Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 4 | 2021 Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen 82. Jahrgang







Kinder und Jugendpsychiatrie

Einfluss der Corona-Pandemie auf die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen

Serie Selbsthilfe

Selbsthilfekontaktstellen als Knotenpunkt für alle, die an Selbsthilfe interessiert sind

Impfzentren:

Weg für Honorarverträge

Ärmel hoch

n den vergangenen Monaten wandten sich einige Mitglieder an die Landesärztekammer Hessen mit der Bitte bzw. Forderung nach Unterstützung im Rahmen der Corona-Pandemie. Während sich die Forderungen in der ersten Phase der Pandemie darum drehten, persönliche Schutzausrüstung für die Praxen zu besorgen, lag der Schwerpunkt in den vergangenen Wochen bei der Forderung, selbst eine Impfung gegen Corona zu erhalten sowie die eigenen Patienten impfen zu können. Mehrheitlich wurden diese Forderungen von privatärztlich niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen geäußert.

Selbstverständlich setzte und setzt sich die Landesärztekammer Hessen für die Belange all ihrer Mitglieder ein und dies nicht nur mit der Verlautbarung von Pressemitteilungen, sondern durch aktive – und das dürfen Sie mir glauben – zum Teil sehr mühevolle und kleinteilige Mitarbeit in zahlreichen Gremien, beispielsweise im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI). Wie auch in anderen Bereichen des Lebens gibt es mal große, mal kleine oder leider auch mal keine Erfolge.

Ein wichtiger Erfolg waren die beiden Sonderimpfwochenenden Ende Februar und Anfang März, an denen sich die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten inklusive ihrer Teams impfen lassen konnten. Während die Kassenärztliche Vereinigung Hessen dem HMSI zu diesem Zweck die Daten der vertragsärztlichen Praxen zur Verfügung stellte, tat die Kammer Gleiches für die privatärztlichen Praxen und betriebsärztlich tätigen Kolleginnen und Kollegen. Zuvor habe ich mich immer wieder vehement dafür eingesetzt, dass nicht nur die Kolleginnen und Kollegen in den Krankenhäusern, sondern auch die ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte mit höchster Priorität geimpft werden.

Ein Erfolg war auch das rückwirkend zum 15. Dezember 2020 in Kraft getretene MTA-Reformgesetz, das die ärztliche Tätigkeit in den Impfzentren und den mobilen Impfteams bis Ende 2021 von der Sozialversicherungspflicht befreit. Auch dazu habe ich persönlich im Vorfeld entsprechende Gespräche mit den politisch verantwortlichen Entscheidungsträgern geführt. Und selbstverständlich habe ich mich dafür engagiert, dass die nun endlich für den April avisierten Impfungen der Bevölkerung in den ambulanten Praxen natürlich auch in den privatärztlichen Praxen erfolgen können und sollen.

Zu den in Paragraf 5 des hessischen Heilberufsgesetzes benannten Aufgaben der Landesärztekammer Hessen gehört es jedoch nicht, Praxisbedarf und damit auch persönliche Schutzausrüstung für die kassen- oder privatärztlichen Praxen zu besorgen. Inhaber einer privatärztlichen Praxis haben sich zugunsten einer möglichst wenig regulierten unternehmerischen Freiheit bewusst gegen eine vertragsärztliche Zulassung entschieden. In der Folge erwachsen daraus die Aufgabe und die Verantwortung, selbst Dinge zu organisieren, die andernfalls eine kassenärztliche Vereinigung übernimmt bzw. im Krisenfall gegebenenfalls kurzfristig organisiert.

Dessen ungeachtet hat sich die Landesärztekammer zu Beginn der Pandemie für die staatliche Beschaffung bzw. Unterstützung bei der Beschaffung von persönlicher Schutzausrüstung engagiert. Die Verteilprozesse wie auch die aktuelle Organisation der Impfzentren erfolgten dann in Verantwortung der Gebietskörperschaften und damit durchaus unterschiedlich. Hier hätte ich mir in der Tat geschmeidigere Abläufe gewünscht.

Geschmeidige Abläufe werden wir hoffentlich verzeichnen können, wenn die Praxen und Betriebsärzte endlich impfen dürfen und das möglichst ohne eine alles erstickende Bürokratie. Warum es für Corona-Schutzimpfungen Modellversuchen in Praxen bedarf, wurde übrigens auch in den Kommentaren der Tagespresse verwundert gefragt. Immerhin impfen niedergelassene Ärztinnen und Ärzte wie auch die Betriebsärztinnen und -ärzte seit Jahrzehnten und das sogar ganz ohne vorherige Modellversuche. Auch der Pharmagroßhandel und die Apotheken sind ohne Modellversuche in der Lage, die Praxen entsprechend zu beliefern. Offenbar ist manchen Ministerien nicht bekannt, welche Berufsgruppe über welches langjährige Know-how verfügt. Seitens der Landesärztekammer stehen wir für Beratungen gerne zur Verfügung, obwohl ich mich leider des Eindrucks nicht erwehren kann, dass Fachwissen, insbesondere wenn es aus der angewandten Praxis kommt, bei mancher Entscheidung am grünen Tisch gar nicht gewünscht ist.

Nichtsdestotrotz werden die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte unmittelbar nach dem Startschuss mit den Corona-Impfungen loslegen und ihren Teil zu der hoffentlich baldigen Beendigung der Pandemie beitragen.



Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident



Strahlentherapie beim Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom ist eine komplexe und sehr heterogene Erkrankung mit einer großen prognostischen Variabilität. In der zertifizierten Fortbildung werden verschiedene Behandlungsoptionen für unterschiedliche Stadien vorgestellt und hinsichtlich des Nutzens und möglicher Risiken für den Patienten diskutiert.

224-231



Folgen von Corona für Kinder & Jugendliche

Über die unterschiedlichen Phasen während der Pandemie und den Einfluss auf die seelische Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen berichtet Dr. med. Daniel Sammet. Er ist Oberarzt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz der Vitos Klinik Rheingau in Wiesbaden.

222

Editorial: Ärmel hoch	215
Ärztekammer: Corona-Impfungen: Brief des Präsidenten	218
Aus dem Präsidium: Leben und leben lassen!	221
Ärztekammer Impfzentren: Weg für Honorarverträge endlich frei	221
Solidarität in der Pandemiezeit – Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte bereit zur Mithilfe in den Impfzentren	
Serie Teil IV: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018–2023 stellen sich vor/Liste Marburger Bund	
Von Pressearbeit bis Hessisches Ärzteblatt: Die Stabsstelle Medien	
Serie Teil 13: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung/Gespräch mit Monika Buchalik	256
Im Gespräch: MFA: Ein komplexer Beruf – Gespräch mit einem Arzt und seiner Auszubildenden	241
Carl-Oelemann-Schule: Qualifizierungslehrgang "Neurologie und Psychiatrie"	244
Bekanntmachungen	
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	248
■ Fort- und Weiterbildungen für für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	264
Fortbildung: CME – Die Strahlentherapie, eine sehr gute Option beim Prostatakarzinom 224	i–231
Junge Ärztinnen und Ärzte: Positionspapier – Das Bündnis Junge Ärzte fordert Nachhaltigkeit im Gesundheitswese	en 233
Leserbriefe: Eine Gegenrede aus menschenrechtlicher Sicht 258, 238	3, 261



Serie Selbsthilfe

In drei Beiträgen liegt der Fokus auf Selbsthilfekontaktstellen, die u. a. für professionell gute Bedingungen für örtliche Selbsthilfegruppen sorgen. In der Rubrik "Im Gespräch" geht es außerdem darum, wie sich die Selbsthilfearbeit von einem eher "belächelten" Verein hin zur gefragten Expertenmeinung im G-BA entwickelte.

235-240



Die Stabsstelle Medien stellt sich vor

Wofür ist die Stabsstelle Medien der Landesärztekammer zuständig und wie sieht der Arbeitsalltag aus? Wir geben Ihnen einen kleinen Einblick in unsere Arbeit – vom Tagesgeschäft über die verschiedenen Instrumente der Pressearbeit bis hin zu HÄBL & Website – und zeigen die Gesichter dahinter.

246

Parlando: Von Farbexplosionen und der Faszination des Alltags 259 Ärztlicher Berufsalltag: Unfallversicherungsschutz für Selbstständige 232 Mensch und Gesundheit – mit Schwerpunkt Selbsthilfe Selbsthilfekontaktstellen – Professionell gute Bedingungen für örtliche Selbsthilfegruppen schaffen 235 Selbsthilfekontaktstellen – Der zentrale Knotenpunkt für alle, die an Selbsthilfe interessiert sind Selbsthilfe: Übersetzer und Wegweiser im Gesundheitssystem – Interview mit Annette Hünefeld...... 239 Auswirkungen von Corona auf Kinder und Jugendliche 222 Recht: Keine sexuellen Kontakte während des Arzt-Patientenverhältnisses: Vertiefung und Ausblick 260 Personalia 263 **Impressum**

Bücher



Hilfe bei Schwindel

Helmut Schaaf

S. 240



Depressionen verstehen

Schweiger/Sipos

S. 243





Corona-Impfungen: Brief des Präsidenten

Beitrag der Landesärztekammer Hessen zur Impfstrategie des Landes -Stand zum 28.02.2021

Liebe Kolleginnen und Kollegen, liebe Helferinnen und Helfer.

wie ist es seit meinem Bericht zum Jahreswechsel1 weitergegangen? Wo stehen wir heute?

Wie es begann

Mitte November 2020 bat die hessische Landesregierung die Landesärztekammer (LÄKH) und die Kassenärztliche Vereinigung (KVH), mit ihren jeweiligen Stärken die Corona-Impfstrategie zu unterstützen. Die Impfstrategie ging damals von einer raschen Zulassung der ersten SARS-CoV-2-Impfstoffe und deren 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 hatte 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. Diese Aufgebote konnten in Kooperation mit dem Verband medizinischer Fachberufe e. V. und den hessischen Universitätskliniken realisiert werden. Angehörige weiterer Berufsgruppen, die sich gemeldet hatten, wurden unter dem Sammelbegriff "Helfer" gleichfalls registriert. Alle Daten wurden den Impfzentren in datengeschützter Form zum Abruf bereitgestellt.

An die Landespolitik wurde vonseiten der Ärzteschaft wiederholt 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.



Wie ging es weiter?

Als wesentliche Fragen Ende Januar 2021 noch nicht bzw. unzureichend beantwortet waren, sahen sich LÄKH und KVH veranlasst, im Februarheft des Hessischen Ärzteblatts in einem Positivpapier die Ärztinnen und Ärzte Hessens darüber zu informieren, unter welchen Vertragsbedingungen ein Einsatz angenommen werden könnte. Insbesondere das "Lohn-Dumping" bei Ärztinnen und Ärzten, aber auch bei MFA war ein beständiges Ärgernis.

Dennoch fanden sich weiterhin viele Motivierte zum Einsatz bereit, die sich nur langsam verbessernde Zufuhr an Impfstoffen erst in den sechs Regionalzentren, dann in allen 28 Impfzentren zu verabreichen. Es mehrte sich aber auch die Zahl der Unzufriedenen, die vonseiten der zuständigen Impfzentren zu oft leider nichts hörten: Werden wir überhaupt gebraucht, wann können wir mit einem Finsatz rechnen?

Wo stehen wir heute?

Das Aufgebot der Kammer von Ärztinnen und Ärzten sowie med. Fachpersonen für den Einsatz in den hessischen Impfzentren

endet formal zum 28.02.2021. Seit Ende Januar haben wir jede aktive Bewerbung eingestellt und die Meldekanäle nur noch für Selbstmeldende offen gelassen. Bis zum 25.02.2021 sind

- 3.450 Ärztinnen & Ärzte
- 217 Studierende
- 332 Helfende verschiedener Profession und
- 644 MFA den Impfzentren zum Abruf gemeldet worden, insgesamt also die stolze Zahl von
- 4.643 Einsatzwilligen.

Diese große Hilfsbereitschaft verdient die besondere Anerkennung und den Dank der Ärzteschaft, der medizinischen Berufsgruppen und insbesondere der Bevölkerung und ihrer Landesregierung.

Die tatsächliche Zahl der bislang zum Einsatz Gekommenen bleibt letztlich leider unklar. Nach den uns gegebenen Antworten laufen die Zentren mit rund 30 % Auslastung. Abhängig vom künftigen Impfstoffnachschub, aber auch von der geplanten (anteiligen) Verlagerung des Impfens in die dazu bereiten Arztpraxen ist offen, ob und wann wie viele Einsatzwillige noch zum Einsatz kommen.

Wir, die Landesärztekammer Hessen, werden aus Gründen der Sicherstellung der Impfung der Bevölkerung die Daten der Einsatzwilligen noch mehrere Monate bereitgestellt lassen. Denjenigen, die noch nicht zum Einsatz kamen, danken wir ausdrijcklich und hitten herzlich um weitere

Mit allem, was im Rückblick betrachtet in Hessen hätte schneller und besser laufen können – werden wir mit Ihrer Hilfe unseren Beitrag für die Bevölkerung leisten!

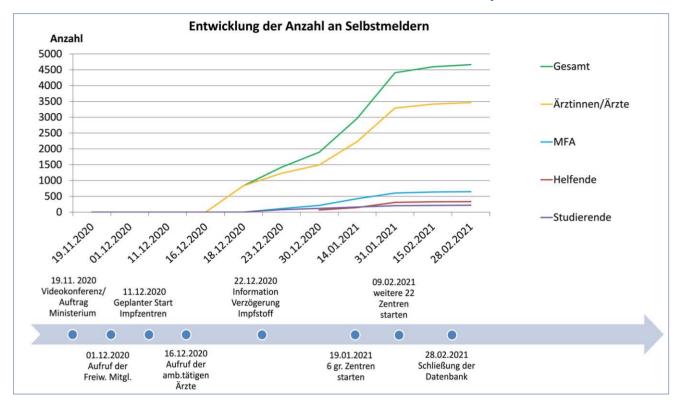
> Es grüßt Sie herzlich Ihr Dr. med. Edgar Pinkowski Präsident der Landesärztekammer Hessen

¹ Vgl. HÄBL 02/2021, S. 98.



Solidarität in der Pandemiezeit

Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte bereit zur Mithilfe in den Impfzentren



Einleitung

Seit dem 27. Dezember 2020 wird in Hessen gegen Covid-19 geimpft. Auf Wunsch der Landesregierung wurden Ende November 2020 rasch mögliche Ressourcen sowie ein Aufgebot von medizinischem Personal und anderen Helfenden für die Unterstützung der Impfzentren aktiviert. Schnell folgte jedoch die Ernüchterung, dass der Impfstoff zunächst nur eingeschränkt geliefert und somit die Impfstrategie nur mit großer Verzögerung umgesetzt werden kann. Wie haben wir in der Landesärztekammer Hessen die vergangenen Monate erlebt? Ein Rückblick auf einen arbeitsintensiven Winter.

Ein Auftrag für die LÄK Hessen

Am 19. November 2020 richteten der hessische Ministerpräsident Volker Bouffier sowie die Minister Beuth (Inneres) und Klose (Soziales, Integration und Gesundheit) die Bitte an die Landesärztekammer Hessen (LÄKH), ein Aufgebot an Ärztinnen und Ärzten für die Unterstützung in den hessischen Impfzentren zu stellen, die Mitte Dezember geöffnet werden sollten. Die somit verbleibenden drei Wochen im Blick, gründeten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH kurzfristig die Projektgruppe "Rekrutierung Impfzentren", um diese neue Aufgabe bewältiaen zu können.

Die Aufmerksamkeit dieser Gruppe richtete sich ab sofort nahezu gänzlich der Gewinnung von Ärztinnen und Ärzten für die Impfzentren. Nach Abstimmung mit der Taskforce Impfkoordination des Innenministeriums, dass das geplante Vorgehen so umgesetzt werden kann, startete die Projektgruppe Anfang Dezember mit einem ersten Aufruf von 3.500 Ärztinnen und Ärzten, die aufgrund ihrer beendeten aktiven ärztlichen Tätigkeit zur Gruppe der freiwilligen Kammermitglieder zählen. Diese Gruppe erhielt ein Anschreiben mit der Bitte um Mithilfe. Ein beiliegendes Formular sollte ausgefüllt und an die LÄKH zurückgesen-

Erfolg: Corona-Schutzimpfung für Ärzte und MFA

Nachdrücklich hatte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zuletzt am 11. Februar in einer Pressemitteilung die Politik aufgefordert, auch niedergelassene Kolleginnen, Kollegen und Medizinische Fachangestellte gegen Corona zu impfen.

Am 22. Februar kam die gute Nachricht: In Absprache mit Landesärztekammer (LÄKH) und Kassenärztlicher Vereinigung (KV) bot die Hessische Landesre-

gierung ab 27. Februar Ärztinnen und Ärzten sowie medizinischem Personal nach § 3 der Impfverordnung des Bundes die Möglichkeit an, sich an zwei Wochenenden impfen zu lassen.

Innerhalb weniger Stunden nach Anfrage meldete die LÄKH alle Privatärzte an die Taskforce Impfen beim Hessischen Innenministerium. In einem nächsten Paket wurden zusätzlich die Arbeits- und Betriebsmediziner gemeldet. (möh)



det werden. Parallel hierzu meldeten sich unabhängig von diesem Aufruf bereits die ersten Ärztinnen und Ärzte mit der Frage, wie sie in den Impfzentren unterstützen können.

Es folgte in Zusammenarbeit mit dem Verband Medizinischer Fachberufe e.V. (VmF) ein Aufruf der Medizinischen Fachangestellten (MFA) und von Studierenden der Humanmedizin im klinischen Abschnitt gemeinsam mit den drei hessischen Universitätsklinika.

Um alle Selbstmeldungen entsprechend kanalisieren zu können, richtete die Projektgruppe jeweils eine E-Mail-Adresse ein: für die Gruppe der Ärzte, MFA, Studierenden und auch für andere Helfer, die nicht unter die drei genannten Gruppen fielen. Ein zweiter Aufruf an ca. 12.000 ambulant tätige Ärztinnen und Ärzte erfolgte am 16. Dezember per E-Mail. Gleichzeitig wurden die Aufrufe mit Angabe der entsprechenden E-Mail-Adressen auch auf der Website der Landesärztekammer veröffentlicht.

Die LÄK Hessen erfährt große Solidarität

Eine große Zahl an Rückmeldungen ging in den E-Mailfächern ein und wuchs stetig an. Zahllose Fragen mussten individuell beantwortet und Unterstützungsangebote sowie die Daten der Selbstmelder aufgenommen werden: viel Arbeit für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH, aber ein Zeichen großer Solidarität seitens der Ärzte zur Unterstützung der hessischen Impfstrategie.

Ein erstes Aufgebot an Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Helfern stand Mitte Dezember. Die gesammelten Datensätze wurden von da an regelmäßig den hessischen Impfzentren in elektronischer Form zur Verfügung gestellt mit dem Ziel, dass diese auf die einzelnen Selbstmelder zugehen, um Detailfragen zu einem möglichen Einsatz direkt zu klären. Diese Bereitstel-

lung erfolgte in regelmäßigen Abständen bzw. tagesaktuell, sodass mittlerweile die Daten von 3.450 Ärzten, 644 MFA, 217 Studierenden und 332 anderen Helfern Verfügung stehen (Stand 25.02.2021). Die rasante Entwicklung der Anzahl der Einsatzwilligen vom Start des Aufrufes bis Ende Februar wird in der Abbildung "Entwicklung der Anzahl an Selbstmeldern" deutlich. Die Bereitschaft zur Mithilfe übertraf bei Weitem die Erwartungen der Projektgruppe. So haben sich alleine aus dem anfänglichen Aufruf via Postweg an die Gruppe der 3.500 freiwilligen Mitglieder ganze 40 % zurückgemeldet.

Dann kam alles anders

Am 22. Dezember 2020 wurde offiziell. dass die Lieferung von Impfstoffen nur schleppend vorangeht und die Impfzentren nicht wie geplant öffnen können. So starteten am 27. Dezember vorläufig nur die mobilen Teams in den Altenpflegezentren sowie die Krankenhäuser mit einer hohen Covid-19-Exposition [1]. Zunächst wurde also nur eine geringe Anzahl an Personal für die Impfzentren benötigt. Die Zahl der Selbstmelder nahm trotzdem nicht ab. Vier Wochen später wurden nach der Ankündigung des Bundes, dass ab 18. Januar wöchentlich weitere Impfstoff-Lieferungen folgen würden, die sechs regionalen Impfzentren geöffnet [2]. Seit dem 9. Februar 2021 sind nun alle 28 Impfzentren am Start [3].

Ungeklärte Situation, die viel Geduld erfordert

Die LÄKH informiert seit Ende Dezember im Rahmen der ihr zur Verfügung stehenden Informationen die Ärztinnen und Ärzte via E-Mails, Website und Pressemitteilungen zu aktuellen Entwicklungen rund um die hessische Impfstrategie und den Einsatz in den Impfzentren. Trotzdem erreichen uns verständlicherweise zunehmend Anfragen, wann mit einem Einsatz zu rechnen ist. Um bestehende Unklarheiten für die Melder, die noch keine Antwort seitens der Impfzentren erhalten haben, bestmöglich beseitigen und kommunizieren zu können, hatte die Projektgruppe den direkten Kontakt zu den Impfzentren aesucht - von Arbeitsebene zu Arbeitsebene. Das Ergebnis ist, dass keines der Impfzentren derzeit seine vollen Kapazitäten nutzen kann und der Personalbedarf demnach erst einmal gedeckt ist. Außerdem erhielten alle Impfzentren neben den von uns weitergeleiteten Meldern zahlreiche Bewerbungen über andere Wege. Die Einsatzplanung hängt nach Aussage der Verantwortlichen im Wesentlichen davon ab, ob genügend Impfstoff in Zukunft für die volle Auslastung zur Verfügung gestellt werden kann. Sie sind deshalb bemüht, allen Unterstützern eine Rückmeldung zu geben, was sich unter den gegebenen unklaren Umständen als sehr schwierig darstellt. Keiner der Beteiligten konnte anfangs genau abschätzen, welche Herausforderungen aufkommen werden, aber vieles können wir in der LÄKH aus dieser Zeit seit November 2020 für uns mitnehmen: eine starke kollegiale Zusammenarbeit, die verstärkte Kompetenz für lösungsorientiertes Handeln, flexible Arbeitsabläufe und vor allem auch die überwältigende Bereitschaft von hilfsbereiten Ärztinnen und Ärzten sowie anderen Helfern zur Unterstützung in den Impfzentren - dies sind positive Signale in einer herausfordernden und ungewissen Zeit.

Annette Seelig Abteilungsleitung Zentrales Mitgliederdatenmanagement

> Silke Nahlinger, MPH Referentin Stabsstelle Qualitätssicherung

beide: Landesärztekammer Hessen E-Mail: qs@laekh.de

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 beguem 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.

Literatur zum Artikel:

Solidarität in der Pandemiezeit

Zahlreiche Ärztinnen und Ärzte bereit zur Mithilfe in den Impfzentren

- [1] Hessisches Ministerium des Innern und für Sport und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Pressemitteilung: Innenminister Peter Beuth und Gesundheitsminister Kai Klose zum Start der Corona-Schutzimpfungen in Hessen: "Größte Impfaktion in der Geschichte unseres Landes" (22.12.2020). Link: https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/informationenzu-impfstofflieferungen-undimpfgruppen-priorisierung-1 (Zugriff: 24.02.2021)
- [2] Hessisches Ministerium des Innern und für Sport und Hessisches Ministerium für Soziales und Integration. Pressemitteilung: Innenminister Peter Beuth und Gesundheitsminister Kai Klose: "Mobile Impfungen schreiten voran" (05.01.2021). Link: https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/impfungenschreiten-voran-0 (Zugriff: 24.02.2021)
- [3] Hessisches Ministerium des Innern und für Sport. Pressemitteilung: Hessische Impfstrategie für die nächsten Wochen fortgeschrieben (28.01.2021). Link: https://www.hessen.de/presse/pressemitteilung/hessische-impfstrategie-fuer-dienaechsten-wochen-fortgeschrieben-0 (Zugriff: 24.02.2021)

Leben und leben lassen!

n grauer Vorzeit, noch in der Schule, haben wir gelernt, dass dort, wo Mensch, Schwein und Geflügel oft in feuchtwarmen Regionen der Erde eng und unhygienisch zusammenleben, die Viren über die Arten springen, den Wirt wechseln und mutieren. So entstehen ständig neue Viren und Varianten, von denen dann manche als Pandemie ("starke Ausbreitung einer Infektionskrankheit mit hohen Infektionszahlen und in der Regel auch mit schweren Krankheitsverläufen") sich weltweit verbreiten. Dies ist der Grund dafür, dass wir zum Beispiel jedes Jahr neu gegen die Grippe impfen müssen. So irgendwie (Fledermaus? Pangolin? Fischmarkt?) muss auch das Coronavirus in Wuhan entstanden sein – eine Gesandtschaft der WHO hat wochenlang vor Ort eruiert, letztlich ohne greifbares Ergebnis.

Seit knapp einem Jahr ist es eindeutig erkennbar, dass diese Pandemie vor allem für alte Menschen, insbesondere für Männer gefährlich ist, nach dem Motto: "Je älter, umso schlimmer der Krankheitsverlauf." Die Sterbewahrscheinlichkeit eines 80-Jährigen mit SARS-CoV-2 Infizierten liegt bei ca. 15 % (RKI¹). Bis heute (Stand 1. März 2021) haben wir 70.152 Todesfälle zu beklagen (Johns Hopkins-Universität), mit einem durchschnittlichen Sterbealter von 84 Jahren, signifikant mehr Männer als Frauen (Robert Koch-Institut). Gut die Hälfte aller Todesfälle betraf Pflegeheimbewohner. An den Folgen des Rauchens sterben in Deutschland jährlich 121.000 Menschen (Deutsches Ärzteblatt 46/2015).

Die pandemiebedingten Mehrausgaben des Bundes für die Jahre 2020/2021 dürften sich in der Summe auf ca. 400 Milliarden Euro belaufen (pro Kopf Bevölkerung ca. 5.000 Euro Neuverschuldung, über 20 bis 30 Jahre Laufzeit ca. 150 Euro jährlich zu tilgen zuzüglich Zinsen). Weitere Schäden sind wie vorprogrammiert durch die verschobenen Insolvenzen, die künftig fehlenden Steuereinnahmen, die zu erwartende Verödung der Innenstädte.



"Viele Defizite werden nicht mehr aufzuholen sein."

Der im Rahmen der EU über gemeinsame Langzeitverschuldung finanzierte "Wiederaufbaufonds Next Generation EU" in Höhe von 750 Mrd. Euro sei hier nur am Rande erwähnt.

Zunehmend Heimarbeit, vorübergehend geschlossene Kindergärten und Schulen, fehlende Ausbildungsplätze, Fernunterricht prägen das Bild – die stets als Allheilmittel gepriesene Digitalisierung ersetzt keinen Sport, keine Aufsicht, von Kindererziehung spricht keiner mehr. Immer mehr Jugendliche leiden an Immobilität, Überernährung, Isolierung, an psychischer und sozialer Fehlentwicklung, ganze Entwicklungsphasen gehen verloren. Viele entstandene Defizite, verpasste Chancen werden in den späteren Jahren nicht mehr aufzuholen sein.

Da sich solche Pandemie-Szenarien mit neuen und mutierenden Viren jederzeit wieder ergeben können

und sich wiederholen werden, ist es unerlässlich, sich mit einigen auch ethisch schwierigen und unangenehmen Fragen bewusst auseinanderzusetzen. Welche "Kollateralschäden" an Menschen (physisch und psychisch) und Material (siehe oben) kann/muss die Gesellschaft in Kauf nehmen?

Allmählich kristallisiert es sich heraus, dass gegen SARS-CoV-2, einschließlich der Mutationen, anscheinend die meisten Impftechniken wirksam sind: sowohl teure, innovativ-experimentelle (mRNA) als auch Vektoren, inaktivierte Viren oder womöglich auch Impfstoffe klassisch auf Basis rekombinanter Antigene hergestellt. Dies impliziert die Frage nach der Begründbarkeit von Grundrechtseinschränkungen für die Allgemeinheit in einer sich abzeichnenden Situation, wo Leib und Leben der eigentlich gefährdeten Personengruppen durch angemessene Maßnahmen, insbesondere durch eine Impfung individuell und wirkungsvoll geschützt werden können.

Michael Andor

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Impfzentren: Weg für Honorarverträge endlich frei

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

nach § 130 SGB IV neu sind Einnahmen aus Tätigkeiten als Ärztin oder Arzt in einem Impfzentrum oder angegliederten mobilen Impfteam im Sinne der Corona-Impfverordnung nicht sozialversicherungsbeitrags- und auch nicht meldepflichtig. Da auch steuerrechtliche Probleme aufgetreten sind, haben wir das Hessische Finanzministerium auf eine Lösung gedrängt. Uns wurde bestätigt, dass Honorararztverträge selbstverständlich zulässig sind. Durch Ergänzung der Verfügung der Oberfinanzdirektion Frankfurt zum 15. März 2021 wurde der Verwal-

tungsaufwand für die Impfzentren bei Abschluss von Honorararztverträgen deutlich reduziert und klargestellt, dass diese nicht dem Lohnsteuerabzug und nicht der Umsatzsteuer unterfallen. Im Rahmen der Steuererklärung besteht natürlich die Pflicht, die Honorare als "Einkünfte aus nichtselbständiger Tätigkeit" gesondert zu erklären. Infos unter www.laekh.de. Der

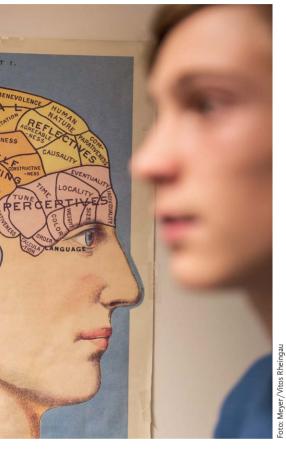


QR-Code führt direkt dorthin: www.laekh.de → Aktuelles → Covid-19 → Infos für Ärztinnen und Ärzte. Kurzlink: https://tinyurl.com/d5rsfuvj/. **Dr. med. Edgar Pinkowski**, Präsident der LÄKH

 $^{^{\}rm 1}\,\text{RKI}$, Epidemiologisches Bulletin Nr. 5/2021 (04.02.2021), S. 17.

Auswirkungen von Corona auf Kinder und Jugendliche

Bericht aus der Vitos Kinder- und Jugendambulanz für psychische Gesundheit



Über den Einfluss der Corona-Pandemie auf die seelische Gesundheit der Kinder und Jugendlichen berichtet Dr. med. Daniel Sammet. Er arbeitet als Oberarzt in der kinder- und jugendpsychiatrischen Institutsambulanz der Vitos Klinik Rheingau in Wies-

Rückblickend lassen sich mehrere Phasen betrachten: In der ersten Phase von März bis Mai 2020 herrschten zunächst eine große Verunsicherung und auch akute Ängste und Sorgen bei den Kindern, Jugendlichen und ihren Familien. Viele geplante und nicht dringend notwendige Untersuchungen und Behandlungen wurden abgesagt oder verschoben und der Fokus lag klar auf der Verhütung von Infektionen mit dem neuartigen Coronavirus. Die höchste Priorität hatte zunächst die somatische Gesundheit der Familien. Wir hatten die Sorge, dass es in dieser Zeit

zu einer Zunahme von häuslicher Gewalt gegenüber Kinder kommen könnte. Dies zeigte sich erfreulicherweise in unserer Arbeit zunächst nicht.

Schulen bieten Struktur und soziales Miteinander

In der zweiten Phase im Sommer 2020 kam es schrittweise zu einer Rückkehr in den gewohnten Alltag und zum Einzug gewohnter Routinen. Entscheidend dabei war für die Kinder und Jugendlichen die Wiedereröffnung der Schulen. Viele hofften, dass sich die positive Entwicklung der Infektionszahlen fortsetzen und ein zweiter Shutdown ausbleiben würde. Umso schwerwiegender waren für viele unserer Patientinnen und Patienten die Belastungen durch die erneuten erheblichen Einschränkungen, die die dritte Phase seit November 2020 kennzeichneten.

Insbesondere seit dieser Zeit zeigt sich eine spürbare Zunahme von unterschiedlichen Symptomen. Dazu zählen vor allem Ängste, Stimmungstiefs, Freudverlust, Antriebsstörungen, Schlafstörungen sowie Suizidgedanken. Gerade über die Wintermonate verzeichnen wir üblicherweise sonst auch eine Zunahme der genannten Beschwerden und ein erhöhtes Notfallaufkommen. Dieses Mal zeigt sich jedoch eine spürbare Verschärfung und eine von den Kindern und Jugendlichen beschriebene zunehmende Belastung. Auch im Austausch mit niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen wurde dieser Eindruck verstärkt. In unserer täglichen Arbeit berichten die Patienten und deren Familien von einer zunehmenden Erschöpfung und Perspektivlosigkeit. Dabei werden wiederholt die Einschränkungen des Schulbesuchs als ein wichtiger Faktor genannt.

Einschränkungen durch Distanzunterricht

Die Schule bietet Struktur und einen sicheren Rahmen. Der Präsenzunterricht ermöglicht soziale Kontakte und Gemeinschaft. Als es nach den Winterferien nahtlos mit dem Distanzunterricht weiterging, brach für viele Kinder und Jugendliche dieser wichtige Rahmen weg. Der Distanzunterricht wird unterschiedlich erlebt. Auch wenn einige Patienten damit gut zurechtkommen, da sie mehr Rückzugsmöglichkeiten haben, sich weniger ablenken lassen oder seltener in Konflikte mit Gleichaltrigen geraten, bleibt es für die meisten unserer Patientinnen und Patienten eine hohe Anstrengungsleistung. Gerade psychisch erkrankten Kindern und Jugendlichen fällt es schwer, die notwendige Konzentration und Selbstdisziplin aufzubringen. Für Kinder und Jugendliche mit Entwicklungsstörungen oder Erkrankungen aus dem Autismusspektrum sind Struktur und bestehende Abläufe enorm wichtig. Zusätzlicher Druck entsteht, weil sie die Schule bewältigen müssen und Sorge davor haben, abgehängt zu werden. Dies kommt insbesondere dort vor. wo Eltern aus unterschiedlichen Gründen nicht die notwendige Stütze sein können, die der Distanzunterricht gerade bei jüngeren Kindern erfordert. Wenn eine Familie nicht über die notwendigen Ressourcen verfügt, wird das zur Belastungsprobe. Entscheidend kann schon die Frage sein, ob für ein Kind zu Hause ein Rückzugsort oder der Zugriff auf die notwendige technische Ausstattung zur Verfügung steht. Dabei ist jedoch hervorzuheben, dass wir viele Eltern als extrem bemüht und kreativ erleben. Doch auch Eltern sind durch die Einschränkungen, veränderte Arbeitssituationen oder schwierige wirtschaftliche Bedingungen zusätzlich belastet.

Wenn Perspektiven fehlen

Auch in anderen Bereichen hat die Corona-Pandemie für unsere Patienten Spuren hinterlassen. Viele äußern, dass sie erschöpft sind, weil ihnen der Sport fehlt, sie sich einsam fühlen oder kaum soziale Kontakte haben. Hierbei reagieren die Betroffenen unterschiedlich – und zwar je nachdem, auf welche bestehenden Ressourcen sie zurückgreifen können. Kindern und Jugendlichen, die auch vorher ein gutes so-



oto: Vitos Rheingau

ziales Netz hatten, gelingt es leichter, den Wegfall der persönlichen Kontakte zu kompensieren. Sie nutzen in der Regel andere Kommunikationswege und fühlen sich weiterhin in ihrer Gruppe integriert. Diejenigen, die sich vorher schon isoliert und einsam erlebt haben, entwickeln eine zunehmende Perspektiv- und Hoffnungslosiakeit.

Viele unserer Patientinnen und Patienten mit Familien fragen uns, was sie derzeit tun können, um ihre Kinder zu unterstützen. Wir raten unseren Familien wachsam zu sein. Sie sollten ihren Kindern zuhören. ihre Sorgen und Bedürfnisse ernst nehmen und auch anerkennen, welche besonderen Leistungen sie derzeit erbringen. Es ist wichtig herauszufinden, was derzeit fehlt. Ist es der Sportverein, der den Betroffenen Selbstwirksamkeit und Anerkennung brachte und derzeit nicht besucht werden kann? Ist es der Kontakt zu Gleichaltrigen, der fehlt? Oder ist es der Besuch der Großeltern, der ausbleibt? Wir machen unseren Familien auch bewusst. wie die Kinder die Zeitspanne erleben. Bezogen auf ihr Lebensalter ist der zeitliche Anteil der Pandemie natürlich deutlich höher als bei Erwachsenen. Dabei machen die meisten Kinder und Jugendlichen erhebliche Entwicklungsschritte.

Zusammenhalt fördern

Wir empfehlen dann Alternativen zu dem Fehlenden gemeinsam zu entwickeln. Dabei kann es auch hilfreich sein, eine realistische Perspektive zu schaffen. Das heißt, die Familien sollten klären, was derzeit erlaubt ist oder zukünftig wieder möglich sein wird. Von besonderer Bedeutung ist es weiterhin, eine feste Struktur mit Bewegung, regelmäßigen Mahlzeiten und erlaubten sozialen Kontakten aufrechtzuerhalten. Die Familien nehmen die Emp-

fehlungen in der Regel gut an und wir erleben auch häufig einen starken Zusammenhalt. Es gibt jedoch auch Familiensituationen, in denen die Eltern selbst erheblich belastet oder psychisch erkrankt

sind. Die Kinder und Jugendlichen nehmen die Ängste und Sorgen ihrer Eltern wahr und können in ihrer eigenen Unsicherheit nicht mehr ausreichend unterstützt werden. Eine gute Unterstützung durch Personen außerhalb der Familie ist dann von großer Bedeutung. Wir arbeiten dabei eng mit Kolleginnen und Kollegen der Jugendhilfe oder des Jugendamtes zusammen. Bei einem Teil unserer Patienten verschärft sich die Symptomatik jedoch so, dass es zu notfallmäßiger oder auch dringlicher und vorgezogener vollstationärer Aufnahme kommt. Hierbei steht häufig eine zunehmende Suizidalität im Vordergrund. Insbesondere seit Anfang des Jahres ist das erhöhte Notfallaufkommen spürbar.

Arbeitsablauf hat sich durch Corona verändert

Auch der eigene Arbeitsablauf hat sich verändert: Besprechungen und Patientenkontakte finden unter Auflage der gängigen Hygieneregelungen statt. Das erfordert natürlich eine große Anstrengung und Anpassungsleistung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Wir setzen zunehmend auch eine videogestützte Behandlung ein. Wir versuchen, unsere Patienten bestmöglich zu versorgen und dabei den Schutz der Mitarbeitenden aufrechtzuerhalten. Durch die videogestützte Therapie haben wir hier einen guten Weg gefunden, der von den Patienten und ihren Familien gut angenommen wird und auch zur Entlastung führen kann. Die Familien sind gut darauf eingestellt. Kinder sind oftmals neugierig und kennen Videogespräche meist schon durch die Schule. Dabei haben wir auch den Vorteil, dass wir die Mimik unserer Patientinnen und Patienten wahrnehmen können, was im persönlichen Kontakt

durch das Tragen von Masken derzeit nicht möglich ist. Dennoch finden auch weiterhin viele wichtige Untersuchungen vor Ort statt. Dazu gehören akute Gefährdungssituationen, schwere psychiatrische Erkrankungen, somatische Kontrolluntersuchungen und ein Großteil der diagnostischen Verfahren.

Ausblick

Beim Blick in die nahe Zukunft müssen wir darauf vorbereitet sein, dass einige Symptome erst verzögert auftreten könnten. Insbesondere Kinder und Jugendliche mit ängstlichen oder depressiven Symptomen könnten derzeit in ihrem Vermeidungsverhalten verstärkt werden. Zudem fehlt zum Teil weiterhin die Schule mit ihrer Kontrollfunktion. Bei erhöhten Belastungen und Anforderungen nach der Corona-Pandemie könnte bei dieser Patientengruppe die Zunahme der Symptome erst dann sichtbar werden. Den betroffenen Kindern und Jugendlichen sollten dann die notwendigen therapeutischen Maßnahmen rechtzeitig zugänglich gemacht werden, um langfristige Schäden zu vermeiden. Für ein gutes Gelingen ist das Zusammenspiel aller an der psychischen Gesundheit von Kindern und Jugendlichen Beteiligten von großer Bedeutung.

Dr. med. **Daniel Sammet** E-Mail: daniel. sammet@ vitos-rheingau.de



Die Vitos Kinder- und Jugendklinik für psychische Gesundheit Eltville ist als Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Teil des Klinikums Rheingau. einer Betriebsstätte der Vitos Rheingau gGmbH und versorgt psychisch kranke Kinder und Jugendliche ambulant, teilstationär und stationär mit Standorten in Wiesbaden, im Rheingau-Taunuskreis, im Hochtaunuskreis, im Main-Taunus-Kreis und im Rhein-Lahnkreis.

Die Strahlentherapie, eine sehr gute Option beim Prostatakarzinom

VNR: 2760602021122640001

Christoph Dumke, Prof. Dr. med. Rita Engenhart-Cabillic

Einleitung

Das Prostatakarzinom ist mit 1.276.106 Neuerkrankungen im Jahr 2018 die zweithäufigste Tumorerkrankung bei Männern weltweit. Mit einem Anteil von 22,7 % aller neu diagnostizierten Krebsfälle ist es das häufigste Tumorleiden von Männern in Deutschland und mit 11,6 % die zweithäufigste Krebstodesursache.

Das weltweite Verteilungsmuster unterscheidet sich in Abhängigkeit vom Entwicklungsstand der Länder. Die Inzidenz in Nordeuropa liegt z.B. bei 85,7/100.000 Einwohner und in Nordafrika nur bei 13,2/100.000. Eine wesentliche Rolle für die höhere Inzidenz in den Industrienationen sowie einem Anstieg Anfang der 1990er Jahre spielt die flächendeckende Einführung des PSA-Screenings (PSA-Prostata Spezifisches Antigen) als Früherkennungsuntersuchung. [1–3]

Die überwiegende Mehrzahl der Prostatakarzinome sind azinäre Adenokarzinome (syn. Prostatakarzinom), die multifokal in der Außenzone der Prostata auftreten

Neben dem ethnischen Hintergrund und einer positiven Familienanamnese ist vor allem das Alter einer der wichtigsten Risikofaktoren für das Auftreten eines Prostatakarzinoms [4]. Da das mittlere Erkrankungsalter in Deutschland bei 72 Jahren liegt, sind individualisierte Therapiekonzepte unter Berücksichtigung von Komorbiditäten, Lebenserwartung und Patientenwunsch gefordert. Die Entscheidung für eine Therapie sollte daher in interdisziplinären Tumorkonferenzen getroffen werden und eine Behandlung in zertifizierten Zentren erfolgen.

Diagnostik und Staging

Früherkennung

Die digital rektale Untersuchung (DRU) ist die diagnostische Methode der Wahl



bei Verdacht auf ein Prostatakarzinom. Einem suspektem Tastbefund folgt eine Stanzbiopsie unabhängig vom PSA-Wert. Prostatakarzinome werden häufig im Rahmen von Früherkennungsuntersuchungen diagnostiziert, die aktuell für Männer ab 45 Jahren und bei familiärer Vorbelastung ab 40 Jahren angeboten werden. Zur Früherkennungsuntersuchung sollte auch eine PSA-Bestimmung gehören (derzeit werden die Kosten dafür von gesetzlichen Krankenversicherungen in der Regel noch nicht übernommen) in Kombination mit einer DRU. Bei unauffälligem Tastbefund, aber einem kontrollierten PSA-Wert von

≥ 4 ng/ml soll ebenfalls eine Prostata-

stanzbiospie durchgeführt werden [5–7].

Biopsie

Die Biopsie erfolgt in der Regel transrektal, sonografisch kontrolliert, unter Antibiotikaschutz. Entnommen werden insgesamt 10–12 Stanzzylinder aus unterschiedlichen Regionen der Prostata (Apex, Mitte und Basis) [6]. Ergänzend sollen auffällige Tastbefunde sowie malignitätsverdächtige Läsionen, die sich in

bildgebenden Verfahren wie transrektalem Ultraschall (TRUS) und/oder MRT darstellen, gezielt biopsiert werden, um die Aussagesicherheit zu erhöhen. Besondie multiparametrische (mpMRT) hat in den vergangenen Jahren einen hohen Stellenwert bei der Diagnose und Detektion klinisch relevanter Tumorareale zur gezielten Biopsie gewonnen [8, 9]. Bei der mpMRT werden Sequenzen akquiriert, die morphologische (T2 Sequenzen = hohe räumliche Auflösung) und funktionelle Informationen (DWI = diffusionsgewichtete Sequenzen; DCE = dynamische kontrast-verstärkte Sequenzen) erfassen, um die diagnostische Sicherheit zu erhöhen. Eine 2017 publizierte Studie mit 576 Patienten zeigte, dass durch die mpMRT bis zu 18 % mehr klinisch signifikante Tumore im Vergleich zur TRUS gesteuerten Biopsie detektiert werden konnten [8].

Staging

Bei der Stadieneinteilung (Tab. 1) unterscheidet man zwischen lokal begrenzten Tumoren (Stadium I und II), lokal fortge-

schrittenen Tumoren (Stadium III), die die Prostatakapsel überschreiten, und metastasierten Tumoren (Stadium IV). In der DRU nicht tastbare und in der Bildgebung nicht sichtbare Tumore, die entweder inzidentell im OP-Präparat gefunden werden oder die in der Biopsie aufgrund eines erhöhten PSA-Wertes nachgewiesen werden, gehören in die Kategorie T1. Tastbare Tumore fallen in die Kategorie ≥ T2 Г107.

Grading

Das Grading beim Prostatakarzinom erfolgt mittels Gleason Score (GS) der sich aus dem primären und sekundären Wachstumsmuster bzw. dem am schlechtesten differenzierten Tumoranteil zusammensetzt. Nach der ISUP Konsensuskonferenz von 2014 wird der GS allerdings zunehmend in soq. Grade Groups (1-5) übersetzt [11].

Risikogruppen

Prostatakarzinome im lokal begrenzten Stadium werden anhand des T-Stadiums, des GS und initialen PSA-Wertes prätherapeutisch in drei Risikogruppen unterteilt, welche das Risiko für einen PSA-Wiederanstieg (= biochemisches Rezidiv) nach kurativer Therapie angeben, siehe Tab. 2 [12]. Für diese Risikogruppen konnte in großen Validierungsstudien ebenfalls ein Zusammenhang mit dem krankheitsspezifischen und Gesamtüberleben nach

kurativer Therapie festgestellt werden [13, 14].

Therapieoptionen im nicht-metastasierten Stadium

Active Surveillance

Patienten mit niedrigem Risiko können statt einer radikalen Therapie engmaschig beobachtet werden (Active Surveillance = AS), wenn nicht mehr als zwei Stanzzvlinder tumorbefallen sind und diese ≤ 50 % Tumorbefall zeigen. Dieses Vorgehen erlaubt es, die Nebenwirkungen der Tumortherapie bei klinisch indolenten Tumoren zu vermeiden, weist jedoch langfristig ein höheres Risiko für eine Krankheitsprogression auf [15].

Prostatektomie

Die radikale Prostatektomie (RPE) ist für lokal begrenzte Tumore sowie lokal fortgeschrittene Tumore eine primäre Therapieoption. Für Männer unter 65 Jahren mit lokal begrenzten Tumoren im UICC Stadium I-II und einem PSA-Wert ≤ 50 ng/ml wurde eine signifikante Verbesserung des tumorspezifischen und Gesamtüberlebens sowie der distanten Metastasierung zugunsten der RPE im Vergleich zur Observation festgestellt [16]. Dies galt hinsichtlich des tumorspezifischen Überlebens und distanter Metastasierung in einer Subgruppenanalyse ebenfalls für Niedrigrisiko-Patienten (T1-T2 N0 M0, GS 6, PSA \leq 10 ng/ml) [16].

In einer aktuellen Auswertung der PIVOT-Studie konnte für lokal begrenzte Karzinome aller Risikogruppen zusammengenommen hingegen nur ein kleiner Effekt für ein verbessertes Gesamtüberleben nach median 18,6 Jahren Follow-Up zugunsten der RPE gesehen werden (im Mittel ein Lebensjahr), der noch kleiner für Niedrigrisiko-Patienten war [17]. Für lokal fortgeschrittene Tumore ist die Evidenzlage aufgrund fehlender prospektiver Studien schlechter.

Bei der RPE werden sowohl Prostata als auch Samenblasen entfernt und eine vesikourethrale Anastomose hergestellt. Zudem wird simultan eine pelvine Lymphknotenentfernung zum weiteren Staging durchgeführt, auf die bei niedrigem Risikoprofil verzichtet werden kann. Technisch kann die RPE retropubisch, perineal, laparoskopisch oder roboter-assistiert laparoskopisch erfolgen.

Ca. 25-30 % der Patienten haben noch fünf Jahre nach RPE Kontinenzprobleme, wobei diese Zahl je nach Erfahrung des Operateurs variiert [18]. Bzgl. der Potenz liegt die Wahrscheinlichkeit für eine Erholung bei ca. 60 %, wenn ein bilaterales nervenschonendes Vorgehen möglich ist [19]. Nach EAU Guidelines ist ein solches Vorgehen bei Tumoren mit hohem Risiko für extrakapsuläres Wachstum auf der betreffenden Seite nicht empfohlen und der Potenzerhalt dementsprechend schlechter [20, 21]. Gegenüber den offen chirurgischen Techniken zeigten sich Vorteile für das laparoskopische Vorgehen hinsichtlich geringerem intraoperativen Blutverlust, kürzerer Krankenhausverweildauer und geringerem Schmerzmittelbedarf bei potenziellen Nachteilen für Kontinenzund Potenzerhalt [22]. Eine Weiterentwicklung stellt die roboter-assistierte laparoskopische RPE (u. a. DaVinci) dar, die oben genannten Vorteile des laparoskopischen Vorgehens mit einem potenziell besseren Potenzerhalt vereint [23]. Beim Vergleich zwischen der offenen und

Tab. 1: Stadieneinteilung des Prostatakarzinoms			
Stadium	T-Kategorie	N-Kategorie	M-Kategorie
Stadium I	T1, T2a	N0	M0
Stadium II	T2b, T2c	N0	M0
Stadium III	T3, T4	N0	M0
Stadium IV	Jedes T	N1	M0
	Jedes T	Jedes N	M1

Tab. 2: Risikogruppen des lokal begrenzten Prostatakarzinoms					
Risikogruppe	T-Kategorie		PSA-Wert		Gleason Score
Niedriges Risiko	cT1-T2a	und	≤ 10 ng/ml	und	6
Mittleres Risiko	cT2b	oder	> 10-20 ng/ml	oder	7
Hohes Risiko	≥ cT2c	oder	> 20 ng/ml	oder	8-10

roboter-assistierter laparoskopischen RPE konnten retrospektive Auswertungen und eine randomisierte Phase-3-Studie jedoch bisher keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich funktioneller Ergebnisse und einen fraglichen Vorteil hinsichtlich onkologischer Ergebnisse feststellen [24, 25].

Perkutane Bestrahlung mit Photonen

Die perkutane Bestrahlung (External Beam Radiotherapy = EBRT) der Prostata ist eine kurative Therapieoption in den Stadien I-III und wird bei Hochrisikopatienten in der Regel mit einer Antihormontherapie kombiniert. Im lokal begrenzten Stadium ist die EBRT onkologisch gleichwertig zur RPE bei geringeren Raten an Inkontinenz und erektiler Dysfunktion. Die ProTecT-Studie (1999–2009) zeigte diesbezüglich eine Gleichwertigkeit zwischen Operation und

Bestrahlung für die Endpunkte prostatakarzinomspezifisches Überleben, Metastasenfreiheit und Krankheitsprogression, aber einen signifikanten Unterschied bei der Benutzung von Vorlagen aufgrund von Inkontinenz sechs Jahre nach Therapie (ca. 20 % in der RPE Gruppe versus 4 % in der Radiotherapie Gruppe) [15, 26].

Für die erektile Dysfunktion zeigte sich, dass nach sechs Jahren noch 28–30 % der Männer, die eine Radiotherapie erhielten, potent waren, im Vergleich zu 15 % der Männer, die operiert wurden. Für die Radiotherapie wiederum wurde eine höhere Rate an irritativen Miktionsbeschwerden und gastrointestinalen Funktionsstörungen nach sechs Monaten festgestellt [15, 26]. Kritisch anzumerken ist, dass bei dieser Studie alte 3D-konformale Bestrahlungstechniken zum Einsatz kamen, die

nicht mehr dem aktuellen Stand der Entwicklung entsprachen. Heute wird die Bestrahlung der Prostata als bildgeführte (Image Guided Radiotherapy = IGRT) Strahlentherapie in intensitätsmodulierter Technik (= IMRT/VMAT) mit hochenergetischen Photonen durchgeführt. Bei der modernen IGRT-IMRT wird die Dosis aus sehr vielen verschiedenen Winkeln eingestrahlt, um das Zielvolumen (Prostata und Samenblasenansatz) abzudecken, siehe Abb. 1.

Die daraus resultierende exaktere Anpassung des Hochdosisbereiches an das zu bestrahlende Gebiet in Kombination mit einer präziseren Dosisapplikation durch tägliche Lagekontrollen mittels Cone-Beam-CT führen zu einer besseren Schonung der Risikoorgane (Rektum und Harnblase) mit reduzierten Nebenwirkungsraten [27].

Die Ergebnisse der ProtecT-Studie konnten in der aktuellen Auswertung der CAESAR-Studie (2011–2012), bei der die Nebenwirkungen zeitgemäßer IMRT-IGRT-Radiotherapie mit denen moderner Operationstechniken verglichen wurden, hinsichtlich klinisch relevanter Vorteile für die EBRT bezüglich Inkontinenz und Erhalt der Sexualfunktion nochmals bestätigt werden [28]. Zusätzlich ergab sich in dieser Studie beim Vergleich EBRT versus AS (Observation) für Patienten mit günstigem Risikoprofil zu keinem Zeitpunkt ein Unterschied hinsichtlich Harnwegs-, Sexual- und gastrointestinaler Funktion über einen Zeitraum von fünf Jahren, was die gute Verträglichkeit der EBRT unterstreicht. Zur kurativen Behandlung des Prostatakarzinoms wird aktuell eine Dosis

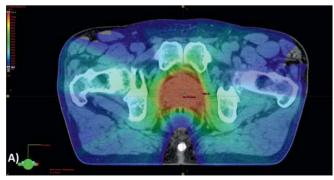
Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel "Die Strahlentherapie, eine sehr gute Option beim Prostatakarzinom" von Christoph Dumke und Prof. Dr. med. Rita Engenhart-Cabillic finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. März 2021 bis 24. September 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.



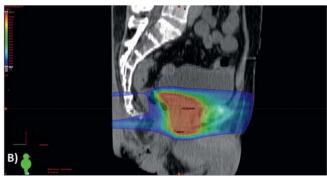
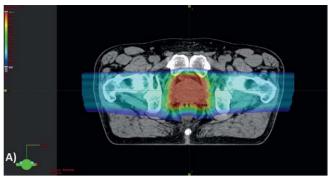


Abb. 1: Bestrahlungsplan einer perkutanen Photonenbestrahlung für einen Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom der mittleren Risikogruppe in IMRT/VMAT-Technik.

- A) Axialer Schnitt des Bestrahlungsplanungs-CT mit Dosisverteilung.
- B) Sagittaler Schnitt des Bestrahlungsplanungs-CT mit Dosisverteilung. Rot = Hochdosisbereich (Prostata), blau = Niedrigdosisbereich.



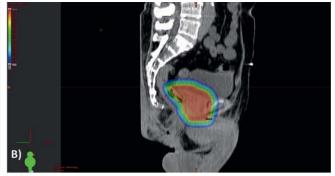


Abb. 2: Bestrahlungsplan einer perkutanen Protonenbestrahlung für den in Abb. 1 dargestellten Patienten.

- A) Axialer Schnitt des Bestrahlungsplanungs-CT mit Dosisverteilung.
- B) Sagittaler Schnitt des Bestrahlungsplanungs-CT mit Dosisverteilung. Rot = Hochdosisbereich (Prostata), blau = Niedrigdosisbereich.

von 74-80 Gy empfohlen (historisch wurden 64-70 Gy verabreicht), da eine Dosiseskalation mit einer signifikanten Verbesserung der lokalen Kontrolle und geringerer Rate an biochemischen Rezidiven einherging [29]. Diese Dosis wird in der Regel in 37-40 Fraktionen mit einer Einzeldosis von 2 Gy appliziert. Eine hypofraktionierte Bestrahlung mit höheren Einzeldosen zugunsten einer kürzeren Gesamtbehandlungszeit wird aufgrund fehlender Langzeitdaten in der aktuellen Leitlinie (noch) nicht empfohlen [7].

Protonentherapie

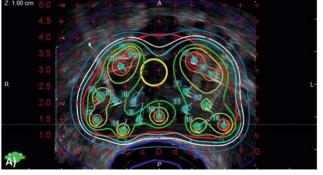
Der Vorteil der Protonen liegt darin, dass sie den Großteil ihrer Energie in einer spezifischen Gewebetiefe abgeben (Braggpeak) bei geringer Eingangs- und Ausgangsdosis. Dadurch kann, im Gegensatz zur IMRT, die gesamte Dosis über wenige Einstrahlrichtungen im Gewebe deponiert werden (Abb. 2). Über einen steilen Dosisgradienten wird eine Schonung des Rektums und der Harnblase mit geringen Toxizitätsraten [34, 35] bei reduzierter

Integraldosis aufgrund eines reduzierten Niedrigdosisbereiches reicht (Vergleich IMRT mit Verteilung des Niedrigdosisbereiches über das ganze Becken (Abb. 1) vs. Protonenbestrahlung mit zwei Einstrahlrichtungen über die Hüften (Abb. 2). Eine randomisierte Studie zeigte für eine kombinierte dosiseskalierte Photonen- und Protonentherapie (79,2 Gy) eine signifikant bessere langfristige Tumorkontrolle bei gleicher niedriger Toxizität im Vergleich zur kombinierten Therapie mit 70,2 Gy [36]. Randomisierte Studien zum Vergleich IMRT versus alleiniger Protonentherapie mit IGRT stehen aktuell noch aus. Hier müssen Daten generiert werden, um einen möglichen Vorteil durch die Protonentherapie weiter zu untersuchen.

HDR-Brachytherapie

Die Brachytherapie (griech. brachy = kurz, nah) hat den Vorteil, dass die Strahlenquelle unmittelbar in oder an dem Tumor liegt, wodurch die Applikation einer hohen Strahlendosis unter Schonung der umgebenden Risikoorgane möglich wird. Zu diesem Zweck werden Hohlnadeln transperineal unter Ultraschallkontrolle und Narkose temporär in die Prostata eingebracht, in die anschließend im Nachladeverfahren (Afterloading) eine Strahlenquelle computergesteuert für wenige Sekunden bis Minuten eingeführt

wird. Die applizierte Dosis und das Strahlenfeld ergeben sich aus der Position der Nadeln und der Haltezeiten der Strahlenquelle in den einzelnen Nadeln (Abb. 3). Als Strahlenquelle werden Radionuklide (v-Strahler) mit hoher Dosisleistung (High-Dose-Rate = HDR) verwendet. wobei Iridium-192 die gebräuchlichste Die HDR-Brachytherapie (z. B. 2x9 Gy) wird standardmäßig als Kombinationskonzept zusammen mit einer EBRT (z. B. 25x2 Gy) angewendet. Diese Form der Dosiseskalation zeigte mit einer krankheitsspezifischen Fünfjahres-Überlebensrate von 94 % ausgezeichnete onkologische Ergebnisse bei niedrigen Raten an Nebenwirkungen ≥ III° (2,5 %) und wird daher in der Leitlinie [7] für lokal begrenzte Karzinome des mittleren und hohen Risikos sowie für lokal fortgeschrittene Tumore empfohlen [37, 38]. Weniger verbreitet ist die HDR-Brachytherapie als Monotherapie, die bei lokal begrenzten Tumoren aller Risikogruppen ebenfalls eine hohe Tumorkontrolle und geringe Toxizität gezeigt hat [39, 40].



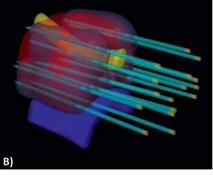
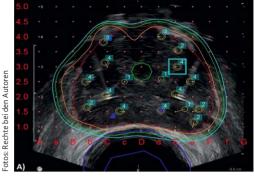


Abb. 3: Bestrahlungsplan einer HDR-Brachytherapie bei einem Patienten mit lokal begrenzten Prostatakarzinom der mittleren Risikogruppe. Rote Kontur = Prostata, blaue Kontur = Rektum(-schleimhaut), gelbe Kontur Urethra.

- A) Axialer Schnitt der Prostata in der transrektalen Sonografie mit Nadelpositionen (1-16) und Isodosenlinien. Weiße Linie = 90 % Isodose, die das Zielvolum (Rote Kontur = Prostata) umschließt.
- B) Dreidimensionale Darstellung des Bestrahlungsplanes, der Anatomie und der in die Prostata eingebrachten Nadeln.

Fortbildung



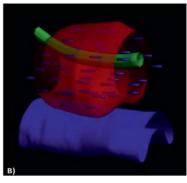


Abb. 4: Bestrahlungsplan einer Seeds-Brachytherapie (Jod-125) bei einem Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom der niedrigen Risikogruppe. Rote Kontur = Prostata, blaue Kontur = Rektum(-schleimhaut), grüne Kontur Urethra.

A) Axialer Schnitt der Prostata in der transrektalen Sonografie mit Seedspositionen (Zahlen = Anzahl der Seeds pro Nadel) und Isodosenlinien. Grüne Linie = 100 % Isodose, die das Zielvolum (Rote Kontur = Prostata) umschließt.

B) Dreidimensionale Darstellung des Bestrahlungsplanes und der Anatomie. Blaue Zylinder = Anzahl und Lage der Seeds in der Prostata.

Radiotherapietechniken beim P	Prostatakarzinom
EBRT	External Beam Radiotherapy = perkutane Bestrahlung mit Photonen.
3D-konformale Radiotherapie	EBRT, bei der durch geometrische Formung der Strahlenfelder die Dosisverteilung möglichst exakt an das Zielgebiet (Tumor) angepasst wird.
IMRT/VMAT	Spezielle Form der 3D-konformalen Radiotherapie, bei der zur Anpassung der Dosisverteilung an das Zielgebiet über die geometrische Formung hinaus die Fluenzen der Strahlungsfelder moduliert wer- den* (modernste Form der EBRT), siehe Abb. 1.
IGRT	Image Guided Radiotherapy = bildgeführte Strahlentherapie (Lagekontrolle des Patienten mittels Röntgen oder Cone-Beam-CT).
Protonentherapie	Perkutane Bestrahlung mit geladenen Wasserstoffkernen, siehe Abb. 2.
Brachytherapie	Kurzdistanztherapie mit umschlossenen Strahlenquellen, die in oder nahe an den Tumor gebracht werden.
HDR-Brachytherapie	High Dose Rate = Brachytherapie mit Strahlen- quellen, die eine hohe Dosisleistung haben (Bei- spiel Iridium-192, siehe Abb. 3).
LDR-Brachytherapie	Low Dose Rate = Brachytherapie mit Strahlenquellen, die eine geringe Dosisleistung haben (Beispiel Jod-125-Seeds, siehe Abb. 4).
SABR	Stereotactic Ablative Radiotherapy = stereotakti- sche Radiochirurgie mit Photonen (einmalige, oder wenige hochpräzise Bestrahlungen mit hohen Einzeldosen).

*Leitlinie zur Strahlentherapie mit fluenzmodulierten Feldern (IMRT), DEGRO 2018.

LDR-Brachytherapie

Bei der LDR (Low-Dose-Rate)-Brachytherapie werden Strahlenguellen mit geringer Dosisleistung dauerhaft in die Prostata eingebracht. Am gebräuchlichsten sind hier sogenannte Jod-125-Seeds, Metallstücke mit einer Länge von 4 mm und Breite von 1 mm, die über Kunststoffstücke zu Ketten verbunden sind. Die Implantation geschieht ebenfalls transperineal ultraschallkontrolliert in Vollnarkose oder Spinalanästhesie über dünne Hohlnadeln, die zuvor mit den Jod-Seeds bestückt werden. Die Verschreibungsdosis für Jod-Seeds beträgt 145 Gray (Gy) und die Bestrahlungsplanung erfolgt intraoperativ, wobei sich die Dosisverteilung über die Anzahl und Positionierung der Seeds ergibt (Abb. 4).

Ein Vorteil dieses Verfahrens ist, dass nur ein einmaliger Eingriff nötig ist und die Seeds aufgrund der geringen Halbwertszeit von Jod-125 ein Leben lang im Patienten verbleiben können. Empfohlen wird die Therapie aktuell nur für lokal begrenzte Karzinome mit niedrigem Risiko, da nur für diese Patienten die gleiche biochemische Kontrolle wie nach EBRT oder RPE erreicht werden konnte [12]. Für die Niedrigrisikogruppe zeigte sich auch in der Langzeitnachbeobachtung eine exzellente Tumorkontrolle mit einem 15-Jahres biochemischrezidivfreien Überleben von 85.9 % [41].

Ein Nachteil des Verfahrens sind stärkere irritative Miktionsbeschwerden gegenüber der EBRT kurz nach der Therapie (sechs Monate) [28], weswegen sich vor allem Patienten ohne Obstruktion mit einem Prostatavolumen von ≤ 60 ml und IPSS (International-Prostate-Symptom-Score) von ≤ 12 für die Therapie eignen.

EBRT postoperativ

Auch in der postoperativen Situation hat die perkutane Bestrahlung mit Photonen (EBRT) einen hohen Stellenwert. Hier wird die Prostataloge unter Einschluss der vesikourethralen Anastomose mit 66 Gy bestrahlt. Unterschieden wird dabei zwischen einer adjuvanten Radiotherapie bei Patienten mit postoperativem Abfall des PSA-Wertes in den Nullbereich und vorliegenden Risikofaktoren (pT3-Stadium mit R1-Resektion und/oder Samenblaseninfiltration) und der Salvage-Radiotherapie bei Patienten mit einem postoperativen PSA-Wiederanstieg aus dem Nullbereich (biochemisches Rezidiv) oder mit PSA-Persistenz nach Operation [7].

Drei große randomisierte Studien (ARO 96-2, EORTC 22911 und SWOG), die eine adjuvante Radiotherapie bei vorliegenden Risikofaktoren mit Observation verglichen, konnten ein signifikant besseres biochemisch rezidivfreies Überleben zugunsten der Radiotherapie nachweisen [30, 31, 50].

Eine der Studien (SWOG) zeigte zudem ein signifikant besseres metastasenfreies und Gesamtüberleben [30]. Anzumerken ist, dass der Effekt bei vorliegender R1-Resektion am größten war und dementsprechend die Empfehlung zur adjuvanten Radiotherapie bei pT3-Tumoren mit R1-Resektion in der aktuellen S3-Leitlinie am stärksten ist [7].

Nichtsdestotrotz ist die adjuvante Radiotherapie auch mit gastrointestinalen und urogenitalen Nebenwirkungen verbunden wie die Verschlechterung einer postoperativ bestehenden Inkontinenz. Viele Patienten entwickeln auch bei vorliegenden Risikofaktoren kein biochemisches Rezidiv (54 % der Patienten im Observationsarm der ARO 96-02-Studie hatten nach 4,7 Jahren kein Rezidiv) [7, 50].

In der gültigen Fassung der S3-Leitline von 2019 wird daher bereits darauf hingewiesen, den Patienten über die Alternative einer Observation mit Salvage-Radiotherapie bei erneutem PSA-Anstieg aufzuklären [7]. Diese sollte dann möglichst frühzeitig bei PSA-Werten < 0,5 ng/ml begonnen werden [7, 51].

Zwei kürzlich publizierte randomisierte Studien (RAVES, RADICALS-RT) verglichen die adjuvante Radiotherapie mit einer PSA-getriggerten Salvage-Radiotherapie bei Hochrisikopatienten [32, 33]. Bestrahlt wurde nur bei einem postoperativem PSA-Wiederanstieg auf ≥ 0,2 ng/ml (RAVES) oder ≥ 0,1 ng/ml (RADICALS-RT). In den Salvage-Gruppen konnte bei mindestens der Hälfte der Patienten die Logenbestrahlung vermieden werden und es zeigten sich geringere urogenitale Nebenwirkungen (Inkontinenz und Urethrastrikturen) im Vergleich zu den Patientengruppen, die eine adjuvante Radiotherapie erhielten. Zudem konnte kein signifikanter Unterschied im biochemisch rezidivfreien Überleben nach einer allerdings relativ kurzen Nachbeobachtungszeit von median fünf und sechs Jahren gefunden werden.

Die engmaschige Beobachtung mit regelmäßigen PSA-Bestimmungen und Salvage-Radiotherapie im Falle eines postoperativen PSA-Anstiegs kann dementsprechend eine gute Alternative für ältere Patienten sein, während für junge Patienten mit entsprechenden Risikofaktoren weiterhin die adjuvante Radiotherapie der Standard sein sollte.

Therapieoptionen im metastasierten Stadium

Medikamentöse Therapie

Bedeutend für die Auswahl der Therapie des metastasierten Prostatakarzinoms ist die Unterscheidung zwischen einer hormonsensitiven Erkrankung und einer Kastrationsresistenz. Nach den Ergebnissen der STAMPEDE- und CHAARTED-Studien ist bei Erstdiagnose eines metastasierten hormonsensitiven Prostatakarzinoms die Kombination aus Chemotherapie (Docetaxel) und einer Antihormontherapie mit einem signifikanten Überlebensvorteil verbunden [42, 43] und wird daher leitliniengerecht empfohlen.

Auch die Kombination aus Antihormontherapie und Abirateron (einem Hemmstoff der endogenen Androgenproduktion) zeigte in der LATITUDE-Studie einen signifikanten Überlebensvorteil und wird daher als Alternative zum Docetaxel in der Erstlinientherapie eingesetzt [44]. Patienten, die sich nicht für eine Kombinationstherapie eignen, erhalten eine alleinige Antihormontherapie.

Häufig entwickelt sich erst nach Jahren eine Kastrationsresistenz, die zu einer weiteren Krankheitsprogression unter antihormoneller Therapie führt. Vor allem bei symptomatischem Progress wird dann eine Behandlung mit Docetaxel, Abirateron oder Enzalutamid eingeleitet. In der Zweitlinie kann zudem nach Ausschöpfen der oben genannten Therapieoptionen eine nuklearmedizinische Radioligandentherapie erfolgen.

Abkürzun	gsverzeichnis
AS	Active Surveillance, engmaschige Überwachung
DRU	Digitale rektale Untersuchung
DCE	MRT-Sequenz, dynamisch kontrastverstärkend
DWI	MRT-Sequenz, diffusion weighted imaging, diffusionsgewichtete Sequenzen
EAU	European Association of Urology
EBRT	External Beam Radiotherapy
GS	Gleason-Score. Histologische Beurteilung der Drüsenbeschaffen- heit im Prostatagewebe. Prognose- wert beim Prostatakrebs. Je höher der Wert, desto höher ist der Grad der Entdifferenzierung und desto schlechter ist die Prognose.
Gy	Gray, Maßeinheit zur Angabe der angewendeten Strahlungsdosis
HDR/LDR	High-Dosis-Rate/Low-Dosis-Rate
IGRT	Image Guided Radiotherapy
IMRT	Intensity Modulated Radiotherapy, damit kann die Dosis in angrenzenden Risikoorganen ohne Dosiseinbußen im Zielvolumen reduziert werden.
IPSS	International-Prostate-Symptom- Score
MDT	Metastasis Directed Therapy
p-Wert	Signifikanzwert, Evidenzmaß für die Glaubwürdigkeit der Nullhypothese
PSA	prostataspezifisches Antigen, Enzym
RP, RPE	radikale Prostatektomie
SABR	stereotaktisch ablative Radiotherapie, millimetergenaue Bestrahlung von Tumoren
TNM- System	T = Größe und Ausdehnung des Tumors; N = Beteiligung der Lymphknoten; M = Vorhandensein von Metastasen
T2- Sequenz	MRT-Sequenz, kontrastbildend. Geeignet zur Darstellung von Ödemen und Ergussbildungen; zur Unterscheidung von Zysten und soliden Tumoren.
TRUS	Transrektaler Ultraschall
UICC- Stadium	Stadien der Krebserkrankung nach der Union internationale contre le cancer (UICC), für die einzelnen Tumoren unterschiedlich.

Palliative Radiotherapie

Die perkutane Strahlentherapie hat auch in der palliativen Situation einen hohen Stellenwert, vor allem bei der Behandlung von ossären Metastasen, da hier eine Schmerzlinderung und Stabilisierung der befallenen Stellen durch Rekalzifizierung erreicht werden kann. Kommt es aufgrund von Wirbelsäulenmetastasen zu einer Instabilität, wird interdisziplinär entschieden, ob vor der Radiotherapie eine stabilisierende Operation sinnvoll ist. Bei begleitenden neurologischen Symptomen (Lähmungen) ist eine frühe Intervention wichtiq. So ist eine operative Dekompression des Myelons gefolgt von einer Bestrahlung der alleinigen Radiotherapie hinsichtlich funktioneller Ergebnisse überlegen [45].

Sonderfall oligometastasiertes Prostatakarzinom

Bereits 1995 stellten Hellmann und Weichselbaum die Theorie einer Stufenweise verlaufenden Metastasierung auf. wonach ein intermediäres Stadium der Oligometastasierung zwischen lokalisierter Erkrankung und ausgedehnter Fernmetastasierung existiert [46]. Je nach Definition handelt es sich bei einer Oligometastasierung um das Vorliegen von bis zu drei oder bis zu fünf Metastasen. Diese Patienten könnten von einer radikalen Lokaltherapie aller Metastasen, also einer metastasenspezifischen Therapie (Metastasis Directed Therapy = MDT) profitieren. Geeignet ist hierfür vor allem eine stereotaktisch ablative Radiotherapie (= SABR), bei der mit hohen Einzeldosen in wenigen Fraktionen das Zielgebiet hochpräzise eradiziert wird. Die randomisierte SABR-COMET-Studie konnte diesbezüglich für verschiedene Tumorentitäten einen medianen Überlebensvorteil von 22 Monaten bei Patienten mit bis zu fünf Metastasen zeigen, wenn diese zusätzlich zur palliativen Systemtherapie eine SABR erhielten [47]. Für das Prostatakarzinom liegen aktuell zwei randomisierte Studien vor, die den Nutzen einer MDT für oligometastasierte Patienten untersucht haben. In der STOMP-Studie von 2018 wurden Patienten mit drei oder weniger Metastasen eingeschlossen, die mit MDT (SABR oder OP) behandelt wurden. Verglichen wurde gegen Beobachtung und der primäre Endpunkt war die Zeit bis zur Einleitung einer antihormonellen Therapie [48]. Für die Patienten, die eine MDT erhielten, ergab sich ein median acht Monate längeres hormontherapiefreies Überleben bei gleicher Lebensqualität im Vergleich zur Beobachtungsgruppe. Die gezielte Lokaltherapie von Metastasen kann somit den Beginn einer pallia- 💆 tiven Systemtherapie und deren Nebenwirkungen effektiv hinauszögern.

Die kürzlich publizierten Ergebnisse der ORIOLE-Studie, in der ebenfalls Männer mit bis zu drei Metastasen eingeschlossen waren, zeigten ein verbessertes progressionsfreies Überleben durch MDT 💆 mittels SABR im Vergleich zur Observation (Progression nach sechs Monaten im SABR-Arm 19 % versus 61 % im Kontrollarm, p=0.005) bei geringer therapieassoziierter Toxizität [49]. Zudem konnte die Induktion einer Immunantwort im SABR-Arm nachgewiesen werden, was neben der lokalen Tumorkontrolle durch die Bestrahlung (98,9 %) auch einen systemischen Effekt vermuten Die MDT mittels perkutaner stereotaktischer Radiotherapie ist dementsprechend ein vielversprechendes Therapiekonzept für Prostatakarzinompatienten mit wenigen Metastasen und kontrolliertem Primarius.

Zusammenfassung

Das Prostatakarzinom ist eine komplexe und sehr heterogene Erkrankung mit einer großen prognostischen Variabilität. Es existiert eine Vielzahl an Behandlungsoptionen für unterschiedliche Stadien, die hinsichtlich des Nutzens und des Risikos für den einzelnen Patienten in interdisziplinären Fallkonferenzen abgewogen werden müssen. Hierbei sollten vor allem die Wünsche und Lebensumstände des Patienten im Mittelpunkt stehen.



Christoph
Dumke
Arzt
in Weiterbildung



Prof. Dr. med. Rita Engenhart-Cabillic Ärztliche Direktorin

beide: Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie Universitätsklinikum Gießen und Marburg Standort Marburg E-Mail: engenhar@med.uni-marburg.de

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

Neue LÄKH-Websiten zu Corona

Der Internetauftritt der Landesärztekammer Hessen ist um neue Informationsseiten zu Corona erweitert worden. Unter www.laekh.de/aktuelles/covid-19/ finden sowohl Ärztinnen und Ärzte als auch Bürgerinnen und Bürger Infos rund um SARS-CoV-2 und Covid-19 – gebündelt und übersichtlich. So können sich unsere ärztlichen Mitglieder über Handlungsempfehlungen und -anweisungen in Verbindung mit der aktuellen Pandemie-Situation, Regelungen für niedergelassene und ausbildende Ärzte und deren MFA-Auszubildende, finanzielle Hil-

fen für Freiberufler oder zur Impfstrategie in Hessen einen Überblick verschaffen. Bürger können sich über die Corona-Schutzimpfung und die Impfstoffe sowie über das Coronavirus, dessen Übertragungswege und die von ihm ausgelöste Erkrankung Covid-19 mit den häufigsten Symptome informieren. Wichtigste Adressen – inklusive der Anlaufstellen für Seh- und Hörgeschädigte – sind ebenso enthalten wie Fragen rund um Quarantäne/häusliche Isolierung oder die Erklärung von Sicherheits- und Hygienemaßnahmen zur Infektionsvorbeugung.

Multiple Choice-Fragen:

Die Strahlentherapie, eine sehr gute Alternative beim Prostatakarzinom

VNR: 2760602021122640001 (eine Antwort ist richtig)

- 1. Nach welchen Parametern erfolgt die Einteilung des lokal begrenzten Prostatakarzinoms in Risikogruppen?
- 1) T-Stadium, Größe der Prostata im MRT, Gleason Score.
- 2) PSA-Wert, Gleason Score, IPSS.
- 3) Gleason Score, IPSS, T-Stadium.
- 4) T-Stadium. Gleason Score. PSA-Wert.
- 2. Ab wann wird ein Prostatakarzinom als T2 klassifiziert?
- 1) Wenn der Tumor die Prostatakapsel durchbricht.
- 2) Wenn der Tumor in der DRU tastbar ist und die Prostatakapsel nicht durch-
- 3) Wenn mittels Stanzbiopsie Tumorgewebe in einem Prostatalappen gefun-
- 4) Wenn ein Samenblasenbefall vorliegt.
- 3. Welche Aussagen zum Prostatakarzinom sind richtiq?
- a. Bei der überwiegenden Mehrzahl handelt es sich um Adenokarzinome.
- b. Es ist zumeist eine Erkrankung des höheren Lebensalters.
- c. Der PSA-Wert spielt bei der Erstdiagnose keine Rolle, da es sich um einen Verlaufsparameter handelt.
- d. Eine MRT Untersuchung bei Erstdiagnose bringt keinen Mehrwert und sollte daher unbedingt vermieden werden.
- 1) a und b sind richtig.
- 2) a b und c sind richtiq.
- 3) alle sind richtiq.
- 4) c und d sind richtiq.
- 4. Welche onkologisch gleichwertigen Therapieoptionen können Derzeit leitliniengerecht zur Therapie des lokal begrenzten Prostatakarzinoms aller Risikogruppen empfohlen werden?
- 1) Radikale Prostatektomie, perkutane Bestrahlung mit Photonen als IMRT (EBRT), LDR-Brachytherapie.
- 2) HDR-Brachytherapie kombiniert mit perkutaner Bestrahlung oder alleinige Androgenablation.
- 3) Radikale Prostatektomie, Radiochirurgie (SABR), Chemotherapie.
- 4) Perkutane Bestrahlung mit Photonen als IMRT (EBRT), radikale Prostatektomie.

- 5. Welche Aussage zur LDR-Brachytherapie ist richtiq?
- 1) Die Strahlenquelle verbleibt nur wenige Minuten im Tumor.
- 2) Bei dieser Technik sind mehrfache operative Eingriffe nötig, um den Tumor zu behandeln.
- 3) Die LDR Brachytherapie wird nach aktueller S3-Leitlinie nur für Patienten mit Niedrigrisiko-Tumoren empfoh-
- 4) Als Strahlenquelle ist Iridium-192 am gebräuchlichsten.
- 6. Welche Aussagen zur postoperativen Radiotherapie beim Prostatakarzinom sind falsch?
- a. Die Salvage-Radiotherapie bei PSA-Rezidiv (biochemisches Rezidiv) soll möglichst frühzeitig bei PSA-Werten < 0,5 ng/ml begonnen werden
- b. Männer höheren Alters benötigen nie eine adjuvante Radiotherapie aufgrund der meist guten Prognose und der eingeschränkten Lebenserwar-
- c. Die adjuvante Radiotherapie erfolgt häufig als HDR Brachytherapie.
- d. Die adjuvante Radiotherapie muss auch bei fehlenden Risikofaktoren durchgeführt werden, da die Operation allein keine Kuration ermög-
- 1) a und d sind falsch.
- 2) c und d sind falsch.
- 3) alle sind falsch.
- 4) b, c und d sind falsch.
- 7. Welche Bestrahlungstechnik ist die heutzutage gebräuchlichste Form der modernen perkutanen Strahlentherapie?
- 1) Protonentherapie.
- 2) 3D-konformale Bestrahlung mit Photonen über wenige Felder.
- 3) Elektronenbestrahlung am Linearbeschleuniger.
- 4) IMRT (Intensity Modulated Radiotherapy) als IGRT (Image Guided Radiotherapy).
- 8. Beim metastasierten Prostatakarzinom sind folgende Aussagen richtig:
- Bei Erstdiagnose ist die Kombination von Chemotherapie (Docetaxel)

- und Antihormontherapie sinnvoll, da mit einem Überlebensvorteil verhunden
- b. Abirateron (Zytiga) hat keinen Stellenwert in der metastasierten Situation.
- c. Die Strahlentherapie spielt bei der Therapie keine Rolle mehr.
- Die Radioligandentherapie ist eine Therapieoption nach Versagen der Erstlinientherapien.
- 1) Alle sind richtiq.
- 2) c und d sind richtig.
- 3) a und d sind richtig.
- 4) keine ist richtig.

9. Was trifft für das oligometastasierte Prostatakarzinom zu?

- 1) Da es sich um eine metastasierte Tumorerkrankung handelt sind Lokaltherapien wie Strahlentherapie und Chirurgie nicht sinnvoll.
- 2) Die Radiochirurgie (SABR) als eine Form der perkutanen Bestrahlung ist eine nebenwirkungsarme effektive Therapiestrategie.
- 3) Per Definition liegt eine Oligometastasierung bei mehr als fünf Metastasen
- 4) Die Lebensqualität von oligometastasierten Patienten wird durch die Radiochirurgie (SABR) zwar verbessert, ohne dass die Therapie einen signifikanten Einfluss auf die Krankheitsprogression hat.

10. In welchem Fall kann eine Active Surveillance Strategie am ehesten empfohlen werden?

- 1) Wenn der Patient zur Niedrigrisiko-Gruppe gehört, jünger als 65 Jahre ist und die Prostata kleiner als 50 ml in der TRUS ist.
- 2) Wenn ein Hochrisikokarzinom vorliegt aber der initiale PSA Wert < 10 ng/ml war.
- 3) Wenn ein Patient mit lokal begrenztem Tumor der niedrigen Risikogruppe nicht mehr als zwei befallene Stanzbiopsien hat und diese ≤ 50 % Tumorbefall zeigen.
- 4) Wenn der Tumor im MRT nicht nachweisbar war.

Literatur zum Artikel:

Die Strahlentherapie, eine sehr gute Option beim Prostatakarzinom

von Christoph Dumke und Prof. Dr. Rita Engenhart-Cabillic

- [1] Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA Cancer J Clin. 2018;68(6): 394–424. doi:10.3322/caac.21492
- [2] Koch-Institut R. Krebs in Deutschland; 2015/2016: 160.
- [3] Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D. Global cancer statistics. CA Cancer J Clin. 2011;61(2): 69–90. doi:10.3322/caac.20107
- [4] Hsing AW, Chokkalingam AP, others. Prostate cancer epidemiology. Front Biosci. 2006;11(5):1388–1413.
- [5] Hoogendam A, Buntinx F, de Vet HC. The diagnostic value of digital rectal examination in primary care screening for prostate cancer: a meta-analysis. Fam Pract. 1999;16(6):621–626. doi:10.1093/fampra/16.6.621
- [6] Eichler K, Hempel S, Wilby J, Myers L, Bachmann LM, Kleijnen J. Diagnostic Value of Systematic Biopsy Methods in the Investigation of Prostate Cancer: A Systematic Review. J Urol. 175(5): 1605–1612. doi: 10.1016/S0022–53 47(05)00957–2
- [7] Federmann J. S3-Leitlinie Prostatakarzinom. Published online 2019:345.
- [8] Ahmed HU, El-Shater Bosaily A, Brown LC, et al. Diagnostic accuracy of multiparametric MRI and TRUS biopsy in prostate cancer (PROMIS): a paired validating confirmatory study. The Lancet. 2017;389(10071):815–822. doi:10.1016/S0140–6736(16)3240 1–1

- [9] Fütterer JJ, Briganti A, De Visschere P, et al. Can Clinically Significant Prostate Cancer Be Detected with Multiparametric Magnetic Resonance Imaging? A Systematic Review of the Literature. Eur Urol.2015;68(6):1045–1053. doi:10.1016/j.eururo.2015.01.013
- [10]Wittekind C. TNM Klassifikation Maligner Tumoren: Korrigierter Nachdruck 2020 mit allen Ergänzungen der UICC aus den Jahren 2017 bis 2019, 8. Auflage. John Wiley & Sons; 2019.
- [11] Epstein JI, Egevad L, Amin MB, et al. The 2014 International Society of Urological Pathology (ISUP) Consensus Conference on Gleason Grading of Prostatic Carcinoma: Definition of Grading Patterns and Proposal for a New Grading System. Am J Surg Pathol. 2016;40(2). http://journals.lww.com/ajsp/Fulltext/2016/02000/The_2014_International_Society_of_Urological.10.aspx
- [12] D'Amico AV, Whittington R, Malkowicz S, et al. Biochemical outcome after radical prostatectomy, external beam radiation therapy, or interstitial radiation therapy for clinically localized prostate cancer. JAMA. 1998; 280(11):969–974. doi:10.1001/jama.280.11.969
- [13] Hernandez DJ, Nielsen ME, Han M, Partin AW. Contemporary Evaluation of the D'Amico Risk Classification of Prostate Cancer. Urology. 2007;70 (5):931–935. doi:10.1016/j.urology.2007.08.055
- [14] Boorjian Stephen A., Karnes R. Jeffrey, Rangel Laureano J., Bergstralh Eric J., Blute Michael L. Mayo Clinic

- Validation of the D'Amico Risk Group Classification for Predicting Survival Following Radical Prostatectomy. J Urol. 2008;179(4):1354–1361. doi: 10.1016/j.juro.2007.11.061
- [15] Neal DE, Metcalfe C, Donovan JL, et al. Ten-year Mortality, Disease Progression, and Treatment-related Side Effects in Men with Localised Prostate Cancer from the ProtecT Randomised Controlled Trial According to Treatment Received.
 Eur Urol.2020;77(3):320–330.
 doi:10.1016/j.eururo.2019.10.030
- [16] Bill-Axelson A, Ruutu M, Busch C, et al. Radical Prostatectomy versus Watchful Waiting in Early Prostate Cancer. N Engl J Med. Published online 2011:10.
- [17] Wilt TJ, Vo TN, Langsetmo L, et al. Radical Prostatectomy or Observation for Clinically Localized Prostate Cancer: Extended Follow-up of the Prostate Cancer Intervention Versus Observation Trial (PIVOT).

 Eur Urol. 2020;77(6):713–724.

 doi:10.1016/j.eururo.2020.02.009
- [18]Resnick MJ, Koyama T, Fan K-H, et al. Long-Term Functional Outcomes after Treatment for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med. 2013; 368(5):436–445. doi:10.1056/ NEJMoa1209978
- [19] Saranchuk JW, Kattan MW, Elkin E, Touijer AK, Scardino PT, Eastham JA. Achieving Optimal Outcomes After Radical Prostatectomy. J Clin Oncol. 2005;23(18):4146–4151. doi:10.1200/JCO.2005.12.922
- [20] Mottet N, van den Bergh RCN, Briers E, et al. EAU – ESTRO – ESUR – SIOG

- Guidelines on Prostate Cancer 2020. In: European Association of Urology Guidelines. 2020 Edition. Vol presented at the EAU Annual Congress Amsterdam 2020. European Association of Urology Guidelines Office; 2020. http://uroweb.org/guideline/prostate-cancer/
- [21] Catalona William J., Bigg Steven W. Nerve-Sparing Radical Prostatectomy: Evaluation of Results after 250 Patients. J Urol. 1990;143(3):538–543. doi:10.1016/S0022-5347(17)40013-9
- [22] Tooher R, Swindle P, Woo H, Miller J, Maddern G. Laparoscopic Radical Prostatectomy for Localized Prostate Cancer: A Systematic Review of Comparative Studies. J Urol. 2006;175 (6):2011–2017. doi:10.1016/S002 2–5347(06)00265–5
- [23]Asimakopoulos AD, Pereira Fraga CT, Annino F, Pasqualetti P, Calado AA, Mugnier C. Randomized Comparison between Laparoscopic and Robot-Assisted Nerve-Sparing Radical Prostatectomy. J Sex Med. 2011;8(5): 1503 –1512. doi:10.1111/ j.1743–6109. 2011.02215.x
- [24] Coughlin GD, Yaxley JW, Chambers SK, et al. Robot-assisted laparoscopic prostatectomy versus open radical retropubic prostatectomy: 24-month outcomes from a randomised controlled study. Lancet Oncol. 2018;19 (8):1051–1060. doi:10.1016/ S14 70–2045(18)30357–7
- [25] Dell'Oglio P, Mottrie A, Mazzone E. Robot-assisted radical prostatectomy vs. open radical prostatectomy: latest evidences on perioperative, functional and oncological outcomes. Curr Opin Urol. 2020;30(1):73–78. doi: 10.1097/MOU.0000000000000088
- [26]Donovan JL, Hamdy FC, Lane JA, et al.
 Patient-Reported Outcomes after
 Monitoring, Surgery, or Radiotherapy
 for Prostate Cancer. N Engl J Med.
 2016;375(15):1425–1437. doi:10.
 1056/NEJMoa1606221

- [27]Sveistrup J, af Rosenschöld PM, Deasy JO, et al. Improvement in toxicity in high risk prostate cancer patients treated with image-guided intensity-modulated radiotherapy compared to 3D conformal radiotherapy without daily image guidance. Radiat Oncol. 2014;9(1). doi:10.1186/1748-717 X-9-44
- [28] Hoffman KE, Penson DF, Zhao Z, et al. Patient-Reported Outcomes
 Through 5 Years for Active Surveillance, Surgery, Brachytherapy, or External Beam Radiation With or Without Androgen Deprivation Therapy for Localized Prostate Cancer. JAMA. 2020;323(2):149. doi:10.1001/jama.2019.20675
- [29] Heemsbergen WD, Al-Mamgani A, Slot A, Dielwart MFH, Lebesque JV. Long-term results of the Dutch randomized prostate cancer trial: Impact of dose-escalation on local, biochemical, clinical failure, and survival. Radiother Oncol. 2014;110(1):104–109. doi:10.1016/j.radonc.2013.09.026
- [30] Thompson IM, Tangen CM, Paradelo J, et al. Adjuvant Radiotherapy for Pathological T3N0M0 Prostate Cancer Significantly Reduces Risk of Metastases and Improves Survival: Long-Term Followup of a Randomized Clinical Trial. J Urol. 2009;181(3):956 962. doi:10.1016/j.juro.2008.11.032
- [31] Bolla M, van Poppel H, Tombal B, et al. Postoperative radiotherapy after radical prostatectomy for high-risk prostate cancer: long-term results of a randomised controlled trial (EORTC trial 22911). The Lancet. 2012; 380(9858): 2018–2027. doi:10.1016/S0140–6736(12)61253–7
- [32] Kneebone A, Fraser-Browne C, Duchesne GM, et al. Adjuvant radiotherapy versus early salvage radiotherapy following radical prostatectomy (TROG 08.03/ANZUP RAVES): a randomised, controlled, phase 3, non-inferiority trial. Lancet Oncol. 2020;21(10):1331–1340. doi: 10.1016/S1470–2045(20)30456–3

- [33]Parker CC, Clarke NW, Cook AD, et al. Timing of radiotherapy after radical prostatectomy (RADICALS-RT): a randomised, controlled phase 3 trial. The Lancet. Published online September 28, 2020. doi:10.1016/ S0140-6736(20)31553-1
- [34] Gray PJ, Paly JJ, Yeap BY, et al. Patient-reported outcomes after 3-dimensional conformal, intensity-modulated, or proton beam radiotherapy for localized prostate cancer: Prostate Radiotherapy Quality of Life. Cancer. 2013;119(9):1729–1735. doi:10.10 02/cncr.27956
- [35]Yu JB, Soulos PR, Herrin J, et al. Proton Versus Intensity-Modulated Radiotherapy for Prostate Cancer: Patterns of Care and Early Toxicity. JNCI J Natl Cancer Inst. 2013;105(1):25–32. doi:10.1093/jnci/djs463
- [36] Zietman AL, Bae K, Slater JD, et al. Randomized Trial Comparing Conventional-Dose With High-Dose Conformal Radiation Therapy in Early-Stage Adenocarcinoma of the Prostate: Long-Term Results From Proton Radiation Oncology Group/American College of Radiology 95–09. J Clin Oncol. 2010;28(7): 1106–1111. doi:10.1200/JCO.2009.25.8475
- [37] Deger S, Boehmer D, Roigas J, et al. High Dose Rate (HDR) Brachytherapy with Conformal Radiation Therapy for Localized Prostate Cancer. Eur Urol. 2005;47(4):441–448. doi:10.1016/j.eururo.2004.11.014
- [38] Hsu I-C, Bae K, Shinohara K, et al. Phase II Trial of Combined High-Dose-Rate Brachytherapy and External Beam Radiotherapy for Adenocarcinoma of the Prostate: Preliminary Results of RTOG 0321. Int J Radiat Oncol. 2010;78(3):751–758. doi:10. 1016/j.ijrobp.2009.08.048
- [39] Morton G, McGuffin M, Chung HT, et al. Prostate high dose-rate brachytherapy as monotherapy for low and intermediate risk prostate cancer: Efficacy results from a randomized pha-

Fortbildung

- se II clinical trial of one fraction of 19 Gy or two fractions of 13.5 Gy. Radiother Oncol. 2020;146:90–96. doi:10.1016/j.radonc.2020.02.009
- [40]Yoshioka Y, Suzuki O, Isohashi F, et al. High-Dose-Rate Brachytherapy as Monotherapy for Intermediate- and High-Risk Prostate Cancer: Clinical Results for a Median 8-Year Follow-Up. Int J Radiat Oncol. 2016;94(4): 675–682. doi:10.1016/j.ijrobp.2015. 05.044
- [41] Sylvester JE, Grimm PD, Wong J, Galbreath RW, Merrick G, Blasko JC. Fifteen-Year Biochemical Relapse-Free Survival, Cause-Specific Survival, and Overall Survival Following I125 Prostate Brachytherapy in Clinically Localized Prostate Cancer: Seattle Experience. Int J Radiat Oncol. 2011;81 (2):376–381. doi:10.1016/j.ijrobp. 2010.05.042
- [42] Sweeney CJ, Chen Y-H, Carducci M, et al. Chemohormonal Therapy in Metastatic Hormone-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 2015; 373(8):737–746. doi:10.1056/NEJ Moa1503747
- [43] James ND, Sydes MR, Clarke NW, et al. Addition of docetaxel, zoledronic acid, or both to first-line long-term hormone therapy in prostate cancer

- (STAMPEDE): survival results from an adaptive, multiarm, multistage, platform randomised controlled trial. The Lancet. 2016; 387(10024): 1163–1177. doi:10.1016/ S0140–6736(15)01037–5
- [44]Fizazi K, Tran N, Fein L, et al. Abiraterone plus Prednisone in Metastatic, Castration-Sensitive Prostate Cancer. N Engl J Med. 2017;377(4):352–360. doi:10.1056/NEJMoa1704174
- [45]Patchell RA, Tibbs PA, Regine WF, et al. Direct decompressive surgical resection in the treatment of spinal cord compression caused by metastatic cancer: a randomised trial. The Lancet. 2005;366(9486):643–648. doi:10.1016/S0140–6736(05)669 54–1
- [46] Hellman S, Weichselbaum RR. Oligometastases. J Clin Oncol. 1995; 15(1):8–10.
- [47] Palma DA, Olson R, Harrow S, et al. Stereotactic Ablative Radiotherapy for the Comprehensive Treatment of Oligometastatic Cancers: Long-Term Results of the SABR-COMET Phase II Randomized Trial. J Clin Oncol. 2020; 38(25):2830–2838. doi:10.1200/ JCO.20.00818

- [48]Ost P, Reynders D, Decaestecker K, et al. Surveillance or Metastasis-Directed Therapy for Oligometastatic Prostate Cancer Recurrence: A Prospective, Randomized, Multicenter Phase II Trial. J Clin Oncol. 2018;36 (5):446–453. doi:10.1200/JCO. 2017.75.4853
- [49] Phillips R, Shi WY, Deek M, et al. Outcomes of Observation vs Stereotactic Ablative Radiation for Oligometastatic Prostate Cancer: The ORIOLE Phase 2 Randomized Clinical Trial. JAMA Oncol. 2020;6(5):650. doi:10.1001/jamaoncol.2020.0147
- [50]Wiegel T, Bartkowiak D, Bottke D, et al. Adjuvant Radiotherapy Versus Wait-and-See After Radical Prostatectomy: 10-year Follow-up of the ARO 96–02/AUO AP 09/95 Trial. Eur Urol. 2014;66(2):243–250. doi:10. 1016/j.eururo.2014.03.011
- [51] Stephenson AJ, Scardino PT, Kattan MW, et al. Predicting the Outcome of Salvage Radiation Therapy for Recurrent Prostate Cancer After Radical Prostatectomy. J Clin Oncol. 2007; 25(15):2035–2041. doi:10.1200/JCO.2006.08.9607

Unfallversicherungsschutz für Selbstständige

Freiwillige Versicherung in der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (BGW) in Zeiten von Corona besonders wichtig

Die Corona-Pandemie ist seit mehr als einem Jahr in den Medien und in der Gesellschaft Tagesthema. Die Gefühle der Menschen wechseln zwischen Hoffnung und Bangen. Aktuell setzen die Meisten auf eine Wende durch die Impfungen. Und Fragen, warum in Deutschland im Vergleich zu anderen Ländern die Impfkampagne zögerlich angelaufen und die Impfquote noch nicht höher ist, scheinen gerechtfertigt zu sein. Dies soll hier nicht diskutiert werden. Eines aber ist unumgänglich: Auch wenn die Zahl der Geimpften vermutlich in den nächsten Wochen stetig steigt, werden wir auf die Achtsamkeit nicht verzichten können

und die AHAL-Regeln weiter einhalten müssen.

Covid-19 als Berufskrankheit

Für die im Gesundheitswesen Tätigen, ob hauptamtlich oder ehrenamtlich, besteht in dieser Pandemie ein erhöhtes Risiko, sich ebenfalls zu infizieren, möglicherweise zu erkranken oder schlimmstenfalls zu versterben. Die Frage, ob eine Erkrankung mit Covid-19 eine Berufskrankheit nach dem Berufskrankheitenrecht mit der BK-Nr. 3101 (Infektionskrankheiten) ist, wurde bereits vom Hessischen Ärzteblatt am 21.04.2020

> beantwortet: "Covid-19-Erkrankungen fallen nur dann unter die BK-Nr. 3101, wenn sie bei Versicherten auftreten, die aufgrund der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit im Gesundheitsdienst oder der Wohlfahrtspflege einer gegenüber der allgemeinen Bevölkerung wesentlich erhöhten Infektionsgefahr ausgesetzt sind." Aktuelle Informationen zur Covid-19-Erkrankung findet man auf der Website der BGW:

www.bgw-online. de.

Unter den bei der BGW bis zum 4. Januar 2021 eingegangenen meldepflichtigen Covid-19-Fällen nach Branchen (siehe

Abb. 1) ist die Zahl bei den niedergelassenen und selbstständigen Ärztinnen und Ärzten und deren Angestellten gering im Vergleich zu den Kliniken, die allerdings alle dort beschäftigten Versicherten einbezieht. Es kann daraus nicht abgelesen werden, wie viele selbstständige Ärztinnen und Ärzte neben den bei ihnen Beschäftigten einschließlich angestellten Ärzten tatsächlich betroffen sind. Subsumiert sind nur die, die sich auch freiwillig in der BGW versichert haben. Denn eine Meldepflicht bei der Berufsgenossenschaft besteht nur für Versicherte. Nicht-Versicherte werden deshalb nicht erfasst.

Das Anliegen des Autors ist es, selbstständige Ärztinnen und Ärzte auf die Möglichkeit der Versicherung in der für sie zuständigen Gesetzlichen Unfallversicherung (BGW-Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege) aufmerksam zu machen. Für Angestellte besteht qua Gesetz eine Versicherungspflicht.

Sicherheit bei Berufskrankheit oder Arbeitsunfall

Selbstständige können sich auf Antrag freiwillig versichern, um damit im Falle einer Berufskrankheit oder eines Arbeitsunfalles den Versicherungsschutz zu erhalten: Das heißt die BGW gewährt bei Arbeits- und Wegeunfällen sowie bei Berufskrankheiten eine ärztliche Behandlung mit "allen geeigneten Mitteln" sowie eine angemessene Entschädigung (Rente bzw. Teilrente) und sorgt dafür, dass die oder der Betroffene wieder am beruflichen und gesellschaftlichen Leben teilhaben kann, wie das Deutsche Ärzteblatt (20/2011) aus den Versicherungsbedingungen zitiert.

Aktuell beträgt der Beitrag für selbstständige, sich freiwillig versichernde Ärztinnen und Ärzte zwischen minimal 97,40 Euro und maximal 389,59 Euro jährlich.

Abb. 1: Meldepflichtige Covid-19-Fälle	
nach Branchen bei der BGW	5

Hach Branchen bei der bew	3lanu: 4.1.2021	
Branchen nach Versicherungskategorien	Meldepflichtige Fälle	
01 – Humanmedizin	1.030	
02 – Zahnmedizin	85	
03 – Therapeutische Praxen	275	
04 – Kliniken	8.890	
05 – Pharmazie	37	
06 – Tiermedizin	1	
07 – Beratung und Betreuung	1.412	
08 – Beauty und Wellness		
09 – Friseurhandwerk (4 Unfälle)	12	
10 – Verwaltung	158	
11 – Pflege	6.709	
12 – Bildung	50	
13 – Kinderbetreuung	474	
14 – Berufliche Reha und Werkstätten	355	
15 – Sonstige	7	
Gesamt	19.487	
Quelle: Covid-19 aus arheitsmedizinischer Sicht		

Quelle: Covid-19 aus arbeitsmedizinischer Sicht, Prof. Dr. Albert Nienhaus, BGW/UKE-Hamburg, CV Care

Der Beitrag zur freiwilligen Versicherung richtet sich nach der gewählten Versicherungssumme. Beantragt werden kann eine Versicherungssumme von mindestens 24.000 Euro und höchstens 96.000 Euro. Die Versicherungssumme soll im Versicherungsfall mit dem sogenannten Verletztengeld auch den etwaigen Praxisausfall abfangen.

Die Beitragshöhe ergibt sich aus der gewählten Versicherungssumme, der Gefahrklasse und dem Beitragsfuß. Der Beitragsfuß wird von der BGW – abhängig vom jeweiligen Finanzbedarf eines Jahres - berechnet. Die Gefahrklasse spiegelt das Unfallrisiko der Branche wider.

Der Verfasser kann mit der Kenntnis von heute und insbesondere der aktuellen Risiken in der Pandemie eine freiwillige Absicherung in der BGW nur empfehlen. Dazu muss sich jede und jeder selbstständig tätige Ärztin und Arzt genau über die Bedingungen informieren.

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Altpräsident der LÄKH. Berufsgenossenschaft



für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege, Vorsitzender des Vorstandes E-Mail: haebl@laekh.de

Kontakt & weitere Links

BGW-Website: www.bgw-online.de

BGW-Broschüre Freiwillige Versicherung für Ärztinnen und Ärzte: https://tinyurl.com/7xn6hrkj

BGW-Freiwillige Versicherung, Merkblatt und Antrag: https://tinyurl.com/wddwk77x

Zuständige regionale BGW-Berater: https://tinyurl.com/pccepvhe

Persönliche Beratung BGW-Zentrale, Hamburg:

Fon: 040 202 07-1190



Junge Ärztinnen und Ärzte

Positionspapier

Das Bündnis Junge Ärzte fordert raschen Einsatz für Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und globalen Gesundheitsschutz

Das Bündnis Junge Ärzte (BJÄ) hat kürzlich ein Positionspapier zur Nachhaltigkeit im Gesundheitswesen und globalem Gesundheitsschutz veröffentlicht. Hierin fordert das aus 25 Berufsverbänden und Fachgesellschaften bestehende Bündnis alle Akteure im Gesundheitswesen und Politik auf, unverzüglich mit konkreten und sinnvollen Maßnahmen an der Umsetzung von Klimaschutzzielen mitzuwirken. Des Weiteren solle sich für Nachhaltigkeit und die Sicherung globaler Gesundheit eingesetzt werden.

Klimatreiber Gesundheitswesen

Allein der Gesundheitssektor war im Jahr 2017 für knapp 5 % des weltweiten Ausstoßes klimaschädlicher Gase verantwortlich. Krankenhäuser gehören in Deutschland zu den sechs größten Energieverbrauchern in der Branche Handel, Dienstleistung und Gewerbe. Aus Sicht des BJÄ

spielen die Gesundheitsberufe mit ihrem weiten Handlungsspielraum, ihren wichtigen gesellschaftlichen und sozialen Aufgaben eine zentrale Rolle in der Öffentlichkeit. Diese Vorbildfunktion sei gerade in der Umsetzung von Klimaschutzzielen und Nachhaltigkeit von besonderer Be-

Vor fünf Jahren haben sich neben Deutschland viele weitere Staaten im Rahmen des "Pariser Klimaschutzabkommens" verpflichtet, die Erderwärmung mit konkreten und nachhaltigen Maßnahmen auf "deutlich unter 2°C" zu senken. Auch fünf Jahre später steigen die hauptverantwortlichen CO2-Emissionen weltweit gemittelt weiter an: Die globale Kohleabhängigkeit ist beispielsweise seit 30 Jahren unverändert hoch und stieg zwischen 2016-2017 sogar um 1,7 %.

Das BJÄ sieht die dringend notwendige Emissionstrendwende als gefährdet an. Aus Sicht des Bündnisses würden einzelne Maßnahmen umstrukturiert, zurückhaltend oder überhaupt nicht umgesetzt werden. Zudem würden neue technische Möglichkeiten, die etwa durch digitale Transformation des Alltags entstehen, nicht voll umfassend genutzt.

Konkrete Bedrohungen

Die Folge sei eine Erhöhung der globalen Durchschnittstemperatur um 1,2°C mit bereits unmittelbar sichtbaren Auswirkungen. Soziale, ökonomische und ökologische Gesundheitsdeterminanten, Extremwetterereignisse, Überschwemmungen, Dürren, Temperaturanomalien, Waldbrände, Biodiversitätsverlust, Infrastrukturschäden und "neue" Infektionskrankheiten seien bereits konkrete Bedrohungen der Gegenwart.

Besonders seien davon meist jene Bevölkerungsgruppen betroffen, die oft am wenigsten zum Klimawandel beigetragen ha-

ben. Diese Tatsachen werden mit dem kürzlich veröffentlichten Lancet Countdown 2020 zu Gesundheit und Klimawandel in ihrer Aktualität unterstrichen, der unter anderem die gesundheitlichen Folgen des Klimawandels dokumentiert.

Gemeinschaftliche Aufgabe

Auch die Bundesärztekammer hat, gemeinsam mit weiteren Institutionen, in einem Policy-Brief für Deutschland unmissverständlich Stellung bezogen und Kernbotschaften zu Gesundheitsrisiken, dem CO₂-Fußabdruck des Gesundheitssektors und zum Klimawandel formuliert.

Daher rufen die Ärztinnen und Ärzte des Bündnis Junge Ärzte als aktuell und zukünftig betroffene Generation zu besonderem Engagement im Klimaschutz auf. Sie fordern, die im Oktober 2020 vom Europäischen Parlament verschärften Klimaziele für 2030 zu verwirklichen, Nachhaltigkeit privat und beruflich umzusetzen und für die Sicherung globaler Gesundheit einzutreten.

Das BJÄ betont im Resümee des Positionspapiers, sich mit seinen Mitgliedsverbänden für eine klimagerechte Umgestaltung der Gesundheitssysteme einzusetzen, "damit uns und zukünftigen Generationen durch negative Umwelteinflüsse nicht die Zukunft genommen wird. Theoretische Überlegungen und politische Lippenbekenntnisse sind dafür nicht zielfüh-

Das Bündnis Junge Ärzte schlägt vor:

- Übernahme der Vorbildfunktion auch als Repräsentant des Gesundheitswesens im Bereich Nachhaltigkeit und globalem Gesundheitsschutz.
- Einforderung klimaneutraler Finanzanlagen und Investitionen (z. B. durch die Ärzteversorgung).
- Stärkung der interdisziplinären und intersektoralen Zusammenarbeit für den Klima- und Gesundheitsschutz zur Nutzung von Synergieeffekten.
- Vermeidung unnötiger Arztbesuche und Untersuchungen.
- Umsetzung und Unterstützung von Ernährungsempfehlungen und Maßnahmen, die für eine gesunde und nachhaltige Ernährungsweise werben (z. B. Implementierung von Ernährungsleitlinien, Qualitätsstandards und Ernährungsbildung in der schulischen Ausbildung; Verringerung des

- Anteils industrieller Tierprodukte und energieteurer Lebensmittel auch in Klinik- oder praxiseigenen Kantinen).
- Stärkung und Bevorzugung des aktiven, nicht-motorisierten Transportes und Förderung der körperlichen Bewegung auf allen Ebenen.
- Förderung des transformativen Wandels auf lokaler Ebene (z. B. Beteiligung bei Stadtplanung und Erstellung von Hitze-/Klimaschutzplänen).
- Stärkung der These, dass sich Gesundheit, Nachhaltigkeit und Wirtschaftlichkeit gegenseitig verstärken.
- Unterstützung konkreter Klimaschutzmaßnahmen in lokalen Gesundheitseinrichtungen (z.B. Teilnahme am KLIK-Projekt - Klimamanager für Kliniken zur Einsparung von Emissionen und unnützen Energiekosten).

rend, stattdessen benötigt es praktische und realitätsnahe Umsetzungsempfehlungen. Hierfür wird sich dem Leitspruch des Lancet Countdown 2020 angeschlossen: "No continent, country or community is immune from the health impacts of climate change" - "Kein Kontinent, kein Land und keine Gemeinde ist vor den gesundheitlichen Auswirkungen des Klimawandels gefeit."

Dr. med. Cornelius Weiß Delegierter der LÄKH, für das Bündnis Junge Ärzte E-Mail: info@buend nisjungeaerzte.org



Spendenaufruf der Bundesvertretung der Medizinstudierenden

Die Covid-19-Pandemie hat viele Vereine in Deutschland schwer getroffen, auch die Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e.V. (bvmd). Deshalb hat der Verein eine Spendenkampagne gestartet – siehe im Internet unter www.bvmd.de/spende. Die bvmd vertritt als Zusammenschluss der 39 Fachschaften und Lokalvertretungen alle 100.000 Medizinstudierenden Deutschland.

Die bvmd setzt sich für eine gute medizinische Ausbildung und Gesundheitsversorgung ein, organisiert zahlreiche ehrenamtliche Projekte und ist in vielfältigen Themenfeldern wie bspw. Sexualaufklärung und -prävention, Public Health, Menschenrechte, Digitalisierung sowie Gesundheits- durch Klimaschutz die Stimme der Medizinstudierenden bundesweit. Jährlich werden Dutzende Veranstaltungen für Studierende ausgerichtet, unter anderem drei Mitgliederversammlungen sowie der Bundeskongress der Medizinstudierenden Deutschland. Über ein eigenes Austauschprogramm reisen jedes Jahr knapp 500 Medizinstudierende in alle Welt für Famulatur-, Forschungs- und Public-Health-Austausche. Für die Verwaltung des Austausches sind zwei hauptamtliche Mitarbeitende in der Geschäftsstelle in Berlin angestellt. Aufgrund der Coronakrise pausieren Reisen, was einen Wegfall austauschabhängiger Einnahmen bedeutet. Zusätzlich fallen mit den Beschränkungen auch andere Einnahmequellen weg, die Fixkosten bleiben. Um die Insolvenz des Studierendenvereins abzuwenden, ist die bymd daher gezwungen, Ausgaben in vielen Bereichen zu reduzieren. Wir bitten daher um eine Spende oder die Unterstützung als Fördermitglied.

Aurica Ritter

Präsidentin der bvmd, Aachen E-Mail: president@bvmd.de Spendenkonto: IBAN: DE 96 1002 0500 0001 2830 00

Selbsthilfekontaktstellen

Professionell gute Bedingungen für örtliche Selbsthilfegruppen schaffen

Carola Jantzen



Aktion der Lungenemphysem-COPD Selbsthilfegruppe Nordhessen: Das Volumen des Fesselballons steht für den Verbrauch der Atemluft eines Erwachsenen pro Tag (15.000 Liter).

In fast allen größere Städten und Landkreisen in Hessen gibt es eine Selbsthilfekontaktstelle. Eine aktuelle Übersicht findet man im Internet unter: www.selbsthilfe-hessen.net.

In Kassel heißt diese Einrichtung KISS, das steht für Kontakt- und Informationsstelle für Selbsthilfegruppen, in anderen Kommunen werden andere Abkürzungen verwendet. Gemeinsam ist allen das gleiche Aufgabenprofil. KISS Kassel ist am Gesundheitsamt Region Kassel angegliedert, wie circa ein Drittel aller hessischen Selbsthilfekontaktstellen an die jeweiligen Gesundheitsämter. Andere Träger sind gemeinnützige Vereine oder die Projekte gGmbH des Paritätischen Wohlfahrtsverbands in Hessen.

In der Kasseler Selbsthilfekontaktstelle sind zwei Fachberaterinnen (Soziale Arbeit und Psychologie) und eine Bürokraft in Vollzeit beschäftigt. Sie arbeiten für die Region von Stadt und Landkreis Kassel mit rund 440.000 Einwohnern und 240 Selbsthilfegruppen, die sich dort treffen. Profes-Selbsthilfeunterstützung auf kommunaler Ebene findet in Kassel seit über 30 Jahren statt, insgesamt fünf der hessischen Selbsthilfekontaktstellen wurden Ende der 1980er-Jahre gegründet, die anderen kamen nach und nach hinzu, die (vorerst?) letzte vor zwei Jahren.

Finanzierung

Die Finanzierung ist eine Mischfinanzierung aus Fördermitteln der gesetzlichen Krankenkassen (gesetzliche Verpflichtung) und freiwilligen Mitteln der Kommune (qqf. auch durch Weiterleitung von Landesmitteln). Letztere sind für die Förderung der Krankenkassen zwingend erforderlich. Das ist der Grund, warum in drei hessischen Landkreisen (Hochtaunuskreis, Kreis Hersfeld-Rotenburg und Vogelsbergkreis) noch keine Selbsthilfekontaktstellen existieren. Für den Hochtaunuskreis berät die Selbsthilfekontaktstelle Frankfurt, für die beiden anderen Landkreise die Selbsthilfekontaktstelle Osthessen in Fulda.

Beratung bei der Suche nach geeigneter Selbsthilfegruppe

Bei KISS in Kassel werden im Jahr zwischen 800 und 1.000 Menschen auf der Suche nach einer geeigneten Selbsthilfegruppe überwiegend telefonisch beraten. Während es bei Gruppen zu körperlichen Erkrankungen oft nur um die Herausgabe von Kontaktdaten geht oder bei seltenen Erkrankungen darum, eine Gruppe in relativer Nähe herauszufinden, dauern die Beratungen beim Thema psychische Erkrankungen und Suchtproblemen schon etwas

länger. Hier wird auch geklärt, ob Selbsthilfe die erste Anlaufstelle auf der Suche nach Hilfe sein soll, ob eine Gruppe besser am Wohnort oder in anonymer Umgebung aufgesucht werden soll.

Außerdem wird abgeklärt, ob das so genannte Zwölf-Schritte-Programm der anonymen Selbsthilfegruppen in Frage kommt, das eher spirituell orientiert ist und zu einem neuen Lebensstil verhelfen soll – ursprünglich von den Anonymen Alkoholikern (AA) entwickelt.

50 bis 70 % aller Beratungen in den hessischen Selbsthilfekontaktstellen beziehen sich auf Gruppen bei psychischen Erkrankungen. Hier spielt es auch eine Rolle, ob Psychotherapieerfahrung vorhanden ist, denn dies ist bei einigen Gruppen Teilnahmevoraussetzung, bei anderen nicht.

Bei der Empfehlung von Selbsthilfegruppen ist es vollkommen ausreichend, zur Beratung an eine örtliche Selbsthilfekontaktstelle zu verweisen, eine konkrete Gruppe muss nicht benannt sein. Wichtig ist hingegen, den Betroffenen zur Motivation generelle Informationen über Angebot und Wirkung von Selbsthilfegruppen mit auf den Weg zu geben.

Unterstützung der Gruppen

Eine wichtige Aufgabe von Selbsthilfekontaktstellen ist die Unterstützung der Gruppen mit Räumen für Gruppentreffen, die öffentlich zugänglich sind, aber eine geschützte Atmosphäre bieten. Dabei kann es sich um kontaktstelleneigene Räumlichkeiten handeln (in Kassel gibt es sechs), aber auch um Verweise auf günstige Angebote in der Region beispielsweise in Bürgerhäusern oder kirchlichen Gemeindezentren.

Fortbildung und Supervision

Neben sachlichen Informationen, die zudem oft von hervorragend organisierten Bundes- und Dachverbänden der Selbsthilfe zur Verfügung gestellt werden, vermitteln Selbsthilfegruppen vor allem per-

sönliche Erfahrungen im Umgang mit einer Erkrankung, Behinderung oder besonderen Lebenslage. Für gelingende Gruppengespräche mit wertschätzender Atmosphäre ist die Einführung von einfachen Gesprächs- und Gruppenregeln sehr förderlich, wie beispielsweise eine Eingangs- und Abschlussrunde einzurichten und Erfahrungen in der "Ich-Form" mitzuteilen statt Ratschläge zu erteilen.

Aufgabe der Selbsthilfekontaktstelle ist es, die Gruppen mit den Regeln bekannt zu machen und die Anwendung in der Praxis bei Bedarf zu begleiten, ganz unabhängig vom eigentlichen Gruppenthema. Hierzu werden von der Selbsthilfekontaktstelle Seminare zu verschiedenen Aspekten der Kommunikation angeboten, Gruppensupervision für Selbsthilfegruppenverantwortliche organisiert, Mediationsgespräche im Dreiersetting oder Konfliktberatung in der Gruppe durchgeführt. Die Selbsthilfekontaktstelle macht Angebote, die Teilnahme der Gruppenvertreter ist freiwillia. Gern angenommen wird das Angebot des Erfahrungsaustauschs untereinander, wie mit bestimmten Gruppensituationen umgegangen wird. Workshops zu Themen wie Pressearbeit, Finanzierungsfragen, Selbstmanagement und vieles mehr ergänzen die Palette der Fortbildungsangebote von Selbsthilfekontaktstellen.

Gruppenneugründungen

In Kassel gründen sich jährlich zwischen 12 und 20 neue Selbsthilfegruppen. Die meisten Gründungen werden von KISS intensiv begleitet, jedoch nicht selbst initiiert. Das Konzept der Selbsthilfegruppen funktioniert von Anfang an dann gut, wenn auch die Gründung von Betroffenen übernommen wird. Gruppengründer müssen kein Wissen mitbringen, sie sollten aber kommunikativ und nicht krisenhaft helastet sein.

Der Aufbau der Gruppe geschieht dann, wenn gewünscht, in enger Begleitung mit der Selbsthilfekontaktstelle, auch mit Anwesenheit bei den ersten Gruppentreffen als Begleitung, nicht als Leitung. Denn sobald eine Gruppe unter professioneller Leitung beginnt, verlassen sich alle auf die Fähigkeiten der Leitung und wagen es nicht, sich selbst zu erproben. Die Umstellung auf "Selbsthilfe" ist nach einem solchen Beginn stets schwierig.

Betroffene oder Angehörige, die sich zutrauen, eine Selbsthilfegruppe zu gründen, sind rar. Ärzte, die geeignete Patienten dazu motivieren, sich mit dem Gedanken einer Gruppengründung zu befassen und sich an eine Selbsthilfekontaktstelle zu wenden, können hier sehr hilfreich sein.

Zugangswege schaffen

Eine der wichtigsten Aufgaben von Selbsthilfekontaktstellen ist es, die Vorzüge von Selbsthilfegruppen bekannt zu machen und den einzelnen Gruppen Gelegenheit zu geben, sich öffentlich vorzustellen. Hierzu werden Gruppenverzeichnisse in Selbsthilfewegweisern erstellt, Internetseiten ins Netz gestellt, Selbsthilfezeitungen herausgegeben und Selbsthilfetage mit Informationsständen der Gruppen organisiert, Pressekontakte vermittelt, sich bei örtlichen Events präsentiert. Vortragsveranstaltungen und Selbsthilfecafés sollen den Weg zu Selbsthilfegruppen leichter begehbar machen. Aber natürlich: Die Intensität dieser Angebote steigt und fällt mit der Personalausstattung der Selbsthilfekontaktstelle.

Zusätzlich sind Selbsthilfekontaktstellen Vermittlungsstellen zur Beteiligung von Betroffenen bei Forschung und Lehre, Gremien der Versorgungsplanung, Qualitätsmanagement in Krankenhäusern (besonders im Krebsbereich), neuerdings auf dem Weg zum "Selbsthilfefreundlichen Krankenhaus", Beiräten medizinischer Dienste, der Leitlinienerstellung und vieles mehr.

Zum Teil nehmen Kontaktstellenmitarbeiter die Interessen der Betroffenen stellvertretend wahr. Das Einbringen der Perspektive der Betroffenen bietet echte Chancen. Es könnte im Bereich der ärztlichen Qualitätszirkel noch sehr viel stärker genutzt werden.

Aktuelle Corona-Beschränkungen

Selbsthilfegruppen sind Netzwerke für Betroffene und Angehörige, die in schwierigen Zeiten Orientierung und Halt geben. In den Zeiten des Lockdowns waren und sind reale Gruppentreffen in Hessen nicht

erlaubt, seit November 2020 jedoch mit einer Ausnahmegenehmigung für Gruppen für suchtkranke und psychisch kranke Menschen zur Rückfallprophylaxe.

Viele Gruppen halten den Kontakt zu den Mitgliedern, sei es durch Video- oder Telefonkonferenzen, Messenger-Dienste oder soziale Medien. Beratungen, auch für Neuinteressierte, finden weiterhin einzeln am Telefon statt.

Über den Sommer 2020 hin fand man kreative Möglichkeiten, das Ansteckungsrisiko bei Treffen zu minimieren, es gab Treffen in Parks, bei Spaziergängen, auf Terrassen von Gaststätten und vieles mehr. Ein Teil der hessischen Selbsthilfekontaktstellen konnte in der Zeit mit Hygienekonzept und begrenzter Teilnehmerzahl die Gruppenräume wieder für alle Gruppen zur Verfügung stellen. Es bleibt zu hoffen, dass das bald wieder möglich

Alle großen öffentlichen Veranstaltungen der Selbsthilfegruppen und -kontaktstellen wurden auf 2021 verschoben, doch konkrete Planungen sind derzeit nur für Online-Vorträge und virtuelle Selbsthilfetage im Internet möglich.

Die Selbsthilfe ist auch während der Corona-Beschränkungen weiter aktiv. Sie ist für das Bedürfnis nach Kontakten zu anderen Menschen in Zeiten der Isolation wichtiger denn je. Selbsthilfegruppen und Selbsthilfekontaktstellen sind in Corona-Zeiten nach wie vor ansprechbar. Auch neue Gruppen werden unter den veränderten Bedingungen - vorerst digital gegründet.

Dipl.-Psych. Carola lantzen Leiterin KISS Kontakt- und Informationsstelle Selbsthilfegruppen Kassel,



Treppenstr. 4, 34117 Kassel, Fon: 0561 81644-222 E-Mail: kiss@kassel.de

Zur Autorin:

Dipl.-Psych. Carola Jantzen leitet die KISS Kassel seit 20 Jahren. Sie ist stellvertretende Sprecherin der Landesarbeitsgemeinschaft Hessischer Selbsthilfekontaktstellen.

Selbsthilfekontaktstellen

Der zentrale Knotenpunkt für alle, die an Selbsthilfe interessiert sind

Jürgen Matzat



oto: Kiss Kassel

Seit der Entstehung der ersten Einrichtungen für die Gründung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen als "Nebenaufgabe" bei anderen Institutionen in den späten 1970er- und frühen 1980er-Jahren hat sich an den mittlerweile über 300 Selbsthilfekontaktstellen in Deutschland ein weitgehend vergleichbares Leistungsspektrum etabliert. Es umfasst in der Regel Folgendes:

- 1) Dokumentation der örtlichen Selbsthilfegruppenlandschaft. Fast überall werden entsprechende Verzeichnisse erstellt (in Gießen z. B. "Selbsthilfegruppen-Wegweiser" genannt), die regelmäßig gepflegt und aktualisiert und in gedruckter oder elektronischer Form zur Verfügung gestellt werden. Sie dienen vor allem der Fachwelt, z.B. Ärztinnen und Ärzten in Praxen und Krankenhäusern dazu, sich zu informieren, zu welchen Themen, etwa Krankheitsbildern, es bereits Selbsthilfegruppen in der jeweiligen Region gibt und wie diese ggf. erreichbar sind.
- 2) Information über Ideen und Konzepte von Selbsthilfegruppen: Hier können sich Betroffene, aber auch Fachkräfte erläutern lassen, wie verschiedene Selbsthilfegruppen arbeiten, welche Leitungs- und Beteiligungsformen dort zu finden sind, was z. B. "anonyme" Selbsthilfegruppen kennzeichnet und was ein neues Mitglied dort möglicherweise erwartet.
- 3) Zugang zu bestehenden Selbsthilfegruppen: Manchmal reicht schon die Weitergabe von Kontaktdaten der An-

- sprechpersonen sowie die Information darüber, wann, wo und wie oft die Gruppe sich trifft. Manchmal ist aber auch ein "Clearing"- oder "Ambivalenzgespräch" zu führen. Dies kann z. B. die Frage betreffen, was der Unterschied zwischen einer Selbsthilfegruppe und einer professionell geleiteten Gruppe, etwa einer Gruppenpsychotherapie, ist - und welche Ängste oder Hoffnungen das eine oder das andere bei Ratsuchenden auslöst. Oder es geht um konzeptionelle Unterschiede zwischen verschiedenen Sucht-Selbsthilfegruppen. In einer gewissen Ähnlichkeit zum "shared decision making" oder zur "partizipativen Entscheidungsfindung" wird den Betroffenen geholfen, sich für oder gegen die Teilnahme an einer bestimmten Selbsthilfegruppe zu entscheiden (Selbst-Indikation).
- Gründung neuer Selbsthilfegruppen: Natürlich ist jeder Mensch frei, eine Selbsthilfegruppe zu gründen. Dafür braucht man keinerlei Lizenz, es ist eine Bürgerinitiative in eigener Sache. Die Erfahrung zeigt aber, dass es hilfreich ist, nicht immer wieder das Rad neu zu erfinden, sondern auf den Erfahrungen anderer aufzubauen. Diesen Erfahrungstransfer übernehmen die Selbsthilfekontaktstellen. Wie macht man die Gründungsidee am besten bekannt? Wie gewinnt man Mitstreiter, Verbündete und Unterstützer (z. B. Ärztinnen und Ärzte)? Wo findet man angemessene Räume

- und, falls nötig, finanzielle Unterstützung? Was wäre ein günstiges "Setting" (Gruppengröße, Sitzungsfrequenz und -dauer etc.)?
- 5) Vermittlung von Räumen, Finanzen etc.: Manche Selbsthilfekontaktstellen verfügen über eigene Räumlichkeiten, die sie kostenlos oder gegen geringe Mietgebühr zu Verfügung stellen können. Ansonsten bemühen sie sich, die Gruppen bei der Raumsuche durch Hinweise oder Vermittlung zu unterstützen. Beispielsweise haben viele Selbsthilfegruppen in Kliniken Quartier gefunden. Finanzielle Förderung erhalten Selbsthilfegruppen mit Gesundheitsbezug vor allem durch gesetzliche Krankenkassen – auf Grundlage des § 20h SGB V. Ein weiterer häufig geäußerter Unterstützungswunsch der Gruppen richtet sich auf geeignete und engagierte Referentinnen und Referenten, vor allem aus dem ärztlichen Bereich.
- 6) Beratung von bzw. mit Selbsthilfegruppen: Natürlich geht in Selbsthilfegruppen nicht immer alles glatt. Hier sind schließlich keine Profis am Werk. oft auch keine erfahrenen "Vereinsmeier", sondern Menschen mit aesundheitlichen bzw. sozialen Einschränkungen. Es kann zu Konflikten kommen, Regeln werden verletzt oder man hat es unterlassen, welche aufzustellen. Die Teilnahme ist unregelmäßig oder unzuverlässig, Diskretion wird nicht gewahrt, Nachwuchs bleibt aus, die Kooperation mit Fachleuten gelingt nicht. Zu solchen Fragen können sich Selbsthilfegruppen an die Kontaktstelle wenden, um Beratungsgespräche zu vereinbaren. Manchmal nehmen diese supervisionsartigen Charakter an.
- 7) Öffentlichkeitsarbeit: Selbsthilfegruppen möchten sich bekannt machen, ihre Anliegen vortragen und neue Mitglieder gewinnen. Neben der Aufnahme in ihre örtlichen Selbsthilfegruppenverzeichnisse ("Wegweiser") kön-

nen Kontaktstellen den Gruppen dabei behilflich sein, Faltblätter zu entwerfen, Presseartikel zu verfassen oder Interviews mit Journalisten vorzubereiten. (Man überlege sich z. B. vor dem Gespräch, ob man anderntags sein Foto und seine Telefonnummer in der Zeitung sehen möchte.) Viele Selbsthilfekontaktstellen veranstalten sogenannte Selbsthilfetage, bei denen die Gruppen sich, ihr Anliegen und ihre Informationsmaterialien präsentieren können.

8) Drehscheibe zwischen Selbsthilfesystem und professionellem Versorgungssystem: Selbsthilfekontaktstellen sind einerseits Teil der Selbsthilfe in unserem Land (sie werden daher wie Selbsthilfegruppen und Selbsthilfeorganisationen auch von den gesetzlichen Krankenkassen nach § 20h SGB V gefördert), andererseits sind sie professionelle Bera-

tungseinrichtungen im gesundheitlichen Versorgungssystem, wo meist Sozialarbeiter, Pädagogen oder Psychologen arbeiten. Eine ihrer Aufgaben ist es, beide "Systeme" miteinander in einen produktiven Austausch zu bringen, so dass beide Ressourcen für die Betroffenen optimal nutzbar sind. Die Formen der Kooperation vor Ort sind äußerst vielfältig. Dabei ist den Kontaktstellen, insbesondere dort, wo sie schon lange bestehen, gut regional vernetzt sind und über erfahrenes Personal verfügen, im Laufe der Zeit eine Lotsenfunktion in das für Betroffene so undurchschaubare Gesundheitswesen zugewachsen. Wo könnte man sich noch hinwenden, um Rat und Hilfe zu suchen? Welche Beratungsstellen oder Spezialambulanzen gibt es vor Ort? Wie finde ich einen Psychotherapieplatz?

9) Schließlich haben Selbsthilfekontaktstellen eine "Sprachrohr"-Funktion: Sie vertreten dort, wo es einzelne Selbsthilfegruppen nicht in angemessener Weise tun können, die Idee und die Interessen der Selbsthilfe insgesamt. Dies findet z. B. statt in gesundheits- oder sozialpolitischen Gremien wie regionale Behindertenbeiräten und Gesundheitskonferenzen oder in der Rolle als Initiativenvertreter einer Kommune im Rahmen des Gesunde Städte-Netzwerks.

Dipl.-Psych.
Jürgen Matzat
Psychologischer
Psychotherapeut
Kontaktstelle für
Selbsthilfegruppen,
Gießen
E-Mail: juergen.



oto: privat

matzat@psycho.med.uni-giessen.de

Leserbriefe

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Zum Leserbrief "Wenn man sich schämt, Arzt zu sein..." von Dr. med. Andreas Hofmann (HÄBL 02/2021, S. 99)

"Unterstellungen und Diffamierungen vertiefen Spaltung der Ärzteschaft"

Sowohl Aufmachung als auch Positionierung entsprechen nicht dem sonst für Leserbriefe üblichen Standard; Positionierung über eine halbe Seite, Überschrift in Fett und überdimensioniert sind für Leserbriefe im Hessischen Ärzteblatt nicht die Regel. Daraus ergibt sich für mich der zwingende Schluss, dass sich die Kammerleitung voll inhaltlich hinter diesen Leserbrief stellt.

Der Inhalt dieses Leserbriefes besteht ausschließlich aus Anschuldigungen, Beschuldigungen, Unterstellungen und Diffamierungen gegen Mitglieder der Ärztekammer (Kollegen möchte Dr. Hofmann diese Gruppe ja nicht nennen), die die Chuzpe haben, sich ihre eigenen Gedanken zum Thema "Corona" zu machen, möglicherweise die eine oder andere Vorgehensweise zu hinterfragen oder gar zu einer dem Mainstream entgegengesetzten Meinung zu kommen – und diese, womöglich auch noch öffentlich, zu vertreten.

Auf mich wirkt dieser Leserbrief wie ein Aufruf zur Disziplinierung von Kollegen mit anderen Meinungen, nach dem Motto: Macht was man Euch sagt, haltet den Mund und überlasst das Denken anderen! Ich erlaube mir den Einwand, dass wir eine solche Disziplinierung der Ärzteschaft vor nicht all zu langer Zeit schon einmal hatten. Und dieser Zeitabschnitt gilt wahrlich nicht als Ruhmesblatt der Deutschen Ärzteschaft!

Außerdem gibt es eine Rechtsprechung. Wir haben ein Standesrecht und ein Zivilrecht. Sollten Kollegen einen, wie auch immer gearteten, Rechtsbruch begangen haben, dann sollte dieser Weg zur Klärung des Sachverhaltes gegangen werden und nicht über dubiose Anschuldigungen in Ärztezeitschriften erfolgen.

Ein tiefer Spalt geht in Sachen Umgang mit der Corona-Pandemie durch die Bevölkerung und auch durch die Ärzteschaft. In den entsprechenden Foren wird erbarmungslos um das "Recht haben" gekämpft; in den seltensten Fällen aber nicht mit Argumenten, sondern mit gegenseitigen Beleidigungen und Anschuldigungen. Ich bin entsetzt, wie weit dabei, auch in Ärzteforen, mit "Argumenten" weit unter der Gürtellinie gefochten wird. Dabei gibt es doch, zumindest soweit ich weiß, im Augenblick keinen Goldstandard im Umgang mit SARS-CoV-2; also kann es auch kein eindeutiges "richtig" oder "falsch" geben.

Dieser Leserbrief trägt meiner Meinung nach dazu bei, diese Spaltung der Ärzteschaft zu vertiefen. Damit will ich nicht sagen, dass ein solcher Brief nicht veröffentlicht werden sollte. Er sollte aber in Aufmachung und Platzierung keine Sonderstellung erhalten. Und man sollte als Leser nicht den Eindruck gewinnen können, dass die Kammerleitung voll inhaltlich hinter diesem Leserbrief steht; es sei denn, dem ist so!

Dr. med. Helmut Proske, Marburg

Selbsthilfe – Übersetzer und Wegweiser im Gesundheitssystem

Interview mit Annette Hünefeld, Deutsche Leukämie- & Lymphom-Hilfe

Manchmal sind es Zufälle, die dazu führen, sich für eine Sache stark zu machen und den Anstoß zu geben für vielfältige Entwicklungen. Im Fall von Annette Hünefeld, Diplom-Pädagogin und stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe e. V. (DLH), war es ein solcher Zufall - die Erkrankung eines Freundes an Chronischer Myeloischer Leukämie (CML). Das war Anfang der 1990er-Jahre. Schnell merkten sie, dass es anderen in ihrer Situation ähnlich geht und diese mit ähnlichen Problemen zu kämpfen hatten. Dies war der Startschuss zur Gründung der bundesweit ersten Leukämie-Selbsthilfegruppe in Münster.

Im Gespräch berichtet Hünefeld über die Bedeutung einer übergeordneten Stelle für die Förderung lokaler und regionaler Selbsthilfeinitiativen ebenso wie über die Entwicklung der Selbsthilfearbeit von einem belächelten Verein hin zur gefragten Expertenmeinung im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA).

Die DLH ist der Bundesverband der regionalen Leukämie- und Lymphom-Selbsthilfe. Was gehört zu den Aufgaben und wieso bedarf es eines Bundesverbands als übergeordneter Stelle?

Annette Hünefeld: Die DLH wurde 1995 gegründet. Bundesweit gab es damals nur sechs Selbsthilfegruppen für Leukämien bei Erwachsenen. Unter diesen Gruppen gab es lediglich einen sporadischen Austausch, bei dem wir feststellten, dass jede Gruppe mit den gleichen organisatorischen Problemen zu kämpfen hat, wie z. B. passende Räume für die Gruppentreffen zu finden oder aber Gelder für Druckkosten von Vereinsflyern.

Die Gründungsidee für den Bundesverband bestand also hauptsächlich darin, den regionalen Gruppen die Arbeit zu erleichtern, Handreichungen zur Verfügung zu stellen, sodass nicht jede Gruppe von

Null starten muss. Ein weiterer Grund für die Gründung des Bundesverbands war, politisch sichtbarer zu werden. 1995 gab es z.B. noch relativ wenige Kliniken, in Knochenmarktransplantationen durchgeführt wurden. Zu damaliger Zeit



Die Diplom-Pädagogin und Psychoonkologin Annette Hünefeld ist Gründungsmitglied der Deutschen Leukämie- & Lymphom-Hilfe - Bundesver-

ein großes Problem . Die einzelnen kleinen Gruppen konnten auf politischer Ebene nicht viel bewegen. Im Gegensatz dazu konnte der Bundesverband als Vertreter vieler Patienten Defizite aufzeigen und Veränderungen initiieren.

Später wurde der sogenannte Patientenbeistand etabliert. Dieser unterstützt vor allen die Leiter der regionalen Selbsthilfegruppen in ihrer Arbeit. Des Weiteren können sich Betroffene, die keinen Ansprechpartner vor Ort gefunden haben oder sich aus unterschiedlichsten Gründen keiner Gruppe anschließen möchten. an diesen wenden. Aber auch Ärzte und andere Interessierte können sich an den Patientenbeistand wenden. Das ist seit 1995 so, den Patientenbeistand in Bonn gibt es immer noch.

Derzeit vertreten wir 87 Mitgliedsgruppen, unterstützen vier Regionalverbände, darunter einen in Hessen, und zwei überregionale Arbeitsgemeinschaften. Gerne hätten wir in diesem Jahr mit allen unser 25-jähriges Bestehen gefeiert.

Wie haben sich die Aufgaben und die Arbeit im Laufe der Zeit verändert?

Hünefeld: Es sind verschiedene Aufgaben dazugekommen. Als wir angefangen haben, gab es kaum patientenverständliches Informationsmaterial, z. B. Broschüren zu einzelnen Erkrankungen. Einzig die nordrhein-westfälische Krebsgesellschaft gab ein kleines Informationsheftchen zu Leukämie heraus. Es gab großen Informationsbedarf und wir haben in Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten Informationsmaterial erarbeitet, gedruckt und an die Patienten verteilt. Seit 1996 erscheint die "DLH Info", unsere Verbandszeitung für Mitglieder und Interessierte, die dreimal jährlich erscheint und u. a. über neue medizinische Entwicklungen berichtet.

Zu Beginn unserer Arbeit wurden wir auf lokaler Ebene teilweise sehr belächelt oder auch abgelehnt. Die Treffen der regionalen Gruppen wurden als Kaffeekränzchen oder als "Jammerrunde" abgetan. Andere befürchteten, wir würden uns Kompetenzen anmaßen, die uns gar nicht zustehen. Die Patienten würden von uns verrückt gemacht werden.

Nicht jeder Arzt war über einen informierten Patienten begeistert. Diese Einstellung hat sich, auch durch die Gründung der DLH und deren gute Arbeit, im Laufe der Jahre zum Glück sehr geändert, sodass die Patientenseite in vielen Gremien mittlerweile aktiv angefragt wird. So sitzt Dr. med. Ulrike Holtkamp, die im Patientenbeistand der DLH tätig ist, beispielsweise auch als Patientenvertreterin im G-BA und im Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Wir haben zwar kein Stimmrecht, aber wir werden zumindest gehört. Auch in Klinikvorständen sind einzelne Vorstandsmitglieder der regionalen Gruppen vertreten. Es hat sich auf politischer Ebene ganz viel getan, wo wir die Interessen der Patienten vertreten können. Jetzt stehen wir vor der Herausforderung, die Veränderungen in Bezug auf Social Media und virtuelle Veranstaltungen mitzugestalten.

Wie kam es Ihrer Meinung nach zu diesem Umdenken bezogen auf die Arbeit der Selbsthilfe?

Hünefeld: Ich denke, es ist unsere Beharrlichkeit gewesen. Auch weil wir gezeigt haben, dass wir nicht gegen Ärztinnen und Ärzte, sondern mit ihnen arbeiten wollen. Das Selbsthilfe-Spektrum ist sehr heterogen und die verschiedenen Gruppen können nicht über einen Kamm geschoren werden. Wir haben unseren Selbsthilfegruppenleitern von Anfang an verschiedene Fortbildungen angeboten, um diese weiterzubilden und zu qualifizieren.

Die Kombination aus Beharrlichkeit und einer entsprechenden fachlichen und sozialen Kompetenz hat meiner Meinung nach zu einem Umdenken geführt. Wobei die medizinische Beratung immer den Ärztinnen und Ärzten vorbehalten bleibt. Es ist nicht unsere Aufgabe, den Patienten zu sagen, was aus medizinischer Sicht die adäquate Vorgehensweise oder beste Therapieoption ist. Es ist vielmehr Aufgabe von Selbsthilfe, insbesondere in Erstgesprächen, wenn die Diagnose gerade erst gestellt wurde, als Übersetzer zu fungieren. Die meisten Betroffenen befinden sich in einer Art Schockzustand und sind nicht in der Lage, alle Informationen zu verarbeiten. Eine weitere wichtige Aufgabe der DLH ist es, als Wegweiser durch das Gesundheitssystem zu führen. Bei Bedarf ermutigen wir die Patienten auch, sich eine Zweitmeinung einzuholen.

Wie finanzieren Sie Ihre Arbeit?

Hünefeld: Geldgeben bedeutet Einflussnahme. Wir haben immer schon darauf geachtet, nicht von einem Geldgeber abhängig zu sein. Früher haben wir auch Spendengelder von Pharmafirmen bekommen. Um aber jegliche Einflussnahme auszuschließen und wirklich unabhängig mit dem zu sein, was wir machen, nehmen wir, die DLH, aber auch die uns angeschlossenen Selbsthilfegruppen, seit 2012 überhaupt keine Spenden mehr von Pharmafirmen an. Unsere Arbeit wird finanziert durch die Gemeinschaftsförderung der Krankenkassen, Spenden, durch Mitgliedsbeiträge und letztendlich durch die Deutsche Krebshilfe.

Ohne die Deutsche Krebshilfe würde es die DLH in heutiger Form nicht geben können. Sie hat uns von Anfang an unterstützt und ist auch heute noch unser überwiegender Geldgeber. Um langfristig eine finanzielle Unabhängigkeit zu erreichen, hat die DLH 2010 eine eigene Stiftung gegründet, die seit 2014 profitabel arbeitet und die DLH jährlich mit einem Zuschuss unterstützt.

Welchen Stellenwert hat die Selbsthilfe aus Ihrer Sicht heute?

Hünefeld: Die gesundheitsbezogene Selbsthilfe ist die vierte Säule des Gesundheitssystems. Zu diesem Ergebnis ist eine bereits vor Jahren durchgeführte Untersuchung gekommen. Wenn wir unsere Arbeit einstellen würden, müsste ein Milliardenbetrag aufgewendet werden, damit Ärzte, Krankenkassen oder andere Organisationen bzw. Institutionen diese Arbeit übernehmen könnten.

Haben Sie das Gefühl, dass Sie in Ihren Positionen auf politischer Ebene wahrund ernst genommen werden?

Hünefeld: Ja. Wir werden zu bestimmten Problemen explizit um Stellungnahmen gebeten. Bei den Zertifizierungen auf lokaler Ebene werden auch regionale Selbsthilfegruppenvertreter durch Kooperationen eingebunden, wobei das nicht von jedem Zentrum gleichberechtigt angesehen wird. Im Bereich der Wahrnehmung durch die Politik sehe ich noch einige Luft nach oben.

Was ist Ihnen besonders wichtig bei Ihrer Arbeit? Gibt es etwas, was Sie sich für Ihre weitere Arbeit wünschen würden?

Hünefeld: Dass jeder Patient, der das möchte, einen kompetenten und adäquaten Ansprechpartner findet. Dass jeder Betroffene durch diese schwierige Zeit durch die DLH oder auch durch die Gruppen vor Ort geleitet wird und in dieser belastenden Krankheitssituation nicht alleine ist. Dass es Zugang zu unabhängigen Informationen gibt, die frei von irgendwelchen wirtschaftlichen Interessen sind. Das ist das, was uns antreibt.

Ich würde mich darüber freuen, wenn wir in den Gremien des G-BA nicht nur eine beratende Stimme hätten. Wir sollten bei der Vergabe der Selbsthilfefördermittel der Krankenkassen mitreden und vor allem in der Politik unsere Interessen vertreten können. Dort werden Entscheidungen getroffen. So könnten wir den Patienteninteressen noch mehr Gewicht verleihen.

Interview: Maren Grikscheit

Bücher



Helmut Schaaf: Hilfe bei Schwindel – Gleichgewichtsstörungen erkennen und verstehen

Mabuse Verlag, Frankfurt 2021 ISBN 9783863215385, 16.95 €

Dr. med. Helmut Schaaf ist leitender Oberarzt und ärztlicher Psychotherapeut in der Gleichgewichts-Ambulanz und Tinnitusklinik in Bad Arolsen. Im Rahmen einer Menièrschen Erkrankung

erlebte er selbst Gleichgewichtsstörungen. Auf 130 Seiten beschreibt er in einer für Laien gut verständlichen und einfachen Sprache, was passiert, wenn "unser Gleichgewicht aus dem Lot gerät" und Schwindel auftritt. Schwindelanfälle bei organischen Störungen werden genauso beschrieben, wie Schwindel im Rahmen einer Angststörung und bei neuropsychiatrischen Erkrankungen. Gut strukturiert werden diagnostische Pfade vorgestellt und therapeutische Optionen erläutert. Schaaf legt einen Schwerpunkt auf Maßnahmen, die Betroffene in Eigenregie durchführen können, um wieder "auf die Beine" zu kommen. Das Buch ist ein guter Leitfaden sowohl für Patienten als auch für medizinische Fachkräfte.

Medizinische Fachangestellte: Ein komplexer Beruf

Von der Arzthelferin zur MFA bis zur Aufstiegsfortbildung: Gespräch mit Dr. med. Michael Weidenfeld und der Auszubildenden Anna Schmitt

Dr. med. Michael Weidenfeld, niedergelassener Facharzt für Urologie und Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden, bildet in seiner Praxis iunge Menschen zu Medizinischen Fachangestellten aus. Für besonders wichtig hält er die Ausbildungsberater als Anlaufstelle, an die sich Auszubildende bei Fragen und Problemen wenden können.

Seit wann bilden Sie Medizinische Fachangestellte aus und was motiviert Sie dazu?

Dr. med. Michael Weidenfeld: Lassen Sie mich kurz überlegen: Es sind tatsächlich schon rund zwanzig Jahre, in denen ich ausbilde. Aktuell haben wir zwei Auszubildende in der Praxis: hinzu kommt eine weitere, die im Laufe des Jahres bei uns anfangen wird. Meine Motivation ist ganz klar: Es ist unbedingt wichtig, jungen Menschen Perspektiven zu geben und ihnen einen Ausbildungsplatz zu bieten.

Welche Voraussetzungen müssen junge Leute mitbringen, die sich für eine Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten interessieren?

Weidenfeld: Grundsätzlich sollten junge Frauen und Männer, die diesen Berufsweg einschlagen wollen, Interesse an Medizin mitbringen und Freude am Umgang mit Menschen haben. Sie sollten teamfähig sein und strukturiert arbeiten können. In den ersten Jahren hatte ich auch junge Leute mit Hauptschulabschluss als Auszubildende eingestellt, doch die Anforderungen an Medizinische Fachangestellte haben sich inzwischen so gewandelt, dass ich inzwischen zumindest einen Realschulabschluss voraussetze.

Gibt es auch Voraussetzungen, die auszubildende Ärztinnen und Ärzte erfüllen sollten?

Weidenfeld: Jeder Kollege und jede Kollegin sollte wissen, dass Auszubildende keine billigen Arbeitskräfte sind. Man muss sich mit ihnen beschäftigen und Zeit investieren, um angemessen die Ausbildungsinhalte vermitteln zu können. Das ist natürlich in einer Einzelpraxis viel, viel schwieriger als in einer Praxisgemeinschaft oder in einem Facharztzentrum wie dem Medicum Wiesbaden. Bei uns arbeiten mehr als 60 Fachärzte aus 16 Fachgebieten. Die enge interne Vernetzung macht es möglich, dass Auszubildende, die bei uns in der urologischen Praxis tätig sind, über den Tellerrand schauen und Erfahrungen etwa in der Gynäkologie, Dermatologie oder in der Gastroenterologie und so weiter sammeln.

Ist die Ausbildung in erster Linie Aufgabe der Ärztin bzw. des Arztes - oder können auch erfahrene Medizinische Fachangestellte dies mit übernehmen?

Weidenfeld: Ich kann beides mit Ja beantworten. Natürlich ist es so. dass sich die Auszubildenden unter den Ärzten eine Kontaktperson aussuchen, mit der oder dem sie besonders aut zurechtkommen. Wenn ich das nicht bin, können sie sich an eine Kollegin oder einen Kollegen von mir wenden. Außerdem stehen erfahrene Medizinische Fachangestellte als Ansprechpartnerinnen für Fragen zur Verfügung und es gibt auch eine Beauftragte, die sich um die Auszubildenden kümmern soll.

Welche Aufgaben hat eine Medizinische Fachangestellte in der Praxis? Was hat sich in den vergangenen zwanzig Jahren qeändert?

Weidenfeld: Wenn ich zurückblicke. erinnere ich mich daran, dass die Auszubildende oder auch die fertige Arzthelferin vorne am Tresen gesessen, die Patienten in Empfang genommen und in das Arztzimmer begleitet hat. Sie war Ansprechpartnerin, wenn es um Termine ging oder wenn Karteikarten geordnet und herausgesucht werden mussten. Das war mehr eine administrative und helfende Tätigkeit - das steckt ja auch in dem Begriff Arzthelferin.

Heute ist das völlig anders. Der oder die Medizinische Fachangestellte ist hoch qualifiziert ausgebildet und muss nicht nur administrative Aufgaben erfüllen. sondern auch medizinische. So werden in unserer Praxis viele Tätiokeiten, die früher ausschließlich Ärzten vorbehalten waren, heute von Medizinischen Fachangestellten ausgeübt. Dazu gehören in der urologischen Praxis beispielsweise Katheterwechsel, suprapubischer Blasenkatheterwechsel, Injektionen und Infusionen. Alles das macht heute eine Medizinische Fachangestellte.

Auch in großen Hausarztpraxen fallen viele eigenständige Arbeiten für Medizinische Fachangestellte an, die auch in den Prüfungen beherrscht werden müssen: EKG anlegen, Blutdruck und Blutzucker messen, nach der Temperatur des Patienten schauen und Blut abnehmen: Medizinische Fachangestellte bereiten den Patienten komplett vor, so dass der Arzt nur noch die fachärztlichen Untersuchungen vornehmen und Befunde zusammenführen muss. Die administrativen Aufgaben der Helferin von früher erledigen heute die Computer.

Zusammenfassend gesagt, halte ich den Beruf des oder der Medizinischen Fachangestellten für einen sehr spezialisierten, sehr wichtigen Berufszweig. Wir haben in den vergangenen Jahren einige ganz tolle junge Leute ausgebildet, die heute in ganz unterschiedlichen Bereichen in anspruchsvoller Position tätig sind: sei es im OP, sei es in der Palliativmedizin, sei es in der Praxisorganisation. Insofern war der Schritt vom Hauptschüler zu - mindestens - dem Realschüler zwingend not-

Obwohl wir schon seit einem Jahr in der Pandemie leben und Praxisinhaber besonders gefordert sind, sind die Ausbildungszahlen der Medizinischen Fachangestellten nicht dramatisch zurückgegangen. Worauf führen Sie das zurück? Weidenfeld: Wir Ärztinnen und Ärzte



Dr. med. Michael Weidenfeld und seine Auszubildende Anna Schmitt (drittes Ausbildungsjahr).

werden immer älter und wir werden immer weniger. Das bedeutet, dass wir in Zukunft immer größere Schwierigkeiten haben werden, Arztstellen zu besetzen. Also brauchen wir sehr gut ausgebildete, qualifizierte Medizinische Fachangestellte, die Aufgaben wie etwa Hausbesuche übernehmen können. Die fahren dann mit dem iPad durch die Gegend, gucken sich die Patienten an und halten Rücksprache mit der Ärztin oder dem Arzt. Der Beruf wird sich also noch weiter qualifizieren.

Ist das Risiko groß, dass Medizinische Fachangestellte gerade wegen der besseren finanziellen Möglichkeiten in die Kliniken abwandern?

Weidenfeld: Ein ganz klares Ja. Gerade große Krankenhausketten können ganz andere Gehälter zahlen als niedergelassene Ärztinnen und Ärzte. Gerade deshalb müssen wir, die die jungen Leute ja ausbilden, diese mit attraktiven Arbeitsbedingungen und -inhalten von den Vorteilen einer Tätigkeit in der Praxis überzeugen.

Im Dezember 2020 ist eine Tariferhöhung für Medizinische Fachangestellte erfolgt. Sehen Sie darin eine Aufwertung des Berufs?

Weidenfeld: Wenn Sie mich als Praxisinhaber fragen, bin ich natürlich zunächst tief erschüttert, dass ich die Tarife wieder erhöhen muss. Immerhin 12 % in drei Jahren. Aber andererseits ist es natürlich eine notwendige Aufwertung dieses Berufes. Wir haben die Tariferhöhung daher sehr gerne umgesetzt.

Frau Schmitt, warum haben Sie sich zu der Ausbildung als Medizinische Fachangestellte entschieden? Und worin liegt für Sie der Vorteil, in einer niedergelassenen Praxis zu arbeiten?

Anna Schmitt: Ich habe mich dafür entschieden, weil ich mich für den medizinischen Bereich interessiere und gerne mit Menschen zu tun habe. Ich bin jetzt im dritten Ausbildungsjahr und in dieser Zeit drei Tage in der Praxis und zwei Tage in der Berufsschule.

Ein großer Vorteil in der niedergelassenen Praxis ist, dass man viel persönlichen Kontakt zu den Patienten hat. Man sieht dieselben Patienten öfter als beispielsweise im Krankenhaus, kennt deren Namen und entwickelt häufig auch eine Bindung zu ihnen. Auch die Kollegen kennt man untereinander besser als auf einer Krankenhausstation und arbeitet dann anders miteinander, als wenn man immer mit neuen Leuten zusammenkommt. Ein weiterer Vorteil sind natürlich auch die vielfältigen Aufgaben in einer Praxis, in die man Einblick bekommt.

Wie organisieren Sie die MFA-Ausbildung in Ihrer Praxis, Herr Dr. Weidenfeld?

Weidenfeld: In der heutigen Zeit ist Ausbildung ein Projekt, das aufgeteilt wird. Eine Praxis wie unsere ist ein Unternehmen, in dem wir, fünf Kolleginnen und Kollegen, zusätzlich zu den medizinischen Leistungen ganz unterschiedliche Aufgaben innerhalb der Praxis erfüllen. Ich kann mir heute kaum mehr vorstellen, wie alle Anforderungen, die heute auf niedergelassene Praxen zukommen - angefangen von Praxisorganisation bis hin zu Personal- und Budgetverantwortung und verantwortungsbewusster Ausbildung in einer Einzelpraxis geschultert werden können.

Was die Ausbildung im niedergelassenen Bereich angeht, bin ich absoluter Fan einer Verbundausbildung, in der die Auszubildenden in die unterschiedlichen Bereiche geschickt werden. In Hessen haben wir mit der Carl-Oelemann-Schule ein gutes Angebot der Fort- und Überbetrieblichen Ausbildung, aber ich kann mir dennoch vorstellen, dass wir noch Einiges bei der Ausbildung verbessern könnten. Dafür brauchen wir natürlich auch die Kritik der Auszubildenden, die uns sagen, was wir verbessern müssen.

Damit geht die nächste Frage wieder an Sie, Frau Schmitt. Wo gibt es aus Ihrer Sicht Probleme bei der Ausbildung, was müsste verbessert werden?

Anna Schmitt: Inhaltlich finde ich es gut, dass man die Abwechslung zwischen Schule und praktischer Tätigkeit hat. Die Tage reichen von der Aufteilung her völlig aus; ich habe auch die Möglichkeit, in der Praxis etwas für die Schule vorzubereiten und Berichtshefte zu schreiben, falls erforderlich. Einmal im Jahr findet dann die Überbetriebliche Ausbildung an fünf Tagen in der Carl-Oelemann-Schule statt.

In der Schule habe ich mitbekommen. dass einige Mitschülerinnen nur vier Tage während der ganzen Ausbildung hospitieren können. Auch weiß ich von einer Auszubildenden bei einem Augenarzt, die bisher nur einmal Blut abgenommen hat; andere haben noch nie ein EKG gemacht oder höchstens ein Mal: alles Dinge, die man aber bei der Prüfung beherrschen muss.

Da haben wir im Facharztzentrum ganz andere Möglichkeiten; wir können immer hospitieren, wenn wir möchten: Ich war schon in der Gynäkologischen Praxis und konnte mir dort viele Dinge anschauen. Im Mai habe ich Prüfung und werde vor meiner praktischen Prüfung noch in anderen Fachrichtungen hospitieren, um weitere Kenntnisse zu erwerben. In der Carl-Oelemann-Schule würde ich mir wünschen, mit neuen Lernmaterialien zu arbeiten, denn wir arbeiten in der Praxis ja auch mit neuen Dingen - modernen Sonogeräten zum Beispiel.

Weidenfeld: Auch sollte im Zeitalter von Computern und Druckern in der Prüfung nicht viel Zeit für das Ausfüllen von Karteikarten draufgehen. Und was die Ausbildung in der Praxis angeht: Ein Friseur, der ausbildet, muss, soviel ich weiß, Meister sein und wird ja wohl seine Lehrfähigkeit nachgewiesen haben. Wir Ärztinnen und Ärzte müssen das aber nicht. Überwachung oder Förderung des Ausbilders und der Qualität der Ausbildung machen daher Sinn. Dazu könnte dann auch eine Ausbildungsvergütung des ausbildenden Arztes gehören. Wichtig ist auf jeden Fall, dass man sich als Ärztin oder Arzt fragt: Habe ich die Zeit und die Möglichkeit, junge Leute qualifiziert auszubilden? Da sollte auch die Kammer noch genauer hinschauen.

Abschließend noch eine Frage an Frau Schmitt: Wie sehen Ihre beruflichen Perspektiven nach der Prüfung aus?

Anna Schmitt: Ich möchte im medizinischen Bereich bleiben und würde auch gerne mal in einer Klinik arbeiten, um dort Erfahrungen zu sammeln. Aber danach kann ich mir vorstellen, zurück in die Praxis zu gehen.

Gut finde ich außerdem, dass ich mich weiterbilden kann, zum Beispiel zur Nicht-ärztlichen Praxisassistentin (Nä-Pa), oder dass ich die Möglichkeit habe, nach der Ausbildung zu studieren und den Fachwirt zu machen. Die MFA-Ausbildung bietet wirklich viele interessante Möglichkeiten.

Interview: Katja Möhrle

Die von der Landesärztekammer Hessen bereitgestellten Ausbildungsberaterinnen und -berater finden sich im Internet unter: www.laekh.de (MFA → Berufsausbildung → Ausbildungsberatung/QuABB).

Bücher



Ulrich Schweiger/Valerija Sipos: Depressionen verstehen mit Depressionen leben

Der Ratgeber für Betroffene und Angehörige. Herder, Freiburg 2020, Klappenbroschur. 224 S.. 20 €. auch als E-Book. ISBN: 9783451600401

Der "Ratgeber für Betroffene und Angehörige" bietet dem Leser "genaue Informationen zu dem Lernprozess, den man durchlaufen muss, wenn man eine depressive Erkrankung bewältigen möchte." Die Autoren (Psychiater und Psychologische Psychotherapeutin) beschreiben mit eindrücklichen Fallbeispielen Kriterien, die eine Depression zur Krankheit machen, und depressive Mechanismen, die im Alltag helfen, mit Herausforderungen sinnvoll umzugehen. "Eine Depression kann jedoch tatsächlich helfen zu erkennen, dass Bemühungen in einer bestimmten Situation, ein Ziel zu verfolgen, nicht mehr sinnvoll sind" (S. 29).

Das Buch ist konsequent verhaltenstherapeutisch orientiert und gibt Betroffenen wie Angehörigen Werkzeuge in die Hand, Depressionen als Notfall zu erkennen. Es führt in "die vielen Gesichter von Depression ein", erläutert Diagnosekriterien und die Beurteilung des Schweregrades einer Depression sowie psychotherapeutische und medikamentöse Therapiemöglichkeiten. Ganz verhaltenstherapeutisch gehen die Autoren auf psychologische Faktoren ein, welche die Aufrechterhaltung von Depression begünstigen. Sie beschreiben hier anhand von Fallbeispielen "Verstärkerverlust", "Defizite in der Emotionsregulation" sowie "Problematische metakognitive Strategien".

Ein großer Abschnitt befasst sich mit dem "Kontext von Depressionen" und geht hier auf multiple auslösende Faktoren ein, von "chronischem Stress" über "Liebeskummer" bis zur Postpartum Depression. Die Autoren bringen auch hierzu eindrückliche Beispiele. In einem letzten Abschnitt werden therapeutische Wirkprinzipien bei Depression in ihrer ganzen Breite vorgestellt: Von Bewegungstherapie über psychotherapeutische Interventionen bis hin zu aktuellen medizinischen Maßnahmen. Abschließend fassen die Autoren ihre Überzeugung mit folgenden Worten zusammen: "Sie haben bei der Lektüre vermutlich bemerkt, dass Depressionsbehandlung ein Bereich der Medizin und der Psychologie ist, der sich in deutlicher Bewegung befindet. Die wichtigste Idee der letzten 20 Jahre ist dabei sicherlich, dass psychologische Fertigkeitsdefizite eine wesentliche Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Depression spielen können. Fertigkeiten lassen sich erwerben und üben, auch wenn das manchmal sehr schwer ist. Das ist ein wesentlicher Faktor für Hoffnung und tatsächlich lässt sich Depression durch Einsatz dieser Wirkprinzipien häufig erfolgreich behandeln" (S. 217). In diesem Sinne kann das Buch für Betroffene und Angehörige hilfreich sein. Sie können Anregungen erhalten, selbst aktiv zu werden und an einer Verbesserung ihrer Symptome zu arbeiten. Da Depression ein sehr vielfältiges Syndrom ist, sollten behandelnde Ärztinnen und Ärzte sorgsam prüfen, ob dieser Ansatz für ihre Patienten individuell auch wirklich geeignet ist.

Dr. med. Peter Zürner



Qualifizierungslehrgang "Neurologie und Psychiatrie"

An der Carl-Oelemann-Schule (COS) in Bad Nauheim wird der 120-stündige Qualifizierungslehrgang "Neurologie und Psychiatrie" für Medizinische Fachangestellte (MFA) angeboten.

Die von der Bundesärztekammer 2018 veröffentlichte Fortbildung wurde unter anderem gemeinsam mit den Berufsverbänden der Deutschen Nervenärzte (BVDN), der Deutschen Neurologen (BDN) und der Deutschen Psychiater (BVDP) entwickelt.



Ziel der Fortbildung ist es laut des Curriculums, folgende Kompetenzen zu erwerben: Die MFA sollen bei der Diagnose, Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis arztentlastend und -unterstützend tätig sein. Die MFA sollen insbesondere

- qualifizierte Ansprechpartner für die besondere Klientel neurologischer/ psychiatrischer Erkrankter sein,
- Situationen zusammenhängend und im Kontext komplexer neurologischer/ psychiatrischer Erkrankungen einordnen,
- edukative Gruppen vorbereiten und als (Co-)Moderatoren fungieren,
- Patienten- und Angehörigenschulungen oder Informationsveranstaltungen gemeinsam mit dem Arzt entwerfen, vorbereiten und für Betroffene und deren (pflegende, betreuende) Angehörige in regelmäßigen Abständen durchführen,
- die Medikamenteneinnahme anleiten, überwachen und dokumentieren,
- an verlaufsbeurteilenden Untersuchungen im Rahmen der kontinuierlichen Versorgung chronisch neurologisch oder psychisch Erkrankter mitwirken, einschließlich Erfassung und Dokumentation kognitiver, physischer, psychischer und sozialer Fähigkeiten und Defizite.
- Ressourcen und Defizite mit Hilfe standardisierter Tests bei chronisch und zumeist progredient verlaufenden neuro-



psychiatrischen Erkrankungen erfassen sowie

Stigmata und Besonderheiten neurologisch/psychiatrisch Erkrankter erkennen und entsprechend behutsam und umsichtig auf die Patienten hinwirken.
 Zusätzlich zu den 96 fachtheoretischen und fachpraktischen Unterrichtsstunden ist ein 24-stündiges Praktikum nachzuweisen. Das Praktikum ist auf den Inhalt der arztbegleitenden und unter ärztlicher Aufsicht durchzuführenden Hausbesuche ausgerichtet.

Zielgruppe

16 Teilnehmerinnen haben den neuen Qualifizierungslehrgang an der COS bereits erfolgreich absolviert. Die Absolventinnen kamen aus unterschiedlichen Fachgebieten in der ambulanten oder stationären Versorgung. PD Dr. med. Marlene Tschernats-Gerriets, Dozentin der Fortbildung, lobte die hohe Motivation in den Lerngruppen und die Bereicherung der Themenfelder durch den Erfahrungsaustausch zwischen den Fortbildungsteilnehmerinnen.

Die Seminarleiterin Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg sagte dazu: "Durch die vorgegebenen Zulassungsvoraussetzungen haben die Teilnehmerinnen und Teilnehmer bereits Berufserfahrung. Die an-

spruchsvollen Lerninhalte können damit einfacher in das berufliche Handlungsfeld übertragen werden. Das gilt nicht nur für MFA in der ambulanten und stationären Versorgung der Neurologie und Psychiatrie, sondern auch für berufserfahrene MFA aus anderen fachärztlichen Bereichen. Krankheitsbilder wie Demenz, Parkinson, Schlaganfall, Depression, Psychose und Sucht kommen fast überall im Praxis-Alltag vor. Aus diesem Grund hält der hessische BVDN es für wichtig, die Teilnahme an diesem Qualifizierungslehrgang auch MFA, die derzeit z.B. in einer hausärztlichen oder internistischen Praxis tätig sind, zu empfehlen."

MFA, die den Abschluss "Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung" anstreben, können die erfolgreiche Teilnahme am Qualifizierungslehrgang "Neurologie und Psychiatrie" als medizinischen Wahlteil im Rahmen der Aufstiegsfortbildung anerkennen lassen.

Kontakt

Informationen zum Lehrgang gibt es bei der Carl-Oelemann-Schule.
Ansprechpartnerin: Katja Rühlmann
E-Mail: katja.ruehlmann@laekh.de
Fon: 06032 782-176.

Dipl. Med-Päd. Silvia Happel Schulleiterin Carl-Oelemann-Schule



Serie Teil IV: Die Listen der Delegiertenversammlung 2018-2023 stellen sich vor

Liste Marburger Bund

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

Wer sind wir?

Wir sind mit 24 Delegierten die größte Fraktion in der Delegiertenversammlung. Wir vertreten Ärztinnen und Ärzte aus vielen unterschiedlichen Bereichen, sei es Krankenhäuser, Praxen, MVZ, Arbeitsmedizin oder MDK. Dabei setzen wir uns für alle Kolleginnen und Kollegen ein, egal ob Berufsanfänger, Fachärztin/Facharzt oder bereits in Rente.

Was machen wir?

Wir engagieren uns für eine moderne Weiterbildung mit E-Logbuch, die auf die Vermittlung von Kompetenzen setzt statt auf unrealistische Fallzahlkataloge. Zudem haben wir uns für eine tarifliche Bezahlung in der Weiterbildung eingesetzt, auch sind uns faire Facharztprüfungen wichtig. Wir setzen uns für eine Reduzierung der Kammerbeiträge ein und für eine generationengerechte Altersversorgung. Wir engagieren uns auch für eine bessere Vereinbarkeit des Arztberufs mit Privat- und Sozialleben und eine Medizin ohne sachfremde kommerzielle Einflüsse. Wir setzen uns ein für ein Gesundheitswesen, in dem wir Ärztin oder Arzt sein können -

und keine bürokratischen Erfüllungsaehilfen.

Was wollen wir erreichen?

Wir geben der Ärzteschaft ein starkes Gewicht gegenüber Politik, Krankenhäusern, Krankenkassen und der Öffentlichkeit. Dafür erheben wir lautstark unsere Stimme für die Ärzteschaft, wie jetzt in der Pandemie bei fehlender Schutzausrüstung, gegen den Einsatz positiv getesteter Kollegen, für den Abbau der zeitraubenden Misstrauens- und Abrechnungsbürokratie und für eine humane Patientenversorgung mit guten und fairen Arbeitsbedingungen.

Marburger Bund





Von Pressearbeit bis Hessisches Ärzteblatt: Die Stabsstelle Medien

Der Tag startet mit einem Jingle: Auf der Fahrt in die Landesärztekammer leitet die Erkennungsmelodie eines hessischen Radiosenders zu aktuellen Nachrichten und Hintergründen zum Zeitgeschehen über. Sie schaffen eine erste Informationsgrundlage für das Tagesgeschäft der Stabsstelle Medien und werden nach der Ankunft im Büro durch eine themenspezi-

Katja Möhrle, Leiterin Stabsstelle Medien, Leitende Redakteurin

Maren Grikscheit, Referentin der Stabsstelle Medien, Stellv. Leitende Redakteurin



Alla Soumm, Referentin der Stabsstelle Medien

fische Presseschau ergänzt. Bei der Auswertung von Print- und Online-Medien liegt der Fokus auf dem Gesundheitswesen.

Welche Themen betreffen die Ärzteschaft und die hessische Gesundheitspolitik. wird die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) erwähnt? Um informiert und auf Presseanfragen vorbereitet zu sein, aber auch um aktuelle Themen aktiv mit Statements der Ärztekammer aufgreifen zu können, ist die tägliche Medienschau unerlässich.

Transparenz und Offenheit

Erste Presseanrufe kommen herein. Redakteurin Die Radiosenders will ein Interview mit dem Präsidenten führen. Anfragen verschiedener Zeitungen und eines Fernsehsenders folgen. Während ein Journalist Auskünfte am Telefon wünscht, fragen zwei weitere nach schriftlichen Statements und Zitaten. Per Mail trifft ein Fragenkatalog rund um Corona ein. Für ein Mittagsmagazin wird eine Expertin oder ein Experte für Atemwegserkrankungen gesucht. Einige Anfragen können umgehend beantwortet werden, andere machen Recherchen oder Rücksprachen mit anderen Abteilungen notwendig. Außerdem steht der Entwurf einer Pressemitteilung an.

Zwei Zielgruppen im Fokus

Presseanfragen und Meldungen werden engmaschig mit dem Präsidenten der Landesärztekammer Dr. med. Edgar Pinkowski und dem für die Stabsstelle Medien zuständigen Präsidiumsmitglied Dr. med. Peter Zürner abgestimmt. Der regelmäßige Dialog mit beiden ist wesentlich für die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit der Landesärztekammer, die für Transparenz und Offenheit steht und sich an zwei Zielgruppen richtet: Die hessischen Ärztinnen und Ärzte und die Medien, über die wir eine breite Öffentlichkeit erreichen können.

Netzwerken - der aktive Austausch mit anderen - bezieht sich sowohl auf den hausinternen Informationsaustausch mit Geschäftsführung und Abteilungsleitern und Gespräche mit Ärztinnen und Ärzten aus Praxis und Krankenhaus als auch auf die regelmäßige Kommunikation mit Journalistinnen und Journalisten. Während wir die Mitglieder der LÄKH über die Website, das Hessische Ärzteblatt, den Newsletter und auch die Sozialen Netzwerke erreichen, stehen bei der Ansprache der Medien das persönliche Gespräch, derzeit pandemiebedingt vornehmlich über das Telefon, sowie die Kommunikation per Mail im Mittelpunkt.

Instrumente der Pressearbeit

Pressemitteilungen dienen dazu, Positionen der Landesärztekammer in die Öffentlichkeit zu tragen. Sie werden über verschiedene Wege transportiert: per Mail, über Social Media - die LÄKH ist bei Twitter und Facebook mit eigenen Seiten vertreten – sowie über den Newsletter der Landesärztekammer. Alle Mitteilungen – ob Presse- oder Aktuelles-Meldungen – stellen wir zusätzlich auf unserer Website www.laekh.de ein. Da die Digitalisierung auch im Medienbereich in rasender Geschwindigkeit an Bedeutung gewinnt, orientieren wir das Instrumentarium unserer Medienarbeit daran und entwickeln es kontinuierlich fort. U. a. haben wir vor einiger Zeit mit der Produktion von Videoclips mit dem Präsidenten begonnen, die wir auf der Website einstellen.

Besprechung im Team

Weiter im Tagesablauf: Wenn keine aktuellen Termine dazwischenkommen, setzt sich das Team der Stabsstelle um 11 Uhr zur täglichen Besprechung zusammen; in Zeiten von Corona schalten sich mobil arbeitende Kolleginnen von zu Hause aus per Zoom dazu. Das Team zählt sechs Köpfe: Stabsstellenleiterin Katja Möhrle, die beiden Referentinnen Maren Grikscheit und Alla Soumm, Online-Redakteurin Katia Kölsch. Isolde Asbeck. Heft-Koordinatorin des Hessischen Ärzteblatts, und Beate Völker, zuständig für Sekretariat und Sachbearbeitung. Neben Erfahrungsaustausch und storming für künftige Aktionen und Projekte werden in der Besprechung Aufgaben verteilt und Fragen geklärt.

Von Prävention bis deutschitalienischer Partnerschaft

Am frühen Nachmittag steht zunächst ein Telefoninterview mit dem Präsidenten auf dem Programm. Später wird die Anfrage einer Schule erörtert: Wie lässt sich eine Alkoholpräventionsaktion im Rahmen des LÄKH-Projekts "Hackedicht – Besser geht's dir ohne!" sinnvoll unter Pandemiebedingungen durchführen? 2007 hat die Stabsstelle das Projekt ins Leben gerufen, das nach wie vor auf reges Interesse hessischer Schulen stößt.



Katia Kölsch. Online-Redakteurin



Beate Völker, Sekretärin, Sachbearbeiterin



Isolde Asbeck, Heftkoordinatorin Hessisches Ärzteblatt

Das ebenfalls von der Stabsstelle konzipierte und organisierte Diabetes-Präventionsprojekt "Fit und gesund älter werden" pausiert während der Pandemie, um in hoffentlich absehbarer Zeit reaktiviert zu werden.

Auch die Partnerschaft mit der befreundeten Ärztekammer in Salerno, Italien, wird von der Stabsstelle mitbetreut. Solange persönliche Begegnungen Coronabedingt nicht möglich sind, erfolgt der Austausch zur jeweiligen Situation vor Ort telefonisch oder per Mail.

Das Hessische Ärzteblatt für Sie. unsere Leserinnen und Leser

Damit das Hessische Ärzteblatt, kurz HÄBL, pünktlich einmal im Monat in Ihrem Briefkasten ankommt, wird jedes Heft von uns sowohl inhaltlich - in enger Abstimmung mit dem verantwortlichen Redakteur Dr. Zürner, seinem Stellvertreter Dr. med. H. Christian Piper sowie den Mitgliedern der Redaktionskonferenz - als auch technisch geplant und umgesetzt.

Beiträge externer Autorinnen und Autoren werden akquiriert und geprüft, Interviews geführt, Veranstaltungen besucht (in Corona-Zeiten natürlich nur digital), eigene Artikel geschrieben, Fotos gemacht und Texte redigiert.

Alle Beiträge, Fotos, Grafiken etc. werden von uns in ein Redaktionssystem eingelesen, bevor die Inhalte in das Ihnen bekannte Layout gesetzt werden. In Zusammenarbeit mit der Grafik-Abteilung des Deutschen Ärzteverlags überlegen wir, wie sich die Inhalte auch optisch gut darstellen lassen, suchen nach geeigneten Illustrationen und Bildern oder nehmen auch selbst die Kamera in die Hand.

Neben der Print-Ausgabe haben wir seit dem Relaunch unserer Website im vergangenen Jahr auch den Online-Auftritt des HÄBL stark überarbeitet und attraktiver gestaltet. Damit die Texte einzeln als HTML-Version oder im PDF-Format gelesen werden können, sind umfangreiche Vorarbeiten im Redaktionssystem notwendig. Die Arbeiten am HÄBL sind zeitlich eng getaktet. Sobald ein Heft sowohl in der Print- als auch in der Online-Version komplett fertig ist, geht es direkt weiter mit der nächsten Ausgabe. Im Sommer gönnen wir uns eine kurze Verschnaufpause mit der Doppelausgabe Juli/August.

Neu dabei: Der Newsletter

Der Newsletter ist einer unserer jüngsten Kanäle, mit denen wir mit unseren Mitgliedern und allen Interessierten kommunizieren. Bislang erscheint er einmal monatlich und informiert über aktuelle Themen aus verschiedenen Bereichen der Kammer. Einmal angemeldet, müssen Sie nicht mehr selbst aktiv werden, um auf dem Laufenden zu sein. Als Abonnentin und Abonnent des Newsletters haben Sie den Vorteil, automatisch über alle wichtigen und aktuellen Mitteilungen oder Änderungen informiert zu werden, und zwar direkt über Ihr E-Mail-Postfach. Hierfür werden die Inhalte technisch wie redaktionell von der Stabsstelle Medien entsprechend aufbereitet.

Website, Social Media & Co.

Die Website ist das digitale Aushängeschild der Kammer, das von der Stabsstelle Medien technisch und inhaltlich betreut und gepflegt wird. Wir überprüfen regelmäßig, wie die Inhalte am besten platziert werden können, um die Informationen für Sie so übersichtlich wie möglich zu gestalten. Damit die Website in allen Bereichen auf dem aktuellen Stand bleibt, stehen wir im engen Austausch mit den Fachabteilungen der Kammer und sorgen für die technische und inhaltliche Umsetzung neuer Inhalte. Mit Facebook und Twitter kommunizieren wir außerdem auch in den Sozialen Medien mit unseren Mitgliedern und allen Interessierten. Neben eigenen Postings und Tweets erreichen uns auf diesem Weg Anfragen, die wir – sofern erforderlich – mit den entsprechenden Fachabteilungen klären und beantworten. Neben der Betreuung und Gestaltung unserer digitalen Medienkanäle spielt nach wie vor auch die analoge Kommunikation eine Rolle: von Visitenkarten, Flyern. Broschüren bis hin zu Plakaten – alle Druckerzeugnisse werden von uns inhaltlich sowie technisch gestaltet und dem LÄKH-spezifischen Corporate Design angepasst.

In der Stabsstelle Medien ist kein Tag vorhersehbar. Aktuelle Ereignisse erfordern schnelles und flexibles Handeln. Dafür muss das Alltagsgeschäft auch mal liegen bleiben. Doch genau das macht unsere Arbeit aus - eine Herausforderung, der wir uns gerne immer wieder aufs Neue stellen!

Katja Möhrle Maren Grikscheit

Landesärztekammer Hessen Stabsstelle Medien Öffentlichkeitsarbeit und Hessisches Ärzteblatt Fon: 069 97672-340 E-Mail: presse@laekh.de



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!

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

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 1 + 2: Mi., 29. September 2021 Leitung: Dr.oec. troph. J. Liersch, Gießen

Dr. med. I. Martin, Bad Nauheim

Gebühr: 60 € (Akademiemitglieder 54 €) Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Rheuma an einem Tag

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik

Mi. 27.Oktober 2021 6 P

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

Gebühr: 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei) Bad Nauheim, Kerckhoff-Klinik Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

Mail: heike.cichon@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 2 - Aufbaukurs "Infektiologie"

Mo., 07.-Fr., 11. Juni 2021

PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt Leitung:

Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)

Modul 1 - Grundkurs "Antiinfektiva" Mo., 06.-Fr., 10. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt

> Dr. med. J. Kessel, Frankfurt Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt Prof. Dr. med. T. A. Wichelhaus, Ffm.

Gebühr: 900 € (Akademiemitglieder 810 €)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

Mail: heike.cichon@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Mi., 21. April 2021 Querschnittsfach Reisemedizin -

Fernreisen und Risikogruppen

Dr. med. A. Wunder, Leitung:

> Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber Frankfurt, Hanauer Landstraße 30 € (Akademiemitglieder 27 €)

Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,

E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Hygiene, Öffentl. Gesundheitswesen

Rationale Antibiotikatherapie -

Multiresistente Erreger in höchster Relevanz

RAI: Allgemeinmedizin und Urologie

Sa., 17. April 2021

Ort:

Gebühr:

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt Gebühr: 60 € (Akademiemitglieder 54 €) Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen

Für Ärztinnen und Ärzte sowie medizinisches Fachpersonal in Arztpraxen und Einrichtungen für ambulantes Operieren.

Mi., 29. September 2021

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

H.-R. Tinneberg, Frankfurt,

S. Niklas, Eschborn

Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €) Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Ethik

Curriculare Fortbildung "Ambulante Ethikberatung"

Veranstaltung gem. Curriculum der AEM. 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



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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie "State of the Art": Mi., 09. Juni 2021

Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. L. Schrod Gebühr: 75 € (Akademiemitglieder kostenfrei)

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

44. Frankfurter Intensivmedizinische Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)

Mo., 19.-Fr., 23. April 2021

Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,

Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 612 €)

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Tracheotomie/Trachealkanülenmanagement

Blended Learning-Veranstaltung

Sa., 29. Mai 2021 (Live-Online-Veranstaltung)

Beginn der Telelernphase: 03.05.2021

Leitung: Dr. med. S. Welschehold M. A.,

> Dr. phil. J. Konradi M. A., Dr. med. T. Kerz, Mainz

Gebühr: 150 € (Akademiemitglieder 135 €) Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,

E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 04.-Sa., 06. November 2021

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

M. Leimbeck, Braunfels

Gebühr: 450 € (Akademiemitglieder 405 €)

Notfallmedizin machbar machen

Gebühren:

Mi., 24. November 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

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Mi., 30. Juni 2021 6 P

Leitung: Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui,

> Dr. med. I. Rüschoff, Rüsselsheim 120 € (Akademiemitglieder 108 €)

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung

der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Fr., 17. September 2021 8 P

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

Dr. med. E. Reichwein, Villmar Gebühren: 250 € (Akademiemitalieder 232 €)

zzgl. 70 € Schulungsmaterial

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

E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe (ehem. BUB-Kurs). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedi-

zin Hessen e. V. (GSMH).

Blended Learning-Veranstaltung

Teil 1: Fr., 23.-Sa., 24. April 2021 insq. 34 P

Teil 3 – Praktikum: Telelernphase 24.04.-06.05.2021

Teil 2: Fr., 07.-Sa., 08. Mai 2021

Gebühr: 680 € (Akademiemitglieder 612 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 24. April 2021 8 P

Gebühr: 180 € (Akademiemitglied 162 €)

Ort: auf Anfrage

Grundkurs

Leitung:

Theorie: Fr., 18.-Sa., 19. Juni 2021

Praktikum: auf Anfrage

Gebühr: 360 € (Akademiemitglied 324 €) Theorie: Frankfurt, Uniklinikum Orte:

Praktikum: Bad Nauheim, Hochwaldkrankenhaus

Spezialkurs Interventionsradiologie

Do., 22.-Fr., 23. April 2021

Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €)

Frankfurt, Uniklinikum Ort:

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

B. Bodelle, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de



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

Rechtsmedizin

Leichenschau

Mi., 22. September 2021, Mi., 29. September 2021, Mi., 06. Oktober 2021, Mi., 13. Oktober 2021

Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin Gebühr: 180 € (Akademiemitglieder 162 €) Verletzungsdokumentation - Was, wenn die Verletzung eine

Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen Verletzungsdokum. Mi., 27. Oktober 2021 Fallbesprechung Mi., 10. November 2021

Gebühr: jeweils 80 € (Akademiemitglieder 72 €)

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

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

Theoretischer Teil Mo., 26.- Mi., 28. April 2021 33 P

Beginn Telelernphase: 26. März 2021

Gebühr: 640 € (Akademiemitgl. 576 €)

Kriseninterventionsseminar

Mi., 19. Mai 2021 oder Mi, 14. Juli 2021 8 P Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt

PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ic Fr., 07.-Sa., 08. Mai 2021

Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)

Modul II Sa., 30. Oktober 2021

Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €) Modul III Fr., 03.- Sa., 04. Dezember 2021 Gebühr: 320 € (Akademiemitglieder 288 €)

Zum Abschluss des Moduls III wird je ein Final- und

Kausalitätsgutachten gefordert. Die Gutachten sind gesondert

buchbar.

Gebühr: je 30 € (Akademiemitglieder je 27 €)

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 €)

Modul V Sa., 13. November 2021

100 € (Akademiemitglieder 90 €) Gebühr:

Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt Leitung: Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Ultraschall

Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien

und Venen

Aufbaukurs Do., 17.-Sa., 19. Juni 2021 Gebühr: 520 € (Akademiemitglieder 468 €) Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

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

Modul Schilddrüse I Sa., 24. April 2021

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum 280 € (Akademiemitglieder 252 €) Gebühr: 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

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 11. September 2021 10 P

Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden Leitung: Gebühr: 160 € (Akademiemitglieder 144 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftrager/Leiter Blutdepot

Do., 18.-Fr., 19. November 2021

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Darmstadt Gebühr: 360 € (Akademiemitgl. 324 €) Ort: Darmstadt, Klinikum

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,

E-Mail: heike.cichon@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 VI: Aufbaukurs Fr., 09.-Sa., 10. Juli 2021 und Fr., 16.-Sa., 17. Juli 2021

Beginn der Telelernphase: 20.06.2021

Gebühr: 1.000 € (Akademiemitglieder 900 €)

Kursblock VII: Aufbaukurs

Fr., 15.-Sa., 16. Oktober 2021 und Fr., 22.-Sa., 23. Oktober 2021

Gebühr: 650 € (Akademiemitglieder 585 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse

Mo., 15.-Sa., 20. November 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

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 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

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 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

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

Basiskurs Sexualmedizin

Gebühr:

Modul 1 - Teil A: Fr., 25.-Sa., 26. Juni 2021 insg. 42 P Modul 1 -Teil B: Fr., 17.-Sa., 18. September 2021 Modul 1 -Teil C: Fr., 19.-Sa., 20. November 2021

Das Seminar besteht aus drei 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 auf Anfrage

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

E-Mail: andrea.floeren@laekh.de



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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G1-G2 Fr., 04.—Sa., 05. Juni 2021
G3-G4 Fr., 02.—Sa., 03. Juli 2021
G5-G6 Fr., 10.—Sa., 11. September 2021
G7-G8 Fr., 08.—Sa., 09. Oktober 2021
G9-G10 Fr., 03.—Sa., 04. Dezember 2021

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP Fr., 04.—Sa., 05. Juni 2021 GP Fr., 17.—Sa., 18. September 2021 GP Fr., 08.—Sa., 09. Oktober 2021 GP Fr., 03.—Sa., 04. Dezember 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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A Do., 29.–Fr., 30. April 2021 Kurs B Do., 23.–Fr., 24. September 2021

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden **Gebühr:** je Kurs 340 € (Akademiemitgl. 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, FrankfurtGebühren:jeweils 260 € (Akademiemitgl. 234 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Nachholtermin Block B Fr., 11.-Sa., 12. Juni 2021

Neuropathische Schmerzen;

Kopfschmerzen

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Ort: Kassel, DRK-Kliniken

Modul I Fr., 14.–Sa., 15. Mai 2021 20 P

Grundlagen der Schmerzmedizin PD Dr. med. M. Gehling, Kassel

Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel Dr. med. K. Böhme, Kassel

Ort: Kassel-Wilhelmshöhe, Schloßhotel

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

Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: jeweils 300 € (Akademiemitgl. 270 €)

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Sportmedizin

 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



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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 2 Mo., 07.-Fr., 11. Juni 2021 40 P Gebühr: 740 € (Akademiemitglieder 666 €)

Dr. med. W. Spuck, Kassel Leitung:

M.-S. Jost, Eschwege

Mo., 15.-Fr., 19. November 2021 40 P Fallseminar Modul 3

Gebühr: 840 € (Akademiemitglieder 756 €) Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Kurs-Weiterbildung Di., 07.-Sa., 11. Dezember 2021 40 P 740 € (Akademiemitglieder 666 €) Gebühr:

Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeitsmedizin

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

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

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

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 teilneh-

men. 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





Fortbildung für MFA und Arzthelfer/-innen | Carl-Oelemann-Schule

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

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden

Inhalte:

- Patientenbetreuung und Koordination chronisch kranker Patienten (Interaktion mit chronisch kranken Patienten).
- Patientenbegleitung Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen.

Termin (PBK): Mo., 31.05.2021-Mi., 02.06.2021 **Gebühr (PBK):** 290 € inkl. Lernerfolgskontrolle Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP) 80 Stunden

Der 94-stündige Lehrgang teilt sich auf in zwei Blöcke: Block A (70 Std.): "Ambulantes Operieren" (AOP) mit den Lerninhalten:

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anwendung
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung
- Best Practice

Block B (24 Std.): Sachkenntnis zur "Aufbereitung von Medizinprodukten" (SAC)

Termin (AOP): Interessentenliste

Gebühr Block A: 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Gebühr Block B: 350 €

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

Palliativversorgung (PAL) 120 Stunden

Die Regelung zur "Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung" bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus zwei Blockveranstaltungen (ONKPAL und PAL).

Termin: Interessentenliste Gebühr ONKPAL: 260 €

Gebühr PAL: 735 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung (PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden

Inhalte:

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

Termin (NP): Interessentenliste

Gebühr (NP): 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Themen:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Motivation und Wahrnehmung(PAT 2)

zu belegen. Diese werden in Einzelveranstaltungen vermittelt und können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

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

Ernährungsmedizin (ERM) 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 (ERM): 980 € zuzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Zusätzlich sind die Kurse:

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

Diese können terminlich unabhängig gebucht werden. Termine siehe Website oder auf Anfrage.

Kontakt: Susanne Binner, Fon: 06032 782-185, Fax: -180

Aktualisierungskurs: Kenntnisse im Strahlenschutz

Ziel ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz gem. § 18a RöV. Zielgruppe sind MFA, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.



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

Termin (STR A 1 2): Sa., 05.06.2021, 08:30-17:00 Uhr

Gebühr: 115 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Termin Sonderaktualisierungskurs (STR A 2_1):

Fr., 04.06.2021, 08:30-16 Uhr und Sa., 05.06.2021, 08:30-17 Uhr

Gebühr: 250 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, 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_2): Fr., 02.07.2021, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

Kontakt: Ilona Preuß. Fon: 06032 782-154. 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. Informationen zum Gesamtlehrqang finden sich auf unserer Website.

Termin (KAR): Interessentenliste

Gebühr (KAR): 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

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

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung & Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung | Lern- und Arbeitsmethodik Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß der Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem unter anderem die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind. 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

Bekanntgabe von Prüfungsterminen Änderungen vorbehalten

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung

Modulprüfung 1a	Anmeldeschluss
06.05.2021	15.04.2021
08.07.2021	17.05.2021
Modulprüfung 1b	Anmeldeschluss
15.07.2021	24.06.2021
26.08.2021	05.08.2021
02.12.2021	11.11.2021
16.12.2021	25.11.2021

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax mit Anmeldeformular an die COS. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS) – 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



Serie Teil 13: Patientensicherheit – Start- und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Qualitätszirkelarbeit - Der Patient und seine Sicherheit stehen immer im Mittelpunkt

Gespräch mit Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin und Allgemeinmedizinerin

Qualitätszirkel sind ein bekanntes, bewährtes und gut etabliertes Qualitätssicherungsinstrument in der vertragsärztlichen Versorgung. Welchen Beitrag sie zur Verbesserung der Patientensicherheit leisten, berichtet Monika Buchalik, die seit 1999 erfolgreich Qualitätszirkel leitet. Die niedergelassene Allgemeinmedizinerin ist Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen.

Seit wann leiten Sie Qualitätszirkel?

Monika Buchalik: Meinen eigenen Qualitätszirkel (QZ) für die Maintaler Ärzteschaft (Haus- und Gebietsärzte) gründete ich vor ca. 20 Jahren, da ich schon immer Fortbildungen wichtig fand, aber keine Veranstaltungen mit Sponsoring besuchen wollte. Seit dieser Zeit organisiere, leite und moderiere ich die Sitzungen. Zunächst nahmen Kolleginnen und Kollegen aus Maintal teil, dann wurde der Einzugsbereich des QZ auf Hanau und dann nochmals auf den Main-Kinzig-Kreis erweitert. Zusätzlich besuche ich noch einen OZ der Allgemeinmedizin am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, der sich an Lehrpraxen richtet.

Welche organisatorischen Voraussetzungen gibt es für die QZ-Arbeit?

Buchalik: Diese legt die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) fest. Mein eigener QZ findet viermal im Jahr statt, was den KVH-Vorgaben entspricht. Aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie mussten 2020

die meisten Sitzungen jedoch abgesagt werden. Im Dezember konnte trotzdem eine Sitzung in Präsenz stattfinden - was die meisten meiner QZ-Kollegen bevorzugen. Um einen QZ leiten zu dürfen, wird zwingend die Ausbildung zum Moderator benötigt, die ich vor vielen Jahren bei der KVH absolviert habe. An unserer letzten Sitzung nahmen 20 Kollegen teil. Die KVH begrenzt die Teilnehmerzahl auf bisher maximal 30 Teilnehmerinnen und Teilnehmer, damit ein guter, aktiver Austausch möglich ist. Ich organisiere alle Sitzungen mit einer Einladungsfrist von ca. vier Wochen selbst, drucke alle Unterlagen, wie Teilnahmeliste und -bescheinigungen aus und miete einen großen Raum möglichst mit Tischen an. Zu allen Sitzungen muss ein Protokoll erstellt und bei der KVH eingereicht werden, die die Qualität prüft. Die KVH unterstützt auch bei formalen Fragestellungen - alle Ansprechpartner dort sind freundlich und kompetent.



Monika Buchalik, Vizepräsidentin der Landesärztekammer Hessen (Foto), ist Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Weiterbildungsermächtigung in Maintal. Ihre Praxis ist akademische Lehrpraxis der Goethe-Universität Frankfurt am Main und der Philipps-Universität Marburg. Buchalik engagiert sich neben ihrer ärztlichen Tätigkeit für viele berufspolitische Themen. Als Obfrau war sie für den Zusammenschluss dreier Notdienst-

zentralen zur Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentrale "Main-Kinziq-West" verantwortlich. Sie ist Bundesdelegierte beim Deutschen Hausärzteverband. dritte Vorsitzende des Hausärzteverbandes Hessen sowie Mitalied des Deutschen Ärztinnenbundes. Der Delegiertenversammlung der LÄKH gehört Buchalik seit 2001 an, seit 2004 als Mitglied des Präsidiums. Als Mitglied der Vertreterversammlung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) engagiert sie sich seit 2002. Die Listenführerin der ÄrztINNEN Hessen ist seit 2007 Mitglied des Vorstands der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, berät zu diesem Thema auch den Vorstand der KVH. Sie ist seit 2015 Mitglied der Arbeitsgruppe "Allgemeinmedizin" im Ausschuss "Versorgung" der Bundesärztekammer (BÄK), Mitglied der Deutschen Akademie für Allgemeinmedizin der BÄK und seit 2017 stellvertretende Delegierte der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. [1]

Wie läuft eine QZ-Sitzung bei Ihnen ab?

Buchalik: Zunächst gibt es ein Facharztreferat zu relevanten Themen für die Hausarztpraxis - z. B. Dyspnoe bei Herzinsuffizienz, Asthma und COPD (chronic obstructive pulmonary disease) oder Pharmakotherapie. Nach dem Vortrag findet ein Austausch der Kollegen miteinander und mit den Facharztkollegen zu Beispielfällen statt. Im Mittelpunkt aller Diskussionen steht aber immer der Patient, wenn z.B. darüber gesprochen wird, welche Therapieentscheidung sinnvoll ist oder wie die Lebensqualität verbessert werden kann. Statt sich also alleine auf häufig aktualisierungsbedürftige Leitlinien zu stützen, entstehen so gemeinsam oft bessere Ansätze. Die Sitzungen dauern 1,5 Stunden – nach einem anstrengenden Praxistag und bei anspruchsvollen Fachthemen erfordert die Teilnahme an den QZ eine hohe Motivation und Disziplin. Trotzdem wurde ich von

der KVH inzwischen gebeten, zwei QZ-Sitzungen nacheinander anzubieten, da die Nachfrage so groß ist.

Wie verbessern QZ die Patientensicherheit?

Buchalik: Wichtig für die Patientensicherheit ist beim Arztberuf immer der neueste Stand der medizinischen Erkenntnis und dass man sich in seinen Entscheidungen daran orientiert, aber auch, dass man engagiert und selbstkritisch bei seiner Arbeit ist. Dazu trägt die QZ-Arbeit entscheidend bei.

Welche Vorteile hat die QZ-Arbeit aus **Ihrer Sicht?**

Buchalik: Durch die Vorträge erfahrener Hausärzte und Gebietsärzte werden die OZ-Teilnehmer auf dem neuesten Stand fortgebildet. Es ist sehr wichtig, dass sich Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin schlau machen, da sie mit einem breiten Spektrum von Themen und Fragestellungen in der Praxis konfrontiert sind. Die QZ dienen somit immer auch dazu, neueste wissenschaftliche Erkenntnisse an die breite Basis zu bringen. Gleichzeitig wird durch den gemeinsamen Austausch auch die kollegiale Zusammenarbeit der Hausärztinnen und Hausärzte untereinander und mit den Gebietsärzten gefördert. Fachärztinnen und Fachärzte für Allgemeinmedizin sind meist kollegial im Umgang und gewohnt, Probleme in der Behandlung zu besprechen. So empfinde ich die Arbeit in meinem QZ als gut, denn sie läuft offen, höflich, aber kritisch ab und bringt die Teilnehmer und mich fachlich weiter. Die gemeinsame Diskussion eröffnet immer wieder neue Aspekte und erweitert so das eigene Spektrum. Alle lernen aus dem Vortrag und dem Input der Kolle-

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)

Qualitätszirkelarbeit in Hessen

Qualitätszirkel (QZ) sind ein Qualitätssicherungsinstrument in der vertragsärztlichen Versorgung. Ärzte und Psychotherapeuten gründen dabei eigeninitiativ Arbeitskreise und besprechen Behandlungen unter Zuhilfenahme der Leitlinien. QZ dürfen nur von qualifizierten Moderatoren geleitet werden. Mindestens sind fünf. maximal 20. in Ausnahmefällen bis zu 30 Teilnehmer für die Sitzungen vorgesehen. Die Inhalte "sind unabhängig von kommerziellen oder werbenden Interessen Dritter" [2].

Die QZ können zertifiziert werden und die Teilnehmer somit Fortbildungspunkte erhalten. Pro Jahr sollen mindestens vier Sitzungen stattfinden, die protokolliert werden müssen – das Protokoll wird der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) vorgelegt. Aktuell sind aufgrund der SARS-CoV-2-Pandemie auch Onlinesitzungen möglich. Die KVH unterstützt die QZ-Arbeit mit verschiedenen Angeboten, zu denen zum Beispiel Moderatorenausbildung gehört. Auch bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen kann die Moderatorenqualifikation für QZ erworben werden – als separates Angebot oder in der Kursweiterbildung "Ärztliches Qualitätsmanagement" nach dem (Muster-) Kursbuch der Bundesärztekammer. Für neue QZ muss bei der KVH ein Anerkennungsantrag gestellt werden. Informationen und Ansprechpartner im Internet: www.kvhessen.de/qualitaetszirkel/ und im Veranstaltungskalender der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung unter dem Stichwort "Qualitätsmanagement (Kurzlink: https://tinyurl. com/wmhs7tu8) [2, 3]. (QS)

genschaft. Außerdem haben selbstorganisierte Fortbildungen, die ohne ein Sponsoring stattfinden können, einen großen Wert für die Ärzteschaft.

Was konnte durch die QZ-Arbeit im Lauf der Zeit verändert werden?

Buchalik: Regional hat sich die Zusammenarbeit zwischen Praxen und Kliniken sehr verbessert. Der Austausch ist kollegialer geworden. Die Allgemeinmediziner sind inzwischen sehr viel besser untereinander und mit den Gebietsärzten (stationär wie ambulant) vernetzt. Das gegenseitige Kennenlernen hat viele Hürden in der Zusammenarbeit abgebaut. Wenn man sich aus dem QZ kennt, können z. B. Praxisvertretungen viel leichter organisiert werden. Viele Schwellenproblematiken konnten gelöst werden. Dies führt zu einem viel besseren Informationsfluss bei Patientenüber- und -einweisungen, z. B. beim Austausch von Vorbefunden. QZ führen insgesamt zu einer Stärkung des Wir-Gefühls in der Ärzteschaft. Wahrscheinlich wird es zukünftig immer mehr QZ geben, da nach meiner Erfahrung jüngere Kollegen oft froh sind zu lernen und noch stärker im Teamwork beheimatet sind.

Was raten Sie Kollegen, die einen QZ gründen wollen?

Buchalik: Zuerst sollten sie sich bei der KVH über alle Voraussetzungen informieren und dann möglichst schnell das Moderatorentraining absolvieren, da es hierfür nicht so viele Termine gibt. Eventuell sollten sie in der Zwischenzeit selbst einen QZ bei einem erfahrenen Kollegen besuchen, da die Moderation aufgrund der fachlichinhaltlichen Themen oder bei einer höheren Teilnehmeranzahl recht anspruchsvoll sein kann. Außerdem ist ein eigener Stil wichtig bei der QZ-Arbeit. Ich selbst pflege einen persönlich-lockeren Umgang mit meinen Kollegen, um eine gute Atmosphäre herzustellen. Oft merke ich aber, dass die QZ-Teilnehmer große Freude an ihrem Beruf haben und ohnehin gerne zu den Sitzungen kommen.

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

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



Qualitätszirkelarbeit – Der Patient und seine Sicherheit stehen immer im Mittelpunkt

Gespräch mit Monika Buchalik, LÄKH-Vizepräsidentin und Allgemeinmedizinerin

von Katrin Israel-Laubinger, Silke Nahlinger, Nina Walter

- [1] https://www.laekh.de/ueber-uns/ praesidium/lebenslauf-vizepraesidentin (Zugriff 07.01.2021) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ y3fh8wh8
- [2] https://www.kvhessen.de/qualita etszirkel/ (Zugriff 08.01.2021) oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/ y4aj7sv2
- [3] https://www.laekh.de/ueber-uns/ standort-bad-nauheim/akademiefuer-aerztliche-fort-und-weiterbil dung/veranstaltungsangebot/fach gebiet/Qualitaetsmanagement (Zugriff 09.03.2021) oder via Kurzlink https://tinyurl.com/wmhs7tu8

Leserbrief zum Artikel "Zum Verhalten gegenüber Kollegen in der Öffentlichkeit" von Christiane Loizides, Rubrik Recht, HÄBL 12/2020, S. 662

Eine Gegenrede aus menschenrechtlicher Sicht

A LOUIS TO

Der Gegenstand des öffentlich ausgetragenen Streits war ein abgelehnter Asylbewerber aus dem Kosovo, der sich wegen eines dort diagnostizierten Posttraumatischen Belastungssyndroms stationär in einer psychiatrischen Klinik befand. Das zuständige Ausländeramt hatte ihn unter dem Vorwand einer notwendigen Unterschrift einbestellt, und die Klinik hat ihm dies in Begleitung einer Sozialarbeiterin erlaubt. Dort angekommen, wurde er unmittelbar von der Sozialarbeiterin getrennt und einem Amtsarzt zugeführt, der die Flugreisetauglichkeit für eine bereits geplante Abschiebung ausstellte, ohne sich bei den behandelnden Ärzten der Klinik über die Umstände seiner Erkrankung zu informieren. Der Patient wurde daraufhin unmittelbar abgeschoben.

In der Presse wurde über den Fall berichtet, der Chefarzt der psychiatrischen Klinik äußerte sich dort kritisch über die fragwürdigen Umstände der Einbestellung und den Kollegen, der die Flugreisetauglichkeitsbescheinigung ohne Rückfrage ausgestellt hatte. Wie fast immer in solchen Verdachtsfällen versuchte man zunächst der Kammer den Namen des Amtsarztes vorzuenthalten - ein unerträglicher Zustand. Schließlich wurden beide Kollegen vor dem Berufsgericht angeklagt. Der Chefarzt erhielt eine "Warnung", der Amtsarzt wurde offensichtlich freigesprochen, das Urteil liegt mir nicht vor.

Das Urteil gegen den Chefarzt ist im oben genannten Artikel (HÄBL 12/2020) aus rechtlicher Sicht kommentiert. Ich möchte keine Urteilsschelte betreiben, aber doch mein Unbehagen ausdrücken über den Vorgang als Ganzen, der in dem Urteil nur unvollständig abgebildet wird - notwendigerweise, da das Berufsgericht nur das Fehlverhalten von Ärztinnen und Ärzten zu bewerten hat. Über die Bemängelung verschiedener klinischer Dokumente, die nicht vom Chefarzt gegengezeichnet wurden, bzw. die fachliche Kontrolle nachgeordneter Ärzte werden sicher viele Kol-

leginnen und Kollegen in den Kliniken angeregt, ihren Arbeitsalltag zu überprüfen, in dem bei ohnehin überbordender Bürokratie diese Form der Kontrolle sicher selten so durchgeführt wird, wie es der Gesetzgeber offensichtlich vorschreibt.

Immerhin wird ausdrücklich anerkannt, dass die Ärzte in der Psychiatrie alles getan hätten, um für den hochdepressiven Patienten ein Setting zu schaffen, dass eine Behandlung erst ermöglichte. Um die hochgradige Verunsicherung und Verärgerung des Chefarztes zu verstehen, möchte ich mit Nachdruck darauf hinweisen, dass der Patient unter einem Vorwand in das Ausländeramt gelockt worden war – ein Vorgang, den man in einem demokratischen Rechtsstaat kaum für möglich gehalten hat. Ein Arzt, der in einer solchen Situation sich weder an diesen Vorgängen stößt noch sich bei dem Chefarzt über die Erkrankung des stationären Patienten erkundigt und eine Flugreisetauglichkeitsbescheinigung ausstellt, hat eben gerade nicht "im Einklang mit seinen Berufspflichten" gehandelt, sondern gegen seine Sorgfaltspflicht verstoßen. Hier hat das Berufsgericht eine Behauptung aus dem Verfahren gegen den Amtsarzt übernommen, die es meines Erachtens erneut hätte überprüfen müssen.

Erst diese Festlegung hat den Weg freigemacht, dem Chefarzt zu unterstellen, er habe "schwerwiegende und ungerechtfertigte" Vorwürfe gegen den Amtsarzt er-

Auf den Deutschen Ärztetagen der jüngeren Zeit gab es mehrfach Resolutionen der Delegierten, die sich vehement gegen Abschiebungen kranker Menschen, insbesondere direkt aus stationären Behandlungen, ausgesprochen haben. In gleicher Weise hat sich das Präsidium der Landesärztekammer Hessen geäußert. Eine Arbeitsgruppe der Innenministerkonferenz und der Bundesärztekammer hat sich bereits 2004 in ihrem Abschlussbericht eingehend mit den Pflichten der Ärztinnen und Ärzte bei der Beurteilung von Rückzuführenden beschäftigt. Hier heißt es unter anderem: Bestehen Hinweise auf Eigen- oder Fremdgefährdung als Folge einer psychischen Erkrankung, ist - wie bei anderen psychischen Erkrankungen ein psychologisches bzw. psychotherapeutisches Gutachten einzuholen. Im Falle einer psychischen Erkrankung (einschließlich PTBS, schwerster Depression, schwerster Angststörung) und/oder vorgetragener Suizidalität ist zusätzlich stets die Frage zu stellen, ob bei dem Probanden die konkrete (nicht nur theoretische) Gefahr einer Retraumatisierung im Sinne der Gefahr einer erheblichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes besteht – einschließlich der Bewertung des Risikos einer Eigengefährdung (Suizidalität) bzw. einer Fremdgefährdung.

Aus menschenrechtlicher Sicht sind demnach die von dem Chefarzt erhobenen Vorwürfe gegenüber dem Amtsarzt zwar tatsächlich "schwerwiegend", aber keineswegs "ungerechtfertigt". Ich weiß aus meiner langjährigen Tätigkeit als Menschenrechtsbeauftragter, dass es viele Amtsärzte gibt, die bedauern, sich nicht von ihrer Pflicht befreien zu können, Flugreisefähigkeitsbescheinigungen auszustellen, da sie oft in Eile und ohne die notwendigen Unterlagen oder Dolmetscher, das heißt ohne die gebotene Sorgfalt, entscheiden müssen. Diesen Kolleginnen und Kollegen sollte die Kammer weiter den Rücken stärken, gerade jetzt, wo die Verunsicherung durch ein Urteil groß und die Notwendigkeit, die ethischen Standards unserer Berufsordnung zu verteidigen, besonders wichtig ist.

Dr. med. **Ernst Girth** Menschenrechtsund Rassismusbeauftragter der Landesärztekammer Hessen E-Mail:



menschenrechtsbeauftragter@laekh.de

Von Farbexplosionen und der Faszination des Alltags

Museum für Angewandte Kunst in Frankfurt und Museum Wiesbaden



Installationsansicht "Anette Lenz. à propos" – bis 16. Mai im Museum Angewandte Kunst in Frankfurt am Main.

Sie sind zurück. Nach viermonatiger Schließung haben Museen in Hessen ihre Pforten wieder geöffnet und dürfen wenn auch in beschränkter Zahl und mit einem umfassenden Hygienekonzept -Besucher empfangen. Damit lässt sich auch die wochenlang nur online als Bildersequenz zu besichtigende Ausstellung "à propos" der Grafikdesignerin Anette Lenz live im Museum für Angewandte Kunst in Frankfurt erleben. Wer die wochenlange Abstinenz von Kultur "vor Ort" als trist und grau empfunden hat, sieht sich in der Schau einer wahren Explosion fröhlicher und knalliger Farben gegen-

Anette Lenz: Expressionistische Wolken

In dem lichtdurchfluteten, in purem Weiß gehaltenen Richard-Maier-Bau leuchten die Blau-, Rot-, Grün- oder Orangetöne der Plakate oder 3-D-Objekte von Anette Lenz dem Betrachter entgegen. Die aus München stammende und in Paris lebende Gestalterin hat die Museumsräume in begehbare grafische Welten verwandelt, durch die ein grafischer Bodenbelag leitet. Drei Mal zieht sich das Wort Repetition, Wiederholung, im ersten Raum über die Wände. Wie expressionistische Wolken hängen unterschiedliche grafische Variationen des Schriftzuges Relax von der Decke eines anderen Raums herab.

Freude an spielerischer Irritation

Lenz treibt ein lustvolles und experimentelles Spiel mit Typografie, Farben und Fotografie. Aus einem Misstrauen gegenüber kommerzieller Werbung heraus hat die einflussreiche Grafikdesignerin - Professorin an der Hochschule für Kunst und Design in Genf und Ehrenmitglied im

Deutschen Designer Club - neue Strategien für die visuelle Kommunikation im öffentlichen Raum entwickelt. Wie in den Titel der Ausstellung "à propos" – "nebenbei bemerkt" - fließen in ihre Arbeiten Ironie und Freude an spielerischer Irritation ein. So scheint das großformatige Bild eines ins Wasser gleitenden Schwans, in dessen Gefieder sich der Himmel spiegelt, mit der Umgebung des Museums zu korrespondieren. Eine bunte Plakatserie mit Bildern und Buchstaben läuft über eine Wand, ohne dass Aussage oder Botschaft erkennbar werden. In einem Saal sind monochrome Farbplatten mit Schnüren an der Decke befestigt und treten mit grafischen Formen an den Wänden in ästhetischen Dialog. Lenz geht es nicht um anwendungsbezogene Grafik, sondern um das Infragestellen herkömmlicher Muster, die sie durch die sinnliche Erfahrbarkeit ihrer Arbeiten ersetzt. Im Mittelpunkt stehen dabei die eigenen Gestaltungsprinzipien. Zu sehen bis 16. Mai, Informationen unter: www.museumangewandtekunst.de/ de/besuch/ausstellungen/.

August Macke: "Paradies! Paradies?"

Zu der sehenswerten Ausstellung "Paradies! Paradies?" mit Werken August Mackes lädt das Museum Wiesbaden ein. Macke, einer der bedeutendsten deutschen Expressionisten am Beginn des 20. Jahrhunderts, war im Ersten Weltkrieg als einer der ersten Künstler mit nur 27 Jahren im September 1914 gefallen. Um dem Vergessen entgegenzuwirken, hatte seine Frau Elisabeth aus dem Nachlass des Künstlers eine "August Macke Gedächtnis-Ausstellung" mit über 160 Werken organisiert. Anlässlich dieser umfassenden Retrospektive vor 100 Jahren präsentiert das Museum Wiesbaden in enger Kooperation mit dem Kunstmuseum Bonn August Macke in seiner Vielseitigkeit.

Rheinischer Expressionismus

"...bei mir ist Arbeiten ein Durchfreuen der Natur, der Sonnenglut und der Bäume, Sträucher, Menschen, Tiere, Blumen und Töpfe, Tische und Stühle, Berge, Wasser beschienenen Werdens..." (August Macke an Hans Thuar, 1910). Macke galt als Maler von Heiterkeit und Harmonie; er war Mitbegründer der Künstlergruppe "Blauer Reiter" um Wassily Kandinsky, Franz Marc, Gabriele Münter, Alexej von Jawlensky und Marianne von Werefkin, und er prägte den Begriff "Rheinischer Expressionismus". Mit ausgewählten Beispielen wirft die Wiesbadener Ausstellung Schlaglichter auf alle Schaffensphasen des Künstlers, dessen Interesse Landschaften, Stillleben und Portraits galt. Im Zentrum stand der Mensch in der Natur oder im urbanen Kontext, etwa als modischer Flaneur, der sich in den Schaufenstern der Großstadt spiegelt. Mackes von Licht und Farben durchdrungene Arbeiten erzählen sowohl von der Faszination des Alltags als auch von fernen Ländern. Immer scheinen sie dabei eine gelassene Daseinsfreude zu verströmen. Neben Gemälden von intensiver Farbigkeit wie z.B. "Badende Frauen" oder "Der Seiltänzer" ziehen dabei das ausdrucksstarke Portrait "Frau des Künstlers mit Hut" und das stimmungsvolle "Gartenbild 1911" – der Garten als Verbindung von Natur und Stadt - die Aufmerksamkeit auf sich. Gezeigt werden Gemälde, Zeichnungen und Aguarelle bis hin zur Druckgrafik – mit Landschaften, Stillleben und Porträts. Zu sehen bis 9. Mai, Infos unter: https://museum-wiesbaden.de/ august-macke/.

Katja Möhrle

Keine sexuellen Kontakte während des Arzt-Patientenverhältnisses: Vertiefung und Ausblick

Fortsetzung des Artikels "Keine Aufnahme sexueller Kontakte während des Arzt-Patientenverhältnisses", Hessisches Ärzteblatt 02/2021, S. 124f.

Das Landesberufsgericht für Heilberufe bei dem Hessischen Verwaltungsgerichtshof (LBG) hat in dem 41-seitigen Urteil vom 26. August 2020 (Az.: 25 A 2252/18.B) nicht nur obergerichtlich geklärt, dass "ein Verstoß gegen den essenziellen Grundsatz der sexuellen Enthaltsamkeit in einem Behandlungsverhältnis in jedem Fall eine Ahndung im entsprechenden berufsrechtlichen Verfahren" erfordere, sondern auch wichtige verfahrensrechtliche Aspekte grundsätzlich behandelt.

Inhalt der Anschuldigungsschrift

Die Verteidigung hatte zunächst gerügt, dass nicht alle rechtlich relevanten Vorschriften der einschlägigen Berufsordnungen in der Anschuldigungsschrift aufgezählt worden seien. Dazu stellt das LBG fest, anders als in § 200 Abs. 1 S. 1 Strafprozessordnung (StPO) sei § 60 Abs. 2 S. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes (HeilBG) nur als "Sollvorschrift" gefasst und verlange auch keine Bezeichnung der verletzten Rechtsnormen, sondern nur eine "Darstellung" der verletzten Rechtsnorm. Eine strikte Festlegung allein auf die bezeichneten Vorschriften sei damit offensichtlich nicht bezweckt. Gegenstand der Urteilsfindung seien gemäß § 71 Abs. 1 S. 1 HeilBG die konkret angeschuldigten Handlungen. Das Berufsgericht sei an die in der Anschuldigungsschrift oder dem Eröffnungsbeschluss enthaltenen Rechtsnormen nicht ge-

Verhältnis des § 7 Abs. 7 Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) zu § 174c Strafgesetzbuch (StGB) sexueller Missbrauch unter Ausnutzung u.a. eines Behandlungsverhältnisses

Der beschuldigte Arzt war in zweiter Instanz nach dem Grundsatz "in dubio pro reo" von dem strafrechtlichen Missbrauchsvorwurf freigesprochen worden. Im berufsgerichtlichen Verfahren machte die Verteidigung daraufhin geltend, im ärztlichen Berufsrecht könnten keine über den Straftatbestand des § 174c StGB hinausgehenden Berufspflichten begründet sein, denn im HeilBG finde sich keine Rechtsgrundlage für eine so weitgehende Beschränkung sexueller Kontakte, wie sie in § 7 Abs. 7 der aktuellen Berufsordnung – wie auch der Berufsordnung alter Fassung – enthalten seien.

Demgegenüber stellt das LBG fest, die Regelungen zum Verbot der Aufnahme sexueller Kontakte im Umgang mit Patienten sowohl in der früheren als auch der derzeit geltenden Berufsordnung fänden im Heilberufsgesetz eine hinreichende Rechtsgrundlage. Wörtlich heißt es dazu: "Die Regelung sowohl in der früheren als auch in der derzeitigen Berufsordnung findet auch in dem Heilberufsgesetz eine hinreichende Rechtsgrundlage. Nach § 25 HeilBG kann die Berufsordnung im Rahmen des § 22 HeilBG weitere Vorschriften über Berufspflichten enthalten, wobei sodann unter Nr. 1-18 verschiedene Aspekte aufgeführt sind, die jedoch wegen der einleitenden Formulierung 'insbesondere' nicht abschließend sind. Es ist daher unerheblich, dass in den konkret aufgeführten Gegenständen, die in der Berufsordnung geregelt werden können, ebenso wenig ein Verbot sexuellen Kontakts mit Patientinnen und Patienten enthalten ist wie in § 23 HeilBG, der ebenfalls Pflichten bei der Ausübung des ärztlichen Berufs aufstellt."

Ausreichende materielle Rechtsgrundlage im Heilberufsgesetz

Das Verbot der Aufnahme sexueller Handlungen im Arzt-Patienten-Verhältnis findet mithin nach Auffassung des Gerichts im Heilberufsgesetz eine hinreichende und ausreichend bestimmte Rechtsgrundlage. Das LBG folgt, wie auch das Berufsgericht, der Auffassung der Landesärztekammer Hessen, wonach die §§ 22, 25 HeilBG in Verbindung mit den einschlägigen Regelungen der Berufsordnungen (Fassungen von 2008, 2015 und 2019) eine hinreichend bestimmte gesetzlichen Eingriffsgrundlage darstellen und die Freiheit der Berufsausübung wie auch das Recht auf sexuelle Selbstbestimmung unter Beachtung des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit nur insoweit einschränken, wie der Zweck des ärztlichen Berufsrechts dies erfordert.

Etwas anderes ergebe sich, so das Gericht, auch nicht aus dem von der Verteidigung angeführten "Facharzturteil" des Bundesverfassungsgerichts vom 9. März 1972¹ . Neben dem Grundsatz, dass der Gesetzgeber sich seiner Rechtssetzungsbefugnis nicht vollständig entäußern dürfe, indem er diese an andere Stellen übertrage, habe das Bundesverfassungsgericht "jedoch gleichzeitig betont, Artikel 12 Abs. 1 GG gebiete nicht, dass Regelungen, die die Berufsfreiheit beschränken, ausschließlich durch den staatlichen Gesetzgeber oder durch die vom Gesetzgeber ermächtigte staatliche Exekutive getroffen werden müssen. Vielmehr seien solche Regelungen innerhalb bestimmter Grenzen auch in Gestalt von Satzungen zulässig, die von einer mit Autonomie ausgestatteten Körperschaft (Anm. d. Verf.: wie z. B. der Landesärztekammer Hessen, LÄKH) erlassen werden".

Das Gericht führt weiter aus, die hessische Ärzteschaft habe es zur Sicherung der gewissenhaften Berufsausübung und des Vertrauens der Patientinnen und Patienten hierauf für erforderlich gehalten, über ein Verbot des Missbrauchs der Behandlungssituation (wie in § 174c StGB geregelt) "hinausgehend eine allgemeine Obliegenheit vorzusehen, sich sexuellen Kontakten mit Patientinnen und Patienten gänzlich zu enthalten". Gegebenenfalls bestehe die Möglichkeit, das Behandlungsverhältnis zu beenden und durch einen anderen Arzt oder eine andere Ärztin weiterführen zu lassen.

Im Hinblick auf diese Handlungsalternative hält das LBG das Verbot auch für verhältnismäßig und somit § 7 Abs. 7 der geltenden Berufsordnung für verfassungskonform.

Fazit und Ausblick

Das Urteil bestätigt die Auffassung der ersten Instanz² und schafft Rechtsklarheit.

Unabhängig davon, ob eine strafrechtliche Verurteilung im Hinblick auf den zur Beurteilung stehenden konkreten Sachverhalt vorliegt oder nicht, hat somit die LÄKH in der Wahrnehmung ihrer Aufgabe, die Berufsaufsicht über die Kammerangehörigen auszuüben³, einschlägige Vorwürfe aufzugreifen und ihre Validität zu ermitteln. Das LBG hat die Auffassung des Berufsgerichts bestätigt, wonach ein Verstoß gegen den Grundsatz der sexuellen Enthaltsamkeit in einem Behandlungsverhältnis "in jedem Fall eine Ahndung im entsprechenden berufsrechtlichen Verfahren" erfordert.

Danach besteht auch im Falle strafrechtlicher Verurteilung immer ein berufsrechtlicher Überhang im Sinne von § 63 Abs. 4 Heilb. Dies folgt daraus, dass die einschlägigen Vorschriften der hessischen Berufsordnung Berufspflichten statuieren, die "über das eine Strafbarkeit auslösende Verhalten" hinausgehen, so das Gericht.

In Fortsetzung dieser Rechtsprechung hat das Berufsgericht in Gießen kürzlich⁴ die vorgeschilderte Rechtsprechung vertieft und erweitert, indem es unter anderem folgendes ausführt: "Der Beschuldigte hat mit seinem Verhalten Berufspflichten verletzt. Die Berührungen der Zeugin am Po, der Handkuss, die Umarmung und die Frage 'Habe ich noch eine Chance Dich zu lieben?'

stellen eine übergriffige sexuelle Annährung dar, die Berufspflichten nach § 25 Nr. 1 HeilBG, § 7 Abs. 7 und Abs. 1 BO verletzt. Seine übrigen verbalen Annäherungen unterfallen § 25 Nr. 1 HeilBG, § 7 Abs. 1 BO. Nach § 7 Abs. 1 BO hat jede medizinische Behandlung unter Wahrung der Menschenwürde und unter Achtung der Persönlichkeit, des Willens und der Rechte der Patientinnen und Patienten, insbesondere des Selbstbestimmungsrechts, zu erfolgen. Nach § 7 Abs. 7 BO dürfen Ärztinnen und Ärzte im Umgang mit Patientinnen und Patienten sexuelle Kontakte weder aufnehmen noch dulden. Die Berührungen der Zeugin waren medizinisch nicht erforderlich und stellten eine unangemessene private Annäherung dar".

Das Berufsgericht wiederholt sodann die Aussage, eine Verletzung dieser Kernpflichten des Behandlungsverhältnisses erfordere in jedem Falle ein Ahndung im entsprechenden berufsgerichtlichen Verfahren.

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



¹ Az.: 1 BvR 518/62, 1 BvR 308/64 -, BVerfGE 33, 125; juris, Rn. 106.

² Berufsgericht in Gießen, Urteil vom 5. September 2018 – 21 K 683/17.Gl.B.

³ Vgl. § 5 Abs. 1 Ziff. 1 HeilBG.

⁴ Rechtskräftiges Urteil vom 08.12.2020, Az.: 21 K 748/19.Gl.B.

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com



Leserbriefe

Leserbrief zu: "Keine Aufnahme sexueller Kontakte während des Arzt-Patientenverhältnisses" von Christiane Loizides, HÄBL 02/2021 S. 124

Verstoß gegen das Abstinenzgebot?

Am 3.12.1999 suchte die beste, tollste, freundlichste, liebste, attraktivste und schönste Frau, die ich jemals kennenlernte, meine Orthopädiepraxis in Dillenburg auf. Keine drei Wochen nach dem Kennenlernen zogen wir zusammen in mein Haus, wo wir immer noch leben. Anfang Januar 2000 bestellten wir das Aufgebot. Nach langen bürokratischen Wirren u. a. mit ihrem Heimatland Uganda heirateten wir erst am 12.4.2002. Zwischenzeitlich wurde im Frühjahr 2001 unsere erste Tochter "unehelich" geboren – wir haben drei gemeinsame Kinder. Und meine "noch nicht Ehefrau" sollte ausgewiesen werden. Dies konnten wir glücklicherweise abwenden. Seit damals habe ich meine Freundin, Verlobte und Ehefrau viele Male orthopädisch korrekt behandelt. Oder waren die Behandlungen doch nicht so korrekt, weil das "...Gebot, sich sexueller Kontakte mit Patientinnen und Patienten gänzlich zu enthalten..." verletzt wurde? Trotz Verstoßes gegen das "Abstinenzgebot" war meinerseits immer die "gewährleistet.

Habe ich gegen § 7 Abs. 7 der geltenden Berufsordnung verstoßen? Ohne mein "übergriffiges Verhalten" hätten wir keine bisher knapp 19-jährige Ehe und prima Kinder.

Dr. med. Hans-Wilhelm Szembek, Arzt im Ruhestand, Dillenburg

Antwort der Autorin:

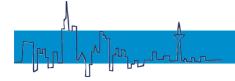
Da sich die Dame damals nicht beschwert hat, ist daraus auch kein "Fall" entstanden. Im übrigen sind die Kriterien der im Artikel wiedergegebenen Rechtsprechung erfüllt. Bei bereits bestehenden Partnerschaften haben wir eine andere Situation. Das ist ja im Urteil klar angemerkt. Es geht um das Verbot der "Aufnahme" sexueller Kontakte während eines bestehenden Arzt-Patientenverhältnisses. Das hätte im beschriebenen Fall gegriffen. Die Patientin hätte bei Aufnahme des sexuellen Kontakts als Patientin an eine Kollegin oder einen Kollegen verwiesen werden müssen, so die Rechtsprechung. Aber: Es ist ja "gut ausgegangen".

Christiane Loizides

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bad Nauheimer Gespräche



Einladung 149. Bad Nauheimer Gespräch 11. Mai 2021, 19 Uhr, Landesärztekammer Hessen Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

50 Jahre Bad Nauheimer Gespräche Begrüßung und Grußwort

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Vorsitzender der BNG Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen

Festvortrag: Das Alter als Aufgabe und Erfüllung – wissenschaftliche Reflexionen und musikalisches Nachempfinden

Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas Kruse, Heidelberg



Die positiven Seiten des Alters werden in allgemeinen Diskussionen über Risiken und chronische Krankheiten leider oft vergessen. Der Autor nimmt diese positiven Seiten des Alters und die damit verbundenen Chancen - für den Einzelnen aber auch die Gesellschaft – in den Blick. Wissenschaftliche Daten und Erfahrungen werden einer Reflexion unterzogen und durch Musikbeispiele am Flügel nachempfunden und bereichert.

Univ.-Prof. Dr. phil. Dr. h. c. Dipl.-Psych. Andreas Kruse ist Direktor des Instituts für Gerontologie der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, langjähriger Vorsitzender der Altenberichtskommission der Bundesregierung, Mitglied verschiedener weiterer Kommissionen und Gremien – unter anderem des Deutschen Ethikrats.

Um Anmeldung wird gebeten. Zertifizierung: zwei Punkte. Die Inhalte sind produktbzw. dienstleistungsneutral, etwaige Interessenkonflikte werden offen gelegt.

Schreiben Sie uns **Ihre Meinung**

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

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152 60314 Frankfurt a. M. (Ostend) info@bad-nauheimer-gespraeche.de

Telefon: (069) 76 63 50 Telefax: (069) 76 63 50

www.bad-nauheimer-gespraeche.de

die Leitung des Fach-

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

oto: Klinikum Höchst



Prof. Dr. med. Claus Eckardt (Foto oben), Chefarzt der Klinik für Augenheilkunde, hat Ende Januar 2021 nach 28 Jahren chefärztlicher Tätigkeit am Klinikum Frankfurt Höchst seinen Ruhestand angetreten. Nachfolge übernimmt Prof. Dr. med. Urs Voßmerbäumer (Foto), der von der Universitäts-Augen-

klinik Mainz kommt. Er leitete dort bislang als Oberarzt die Abteilung Katarakt- und Refraktivchirurgie. Voßmerbäumers Schwerpunkt ist die komplexe Linsen- und Glaskörperchirurgie mit der rekonstruktiven Chirurgie intraokularer Strukturen. Bis zu dessen Start im April leitet Dr. med. Tillmann Eckert, bisher Leitender Oberarzt. die Abteilung.



Stabwechsel in der Reihe der Chefärzte am Kreiskrankenhaus Bergstraße (KKB): In dem zum Universitätsklinikum Heidelberg gehörenden Haus in Heppenheim hat Dr. med. Christoph Peter (Foto oben)

führen wird.





bereichs Anästhesie und Intensivmedizin übernommen. Peter war am Heidelberger Uniklinikum zuletzt als Standortleiter der Anästhesie und Intensivmedizin Klinik für Orthopädie und Unfallchirurgie tätig. Sein Vorgänger PD Dr. med. Armin Kalenka wechselt nach Kufstein. Mit seinem Weggang wird auch der Posten

des Leitenden Ärztlichen Direktors am KKB neu mit Dr. med. **Andreas** Ofenloch (Foto Mitte) besetzt. Dr. med. Cordula Müller (Foto

unten) ist nun stellvertretende Leitende Ärztliche Direktorin.



Der mit 10.000 Euro dotierte Exzellenz-Preis 2021 für überregionales Engagement des Vereins "Wirtschaft für Bad Nauheim" wird Prof. Dr. med.



Dr. phil. Kai Zacharowski (Foto oben) von der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Uniklinikum Frankfurt/M. ver-

liehen. Zacharowski koordiniert die Behandlung intensivpflichtiger Covid-19-Patienten in Hessen. Außerdem hat er das europaweite Forschungsprojekt "Envision" zu Corona initiiert. Die zweiten Preisträger sind Dr. med. Reinhold Merbs (Foto), Leiter des Gesundheitsamtes des Wetteraukreises, und dessen Stellvertreter Jürgen Nickel (Betriebswirt). Sie erhalten 2.500 Euro für ihr Engagement in der Pandemie-Bekämpfung auf regionaler Ebene. Der Preis wird erstmalig verliehen.

Bezirksärztekammer Wiesbaden







oto: Siegfried Loos

Hessisches Ärzteblatt 4/2021 263

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Goldenes Doktorjubiläum

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060054908 ausgestellt am 18.07.2018 für Katharina Blath, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060042272 ausgestellt Kamiran Mohammad, Hofgeismar am 09.03.2016 für Ritvan Chasan,

Arztausweis-Nr. 060064021 ausgestellt am 26.02.2020 für Tatjana Khin, Staufenberg

Arztausweis-Nr. 060045410 ausgestellt am 31.10.2016 für Dr. med. Jochen Klotz, Korbach

Arztausweis-Nr. 60030594 ausgestellt am 23.07.2013 für

Elisabeth Lindenkreuz, Darmstadt Arztausweis-Nr. 060042173 ausgestellt am 03.03.2016 für

Arztausweis-Nr.

80276001081900000158 ausgestellt am 14.08.2020 für Dr. med. Martina Schultheiß, Petersberg Arztausweis-Nr. 060060404 ausgestellt am 01.08.2019 für Dr. med.

Martina Schultheiß, Petersberg Arztausweis-Nr. 060063917 ausgestellt am 21.02.2020 für Dominik Vöge, Bad Vilbel

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

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum 40- und mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine Erklärung ist dem Manuskript beizufügen, z. B.: "Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt." (LÄKH)

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Wir gedenken der Verstorbenen



Bezirksärztekammer Marburg

Ergebnisse der Winter-Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert: Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte (MFA) im Winter 2020/2021 haben am Schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 353 Prüflinge teilgenommen, von denen 262 bestanden haben. 353 Prüflinge haben am Praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 274 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Winterprüfung 2020/2021 können demnächst im Internet unter https://www.laekh.de/aktuelles/ abgerufen werden.



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 Heftkoordinatorin: 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: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@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: 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 4. Quartal 2020:

Druckauflage: 37.900 Ex.; Verbreitete Auflage: 37.646 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