCC wird häufig von einem chirurgischen Vorgehen abgesehen, da es sich hierbei oft um ausgedehnte Eingriffe handelt. Eine vollständige Tumorentfernung mit großem Sicherheitsabstand gefolgt von einer komplexen Rekonstruktion (z. B. mit einer freien Lappenplastik) ist einerseits ein extensives, schwieriges operatives Verfahren, und anderseits bedeutet sie aufgrund der prolongierten Operationszeit ein erhöhtes Narkoserisiko. Vorrangig sollte jedoch sein, dass besonders die älteren Patienten unter Minderung der Lebensqualität aufgrund der sozialen Deprivation leiden.

Daher sollten die Ziele der palliativen chirurgischen Behandlung bei hochbetagten Patienten mit fortgeschrittenem cSCC sein:

- Entfernung des übelriechenden Tumors auch ohne Sicherheitsabstand.
- Durchführung der Operation unter Verwendung von einfachen chirurgischen Strategien zur Vermeidung langer Operationszeiten.
- Sorgfältige Nachbehandlung und häusliche Pflege im ambulanten Rahmen.

Wir haben zwei Patienten mit cSCC der Kopfhaut mit und ohne Beteiligung des Schädelknochens ausgesucht und möchten das Konzept der die Lebensqualität erhaltenden palliativen Chirurgie anhand dieser Fälle exemplarisch präsentieren. Bei beiden Patienten wurde eine erneute operative Therapie aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums der Erkrankung im fortgeschrittenen Patientenalter zunächst als nicht sinnvoll erachtet.

Epidemiologie

Weltweit zeigt sich eine wachsende Inzidenz für cSCC, und das trotz der verbesserten Aufklärung der Öffentlichkeit über Risikofaktoren [3]. Als Ursache für die steigende Inzidenz werden die zunehmend alternde Bevölkerung, bessere Detektion des Hautkrebses und der wachsende Gebrauch von Bräunungsanlagen diskutiert. Im Jahr 2000 betrug die Inzidenz weltweit 550.000 [4]. Etwa 6 % aller malignen Tumoren sind cSCC.

Pathophysiologie

Eine zentrale Rolle in der Pathogenese des cSCC spielt ultraviolette Strahlung (UV-Strahlung), die zu einer malignen Transformation von normalen epidermalen Keratinozyten führen kann. Hierbei ist der Funktionsverlust des Tumorsuppressorgens p53 und damit die Entwicklung von Apoptose-resistenten Zellen ein wichtiges pathogenetisches Ereignis. Für die Mutation des p53-Gens werden DNA-Schäden, verursacht durch UV-Strahlung, verantwortlich gemacht. Als weitere genetische Veränderung werden Mutationen des BCL2- und RAS-Gens benannt. Andere Ursachen für die Pathogenese sind Veränderungen im intrazellulären Signalweg, die z. B. den Epidermal growth factor receptor (EDGF) und

die Cyclooxygenase (COX) betreffen [1, 5–7].

Ätiologie

Bekannte Risikofaktoren für das Entstehen des cSCC sind:

- UV-Exposition [1, 7]
- Immunsuppression [8, 9]
- Exposition ionisierter Strahlung und chemischer Karzinogene.

Klinische Präsentation

Üblicherweise ist das cSCC eine flache Ulzeration mit erhabenen Rändern, welche oft mit Plaque bedeckt ist. Das cSCC findet sich häufig an sonnenexponierten Körperstellen. Folgende Hautveränderungen werden in diesem Zusammenhang beschrieben:

- Verkrustung
- Ulzeration

Bei einer lokalen Ausbreitung treten oft präaurikuläre, submandibuläre und zervikale Lymphknoten auf [1, 10].

Diagnosestellung

Zur Diagnosestellung ist bei jedem Verdacht auf eine kutane Neoplasie eine histopathologische Sicherung vor Beginn jeglicher Therapie obligat [1]. Für eine erste Einschätzung der Ausdehnung sowohl im Weichteilgewebe als auch im Bereich des Skeletts wird eine kranielle Computertomographie (CCT) empfohlen. Eine MRT des Neurocraniums wird bei Verdacht auf eine perineurale Infiltration und bei Verdacht auf eine orbitale oder intrakranielle Ausdehnung empfohlen [11].

Therapieempfehlung

Die Therapie der ersten Wahl ist die Tumorexzision. Allerdings können auch bei Kontraindikationen für eine operative Therapie eine Radiatio oder eine Kryotherapie Erfolge zeigen. Bei metastatischen cSCC lässt sich eine systemische Chemotherapie in Betracht ziehen [12].
Bei der Tumorresektion wird in der Literatur die Notwendigkeit einer R0-Resektion im gesunden Gewebe hervorgehoben. Je größer der Tumor ist, desto größer sollte der tumorfreie Rand sein. Es besteht eine Grad A-Empfehlung, bei Tumoren mit niedrigem Risiko mit einem Durchmesser < 2 cm einen tumorfreien Rand von 4 mm zu erzielen. Bei Tumoren mit erhöhtem Risiko mit einem Durchmesser > 2 cm sollte man einen Sicherheitsabstand von 6 mm belassen [13].
Die aktuelle Therapie ist ein multidisziplinärer Ansatz, in der die chirurgische Resektion mit tumorfreien Rändern im Vordergrund steht. Durch eine adjuvante Radiochemotherapie ist die 5-Jahres-Überlebensrate deutlich gestiegen. Ziel der Therapie ist eine lokale Kontrolle des Tumorwachstums [11, 14].

Prognose

In der Therapie des cSCC steht der kurative Ansatz durch die lokoregionäre Tumorkontrolle im Vordergrund. 75 % der lokalen Rezidive als auch der Metastasen zeigen sich in den ersten zwei Jahren und 95 % in den ersten fünf Jahren. Eine engmaschige Kontrolle sollte mindestens in diesem Zeitraum durchgeführt werden, (Empfehlungsgrad A) [15]. Insgesamt ist jedoch die Inzidenzrate für Hautkrebs bei Zustand nach in-situ als auch invasivem cSCC erhöht [16].

Fall 1: Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut ohne Knocheninfiltration

Ein 84-Jähriger mit bekanntem malignem Melanom bei Zustand nach chirurgischer Entfernung und Radiochemotherapie

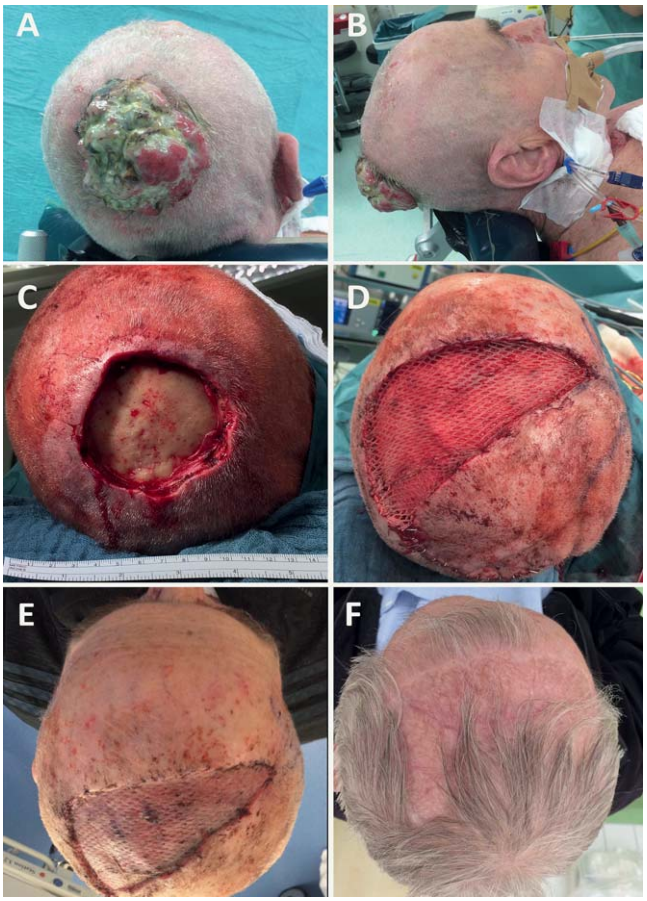


Abb. 1: Das palliative Operationskonzept und klinischer Verlauf des Patienten im Fall 1 mit Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut ohne Knochenbefall.
(A+B) Präoperative Präsentation des übelriechenden, ulzerierenden Tumors. Dieser wurde circa ein Jahr lang regelmäßig mit Verbänden durch den Pflegedienst behandelt. Aufgrund des ausgedehnten Befundes im fortgeschrittenen Alter des Patienten wurde eine chirurgische Operation im Sinne der Leitlinienempfehlungen als nicht sinnvoll erachtet. Dennoch stellte sich der Patient mit der Bitte um Verbesserung seiner Lebensqualität durch Resektion des Tumors vor.
(C) Die Tumorexzision wurde ohne Einhaltung des Sicherheitsabstandes durchgeführt. Diese war eine ultima ratio-Strategie, um den Operationsaufwand und das Risiko minimal zu gestalten.
(D) Der Resektionsdefekt wurde mit einer einfachen, frontalen Verschiebe-Schwenk-Lappenplastik (VSL) abgedeckt. Der Hebedefekt des VSL wurde mit einer Spalthaut versehen.
(E) Heilungsprozess zum Zeitpunkt der Entlassung am 5. Postoperativen Tag.
(F) Im Follow up fünf Jahre nach dem palliativen Eingriff zeigte sich immer noch kein Tumorrezidiv.

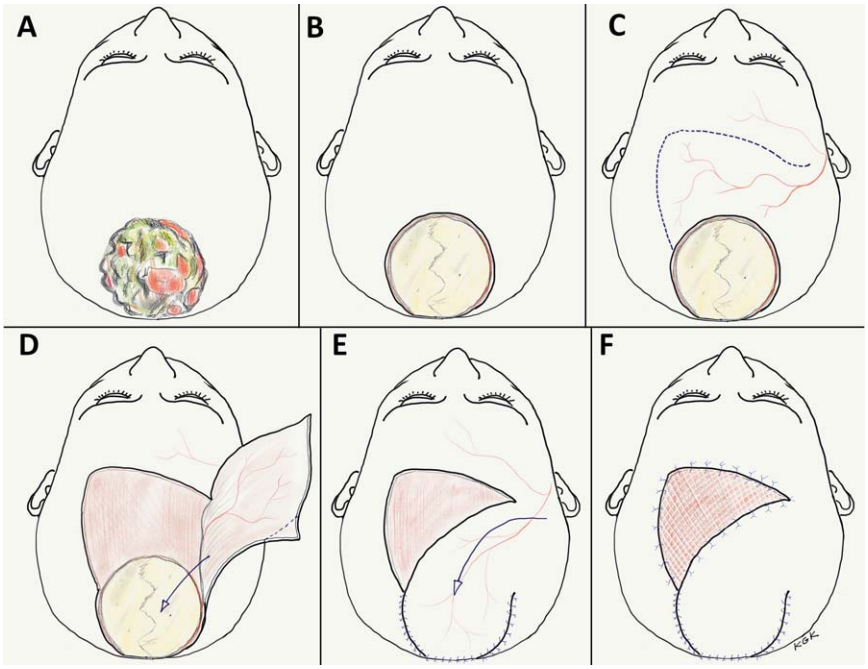


Abb. 2: Eine Schematische Darstellung der angewendeten vereinfachten Operationstechnik.
(A) Mit Pus bedecktes Plattenepithelkarzinom des Vertex.
(B) Eine Resektion wurde ohne Sicherheitsabstand durchgeführt. Als Wundboden sieht man den bloßen Knochen ohne Periost. Eine Spalthaut würde auf dem Knochen nicht anwachsen.
(C) Markierung (punktierte blaue Linie) der frontalen Verschiebe-Schwenk-Lappenplastik (VSL) basierend auf den axialen Temporalis superficialis Gefäßen (Ramus parietalis).
(D) Hebung der Lappenplastik auf eine Ebene oberhalb des gut durchbluteten Galea-Periostes.
(E) Die VSL wird in den Tumorresektionsdefekt hineingeschwenkt und mit den Hauträndern vernäht.
(F) Der Hebedefekt der VSL ist mit einer Spalthaut versehen.

stellte sich aufgrund einer neuen ulzerierenden kutanen Läsion im Bereich des Vertex in unserer Spezialsprechstunde für rekonstruktive Neurochirurgie vor. Die eiternde, übelriechende Neoplasie hatte einen Durchmesser von 6 cm und wurde durch einen ambulanten Pflegedienst regelmäßig verbunden. Onkologisch wurde eine kurative Operation ausgeschlossen.
Der Patient litt unter der zunehmenden sozialen Isolation bedingt durch den Tumorgeruch. Der Patient wünschte eine Zwischenlösung zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung seiner Lebensqualität. Eine CCT-Untersuchung konnte die Infiltration des Schädelknochens ausschließen. Zusätzlich bestand bei dem Patienten eine Hauterkrankung (Hailey-Hailey-Krankheit. Hierbei handelt es sich um eine angeborene Verhornungsstörung der Haut, wobei es zu einer akantolytischen Blasenbildung kommt). Es bestanden mehrere internistisch relevante Nebendiagnosen.

Der Patient wünschte ausdrücklich eine operative Versorgung. Im Rahmen des chirurgischen Aufklärungsgesprächs wurde mit dem Patienten ausführlich besprochen, dass aufgrund der Intubationsnarkose ein hohes perioperatives Risiko besteht. Es wurde ebenfalls angesprochen, dass es sich bei der operativen Versorgung um eine ultima ratio-Option handelt.
Um die Operationstechnik und -dauer so einfach wie möglich zu gestalten, wurde die Tumorresektion knapp am Tumorrand ohne Gewährleistung des Sicherheitsabstandes durchgeführt (Abb. 1). Bei der Tumorresektion wurde das tumorbefallene Galea-Periost des Schädelknochens mitreseziert. Der resultierende integumentäre Defekt betrug 6 cm im Durchmesser. Ein Verschiebe-Schwenk-Lappen war vonnöten, da auf dem bloßen Knochen die Transplantation einer Spalthaut nicht angenommen werden würde. Daher wurde ein U-förmiger Verschiebe-Schwenk-Lappen von der Frontalregion, basierend auf den Temporalgefäßen auf eine Ebene oberhalb des Galea-Periostes gehoben, in den Defekt hinein geschwenkt und mit den Hauträndern spannungsfrei vernäht (Abb. 2). Der Hebedefekt des Verschiebe-Schwenk-Lappens, wo ein gut durchblutetes Galea-Periost als Boden verblieb, wurde mit einer gemeshten Spalthaut (Dicke 0,4 mm) versehen. Die Wundheilung gestaltete sich komplikationsfrei und der Patient konnte am fünften postoperativen Tag nach Hause entlassen werden (Abb. 1 E). Die histologische Aufarbeitung des Tumormaterials zeigte ein Plattenepithelkarzinom vom nodulärem Typ, ulzeriert mit maximaler Tumordicke von 6 mm. Trotz der Resektion ohne Sicherheitsabstand beobachteten wir keine Tumorrezidive bei der letzten Kontrolluntersuchung fünf Jahre nach dem Eingriff (Abb. 1 D).

Fall 2: Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut mit Knocheninfiltration

Ein 89-Jähriger wurde in einem auswärtigen Krankenhaus aufgrund eines exulzerierenden Tumors im Bereich des Vertex aufgenommen. Histopathologisch zeigte sich in der Tumorbiopsie ein Plattenepithelkarzinom, so dass aufgrund des fortgeschrittenen Alters des Patienten eine palliative Strahlentherapie mit dem Patienten besprochen wurde. Es wurde trotz der offenen Wunde in 33 Sitzungen eine Bestrahlung des Tumorbetts als ultima ratio durchgeführt. Der Patient wurde mit der Empfehlung, im häuslichen Rahmen

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

ein Wundmanagement durch den ambulanten Pflegedienst durchführen zu lassen, in die hausärztliche Weiterbehandlung entlassen.

Aufgrund des riechenden Tumorbefundes, der sozialen Isolation und der damit verbundenen seelischen Belastung stellte sich der Patient in Begleitung seiner Angehörigen in unserer Sprechstunde vor. Auch hier bestand der unbedingte Wunsch des Patienten, den Tumor entfernen zu lassen, auch wenn dieses Vorgehen mit wiederholten Eingriffen einhergehen würde. Eine Computertomographie des Neurocraniums zeigte, dass der Schädelknochen im Bereich des Tumors bereits destruiert war. Jedoch respektierte der Tumor noch die Grenze der Dura mater, insbesondere auch im Bereich des Sinus sagittalis superior. Als Nebenbefund zeigte der Patient Anasarka bei einer dialysepflichtigen Niereninsuffizienz. Bei Vorhofflimmern wurde der Patient mit ASS antikoaguliert.

Die palliative Operationsstrategie war ähnlich zu Fall 1 (Abb. 3). Zusätzlich wurde hier der tumorbefallene Knochen durch eine osteoklastische Craniotomie reseziert und der Knochendefekt mit Polymethyl-Methacrylat (PMMA, auch bekannt als Palacos) rekonstruiert. Die Deckung des integumentären Defektes erfolgte wie im vergangenen Fall mit einem einfachen parietalen Verschiebe-Schwenk-Lappen. Der Hebedefekt des Verschiebe-Schwenk-Lappens wurde dann mit einer Spalthaut versehen.

Die histologische Aufarbeitung des Tumors bestätigte den bekannten Befund. Die Wundheilung war komplikationsfrei und der Patient wurde am siebten postoperativen Tag nach Hause entlassen.

Bei der Wiedervorstellung nach drei Monaten zeigten sich punktförmige Tumorrezidive am Resektionsrand an zwei Stellen. Diese waren in deren Frühstadien der Tumorgenese und hatten noch nicht die Unterhaut infiltriert. Diese Tumore wurden in der Ambulanz unter sterilen Kautelen durch Scraping-Manöver entfernt, ohne dass ein erneuter operativer Eingriff unter Intubationsnarkose vonnöten war. Die resultierenden Wunden wurden mit Alginatverbänden zur sekundären Heilung gebracht. Der Patient starb drei Jahre nach dem Eingriff, jedoch mit einer abgedeckten Kopfhaut ohne riechende Ulzeration.

Diskussion

Worin besteht in diesen Fällen der Vorteil für die Patienten? Hat sich das Risiko für die Patienten gelohnt? Und welche Rolle spielen das Alter und das fortgeschrittene Stadium der Erkrankung? Mit diesen Fragen haben wir uns zunächst beschäftigt.

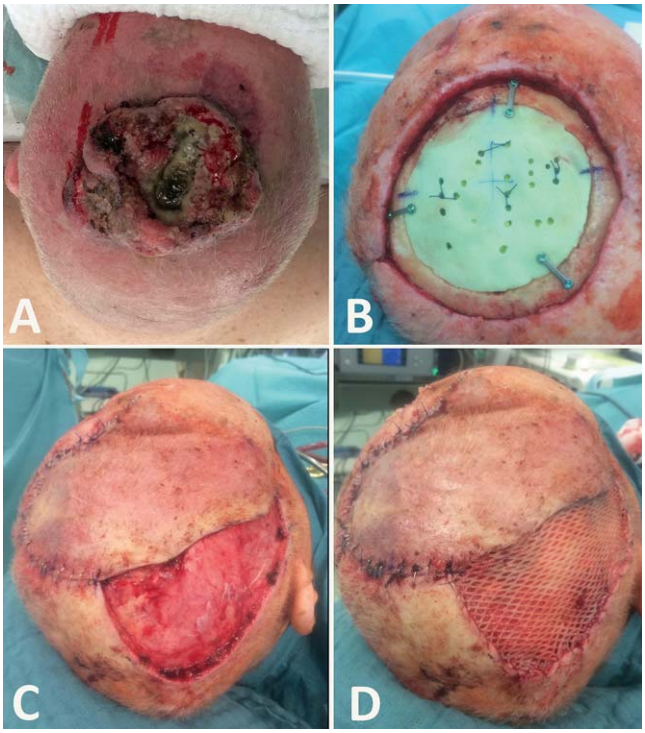


Abb. 3: Das palliative Operationskonzept und der klinische Verlauf des Patienten im Fall 2 mit Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut mit Knochenbeteiligung.
(A) Riechender, ulzerierender Tumor der Kopfhaut bei Z. n. nach Biopsie und Bestrahlung.
(B) Resektion des Tumors ohne Einhaltung des Sicherheitsabstandes, Resektion des zerstörten Knochens und Cranioplastik mittels Polymethyl-Methacrylat (PMMA-Polymer).
(C) Eine einfache, frontale Verschiebe-Schwenk-Lappenplastik wurde zur Deckung des Tumordefektes mobilisiert. Diese Lappenplastik wurde auf eine Ebene oberhalb des gut durchbluteten Galea-Periostes gehoben, damit
(D) eine Spalthaut auf dem Hebedefekt angebracht werden kann.

Der demografische Wandel schreitet voran

Jeder 7. US-Amerikaner und 5. Europäer ist älter als 65 Jahre. Deutschland liegt mit einem Anteil der über 65-Jährigen von 21 % über dem europäischen Durchschnitt von 17 %. Mit einer Lebenserwartung von weiteren mehr als 20 Jahren wird die Altersgruppe der Patienten, die jetzt über 65 Jahre alt sind, zunehmend älter [17]. Mit der steigenden Lebenserwartung wachsen auch die Ansprüche der Patienten bezüglich der Lebensqualität, die stark mit der jeweiligen gesundheitlichen Konstitution verbunden ist. In der Literatur wird zunehmend über gesundheitsbezogene Lebensqualität berichtet (health-related quality of life, HRQoL).

Besonders im Alter stehen die HRQoL bzw. Maßnahmen zur (Wieder-)Herstellung der HRQoL im Zentrum der Diskussion, wenn über eine Therapie, insbesondere über eine operative Therapie entschieden werden soll [18, 19].

Auf der anderen Seite bedeutet das Altern der Bevölkerung in vielen Bereichen der Medizin eine Zunahme der sozio-ökonomischen Belastungen [20]. Maßnahmen, um eine Pflegebedürftigkeit zu vermeiden bzw. zu reduzieren, sollten in der Behandlung älterer Patienten eine zentrale Rolle spielen. Hier kommt der Medizin eine Schlüsselrollle zu, unter den finanziellen Gegebenheiten eine Versorgung im häuslichen Rahmen bis ins hohe Alter nicht nur als eine Herausforderung, sondern als ein zentrales Ziel der Zukunft zu realisieren.

Leider nimmt im Alter die Häufigkeit vieler Erkrankungen zu, insbesondere sind Krebserkrankungen Erkrankungen des Alters. Wie beim cSCC ist die Resektion des Tumors oft die Therapie der ersten Wahl.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Schädels bei Hochbetagten – Palliative Operation zur Erhaltung der Lebensqualität“ von M. Reza Boroumand, Dr. med. Julia Masomi-Bornwasser und Prof. Dr. med. Kartik G. Krishnan finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Januar 2021 bis 24. Juli 2021 möglich.

Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.
Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Laufzeit geändert: Alle CME-Fortbildungen sind jetzt nur noch sechs Monate lang zu bearbeiten.

Wann ist eine Operation im hohen Alter sinnvoll?
Hierbei spielen viele Faktoren eine Rolle. Zunehmend wird im Bereich der Notfallmedizin neben dem chronologischen Alter auf Komorbiditäten zur Beurteilung der Gebrechlichkeit (Frailty) Rücksicht genommen [21]. Diese Überlegungen sind auch auf elektive Eingriffe übertragbar. Zudem werden der subjektiven Einschätzung auch objektive Methoden zur Einschätzung der Gebrechlichkeit gegenübergestellt [22–24].
Allgemein gilt: In jedem Fall sollte der individuelle Patient mit seinen Vorerkrankungen und der persönlichen Konstitution im Fokus stehen und nicht eine altersbedingte Selektion.

Palliativ-Operationen – best supportive care
Die häufigste Definition der Palliativ-Operation ist eine Operation, die Symptome, jedoch nicht die Ursache behandelt.
Eine aus dem Angelsächsischem übernommene Begriffsklärung definiert die Operation bei unheilbarer (Krebs-)Erkrankung zur Linderung der Symptome und Verbesserung der Lebensqualität als „palliative surgery” [25]. In diesem Zusammenhang werden auch die Begriffe „heroic surgery” und „mutilating surgery” erwähnt, wobei hier die Kehrseite der Medaille zum Vorschein kommt. Denn dadurch wirken diese beiden Vorwürfe limitierend auf die Operateure, die sich im Kollegium für diese vermeintlichen Vorwürfe rechtfertigen müssen [26].
In unseren beiden Fallbeispielen haben die Patienten im Rahmen der poststationären Nachsorge mehrfach um die Verbesserung ihrer Lebensqualität durch die Entfernung des Tumors gebeten. Traditionell wird in der Chirurgie die Bedeutung der Linderung der Leiden mit der Wichtigkeit, Krankheiten zu heilen, gleichgesetzt [25]. In diesem Geiste haben wir eine Lösung angestrebt, die die Wiederherstellung der Lebensqualität und Erleichterung des seelischen Leidensdruckes durch Beseitigung der riechenden, ulzerierenden Tumore bedeutete. Ein kurativer Ansatz gemäß den Empfehlungen, also eine Tumorresektion unter Einhaltung der Sicherheitsgrenzen, wurde im Vorfeld onkologisch ausgeschlossen, hätte einen signifikant größeren Eingriff bedeutet und damit die Formierung eines ausgedehnten Defekts. Die zur Defektdeckung notwendige frei vaskularisierte Lappenplastik wäre mit höheren perioperativen Risiken und höherer Operationsmorbidität einhergegangen.

Fazit

Die Therapieentscheidung bei ulzerierenden, riechenden Plattenepithelkarzinomen der Kopfhaut bei Hochbetagten sollte im Optimalfall im Konsens eines interdisziplinären Tumorboards getroffen werden [25].
Das Team muss eine individuelle Abwägung treffen, ob die vorgesehene Behandlungsstrategie dem Patienten schadet oder nutzt, vgl. auch den Krebsinformationsdienst des Deutschen Krebsforschungszentrums. Das bedeutet, neben den extensiveren, den Leitlinien gerechten Operationen auch weniger ausgedehnte, einfachere Operationstechniken in Erwägung zu ziehen. Die Vorteile sind eine kürzere Operationsdauer und damit ein geringeres perioperatives Risiko sowie eine kürzere Krankenhausverweildauer. Eine ausführliche Aufklärung des Patienten über die Operation als ultima ratio-Option ist genauso unerlässlich wie die postoperative Nachsorge.
Schlussendlich befinden sich die Patienten in der sozialen Isolation, da sie oft aus Schamgefühl das öffentliche Leben meiden. Soziale Isolation ist das Gefühl eingesperrt zu sein und bedeutet Verlust der Lebensqualität und -lust. In diesen speziellen Fällen kann die chirurgisch-palliative Therapie mit einer einfachen Operation die Lebenslust und -qualität der Patienten wiederherstellen.

M. Reza Boroumand
Dr. med. Julia Masomi-Bornwasser
Prof. Dr. med. Kartik G. Krishnan

Sektion Neurochirurgie,
Klinik für Unfallchirurgie,
Orthopädie und Neurochirurgie
Kliniken Frankfurt-Main-Taunus,
Standort: Bad Soden am Taunus
E-Mail via: haebl@laekh.de

Literaturhinweise finden sich online unter www.laekh.de, Hessisches Ärzteblatt, Ausgabe 01/2021.
Danksagung: Die Patienten wurden in der Klinik für Neurochirurgie, Universitätsklinikum Gießen unter der Leitung von Prof. Dr. med. Eberhard Uhl behandelt. Wir bedanken uns für die vertrauensvolle Zusammenarbeit und Unterstützung.

Multiple Choice-Fragen:

Das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Schädels bei Hochbetagten – Palliative Operation zur Erhaltung der Lebensqualität

VNR: 2760602021069340003 *(nur eine Antwort ist richtig)*

M. Reza Boroumand, Dr. med. Julia Masomi-Bornwasser, PD Dr. med. Kartik G. Krishnan

1. Welche Antwort ist richtig? Eine der häufigsten Ursachen des Plattenepithelkarzinomes der Haut ist:
1) Rauchen
2) Eltern mit Plattenepithelcarcinom
3) Exposition zur UV-Stahlung
4) Hautdesinfektionsmittel

2. Ein Plattenepithelkarzinom der Haut präsentiert sich als (Mehrfachantwort möglich):
A: Ulzerierte, nicht heilende Wunde
B: fibrinbelegte Wunde mit Ulzeration
C: Schwellung der Unterhaut mit Rötung und Schmerzen
D: Juckreiz

1) B & C
2) A & D
3) A & B
4) C & D

3. Welche Antwort ist richtig? Die typische Lokalisation des Plattenepithelcarcinomes der Haut ist:
1) Mundboden
2) Sonnenexponierte Stellen des Körpers
3) Unterbauch
4) Rücken

4. Für die Einschätzung der Ausdehnung eines Plattenepithelcarcinomes der Kopfhaut sind folgende diagnostische Maßnahmen erforderlich (Mehrfachantwort möglich):
A: Ultraschalluntersuchung
B: Cranielle Computertomographie
C: Knochenzintigraphie
D: Zerebrale Panangiographie

1) A & B
2) B
3) C & D
4) B & C

5. Welche Antwort ist falsch? Das cSCC-cutaneous squamous cell carcinoma...
1) ...ist das zweit häufigste Hautmalignom.
2) ...kommt in 10 % der Fälle im Kopf- und Halsbereich vor.
3) ...kann im fortgeschrittenen Stadium an exponierten Stellen zur Minderung der Lebensqualität führen.
4) ...findet sich häufig an sonnenexponierten Körperstellen.

6. Vervollständigen Sie den Satz: Beim cSCC...
1) ... mit einem Durchmesser < 2 cm sollte eine R0-Resektion mit tumorfreien Rand von 4 mm erzielt werden.
2) ...ist eine Tumorbiopsie ausreichend.
3) ...sind Fernmetastasen häufig.
4) ...ist eine Radiatio-Therapie der ersten Wahl.

7. Vervollständigen Sie den Satz: Bei der Therapie des cSCC...
1) ...ist eine Kontrolle im Intervall von fünf Jahren ausreichend.
2) ...Ziel der Therapie ist eine lokale Kontrolle des Tumorwachstums.
3) ...ist eine Miteinbeziehung anderen Fachdisziplinen bei ausgedehnten Befunden nicht notwendig.
4) ...sollte immer eine R0-Resektion, auch bei palliativen Situationen erfolgen.

8. Welche Antwort ist richtig? Lokalen Rezidive als auch der Metastasen zeigen sich in den ersten zwei Jahren...
1) ...in 30 % der Fälle.
2) ...in 5 % der Fälle..
3: ...in 75 % der Fälle.
4: ...in 90 % der Fälle.

9. Welche Aussage ist richtig?
1) Das cSCC zeigt selten lokale Rezidive.
2) Eine chirurgisch-palliative Therapie dient dem Erhalt der Lebensqualität und soll sozialer Isolation entgegenwirken.
3) Das cSCC ist eine Erkrankung des mittleren Lebensalters.
4) Starke Geruchsentwicklung eines ulzerierenden cSCC spielt nie eine Rolle beim fortgeschrittenen Stadium.

10. In welchem Lymphknoten-Bereich ist das lokale Ausbreitung eher selten?
1) Axilläre Lymphknoten
2) Submandibuläre Lymphknoten
3) Zervikale Lymphknoten
4) Präaurikuläre Lymphknoten

Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor.
E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt/Main.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Das Plattenepithelkarzinom im Bereich des Schädels bei Hochbetagten

Palliative Operation zur Erhaltung der Lebensqualität

von M. Reza Boroumand, Dr. med. Julia Masomi-Bornwasser, Prof. Dr. med. Kartik G. Krishnan

[1] Marks, R., Squamous cell carcinoma. Lancet, 1996. 347(9003): p. 735–8.

[2] Deilhes, F., et al., Advanced Cutaneous Squamous Cell Carcinoma Is Associated with Suboptimal Initial Management in a Cohort of 109 Patients. Dermatology, 2019. 235(6): p. 516–521.

[3] Gloster, H.M., Jr. and D.G. Brodland, The epidemiology of skin cancer. Dermatol Surg, 1996. 22(3): p. 217–26.

[4] Bernier, J., A multidisciplinary approach to squamous cell carcinomas of the head and neck: an update. Curr Opin Oncol, 2008. 20(3): p. 249–55.

[5] Duarte, A.F., et al., Risk factors for development of new skin neoplasms in patients with past history of skin cancer: A survival analysis. Sci Rep, 2018. 8(1): p. 15744.

[6] D'Orazio, J., et al., UV radiation and the skin. Int J Mol Sci, 2013. 14(6): p. 12222–48.

[7] de Gruijl, F. R. and H. Rebel, Early events in UV carcinogenesis--DNA damage, target cells and mutant p53 foci. Photochem Photobiol, 2008. 84(2): p. 382–7.

[8] Euvrard, S., et al., Subsequent skin cancers in kidney and heart transplant recipients after the first squamous cell carcinoma. Transplantation, 2006. 81(8): p. 1093–100.

[9] Black, A. P., et al., p53-specific CD8+ T-cell responses in individuals with cutaneous squamous cell carcinoma]Br J Dermatol, 2005]153(5): p]987–91.

[10] Burton, K. A., Ashack, K. A. and Khachemoune A., Cutaneous Squamous Cell Carcinoma: A Review of High-Risk and Metastatic Disease. Am J Clin Dermatol, 2016. 17(5): p. 491–508.

[11] Newlands, C., et al., Non-melanoma skin cancer: United Kingdom National Multidisciplinary Guidelines. J Laryngol Otol, 2016. 130(S2): p. S125-S132.

[12] Klausner, G., et al., Neck management in head and neck squamous cell carcinomas: where do we stand? Med Oncol, 2019. 36(5): p. 40.

[13] Brodland, D.G. and J.A. Zitelli, Surgical margins for excision of primary cutaneous squamous cell carcinoma. J Am Acad Dermatol, 1992. 27(2 Pt 1): p. 241–8.

[14] Stratigos, A., et al., Diagnosis and treatment of invasive squamous cell carcinoma of the skin: European consensus-based interdisciplinary guideline. Eur J Cancer, 2015. 51(14): p. 1989–2007.

[15] Motley, R., et al., Multiprofessional guidelines for the management of the patient with primary cutaneous squamous cell carcinoma. Br J Plast Surg, 2003. 56(2): p. 85–91.

[16] Hemminki, K. and C. Dong, Subsequent cancers after in situ and invasive squamous cell carcinoma of the skin. Arch Dermatol, 2000. 136(5): p. 647–51.

[17] Bundesamt, S., Alter im Wandel. 2011.

[18] Peeters, C.M., et al., Quality of life after hip fracture in the elderly: A systematic literature review. Injury, 2016. 47(7): p. 1369–82.

[19] Coelho, P., et al., Quality of life after elective cardiac surgery in elderly patients. Interact Cardiovasc Thorac Surg, 2019. 28(2): p. 199–205.

[20] Nowossadeck, E., [Impact of Population Aging on Utilization of Medical Rehabilitation in Germany Till 2040]. Rehabilitation (Stuttg), 2019. 58(2): p. 96–103.

[21] Joseph, B., et al., Emergency General Surgery in the Elderly: Too Old or Too Frail? J Am Coll Surg, 2016. 222(5): p. 805–13.

[22] Lin, H.S., et al., Frailty and post-operative outcomes in older surgical patients: a systematic review. BMC Geriatr, 2016. 16(1): p. 157.

[23] Hubbard, R.E. and D.A. Story, Does frailty lie in the eyes of the beholder? Heart Lung Circ, 2015. 24(6): p. 525–6.

[24] de Vries, N.M., et al., Outcome instruments to measure frailty: a systematic review. Ageing Res Rev, 2011. 10(1): p. 104–14.

[25] Surgeons, A.C.o., Bulletin of the American College of Surgeons, 2005. 90(80): p. 34–35.

[26] McGraw-Hill Concise Dictionary of Modern Medicine, 2002.

20 Jahre „Kommission Lebendspende“ bei der LÄKH

Die Spende, Entnahme und Übertragung von Organen wird seit 1997 durch das Transplantationsgesetz (TPG) geregelt. Hierzu gehört auch die Organentnahme bei lebenden Personen, die so genannte Lebendspende. Sie ist nur unter engen allgemeinen Voraussetzungen (z. B. Volljährigkeit und Einwilligungsfähigkeit) und medizinischen Vorgaben (z. B. absehbaren gesundheitlichen Beeinträchtigungen) möglich. Über diese Lebendspenden muss die sogenannte Kommission Lebendspende gutachterlich Stellung nehmen und die Spenderin/den Spender anhören. Die Aufgaben der „Kommission Lebendspende“ wurden vom Sozialministerium in Wiesbaden der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) übertragen, die daraufhin die Kommission in Absprache eingerichtet hat.

alle Fotos: privat

Die Mitglieder der „Kommission Lebendspende“: Dr. med. Wolfgang Merkle, Dr. jur. Peter Eschweiler und Prof. Dr. med. Albrecht Encke (von links).

Die „Kommission Lebendspende“ hatte ihre konstituierende Sitzung am 17. Januar 2001. Gemäß § 2 des hessischen Gesetzes zur Ausführung des Transplantationsgesetzes (HAGTPG) besteht die Kommission aus drei Mitgliedern (Abs. 1), und für jedes Kommissionsmitglied wird ein stellvertretendes Mitglied bestellt (Abs. 2). Die Mitglieder werden für die Dauer von drei Jahren gewählt (Abs. 3). Sie werden vom Präsidium im Einvernehmen mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration berufen. Zu den Mitgliedern gehört eine Ärztin bzw. ein Arzt, die/der weder an der Entnahme noch an der Übertragung von Organen beteiligt ist und auch nicht Weisungen eines anderen Arztes untersteht, der an solchen Maßnahmen beteiligt ist, ferner eine Person mit der Befähigung zum Richteramt sowie einer Person, die in psychologischen Fragen erfahren ist. In Hessen wird die letztgenannte Position mit einer Fachärztin bzw. einem Facharzt für Psychosomatische Medizin besetzt. Den Vorsitz der „Kommission Lebendspende“ hat die Person mit der Befähigung zum Richteramt inne.

Die „Kommission Lebendspende“ nimmt gutachterlich Stellung, „ob begründete Anhaltspunkte dafür vorliegen, dass die Einwilligung des Spenders in die Lebendspende nicht freiwillig erfolgt oder das zu spendende Organ Gegenstand verbotenen Handeltreibens ist“. In Bezug auf die Freiwilligkeit der Spender muss sich die Kommission ein Bild davon machen, ob es sich tatsächlich um eine eigene Entschei-

Fallbeispiele für Lebendspenden

Fall 1: Unter Geschwistern

Ein 48-jähriger Mann möchte seinem Bruder eine Niere spenden, um ihm wieder zu einer besseren Lebensqualität zu verhelfen und ihm die Dialyse zu ersparen. Er selbst leidet unter einer chronischen Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis und ist sich seiner begrenzten Belastbarkeit bewusst. Nach eigener Einschätzung sei es für ihn jedoch die größte Belastung, wenn er seinem Bruder nicht helfen könne, weil dieser Bruder eine sehr wichtige Person in seinem Leben war und ist. In einem Netz von Struktur und Halt gebender Unterstützung durch einen Betreuer, Psychotherapeuten und Psychiater hat er sich mit seinem Wunsch, dem Bruder eine Niere zu spenden, und den damit verbundenen Risiken ausführlich auseinander gesetzt. Gemeinsam waren sie zu der Einschätzung gekommen, dass er eine Organspende bewältigen kann. Auch durch seine Familie hat er sehr viel Zuwendung und Verständnis erfahren. In der Anhörung hat sich die Kommission ein Bild davon gemacht, ob der potenzielle Spender seine Entscheidung freiwillig getroffen hat, ob er sich der Tragweite bewusst ist und sich den damit verbundenen Belastungen gewachsen fühlt. Da er in einem verlässlichen Unterstützungssystem gut eingebunden ist, gab es keine Einwände der Kommission gegen die Lebendnierenspende, trotz der psychischen Erkrankung.

Fall 2: Unter Freunden

Zwei Freundinnen stellen sich im Transplantationszentrum vor, beide haben Familie und Kinder. Man kenne sich seit der Schulzeit, fahre gemeinsam in Urlaub und auch die Kinder seien miteinander befreundet. Die Erkrankung einer der Freundinnen habe das Leben aller verändert, deshalb habe ihre langjährige Freundin sich im Tx-Zentrum auf eine mögliche Nierenspende untersuchen lassen. Eine Organspende von Personen, die dem Spender in besonderer, persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen, ist laut Gesetz zulässig. Die Kommission ist in der Anhörung zur Einsicht gelangt, dass die Spenderin freiwillig entschieden habe, ein besonders Näheverhältnis vorliegt und das Risiko der Lebendnierenspende berücksichtigt wurde.

Auch Ablehnungen möglich

Natürlich gibt es auch Fälle, die nicht befürwortet werden. Hier handelt es sich meist um Spender, die sich unter offensichtlichem oder verstecktem Druck der Empfänger fühlen. Dies schlägt sich dann oft in einer hochambivalenten Ausführung nieder, sodass zumindest eine Bedenkzeit nötig erscheint. In anderen Fällen ist es offensichtlich, dass die potenziellen Spender der Spende in keiner Weise gewachsen scheinen.

Tab. 1: Übersicht über die Anhörungen der Kommission Lebendspende seit 2001:

Jahr	Anzahl Anhörungen
2001	9
2002	10
2003	10
2004	12
2005	11
2006	12
2007	11
2008	11
2009	12
2010	12
2011	11
2012	12
2013	12
2014	11
2015	12
2016	12
2017	11
2018	12
2019	12
2020	9
Insgesamt	**225**

dung der Organspenderin/des -spenders handelt und sie/er abzuschätzen vermag, was dieser Schritt für die eigene Gesundheit bedeuten kann.

Die häufigsten Lebendspenden sind Lebendnierenspenden. Selten sind die Fälle einer Teilleberlebendspende. Die Lebendspende ist nur zulässig zur Übertragung auf Verwandte ersten oder zweiten Grades, Ehegatten, Verlobte oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer, persönlicher Verbundenheit offenkundig nahe stehen. Eine Organentnahme darf erst durchgeführt werden, wenn Organspender und -empfänger sich zu einer ärztlichen Nachbetreuung bereit erklärt haben. Die Anträge werden von den vier hessischen Transplantationszentren (Frankfurt, Fulda, Gießen und Marburg) an die „Kommission Lebendspende" eingereicht. Um die Antragstellung für die Zentren zu erleichtern, wurde von der Kommission ein Antragsformular sowie Empfehlungen für das psychologische Gutachten erarbeitet. Bei eingereichten Anträgen, bei denen Spender nicht der deutschen Sprache mächtig sind, wird ein unabhängiger Dolmetscher (also kein Familienangehöriger oder Bekannter) hinzugezogen.

Die „Kommission Lebendspende" hat seit 2001 bis Dezember 2020 in 225 Anhörungen insgesamt 812 Anträge der Transplantationszentren begutachtet. Hierbei handelt es sich meistens um Anträge auf Lebendnierenspende. Von diesen 812 Anträgen war ein Antrag auf eine Dünndarmteilspende und 13 Anträge auf eine Teilleberspende zu begutachten (siehe Tab. 1). Die meisten Lebendnierenspenden finden zwischen Ehegatten sowie zwischen Eltern und ihren Kindern statt (siehe Tab. 2).

Neben den in der Regel monatlich stattfindenden Anhörungen der „Kommission Lebendspende" findet einmal im Jahr ein Erfahrungsaustausch der Kommission mit den hessischen Transplantationszentren statt. Dort werden rechtliche Änderungen, Spezialfälle und eine Evaluation der Organspenden des vergangenen Jahres besprochen.

Wir gratulieren der „Kommission Lebendspende" zum 20-jährigen Bestehen und hoffen auf eine weitere gute Zusammenarbeit.

Olaf Bender
Miriam Mißler
Landesärztekammer Hessen

Tab. 2: Übersicht über die Verwandtschaftsgrade seit 2001:

Verwandtschaftsgrad	Anzahl
Ehefrau/Ehemann	176
Ehemann/Ehefrau	94
Mutter/Tochter	70
Mutter/Sohn	84
Vater/Tochter	38
Vater/Sohn	55
Sohn/Mutter	2
Tochter/Mutter	5
Tochter/Vater	4
Sohn/Vater	3
Schwester/Bruder	44
Bruder/Schwester	22
Bruder/Bruder	47
Schwester/Schwester	31
Großmutter/Enkel	2
Weitere Spenderinnen und Spender mit besonderer Verbundenheit	89

Foto: Olaf Bender

Foto: Olaf Bender

Foto: Katja Möhrle

Foto: Jens Haensel

Die stellvertretenden Mitglieder der „Kommission Lebendspende" sind: Prof./Dott. Univ. Rom Vittorio Paolucci, Dr. med. Christine Linkert, Dr. med. Heike Raestrup und Dr. jur. Thomas K. Heinz (alle von links).

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art"
Thema: Lunge – Allergie – Immunologie
Termin: **Mi., 10. März 2021**

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt
Gebühr: 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)

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

Innere Medizin

EKG-Kurs **Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021** **22 P**
Gebühr: 360 € (Akademiemitglieder 324 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

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

Intensiv-Seminar Diabetologie
In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG)
Termin: **Fr., 12.–Sa., 13. Februar 2021** **12 P**
Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)
Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim

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

Aktuelle Diabetologie
In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG) – Regionalgesellschaft Hessen der Deutschen Diabetes Gesellschaft e. V. (DDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Teile 5 + 6: **Mi., 24. März 2021**
Leitung: Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim
Dr. med. P. Bauer, Gießen
Gebühr: 60 € (Akademiemitglieder 54 €)

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

Moderatorentraining

Fr., 26.–Sa., 27. März 2021 **16 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühren: 360 € (Akademiemitglieder 324 €)

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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin
Mi., 31. März 2021 **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)

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

Hygiene/Öffentliches Gesundheitswesen

Refresher Hygienebeauftragter Arzt im Rehawesen
Mi., 03. März 2021
Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Infektiologie

Modul III – Aufbaukurs
„ABS": Mo., 15.–Fr., 19. März 2021 **42 P**
Leitung: Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)
Modul IV – Projektarbeit: Beginn: Fr., 19. März 2021
Leitung: Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt
Gebühr: 750 € (Akademiemitglieder 675 €)

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Mi., 21. April 2021 **Querschnittsfach Reisemedizin**
Leitung: Dr. med. A. Wunder, Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber
Ort: **Frankfurt,** Hanauer Landstraße
Gebühr: 30 € (Akademiemitglieder 27 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Do., 04.–Sa., 06. März 2021 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 450 € (Akademiemitglieder 405 €)

Seminar Leitender Notarzt
Do., 22.–Sa. 24. April 2021
Beginn der Telelernphase: 22. März 2021
Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter, Kassel
Gebühr: 800 € (Akademiemitglieder 720 €)

Notfallmedizin machbar machen
Mi., 17. März 2021 **8 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

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 € (Akademiemitgl. 810 €)
Transfusionsverantwortlicher/-beauftrager/Leiter Blutdepot
Do., 11.–Fr., 12. Februar 2021 **16 P**
(Live-Online-Veranstaltung)
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Do., 25.–Fr., 26. März 2021
Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 360 € (Akademiemitgl. 324 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs
Sa., 20. Februar 2021 (prakt. u. theoretische Unterweisung)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Gebühren: Theoretische Unterweisung: 100 € (Akademiemitglieder 90 €)
Praktische Unterweisung: 60 € (Akademiemitglieder 54 €)

Aktualisierungskurs
Sa., 24. April 2021 **8 P**
Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum

Spezialkurs Interventionsradiologie
Termin in Planung, bitte lassen Sie sich auf die Interessentenliste setzen.
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Ultraschall

Interdisziplinärer Grundkurs – periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße
Fr., 05.–Sa., 06. Februar 2021 (Theorie)
In welcher Form die dazugehörigen, praktischen Übungen durchgeführt werden können, steht zum aktuellen Zeitpunkt noch nicht fest.
Gebühr: 300 € (Akademiemitglieder 270 €)
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum
Aufbaukurs: **Fr., 19.–Sa., 20. März 2021 (Theorie)**
Gebühr: 330 € (Akademiemitglieder 297 €)
Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I
Sa. 20. Februar 2021
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Ort: **Frankfurt, Universitätsklinikum**
Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

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

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Psychotherapie

Fehlerkultur in Zeiten der Corona-Pandemie
Sa., 13. Februar 2021 **7 P**
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt
Gebühr: 90 € (Akademiemitgl. kostenfrei)

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

Ethik

Curriculare Fortbildung „Ambulante Ethikberatung"
Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Theorieteil
Modul 1: Präsenzteil **Fr., 05.–Sa., 06. Februar 2021**
(Live-Online-Veranstaltung)
Selbststudium: 11. Januar–04. Februar 2021

Modul 2: Präsenzteil **Mi., 16. Juni 2021**
Selbststudium: 07. Februar–15. Juni 2020
Gebühr: 690 (Akademiemitglieder 621 €)

Moderationskurs: **Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021**
Gebühr: 340 € (Akademiemitgl. 304 €)
Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg

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

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., 23.–Sa., 24. April 2021** **insg. 34 P**
Teil 2: **Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021**
Teil 3 – Praktikum: in Planung

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 612 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul Ia: **Fr., 26.–Sa., 27. Februar 2021**
Gebühr: 240 € (Akademiemitglieder 216 €)

Modul Ib: **Fr., 19.–Sa., 20. März 2021**
Gebühr: 240 € (Akademiemitglieder 216 €)

Modul Ic: **Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021**
Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul I-III **Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021**
Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

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

Gebühr: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wiederholungsseminar
Schwangerschaftskonfliktberatung nach §§ 218 ff (StGB)
Sa., 20. Februar 2021 **8 P**
Leitung: Dr. med. A. Valet, Herborn
Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

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

Dermatologie

Hautkrebs-Screening
Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 24. März 2021 **8 P**
Leitung: Dr. med. P. Deppert, Dr. med. K. Wiest
Gebühren: 250 € (Akademiemitglieder 232 €) zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

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

Fr., 12.–Sa., 13. März 2021 und Fr., 19.–Sa., 20. März 2021

Gebühr: 650 € (Akademiemitglieder 585 €)

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Mo., 19.–Sa., 24. April 2021

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

Gebühr ges.: 630 € (Akademiemitglieder, BDI und DGIM 567 €)

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

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@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 II:	**Fr., 05.–Sa., 06. März 2021**	**16 P**
Block III:	**Fr., 07.–Sa., 08. Mai 2021**	**16 P**
Block IV:	**Fr., 09.–Sa., 10. Juli 2021**	**16 P**
Block V:	**Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021**	**16 P**
Block VI:	**Fr., 10.–Sa., 11. Dezember 2021**	**16 P**

Gebühren je Block: 280 € (Akademiemitglieder 252 €)

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

Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.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: je Kursblock 500 € (Akademiemitglieder 450 €)

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Block 3	**Fr., 06.–Sa., 07. Februar 2021**
Block 4	**Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021**

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Gebühren: Blöcke 3 u. 4 jeweils 240 € (Akademiemitglieder 216 €)

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 03.–Sa., 06. November 2021

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

Gebühr: 550 € (Akademiemitglieder 495 €)

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: **Mo., 08.–Fr., 12. November 2021**

Beginn der Telelernphase: 11.10.2021

Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt

Gebühren: Block I: 990 € (Akademiemitgl. 891 €)

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-laekh.de

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 - Teil A: **Fr, 25. – Sa, 26.06.2021** **insg. 42 P**
Modul 1 -Teil B: **Fr, 17. – Sa, 18.09.2021**
Modul 1 -Teil C: **Fr. 19. – Sa, 20.11.2021**
Das Seminar besteht aus 3 Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.
Leitung: Dr. med. H. Berberich, Hofheim,
Dr. med. U. Engelbach, Frankfurt
Orte: **Teil A: Bad Nauheim,** BZ der LAEKH
Teil B: Hofheim, Stadthalle
Teil C: auf Anfrage
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Akupunktur

In Kooperation mit der Deutschen Ärztegesellschaft für Akupunktur e. V./DÄGfA.
I. Teil Theorie (120 Std.)
G3-G4: **Fr., 19.–Sa., 20. Februar 2021**
G5-G6 **Fr., 12.–Sa., 13. März 2021**
G7-G8: **Fr., 04.–Sa., 05. Juni 2021**
G9-G10: **Fr., 02.–Sa., 03. Juli 2021**
II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)
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

Sportmedizin

ZTK 4: **Mo., 15.–Di., 16. März 2021**
ZTK 7: **Mi., 17.–Do., 18. März 2021**
ZTK 10: **Fr., 19.–Sa., 20. März 2021**
ZTK 12: **Mo., 30.–Di., 31. August 2021**
ZTK 1: **Mi., 01.–Do., 02. September 2021**
ZTK 11: **Fr., 03.–Sa., 04. September 2021**
ZTK 9: **Mo., 25.–Di., 26. Oktober 2021**
ZTK 3: **Mi., 27.–Do., 27. Oktober 2021**
ZTK 14: **Fr., 29.–Sa., 30. Oktober 2021**
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je ZTK 300 € (Akademiemitgl. 270 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.
Modul I: **Fr., 14.--Sa., 15. Mai 2021** **20 P**
Grundlagen der Schmerzmedizin
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Dr. med. K. Böhme, Kassel

Modul III: **Fr., 18.–Sa., 19. Juni 2021** **20 P**
Muskuloskelettale Schmerzen
Leitung: Dr. med. Sina Moreau, Frankfurt
Dr. med. Gerd Neidhart, Frankfurt

Modul IV: **Fr., 03.–Sa., 04. September 2021** **20 P**
Diverse Schmerzsyndrome
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II: **Fr., 05.–Sa., 06. November 2021**
Schmerzhafte Erkrankungen des peripheren und zentralen Nervensystems, psychische Komorbidität
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Gebühr: jeweils 300 € (Akademiemitgl. 270 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin
Kurs A – Modul I: **Do., 29.–Fr., 30. April 2021**
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 340 € (Akademiemitglieder 306 €)
Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiemitglieder und für die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen. Teilnehmer, für die beides zutrifft, erhalten einen doppelten Rabatt.

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: jeweils 260 € (Akademiemitgl. 234 €)

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

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Arbeitsmedizin

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

Modul 2 **Mo., 22. Februar–Di., 02. März 2021**
Beginn der Telelernphase: 26.01.2021

Modul 3 **Mo., 03.–Di., 11. Mai 2021**
Beginn der Telelernphase: 07.04.2021

Modul 5 **Mo., 06.–Di., 14. September 2021**
Beginn der Telelernphase: 10.08.2021

Modul 4 **Mo., 08.–Di., 16. November 2021**
Beginn der Telelernphase: 12.10.2021

Modul 6 **Mo., 06.–Di., 14. Dezember 2021**
Beginn der Telelernphase: 16.11.2021

Gebühren: je Modul: 750 €
(Akademiemitglieder 675 €)

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

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 1 **Di., 09.–Sa., 13. März 2021** **40 P**
Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)
Leitung: C. Riffel, Darmstadt

Fallseminar Modul 2 **Mo., 07.–Fr., 11. Juni 2021** **40 P**
Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
M.-S. Jost, Eschwege

Fallseminar Modul 3 **Mo., 15.–Fr., 19. November 2021** **40 P**
Gebühr: 840 € (Akademiemitglieder 756 €)
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Kurs-Weiterbildung **Di., 07.–Sa., 11. Dezember 2021** **40 P**
Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)
Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.carl-oelemann-schule.de

Ernährungsmedizin (120 Stunden)

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei der Organisation von Präventionsleistungen sowie bei Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen übernehmen.
Beginn (ERM): Interessentenliste
Gebühr: 980 € zuzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Zusätzlich sind die Themen Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen. Diese können terminlich unabhängig gebucht werden.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Tel.: 06032 782-184, Fax -180

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind MFA, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.
Termin (STR A 1_1): Sa., 24.04.2021, 08:30–17:00 Uhr
Gebühr: 115 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, Fax: -180

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 ambulanten, nichtinvasiven und invasiven diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen zu unterstützen. Weitere Themen sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen.
Termin: Interessentenliste
Gebühr: 1.215 € 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: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Wahrnehmung und Motivation

Inhalte: Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung verstehen, Patienten und Betreuer zur Mitwirkung motivieren, Besonderheiten spezifischer Patientengruppen berücksichtigen.
Termin (PAT 2_1): Do., 01.04.2021, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 100 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Fachkraft für Impfmanagement (40 Stunden)

Inhalte: Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, Best practice des Impfmanagements. Die Teilnehmenden erarbeiten Fallbeispiele für ihren Tätigkeitsbereich. Das Lehrgangskonzept beschreibt eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die anhand einer Aufgabenstellung selbstständig erarbeitet wird. Die Teilnahme an der 8-stündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.
Termine (IMP): Interessentenliste
Gebühr: 430 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte MFA sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.
Termin (BET): Interessentenliste
Gebühr: 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, 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_1): Mi., 10.03.2021, 13:30– 17:45 Uhr
Gebühr: 80 €
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax: -180

Kommunikation und Gesprächsführung

Inhalte: Techniken der Kommunikation, Gesprächsführung insbesondere mit spezifischen Patientengruppen, Telefonkommunikation, Konfliktlösungsstrategien, Auseinandersetzung mit der Berufsrolle
Termin (PAT 1_1): Mi., 31.03.2021, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 100 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Pandemiebedingt stehen alle Termine unter Vorbehalt – wir bitten um Ihr Verständnis

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende – zur Vorbereitung auf die Sommerprüfung

Abrechnung: EBM
Termin (PVK 1_1): Di., 06.04.2021, 09:30–16:00 Uhr oder
(PVK 1_2): Sa., 17.04.2021, 09:30–16:00 Uhr
Termin dezentral in Kassel:
(PVK 1_3): Sa., 27.03. 2021, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 90 €

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ
Termin (PVK 2_1): Sa., 27.02.2021, 09:30–16:00 Uhr oder
(PVK 2_2): Sa., 05.06.2021, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 90 €

Abschlussprüfung praktischer Teil – Termine:
(PVK 3_2): Fr., 14.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_3): Sa., 15.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_4): Sa., 22.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_5): Di., 25.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_6): Mi., 26.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_7): Fr., 04.06.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 3_8): Sa., 05.06.2021, 09:30–17:45 Uhr
Gebühr: € 100

Medizinische Fachkunde
Termin (PVK 4_1): Sa., 13.03.2021 und Sa., 27.03.2021, jeweils 09:30–16:00 Uhr oder
(PVK 4_2): Sa., 20.03.2021 und Do., 01.04.2021, jeweils 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: € 140

Präsenzlabor und EKG praktisch
Termin (PVK 5_1): Sa., 29.05.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 5_2): Sa., 12.06.2021, 09:30–17:45 Uhr oder
(PVK 5_3): Sa., 19.06.2021, 09:30–17:45 Uhr
Gebühr: 100 €

Kompaktkurs:
Praktische Übungen kaufmännischer Prüfungsinhalte
Termin (PVK 7_1): Fr., 04.06.2021, 09:30–16:00 Uhr oder
(PVK 7_2): Sa., 19.06.2021, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 90 €

Kontakt:
Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175, Fax: -180
Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung & Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.

Termin: Interessentenliste
Gebühr Pflichtteil: 1.630 €
Prüfungsgebühren: 200 €

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):
Carl-Oelemann-Schule (COS)
Website: www.carl-oelemann-schule.de
Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

Übernachtungsmöglichkeit und Buchungsanfrage:
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

Genderneutrale Sprache

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

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

Keine Aufnahme sexueller Kontakte während des Arzt-Patienten-verhältnisses*

In einem rechtskräftigen Urteil vom 26. August 2020 (Az.: 25 A 2252/18.B) hat das Landesberufsgericht für Heilberufe bei dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof (LBG) einige grundsätzliche Feststellungen getroffen, die sowohl allgemeine rechtliche Aspekte der Berufsaufsicht und ihrer verfahrensmäßigen Umsetzung als auch die Verhaltensregeln im Arzt-Patientenverhältnis betreffen. Nachfolgend soll der letztgenannte Komplex aufgegriffen werden.

Sachverhalt

Das Berufsgericht für Heilberufe bei dem Verwaltungsgericht Gießen (BG) hatte mit Urteil vom 5. September 2018 (Az.: 21 K 683/17.GI.B) einem Arzt wegen Verstoßes gegen § 7 Abs. 7 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) unter Erteilung eines Verweises eine Geldbuße von 5.000 Euro auferlegt. Dagegen hatte der Verurteilte Berufung beim LBG eingelegt, die mit dem o. g. Urteil vom 26. August 2020 zurückgewiesen wurde.

Der beschuldigte Arzt war von den Eltern des damals noch minderjährigen Jugendlichen mit erheblicher Suchtproblematik um ärztliche Hilfe bei diesbezüglich anstehenden Entscheidungen, auch bezüglich einer Drogentherapie, gebeten worden. Es entstand ein Behandlungsverhältnis. Nach mehreren, gescheiterten, Therapieversuchen tauchte der inzwischen 20-jährige junge Mann wieder in seiner Praxis auf. Bei den Eltern hatte er Hausverbot erhalten, war mittel- und wohnungslos. Er erhielt vom Beschuldigten über mehrere Monate Medikamente, teilweise verschreibungspflichtige, gegen seine Entzugserscheinungen und u. a. eine Wohnung zur Verfügung gestellt. Dort kam es zwischen beiden mindestens dreimal zu Anal- und Oralverkehr, den der Beschuldigte teilweise mit seinem Mobiltelefon filmte. Seit seinem Auftauchen in der Praxis wurde der junge Mann auch wieder als Patient in der Krankenakte geführt. Einige Zeit nach dem Auszug aus der Wohnung des Beschuldigten verstarb der junge Mann an den Folgen einer Mischintoxikation.

Sexuelle Kontakte im Arzt-Patientenverhältnis

Der Vorwurf, mit dem die Berufsgerichtsbarkeit sich auseinandersetzte, ging dahin, dass der Beschuldigte die grundlegende Verhaltensregel in der Berufsordnung verletzt hat, wonach Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit Patientinnen und Patienten sexuelle Kontakte weder aufnehmen (noch dulden) dürfen (§ 7 Abs. 7 der geltenden Berufsordnung – wortgleich mit den entsprechenden Regelungen der Vorgängerfassungen).

Das LBG hält in Bestätigung des erstinstanzlichen Gerichts dieses „Abstinenzgebot“, welches über das Verbot des Missbrauchs der Behandlungssituation in § 174c Strafgesetzbuch (StGB) hinausgehe, für sinnvoll und erforderlich, um im Sinne der Grundregel ärztlichen Berufsrechts die gewissenhafte Berufsausübung und, in der Entsprechung, das dem Arzt oder der Ärztin entgegengebrachten Vertrauen zu sichern (vgl. § 22 Hessisches Heilberufsgesetz, HeilBG). Mit dem Gebot, sich sexueller Kontakte mit Patientinnen und Patienten gänzlich zu enthalten, solle das Arzt-Patientenverhältnis von jeglichen die Objektivität des Arztes oder der Ärztin beeinflussenden Faktoren freigehalten werden.

Auch sexuelle Kontakte in der Privatsphäre sind betroffen

Hier hatte der Arzt vorgetragen, es habe sich um einen privaten sexuellen Kontakt außerhalb seiner Praxisräume gehandelt, der berufsrechtlich irrelevant sei. Nach Auffassung des Gerichts kommt es dagegen nicht darauf an, wo der sexuelle Kontakt räumlich stattfindet. Entscheidend sei vielmehr, dass er während des Bestehens des Behandlungsverhältnisses „aufgenommen“ werde, egal, ob im beruflichen oder privaten Umfeld. Ausgehend von den tatsächlichen Feststellungen zum Sachverhalt, wonach der ursprünglich obdachlose Patient vom Beschuldigten über mehrere Monate eine private Wohnung zur Verfügung gestellt bekam, Medikamente und Geldzuwendungen erhielt, führt das Gericht dazu wörtlich aus: „Es soll vielmehr vermieden werden, dass ein Sexualpartner oder eine Sexualpartnerin eines Arztes oder einer Ärztin sich aufgrund dieses Verhältnisses Behandlungsvorteile verschafft, indem etwa ärztlich eigentlich nicht indizierte Behandlungsmethoden oder Verschreibung von nicht notwendigen Medikamenten begehrt werden, die der Arzt aufgrund der persönlichen Beziehung zu erbringen bereit ist. Um die Auswirkungen sexueller Beziehungen auf das Arzt-Patientenverhältnis „in beide Richtungen“ von vorneherein auszuschließen und andererseits auch den Arzt oder die Ärztin vor objektivitätseinschränkenden Einflüssen zu bewahren, ist das strikte „Abstinenzgebot“ in die Berufsordnung aufgenommen worden.

Aus dem Wortlaut der Regelung folge selbstverständlich, dass in bestehende Partnerbeziehungen nicht eingegriffen werden solle; dazu hatte die Verteidigung nämlich vorgebracht, ein derart striktes Abstinenzgebot verbiete beispielsweise einem Arzt, seine Ehefrau zu behandeln. Auf der Grundlage des in diesem Zusammenhang von der Verteidigung angeführten Urteils des

Bundesgerichtshofs vom 14.04.2011 (Az.: 4 StR 669/10; juris, Rdnr. 38ff.) sei hier eine verfassungskonform einschränkende Auslegung der Regelung in der Berufsordnung geboten, da in die Satzungsautonomie der Ärzteschaft nur insoweit eingegriffen werden dürfe, „als dies unabdingbar erforderlich ist". Soweit seine allgemeine Handlungsfreiheit (Art. 2 Abs. 1 GG) betroffen sei, habe der behandelnde Arzt/die behandelnde Ärztin die Möglichkeit, das Arzt-Patientenverhältnis im Falle des Bedürfnisses nach sexuellen Kontakten zu beenden und die Behandlung durch eine(n) andere(n) Berufsangehörige(n) weiterführen zu lassen. Es bestünden somit Handlungsalternativen, sich berufspflichtkonform zu verhalten, die nicht als generell unzumutbar anzusehen seien.

Generelles Ahndungsbedürfnis von Verstößen

Das LBG hält es für unbedingt geboten, dass die Landesärztekammer in Ausübung ihrer gesetzlichen Verpflichtung, „die Erfüllung der Berufspflichten der Kammerangehörigen zu überwachen" (§ 5 Abs. 1 Ziff. 1 HeilBG), in solchen Fällen regelmäßig berufsaufsichtlich einzuschreitet. Dazu führt das Gericht wörtlich aus:

„Das Vertrauen der Öffentlichkeit – und damit inbegriffen jedes einzelnen Patienten – in die sorgfältige und korrekte Durchführung der ärztlichen Tätigkeit ist grundlegend für die Erzielung von Behandlungserfolgen. Da in diesem Behandlungsverhältnis häufig eine beruflich bedingte Nähe – gegebenenfalls unter Ablegung der Bekleidung – und die persönliche Nähe durch die Angabe und das Eingestehen körperlicher oder seelischer Defizite erforderlich ist, muss sichergestellt sein, dass „übergriffiges Verhalten" eines Arztes nicht zu befürchten ist. Außerdem muss gewährleistet werden, dass die ärztliche Objektivität nicht durch eine „sexuelle Komponente" überlagert und damit eventuell beeinträchtigt wird. Ein Verstoß gegen den essenziellen Grundsatz der sexuellen Enthaltsamkeit in einem Behandlungsverhältnis erfordert in jedem Fall eine Ahndung im entsprechenden berufsrechtlichen Verfahren. Einer Beschädigung des Ansehens der Ärzteschaft ist in diesem Fall in besonderem Maße entgegenzutreten".

Auf die weiteren, eingangs erwähnten, Darlegungen allgemeinrechtlicher, grundsätzlicher Art in diesem Urteil soll in einem späteren Beitrag eingegangen werden.

Christiane Loizides
Ermittlungsführerin
der Berufsgerichtsabteilung der LÄKH,
Vizepräsidentin des
Verwaltungsgerichts a. D.

Foto: privat

* § 7 Abs. 7 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen

Nachruf

Großes Engagement für medizinischen Assistenzberuf: Erinnerung an Erika Hartmann

*** 26.04.1938 † 29.12.2020**

Foto: Verband medizinischer Fachberufe e. V.

Für ihr großes Engagement wurde Erika Hartmann u. a. mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.

Über Jahrzehnte hat sie sich für die Ausbildung von Arzthelferinnen und Arzthelfern in Hessen und auf Bundesebene eingesetzt. Am 29. Dezember 2020 ist Erika Hartmann, die am 26. April 1938 in Berlin geboren wurde, im Alter von 82 Jahren in Marburg gestorben.

„Mit ihrem außerordentlichen Engagement hat Erika Hartmann Generationen von Arzthelferinnen und Arzthelfern geprägt", würdigt Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, die Verstorbene. „Grundlage für den anspruchsvollen Beruf der Arzthelferin bzw. des Arzthelfers – heute Medizinische Fachangestellte – an der Seite der Ärztin und des Arztes in der Patientenversorgung ist eine hochwertige Ausbildung. Dafür hat sich Erika Hartmann leidenschaftlich eingesetzt und sich auch für eine Änderung der Berufsbezeichnung stark gemacht."

Hartmann begleitete die Novellierung der Ausbildungsordnung zur Arzthelferin als Sachverständige und verfasste 1986 das Buch „Die Ausbildung der Arzthelferin in der Praxis". Viele Jahre arbeitete sie als Arzthelferin in der Arztpraxis ihres Ehemannes und bildete in dieser Zeit 15 Arzthelferinnen mit aus.

Von 1987 bis 1999 war sie stellvertretendes Mitglied und von 1999 bis 2005 ordentliches Mitglied im Vorstand der Carl-Oelemann Schule (COS) der Landesärztekammer Hessen. Seit Ende der 70er-Jahre unterrichtete sie als Dozentin in der COS und war stellvertretendes Mitglied im Berufsbildungsausschuss der Ärztekammer.

Seit 1972 gehörte Erika Hartmann dem Berufsverband der Arzthelferinnen an, der 2006 in den Verband medizinischer Fachberufe e. V. umbenannt wurde. Von 1985 bis 2001 war Hartmann Mitglied im Landesvorstand Hessen des Verbandes. Für ihr außergewöhnliches Wirken zeichnete der Verband sie mit der Ehrenmitgliedschaft aus.

Im Juli 1998 wurde Erika Hartmann das Ehrenzeichen der Deutschen Ärzteschaft für ihr herausragendes Engagement für den Beruf der Arzthelferinnen durch den damaligen Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Marburg Dr. med. Klaus Uffelmann überreicht. Im November 1999 erhielt sie das Verdienstkreuz am Bande des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland.

In Trauer und ehrenvollem Gedenken
Landesärztekammer Hessen

Foto: © marog-pixcells – stock.adobe.com

Herstellung von Arzneimitteln in der ärztlichen Praxis

Auslegungshilfe zur Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung, § 13 (2b) AMG

Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev, Regina Hörsken, Dr. med. Hans Harjung

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

Ärzte dürfen ohne eine Herstellungserlaubnis Arzneimittel in ihrer Praxis zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten herstellen. Diese Tätigkeit muss allerdings der zuständigen Überwachungsbehörde angezeigt werden. In diesem Artikel wird der rechtliche Rahmen beschrieben sowie die Überwachung dieser Tätigkeit aufgrund der veröffentlichten Auslegungshilfe zur Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung.

Rechtlicher Rahmen

Bis 2009 konnten Ärzte sowie andere zur Ausübung der Heilkunde befugte Personen (Heilpraktiker) Arzneimittel herstellen und persönlich anwenden, soweit dies unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung erfolgte, ohne dass diese Arzneimittelherstellung den Bestimmungen des Arzneimittelgesetzes (AMG) unterlag. Die 15. Novelle zur Anpassung des AMG hat 2009 diese Rechtslage – nach der Gesetzesbegründung aus Gründen der Arzneimittelsicherheit – maßgeblich geändert.

Ärzte und Heilpraktiker bedürfen daher nach aktueller Rechtslage grundsätzlich weiterhin keiner Herstellungserlaubnis, solange sie Arzneimittel zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten herstellen (§ 13 Abs. 2b AMG). Diese Ausnahme gilt allerdings nicht für neuartige Therapien (Advanced Therapy Medicinal Products, ATMP; u. a. Gentherapeutika, somatische Zelltherapeutika bzw. biotechnologisch bearbeitete Gewebeprodukte) und xenogene Arzneimittel. Auch die Herstellung von Arzneimitteln, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind, ist nicht erlaubnisfrei, es sei denn, es handelt sich nur um eine Rekonstitution (Definition: siehe Kasten „Gesetzlicher Rahmen“, nur in unserer Online-Ausgabe).

Die erlaubnisfrei herzustellenden Arzneimittel sind allerdings nach § 67 AMG mit ihrer Bezeichnung und Zusammensetzung durch den herstellenden Arzt bzw. Heilpraktiker der zuständigen Überwachungsbehörde anzuzeigen (Informationen dazu unter: www.zlg.de). Die Anwendung von Arzneimitteln ist nicht Gegenstand der Überwachung nach § 64 AMG.

Eine erlaubnisfreie Herstellung ist auch gemäß § 20d AMG für Ärzte vorgesehen, die Gewebe oder Gewebezubereitungen persönlich bei einem Patienten anwenden. Für die Gewinnung von Gewebe oder die für die Gewinnung erforderlichen Laboruntersuchungen (§ 20b AMG) sowie für die Be- und Verarbeitung, Konservierung, Prüfung, Lagerung oder das Inverkehrbringen von Geweben oder Gewebezubereitungen (§ 20c AMG) ist ergänzend zur Anzeige nach § 67 AMG ein Antrag auf Herstellungserlaubnis zu stellen.

Was ist eine Herstellung von Arzneimitteln?

Die Herstellung von Arzneimitteln ist im § 4 Abs. 14 AMG definiert. Danach ist Herstellen „das Gewinnen, das Anfertigen, das Zubereiten, das Be- oder Verarbeiten, das Umfüllen einschließlich Abfüllen, das Abpacken, das Kennzeichnen und die Freigabe“ eines Arzneimittels.

Beispiele für eine Herstellung sind Mischinjektionen und Mischinfusionen. Damit ist z. B. die Herstellung von Mischungen schmerzlindernder und/oder entzündungshemmender Medikamente zur Schmerztherapie eine Arzneimittelherstellung nach § 13 Abs. 2b AMG und damit anzeigepflichtig. Weite-

re Beispiele für Arzneimittelherstellung sind u. a. die Mischung einer Glukose- und Aminosäuren-Infusionslösung zur parenteralen Ernährung, die Herstellung einer Lösung zum oralen Glukosetoleranztest, die Aufbereitung von Eigenblutinjektionen und das Zubereiten von Testallergenen für die Epikutantestung.

Sonderfall Rekonstitution

Hiervon als Sonderfall abzugrenzen ist die nicht anzeigepflichtige Rekonstitution eines Fertigarzneimittels (§ 13 Abs. 1a AMG) – also eines Arzneimittels, das im Voraus hergestellt und in einer zur Abgabe an den Verbraucher bestimmten Packung in den Verkehr gebracht wurde, zusätzlich aber unmittelbar vor Anwendung in seine anwendungsfähige Form gebracht werden muss. Ein Beispiel für Rekonstitution ist das Auflösen von Lyophilisaten und Pulvern z. B. beim Gebrauchsfertigmachen von Impfstoffen.

Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln

Die Überwachung des Verkehrs mit Arzneimitteln – und damit auch die Überwachung der Herstellung – obliegt in Deutschland den zuständigen Behörden der Länder, also der Arbeitsgemeinschaft der Obersten Landesgesundheitsbehörden (AOLG). Ihr nachgeordnet sind Arbeitsgruppen wie u. a. die Arbeitsgruppe Arzneimittel-, Apotheken-, Transfusions- und Betäubungsmittelwesen (AG AATB). Im Dezember 2017 legte die AG AATB einen Leitlinienentwurf mit Anforderungen an die erlaubnisfreie Herstellung steriler Arzneimittel vor, mit dem Ziel, eine bundeseinheitliche Grundlage nach § 13 Abs. 2b AMG zu schaffen.

Der Leitlinienentwurf konnte sich aber nicht durchsetzen und wurde von der AG AATB zu einer Auslegungshilfe für die Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung von sterilen Arzneimitteln umformuliert. Die im August 2018 verabschiedete 35-Seiten-Version soll ausdrücklich als Handlungshilfestellung für Ärzte und Heilpraktiker dienen (verfügbar unter: www.zlg.de → Arzneimittel → Service → Dokumente).

Überwachung der erlaubnisfreien Herstellung von sterilen Arzneimitteln

Als Basis der erlaubnisfreien Herstellung sieht die Auslegungshilfe vor, dass jeder Arzt oder Heilpraktiker die für die individuelle Herstellung angemessenen Bedingungen zur Qualitätssicherung festlegen, anwenden und darüber die erforderlichen Nachweise führen soll – dies unter Beachtung der gesetzlichen Vorgaben. Die Auslegungshilfe listet auch explizit die einschlägigen Regelwerke sowie weitere Empfehlungen, Leitlinien etc. der Überwachungsbehörden der Länder auf. Alle diese sind implizit vom herstellenden Arzt und Heilpraktiker zu kennen.

Risikomanagement

Laut Auslegungshilfe können folgende vier Grundsatzfragen zur Risikoidentifizierung herangezogen werden:

- Welche Fehler können auftreten?
- Wie hoch ist die Wahrscheinlichkeit, dass solche Fehler auftreten?
- Welche Maßnahmen zur frühzeitigen Entdeckung von Fehlern bestehen (Kontrollstrategie)?
- Was sind die Folgen für den Patienten (Schweregrad)?

Die daraus abgeleiteten Risiken sollen in angemessener Weise auf ein vertretbares Maß verringert oder bestenfalls ausgeschaltet werden – dies gilt es in Reviews ständig neu zu überpüfen.

Risikobewertung

Als Risikobewertung werden aufgeführt:

- Art der Applikation
- Dauer der Applikation
- Komplexität der Herstellung
- Dosierung
- Qualität der Ausgangsstoffe
- Vulnerabilität des Patienten
- vorhandene räumliche Gegebenheiten

► Daraus werden drei Risikoklassen – niedrig, mittel, hoch – abgeleitet, an die sich die Vorgaben und Maßnahmen zur Risikominimierung orientieren.

Aufgrund des Risikos, Patienten zu schädigen, wird die verbindliche Einführung eines Qualitätssystems für die erlaubnisfreie Herstellung nach § 13 Abs. 2b AMG gefor-

Foto: © marog-pixcells – stock.adobe.com

dert. Zu diesem Qualitätssicherungssystem mit u. a. Schulung des assistierenden Personals, Anforderungen an Räumlichkeiten und Ausrüstung, Prozess- und Methodenvalidierung, Hygienemaßnahmen etc. gibt die Auslegungshilfe konkrete Empfehlungen, auch zur notwendigen Protokollierung des Herstellungsprozesses und zu den Anforderungen an die Qualitätskontrolle. Der Nachweis der Einhaltung der Qualitätsparameter ist vom Arzt oder Heilpraktiker in geeigneter Weise zu führen.

Insbesondere ist zu beachten, dass auch die Prüfung von Arzneimitteln einschließlich mikrobiologischer Prüfungen durch externe Prüfeinrichtungen (z. B. Labore) der Anzeigepflicht gem. § 67 AMG unterliegt. Das Prüfergebnis muss aber der Arzt oder Heilpraktiker verantworten. Die Auslegungshilfe bietet im Anhang ein Muster einer Risikobewertung der Herstellung von Arzneimitteln sowie eine beispielhafte Checkliste.

Folgen für die ärztliche Praxis

Der Versuch, die Überwachungspraxis zu vereinheitlichen, ist begrüßenswert. Allerdings ist eine unterschiedliche Auslegung sowie Priorisierung der beschriebenen Maßnahmen durch die 36 Landesbehörden nicht auszuschließen. Das macht es unmöglich, eine genaue Empfehlung für die Ärzteschaft abzugeben.

Primäres Ziel der Auslegungshilfe sollte die Verbesserung der Qualität der Arzneimittelversorgung sein. Für die erfolgreiche Umsetzung der Auslegungshilfe ist es unabdingbar, dass es sich um sinnvolle und praktikable Anforderungen handelt. Die aufgestellten Anforderungen dürfen dabei weder die ärztliche Therapiefreiheit einschränken noch unverhältnismäßig sein. Inwieweit dies bei den vorliegenden umfangreichen und detaillierten Vorgaben zum Qualitätsmanagement inklusive Risikomanagement noch gegeben ist, darf angezweifelt werden. […]

Insgesamt ist die Verhältnismäßigkeit des beschriebenen Maßnahmenkatalogs kritisch zu hinterfragen. Zur erlaubnisfreien Herstellung von Parenteralia durch den Arzt wird ein umfängliches Qualitätssicherungssystem vorausgesetzt und Maßnahmen beschrieben, die sämtliche Teilaspekte abdecken, die für erlaubnispflichtige Herstellungstätigkeiten nach § 13 Abs. 1 AMG vorgeschrieben sind. Die Forderung eines solchen derart umfänglichen Qualitätssicherungssystems erscheint unverhältnismäßig und nicht mit der gesetzlich verankerten erlaubnisfreien Herstellung nach § 13 Abs. 2b AMG vereinbar. […]

Zu begrüßen hingegen ist die Klarstellung in der Auslegungshilfe, dass mit Ausnahme der homöopathischen Eigenblutanwendung nach Homöopathischem Arzneibuch (HAB) alle anderen Anwendungen von Eigenblut bzw. die Herstellung dieser Produkte in der Praxis unter das Transfusionsgesetz (TFG) fallen und somit ausschließlich von Ärzten durchgeführt werden dürfen. […]

Fazit für die Praxis

Trotz der Einwände aller Organisationen der ärztlichen Standesvertretung ist die Auslegungshilfe verabschiedet worden. Es empfiehlt sich daher für die ärztliche Praxis, die üblichen Herstellungsvorgänge nach § 13 Abs. 2b AMG zu überprüfen und zu evaluieren. Besonders wichtig ist es sicherzustellen, dass eine Anzeige nach § 67 AMG bei der zuständigen Landesbehörde (www.zlg.de) erfolgt ist. Informationen sowie Merkblätter dazu finden sich auf den Internetseiten der Kassenärztlichen Vereinigungen.

Dr. P.H. Stanislava Dicheva-Radev
E-Mail: avp@akdae.de

Regina Hörsken
Dr. med. Hans Harjung

* Den vollständigen Artikel mit den Literaturangaben und weiteren hilfreichen Links (Quellen [7–15]) lesen Sie in „Arzneiverordnung in der Praxis (AVP), Ausgabe 1–2, März 2019 Kommentare, kostenfrei abrufbar unter: www.akdae.de. Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt direkt zum Artikel.

Fortsetzung nächste Seite

Foto: © marog-pixcells – stock.adobe.com

Gesetzlicher Rahmen: Arzneimittel-Gesetz (AMG) [1]

§ 4 Sonstige Begriffsbestimmungen

(15) Qualität ist die Beschaffenheit eines Arzneimittels, die nach Identität, Gehalt, Reinheit, sonstigen chemischen, physikalischen, biologischen Eigenschaften oder durch das Herstellungsverfahren bestimmt wird.

(31) Rekonstitution eines Fertigarzneimittels zur Anwendung beim Menschen ist die Überführung in seine anwendungsfähige Form unmittelbar vor seiner Anwendung gemäß den Angaben der Packungsbeilage oder im Rahmen der klinischen Prüfung nach Maßgabe des Prüfplans.

§ 5 Verbot bedenklicher Arzneimittel

(1) Es ist verboten, bedenkliche Arzneimittel in den Verkehr zu bringen oder bei einem anderen Menschen anzuwenden.

(2) Bedenklich sind Arzneimittel, bei denen nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der begründete Verdacht besteht, dass sie bei bestimmungsgemäßem Gebrauch schädliche Wirkungen haben, die über ein nach den Erkenntnissen der medizinischen Wissenschaft vertretbares Maß hinausgehen.

§ 8 Verbote zum Schutz vor Täuschung

(1) Es ist verboten, Arzneimittel oder Wirkstoffe herzustellen oder in den Verkehr zu bringen, die

1. durch Abweichung von den anerkannten pharmazeutischen Regeln in ihrer Qualität nicht unerheblich gemindert sind oder
2. mit irreführender Bezeichnung, Angabe oder Aufmachung versehen sind. Eine Irreführung liegt insbesondere dann vor, wenn
   a) Arzneimitteln eine therapeutische Wirksamkeit oder Wirkungen oder Wirkstoffen eine Aktivität beigelegt werden, die sie nicht haben,
   b) fälschlich der Eindruck erweckt wird, dass ein Erfolg mit Sicherheit erwartet werden kann oder dass nach bestimmungsgemäßem oder längerem Gebrauch keine schädlichen Wirkungen eintreten,
   c) zur Täuschung über die Qualität geeignete Bezeichnungen, Angaben oder Aufmachungen verwendet werden, die für die Bewertung des Arzneimittels oder Wirkstoffs mitbestimmend sind.

§ 13 Herstellungserlaubnis

(2b) Einer Erlaubnis nach Absatz 1 bedarf ferner nicht eine Person, die Arzt ist oder sonst zur Ausübung der Heilkunde bei Menschen befugt ist, soweit die Arzneimittel unter ihrer unmittelbaren fachlichen Verantwortung zum Zwecke der persönlichen Anwendung bei einem bestimmten Patienten hergestellt werden. Satz 1 findet keine Anwendung auf

1. Arzneimittel für neuartige Therapien und xenogene Arzneimittel sowie
2. Arzneimittel, die zur klinischen Prüfung bestimmt sind, soweit es sich nicht nur um eine Rekonstitution handelt.

§ 55 Arzneibuch

(8) Bei der Herstellung von Arzneimitteln dürfen nur Stoffe und die Behältnisse und Umhüllungen, soweit sie mit den Arzneimitteln in Berührung kommen, verwendet werden und nur Darreichungsformen angefertigt werden, die den anerkannten pharmazeutischen Regeln entsprechen.

§ 67 Allgemeine Anzeigepflicht

(1) Betriebe und Einrichtungen, die Arzneimittel entwickeln, herstellen, klinisch prüfen oder einer Rückstandsprüfung unterziehen, prüfen, lagern, verpacken, einführen, in den Verkehr bringen oder sonst mit ihnen Handel treiben, haben dies vor der Aufnahme der Tätigkeiten der zuständigen Behörde, bei einer klinischen Prüfung bei Menschen auch der zuständigen Bundesoberbehörde, anzuzeigen.

(2) Ist die Herstellung von Arzneimitteln beabsichtigt, für die es einer Erlaubnis nach § 13 nicht bedarf, so sind die Arzneimittel mit ihrer Bezeichnung und Zusammensetzung anzuzeigen.

Neues Team in der Bezirksärztekammer Wiesbaden

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden freut sich, dass nach langer Vakanz der Bereich Sekretariat/Sachbearbeitung mit Sigrid Knodt langfristig neu besetzt werden konnte und somit wieder voll funktionsfähig ist. Die engagierte und kompetente Unterstützung und Beratung unserer Mitglieder in allen relevanten Bereichen durch das nunmehr vollständige Team ist wieder sichergestellt.
Dies nehmen wir gerne zum Anlass, unser Team vorzustellen:

Dr. med. Michael Weidenfeld, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

Sigrid Knodt, Sekretariat und die fachkundige Stelle für die betriebsärztliche-sicherheitstechnische Praxisbetreuung (Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen, kurz AbBA).

Sylvia Conrad, Ärztliches Meldewesen

Annette Weber, MfA-Ausbildungswesen

In den Räumen unserer Bezirksärztekammer an der Wilhelmstraße 60 bieten wir seit nunmehr acht Jahren die Durchführung von ärztlichen Qualitätszirkeln und Arbeitsgruppen der Kammer (z. B. Juristenrunde) an.
Die Mitglieder des Bereiches Wiesbaden sind eingeladen, Anregungen und Wünsche sowie Anfragen und Anmerkungen gerne an uns heranzutragen.

Dr. med. Michael Weidenfeld
Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

Kontakt: Wilhelmstraße 60, 65183 Wiesbaden; Fon: 0611 97748-0; Fax: 0611 97748-41; E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de

Dr. med. Michael Weidenfeld – Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

Sigrid Knodt – Sekretärin/ Fachkundige Stelle

Annette Weber – Ausbildungswesen Medizinische Fachangestellte

Sylvia Conrad – Meldewesen

Fotos (4): Sylvia Conrad

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung
Über die vorzeitige Zulassung erhält der/die Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner/ihrer regulären Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine/ihre Leistungen während der gesamten Ausbildungszeit dies rechtfertigen.
Die einzelnen Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung in Verbindung mit den aktuellen Prüfungsterminen können im Internet unter: https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/pruefungen abgerufen werden.

Goldenes Doktorjubiläum

Geburtstage

Jahresabschluss der Landesärztekammer

Bilanz zum 31. Dezember 2019, Landesärztekammer Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt am Main

AKTIVA

	€	31.12.2019 €	Vorjahr T€
A. Anlagevermögen			
I. Immaterielle Vermögensgegenstände			
1. Software	224.840,08		238
2. Anzahlungen auf Software	190.987,36		102
		415.827,44	340
II. Sachanlagen			
1. Grundstücke und Bauten	44.052.579,78		9.606
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.964.440,35		644
3. Anlagen im Bau	0,00		2.240
		46.017.020,13	12.490
III. Finanzanlagen			
1. Beteiligungen	4.579,74		5
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	11.458.620,36		11.505
		11.463.200,10	11.510
		57.896.047,67	24.340
B. Umlaufvermögen			
I. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände			
1. Forderungen			
a) Forderungen aus Kammerbeiträgen	1.561.562,43		1.705
b) Sonstige Forderungen	713.473,27		498
2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	0,00		0
3. Sonstige Vermögensgegenstände	66.952,72		89
		2.341.988,42	2.292
II. Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten		10.005.868,47	29.713
davon täglich fällig: € 9.997.770,47 (Vj.: € 29.704.009,15)		12.347.856,89	32.005
C. Rechnungsabgrenzungsposten		104.945,03	114
		70.348.849,59	56.459
Treuhandvermögen		510.195,61	522

Anhang 2019

I. Allgemeines

Die Landesärztekammer Hessen ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts und hat ihren Sitz in Frankfurt am Main.

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2019 wurde nach den deutschen handelsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften und nach den Vorschriften der Haushalts- und Kassenordnung der Landesärztekammer Hessen aufgestellt. Die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung orientiert sich am Haushaltsplan der Körperschaft. Im Berichtsjahr wurde die Darstellung der Gewinn- und Verlustrechnung zur Verbesserung der Nachvollziehbarkeit der Rücklagenentwicklung verändert. In Anlage VII wurde zur Herstellung der Vergleichbarkeit die Vorjahresgliederung entsprechend angepasst.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet.

Hessen zum 31. Dezember 2019

PASSIVA

	€	31.12.2019 €	Vorjahr T€
A. Eigenkapital			
Rücklage			
1. Betriebmittelrücklage	8.218.953,15		11.557
2. Instandhaltungsrücklage	4.036.702,78		3.833
3. Rücklage Kammerneubau	8.142.978,53		8.282
4. Rücklage Immobilie Bad Nauheim	4.355.402,17		4.619
5. Bilanzgewinn	0,00		0
		24.754.036,63	28.291
B. Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse		2.441.260,16	2.600
C. Rückstellungen			
1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	23.845.110,94		21.759
2. Sonstige Rückstellungen	1.594.282,99		1.619
		25.439.393,93	23.378
D. Verbindlichkeiten			
1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	14.566.763,25		0
2. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträge	76.505,78		63
3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	1.922.479,97		571
4. Sonstige Verbindlichkeiten	1.146.589,87		1.553
davon Verbindlichkeiten aus Steuern: € 204.784,01 (Vj.: € 171.762,12)		17.712.338,87	2.187
davon im Rahmen der sozialen Sicherheit: € 8.503,54 (Vj.: € 0,00)			
E. Rechnungsabgrenzungsposten		1.820,00	3
		70.348.849,59	56.459
Treuhandverbindlichkeiten		510.195,61	522

Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 50 Jahren bei Gebäuden und Außenanlagen und drei bis 15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von T€ 1 werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang zum Ende des Geschäftsjahres wird unterstellt.

Die zur Finanzierung von Sachanlagen in den Vorjahren erhaltenen öffentlichen Zuschüsse wurden in einen passiven Sonderposten eingestellt. Der Sonderposten wird entsprechend der Abschreibungsdauer der bezuschussten Sachanlagen ertragswirksam aufgelöst.

Die Beteiligungen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

Die Wertpapiere des Anlagevermögens sind mit ihren Anschaffungskosten bzw. dem niedrigeren Kurswert zum Bilanzstichtag angesetzt.

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Posten des Anlagevermögens	Anschaffungs/Herstellungskosten				
	01.01.2019	Zugang	Umbuchungen	Abgang	31.12.2019 stand
		€	€	€	€
I. Immaterielle Vermögensgegenstände					
1. Software	2.374.319,47	123.103,48	0,00	1.983,24	2.495.439,71
2. Anzahlungen auf Software	101.839,73	89.147,63	0,00	0,00	190.987,36
	2.476.159,20	212.251,11	0,00	1.983,24	2.686.427,07
II. Sachanlagen					
1. Grundstücke und Bauten	18.504.268,93	33.530.613,15	2.075.350,45	0,00	54.110.232,53
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattungen	5.468.215,28	1.886.547,14	0,00	1.115.758,56	6.238.913,86
3. Anlagen im Bau	2.239.692,54	0,00	-2.075.350,45	164.342,09	0,00
	26.212.176,75	35.417.070,29	0,00	1.280.100,65	60.349.146,39
Gesamt I. - II.	**28.688.335,95**	**35.629.321,40**	**0,00**	**1.282.083,89**	**63.035.573,46**
III. Finanzanlagen					
1. Beteiligungen	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	11.849.197,95	3.043.217,79	0,00	3.331.007,12	11.561.408,62
	11.853.777,69	3.043.217,79	0,00	3.331.007,12	11.565.988,36
Gesamt I. - III.	**40.542.113,64**	**38.672.539,19**	**0,00**	**4.613.091,01**	**74.601.561,82**

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Forderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (noch nicht abgeschlossene Beitragsveranlagungen) wurden mit einem durchschnittlichen Beitragssatz, der sich aus den für 2019 veranlagten Kammerbeiträgen ergibt, abzüglich eines Sicherheitsabschlags angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrundeliegenden Verträge ermittelt.

Das Eigenkapital der Landesärztekammer besteht aus der Betriebsmittelrücklage, gemäß § 3 Abs. 5 der Haushalts- und Kassenordnung, die den regelmäßigen Betriebsmittelbedarf von mindestens drei und höchstens sechs Monaten decken soll. Die Betriebsmittelrücklage darf sich innerhalb dieses Korridors bewegen, aber die maximale Sollrücklage von sechs Monaten nicht überschreiten. Eine Unterschreitung der minimalen Sollrücklage ist hingegen im Falle ausreichender flüssiger Mittel zulässig. Bei einem absehbaren Verlassen des Korridors sind das Präsidium und der Finanzausschuss mit Gegenmaßnahmen zu befassen. Des Weiteren hat die Landesärztekammer zweckgebundene Rücklagen zur Finanzierung von Instandhaltungen sowie von langfristig nutzbaren Vermögensgegenständen des Anlagevermögens (Immobilien) gebildet.

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem Teilwertverfahren unter Verwendung der Richttafeln 2018G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Im Jahr 2019 wurde ein Zinssatz in Höhe von 2,71 % zur Abzinsung verwendet, der dem Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (2,71 % zum 31.12.2019 auf der Basis eines 10-Jahresdurchschnitts) entspricht. Zwischen der LÄKH und dem Personalrat wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Änderung der Regelung für die betriebliche Altersversorgung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vereinbart. Der interne Rechnungszins wird bis 31.12.2020 mit 2,00 % (vorher 3,25 %) festgeschrieben. Der Renteneckwert wird einmalig zum 01.01.2018 um 2,00 % erhöht und in den darauffolgenden Jahren um 1,5 %. Sofern sich ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte (mindestens 0,5 %), wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen.

Des Weiteren wurden die nachfolgenden Parameter bei der Berechnung berücksichtigt:

- Gehaltstrend p. a. 2,0 %
- Rententrend p. a. 1,0 %

Der für Zwecke der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach § 253 Abs. 6 HGB verwendete durchschnittliche Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre beträgt 1,97 % p. a. Der Unterschiedsbetrag beträgt T€ 2.812, der grundsätzlich einer Ausschüttungssperre unterliegt.

Als Ruhestandsbeginnalter wurde die Regelaltersgrenze in der gesetzlichen Rentenversicherung nach dem RV-Altersgrenzenanpassungsgesetz vom 20.04.2007 angesetzt.

	Kumulierte Abschreibungen				Buchwerte	
01.01.2019 €	Zugang €	Zuschreibung €	Abgang €	31.12.2019 €	**31.12.2019** €	31.12.2018 €
2.136.401,29	134.198,34	0,00	0,00	2.270.599,63	224.840,08	237.918,18
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	190.987,36	101.839,73
2.136.401,29	134.198,34	0,00	0,00	2.270.599,63	415.827,44	339.757,91
8.898.709,53	1.158.943,22	0,00	0,00	10.057.652,75	44.052.579,78	9.605.559,40
4.823.768,84	502.593,28	0,00	1.051.888,61	4.274.473,51	1.964.440,35	644.446,44
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	2.239.692,54
13.722.478,37	1.661.536,50	0,00	1.051.888,61	14.332.126,26	46.017.020,13	12.489.698,38
15.858.879,66	**1.795.734,84**	**0,00**	**1.051.888,61**	**16.602.725,89**	**46.432.847,57**	**12.829.456,29**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
343.422,86	9.050,76	88.777,97	160.907,39	102.788,26	11.458.620,36	11.505.775,09
343.422,86	9.050,76	88.777,97	160.907,39	102.788,26	11.463.200,10	11.510.354,83
16.202.302,52	**1.804.785,60**	**88.777,97**	**1.212.796,00**	**16.705.514,15**	**57.896.047,67**	**24.339.811,12**

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf einem Gutachten der Firma Mercer. Die Bewertung wird mittels der sog. „Projected-Unit-Credit-Methode" (PUC-Methode) durchgeführt. Der Rückstellungsbetrag gemäß der PUC-Methode ist definiert als der versicherungsmathematische Barwert der bis zum Stichtag zeitanteilig erdienten Jubiläumsleistungen. Der Rückstellungsbetrag wurde unter Einbeziehung von Trendannahmen hinsichtlich der zukünftigen Anwartschaftsentwicklung sowie evtl. Fluktuationswahrscheinlichkeiten ermittelt.
Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden die Richttafeln 2018 G von Klaus Heubeck verwendet. Die Bewertung erfolgte mit einem Zinssatz von 1,97 % p. a., einem Gehaltstrend von 2,50 % p. a. und einem BBG-Trend von 3,00 % p. a.
Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Die Bilanzierung erfolgt mit dem Erfüllungsbetrag. Sofern die Restlaufzeit der Rückstellungen mehr als ein Jahr beträgt, wurden die Rückstellungen mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abgezinst.
Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag bilanziert.

III. Angaben und Erläuterungen zur Bilanz und zur Gewinn- und Verlustrechnung

1. Anlagevermögen
Die Zusammensetzung und Entwicklung des Anlagevermögens sind aus dem Anlagenspiegel ersichtlich.

2. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände
Sämtliche Forderungen sind innerhalb eines Jahres fällig.

3. Sonstige Rückstellungen
Die sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen mit T€ 481 Jubiläumsrückstellungen, T€ 390 Rückstellungen für Archivierung, T€ 348 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub sowie T€ 130 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten.

4. Verbindlichkeiten
Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr betragen € 1,0 Mio. (Vj. € 0,00), von mehr als einem Jahr € 13,6 Mio. (Vj. € 0,00) und davon mehr als 5 Jahren € 9,6 Mio. Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten sind in voller Höhe über eine Grundschuld auf das Kammergebäude in Frankfurt besichert.
Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig.

5. Gewinn- und Verlustrechnung
Der Aufwand aus der Abzinsung von langfristigen Rückstellungen für Pensions- und Jubiläumsverpflichtungen beträgt rund T€ 663 (Vj. T€ 700) und wird im Personalaufwand ausgewiesen.

6. Ergebnisverwendung
Das Präsidium schlägt der Delegiertenversammlung vor, den Jahresfehlbetrag von T€ 3.049 durch Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage auszugleichen.

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2019, mit Gegenüberstellung zum Haushaltsvoranschlag 2019

Aufwendungen	Haushaltsvoranschlag 2019 €	Ist 2019 €	- Titelunterschreitung + Titelüberschreitung €
I. Personalaufwendungen			
1. Löhne und Gehälter	12.298.100,00	11.494.695,34	-803.404,66
2. Aushilfen	85.000,00	113.848,46	28.848,46
3. Gesetzlicher sozialer Aufwand	2.260.200,00	2.171.823,51	-88.376,49
4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung	2.694.800,00	2.931.481,19	236.681,19
5. Berufsgenossenschaft	128.500,00	148.706,99	20.206,99
6. Leihpersonal	10.000,00	189.276,87	179.276,87
7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückerstattung	299.100,00	322.473,26	23.373,26
	17.775.700,00	17.372.305,62	-403.394,38
II. Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit			
1. Aufwandsentschädigung Gremien	1.445.600,00	1.436.536,16	-9.063,84
2. Freie Mitarbeiter, Honorare, Vergütungen	2.442.000,00	2.314.290,68	-127.709,32
	3.887.600,00	3.750.826,84	-136.773,16
III. Abschreibungen	1.743.900,00	1.795.734,84	51.834,84
IV. Sonstige Aufwendungen			
1. Raumkosten	1.785.300,00	1.742.966,28	-42.333,72
2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten	1.354.100,00	1.360.340,43	6.240,43
3. EDV- und Kommunikationskosten	1.061.200,00	971.863,58	-89.336,42
4. Büro- und Verwaltungskosten	557.100,00	722.984,07	165.884,07
5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen	1.582.200,00	1.615.531,99	33.331,99
6. Übrige betriebliche Kosten	1.710.300,00	1.859.488,36	149.188,36
	8.050.200,00	8.273.174,71	222.974,71
V. Neutraler Aufwand	40.000,00	193.387,92	153.387,92
VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	176.900,00	194.338,27	17.438,27
VII. Steuern vom Einkommen und Ertrag	0,00	4.699,20	4.699,20
Summe der Aufwendungen	**31.674.300,00**	**31.584.467,40**	**-89.832,60**
Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)			
Zuführung in die Rücklagen			
Betriebsmittelrücklage	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*289.216,59*	*289.216,59*
Rücklage Kammerneubau	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	*0,00*	*0,00*	*0,00*
	0,00	*289.216,59*	*-289.216,59*
davon neutraler Aufwand	*0,00*	*0,00*	

IV. Sonstige Pflichtangaben

1. Sonstige finanzielle Verpflichtungen

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen T€ 3.429 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2030.

2. Durchschnittliche Zahl der Beschäftigten

Während des Geschäftsjahres 2019 waren durchschnittlich 265 Arbeitnehmer bei der Körperschaft beschäftigt.

3. Angaben zu den Organen der Landesärztekammer und deren Bezüge

- Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2019 folgende Ärztinnen und Ärzte an:
- Dr. med. Edgar Pinkowski – Präsident – niedergelassener Arzt
- Monika Buchalik – Vizepräsidentin – niedergelassene Ärztin
- Michael Andor – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Dr. med. Lars Bodammer – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Wolf Andreas Fach – Beisitzer – angestellter Arzt
- Dr. med. Jürgen Glatzel – Beisitzer – Arzt im Ruhestand
- Christine Hidas – Beisitzerin – angestellte Ärztin
- Dr. med. Barbara Jäger – Beisitzerin – niedergelassene Ärztin

Erträge	Haushalts-voranschlag 2019 €	Ist 2019 €	- Titelunter-schreitung + Titelüber-schreitung €
I. **Kammerbeiträge**	16.658.200,00	16.909.517,09	251.317,09
II. **Übrige Erträge**			
1. Fort- und Weiterbildung	2.711.500,00	3.277.571,45	566.071,45
2. Überbetriebliche Ausbildung	1.491.000,00	1.480.090,00	-10.910,00
3. Gutachterliche Tätigkeiten	1.300.000,00	1.203.337,90	-96.662,10
4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen	425.200,00	487.396,75	62.196,75
5. Sonstige Gebühren und Geldbußen	129.500,00	136.418,60	6.918,60
6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus	285.000,00	281.864,96	-3.135,04
7. Kostenerstattungen	3.623.800,00	3.123.490,19	-500.309,81
8. Mitgliedsbeiträge Akademie	420.000,00	433.750,00	13.750,00
9. Sonstige Erträge	98.700,00	67.449,68	-31.250,32
	10.484.700,00	10.491.369,53	6.669,53
III. **Neutraler Ertrag**	534.500,00	699.500,38	165.000,38
IV. **Zinsen und ähnliche Erträge**	182.500,00	435.082,40	252.582,40
Summe der Erträge	27.859.900,00	28.535.469,40	675.569,40
Jahresfehlbetrag/Jahresüberschuss (nachrichtlich)	**-3.814.400,00**	**-3.048.998,00**	**765.402,00**
V. **Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage**	3.814.400,00	3.048.998,00	-765.402,00
	31.674.300,00	**31.584.467,40**	**-89.832,60**
Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)			
Entnahme aus den Rücklagen			
Betriebsmittelrücklage zur Finanzierung Jahresfehlbetrag	*3.814.400,00*	*3.048.998,00*	*-765.402,00*
Betriebsmittelrücklage zur Zuführung Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*289.216,59*	*289.216,59*
Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*85.214,29*	*85.214,29*
Rücklage Kammerneubau	*0,00*	*139.317,63*	*139.317,63*
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	*0,00*	*263.172,24*	*263.172,24*
	3.814.400,00	*3.825.918,75*	*11.518,75*
davon neutraler Ertrag	*0,00*	*487.704,16*	

- Dr. med. Susanne Johna – Beisitzerin – angestellte Ärztin
- Michael Thomas Knoll – Beisitzer – niedergelassener Arzt
- Svenja Krück – Beisitzerin – angestellte Ärztin
- Dr. med. H. Christian Piper – Beisitzer – Arzt im Ruhestand
- Dr. med. Peter Zürner – Beisitzer – Arzt im Ruhestand

Im Geschäftsjahr 2019 erhielten die Mitglieder des Präsidiums für ihre Tätigkeit im Vorstand Aufwandsentschädigungen in Höhe von T€ 258.
Für den Präsidenten und die Vizepräsidentin wurden Rückstellungen für Übergangsgelder gebildet. Sie belaufen sich zum 31.12.2019 auf T€ 85.

4. Ereignisse nach dem Abschlussstichtag
Bezüglich der Risiken aus der Covid-19-Pandemie verweisen wir auf den Lagebericht („3.2. Mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie“).

Frankfurt am Main, 23.04.2020

Dr. med. Edgar Pinkowski
Monika Buchalik
Michael Andor
Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Dr. med. Jürgen Glatzel
Christine Hidas
Dr. med. Barbara Jäger
Dr. med. Susanne Johna
Michael Thomas Knoll
Svenja Krück
Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Peter Zürner

Lagebericht 2019

1. Geschäftstätigkeit und Rahmenbedingungen

Die Landesärztekammer Hessen ist nach § 1 des Gesetzes über die Berufsvertretungen, die Berufsausübung, die Weiterbildung und die Berufsgerichtsbarkeit der Ärzte, Zahnärzte, Tierärzte, Apotheker, Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (Heilberufsgesetz) in der Fassung vom 25. Mai 2018 eine Körperschaft des öffentlichen Rechts.

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 27. November 2018, sind Organe der Kammer
die Delegiertenversammlung sowie
das Präsidium.

Seit dem Umzug im Juni 2019 lautet die Anschrift des Verwaltungssitzes 60314 Frankfurt am Main, Hanauer Landstr. 152.

In Bad Nauheim befindet sich das Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung und die Carl-Oelemann-Schule (für Medizinische Fachangestellte) führen dort Aus-, Weiter- und Fortbildungsveranstaltungen durch. Im „Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule" werden die Teilnehmer der Überbetrieblichen Ausbildung beherbergt.

Die Bezirksärztekammern in Darmstadt, Frankfurt/Main, Gießen, Kassel, Marburg und Wiesbaden nehmen die dezentralen Aufgaben der Landesärztekammer nach regionalen Gesichtspunkten wahr.

Als besondere Einrichtung der Landesärztekammer Hessen mit eigener Satzung hat das Versorgungswerk die Aufgabe, für die Kammerangehörigen und ihre Hinterbliebenen Versorgungsleistungen zu gewähren, soweit sie Mitglieder des Versorgungswerkes sind. Gemeinsames Organ der Landesärztekammer und des Versorgungswerkes ist die Delegiertenversammlung. Die Rechnungslegung des Versorgungswerkes erfolgt gesondert.

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.02.2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 03. Mai 2018, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor.

Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

2. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

2.1. Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

Der Mitgliederbestand der LÄKH hat sich im Berichtsjahr wie folgt entwickelt (siehe Tabelle 1).

Das Beitragsaufkommen (Betriebsleistung) des laufenden Veranlagungsjahres lag (u. a. durch eine von der Delegiertenversammlung beschlossenen Beitragssenkung) mit T€ 16.082 unter dem Vergleichswert des Vorjahres (T€ 16.485). Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 827 (Vorjahr T€ 1.272) erzielt werden.

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 24.11.2018 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsplan 2019 umfasst einen Investitionshaushalt in Höhe von T€ 36.427 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) in Höhe von T€ 27.860 bzw. Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) in Höhe von T€ 31.674. Daraus ergibt sich ein geplanter Verlust in Höhe von T€ –3.814. Der tatsächliche Jahresfehlbetrag beläuft sich auf T€ –3.049, der vorbehaltlich der Zustimmung der Delegiertenversammlung durch eine Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage ausgeglichen werden soll.

Die Haushaltspositionen im Verwaltungshaushalt lt. Haushalts- und Kassenordnung verhielten sich im Einzelnen zu den Planansätzen wie folgt:

- A.I. „Kammerbeitrag": positive Planabweichung (T€ 251).
- A.II. „Übrige Erträge": positive Planabweichung (T€ 7).
- B.I. „Personalaufwand": positive Planabweichung (T€ 403).
- B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare": positive Planabweichung (T€ 137).
- B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen": negative Planabweichung (T€ 52); diese ist darauf zurückzuführen, dass Bestandteile des neuen Verwaltungsgebäudes in der Hanauer Landstraße 152 über eine kürzere Nutzungsdauer abgeschrieben werden als ursprünglich geplant. Im Vergleich zur geplanten Nutzungsdauer von 50 Jahren beträgt die tatsächliche durchschnittlich 40 Jahre.
- B.IV. „Sonstige Aufwendungen": negative Planabweichung (T€ 223); diese ist u. a. darauf zurückzuführen, dass Planungskosten von T€ 245 im Zusammenhang mit dem Projekt Hanauer Landstr. 152 ursprünglich im Investitionshaushalt veranschlagt waren, jedoch tatsächlich über den Verwaltungshaushalt abgerechnet wurden.

Tab. 1: Mitgliederbestand der Landesärztkammer Hessen (Quelle: Beitragsbuchhaltung)

	Stand 01.01.2019	Stand 31.12.2019	Entwicklung 2019
Pflichtmitglieder	27.290	27.395	105
Freiwillige Mitglieder	2.880	2.935	55
Beitragsfreie Mitglieder	6.356	6.992	636
Gesamt	**36.526**	**37.322**	**796**

- F. „Neutrales Ergebnis“: positive Planabweichung (T€ 12).
- G. „Finanzergebnis“: positive Planabweichung (T€ 230).

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 804 unterschritten. Die tatsächlichen Investitionen betrugen T€ 35.623. Durch die Aktivierung des im April 2019 termingerecht fertig gestellten Verwaltungsgebäudes belaufen sich die tatsächlichen Investitionen in der Position II. Bauten, Grundstücke auf T€ 33.524.

Die tatsächlichen Investitionen verhielten sich im abgelaufenen Jahr zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- „Immaterielle Wirtschaftsgüter“: positive Planabweichung (T€ 10).
- II. „Immobilien“: positive Planabweichung (T€ 194).
- „Betriebs- und Geschäftsausstattung“: positive Planabweichung (T€ 600); davon korrespondieren T€ 245 mit den unter B.IV „sonstige Aufwendungen“ genannten Planungskosten, die ursprünglich im Investitionshaushalt veranschlagt waren, jedoch tatsächlich über den Verwaltungshaushalt abgerechnet wurden.

Die Bilanzsumme stieg gegenüber dem Vorjahr (T€ 56.459) um T€ 13.890 auf T€ 70.349.

Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzpositionen werden festgestellt.

Aktivseite:

- deutliche Zunahme der Sachanlagen durch die Aktivierung des Verwaltungsgebäudes Hanauer Landstr. 152.
- deutlicher Rückgang der flüssigen Mittel durch Zahlung des Kaufpreises für das Verwaltungsgebäude Hanauer Landstr. 152.

Passivseite:

- Deutlicher Rückgang der Betriebsmittelrücklage durch Ausgleich des geplanten Jahresfehlbetrags.
- Rückgang der Zweckgebundenen Rücklagen durch planmäßige ratierliche Auflösung der zweckgebundenen Gebäuderücklagen „Kammerneubau“, „Immobilie Bad Nauheim“. Die ertragswirksamen Auflösungen führen zu einer Dämpfung der Kosteneffekte, die sich aus den Gebäudeabschreibungen ergeben. Erhöhung der Instandhaltungsrücklage „Seminargebäude und Gästehaus“ nach Verbrauch und Zuführung.
- Reduzierung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch planmäßige Auflösung in Höhe der Abschreibungen der geförderten Vermögensgegenstände.
- Deutliche Erhöhung der Rückstellungen u. a. aufgrund der Absenkung des Rechnungszinses.
- Bildung der Bilanzposition „Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten“ durch Auszahlung eines Immobilien Darlehens zur Finanzierung des Gebäudeerwerbs Verwaltungsgebäude Hanauer Landstr. 152.
- Deutliche Zunahme der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen aufgrund noch nicht gezahlter Rechnungen; davon betreffen in einem erheblichen Maße Gewährleistungseinbehalte, die im Folgejahr durch Bürgschaften abgelöst werden.
- Rückgang der sonstigen Verbindlichkeiten u. a. durch im Vergleich zum Vorjahr niedrigere rückzahlbare nicht verbrauchte Mittel für die Vertrauensstelle Krebsregister an das Land Hessen.

Durch den Jahresfehlbetrag im Berichtsjahr in Höhe von T€ –3.049 und die Auflösung sowie Zuführung zweckgebundener Gebäuderücklagen verringert sich das Eigenkapital auf T€ 24.754 (Vorjahr T€ 28.291). Davon beträgt die Betriebsmittelrücklage T€ 8.219. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln höchstens für sechs und mindestens für drei Monate gedeckt sein soll (Jahresabschluss 2019: T€ 29.776, d. h. für sechs Monate = T€ 14.888 bzw. für drei Monate T€ 7.444).

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 57.896 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 51.912 (Rücklagen und langfristige Rückstellungen) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad beträgt 90 %.

2.2. Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22.11.2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung trat zum 01.01.2004 in Kraft. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.

Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“, der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“. Insgesamt betragen die Treuhandvermögen T€ 510 (Vorjahr T€ 522).

2.3. Personalbericht

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief größtenteils im Rahmen des im Personalhaushalt für 2019 vorgesehenen Umfangs. In der Weiterbildungsabteilung erfolgten allerdings außerplanmäßige Umstrukturierungen und Personalmaßnahmen, die durch neue zusätzliche Aufgaben wie beispielsweise die Umsetzung der Musterweiterbildungsordnung oder die Implementierung der Fachsprachenprüfungen ausgelöst wurden. Zusätzliche Stellenbesetzungen über den Haushaltsplan hinaus führten zu außerplanmäßigen Mehrkosten, mit denen der Finanzausschuss in zwei Sitzungen befasst wurde. Ein weiterer wesentlicher Teil der Erhöhung des Personalbestandes ist auf die Ausweitung der Aufgaben der von der Landesärztekammer Hessen betriebenen Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters im Auftrag des Landes Hessen zurückzuführen – Ausbau von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Die Ausweitung der Stellen wird bis voraussichtlich 2020 den Großteil der Personalausstattungsentwicklung einnehmen. Mit dem Land Hessen ist vertraglich die Übernahme aller Kosten im Zusammenhang mit der steigenden Personalausstattung vereinbart. Durch zusätzliche Aufgaben im Bereich der Ärztlichen Weiterbildung ist auch hier eine Erhöhung der Personalausstattung notwendig geworden.

Von den Mitarbeiter/-innen der Landesärztekammer Hessen unterlagen in 2019 weniger als 10 % der Belegschaft den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 01.01.2010 geltenden Tarifvertrag TV-H. Für den Großteil der Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung.

Die Niedrigzinssituation führt seit Jahren zu steigenden Rückstellungen in der betrieblichen Altersversorgung in Form der Direktzusage. Neben der bereits erfolgten Umstellung von der Direktzusage auf ein beitragsfinanziertes Modell wurde dem Problem der steigenden Rückstellungen zusätzlich dadurch entgegengewirkt, dass in dem System der Direktzusage eine Absenkung der internen Verzinsung von 3,25 % auf 2 % ab dem 01.01.2018 mit dem Personalrat vereinbart wurde. Dies führt zu einer gebremsten Dynamik der zukünftigen Anspruchszuwächse, welche sich direkt auf die Entwicklung der Rückstellungen für die betriebliche Altersversorgung auswirkt. Sofern sich ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte – gemessen am Höchstrechnungszins für Versicherungen –, wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen.

2.4. Immobilienerwerb

Am 25. März 2017 hatte die Delegiertenversammlung den Erwerb eines neuen schlüsselfertig zu erstellenden Verwaltungsgebäudes in der Hanauer Landstraße 152, Frankfurt beschlossen. Die geplanten Anschaffungskosten betrugen ursprünglich ca. 33 Mio. zuzgl. Nebenkosten. Die Nutzfläche beträgt ca. 5.750 m² zuzgl. ca. 100 Tiefgaragenparkplätze. Das Präsidium war ermächtigt worden, die hierfür erforderlichen Verträge zu schließen. Am 11.05.2017 wurde der notarielle Kaufvertrag vom Präsidenten und der Vizepräsidentin auf der Grundlage eines Präsidiumsbeschlusses vom 03.05.2017 unterzeichnet.

Zur Finanzierung des Kaufpreises wurde im Januar 2018 auf der Grundlage eines Präsidiumsbeschlusses, dem eine Empfehlung des Finanzausschusses vorausging, ein Darlehensvertrag in Höhe von T€ 15.000 und einer Laufzeit von 15 Jahren geschlossen. Die Eigenmittel wurden durch Teilveräußerung des Wertpapiervermögens im März 2018 bereitgestellt. Zur Finanzierung wurde zum 31.12.2016 u. a. eine zweckgebundene Rücklage in Höhe von T€ 4.444, die aus dem Verkauf des ehemaligen Kammergebäudes in der Broßstraße resultiert, gebildet. Diese wurde um den Jahresüberschuss 2017 und einen anteiligen Jahresüberschuss 2018 auf T€ 8.282 erhöht.

Kosten und Baufortschritt entwickelten sich im Rahmen der Planvorgaben. Der geplante Übergabetermin (30.04.2019) konnte eingehalten werden. Mit der Übergabe wurde der Kaufpreis abzüglich diverser Sicherheitseinbehalte fällig. Gleichzeitig erfolgte die Auszahlung des Darlehens durch die Apotheker- und Ärztebank an die Landesärztekammer. Auch der Umzug verlief planmäßig am 15.06.2019 vor Ablauf des Mietvertrags des alten Verwaltungsgebäudes.

Das Baubudget Projekt Hanauer Landstr. 152 (Investitionen + Projektkosten 2017 bis 2019) wurde eingehalten. Das von der Delegiertenversammlung freigegebene Baukostenbudget einschließlich Nebenkosten des Erwerbs wurde um T€ 223 unterschritten. Die von der Delegiertenversammlung genehmigten Budgets für die Inneneinrichtung einschließlich Medientechnik wurden ebenfalls eingehalten. Zum 31.12.2019 betrug die Planunterschreitung bezogen auf die Summe aller Investitionen und Projektkosten T€ 589. Siehe dazu auch Tabelle 2.

Zum Bilanzstichtag waren noch nicht alle Maßnahmen abgeschlossen. Einschließlich der im Folgejahr gebuchten und geschätzten Restkosten wird die Planunterschreitung nach Abschluss aller Maßnahmen voraussichtlich ca. T€ 250 betragen. Insofern wird das Projekt voraussichtlich innerhalb des Projektbudgets abgeschlossen werden können.

3. Voraussichtliche Entwicklung

3.1. Haushalterische Entwicklung

Der im April 2019 erfolgte Immobilienerwerb hat einen erheblichen Einfluss auf die Kostenstruktur der Landesärztekammer sowie die Entwicklung von Rücklagen und Liquidität. Die Delegiertenversammlung hatte am 13.09.2017 zur Finanzierung des langfristigen Anlagevermögens der Bildung zweckgebundener Rücklagen zugestimmt, die in Vorjahren anteilig aus der Betriebsmittelrücklage entnommen worden waren. Diese werden zukünftig gem. der Restnutzungsdauer des unbeweglichen Anlagevermö-

Tab. 2: Projekt Hanauer Landstraße: Vergleich zu Plan über den Projektzeitraum 2017–2019

	Plan 2017–2019	Ist 2017–2019	Abweichung	
Schlüsselfertig erstelltes Gebäude einschl. Nebenkosten des Erwerbs Einbauten LÄKH	35.823	35.600	223	1 %
Inneneinrichtung und Terrassen	1.600	1.304	296	19 %
Medientechnik	400	391	9	2 %
Investitionen	**37.823**	**37.295**	**528**	**1 %**
+ Projektkosten (einschl. Planungskosten)	450	389	61	14 %
= Summe Investitionen und Projektkosten	38.273	37.684	589	2 %

Angaben in T€

gens ratierlich ertragswirksam aufgelöst. U. a. war zur Finanzierung des neuen Verwaltungsgebäudes eine aus dem Verkauf des ehemaligen Kammergebäudes resultierende zweckgebundene Rücklage in Höhe von T€ 4.444 gebildet worden. Durch Zuführung des Jahresüberschusses 2017 und des hälftigen Jahresüberschusses 2018 wurde die Rücklage T€ 8.282 letztmalig aufgefüllt. Die Finanzierung setzt sich zusammen aus Eigenmitteln, die durch den Teilverkauf des Wertpapiervermögens entstanden und Fremdmittel aus dem o. g. Darlehensvertrag.

Die Betriebsmittelrücklage wurde in der Haushalts- und Kassenordnung in Absprache mit dem Aufsichtsministerium neu definiert. Sie soll den regelmäßigen Betriebsmittelbedarf von mindestens drei und höchstens sechs Monaten decken. Die Betriebsmittelrücklage zum 31.12.2019 bewegt sich innerhalb dieses Korridors und soll in den zukünftigen Haushaltsjahren durch geplante Verluste kontinuierlich bis auf das notwendige Minimum abgebaut werden. Der Haushaltsplan 2020 weist einen Verlust in Höhe von T€ –3.245 aus.

3.2. Mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie wird sich voraussichtlich auf die Ertrags- und Finanzlage der Landesärztekammer Hessen auswirken. Das Volumen des Verwaltungshaushalts 2020 beträgt T€ 34.418. Dem stehen geplante Gesamterträge von T€ 31.173 gegenüber. Der überwiegende Anteil der Finanzierung des Kammerhaushalts aus Erträgen erfolgt zu (60 %) über Mitgliedsbeiträge in Höhe von T€ 18.771. Weitere T€ 4.034 bzw. 13 % fließen dem Kammerhaushalt in Form von Kostenerstattungen des Landes für die Vertrauensstelle Krebsregister zu. Somit gelten ca. 73 % der Einnahmen als relativ sicher. Die Mitgliedsbeiträge werden auf der Grundlage von Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit veranlagt. Für das Beitragsjahr 2020 gelten die Einnahmen der Mitglieder des Jahres 2018. Ggf. wirken sich Einnahmeverluste bei den Mitgliedern im Jahr 2020 also im Beitragsjahr 2022 aus. Die Kostenerstattungen durch das Land Hessen können ebenfalls als gesichert angesehen werden. Laut Ministerschreiben aus dem Aufsichtsministerium vom 18. März 2020 ist der Finanzplan genehmigt. Bei den veranschlagten übrigen Erträgen in Höhe von T€ 7.588 handelt es sich überwiegend um Gebühren, die über eine Kostensatzung geregelt sind. Davon werden T€ 4.816 für die Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und für Prüfungen erhoben. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung waren die genannten Veranstaltungen ausgesetzt. Unter der Annahme eines Ausfallzeitraums von zwei Monaten betrügen die Einnahmeausfälle ca. T€ 800. Dem stünden der Entfall direkter variabler Kosten von T€ 370 gegenüber. Der anteilige liquiditätswirksame Verlust beliefe sich c. p. (ceteris paribus, unter sonst gleichen Bedingungen) auf ca. T€ 430. Wie sich die Pandemie auf die Finanzmärkte und das Wertpapiervermögen der Landesärztekammer Hessen auswirken wird, ist noch nicht absehbar. Ggf. müssen zum Ende des Jahres Wertberichtigungen gebucht werden. Im Falle eines Rückgangs des Wertpapiervermögens zum 31.12.2020 um 20 % ergäben sich Wertberichtigungen in Höhe von ca. T€ 2.300, die allerdings nicht zu einem Liquiditätsabfluss führen, solange es sich um Buchverluste handelte.

4. Risikobericht

4.1. Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im vergangenen Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen.

4.2. Kreditrisiko

Zum Bilanzstichtag bestand ein Annuitätendarlehen zur Finanzierung des Immobilienkaufs in Höhe von T€ 15.000, das im Jahr 2019 ausgezahlt wurde. Die Laufzeit beträgt 15 Jahre. Laut der mittelfristigen Finanzplanung können die Zins- und Tilgungszahlungen aus dem geplanten operativen Cash Flow bis zum Ende der Laufzeit bedient werden.

4.3. Ertragsrisiko

Gemäß § 8 des Heilberufsgesetzes ist die Landesärztekammer Hessen berechtigt, für die Inanspruchnahme von Kammereinrichtungen und für Leistungen, die sie in Wahrnehmung ihrer Aufgabenerfüllung erbringt, Kosten (Gebühren und Auslagen) nach Maßgabe der jeweiligen Kostensatzung zu erheben. Darüber hinaus erhebt die Landesärztekammer Hessen zur Deckung ihrer Kosten nach Maßgabe des Haushaltsplanes von den Kammerangehörigen Beiträge aufgrund einer Beitragsordnung (§ 10). Somit kann ein Ertragsrisiko nahezu ausgeschlossen werden.

4.4. Risikomanagement

Ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer Hessen wurde 2010 implementiert und wird seitdem laufend angepasst. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.

Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltsvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

4.5. EDV und Organisationsentwicklung

Trotz aller EDV-Schutzmaßnahmen und einer Sicherheitsarchitektur, die an die Empfehlungen des Bundesamtes für Sicherheit in der Informationstechnik (BSI) angelehnt sind, ist eine vollständige Sicherheit der elektronisch vorgehaltenen Daten auch in der Landesärztekammer Hessen nicht zu gewährleisten. Es werden permanent Maßnahmen ergriffen, die Risiken auf ein Minimum zu begrenzen.

4.6. Qualitätsmanagement

In der Carl-Oelemann-Schule wurde ein Qualitätsmanagementsystem nach DIN ISO 9001 implementiert.

5. Sonstige Angaben

3.1. Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz

In § 2 des Hessischen Krebsregistergesetzes ist geregelt, dass die Vertrauensstelle bei der Landesärztekammer Hessen eingerichtet ist. § 5 regelt deren Aufgaben. Ein Vertrag zur Durchführung des Krebsregistergesetzes (Vertrauensstellenvertrag) zwischen dem Land Hessen – vertreten durch das Hessische Ministerium für Soziales und Integration in Wiesbaden – und der Landesärztekammer Hessen regelt nähere Einzelheiten. Danach trägt das Land Hessen die erforderlichen, genehmigten und tatsächlich nachgewiesenen Kosten der Vertrauensstelle zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes. Sie werden in einem separaten Haushalt ausgewiesen. Mit Wirkung zum 25.10.2014 hat das Land Hessen das Hessische Krebsregistergesetz durch das Gesetz zum Hessischen Krebsregister und zur Änderung der Rechtsvorschriften vom 15.10.2014 geändert. Die bisherige Vertrauensstelle des epidemiologischen Krebsregisters Hessen wurde dadurch zukünftig wesentlich erweitert – sowohl hinsichtlich der Aufgabenstellung als auch des Geschäftsumfanges und der Personalausstattung – zur Vertrauensstelle des neuen Klinisch-epidemiologischen Krebsregisters. Dafür wird die Landesärztekammer Hessen in den nächsten Jahren eine Sollstärke von 55 Mitarbeiter/-innen erreichen. In einem zeitgleich in Kraft getretenen öffentlich-rechtlichen Vertrag zwischen dem Land und der Landesärztekammer Hessen wurde hierzu vereinbart, dass das Land sämtliche Kosten für diese Vertrauensstelle übernimmt und die Landesärztekammer von den damit verbundenen Risiken der Finanzierung, der Beschäftigung und der Haftung weitgehend freistellt.

Ein wesentliches Projekt zur Steigerung valider Meldedaten aus der Fläche Hessens ist das Projekt: „K7 – Regionale Koordinatoren“. Begrenzt auf zwei Jahre sollen die sieben koordinierenden Krankenhäuser Hessens (K7, nach dem Hessischen Onkologiekonzept) geeignete Mitarbeitende befristet einstellen/weiterbeschäftigen, um in den K7 sowie in den mit diesen zusammenarbeitenden Kliniken die Qualität der Krebsmeldungen zu erhöhen - und damit deren Aussagekraft in den Auswertungen. Die Finanzierung des Projektes erfolgt überwiegend aus Mitteln der Deutschen Krebshilfe und anteilig aus Landesmitteln. Die Landesärztekammer Hessen hat auf Basis einer Zusatzvereinbarung zum Vertrauensstellenvertrag die Verteilung der Gelder in definierten Tranchen übernommen.

Die Jahresrechnung 2019 für die Vertrauensstelle wird gemäß öffentlich-rechtlichem Vertrag bis zum 31.05.2020 dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zugestellt werden. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 3.003 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Rückerstattungsbetrag in Höhe von T€ 240, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Ministeriums verrechnet werden soll.

5.2. Ethikkommission

Die Landesärztekammer hatte zur Schaffung der Voraussetzungen für die Registrierung ihrer Ethik-Kommission zum 01.07.2017 die Satzung der Ethik-Kommission angepasst und eine Geschäftsordnung zum 02.08.2017 erstellt. Den Registrierungsantrag der Ethik-Kommission hatte das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) mit Bescheid vom 29.09.2017 nach § 41a Arzneimittelgesetz (AMG) genehmigt. Die registrierten Ethik-Kommissionen im Bundesgebiet stellen jährlich einen gemeinsamen Geschäftsverteilungsplan auf.

Arzneimittelprüfungen werden immer noch nach nationalem Recht bewertet, da das erforderliche EU-Portal der Europäischen Arzneimittel-Agentur (EMA) noch nicht funktionsfähig ist. Die Ethik-Kommission hat alle ihr möglichen Vorbereitungen abgeschlossen, arbeitet auf nationaler Ebene an den weiteren Entwicklungen mit und wartet auf die Veröffentlichung der Funktionsfähigkeit des EU-Portals im Amtsblatt der Europäischen Union (EU). Der Start des Echtbetriebs wird voraussichtlich im Jahr 2021 erfolgen.

Bei der Bewertung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten wird das deutsche Medizinproduktegesetz (MPG) und

Haushaltsplan 2021

Der von der Delegiertenversammlung am 28. November 2020 beschlossene Haushaltsplan 2021 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung in der Zeit vom
8. bis 19. Februar 2021
im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, für alle Kammerangehörigen zur Einsichtnahme im Büro des Kaufmännischen Geschäftsführers aus. Termine sind nur nach vorheriger Anmeldung während der aktuellen Besuchszeiten (Montag bis Donnerstag von 9.30 bis 17 Uhr, Freitag von 9.30 bis 14 Uhr) möglich, Kontakt unter Fon: 069 97672-108).

Frankfurt/Main, 1. Dezember 2020

gez. Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 24. Juni 2020 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der W+ST Frankfurt GmbH Steuerberatungsgesellschaft Wirtschaftsprüfungsgesellschaft ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2019 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 16. September 2020 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2019 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

seine Begleitverordnungen ab 26.05.2020 durch die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte (Medical Device Regulation – MDR) und das nationale MPDG ersetzt. Diesbezüglich erforderliche Vorbereitungsmaßnahmen wurden seitens der Ethik-Kommission eingeleitet.

5.3. Fachsprachenprüfung
Das Land Hessen arbeitet derzeit an einer Rechtsgrundlage zur Übertragung der Fachsprachenprüfung für ausländische Ärzte (§ 3 Abs. 1 Ziffer 5 der Bundesärzteordnung) auf die Landesärztekammer. Voraussichtlich ab 01.09.2020 wird die Landesärztekammer mit dem Prüfungsbetrieb beginnen. Jährlich werden 400 bis 800 Anträge auf Durchführung einer Prüfung erwartet. Zur Kostendeckung hat die Landesärztekammer bereits eine Rahmengebühr eingeführt.

5.4. Sponsoringrichtlinie
Im Sinne von Complianceregeln hat die Landesärztekammer Hessen eine Sponsoringrichtlinie verfasst, die von der Delegiertenversammlung am 29.11.2014 verabschiedet wurde.

Frankfurt am Main, 23.04.2020
Landesärztekammer Hessen
– Das Präsidium –

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060060450 ausgestellt am 05.08.2019 für MUDr. Mayra Bermúdez Martínez, Hanau
Arztausweis-Nr. 060057938 ausgestellt am 14.02.2019 für Arthur Choffo Megouo, Bad Hersfeld
Arztausweis-Nr. 060054943 ausgestellt am 20.07.2018 für Dr. med. Fagr Eladly, Mainz-Kastel
Arztausweis-Nr. 060051920 ausgestellt am 18.01.2018 für Dr. med. Stefan Günther, Biebergemünd
Arztausweis-Nr. 060057168 ausgestellt am 07.01.2019 für Dr. med. Manfred Hanke, Heidelberg
Arztausweis-Nr. 060066386 ausgestellt am 17.07.2020 für Dr. med. Philipp Hofmann, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060062391 ausgestellt am 26.11.2019 für Rumyana Kirneva, Offenbach
Arztausweis-Nr. 060041241 ausgestellt am 06.01.2016 für Stela Martini, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060043487 ausgestellt am 08.06.2016 für Melanie Möck, Ilvesheim
Arztausweis-Nr. 060050538 ausgestellt am 12.10.2017 für Hella Posth, Frankfurt
Arztausweis-Nr. 060062134 ausgestellt am 12.11.2019 für Dr. med. Michael Rost, Korbach
Arztausweis-Nr. 060041138 ausgestellt am 23.12.2015 für Dr. med. Markus Schäfer, Kassel
Arztausweis-Nr. 060066073 ausgestellt am 29.06.2020 für Damaris Stanze, Mainz-Kastel
Arztausweis-Nr. 060050409 ausgestellt am 06.10.2017 für Dr. med. Sabine Störmer, Marburg
Arztausweis-Nr. 060052585 ausgestellt am 08.02.2018 für Dr. med. Marion Baronin von Oelsen, Königstein

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gedenken der Verstorbenen

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Hessisches Ärzteblatt

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

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

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):
Dr. med. Peter Zürner
Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:
Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. jur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai
Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil Industrie: Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011–233,
E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: 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: DAAEDEDD

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 7, gültig ab 01.01.2021

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.

82. Jahrgang

ISSN 0171–9661

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln