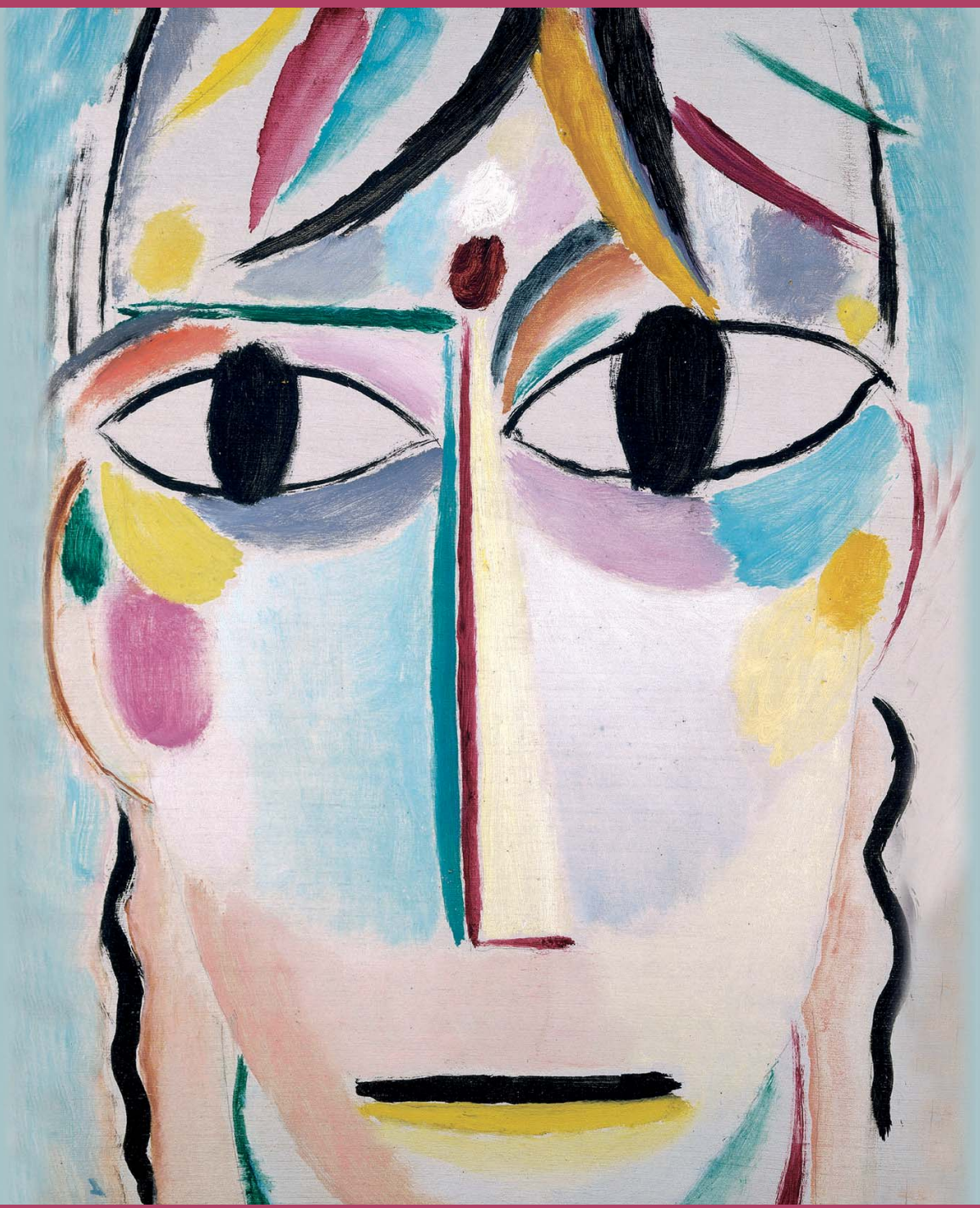
Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 2 | 2022
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 83. Jahrgang



Alexej von Jawlensky, Heilandsgesicht: Erwartung, 1917 – Ausstellung im Museum Wiesbaden Foto: © Museum Wiesbaden/Bernd Fickert

Hessisches Krebsregister
Zertifizierte Fortbildung zur Arbeit des Hessischen Krebsregisters

Junge Ärztinnen und Ärzte
Physician Assistants, Weiterbildung und Hürden in der Schwangerschaft

Serie Depression – Teil 2
Interdisziplinäre sowie intersektorale Zusammenarbeit in der Depressionsbehandlung

Editorial

Grau ist alle Theorie

Das E-Rezept kommt! … ab dem 1. Januar 2022“, ja, so konnte man es noch am 10. Januar 2022 auf der Website des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) lesen. Zugegeben, das BMG gab auf der Seite unten an, dass es sich um den Stand vom 30. November 2021 handelt. Ich will mich gar nicht darüber amüsieren, dass dies nun wirklich nicht der aktuelle Sachstand ist, denn wir wissen ja alle, dass der Start des E-Rezepts verschoben wurde, und zwar auf unbestimmte Zeit. Alle Unterseiten eines Internetauftritts stets aktuell zu halten, ist durchaus ein anspruchsvolles Unterfangen und gelingt nicht immer, gerade in Zeiten einer Pandemie. Davon will ich auch unsere eigene Kammerwebsite gar nicht ausnehmen. Nein, vielmehr zeigt diese Verschiebung einmal mehr, dass die angestrebte Digitalisierung des Gesundheitswesens mit allen erhofften Fortschritten und Vorteilen in der breiten Fläche immer noch in weiter Ferne liegt. Das muss nicht jedem schmecken. Ein Geschmäckle hat es allerdings, wenn – wie vom ARD-Magazin Kontraste berichtet – der bisherige Abteilungsleiter des Bundesgesundheitsministeriums für das Thema Digitalisierung einen millionenschweren Vertrag für die Corona-Warn-App mit T-Systems, einer Tochterfirma der Telekom, verlängert und kurz danach selbst in die Dienste der Telekom eintritt.

Dessen ungeachtet können sich Patientinnen und Patienten also noch Zeit lassen, bevor sie eine E-Rezept-App auf ihr Smartphone laden. Und viele Menschen, gerade die Älteren, werden, wenn es dann wirklich soweit sein sollte, vermutlich lieber den Papierausdruck mit dem QR-Code haben wollen. Das ist verständlich, aber es erspart den Praxen leider keinen Arbeitsschritt.

Wir dürfen auch gespannt sein, wie die elektronische Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU), die stufenweise eingeführt werden soll, funktionieren wird. Denn hier muss die Information nicht nur an einen einzelnen Empfänger wie beim E-Rezept an eine Apotheke, sondern an zwei Adressaten, nämlich zunächst an die Krankenkasse und von dieser dann an den Arbeitgeber gelangen. Das wäre für die Empfänger ein echter Vorteil. Die Übermittlung der eAU durch Arztpraxen ist übrigens seit 1. Januar 2022 verpflichtend. Doch grau ist alle Theorie. Bislang können nämlich mehr als 80 % der eAUs der zuständigen Krankenkasse aus technischen Gründen nicht zugestellt werden. Da die Nutzung des bisher von den Krankenkassen zur Verfügung gestellten rosafarbigen DIN-A4-Blankovordrucks nicht mehr gestattet ist, müssen nun alle drei Seiten der AU auf Praxiskosten auf weißem DIN-A4-Papier ausgedruckt werden (cave Klimaschutz + Zusatzkosten). Damit werden nicht nur Ärztinnen und Ärzte geplagt, sondern natürlich auch die Medizinischen Fachangestellten. Letztere werden von der Politik ja offenbar ohnehin nicht wertgeschätzt. Warum sonst will ihnen auch die neue Bundesregierung eine Coronaprämie verweigern?

Bislang wenig bekannt ist übrigens die Möglichkeit, den Notfalldatensatz der Patienten auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) gerne auch mit Zusatzinformationen (Telefonnummer eines im Notfall zu benachrichtigenden Angehörigen, Aufbewahrungsort der Patientenverfügung und nicht zuletzt der Medikationsplan) zu speichern. Diese Anwendung ist unabhängig von der elektronischen Patientenakte nutzbar und auch die Gebührenordnungspositionen sind geregelt.

Fehlendes Wissen und Verständnis sind im Gesundheitsbereich leider nicht nur ein (edv-)technisches Problem, denn die Gesundheitskompetenz in Deutschland ist nach wie vor erschreckend gering. Und das betrifft beileibe nicht nur Fehl- und Falschinformationen zur Impfung gegen SARS-CoV-2. Auch wenn wir uns als Ärztinnen und Ärzte sehr bemühen, unsere Patientinnen und Patienten aufzuklären, können wir das in dem begrenzten Rahmen einer Praxis oder eines Krankenhauses leider nicht vollumfänglich leisten. Die Hoffnung, dass die allseits zu Recht geforderte sprechende Medizin endlich wirklich angemessen vergütet wird, gebe ich nicht auf.

Doch selbst wenn diese Forderung endlich Realität werden sollte, gehört eine vernünftige Gesundheitserziehung – oder sollte man besser sagen Gesundheitsaufklärung? – schon in Schule und Kindergarten und muss thematisch an das jeweilige Lebensalter angepasst werden. So lassen sich gesunde Ernährung und Spaß an der Bewegung schon in Kindergarten und Grundschule spielerisch vermitteln, während später z. B. Themen wie Sucht, Schutz vor sexuell übertragbaren Krankheiten und Verhütungsmethoden auf den Stundenplan gehören. Vielleicht ist dann die Patientenakte zukünftiger Generationen dünner als das heute der Fall ist.

Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Inhalt

Ausstellungsansicht: Alexej von Jawlensky, Selbstbildnis. Foto: Museum Wiesbaden/Bernd Fickert

Parlando

„Alles! 100 Jahre Jawlensky in Wiesbaden“ heißt die neue Ausstellung im Museum Wiesbaden, die bis zum 27. März zu sehen ist. Unser Titelbild zeigt eines der Hauptwerke des Künstlers. Außerdem wird zu einer Zeitreise im Bad Homburger Schloss eingeladen. Auch der Königsflügel ist wieder zu besichtigen.

100

Hessisches Krebsregister

Logo: HKR

Hessisches Krebsregister (HKR)

Moderne Krebsregister dienen der epidemiologischen Ursachenforschung von Malignomen, dem Monitoring und der Evaluation von Früherkennungsprogrammen und auch der vergleichenden Beurteilung von Tumortherapien. Der CME-Artikel vermittelt Grundkenntnisse über Verfahren und Nutzen der Krebsregistrierung.

83

Editorial: Grau ist alle Theorie ... **79**
Aus dem Präsidium: Medizin am Scheideweg ... **82**

Ärztekammer
Die Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen ... **102**

Fortbildung
CME: Hessisches Krebsregister – Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung ... **83**
Serie Depression Teil 2: Interdisziplinäre sowie intersektorale Zusammenarbeit in der Depressionsbehandlung ... **93**
Spezifische Aspekte ärztlicher Psychotherapie ... **106**

Junge Ärztinnen und Ärzte
Physician Assistant – eine kritische Betrachtung ... **90**
„Allen fehlt Zeit und Energie“ – Impressionen einer Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin Innere Medizin ... **91**
Schwanger in der Weiterbildung ... **92**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ... **110**
- **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ... **116**
- **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen:** Jahresabschluss zum 31.12.2020 und Lagebericht ... **122–136**

Aus den Bezirksärztekammern: Bezirksärztekammer Wiesbaden organisiert eigene Impfaktion ... **109**

Foto: ©Westend 61 – stock.adobe.com

Junge Ärztinnen und Ärzte
Diese Rubrik will jungen Ärztinnen und Ärzten eine Plattform zum Gedankenaustausch geben. In diesem Heft berichten drei junge Ärztinnen und Ärzte über den Physician Assistant, teilen Impressionen zur Weiterbildung und berichten über Schwierigkeiten, schwanger in der Weiterbildungszeit zu sein.

90–92

Foto: © Good Studio – stock.adobe.com

Serie Depression – Teil 2
In Teil 2 der Serie liegt der Fokus auf den unterschiedlichen Behandlungssettings mit besonderem Augenmerk auf den Schnittstellen. Aufbauend darauf wird ein gestuftes „stepped care"-Versorgungsmodell – analog dem von der DGPPN generell für psychische Erkrankungen vorgeschlagenen Modell – diskutiert.

93

Recht
Die Übermittlung personenbezogener Daten per Fax aus der Arztpraxis ... **108**
Sponsoring der ärztlichen Fortbildung ... **118**

Parlando: Alexej von Jawlensky im Museum Wiesbaden/Einladung zur Zeitreise im Schloss Bad Homburg ... **100/101**

Büchertipps von Lesern für Leser: Kai-Uwe Kern: Mit einem Bein bereits im Himmel – Phantomwahrnehmungen ... **105**

Leserbriefe zum Thema Klimaschutz ... **121**

Personalia ... **123**

Impressum ... **137**

Bücher

Chirurginnen

Volker Klimpel

S. 122

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)

Medizin am Scheideweg

Der Umgang mit kranken Menschen und die gleichzeitige Berücksichtigung begrenzter Ressourcen sind für Ärztinnen und Ärzte nichts Neues und eine ständige Herausforderung, der sie tagtäglich gerecht werden müssen. In der Vergangenheit waren häufig die fehlenden Behandlungsmöglichkeiten limitierend. Heute sind es eine Pandemie oder die ökonomischen Bedingungen in Kliniken und Praxen, die Behandlungsmöglichkeiten einschränken. In der Zukunft wird die Ressource Mensch der limitierende Faktor in der ärztlichen Versorgung und in der Pflege sein. Ärztinnen und Ärzte werden der Wegweiser sein müssen, wie dies in Einklang mit einer korrekten Patientenversorgung zu bringen ist.

Foto: Katarina Ivanisevic

„Das Primat der Ökonomie muss relativiert und der Patientenversorgung untergeordnet werden."

Noch bis zum Ende des letzten Jahrtausends gab es im Medizinbetrieb hinsichtlich der Finanzierbarkeit von Therapien für Patientinnen und Patienten nahezu keine Einschränkungen. Denn die Behandlungsmöglichkeiten waren begrenzt. Schlaganfall, Herzinfarkte und Tumorerkrankungen waren die häufigsten Todesursachen, gleichwohl ob mit oder ohne stationäre Behandlung.

Seither haben sich sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich vielfältige Behandlungsmethoden etabliert, die, evidenzgestützt, einen Überlebensvorteil bieten. Angefangen von den U-Untersuchungen und Impfungen bei Kindern, bei der radiologischen Bildgebung, der medikamentösen Behandlung der Herzinsuffizienz, der lebensrettenden Defibrillator-Implantation oder einer strukturierten Diabetes-Behandlung. Im stationären Bereich erweitern minimal invasive OP-Methoden, Knochenmarktransplantationen oder der transfemorale Herzklappenersatz bei älteren Menschen den therapeutischen Horizont.

Das alles will finanziert werden und es soll auch noch ein Überschuss übrig bleiben. Entweder im stationären Bereich als auskömmliches Tarifgehalt nach langem Studium und Spezialisierung oder ambulant als angemessenes Gehalt in Form eines Praxisgewinns. Angreifbar werden allerdings Betreibermodelle, die sich lediglich der Gewinnmaximierung verschreiben und dabei die Patientenversorgung hintanstellen. Eine rechtliche, finanzielle oder inhaltliche Abgrenzung dürfte schwerfallen. Nicht jede gut geführte Praxis oder Klinik ist gleich ein Profitcenter.

Spielverderber der Patientenversorgung sind häufig Politik und Krankenkassen. Sie regulieren zunehmend ärztliche Inhalte. Das geht ganz leicht durch nicht erteilte Genehmigungen, mancherlei Erlaubnisvorbehalte, Mengenbegrenzungen, Plausibilitäten und Regresse. Zusätzliche Belastungen durch die Covid-Pandemie haben die Situation nur noch verschärft. In der Pandemie hat sich leider gezeigt, dass der Staat, auch aufgrund des politischen Impacts seiner Entscheidungen, inkongruent handelt. Kein Wunder, dass sich Ärztinnen und Ärzte dem zunehmend entziehen, indem sie ausschließlich privatärztlich tätig werden oder Tätigkeiten außerhalb der Patientenversorgung präferieren.

Was muss getan werden, um diesen Brain-Drain zu verhindern? Wie kann die Ärzteschaft – wieder – zum Ansprechpartner und zum Gestalter werden? Die wohlverstandenen eigenen Interessen müssen einheitlich und sektorenübergreifend definiert und vertreten werden. Das Primat der Ökonomie muss relativiert und der Patientenversorgung untergeordnet werden – das beinhaltet auch einen realistischen und sparsamen Umgang mit dem Geld der Versicherten. Zumindest in Hessen hat die Politik, seit Beginn der Pandemie, gelernt zuzuhören. Für die Gesetzliche Krankenversicherung gilt das bei den aktuell exazerbierenden Regressforderungen noch nicht. Der ärztliche Sachverstand in den Berufsverbänden, Kassenärztlicher Vereinigung, Krankenhausgesellschaft und Landesärztekammer sollte gemeinsam auftreten und Wege in der Gesundheitspolitik weisen.

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Neue Landesbehörde für den ÖGD

Als „sinnvoll und richtig" hat Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski die von Sozialminister Kai Klose angekündigte Einrichtung eines Hessischen Landesamtes für Gesundheit begrüßt. Das für 2023 geplante Landesamt soll künftig die Zuständigkeiten für den Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD) bündeln. Mehr dazu unter www.laekh.de → Pressemitteilungen. Link: https://tinyurl.com/y432eenr/.

Hinweis: Interview mit Dr. med. Christian Schwark

Über vernünftige Personalplanung, Peer-Review-Systeme in Krankenhäusern und patientenzentrierter Sichtweise – wir möchten Sie auf ein Interview mit dem neuen Vorsitzenden des Marburger Bundes Hessen, Dr. med. Christian Schwark, aufmerksam machen.

Der Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt berichtet in der Frankfurter Neuen Presse über seine Visionen, das Krankenhaussystem umzukrempeln. Der Artikel ist online abrufbar unter: https://tinyurl.com/547fxxhd/.

Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung

VNR: 2760602022049010005

Dr. med. Gunther Rexroth, Martin Rapp, Vera Reinhard

Zusammenfassung

Die bevölkerungsbezogene Krebsregistrierung in Deutschland hat sich in den vergangenen Jahren über die reine Bereitstellung epidemiologischer Tumordaten hinaus entwickelt. Moderne Krebsregister dienen der epidemiologischen Ursachenforschung von Malignomen, dem Monitoring und der Evaluation von Früherkennungsprogrammen und auch der vergleichenden Beurteilung von Tumortherapien. Inwieweit Krebsregister diesen Aufgaben gerecht werden, hängt von der Qualität der eingehenden Daten und den intern praktizierten Mechanismen der Qualitätskontrolle ab.

Der vorliegende CME-Artikel soll einen Überblick über die Arbeit des Hessischen Krebsregisters geben und zugleich eine freundliche Aufforderung an alle praktizierenden Ärzte sein, ihrer gesetzlichen Pflicht nachzukommen, die Daten ihrer Tumorpatienten an das Register zu melden. Leser sollen nach der Lektüre Grundkenntnisse über Verfahren und Nutzen der Krebsregistrierung erlangt haben und sich motiviert fühlen, selbst als Melder aktiv zu werden.

Einleitung

Die Bedeutung der modernen Krebsregistrierung ergibt sich aus ihren Möglichkeiten, die Erkennung und Behandlung von Krebserkrankungen in der Bevölkerung positiv zu beeinflussen. Um dieser Aufgabe gerecht zu werden, ist sie einerseits auf die Qualität der eingehenden Daten und andererseits auf beständige Qualitätssicherungsmaßnahmen angewiesen.

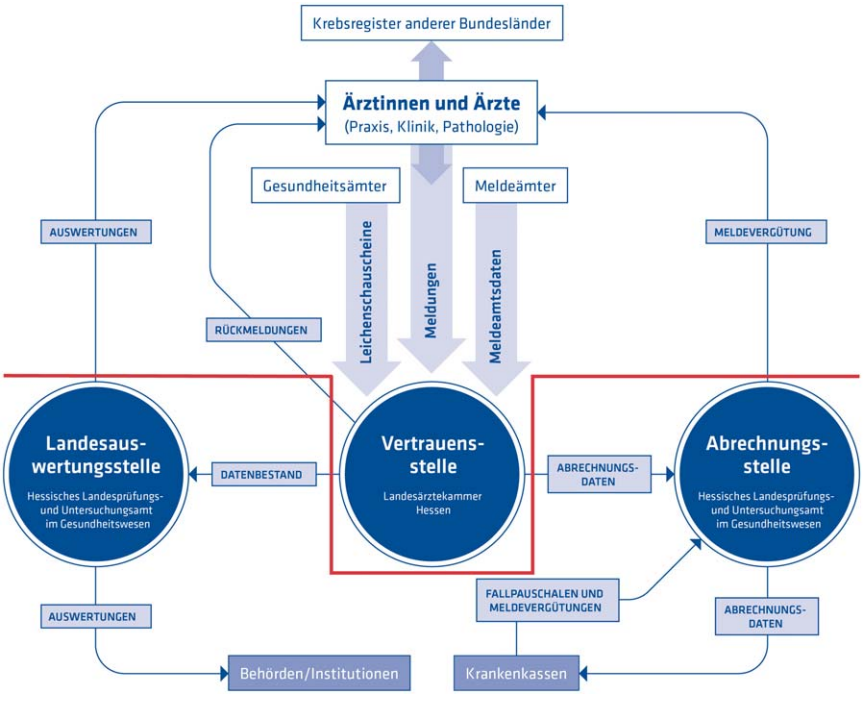


Abb. 1: Organisation des Hessischen Krebsregisters: Durch die Trennung (rote Trennlinie) in die Vertrauensstelle einerseits und die Auswertungsstelle andererseits werden die Vorgaben des Datenschutzgesetzes gewahrt.

Gesetzliche Grundlagen

Das am 01.01.1995 in Kraft getretene Krebsregistergesetz (KRG) verpflichtete alle Bundesländer zum Aufbau epidemiologischer Krebsregister, um eine Datengrundlage für die Krebs-Epidemiologie zu schaffen und damit die Krebsbekämpfung zu verbessern. Den Bundesländern wurde bis zum 01.01.1999 Zeit gegeben, durch Landesgesetze flächendeckend bevölkerungsbezogene Krebsregister einzurichten (Bundesgesetzbl., 1994).

2008 wurde vom Bundesgesundheitsministerium, der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren e. V. (ADT) zur Verbesserung der onkologischen Versorgung in Deutschland der Nationale Krebsplan aufgestellt. Durch das am 03.04.2013 erlassene Gesetz zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister (Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz, KFRG) wurden die Bundesländer zur Einrichtung klinischer Krebsregister verpflichtet (Bundesgesetzbl., 2013, auch § 65c SGB V).

In Hessen wurden die bundesrechtlichen Vorgaben mit dem Hessischen Krebsregistergesetz (HKRG) am 17.12.2001 umgesetzt, das zwischenzeitlich zweimal novelliert wurde und jetzt in der Fassung vom 19.12.2019 gültig ist.

Organisation

Das Hessische Krebsregister besteht aus der Vertrauensstelle, der Landesauswertungsstelle und der Abrechnungsstelle. Träger des Hessischen Krebsregisters ist das Land. Die **Vertrauensstelle** ist bei der Landesärztekammer Hessen angesiedelt.

Sie nimmt die Rohdaten der onkologisch tätigen Ärzte und Klinikabteilungen, der Gesundheits- und Meldeämter und von Krebsregistern anderer Bundesländer entgegen, führt sie zusammen, prüft sie auf Vollständigkeit und Plausibilität und gibt sie schließlich in pseudonymisierter Form an die Landesauswertungsstelle weiter. Die Vertrauensstelle ist innerhalb der Landesärztekammer Hessen fachlich unabhängig. Die **Landesauswertungsstelle und die Abrechnungsstelle** sind beim Hessischen Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) angesiedelt und räumlich, organisatorisch und personell von der Vertrauensstelle getrennt (Abb. 1). Die Landesauswertungsstelle wertet die erhaltenen Daten aus, erstellt epidemiologische und klinische Krebsberichte und führt (regionale) Qualitätskonferenzen durch. Die Abrechnungsstelle rechnet Fallpauschalen und Meldevergütungen mit den Krankenkassen ab und zahlt Vergütungen an die meldenden Einrichtungen aus.
Die Aufgaben der Vertrauensstelle und der Landesauswertungsstelle sowie die Abrechnungsdetails sind durch die Verordnung zum HKRG vom 05.10.2015 geregelt.

Aufgaben

Das Hessische Krebsregister erfüllt die Aufgaben eines epidemiologischen und eines klinischen Registers. Die epidemiologische Registrierung erfolgt, um das Krebsgeschehen in Hessen im zeitlichen und regionalen Verlauf darzustellen. Daraus können regionale Krebsrisiken (z. B. erhöhte Pleuramesotheliomprävalenz in der Umgebung früherer asbestverarbeitender Betriebe) und zeitliche Veränderungen (z. B. geringere Mortalität von Kolonkarzinomen durch Inanspruchnahme der Vorsorgekoloskopie) abgeleitet werden.
Die klinische Registrierung dient durch Erfassung von Behandlungs- und Verlaufsdaten der Verbesserung der onkologischen Versorgung. Die Auswertungen werden einerseits zur Eigenkontrolle an die Leistungserbringer zurückgemeldet und andererseits mit Ergebnissen aus Studien, Leitlinien und anderen (Bundes-)Ländern verglichen.

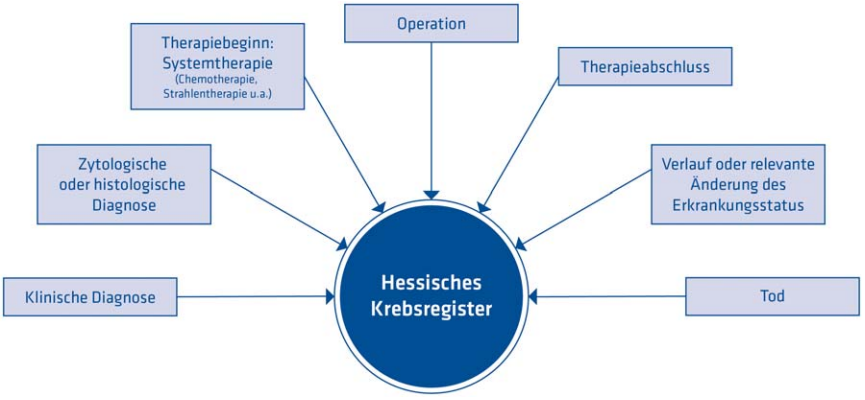


Abb. 2: Meldeanlässe

Meldepflicht und Meldeanlässe

Nach § 4 Abs. 6 HKRG sind alle in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte sowie Zahnärztinnen und Zahnärzte meldepflichtig.
Meldeanlässe sind (Abb. 2):

1) die Diagnose einer Tumorerkrankung,
2) die histologische, zytologische und autoptische Sicherung der Diagnose,
3) der Beginn sowie der Abschluss einer therapeutischen Maßnahme,
4) Änderungen im Krankheitsverlauf, insbesondere durch das Auftreten von Rezidiven, Metastasen und Zweittumoren,
5) das Ergebnis der Nachsorge,
6) der Tod der Patientin oder des Patienten.

In Hessen stehen für die elektronische Datenübermittlung zwei Wege zur Verfügung: die internetbasierte Meldung über ein Meldeportal und (für große Einrichtungen) der Meldeportal-Upload-Client (MUC), der die Installation eines JAVA-gestützten Software-Pakets voraussetzt.
Der Melder muss die an Krebs Erkrankten über die Meldung an die Vertrauensstelle unterrichten. Für Pathologen und andere, rein diagnostisch Tätige gilt eine Ausnahmeregelung: Da sie keinen direkten Patientenkontakt haben, dürfen sie die notwendige Unterrichtung des Patienten/der Patientin an den behandelnden Arzt/die behandelnde Ärztin delegieren (§ 5 Abs. 6 des HKRG).
Die Gesundheitsämter sind nach § 6 HKRG verpflichtet, der Vertrauensstelle eine Kopie aller Todesbescheinigungen (vertraulicher Teil) zu übermitteln.

Tab. 1: Derzeit gültige Vergütungssätze des Hessischen Krebsregisters

Meldeanlass	Vergütung pro Meldung		
	Erwachsene	Minderjährige (Leistungsdatum vor dem 24.12.2019)	Minderjährige (Leistungsdatum ab dem 24.12.2019)
Diagnosestellung	18,00 Euro	5,00 Euro	18,00 Euro
Zahnärztliche Diagnose	15,00 Euro	⊗	⊗
Verlaufsdaten	8,00 Euro	3,00 Euro	5,00 Euro
Therapie- und Abschlussdaten	5,00 Euro	3,00 Euro	5,00 Euro
Pathologische Diagnosesicherung	4,00 Euro	3,00 Euro	4,00 Euro

Was muss gemeldet werden?

Es werden im Wesentlichen folgende Daten erfasst:
Identitätsdaten:
1) Familiennamen, Vornamen, frühere Namen
2) Geschlecht
3) Geburtsdatum

Stammdaten:
1) Anschrift
2) Datum der ersten Tumordiagnose
3) Sterbedatum
4) Versichertennummer
5) Name und IK-Nummer der Krankenkasse

Epidemiologische Daten:
1) Geschlecht
2) Monat und Jahr der Geburt
3) Wohnort mit Postleitzahl
4) Straße und Hausnummer
5) Tumordiagnose im Klartext und nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (aktuell ICD-10) in der jeweils neuesten vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation (DIMDI) herausgegebenen Fassung.
   In Hessen sind meldepflichtig:
   • alle bösartigen Tumore außer den nicht melanotischen Hauttumoren
   • Frühstadien (Carcinoma in situ)
   • Gutartige ZNS-Tumore
6) Histologie und Lokalisation des Tumors einschließlich der Seite bei paarigen Organen im Klartext und nach dem Schlüssel der Internationalen Klassifikation der onkologischen Krankheiten (ICD-O)
7) Monat und Jahr der ersten Tumordiagnose
8) Tumorausprägung zum Zeitpunkt der Meldung (Tumornachweis, Primärdiagnostik, Rezidiv, Nachsorge, fraglicher Befund)
9) Frühere Tumorleiden
10) Stadium der Erkrankung (insbesondere der TNM-Schlüssel zur Darstellung der Größe, des Lymphknotenbefalls und des Metastasierungsgrades der Tumoren)
11) Art der Sicherung der Diagnose (klinischer Befund, Histologie, Zytologie, Obduktion u. a.)
12) Art der Primärtherapie (kurativ oder palliativ; operative, Strahlen-, Chemo- oder andere Therapie)
13) Sterbemonat und Sterbejahr
14) Todesursache und Angabe darüber, ob der Tod tumorbedingt war
15) Ergebnis der durchgeführten Autopsie
16) Datum der Meldung an die Vertrauensstelle

Klinische Daten sind:
1) Die o. g. epidemiologischen Daten.
2) Alle im bundesweit einheitlichen Datensatz der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren (ADT) und der Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland (GEKID) zur Basisdokumentation für Tumorkranke und ihn ergänzender Module aufgeführten Merkmale in der jeweils gültigen Fassung.
3) Bei einer Teilnahme an einer Reihenuntersuchung für Krebs das Screeningdatum, das Screeningergebnis sowie gegebenenfalls die Bewertung einer im Zeitraum zwischen zwei Screeninguntersuchungen aufgetretenen Tumorerkrankung (Intervallkarzinom).

In Hessen tätige Ärzte sind dazu verpflichtet, alle von ihnen behandelte Tumorpatienten unabhängig von ihrem Wohnsitz an das Hessische Krebsregister zu melden. Für die epidemiologische Registrierung ist der Hauptwohnsitz entscheidend, für die klinische Registrierung der Behandlungsort. Durch die zunehmende Mobilität der Bevölkerung bedingt, können der Wohnort, der Ort der primären Diagnostik und der Behandlungsort durchaus in verschiedenen Bundesländern liegen. Der Datenaustausch zwischen den Registern der Bundesländer (sog. RÜD = Registerübergreifender Datenaustausch) zum Zwecke der Datenzusammenführung ist daher unerlässlich.

Dokumentationsstandards

Damit die flächendeckenden Krebsregister nach § 65c SGB V ihre Aufgaben erfüllen können, ist die standardisierte Dokumentation der gemeldeten Krebserkrankungen und ihrer Verläufe erforderlich.

Die Krankheiten werden nach der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme“ (ICD, aktuell in der 10. Revision und in einer auf das deutsche Gesundheitssystem angepassten Fassung) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der „Internationalen Klassifikation der Krankheiten für die Onkologie (ICD-O) kodiert. Mit der ICD-O-Kodierung (aktuell in der revidierten Fassung der 3. Auflage) werden sowohl der Sitz des Tumors (Topografie) als auch die Gewebeart (Morphologie) verschlüsselt. Leider stimmen die Schlüsselnummer der ICD-10 und der topografische Schlüssel der ICD-O nicht immer überein. Eine umfangreiche Revision der ICD-10 wird derzeit von der WHO erarbeitet.
Zur Beschreibung der Ausdehnung solider Tumore wird die TNM-Klassifikation (aktuell in der 8. Auflage) benutzt. Für systemische Malignome wie Leukämien oder Lymphome sind spezifische Klassifikationen wie z.B. die Ann-Arbor-Klassifikation anzuwenden.
Der in Deutschland durch das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) herausgegebene Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) wird zur einheitlichen Kodierung von Operationen, Prozeduren und allgemeinen medizinischen Maßnahmen benutzt.

„Best of“-Verfahren

Sofern aus unterschiedlichen Quellen Meldungen zu einem Sachverhalt kommen, müssen sie nach vorgegebenen Regeln zu einer bestmöglichen Information zusammengefasst werden. Bestehen nur graduelle Unterschiede zwischen den Meldungen, so wird man die genaueste wählen (z. B. ist die Angabe eines Zökumkarzinoms der eines Kolonkarzinoms vorzuziehen). Bei der Beurteilung des TNM-Stadiums ist das vom Pathologen am Resektat gewonnene Stadium (pTNM) besser als das präoperativ klinisch abgeschätzte Stadium (cTNM). Zudem kann sich mit zunehmender Zahl angewandter diagnostischer Verfahren die Qualität einer Diagnose im zeitlichen Verlauf verbessern (z. B. Fortschritt von einem primär diagnostizierten „cancer of

unknown primary“ zu einem definierten Primärtumor). Beim Sterbedatum gilt die Angabe des Melderegisters als die zuverlässigste.

Vollzähligkeit

Zur Ermittlung der „tatsächlichen Zahl“ der von einer Tumorentität Betroffenen können sowohl der Vergleich mit Abrechnungsdaten der Krankenkassen als auch von der International Agency for Research on Cancer (IARC) veröffentlichte Schätzverfahren herangezogen werden (Parkin et al., 2009).

Semiquantitativ kommen zum Abgleich z. B. Inzidenzraten oder der Quotient Mortalität/Inzidenz zur Anwendung. Der Quotient lässt sich bei konstantem Krankheitsverlauf wiederum mit der Differenz (1-Wahrscheinlichkeit für das 5-Jahresüberleben) gut abschätzen.

Auch der Anteil der histologisch bestätigten Fälle lässt Rückschlüsse zu: Wenn dieser Anteil unverhältnismäßig hoch ist, spricht das gegen eine vollzählige Erfassung; stattdessen hat man sich zu sehr auf die Meldungen der Pathologie an das Krebsregister verlassen.

Quantitativ kann die Rate der mit dem Leichenschauschein erstmals erkannten Krebserkrankungen (sog. DCN-Fälle, death certificate notified) oder solcher Fälle, von denen auch nach Ermittlungsversuchen nur der Leichenschauschein vorlag (sog. DCO-Fälle, death certificate only), als Anhalt für die Unvollständigkeit eines Registers dienen.

Bei Krebserkrankungen mit geringer Sterblichkeit ist der DCO-Index allerdings wenig aussagekräftig. Zudem ist der Index durch die recht hohe Fehlerrate der Angaben auf Leichenschauscheinen limitiert (Brenner, 1995).

In Abb. 3 werden Krebsfälle unterteilt in zu Lebzeiten registrierte Fälle, die im Berichtsjahr noch leben (Anzahl b) oder gestorben sind (Anzahl a) sowie nicht registrierte Lebende (Anzahl d) und Verstorbene (Anzahl c). Die nicht registrierten Todesfälle (c) werden dem Krebsregister durch Einsicht in die Leichenschauscheine bekannt. Nimmt man an, dass von den nicht registrierten Fällen der gleiche Anteil verstorben ist wie von den Registrierten a: (a + b), so kann die Zahl der lebenden, nicht registrierten Patienten (d) und damit auch die Gesamtzahl der erwarteten Krebsfälle gut abgeschätzt werden.

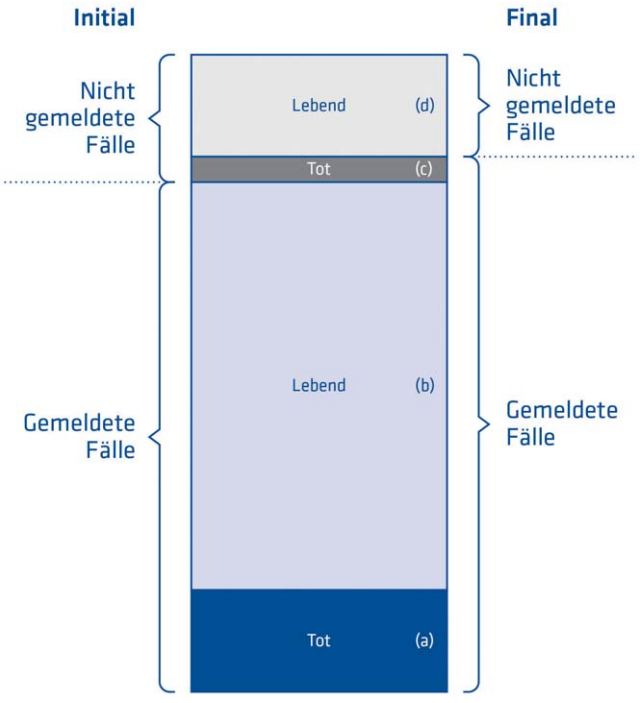


Abb. 3: DCI (Death certificate initiated)-Verfahren zur Abschätzung der Vollzähligkeit (adaptiert nach Parkin et al., 2009)

Das Hessische Krebsregister muss seine Daten jährlich dem Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) des Robert Koch-Instituts vorlegen, um u.a. das Kriterium der Vollzähligkeit überprüfen zu lassen. Dort werden die hessischen Daten mit einem durch komplexe Berechnungen (Stegmeier et al., 2019) erhaltenen Erwartungswert verglichen. Im Jahr 2017 wurde in Hessen das Kriterium der Vollzähligkeit (Registrierung von > 90 % der tatsächlichen vorhandenen Krebserkrankungen) erstmals erfüllt.

Finanzierung

Das Hessische Krebsregister wird im epidemiologischen Teil finanziert durch das Land Hessen, im klinischen Teil gemäß § 65c Abs. 2 SGB V zu 10 % durch das Land Hessen und zu 90 % durch die Krankenkassen. Die Krankenkassen zahlen einmalig für jede verarbeitete Meldung zur Neuerkrankung an einem Tumor eine fallbezogene Krebsregisterpauschale in Höhe von (aktuell) 141 Euro. Voraussetzung für die Finanzierung ist für die Krebsregister die Erfüllung von insgesamt 43 Förderkriterien, wozu u. a. das der Vollzähligkeit gehört.

Die Melder bekommen je nach Meldeanlass die in Tab. 1 aufgeführten Vergütungen. Ein Melder kann nur die Leistung abrechnen, die er selbst erbracht hat. So bekommt z. B. der Gastroenterologe für das von ihm endoskopisch diagnostizierte und gemeldete Zökumkarzinom 18 € vergütet, der Pathologe, der die histologische Diagnose gestellt und gemeldet hat, 4 €, der Viszeralchirurg, der es operiert und gemeldet hat, 5 € und der Onkologe, der den Beginn einer adjuvanten Chemotherapie meldet, 8 €.

Qualitätssicherung

Die Aktivitäten aller an der Krebsbekämpfung Beteiligten wirksamer aufeinander abzustimmen und ein zielorientiertes Vorgehen zu befördern, ist ein Ziel des Nationalen Krebsplans, den das Bundesgesundheitsministerium gemeinsam mit der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Krebshilfe und der Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren 2008 ins Leben gerufen hat.

Im Handlungsfeld 2 „Weiterentwicklung der onkologischen Versorgungsstruktur und der Qualitätssicherung“ findet sich das Ziel 8: „Es existiert eine aussagekräftige onkologische Qualitätsberichterstattung für Leistungserbringer, Entscheidungsträger und Patienten.“ Mit dieser Aufgabe der Qualitätssicherung wurden die klinischen Krebsregister betraut.

So ist z. B. die Registrierung von Intervallkarzinomen ein wichtiger Indikator für die

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Hessisches Krebsregister: Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen“ von Dr. med. Gunther Rexroth, Martin Rapp und Vera Reinhard finden Sie nachfolgend abgedruckt und im Mitglieder-Portal (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Januar 2022 bis 24. Juli 2022 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.

Effektivität von Screeningverfahren wie der Vorsorgekoloskopie und dem Mammographiescreening.

Bei der Beurteilung der Qualität der Krebsregistrierung spielen vier Schlüsselaspekte eine Rolle (Bray et al., 2009):

- **Validität** (Gültigkeit)
  Die „Richtigkeit“ der Daten ist abhängig einerseits von der Genauigkeit der Datenerhebung, andererseits vom Sachverstand bei ihrer Beurteilung und Kodierung. Die Validität beinhaltet u. a. die Übereinstimmung gemeldeter und kodierter Information und die Reproduzierbarkeit in der Herstellung der Registerdaten. Es kann in Audits überprüft werden, inwieweit verschiedene Dokumentare mit einem vorgegebenen Probe-Datensatz zu gleichen Ergebnissen/Registereinträgen kommen. Geprüft wird auch die Zuverlässigkeit, mit der Dokumentare vorgegebene Regelwerke verstehen und anwenden. Der Anteil histologisch gesicherter Tumore stellt ein weiteres Validitätskriterium dar.
- **Komparabilität** (Vergleichbarkeit)
  Die Vergleichbarkeit ist nur gegeben, wenn die Meldungen klaren Definitionen unterliegen und ihre Kodierung standardisiert ist. Überprüft wird sie, indem ihre Vereinbarkeit mit internationalen Verfahrensstandards festgestellt wird. Beispiele dafür sind: Welches Tumorklassifikationssystem wird benutzt? Wann ist ein Tumor als Zweittumor zu werten, wann als Rezidiv, wann als Metastase eines Ersttumors?
- **Aktualität**
  Nur durch aktuelle Übermittlung und Verarbeitung von Tumordaten lassen sich andere Qualitätsindikatoren wie Genauigkeit und Vollzähligkeit erreichen. Die Latenz zwischen Diagnose und Verwertbarkeit der Daten im Register teilt sich auf in das Intervall von der Diagnose bis zum Dateneingang im Register und das Bearbeitungsintervall. Nach den US-amerikanischen Centers of Disease Control (CDC) ist ein Register dann aktuell, wenn es Daten 24 Monate nach dem Ende des Berichtsjahres mit einer Vollzähligkeit > 95 % zur Verfügung stellen kann. Das seit 1953 betriebene norwegische Krebsregister ist in der Lage, schon zum Ende des auf das Berichtsjahr folgenden Jahres Auswertungen zu liefern (Larsen et al., 2009).
- **Vollständigkeit**
  Nur wenn die Behandlungsinformationen zu einer Krebserkrankung vollständig erfasst sind und somit das Tumorgeschehen eines Patienten vollständig abgebildet ist, können aussagekräftige Werte für z. B. Inzidenz und Überlebensrate ermittelt und Behandlungsverfahren miteinander verglichen werden.

Datenschutz

Es können drei Krebsregistermodelle unterschieden werden, die auf unterschiedliche Art und Weise die Aspekte des Datenschutzes berücksichtigen:

- Informationsmodell: Der Patient muss über sein Widerspruchsrecht aufgeklärt werden. Einer schriftlichen Einwilligung für die Tumormeldung bedarf es nicht (so verwirklicht im Hessischen Krebsregister).
- Melderechtsmodell: Jeder Arzt darf an das Krebsregister melden, ohne dass der Patient über die Meldung unterrichtet werden muss.
- Verschlüsselungsmodell: Jeder Arzt darf an das Krebsregister melden, wobei die personenidentifizierenden Angaben lediglich pseudonymisiert verarbeitet werden dürfen. Bei dieser Form der Krebsregistrierung kann weiter differenziert werden:
- Zentrale Verschlüsselung: Die Meldungen werden an das Krebsregister übermittelt und dort zentral verschlüsselt.
- Dezentrale Verschlüsselung: Die Verschlüsselung wird vom Melder (z. B. Arzt) direkt vorgenommen und die Meldung bereits pseudonymisiert an das Krebsregister übermittelt.

Beim Melderechtsmodell, welches die international anerkannte Form der Registrierung von Krebsmeldungen darstellt, werden die ärztliche Schweigepflicht und der Datenschutz am stärksten belastet.

Nutzung von Krebsregisterdaten

Die Krebsregister sollen nach dem Krebsfrüherkennungs- und -register-Gesetz (KFRG) eine Verbesserung der onkologischen Versorgungsqualität herbeiführen.

Die Nutzung der Krebsregister umfasst:

- **Gesundheitsberichterstattung:** Das Hessische Krebsregister veröffentlicht seine Ergebnisse im Report „Krebs in Hessen“. In Deutschland werden die Daten der Landeskrebsregister durch das am Robert Koch-Institut angesiedelte Zentrum für Krebsregisterdaten (ZfKD) zu einer Bundesstatistik zusammengefasst. In Europa übernimmt das European Network of Cancer Registries (ENCR), weltweit die zur WHO gehörende International Agency for Research on Cancer (IARC) diese Aufgabe.
- **Unterstützung von Tumorkonferenzen:** So könnte z. B. mit Hilfe des Krebsregisters der Kontakt zwischen den Behandlern einer seltenen Tumorentität zum Erfahrungsaustausch vermittelt werden.
- **Aggregierte Rückmeldungen an die Leistungserbringer** u. a. zum Zwecke der Selbst- bzw. Erfolgskontrolle. Auch vergleichende Rückmeldungen im Sinne eines „Benchmarkings“ sind möglich.

- **Durchführung von Qualitätskonferenzen:** Im Rahmen der Konferenzen wird evaluiert, inwieweit Leitlinienempfehlungen umgesetzt werden. Es werden Auswertungen zu gültigen Qualitätsindikatoren vorgestellt und diskutiert. Erforderliche Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung werden initiiert.
- **Zusammenarbeit mit onkologischen Zentren:** Ein onkologisches Zentrum muss im Rahmen seiner Zertifizierung die Zusammenarbeit mit einem Krebsregister nachweisen.
- **Evaluation von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen** mittels Kohortenabgleich So wird z. B. durch Abgleich der am Mammographiescreening teilnehmenden Frauen mit dem Datenbestand des Krebsregisters die Rate an Intervallkarzinomen festgestellt (Urbschat et al., 2014).
- **Bereitstellung von Daten für die onkologische Forschung:** Die Krebsregister-Daten können insbesondere im Rahmen der epidemiologischen und Versorgungsforschung genutzt werden. Klinische Krebsregisterdaten können z. B. genutzt werden, um im Rahmen von Phase III-Studien die Wirksamkeit neuer Therapie-Optionen zu analysieren und Nutzen-Bewertungen abzugeben

Das Krebsregister kann aggregierte (d. h. nach Merkmalen wie z. B. Alter, Geschlecht, Zeitraum zusammengefasste Daten) oder Einzelfalldaten zur Verfügung stellen. Sofern in der geplanten Studie personenbezogene Daten verarbeitet werden sollen, sind umfangreiche Voraussetzungen zu erfüllen (u. a. Bestätigung der „good epidemiological practice", Votum der Ethikkommission, ggf. Genehmigung durch das zuständige Ministerium, Stellungnahme durch den Datenschutzbeauftragten).

Anmeldung Hessisches Krebsregister: Über den „Anmeldeservice Hessisches Krebsregister" im Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen können sich Ärztinnen und Ärzte in Hessen schnell und einfach als Melderin bzw. Melder registrieren: Mitgliederportal → Services → Formulare → Anmeldeservice Hessisches Krebsregister.

Dr. med. Gunther Rexroth
Ärztlicher Leiter

Martin Rapp
Organisatorischer Leiter

Vera Reinhard
Wissenschaftliche Referentin

alle: Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters bei der Landesärztekammer Hessen

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

Multiple-Choice-Fragen: Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung

VNR: 2760602022049010005 *(eine Antwort ist richtig)*

1. Die Meldepflicht für Krebserkrankungen an das Hessische Krebsregister beruht auf:
1) Vorgaben der Deutschen Krebshilfe
2) dem Hessischen Onkologiekonzept
3) dem Hessischen Krebsregistergesetz
4) dem Nationalen Krebsplan
5) einer Verordnung der Landesärztekammer Hessen

2. Welche Daten müssen nicht an das Hessische Krebsregister gemeldet werden?
1) Geburtsdatum
2) Name der Krankenkasse
3) Versichertennummer
4) Beruf
5) Wohnort mit Postleitzahl

3. Welche Tumorerkrankung muss nicht an das Hessische Krebsregister gemeldet werden?
1) Nierenzellkarzinom
2) Chronisch lymphatische Leukämie
3) Aktinisch verursachtes Plattenepithelkarzinom der Kopfhaut
4) Nebennierenkarzinom
5) Akustikusneurinom

4. An welches Krebsregister soll ein Wiesbadener Onkologe melden, der einen in Kiel geborenen und in Mainz lebenden Patienten behandelt?
1) Hessisches Krebsregister in Frankfurt/M.
2) Schleswig-Holsteinisches Krebsregister in Kiel
3) Bei unklarer Zuordnung an das Zentrum für Krebsregisterdaten in Berlin
4) Rheinland-pfälzisches Krebsregister in Mainz
5) Gesundheitsamt in Wiesbaden

5. Welche Todesbescheinigungen müssen die Gesundheitsämter in Kopie an das Hessische Krebsregister weiterleiten?
1) Bescheinigungen von an Tumoren Verstorbenen
2) Grundsätzlich alle Todesbescheinigungen
3) Bescheinigungen mit unklarer Todesursache
4) Bescheinigungen von in Hessen Geborenen
5) Nur Bescheinigungen von Verstorbenen mit natürlicher Todesursache

6. Ein Gastroenterologe diagnostiziert ein Magenkarzinom. Der Pathologe meldet die Diagnose an das Hessische Krebsregister. Welche Aussage ist richtig?
1) Da der Pathologe die Krebserkrankung bereits gemeldet hat, ist der Gastroenterologe von seiner Meldepflicht befreit.
2) Der Pathologe muss den Patienten immer persönlich auf sein Widerspruchsrecht hinweisen.
3) Der Pathologe kann die Aufgabe, den Patienten über die Meldung und sein Widerspruchsrecht hinzuweisen, an den Gastroenterologen delegieren, da er den Patienten in der Pathologie nicht zu Gesicht bekommt.
4) Der Pathologe darf seinen pathologischen Befund erst an das Krebsregister melden, wenn dort die klinische Diagnose des Gastroenterologen vorliegt.
5) Gastroenterologe und Pathologe müssen sich, wenn sie beide melden, die Meldegebühr für eine Tumordiagnose (aktuell 18 €) teilen.

7. Welche Maßnahme gehört nicht zu den Aufgaben des Hessischen Krebsregisters?
1) Erfassung epidemiologischer Tumordaten
2) Verbesserung der onkologischen Versorgung
3) Evaluation von Krebsfrüherkennungsmaßnahmen
4) Aufklärung über Gesundheitsrisiken durch Alkohol- und Tabakkonsum
5) Erstellung von Auswertungen als Rückmeldung für die meldenden Ärzte und Kliniken

8. Welches der folgenden Merkmale stellt kein Qualitätskriterium eines Krebsregisters dar?
1) Validität
2) Vergleichbarkeit (Komparabilität)
3) Sensitivität
4) Aktualität
5) Vollständigkeit

9. Welcher Dokumentationsstandard spielt in Krebsregistern keine Rolle?
1) TNM-Klassifikation
2) ICD-10
3) ICD-O-3
4) DSM
5) OPS

10. Welches Verfahren kann nicht zur Abschätzung der „Vollzähligkeit" der Meldungen an ein Krebsregister herangezogen werden?
1) DCO-Rate („death certificate only")
2) DCI-Verfahren („death certificate initiated")
3) DCN-Rate („death certificate notified")
4) DNR-Rate („do not resuscitate")
5) Quotient Mortalität: Inzidenz

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

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

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

Literatur zum Artikel:

Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung

von Dr. med. Gunther Rexroth, Martin Rapp, Vera Reinhard

[1] Bray, F., Parkin, D.M.: Evaluation of data quality in the cancer registry: Priciples and methods. Part I: Comparability, validity and timeliness. Eur. J. Cancer 2009, 45, pp. 747–755

[2] Brenner, H.: Limitations of the death certificate only index as a measure of incompleteness of cancer registration. Br. J. Cancer 1995, 72, pp. 506–510

[3] Bundesministerium für Gesundheit Nationaler Krebsplan. Abrufbar unter: https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/nationaler-krebsplan.html oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/hcchdbme

[4] Hessisches Krebsregistergesetz. Abrufbar unter: https://hessisches-krebsregister.de/media/hkrg_2019.pdf oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/4nntf4rk

[5] Krebsfrüherkennungs- und -register Gesetz. Bundesgesetzbl. 2013 Teil 1, 16, pp. 617–623. Abrufbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5B@attr_id=%27bgbl113s0617.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl113s0617.pdf%27%5D__1611303549577 oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/4ppetv9t

[6] Krebsregistergesetz. Bundesgesetzbl. 1994, 79, pp. 3351–3355 (vom 11.11.1994) Abrufbar unter: https://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=//*%5B@attr_id=%27bgbl194s3351.pdf%27%5D#__bgbl__%2F%2F*%5B%40attr_id%3D%27bgbl194s3351.pdf%27%5D__1611302625503 oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/3b972fed

[7] Larsen, I.K., Småstuen, M., Johannesen, T.B., Langmark, F., Parkin, D.M., Bray, F., Møller, B.: Data quality at the cancer registry of Norway: an overview of comparability, validity and timeliness. Eur. J. Cancer 2009, 45, pp. 1218 – 1231

[8] Parkin, D.M.: The role of cancer registries in cancer control. Int. J. Clin. Oncol. 2008, 13, pp. 102–111

[9.] Parkin, D.M., Bray, F.: Evaluation of data quality in the cancer registry: Principles and methods. Part II: Completeness. Eur. J. Cancer 2009, 45, pp. 756–764

[10] Sozialgesetzbuch V § 65 c Klinische Krebsregister. Abrufbar unter: https://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbv/65c.html oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/yndspxau

[11] Stegmaier, C., Hentschel, S., Hofstädter, F., Katalinic, A., Tillack, A., Klinkhammer-Schalke, M. (Hrsg.): Das Manual der Krebsregistrierung. Zuckschwerdt-Verlag, Germering, 2019

[12] Storm, H.H.: Cancer registries in epidemiological research. Cancer Causes Contr. 1996, 7, pp. 299–301

[13] Thoben, W., Appelrath, H.J.: Verschlüsselung personenbezogener und Abgleich anonymisierter Daten durch Kontrollnummern. Abrufbar unter: https://www.krebsregister-niedersachsen.de/dateien/veroeffentlichungen/Paper/VIS95.html oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/yehnjtpe

[14] Urbschat, I., Heidinger, O.: Ermittlung der Rate von Intervallkarzinomen im deutschen Mammographie-Screening-Programm mit Hilfe epidemiologischer Krebsregister. Bundesgesundheitsbl. 2014, 57, pp. 68–76

[15] Verordnung zum Hessischen Krebsregistergesetz vom 05.10.2015, zuletzt geändert am 11.12.2019. Abrufbar unter: https://hessisches-krebsregister.de/media/verordnung_hkrg_2019.pdf oder via Kurzlink: https://tinyurl.com/jx6uxtn5

Diese Rubrik will jungen Ärztinnen und Ärzten eine Plattform zum Gedankenaustausch geben. Sie können hier aus ihrer Sicht über alle Themen rund um den Berufseinstieg und anderes mehr schreiben. In den nachfolgenden drei Beiträgen wird der Physician Assistant einer kritischen Betrachtung unterzogen, Impressionen zur Weiterbildung geteilt und über Schwierigkeiten berichtet, schwanger während der Weiterbildung zu werden. Die Autorinnen und Autoren haben die Möglichkeit, anonym ihre Ansichten zu publizieren. Der Redaktion sind die Namen bekannt.

Physician Assistant – eine kritische Betrachtung

Mit einer zunehmenden Dynamik werden immer mehr Physician Assistants (PA) ausgebildet und beschäftigt. Nach sechs Semestern des entsprechenden „Studiengangs" mit einem sehr großen Praxisanteil und einem im Schnitt nur ein Viertel der Zeit messenden Theorie-Anteil des gesamten „Studiums" sollen PA delegierbare ärztliche Tätigkeiten ausführen. Die Befürworter wollen uns glauben machen, wir Ärzte würden so entlastet und wieder Zeit für die wesentlichen ärztlichen Tätigkeiten haben. Es sollen angeblich wunderbare Zeiten anbrechen – so wird es leider aber nicht kommen.

Mit dem PA schafft sich unser Berufsstand selbst ab und sorgt mittel- und langfristig für eine deutliche Qualitätsminderung und eine Gefährdung unserer Patienten. Im Folgenden möchte ich die Argumente der Befürworter und Profiteure des PA widerlegen.

So wie der PA angelegt ist, ist Substitution gar nicht zu vermeiden. Der Umfang der Tätigkeiten und Befugnisse ist selbst in dem Konzeptpapier „Physician Assistant – Ein neuer Beruf im deutschen Gesundheitswesen", herausgegeben von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung (Berlin 2017) basierend auf Beschlüssen von Deutschen Ärztetagen nicht klar definiert und umfasst demnach sogar die eigenständige Durchführung von Intubationen und Narkosen. Es ist in dem Papier die Rede davon, dass PA die Durchführung einer Intubation sowie einer Narkose praktisch erlernen und durchführen können sollten. Wozu sollte man PA das beibringen, wenn sie es dann nicht auch selbstständig praktizieren sollen und das ohne, dass ein Arzt die ganze Zeit hinter ihnen steht?

Die Befugnisse werden auch schleichend erweitert werden, in den USA und Niederlanden (NL) dürfen PA bereits Endoskopien durchführen und eigenständig Medikamente verordnen. Bereits heute gibt es Artikel in Zeitschriften für Krankenhausmanager, die vorrechnen, wie viel Arztstellen man durch PA ersetzen könnte (bis zu 40 %!).

Dadurch wird man aber den (Fach-)Ärztemangel mittelfristig verschlimmern, da weniger Weiterbildungsstellen zur Verfügung stehen werden. Und das, obwohl wir gerade auf dem besten Weg aus dem Ärztemangel sind mit immer neuen medizinischen Fakultäten wie z. B. in Augsburg oder deren Dependancen wie in Bayreuth. Auch gibt es immer mehr Medical Schools und immer mehr Deutsche studieren im Ausland Medizin. Es könnten also wieder Zeiten mit arbeitslosen Ärzten anbrechen. Zudem wird die Weiterbildung leiden, da junge Ärzte in Konkurrenz zu PA treten, die schon länger tätig sind. Wer wird wohl häufiger sonographieren? Mittelfristig wird also ein in der Funktion schlecht ausgebildeter FA einen PA supervidieren.

Die mangelnde Qualitätssicherung dieses Berufs ist ein weiteres eminentes Problem. Die mangelnde Regulierung des PA-Studiums wird noch lange so bleiben. Es ist schon komisch: Das Medizinstudium ist hochgradig reguliert und das zum Teil zu Recht im Sinne einer hohen Ausbildungsqualität. Jetzt erlauben wir aber Personen, die in ihrer Ausbildung teilweise nur einen Präsenztag pro Woche in einer FH verbracht haben, das fast eigenständige Versorgen von Patienten.

Eine permanente Supervision des PA ist zum einen nicht zu gewährleisten und zum anderen eine sinnlose Doppelung, die weder entlastet noch Kosten spart. Wir haben den praktischen Arzt de facto abgeschafft und jetzt führen wir ihn als Bachelor wieder ein. Befürworter argumentieren, dass der PA automatisch mit dem Bachelorstatus eine hohe Qualität aufweise. In einer Studie der Dualen Hochschule Baden-Württemberg wurde den eigenen PA-Studenten allerdings ein mangelndes Problembewusstsein attestiert. Zudem gibt es nur wenige qualitativ hochwertige Studien zum Thema „Qualität von PA". Häufig ging es nur um Patientenzufriedenheit mit kurzen Beobachtungszeiträumen. In einigen Studien zeigte sich aber z. B. eine höhere Opioid-Verschreibung durch PA in den USA sowie eine höhere Rate an unnötiger Antibiotikagabe. Wurden PA nicht supervidiert, gaben sie bei Asthmaanfällen weniger Betamimetika und Glucocorticoide, dafür mehr inadäquate Antibiosen.

Interessanterweise wird durch Befürworter häufig angeführt, dass PA uns erlauben, uns wieder auf unsere ureigensten ärztlichen Tätigkeiten zu konzentrieren. Allerdings soll der PA die Patienten- und Angehörigenkommunikation übernehmen, zudem jegliche Diagnostik. Also sieht der Arzt den Patienten bald nur noch sediert, und irgendwann nicht einmal das, weil die PA das dann auch noch übernehmen werden (siehe Endoskopien in USA/NL).

Man muss auch ehrlich sein: Der PA ist der Einstieg in ein Bachelor-Master-System in der Medizin und das auf FH-Niveau. Schon heute wird durch PA-Verbände offen ein Master gefordert. Auch wollen PA ärztliche Tätigkeiten ausführen. Sie werden nicht lebenslang als „Assistenzarzt-light" verbringen wollen, vor allem falls PA Bereitschaftsdienste mitmachen müssen. Das heißt sie werden immer mehr Kompetenzen von uns fordern.

Auch für Niedergelassene ist der PA in Kombination mit dem Boom von MVZ-Verbünden eine Bedrohung. Erste Schritte wurden und werden gemacht, z. B. im Rahmen von Modellprojekten wie der KV Schleswig-Holstein zur Abrechnungshöhe von PA-Leistungen. Wer wird wohl in Zukunft diese Leistungen erbringen? Der günstigere PA oder der kostspieligere Arzt? Langfristig wird es dazu führen, dass es weniger niedergelassene Kollegen geben wird.

Die USA mit dem teuersten Gesundheitssystem der Welt mit gleichzeitiger Ineffizienz und seit mehreren Jahren in Folge fallender Lebenserwartung dürfen nicht unser Vorbild sein.

Auch der häufig kolportierte Wunsch der Pflegeverbände nach Einführung des PA

stimmt nicht. Es gibt allein mit dem DBfk (Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe) sowie DGF (Deutsche Gesellschaft für Fachkrankenpflege und Funktionsdienste) zwei große Pflegeverbände, die sich in Stellungnahmen äußerst kritisch zum PA geäußert haben. Wenn wir zudem sagen, dass der Beruf als z. B. MFA nur attraktiv bleibt, wenn man ihn Richtung PA verlassen kann, werten wir ihn eigentlich ab. Damit werden wir diesen Berufen mit hohen Ausbildungsstandards nicht gerecht. Außerdem: Sollten wir uns als Ärzteschaft wirklich zugunsten anderer Berufsgruppen selbst Konkurrenz schaffen?
Doch es ist noch nicht zu spät: Ja, die Entwicklung der PA-Zahl ist sehr dynamisch. Aber noch können wir das Ruder herumreißen. Wir müssen aber jetzt handeln! Wenn Sie also in verantwortlicher Position sind: Wehren Sie sich gegen eine PA-Einführung und -Implementierung. Sind Sie normaler Arzt, dann schreiben Sie unseren Standesvertretern und Leserbriefe. Sie müssen keine Romane schreiben. Es reicht, nur deutlich zu machen, dass wir als Ärzte an der Basis kein Interesse an der Abschaffung unseres Berufsstandes durch den PA haben.

Dr. med.
Jonathan Stümer
Arzt in Weiterbildung zum Facharzt
für Innere Medizin am Klinikum
Bamberg

„Allen fehlt Zeit und Energie“

Impressionen einer Ärztin in Weiterbildung zur Fachärztin Innere Medizin

Weiterbildung aktuell: Rotationen in die Funktionsbereiche werden, seit ich da bin, ständig verschoben, weil immer Unterbesetzung herrscht und wegen Covid-19 umgeschichtet wird. Dafür haben wir schon die Möglichkeit, mit den eigenen Patienten zu Sonos etc. mitzugehen, wenn die Zeit es zulässt. Ich würde mal sagen, auf Normalstation ist das so jeden zweiten bis dritten Tag für ein Sono, oder so. Bedeutet dann aber auch, dass wir dementsprechend länger bleiben, um die restlichen Aufgaben zu erledigen. Auf Intensiv kann ich mir das ein bisschen freier einteilen.
Arbeitsbelastung: Wir haben im Juni all unsere Überstunden ausgezahlt bekommen. Bei mir waren das 200. Die hatte ich seit Januar, trotz Ausgleichsfrei, nicht abbauen können, weil ich grundsätzlich überplant war. Ich empfinde eine zusätzliche Belastung – dies aber auch wegen der vielen Unsicherheiten, die die Pandemie mit sich bringt: ständiger Auf-/Abbau der Covid-Kapazitäten, Umstellung der Stationen, Änderungen in der Besuchsregelung, hohe Krankenstände (auch langfristige Ausfälle), sodass wir einspringen oder einzelne Bereiche zusätzlich übernehmen müssen, Dienstpläne, die spät aufgestellt wurden und dann noch später verändert werden mussten…
Auf Intensiv haben zudem viele Patienten, vor allem Covid19-Patienten, in den vergangenen Monaten nicht überlebt. Für die Familien, die wenig Kontakt haben konnten, war das schrecklich, und das belastet uns mit. Ich weiß natürlich nicht, wie das alles vor der Pandemie aussah, aber aktuell, so habe ich den Eindruck, fehlt allen Zeit und Energie auch für die kleinste Reflexion. Auf Dauer halte ich das für sehr ungesund.
Stellenbesetzung: Wir besetzen nach, hängen aber gefühlt immer leicht hinterher. Es werden Stellen von Kollegen nachbesetzt, nachdem diese gegangen sind, sodass ein Teil des Teams immer in der Einarbeitung ist und keine Dienste machen kann. Somit werden die „älteren“, eingearbeiteten Kollegen stets stärker eingespannt als eigentlich gewünscht.
Abziehen in Covid-19-Bereiche: Ich war im Prinzip ein halbes Jahr auf Normalstation, ein halbes Jahr in ZNA und auf Covid-19-Station und ein halbes Jahr auf Intensiv mit zuletzt vier Covid-19-Patienten auf sieben Betten gesamt. Somit bedeutet das schon, dass ein Teil meiner Weiterbildungszeit nur auf Covid-19 fixiert war und ich dementsprechend weniger von den anderen Krankheitsbildern gesehen habe.
Dienstbelastung: Unsere Dienste sehen so aus: Unter der Woche 15.30 Uhr Beginn, mit Übergabe der Kollegen auf Station und Übernahme der ZNA vom Tag-Kollegen. Ab 16.30 Uhr sind wir zuständig für die ZNA und alles, was auf Station unaufschiebbar anfällt. Der Arzt in Weiterbildung ist der einzige Internist vor Ort, mit Oberarzt im Rufdienst. Dienstschluss ist morgen um 8.30 Uhr, nach der Frühbesprechung. Meistens ist die ZNA bis kurz nach Mitternacht noch voll, zwischen Mitternacht und 4 Uhr kommen wir zum Teil etwas zur Ruhe, danach kommen meist wieder Patienten in die ZNA.
In den vergangenen Monaten durfte die ZNA häufig nicht abgemeldet werden (Vorgabe der Geschäftsleitung), auch wenn alle Zimmer belegt und die Kollegen ausgelastet waren (es ist ja auch nur ein Internist in der ZNA! – oder er muss halt auch mal auf Station zu einem Notfall oder sogar zum Braunülen-Legen). Das erhöhte natürlich extrem den Stress, weil die Patientensicherheit darunter leidet. Bei mir auf Intensiv war das etwas entspannter, da wir Ärzte in Weiterbildung nur Früh- und Spätdienst und keine Nachtdienste machen. Ich hatte dafür viele Spätdienste am Stück. Internistisch machen wir ca. sechs bis sieben Nacht-/Wochenenddienste (Wochenend-Tagdienst läuft von 8 bis 20 Uhr) pro Monat.
Fazit: Insgesamt würde ich sagen: Mittlerweile sind alle geschlaucht, auch die Ober-/Chefärzte. Covid-19 bindet viel an Ressourcen und Energie, sodass für Weiterbildung weniger übrig bleibt und diese leidet. Auch wir Ärzte in Weiterbildung waren zum Teil wochen-/monatelang auf der reinen Covid-19-Station eingesetzt, wo wir viel über dieses Krankheitsbild, dementsprechend aber weniger über andere gelernt haben. Außerdem wurde die Personaldecke in allen Bereichen in der jüngeren Zeit dünner, sodass wir auch die Aufgaben von nicht ärztlichen Kollegen zum Teil mitkompensieren. All das liegt aber nicht nur an der Pandemie, sondern auch am wirtschaftlichen Druck auf die Häuser. Wenn man den selbst in einer Kreisklinik so spürt, will ich gar nicht wissen, wie das in privatwirtschaftlichen Häusern ist.

Dieser Beitrag wird auf Wunsch anonymisiert veröffentlicht.

Schwanger in der Weiterbildung:

„Ich hätte mir bis auf Röntgenuntersuchungen alle Tätigkeiten am Patienten zugetraut“

Wann haben Sie Ihren Arbeitgeber über die Schwangerschaft informiert?
Ich habe meine leitende Oberärztin schon sehr früh über meine Schwangerschaft informiert, etwa eine Woche nach meinem positiven Schwangerschaftstest vor Bestätigung durch die Gynäkologin. Da ich meine Oberärztin, mit der ich ein gutes Vertrauensverhältnis habe, nicht anlügen und auch keine Ausreden erfinden wollte, habe ich ihr dies im Vertrauen mitgeteilt. Eigentlich wollte ich in den kritischen ersten zwölf Wochen meine KollegInnen nicht über meine Schwangerschaft informieren. Im Falle eines möglichen Verlustes des ungeborenen Kindes wollte ich mir den Klatsch und Tratsch, den ich bei anderen Kolleginnen erlebt habe, ersparen.
Unser Dienstmodell lässt aber ein Arbeiten in der Frühschwangerschaft nur begrenzt zu, da die Nachtarbeit durch die hohe Belastung eine mögliche Gefahr für das Kind darstellt. Daher wollte ich auf diese Nachtdienstwoche verzichten. Ansonsten wären für mich alle Tätigkeiten des normalen klinischen Alltags unter Berücksichtigung der üblichen Hygienemaßnahmen möglich gewesen. Aufgrund des Wegfalls der Nachtarbeit und der damit einhergehenden Dienstplanänderungen waren die Abteilung und auch der Chefarzt hierdurch indirekt schon sehr früh informiert. Die Informationen wurden dann auch der Personalabteilung mitgeteilt.

Welche Schritte wurden seitens des Arbeitgebers nach Bekanntmachung eingeleitet?
Ich habe noch zwei Tage gearbeitet und wurde dann nach Bekanntgabe der Schwangerschaft unmittelbar durch meinen Chefarzt in das Beschäftigungsverbot (BV) geschickt. Auf die Frage, ob ich nicht freiwillig weiterarbeiten könne, wurde nach Rücksprache meines Chefarztes mit der Personalabteilung nochmals auf das BV verwiesen. Es war daher für mich nicht möglich, meine Weiterbildung fortzusetzen, was ich sehr bedauerte.

Wie haben Sie sich nach dem Aussprechen des BV gefühlt? Wie sieht Ihr Alltag jetzt aus?
Ich habe mir große Sorgen um meine Weiterbildungszeit gemacht. Ich wollte unbedingt weiterarbeiten, da mir zu meiner Schwerpunktbezeichnung nur noch zwölf Monate Klinikzeit gefehlt haben. Mein Wunsch wäre es gewesen, den Großteil dieser Zeit nach meiner Facharztprüfung und vor dem Mutterschutz abzuleisten. Dies war dann aufgrund des BV nicht möglich und hat mir im Hinblick auf meinen nur zweijährigen Weiterbildungsvertrag mit der Klinik große Sorgen bereitet.
Als Ärztin oder Arzt identifiziert man sich überdurchschnittlich mit seinem Beruf und über Jahre hinweg habe ich immer große Freude an meinen Tätigkeiten im Rahmen der Patientenversorgung gehabt. Diese Freude war von heute auf morgen zu Ende, was mich in der Anfangszeit sehr belastet hat und auch weiterhin belastet. Gerade in den ersten zwölf Schwangerschaftswochen, in denen man die Schwangerschaft vor Familien und Freunden eher „geheim“ halten möchte, hat man aufgrund des BV viel Zeit nachzudenken und wenig Ablenkung, was sehr belastend ist. Insgesamt waren für mich die ersten Monate schwierig.
Nach einigen Monaten hat man sich dann eine gewisse Beschäftigung und Routine mit Online-Fortbildungen und Fachliteratur angeeignet und auch einige Hobbys gepflegt, denen man im normalen Arbeitsalltag nicht gerecht wird. Dennoch wäre ich lieber in der Klinik arbeiten gewesen.

Welche Tätigkeiten hätte Sie Ihrer Meinung nach ohne BV an Ihrer Arbeitsstätte ausführen können?
Ich persönlich hätte mir bis auf Röntgenuntersuchungen alle Tätigkeiten am Patienten zugetraut inklusive Blutentnahmen, Punktionen und sonstigen invasiven Maßnahmen. Dies wäre auch im Rahmen der allgemeinen Maßnahmen für Schwangere vor Corona möglich gewesen.

Haben Sie im BV irgendeinen Kontakt zur Medizin/Weiterbildung zur Fachärztin?
Ich nutze meine Zeit im BV für (Online-)Fortbildungen und Studium von Fachliteratur und führe auch weiterhin regelmäßig fachbezogene Gespräche mit KollegInnen und meinem Mann bei privaten Treffen.

Fühlen Sie sich vom Arbeitgeber/KollegInnen als Schwangere „angenommen“? Gibt es einen Plan für die Zeit nach der Schwangerschaft/Elternzeit?
Ich habe das große Glück, in einer sehr familiären Abteilung mit unglaublich netten und einfühlsamen KollegInnen zu arbeiten, mit denen ich mich auch privat treffe. Innerhalb der Abteilung fühle ich mich daher als Schwangere vollkommen angenommen. Ich glaube, dass sich alle sehr mit mir gefreut haben, auch wenn durch mein Fehlen Arbeitskraft kompensiert werden musste.
Allgemein durch den Arbeitgeber hatte ich nicht das Gefühl, als Schwangere akzeptiert zu werden, da unabhängig von meiner persönlichen Einstellung das BV ohne Alternative durchgesetzt wurde. Es wurde nicht versucht, in Absprache mit meiner Abteilung Tätigkeiten zu finden, die eine Schwangere auch in Corona-Zeiten durchführen kann. Hier kenne ich aus anderen Kliniken positive Beispiele.
Da mein Weiterbildungsvertrag innerhalb der Elternzeit endet, habe ich mit meinem Arbeitgeber eine Lösung gefunden, dass meine Weiterbildungszeit um die Zeit des BV und auch der Elternzeit verlängert wird. Dies musste aktiv durch mich organisiert werden, da mein Arbeitgeber von sich aus keine Angebote vorgesehen hatte.

Das Interview ist im Dezember 2021 entstanden und wird hier anonymisiert abgedruckt.

Foto: © Maridav – stock.adobe.com

Serie Depression – Teil 2

Interdisziplinäre sowie intersektorale Zusammenarbeit in der Depressionsbehandlung

Von eHealth bis zu stationärer Behandlung

Dr. med. Kira Wolff[1], Dr. med. Therese Kienle[1, 2], Dipl.-Psych. Kirsten Zabel[1, 3], M.Sc. Carolin Haas[4], Dr. Caroline Oehler[5], Prof. Dr. med. Jochen Gensichen[4], Prof. Dr. Ulrich Hegerl[1, 5], Dr. med. Sabine Köhler[6], Prof. Dr. med. Andreas Reif[1]

Wie im ersten Teil dieser Artikelserie dargestellt (siehe HÄBL 06/2021, S. 347ff.), sind unipolare Depressionen sehr häufige Erkrankungen, an denen jedes Jahr ca. fünf Millionen Menschen in Deutschland leiden. Depressionen sind allerdings bezüglich Schwere und Krankheitsverlauf extrem heterogen und entsprechend erfolgt auch die Behandlung in ganz verschiedenen Behandlungssettings. Je nach Schweregrad und Krankheitsstadium wechselt der Patient zwischen den unterschiedlichen Sektoren, was eine enge Abstimmung und gute Vernetzung zwischen den unterschiedlichen Behandlungsbereichen erforderlich macht.

Probleme der Unter- bzw. Überversorgung verkomplizieren die Versorgung von an Depressionen leidenden Patienten, zumal die Behandlungspfade nicht gesteuert sind. In diesem Kontext sind sogenannte „stepped care"-Ansätze sinnvoll, also eine bedarfsangemessene, gestufte Versorgung je nach Schweregrad und Krankheitsphase. Im folgenden Artikel sollen die unterschiedlichen Behandlungssettings mit besonderem Augenmerk auf den Schnittstellen dargestellt werden, bevor dann ein gestuftes „stepped care"-Versorgungsmodell – analog des von der DGPPN[7] generell für psychische Erkrankungen vorgeschlagenen Modells – diskutiert wird.

Analog der sog. „patient journey" möchten wir mit der Darstellung des primärärztlichen Versorgungsbereichs beginnen.

Allgemeinmedizinisches Behandlungssetting in der Depressionsversorgung

Die Allgemeinmedizin nimmt aufgrund des hausärztlichen Vertrauensverhältnisses und der Häufigkeit depressiver Erkrankungen eine zentrale Rolle in der Depressionsversorgung ein. Die Diagnosestellung einer ersten depressiven Episode erfolgt in ca. 60 % der Fälle hausärztlich und nur in 12 % der Fälle fachspezifisch. Die Hausärzte sind bei weiteren 15 % der Patienten zumindest an der Diagnosestellung beteiligt [1–2]. Die Hälfte der so diagnostizierten Patienten wird anschließend ausschließlich allgemeinmedizinisch versorgt, und nur ein Fünftel fachspezifisch überwiesen. Der Großteil aller an Depressionen leidenden Patienten erhält, zumindest unter Beteiligung, eine hausärztliche Behandlung [3].

Depressiv Erkrankte, die in einer hausärztlichen Praxis vorstellig werden, klagen oft zunächst über unspezifische körperliche Missempfindungen (z. B. Schlafstörungen, Abgeschlagenheit und Müdigkeit) oder Schmerzsymptome, nicht jedoch über eine primäre psychische Symptomatik [4–5], was die Relevanz einer guten allgemeinärztlichen Diagnostik in diesem Bereich unterstreicht. Etwa die Hälfte aller Betroffenen mit depressiver Symptomatik erhält allerdings eine unspezifische („sonstige" F32/3.8, „nicht näher bezeichnete" F32/3.9) Depressionsdiagno-

[1] Klinik für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe Universität, Frankfurt am Main
[2] Niedergelassen in eigener Praxis in Frankfurt am Main.
[3] Niedergelassen in eigener Praxis in Offenbach.
[4] Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der LMU, Campus Innenstadt, München
[5] Stiftung Deutsche Depressionshilfe
[6] Niedergelassen in eigener Praxis in Jena.
[7] Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde e. V.
[8] Die NVL-S3 Leitlinie befindet sich derzeit in Revision; die Konsensuskonferenz fand im Dezember 2021 statt, das öffentliche Konsultationsverfahren steht jedoch noch aus. Aus diesem Grund sind in diesem Artikel keine konkreten Aussagen zitiert, und alle Verweise auf die Leitlinie sind unter dem Vorbehalt des ausstehenden Konsultationsverfahrens zu sehen

se, wovon 80 % hausärztlich gestellt sind. Diese Quote sollte reduziert werden, da unspezifische Depressionsdiagnosen die Gefahr einer unzureichenden Behandlung gemäß S3-Leitlinien mit sich bringen [1–3].

Grundsätzlich kann die Allgemeinmedizin als erste Anlauf- und zentrale Schnittstelle leichte und mittelschwere Depressionen behandeln, sollte jedoch z. B. bei einer schweren depressiven Störung mit akuter Suizidalität oder bei psychotischen Merkmalen fachspezifische Kollegen hinzuziehen [4]; wann dies geschehen soll, ist u. a. in der revidierten NVL-Depression genauer spezifiziert[8]. Studien zeigen, dass etwa die Hälfte aller Menschen, die durch Suizid verstarben, in den vier Wochen vor ihrem Tod noch Kontakt zur Primärversorgung hatten [6–7]. Hausärzte tragen damit als erste Ansprechperson eine besondere Verantwortung, Depressionen (und damit ein dramatisch erhöhtes Suizidrisiko) rechtzeitig zu erkennen und partizipativ eine passende Behandlung in die Wege zu leiten. Bei neu aufgenommenen Patienten und Patientinnen und auch bei Menschen mit chronischen körperlichen Erkrankungen sollten daher in der hausärztlichen Praxis zunächst folgende kurze Fragen gestellt werden (Sensitivität 96 %, Spezifität 57 %): „Fühlten Sie sich im letzten Monat häufig niedergeschlagen, traurig, bedrückt oder hoffnungslos?“ sowie „Hatten Sie im letzten Monat deutlich weniger Lust und Freude an Dingen, die Sie sonst gerne tun?“. Sofern eine Frage bejaht wird, sollte eine ergänzende Exploration z. B. mittels der deutschen Version des Gesundheitsfragebogens für Patienten (PHQ-D) erfolgen [8].

Neben einer psychopharmakologischen Therapie und supportiven Gesprächen kann eine allgemeinmedizinische Depressionsbehandlung im Rahmen der psychosomatischen Grundversorgung auch niedrigintensive Interventionen mit Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie abdecken, wie bspw. Psychoedukation, Hilfe bei der Mobilisierung von Ressourcen und sozialer Unterstützung, regelmäßiges Monitoring und Förderung des Krisen- und Selbstmanagements [2, 8]. Einige dieser Interventionen können in der Praxis auch im Rahmen des Case-Managements an nicht-ärztliche Fachkräfte delegiert werden [9]. Digitale Gesundheitsanwendungen können ein weiterer Baustein in einem solchen Stufenplan der Depressionsbehandlung sein.

Digitale Gesundheitsanwendungen (DiGA) in der Depressionstherapie

In der jüngsten Auflage (2017) der NVL-S3-Leitlinie „Unipolare Depression“ werden „technologiegestützte psychosoziale Interventionen“ im Kapitel zu niederschwelligen psychosozialen Interventionen beschrieben, die in Zukunft vermutlich eine größere Bedeutung bekommen werden [10]. Dies entspringt auch einer zunehmend guten Evidenzlage, beruhend auf einer Vielzahl kontrollierter Studien der jüngeren Zeit.

Digitale Gesundheitsanwendungen in der Depressionsbehandlung sind aktuell meist browserbasierte Anwendungen, bei denen Patienten mit Depression über ein Login auf bestimmte Inhalte und Funktionen zugreifen können. Üblicherweise orientieren sich die Inhalte an der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) und bieten eine Mischung aus Psychoedukation, Anleitung zu entsprechenden Übungen und Selbstmonitoringkomponenten zur Beobachtung der eigenen Symptomatik.

Ein wichtiger Vorteil gegenüber klassischen Selbsthilfebüchern besteht darin, dass Inhalte in verschiedenen Formaten dargestellt werden können; Audio oder Videos werden ergänzend zu schriftlichen Informationen eingesetzt. Dies kann besonders bei depressionsbedingten Konzentrationsproblemen für Patienten die Nutzung erleichtern. Zudem können die dargestellten Übungen durch interaktive Eingabemasken oder Quizze unterstützt werden. Erinnerungsfunktionen helfen dem Nutzer, aktiv zu bleiben, und auf Wunsch können Inhalte in einigen Interventionen direkt digital mit dem Behandler geteilt werden. Auf diesem Weg gelingt es, die aktive Beteiligung der Patienten am Genesungsprozess zu unterstützen und hilfreiche Anregungen orts- und zeitunabhängig zur Verfügung zu stellen.

Für Erwachsene mit leicht- bis mittelgradigen Depressionen liegt bereits eine Vielzahl guter Wirksamkeitsbelege für digitale Interventionen vor, wenn diese begleitet angeboten werden [11–13].

Begleitung bedeutet dabei, dass die Nutzung der Intervention durch medizinisches Fachpersonal (z. B. Haus-/Facharzt oder Psychotherapeut) in den regulär stattfindenden Terminen unterstützt wird. Motivierende Rückfragen zur Nutzung der Intervention erhöhen die Verbindlichkeit und bieten Raum, Verständnisprobleme zu klären und die Sicherheit der Behandlung zu gewährleisten. Die Begleitung kann dabei im persönlichen Kontakt, telefonisch oder asynchron über sichere E-Mail-/Chatkanäle erfolgen. In dieser Form können und sollten solche Interventionen als Ergänzung der Depressionsbehandlung in Betracht gezogen werden, besonders in Anbetracht der bestehenden Versorgungsengpässe. Seit Anfang 2020 ist dafür mit dem Digitale Versorgung-Gesetz (DVG) in Deutschland die Rechtsgrundlage geschaffen. In der Verordnung für Digitale Gesundheitsanwendung (DiGA) ist festgelegt, dass die Kosten für geprüfte DiGA durch gesetzliche Krankenkassen übernommen werden. Über einen Antragsprozess beim Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) werden sowohl die Evidenzbasis der Inhalte sowie die technische Integrität und die Umsetzung des Datenschutzes geprüft. Basierend auf den vorgelegten Wirksamkeitsnachweisen werden geeignete Interventionen anschließend vorläufig oder dauerhaft ins sogenannte DiGA-Verzeichnis (https://diga.bfarm.de/de/verzeichnis) aufgenommen.

Dort finden sich Informationen zum Anwendungsbereich, der Evidenzbasis sowie zu den mit der Verordnung verbundenen ärztlichen Tätigkeiten. So können Leistungserbringer schnell einen Überblick über verfügbare Interventionen gewinnen, die weit höherem Standard genügen müssen als die weitgehend ungeprüften Apps aus dem App-/PlayStore. Ein europäisch konsentiertes und in mehr als zehn Sprachen (inklusive arabisch) verfügbares Tool, das von der Stiftung Deutsche Depressionshilfe kostenfrei angeboten wird, ist das iFightDepression-Tool, dessen Wirksamkeit in einer randomisierten kontrollierten Studie gegenüber progressiver Muskelentspannung als aktiver Kontrolle nachgewiesen wurde [13].

Die Verordnung erfolgt dabei extrabudgetär über Muster 16 (Vordrucke der Kassenärztliche Bundesvereinigung für die vertragsärztliche Versorgung, Vordruckvereinbarung siehe Anlage 2 Bundesmantelvertrag BMV-Ä) und anhand der Pharmazentralnummer (zu finden im DiGA-Verzeichnis) und kann durch Ärzte und Psychotherapeuten ausgestellt werden.
Darüber hinaus besteht für Patienten, die bereits eine entsprechende Diagnose haben, die Möglichkeit, die DiGA bei ihrer Krankenkasse zu beantragen. Es kann also hier auch zu einer Anwendung der DiGA ohne Verordnung kommen.

Depressionsbehandlung durch niedergelassene (psychologische) Psychotherapeuten

Neben dem Hausarzt steht die ambulante Psychotherapie oft als erstes Glied in der Versorgungskette depressiver Erkrankungen, da sie nicht selten eigeninitiativ aufgesucht wird. Somit stellt die ambulante Psychotherapie häufig die erste fachspezifische Anlaufstelle und Behandlungsmaßnahme dar und nimmt im Behandlungsspektrum eine wichtige Schnittstelle ein. Seit ihrer Implementation in die Psychotherapierichtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) werden die psychotherapeutische Sprechstunde und die Akuttherapie als antragsfreie Leistungen niedrigschwellig durch Psychotherapeuten erbracht.
Die Therapeuten haben damit die Möglichkeit, den Patienten Kurzinterventionen zeitnah und bedarfsgerecht anbieten zu können, ohne eine langfristige Therapie beantragen zu müssen. Während probatorischer Sitzungen (in der Regel maximal fünf Sitzungen), die vor der eigentlichen Antragstellung für ambulante Psychotherapie durchgeführt werden, kann hier psychopathologische und psychotherapeutische Differenzialdiagnostik und Aufklärung über die Erkrankung und ihre Behandlungsmöglichkeiten erfolgen. Im Idealfall kann so die depressive Erkrankung früh diagnostiziert, einer Chronifizierung vorgebeugt werden und die Behandlung im ambulanten Setting enden.
Bei höherem Schweregrad und insbesondere bei schweren depressiven Episoden, dem Vorliegen von Suizidalität, vitaler Gefährdung (z. B. bei bipolarer Depression, durch komorbide organische Erkrankungen oder starke Gewichtsabnahme im Rahmen der Depression), komorbider Suchterkrankung oder psychotischer Symptomatik muss die Behandlung erweitert (parallele psychiatrische oder anderweitig fachärztliche ambulante Behandlung) oder über die Notwendigkeit eines Settingwechsels hin zu teilstationärer oder stationärer Behandlung informiert werden. An dieser Stelle kommt der ambulanten Psychotherapie eine wichtige Vermittlerrolle zu, nicht selten müssen zunächst Vorurteile abgebaut und der Patient für die nächsten Schritte motiviert werden. Idealerweise sollte an dieser Schnittstelle eine Übergabe an den Nach- bzw. Mitbehandler bezüglich Behandlungsindikation und -schwerpunkten stattfinden, um die bereits erhobenen Informationen effizient zu nutzen.
Meist kehrt der Patient nach erfolgreicher (teil)stationärer Behandlung in die ambulante Therapie zurück, nachdem er durch eine Reduktion der Symptomschwere die Voraussetzungen dafür wieder erfüllt. Vorteile der ambulanten Psychotherapie im Vergleich zu einer stationären Therapie sind die vergleichsweise niedrigen Kosten, die Erhaltung der Unabhängigkeit und Selbstständigkeit des Patienten und der Teilhabe in Alltag und Beruf.
Auch der Einbezug von Angehörigen und konsiliarischer Austausch lassen sich gut in die Behandlung integrieren. Trotz der hohen Relevanz der ambulanten Psychotherapie ist die Versorgungslage zumindest außerhalb großstädtischer Lebensräume und insbesondere für schwer oder komorbid Erkrankte oft unzureichend, trotz vereinzelter positiver Entwicklungen (z. B. Genehmigungen zu videobasierter Psychotherapie und antragsfreien Kurzinterventionen wie die psychotherapeutische Sprechstunde, die Akut- und die Gruppentherapie).
Im Auftrag des G-BA konnte in einem Gutachten festgestellt werden, dass mindestens 1.600 psychotherapeutische Praxissitze, vor allem in ländlichen und strukturschwachen Regionen, zusätzlich erforderlich sind. Gerade der ländliche Mangel an niedergelassenen Psychotherapeuten kann zu langen Wartezeiten führen, die zur Chronifizierung einer Depression und weiteren Gesundheitskosten beitragen.

Die Sicht des niedergelassenen Psychiaters

Neben Psychotherapie ist die zweite Säule der Depressionsbehandlung die Psychopharmakotherapie; bei schweren Depressionen sollten gemäß S3-Leitlinie beide Verfahren kombiniert angewendet werden. Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind sowohl umfassend medizinisch-psychiatrisch wie auch psychotherapeutisch in einem Richtlinienverfahren ausgebildet. Ihr Tätigkeitsspektrum reicht im vertragsärztlichen Versorgungsbereich von der eher psychiatrisch diagnostisch ausgerichteten Versorgerpraxis mit sehr hoher Patientenzahl über die spezialisierte Praxis für bestimmte Krankheitsbilder (z. B. ADHS-Versorgung für Erwachsene, Demenzversorgung) bis hin zur ärztlich-psychotherapeutischen Praxis z. B. als Verhaltenstherapeut, tiefenpsychologischer Psychotherapeut oder Psychoanalytiker und neu auch ausgebildet in systemischer Therapie.
Die Grundkompetenz, beide Versorgungsformen – psychiatrisch UND psychotherapeutisch – anzubieten, bietet Kollegen mit einer hohen Patientenzahl die Möglichkeit, psychotherapeutische Interventionen indikationsgerecht einzusetzen. Es kommen dann insbesondere die Kurzinterventionselemente der Psychotherapie-Richtlinie, wie die psychotherapeutische Sprechstunde sowie die Akuttherapie, zum Einsatz. In den Praxen mit einem gemischten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangebot werden dann eher probatorische Sitzungen sowie Kurz- und Langzeitpsychotherapien und zunehmend auch Gruppentherapien angeboten. Dem schwerpunktmäßig psychotherapeutisch tätigen Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie ist es neben seiner psychotherapeutischen Arbeit möglich, seine Patienten auch medizinisch und insbesondere psychopharmakologisch zu versorgen.
Fachärzte der genannten Fachgruppe gehören in der vertragsärztlichen Bedarfsplanung zur Planungsgruppe „Nervenheilkunde“. Kollegen, die eine überwiegend psychotherapeutische Tätigkeit anstre-

ben, zählen dann zu den ärztlichen Psychotherapeuten in einer eigenen Bedarfsplanungsgruppe zusammen mit den psychologischen Psychotherapeuten. Letztere leisten Versorgung durch die oben genannten psychotherapeutischen Methoden, allerdings ohne die medizinischen Kenntnisse, die der Facharzt im Rahmen seines Medizinstudiums mit nachfolgender Facharztweiterbildung erlernt. Für niedergelassene Fachärzte mit Psychotherapieschwerpunkt (einschließlich der Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) gelten viele der im vorherigen Absatz genannten Punkte ebenfalls.

Die Zugangswege zum niedergelassenen Psychiater sind ganz unterschiedlich: wie oben dargestellt, über Allgemeinärzte oder psychologische Psychotherapeuten, aber auch über den Direktkontakt durch die Patienten. In der Versorgungskette ist der niedergelassene Psychiater zwischen Allgemeinarzt und (teil-)stationärem Behandlungssystem positioniert. Für viele an einer psychischen Erkrankung leidenden Patienten sind niedergelassene Psychiater die primären und auch langjährigen ärztlichen Ansprechpartner. Sie begleiten den Patienten oft über mehrere Krankheits- und Lebensphasen.

Aufgrund dieser besonderen Stellung ist „Networking" für niedergelassene Fachärzte nicht nur ein Modewort des digitalen Zeitalters, sondern die Basis für eine gelingende Patientenversorgung. Bestimmt kann die Arbeit auch als „Einzelkämpfer" durchgeführt werden, jedoch ist die Arbeit im Netzwerk nicht nur befriedigender, sondern auch der Komplexität der heutigen Medizin angemessener. Aus dem Blickwinkel der niedergelassenen Psychiater im Praxisalltag ist eine Netzwerkpflege zu anderen Fachärzten zentral. Rein psychiatrisch-psychotherapeutisch geführte Praxen verfügen häufig über eigene Möglichkeit der Blutentnahme/-untersuchung und selten auch EKG-Diagnostik. Labor- und EKG-Untersuchungen sind für die Kontrolle unerwünschter Nebenwirkungen von Psychopharmaka essenziell. Können die Untersuchungen in der psychiatrischen Praxis nicht erfolgen, kommt diese Aufgabe in aller Regel dem Hausarzt zu, was die Relevanz einer exzellenten kollegialen Verbindung zu Hausarzt, Internist oder Labormediziner unterstreicht. Fachärzte (FÄ) für Neurologie gehören zu den engsten Kollegen der Psychiater.

Psychiatrische und neurologische Erkrankungsbilder treten vergesellschaftet auf. Häufig ist bei Erstauftreten einer psychischen Erkrankung eine Bildgebung (cMRT) über die radiologische Praxis im Netzwerk indiziert. Die FÄ für Endokrinologie werden zentral in der Versorgungskette, wenn Schilddrüsenerkrankungen und andere Stoffwechselstörungen diagnostiziert werden, die nicht selten mit psychischen Erkrankungen assoziiert sind. Für die Psychiater kann jedoch die Vernetzung mit FÄ aller Art grundlegend für das Gelingen der Behandlung und Patientenzufriedenheit sein; eine engere Zusammenarbeit besteht z. B. auch mit FÄ für HNO (beispielsweise bei Tinnitus), FÄ für Gynäkologie (peripartale psychische Erkrankungen), FÄ für Orthopädie (chronische Schmerzen) und FÄ für Dermatologie.

Ein weiteres grundlegendes Netzwerk wird mit benachbarten Berufsgruppen und Institutionen gebildet. Hier sind u. a. Psychologische Psychotherapeuten, Sozialberatung und Ergotherapie gemeint. Weiterhin besteht eine Zusammenarbeit mit den institutionellen Versorgern, wie psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken, der stationäre Bereich der Fachabteilungen für Psychosomatik bzw. Psychiatrie und Psychotherapie, aber auch mit Seniorenheimen, Wohngruppen und Reha- Einrichtungen.

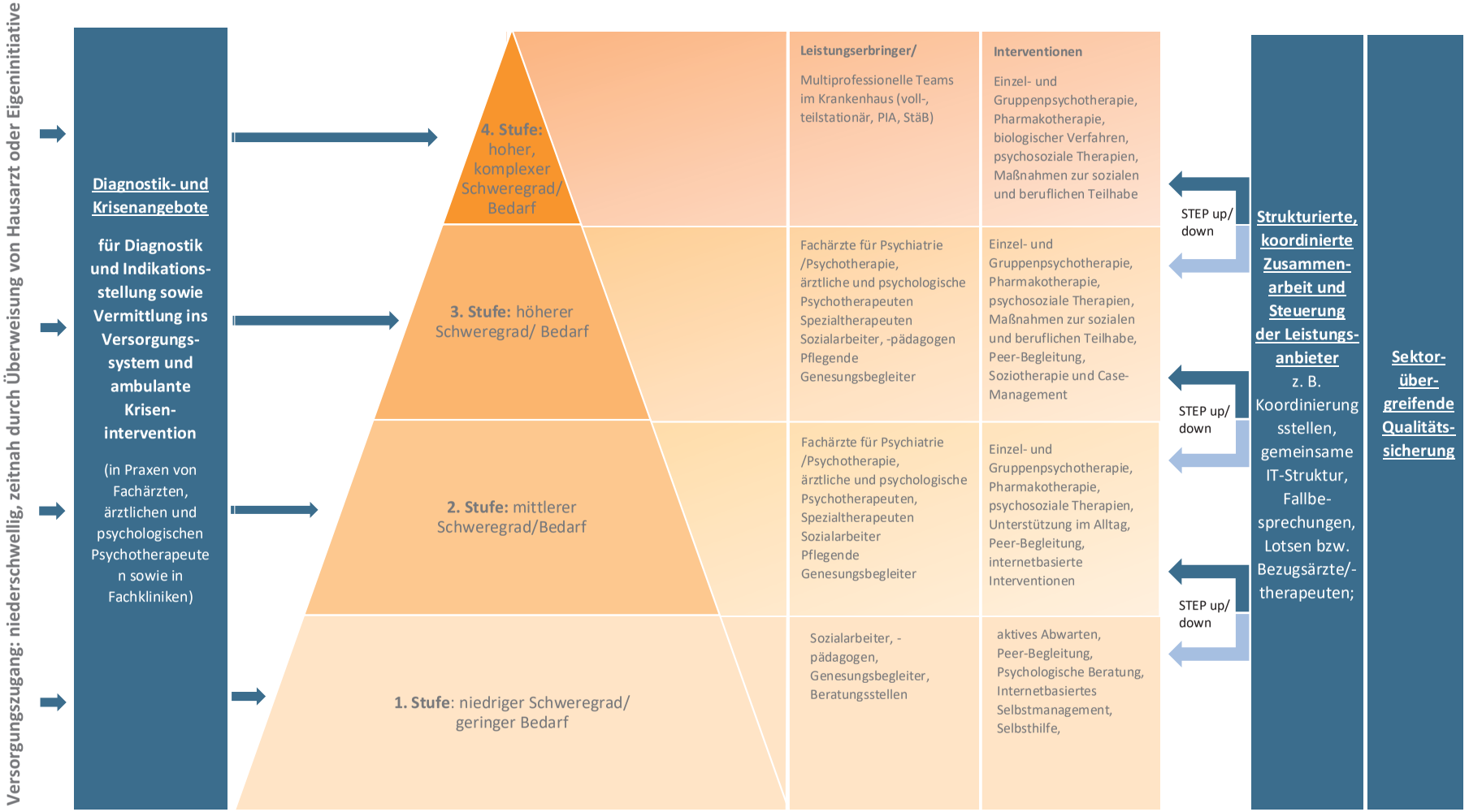
Kollegen, die sich auf ihrem Berufsweg aus dem „vertrauten Netz" einer Klinik oder einem MVZ in die eigene Niederlassung entwickeln, sind aufgerufen, sich eigeninitiativ im ambulanten Setting zu vernetzen. Ein guter Kontakt zum stationären Versorgungsbereich sollte aufrechterhalten bzw. gesucht werden, nicht zuletzt um die Schnittstelle zum stationären Sektor in beide Richtungen (zur Einweisung, nach Entlassung) zu optimieren. Im Vertragsarztbereich sind bisher patientenzentrierte Teambesprechungen, in denen man sich fachübergreifend und „DSGVO-konform" über Fragen austauschen kann, nicht systematisch etabliert.

Im Rahmen von Qualitätszirkeln sind in sehr vielen Regionen der Kassenärztlichen Vereinigungen allerdings Fallbesprechungen neben fachlicher Weiterbildung fachspezifisch auch für Neurologen, Psychiater, Nervenärzte, Psychosomatiker und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychiatern und -psychotherapeuten etabliert. Neben dem Eintritt als Mitglied in die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung des Landes, Berufsverbände und Landesärztekammer ist daher Eigeninitiative im Networking gefragt. Im Zuge der Digitalisierung entstehen jedoch gerade für diesen Bedarf datensichere Möglichkeiten, Fachkompetenzen auf dem digitalen Weg zu bündeln.

Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA)

Die PIA sind ein Sonderfall des psychiatrischen Versorgungssystems, der durch § 118 SGB V geregelt ist. Hier handelt es sich um an psychiatrische Kliniken angeschlossene Ambulanzen, in denen Patienten mit schwerer psychischer Erkrankung (durch Positivliste definiert, auf der auch schwere Depressionen zu finden sind) versorgt werden; gut eine Million Menschen werden pro Jahr in einer PIA behandelt. PIA haben die Verpflichtung eines Notfallversorgungsangebots rund um die Uhr; die Behandlungsleitung muss fachärztlich erfolgen und ein multiprofessionelles Team muss vorgehalten werden. Ziel der PIA ist es u. a. stationäre Aufenthalte zu verkürzen bzw. zu vermeiden, für schwer kranke Patienten die ambulante und die stationäre Behandlung besser zu verzahnen und ein Behandlungsangebot für Patienten zu machen, die im sonstigen ambulanten System nicht zurechtkommen. Der Zugang zur PIA soll durch eine fachärztliche Überweisung erfolgen oder unmittelbar im Anschluss an eine stationäre Therapie; obligat ist dies jedoch nicht und insbesondere im psychiatrischen Notfallsystem haben die PIA eine wichtige Aufgabe. Im Rahmen der Depressionsbehandlung bieten PIA häufig die Möglichkeit einer höherfrequenten psychiatrischen Behandlung in Kombination mit niedrigschwelligen psychotherapeutischen Interventionen einschließlich einer Reihe von gruppentherapeutischen Angeboten.

DGPPN-Modell für eine gestufte und koordinierte Versorgung



In Anlehnung an das RECOVER-Therapiemodell, Hamburg: www.recover-hamburg.de/recover-modell

Abb. 1: DGPPN-Modell für eine gesteuerte und koordinierte Versorgung

Grafik: © DGPPN [15], mit freundlicher Genehmigung

Tagesklinische Depressionsbehandlung

Die tagesklinische psychiatrische Behandlung versteht sich als Schnittstelle zwischen der ambulanten und der stationären Versorgung und implementiert wichtige Elemente des gestuften („stepped care“) und interdisziplinären („collaborative care“) Versorgungskonzepts bei der Behandlung von Patienten mit einer depressiven Erkrankung. Im Sinne eines gestuften Versorgungsansatzes kann das tagesklinische Angebot entweder an eine stationäre Behandlung anschließen, um die im Rahmen der Akuttherapie erfolgte Remission weiter zu verfestigen oder auf Zuweisung aus der ambulanten hausärztlichen oder psychiatrischen Versorgung erfolgen, um die Therapie bei fehlendem Ansprechen bezüglich der vertragsärztlich möglichen Interventionen auf der darauf folgenden höheren Intensitätsstufe fortzusetzen [2].

Die Behandlungsteams setzen sich aus Ärzten, Pflegern, Psychologen und zumeist Ergotherapeuten, Physiotherapeuten und Sozialdienstmitarbeitern zusammen. Ziel ist hierbei durch multimodale einzel- und gruppentherapeutische Angebote die Belastbarkeit, den Aktivitätenaufbau sowie die Tagesstrukturierung zu fördern, um den Wiedereintritt in den häuslichen wie auch beruflichen Alltag nachhaltig zu gewährleisten. Hierbei ist eine enge Vernetzung mit den Akteuren des ambulanten Versorgungssystems – psychiatrisch, psychotherapeutisch wie auch hausärztlich – notwendig, um die medikamentöse und psychotherapeutische Behandlung im Sinne einer Erhaltungstherapie weiter fortführen zu können und um somit Rückfälle zu vermeiden. Dieses interdisziplinäre Versorgungskonzept wird in der tagesklinischen Behandlung durch die Evaluation und Planung weiterführender medizinischer oder beruflicher rehabilitativer Maßnahmen komplettiert, zusätzlich erfolgt je nach Bedarf eine Vernetzung mit dem Arbeitsplatz des Patienten, um bereits während der tagesklinischen Behandlung eine schrittweise Wiedereingliederung in das Berufsleben zu planen.

Stationäre Depressionsbehandlung

Die stationäre Depressionsbehandlung ist die aufwendigste und intensivste Behandlungsform. Gemäß NVL-Leitlinie stellt Gefährdung durch Suizidalität eine Notfallindikation für eine stationäre Therapie dar; andere Indikationen sind schwerwiegende psychosoziale Faktoren und den Therapieerfolg massiv behindernde äußere Lebensumstände, Chronifizierungsgefahr und Therapieresistenz. Dementsprechend wurden, beginnend in den 1980er-Jahren, Schwerpunktstationen für Depressionsbehandlung entwickelt, die insbesondere auf schwer zu behandelnde und chronifizierte Depressionen abzielen [14].

Ein multimodales Therapieangebot, bestehend aus Pharmako-, Sozio- und Psychotherapie ist auf die Behandlung depressiver Erkrankungen abgestimmt und mit einem entsprechenden therapeutischen Milieu verbunden. Vorgehalten werden depressionsspezifische Psychotherapien (bspw. CBASP[9], IPT[10]), optimierte Psychopharmakotherapie einschließlich Therapeutischem Drug Monitoring (TDM) und schnellwirksamen Antidepressiva (z. B. Esketamin) sowie idealerweise auch neurostimulatorische Verfahren wie rTMS[11] und Elektrokonvulsionstherapie (EKT).

Vor allem die Vorhaltung der EKT als effektivstes Verfahren zur Behandlung der therapieresistenten Depression ist ein wertvoller Baustein in der Behandlungskette. Komplementäre Therapien, Sport und andere Bewegungsangebote, Psychoedukation und Angehörigenarbeit ergänzen das Portfolio der stationären Depressionsbehandlung. Eine enge Abstimmung mit dem ambulanten Behandlungsnetzwerk ist von hoher Bedeutung, um zum einen schnell bei Verschlechterung einer bestehenden Erkrankung intervenieren zu können, zum anderen aber auch, um die Folgebehandlung gut zu planen und einen Rückfall zu verhindern.

Gesteuerte und gestufte Versorgung für Patienten mit Depressionen

Die genannten Versorgungsangebote beziehen sich vor allem auf akut erkrankte Patienten; die Bereiche der rehabilitativen Medizin sind ausgenommen. Allerdings darf nicht unerwähnt bleiben, dass der rehabilitative Therapieansatz insbesondere bei der Depressionsbehandlung von Beginn an in die Akutbehandlung einfließt. Institutionelle rehabilitative Behandlung erfolgt zumeist im Rahmen der sog. Medizinischen Rehabilitation in psychosomatischen Kliniken unterschiedlicher Träger.

Die Steuerung der Zuweisung erfolgt über die Kostenträger, denn diese Leistungen müssen bei Renten- oder Krankenversicherung beantragt werden. Nicht selten steuert der Kostenträger selbst die Zuweisung zu einer medizinischen Rehabilitationsmaßnahme auch ohne Vernetzung zu den an der Akutbehandlung beteiligten Ärzten und Therapeuten. Aber auch die wichtigen Angebote der Selbsthilfe und der Patientenorganisationen fehlen in dieser Übersicht, was aber ihre Bedeutung keineswegs schmälern soll.

Es wird jedoch erkennbar, dass es in Deutschland ein sehr ausdifferenziertes Versorgungssystem für an Depressionen leidende Patienten gibt und eine hochqualitative Versorgung in der Breite ermöglicht. Die Nachteile sind jedoch der unkoordinierte Zugang und die nicht seltenen Schnittstellenverluste. Folge sind Unterversorgung, gerade bei schwer erkrankten Patienten, die Probleme haben, das komplexe System zu navigieren, aber auch Überversorgung bspw. durch die Durchführung von hochintensiven Angeboten bei dem Vorliegen von leichten Depressionen. Das Problem ist von den Kostenträgern als auch Leistungserbringern erkannt. So hat der G-BA in 2021 die ambulante Komplexbehandlung für Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen geregelt, um eine multiprofessionelle und aufeinander abgestimmte Therapie zu ermöglichen. Bereits 2020 wurde ein Disease Management Programm (DMP)

[9] Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy [10] Interpersonelle Psychotherapie [11] repetetive transkranielle Magnetstimulation

[12] Selektive Serotonin-Wiederaufnahme-Inhibitoren

Depression beschlossen. Für beides sind jedoch Umsetzungs- und Finanzierungsfragen noch ungeklärt, so dass aktuell noch keine Angebote bestehen. Es kann jedoch erwartet werden, dass die Umsetzung der ambulanten Komplexbehandlung als auch des DMP Depression zu einer besseren und koordinierten Versorgung von Patienten mit Depressionen führen wird.

Die DGPPN hat ein Modell für eine gesteuerte und koordinierte Versorgung für psychische Erkrankungen erarbeitet (Abb. 1), das sich gut auf die Versorgung depressiver Erkrankungen anpassen lässt. In diesem Stufenmodell würden Patienten mit einer leichten bis mittelschweren, unkomplizierten Depression primär vom Allgemeinarzt mit niedrigintensiven und niedrigschwelligen psychosozialen Interventionen (Psychoedukation, geleitete Selbsthilfe und DiGA vorwiegend in Form von technologiegestützter kognitiver Verhaltenstherapie) behandelt.

Hinzu kommt bei mittelschweren Formen entweder eine medikamentös-antidepressive Therapie (Medikamente der ersten Wahl meist SSRI[12], z. B. Citalopram), die der Allgemeinarzt selbst initiieren oder monitoren kann, oder die Veranlassung einer ambulanten Psychotherapie. Beim Vorliegen von schweren Depressionen, verkomplizierenden Faktoren, „red flags" wie ausgeprägte Antriebsschwäche, psychotischen Symptomen, häufigen Rezidiven, Suizidversuchen in der Vorgeschichte als auch bei Nichtansprechen sollte die Überweisung zu einem niedergelassenen Facharzt erfolgen. Von diesem kann bei entsprechendem Schweregrad, Therapieresistenz oder komplexen Behandlungsbedarf weiter in das (teil-)stationäre Setting vermittelt werden.

Handlungsweisende Suizidalität ist in jedem Fall eine Notfallindikation für eine stationäre Einweisung, gegebenenfalls auch gegen den Willen des Patienten. Unbedingt ist die Kommunikation und die Koordination über die Behandlungssektoren hinweg sicherzustellen, nicht zuletzt da es sich bei Depressionen um länger anhaltende und häufig rezidivierende Erkrankungen handelt. Langfristiges Ziel der Depressionstherapie sollte Teilhabe und Wiederherstellung der sozialen und beruflichen Funktionsfähigkeit sein als auch das Vermeiden von Wiedererkrankung und Chronifizierung. Zum Erreichen dieses Ziels braucht es solche gestuften Behandlungsansätze, um die vorhandenen Ressourcen klug einzusetzen und langfristig eine optimale Behandlung depressiver Erkrankung zu gewährleisten.

Ansprechpartner für die Autoren:
Prof. Dr. med. Andreas Reif
E-Mail: andreas.reif@kgu.de
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum Frankfurt – Goethe Universität, Frankfurt am Main

Foto: Uwe Dettmar

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

„Train the Trainer"– Seminare für Weiterbildungsbefugte Allgemeinmedizin/ Kinder- und Jugendmedizin

Eine gute Weiterbildung bildet den Grundstein, um qualifizierten Nachwuchs für die Allgemeinmedizin sicherzustellen. Daher bietet das Kompetenzzentrum Weiterbildung Hessen „Train the Trainer" (TTT)-Seminare für Weiterbildungsbefugte an.

Das Angebot umfasst ein Basisseminar, ein Aufbauseminar, sowie fortlaufende Online-Vertiefungsseminare. Themenschwerpunkte der Basis- und Aufbauseminare, die in Kooperation mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und der Landesärztekammer Hessen durchgeführt werden, sind die Strukturierung der Weiterbildung, das Feedback-Training sowie das Fehlermanagement. Die Vertiefungsseminare werden zu wechselnden aktuellen Themen angeboten, wie z. B. „Weiterbildung in Pandemiezeiten" oder „E-Logbuch".

Die Teilnahme ist kostenfrei. Die Seminare werden mit CME-Punkten zertifiziert.

Basisseminare (Präsenzveranstaltung im Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg/ Hessen)
- Freitag, 1. April 2022, 16 Uhr bis Samstag, 2. April 2022, ca. 15:30 Uhr
- Freitag, 14. Oktober 2022, 16 Uhr bis Samstag, 15. Oktober 2022, ca. 15:30 Uhr

Aufbauseminar (Präsenzveranstaltung im Seminarhotel Jakobsberg in Grünberg/Hessen)
- Freitag, 4. November 2022, 16 Uhr bis Samstag, 5. November 2022, ca. 15:30 Uhr

Vertiefungsseminar (Online-Format) mittwochs 18–19.30 Uhr 1x im Quartal, Termine werden auf der Website www.kwhessen.de bekannt gegeben

- **Anmeldung per E-Mail:** weiterbildung@allgemeinmedizin.uni-frankfurt.de
- **Informationen im Internet:** www.kwhessen.de Fon: 069 6301-84225

Literatur zur Serie Depression – Teil 2:

Interdisziplinäre sowie intersektorale Zusammenarbeit in der Depressionsbehandlung

Von eHealth bis zu stationärer Behandlung

von Prof. Dr. med. Andreas Reif et al.

[1] Melchior, H., Schulz, H., Härter, M. (2014) Faktencheck Gesundheit. Regionale Unterschiede in der Diagnostik und Behandlung von Depressionen. Bertelsman Stiftung. Verfügbar unter: https://www.bertelsmann-stiftung.de/fileadmin/files/user_upload/Faktencheck_Depression_Studie.pdf [cited: 2021.10.06].

[2] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2015). Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. [cited: 2021.10.06]. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de.

[3] Trautmann, S., Beesdo-Baum, K., Knappe, S., Einsle, F., Knothe, L., Wieder, G., Venz, J., Rummel-Kluge, C., Heinz, I., Koburger, N., Schouler-Ocak, M., Wilbertz, T., Unger, H.-P., Walter, U., Hein, J., Hegerl, U., Lieb, R., Pfennig, A., Schmitt, J., Hoyer, J., Wittchen, H.-U., Bergmann, A. (2017). The treatment of depression in primary care— a cross-sectional epidemiological study. Deutsches Ärzteblatt Int, 114, 721–8.

[4] Ebel, H. & Beichert, K. (2002). Depressive Störungen bei Patienten der Allgemeinmedizin. Früherkennung und therapeutische Ansätze. Deutsches Ärzteblatt, 99 (3),124–130.

[5] Schlüssel, S. & Gensichen, J. (2020). „Müde, schlapp und abgeschlagen" – Differenzialdiagnosen von A wie Anämie bis Z wie Zöliakie. MMW Fortschritte der Medizin, 1, 31–34.

[6] Kammer, J., Rahman, M., Finnerty, M., Layman, D., Vega, K., Galfalvy, H., Labouliere, C., et al. (2021). Most Individuals Are Seen in Outpatient Medical Settings Prior to Intentional Self-Harm and Suicide Attempts Treated in a Hospital Setting. The Journal of Behavioral Health Services & Research, 48 (2), 306–319.

[7] Stene-Larsen, K., & Reneflot, A. (2019). Contact with primary and mental health care prior to suicide: A systematic review of the literature from 2000 to 2017. Scandinavian Journal of Public Health, 47 (1), 9–17.

[8] Delker, P., Jung-Sievers, C., Niebling, W., Wolf, F., Bschor, T., Hautzinger, M., Kühner, C., Matzat, J., Schauenburg, H., Schneider, F., Berger, M., Schulz, H., Härter, M. & Gensichen, J. (2019). Leitlinienorientierte Diagnostik und Therapie unipolarer Depressionen in der Hausarztpraxis. Zeitschrift für Allgemeinmedizin, 95 (10), 413–418.

[9] Gensichen J, von Korff M, Peitz M, Muth C, Beyer M, Güthlin C, Torge M, Petersen JJ, Rosemann T, König J, Gerlach FM; PRoMPT (PRimary care Monitoring for depressive Patients Trial) (2009). Case management for depression by health care assistants in small primary care practices: a cluster randomized trial. Ann Intern Med. 15;151(6):369–78.

[10] DGPPN, BÄK, KBV, AWMF (2017). Hrsg. für die Leitliniengruppe Unipolare Depression*. S3-Leitlinie/Nationale Versorgungs Leitlinie Unipolare Depression – Langfassung, 2. Auflage. Version 5. 2015 [cited: 2021.12.22]. DOI: 10.6101/AZQ/000364. www.depression.versorgungsleitlinien.de.

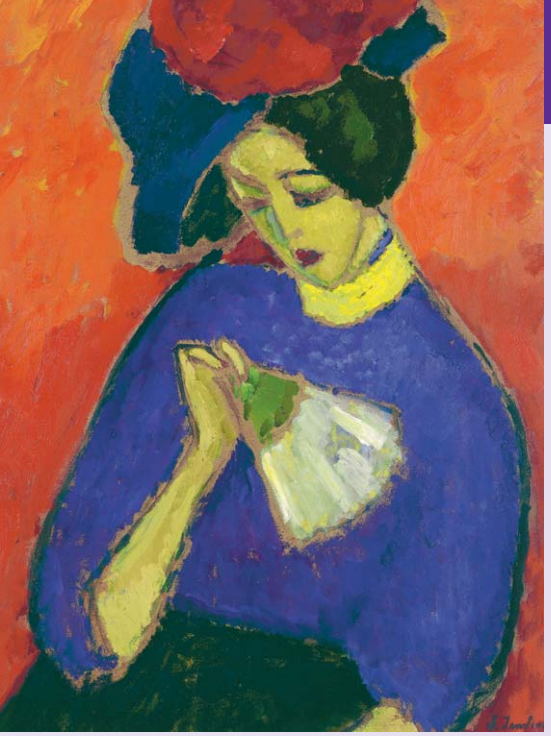
[11] Wright JH, Owen JJ, Richards D, et al. Computer-Assisted Cognitive-Behavior Therapy for Depression. J Clin Psychiatry. 2019;80(2).

[12] Andersson G, Topooco N, Havik O, Nordgreen T. Internet-supported versus face-to-face cognitive behavior therapy for depression. Expert Rev Neurother. 2016;16(1):55–60.

[13] Oehler C, Görges F, Rogalla M, Rummel-Kluge C, Hegerl U (2020): Efficacy of a Guided Web-Based Self-Management Intervention for Depression or Dysthymia: Randomized Controlled Trial With a 12-Month Follow-Up Using an Active Control Condition. J Med Internet Res 22(7): e15361.

[14] Wolfersdorf M, Müller B; AK Depressionsstationen Deutschland/Schweiz. Zur Situation der stationären Depressionsbehandlung in Deutschland [Situation of treatment for depressed in-patients in Germany]. Psychiatr Prax. 2007 Sep;34 Suppl 3: S277–80. German.

[15] Quelle: https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/11a14679d449d3abc76fdd61fb7ff6c428310f67/DGPPN_Standpunktepapier%20web.pdf



Alexej von Jawlensky, Dame mit Fächer, 1909, Öl auf Karton, Museum Wiesbaden.

Foto: Museum Wiesbaden/Bernd Fickert

Alexej von Jawlensky in Wiesbaden

Jubiläumsausstellung zeigt Bilder und Anekdoten

Zu dem Zeitpunkt seiner Geburt gibt es mehrere Versionen. So steht auf dem Anmeldeschein in München „1866, korrigiert zu 1864!" Eine andere Quelle behauptet, Alexej von Jawlensky habe erst 1867 das Licht der Welt erblickt. Nach der Erzählung seiner alten Amme sei er sozusagen „auf dem Weg geboren" worden, in Torschok oder einem benachbarten Ort in der russischen Provinz, schrieb der russische Künstler in seinen Erinnerungen. Inzwischen wird 1864 als sein Geburtsjahr angegeben. Am 15. März 1941 starb Alexej von Jawlensky in Wiesbaden.

Zwanzig Jahre zuvor, im Juni 1921, war der Maler nach Lebensstationen in Moskau, St. Petersburg, München und der Schweiz erstmals nach Wiesbaden gekommen. Bald darauf wählte er die damalige Kunstmetropole als künftigen Wohnsitz; seine bekanntesten Werke – vielfältige Variationen des menschlichen Gesichts – entstanden hier.

Von expressiven Köpfen zum seriellen Werk

Unter dem Titel „Alles! 100 Jahre Jawlensky in Wiesbaden" widmet ihm das Museum Wiesbaden eine große Jubiläumsausstellung. Die 111 gezeigten Arbeiten aus dem Bestand des Museums, die Jawlenskys Schaffen von den expressiven Köpfen bis zum seriellen Werk umfassen, werden bis zum 27. März 2022 erstmals in der Geschichte des Museums komplett präsentiert. Alle Entwicklungsstufen des großen Expressionisten – seine frühe Münchener Phase, der Murnauer und Schwabinger Aufbruch, die Schweizer Exilzeit sowie die wichtige Wiesbadener Periode – sind mit Hauptwerken vertreten.

Was in den Jahren bis zu Jawlenskys Tod geschah und wie die Sammlung seiner Werke bis heute gewachsen ist, thematisiert die beeindruckende Schau mit einem durch 16 Räumen führenden erzählerischen Konzept: Eingerahmt werden die Werke des Künstlers von 30 Jawlensky-Geschichten. Biografische Ereignisse und Einblicke in die Freundschaften des Malers in Wiesbaden reihen sich an die Aufarbeitung museumsgeschichtlicher Erfolge und Skandale der Nachkriegszeit.

Geschichten und Anekdoten

Nicht nur um die Geburt, auch um das weitere Leben des Alexej von Jawlensky ranken sich viele Anekdoten. Mit dem Ziel, Offizier zu werden, war er als 16-Jähriger nach Moskau gekommen, wo er durch den Besuch einer Industrie- und Kunstausstellung 1882 seine Liebe zur Malerei entdeckte und an einer Akademie zu malen und zeichnen begann.

Wesentlich wurde sein neu entdecktes Talent unterstützt von Marianne von Werefkin, einer vermögenden Baronin und Malerin, die wegen ihres Erfolges „Russischer Rembrandt" genannt wurde: „Ich (...) befreite ihn vom Dienst, gab ihm ein Atelier und die Möglichkeit, ohne Sorge zu arbeiten, pflegte seine Gesundheit, machte ihn frei von der Routine der Akademie, umgab ihn mit Glorienschein, (...) brachte ihn ins Ausland, formte seinen Geschmack, gab ihm Wissen, lehrte ihn die Kunst lieben, verschaffte ihm Gönner. (...) Ich habe ihn geschliffen", hielt sie in ihren Lebenserinnerungen fest.

Blauer Reiter, Klassische Moderne

Von Werefkin wurde Jawlenskys Lebensgefährtin und gab zehn Jahre lang sogar ihre eigene Malerei auf, um sich der Förderung ihres Schützlings zu widmen. Sie inspirierte ihn 1894 zu dem Umzug nach München, damals Hauptstadt fortschrittlicher Malerei. Jawlensky begann mit Stillleben und Figurendarstellungen zu experimentieren, ein großes Vorbild für ihn war Vincent van Gogh. In München schloss er sich der Künstlergruppe „Der Blaue Reiter" an und stieg zu einem der Hauptprotagonisten der Klassischen Moderne auf. Obwohl Werefkin und Jawlensky als eines der wegweisenden Künstlerpaare der Avantgarde in den Kanon der Kunstgeschichte eingegangen sind, war die Beziehung kompliziert und bekam schwere Risse, als Jawlensky ein Verhältnis mit Werefkins Dienstmädchen Helene begann.

In Wiesbaden erwartet

Nach Ausbruch des Ersten Weltkriegs gingen Werefkin und Jawlensky ins Schweizer Exil, wo sie in engen räumlichen Verhältnissen miteinander lebten und arbeiteten, bevor sie sich 1921 schließlich trennten. Werefkin blieb in Ascona, während Jawlensky mit seiner Familie – Helene hatte 1902 den gemeinsamen Sohn Andreas Jawlensky zur Welt gebracht – nach Wiesbaden zog. „In Wiesbaden man erwartet mich schon"; schrieb Jawlensky 1921 an den Schweizer Sammler Karl Im Obersteg. Ein Satz, in dem die Hoffnung auf einen Neuanfang mitschwingt. In dem Kurort Wiesbaden, wo gerade seine Bilder im Nassauischen Kunstverein und im Neuen Museum ausgestellt wurden, fühlte sich Jawlensky willkommen.

„Hier liebt und versteht man Ihre Kunst wirklich", versicherte ihm seine Agentin Galka Scheyer. Jawlensky lernte den Kunstmäzen Heinrich Kirchhoff kennen und mit Unterstützung des Kunstvereins wurde 1922 für den Künstler und seine Familie eine erste gemeinsame Wohnung in der heutigen Bahnhofstraße 25 gefunden. Noch im gleichen Jahr gab der Kunstverein Jawlenskys druckgrafisches Mappenwerk Köpfe heraus, deren sechs Grafiken den Beginn der Ausstellung „Alles!" bilden.

Künstlerisches Neuland

Auch künstlerisch beschritt Jawlensky in Wiesbaden Neuland: In der Schweiz hatte er angefangen, Köpfe in kräftigen Farben zu malen – „Variationen" – sowie in Pastell gehaltene kleinformatige „Meditationen", die sogenannten Heilandsgesichter. Noch bis 1920 waren Jawlenskys Porträts geprägt von den weit geöffneten Augen, die den Betrachter geradezu anstrahlten. Doch mit seinem Wunsch, in der Kunst „mehr in die Tiefe zu gehen", schlossen sich auch die Augen seiner Gesichter bis hin zu der Werkreihe der Meditationen, denen er sich bis zu seinem Lebensende widmete. Mit winzigen Nuancen änderte er immer gleiche Motive.

Dass der Werkkomplex von Jawlensky heute einen der großen Schwerpunkte im Museum Wiesbaden bildet, ist nicht selbstverständlich. So lösten die Nationalsozialisten zwischen 1933 und 1937 die erste, noch zu Lebzeiten des Künstlers aufgebaute Sammlung auf. Seine Werke galten als „entartet". Die heutige Wiesbadener Jawlensky-Sammlung wurde in den vergangenen 25 Jahren zur bedeutendsten Sammlung weltweit ausgebaut. Gezeigt werden die Arbeiten nach ihrem Erwerbungsdatum von 1922 bis 2021. Neueste Ergänzung der Jawlensky-Sammlung ist ein Blumenstillleben. 1937 gemalt, ist es eine der letzten künstlerischen Arbeiten des in seinen späten Lebensjahren schwer an Arthritis erkrankten Künstlers.

Jawlensky-Pfad

Jawlensky hatte es geliebt, durch Wiesbaden zu flanieren. Hier fand er Anerkennung und erfuhr später auch als politisch diskreditierter Künstler Zuspruch. Ergänzend zu dem Besuch der Ausstellung kann man sich in der Stadt auf seine Spuren begeben: Mit dem Jawlensky-Pfad (www.jawlenskypfad.de) rufen 27 Orte im Stadtgebiet – Cafés, Geschäfte, Kultureinrichtungen, Park- und Friedhofsanlagen – das Leben des Künstlers in Erinnerung.

Informationen zur Ausstellung (bis 27.03.) im Internet unter https://museum-wiesbaden.de/alles

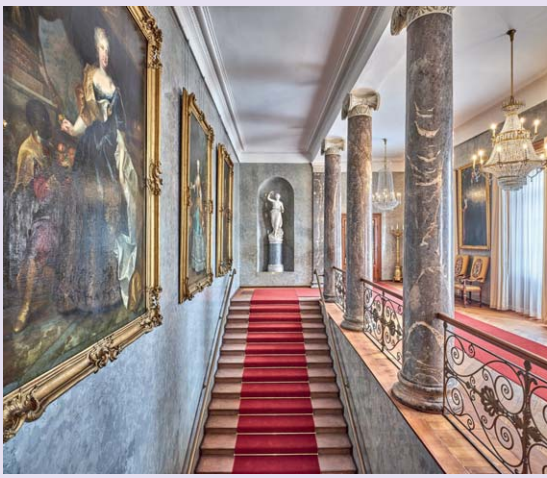
Einladung zur Zeitreise im Schloss Bad Homburg

Zu jeder Jahreszeit ist das in einem weitläufigen Park gelegene Schloss Bad Homburg von besonderem Reiz. Raureifüberzuckerte Bäume und Dächer im Winter, Frühlingserwachen bis zum Erblühen exotischer Pflanzen im Sommer und ein melancholisch-schönes Farbenspiel im Herbst. Der Spaziergang durch den 13 Hektar großen Schlosspark bietet vielseitige Einsichten in die Gartengestaltung vergangener Jahrhunderte. Er führt zu beeindruckenden Gehölzen und Denkmälern, an einem Pfauengehege vorbei und rund um einen romantischen Teich, auf dem Schwäne ihre Bahnen ziehen. Immer öffnen sich neue Blickachsen.

Einst war das Schloss Homburg die Residenz der Landgrafen von Hessen-Homburg und nach 1866 Sommerresidenz der preußischen Könige und deutschen Kaiser. Heute ist es der Hauptsitz der Verwaltung der Staatlichen Schlösser und Gärten Hessen und als Museumsschloss für die Öffentlichkeit zugänglich. Das historische Gebäude dient außerdem als Spielstätte der Bad Homburger Schlosskonzerte. Von weitem sichtbar, überragt der Weiße Turm, Bergfried der mittelalterlichen Burg, die barocke Schlossanlage.

Kaiserliche Gemächer

Auch wenn außerhalb der Mauern und Tore die Gegenwart wogt, gleicht der Besuch von Schloss und Park einer Zeitreise durch die vergangenen Jahrhunderte. Zu den herausragenden Sehenswürdigkeiten des Schlosses zählt der Königsflügel mit den Appartements des letzten deutschen Kaiserpaares. Nach zehn Jahren umfassender Renovierung wurden die Wohn- und Repräsentationsräume 2021 wiedereröffnet und spiegeln den Zustand der Zeit um 1918 wider. Als Zeugnis kaiserlicher Wohnkultur sind die historischen Raumfluchten einzigartig in Deutschland. Sie bieten Einblicke in das Privatleben von Kaiser Wilhelm II. und Kaiserin Auguste Victoria, die das Schloss als Sommerresidenz der Hohenzollern nutzten.



Der Treppenaufgang in die Kaiserlichen Appartements im Königsflügel des Bad Homburger Schlosses, der wieder besichtigt werden kann.

Foto: Staatliche Schlösser und Gärten Hessen/Michael Leukel

Wer dagegen den Englischen Flügel besucht, taucht in die Epoche der hessischen Landgrafen ein. Zwischen 1622 und 1866 war das Schloss Sitz der Landgrafen von Hessen-Homburg, die das Erscheinungsbild der Schlossanlage entscheidend prägten. Landgraf Friedrich II., der wohl bedeutendste Regent der Dynastie, ließ ab 1679 das Barockschloss errichten. Auch die vom englischen Hof stammende Prinzessin und spätere Landgräfin Elizabeth brachte ihre gestalterischen Ideen ein und verwirklichte ihre Leidenschaft für die Gartenkunst, die bis heute im Schlosspark erlebbar ist.

Neue Dauerausstellung

Die kürzlich eröffnete Dauerausstellung unter dem Titel „Vom Landgrafensitz zum Kaiserschloss. 1622 – 1866 – 1918" ergänzt den Schlossbesuch durch eine historische Gesamtschau mit anschaulichen Details. Informativ und mit vielen Bildern führt sie durch die drei prägenden Epochen des Schlosses.

Informationen im Internet unter www.schloesser-hessen.de/de/schloss-bad-homburg/besucherinformation

Katja Möhrle

Die Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen

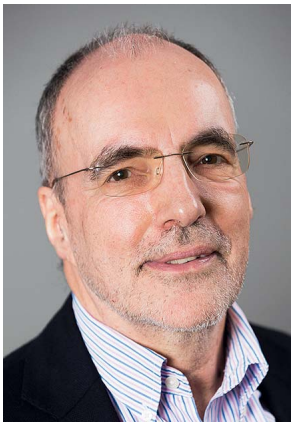
Bilanz seit der Gründung im Jahr 2013

Dr. med. Meinhard Korte, Dr. med. Carmen Brosig

Als erste Ärztekammer in Deutschland hat die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) im Frühjahr 2013 eine Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen eingerichtet und bietet seither betroffenen Patientinnen und Patienten sowie auch Ärztinnen und Ärzten in Konfliktsituationen eine vertrauliche Beratungsmöglichkeit.

Bei Grenzverletzungen und Missbrauch in ärztlichen Behandlungen geht es nicht nur um sexuellen Missbrauch, sondern auch um die Ausnutzung der Abhängigkeit der Patienten und um Machtmissbrauch. Die Ombudsleute (zur Zeit ein Arzt und eine Ärztin als Stellvertreterin) werden zu Beginn jeder Legislaturperiode vom Präsidium der LÄKH mit dieser Funktion betraut; sie unterliegen der Schweigepflicht. Die Tätigkeit ist ehrenamtlich. Die Ombudsstelle der LÄKH arbeitet organisatorisch eigenständig und unabhängig von sonstigen Gremien.

Der Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie Allgemeinmedizin Dr. med. Meinhard Korte ist seit der Gründung als Ombudsmann mit der Leitung dieser Stelle betraut. Hier berichtet er zusammen mit seiner Stellvertreterin Dr. med. Carmen Brosig, Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, aus dem Aufgabenfeld.



Fotos: privat

Ansprechpartner für Patienten und Ärzteschaft: die Ombudsleute Dr. med. Meinhard Korte und Dr. med. Carmen Brosig.

Formen von Missbrauch

Missbrauch in ärztlichen Behandlungen kann sehr unterschiedlich aussehen und ist grundsätzlich dadurch gekennzeichnet, dass die Arzt-Patient-Beziehung und die damit einhergehende Asymmetrie, man kann auch von einem „Machtgefälle“ sprechen, von Seiten der Ärztin oder des Arztes benutzt/ausgenutzt wird zur Befriedigung persönlicher Bedürfnisse und Interessen, die nicht zum Behandlungsauftrag gehören. Dieser Missbrauch oder die Grenzüberschreitung können auch sehr subtil geschehen. Es gibt Fälle, die seitens der Behandler nicht bewusst intendiert sind. Folgende Formen von Missbrauch lassen sich unterscheiden: Finanzieller Missbrauch, narzisstischer Missbrauch, emotionaler Missbrauch, sexueller Missbrauch sowie Kombinationen dieser Formen.

Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

Das Angewiesen-Sein des Patienten auf den Arzt und das damit einhergehende Abhängigkeitsgefühl wecken bei manchen Patienten Wünsche nach mehr Zuwendung, z .B. in Form einer privaten Beziehung. Als Ausdruck des menschlichen Bedürfnisses nach Nähe ist dies nichts Verwerfliches, jedoch ist es dem Arzt/der Ärztin grundsätzlich verboten, diesen Wünschen nach einem privaten Kontakt nachzugeben (Verbot sexueller Kontakte, Abstinenzgebot in der Berufsordnung § 7 Absatz 7 & 8). Ärztinnen und Ärzte handeln und therapieren in einem geschützten Rahmen, der allein durch den Behandlungsauftrag definiert ist. Die Einrichtung der Ombudsstelle ist Ausdruck des Bewusstseins, dass die Ärzteschaft selber Verantwortung übernehmen muss, um allen Patienten, die von Missbrauch betroffen sind, die Möglichkeit zu geben, mit diesem Anliegen ernst genommen zu werden, Gehör zu finden und Unterstützung bei der Wahrung ihrer Rechte zu erfahren.

Aufgaben der Ombudsleute

Die Zugangsmöglichkeiten für Ratsuchende zur Ombudsstelle sind bewusst niederschwellig konzipiert; jeder kann sich telefonisch, schriftlich, per Mail oder Fax an die Ombudsstelle wenden, auch anonym. Unsere Aufgabe als Ombudsleute ist es, allen Ratsuchenden in Ruhe zuzuhören, uns einen Eindruck vom jeweiligen Geschehen zu verschaffen und das Anliegen des Ratsuchenden zu klären. Ratsuchende können zu einem persönlichen Gespräch in die Kammer kommen und dazu auch Vertraute mitbringen.

Oft beauftragen Ratsuchende den Ombudsmann, mit dem jeweiligen Arzt/der Ärztin Kontakt aufzunehmen, um sich einen Eindruck von deren Sicht zu machen und ggf. zu vermitteln. Auf Wunsch kann auch ein von den Ombudsleuten moderiertes Gespräch zwischen dem Ratsuchenden und dem betroffenen Arzt/der Ärztin organisiert werden. Beide Möglichkeiten haben sich bewährt, da im persönlichen Kontakt manches eher geklärt werden kann. Bei Bedarf nimmt Dr. med. Car-

men Brosig an solchen Gesprächen teil. Sie übernimmt die Fälle insbesondere dann, wenn eine Beratung durch eine Frau ausdrücklich gewünscht wird oder sinnvoll erscheint. Grundsätzlich werden Ratsuchende auch über andere, weitergehende Möglichkeiten aufgeklärt, z. B. über die der offiziellen Beschwerde bei der LÄKH (siehe Artikel „Beschwerdemanagement der LÄKH, HÄBL 05/2021 S. 322) und auf das bei Verdacht auf Vorliegen eines Behandlungsfehlers mögliche Verfahren vor der Gutachter- und Schlichtungsstelle oder auf die Wege der ordentlichen Gerichtsbarkeit.

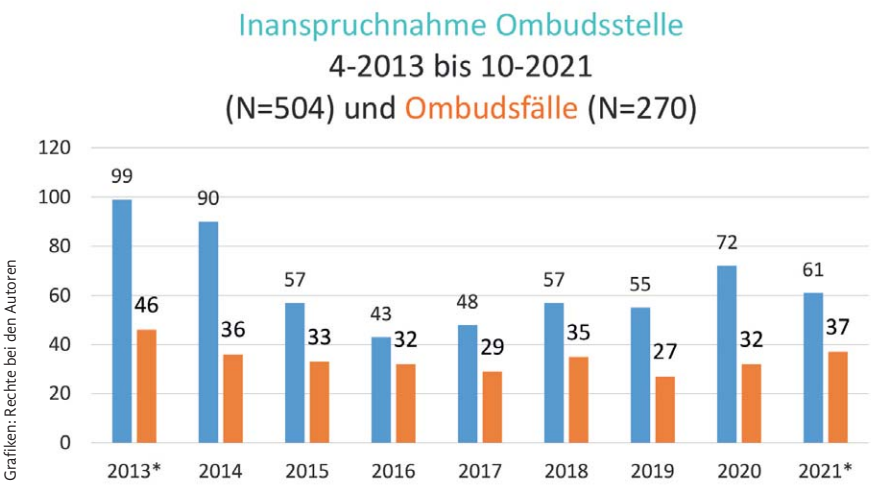


Abb. 1: Die mit * gekennzeichten Jahre umfassen Zahlen für jeweils zehn Monate.

Blick auf die Statistik von März 2013 bis Oktober 2021

Von März 2013 bis Oktober 2021 zählte die Ombudsstelle 582 Kontaktaufnahmen, davon ergaben sich 320 tatsächliche Ombudsfälle. 13 % der Anfragen kamen aus Bereichen anderer Ärztekammern in Deutschland, die bislang noch keine solche Ombudsstelle geschaffen haben. Seit kurzem gibt es in zwei weiteren Landesärztekammern Bestrebungen, eine solche Ombudsstelle einzurichten, eine nimmt die beratende Unterstützung des hessischen Ombudsmannes in Anspruch. Im November 2021 stellten wir dem Vorstand der Bundesärztekammer, dem alle Präsidenten der Landesärztekammern angehören, die Arbeit unserer Ombudsstelle ausführlich vor.

Vermutlich aufgrund der medialen Berichterstattung bei Gründung waren die Fallzahlen in den ersten beiden Jahren 2013 und 2014 nahezu doppelt so hoch wie in den Folgejahren mit dann durchschnittlich 50–60 Kontaktaufnahmen pro Jahr, davon rund 30 tatsächliche Ombudsfälle (bei einem relativ geringen Schwankungsbereich, siehe Abb. 1). Unter den Personengruppen, die Kontakt zur Ombudsstelle aufgenommen haben, waren Patientinnen und Patienten die größte Gruppe (n=445), mit einem Frauenanteil von 72 %. Es folgten Angehörige (n=77, davon 55 % Frauen) und zuletzt die Gruppe der professionell Mitarbeitenden im Gesundheitswesen, bspw. von Beratungsstellen oder andere Ärzte oder Therapeuten (n=60, davon 73 % Frauen).

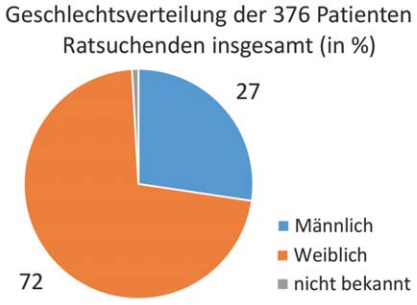


Abb. 2

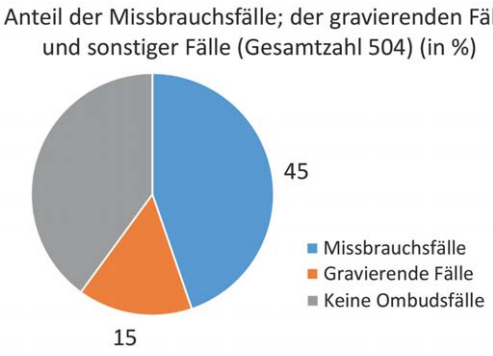


Abb. 3

Unterscheidung der Problemfälle

Eine Ombudsstelle zieht natürlich auch Ratsuchende an, bei denen es nicht um Missbrauch geht, sondern deren Anliegen andere Problembereiche wie Behandlungsfehler, unklare Abrechnungen oder andere persönliche Probleme oder Beschwerden berühren. Drei Gruppen kann man unterscheiden: Anliegen, in denen Missbrauch keine Rolle spielte; tatsächliche Ombudsfälle und – davon nochmals unterschieden – besonders gravierende Missbrauchsfälle. Die jeweiligen Kriterien unterliegen dabei auch der subjektiven Einschätzung. Für die besondere Schwere eines Missbrauchsfalls (gravierender Fall) legen wir Folgendes zugrunde: Manifeste körperliche Übergriffe bis hin zu sexuellem Missbrauch; Dauer des Missbrauchs; besondere Ausnutzung einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur, z. B. bei kindlich-abhängigen Patienten; ausgeprägte Folgen des Missbrauchs in Form von Traumatisierung der Patienten (psychische und/oder psychosomatische Symptombildungen mit starken Beeinträchtigungen).

Statistisch zeigt sich, dass Frauen überproportional von Missbrauch betroffen sind. Unter den gravierenden Fällen (n=95) sind Frauen mit 88 % prozentual sehr viel häufiger als Männer (12 %) betroffen. Die Geschlechterverteilung der unter dem Verdacht des Missbrauchs stehenden Ärztinnen und Ärzte zeigt: Männer unter den Ärzten waren in fast neun von zehn Fällen beteiligt; die häufigste Missbrauchskonstellation ist: ein männlicher Arzt – eine Patientin.

Welche Arztgruppen sind besonders beteiligt?

Die Fallzahlen der Ombudsstelle lassen keine statistisch belastbaren Rückschlüsse darauf zu, ob bestimmte Facharztgruppen

häufiger an Missbrauchsfällen beteiligt sind. Dennoch zeigt die Erfahrung, dass in den Arzt-Patient-Kontakten, in denen eine persönliche, emotionale Beziehung eine große Rolle spielt (Psychotherapie; langjährige Behandlungen) oder in denen körperliche Untersuchungen/Berührungen dazugehören, bei einer vorliegenden Missbrauchstendenz seitens des betreffenden Arztes/Ärztin, diese Situationen eher ausgenutzt werden. Verdachtsfälle mit Angehörigen anderer Berufsgruppen außerhalb der Humanmedizin wie Zahnärzte, Psychologen, Physiotherapeuten wurden eher wenig gemeldet.

Erfahrungen aus neun Jahren Ombudsstellenarbeit

Ratsuchende, die direkt von schwerem Missbrauch betroffen sind, müssen seelisch oft große Hürden überwinden, um sich überhaupt jemandem anzuvertrauen – sei es aus Sorge, dass ihnen nicht geglaubt wird oder aus Scham über das Geschehen. Damit verbunden ist oft das Gefühl, sich durch die eigene Beteiligung selber schuldig gemacht zu haben, insbesondere in Fällen von längeren Missbrauchsbeziehungen mit einer emotionalen Bindung („Ich bin doch selber schuld, ich habe doch mitgemacht, ich hätte mich früher dagegen wehren müssen.") Oft kommt noch Angst vor juristischen oder persönlichen Konfrontationen mit dem betreffenden Arzt oder der betreffenden Ärztin dazu.

Solche Sorgen und Ängste der Betroffenen sind auch aus anderen Beratungsfeldern bekannt. Sie sind ein Hinweis auf die Unfreiheit und den Druck, denen die Patientinnen und Patienten in den komplizierten Abhängigkeitsbeziehungen ausgesetzt sind – ein Zustand, der auch lange nach Beendigung des manifesten Missbrauchsgeschehens anhalten kann. Ein wichtiges Motiv, sich trotzdem bei der Ombudsstelle Hilfe zu suchen, ist das anhaltende Leiden unter den Folgen des Missbrauchsgeschehens, ein weiteres ist der Wunsch, anderen solche Erfahrungen zu ersparen.

Oft vergehen Jahre, manchmal Jahrzehnte, bis jemand sich einem Partner, anderen Angehörigen und – nicht selten – einem Psychotherapeuten/einer Psychotherapeutin öffnet und über das Geschehen spricht. Nicht zu unterschätzen ist außerdem die Tatsache, dass das Vorhandensein der Ombudsstelle schon eine Botschaft impliziert: Die Landesärztekammer verleugnet nicht, dass es Missbrauch in ärztlichen Behandlungen gibt. Für viele Ratsuchende ist die Erfahrung, dass jemand zuhört, sehr erleichternd, ebenso wie die Aufklärung darüber, dass es grundsätzlich mehrere Möglichkeiten gibt, zu einer Klärung und Aufklärung zu kommen. Dieses Wissen mildert sehr oft bei den Betroffenen das Gefühl von Ohnmacht und Ausgeliefert-Sein.

Erfahrungen mit betroffenen Ärzten und Ärztinnen

Viele Ärztinnen oder Ärzte sind erstaunt, manche auch erschrocken und beunruhigt, eine Anfrage bzw. einen Anruf der Ombudsstelle zu erhalten. In den Gesprächen gelingt es oft, die unterschiedlichen Sichtweisen beider Seiten zu verdeutlichen und dadurch Missverständnisse aufzuklären. In den Fällen, in denen es sich um einen Missbrauch in der einen oder anderen Form handelt, gibt es große Unterschiede bezüglich der spontanen Reaktionen und des weiteren Verlaufs.

Im besten Fall sind Betroffenheit und Bedauern spürbar, verbunden mit dem Versuch, den Schaden wiedergutzumachen; manche sind bereit, dem Patienten/der Patientin direkt oder über die Ombudsstelle zu schreiben oder auch ein Gespräch zu führen, welches bei Bedarf dann in den Räumen der Landesärztekammer unter Anwesenheit eines oder beider Ombudsleute stattfindet. Manchmal tritt bei den betroffenen Ärzten/Ärztinnen eine Unkenntnis über die Wirkung des eigenen Verhaltens zutage, eventuell gefolgt von Einsicht. Manchmal führen die Interventionen auch zu grundsätzlichen Veränderungen in Praxisabläufen.

So wurde z. B. in einer radiologischen Praxis die Einführung von „Überwurfblusen" zwischen Auskleiden und Untersuchung eingeführt und das aufklärende ärztliche Gespräch zeitlich so gelegt, dass die Patienten noch bekleidet sind. Nicht selten gibt es jedoch den Versuch einer Bagatellisierung des Geschehens und/oder den Versuch, die Ursache für die problematische Situation ausschließlich beim Patienten zu sehen. Aber auch das kommt vor: Die Vorstellung, dass ein Verhalten, das nach dem berufsethischen und gesellschaftlich üblichen Kodex als übergriffig, respektlos und verboten angesehen wird, dem Arzt doch zustehe. So äußerte sich ein Arzt, der mit seiner Patienten eine sexuelle Affäre hatte: „Keiner kann mir verbieten, mit einer Frau ins Bett zu gehen." (Zum Thema „Keine Aufnahme sexueller Kontakte während des Arzt-Patienten-Verhältnisses" sind im HÄBL 02/2021, S. 124, und 04/2021, S. 260 zwei Beiträge erschienen).

Nicht ganz selten ist auch der spontane „Gegenangriff": Die Ankündigung, den betreffenden Patienten/die Patientin we-

Fallbeispiel 1: Arzt fertigt illegal Aufnahmen an

Eine junge Frau, die durch ihre Psychotherapeutin von der Existenz der Ombudsstelle erfuhr, schildert ihre Beobachtung, dass ein Arzt, der sie bei einer körperlichen Untersuchung ungewöhnlich anfasste und sie auch „eigenartige Bewegungen" hatte machen lassen, ein Smartphone in der Hand hielt, als sie sich umdrehte. Sie äußert den Verdacht, dass der Arzt hinter ihrem Rücken heimlich Aufnahmen von ihr machte. Sie schildert diese Erfahrung sehr klar, will aber nichts unternehmen, solange sie die Einzige sei, die sich darüber beschwert.

Nach ca. einem Jahr meldet sich wieder eine junge Patientin mit einer fast identischen Schilderung bzgl. desselben Arztes. Sie ist bereit, dies zur Anzeige zu bringen. Nach Beratung mit der Rechtsabteilung und der zuständigen Staatsanwaltschaft gibt der Ombudsmann der ersten Patientin einen recht allgemeinen, motivierenden Hinweis. Die beiden Anzeigen bei der Staatsanwaltschaft führen zu einer Hausdurchsuchung bei dem Arzt, bei der Tausende von illegal aufgenommenen Bildern von Patienten und weiteres belastendes Material sichergestellt werden konnte.

gen übler Nachrede zu verklagen. Bei solchen Äußerungen machen wir deutlich, dass die Ombudsstelle dazu da ist, dass Patienten von ihrem Recht, sich frei zu äußern, Gebrauch machen können, und dass die Androhung einer Klage gegenüber Patienten grundsätzlich nicht die Glaubwürdigkeit der jeweiligen Schilderung mindert – das führt in der Regel zu einer gewissen Beruhigung und zu einem Nachdenken. Leider aber verfängt die „Drohung" mit einer Klage wegen übler Nachrede bei verunsicherten Patienten immer wieder, sodass hier die beruhigende Aufklärung durch die Ombudsleute sehr wichtig ist.

Persönliches Fazit

Neben der teils großen zeitlichen Beanspruchung gibt es „innere" Aufgaben, die besonders fordern: Die Erzählungen der Betroffenen gehen emotional oft sehr nah, erfordern Fürsorge, müssen aber auch sachlich geprüft werden. Nicht selten gibt es „Mitwisser" solch problematischer Schilderungen, darunter Ärztinnen und Ärzte, die direkte oder indirekte Hinweise von Patienten und Angehörigen aus falsch verstandener Solidarität mit ärztlichen Kolleginnen und Kollegen nicht ernst oder ernst genug nehmen. Damit werden sie ihrer Verantwortung jedoch nicht gerecht, weil sie einen möglichen Missbrauch indirekt schützen und stützen.

Es ist nicht einfach, damit fertig zu werden, dass Fälle von eindeutigem und eklatantem Missbrauch manchmal keine Konsequenzen für die Täter haben, nicht geahndet werden, weil die Betroffenen – aus unterschiedlichen Gründen – nicht die dazu erforderlichen Schritte in die Wege leiten. Als Ombudsmann darf ich nicht dem Impuls nachgeben, Betroffene zu einem solchen Schritt (z. B. der Verfolgung von Missbrauch) zu drängen (auch in solchen Fällen, in denen ich eine solche Klärung und ggfs. Ahndung des Missbrauchs für besonders wichtig halte, z. B. wegen der absehbaren Wiederholungsgefahr), sondern ich muss mich auf meine Aufgaben beschränken:

- Information der Ratsuchenden über alle Vorgehensmöglichkeiten,
- die unterstützende Begleitung (und ggf. die der Landesärztekammer) des Ratsuchenden, seinen persönlichen Weg zu finden und zu gehen und
- die Versicherung, nur dann, wenn der Ratsuchende es wünscht und nur in seinem Auftrag nach außen hin aktiv zu werden (mit Schweigepflichtentbindung für die Ombudsstelle und betroffenen Ärztin/Arzt).

Von der Einrichtung einer solchen Ombudsstelle, die den von Missbrauch Betroffenen in ihrer oft belastenden seelischen Situation einen niederschwelligen Zugang ermöglicht, profitieren nicht nur die Patienten, sondern auch die gesamte Ärzteschaft, weil es das Vertrauen unserer Patienten in unsere Aufklärungsbereitschaft als Ärzteschaft stärkt und damit die Vorstellung widerlegt, die Ärzte halten ja doch alle zusammen.

Dr. med. Meinhard Korte
Dr. med. Carmen Brosig

Kontakt zur Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen:
Fon: 069 97672-347 | E-Mail:
ombudsstelle-missbrauch@laekh.de
Postanschrift:
Ombudsstelle der LÄK Hessen
Hanauer Landstr. 127
60314 Frankfurt am Main

Fallbeispiel 2: Unangenehm übergriffig

Eine junge Patientin erlebt ihren Hausarzt bei bestimmten Fragen als bedrängend und manche Bemerkungen und Ratschläge als übergriffig, so dass sie sich beschämt fühlt. Als sie in ihrem relativ kleinen Wohnort mit anderen darüber spricht, hat sie den Eindruck, dass der Arzt für seinen „besonderen" Umgang bekannt sei. Als der Ombudsmann mit dem Arzt telefoniert, streitet dieser den von der Patientin geschilderten Verlauf des Gesprächs nicht ab. Er reagiert aber vollkommen überrascht ob der Wirkung seines Verhaltens. Hintergrund dessen scheint eine Art jovial-paternalistische Einstellung zu sein, mit der er der jungen Patientin gegenüber „Verständnis" signalisieren wollte. Der Arzt bietet ein klärendes Gespräch an, mit dem die Patientin einverstanden ist. Dabei erfährt sie Wertschätzung für sich und ihre Perspektive. Beim Arzt könnte diese Erfahrung ein Nachdenken und vielleicht auch eine Verhaltensänderung bewirkt haben.

Büchertipps von Lesern für Leser

Foto: © connel-design – stock.adobe.com

Kai-Uwe Kern : Mit einem Bein bereits im Himmel: Phantomwahrnehmungen. Auf den Spuren eines rätselhaften Phänomens.
Verlag Hogrefe 2020 . ISBN: 9783456860138, 312 Seiten
24.95 €, auch als E-Book.

Eine Prothese wird umso mehr genutzt, je weniger Phantomschmerzen hierdurch ausgelöst werden. Phantomschmerzen wiederum können durch Prothesen sogar verschwinden, schließlich vermitteln diese über ein positives, visuelles Feedback auch ein intaktes Bild des Körpers. „Prothesen und Phantomglieder gehören zusammen wie Körper und Seele" – schon Oliver Sacks beschrieb diese wechselseitige Beziehung. Etwa 50–80 % der Patienten mit Amputationen haben Empfindungen im Bereich der amputierten Gliedmaßen. Einige Menschen mit Phantomgliedern meinen zum Beispiel, ihre fehlenden Gliedmaßen gestikulierten, während sie reden, oder berichten selbst von Periodenschmerzen nach Hysterektomie.

Solche und viele andere überraschende Phänomene werden von dem Wiesbadener Autor Kai-Uwe Kern aus seinem über 30-jährigen Erfahrungsschatz in der schmerztherapeutischen Betreuung von Phantompatienten informativ und kurzweilig dargestellt. Dabei scheut er sich nicht, auf wissenschaftlich weitestgehend noch unerforschtem Gebiet neurophysiologische Antworten zu geben und Hypothesen aufzustellen. Die Spurensuche rätselhafter Phänomene lässt damit den Leser nicht selten nachdenklich und verwundert zurück.

Dr. med. Myriam Schwickert-Nieswandt, Wiesbaden

Spezifische Aspekte ärztlicher Psychotherapie

Im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung können Versicherte seit 1967 nach den Psychotherapierichtlinien von entsprechend qualifizierten Ärzten behandelt werden. Die Durchführung der Therapie konnte an psychotherapeutisch ausgebildete Diplom-Psychologen delegiert werden. 1999 trat das Psychotherapeutengesetz in Kraft, mit dem Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten einen selbstständigen Heilberuf ausüben, der von der Delegationspflicht durch Ärzte entbunden wurde.

Bei der Bundespsychotherapeutenkammer sind 52.000 Psychologische Psychotherapeuten, inklusive der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, registriert [1]. Ihre Anzahl übersteigt mittlerweile die der psychotherapeutisch weitergebildeten Ärzte. Bei den Ärztekammern waren 2020 43.365 psychotherapeutisch qualifizierte Ärzte registriert (siehe Kasten).

Verlust spezifisch medizinischer Kenntnisse

Mit der weiter zunehmenden „Psychologisierung" der Psychotherapie geht der Verlust spezifisch medizinischer Kenntnisse und berufsspezifischer Haltungen bei den praktisch tätigen Psychotherapeuten ebenso einher wie ein Paradigmenwechsel. Der wissenschaftliche Mainstream psychologischer Psychotherapie folgt dem nomothetischen Wissenschaftsverständnis der Verhaltenstherapie mit einem lerntheoretischen Verständnis der Psyche des Menschen. Demgegenüber steht aufgrund der historischen Entwicklung in der ärztlichen Psychotherapie ein psychodynamisches Verständnis psychischer Funktionen, das Symptome als Ausdruck innerer, oft unbewusster Konflikte oder als Folge seelischer Traumatisierungen versteht, die psychisch nicht verarbeitet werden können. Auf diesem Krankheitskonzept beruhen die tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und die analytische Psychotherapie, die auch von einem immer geringer werdenden Anteil psychologischer Psychotherapeuten praktiziert wird.

Dem lerntheoretischen Verständnis psychischer Symptome als Störung entspricht, dass im ICD seit 1991 psychische Störungen und nicht mehr psychische Krankheiten klassifiziert werden. Interessanterweise wird bei fast allen Organsystemen, außer dem Immunsystem, der Krankheitsbegriff nach wie vor verwendet. Ein Ohr, ein Herz, eine Lunge und ein Bein können erkranken, eine Seele nicht mehr, sie ist „gestört". Entstehungsursachen, die dem psychodynamischen Krankheitsmodell zugrunde liegen, werden im ICD nicht mehr berücksichtigt. Damit wurde der Versuch, sich bereits bei der Klassifikation der Erkrankungen ihnen verstehend zu nähern, aufgegeben. Im Unterschied zum Störungsbegriff verbindet sich mit dem Krankheitsbegriff das Leiden des Betroffenen und damit das Erleben des Kranken.

Was geht der Psychotherapie durch diese Entwicklung verloren?

In einer psychodynamisch orientierten Psychotherapie tritt ein Patient mit einem anderen Mensch in eine Beziehung. Wenn beim Menschen etwas nicht störungsfrei verläuft, wenn er Schmerzen, Unwohlsein oder andere ungewohnte körperliche Phänomene wahrnimmt oder wenn seine Stimmung, seine Wahrnehmung, sein Erinnerungsvermögen oder seine Denkprozesse nicht wie gewohnt ablaufen, irritiert und beunruhigt ihn das. Er sucht nach Erklärungen. Als Kleinkind hat er sich dazu an die Pflegeperson, in der Regel die Mutter, gewandt. Als Erwachsener wendet er sich an Fachkundige, in der Regel an den Arzt. Dieser teilt nach der Untersuchung seine Diagnose und Therapieempfehlung mit. Allein schon die Bezeichnung eines Symptoms, seine Benennung, beinhaltet einen Ansatz seines Verständnisses und kann es als etwas Bekanntes und damit weniger Beunruhigendes erscheinen lassen.

In ihrer erstberuflichen Sozialisation überschreiten Mediziner in der Beziehung zu ihren Patienten Grenzen. Ärzte sind es gewohnt, Menschen zu begegnen, die ihre Bekleidung abgelegt haben, sie sehen sich mit menschlicher Blöße konfrontiert. Sie sehen durch Körperöffnungen ins Körperinnere, verletzen Körpergrenzen und kommen mit allen Ausscheidungsprodukten des menschlichen Körpers „hautnah" in Berührung. Sie dringen in den Patienten körperlich und seelisch ein und werden ihrerseits von ihm durchdrungen. Sie erleben existenzielle Vorgänge wie Gebären, das Ringen mit dem Tode und das Sterben mit allen dazugehörigen Gefühlen auf unmittelbare Weise. Sie übernehmen Verantwortung, die ihnen angetragen wird und die nicht selten in großer Not durch regressive Bedürfnisse verunsicherter Patienten verstärkt wird.

Die in solchen Situationen wach werdenden Abhängigkeitsbedürfnisse der Patienten können mit Allmachtsfantasien von Ärzten, ihrer Bestätigung und ihrer Enttäuschung korrespondieren. In der Arzt-Patient-Interaktion geht es neben der sachlichen Abklärung also stets auch um emotionale Bedürfnisse. Das Beunruhi-

Bei den deutschen Ärztekammern 2020 registrierte Ärztinnen und Ärzte mit Facharzttitel und Zusatzbezeichnung

Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	13.711
Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	3.197
Ärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie	5.433
Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie	17.915
Ärzte mit der Zusatzbezeichnung Psychoanalyse	3.109
Gesamt	43.365

Quelle: Gesundheitsberichterstattung des Bundes [2, 3]

gende, das Angstauslösende, das mit den Symptomen, die zum Arzt führen, verbunden ist, soll aufgelöst werden. Der Patient sehnt sich nach einer Entlastung von der Angst, er begibt sich vertrauensvoll in die Hände des Arztes. Es werden Gefühle aus der frühen Mutter-Kind-Beziehung wach. Der Arzt selbst wirkt als „Droge Arzt", wie der Psychoanalytiker Michael Balint (1957) schrieb.

Bedürfnis nach Anlehnung

Diese frühen Beziehungserfahrungen gehen in den Umgang mit Krankheitssymptomen, die das Bedürfnis nach Wiederherstellung der Gesundheit erzeugen, mit ein. Als „Halbgötter in Weiß" wurden die Mediziner in den 1970er-Jahren kritisch beschrieben. Trotz einer weitgehenden Überwindung patriarchaler Abhängigkeiten, oft allerdings auch um den Preis verzweifelter Orientierungslosigkeit, ist gerade in Momenten großer Hilflosigkeit das Bedürfnis kranker Menschen nach Anlehnung besonders groß. So wird von Ärzten erwartet, dass sie unabhängig von der Tages- oder Nachtzeit für ihre Patienten in Not zur Verfügung stehen und sich ihre Patienten nicht auswählen können. Sie sollten mit noch so schwierigen Menschen unterschiedlichster Herkunft umgehen können.

Ärzte fühlen als menschliche Wesen unvermeidbar mit ihren Patienten mit und müssen sich zugleich distanzieren, um professionell handlungs- und überlebensfähig zu bleiben. Nähe und Distanz müssen ständig neu justiert werden. Diese unumgängliche Aufgabe des Mitfühlens und des sich Distanzierens wird auf sehr unterschiedliche, allzu oft leider auch auf zynisch-abwehrende Weise gelöst. Eine sich aus diesen Erfahrungen entwickelnde taktvoll-teilnehmende und zugleich reflektierende, Distanz wahrende und Abstinenz ermöglichende, für den anderen Verantwortung übernehmende Haltung ist eine wertvolle Basis und ein Modell für die Entwicklung einer psychotherapeutischen Haltung, die Psychologen in ihrer Grundausbildung in der Regel auf diese Weise nicht erlernen.

Unterschiedliche therapeutische Haltungen

Auf unterschiedlicher beruflicher Sozialisation beruhende differierende therapeutische Haltungen werden mit folgender Fallgeschichte verdeutlicht:

Eine Psychologische Psychotherapeutin betreut eine schwer kranke Patientin mit Anorexia Nervosa in einer lebensbedrohlichen Situation. Nach jahrzehntelangen erfolglosen therapeutischen Bemühungen wiegt sie heute 28 kg. Ihr ist bewusst, dass sie sterben wird. Die Therapeutin behandelt sie über viele Jahre und hat intensiv mit der Patientin über die Entscheidung zu leben oder zu sterben gesprochen. Sie sieht ihre Aufgabe jetzt darin, die Patientin bei ihrer freien Entscheidung zum Sterben zu begleiten.

Der freie Wille der Patientin wird in einer interdisziplinären Falldiskussion von Ärzten in Frage gestellt. Sie halten die Einleitung einer juristischen Betreuung für dringend geboten. Es gehöre zur ethischen Verantwortung, lebensrettend tätig zu werden. Die Ärzte sehen eine Einschränkung des freien Willens der Patientin und begründen dies sowohl mit den bei diesem Gewicht eingeschränkten Hirnfunktionen als auch mit dem für diese Erkrankung charakteristischen Autonomiewahn. Die beteiligten Psychologischen Psychotherapeuten sehen hingegen die Autonomie der Patientin als schützenswertes Gut, das aus ethischen Gründen nicht verletzt werden dürfe.

Diesen unterschiedlichen Einschätzungen liegen unterschiedliche berufliche Entwicklungen zugrunde. Dem Verständnis der Patientenautonomie, das hier die Einschätzung der Psychologin leitet, steht das Primat, das Leben der Patientin zu erhalten – eine Voraussetzung für Autonomie – auf ärztlicher Seite gegenüber.

Prof. Dr. phil. Martin Teising
Facharzt für Psychosomatische Medizin; Psychiatrie und Psychotherapie, Psychoanalyse

Foto: privat

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

Dr. med. Klaus Doubek ist neuer Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte

Dr. med. Klaus Doubek aus Wiesbaden hat zum neuen Jahr 2022 die Präsidentschaft des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. übernommen. Er löst Dr. med. Christian Albring ab, der 16 Jahre dem Berufsverband vorstand. „Ein so großartiges und breitgefächertes Fachgebiet wie die Frauenheilkunde und Geburtshilfe zu vertreten, ist eine herausfordernde Aufgabe. Im Zentrum der Themen zur Frauengesundheit steht natürlich immer das Wohl der uns anvertrauten Schwangeren und Patientinnen. An dieser Messlatte werden wir unseren berufspolitischen Einsatz auch in den kommenden Jahren ausrichten", sagte Doubek zu seinem neuen Ehrenamt.

Foto: privat

Dr. med. Klaus Doubek

Schreiben Sie uns!

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

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Spezifische Aspekte ärztlicher Psychotherapie

von Prof. Dr. phil. Martin Teising

Balint, M. (1966) Der Arzt, sein Patient und die Krankheit, Stuttgart: Klett-Cotta, 10. Aufl. 2001, Original: The doctor, his patient and the illness, 1957

[1] https://www.bptk.de/bptk/wir-ueber-uns/. Zugriff am 16.5.2021

[2] https://www.gbe-bund.de/ Tabelle Ärztinnen und Ärzte mit Gebiets- und Facharztbezeichnung, BÄK. Zugriff am 11.01.2022

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

Die Übermittlung personenbezogener Daten per Fax aus der Arztpraxis

In der fiktiven Gemeinschaftspraxis Dr. Arslan/Müller wurde inzwischen die am 28. Mai 2018 in Kraft getretene DSGVO umgesetzt. Die Informationspflichten nach Art. 13 und Art. 14 DSGVO sind in einem Dokument enthalten, das den Patientinnen und Patienten zur Verfügung gestellt wird. Die Einwilligungserklärungen in der Arztpraxis und die Verträge über die Auftragsdatenverarbeitung wurden überarbeitet. Ein Datenschutzbeauftragter wurde bestellt, der mit Hilfe des vom Hessischen Beauftragten für Datenschutz und Informationsfreiheit zur Verfügung gestellten Formulars auch schon einen Auskunftsanspruch nach Art. 15 EU-DSGVO beantwortet hat.
Bei einer der regelmäßig erfolgenden Rücksprachen von Frau Dr. Arslan und Herrn Müller mit ihrem Datenschutzbeauftragten erzählte Frau Dr. Arslan, dass sie nach langer Wartezeit endlich ihren eHBA erhalten habe und diesen nunmehr nutzen wolle. Der Datenschutzbeauftragte regte daraufhin an, den Einsatz des Faxgerätes zu hinterfragen, zumal der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit eine Überprüfung des Einsatzes von Faxgeräten angemahnt hat.

Das Problem

Aufgrund der technologischen Weiterentwicklung im Bereich der Übertragungstechnik erfolgt die Übersendung von Faxen nicht mehr mittels einer Leitungsvermittlung, bei der eine direkte Verbindung zwischen den Faxgeräten aufgebaut wurde. Bei einer Leitungsvermittlung wird die Verbindung zwischen den Faxgeräten für die Dauer der Übertragung ausschließlich für die Datenübermittlung genutzt. Mittlerweile erfolgt die Versendung von Faxen, ähnlich wie die Voice-over-IP-Telefonie, jedoch auch in der sog. Paketvermittlung. Die zu übertragenden Daten werden hierbei auf „Pakete“ aufgeteilt und auf unterschiedlichen Wegen über das Internet übermittelt. Hierbei werden „Zwischenpunkte“ im Internet genutzt, die von staatlichen oder privaten Betreibern auf der ganzen Welt unterhalten werden. Bei dieser Übermittlung haben diese Betreiber dann als Dritte grundsätzlich die Möglichkeit, auf Pakete zuzugreifen, zumal bei der Faxversendung üblicherweise keine Verschlüsselung der Daten erfolgt. Dem Faxversand wohnen daher vergleichbare Risiken inne, die auch beim Versand unverschlüsselter E-Mails bestehen.
Darüber hinaus können die Daten der Patienten ungewollt Dritten offenbart werden, wenn die Faxnummer des Adressaten nicht korrekt eingegeben wird.
Auch ist dem Absender in der Regel nicht bekannt, wer bei dem Empfänger Zugriff auf das Faxgerät hat und welche technischen Voraussetzungen auf der Empfängerseite vorliegen.

Die rechtliche Einordnung

Die Ärztinnen und Ärzte, die Inhaber einer Praxis sind, sind nach Art. 5 Abs. 1 lit.f DSGVO verpflichtet, die personenbezogenen Daten ihrer Patientinnen und Patienten dergestalt zu verarbeiten, dass die Integrität und Vertraulichkeit gewahrt bleibt. Konkretisiert werden diese Anforderungen unter anderem in Art. 32 DSGVO sowie § 22 Abs. 2 BDSG. Nach diesen Vorschriften sind unter Berücksichtigung des Stands der Technik, der Implementierungskosten und der Art, des Umfangs, der Umstände und der Zwecke der Verarbeitung sowie der unterschiedlichen Eintrittswahrscheinlichkeit und Schwere des Risikos für die Rechte und Freiheiten natürlicher Personen die geeigneten technischen und organisatorischen Maßnahmen, um ein dem Risiko angemessenes Schutzniveau zu gewährleisten, zu treffen.
Der Maßstab für die Risikobeurteilung der Verarbeitung der personenbezogenen Daten bemisst sich neben der Eintrittswahrscheinlichkeit der Verletzung von Rechten Dritter auch an den Folgen für die Betroffenen, die eine Offenbarung nach sich ziehen. Dies hat zur Folge, dass bei einer Arztpraxis aufgrund der Verarbeitung von Patientendaten als besondere Kategorie personenbezogener Daten sowie der ärztlichen Schweigepflicht der Schutzbedarf deutlich erhöht ist.
Für die Arztpraxis Dr. Arslan/Müller bedeutet dies, dass Frau Dr. Arslan und Herr Müller als Verantwortliche für den Datenschutz im Sinne des Art. 4 Nr. 7 DSGVO dafür Sorge tragen müssen, dass die von ihnen verarbeiteten Patientendaten ausreichend geschützt werden, auch bei einer Kommunikation mit Dritten.

Die Einwilligung als mögliche Lösung

Bis Anfang 2021 haben die Datenschutzaufsichtsbehörden es abgelehnt, auf Wunsch der betroffenen Person das Schutzniveau für die Datenverarbeitung abzusenken. Im April 2021 veröffentlichte der Hamburgische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit einen Vermerk, dass die Verantwortlichen grundsätzlich verpflichtet sind, angemessene technische und organisatorische Maßnahmen bei der Datenverarbeitung umzusetzen. Eine Datenverarbeitung sei jedoch auch mit einem geringeren Schutzniveau möglich, sofern

- der Verantwortliche grundsätzlich die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen vollumfänglich umsetzt und diese vorhält und
- die betroffene Person frei und umfassend informiert einwilligen kann, das „sichere“ oder das „unsichere“ Schutzniveau zu wählen.

Der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit hält eine entsprechende Einwilligung für denkbar, wenn ein Hinweis auf die Risiken beim Faxversand erfolgt und für etwaige Übermittlungsvorgänge eine den Anforderungen der DSGVO entsprechende Einwilligung eingeholt wird. Hierbei darf es sich jedoch nur um eine Lösung für den Einzelfall in besonders eilbedürftigen Fällen handeln. Keineswegs kommt dies als Standardlösung für alle Patientinnen und Patienten einer Arztpraxis in Betracht.

Die nachhaltigen Lösungen

Um in der Arztpraxis ein entsprechendes Schutzniveau bei der Kommunikation mit Dritten zu gewährleisten, stehen Frau Dr. Arslan und Herrn Müller mittlerweile mehrere Optionen zu Verfügung, die eine Nutzung des Faxes ersetzen können.

Versand inhaltsverschlüsselter E-Mail-Nachrichten – Während der Hessische Beauftragte für Datenschutz und Informationsfreiheit als Beispiele hierfür PGP und S/MIME anführt, ist nach Ansicht der Landesärztekammer Hessen auch eine symmetrische Verschlüsselung von angehängten Dateien ausreichend, soweit der Verschlüsselungsgrad dem Stand der Technik entspricht, das Passwort über einen alternativen Kommunikationsweg mitgeteilt wird und in Betreff und Text der E-Mail keine besonderen Kategorien personenbezogener Daten aufgeführt sind.

- Portallösungen, bei denen die Kommunikationspartner Nachrichten und Inhalte verschlüsselt abrufen und bereitstellen können.
- Kommunikation im Medizinwesen (KIM) – Bei der Nutzung der von der Telematik betriebenen KIM können Nachrichten und Dokumente per Ende-zu-Ende-verschlüsselter E-Mail-Nachricht übermittelt werden. Hierfür ist ein eHBA erforderlich.
- Infrastruktur des elektronischen Rechtsverkehrs (z. B. elektronisches Gerichts- und Verwaltungspostfach, EGVP) – Derzeit laufen Testungen, ob der eHBA auch zur Kommunikation im EGVP mit den hessischen Gerichten genutzt werden kann.

Sowohl für die Nutzung der KIM als auch des EGVP ist ein eHBA erforderlich. Es ist daher allen ärztlich tätigen Ärztinnen und Ärzten in Hessen zu empfehlen, einen eHBA zu beantragen, soweit dies noch nicht geschehen ist.

Für die Arztpraxis Dr. Arslan/Müller bedeutet dies, dass Frau Dr. Arslan die KIM als gute Alternative zum Fax nutzen kann. Herr Müller wird zeitnah den eHBA beantragen.

Andreas Wolf
Syndikusrechtsanwalt, Stellv. Justitiar
Landesärztekammer Hessen

Aus den Bezirksärztekammern

„Impfen ist der Ausweg aus der Pandemie“

Bezirksärztekammer Wiesbaden organisiert eigene Impfaktion

In seiner Sitzung im November 2021 hatte der Vorstand der Bezirksärztekammer Wiesbaden beschlossen, eine eigenständige Impfaktion anzubieten. Mit Unterstützung des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und dem Land Hessen war es möglich, genügend Impfstoff zu bekommen. Am 5. Dezember stellte das St. Josefs-Hospital entsprechende Räumlichkeiten im Medicum Facharztzentrum Wiesbaden zur Verfügung. Der gesamte Vorstand der Bezirksärztekammer beteiligte sich daran, über 550 Personen zu impfen, darunter waren Erst-, Zweit- und Boosterimpfungen. Der Andrang war groß, die Stimmung durchweg positiv, die Impfwilligen sehr dankbar, einen solchen niederschwelligen Impftermin an einem Sonntag zu erhalten. Um 16 Uhr war der

Foto: Dr. med. Michael Weidenfeld

Andrang bei der ersten eigenen Impfaktion der Bezirksärztekammer Wiesbaden.

Impfstoff verbraucht und es musste leider ein Bürger ungeimpft nach Hause gehen.

Der Vorstand der Bezirksärztekammer Wiesbaden hat beschlossen, diese und weitere noch geplante Impfaktionen (Termine am 16. und 30. Januar 2022) ehrenamtlich durchzuführen und die Einnahmen zu spenden.

Anfang Dezember bat die hessische Polizei die Bezirksärztekammer ebenfalls um Unterstützung bei einer Impfaktion, die am 14. Dezember stattfand. Die Organisation erfolgte durch die Polizei selber. Vorstandsmitglieder der Bezirksärztekammer mit Unterstützung von Dr. med. Ursula Stüwe und Dr. med. Eberhard Mayer zählten rund 160 Impflinge. Auch hier war die Stimmung durchweg positiv.

Dr. med. Michael Weidenfeld
Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden

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

Intensiv-Seminar Diabetologie (Live-Online-Veranstaltung)
In Kooperation mit der Hess. Diabetes Gesellschaft (HDG)

Termin:	**Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022**	**12 P**
Gebühr:	220 € (Akademiemitglieder 198 €)	
Leitung:	Dr. med. M. Eckhard, Bad Nauheim	
Auskunft/Anmeldung:	A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de	

EKG-Kurs	**Fr., 29.–Sa., 30.04.2022**	**22 P**
Leitung:	Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden	
Gebühr:	440 € (Akademiemitglieder 396 €)	
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 3 + 4:	**Mi., 30. März 2022**	**5 P**
Gesamtleitung:	Dr. med. Michael Eckhard, Gießen	
Gebühr:	80 € (Akademiemitglieder 72 €)	
Auskunft/Anmeldung:	A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de	

Arbeits- und Betriebsmedizin

In Kooperation mit der Fachkundigen Stelle der LÄKH als Kooperationspartner der BGW.

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI:	**Mi., 16. Februar 2022**	**6 P**
FOBI:	**Mi., 23. März 2022**	**6 P**
MIMA:	**Mi., 04. April 2022**	**6 P**
FOBI:	**Mi., 04. Mai 2022**	**6 P**
FOBI:	**Mi., 22. Juni 2022**	**6 P**
Leitung:	Dr. med. A. Rauch	
Gebühr:	160 € (Akademiemitglieder 144 €)	

Weitere Termine unter: www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen

Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25, E-Mail: abba@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin

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

Teil 1:	**Fr., 18.–Sa., 19. März 2022**
Teil 2:	**Fr., 25.–Sa., 26. März 2022**
Teil 3 – Praktikum:	**Fr., 01. April 2022**
Gebühr:	750 € (Akademiemitglieder 675 €)
Leitung:	Prof. Dr. med. R. Schulz, Dipl.-Psych. M. Specht, Prof. Dr. med. B. Stuck
Auskunft/Anmeldung:	M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Psychotherapie

Erfolgreiche Konfliktbewältigung –
Was wir aus der Coronapandemie lernen können **7 P**
Sa., 19. Februar 2022

Leitung:	Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt
Gebühr:	100 € (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung:	A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher	**Mi., 30. März 2022**	**10 P**
Leitung:	Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden	
Gebühr:	200 € (Akademiemitglieder 180 €)	
Auskunft/Anmeldung:	B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de	

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation
Do., 10. März 2022

Leitung:	Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt
Gebühr:	200 € (Akademiemitglieder 180 €)
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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“
Mi., 16. März 2022
Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt
Gebühr: 80 € (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul Ib **Fr., 04.–Sa., 05. März 2022**
Gebühr: 310 € (Akademiemitglieder 279 €)
Modul Ic **Fr., 01.–Sa., 02. April 2022**
Gebühr: 400 € (Akademiemitglieder 360 €)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.
Verkehrsmedizinische Begutachtung
Modul I - III **Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022**
Gebühr: 330 € (Akademiemitglieder 297 €)
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS) Modul 3 – Aufbaukurs ABS
Mo., 14.–Fr., 18. März 2022 **40 P**
Leitung: Prof. Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen
Gebühr: 1.100 € (Akademiemitglieder 990 €)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)
Sa., 26. Februar 2022
Gebühr: Theorie: 110 € (Akademiemitgl. 99 €)
Praxis: 90 € (Akademiemitgl. 81 €)
Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum
Aktualisierungskurs **Sa., 21. Mai 2022**
Gebühr: 220 € (Akademiemitglied 198 €)
Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213, E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening
Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
Mittwoch, 09. März 2022
Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen
Gebühr: 260 € (Akademiemitglieder 234 €) zzgl. 70 € Schulungsmaterial
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287, E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Ernährungsmedizin

Teil 1 – Block 1: **Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022**
Teil 2 – Block 2 + 4: **Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022**
Weitere Teile unter www.akademie-laekh.de.
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein
Dr. med. K. Winckler
Gebühren: Teil 1, 2: je 270 € (Akamitgl. 243 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208, E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftrager/Leiter Blutdepot
Di., 22.–Mi., 23. Feb. 2022 (Live-Online-Veranstaltung) 16 P
Gebühr: 400 € (Akademiemitgl. 360 €)
Refresher
Di., 14. Juni 2022 (Live-Online-Veranstaltung)
Gebühr: 160 € (Akademiemitgl. 144 €)
Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt
Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).
Theoretischer Teil: **Mo., 07.– Mi., 09. März 2022** **32 P**
Beginn Telelernphase: 07. Februar 2022
Gebühr: 700 € (Akademiemitgl. 630 €)
Kriseninterventionsseminar: Mi, 04. Mai und **Mi, 06. Juli 2022**
Gebühr: je 200 € (Akademiemitgl. 180 €)
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

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

Ultraschall

Gefäße
Interdisziplinärer Grundkurs –
periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße
Do., 17.–Sa., 19. Februar 2022
Gebühr: 660 (Akademiemitglieder 594 €)
Aufbaukurs: Doppler-Duplex-Sonographie
der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße
Do., 23.– Sa., 25. Juni 2022
Gebühr: 600 (Akademiemitglieder 540 €)
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum
Aufbaukurs
Theoretischer Teil: **Fr. 18.03.2022–Sa. 19.03.2022**
Gebühr: 390 (Akademiemitglieder 351 €)
Praktischer Teil: in Planung
Gebühr: 300 € (Akademiemitglieder 270 €)
Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Modul Schilddrüse I **Sa., 12. Februar 2022**
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Ort: **Frankfurt,** Universitätsklinikum
Gebühr: 310 € (Akademiemitglieder 279 €)
Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise unter www.akademie-laekh.de.
Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211, E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Ethik

Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen" (AEM)
Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.
Theorieteil
Modul 1: Präsenzteil **Fr., 11.–Sa., 12. März 2022**
Selbststudium: 15.02.–10.03.2022
Modul 2: Präsenzteil **Mi., 16. Juni 2021**
Selbststudium: 13.03.–29.03.2022
Gebühr: 790 € (Akademiemitglieder 711 €)

Moderationskurs: **Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022**
Gebühr: 400 € (Akademiemitglieder 360 €)

Refresher-Seminar: **Mi., 13. Juni 2022**
Gebühr: 250 € (Akademiemitglieder 225 €)
Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281, E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

46. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar
In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)
Mo., 25.–Fr., 29. April 2022 **50 P**
Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl, Dr. med. K.-H. Peiffer, Frankfurt
Gebühr: 770 € (Akademiemitgl. 693 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst
Do., 03.–Sa., 05. März 2022 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 540 € (Akademiemitgl. 486 €)
Ärztlicher Leiter Rettungsdienst
Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022 **40 P**
Leitung: J. Blau, Hofheim
Gebühr: 800 € (Akademiemitgl. 720 €)
Notfallmedizin machbar machen
Mi., 16. März 2022 **8 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
Gebühr: 200 € (Akademiemitglieder 180 €)
Seminar Leitender Notarzt
Blended Learning-Veranstaltung
Präsenzphase: **Do., 31. März–Sa., 02. April 2022** **40 P**
Telelernphase: 01.–30. März 2022
Gebühr: 800 € (Akademiemitglied 720 €)
Leitung: Dr. med. G. Appel, T. Winter
Ort: **Kassel,** Feuerwache I

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.
Querschnittsfach Reisemedizin –
Fernreisen und Risikogruppen
Mi., 27. April 2022
Leitung: Dr. med. A. Wunder, Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber
Ort: **Frankfurt,** Hanauer Landstraße 152
Gebühr: 30 € (Akademiemitglieder 27 €)

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

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

II. Weiterbildung
Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin müssen acht Kursblöcke besucht werden.
Grundkurs:
Modul I: **Do., 05.–Sa., 07. Mai 2022**
Telelernphase: 05.04. –07.05.2022
Modul II: **Do., 12.–Sa., 14. Mai 2022**
Telelernphase: 12.04.–14.05.2022
Modul III: **Do., 30. Juni–Sa., 02. Juli 2022**
Telelernphase: 31.05.–02.07.2022
Modul IV: **Do., 14.–Sa., 16. Juli 2022**
Telelernphase: 14.06.–16.07.2022
Gebühren: je 660 € (Akademiemitglieder 594 €)
Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Weitere Kurse in Planung; bitte beachten Sie die Hinweise unter www.akademie-laekh.de.

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin
Kurs C: **Sa., 05. Februar 2022 (Live-Online-Veranstaltung)**
Leitung: Prof. Dr. med. Bösner, Marburg
Gebühr: 190 € (Akademiemitgl. 171 €)

Kurs A: **Di., 17.–Mi., 18. Mai 2022**
Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden
Gebühr: 380 € (Akademiemitgl. 342 €)
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.
Di., 07.–Sa., 11. Juni 2022
Gebühren: 610 € (Akademiemitgl. 549 €)
Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

Repetitorium Neurologie

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Modul III **Mo., 21.–Di., 22. Februar 2022**
Schwindel und Synkopen, Demenzielle Syndrome, Immunerkrankungen des ZNS, Somatisierungsstörungen Liquordiagnostik
Modul IV **Fr., 27.–Sa., 28. Mai 2022**
Peripheres Nervensystem, Muskelerkrankungen und ALS, Kopf- u. Gesichtsschmerz, Neuroonkologie, Elektrophysiologie, Neurologische Probleme während der Schwangerschaft
Gebühr: je 210 € (Akademiemitgl. 189 €)

Alle Module können unabhängig voneinander gebucht werden.

Leitung: Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen
Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222, E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Palliativmedizin

Fallseminar Modul I	**Di., 08.–Sa., 12. März 2022**	**40 P**
Leitung:	C. Riffel, Darmstadt	
Fallseminar Modul II	**Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022**	**40 P**
Leitung:	M.-S. Jost, Eschwege	
Kurs-Weiterbildung	**Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022**	**40 P**
Leitung:	Dr. med. K. Mattekat, Hanau Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden	
Gebühren:	je 870 € (Akademiemitglieder 783 €)	

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202, E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Mo., 25.–Sa., 30. April 2022
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühr ges.: 770 € (Akademiemitglieder, BDI und DGIM 693 €)
Gebühr/Tag: 200 € (Akademiemitglieder, BDI und DGIM 180 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

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

Psychosomatische Grundversorgung

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

Block II:	**Fr., 01.–Sa., 02. April 2022**	**16 P**
Block II findet als Live-Online-Veranstaltung statt.		
Block III:	**Fr., 01.–Sa. 02. Juli 2022**	**16 P**

Weitere Termine unter www.akademie-laekh.de
Gebühren: je Block 310 €
(Akademiemitglieder 279 €)
Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@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 2	**Sa., 05. März 2022 und**
	Mo., 14.–Fr., 18. März 2022
	Beginn der Telelernphase: 14.02.2022
Modul 2 findet als Live-Online-Veranstaltung statt.	
Modul 3	**Sa., 30. April 2022 (Live-Online)**
	Mo., 09.–Fr. 13. Mai 2022
	Beginn der Telelernphase: 07.04.2022
Gebühr:	je 930 € (Akademiemitglieder 837 €)
Gesamtleitung:	Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung:	S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
	E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul VII:	**Mo., 07.–Fr., 11. Februar 2022**
Modul VIII:	**Mo., 14.–Fr., 18. Februar 2022**
Modul I:	**Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022**
Modul II:	**Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022**
Gesamtleitung:	PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren:	je Modul 550 €
	(Akademiemitglieder 495 €)
Auskunft/Anmeldung:	C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
	E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)	
G3-G4	**Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022**
G5-G6	**Fr., 11.–Sa., 12. März 2022**
G7-G8	**Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022**
II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)	
GP	**Fr., 08.–Sa., 09. April 2022**
GP	**Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

Weitere Termine unter www.akademie-laekh.de
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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 2	**Fr., 04.–Sa., 05. Februar 2022**
Gebühr:	260 € (Akademiemitglieder 234 €)
Kursteil 3	**Fr., 18.–Sa., 19. Februar 2022**
Gebühr:	310 € (Akademiemitglieder 279 €)
Kursteil 4	**Fr., 25.–Sa., 26. März 2022**
Gebühr:	310 € (Akademiemitglieder 279 €)
Kursteil 2–4 findet als Live-Online-Veranstaltung statt.	
Gesamtleitung:	D. Paul, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung:	C. Winkler, Fon: 06032 782-208,
	E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Excel-Brückenkurs:	**Di., 22. Februar 2022**	
(Zusatzkurs; für die Kurs-Weiterbildung nicht verpflichtend)		
Block IIa:	**Mi., 23.–Fr., 25. Februar 2022**	**24 P**
Block IIb:	**Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022**	**32 P**

Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

Gebühren: Excel-Brückenkurs: 130 €
(Akademiemitglieder 117 €)
Block IIa+IIb: je 770 €(Akamitgl. 693 €)
Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de
Leitung: N. Walter, K. Israel-Laubinger, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227, E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul I **Fr., 04.–Sa., 05. März 2022** **20 P**
Ort: **Kassel**
Leitung: Dr. med. M. Gehling, Kassel
Dr. med. K. Böhme, Kassel

Modul III **Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022** **20 P**
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
Dr. med. S. Moreau, Frankfurt
Gebühren: je Modul: 390 € (Akamitgl. 351 €)

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

Basiskurs Sexualmedizin

Modul 1 – Teil A: **Fr., 11.–Sa., 12. März 2022**
Modul 1 – Teil B: **Fr., 29. April 2022**
Modul 1 – Teil C: **Fr., 04.–Sa., 05. November 2022**

Das Seminar besteht aus drei Teilen, die nur gemeinsam gebucht werden können.
Leitung: Dr. med. U. Engelbach, Frankfurt
Dr. med. H. Berberich, Hofheim,
Gebühr: 1.100 € (Akademiemitglieder 990 €)
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., 09.–Sa., 12. November 2022
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult. H.-R. Tinneberg, Frankfurt
Gebühr: 640 € (Akademiemitglieder 576 €)
Gebühr/Tag: 200 € (Akademiemitglieder 180 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@laekh.de

Sportmedizin

Modul 4: **Mo., 28.–Di., 29. März 2022**
Modul 7: **Mi., 30.–Do., 31. März 2022**
Modul 14: **Fr., 01.–Sa., 02. April 2022**
Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je 330 € (Akademiemitgl. 297 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Repetitorium Radiologie

Mo., 12.–Sa., 17. September 2022
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. S. Trittmacher
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@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 Allgemeinen Vertragsbedingungen und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

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

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

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

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

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

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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Weitere Informationen zu den nachfolgend aufgeführten Prüfungsvorbereitungskurse für die Sommerprüfung 2022 finden Sie auf unserer Website.

- **Abrechnung: EBM (PVK 1)**
- **Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)**
- **Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)**
- **Medizinische Fachkunde (PVK 4)**
- **Wundversorgung (PVK 5)**
- **Punktionen und Labor (PVK 6)**
- **Diagnostik und Notfallmaßnahmen (PVK 7)**
- **Betriebsorganisation und Verwaltung sowie Wirtschafts- und Sozialkunde (PVK 8)**

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

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Inhalte:

- Techniken der Kommunikation
- Gesprächsführung, insbesondere mit spezifischen Patientengruppen und betreuenden Personen
- Telefonkommunikation | • Konfliktlösungsstrategien
- Auseinandersetzung mit der Berufsrolle

Termin (PAT 1_1): Sa., 26.02.2022, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 100 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Inhalte:

- Modelle der Selbst- und Fremdwahrnehmung
- Motivierung von Patienten und betreuenden Personen zur Mitwirkung
- Berücksichtigung von Besonderheiten spezifischer Patientengruppen
- Einschätzung des sozialen Umfeldes

Termin (PAT 2_2): Fr., 25.02.2022, 09:30–16:45 Uhr
Gebühr: 100 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC)

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis" durchgeführt.
Termin (24 Stunden):
SAC 1: Interessentenliste
Gebühr: 370,00 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, Fax -180

Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11)

Inhalte:

- Welche Kostenträger nehmen an der vertragsärztlichen Abrechnung über die KV teil?
- Besonderheiten bei der Abrechnung mit den „Sonstigen Kostenträgern"
- Aufbau und Systematik des EBM
- Die wichtigsten Allgemeinen Bestimmungen
- Wann darf ich welche Ziffer abrechnen

Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.
Termin (PAT 11_1): Sa., 26.02.2022, 09:30–16:00 Uhr
Gebühr: 115 €
Kontakt: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)*

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin" vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren" in den Bereichen „Augen", „Ohren", „Herz-Kreislauf" und „Lunge".
Termin (BET): ab 28.03.2022
Gebühr: 1.750 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, 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 der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Website.
Termin (KAR): Interessentenliste
Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden*

Inhalte: Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei Aufgaben der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen übernehmen.
Termin (ERM): Interessentenliste
Kontakt: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

*zusätzlich zu belegende Fortbildungen

Bei den mit * gekennzeichneten Fortbildungen sind zusätzlich 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.

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP) 94 Stunden

Der insgesamt 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): ab 30.03.2022
Gebühr Block A: 980 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin Block B: Interessentenliste

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

Strahlenschutzkurse (STR)

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

Termin (STR A 1_1): Sa., 09.04.2022, 08:30–17:00 Uhr
Gebühr: 180 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Termin Sonderaktualisierungskurs (STR A 2_1):
Di., 14.06.2022, 08:30–16:00 Uhr und
Mi., 15.06.2022, 08:30–17:00 Uhr
Gebühr: 260 € inkl. Lernerfolgskontrolle
Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 154-154, Fax: -180

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

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

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

Termin (FAW): ab 28.03.2022

Kontakt: Karin Jablotschkin,
Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Tagesaktuelle Informationen

Website: www.carl-oelemann-schule.de
Facebook: www.facebook.com/LAEKHessen/.
Nebenstehender QR-Code führt dorthin.

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

Sponsoring der ärztlichen Fortbildung

Dr. jur. Albrecht Wienke, Lisa Hübner

Ärzte* in Deutschland sind gesetzlich [1] zur berufsbegleitenden Fortbildung verpflichtet. Angebote hierzu gibt es mehr als genug; offenbar ist die ärztliche Fortbildungspflicht für den einen oder anderen Anbieter solcher Fortbildungsveranstaltungen ein wirtschaftlicher Selbstläufer. Doch seit geraumer Zeit herrscht eine rege Diskussion zur Legitimation der Finanzierung und Zertifizierung dieser Fortbildungsveranstaltungen [2]. Denn eine Vielzahl von Fortbildungen wird durch Unternehmen aus der Gesundheitsbranche finanziell und personell unterstützt. Dies gilt in besonderem Maße für die Kongresse und Jahresversammlungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften. Dort treffen sich Jung und Alt der jeweiligen Fachgebiete, um Erfahrungen und Neuigkeiten der jeweiligen medizinischen Fachrichtung darzustellen und untereinander auszutauschen.

Auch die Angebote für ärztliche Fortbildungen in Kursen oder anderen didaktisch wirksamen Verfahren nehmen erkennbar zu. Wesentliche Triebfeder solcher Veranstaltungen ist die Pharma- und Medizinprodukteindustrie, die solche Jahresversammlungen nutzt, um ihrerseits den pharmakologischen und medizin-technischen Fortschritt zu präsentieren. Nicht umsonst sprechen Insider in diesem Zusammenhang nicht von Messen oder Ausstellungen der Pharma- und Medizinprodukteunternehmen, sondern von einer (wissenschaftlich getriggerten) Präsentation der Fachindustrie. Dies soll von dem Vorwurf einer allein von den Unternehmen der Gesundheitsbranche wirtschaftlich unterstützten und beeinflussten Tagung ablenken.

Einige Stimmen bangen vor diesem Hintergrund um die ärztliche Unabhängigkeit und verlangen eine strikte Trennung von Ärzteschaft und Industrie im Zusammenhang mit ärztlichen Fortbildungen. Gewünscht und anerkannt werden ausschließlich Fortbildungsveranstaltungen ohne Beteiligung von Industrieunternehmen der Gesundheitsbranche. Um gesponserten Fortbildungen die Attraktivität zu entziehen, wird gefordert, die Teilnahme an solchen Veranstaltungen nicht mehr mit CME-Punkten zu zertifizieren[3].

Die Realität spricht indes eine andere Sprache

Fortbildungsveranstaltungen und medizinisch wissenschaftliche Großveranstaltungen der wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften mit bis zu 10.000 Teilnehmern sind ohne eine massive wirtschaftliche Beteiligung der Pharma- und Medizinprodukteindustrie nicht mehr denkbar. Dabei sind die von den ärztlichen Teilnehmern verlangten Gebühren vergleichsweise überschaubar. In anderen Branchen müssen die Teilnehmer von Fortbildungsveranstaltungen tief in die (eigene) Tasche greifen, um sich im jeweiligen Berufsfeld fortzubilden. Würde man diese Maßstäbe auch bei ärztlichen Fortbildungen und wissenschaftlichen Jahresversammlungen anlegen, würden die Tagungsentgelte im Einzelfall schnell bei 1.000 Euro zzgl. Reise-, Verpflegungs- und Übernachtungskosten liegen. Das aber will (und kann) keiner zahlen – jedenfalls im ärztlichen Berufsfeld. Die Attraktivität der medizinischen Fortbildungen und wissenschaftlichen Tagungen liegt also nicht nur in einem erwartbaren Fortbildungseffekt, sondern insbesondere auch in dem Umstand begründet, dass solche Veranstaltungen besonders preisgünstig zu haben sind. Bei manchen Fachgesellschaften ist die Teilnahme an den wissenschaftlichen Jahresversammlungen oder den Fortbildungsveranstaltungen sogar mit der Entrichtung des Jahresbeitrags abgegolten, also quasi kostenlos!

Würde man bei dieser Ausgangslage die Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen und Jahresversammlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften und die damit einhergehende Vergabe von CME-Punkten davon abhängig machen, dass eine freie, vom Sponsoring unabhängige Veranstaltung durchgeführt wird, wäre dies unweigerlich der Tod der allermeisten ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen in Deutschland. Aber auch dies kann bei aller vielleicht berechtigten Kritik am bestehenden „System“ ernsthaft keiner wollen. Daher weisen die Veranstalter solcher mit wirtschaftlicher Unterstützung der Pharma- und Medizinprodukteindustrie durchgeführten Tagungen mit Recht darauf hin, dass die Teilnahme und Unterstützung dieser Veranstaltungen durch die Pharma- und Medizinprodukteindustrie unter bestimmten Voraussetzungen sogar dem gemeinnützigen Charakter wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften nicht entgegensteht. Was also gemeinnützig ist und demnach im wahrsten Sinne des Wortes der Allgemeinheit zu Gute kommt, kann doch gesetzlich oder berufsrechtlich für den einzelnen Arzt nicht verboten sein – oder doch?

Eine Auseinandersetzung mit der tatsächlichen Ausgestaltung gesponserter Fortbildungsveranstaltungen und ein Blick in die gesetzlichen Regelungen dazu zeigen, dass gesponserte Fortbildungsveranstaltungen bei richtigem Verständnis der gesetzlichen Maßgaben unter bestimmten Voraussetzungen durchaus als regelkonforme Fortbildungsmaßnahmen anzuerkennen sind:

I. Untrennbarkeit von Wissenschaft, Forschung und Industrie

Nach dem Verständnis der Bundesärztekammer ist das Ziel der Fortbildungspflicht für Ärzte die kontinuierliche Verbesserung der Behandlungsqualität und somit die Gewährleistung einer hohen Versorgungssicherheit für die Patienten [4]. Angesichts der schnellen und vielfältigen Entwicklungen in Medizin und Wissenschaft ist dazu ein regelmäßiger fachlicher Austausch auf möglichst hohem qualitativem Niveau für jeden Arzt unerlässlich.

Fortbildungsveranstaltungen und Fachkongresse sollen daher gewährleisten, dass durch einen intensiven fachlichen Austausch neue Erkenntnisse für die Medizin und Patientenbehandlung ge-

* Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem Text ausschließlich die männliche Form verwendet. Sie bezieht sich auf Angehörige aller Geschlechter (m/w/d).

wonnen werden. Dazu genügt jedoch nicht allein der Dialog von Ärzten untereinander. Vielmehr ist es genauso notwendig, Verlage, Fachgesellschaften, Ärztekammern sowie Arzneimittel- und Medizinprodukthersteller zum fachlichen Austausch zusammenzubringen. Insbesondere im Bereich innovativer Therapieverfahren liegt die höchste fachliche Expertise zur fachgerechten Anwendung und zur Beherrschung etwaiger Risiken bei den Erfindern oder Herstellern selbst. Will sich ein Arzt gewissenhaft und umfänglich über neue Verfahren oder Produkte informieren oder möchte er eigene Erfahrungen als Anregung teilen, ist ein Kontakt zwischen ihm und einem Vertreter des Herstellerunternehmens unumgänglich. Medizinische Wissenschaft und Forschung und medizin-technische und pharmakologische Industrie verschmelzen hier in einem untrennbaren Diskurs, der letztlich dem Interesse der Patientinnen und Patienten dient. In manchen ärztlichen Fachgebieten (z. B. Psychiatrie, Neurologie, Onkologie etc.) drängen sich eine solche wissenschaftliche Kooperation und ein Diskurs mit der Pharmaindustrie geradezu auf. Jeder Laie kann nachvollziehen, dass ein Arzt dieser Fachgebiete anlässlich von Fortbildungsveranstaltungen nicht nur mit ärztlichen Kollegen unter sich bleibt, sondern geradezu erwartet, dass er über die neuesten Produkte und Erkenntnisse der Arzneimittelindustrie informiert wird, um diese mit seinen eigenen Erfahrungen in Klinik und Praxis kritisch zu messen und für zukünftige Behandlungsfälle zu aktualisieren. Die Organisation von Fortbildungsveranstaltungen und Fachkongressen ist in der gewünschten Quantität und Qualität daher nicht ohne die Teilnahme von Unternehmen der Gesundheitsbranche denkbar.

Um einen umfassenden fachlichen Austausch zu gewährleisten, sind viele Fortbildungsveranstaltungen in einem Umfang notwendig, der einen immensen organisatorischen und logistischen Aufwand erfordert. Viele Fortbildungsveranstaltungen könnten ohne die finanzielle oder personelle Unterstützung der genannten Unternehmen in dieser Ausgestaltung gar nicht stattfinden; jedenfalls würde sich das Angebot an Fortbildungsveranstaltungen für die Ärzteschaft deutlich verknappen. Dies ginge zulasten des Wissensaustauschs und wäre somit letztlich nachteilig für die Patientinnen und Patienten.

Eine Umwälzung der gesamten Veranstaltungskosten auf die Teilnahmegebühren der einzelnen Ärzte würde jeden realistischen Rahmen sprengen. Denn schon heute wäre es vielen Ärzten ohne den Erhalt von Drittmitteln für Reise- oder Übernachtungskosten im Wege eines individuellen Sponsorings oft nicht möglich, an bestimmten Fortbildungsveranstaltungen – insbesondere solchen im Ausland – teilzunehmen. Die Gesamtkosten des Zusammentreffens fachlich qualifizierter Personen aus allen für die medizinische Wissenschaft relevanten Bereichen werden durch die Unterstützung der Unternehmen aufgefangen und für Veranstalter und Teilnehmer auf diese Weise so gering gehalten, dass eine Teilnahme an solchen Veranstaltungen und die Teilnahme einer Vielzahl von Ärzten an diesen unmittelbar gefördert wird.

Auch die Qualität der Veranstaltungen profitiert von der finanziellen Unterstützung der Unternehmen. Denn oft ermöglicht erst diese, dass renommierte Redner und Wissenschaftler zum Thema einer Fortbildung eingeladen werden können. Dieser Qualitätsgewinn kommt am Ende jedem einzelnen Arzt zugute.

II. Rechtliche Zulässigkeit des Sponsorings

Die vorstehenden Überlegungen spiegeln nicht nur rein tatsächliche Notwendigkeiten und Vorteile des Sponsorings von Fortbildungsveranstaltungen wider, sondern sind mittlerweile auch im Berufsrecht der Ärzte verankert.

Im Jahre 2003 wurde erstmalig das individuelle Fortbildungssponsoring, d. h. die Annahme von Vorteilen durch einen einzelnen Arzt für die Teilnahme an einer Fortbildungsveranstaltung, berufsrechtlich erlaubt[5]. Damals begründete die Bundesärztekammer die Novellierung so: „Die Kooperation von Ärzteschaft und Industrie ist sowohl notwendig als wünschenswert“ [6].

Zum 114. Deutschen Ärztetag [7] im Jahre 2011 wurde die Musterberufsordnung der Ärzte dahingehend geändert, dass es allen approbierten Ärzten gestattet ist, geldwerte Vorteile für die Teilnahme an wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltungen in angemessener Höhe anzunehmen [8]. Darüber hinaus ist es auch den Veranstaltern erlaubt, Beiträge Dritter zur Durchführung ärztliche Fortbildungsveranstaltungen anzunehmen [9].

III. Rechtliche Grenzen des Sponsorings

Doch da sich die Grenzen zwischen Beeinflussung und Unterstützung, unzulässiger Werbung und fachlichem Diskurs mitunter nur schwer ziehen lassen, werden dem Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen auch die notwendigen Grenzen gesetzt.

Die Berufsordnung selbst schränkt den Umfang des individuellen Sponsorings einzelner Ärzte dahingehend ein, dass es nur für notwendige Reisekosten und Tagungsgebühren und ausschließlich für berufsbezogene Fortbildungsveranstaltungen verwendet werden darf [10]. Und auch beim veranstaltungsbezogenen Sponsoring gibt die Berufsordnung einschränkend vor, dass die Beiträge Dritter ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms und nur in angemessenem Umfang angenommen werden dürfen [11].

Auch bezüglich der auf ärztlichen Fortbildungsveranstaltungen vermittelten Inhalte gibt es klare Vorgaben. Im Fünften Sozialgesetzbuch hat der Bundesgesetzgeber normiert, dass die Inhalte ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen, und dass die Fortbildung ausschließlich fachliche Themen behandeln darf [12].

Der Gesetzgeber hat mit § 95d SGB V eine Regelung geschaffen, die auf den ersten Blick umfassender scheint als sie tatsächlich ist. Zunächst ist nämlich zu bedenken, dass sich das SGB V ausschließlich an Vertragsärzte richtet, nicht also an privatärztlich tätige Ärzte. Darüber hinaus ist gerade nicht bestimmt, dass die Fortbildungsveranstaltungen insgesamt, sondern lediglich die **Fortbildungsinhalte** frei von wirtschaftlichen Interessen sein müssen.

Der Bundesgesetzgeber hat den unbestimmten Rechtsbegriff der „wirtschaftlichen Interessen“ dabei undefiniert gelassen. In der Gesetzesbegründung zu § 95d SGB V finden sich lediglich konkretisierte Negativbeispiele: „Die **Fortbildungsinhalte** müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein. Dies ist insbesondere dann nicht der Fall, wenn ein Unternehmen der pharmazeutischen Industrie, ein Medizinprodukthersteller, ein Unternehmen vergleichbarer Art oder eine Vereinigung solcher Unternehmen eine **produktbezogene**

Informationsveranstaltung durchführt oder den Teilnehmern an einer solchen Veranstaltung entsprechende Mittel zuwendet" [13]. Damit wird deutlich, dass reine Werbeveranstaltungen nicht als Fortbildungsveranstaltungen anerkannt werden sollen. Hingegen bleibt das Sponsoring von Fortbildungsveranstaltungen generell möglich, wenn die Fortbildungsinhalte ein rein fachliches Gepräge aufweisen und ausschließlich fachliche Themen behandeln.
Ähnliches legt auch die Musterfortbildungsordnung der Bundesärztekammer fest [14]. Danach setzt die Anerkennung von Fortbildungsmaßnahmen bei Ärzten unter anderem voraus, dass die Fortbildungsinhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offengelegt werden. Es dürfen und können demnach produktbezogene Informationsveranstaltungen nicht als Fortbildung deklariert werden.

IV. Rahmenbedingungen gesponserter Fortbildungen

Die Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie ist sich der kritischen Stimmen und Bedenken hinsichtlich gesponserter Fortbildungsveranstaltungen durchaus bewusst. Und genau deshalb haben die großen Verbände der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie (FSA, BAH, BPI, VFA, MedTech Europe, BV Med) sowie die Bundesärztekammer in diesem Zusammenhang Kodizes und Empfehlungen entwickelt und formuliert, die ein Sponsoring ohne unzulässige Beeinflussung und Werbung ermöglichen sollen [15]. All diesen Empfehlungen und Kodizes liegen die **Grundprinzipien der Trennung, der Transparenz, der Dokumentation und der Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung** zugrunde. Die Zusammenarbeit zwischen der Industrie und der Ärzteschaft soll nach diesen von der Industrie selbst aufgestellten Grundsätzen nicht dazu missbraucht werden, um Kauf- oder Verordnungsentscheidungen durch unangemessene Gewährung von Vorteilen zu beeinflussen. Im Hinblick auf gesponserte Fortbildungsveranstaltungen finden sich in allen Kodizes entsprechende (fast gleichlautende) klare Regeln:

- Das wissenschaftlich-fachliche Programm darf weder direkt noch indirekt von einem Sponsor beeinflusst werden und muss von anderen Aktivitäten streng abgegrenzt werden. Ein Rahmenprogramm darf zeitlich nicht parallel zum inhaltlichen Programm stattfinden und darf finanziell nicht unterstützt werden. Die Wahl von Tagungsort und -stätte – insbesondere bei Veranstaltungen im Ausland – hat allein nach sachlichen Erwägungen zu erfolgen. Tagungsort, Unterbringung und Bewirtung dürfen nur von untergeordneter Bedeutung bzw. Interesse für den jeweiligen Teilnehmer sein.

- Die Namen der Sponsoren, die Art und Höhe der Sponsor-Leistungen sowie potenzielle Interessenkonflikte im Rahmen der Fortbildungsveranstaltung müssen offengelegt werden. Eine umfassende Dokumentation der Zusammenarbeit soll die Überprüfbarkeit und Nachvollziehbarkeit ermöglichen.

- Gestattet sind beim individuellen Sponsoring einzelner Ärzte grundsätzlich nur angemessene Reise- und Bewirtungskosten, notwendige Übernachtungskosten sowie etwaige Teilnahmegebühren. Verpflegungskosten und die Kosten einer mitreisenden Begleitperson dürfen nicht übernommen werden. Beim veranstaltungsbezogenen Sponsoring darf die finanzielle Unterstützung einen angemessenen Umfang nicht überschreiten.

Die Beachtung dieser Grundsätze hilft dabei, ein Sponsoring von Fortbildungen zu ermöglichen, ohne die Ärzteschaft dem Verdacht einer unzulässigen Beeinflussung auszusetzen.

V. Fazit

Gesponserte Fortbildungen tragen einen ganz wesentlichen Teil zum wissenschaftlichen Austausch im Gesundheitswesen bei. Dabei kann das Sponsoring einer Fortbildungsveranstaltung nicht pauschal mit einer unlauteren Beeinflussung von Ärzten durch Unternehmen der Arzneimittel- und Medizinprodukteindustrie abgetan werden. Denn die seitens dieser Unternehmen selbst aufgestellten Grundsätze zur Neutralität und Transparenz geben klare Regeln vor und untermauern die notwendige Trennung von wissenschaftlich-fachlichem Programm und unternehmerischer Produktpräsentation.
Die Attraktivität einer Fortbildungsveranstaltung hängt für jeden Arzt insbesondere auch von einer möglichen Zertifizierung mit CME-Punkten ab. Denn vor dem Hintergrund des engen zeitlichen Korsetts im Arbeitsalltag der Ärzteschaft ist jeder Arzt daran interessiert, für den Besuch einer Veranstaltung mit wissenschaftlichen Vorträgen und fachlichem Austausch entsprechende Fortbildungspunkte zu erhalten. Ein pauschaler Ausschluss von Veranstaltungen, die von Unternehmen der Pharma- oder Medizinprodukteindustrie wirtschaftlich unterstützt werden, aus der Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen – wie es die eingangs geschilderten Stimmen verlangen – ist bei realistischer Einschätzung aller maßgeblichen Umstände sachlich weder geboten noch rechtlich gerechtfertigt. Denn die Teilnahme an gesponserten Fortbildungen dürfte angesichts der angebotenen Qualität dem Ziel einer kontinuierlichen Verbesserung der Behandlungsqualität förderlicher sein als die Teilnahme an einer sonstigen, inhaltlich eingeschränkten Fortbildungsveranstaltung zweiter oder dritter Klasse.
Unter Einhaltung der von den genannten Verbänden aufgestellten Grundsätze ist das Sponsoring ärztlicher Fortbildungen und damit die Einbindung der Industrie bei deren Veranstaltung nicht nur notwendig und wünschenswert, sondern steht auch einer Zertifizierung mit CME-Punkten nicht entgegen.

Dr. jur. Albrecht Wienke, Rechtsanwalt
Fachanwalt für Medizinrecht

Lisa Hübner, Rechtsanwältin

Wienke & Becker – Köln
E-Mail: awienke@kanzlei-wbk.de

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website www.laekh.de

Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Sponsoring der ärztlichen Fortbildung

von Dr. jur. Albrecht Wienke, Lisa Hübner

[1] § 95d Abs. 1 SGB V, § 4 Abs. 1 MBO-Ä.

[2] Dazu und zu der gesamten Problematik ausführlich Balzer, Die Akkreditierung industrieunterstützter Fortbildungsveranstaltungen nach Umsetzung des GKV-Modernisierungsgesetzes – eine Reform der Reform?, MedR 2004, 76, 76 ff.

[3] So die konkrete Forderung von Lempert/Schott/u. a.: Fortbildungen, Keine Punkte bei Sponsoring, DÄBl. 13/2019, S. A620, S. A620 ff.

[4] Bundesärztekammer, Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, 4. Aufl. 2015, S. 4 – abrufbar unter https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Fortbildung/EmpfFortb_20150424.pdf [abgerufen am 06.02.2020].

[5] Vgl. das Beschlussprotokoll des 106. Deutschen Ärztetages, Punkt IV – abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/aerztetag/beschlussprotokolle-ab-1996/106-daet-2003/zu-punkt-iv-der-tagesordnung-novellierung-einzelner-vorschriften-der-muster-berufsordnung/1-novellierung-einzelner-vorschriften-der-muster-berufsordnung/ [abgerufen am 06.02.2020].

[6] Hinweise und Erläuterungen zu § 33 (Muster-)Berufsordnung, beschlossen von den Berufsordnungsgremien der Bundesärztekammer am 12.08.2003, DÄBl. 5/2004, S. A297, S. A297 ff.

[7] Vgl. das Beschlussprotokoll des 114. Deutschen Ärztetages, Punkt III – abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/114Beschlussprotokoll20110704.pdf [zuletzt abgerufen am 06.02.2020] sowie die Anlage 1 zum Beschlussantrag III – 01, abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/114DAETBeschlussAnlageIII-01.pdf [abgerufen am 06.02.2020].

[8] **§ 32 Abs. 2 MBO-Ä**: „Die Annahme von geldwerten Vorteilen in angemessener Höhe ist nicht berufswidrig, sofern diese ausschließlich für berufsbezogene Fortbildung verwendet werden. Der für die Teilnahme an einer wissenschaftlichen Fortbildungsveranstaltung gewährte Vorteil ist unangemessen, wenn er über die notwendigen Reisekosten und Tagungsgebühren hinausgeht."

[9] **§ 32 Abs. 3 MBO-Ä**: „Die Annahme von Beiträgen Dritter zur Durchführung von Veranstaltungen (Sponsoring) ist ausschließlich für die Finanzierung des wissenschaftlichen Programms ärztlicher Fortbildungsveranstaltungen und in angemessenem Umfang erlaubt. Das Sponsoring, dessen Bedingungen und Umfang sind bei der Ankündigung und Durchführung der Veranstaltung offen zu legen."

[10] vgl. FN 8.

[11] vgl. FN 9.

[12] **§ 95d Abs. 1 SGB V**: „Der Vertragsarzt ist verpflichtet, sich in dem Umfang fachlich fortzubilden, wie es zur Erhaltung und Fortentwicklung der zu seiner Berufsausübung in der vertragsärztlichen Versorgung erforderlichen Fachkenntnisse notwendig ist. Die Fortbildungsinhalte müssen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse auf dem Gebiet der Medizin, Zahnmedizin oder Psychotherapie entsprechen. Sie müssen frei von wirtschaftlichen Interessen sein."

[13] BT-Dr. 15/1525 vom 08.09.2003, S. 110.

[14] § 8 Abs. 1 Nr. 3 MFO: „Die Anerkennung einer Fortbildungsmaßnahme setzt voraus, dass [...] 3. die Inhalte frei von wirtschaftlichen Interessen sind und Interessenkonflikte des Veranstalters und der Referenten offen gelegt werden."

[15] *Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.* (FSA), FSA-Kodex zur Transparenz bei der Zusammenarbeit mit Angehörigen der Fachkreise (FSA-Transparenzkodex) vom 27.11.2013 in der Fassung vom 30.10.2018, abrufbar unter https://www.fsa-pharma.de/de/kodizes/transparenzkodex/inhaltsubersicht [abgerufen am 06.02.2020];
Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.

(FSA), FSA-Kodex zur Zusammenarbeit mit Fachkreisen (FSA-Kodex Fachkreise), abrufbar unter https://www.fsa-pharma.de/de/der-fsa/bezugsgruppen/fachkreise [zuletzt abgerufen am 21.10.2019];
Bundesverband der Arzneimittel-Hersteller e. V. (BAH) / *Bundesverband der Pharmazeutischen Industrie e. V.* (BPI) / *Verband Forschender Arzneimittelhersteller e. V.* (VFA), Verhaltensempfehlungen für die Zusammenarbeit der pharmazeutischen Industrie mit Ärzten, 27. Mai 2003, abrufbar unter: https://www.fsa-pharma.de/de/mediencenter#diverses [abgerufen am 06.02.2020];
MedTech Europe, MedTech Europe Kodex zum ethischen Geschäftsverhalten, März 2017, Übersetzung des MedTech Europe Code of Ethical Business Practice von Dezember 2015, abrufbar unter: https://www.spectaris.de/fileadmin/Infothek/Medizintechnik/Themen/Management/MedTech_Kodex_ethisches_Geschaeftsverhalten.pdf [abgerufen am 06.02.2020];
Bundesverband Medizintechnologie e. V. (BV Med), Kodex Medizinprodukte vom 01.10.1997 in der Fassung vom 01.01.2018, abrufbar unter https://www.bvmed.de/de/recht/healthcare-compliance/kodex-medizinprodukte/kodex-medizinprodukte-2018 [zuletzt abgerufen am 21.10.2019];
Bundesärztekammer (BÄK), Empfehlungen zur ärztlichen Fortbildung, 4. Aufl. 2015, abrufbar unter: https://www.bundesaerztekammer.de/aerzte/aus-weiter-fortbildung/fortbildung/empfehlungen-zur-aerztlichen-fortbildung/ [zuletzt abgerufen am 21.10.2019].

Foto: © Werner Hilpert – stock.adobe.com

Leserbrief zum Thema Klimaschutz auf dem 125. Deutschen Ärztetag (HÄBL 12/2021, S. 659–667)

Klimaschutz: „Am Anfang steht die Verpflichtung und am Ende die Sanktion“

Als ich im „Deutschen Ärzteblatt 45/2021“ die Berichte und Beschlüsse vom 125. Ärztetag in Berlin gelesen habe, ist mir fast die sprichwörtliche Kaffeetasse aus der Hand gefallen.

Da redet Herr Bobbert von der Ärztekammer Berlin von „verpflichtenden Zielen“ für die Ärzteschaft, die „Zeiten der freiwilligen Selbstkontrolle seien vorbei“ und beruft sich auch noch auf § 1 der Berufsordnung und die Vorbildfunktion der Ärzte – ist das die Aufgabe und das Selbstverständnis der Ärztekammern?!

Übersetzt heißt das wohl, der Klimaschutz steht jetzt über (fast) allem und wir bekommen dann demnächst für jede Praxis verbindliche Klimaziele und Klimaschutzbeauftragte vorgeschrieben?! Bei Verfehlen auch gerne Sanktionen wie Strafabzüge vom großzügigen KV-Honorar? Klima-Faktoren in der GOÄ?! Extra-Kammerbeitrag für Klimaschutz?!

Und Ärzte, die (noch) einen Verbrenner fahren, sind ab sofort eine schlechte Ärztin/schlechter Arzt, die gegen die Berufsordnung verstoßen?!

Das ist doch eine Steilvorlage der eigenen Standesvertretung, um der Ärzteschaft Pflichten aufzubürden, die man genauso gut freiwillig erfüllen könnte und würde. Klimaschutz ist wichtig, allerdings ist der deutsche Anteil am weltweiten CO_2-Aufkommen halt trotzdem nur 2 % und der des deutschen Gesundheitssektors 5,2 % von diesen 2 %; was machen da wohl unsere Praxen aus?!

Es geht um Nachkommastellen im Promillebereich oder weniger, was wir hier einsparen könnten, aber die deutschen Ärzte sollen dazu jetzt die obersten Klimaschützer und „selbstverpflichtet“ werden – als hätten wir gerade keine anderen Probleme. Wenn es so weitergeht, schaffen wir uns ohne Not ein weiteres Instrument zur Steuerung, nein Drangsalierung der Ärzte, das dann ganz schnell mit ganz anderen Interessen gegen uns gewendet werden kann. Andererseits will sicher niemand den Verzicht auf Klimatisierung von OPs, Intensivstationen etc. oder den Wegfall von Hausbesuchen (mit Verbrennungsmotoren) und Rettungshubschraubern wegen der Klimaschutzziele; vom Stromverbrauch der erzwungenen Telematikanbindung ganz zu schweigen.

Eine derart übergriffige „Selbstverpflichtung“ der Ärzteschaft bis in das Privatleben hinein durch die eigene Körperschaft finde ich höchst problematisch. Ein Aufruf und Bekenntnis zu klimaschützendem Verhalten hätte durchaus gereicht – z. B. in der Art, wie vor einigen Ausgaben im HÄBL skizziert wurde (11/2021, S. 620); die größeren Hebel bei den Themen Mobilität, Heizen, Energieverbrauch etc. hat sowieso die Politik in der Hand und die kommenden Gesetze und Verpflichtungen zum Klimaschutz betreffen die Ärzteschaft genauso wie alle anderen auch, beruflich und privat; wir brauchen keine darüber hinausgehenden Selbstverpflichtungen ausgerechnet der Ärzteschaft, während gleichzeitig die deutsche Industrie die EEG-Umlagen geschickt umgehen kann oder erlassen bekommt und die Franzosen ihren Atomstrom demnächst in der EU als förderungsfähigen grünen Strom deklarieren wollen.

Bei den Kliniken könnte ich dieses Ansinnen noch verstehen, die niedergelassenen Ärzte hingegen muss man nicht gesondert verpflichten! Am Anfang steht die Verpflichtung und am Ende die Sanktion – wollen wir das wirklich?!

Da gibt es schon jetzt Zwang zur Telematikanbindung, Vorgaben des SGB, Berufsordnung, Vorgaben des Gesetzgebers, der BG, der Gesundheitsämter, Gewerbeaufsicht und von vielen weiteren Schreibtischtätern, die eine Praxisbegehung aus welchen Gründen auch immer verlangen können…

Was soll man bei diesem Setting eigentlich jungen Kollegen heute raten, die sich in eigener Praxis niederlassen und einfach nur als Arzt arbeiten wollen? „Flieht Ihr Narren“ – aber bitte auf dem Fahrrad?!

Dirk Paulukat
Delegierter der Liste Fachärztinnen und Fachärzte,
Facharzt für Augenheilkunde,
Bad Camberg

Leserbrief zum Aufruf nach Best Practice-Beispielen (HÄBL 01/2022, S. 6)

Klimafreundliches Arbeiten in Klinik und Praxis

Als „Best-Practice-Beispiel“ erzähle ich gerne von meinem Klima- und Nachhaltigkeitsprojekt in meiner kinder- und jugendpsychiatrischen und psychotherapeutischen Einzelpraxis.

Diese befindet sich im Erdgeschoss eines kleinen Wohnhauses, in dessen erstem Stock sich meine Wohnung befindet. Ende 2019 habe ich mich durch eine Energieberaterin zu einer energetischen Sanierung des Hauses beraten lassen. Dem folgten umfangreiche Sanierungsmaßnahmen mit dreifachverglasten Fenstern, dreifachverglaster Haustür, Dachgeschossdämmung, Auswechseln der alten Ölheizung gegen eine Kombi aus Solarthermie und Pellets (die werden 2 km weiter entfernt hergestellt), Einbau einer PV-Anlage mit Energiespeicher plus Umstieg auf E-Mobilität mit Wallbox und Wechsel des Stromanbieters auf reinen Ökostrom.

Den Außenbereich habe ich ergänzt um ein sicht-, regen- und geräuschgeschütztes Außensprechzimmer mit einem kleinen Biotopbereich davor im Garten. Die viele Natur ums Haus, die Vögel und die vielen Insekten und wilden Blumen lenken die Aufmerksamkeit by the way auf Nachhaltigkeit ebenso wie die Energiesanierungsmaßnahmen. Die CO_2-Energiebilanz des Praxisbereichs geht gegen 0.

Dr. med. Charlotte Kernig
Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,
Grasellenbach

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bücher

Volker Klimpel: Chirurginnen

Dr. Reinhard Kaden Verlag, Heidelberg
2021, 188 Seiten (gebunden),
ISBN: 9783942825870, € 24.80

„Chirurginnen" – ein Buchtitel, der Aufmerksamkeit erregt. Denn ein ganzes Buch den Vertreterinnen dieses Berufes zu widmen, ist sicherlich beachtenswert. Volker Klimpel, habilitierter Chirurg und Medizinhistoriker, gibt im ersten Abschnitt einen geschichtlichen Überblick über die Entwicklung der „weiblichen Chirurgie". Im zweiten Teil stellt der Autor kurz die Lebensläufe von mehr als 100 Chirurginnen aus allen Epochen vor, bevor er zum Abschluss heutige Chefärztinnen und Abteilungsleiterinnen auflistet.

Zunächst beleuchtet der Autor den Werdegang von Chirurginnen von der Antike bis zur heutigen Zeit. Dass die Abschnitte bis zum 19. Jahrhundert relativ kurzgehalten sind, liegt sicherlich am fehlenden Material. Frauen in der Medizin waren rar und Chirurginnen erst recht. Obwohl es umso inspirierender ist, dass auch in dieser dunklen Zeit einige Frauen, aller Widrigkeiten zum Trotz, ihrer Passion zur Chirurgie gefolgt sind und so einen verdienten Platz in diesem Buch finden. Um 1900 schien sich dann die Situation für Frauen in der Medizin langsam zu verbessern. Es gab immer mehr Frauen, die Medizin studieren konnten, und somit auch mehr Chirurginnen, die beeindruckende Beiträge zur chirurgischen Tätigkeit entwickelt haben.

Endlich kamen Anfang des 21. Jahrhunderts Frauen an die Spitze der chirurgischen Abteilungen. Allen voran Prof. Dr. med. Doris Henne-Bruns als erste Ordinaria für Chirurgie, die das Vorwort für dieses Buch geschrieben hat. Dennoch wird am Ende des Kapitels auf die immer noch erschreckende Unterzahl weiblicher Kollegen am oberen Ende der Karriereleiter hingewiesen.

Geschrieben ist das Buch für alle, die einen Einblick in das Wirken von Chirurginnen aller Epochen, inklusive der heutigen Situation in den Führungsetagen bekommen wollen. Ich als junge Chirurgin fand das Buch sehr informativ und interessant. Dass wenige Formulierungen des Autors über die weiblichen Kollegen als strittig wahrgenommen werden könnten, lässt dennoch keinen Zweifel daran, dass er allen Chirurginnen seinen Respekt zollt. Und auch wenn wir in der Chirurgie noch weit von Gleichberechtigung entfernt sind, macht dieses Buch auf unseren außergewöhnlichen Beruf aufmerksam und inspiriert hoffentlich viele Medizinerinnen, diesen zu wählen.

Dr. med. Carolin Piotrowski
Abteilung für Allgemein- und Viszeralchirurgie,
St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig

Diese Rezension ist ein Nachdruck aus dem Ärzteblatt Sachsen, 7/2021, S. 31.

Newsletter der Landesärztekammer Hessen

Wir halten Sie auf dem Laufenden: Mit unserem Newsletter erhalten Sie regelmäßig aktuelle Informationen und interessante Themen rund um die Kammer bequem in Ihr E-Mail-Postfach. Den Anmelde-Button finden Sie rechts auf der Startseite in einem Kasten auf www.laekh.de.

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Foto: Steffen Jänicke

Dr. med. Eckart von Hirschhausen wurde jetzt als Honorarprofessor an die Philipps-Universität Marburg, Fachbereich Medizin berufen. Der aus den Medien bekannte Arzt, Wissenschaftsjournalist, Buchautor, Moderator und Bühnenkünstler wird zukünftig an der Ausbildung von Medizin-Studierenden der Philipps-Universität mitwirken, vorrangig im Bereich „Klimawandel & Medizin“ sowie „Sprache in der Medizin“. Hirschhausen ist schon länger mit dem Fachbereich durch öffentliche Vorträge und Vorlesungen verbunden. Seit 2020 engagiert er sich mit der Stiftung „Gesunde Erde – gesunde Menschen“, um Klimaschutz als Gesundheitsschutz in der Fachwelt, Gesellschaft und Politik zu verankern und aktiv zur Lösung der Probleme beizutragen.

Foto: Klinikum Darmstadt

Dr. med. Cihan Celik ist seit Januar Sektionsleiter Pneumologie am Klinikum Darmstadt und steht damit dem gesamten Spektrum der konservativen und interventionellen Pneumologie vor. Mit Beginn der Corona-Pandemie hat sich Celik dafür eingesetzt, die Lage zu erklären und immer wieder auch gesellschaftspolitische und soziale Aspekte der Corona-Erkrankungen thematisiert. Er sei so zu einem Stellvertreter des Klinikpersonals geworden, heißt es in einer Mitteilung des Klinikums. Öffentlichkeitswirksam wirbt Celik auch für die Corona-Schutzimpfung.

Foto: privat

Prof. MUDr. Matus Rehak Ph.D. hat die Leitung der Klinik für Augenheilkunde des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Gießen, übernommen und hat seitdem die Universitätsprofessur für „Augenheilkunde mit den Schwerpunkten Strabologie und Neuroophthalmologie“ inne. Seine Schwerpunkte sind u. a. die Bereiche Retinologie und okuläre Onkologie. Rehak war zuvor als kommissarischer Klinikdirektor der Augenklinik am Universitätsklinikum Leipzig tätig.

Foto: Krankenhaus Sachsenhausen

Prof. Dr. med. Amadeus Hornemann, Chefarzt der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie Ärztlicher Direktor am Krankenhaus Sachsenhausen in Frankfurt/Main hat den German Medical Award in der Kategorie „Medical Innovation Award Practice & Clinic: Therapie“ erhalten. Damit wird der Frankfurter Arzt für die Entwicklung eines neuen Verfahrens zur Operation von Gebärmuttersenkungen gewürdigt, bei dem statt der umstrittenen Kunststoffnetze eine Sehne aus der Kniekehle verwendet wird. Der German Medical Award zeichnet herausragende Leistungen und innovative Verfahren der Patientenversorgung aus.

Bezirksärztekammer Marburg

Foto: Peter Jülich

Bundespräsident Frank-Walter Steinmeier hat Anfang Dezember 2021 zum „Tag des Ehrenamtes“ im Schloss Bellevue acht Frauen und sieben Männer mit dem Verdienstorden der Bundesrepublik Deutschland ausgezeichnet, darunter den hessischen Arzt **Dr. med. Wolfgang Kauder** (Foto) mit dem Verdienstkreuz am Bande. In Darmstadt gründete Kauder die „Malteser Medizin für Menschen ohne Krankenversicherung“, eine Einrichtung, in der Menschen ohne Aufenthaltsstatus, aber auch Wohnungslose und Einheimische ohne Krankenversicherung kostenlos medizinisch behandelt werden. Fast 10.000 Menschen wurden bisher dort versorgt. Mit dem Bundesverdienstkreuz 1. Klasse wurde bereits im vergangenen Oktober **Dr. med. Bernhard Herrmann** (Foto) ausgezeichnet. Der Kinder- und Jugendarzt und Neonatologe leitet am Klinikum Kassel den Bereich Neonatologie und Kinderschutz. Er engagiert sich seit den 1990er-Jahren ehrenamtlich in der Entwicklung des Bereiches medizinischer Kinderschutz.

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Foto: Gesundheit Nordhessen

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Gießen

Erratum

Durch einen bedauerlichen Fehler wurde Karl-Heinz Lüdemann, Arzt im Ruhestand aus Gießen, in der Ausgabe 01/2022 versehentlich unter den Verstorbenen aufgeführt. Wir bitten, dies zu entschuldigen. (red)

Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © Lars Gieger – stock.adobe.com

Übergang der GQH in die LAGQH

Seit dem 1. Januar 2022 ist die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) vollständig in die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) überführt worden.

Nach einer vierjährigen Phase des Parallelbetriebes von GQH und LAGQH in der datenbasierten externen Qualitätssicherung in Hessen konnte nun die GQH zum Jahreswechsel vollständig in die LAGQH überführt werden. Hintergrund ist, dass mittlerweile alle ursprünglich in der Richtlinie über Maßnahmen der Qualitätssicherung in Krankenhäusern (QSKH-RL) geregelten Leistungsbereiche in die Richtlinie zur datengestützten einrichtungsübergreifenden Qualitätssicherung (DeQS-RL) überführt wurden und gleichzeitig die QSKH-RL außer Kraft gesetzt wurde. Auch sind die beiden Landesverfahren zu den Multiresistenten Erregern (MRE-Projekt Hessen) und zur stationären Schlaganfallversorgung (Akut- und Frührehabilitation) nun bei der LAGQH angesiedelt.

Im Rahmen des Betriebsüberganges wurde das komplette Team um Dr. med. Björn Misselwitz von der GQH in die LAGQH übernommen. Somit ist sichergestellt, dass die Leistungserbringer im stationären und ambulanten Sektor in Hessen auch weiterhin in bewährter Weise bei der Umsetzung der gesetzlichen Qualitätssicherungsmaßnahmen unterstützt werden.

Weitere Informationen im Internet: www.lagqh.de

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060054892 ausgestellt am 17.07.2018 für Doctor-medic Emmanuel Benson, Bad Camberg

Arztausweis-Nr. 060055141 ausgestellt am 06.08.2018 für Dr. med. Thorsten Berg, Potsdam

Arztausweis-Nr. 060077819 ausgestellt am 06.05.2021 für Dr. med. Christin Büttner, Fuldabrück

Arztausweis-Nr. 060067475 ausgestellt am 20.08.2020 für Dr. med. Karl-Heinz Deuser, Bad Nauheim

Arztausweis-Nr. 060060559 ausgestellt am 12.08.2019 für Dr. med. Franz Ebner, Oberursel

Arztausweis-Nr. 060051147 ausgestellt am 23.11.2017 für Patricia Eger-Keil, Linden

Arztausweis-Nr. 060061285 ausgestellt am 25.09.2019 für Dr. med. Markus Giesa, Wiesbaden

eHBA-Nr. 80276001081900005373 ausgestellt am 25.02.2021 für Dr. med. Axel Hartmann, Idstein

Arztausweis-Nr. 060072678 ausgestellt am 28.01.2021 für Eileen Hofmann, Frankfurt am Main

Arztausweis-Nr. 060066344 ausgestellt am 15.07.2020 für Dr. med. Marie Hondrich, Frankfurt am Main

Arztausweis-Nr. 060057499 ausgestellt am 23.01.2019 für Nikolaus Jost, Kassel

Arztausweis-Nr. 060071698 ausgestellt am 07.01.2021 für Nikola Kraft, Hanau

Arztausweis-Nr. 060059716 ausgestellt am 17.06.2019 für Dr. med. Gothje Lautenschläger, Gießen

Arztausweis-Nr. 060054866 ausgestellt am 16.07.2018 für Gregor Lindl, Frankfurt am Main

Arztausweis-Nr. 060069515 ausgestellt am 11.11.2020 für Dr. med. Patrizia Malkomes, Frankfurt am Main

Arztausweis-Nr. 060049371 ausgestellt am 21.07.2017 für Jens Hendrik Möller, Hofheim

Arztausweis-Nr. 060052893 ausgestellt am 22.02.2018 für Bettina Pallasch, Frankfurt am Main

Arztausweis-Nr. 060065415 ausgestellt am 11.05.2020 für Menelaos Papadimitriou, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060057961 ausgestellt am 18.02.2019 für Dr. med. Maximilian Reus, Bickenbach

Arztausweis-Nr. 060053794 ausgestellt am 20.04.2018 für Dr. med. Dr. rer. nat. Hans-Jürgen Schick, Eichenzell

Arztausweis-Nr. 060063745 ausgestellt am 12.02.2020 für Dr. med. Thomas Schmidt, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060058366 ausgestellt am 11.03.2019 für Christopher Schmidt, Braunfels

Arztausweis-Nr. 060080977 ausgestellt am 29.06.2021 für Sebastian Singer, Petersberg

Arztausweis-Nr. 060048446 ausgestellt am 11.05.2017 für Annika Werner, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060073915 ausgestellt am 24.02.2021 für Dr. med. Jutta Zeller, Frankfurt am Main

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Über die vorzeitige Zulassung erhält der/die Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner/ihrer regulären Abschlussprüfung unmittelbar vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine/ihre Leistungen während der gesamten Ausbildungszeit dies rechtfertigen.

Die einzelnen Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung in Verbindung mit den aktuellen Prüfungsterminen können im Internet abgerufen werden unter:

https://www.laekh.de/fuer-mfa/berufsausbildung/pruefungen

Geburtstage

Bezirksärztekammer Kassel

Goldenes

Ehrungen MFA/ Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum 25-jährigen Berufsjubiläum:

Jahresabschluss der Landesärztekammer

Bilanz zum 31. Dezember 2020, Landesärztekammer Hessen Körperschaft des öffentlichen Rechts, Frankfurt am Main

AKTIVA

		€	31.12.2020 €	Vorjahr T€
A.	**Anlagevermögen**			
I.	**Immaterielle Vermögensgegenstände**			
	1. Software	215.302,78		225
	2. Anzahlungen auf Software	279.369,70		191
			494.672,48	416
II.	**Sachanlagen**			
	1. Grundstücke und Bauten	42.595.209,19		44.053
	2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung	1.881.438,32		1.964
	3. Anlagen im Bau	11.900,00		0
			44.488.547,51	46.017
III.	**Finanzanlagen**			
	1. Beteiligungen	4.579,74		5
	2. Wertpapiere des Anlagevermögens	11.510.483,00		11.458
			11.515.062,74	11.463
			56.498.282,73	57.896
B.	**Umlaufvermögen**			
I.	**Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände**			
	1. Forderungen			
	a) Forderungen aus Kammerbeiträgen	1.227.435,85		1.562
	b) Sonstige Forderungen	607.453,90		713
	2. Forderungen gegen Unternehmen, mit denen ein Beteiligungsverhältnis besteht	0,00		0
	3. Sonstige Vermögensgegenstände	56.042,67		67
			1.890.932,42	2.342
II.	**Kassenbestand und Guthaben bei Kreditinstituten**		6.898.515,81	10.006
	davon täglich fällig: € 6.891.252,64 (Vj.: € 9.997.770,47)		8.789.448,23	12.348
C.	**Rechnungsabgrenzungsposten**		131.544,44	105
			65.419.275,40	70.349
	Treuhandvermögen		494.545,65	510

Anhang 2020

I. Allgemeines

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

Der Jahresabschluss zum 31. Dezember 2020 wurde nach den deutschen handelsrechtlichen Rechnungslegungsvorschriften und nach den Vorschriften der Haushalts- und Kassenordnung der Landesärztekammer Hessen aufgestellt. Die Gliederung der Gewinn- und Verlustrechnung orientiert sich am Haushaltsplan der Körperschaft.

II. Bilanzierungs- und Bewertungsgrundsätze

Die immateriellen Vermögensgegenstände und Sachanlagen sind zu Anschaffungs- bzw. Herstellungskosten (einschließlich nicht abzugsfähiger Vorsteuer) abzüglich Abschreibungen bewertet. Die planmäßigen Abschreibungen werden entsprechend der voraussichtlichen Nutzungsdauer nach der linearen Methode vorgenommen. Die Abschreibung auf Zugänge zum beweglichen Sachanlagevermögen erfolgt pro rata temporis (monatsgenau). Die Abschreibungszeiträume betragen zwischen 3 und 5 Jahren bei EDV-Programmen, zwischen 12,5 und 50 Jahren bei Gebäuden und Außenanlagen und 3 bis

Hessen zum 31. Dezember 2020

PASSIVA

		€	€	Vorjahr T€
A.	**Eigenkapital**			
	Rücklage			
	1. Betriebsmittelrücklage	7.699.562,95		8.219
	2. Instandhaltungsrücklage	0,00		4.037
	3. Rücklage Kammerneubau	7.934.002,08		8.143
	4. Rücklage Immobilie Bad Nauheim	4.092.229,93		4.355
	5. Bilanzgewinn	0,00		0
			19.725.794,96	24.754
B.	**Sonderposten für erhaltene Investitionszuschüsse**		2.282.384,13	2.441
C.	**Rückstellungen**			
	1. Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen	25.646.279,62		23.845
	2. Sonstige Rückstellungen	1.750.800,91		1.594
			27.397.080,53	25.439
D.	**Verbindlichkeiten**			
	1. Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten	13.670.826,01		14.567
	2. Verbindlichkeiten aus Kammerbeiträgen	69.211,21		77
	3. Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen	566.875,93		1.922
	4. Sonstige Verbindlichkeiten	1.707.102,63		1.147
	davon Verbindlichkeiten aus Steuern: € 194.018,31 (Vj.: € 204.784,01) davon im Rahmen der sozialen Sicherheit: € 7.813,23 (Vj.: € 8.503,54)		16.014.015,78	17.713
E.	**Rechnungsabgrenzungsposten**		0,00	2
			65.419.275,40	70.349
	Treuhandverbindlichkeiten		494.545,65	510

15 Jahre bei anderen Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattung. Nicht inventarisierte geringwertige Anlagegegenstände mit Anschaffungskosten bis zu einer Höhe von T€ 1 werden sofort abgeschrieben und ihr Abgang zum Ende des Geschäftsjahres wird unterstellt.

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

Die Beteiligungen wurden zu Anschaffungskosten angesetzt.

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

Die Forderungen und sonstigen Vermögensgegenstände – ausgenommen ungewisse Forderungen – sind zum Nennwert bilanziert; erkennbare Risiken sind durch Wertberichtigungen gedeckt. Ungewisse Beitragsforderungen (noch nicht abgeschlossene Beitragsveranlagungen) wurden mit einem durchschnittlichen Beitragssatz, der sich aus den für 2020 veranlagten Kammerbeiträgen ergibt, abzüglich eines Sicherheitsabschlags angesetzt.

Die unter den aktiven und passiven Rechnungsabgrenzungsposten ausgewiesenen

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Entwicklung des Anlagevermögens der Landesärztekammer Hessen

Posten des Anlagevermögens	Anschaffungs/Herstellungskosten				
	01.01.2020	Zugang	Umbuchungen	Abgang	31.12.2020 stand
		€	€	€	€
I. Immaterielle Vermögensgegenstände					
1. Software	2.495.439,71	88.105,20	39.075,34	0,00	2.622.620,25
2. Anzahlungen auf Software	190.987,36	127.457,68	-39.075,34	0,00	279.369,70
	2.686.427,07	215.562,88	0,00	0,00	2.901.989,95
II. Sachanlagen					
1. Grundstücke und Bauten	54.110.232,53	2.131,69	0,00	0,00	54.112.364,22
2. Andere Anlagen, Betriebs- und Geschäftsausstattungen	6.238.913,86	381.488,64	0,00	1.429,07	6.618.973,43
3. Anlagen im Bau	0,00	11.900,00	0,00	0,00	11.900,00
	60.349.146,39	395.520,33	0,00	1.429,07	60.743.237,65
Gesamt I. - II.	**63.035.573,46**	**611.083,21**	**0,00**	**1.429,07**	**63.645.227,60**
III. Finanzanlagen					
1. Beteiligungen	4.579,74	0,00	0,00	0,00	4.579,74
2. Wertpapiere des Anlagevermögens	11.561.408,62	3.444.475,40	0,00	3.456.853,51	11.549.030,51
	11.565.988,36	3.444.475,40	0,00	3.456.853,51	11.553.610,25
Gesamt I. - III.	**74.601.561,82**	**4.055.558,61**	**0,00**	**3.458.282,58**	**75.198.837,85**

Beträge wurden in Höhe der vorausbezahlten Aufwendungen bzw. vereinnahmten Erträge unter Berücksichtigung der künftigen Laufzeiten der zugrundeliegenden Verträge ermittelt.

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

Zur Bildung der Rückstellungen für Pensionen und ähnliche Verpflichtungen wurden die Berechnungen nach versicherungsmathematischen Grundsätzen mit dem Teilwertverfahren unter Verwendung der Richttafeln 2018G von Prof. Dr. Klaus Heubeck vorgenommen. Im Jahr 2020 wurde ein Zinssatz in Höhe von 2,30 % zur Abzinsung verwendet, der dem Rechnungszins gemäß der RückAbzinsVO (2,30 % zum 31.12.2020 auf der Basis eines 10-Jahresdurchschnitts) entspricht. Zwischen der LÄKH und dem Personalrat wurde mit Wirkung zum 1. Januar 2018 eine Änderung der Regelung für die betriebliche Altersversorgung der betroffenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vereinbart. Der interne Rechnungszins wird bis 31.12.2020 mit 2,00 % (vorher 3,25 %) festgeschrieben. Der Renteneckwert wird einmalig zum 01.01.2018 um 2,00 % erhöht und in den darauffolgenden Jahren um 1,5 %. Sofern sich ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte (mindestens 0,5 %), wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen. Mit dem Personalrat wurde in seiner Sitzung am 18.02.2021 einvernehmlich festgestellt, dass im Betrachtungszeitraum kein Anstieg des Zinsniveaus zu verzeichnen gewesen sei und somit keine Erhöhung der internen Verzinsung erfolgen könne.

Des Weiteren wurden die nachfolgenden Parameter bei der Berechnung berücksichtigt:

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

Der für Zwecke der Ermittlung des Unterschiedsbetrages nach § 253 Abs. 6 HGB verwendete durchschnittliche Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre beträgt 1,60 % p. a. Der Unterschiedsbetrag beträgt T€ 2.938, der grundsätzlich einer Ausschüttungssperre unterliegt.

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

Die Bewertung der Jubiläumsrückstellung basiert auf einem Gutachten der Firma Mercer. Die Bewertung wird mittels der sog. „Projected-Unit-Credit-Methode“

	Kumulierte Abschreibungen				Buchwerte	
01.01.2020	Zugang	Zuschreibung	Abgang	31.12.2020	**31.12.2020**	31.12.2019
€	€	€	€	€	€	€
2.270.599,63	136.717,84	0,00	0,00	2.407.317,47	215.302,78	224.840,08
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	279.369,70	190.987,36
2.270.599,63	136.717,84	0,00	0,00	2.407.317,47	494.672,48	415.827,44
10.057.652,75	1.459.502,28	0,00	0,00	11.517.155,03	42.595.209,19	44.052.579,78
4.274.473,51	464.490,67	0,00	1.429,07	4.737.535,11	1.881.438,32	1.964.440,35
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	11.900,00	0,00
14.332.126,26	1.923.992,95	0,00	1.429,07	16.254.690,14	44.488.547,51	46.017.020,13
16.602.725,89	**2.060.710,79**	**0,00**	**1.429,07**	**18.662.007,61**	**44.983.219,99**	**46.432.847,57**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	4.579,74	4.579,74
102.788,26	23.597,12	3.376,56	84.461,31	38.547,51	11.510.483,00	11.458.620,36
102.788,26	23.597,12	3.376,56	84.461,31	38.547,51	11.515.062,74	11.463.200,10
16.705.514,15	**2.084.307,91**	**3.376,56**	**85.890,38**	**18.700.555,12**	**56.498.282,73**	**57.896.047,67**

(PUC-Methode) durchgeführt. Der Rückstellungsbetrag gemäß der PUC-Methode ist definiert als der versicherungsmathematische Barwert der bis zum Stichtag zeitanteilig erdienten Jubiläumsleistungen. Der Rückstellungsbetrag wurde unter Einbeziehung von Trendannahmen hinsichtlich der zukünftigen Anwartschaftsentwicklung sowie evtl. Fluktuationswahrscheinlichkeiten ermittelt.

Als biometrische Rechnungsgrundlagen wurden die Richttafeln 2018G von Klaus Heubeck verwendet. Die Bewertung erfolgte mit einem Zinssatz von 1,60 % p. a., einem Gehaltstrend von 2,50 % p. a. und einem BBG-Trend von 3,00 % p. a.

Der Wertansatz der übrigen Rückstellungen berücksichtigt alle erkennbaren Risiken auf der Grundlage vorsichtiger kaufmännischer Beurteilung. Die Bilanzierung erfolgt mit dem Erfüllungsbetrag. Sofern die Restlaufzeit der Rückstellungen mehr als ein Jahr beträgt, wurden die Rückstellungen mit dem ihrer Restlaufzeit entsprechenden Marktzinssatz der vergangenen sieben Geschäftsjahre abgezinst.

Die Verbindlichkeiten sind zu ihrem jeweiligen Erfüllungsbetrag bilanziert.

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

1. Anlagevermögen

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

2. Forderungen und sonstige Vermögensgegenstände

Sämtliche Forderungen sind innerhalb eines Jahres fällig.

3. Sonstige Rückstellungen

Die sonstigen Rückstellungen betreffen im Wesentlichen mit T€ 537 Jubiläumsrückstellungen, T€ 365 Rückstellungen für Überstunden und nicht genommenen Urlaub, T€ 363 Rückstellungen für Archivierung sowie T€ 200 Rückstellungen für Prozess- und Gerichtskosten.

4. Verbindlichkeiten

Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten mit einer Restlaufzeit bis zu einem Jahr betragen € 1,0 Mio. (Vj. € 1 Mio), von mehr als einem Jahr € 12,7 Mio. (Vj. € 13,6 Mio) und davon mehr als 5 Jahren € 9,6 Mio. Die Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten sind in voller Höhe über eine Grundschuld auf das Kammergebäude in Frankfurt besichert.

Die Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen und die sonstigen Verbindlichkeiten sind innerhalb eines Jahres fällig.

5. Gewinn- und Verlustrechnung

Der Aufwand aus der Abzinsung von langfristigen Rückstellungen für Pensions- und Jubiläumsverpflichtungen beträgt rund T€ 617 (Vj. T€ 663) und wird im Personalaufwand ausgewiesen.

6. Ergebnisverwendung

Das Präsidium schlägt der Delegiertenversammlung vor, den Jahresfehlbetrag von T€ 4.556 durch Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage auszugleichen.

Gewinn- und Verlustrechnung für die Zeit vom 1. Januar bis zum 31. Dezember 2020, mit Gegenüberstellung zum Haushaltsvoranschlag 2020

Aufwendungen	Haushalts-voranschlag 2020 €	Ist 2020 €	- Titelunter-schreitung + Titelüber-schreitung €
I. Personalaufwendungen			
1. Löhne und Gehälter	13.634.900,00	12.286.805,13	-1.348.094,87
2. Aushilfen	110.000,00	116.042,95	6.042,95
3. Gesetzlicher sozialer Aufwand	2.542.600,00	2.291.503,23	-251.096,77
4. Aufwand Altersversorgung inkl. Rückstellung	2.614.800,00	2.658.496,33	43.696,33
5. Berufsgenossenschaft	133.800,00	135.722,85	1.922,85
6. Leihpersonal	30.000,00	103.013,26	73.013,26
7. Sonstiger Personalaufwand inkl. Rückstellung	398.900,00	444.018,23	45.118,23
	19.465.000,00	18.035.601,98	-1.429.398,02
II. Aufwandsentschädigungen etc. im Rahmen der Kammertätigkeit			
1. Aufwandsentschädigung Gremien	1.556.200,00	1.303.278,44	-252.921,56
2. Freie Mitarbeiter, Honorare, Vergütungen	2.716.800,00	2.103.337,30	-613.462,70
	4.273.000,00	3.406.615,74	-866.384,26
III. Abschreibungen	2.459.800,00	2.060.710,79	-399.089,21
IV. Sonstige Aufwendungen			
1. Raumkosten	2.091.900,00	1.514.269,89	-577.630,11
2. Werbe-, Bewirtungs- und Reisekosten	1.421.400,00	856.601,63	-564.798,37
3. EDV- und Kommunikationskosten	1.138.900,00	1.028.244,79	-110.655,21
4. Büro- und Verwaltungskosten	429.500,00	563.509,46	134.009,46
5. Beiträge, Zuschüsse, Zuwendungen	1.667.900,00	1.720.564,33	52.664,33
6. Übrige betriebliche Kosten	1.163.900,00	977.311,86	-186.588,14
	7.913.500,00	6.660.501,96	-1.252.998,04
V. Neutraler Aufwand	40.000,00	39.976,27	-23,73
VI. Zinsen und ähnliche Aufwendungen	267.100,00	386.983,39	119.883,39
VII. Steuern vom Einkommen und Ertrag	0,00	19.045,37	19.045,37
Summe der Aufwendungen	**34.418.400,00**	**30.609.435,50**	**-3.808.964,50**
Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)			
Zuführung in die Rücklagen			
Betriebsmittelrücklage	*0,00*	*4.036.702,78*	*4.036.702,78*
Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Rücklage Kammerneubau	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	*0,00*	*0,00*	*0,00*
	0,00	*4.036.702,78*	*4.036.702,78*
davon neutraler Aufwand	*0,00*	*0,00*	

IV. Sonstige Pflichtangaben

1. Sonstige finanzielle Verpflichtungen

Die Gesamtbeträge der sonstigen finanziellen Verpflichtungen, die nicht in der Bilanz erscheinen und auch nicht nach § 251 HGB anzugeben sind, betragen TEUR 3.350 und betreffen im Wesentlichen die zukünftigen Miet- und Leasingverpflichtungen mit maximaler Laufzeit bis 2030.

2. Durchschnittliche Zahl der Beschäftigten

Während des Geschäftsjahres 2020 waren durchschnittlich 281 Arbeitnehmer bei der Körperschaft beschäftigt.

3. Angaben zu den Organen der Landesärztekammer und deren Bezüge

Dem Präsidium (Vorstand) der Körperschaft gehörten 2020 folgende Ärztinnen und Ärzte an:

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

Erträge

	Haushaltsvoranschlag 2020 €	Ist 2020 €	- Titelunterschreitung + Titelüberschreitung €
I. Kammerbeiträge	18.770.500,00	16.319.576,07	-2.450.923,93
II. Übrige Erträge			
1. Fort- und Weiterbildung	3.349.800,00	2.244.102,49	-1.105.697,51
2. Überbetriebliche Ausbildung	1.466.000,00	849.827,50	-616.172,50
3. Gutachterliche Tätigkeiten	1.300.000,00	1.365.437,71	65.437,71
4. Anerkennungen Fortbildungsveranstaltungen	462.200,00	390.383,00	-71.817,00
5. Sonstige Gebühren und Geldbußen	144.900,00	140.603,45	-4.296,55
6. Drittveranstaltungen, Bewirtungen, Gästehaus	280.000,00	98.726,24	-181.273,76
7. Kostenerstattungen	4.148.700,00	3.187.573,97	-961.126,03
8. Mitgliedsbeiträge Akademie	425.000,00	421.850,00	-3.150,00
9. Sonstige Erträge	45.200,00	93.516,38	48.316,38
	11.621.800,00	8.792.020,74	-2.829.779,26
III. Neutraler Ertrag	597.700,00	735.502,44	137.802,44
IV. Zinsen und ähnliche Erträge	182.500,00	206.243,27	23.743,27
Summe der Erträge	31.172.500,00	26.053.342,52	-5.119.157,48
Jahresfehlbetrag/Jahresüberschuss (nachrichtlich)	**-3.245.900,00**	**-4.556.092,98**	**-1.310.192,98**
V. Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage	3.814.400,00	4.556.092,98	741.692,98
	34.986.900,00	**30.609.435,50**	**-4.377.464,50**

Rücklagenentwicklung (nachrichtlich)

Entnahmen aus den Rücklagen			
Betriebsmittelrücklage zur Finanzierung Jahresfehlbetrag	*3.245.900,00*	*4.556.092,98*	*1.310.192,98*
Betriebsmittelrücklage zur Zuführung Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*0,00*	*0,00*
Instandhaltungsrücklage	*0,00*	*4.036.702,78*	*4.036.702,78*
Rücklage Kammerneubau	*0,00*	*208.976,45*	*208.976,45*
Rücklage Immobilie Bad Nauheim	*0,00*	*263.172,24*	*263.172,24*
	3.245.900,00	*9.064.944,45*	*5.819.044,45*
davon neutraler Ertrag	*0,00*	*472.148,69*	

Im Geschäftsjahr 2020 erhielten die Mitglieder des Präsidiums für ihre Tätigkeit im Vorstand Aufwandsentschädigungen in Höhe von T€ 254.
Für den Präsidenten und die Vizepräsidentin wurden Rückstellungen für Übergangsgelder gebildet. Sie belaufen sich zum 31.12.2020 auf T€ 86.

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

Frankfurt am Main, 23.04.2021
Dr. med. Edgar Pinkowski
Monika Buchalik
Michael Andor
Dr. med. Lars Bodammer
Dr. med. Wolf Andreas Fach
Dr. med. Jürgen Glatzel
Dr. med. Christine Hidas
Dr. med. Barbara Jäger
Dr. med. Susanne Johna
Michael Thomas Knoll
Svenja Krück
Dr. med. H. Christian Piper
Dr. med. Peter Zürner

Lagebericht der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.

1. Geschäftstätigkeit und Rahmenbedingungen

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

Nach § 13 Heilberufsgesetz und dem entsprechenden § 4 der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995, zuletzt geändert am 1. Dezember 2020, sind Organe der Kammer
die Delegiertenversammlung sowie
das Präsidium.

Der Verwaltungssitz der Kammer befindet sich in 60314 Frankfurt am Main, Hanauer Landstr. 152.

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

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

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

Das Heilberufsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 07.02.2003, zuletzt geändert durch Gesetz vom 03. Mai 2018, sieht in § 5a die sog. Teilrechtsfähigkeit des Versorgungswerkes vor. Auf dieser Grundlage kann das Versorgungswerk im Rechtsverkehr unter eigenem Namen handeln, klagen und verklagt werden. Es verwaltet ein eigenes Vermögen, das nicht für die Verbindlichkeiten der Kammer haftet. Umgekehrt haftet auch die Kammer nicht mit ihrem Vermögen für Verbindlichkeiten des Versorgungswerkes.

2. Vermögens-, Finanz- und Ertragslage

2.1. Entwicklung im Geschäftsjahr und wirtschaftliche Lage

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

Das Beitragsaufkommen (Betriebsleistung) des laufenden Veranlagungsjahres lag (trotz unveränderter Beitragsstufen) mit T€ 15.910 unter dem Vergleichswert des Vorjahres (T€ 16.082). Aufgrund von nachträglichen Einstufungen durch rückständige Kammermitglieder konnte daneben im Geschäftsjahr ein Ertrag aus Kammerbeiträgen der Vorjahre in Höhe von T€ 410 (Vorjahr T€ 827) erzielt werden.

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

	Stand 31.12.2019	Stand 31.12.2020	Entwicklung 2020	%
Pflichtmitglieder	27.395	27.698	303	1 %
Freiwillige Mitglieder	2.935	2.983	48	2 %
Beitragsfreie Mitglieder	6.992	7.523	531	8 %
Gesamt	**37.322**	**38.204**	**882**	**2 %**

Der von der Delegiertenversammlung in der Sitzung am 23.11.2019 auf Empfehlung des Finanzausschusses genehmigte Haushaltsplan 2020 umfasst einen Investitionshaushalt in Höhe von T€ 743 und einen Verwaltungshaushalt mit Erträgen (einschließlich Neutrale und Finanzerträge) in Höhe von T€ 31.173 bzw. Aufwendungen (einschließlich Neutrale und Finanzaufwendungen) in Höhe von T€ 34.418. Daraus ergibt sich ein geplanter Verlust in Höhe von T€ –3.246. Der tatsächliche Jahresfehlbetrag beläuft sich auf T€ –4.556, der vorbehaltlich der Zustimmung der Delegiertenversammlung durch eine Entnahme aus der Betriebsmittelrücklage ausgeglichen werden soll.

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

- A.I. „Kammerbeitrag": negative Planabweichung (T€ –2.451)
- A.II. „Übrige Erträge": negative Planabweichung (T€ –2.830)

Beitragsrückgänge und ein überwiegend pandemiebedingter Rückgang der übrigen Erträge führten also in den Erträgen zu einer Haushaltslücke von T€ –5.281.

- B.I. „Personalaufwand": positive Planabweichung (T€ 1.429)
- B.II. „Aufwandsentschädigung, Freie, Honorare": positive Planabweichung (T€ 866)
- B.III. „Abschreibungen auf Sachanlagen": positive Planabweichung (T€ 399)
- B.IV. „Sonstige Aufwendungen": positive Planabweichung (T€ 1.253)

Der oben genannte Ertragsrückgang konnte durch Minderkosten von T€ 3.948 nur zum Teil ausgeglichen werden.

- F. „Neutrales Ergebnis": positive Planabweichung (T€ 138).
- G. „Finanzergebnis": negative Planabweichung (T€ –115)

Der Investitionshaushalt wurde im Berichtsjahr um insgesamt T€ 132 unterschritten.

Die tatsächlichen Investitionen betrugen T€ 611 und verhielten sich im abgelaufenen Jahr zu den Haushaltsansätzen wie folgt:

- I. „Immaterielle Wirtschaftsgüter“: positive Planabweichung (T€ 4)
- II. „Immobilien“: positive Planabweichung (T€ 28)
- III. „Betriebs- und Geschäftsausstattung“: positive Planabweichung (T€ 100)

Die Bilanzsumme sank gegenüber dem Vorjahr (T€ 70.349) um T€ 4.930 auf T€ 65.419.

Folgende wesentliche Veränderungen von Bilanzposten werden festgestellt.
Aktivseite:

- Rückgang der Sachanlagen durch Abschreibungen.
- deutlicher Rückgang der flüssigen Mittel u. a. durch einen ungeplanten negativen operativen Cash Flow.

Passivseite:

- Deutlicher Rückgang der Betriebsmittelrücklage durch Ausgleich des hohen, zum Teil außerplanmäßigen, Jahresfehlbetrags.
- Rückgang der zweckgebundenen Gebäuderücklagen „Kammerneubau“, „Immobilie Bad Nauheim“ durch planmäßige ratierliche Auflösung. Die ertragswirksamen Auflösungen führen zu einer Dämpfung der Kosteneffekte, die sich aus den Gebäudeabschreibungen ergeben.
- Auflösung der Instandhaltungsrücklage „Seminargebäude und Gästehaus“ und Zuführung in die Betriebsmittelrücklage, aufgrund des hohen, zum Teil außerplanmäßigen, Verlusts.
- Reduzierung des Sonderpostens für erhaltene Investitionszuschüsse durch planmäßige Auflösung in Höhe der Abschreibungen der geförderten Vermögensgegenstände.
- Deutliche Erhöhung der Pensionsrückstellungen u. a. aufgrund der Absenkung des Rechnungszinses.
- Abbau der „Verbindlichkeiten gegenüber Kreditinstituten“ durch Tilgung der Immobilien Darlehen zur Finanzierung des Gebäudeerwerbs Verwaltungsgebäude Hanauer Landstr. 152.
- Deutlicher Rückgang der Verbindlichkeiten aus Lieferungen und Leistungen aufgrund gezahlter Gewährleistungseinbehalte, die bis zum Bilanzstichtag durch Bürgschaften abgelöst wurden.

Durch den Jahresfehlbetrag im Berichtsjahr in Höhe von T€ –4.556 (bereits unter Berücksichtigung der Auflösung zweckgebundener Gebäuderücklagen) verringert sich das Eigenkapital auf T€ 19.726 (Vorjahr T€ 24.754). Davon beträgt die Betriebsmittelrücklage nach Verlustverrechnung T€ 3.663. Die Haushalts- und Kassenordnung sieht vor, dass der regelmäßige Bedarf an Betriebsmitteln höchstens für sechs und mindestens für drei Monate gedeckt sein soll (Betriebsmittel lt. Jahresabschluss 2020: T€ 30.609, d. h. für sechs Monate = T€ 15.305 bzw. für drei Monate T€ 7.652). Demnach beläuft sich die Unterdeckung der Betriebsmittelrücklage auf T€ 3.989. Diese soll vorbehaltlich der Bestätigung der Delegiertenversammlung durch eine Zuführung aus der Instandhaltungsrücklage in Höhe von T€ 4.037 ausgeglichen werden. Der dann erreichte Stand der Betriebsmittelrücklage ist mit T€ 7.700 immer noch nach am unteren Rand des oben genannten Korridors. Ab dem Folgejahr muss die weitere Abschmelzung der Betriebsmittelrücklage durch ausgeglichene Haushalte gestoppt werden. Sollte dies nicht erreicht werden, müssen weiterhin zweckgebundene Rücklagen aufgelöst und der Betriebsmittelrücklage zugeführt werden.

Das mittel- bis langfristig gebundene Anlagevermögen von T€ 56.498 ist durch langfristig verfügbare Mittel von T€ 62.225 (Rücklagen, langfristige Rückstellungen und Verbindlichkeiten) gedeckt. Der Anlagendeckungsgrad, der idealerweise > 100 % betragen sollte, beläuft sich auf 110 %.

2.2. Treuhandvermögen, Treuhandverbindlichkeiten

In der Delegiertenversammlung am 22.11.2003 wurde die Ablösung der bisherigen Satzung der Fürsorgeeinrichtung durch die Satzung des Hilfsfonds der Landesärztekammer Hessen beschlossen. Die aktuelle Satzung trat zum 01.01.2004 in Kraft. Der Hilfsfonds ist ein vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verwaltetes Sondervermögen. Das Sondervermögen der Fürsorgeeinrichtung wurde unter Berücksichtigung der erforderlichen Mittel in das Sondervermögen des Hilfsfonds überführt.
Neben dem Hilfsfonds bestehen noch die Sonderfürsorgefonds Gießen, Kassel und Marburg, der Fonds „Ziele der hessischen Ärzteschaft“, der Fonds „Begegnung mit der ärztlichen Jugend“, der Fonds „Geriatrische Forschung“ sowie der „Fonds der Akademie für ärztliche Fortbildung und Weiterbildung“. Insgesamt betragen die Treuhandvermögen T€ 495 (Vorjahr T€ 510).

2.3. Personalbericht

Die Entwicklung des Personalbestandes verlief überwiegend im Rahmen des Stellenplans für 2020. In der Weiterbildungsabteilung erfolgten aufgrund der Aufgabenerweiterung die meisten Stellenbesetzungen. Davon waren einige Personalmaßnahmen außerplanmäßig. Gleichfalls einen großen Anteil an den Veränderungen der Personalausstattung hatte die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters, weiterhin bedingt durch den Ausbau dieser von der Landesärztekammer Hessen im Auftrag des Landes Hessen betriebenen Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister. Die Personalausstattungsentwicklung bzw. die zusätzlichen Stellenbesetzungen über den Haushaltsplan hinaus führten zu Mehrkosten, mit denen der Finanzausschuss in seinen Sitzungen befasst wurde. Die geplante Ausweitung der Stellen liegt nach 2020 nahe an dem Ausstattungsziel, so dass in 2021 die Veränderungen der Personalausstattung voraussichtlich zurückgehen.
Hinsichtlich der Stellenausweitungen in der Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters ist mit dem Land Hessen vertraglich die Übernahme aller Kosten im Zusammenhang mit der steigenden Personalausstattung vereinbart worden.
Von den Mitarbeiter/-innen der Landesärztekammer Hessen unterlagen in 2020 weniger als 10 % der Belegschaft den Tarifbedingungen für die Beschäftigten im Öffentlichen Dienst des Landes Hessen, dem ab dem 01.01.2010 geltenden Tarif-

vertrag TV-H. Für den Großteil der Belegschaft fanden die Arbeitsvertragsbedingungen des hauseigenen Regelwerkes der Landesärztekammer Hessen Anwendung.
Die Niedrigzinssituation führt seit Jahren nach wie vor zu steigenden Rückstellungen in der betrieblichen Altersversorgung in Form der Direktzusage. Neben der bereits vor Jahren erfolgten Schließung des Systems der betrieblichen Altersversorgung über eine Direktzusage und der Umstellung auf ein beitragsfinanziertes Modell der betrieblichen Altersversorgung wurde dem Problem der steigenden Rückstellungen zusätzlich dadurch entgegengewirkt, dass in dem System der Direktzusage eine Absenkung der internen Verzinsung von 3,25 % auf 2 % ab dem 01.01.2018 mit dem Personalrat vereinbart wurde. Dies führt zu einer gebremsten Dynamik der zukünftigen Anspruchszuwächse, welche sich direkt auf die Entwicklung der Rückstellungen für die betriebliche Altersversorgung auswirkt. Sofern sich – gemessen am Höchstrechnungszins für Versicherungen – ein entsprechend deutlicher Anstieg des Zinsniveaus ergeben sollte, wird die interne Verzinsung in der Direktzusage dieser Entwicklung folgen.

2.4. Projekt Hanauer Landstraße 152

Das Bauprojekt war zum 31.12.2020 noch nicht vollständig abgeschlossen. Die letzten Restarbeiten sind projektiert und werden im Folgejahr realisiert. Das Baubudget (Investitionen + Projektkosten 2017 bis 2020) wurde eingehalten. Das von der Delegiertenversammlung freigegebene Baukostenbudget einschließlich Nebenkosten des Erwerbs wurde um T€ 221 unterschritten. Die von der Delegiertenversammlung genehmigten Budgets für die Inneneinrichtung einschließlich Medientechnik wurden ebenfalls eingehalten. Zum 31.12.2020 betrug die Planunterschreitung bezogen auf die Summe aller Investitionen und Projektkosten T€ 396. Einschließlich der für das Folgejahr geschätzten Restkosten von ca. T€ 200 wird die Planunterschreitung nach Abschluss aller Maßnahmen c. p. voraussichtlich T€ 196 betragen. Insofern wird das Projekt voraussichtlich innerhalb des Projektbudgets abgeschlossen werden können. Siehe dazu auch Tab. 2.

3. Voraussichtliche Entwicklung

3.1. Ergebnis, Eigenkapital und Liquidität

Der hohe, zum Teil außerplanmäßige, Verlust des laufenden Jahres hat zu einem schnelleren als dem geplanten Abschmelzungsprozess des Eigenkapitals geführt. Somit hat sich die Ausgangssituation für das Haushaltsjahr 2021 und die weitere zukünftige Entwicklung verschlechtert.
Der für das Jahr 2021 geplante Verwaltungshaushalt weist einen Jahresfehlbetrag von T€ 3.381 aus, was c. p. zu einem weiteren geplanten Rückgang des Eigenkapitals und der Liquidität führen wird.
Angesichts des aktuellen Rückgangs der Mitgliedsbeiträge muss befürchtet werden, dass der Verlust für das Haushaltsjahr 2021 voraussichtlich höher ausfallen wird als geplant. Bedingt durch die Covid-19-Pandemie ist für 2022 mit einem weiteren Rückgang der Mitgliedsbeiträge zu rechnen. Dies wird c. p. bis auf weiteres zu einem rascheren als geplanten Verzehr des Eigenkapitals führen. Ein voraussichtlich negativer operativer Cash Flow wird zu einem stärkeren als ursprünglich geplanten Rückgang der liquiden Mittel führen.

3.2. Mögliche Auswirkungen der Covid-19-Pandemie

Die Covid-19-Pandemie wird sich voraussichtlich stärker als geplant auf die Ertrags- und Finanzlage der Landesärztekammer Hessen auswirken. Das Volumen des Verwaltungshaushalts 2021 beträgt T€ 35.406. Dem stehen geplante Gesamterträge von T€ 32.026 gegenüber. Der überwiegende Anteil der Finanzierung des Kammerhaushalts aus Erträgen erfolgt zu (65 %) über Mitgliedsbeiträge in Höhe von T€ 20.261. Weitere T€ 4.190 bzw. 13 % fließen dem Kammerhaushalt in Form von Kostenerstattungen des Landes für die Vertrauensstelle Krebsregister zu. Somit gelten ca. 73 % der Einnahmen als relativ sicher. Die Mitgliedsbeiträge werden auf der Grundlage von Einnahmen aus ärztlicher Tätigkeit veranlagt. Für das Beitragsjahr 2021 werden die Einnahmen der Mitglieder des Jahres 2019 herangezogen. Corona bedingte Einnahmeverluste ggf. im Jahr 2020 wirken sich somit erst im Beitragsjahr 2022 aus.
Die Kostenerstattungen durch das Land Hessen können ebenfalls als gesichert angesehen werden. Laut Ministerschreiben aus dem Aufsichtsministerium vom 30. März 2021 ist der Finanzplan genehmigt. Bei den veranschlagten übrigen Erträgen in Höhe von T€ 6.644 handelt es sich überwiegend um Gebühren, die über eine

Tab. 2: Projekt Hanauer Landstraße: Vergleich zu Plan über den Projektzeitraum 2017–2020 (Angaben in T€)

	Plan 2017–2020	Ist 2017–2020	Abweichung	
Schlüsselfertig erstelltes Gebäude einschließlich Nebenkosten des Erwerbs Einbauten LÄKH	35.823	35.602	221	1 %
Inneneinrichtung und Terrassen	1.600	1.430	170	11 %
Medientechnik	400	405	–5	–1%
Investitionen	**37.823**	**37.437**	**386**	**1 %**
+ Projektkosten (einschließlich Planungskosten)	**450**	**440**	**10**	**2 %**
= Summe Investitionen und Projektkosten	**38.273**	**37.877**	**396**	**1 %**

Kostensatzung geregelt sind. Davon werden T€ 3.774 für die Teilnahme an Aus-, Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen und für Prüfungen erhoben. In der Planung wurden bereits der Covid-19-Effekt und somit ein Gebührenrückgang berücksichtigt. Wahrscheinlich werden sich die Pandemieeffekte stärker bemerkbar machen als geplant. Zum Zeitpunkt der Berichterstellung ist davon auszugehen, dass die Parameter der vorsichtigen Planung wahrscheinlich nach unten korrigiert werden müssen. Unter der Annahme eines Ausfallzeitraums von weiteren zwei Monaten betrügen die Einnahmeausfälle zusätzlich ca. T€ 800. Dem stünde ggf. der Entfall direkter variabler Kosten von T€ 370 gegenüber. Der anteilige zusätzlich liquiditätswirksame Verlust beliefe sich c. p. auf ca. T€ 430. Wie sich die Pandemie auf die Finanzmärkte und das Wertpapiervermögen der Landesärztekammer Hessen auswirken wird, ist noch nicht absehbar. Ggf. müssen zum Ende des Jahres Wertberichtigungen gebucht werden.
Im Falle eines Rückgangs des Wertpapiervermögens zum 31.12.2021 um 20 % ergäben sich Wertberichtigungen in Höhe von ca. T€ 2.300, die allerdings nicht zu einem Liquiditätsabfluss führen, solange es sich um Buchverluste handelte.

4. Risikobericht

4.1. Liquiditätsrisiko

Aufgrund schwieriger berufspolitischer Entscheidungsfindungen ist eine langfristige Liquiditätsplanung nur bedingt möglich. Daher findet nur eine kurz- bis mittelfristige Liquiditätsplanung statt, die aber als ausreichend angesehen wird. Die Kammer konnte im letzten Jahr ihren Verpflichtungen jederzeit nachkommen. Kurzfristige Liquiditätsengpässe zu Beginn der Veranlagung (Anfang 2021) wurden kurzfristig durch die Entnahme aus dem Wertpapiervermögen ausgeglichen. Mit fortschreitender Veranlagung und Vereinnahmung der Beiträge sollen die entnommen Mittel wieder zurückgeführt werden.

4.2. Kreditrisiko

Zum Bilanzstichtag bestanden zwei Annuitätendarlehen zur Finanzierung des Immobilienkaufs in Höhe von T€ 13.671, die im Jahr 2019 (nominal T€ 15.000) ausgezahlt wurden. Die Laufzeit beträgt 15 Jahre. Laut der mittelfristigen Finanzplanung sollen die Zins- und Tilgungszahlungen aus dem geplanten operativen Cash Flow bis zum Ende der Laufzeit bedient werden. Aufgrund der angespannten Ergebnissituation war dies im abgelaufenen Jahr nicht möglich.

4.3. Ertragsrisiko

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

4.4. Risikomanagement

Ein standardisiertes Risikofrüherkennungssystem für die Landesärztekammer Hessen wurde 2010 implementiert und wird seitdem laufend angepasst. Die Ergebnisse liegen in Form von strukturierten Dokumenten vor.
Das implementierte Risikofrüherkennungssystem berücksichtigt die wesentlichen Geschäftsbereiche der Kammer. In detaillierten Dokumenten sind unter eindeutiger Zuweisung von Verantwortlichkeiten alle Kammerbereiche und -ebenen im Rahmen der Erstellung des jährlichen Haushaltsvoranschlags einbezogen. Die getroffenen Maßnahmen reichen zur Früherkennung bestandsgefährdender Risiken aus und sind geeignet, ihren Zweck zu erfüllen. Damit sind für das Berichtsjahr weder aus finanziellen Gesichtspunkten noch aus anderen Geschäftsprozessen heraus bestandsgefährdende Risiken für die LÄKH erkennbar.

4.5. EDV und Organisationsentwicklung

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

4.6. Qualitätsmanagement

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

5. Sonstige Angaben

5.1. Vertrauensstelle nach dem Krebsregistergesetz

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

denen Risiken der Finanzierung, der Beschäftigung und der Haftung weitgehend freistellt.
Ein wesentliches Projekt zur Steigerung valider Meldedaten aus der Fläche Hessens ist das Projekt: „K7 – Regionale Koordinatoren". Begrenzt auf – bislang – zwei Jahre sollen die sieben koordinierenden Krankenhäuser Hessens (K7, nach dem Hessischen Onkologiekonzept) geeignete Mitarbeitende befristet einstellen/weiterbeschäftigen, um in den K7 sowie in den mit diesen zusammenarbeitenden Kliniken die Qualität der Krebsmeldungen zu erhöhen und damit auch deren Aussagekraft in den Auswertungen. Die Finanzierung des Projektes erfolgt überwiegend aus Mitteln der Deutschen Krebshilfe und anteilig auch aus Landesmitteln. Die Landesärztekammer Hessen hat auf Basis einer Zusatzvereinbarung zum Vertrauensstellenvertrag die Verteilung der Gelder in definierten Tranchen übernommen.
Die Jahresrechnung 2020 für die Vertrauensstelle wird gem. Öffentlich Rechtlichem Vertrag bis zum 31.05.2021 dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zugestellt werden. Aus dieser Abrechnung geht hervor, dass T€ 3.118 zur Aufrechterhaltung des Geschäftsbetriebes verwandt wurden. Unter Berücksichtigung der zu Beginn des Jahres zugesagten und im Laufe des Jahres in Raten gezahlten Abschlagszahlungen ergab sich ein Forderungsbetrag in Höhe von T€ 112, der mit der nächsten Abschlagszahlung des Ministeriums verrechnet werden soll.

5.2. Ethikkommission

Die Landesärztekammer hatte zur Schaffung der Voraussetzungen für die Registrierung ihrer Ethikkommission zum 01.07.2017 die Satzung der Ethik-Kommission angepasst und eine Geschäftsordnung zum 02.08.2017 erstellt. Den Registrierungsantrag der Ethikkommission hatte das BfArM mit Bescheid vom 29.09.2017 nach § 41a AMG genehmigt. Die registrierten Ethikkommissionen im Bundesgebiet stellen jährlich einen gemeinsamen Geschäftsverteilungsplan auf. Arzneimittelprüfungen werden immer noch nach nationalem Recht bewertet, da das erforderliche EU-Portal der EMA noch nicht funktionsfähig ist. Die Ethikkommission hat alle ihr möglichen Vorbereitungen abgeschlossen, arbeitet auf nationaler Ebene an den weiteren Entwicklungen mit und wartet auf die Veröffentlichung der Funktionsfähigkeit des EU-Portals im Amtsblatt der EU. Der Start des Echtbetriebs wird voraussichtlich Anfang des Jahres 2022 erfolgen.
Pandemiebedingt werden bei der Bewertung von klinischen Prüfungen von Medizinprodukten das deutsche Medizinproduktegesetz (MPG) und seine Begleitverordnungen erst ab 26.05.2021 durch die Verordnung (EU) 2017/745 über Medizinprodukte [Medical Device Regulation – MDR] und das nationale MPDG ersetzt. Diesbezüglich bereits eingeleitete erforderliche Vorbereitungsmaßnahmen wurden seitens der Ethikkommission weitergeführt.

5.3. Fachsprachprüfung

Das Land Hessen übertrug auf der Grundlage einer hessischen Verfahrensregelung vom 15.10.2020 die Durchführung der Fachsprachprüfung für ausländische Ärzte gem. § 3 Abs. 1 Ziffer 5 der Bundesärzteordnung) auf die Landesärztekammer Hessen. Am 07.11.2020 nahm diese den Prüfungsbetrieb auf. Langfristig werden jährlich ca. 500 Anträge auf Durchführung einer Prüfung erwartet. Zur Kostendeckung wurde eine Rahmengebühr eingeführt.

5.4. Sponsoringrichtlinie

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

Frankfurt am Main, 23.04.2021
Landesärztekammer Hessen
– Das Präsidium –

Haushaltsplan 2022

Der von der Delegiertenversammlung am 27. November 2021 beschlossene Haushaltsplan 2022 (mit Anlagen) liegt gemäß § 2 Abs. 4 der Haushalts- und Kassenordnung in der Zeit vom
7. bis 18. Februar 2022
im Verwaltungsgebäude der Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstraße 152, Büro des Kaufmännischen Geschäftsführers, während der allgemeinen Dienstzeiten (Montag bis Freitag von 9 bis 12 Uhr, Montag und Donnerstag von 14 bis 17 Uhr, Dienstag und Mittwoch von 14 bis 16 Uhr) für alle Kammerangehörigen zur Einsichtnahme aus.
Wir bitten um vorherige Anmeldung und weisen auf die geltenden Zutrittsbedingungen gemäß der Corona-Schutzverordnung hin. Kontakt unter Fon: 069 97672-108.

Frankfurt/Main, 01.12.2021
gez. Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Der Finanzausschuss hat in seiner Sitzung am 23. Juni 2021 die Bilanz, die Gewinn- und Verlustrechnung sowie die Prüfberichte der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft W+ST Frankfurt GmbH ausführlich beraten und der Delegiertenversammlung die Feststellung des Jahresergebnisses 2020 sowie die Entlastung des Präsidiums empfohlen.

Die Delegiertenversammlung hat am 27. November 2021 dem mit dem uneingeschränkten Prüfvermerk der Wirtschaftsprüfungsgesellschaft versehenen Jahresabschluss 2020 zugestimmt. Dem Präsidium wurde ohne Gegenstimme Entlastung erteilt.

Impressum

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Siepmann, 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: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,
E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Herstellung:

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

Layout: Petra Möller

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. 8, gültig ab 01.01.2022

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.475 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.252 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.

83. 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