



Eisenmangel bei Anämie und Entzündung

Eisenmangelanämie Foto: © toeytoey – stock.adobe.com

Marburger Bund Hessen
Interview mit Dr. Christian Schwark, neuer Landesverbandsvorsitzender

„Weckruf“ – Teil 2
Kampfblatt des NS-Ärztebundes 1933: Rückblick mit historischer Einordnung

Streichung von § 219a
Drei Ärztinnen berichten über jahrelange Kriminalisierung durch den Paragraphen

Humanitäre Hilfe für die Menschen in der Ukraine

Beherrschte die Coronapandemie in den beiden vergangenen Jahren die Schlagzeilen, so ist es nun ein neuer Krieg mitten in Europa.

Dass Viren uns angreifen, ist ein nicht vermeidbarer Vorgang und Teil der Natur. Dass wir 77 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs zutiefst erschüttert und fassungslos wieder einen Angriffskrieg mitten in Europa zur Kenntnis nehmen müssen, ist ganz und gar nicht unvermeidlich. Es sei denn, wir akzeptierten aus Bequemlichkeit, dass der Mensch der größte Feind des Menschen ist. Doch genau das dürfen wir nicht zulassen. Menschlichkeit drückt sich bei all der nicht zu verleugnenden Unvollkommenheit des Menschen in gegenseitiger Hilfe, im Aufeinanderzugehen, im Ringen um Kompromisse aus.

Krieg jedoch bedeutet unvorstellbares Leid – und zwar sowohl für die Zivilbevölkerung als auch für die in Kampfhandlungen involvierten Soldaten. Im Krieg gibt es keine echten Sieger. Alle verlieren und nicht selten sogar ihre Menschlichkeit. Als Ärztinnen und Ärzte ist die Humanitas unser oberstes Prinzip, hat der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit höchste Priorität. So haben auch bereits mehr als 10.000 russische Ärzte, Pflegekräfte und Sanitäter einen Offenen Brief gezeichnet, in dem sie Russlands Präsidenten Wladimir Putin auffordern, die Feindseligkeiten sofort einzustellen und die Lösung aller politischen Fragen ausschließlich mit friedlichen Mitteln zu suchen. Weiter heißt es in dem Appell: „Daher fordern wir gemäß unserem Eid und der Wahrung einer humanen und gleichen Behandlung aller Menschen die sofortige Einstellung aller Operationen mit dem Einsatz tödlicher Waffen.“

Unser hochverehrtes Mitglied Prof. Dr. Ulrich Gottstein, seit Jahrzehnten gegen Krieg engagiert, formuliert in aller Klarheit: Der Ärzteschaft kommt in der aktuellen Situation eine wichtige Rolle zu. Nicht nur als Garantin für humanitäre Hilfe, sondern auch als Friedensbotschafterin.

Nicht wenige unserer Mitglieder haben familiäre Beziehungen in die Ukraine oder nach Russland. Andere sind freundschaftlich mit Menschen in beiden Ländern verbunden. Nicht zuletzt sind aktuell unter unseren Mitgliedern 160 Kolleginnen und Kollegen mit russischer Staatsangehörigkeit, 125 Kolleginnen und Kollegen mit ukrainischer Staatsangehörigkeit und 43 Kolleginnen und Kollegen aus Weißrussland. Sie alle üben gemeinsam mit unseren aus vielen weiteren Ländern stammenden Mitgliedern den ärztlichen Beruf zum Wohle der uns anvertrauten Patientinnen und Patienten aus.

Daher betone ich ausdrücklich: Ein Aggressor – und nicht sein Volk – versetzt die Welt in Aufruhr. Putin und seine Stützen sind zu ächten und zur Verantwortung zu ziehen, nicht aber alle Russen und alles Russische.

Hessische Kolleginnen und Kollegen haben genau wie zahlreiche Bürgerinnen und Bürger sofort Hilfsmaßnahmen in die Wege ge-

leitet, denn (medizinische) Hilfe wird nicht nur in der angegriffenen Ukraine benötigt, sondern vor allem auch in Polen, aber ebenso bei uns. Deutschland und damit auch Hessen rechnet mit der Ankunft vieler Geflüchteter aus der Ukraine.

Auf der Website der Landesärztekammer Hessen veröffentlichen und aktualisieren wir neben Geldspendemöglichkeiten auch Adressen zur Sammlung von Sachspenden, insbesondere medizinischer Hilfsgüter.

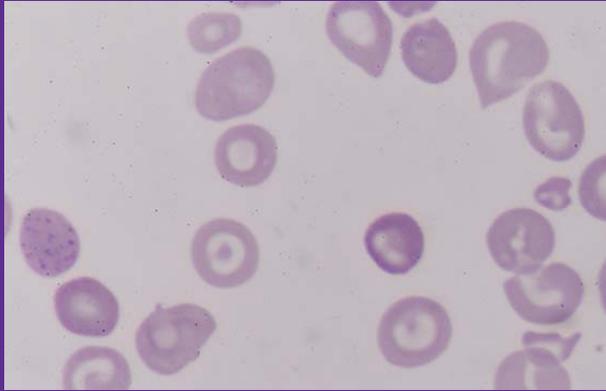
Erlauben Sie mir bitte auch, Sie in einer kammereigenen Angelegenheit um Ihre Unterstützung zu bitten. Dabei geht es um die Mitgliederbefragung der Landesärztekammer Hessen, die in den nächsten Wochen beginnt. Wurde die Mitgliederbefragung 2017 noch schriftlich durchgeführt, erfolgt die diesjährige Befragung online.

Ungefähr jedes fünfte Mitglied erhält im Rahmen einer repräsentativen Erhebung per Mail einen Online-Link zu dieser Befragung. Die so angeschriebenen Kolleginnen und Kollegen bitte ich herzlich um Beantwortung der Fragen, was auch nur wenige Minuten in Anspruch nehmen wird. Ziel ist es herauszufinden, wie zufrieden Sie mit den Angeboten und den Serviceleistungen Ihrer Kammer sind und wie Sie die Kammer wahrnehmen. Dazu gehören auch Fragen zu den Medien der Kammer und natürlich zur Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung. Wie in 2017 werden die Ergebnisse nicht geheim bleiben, vielmehr fließen Ihre hoffentlich zahlreich eingehenden Antworten nicht nur in die Verbesserung der Arbeit Ihrer Kammer ein, sondern werden selbstverständlich auch gegen Ende dieses Jahres veröffentlicht werden, natürlich hier, nämlich in Ihrem Hessischen Ärzteblatt.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Eisenmangelanämie/© toeytoey – stock.adobe.com



Foto: Marburger Bund

Eisenmangel bei Anämie und Entzündung

Der zertifizierte Fortbildungsartikel befasst sich mit der komplexen und fachübergreifenden Problematik des Eisenmangels in der Entzündungssituation und stellt unter anderem die biochemischen Hintergründe dar. Informiert wird auch über Eisenmangel bei vegetarischer Ernährung.

219

Im Gespräch mit Dr. Christian Schwark

Seit Oktober 2021 ist Dr. med. Christian Schwark neuer Landesverbandsvorsitzender des Marburger Bundes Hessen. Wir haben den Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt nach den Themen gefragt, die er in der neuen Position bewegen will.

230

| | |
|---|-----|
| Editorial: Humanitäre Hilfe für die Menschen in der Ukraine | 215 |
| Aus dem Präsidium: Das Dilemma des ärztlich assistierten Suizids | 218 |

Ärzttekammer

| | |
|--|-----|
| Präsidium der Landesärztekammer Hessen ruft zu Spenden für die Ukraine auf | 225 |
| Hessische Ärztekammer unterstützt Online-Petition: Suizidprävention geht uns alle an | 225 |
| Teil II: „Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztbundes 1933 | 236 |
| Wechsel in der Kommission Lebendspende | 228 |
| Krebsregister: Onkologische Versorgung von ZNS-Tumoren in Hessen | 254 |

Im Gespräch

| | |
|--|-----|
| Ein langer Kampf geht zu Ende: Die Ampelkoalition will § 219a ersatzlos streichen – Drei Ärztinnen berichten | 226 |
| Interview mit Dr. Christian Schwark, Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen | 230 |

| | |
|---|---------|
| Gesundheitspolitik: Umfrage des Marburger Bundes Hessen zur Arbeitszufriedenheit/mit Kommentar | 233/234 |
|---|---------|

| | |
|---|-----|
| Ärztlicher Berufsalltag: „Wir haben sehr früh auf die Pandemie reagiert“ – Praxisarbeit in Zeiten von Corona | 244 |
|---|-----|

Bekanntmachungen

| | |
|--|-----|
| ■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung | 246 |
| ■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule | 252 |
| ■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen | 260 |

Leserbriefe

| | |
|--|---------|
| „Gendern ist undurchdachter Aktionismus“ | 245 |
| Physician Assistant – synergistisches Miteinander/mit Antwort des Autors | 258/259 |
| Fortbildung ohne Sponsoring durch die Industrie | 259 |



Repro: LÄKH

„Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztebundes
 In Teil II des Rückblicks mit historischer Einordnung beleuchten die Autoren die Rolle und Aufgabe der Ärzteschaft im sog. Dritten Reich und thematisieren die aggressive und gewaltverherrlichende politische Rhetorik in der NS-Zeit. Auf Anfrage ist auch ein erweiterter Sonderdruck erhältlich.

236



Kristina Hänel © mauritius images/Alamy Stock Photos/ZUMA Press

Kampf gegen § 219a: Drei Ärztinnen berichten
 Ihr Name ist mit der Diskussion um die Abschaffung des § 219a eng verknüpft: Kristina Hänel und zwei weitere Ärztinnen berichten über ihre Erfahrungen im Kampf für die Abschaffung des Paragrafen, die Kriminalisierung von Ärztinnen und Ärzten sowie über Angriffe von Abtreibungsgegnern.

226

Recht

Über die Handy-App, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellte 240
 Übermittlung per Fax: Fragen und Antworten 241

Mensch und Gesundheit

Psychodynamische Verfahren in der Depressionsbehandlung 229
 Ärztlich assistierter Suizid aus der Sicht des Judentums/Essay online abrufbar unter HÄBL 04/2022 242

Fortbildung: CME: Eisenmangel bei Anämie und Entzündung – Diagnose und Therapie 219

Der interessante Fall: Bilharziose – eine Diagnose, die es in Europa angeblich nicht gibt 235

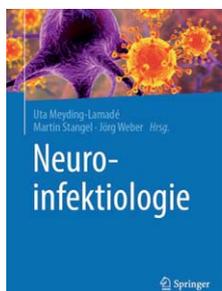
Ansichten und Einsichten: „Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur“ 256

Bücher: Dr. med. Maria J. Beckermann: „Wechseljahre – Was muss ich wissen, was passt zu mir?“ 235

Personalia 262

Impressum 264

Bücher



Neuroinfektiologie
 U. Meyding-Lamadé,
 M. Stangel,
 J. Weber (Hrg.):
S. 263

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)

Das Dilemma des ärztlich assistierten Suizids

Seit dem Paukenschlag, wie Dr. Susanne Johna (HÄBL 2/2021) das Urteil des Bundesverfassungsgerichtes am 26. Februar 2020 für uns Ärztinnen und Ärzte bezeichnete, mit dem das Gericht das Verbot der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung aufgehoben hat, laufen kontroverse medizinethische, juristische und gesellschaftliche Debatten. Auch der 14. Ärztetag am Dom griff diese Debatte in seiner Veranstaltung am 12. Februar auf und versuchte, die Dichotomie zwischen den beiden hohen Rechtsgütern – dem Recht auf Autonomie und auf Leben – zu diskutieren. Für uns Ärztinnen und Ärzte, die als oberstes Prinzip „Leben schützen“ (§ 1 Berufsordnung) postulieren, bedeutet der ärztlich assistierte Suizid ein Paradigmenwechsel. Entsprechend erleichtert war ich, als auf dem 124. Deutschen Ärztetag 2021 sehr differenziert diskutiert und klargestellt wurde, dass Suizidassistenz keine ärztliche Aufgabe darstellen darf und eine Verpflichtung von Ärztinnen und Ärzten zur Mitwirkung beim assistierten Suizid ausdrücklich abzulehnen ist. Wir sind Ansprechpartner für Menschen, die aufgrund von Krankheit, Würde- oder Sinnverlust aus dem Leben scheiden wollen und haben Respekt vor deren Selbstbestimmung. Aber die Herbeiführung des Todes war und ist nie Ziel einer ärztlichen Behandlung.

Wie kommt es aber zu dieser Veränderung der gesellschaftlichen Diskussion, die den Wert der Autonomie so betont? Wollen wir in Zeiten, in denen wir unsere Körper und (Geschlechts-)Identitäten aktiv verändern, das Gefühl, in Wahrheit dem Körper in Krankheit und Tod ausgeliefert zu sein, (als Betroffenen und Angehörige) verleugnen? Schwäche, Hilfsbedürftigkeit und Angewiesensein auf andere Menschen scheinen um jeden Preis vermieden zu werden. Das Bundesverfassungsgericht betont die Autonomie, aber sind wir wirklich so autonom?

Sicher sind wir nicht mehr im engen Konstrukt der Werte und Normen der (Groß-)Familien und der Religion gefangen, aber haben wir diese nicht ersetzt durch Influencer, Facebook, Twitter, Instagram, TicToc etc.? Wird Suizid als Ausdruck von Freiheit und Würde gesehen, weil in den Krankenhäusern zwar technisch alles Erdenkliche für den Erhalt des Lebens getan wird, aber kaum Zeit für die Begleitung von Sterbenden bleibt? Fühlen sich viele



Foto: Katarina Ivanisevic

„Zwischenmenschliche Solidarität stärken statt Ausführungsbestimmungen für ein selbstbestimmtes Sterben entwickeln.“

Menschen der „Apparatemedizin“ ausgeliefert, haben Angst, nicht mehr würdevoll sterben zu können?

Wenn das die Grundlage ist, können wir dieser Angst durch Stärkung der Palliativmedizin entgegenwirken. Aus Sicht des Palliativmediziners Prof. Dr. Stephan Sahm sind Zuwendung, Beistand, medizinische Behandlung, Linderung des Leids grundlegende moralische Verpflichtungen. Dem Leben zugewandte Begleitung beim Sterben kann Ängste und Leid vermindern. Wichtig empfand ich auch die Hinweise, dass in den Nachbarländern nach Öffnung der Regelungen zur Sterbehilfe die Suizidraten drastisch angestiegen sind. Denn es können dann nicht nur schwerkranke alte, sondern auch junge und gesunde Menschen den Beistand zum Suizid einfordern.

Wie steht es um das Recht auf Behinderung, schwerwiegende Erkrankung und Wachkoma? Können dadurch vulnerable Menschen unter Druck geraten, ihr Weiterleben (den Angehörigen

gegenüber oder als Kostenverursacher für die Gesellschaft) zu rechtfertigen? Der Gesetzgeber muss nun die Suizidhilfe regulieren, die Bedingungen an Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit eines Selbsttötungswillens festlegen. Aber müssen nicht auch wir uns wieder eingestehen, dass Krankheiten – wie sie uns die Corona-Pandemie und die aktuelle Notlage durch die Ukraine-Krise näher bringen – zum Leben dazu gehören?! Dass wir (wieder) lernen müssen, diesen durch zwischenmenschliche Solidarität und die Fähigkeit, sich in den anderen einfühlen zu können und dabei doch getrennt und verschieden vom Anderen zu sein, zu begegnen? Prof. Dr. Martin Teising und Prof. Dr. Martin Lindner haben in ihrem Artikel (HÄBL 4/2020, S. 239) auf die Wichtigkeit der Verbundenheit hingewiesen: „Der Mensch ist aber von Anfang an ein soziales Wesen und bleibt es lebenslang, eingebettet in Beziehungen, ohne die er nicht existenzfähig ist.“ Sollten wir also nicht eher das menschliche Beziehungs- und Bindungsbedürfnis im Leben stärken, als Ausführungsbestimmungen für ein selbstbestimmtes Sterben zu entwickeln?

Dr. med. Barbara Jaeger

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schrei-

ben wollen: Studientipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf:

Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?

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

Eisenmangel bei Anämie und Entzündung: Diagnose und Therapie

Prof. Dr. med. Lothar Thomas, Dr. med. Gudrun Hintereder

VNR: 2760602022140060008

Einleitung

Nach traditioneller Sichtweise beruht die Diagnostik des Eisenmangels vorwiegend auf dem Befund einer mikrozytären hypochromen Anämie. Ein Mangel an Eisen kann bei Patienten ohne Entzündung auf einer zu geringen Aufnahme von Eisen mit der Nahrung oder dem Verlust von Eisen durch Blutung (z. B. kolorektales Karzinom) beruhen.

Bei Erkrankungen mit chronischer Entzündung (Anemia of chronic disease; ACD) ist die Ursache der Anämie eine mangelnde Verfügbarkeit von Eisen. Obwohl bei ACD der Eisengehalt des Organismus normal oder gar erhöht ist, steht es den Funktionsstellen wie der Erythropoese zur Bildung von Hämoglobin (Hb), den Muskelzellen zur Bildung von Myoglobin und den Enzymen, die in den Mitochondrien für die Energiegewinnung verantwortlich sind, nicht zur Verfügung. Die Ursache liegt darin, dass Eisen bei ACD in Makrophagen des retikuloendothelialen Systems und den Hepatozyten der Leber sequestriert wird. Die entzündungsbedingte Sequestration führt, wie der nutritive Eisenmangel, zu einer Anämie und Verminderung mit Lebensqualität.

Eisenstoffwechsel

Eisen ist essenziell für viele Funktionen des Organismus. Im Hb der Erythrozyten bindet es reversibel Sauerstoff, auch ist es der wesentliche Bestandteil des muskulären Myoglobins. Nicht an Häm gebundenes Eisen in Enzymen ist essenziell für die Energie produzierenden Redoxreaktionen in den Mitochondrien und für die DNS-Synthese. Beim Eisenstoffwechsel wird die systemische von der zellulären Regulation unterschieden. Störungen der Ersteren können gut durch Laboruntersuchungen diagnostiziert und die Therapie kontrolliert werden. Das ist beim zellulären Eisenstoffwechsel nicht der Fall, denn es sind noch keine Routineuntersuchungen verfügbar.

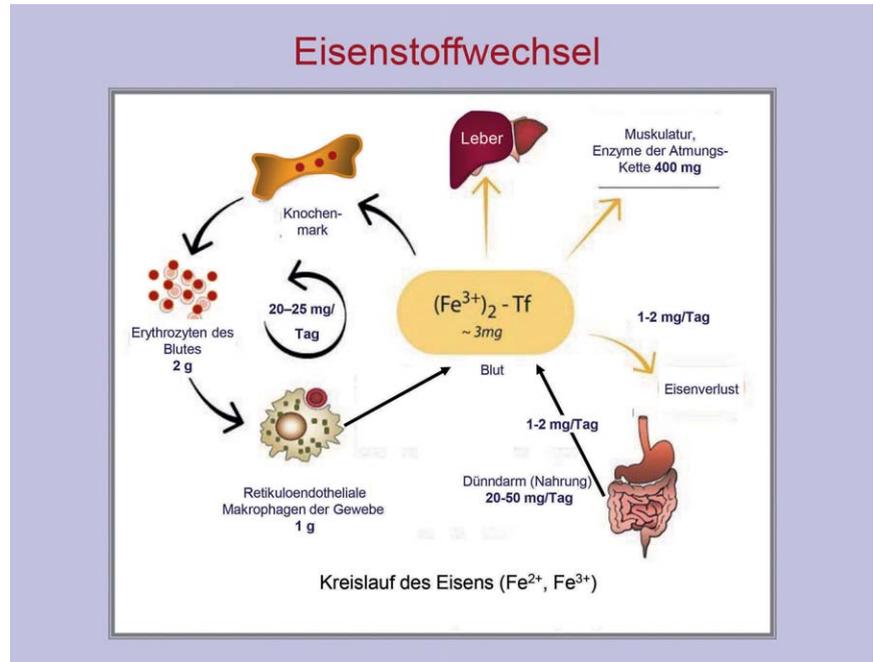


Abb. 1: Verteilung des Körpereisens in Funktionseisen (an Transferrin gebundenes Eisen), in Speichereisen (als Ferritin-gebundenes Eisen in Hepatozyten und Makrophagen des RES) und in Erythrozyten und Muskelzellen. Bei der Maserung von Erythrozyten täglich freigesetzte 30–40 mg Eisen gelangen als Funktionseisen in das Blutplasma und werden von dort in das Knochenmark zur Synthese neuer roter Blutzellen verbraucht. Der Eisenkreislauf des Organismus ist geschlossen. Der tägliche enterale Verlust von 1–2 mg wird durch die Eisenabsorption im Darm kompensiert. Die Regulation der Eisenverteilung erfolgt durch das Hormon Hepsidin, die Regulation der Erythropoese durch die Hormone Erythropoetin und Erythroferron [20].

Die systemische Regulation des Eisenhaushalts ist in Abb. 1 aufgeführt. Der Ablauf geschieht wie folgt: In der Leber wird die Eisenkonzentration des Bluts gemessen und bei erniedrigtem Wert die Bildung des Eisenregulierenden Hormons Hepsidin unterdrückt. Eine niedrige Konzentration von Eisen führt zu einem niedrigen Wert von Hepsidin im Blut. Dadurch wird die Absorption von Nahrungseisen aus dem Darm und die Freisetzung von Eisen aus den Speichern in den Hepatozyten und den Makrophagen des retikuloendothelialen Systems (RES) erhöht [1]. Die Eisenkonzentration im Serum steigt an und die Verteilung von Eisen an die Funktionsstellen ist erhöht. Auch steigert ein niedriger Hepsidinwert die Proliferation

der Erythropoese, während ein erhöhter Wert, der bei einer ACD vorliegt, den Eisengehalt im Blut und die Proliferation der Erythropoese reduziert.

Die zelluläre Regulation des Eisenstoffwechsels wird durch zytoplasmatische Eisenregulatorische Proteine (IRP) und Eisenregulierende Elemente (IREs) gesteuert. Sie regulieren den zellulären Gehalt des Eisenspeicherproteins Ferritin, des Eisentransportproteins Transferrin und des Transferrinrezeptors, der Eisen in die Zellen transportiert [2].

Absorption von Eisen

Männer absorbieren etwa 1 mg Eisen/Tag, prämenopausale Frauen

1,3–1,5 mg/Tag und Mehrfachblutspender 4–5 mg/Tag. Die Absorptionsmenge ist vom Eisenbedarf abhängig und nimmt bei akuter Hypoxie zu. Nach der enteralen Absorption verbleibt das Eisen als Ferritin im Enterozyten des Darms. Besteht kein Eisenbedarf wird Eisen mit alternden Enterozyten innerhalb von 7 Tagen abgestoßen und verlässt den Körper über den Stuhl. Der Eisenverlust mit dem Stuhl ist eine wichtige Ursache der Anämie bei chronisch entzündlichen intestinalen Erkrankungen [3]. Besteht Eisenbedarf übernimmt Transferrin das Eisen vom Enterozyten und transportiert es zu den Funktionsstellen. Nicht benötigtes Eisen wird als Ferritin in den Hepatozyten und dem RES gespeichert. Die Ferritinkonzentration im Blut steht mit der Eisenspeicherung im Gleichgewicht und ist der Indikator des gespeicherten Eisens. Das ist nicht mehr der Fall, wenn eine chronische Entzündung vorliegt, denn Ferritin ist neben seiner Funktion als Indikator des Speichereisens auch ein Akute-Phase Protein. Jedoch schließen Ferritinwerte > 300 µg/l auch bei chronischer Entzündung den Eisenmangel aus [4].

Erythropoese und Eisen

Die Eisenversorgung der Erythropoese ist beim nutritiven Eisenmangel, nach einer Blutung und Bedingungen, die eine Stress-erythropoese bewirken, begrenzt [5]. 1 g Hämoglobin enthält 3,46 mg Eisen und beim Verlust von 1 ml Blut (Hb 15 g/dl) gehen 0,5 mg Eisen verloren. Bei der Blutungsanämie führt ein Mangel der Sauerstoffsättigung zur Bildung des Hypoxiafaktors 1, der die Erythropoetinsekretion aktiviert [6]. Erythropoetin stimuliert die Proliferation des Knochenmarks, wodurch der Eisenbedarf um das Mehrfache gesteigert wird. Hyperproliferatives Knochenmark bildet Erythroferron, das in der Leber die Hepcidinbildung herunterreguliert, und Eisen wird verstärkt intestinal absorbiert und aus Speichern freigesetzt (Abb. 2). Somit wird der Erythropoese ausreichend Eisen zur Wiederherstellung der Sauerstofftransportkapazität zur Verfügung gestellt [7]. Gelingt das nicht, wird das Funktionseisen rasch verbraucht und die Eisenversorgung für die Bildung von Hb und

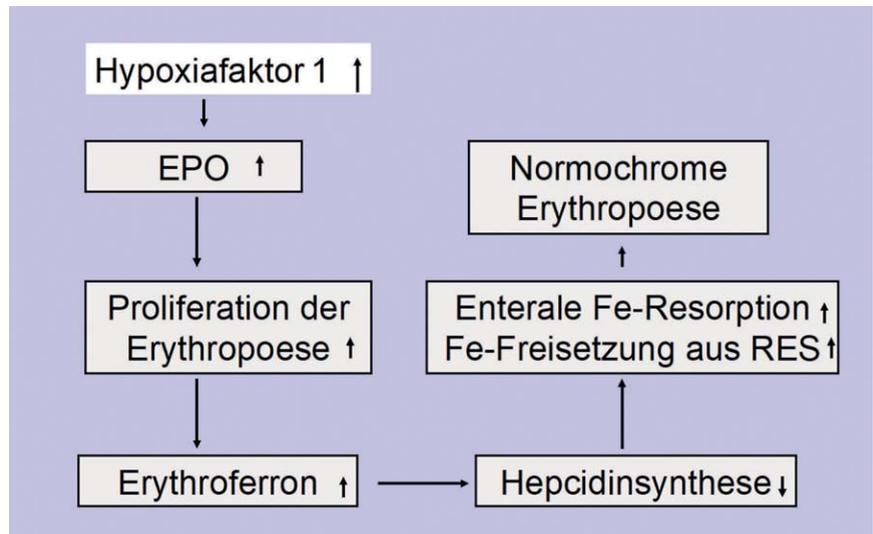


Abb. 2: Sauerstoffmangel, induziert über den Hypoxiafaktor 1, stimuliert die renale Ausschüttung von Erythropoetin (EPO). Aufgrund der EPO-Erhöhung resultiert eine hyperproliferative Erythropoese. Diese bildet Erythroferron, das die Hepcidinsynthese der Leber hemmt. Niedriges Hepcidin stimuliert die enterale Eisenabsorption und die Freisetzung von Eisen aus dem retikuloendothelialen System und stellt somit ausreichend Eisen zur Verfügung [20].

anderer Eisen abhängiger Funktionsstellen vermindert. Es resultiert die Bildung hypochromer Erythrozyten und eine Einschränkung des zellulären Metabolismus wichtiger Organe wie Herz, Leber, Nieren, Muskulatur und Gehirn.

Komorbiditäten

Der Eisenmangel wird häufig als Komorbidität bei vielen Erkrankungen diagnostiziert. Frauen im gebärfähigen Alter haben dreimal häufiger einen Eisenmangel als Männer. Auch ohne Anämie kann eine verminderte Eisenversorgung mit Störungen im Zentralnervensystem assoziiert sein (neuromuskuläre Funktion, Müdigkeit, geringes Belastungsvermögen, neurokognitive Störung). Erkrankungen, die zur ACD gezählt werden wie Infektionen, Autoimmunerkrankungen, metastasierte Tumoren, chronische Nierenerkrankung, aber auch Diabetes mellitus, Bluthochdruck und chronische kardiale Erkrankungen vermindern die Bildung von Erythropoetin [8] und fördern die Ausbildung einer Anämie.

Eisenmangel bei Vegetariern

Eine gut geplante vegetarische Diät ist kompatibel mit einem normalen Eisensta-

tus. Das ist in den westlichen Nationen mit der Vielfalt der angebotenen Nahrungsmittel leichter als in den Entwicklungsländern, bei denen ungeschälte und nicht verfeinerte Nahrungsmittel vorherrschen. Denn Phytate und Polyphenole der pflanzlichen Nahrungsmittel hemmen die enterale Aufnahme von nicht an Häm gebundenen Eisen.

Vegetarier haben eine höhere Prävalenz an leeren Eisenspeichern und Eisenmangelanämie als Nicht-Vegetarier. So hatten in einer Studie 21 % der Vegetarier einen Mangel an Speichereisen, aber nur 7 % derjenigen mit Fleischkonsum. Der Speichereisenmangel ist besonders häufig bei Kindern und prämenopausalen Frauen [9].

Bestimmung der Verfügbarkeit von Eisen

Die Eisenversorgung der Funktionsstellen wird traditionell durch die Bestimmung des Blutbildes, von Ferritin und der Transferrinsättigung (TfS) ermittelt. Die Aussagekraft dieser Untersuchungen ist aber begrenzt auf den nutritiven Eisenmangel und den Eisenmangel durch Blutverlust. Die biochemischen Marker löslicher Transferrinrezeptor (sTfR), Ferritinindex (FI) sowie die hämatologischen Indices %HYPO (Anteil der hypochromen Ery-

Tab. 1: Untersuchungen zur Diagnostik und Differenzierung der Eisenverfügbarkeit

| | |
|---|---|
| Hb-Wert | Hb-Werte, unterhalb derer eine Anämie durch mangelnde Eisenverfügbarkeit besteht, sind nach WHO bei Männern < 13 g/dl, bei Frauen < 12 g/dl, bei Schwangeren < 11 g/dl. Das erythrozytäre Volumen (MCV) und der erythrozytäre Hb-Gehalt (MCH) sind bei der Eisenmangelanämie vermindert. |
| Ferritin | Der Serumferritinwert reflektiert den Speichereisengehalt. 1 µg/l sind repräsentativ für 8–10 mg Speichereisen. Im Vergleich zum Goldstandard, dem Eisengehalt im Knochenmarkaspirat, klassifiziert ein Ferritinwert ≤ 15 µg/l leere Eisenspeicher [13]. Höhere Ferritinwerte, insbesondere bis zu einem Grenzwert von 30 µg/l, reflektieren zu etwa 70 % verminderte Eisenspeicher und erfordern eine Behandlung mit Eisen. Ferritin ist ein Akute-Phase-Protein und bei einer ACD ist die Beziehung zwischen Serumwert und Speichereisengehalt nicht mehr gegeben. Die Patienten haben in der Regel Ferritinwerte > 100 µg/l und volle Eisenspeicher, aber ein vermindertes Funktionseisen, die TFS (siehe nächste Zeile) ist < 16 %. |
| Transferrin-Sättigung (TfS) | Die TfS ist ein Parameter des Funktionseisens und bei Eisenmangelanämie vermindert. Bei normaler Versorgung der Funktionsstellen mit Eisen beträgt die TfS 16–40 %. Bei Vorliegen einer ACD gibt die TfS keine Auskunft zum Funktionseisen, denn Transferrin ist ein negatives Akute-Phase Protein und bei der ACD erniedrigt. Die Blutentnahme zur Bestimmung der TfS sollte generell morgens und nüchtern erfolgen. |
| Zink-Protoporphyrin (ZPP) | Zink wird in Protoporphyrin 9, dem letzten Schritt der Synthese des Porphyrinrings, gebunden, falls kein Eisen verfügbar ist. Anstatt eines Moleküls Eisenprotoporphyrin entsteht ein Molekül ZPP. Personen mit Speichereisenmangel haben normale ZPP-Werte (≤ 40 µmol/mol Hb). Wird die Erythropoese nicht mehr ausreichend mit Eisen versorgt, steigt der ZPP-Anteil in Relation zum Hb kontinuierlich an. Das frühe Stadium einer mangelnden Eisenversorgung wird nicht erfasst. Das ZPP ist ein Screeningparameter des Eisenmangels, aber ungeeignet zur Differenzierung der in Tab. 2 genannten Zustände einer mangelnden Eisenverfügbarkeit [14]. |
| Löslicher Transferrin-Rezeptor (sTfR) | Der lösliche Transferrinrezeptor (engl. soluble transferrin receptor; sTfR) ist die freigesetzte verstümmelte Form des Zellwand-gebundenen Transferrinrezeptors (TfR). Die Funktion des TfR besteht darin, Eisen in kernhaltige Körperzellen, insbesondere Erythroblasten und Retikulozyten zu transportieren [15]. Der TfR wird von den Zellen abgeworfen und erscheint im Blut, wenn das Funktionseisen vermindert ist. Der sTfR-Serumwert hat eine der TfS vergleichbare diagnostische Wertigkeit, ist aber im Unterschied zur TfS auch bei der ACD ein Indikator des Funktionseisens, da er nicht durch eine Entzündung beeinflusst wird. Besteht bei ACD ein Mangel an Funktionseisen, so ist der sTfR erhöht. |
| Ferritinindex (FI) Diagnostischer Eisenblot | Der FI = sTfR (mg/l)/log ¹⁰ Ferritin (µg/l) verbindet die Messung von Ferritin mit der des sTfR. In Kombination mit dem Ret-He bzw. CHR in einem multivariablen System (diagnostischer Eisenblot) ist der FI ein Marker zur Differenzierung des Eisenstatus in folgende vier Stadien: Normale Eisenversorgung, subklinischer Eisenmangel, totaler Eisenmangel und Kombination von ACD und Eisenmangelanämie [10]. Viele Laboratorien bieten im Internet die Berechnung des Eisenstatus anhand des Eisenblots an. |
| Hypochrome Erythrozyten (%HYPO) | Der prozentuale Anteil an Erythrozyten mit einer Hb-Konzentration < 28 g/dl ist ein Marker, der mittelfristig im dreimonatigen Lebenszyklus des Erythrozyten, den Eisenbedarf der Erythropoese anzeigt. Bei mangelnder Eisenversorgung resultiert eine Zunahme der %HYPO ab der vierten Woche. Die %HYPO sind bei Patienten mit mangelnder Eisenversorgung erhöht [16]. Ein Nachteil der %HYPO ist, dass die Bestimmung spätestens sechs Stunden nach der Blutentnahme erfolgen muss und nicht alle Hämatologieanalytoren die %HYPO messen. |
| Retikulozyten-Hämoglobin (Ret-He, CHR) | Retikulozyten-Hämoglobin, messbar als CHR oder Ret-He, reflektiert das für die Erythropoese verfügbare Eisen [17]. Die Parameter sind bei einer Eisenmangelanämie und der Kombination von ACD und Eisenmangel < 28 pg. Werden %HYPO und CHR bzw. Ret-He aus einer Probe bestimmt, entsprechen sie dem Monitoring von HbA1c und Glucose beim Diabetes mellitus. Isoliert erniedrigtes CHR bzw. Ret-He weist auf eine mangelnde Eisenversorgung innerhalb der vergangenen drei bis vier Tage hin, ein zusätzlich erhöhtes %HYPO zeigt an, dass der Mangel schon seit mehr als drei Wochen besteht. CHR bzw. Ret-He sind für zwei Tage bei Zimmertemperatur stabil. |
| Hepcidin | Die Bestimmung von Hepcidin-25 ermöglicht keine klare Abgrenzung der Zustände mit mangelnder Eisenversorgung und ist für die Routinediagnostik noch nicht zu empfehlen. |

throzyten) und der Hämoglobingehalt der Retikulozyten (CHR bzw. Ret-He) sind weiterführend differentialdiagnostisch von Bedeutung (Tab. 1).

Managementsysteme zur Diagnostik der Verfügbarkeit von Eisen

Die Zustände mangelnder Eisenversorgung sind beschrieben in Tab. 2. Zur Diagnose und Klassifizierung der Ursachen muss der Patient insgesamt untersucht werden. Insbesondere beachtet werden müssen Entzündung, Infektion, okkultes Blutverlust und die Nahrungsgewohnheiten.

Bei Vorliegen einer ACD erfordert die Differenzierung des Eisenstoffwechsels und die Indikation einer Therapie die Bestimmung zusätzlicher Marker und die Auswertung vermittels eines multivariablen

Systems [10] wie den diagnostischen Eisenblot (Abb. 3).

Kontrolle der oralen Eisentherapie

Eine optimale Therapieresponse liegt vor bei [11]:

- Anstieg der TfS nach etwa zehn Tagen – ein kontinuierlicher Wert > 16 % bedeutet, dass genügend Funktionseisen vorhanden ist.
- Zunahme des Hb-Wertes um etwa 1 g täglich in der 2.–3. Therapiewoche.
- Normalisierung des Ferritinwertes nach zwei bis drei Monaten.
- Anstieg der Retikulozytenzahl nach etwa zehn Tagen um mindestens 20 %.
- Anstieg von CHR bzw. Ret-He innerhalb von einer Woche. Eine Normalisierung von CHR bzw. Ret-He im Verlaufe der Behandlung bedeutet nur eine ausrei-

chende Versorgung der Erythropoese, nicht aber, dass die Eisenspeicher gefüllt sind.

- Abfall der sTfR-Konzentration um > 20 % nach etwa zehn Tagen.

Kontrolle der parenteralen Eisentherapie

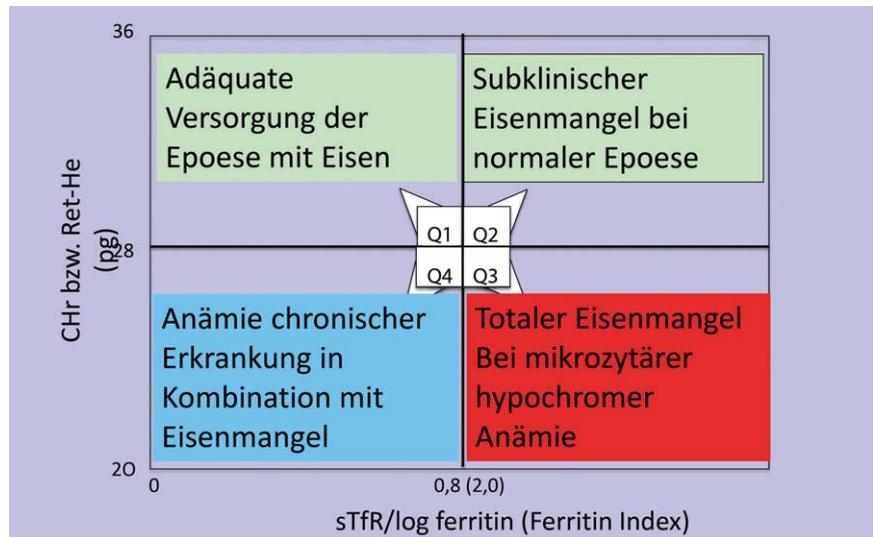
Der parenteralen Eisentherapie wird der Vorzug gegeben in Situationen, bei denen hohe Hepcidinwerte eine orale Therapie beeinträchtigen, z. B. bei ACD [12]. Zu beachten ist, dass hohe parenterale Bolusgaben von Eisen nur eine begrenzte Wirkung haben. Ursache ist, dass der größte Teil des zugeführten Eisens rasch von der Leber aufgenommen und in Makrophagen sequestriert wird. Durch die Sequestrierung wird eine schon bestehende Hepcidinerhöhung

Tab. 2: Zustände mangelnder Eisenversorgung

| | |
|--|--|
| Subklinischer Eisenmangel | Es liegt keine Anämie vor. Das Gesamtkörpereisen ist vermindert durch leere Eisenspeicher, das Funktionseisen (Transferrin gebundenes Eisen) ist noch normal. Das Blutbild entspricht dem bei normaler Eisenversorgung. Laborbefunde: Normales Blutbild, Ferritin $\leq 30 \mu\text{g/l}$, TfS > 16 %. |
| Totaler Eisenmangel | Es besteht eine mikrozytäre hypochrome Anämie (MCV, MCH erniedrigt). Die Erythropoese ist hypoproliferativ (Retikulozytenzahl $< 50 \times 10^9/l$). Das Gesamtkörpereisen ist vermindert (Eisenspeicher leer, Funktionseisen vermindert, Eisen benötigende Funktionsstellen sind Eisen-defizient). Laborbefunde: Ein Ferritinwert $< 15 \mu\text{g/l}$ bestätigt den totalen Eisenmangel mit einer diagnostischen Sensitivität von 75 % bei einer Spezifität von 95 % [18], ein Wert $< 30 \mu\text{g/l}$ mit einer diagnostischen Sensitivität von 92 % bei einer Spezifität von 58 % [19]. Ein TfS-Wert $< 16 \%$ weist auf den Mangel an Funktionseisen hin. |
| Anämie chronischer Erkrankung (ACD, Anemia of chronic disease) | Es besteht eine Anämie. Ursachen sind chronische Erkrankungen mit Inflammation wie Infektionen, autoimmune Erkrankungen, metastasierte Karzinome und die chronische Niereninsuffizienz [8]. Bei der ACD, auch als Eisen-Sequestrationssyndrom bezeichnet, sind die Eisenspeicher (Hepatozyten, Makrophagen des RES) gefüllt, aber Eisen ist sequestriert und wird nicht bei Bedarf an Transferrin übergeben. Auch ist die enterale Eisenabsorption vermindert. Ursachen sind inflammationsbedingte erhöhte Hepcidinwerte, die den Eisenexport aus dem RES, die Abgabe von enteral absorbiertem Eisen in das Blut und die Proliferation der Erythropoese hemmen. Laborbefunde: Normozytäre bis leicht hypochrome Anämie solange durch Blutung kein Eisen verloren geht. Ist das aber der Fall, dann mikrozytäre hypochrome Anämie mit Hb-Werten Werten von im Mittel 10 g/dl. Verminderung der Erythrozytenzahl. Ferritin bei ACD in der Regel $> 100 \mu\text{g/l}$, TfS $< 16\%$. Für den Kliniker besteht das Dilemma zu untersuchen, ob der Ferritinwert und die TfS auf einem Eisenmangel oder einer ACD beruhen. Sind der sTfR oder Ret-Hb bzw. CHR normal, so handelt es sich um eine ACD. |
| Funktioneller Eisenmangel | Der funktionelle Eisenmangel ist die Folge einer endogenen Erythropoetinantwort auf einen starken Blutverlust oder resultiert aus der Therapie einer Anämie mit Erythropoese-stimulierendem Agens (ESA) ohne ausreichende parenterale Eisenzufuhr. Transient ist der Organismus nicht fähig, für eine stark hyperproliferative Erythropoese genügend Eisen bereit zu stellen. Laborbefunde: Ferritin normal, TfS stark vermindert. |

Abb. 3: Diagnostik des Eisenstatus /10/. Die Kombination des Hb-Gehalts der Retikulozyten (CHR bzw. Ret-He) mit dem Ferritinindex ermöglicht die Einteilung der Eisenstatus in folgende vier Stadien der Eisenversorgung der Erythropoese [20]:

- Q1) Adäquate Eisenversorgung, wenn keine Anämie besteht, bei Vorliegen einer Anämie ist die Ursache eine ACD.
- Q2) Latenter Eisenmangel.
- Q3) Totaler Eisenmangel.
- Q4) ACD in Kombination mit Eisenmangel (eine Thalassämie muss ausgeschlossen sein). Der Grenzwert des Ferritinindex beträgt bei Bestimmung des sTfR mit dem Assay von Siemens 0,8 und 2,0 mit dem Assay von Roche.



noch gesteigert und verstärkt Eisen sequestriert [12].

Erhalten bei postpartaler Anämie Frauen mit einem Hb-Wert < 10 g/dl jeweils 200 mg Eisensucrose an den Tagen 1–4, so zeigen die Kontrollparameter am 7. Tag im Vergleich zum Ausgangswert im Mittel einen Hb-Anstieg um 1,5 g/dl, eine Zunahme der Retikulozytenzahl und einen Anstieg der TfS um 50 % und etwa die fünffache Zunahme des Ferritinwertes.

Cave: Die intravenöse Gabe von Eisen muss sehr langsam und unter kritischer

Beobachtung sowie in Notfalltherapiebereitschaft für mögliche allergische oder allergoide Reaktionen verabreicht werden.

Fazit

- Die mangelnde Eisenversorgung ist sehr viel häufiger als die Eisenmangelanämie.
- Die Zustände mangelnder Eisenversorgung müssen vor Beginn einer Eisentherapie unterschieden werden.
- Die Bestimmung von Ferritin und der Transferrinsättigung sind ungenügend

zur Diagnostik der Eisenversorgung bei Anämie chronischer Erkrankungen.

- Management-Systeme (diagnostischer Eisenplot) oder die kombinierte Bestimmung biochemischer Marker (sTfR, Ferritinindex) und hämatologische Indices (%HYPO, Retikulozyten-Hb) ermöglichen die Differenzierung der Eisenmangelanämie von der Anämie chronischer Erkrankungen und der Kombination beider.
- Vor Anordnung einer Eisentherapie bei Patienten mit chronischer Erkrankung und normalem Serumferritin sind die zuvor genannten Untersuchungen hilfreich.

**Prof. Dr. med. Lothar Thomas
Dr. med. Gudrun Hintereder**

Universitätsklinikum Frankfurt,
Zentrum der Inneren Medizin,
Zentrallabor,
Theodor-Stern Kai 7, 60590 Frankfurt
E-Mail: lothar.thomas@kgu.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Eisenmangel bei Anämie und Entzündung: Diagnose und Therapie“ von Prof. Dr. med. Lothar Thomas und Dr. med. Gudrun Hintereder 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 Mitglie-

der-Portal vom 25. März 2022 bis 24. September 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.

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

Multiple-Choice-Fragen: Eisenmangel bei Anämie...

VNR: 2760602022140060008

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Befunde sind auf eine Anämie chronischer Erkrankung hinweisend?

- 1) Eine normale Erythrozytenzahl.
- 2) Ferritinwert über 100 µg/l.
- 3) Normale Entzündungsmarker.
- 4) Makrozytäre Erythropoese.

2. Der subklinische Eisenmangel zeigt folgende Befunde:

- 1) Hb-Wert ist erniedrigt.
- 2) Die Entzündungsmarker sind erhöht (CRP, BSG).
- 3) Ferritin ist erniedrigt.
- 4) Die Transferrinsättigung ist normal.

3. Welche Eisenmengen gehen beim Verlust von 1 Milliliter Blut verloren?

- 1) 0,5 mg
- 2) 1,0 mg
- 3) 2,0 mg
- 4) 5,0 mg
- 5) 10 mg

4. Für welche Indikation ist die Serumkonzentration von Ferritin ein guter Marker?

- 1) Für das frühe Ansprechen (innerhalb einer Woche) einer oralen Eisen-therapie.
- 2) Den Speichereisengehalt des Organismus.
- 3) Das Vorliegen einer Entzündung.

- 4) Den Eisengehalt im Serum.
- 5) Den Gehalt an Transporteisen.

5. Beim totalen Eisenmangel liegt folgender Befund vor:

- 1) Die Transferrinsättigung ist über 15%.
- 2) Ferritin ist unter 30 Mikrogramm pro Liter Serum.
- 3) Die mittlere korpuskuläre Hämoglobinmenge (MCH) des Erythrozyten ist vermindert.
- 4) Der Anteil hypochromer Erythrozyten ist normal.

6. Welche Bedeutung hat der lösliche Transferrinrezeptor (sTfR) im Eisenstoffwechsel?

- 1) Ist unabhängig vom Vorliegen einer Entzündung beim Eisenmangel erhöht.
- 2) Zeigt bei hyperproliferativer Erythropoese (Retikulozytose) den Eisenmangel an.
- 3) Ersetzt den Ferritinwert, da auch das Speichereisen mitbestimmt wird.
- 4) Bei der Kombination von Eisenmangelanämie und Anämie chronischer Erkrankung ist der sTfR nicht erhöht.

7. Die Eisenkonzentration im Serum wird von welchen Zellen reguliert?

- 1) Den Enterozyten des Darms.
- 2) Den Makrophagen des retikuloendothelialen Systems.
- 3) Den Hepatozyten der Leber.
- 4) Den Erythroblasten im Knochenmark.
- 5) Den Erythrozyten.

8. Welches Protein stimuliert die Proliferation der Erythropoese?

- 1) Hepcidin
- 2) Transferrin
- 3) Erythropoetin
- 4) Ferritin

9. Welche Untersuchung ist der Goldstandard zu Abschätzung des Körper-eisenmangels?

- 1) Eisenkonzentration im Serum
- 2) Transferrinsättigung
- 3) Retikulozytenzahl
- 4) Ferritin im Serum

10. Wann ist die Konzentration von Hepcidin im Serum erhöht?

- 1) Bei der Anämie chronischer Erkrankung.
- 2) Bei verstärkter intestinaler Absorption von Eisen.
- 3) Bei Eisenmangelanämie.
- 4) Wenn Erythropoetin erhöht ist.

Save the date

Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Kampf gegen das Virus: Wie Hessen und die italienische Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen

Termin: Freitag, 10. Juni 2022, Landesärztekammer Hessen, Frankfurt

Veranstalter: Akademie der Landesärztekammer Hessen in Zusammenarbeit mit dem Ordine dei Medici ed Odontoiatri della Provincia di Salerno

und Ärzte der partnerschaftlich verbundenen Ärztekammer der Provinz von Salerno. Details können Corona-bedingt zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch nicht benannt werden. Die Veranstaltung wird von der Landesärztekammer Hessen zertifiziert.

Sie sind interessiert?

Für weitere Infos wenden Sie sich bitte per E-Mail an: pressestelle@laekh.de



ordine dei medici
e degli odontoiatri
della provincia di salerno

Eisenmangel bei Anämie und Entzündung: Diagnose und Therapie

von Prof. Dr. med. Lothar Thomas und Dr. med. Gudrun Hintereder

- [1] Onkopedia Leitlinien der DGHO. Eisenmangel und Eisenmangelanämie. www.onkopedia.com
- [2] Muckenthaler MU, Galy B, Hentze W. Systemic iron homeostasis and the iron-responsive element/iron-regulatory protein (IRE/IRP) regulatory network. *Annu Rev Nutr* 2008; 28: 197–213.
- [3] Andrews NC. Disorders of iron metabolism. *N Engl J Med* 1999; 341: 1986–95
- [4] Thomas L, Thomas C. Detection of iron restriction in anaemic and non-anaemic patients: new diagnostic approaches. *Eur J Haematol* 2017; 99:262–8.
- [5] Goodnough LT, Nemeth E, Ganz T. Detection, evaluation, and management of iron-restricted erythropoiesis. *Blood* 2010; 116: 4754–61.
- [6] Kautz L, Jung G, Du X, et al.: Erythroferrone contribute to hepcidin suppression and iron overload in a mouse model of β -thalassemia. *Blood* 2015; 126: 2031–8.
- [7] Cable RG, Glynn SA, Kiss JE, et al.: Iron deficiency in blood donors: analysis of enrollment data from the REDS-II Donor Iron Status Evaluation (RISE) study. *Transfusion* 2011; 51: 511–22.
- [8] Weiss G, Goodnough LT. Anemia of chronic disease. *N Engl J Med* 2005; 352: 1011–23.
- [9] Pawlak R, Berger J, Hines I. Iron status of vegetarian adults: a review of literature. *Am J Lifestyle Med* 2018; 12 (6): 486–98.
- [10] Thomas L, Thomas C, Heimpel H. Neue Parameter zur Diagnostik von Eisenmangelzuständen. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: B488-B93.
- [11] McDonagh T, MacDougall IC. Iron therapy for the treatment of iron deficiency in chronic heart failure: intravenous or oral? *Eur J Heart Failure* 2015; 17: 248–62.
- [12] Moretti D, Goede JS, Zeder G, Jiskra M, Chatzinako V, Tjalsma H, et al. Oral iron supplements increase hepcidin and decrease iron absorption from daily or twice-daily doses in iron depleted young women. *Blood* 2015; 126 (17): 1981–9.
- [13] Tessitore N, Solero GP, Lippi G, Bassi A, Faccini GB, Bedogna V, et al.: The role of iron status markers in predicting response to intravenous iron in haemodialysis patients on maintenance erythropoietin. *Nephro Dial Transplant* 2001; 16: 1416–23.
- [14] Hastka J, Lasserre JJ, Schwarzbeck A, Hehlmann R. Central role of zinc protoporphyrin in staging iron deficiency. *Clin Chem* 1994; 40: 768–73.
- [15] Baillie FJ, Morrison AE, Fergus I. Soluble transferrin receptor: a discriminating assay for iron deficiency. *Clin Lab Haem* 2003; 25: 353–7.
- [16] Macdougall IC, Cavill, I Hulme B, et al.: Detection of functional iron deficiency during erythropoietin treatment: a new approach. *British Medical Journal* 1992; 304: 225–6.
- [17] Brugnara C, Zelmanovic D, Sorette M, Ballas SK, Platt O. Reticulocyte hemoglobin. An integrated parameter for evaluation of erythropoietic activity. *Am Soc Clin Pathol* 1997; 108: 133–42.
- [18] Bell JD, Kincaid W, Morgan RG, et al.: Serum ferritin assay and bone-marrow iron stores in patients with maintenance hemodialysis. *Kidney Int* 1980; 17: 237–41.
- [19] Goddard AF, James MW, McIntyre AS, Scott BB. Guidelines for the management of iron deficiency anaemia. *Gut* 2011; 60: 1309–16.
- [20] Thomas L. Labor und Diagnose 2020, 10. Auflage. <https://www.labor-und-diagnose-2020.de>



„Krieg bedeutet unvorstellbares Leid“

Präsidium der Landesärztekammer Hessen ruft zu Spenden für die Ukraine auf

„Noch vor kurzem schien ein neuer Krieg in Europa undenkbar. Jetzt müssen wir – 77 Jahre nach dem Ende des Zweiten Weltkriegs – fassungslos und erschüttert die aktuellen Kriegshandlungen in der Ukraine zur Kenntnis nehmen“, erklärt Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH). „Krieg bedeutet unvorstellbares Leid für die Zivilbevölkerung, das uns zutiefst berührt. Es ist zu erwarten, dass unzählige Betroffene auf medizinische Hilfe der internationalen

Gemeinschaft angewiesen sein werden. Auch werden voraussichtlich viele Geflüchtete aus der Ukraine Zuflucht u. a. in Deutschland suchen.

Für uns Ärztinnen und Ärzte hat der Schutz des Lebens und der körperlichen Unversehrtheit höchste Priorität. Daher verurteilen wir kriegerische Auseinandersetzungen aufs Schärfste. Um den Menschen in der Ukraine helfen und Hilfsgüter wie Medikamente, technische Ausrüstungen und psychosoziale Betreuungsangebote bereitstel-

len zu können, rufen wir unsere Kolleginnen und Kollegen in Hessen und alle anderen, die spenden wollen, dazu auf, mit einem finanziellen Beitrag die Arbeit der Hilfsorganisationen vor Ort zu unterstützen.“

Auf der Website der LÄKH finden sich Adressen zur Sammlung von Sachspenden (www.laekh.de). Hier eine Auswahl von Hilfsorganisationen, die in der Ukraine Unterstützung leisten und Geld- sowie Sachspenden entgegennehmen (überall Stichwort Ukraine angeben):

Foto: © MH – stock.adobe.com

Ärzte ohne Grenzen e. V.

www.aerzte-ohne-grenzen.de

IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00

Aktionsbündnis Katastrophenhilfe

www.aktionsbuenndnis-katastrophenhilfe.de/ IBAN:

DE65 100 400 600 100 400 600

Aktion Deutschland hilft e. V.

www.aktion-deutschland-hilft.de

IBAN: DE62 3702 0500 0000 1020 30

Deutsches Medikamenten-Hilfswerk

action medeor e. V.

<https://medeor.de/de/>

Malteser Hilfsdienst e. V.

www.malteser.de

IBAN: DE10 3706 0120 1201 2000 12

Die **Ukrainische Ärztevereinigung Deutschland** e. V. (UÄVD)

organisiert Lieferungen von Medikamenten und medizinischem Zubehör in die Ukraine. Eine Liste der benötigten Medikamente findet sich auf der Website www.laekh.de, Kurzlink:

<https://kurzelinks.de/tqps/>

Kontakt: Solomiya Kyyak, E-Mail:

krisenstab.medizin@ukraine-frankfurt.de

Fon: 0152 55104281

IBAN: DE50 2305 1030 0511 3395 41

Die **Deutsche Fußball-Ärztemannschaft** e. V. (DFÄ) mit Sitz in

Mainz sucht und spendet Medikamente in Zusammenarbeit mit den „Ukrainischen Fußball-Ärzten“, ebenfalls via den Transportwegen der Ukrainischen Ärztevereinigung in Deutschland e. V. (siehe oben). Kontakt: Dr. med. Kai Braun, DFÄ-Vizepräsident, E-Mail: kaibraun@dfae.de, Website im Internet: www.dfae.de

IBAN: DE84 5535 0010 0021 3933 27

Aktive Hilfe im Krisengebiet – Registrierungsportal für Ärzte

Zur Vor-Ort-Unterstützung der medizinischen Infrastruktur in der Ukraine und der medizinischen Versorgung geflüchteter Menschen in den Nachbarstaaten der Ukraine im Rahmen von internationalen Organisationen können sich Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland ab sofort auf der Internetseite der Bundesärztekammer registrieren lassen: www.baek.de/aerztehelfen/

In Absprache mit dem Auswärtigen Amt und dem Zentrum für internationale Friedenseinsätze werden registrierte Ärztinnen und Ärzte informiert, sobald solche Einsätze in der Ukraine oder in einer benachbarten Region möglich sind.

Hessische Ärztekammer unterstützt Online-Petition: Suizidprävention geht uns alle an

Im Jahr 2020 haben sich in Deutschland 155 Jugendliche im Alter zwischen 15 und 20 Jahren das Leben genommen; bei 10 bis 15 Jahre alten Kindern waren es 25! „Mir brechen diese Zahlen das Herz!“, sagt Prof. Dr. med. Katja Becker, Direktorin der Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Mit ihrer kürzlich gestarteten Online-Petition Suizidprävention will Becker

die Suizidprävention in Deutschland stärken und hofft auf eine deutschlandweite Suizidpräventions-Hotline. „Eine bundesweite Suizidpräventions-Hotline ist dringend erforderlich“, bekräftigt Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski und fordert zur Unterzeichnung der Online-Petition auf: Zeichnen Sie die Petition mit unter: <https://chnng.it/wzmpYBZZqP>

Ein langer Kampf geht zu Ende

Die Ampelkoalition will § 219a ersatzlos streichen: Drei Ärztinnen berichten

Der § 219a StGB regelte bisher, dass Ärztinnen und Ärzte keine öffentlichen Informationen über einen Schwangerschaftsabbruch bereitstellen dürfen. Am 9. März hat das Bundeskabinett einen Gesetzentwurf zur Aufhebung des Verbots der Werbung für den Schwangerschaftsabbruch und damit die Abschaffung des § 219 StGB beschlossen. Die Ärztinnen Kristina Hänel, Nora Maria Szász und Christiane von Rauch berichten über die jahrelange Kriminalisierung von Ärztinnen und Ärzten durch den Paragraphen.



Foto: privat

Kristina Hänel

Kristina Hänel

Ihr Name ist mit dem § 219a StGB verknüpft: Kristina Hänel, in Gießen praktizierende Fachärztin für Allgemeinmedizin wurde bundesweit bekannt, als sie wegen Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft im Internet angeklagt und zu einer Geldstrafe verurteilt wurde. In einer von Hänel eingelegten Revision hob das Oberlandesgericht Frankfurt im Juli 2019 die Verurteilung auf und verwies die Sache zurück an das Landgericht Gießen, das Hänel daraufhin im Dezember 2019 erneut zu einer Geldstrafe in Höhe von 25 Tagessätzen verurteilte. Im Januar 2021 verwarf das Oberlandesgericht die Revision Hänel, woraufhin sie Verfassungsbeschwerde einlegte.

Mit der angekündigten Streichung des § 219a geht ein langer Kampf von Ihnen hoffentlich zu Ende. Wann und warum

haben Sie begonnen, Schwangeren in Konfliktsituationen zu helfen?

Kristina Hänel: Ich habe in den 1980er-Jahren wegen der Vereinbarkeit mit der Erziehung meiner Kinder angefangen, bei Pro Familia in Gießen zu arbeiten. Damals mussten Frauen, die eine Abtreibung vornehmen lassen wollten, von Gießen aus nach Wiesbaden oder Köln fahren. Als Beraterin habe ich mitbekommen, wie schwer es für viele von ihnen war, eine solche Reise zu machen, und mich für ein Zentrum in Gießen eingesetzt. Damals gab es Familienplanungszentren, in denen Beratung und Abbrüche unter einem Dach stattfanden. Heute existiert ein solches Zentrum nur noch in Rüsselsheim. Ja, und in diesem Zusammenhang gab es damals schon erste Proteste von Abtreibungsgegnern. Aus diesem Grund haben sich die Gynäkologen, die eigentlich bei uns Abbrüche machen wollten, zurückgezogen. So ist die Überlegung entstanden, dass auch ich Schwangerschaftsabbrüche durchführe. Ein Berufsziel ist das für niemanden, aber es war eben eine Notwendigkeit. Der Zulauf war groß, denn es gab keine andere Adresse in der Umgebung. Wir vom medizinischen Team haben uns später von Pro Familia getrennt und uns unter meinem Namen selbstständig gemacht. Dabei kam auch die Idee mit der Internetseite auf. Ich hatte mich 2001 an den Justitiar der Landesärztekammer gewandt und ihm mein Konzept der Website vorgestellt, auch wegen des § 219a. Damals gab es noch keine Anzeigen von Abtreibungsgegnern und niemand konnte sich vorstellen, dass Aufklärung als Werbung gelten könnte. Er hat auch gar nicht bemängelt, dass ich meine Informationen im Internet zur Verfügung stellen wollte.

An Ihrer Internetseite entzündete sich schon damals die Kritik?

Hänel: Das dauerte etwas. Im Jahr 2005 gab es die ersten Anzeigen des Abtreibungsgegners Klaus Günter Annen, der sich rühmt, rund 600 Ärztinnen und Ärzte, darunter auch mich, angezeigt zu haben. Die Verfahren sind immer eingestellt worden. In zwei Fällen kam es allerdings zu ei-

ner Verurteilung, einmal in Bayern und einmal in NRW. Wir haben unsere Internetseite daraufhin so umgestellt, dass Informationen nur noch über E-Mail abgerufen werden konnten. Ich bin immer davon ausgegangen, dass alles rechtlich korrekt ist und man Aufklärung und Information nicht als Werbung bezeichnen kann. Zehn Jahre lang hatte ich Ruhe, bevor 2015 die Anzeige eines anderen Abtreibungsgegners kam. Als ich dann zu Gericht musste, war ich wirklich völlig erstaunt, denn ich hatte wieder mit einer Einstellung gerechnet. Die meisten Anzeigen gehen auf Annen zurück, der alle Verfahren auf seiner Seite auflistet. Ich habe circa 150 ebenfalls betroffene Ärztinnen, Ärzte und Krankenhäuser angeschrieben. Etwa 50 haben mir geantwortet und ihre Verfahren geschildert.

Haben sich die Vorwürfe auf Anzeigen beschränkt, oder waren Sie auch direkten Anfeindungen ausgesetzt?

Hänel: Ich bin schon immer angefeindet worden, aber das hat sich durch den Bekanntheitsgrad nochmals enorm verändert. Da kommen schon richtige Drohmails, die dann auch zur Staatsanwaltschaft gehen. Ich bin jetzt noch mehr im Fokus, als ich es am Anfang war.

Wie geht man damit um?

Hänel: Man versucht, das mal mehr, mal weniger an sich heranzulassen. Ich hatte jetzt einen Prozess, weil ich gegen Annen wegen Beleidigung und Volksverhetzung Strafantrag gestellt hatte. So etwas wühlt natürlich emotional nochmals so richtig auf und war sehr belastend. Am stärksten belastet mich der Holocaust-Vergleich, der schon seit vielen Jahren erhoben wird. Was mir hilft, ist der enorme Rückhalt von Patientinnen, Ärztinnen und Ärzten.

Sie sind den Anfeindungen begegnet, indem Sie das Thema in die Öffentlichkeit getragen haben. Warum? Was wollten und wollen Sie damit erreichen?

Hänel: Die breite öffentliche Unterstützung ist wichtig. Die Abtreibungsgegner – Organisationen oder Einzelpersonen – agieren so, dass sie Ärztinnen und Ärzte

bedrohen, die die Frauen unterstützen. Und das hält man alleine nicht aus, die Verfahren kosten ja auch Geld und bedrohen damit ganz existenziell. Und deshalb ist für mich die Öffentlichkeit auch immer ein Schutz gewesen. Zugleich haben die Anzeigen gegen mich auch eine Lawine losgetreten. Die Gesellschaft hat dadurch wahrgenommen, welchen Zugriff die Abtreibungsgegner versuchen, auf Frauen auszuüben. Die Zeit war einfach dafür reif, dass die Öffentlichkeit das Thema wahrnimmt. Auch die kollegiale Unterstützung bedeutet mir sehr viel, da das Ganze ja den Kern unserer Berufsausübung trifft: Dass wir nicht sagen dürfen, was wir machen. Dass man uns verbietet, aufzuklären. Es geht ja nicht um Werbung. Und daher ist es natürlich besonders schmerzhaft, wenn man unterstellt bekommt, man würde werben. Tatsächlich geht es um Aufklärung und Information für die Betroffenen.

Wie haben sich die Prozesse und ihre wachsende Bekanntheit auf das Verhältnis zu den Patientinnen ausgewirkt?

Hänel: In der Praxis hat es sich sehr verändert. Viele Frauen kommen ja eigentlich mit Angst und Misstrauen hierher. Seitdem ich so bekannt bin, wissen sie jedoch genau, was sie hier erwartet. Noch mehr als früher. Dadurch ist auch das Vertrauen stärker geworden.

Fühlen sich Ärztinnen, Ärzte und Patientinnen ausreichend geschützt?

Hänel: Während wir Ärztinnen und Ärzte für die Information der Frauen bisher bestraft wurden, haben die anderen, die die Frauen belästigen – Stichwort Gehsteigbelästigung – freies Spiel. Der Staat schützt leider weder die Betroffenen noch uns Ärztinnen und Ärzte in ausreichendem Maß vor dem Zugriff der Abtreibungsgegner. Da gibt es auf jeden Fall noch Handlungsbedarf.

Dass jetzt der § 219a gestrichen wird, ist zu nicht geringem Teil Ihr Erfolg. Lassen Sie es dabei bewenden, oder werden Sie weiterkämpfen müssen?

Hänel: Ich denke schon, dass es noch viele Probleme in Zusammenhang mit dem Schwangerschaftsabbruch, der medizinischen Versorgung und der Finanzierung gibt. Ich werde sicher bei dem Thema bleiben, aber nicht mehr als Frontfrau. Das Ganze hat mich einfach wahnsinnig viel Kraft gekostet.



Nora Maria Szász

Nora Maria Szász

Die in einer Kasseler Gemeinschaftspraxis praktizierende Gynäkologin Nora Szász erlangte überregionale Bekanntheit, nachdem sie und ihre Kollegin Natascha Nicklaus 2017 wegen Werbung für den Abbruch der Schwangerschaft (§ 219a StGB) angeklagt wurden und vor Gericht standen.

Warum hat es Ihrer Meinung nach so lange gedauert, bis die Entscheidung zur Streichung des § 219a fiel?

Nora Maria Szász: Der § 219a hat nach 1945 die längste Zeit kaum Beachtung gefunden, bis vor mittlerweile mehr als 20 Jahren Abtreibungsgegner anfangen, diesen dazu zu nutzen, massenhaft Kliniken, Ärztinnen und Ärzte mit Strafanzeigen nach § 219a einzuschüchtern. Was dann folgte, war, von wenigen Ausnahmen abgesehen, immer das gleiche: Die Einträge und Informationen zum Schwangerschaftsabbruch wurden aus Angst vor Strafverfolgung und auf Empfehlung der zuständigen Staatsanwaltschaft von den Websites genommen. Der Protest setzte im November 2017 ein, als die Ärztin Kristina Hänel vom Amtsgericht Gießen zu einer Geldstrafe von 6.000 Euro verurteilt wurde. Zu dieser Zeit waren auch meine Kollegin und ich in Kassel von zwei Abtreibungsgegnern wegen angeblicher Werbung für den Schwangerschaftsabbruch auf unserer Website angezeigt worden. Trotz der Einschüchterungsversuche durch Abtreibungsgegner wie Klaus Günter Annen und der zu erwartenden hohen Prozesskosten war es wichtig, sich zur Wehr zu setzen. Die Empörung über die Anzeigen und auch die Verurteilungen führten dazu, dass ein öffentliches Bewusstsein für dieses Unrecht entstand.

Hat die Politik damals nicht auf die Proteste reagiert?

Szász: Doch, nach dem skandalösen Urteil in Gießen haben verschiedene Parteien, die SPD, Linke und Grüne Gesetzentwürfe zur Streichung, die FDP zur Änderung des Paragraphen 219a eingebracht. Die SPD zog ihren Entwurf aufgrund des Drucks der Großen Koalition damals zurück, sodass die erhoffte freie Abstimmung im Bundestag dann leider nicht zustande kommen konnte. Das war eine riesige Enttäuschung. Doch in der Öffentlichkeit gingen die Proteste massiv weiter, so dass die damalige Bundesregierung sich zur einer Reform des § 219a gezwungen sah, die im März 2019 in Kraft trat. Sie hatte vor allem zum Ziel, den § 219a zu erhalten und nicht zu streichen. Uns Ärztinnen und Ärzten wurde zwar nun zugestanden, dass wir auf unseren Websites künftig mitteilen dürfen, dass wir Schwangerschaftsabbrüche vornehmen. Darüber hinausgehende Informationen wie etwa zu den angebotenen Methoden blieben aber weiterhin strafbar. Diese als Kompromiss ausgegebene Reform des § 219 war nichts als Augenwischerei – weder gab sie uns Ärztinnen und Ärzten Rechtssicherheit, noch den betroffenen Frauen freien Zugang zu für sie wichtigen Informationen.

Wie wirkte sich die Anzeige gegen Sie und die Reform des Paragraphen im Jahr 2019 auf Ihre Arbeit aus?

Szász: Wir waren schnell entschieden, uns nicht einschüchtern zu lassen und dass wir mit dieser Anzeige und den damit verbundenen Einschränkungen der Rechte unserer Patientinnen an die Öffentlichkeit müssen. Die Anklage, das Gerichtsverfahren und das Engagement, die dann folgten, waren natürlich sehr zeitintensiv, aber es gab für uns keine Alternative dazu. Wir wollten den Abtreibungsgegnern nicht das Feld überlassen, über die Gesundheit und Selbstbestimmung von ungewollt Schwangeren zu entscheiden.

Gab es auch positive Erfahrungen?

Szász: Ja, die gab und gibt es und die geben Kraft, dass es richtig ist, sich zur Wehr zu setzen und für eine wirkliche Reform im Umgang mit Schwangerschaftsabbrüchen zu kämpfen. Das sind zum einen unsere Patientinnen, von denen so viel Zuspruch und Unterstützung kam. Es gab Spendensammlungen und viele Solidaritätsbekundungen bis hin zum Oberbürgermeister der Stadt Kassel.

Wie geht es nach der Streichung des § 219a weiter?

Szász: Wir sind erst mal sehr froh, dass unter der neuen Bundesregierung der § 219a endlich gestrichen wird. Was ich mir wünsche ist, dass der Schwangerschaftsabbruch zukünftig nicht mehr als Straftat gewertet wird, sondern als eine medizinische, sehr persönliche Angelegenheit der Betroffenen. An meine Kolleginnen und Kollegen appelliere ich, die für ihre Patientinnen wichtigen Informationen zum Schwangerschaftsabbruch auf ihren Webseiten einzustellen, sobald es rechtlich wieder möglich ist.

Christiane von Rauch

Wie sind Sie als niedergelassene Allgemeinärztin in Frankfurt mit dem § 219a in Berührung gekommen?

Christiane von Rauch: Ich bin seit drei Jahren im Ruhestand und hatte in meinen letzten Berufsjahren keinen Kontakt mehr mit dem Thema. Aber ich stamme aus der alten 218er-Bewegung und habe 1978 bis 1980 bei Pro Familia Schlüchtern als Ärztin in der Schwangerschaftskonfliktberatung, Familienplanungsberatung und Indikationsstellung gearbeitet. Später war ich ehrenamtlich im Landesvorstand der Pro



Foto: privat

Christiane von Rauch

Familia Hessen tätig. Zu dem Thema 219a bin ich über Kristina Hänel gekommen, als bekannt wurde, dass sie angezeigt worden war und sich vor Gericht verantworten musste. Ich habe damals mit Kolleginnen eine Solidaritätsaktion in Gang gesetzt. Wir betreiben eine Website zur Unterstützung der angeklagten und verurteilten Ärztinnen.

Mit welcher Resonanz?

Von Rauch: Innerhalb kurzer Zeit kamen weit über 300 Solidaritätszuschriften zusammen, die von Entsetzten über die Anklage geprägt waren. Vielen von uns war ja damals der § 219a gar nicht präsent.

Bekannt war er jenen, die damit konfrontiert waren und Anzeigen erhielten. Die wenigsten haben sich öffentlich dazu geäußert. Kristina Hänel war die erste. Durch ihren Prozess ist das Thema bekannt geworden.

Bedeutet die Streichung des § 219a eine deutliche Verbesserung für die Frauen?

Von Rauch: Nein, ich sehe die Streichung als ersten Schritt zur Veränderung. Tatsächlich gibt es noch viel zu tun, da die medizinische Versorgungslage von Frauen, die einen Schwangerschaftsabbruch durchführen lassen wollen, in Deutschland zu wünschen übrig lässt. Es stehen nicht genügend medizinische Fachkräfte dafür zur Verfügung und es gibt immer noch zu viele Curettagen. Hier muss unbedingt etwas geschehen, denn es geht um die Gesundheit der Frauen. Abtreibung steht immer noch unter Strafe nach § 218 und ist ein gesellschaftliches Tabu. Wir erwarten von der neuen Bundesregierung, die eine Kommission zur reproduktiven Selbstbestimmung und Fortpflanzungsmedizin einsetzen will, Regulierungen für den Schwangerschaftsabbruch außerhalb des Strafgesetzbuches.

Interviews: Katja Möhrle

Wechsel in der Kommission Lebendspende

Zum 31. Dezember 2021 hat es einen großen Wechsel in der Besetzung der Kommission Lebendspende bei der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) gegeben. Dr. med. Christine Linkert, Prof. Dr. med. Albrecht Encke und Dr. jur. Peter Eschweiler sind aus der Kommission ausgeschieden. Linkert und Encke waren seit der Gründung im Jahre 2001 als Mitglieder in diesem Gremium tätig, Eschweiler gehörte seit 2003 der Kommission an. Zukünftig wird die Kommission Lebendspende von Dr. jur. Thomas K. Heinz geleitet, sein Stellvertreter ist Dr. jur. Ole Ziegler. Für das Fachgebiet Chirurgie sind künftig Dr. med. Heike Raestrup, Prof. Dott./

Univ. Rom Vittorio Paolucci und Dr. med. Ursula Pession in der Kommission vertreten. Der Bereich Psychosomatische Medizin wird von Dr. med. Susanne Krebs und Dr. med. Wolfgang Merkle repräsentiert. Im Einklang mit dem Hessischen Gesetz zur Ausführung des Transplantationsgesetzes werden die Kommissionsmitglieder vom Präsidium der LÄKH im Einvernehmen mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration jeweils für drei Jahre bestellt. Die Kommission ist Voraussetzung für die Genehmigung einer Lebendspende und immer als Schutz vor allem für den Spender gedacht – um sicherzugehen, dass die Spende ohne kommer-

ziellen Hintergrund und freiwillig stattfindet. Seit dem Gründungsjahr bis zum 31. Dezember 2021 fanden 237 Anhörungen statt. In diesen Anhörungen wurden 848 Anträge bearbeitet. Die meisten Spenden finden unter Ehegatten statt, dabei sind Ehefrauen häufiger die Spenderinnen. Auch bei laut Transplantationsgesetz erlaubten Verwandten ersten oder zweiten Grades oder anderen Personen, die dem Spender in besonderer persönlicher Verbundenheit offenkundig nahestehen, überwiegen die Spenderinnen.

Olaf Bender

Referent der Ärztlichen Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen



Dr. jur. Thomas K. Heinz



Dr. jur. Ole Ziegler



Dr. med. Heike Raestrup



Prof. Dott./Univ. Rom Vittorio Paolucci



Dr. med. Ursula Pession



Dr. med. Susanne Krebs



Dr. med. Wolfgang Merkle

Zur Serie „Diagnostik und Therapie von Depressionen“

von Prof. Dr. med. Andreas Reif et al., HÄBL 06/2021 und 02/2022

Psychodynamische Verfahren in der Depressionsbehandlung

In den beiden oben genannten Artikeln liegt das Augenmerk vor allem auf der Differenzierung des Schweregrades des depressiven Krankheitsbildes, der Empfehlung der verhaltenstherapeutischen Behandlungsmethode sowie der Bedeutung von Kooperation und Vernetzung der handelnden Institutionen.

Zu kurz scheint uns die Auseinandersetzung mit den depressionsauslösenden und -aufrechterhaltenden Faktoren gekommen zu sein. Um hier einen Verstehenszugang zu öffnen, ist es erforderlich, die krisenauslösende Situation zu rekonstruieren: Wann wurden die ersten Zeichen einer gedrückten Stimmung, eines passiven Rückzugs, einer Erschöpfung spürbar? Welche Lebensumstände haben zu der Krise geführt? Eine solche Situationsdiagnostik ist eminent wichtig und kann durch die Hinzuziehung der nahen Angehörigen ergänzt und differenziert werden. Wobei oft deutlich wird, wie groß die Belastungen auch für sie geworden sind – mit einem entsprechend großen Bedürfnis, mit dem Arzt darüber sprechen zu wollen.

Welche Konfliktthemen können sich nun in einer Depression manifestieren? Aus psychodynamischer Sicht [1] können wir anhand des „Drei-Säulen-Modells“ folgende, regelmäßig wiederkehrende Auslösefaktoren feststellen:

- Schwere Erschütterungen des Selbstwertgefühls durch Kränkungen, Misserfolge, Versagen oder auch körperliche Mängel, Verletzungen oder altersbedingte Einschränkungen können depressionsauslösend sein. Wir sprechen von einer Schiefelage des narzisstischen Gleichgewichts.
- Gewissenskonflikte durch ein extrem strenges Über-Ich mit einer entsprechenden Neigung zu Schuldgefühlen und einem Zuviel an Verantwortung, an

Aufopferung sowie Verzicht auf Erholung und Befriedigung eigener vitaler Lebenswünsche (nicht selten zu beobachten beim sogenannten Burnout oder Chronic Fatigue Syndrom (CFS), oft ausgeprägt in Helferberufen).

- Verlust von nahestehenden Personen – wobei es sich nicht immer um einen realen Verlust oder Trauerfälle handeln muss. Auch eine wahrgenommene Erschöpfung und ein Rückzug, beispielsweise in der Partnerbeziehung, können schwerwiegende Verunsicherungen auslösen. Diese Dynamik kann naturgemäß am ehesten durch die Einbeziehung des Partners oder der Partnerin, bereits am Anfang der Diagnostik, erfasst werden.

Die alleinige Empfehlung der verhaltenstherapeutischen Methode wird den Bedürfnissen dieser Patientengruppen und deren Angehörigen nicht gerecht.

Einerseits gibt es sicherlich Patienten, die von einer handlungsanweisenden Therapie profitieren, wenn sie konkrete Unterstützung bei den Schritten aus ihrem resignativen und passiven Zustand finden. Die stützende, haltgebende und verständnisvolle Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin ist hierbei gewiss ein wichtiges therapeutisches Agens. Andererseits gibt es auch eine Vielzahl depressiver Patienten, die auf der Suche nach Einsicht in die eigenen emotionalen Reaktionen und auch den selbstwirksamen Bewältigungsmöglichkeiten von konflikthafter Lebenssituationen sind. Diese Patientengruppe möchte nicht so sehr „an die Hand“ genommen werden, wie in einer Verhaltenstherapie. Sie wünschen sich einen Raum, in dem sie vom Therapeuten – ohne Druck – auf ihrer Suche begleitet werden. Dass für diese mentalisierende [2] Entwicklungs-



Die befreiende Wirkung einer guten Psychotherapie wird in dem Bild von Anita Klein „Angel Launching a Bird“ schön symbolisiert, finden die Autoren.

arbeit mehr Behandlungssitzungen in Anspruch genommen werden müssen, liegt auf der Hand.

Die Wahl des für die einzelne Patientin und den einzelnen Patienten passenden Therapieverfahrens wird in den probatorischen Stunden getroffen. Dass Verhaltenstherapie und psychodynamische Verfahren sich gegenseitig befruchten können, zeigen methodenübergreifende Fortbildungsveranstaltungen in Psychosen-Psychotherapie, wie z. B. die seit vier Jahren regelmäßig angebotenen Samstagsveranstaltungen im Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e. V. Hier wird am 14.5.2022 eine Veranstaltung zum Thema Depressionsbehandlung angeboten. Dabei lernen die unterschiedlichen Berufsgruppen – ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen und -pädagogInnen, ErgotherapeutInnen – sich und die Institutionen, in denen sie tätig sind, kennen.

Dr. med. Verena Bonnet
Dr. med. Serge Croes
Dr. med. Terje Neraal
Dr. med. Michael Putzke

Kontakt per E-Mail: t.neraal@t-online.de

Alle Autorinnen und Autoren sind Organisatoren der Gießener Fort- und Weiterbildung in Psychosen-Psychotherapie am Horst-Eberhard-Richter-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie Gießen e. V. Im Internet: www.gpi.dpv-psa.de

[1] Mentzos, S. (2002): Depression und Manie – Ein psychodynamisches Modell. In: Forum der psychoanalytischen Psychotherapie, Band 9, S. 9–21. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

[2] Rottländer, P. (2020): Mentalisieren bei Paaren. Stuttgart: Klett-Cott

„Wir müssen jederzeit hinterfragen, ob wir wirklich im Sinne der Patienten handeln!“

Interview mit Dr. Christian Schwark, Vorsitzender des Marburger Bundes Hessen

Seit Oktober 2021 ist Dr. med. Christian Schwark neuer Landesverbandsvorsitzender des Marburger Bundes (MB) Hessen. Der Facharzt für Neurologie und Oberarzt am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt folgt auf Dr. med. Susanne Johna, die nach acht Jahren Amtszeit nicht wieder für den Vorsitz in Hessen kandidiert hatte. Wir haben Schwark gefragt, was er in der neuen Position bewegen will.

Sie sind Neurologe. Was fasziniert Sie an diesem medizinischen Fachgebiet?

Dr. med. Christian Schwark: Die klassische Antwort auf diese Frage ist ja, dass man in der Neurologie schon allein mit Anamnese und Untersuchung die meisten Diagnosen stellen könnte. Da ist schon was dran, aber das machen gute Orthopäden auch ebenso wie gute Internisten. Es gibt eine Reihe von Gründen, die für mich das Fach auch nach 26 Jahren noch spannend machen.

Zum einen ist die Neurologie eines der wenigen noch ungeteilten Fächer, das heißt, man kann ein sehr weites Spektrum von Erkrankungen sehen und behandeln. Zum anderen fasziniert es zu sehen, wie verletzlich wir sind, wenn z.B. schon kleine Änderungen im Natriumhaushalt einen völlig aus der Bahn werfen können. Wir haben in der Neurologie das Privileg, als relativ junges Fach eine erfreuliche Rate an Innovationen erleben zu dürfen, aktuell z.B. die Thrombektomie beim akuten Schlaganfall, neue Medikamente zur Behandlung der Multiplen Sklerose, neue Therapien in der Neuroonkologie und etliches mehr. Im Kontext der Arbeit als Neurologe in einem größeren Krankenhaus finde ich es enorm belebend, Patienten mit den Kollegen der anderen Disziplinen fächerübergreifend zu behandeln. So kann man beinahe täglich etwas von den Kollegen lernen.

Neben Ihrer anspruchsvollen ärztlichen Tätigkeit engagieren Sie sich seit Jahren berufspolitisch. Wann haben Sie damit



Foto: Marburger Bund

Dr. med. Christian Schwark wurde Ende Oktober 2021 zum neuen Landesverbandsvorsitzenden des Marburger Bundes Hessen gewählt.

angefangen und was motiviert Sie zu Ihrem Engagement?

Schwark: Den Einstieg habe ich 2002/3 im Rahmen des Ausstiegs des Marburger Bundes aus der Verhandlungsgemeinschaft mit Verdi gefunden. Damals wurde mir bewusst, dass sich tatsächlich etwas ändern lässt, wenn man es denn auch angeht. 2005 bin ich nach Frankfurt an ein Haus gegangen, das gerade den Ausstieg aus der kommunalen Tarifgemeinschaft (VKA) vollzogen hatte. In diesem Zuge gab es für die Ärzteschaft nur noch individuelle Arbeitsverträge ohne jeden tariflichen Rahmen. Kurz nachdem ich an meiner neuen Klinik angefangen hatte, haben die Kolleginnen und Kollegen neben ein paar weiteren Kollegen auch mich damit beauftragt, mit der Geschäftsführung zu verhandeln, wie man die vertraglichen Arbeitsbedingungen wieder an den Flächentarif angleichen kann. Im Rahmen der weiteren Verhandlungen bekamen wir dann die Unterstützung der Geschäftsstelle des MB Hessen und insbesondere durch den jetzigen Geschäftsführer Andreas Wagner, der mich dann auch eingeladen hat, mich im Landesverband einzubringen. Über diese Arbeit bin ich dann auch zur

Betriebsratsarbeit gekommen und mittlerweile auch dort seit über zehn Jahren aktiv. Das Erfüllende an dieser Arbeit ist, dass man tatsächlich die Möglichkeit hat, mitzugestalten. Das ist nicht immer einfach und vor allem selten von schnellem Erfolg gekrönt. Aber über die Jahre durfte ich lernen, dass Geduld nicht nur eine Tugend, sondern nicht selten der Schlüssel zum Erfolg ist. Neben den großen Themen wie der Verhandlung von Tarifverträgen oder Betriebsvereinbarungen ist es aber auch die Möglichkeit, mit allen Berufsgruppen im Krankenhaus ins Gespräch zu kommen und zusammen an Möglichkeiten zu tüfteln, die Arbeit für alle erfüllender zu gestalten.

Als Vorsitzender des Landesverbandes des Marburger Bundes Hessen haben Sie vor, viel zu bewegen. Welche Themen wollen Sie in Ihrer Amtszeit aufgreifen?

Schwark: Bei der Vielfalt der Themen fällt es tatsächlich manchmal schwerer, die richtigen Schwerpunkte zu finden, als zu sehen, an welchen Stellen sich etwas bewegen lässt und wo die Zeit gerade noch nicht die richtige zu sein scheint. Wie schnell Prioritäten sich verschieben können, sehen wir gerade im Zusammenhang mit dem Überfall Wladimir Putins auf die Ukraine. Eben noch konnte man kaum über etwas anderes reden als Corona, plötzlich ist das Virus, das ja kaum an Brisanz verloren hat, mit deutlichem Abstand auf Platz zwei der Aufmerksamkeit gerutscht.

Berufspolitisch ist für mich aber der wichtigste Punkt, die Arbeitsbedingungen an den Krankenhäusern so zu gestalten, dass den Patienten die bestmögliche Behandlung zuteilwird und die Ärztinnen und Ärzte das unter attraktiven Arbeitsbedingungen leisten können. Klingt harmlos, hat es aber in sich. Darunter fallen eine vernünftige Arbeitszeitregelung ebenso wie eine gute Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kolleginnen und Kollegen sowie zufriedenes Pflegepersonal, das

ausreichend Zeit für Patienten und auch die Zusammenarbeit mit den Ärztinnen und Ärzten hat. Gleichzeitig müssen wir auch als Ärzte die ökonomischen Bedingungen kennen, unter denen wir arbeiten, denn nur dann können wir sinnvolle Änderungsvorschläge machen. Ich sehe uns zugleich in einer Bringschuld – wir müssen jederzeit hinterfragen, ob wir wirklich im Sinne der Patienten handeln.

Da eine wachsende Zahl von Ärztinnen und Ärzten inzwischen in Praxen oder Medizinischen Versorgungszentren ange stellt ist, wollen wir uns auch dafür einsetzen, dass diese zu vernünftigen Bedingungen arbeiten. Insbesondere bei der ja allseits gewünschten und eingeforderten Weiterbildung im ambulanten Sektor wollen wir uns hier für die Interessen der Kolleginnen und Kollegen einsetzen.

Das große gesellschaftliche Thema betrifft auch uns Ärztinnen und Ärzte: der Klimawandel. Wir sehen im Rahmen des Klimawandels nun auch zunehmend tropische Erkrankungen: Die Anopheles-Mücke fühlt sich rund um den Frankfurter Flughafen sehr wohl, wir behandeln immer mehr Patienten, die durch Hitzewellen oder Flutschäden in Gefahr geraten sind. Wir müssen uns Gedanken um klimafreundliche Narkosegase und Instrumente machen und uns beim Neubau von Krankenhäusern so einbringen, dass keine gläsernen Brutkästen entstehen, die wir dann wieder teuer kühlen müssen. Es gibt kaum einen Bereich in der Patientenversorgung, der nicht betroffen ist.

Sind die hessischen Krankenhäuser in der Lage, eine bedarfsgerechte Versorgung auch in ländlichen Gebieten zu leisten?

Schwark: Die hessischen Krankenhäuser stehen den gleichen Problemen gegenüber wie die in allen anderen Bundesländern. In den städtischen Regionen, Rhein-Main-Gebiet mit Frankfurt und Offenbach, haben sie große Konkurrenz, da es ausreichend Patienten gibt, um deutlich mehr als ein Krankenhaus halbwegs rentabel zu betreiben. In den ländlichen Regionen müssen sie aber die gleichen Notfallstrukturen vorhalten bei deutlich geringeren Patientenzahlen. Da passiert es dann, dass sich eine Geburtshilfe oder auch eine spezialisierte Innere Medizin mit Herzkatheterlabor nicht mehr wirtschaftlich be-

treiben lassen. Das heißt, sie müssen rund um die Uhr einen Geburtshelfer oder einen Kardiologen am Haus haben, aber über die Fallzahlen werden diese Stellen nicht refinanziert. Der Frage, ob wir uns das nicht trotzdem leisten sollten, müssen wir uns gesamtgesellschaftlich stellen. Bei anderen Themen, beispielsweise Kosten in der Pharmakotherapie oder bei manchen onkologischen Therapien, wird aus meiner Sicht deutlich weniger kritisch sehr viel Geld ausgegeben. Das fehlt dann z.B. für die Basisversorgung im ländlichen Raum.

Hat sich die Corona-Pandemie auf die personelle Situation in den Kliniken ausgewirkt? Fehlen auch ärztliche Stellen?

Schwark: Die Corona-Pandemie hat die Stellensituation meiner Ansicht nach nicht relevant verschlechtert, sie war schon vorher nicht gut. Im Rahmen der Pandemie ist sie nur viel sichtbarer geworden. Vor Einführung des G-DRG Systems waren Personalkostenanteile von 65–70 % in den Kliniken die Regel. Inzwischen liegen wir in einigen Häusern sogar unter 50 %. Wenn man die Statistiken ansieht, könnte man glauben, dass in erster Linie in der Pflege abgebaut wurde, während die Arztstellen eher mehr geworden sind. Das liegt aber daran, dass im ärztlichen Dienst seit der europäischen Arbeitszeitregelung, die keine 36 h- oder 48 h-Dienste mehr erlaubt, und durch tarifliche Regelungen, die dazu geführt haben, dass mittlerweile im Schnitt bei 56 h Wochenarbeitszeit Schluss ist, endlich auch erträgliche Arbeitsbedingungen geschaffen wurden.

Welche Folgen hat der Wettbewerb zwischen Kliniken für Ärzte und Patienten?

Schwark: Wettbewerb ist nicht grundsätzlich schlecht. Allerdings funktioniert er eben nur dann sinnvoll, wenn die Spielteilnehmer möglichst objektiv die ihnen offenen Alternativen bewerten können und sich dann informiert entscheiden. Das Problem im Gesundheitswesen liegt darin, dass Patienten keine Kunden sind. Wenn sie krank sind, haben sie sehr häufig entweder nicht die Zeit, die Kraft oder den Hintergrund, um sich nach gründlicher Recherche für das objektiv beste Angebot zu entscheiden. Wir haben in Deutschland grundsätzlich ein sehr gut funktionieren-

des System der medizinischen Ausbildung, wir haben flächendeckend über die meisten Gebiete gute medizinische Leitlinien sowie interne und externe Qualitätssicherung. Das führt dazu, dass wir natürlich qualitative Unterschiede haben, sie aber andererseits eine gute Chance haben an der Klinik, zu der sie eben gerade gegangen sind oder gebracht wurden, eine gute Behandlung zu erhalten.

Problematisch wird es vor allem dann, wenn kaufmännische Geschäftsführer sich in die Behandlung „einmischen“. Weil sie als Geschäftsführer eines Krankenhauses auch noch ausgleichen müssen, dass die Länder, aus welchen Gründen auch immer, ihren gesetzlichen Verpflichtungen zur Finanzierung der Infrastruktur nicht nachkommen, ist die Versuchung eben sehr groß, sich in die Fragen der Indikationsstellung einzumischen. Aus meiner Sicht haben die klassischen Methoden der wettbewerbsorientierten Marktgestaltung im Arzt-Patienten-Verhältnis keinen Platz. Wir müssen uns aber andererseits unserer Verantwortung für sinnvolles ökonomisches Handeln stellen. Das muss im gesellschaftlichen Konsens erfolgen.

Viele Krankenhausärzte klagen über ein Übermaß an administrativen Tätigkeiten, die ihnen Zeit für das Gespräch mit den Patienten nehmen.

Schwark: Die Administration und Dokumentation ist für die meisten Ärztinnen und Ärzte ein schmerzhaftes Übel. Was wir brauchen, ist eine gut funktionierende IT mit möglichst wenig Reibungsverlusten. Die Zeit für ein Gespräch mit den Patienten ist vor allem deshalb ein Problem, weil diese Gespräche nicht angemessen eingepreist sind. Wenn Sie einen Blinddarm operieren, ist es unstrittig, dass sie eine Anästhesistin, eine Anästhesiepflegekraft, eine Chirurgen, einen Instrumentierpfleger, einen Springer und eventuell noch eine Assistenz für die Operateurin haben. Wenn die OP dann insgesamt eine Stunde dauert, dann sind 5–6 h Arbeitszeit im OP hinterlegt. Leider ist die Erfassung der Gesprächsdauer bei Visiten, Anamnesen, Aufklärungsgesprächen, stützenden Gesprächen oder Gesprächen mit Angehörigen nicht annähernd so genau. So wie wir den Chirurgen, der die Indikation für eine Operation eben sinnvollerweise nicht

stellt, dafür nicht „bestrafen“ dürfen, müssen wir in den konservativen Fächern selbstbewusst einfordern, dass unsere Visiten gleichwertig zu einer Operation sind.

Sehen Sie Lösungsmöglichkeiten für die Vereinbarkeit von Familie und Arztberuf?

Schwark: Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist kein genuin ärztliches Thema. Das haben Sie überall dort, wo Sie häufig zu sogenannten ungünstigen Zeiten, also nachts oder am Wochenende, arbeiten. Dafür gibt es keine Patentlösungen. Mein Vorschlag liegt in besseren zeitlichen Rahmenbedingungen, planbaren Arbeitszeiten und der Möglichkeit, sowohl für Mütter als auch Väter im Rahmen einer möglichst entfristeten Anstellung zeitlich begrenzt in Teilzeit zu arbeiten. Das hat den charmanten Nebeneffekt, dass Ärztinnen und Ärzte, die nicht über Jahrzehnte 50–70 h die Woche arbeiten, vielleicht auch insgesamt länger arbeiten wollen und können.

Was muss sich Ihrer Meinung für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung ändern?

Schwark: Weiterbildung ist ärztliche Tätigkeit und keine Ausbildung mehr, das ist hoffentlich mittlerweile unstrittig. Die Weiterbildung soll dazu dienen, sich in einem Fach am Ende so gut auszukennen, dass man seine Patienten möglichst selbstständig behandeln kann. Um das zu gewährleisten, muss man den Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung die Freiräume geben, diese Kompetenz zu erlangen. Leider ist das im Rahmen der häufig stattfindenden Überlastung mit Diensten und der zunehmenden Arbeit zu ungünstigen Zeiten nicht immer gut möglich.

Meiner Ansicht nach liegt das Hauptproblem in der Weiterbildung darin, dass sie nicht ihrem eigentlichen Wert nach in unser System eingepreist ist. Eine gut weitergebildete Chirurgin oder ein Internist mag im Rahmen der Weiterbildung vielleicht etwas mehr Ressourcen verbrauchen, dies würde sich aber auf lange Sicht refinanzieren. Denn nur nach einer guten Weiterbildung kann sie, kann er am Ende medizinisch vernünftig und nachhaltig arbeiten. Und nur dann kann eine ökonomisch verantwortungsvolle Behandlung erfolgen. Auch müsste es mehr Weiterbildungsstellen geben. Wenn dann hinrei-

chend personelle Ressourcen für die Weiterbildung vorgehalten werden, würde sich auch das Problem der Abhängigkeit vom Weiterbilder entschärfen. Wir fordern feste Weiterbildungspläne, die vom Weiterbilder und vom Weiterzubildenden unterschrieben werden.

Sie kritisieren die Finanzierung der Krankenhäuser. Wo würden Sie ansetzen, um diese zu verbessern?

Schwark: 2003 wurde mit dem G-DRG-System die Abrechnung in den Krankenhäusern über Fallpauschalen eingeführt. Dank eines Konstruktionsfehlers, der dazu geführt hat, dass bei der Berechnung der Vergütungen die privaten Klinikträger nicht berücksichtigt wurden, wurde diesen ermöglicht, ohne Rücksicht auf Personal oder Patienten eine bis dahin nicht gekannte Kommerzialisierung in die stationäre Krankenhausversorgung einzuführen. Die Hoffnung, dass stationäre Behandlung durch die DRG günstiger und besser wird, hat sich nicht erfüllt. Die Zeit für den Patienten wurde kürzer und die für Dokumentation mehr.

Eines der wichtigsten Ziele ist es, das DRG-System durch eines zu ersetzen, das wieder den Menschen ins Zentrum rückt. Das geht auch ohne wirtschaftlichen Totalschaden. Darüber hinaus muss die Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kollegen verbessert und vereinfacht werden. Es gibt einfach zu viele Reibungsverluste durch diese strenge Sektorentrennung. Am Ende brauchen wir beides: gute stationäre Versorgung, wo sie nötig ist, und eine stabile, nachhaltige Betreuung der Patienten, die ambulant versorgt werden können. Dabei ist die Kernbotschaft: Die Behandlungshoheit liegt bei der Ärztin oder dem Arzt. Aus meiner Sicht ist eine zentrale Forderung, die ärztliche Tätigkeit, also Gespräch, Anamnese, Untersuchung oder die persönliche Behandlung ohne Berücksichtigung der Sachkosten, zu einem zentralen Vergütungsgegenstand zu machen.

Immer wieder hat die Ärzteschaft die Abschaffung oder Überarbeitung des Fallpauschalensystems gefordert. Weshalb hat die Politik bisher nicht reagiert?

Schwark: Grundsätzlich erlebe ich Politiker als motiviert, Lösungen zu finden. Die

DRG, also die Bezahlung nach einer durchschnittlichen Kostenpauschale, ist grundsätzlich nicht schlecht. Schwierig wird es, wenn in ein solches System neokapitalistische Wettbewerbselemente eingeführt werden und sie dann auch noch den Teilnehmer am Spiel, der am meisten profitiert, aus dem Berechnungssystem nehmen. Unsere Aufgabe ist es daher, der Politik die Fehler, die in das System eingebaut wurden, aufzuzeigen. Warum ändert sich nichts? Es ändert sich ja ständig etwas. Zuletzt mit der Einführung von Pflegepersonaluntergrenzen und der Herausnahme des Pflegebudgets aus dem Fallpauschalensystem. Leider haben beide Maßnahmen nicht die Hoffnungen erfüllt, die in sie gesetzt wurden. Einzelmaßnahmen sind oft in ihrer Wirkung auf komplexe Systeme schlecht vorhersehbar. Daher plädieren wir grundsätzlich eher für ein wirklich neues System. Dabei können pauschale Vergütungsansätze behalten werden. Dass das geht, also ein System neu zu gestalten, wurde ja letztlich auch 2003 mit Einführung der DRG bewiesen.

Haben Sie die Hoffnung, dass Ihre Vorschläge auf offene Ohren stoßen?

Schwark: Hätte ich diese Hoffnung nicht, dann wäre ich an meiner Position falsch. Natürlich erlebe ich Widerspruch. Aber wir alle können voneinander lernen. Man muss ein wenig Insolvenzrecht und Dinge wie Liquiditätsreserven kennen, um an der ein oder anderen Stelle das Handeln eines Krankenhausgeschäftsführers zu verstehen. Unsere Aufgabe ist es dann eben, das operative Geschäft so zu erklären, dass klar wird, ohne Ärztinnen und Ärzte gibt es auch kein Gesundheitswesen in dieser Form. Ebenso muss man lernen, manche Hürde im demokratischen Prozess zu ertragen, ohne über sie zu fallen. Wir bewegen uns ja nicht im luftleeren Raum. Ich versuche, die zu verstehen, die anderer Meinung sind, und hoffe, sie zu überzeugen, dass ich einen besseren Weg kenne. Mein Privileg ist es, dass ich einen kritischen Verband mit aktiven Mitgliedern habe, von denen ich stetig lernen darf. Wenn ich manchmal recht behalte, umso schöner.

Interview: Katja Möhrle

Langfassung online unter Ausgabe 04/22

Ärztinnen und Ärzte empfinden die Arbeitsbelastung als das entscheidende Problem

Alarmierendes Umfrageergebnis des Marburger Bundes Hessen: 33 Prozent wollen das Krankenhaus verlassen

Foto: © moodboard - stock.adobe.com



Der Marburger Bund Landesverband Hessen hat im Dezember 2021 unter 1.000 seiner Mitglieder eine Umfrage zur Arbeitsplatzsituation in Krankenhäusern durchgeführt: „Im Schatten der Pandemie: Abbau von Arztstellen?“ Der Artikel ist ein Nachdruck aus der Marburger Bund Zeitung 2/2022, S. 11.

Die Situation, die unsere Mitglieder in der täglichen Beratung, auf Betriebsversammlungen und Ärztekongressen äußern, ist alarmierend. Die Arbeitsplatzsituation im Krankenhaus spitzt sich immer weiter zu. Personalengpässe, wirtschaftlich orientierte Geschäftsführungen, die wenig Handlungsspielräume haben, immer mehr nichtärztliche oder bürokratische Aufgaben und keine Zeit für eine ethische Patientenversorgung sind immer wieder Thema und es ist keine Lösung in Sicht. Zudem gibt es zu wenige Fachkräfte, der Bedarf aber steigt und die Verweildauer im Beruf sinkt. Das kann auf die Dauer nicht gut gehen. Wir wollten wissen, wo der Schuh drückt. Im Dezember 2021 haben wir daher eine Umfrage unter unseren Mitgliedern durchgeführt mit eindeutigen Ergebnissen: Etwas mehr als die Hälfte der Befragten gaben an, dass im Jahr 2021 an ihrer Klinik Stellen abgebaut wurden bzw. dies angekündigt worden sei. Überwiegend passiert dies, indem offene Stellen nicht wieder besetzt werden. Als Folge hat sich

die bereits bestehende enorme Arbeitsbelastung weiter erhöht. Rund 80 % der Befragten halten die ärztliche Personalausstattung für nicht ausreichend, um eine gute Patientenversorgung zu gewährleisten. Schon jetzt beklagen sowohl Patientinnen und Patienten als auch Ärztinnen und Ärzte, dass zu wenig Zeit für die individuelle Behandlung und Betreuung zur Verfügung steht.

Mit Stellenabbau und unattraktiven Arbeitsbedingungen wiederholen Hessens Krankenhäuser im ärztlichen Bereich die Fehler, die zum aktuellen Pflegemangel geführt haben. So planen mehr als 36 % der Befragten die „Flucht in die Teilzeit“, 33 % wollen sogar den Arbeitsplatz Krankenhaus ganz verlassen. Der Grund: Eine zu hohe Arbeitsbelastung.

Hessens Krankenhäuser kommen aber nicht nur deshalb schlecht weg: 89 % der Befragten gaben an, dass ihre Krankenhausleitung am meisten Wert auf die wirtschaftliche Situation des Krankenhauses legt, nur rund 16 % sehen dies bei der guten medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten.

Fazit: Progrediente Verschlechterung

Eine fehlende personelle ärztliche wie pflegerische Ausstattung aufgrund von schlechten Finanzierungs- und Investiti-

onsbedingungen durch die Politik sowie Fehlsteuerungen durch das DRG-System haben eine negative Spirale für den ärztlichen Arbeitsplatz im Krankenhaus in Gang gesetzt. Hinzu kommen Geschäftsführungen, die wirtschaftlich orientiert sind und dabei, wie es scheint, immer öfter ihren moralischen Kompass verloren haben. Statt den ärztlichen und pflegerischen Mitarbeitern den Rücken zu stärken, schildern viele unserer Mitglieder, dass eine Forderung nach immer höheren Fallzahlen, gepaart mit einem Desinteresse an einer ethisch vertretbaren Umsetzung der Patientenbehandlung und dem regelmäßigen Negieren einer ehrlichen Arbeitszeiterfassung, vielfach den Arbeitsalltag bestimmen.

Es herrscht vielerorts Mangelverwaltung: Mangel an Arbeitskraft, Mangel an Zeit für gute Patientenbetreuung, aber auch der Mangel an sachgerechtem Ausgleich zwischen ärztlicher Tätigkeit und Erholung bedrückt den Arbeitsalltag und schlägt zunehmend in Frustration um. Als Folge beobachten wir als Marburger Bund den Trend, der durch die Umfrage gestützt wird, dass immer mehr Ärzte in die Teilzeit flüchten oder dem Arbeitsplatz Krankenhaus ganz den Rücken kehren.

Was wir brauchen, ist ein ehrlicher Dialog sowie Taten und nicht die Erschöpfung in Floskeln und sinnloser Negierung des Offenkundigen. Patienten, die ins Krankenhaus kommen, müssen zu oft feststellen, dass die Umfrageergebnisse den Alltag dort widerspiegeln.

Wenn es daher nicht gelingt, zu einem vernünftigen Ausgleich zu kommen, wird sich der Engpass in der Ressource „Arzt“ genau wie in der Pflege weiter verschärfen. Und das mit allen Konsequenzen für die medizinische Versorgung und Qualität.

Info: Die komplette Umfrage findet sich im Internet unter www.mbhessen.de.

Alexandra Kretschmer
Kerstin Mitternacht
Marburger Bund Hessen

Stimmen aus der Umfrage zur Arbeitszufriedenheit

Gründe, das Krankenhaus zu verlassen:

- Fehlende Wertschätzung.
- Dienstbelastung bei immer weniger Personal.
- Mangelnde Weiterbildung im stationären Setting; mangelnde Wertschätzung ärztlicher Tätigkeit; absehbare Verschlechterung der Patientenversorgung ist zukünftig zu erwarten im Rahmen weiterer Ökonomisierungsprozesse; keine Kapazität zur Einhaltung einer konsequenten Ruhe- und Pausenzeit.
- Die Arbeit verliert ihren Sinn, sie dient der Profitmaximierung des Konzerns und des Erhalts und nicht mehr primär dem Wohl des Patienten. Es werden keine Maßnahmen getroffen, den Pflege-mangel zu beheben. Ärztliche und Pflegestellen bleiben unbesetzt. Alle Bereiche scheinen überlastet und überreizt. Krankheitsausfälle können nicht kompensiert werden. Es scheint, dass

die gegenseitige Unterstützung innerhalb der Fachbereiche aufgrund der Überlastung abnimmt und gegen den Patienten gearbeitet wird um ihn schnellstmöglich zu entlassen. Es ist desillusionierend und in Anbetracht des jetzigen und zunehmenden Pflegemangels eine Gefährdung für Patienten.

Was würde den Arbeitsplatz attraktiver machen?

- Ausreichende Anzahl von Ärzten generell, vor allem aber mit fortgeschrittenem Ausbildungsstand/Fachärzte.
- Verbesserung der gesamten Strukturen, mehr Zeit für die Behandlung, weniger administrativen Aufgaben, weniger Berichts-wesen.
- Weniger Wochenarbeitszeit. Mehr Personal. Geringere Dienstbelastung. Strukturierte und garantierte Weiterbildung.
- Mehr Personal, bessere Vereinbarkeit von Beruf und Familie.

- Arbeitszeiterfassung wie im Arbeitsvertrag zugesichert, die tatsächlich erfolgt und für die Angestellten nachvollziehbar ist; Ausbildung nach Weiterbildungsordnung und vor allem auch in praktischen Fähigkeiten wie Sonographie; keine Nichtverlängerung von Kollegen unmittelbar vor dem Facharzt und stattdessen einstellen neuer Kollegen frisch von der Uni → das Kompetenzniveau sinkt!
- Mehr Personal, bessere Einarbeitung, zuverlässigere Dienstplangestaltung mit Ausfallsicherheit bzw. -reserve.
- Mehr medizinische Versorgung, Delegieren nicht-ärztlicher Tätigkeiten (Rezepte ausstellen, Befunde anfordern, Termine vereinbaren), Ärzte kompensieren Pflegemangel, indem sie mehr Pflegeaufgaben erfüllen, Patientenfahrten zu Untersuchungen machen etc.
- Mehr ärztliche Kollegen und dadurch geringere Arbeitsbelastung und weniger Dienste. Aktuell macht das Arbeiten keinen Spaß.

Kommentar:

„Alle Jahre wieder dreht sich das Stellenkarussell“

Nach drei Jahren als Assistenzarzt und Dienstplaner in einem Maximalversorger wiederholt sich jedes Jahr zum Jahresende dieselbe Problematik: KollegInnen kündigen, die Stellen werden erst einmal gestrichen bzw. nicht nachbesetzt. Für den Dienstplaner heißt es dann wieder, den Plan für Weihnachten und Silvester irgendwie zusammen zu basteln, weil Resturlaube der ausscheidenden Kollegen gewährt und den verbleibenden KollegInnen gut zugeredet wird, dass nächstes Jahr alles besser werde und Überstunden und Mehrarbeit dann abgebaut werden können. Im Laufe des neuen Jahres erhält man meist die Zusage, die Stellen zumindest für das nächste Quartal neu zu besetzen. Stellennachbesetzungen dauern aber, dementsprechend haben wir meistens nur drei Monate des Jahres einen sinnvollen Stellenschlüssel. Bis das Quartal wechselt, der nächste kündigt und sich das Rad wieder neu dreht. Dieser ständige Kampf um Personal und der damit verbundene

Kampf um die eigene Lebenszeit macht etwas mit uns!

Wie man in der Umfrage erkennen kann, ist das Mittel der Nichtbesetzung oder verspätetes Besetzen offener Stellen ein probates Mittel der Kliniken, Stellen einzusparen. Natürlich fällt das für die Gesamtjahresstatistik der einzelnen Abteilungen so nicht auf, die Stelle wurde ja besetzt – nur eben vier Monate zu spät!

Diese Praxis ist ein schönes Beispiel für die Denkweise der heutigen Klinikleitungen. Es geht schon lange nicht mehr um gute medizinische Patientenversorgung und gute Arbeitsbedingungen, sondern um Wirtschaftlichkeit und Profit. Diese Wahrnehmung teilen die überwiegende Mehrzahl der befragten Ärztinnen und Ärzte, weil sie es jeden Tag so erleben. Es ist uns Ärzten bewusst, dass eine Klinik auch wirtschaftlich sein muss, aber im Mittelpunkt der Gesundheitsversorgung steht in erster Linie immer noch der Mensch und nicht der Euro, denn gute Patientenversorgung erreicht man nur mit

gesundem Personal. Ich möchte jeden Patienten nach bestem Wissen und Gewissen behandeln können. Es wäre nur von Vorteil, wenn ich das auch wach, meinem Fachgebiet entsprechend und qualitativ hochwertig tun könnte. Um diesem eigenen Anspruch gerecht werden zu können, brauche ich aber wenigstens ein bisschen Freizeit, die Sicherheit, nicht irgendwann als Unfallchirurg die Hirnblutung mitbetreuen zu müssen, und eine Klinikleitung, die für medizinische Qualität und nicht nur Gewinnoptimierung steht.

Wenn man sich die Ergebnisse der Umfrage ansieht, haben wir ÄrztInnen alle dieselben Probleme: Nichtbesetzung offener Stellen, Fächerzusammenlegungen, mangelnde Wertschätzung, Arbeitsverdichtung, von reiner Wirtschaftlichkeit getriebene Klinikleitungen, etc. Es wird Zeit, diese Probleme stärker an die Öffentlichkeit zu bringen, denn es geht hier nicht nur um den Einzelnen, sondern um das gesamte deutsche Gesundheitssystem, dass schließlich zu großen Teilen auf unseren ärztlichen Schultern lastet!

(Anonym, Name ist dem Marburger Bund Hessen bekannt)

Bilharziose – eine Diagnose, die es in Europa angeblich nicht gibt

Ende November 2019 stellte sich ein 29-jähriger Patient mit juckenden und größer werdenden Hautveränderungen in der linken Leiste und Peniswurzel vor.

So etwas hatte ich noch nie gesehen und dachte an ein atypisches Lymphogranuloma inguinale – auf jeden Fall musste es ein Infektionsgeschehen sein.

Ich machte eine große, tiefe Probeexcision und dann kam auch bald der Anruf der Histologen: Sie waren fündig geworden, dachten aber an Schistosomen. Auch sie hatten so etwas noch nie gesehen. Eine akribische Anamnese brachte einen längeren Aufenthalt in Mali im Jahr 2016/17 an

den Tag. Für den Patienten war diese Zeit schon gar nicht mehr relevant. Er hatte sich im Malawi-See infiziert! Häufig hatte er sich mit dem Krankheitsbild in Afrika und Asien, wo er länger beruflich unterwegs war, bei Urologen, Gastroenterologen und Pneumologen vorgestellt – außer der Hautveränderung litt der Patient unter Husten, Atemnot, Durchfällen und Gewichtsabnahme. Ihm wurden verschiedene Antibiotika und Anthelmintika verordnet. Da es ihm immer schlechter ging, kam er nach Deutschland zurück.

Die Diagnose einer Bilharziose wurde vom Bernhard-Nocht-Institut bestätigt. Die

Therapie erfolgte mit Biltricide® (Wirkstoff Praziquantel), was der Patient einigermaßen vertrug. Nach sechs Wochen bildete sich die Hautveränderung zurück, körperliches Wohlbefinden stellte sich ein, Anfang 2021 ist die Abheilung fotodokumentiert worden. Bei der Eingabe der Diagnose meldete der Computer, dass es diese Diagnose eigentlich in Europa nicht gibt.

Dr. med. Hildegard Bonczkowitz
 Fachärztin für Haut- und Geschlechtskrankheiten, Kellheim
 E-Mail: bonczkowitz@t-online.de



Fotos: Hildegard Bonczkowitz

Links: November 2019 derbe, rötliche Infiltrate, zum Teil schuppig. Mitte: Januar 2020 Rückbildung nach Biltricide. Rechts: Januar 2021: Abheilung und Wohlbefinden.



Dr. med. Maria J. Beckermann: „Wechseljahre – Was muss ich wissen, was passt zu mir?“

Hogrefe 2020, 232 Seiten, 19.95 €, ISBN: 9783456859873

Mit ihrer langjährigen Praxiserfahrung als Frauenärztin hat Dr. med. Maria Beckermann aus Köln einen medizinischen Ratgeber zum Thema Wechseljahre geschrieben. Dieser ist sowohl für Patientinnen als auch wegen der Übersichtlichkeit und umfassenden Darstellung für Ärztinnen und Ärzte uneingeschränkt empfehlenswert. Für Letztere sei insbesondere auf das ausführliche Kapitel zur Hormontherapie verwiesen. Ursprünglich wollte Beckermann ihr Fachwissen, das sie bereits als Mitautorin in die S3-Leitlinie „Peri- und Postmenopause“ eingebracht hat, ebenfalls für eine Patienten-Leitlinie zum Thema umsetzen. Diese konnte jedoch bislang nicht verwirklicht werden. Der Ratgeber „Wechseljahre – was muss ich wissen, was passt zu mir?“ füllt diese Lücke. Medizinisch immer an den gültigen Leitlinien orientiert, bietet das Buch eine Zusammenstellung der wichtigsten Fragen und therapeutischer Möglichkeiten für diese Lebensphase. Im-

Bücher

merhin stellen Frauen zwischen 45 und 60 Jahren heute die größte Altersgruppe innerhalb der weiblichen Bevölkerung. „Wir sind viele“, stellt die Autorin eingangs fest und ruft Frauen dazu auf, Selbstbewusstsein zu zeigen, wenn bspw. Hitzewallungen und damit verbundene Beschwerden nach außen hin sichtbar werden. Verständlich werden das Für und Wider der Hormontherapie erläutert – Chancen, aber auch die Risiken; informativ, aber nicht wertend. Medizinische Hilfe bei Stimmungsschwankungen, Schlaflosigkeit, Osteoporose oder auch das Tabu Scheidentrockenheit sind einige der weiteren Themen.

Ebenfalls sehr gut gelungen sind die schematischen Darstellungen körperlicher Prozesse sowie die inhaltliche und optische Gliederung der einzelnen Kapitel mit dem Herausstellen wichtiger FAQs aus der Praxis. Jede Frau kann sich so den Teil herausuchen, der für sie selbst passt. Viele Tipps, die eigene Gesundheit zu stärken (auch ohne Medikamente), sind wertvoll. Pflanzliche Mittel werden ebenfalls mit ihrer Wirkungsweise vorgestellt. Ein Glossar erläutert unverzichtbare medizinische Fachbegriffe, allgemein ist das Buch gut verständlich geschrieben.

Isolde Asbeck
 Monika Buchalik, Fachärztin für Allgemeinmedizin



Teil II:

„Weckruf“ – Kampfblatt des NS-Ärztebundes 1933

Dr. med. Siegmund Drexler, Prof. Dr. phil. Benno Hafenecker

Im Jahr 2016 hatte die Landesärztkammer Hessen eine wissenschaftliche Aufarbeitung der „Geschichte der Hessischen Ärztekammern 1887–1956“ vorgelegt [1]. Ein Kellerfund aus dem Archiv der Pathologie des Klinikums Darmstadt machte es jetzt möglich, einen besonderen Blick auf die 1933 erschienenen Ausgaben des „Weckrufes“ zu werfen – ein nationalsozialistisches Kampfblatt, das das Hessische Ärzteblatt abgelöst hatte [2]. Der Rückblick mit historischer Einordnung von Dr. med. Siegmund Drexler und Prof. Dr. phil. Benno Hafenecker erscheint in zwei Teilen. Teil I ist in Ausgabe 03/2022 ab S. 166 abgedruckt. Auf Anfrage ist auch ein erweiterter Sonderdruck erhältlich. Der „Weckruf“ Jahrgang 1933 kann außerdem in digitalisierter Form eingesehen werden. Kontakt via E-Mail: haeb1@laekh.de.

Rolle und Aufgabe der Ärzteschaft

Propagiert wird ein „neuer deutscher Arzt“ bzw. der „Arzt im 3. Reich“, der überzeugter Träger der NS-Rassen- und Gesundheitspolitik sein soll. Mit Blick zurück in die „alte Zeit“ – so die Diktion – und der angeblich sozialen bzw. „katastrophalen“ Lage in den letzten Jahren der Weimarer Republik (gemeint ist die Notverordnung vom 8. Dezember 1931) wird von einem „Niedergang des deutschen Aerztstandes“, einer „Proletarisierung und vollständigen Unterjochung des Aerztstandes unter die marxistische Diktatur“ (gemeint sind SPD und KPD), von „Bonzenwirtschaft in den Krankenkassen wie auch in allen Zweigen der Sozialversicherung“ gesprochen. Der NS-Staat propagiert für die Zukunft „die Befreiung des Aerztstandes aus der jahrzehntelangen Knechtschaft des Bürokratismus der Krankenkassen, der Hochburg der Sozialdemokratie und des Kommunismus, aber auch des Bürokratismus, der sich in der eigenen Verwaltung breit gemacht hat“.



Massenveranstaltungen und Inszenierungen dienten der Mobilisierung der Ärzteschaft.

Weiter wird eine „Säuberung des Medizinalwesens“ gefordert, dem „Aerztstand soll wieder die Stellung geben werden, die ihm im Staate gebührt und damit den Aerzten menschenwürdige Lebensbedingungen zu schaffen“. Dabei wird der dem Volkwohl dienende Arzt – so die Aufwertung als bedeutende Funktionselite des NS-Staates – als Führer im „Sinne einer Volksveredelung durch Rassenpflege im völkischen Staate“ verstanden; und für die Ärztekammer wird gefordert, dass sie:

1. ihre Steuern von den Ärzten entsprechend dem Einkommen derselben gemäß dem Gesetz vom 15. Januar 1924 erhebt, 2. den rassisch bedingten deutschen Begriff der Ehre wieder zu Ansehen unter den Aerzten bringt,

3. dafür sorgt, daß Ehrenrichter den liberalistischen Grundsatz ‚Eine Hand wäscht die andere‘ ebenso verwerfen, wie den feudalen als gewesener Korpstudent jeden gewesenen Korpstudenten ‚herauszuhauen‘, und wenn er sich auch noch so schlecht betrügt,

4. immer und überall den Grundsatz ‚Gemeinnutz geht vor Eigennutz‘ und den Leitsatz, daß wir nur Diener unseres Volkes sind, vertritt.“

Die Diskussion um die Ärzteschaft in der „Neuordnung von Staat und Volk“ geht in zwei Richtungen: Einmal wird antisemitisch und mit Hassbotschaften formuliert, dass „immer mehr Juden Ärzte wurden und unter ihrem Einfluss der ärztliche Beruf immer kaufmännischer und schamloser“ geworden und der Rest „arischer Gesinnung“ verschwunden sei. Dann wird argumentiert, dass aus der „alten Zeit“ auch „viele deutsche Ärzte verjudet, ja manchmal jüdischer als die Juden geworden wären“.

aus Folge 20, „15. Glibhard (Oktober) 1933“, S. 87

[1] Die im Auftrag der Landesärztkammer erstellte Studie „Geschichte der Hessischen Ärztekammern 1887–1956“ von Benno Hafenecker, Marcus Velke und Lucas Frings ist im Jahr 2016 im Wochenschau Verlag (Schwalbach/Ts.) erschienen.

[2] Alle Zitate stammen aus den 23 „Folgen“ des „Weckrufes“ Jahrgang 1933.

Bei Gau- und Bezirkstagungen sowie lokalen Versammlungen oder auch Massenerlebnissen werden die rassenpolitischen Kernthemen behandelt, die Ärzteschaft auf die „neue Rolle“ eingestimmt und für ihre „rassenpolitische“ Funktion mobilisiert. Danach soll der Arzt nach dem Grundsatz „Gemeinnutz geht vor Eigennutz“ und einem Bekenntnis zum Leistungsprinzip behandeln, verbunden „mit einer gerechten Bezahlung unserer Arbeit“. Dem „neuen deutschen Arzt“ wird bei der „Aufartung des deutschen Volkes“ eine beherrschende bevölkerungspolitische und rassenhygienische Aufgabe zugewiesen. Es ist die Rede von einer rassenhygienischen Verpflichtung und einem „verantwortungsbewussten, wahrhaft sozialen Aertzestand“, der seine Mission „Diener des Volkes“ zu sein, auch „wirklich erfüllen kann“. Für die NS-Ärzteschaft hatten die nationale Revolution und der Kampf gerade erst begonnen; ganz in der Sprache von Hitler, Goebbels und Göring seit der Machtübernahme und auf dem Reichsparteitag 1933 in Nürnberg.

Führerstaat

Die Neuordnung der ärztlichen Standesorganisationen wird 1933 auf allen Ebenen eingeleitet, die alten Strukturen werden aufgelöst und auch hier – mit der Übernahme der Führung durch Dr. med. Gerhard Wagner als Kommissar auf Reichsebene – das Führerprinzip auf allen Ebenen der Ärzteschaft und ihrer Gremien durchgesetzt. Führer werden ernannt bzw. eingesetzt und nicht gewählt, und für das Berufsverständnis wird postuliert, dass der Arzt – so die Aufwertung seiner Berufsrolle – „Führer und Erzieher“ sein soll.

Gewalt durch Sprache

Die aggressive und gewaltförmige politische Rhetorik in der NS-Zeit (und in Diktaturen generell) – mit der sich George Orwell und der Sprachwissenschaftler Victor Klemperer in seinem 1947 publizierten Essay „Lingua Tertii Imperii“ grundlegend auseinandergesetzt haben – diente der ideologischen Mobilisierung und Formierung der Ärzteschaft als Funktionselite des NS-Staates und machte sie zum völkisch aufgewerteten Träger in der

Durchsetzung der NS-Rassen- und Bevölkerungspolitik. Sprache und Begriffe werden zur Kategorisierung, Beurteilung und Einteilung in Gut und Böse, zugehörig und nicht-zugehörig; sie können – so kürzlich der Politikwissenschaftler David Ranan – „beschönigen oder stigmatisieren, ein- oder ausschließen, fördern oder vernichten“. Nach Orwell kann politische Sprache auch gestaltet werden, um Lügen wahrhaftig und Mord respektabel zu machen sowie leerem Geschwätz Aufmerksamkeit zu verschaffen.

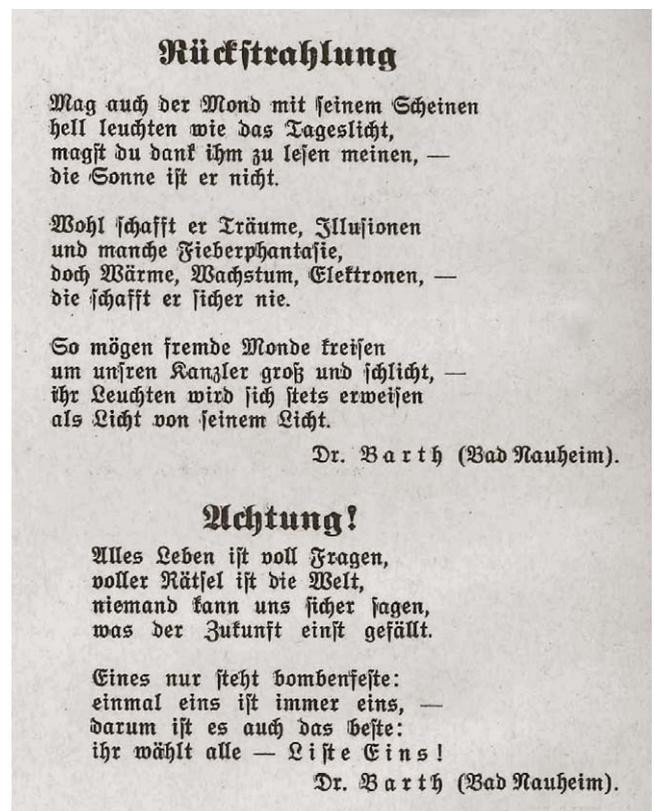
Klemperer schreibt zur Wirkung von Sprache und Sprachgewalt sowie politischen Kampfbegriffen: „Sprache dichtet und denkt nicht nur für mich, sie lenkt auch mein Gefühl, sie steuert mein ganzes seelisches Wesen, je selbstverständlicher, je unbewusster ich mich ihr überlasse. Und wenn nun die gebildete Sprache aus giftigen Elementen gebildet oder zur Trägerin von Giftstoffen gemacht worden ist? Worte können sein wie winzige Arsendosen: sie werden unbemerkt verschluckt; sie scheinen keine Wirkung zu tun – und nach einiger Zeit ist die Giftwirkung doch da.“

Neue Kammer

In „Folge 16“ des „Weckruf“ wird mitgeteilt, dass die Hessische Ärztekammer des „alten Systems“ aufgelöst und „damit die Aertzteschaft Hessens in die neue Epoche der künftigen Standesorganisation eingetreten ist“. Mit dem „Gesetz über die Auflösung und Neubildung der Aertztekammer“ vom 29. Juli 1933 werden die Mitglieder des Vorstands – alle aus dem NS-Ärztebund und mit weiteren Mitgliederschaften in NSDAP, SA und anderen Gliederungen des

NS-Staates – neu ernannt (nicht mehr gewählt). Die erste Sitzung der neuen Kammer mit zwölf Mitgliedern war am 14. September 1933; Vorsitzender wird Dr. med. Gottfried Ende, der zugleich Kommissar der ärztlichen Spitzenverbände in Hessen wird; stellvertretender Vorsitzender wird Dr. med. Heinrich Wilhelm Kranz (Gießen). Weiter gehörten der Kammer an: als „Kassenführer“ Dr. med. August Haller und die Ärzte Konrad Sochatzy, Waldemar Bormet, Walther Brüning, Reinhold Daum, Ernst Wörth, Wilhelm Schmidt und Hans Stoll. Sie alle sind in den Hessischen Bezirken des NS-Ärztebundes (u. a. als Bezirksobmann) aktiv und gehören zur ärztlichen NS-Funktionselite in Hessen.

Als Aufgabe werden die Standes-, Wirtschafts- und Versorgungsinteressen, die Jugenderziehung und Hygiene sowie der Sport genannt; vor allem aber als wichtigstes Gebiet die „Erbgesundheits- und Rassenpflege“. Dabei wird als Auftrag formuliert: „Hier sollen die Aerzte Schrittmacher sein. Hier sollen sie Lehrer und Hüter sein.“ In der ersten Sitzung wird die „Abteilung Erbgesundheits- und Rassenpflege bei der Hessischen Aertztekammer“ geschaffen, und als Leiter Dr. med. Heinrich Wilhelm



Der Führer als Lichtgestalt in Versform und im Wahlaufwurf im März 1933.

aus Folge 5, „Lenzmond 1933“, S. 20

Kranz eingesetzt. Er hielt bei der ersten Kammersitzung einen langen und programmatischen Vortrag zu den Aufgaben der „Erbgesundheits- und Rassenpflege“. Als ideologische Einstimmung der neugebildeten Hessischen Ärztekammer und Ärzteschaft formuliert er unter anderem: „Indem wir die Forderungen von Blut und Rasse zum Maßstab und zur Richtschnur unserer ganzen Arbeit für die Nation werden lassen (...) in ihren Auseinandersetzungen zwischen Erbanlage und Umwelt. Unter der Führung Adolf Hitlers hat die Idee des Blutes, der gesunden Auslese

und Ausmerze, der Persönlichkeit und der Leistung die Herrschaft angetreten über die Gleichheitslehre und über die materialistische und individualistische Auffassung. Unsere nächstliegende Aufgabe besteht in einer volksgesundheitlichen Erziehung unserer Volks- und Rassegenossen zum Lebens- und Gesundungswillen der Gesamtheit.“

Ein weiterer Punkt auf der Tagesordnung der ersten Sitzung war die Abschaffung der bisherigen „Tagegelder“ mit der Begründung: „Es ist eine Selbstverständlichkeit, daß im nationalsozialistischen Staat

Berufungen in eine Körperschaft als ein Ehrenamt aufgefaßt werden, das keiner Bezahlung bedarf. Dementsprechend werden in der Hessischen Aertztekammer lediglich die Fahrtkosten bei auswärtigen Mitgliedern vergütet und für diese dazu ein Verpflegungssatz von 3,- RM pro Kammersitzung.“

Informationen und Berichte

In allen „Folgen“ gab es neben längeren Beiträgen von einschlägigen NS-Ideologen und Akteuren der NS-Ärzterschaft zahlreiche Versammlungsberichte und Hinweise zu Vorträgen aus dem Gau und den Bezirken des NS-Ärztbundes, die durchweg um die Themen „Rassenkunde, Vererbung, Volksgesundheit“, um „Blut und Rasse“ oder „Volk in Not“ kreisten. Auch hier wird deutlich, wie der NS-Staat und der NS-Ärztbund sowie dann die Kammer den Beruf des Arztes verstehen und „vor Ort“ auf ihre „neuen Aufgaben“ einstimmen und mobilisieren.

Weiter gab es Bekanntmachungen der Kammer und vom „Reichsausschuss für Volksgesundheitsdienst“, NS-Ideologie verbreitende Buchbesprechungen, Hinweise zu Wahlen und Personen, dann Kommentierungen zur Krankenversicherung, zur Kurierfreiheit und zum „Kurfuschertum“ sowie zu Gesetzen – so z. B. zum am 14. Juli 1933 verkündeten „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ (kurz „Sterilisationsgesetz“ genannt). In jeder „Folge“ gibt es Buchbesprechungen, die vor allem die NS-Rassenpolitik und Volksgesundheit propagieren. Vereinzelt gab es Ausschreibungen und Anordnungen, die zeigen, wie verwoben die Kammer im NS-Staat mit den nationalsozialistischen Organisationen war und ihnen zuarbeitete; dies belegen vier Beispiele:

- Mehrmals wird – so unter anderem in „Folge 17“ – mitgeteilt, dass das „Preußische Ministerium des Innern für Konzentrationslager in der Nähe von Osnabrück fünf Ärzte sucht. Bedingungen: 10 Mark täglich Gehalt, dazu freie Wohnung und Verpflegung“.
- Am 15. Oktober 1933 sollen 100 SA-Lager bzw. Schulen eröffnet werden und für jede Schule wird zur Ausbildung und Anstellung ein Lagerarzt mit ari-

Gesetz über die Auflösung und Neubildung der Ärztekammer vom 29. Juli 1933.

Auf Grund des vorläufigen Gesetzes zur Gleichhaltung der Länder mit dem Reich vom 31. März 1933 (RGBl. I S. 153) und der Hessischen Ermächtigungsgesetze vom 13. März und 16. Mai 1933 (Reg.-Bl. 1. S. 27 und 129) wird folgendes Gesetz erlassen:

§ 1.

Die Amtszeit der Mitglieder der Ärztekammer und der Ersatzmänner wird hiermit für beendet erklärt.

§ 2.

Der Staatssekretär ernennt die nach Art. 21 Abs. 1 der Ärzteordnung vom 15. Januar 1924 (Reg.-Bl. S. 67) zu wählenden Mitglieder der Ärztekammer und ihre Ersatzmänner. Er kann die Zahl der Mitglieder der Kammer auf 12 beschränken.

§ 3.

Der Staatssekretär ernennt die nach Art. 32 Abs. 1 der Ärzteordnung zu wählenden Mitglieder des Vorstandes der Ärztekammer. Er kann den Vorsitzenden ermächtigen, die übrigen Mitglieder des Vorstandes im Benehmen mit der Ärztekammer zu bestellen.

§ 4.

Die Amtszeit der Mitglieder der ärztlichen Ehrengerichte und des Ehrengerichtshofes und ihrer Stellvertreter wird hiermit für beendet erklärt. Der Staatssekretär ernennt die neuen Mitglieder, Vorsitzenden und Stellvertreter und bestimmt die Reihenfolge, in der die Stellvertreter in das Ehrengericht oder den Ehrengerichtshof bei Verhinderung von Mitgliedern eintreten. Im übrigen finden die Art. 46, 48 und 49 der Ärzteordnung sinngemäß Anwendung.

§ 5.

Die Amtszeit der neugebildeten Ärztekammer und der neugebildeten ärztlichen Ehrengerichte einschließlich des Ehrengerichtshofs dauert bis zum 31. März 1937. Der Staatssekretär kann während dieser Amtszeit Mitglieder, Ersatzmänner und Stellvertreter abberufen und durch andere ersetzen; das Letztere gilt auch im Falle sonstigen Ausscheidens.

§ 6.

Dieses Gesetz tritt mit seiner Verkündung in der „Darmstädter Zeitung“ in Kraft.

Darmstadt, den 29. Juli 1933.

Der Ministerpräsident:
gez. Dr. Werner.



Historische Fundstücke gesucht

Den kaum noch auffindbaren „Weckruf“ hat PD Dr. med. Frank Bergmann, Chef- arzt für Pathologie am Klinikum Darm- stadt, der Landesärztekammer Hessen zur Verfügung gestellt, zusammen mit mehreren gebundenen Jahrgängen des Hessischen Ärzteblatts aus den 1930er- Jahren. Anlässlich des Umzugs der Pa- thologie in das neue Klinikgebäude wur- den beim Räumen der alten Unterkunft

auch viele alte Unterlagen gefunden. Statt die „alten Schinken“ einfach dem Altpapier zu überlassen, informierte Bergmann die Landesärztekammer und brachte die Bände persönlich nach Frankfurt. Vielleicht verfügt die eine oder der andere ebenfalls über alte Aus- gaben des Hessischen Ärzteblattes. Dann bitten wir um Kontaktaufnahme per E-Mail an: haebl@laekh.de.

scher Abstammung und SA-Dienst- tauglichkeit gesucht. Nach einem acht- bis zehnwöchigen Lehrgang soll die Be- förderung zum Sanitäts-Sturmführer erfolgen.

- Der „Weckruf“ ist auch eine Stellenbör- se, insgesamt gibt es 105 Stellengebo- te, weiter werden „ledige Assistenten“ und Vertretungen gesucht.
- Der Vorsitzende Dr. med. Gottfried En- de ordnet in „Folge 22“ mit Blick auf die in der NSDAP, der SS oder SA ehren- amtlich aktiven Ärzte an, „daß für die Zeit, die sich ein Arzt ehrenamtlich sei- nem Amtsleiterposten widmen muss, daß er zu einer Sitzung fahren, sei es, daß er an SA-Besichtigungen teilneh- men muß und dadurch seiner Praxis Stunden, halbe Tage oder ganze Tage entzogen wird, sich die anderen Aerzte, die nicht in der Partei beschäftigt sind, freiwillig zur Verfügung stellen und die Vertretung ihrer Kollegen kostenlos übernehmen. Im Weigerungsfalle ist mir dies zu melden“.

Fazit

Die Beiträge in den „Folgen“ zeigen die nationalsozialistische Programmatik mit einer sich ständig wiederholenden Dikti- on. Mit der radikalisierten und menschen- verachtenden Sprache als Kampfmittel der Manipulation und Macht werden das völlische Denken und die Deutung von Wirklichkeit in Rassekategorien, der Hass auf Fremde und Fremdes sowie der ag- gressive Antisemitismus und Judenhass offen und direkt formuliert. Die schon in

den ersten Monaten der NS-Herrschaft umgesetzte Politik in Form von Gesetzen und Verboten, von Ausgrenzung und Stig- matisierung, Erniedrigung und Verfolgung sowie weitergehende Forderungen wer- den im „Weckruf“ ausdrücklich gerech- tfertigt und begrüßt. Erwartet wurde von der Ärzteschaft der „totale Einsatz“ im Sinne der „nationalen Idee“ und des Zu- sammenschlusses aller „nationalen Kräf- te“ in der „nationalsozialistischen Bewe- gung“ bzw. des „neuen nationalsozialisti- schen Staates“. Dies war eingebunden in

die Beschwörung und Stärkung des „Wehrwillens“ und – mit „Treue, Hingabe und Opferbereitschaft“ – in die Vorberei- tung der Gesellschaft und vor allem der jungen Generation auf den nächsten Krieg.

Sprache und Forderungen haben sich in den Folgejahren des NS-Staates und vor allem in der Kriegszeit zunehmend „ku- mulativ radikalisiert“ (so der Historiker Hans Mommsen). Sie waren verbunden mit einer Eskalation der Gewalt, einer systematischen Verfolgungs- und Aus- grenzungs-, Mord- und Vernichtungspo- litik, mit tödlichen Dynamiken des Aus- schlusses sowie Zwangsbehandlungen – auch durch Ausrichtung des medizini- schen Apparates innerhalb der national- sozialistischen Gesellschaft und des NS- Staates. Radikalisierung bedeutete, dass auch mit Tötung und Vernichtung ver- bundene Entscheidungen und Handlun- gen gerechtfertigt werden konnten und von der Bevölkerung als „normal“ ange- sehen wurden.

Dr. med. Siegmund Drexler
Prof. Dr. phil. Benno Hafenerger

Dr. med. Siegmund Drexler engagiert sich seit 1988 für die Landesärzte- kammer Hessen, u. a. viele Jahre als Drogen- und Suchtberater. 2013



Foto: Katja Kölsch

war Drexler, der von 1988 bis 2013 der Delegiertenversammlung angehörte, da- von zwölf Jahre als Präsidiumsmitglied, Initiator des Ausschusses und Projekts „Forschung der Landesärztekammer Hessen zur geschichtlichen Aufarbei- tung der Ärztekammern 1887–1956“. Maßgeblich beteiligt war er außerdem an der Herausgabe des Buches „Ärztli- ches Schicksal unter Verfolgung 1933 bis 1945“. Drexler setzt sich daneben als Beiratsmitglied im Förderverein der Ge- denkstätte Hadamar für die Aufarbei- tung von NS-Euthanasie-Verbrechen ein.

Prof. Dr. phil. Benno Hafenerger, emeritierter Pro- fessor für Erzie- hungswissen- schaften der Phi- lipps-Universität Marburg, ist Au- tor und Herausgeber zahlreicher Schrif- ten u. a. für die Friedrich-Ebert-Stif- tung. Außerdem gehört er der Redakti- on des Journals für politische Bildung an. Seine Forschungsschwerpunkte sind Jugendbildung, Jugendkulturen und Rechtsextremismus. Hafenerger war Lei- ter der Forschungsgruppe der Landes- ärztekammer Hessen zur geschichtli- chen Aufarbeitung der Ärztekammern 1887–1956 und Mitautor des gleichna- migen Buches.



Foto: privat

Über die Handy-App, die Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen ausstellte

Reisebuchungen und Bankgeschäfte lassen sich über das Internet abwickeln, an der Supermarktkasse kann man per Handy bezahlen, die Autozulassung und die Steuererklärung sind elektronisch möglich. Die Digitalisierung erschließt viele neue Möglichkeiten. Wenn es schließlich auch die ärztlichen Berufsordnungen – so die Hessische in § 7 Abs. 4 – ihren Mitgliedern erlauben, in Einzelfällen dann über sogenannte Kommunikationsmedien zu beraten und zu behandeln, wenn es ärztlich vertretbar erscheint und die erforderliche Sorgfalt gewahrt ist: Was liegt dann näher, als dass früher oder später ein findiger und mit den neuen Medien vertrauter Jungunternehmer auch in diesem Bereich eine Regelungslücke wittert, ein Geschäftsmodell ersinnt und auf den Gedanken verfällt, Ärzte anzustellen, die ihm dabei helfen, mittels einer Handy-App und unter Nutzung eines entsprechenden Computerprogramms Einnahmen zu generieren.

Von einem solchen Versuch erfuhr die Rechtsabteilung durch die Nachfrage eines Arbeitnehmers, der hier Rat suchte. Er wollte wissen, ob sein Arbeitgeber denn ohne weiteres eine von ihm übers Handy eingeholte ärztliche Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung ablehnen und ihm deshalb die Lohnfortzahlung verweigern dürfe. Diese Nachfrage leitete über zu Erkenntnissen über ein erstaunliches Unternehmen.

Einfach Antippen: Diagnose Erkältung

Kein Arzt leitete jenes Unternehmen, sondern ein Jurist, der bei Anweisung von jeweils 9 € die Übersendung einer von einem Arzt unterzeichneten Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung wegen Erkältung über die Internetplattform „what's app“ und per Post versprach. Auf dem Mobiltelefon wurden vom Programm zuvor Symptome abgefragt, die sich durch Antippen bejahen oder verneinen ließen. Wie es auf der Internetseite hieß, könne eine Krankschreibung für ein bis drei Tage erfolgen – und der Arzt folge immer dem Wunsch des Patienten. Wenn die durch Antippen von einer der per Vorgaben mitgeteilten Symptome mit der Diagnose einer Erkältung übereinstimmten und der Nutzer auch noch die Hürde genommen hatte, schwere Krankheiten und Risikofaktoren zu verneinen, wurde die gewünschte, allerdings „computergestützt“ erstellte und von einem Arzt unterschriebene Bescheinigung übermittelt. Und wenn die automatisch vom Computer generierte Erklärung einmal ausblieb, so ließ sich der Vorgang noch beliebig viele Male wiederholen, so lange, bis es klappte; es musste dazu nur genügend oft das „Ja“ angeklickt werden, wenn vom Programm etwa nach verstopfter Nase und Rachenschmerzen, nach Husten, Schüttelfrost, Niesen oder Heiserkeit gefragt wurde. Auch die Bescheinigung einer Prüfungsunfähigkeit nach einem solchen Prozedere bot das Unternehmen an. Die Kommunikation erfolgte ausschließlich über „what's app“.

Da der in diesem Fall durch das Unterzeichnen der Bescheinigung tätig gewordene Arzt – ein unbelasteter junger Mann, der noch nicht lange ärztlich tätig war und einen Nebenverdienst gefunden hatte – in Hessen wohnte, war die Landesärztekammer für die

Prüfung zuständig, ob er gegen die Berufsordnung verstoßen hatte. Er erhielt Gelegenheit zur Stellungnahme, ob er für seine Tätigkeit versichert sei (§ 21 Berufsordnung, BO), ob er die Bescheinigung mit der erforderlichen Sorgfalt und nach bestem Wissen ausgestellt hatte (§ 25 BO) und ob der erforderliche persönliche Kontakt zum Patienten bestanden hatte (§ 7 Abs. 4 S. 1 BO).

Der eigentliche Verantwortliche, der Unternehmer, hatte dagegen mit Maßnahmen einer Ärztekammer nicht zu rechnen. Denn er war ja kein Arzt. Allerdings verteidigte er dann schriftlich das Verhalten seines Angestellten. Im Grunde verteidigte er natürlich sein eigenes Geschäftsmodell.

Er berief sich darauf, dass die Telemedizin inzwischen nach § 7 Abs. 4 BO grundsätzlich erlaubt sei. Das „Überprüfen“ der angeppten Symptome sei im Grunde auch nichts anderes als eine ärztliche Untersuchung. Wenn die Dauer der Krankschreibung den Angaben des Patienten folge, so korrespondiere das doch nur mit der Frage des Hausarztes an den Patienten, wann er sich denn wohl wieder fit fühlen werde. Und vortäuschen ließe sich eine Arbeitsunfähigkeit schließlich auch bei einem Hausarzt. Immerhin sei dem Unternehmen bisher trotz mehr als 70.000 Ferndiagnosen noch kein Fehldiagnose bekannt geworden. Eine einfache Erkältung könne ein Patient schließlich auch selbst erkennen. Ergänzend legte er die Bescheinigung über eine übliche ärztliche Berufshaftpflichtversicherung vor.

Hinsichtlich der Haftpflichtversicherung ergab sich aus einer bei der Versicherung eingeholten Auskunft, dass nur die hauptberufliche Arztstätigkeit, nicht aber die freiberufliche Tätigkeit für jenes Unternehmen versichert war. Die weiteren Einwände überzeugten ebenfalls nicht, weshalb der Arzt unter entsprechender rechtlicher Würdigung beim Berufsgericht angeschuldigt wurde. Denn im Grunde genommen stellte sich der Nutzer des Programms bei dieser Methode seine Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung selbst aus. Im Vordergrund der Anschuldigung stand das Bestreben, die Einwände des Unternehmers zu widerlegen und die Rechtslage verbindlich geklärt zu wissen.

Mangelnde ärztliche Sorgfalt

Mit Erfolg. Am 28. April 2021 ist das Berufsgericht im Wesentlichen der Argumentation der Kammer gefolgt und hat gegen den Arzt wegen Verstoßes gegen seine Berufspflichten eine Geldbuße verhängt (VG Gießen 21 K 4779/19).

Wichtig war Folgendes: Die Einführung der Vorschrift über die sogenannte Telemedizin erlaubt solche Methoden unverändert nicht, da auch weiterhin die Beratung und Behandlung „im persönlichen Kontakt“ erforderlich ist (§ 8 Abs. 1 S. 1 BO). Kommunikationsmedien können nur unterstützende Funktion haben. Und auch, wenn jetzt ausnahmsweise allein auf die Medien zurückgegriffen werden kann, müssen die Maßnahmen nach dem unmissverständlichen Wortlaut der Vorschrift doch ärztlich vertretbar sein und mit der erforderlichen ärztlichen Sorgfalt erbracht werden, was unverändert verbietet, ohne jeden persönlichen Kontakt

tätig zu werden und sich nur auf einen Algorithmus zu verlassen. Das Gericht fand deutliche Worte, indem es ausführte, das vom Beschuldigten mitverantwortete Verfahren entspreche nicht den ärztlichen Standards (§ 2 Abs. 3 BO) und widerspreche „massiv“ dem Berufsbild eines gewissenhaft handelnden und der Gesundheit des Patienten verpflichteten Arztes. Auch der Vorwurf mangelnder Versicherung wurde bestätigt (§ 21 BO).

Zu dem eher praktischen Einwand, dass der Arzt auch im persönlichen Kontakt auf die eigenen Angaben des Patienten angewiesen sei, der nicht immer korrekt antworte, wies die Entscheidung darauf hin, dass der Arzt im persönlichen Kontakt aufgrund seiner Ausbildung, Weiterbildung und Erfahrung sehr wohl imstande sei, sich ein Bild von der Befindlichkeit des Patienten zu machen. Das könne einem Algorithmus nicht überlassen bleiben, insbesondere dann nicht, wenn dessen Benutzung dem Patienten die Möglichkeit einräume, sich nach dem System „trial and error“ die richtigen Symptome herauszusuchen, um die Krankschreibung zu bewirken.

Die Entscheidung ist rechtskräftig; der Beschuldigte hat kein Rechtsmittel eingelegt.

Nachtrag

Übrigens, was den Unternehmer angeht: Tatsächlich musste dieser nur bei vordergründiger, rein formaler, Betrachtung keine Re-

aktion der ärztlichen Berufsvertretung befürchten. Denn über die Ärztekammer am Unternehmenssitz wurde ein klageberechtigter Verein gegen den Unerlaubten Wettbewerb auf ihn aufmerksam. Jener Wettbewerbsverein erreichte dann in zwei Instanzen, obergerichtlich im November 2020, eine Verurteilung wegen Verstoßes gegen das Heilmittelwerbegesetz, nämlich wegen unzulässiger Werbung für die Fernbehandlung oder Fernerkennung von Krankheiten nach § 9 jener Vorschrift. Die in § 9 vorgesehene Ausnahme für den Fall, dass die Verwendung der Kommunikationsmedien keinen persönlichen Kontakt erforderte, ließ das zuständige Oberlandesgericht aus den bekannten Gründen nicht gelten. Bei Zuwiderhandlung drohen ein Ordnungsgeld bis 250.000 Euro oder Ordnungshaft, zu vollziehen am Geschäftsführer. Manchmal bedarf es halt der Umwege, um ein Ziel zu erreichen.

Wenn das berufsrechtliche Verfahren sich auch nur gegen einen Arzt richtete, der einen geringen und leicht ersetzbaren Tatbeitrag leistete, so hat es doch ein wichtiges Ziel erreicht. Denn die Rechtslage erscheint jetzt so weit geklärt, dass sich in Zukunft hoffentlich kein Arzt mehr guten Glaubens für ein solches Unternehmen wird einspannen lassen. In Hessen ist seitdem jedenfalls niemand mehr aufgefallen.

Klaus Eckhardt

Vorsitzender Richter am LG a. D., Ermittlungsbeauftragter der Berufsgerichtsabteilung, Landesärztekammer Hessen
E-Mail: berufsgericht@laekh.de

Übermittlung per Fax: Fragen und Antworten

Der Artikel „Die Übermittlung personenbezogener Daten per Fax aus der Arztpraxis“ im HÄBL 02/2022 (S. 108) von Andreas Wolf hat zu Nachfragen geführt, die hier beantwortet werden.

1. Wie sollen kurzfristige Änderungen (beispielsweise der Medikation in Pflegeheimen) mitgeteilt werden, wenn diese nicht an die KIM angeschlossen sind? Wie soll eine Kommunikation mit Apotheken erfolgen?

Nach Auffassung des Hessischen Beauftragten für Datenschutz kann weiterhin in Ausnahmefällen, insbesondere bei Eilbedürftigkeit und wenn sichergestellt ist, dass die Sendung nur dem richtigen Empfänger zugeht (z. B. gespeicherte Zielnummern) auch die Versendung von Gesundheitsdaten mittels Fax erfolgen. Dies gilt aber nur dann, wenn von der verantwortlichen Praxis hierfür kein alternatives, datenschutzkonformes Kommunikationsmittel genutzt werden kann (im Internet <https://datenschutz.hessen.de> → Übermittlung personenbezogener Daten per Fax; via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/9oi0/>).

Apotheken können schon flächendeckend KIM¹ nutzen. Hier ist daher von der Praxis zu prüfen, ob die Apotheke bereits eine KIM-Adresse besitzt. Ist dies der Fall, so ist die Kommunikation über KIM der Nutzung von Faxen grundsätzlich vorzuziehen.

Alten- und Pflegeheime sind derzeit nur im Rahmen von Modellprojekten an die KIM angebunden. Im Falle der Eilbedürftigkeit und

mangels Alternativen kann hier zur Übermittlung die Nutzung des Faxgeräts in Betracht kommen.

2. Ein Fax ist schnell unterschrieben. Muss für die Unterschrift eines Schriftstückes wie bspw. eines Arztbriefes, welcher als PDF²-Datei abgespeichert wird, ein Digitizer³ für die digitale Erfassung der Unterschrift angeschafft werden?

Auch wenn ein Fax in einer Arztpraxis unterschrieben wird, ist der Ausdruck beim Empfänger in jedem Fall eine Kopie. Genauso verhält es sich, wenn ein unterschriebenes Schriftstück eingescannt und beispielsweise über ein Portal oder die KIM¹ berechtigten Dritten zur Verfügung gestellt wird. Um ein Schreiben digital zu unterschreiben, bedarf es einer qualifizierten elektronischen Signatur, die mit einem eHBA erfolgen kann.

3. Die sichere Kommunikation im Justizwesen sei hinter den Planungen zurück. Erfolgt der Informationsaustausch zwischen Anwälten und Gerichten per Fax?

Rechtsanwälte sind über das sog. beA, Verwaltungseinrichtungen wie auch die Landesärztekammer Hessen über das sog. beBPo an das Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfach (EGVP) angeschlossen. Die Kommunikation erfolgt in diesem Bereich bereits weitestgehend digital.

Andreas Wolf

Syndikusrechtsanwalt, Stellv. Justitiar, Landesärztekammer Hessen

¹ KIM steht für Kommunikation im Medizinwesen und ist der einheitliche Standard der Gematik für die elektronische Übermittlung medizinischer Dokumente.

² PDF – kurz für Portable Document Format (deutsch: [trans]portables Dokumentenformat): Ein plattformunabhängiges Dateiformat, entwickelt von der Firma Adobe Inc.

³ Digitizer: Komponente zum Digitalisieren von Stifteingaben (Grafiktablett). Durch die speziellen Stifte wird eine sehr präzise digitale Erfassung der Handschrift ermöglicht.

Ärztlich assistierter Suizid aus der Sicht des Judentums

Frankfurter Rabbiner interpretiert die jüdische Schriften/Essay online

Im Februar 2020 hatte das Bundesverfassungsgericht das bis dato geltende Verbot der „gewerbsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ für nichtig erklärt. Das BVerfG stellte fest, dass die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, auch die Freiheit umfasst, hierfür die Hilfe kompetenter Dritter in Anspruch zu nehmen – was insbesondere auch Ärztinnen und Ärzte betreffen kann. Das wegweisende Urteil führte deshalb dazu, dass die Berufsordnungen der Ärztekammern angepasst werden mussten. Mit Wirkung zum 1. Januar 2022 wurde der entsprechende § 16 Abs. 3 der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen aufgehoben. Aus dem Recht heraus folgt aber noch keine Pflicht: Die Entscheidung liegt in der Verantwortung der Ärztin oder des Arztes. Niemand kann verpflichtet werden, Suizidhilfe

zu leisten. Deshalb wird es im Einzelnen immer eine Gewissensentscheidung für die praktizierenden Ärztinnen und Ärzte sein. In einer kleinen Serie hat die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes bei Religionsvertretern um ihre Einschätzung zum „assistierten Suizid“ gebeten. Den Anfang machte der katholische Pfarrer Matthias Struth, Seelsorger am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, in Ausgabe 03/2022, S. 188. Rabbiner Julian-Chaim Soussan von der jüdischen Gemeinde Frankfurt am Main hat für das Hessische Ärzteblatt eine ausführliche theologische Argumentation aus den jüdischen Schriften heraus erarbeitet, die online unter der Ausgabe 04/2022 abrufbar ist. Kurzlink: <https://kurzelinks.de/p8mk/> Die Kurzfassung lesen Sie hier.

In Deutschland steht der Gesetzgeber seit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes vom Februar 2020 vor der Aufgabe, eine verbindliche Neuregelung zum assistierten Suizid zu finden, denn – so das Gericht – das im Grundgesetz verankerte allgemeine Persönlichkeitsrecht umfasse auch ein Recht auf selbstbestimmtes Sterben und hierfür die Hilfe Dritter in Anspruch zu nehmen.

Wie bei allen brisanten Fragen basiert die Position des Judentums dazu auf seinen traditionellen Quellen: auf Thora, Talmud, dem als „Schulchan Aruch“ betitelten Gesetzbuch und auch den Schriften zeitgenössischer Gelehrter. Auf diesen Quellen wiederum basiert das jüdische Religionsgesetz, Halacha genannt, was so viel wie „der Weg“ bedeutet.

Die Halacha betrachtet das menschliche Leben als unantastbar und von unendlichem Wert, unabhängig vom Alter, der Gebrechlichkeit, gesundheitlichen Einschränkungen oder gar Produktivität einer Person. Die Rettung des menschlichen Lebens, „Pikuach Nefesch“ genannt (wörtlich „Aufsicht/Wachen über eine Seele“), ist eines der höchsten Prinzipien im Judentum. Fast alle anderen Gebote dürfen bzw. müssen seinetwegen verletzt werden.

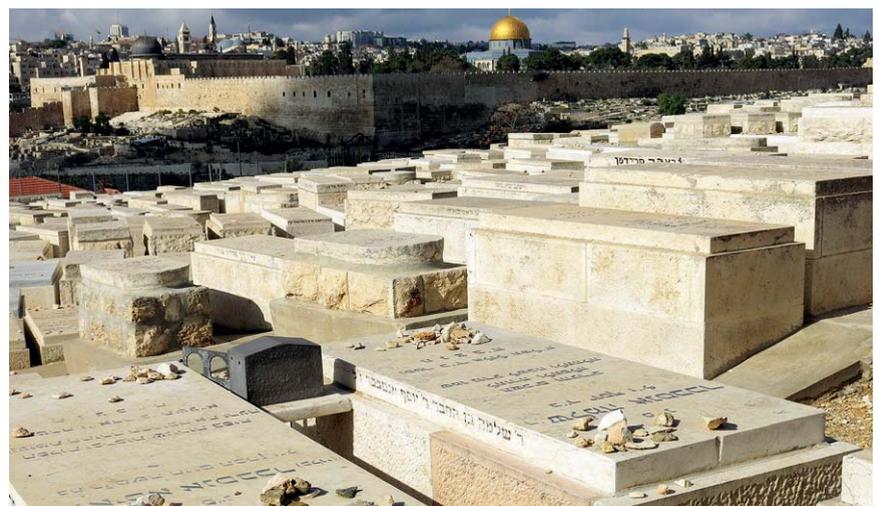
Es liegt auf der Hand, dass diese konsequente und tief verwurzelte Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben ein Wertesystem und eine Rechtsstruktur darstellen, die nicht einfach umgestoßen werden

können. Dem gegenüber steht das Gebot, sowohl physisches wie auch psychisches Leiden und Schmerzen soweit wie möglich zu lindern. Aus dieser ganzheitlichen Betrachtungsweise heraus steht das Judentum der Palliativmedizin äußerst positiv gegenüber, weil hier die beiden hohen Prinzipien in Balance gebracht werden können.

Das Judentum befürwortet die Verabreichung von ausreichend Schmerzmitteln, auch wenn dadurch die Gefahr einer unbeabsichtigten Lebensverkürzung besteht. Das Leben muss nicht um jeden Preis und mit allen Mitteln verlängert werden. Bestimmte belastende Therapieformen können unter bestimmten Um-

ständen zurückgehalten oder beendet werden. Eine aktive Beschleunigung des Todes darf jedoch niemals die Intention hierbei sein.

So dürfen dem Patienten keine natürlichen Lebensgrundlagen entzogen werden. Daher ist es verboten, unheilbar kranken Patienten Nahrung oder Flüssigkeit vorzuenthalten, wenn hierzu keine medizinische Indikation besteht. Komplizierter ist es, Patienten bestimmte Arten von Behandlungen vorzuenthalten, wenn diese halachisch als kontinuierlich angesehen werden. Es soll sichergestellt werden, dass der Patient an seiner Grunderkrankung verstirbt und nicht an einer aktiven Maßnahme. In schwierigen Fällen konsul-



Der Jüdische Friedhof am Ölberg in Jerusalem mit der Nekropolis von Silwan ist der älteste und aufgrund jüdischer Rituale und Traditionen bedeutendste jüdische Friedhof der Welt.

Foto: © uskm – stock-adobe.com

tieren traditionelle Juden oft eine zuständige rabbinische Autorität, um den Sachverhalt von Fall zu Fall individuell zu beurteilen. In Ausnahmefällen von unerträglichen und nicht beherrschbaren Schmerzen kann die Sedierung von Sterbenden eine angemessene Option sein.

Das jüdische Religionsgesetz enthält ein striktes Verbot des Suizids. Während unsere Weisen dem verzweifelten Leidenden durchaus Verständnis entgegenbringen, gilt dies hingegen für den Helfer beim Suizid auch dann nicht, wenn die Handlung aus Mitgefühl und verständlich erscheinenden Motiven erfolgt.

Die Gründe für diese strikte Ablehnung macht Rabbiner Yitzchak Breitowitz deutlich: „PAS (physician assisted suicide) ist die falsche Lösung für ein wirklich reales Problem. Dass ein solches Problem existiert, das leugnen wir nicht. Es gibt Probleme am Ende des Lebens, die von überwältigendem Schmerz und Leiden geprägt sind, und dem psychologischen Gefühl, das das Leben unerträglich und wertlos ist. Einfach wegzuschauen, wäre gefühllos und grausam. Aber was PAS bedeutet ist dies: Ein Patient schreit auf und sagt: ‚Mein Leben ist wertlos und nicht zu ertragen.‘ Und wir antworten dann: ‚Ja, du hast recht, dein Leben ist wertlos, lass uns dir helfen, es zu beenden.‘ Das aber ist die falsche Aussage.“

Der Wunsch, das eigene Leben zu beenden, kann unterschiedliche Ursachen haben und von vielen Faktoren abhängen. Unsere Weisen veranschaulichen uns in vielen Erzählungen, wie wir diese in Erfahrung bringen, einfühlsam darauf eingehen können und auch, dass das Ansinnen veränderbar sein kann.

Die traditionelle Rolle des Arztes besteht darin, zu heilen und, wo dies nicht möglich ist, Leiden und Not zu lindern. Thora und Talmud verdeutlichen uns, dass Mediziner eine besondere und einzigartige Rolle als „Partner in der Schöpfung“ haben. Assistierter Suizid würde diesem hohen Status

nicht nur in keiner Weise gerecht, sondern regelrecht konterkarieren.

Schwerkranke Patienten dürften Schwierigkeiten haben, unvoreingenommene Entscheidungen zu treffen, es kann zu Manipulationen kommen. Aus dem Gefühl heraus, eine Belastung für Familie, Freunde oder die Gesellschaft zu sein, kann das Recht, sich für den Tod zu entscheiden, schnell zur Pflicht werden. Niemand sollte diesem Druck ausgesetzt werden.

Das Judentum betont somit den unendlichen Wert jeglichen menschlichen Lebens und verlangt nach einem in Fürsorge eingebundenen Leben besonders im Sterben. Die Legalisierung des assistierten Suizids wirft daher große Bedenken auf, da die Ehrfurcht vor dem menschlichen Leben dadurch relativiert wird.

Solche, die den assistierten Suizid mit Verweis auf Autonomie und Würde befürworten, sollten bedenken, dass die größte Einzelursache für würdeloses Sterbens im Entzug von menschlichem Kontakt, Zuneigung und Fürsorge besteht. Wir alle sind aufgefordert, dieser Entmenschlichung des Lebensendes entgegenzuwirken.

Foto: Jüdische Gemeinde Frankfurt



Frankfurts orthodoxer Rabbiner **Julian-Chaim Soussan** wurde 1968 in Schluchsee geboren und wuchs in Freiburg auf.

Er studierte Volkswirtschaft und Judaistik an der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, dann ausschließlich Judaistik an der Heidelberger Hochschule für Jüdische Studien. Während des Studiums begann er eine zehn Jahre dauernde Tätigkeit als Lehrer für Jüdische Religionslehre in Stuttgart, danach erhielt er eine Stelle als Religionslehrer in Düsseldorf. Auf Anregung des ehemaligen Zentralratspräsi-



Foto: © zef_art - stock-adobe.com

Die Menorah, der Siebenarmige Leuchter, ist ein wichtiges jüdisches Symbol zur Erinnerung an den Tempel.

Rabbiner Julian-Chaim Soussan

Jüdische Gemeinde Frankfurt am Main

E-Mail: rabbinat@jg-ffm.de

denten der Juden in Deutschland, Paul Spiegel, absolvierte Soussan in Jerusalem eine Ausbildung zum Rabbiner. Dort erhielt er im Mai 2003 seine Ordination. Er folgte hierin seinem Vater Rabbiner Benjamin David Soussan.

Von 2003 bis 2011 war Soussan Rabbiner der Jüdischen Gemeinde Düsseldorf und wechselte dann nach Mainz. Von dort wurde er im August 2013 nach Frankfurt berufen. Soussan ist verheiratet und hat zwei Söhne.

Neben seiner Tätigkeit in Frankfurt ist Rabbiner Soussan Mitglied des Vorstandsbeirats der Orthodoxen Rabbinerkonferenz Deutschland (ORD) und vertritt diese häufig auch bei interreligiösen Begegnungen nach außen.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich be-

hält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebel@laekh.de; Briefe an: Hessisches Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.

„Wir haben sehr früh auf die Pandemie reagiert“

Ein Arzt, eine Medizinische Fachangestellte und eine Auszubildende berichten über die Praxisarbeit in Zeiten von Corona

Seit 20 Jahren arbeitet Stefanie Merkel in der orthopädischen Praxis von Dr. med. Marc Krause in Bad Homburg. Angefangen hatte die gelernte Damenschneiderin einst mit einem Minijob, war zunächst an der Anmeldung tätig und nahm Telefonate entgegen. „Als mein Mann vor einigen Jahren starb, brauchte ich eine volle Stelle“, erzählt die Frau mit dem dunklen Pagenschnitt. „Aber das war nicht möglich, denn ich hätte keine qualifizierten Tätigkeiten übernehmen können.“ Merkel entschied sich für die Ausbildung zur Medizinischen Fachangestellten und leitet heute die Praxis. Mit allem, was dazu gehört: Patientenanmeldung, Röntgen, Büro und Organisation.

Anspannung, aber keine Aggressivität

Auf die Frage, ob sich ihre Arbeit während der Corona-Pandemie verändert habe und schwieriger geworden sei, zögert Merkel nicht lange. Ja, die Arbeit sei mühsamer geworden, blickt sie auf die vergangenen zwei Jahre zurück: „Nicht nur man selbst war angespannt, sondern auch die Patienten.“ Zwar hätten weder sie noch Maja Anicic, die 18-jährige MFA-Auszubildende, aggressive Patienten in der Praxis erlebt, aber die Atmosphäre sei anders gewesen als sonst. Angespannter eben. Merkel erwähnt exemplarisch einen Patienten, der wegen Rückenschmerzen in die Praxis gekommen sei. Im Gespräch habe sich dann gezeigt, wie gestresst er war. Sein Kind habe er wegen Corona-Verdachts im Kindergarten nach Hause holen und neben der Kinderbetreuung seine Arbeit erledigen müssen. Kein Einzelfall: Ihm, wie vielen anderen, sei die Doppelbelastung auf den Rücken geschlagen.

„Wir haben in der Praxis sehr früh und intensiv auf die Herausforderungen durch die Pandemie reagiert“, berichtet Dr. Krause. Das habe mit der Klingel an der Tür und den Glasscheiben an der Anmeldung begonnen und sich in vielen weiteren Schutzmaßnahmen fortgesetzt, da-



Dr. med. Marc Krause



MFA Stefanie Merkel arbeitet seit 20 Jahren in der Praxis.



MFA-Auszubildende Maja Anicic

Fotos: Praxis Doc Krause

runter von Anfang an die Pflicht, Masken zu tragen. Der Aufwand war erheblich: „In den ersten Monaten der Pandemie haben meine ärztliche Kollegin und ich uns mit zwei Teams aufgestellt. Beide Teams durften nicht miteinander in Berührung kommen, um Ansteckungen zu vermeiden.“ Wäre es in einem Team zu einer Corona-Infektion gekommen, was glücklicherweise nicht der Fall gewesen sei, hätte das andere Team die Arbeit weiter fortgeführt.

Für Sicherheit gesorgt

„Unser Hygienekonzept hat bei allen – Ärzten, Mitarbeitern und Patienten – für ein Gefühl der Sicherheit gesorgt. Es war mit dafür verantwortlich, dass wir in der Pandemie nicht viele Patienten verloren haben“, zeigt sich der Orthopäde überzeugt. Dennoch seien natürlich weniger Patienten als sonst gekommen, da es so gut wie keine Sportunfälle – Fußball oder Ski – gegeben habe. Eine besondere Rolle hat auch die Corona-Schutzimpfung für die Arbeit gespielt: „Sobald sie verfügbar war, haben wir die Impfung in der Praxis angeboten.“ Natürlich habe es häufig Nachfragen gegeben. „Wir haben gemerkt, dass Ängste und Unsicherheit mit dem Thema verbunden sind. Und eines ist ganz deutlich geworden: Wenn man als Arzt Menschen von der Notwendigkeit der Corona-Schutzimpfung überzeu-

gen will, ist es wichtig, dass man selbst davon überzeugt ist. Nur das schafft Vertrauen.“

Impfpflicht – ja oder nein?

Ist die seit Mitte März bestehende Impfpflicht für Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitswesen ein Problem? „Für mich nicht, ich bin vollständig geimpft“, sagt Merkel. Doch es gäbe unterschiedliche Meinungen zu dem Thema. Auch weil mit zweierlei Maß gemessen werde: „Wir Praxismitarbeiterinnen haben jeden Tag mit vielen Menschen zu tun und der Gesetzgeber verlangt, dass wir geimpft sind. Aber umgekehrt sind die Patienten nicht dazu verpflichtet.“ Ob sie sich gegen die MFA-Ausbildung entschieden hätte, wenn sie gewusst hätte, dass eine Impfpflicht kommt, möchte Krause von Anicic wissen. Die junge Frau überlegt kurz. Am Anfang habe sie Angst vor der Corona-Schutzimpfung gehabt, erklärt sie. Auch ihr Vater habe sie lange in ihrer ablehnenden Haltung bestärkt. Anders die Mutter, die sich für die Impfung ausgesprochen habe. Unter den MFA-Auszubildenden in der Berufsschule sei allerdings nicht über die Impfung gegen Corona diskutiert worden, erinnert sich Anicic. „Ich habe mir im Laufe der Zeit selbst eine Meinung gebildet und entschieden, mich impfen zu lassen.“

Die Impfpflicht spielt für mich persönlich daher keine Rolle mehr.“

Bonus wäre Zeichen der Wertschätzung

Ob sie sich einen Corona-Bonus für Medizinische Fachangestellte gewünscht hätte? Merkel zeigt sich unschlüssig. Der Bonus sei im Kolleginnenkreis kein großes Diskussionsthema gewesen. „Sicher ist eine solche Zahlung ganz schön, aber doch eben nur etwas Einmaliges. Wichtiger wäre es, alle medizinischen Assistenzberufe wie Pfleger, Krankenschwestern und Medizinische Fachangestellte besser zu bezahlen.“ Krause sieht die Bonus-Frage etwas anders. Zwar müssten medizinische Fachberufe generell angemessen bezahlt werden, stimmt er Merkel zu. „Aber bei einer Bonuszahlung geht es doch auch um Wertschätzung und gesellschaftliche Anerkennung. Das Entscheidende ist das Image des Berufes; da hätte der Bonus symbolisch ein Zeichen setzen können. Schade, dass sich die Politik bisher nicht dazu hat entscheiden können.“

Katja Möhrle

Steuerfreier Corona-Bonus für MFA gefordert

„Mangelnde Wertschätzung der Politik ist ein fatales Signal für die Zukunft der ambulanten Patientenversorgung“, sagte Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski in einer Pressemitteilung: „Dass der Pflegebonus für in der Pandemie besonders belastete Berufsgruppen kommen soll, ist grundsätzlich zu begrüßen. Ich habe jedoch keinerlei Verständnis dafür, dass Medizinische Fachangestellte (MFA) in dem kürzlich vorgestellten Eckpunktepapier des Bundesgesundheitsministeriums zum Corona-Bonus unberücksichtigt bleiben“, kritisiert Pinkowski. „Seit Beginn der Corona-Pandemie vollbringen Medizinische Fachangestellte Höchstleistungen in der Patientenversorgung und bei der Impfkampagne. Gemeinsam mit den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten haben diese Fachkräfte den Krankensektor bislang vor dem Kollaps bewahrt.“ So gab es beispielsweise im Jahr 2020 insgesamt 68,5 Mio. Patientenkontakte in niedergelassenen Praxen in Hessen. „Ca. 18 von 20 Behandlungen haben im ambulanten Sektor stattgefunden. Die

Leistungen der Praxismitarbeiterinnen und -mitarbeiter müssen endlich anerkannt und honoriert werden“, betont Pinkowski. Schon mehrfach hat die Landesärztekammer Hessen die Politik dazu aufgefordert, Medizinischen Fachangestellten Wertschätzung entgegenzubringen. „Leider bisher vergeblich“, so der Präsident: „Wenn diese Berufsgruppe nun von den Bonuszahlungen ausgeschlossen wird, sendet die Politik damit ein fatales Signal für die Zukunft der ambulanten Patientenversorgung.“ Bereits jetzt sei es für Arztpraxen ebenso schwierig, motivierte Berufseinsteigerinnen und Berufseinsteiger zu finden wie gute ausgebildete Fachkräfte zu halten. „Die ohnehin hohen Anforderungen und die Arbeitsbelastung haben in der Pandemie nochmals zugenommen. Nur wer sich anerkannt und wertgeschätzt fühlt, wird auch künftig den MFA-Beruf ergreifen und dauerhaft mit Freude ausüben“, erklärt Pinkowski. „Daher fordere ich die Politik erneut dazu auf, auch für Medizinische Fachkräfte steuerfreie Bonuszahlungen vorzusehen.“ (moeh)

Leserbriefe

„Gendern ist undurchdachter Aktionismus“

Vorab darf ich Ihnen ausdrücklich versichern, weder rechtes Gedankengut zu haben, noch irgendwelche frauenfeindliche Einstellungen zu haben.

Seit einiger Zeit werden im Hessischen Ärzteblatt Artikel in „gengerechter“ Schreibweise abgedruckt. Hat die Redaktion vor diesem Schritt eigentlich eine linguistische Expertise eingeholt oder sind Sie vor einem ideologiegeleiteten Meinungsdruck eingeknickt, anstatt den Empfehlungen des Deutschen Rechtschreibrates zu folgen und korrektes Deutsch zu schreiben?

Das Hessische Ärzteblatt habe ich bisher wegen aktueller Mitteilungen und auch wegen der medizinischen Fachartikel geschätzt. Leider kann ich auch nach selbst auferlegter „Eingewöhnungszeit“ nicht

über die rechtschreibwidrigen Schreibweisen einfach hinwegsehen. Die Verständlichkeit der gegenderten Texte gelingt in der gebotenen Lesezeit nicht, was zum Abriss des Informationsflusses nach wenigen Sätzen führt.

Es handelt sich beim Gendern um undurchdachten Aktionismus am ungeeigneten Objekt. Die Sprache wird von einer (akademischen) Minderheit als Vehikel für eine politische Agenda benutzt. Gendern hat mit (Geschlechter)gerechtigkeit ungefähr so viel zu tun wie eine Zigarettenmarke mit Freiheit und Abenteuer. Das ist reines Framing. Diese Modeideologie sollten Sie nicht unterstützen. Es ist auch nicht barrierearm, sondern errichtet künstliche Barrieren für solche Menschen, die die deutsche Sprache (noch) nicht gut

beherrschen, zum Beispiel zugewanderte Kollegen.

Meine Bitte: Setzen Sie sich für die Beidnennungen und die weiblichen Formen in der direkten Ansprache (!) ein, verwenden Sie ansonsten das generische Maskulinum oder aber elegante Umschreibungen. Das generische Maskulinum ist eine sexusneutrale Sammelform, die alle einschließt, auch wenn die Propagandisten des Genderns etwas anderes behaupten. Die deutsche Sprache stellt auch ungegendert die Mittel bereit, alle respektvoll und angemessen anzusprechen. Die breite Mehrheit Ihrer Leser wird es Ihnen danken.

Dr. med. Albert Zeides
Bad Homburg



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

EKG-Kurs Fr., 29.–Sa., 30. April 2022 22 P
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Gebühr: 440 € (Akademiestatistiker 396 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.flloeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 5 + 6: Mi., 28. September 2022 5 P
Gesamtleitung: Dr. med. Michael Eckhard, Gießen
Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker 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)

MIMA: Mi., 06. April 2022 6 P
FOBI: Mi., 04. Mai 2022 6 P
FOBI: Mi., 22. Juni 2022 6 P
Leitung: Dr. med. A. Rauch
Gebühr: je 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Weitere Termine unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>
Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
E-Mail: abba@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Niedergelassene Praxen
Sa., 15. Oktober 2022 8 P
Leitung: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“ –
Hämatologie und Gastroenterologie**
Mi., 22. Juni 2022
Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt
Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Sa., 17. September 2022
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Psychotherapie

Muslimische Patienten in der Psychotherapie
Mi., 11. Mai 2022
Leitung: Dr. med. I. Rüschoff,
Dipl.-Psych. M. Laabdallaoui
Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.flloeren@laekh.de

Qualitätsmanagement

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen und der Ärztekammer des Saarlandes.

Peer-Review in der Intensivmedizin

Do., 02.–Fr., 03. Juni 2022
Telelernphase: 05.05.–01.06.2022

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda
Gebühr: 390 € (Akademiestatistiker 351 €)
Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße 152
max. Teilnehmerzahl: 16
Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adia.candelo-roemer@laekh.de

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Refresher

Di., 14. Juni 2022 (Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 160 € (Akademiestmitgl. 144 €)

Leitung: Dr. med. A. Opitz, Bad Kreuznach

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ic Fr., 01.–Sa., 02. April 2022

Gebühr: 400 € (Akademiestmitglieder 360 €)

Modul II: Sa., 08. Oktober 2022

Gebühr: 200 € (Akademiestmitglieder 180 €)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I–III Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022

Gebühr: 330 € (Akademiestmitglieder 297 €)

Modul IV Fr., 15.–Sa., 16. Juli 2022

Gebühr: 330 € (Akademiestmitglieder 297 €)

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

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

Hessischer Medizinrechtstag

In Kooperation mit der Justus-Liebig Universität Gießen.
Sa., 07. Mai 2022

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. jur. A. Dettmeyer,
PD Dr. med. M. Gruß, Hanau
Prof. Dr. jur. B. Kretschmer, Gießen

Gebühr: auf Anfrage

Ort: **Gießen**, Justus-Liebig-Universität

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Kriseninterventionsseminar: Mi, 04. Mai oder Mi, 06. Juli 2022

Gebühr: je 200 € (Akademiestmitgl. 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

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 € (Akademiestmitglieder 27 €)

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS): Modul 1 – ABS-Beauftragter

Mo., 30. Mai–Fr., 03. Juni 2022 40 P

Leitung: Prof. Dr. med. Volkhard Kempf,
Dr. med. Johanna Kessel,
Prof. Dr. med. Christoph Stephan,
Prof. Dr. med. Thomas A. Wichelhaus,
PD Dr. med. Michael Hogardt,
Frankfurt

Gebühr: 990 € (Akademiestmitglieder 891 €)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Grundkurs

Theorie: Fr., 24.–Sa., 25. Juni 2022

Praktikum: Auswahltermine auf Anfrage

Gebühr: 440 € (Akademiestmitgl. 396 €)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Aktualisierungskurs Sa., 21. Mai 2022

Gebühr: 220 € (Akademiestmitglied 198 €)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: Fr., 09.–Sa., 10. September 2022

Praktikum: Termin auf Anfrage

Gebühr: 420 € (Akademiestmitgl. 378 €)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. N. Naguib, Halberstadt

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter www.akademie-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 € (Akademiest. 693 €)

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 03.–Sa. 05. November 2022

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg M. Leimbeck, Braunfels

Gebühr: 540 € (Akademiest. 486 €)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt Kassel

Sa., 05. November 2022

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel T. Winter, Kassel

Gebühr: 320 € (Akademiest. 288 €)

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

Ernährungsmedizin

Teil 1 – Modul 1: Fr., 06.–Sa., 07. Mai 2022

Teil 2 – Modul 2 + 4: Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022

Teil 3 – Modul 3: Fr., 08.–Sa., 09. Juli 2022

Zwischenprüfung: Mi., 07. September 2022

Teil 4 – Modul 5a: Fr., 23.–Sa., 24. September 2022

Teil 5 – Modul 5b: Fr., 07.–Sa., 08. Oktober 2022

Teil 6 – Modul 5c: Fr., 04.–Sa., 05. November 2022

Abschlussprüfung: Mi., 16. November 2022

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

Gebühren: Teil 1, 2: je 270 € (Akamitgl. 243 €)

Teil 3: 350 € (Akamitgl. 315 €)

Teil 4+5+6: 1100 € (Akamitgl. 990 €)

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

Ethik

Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ (AEM)

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM.

Refresher-Seminar: Mi., 13. Juni 2022

Gebühr: 250 € (Akademiest. 225 €)

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

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

Ultraschall

Gefäße

Aufbaukurs: Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Do., 23.–Sa., 25. Juni 2022

Gebühr: 600 (Akademiest. 540 €)

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,

für Gefäße: Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Theoretischer Teil: Sa. 08. Oktober 2022

Gebühr: 500 (Akademiest. 450 €)

Praktischer Teil: in Planung

Leitung der Kurse Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,

für Abdomen: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Ultraschall Modul Schilddrüse I

Sa., 11. Juni 2022

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 310 € (Akademiest. 279 €)

Ultraschall-Trainingstag

Sa., 14. Mai 2022

Leitung: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Gebühr: 310 € (Akademiest. 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

Rechtsmedizin

Leichenschau (Teile nur gemeinsam buchbar)

Mi., 22. September 2022, Mi., 29. September 2022,

Mi., 06. Oktober 2022, Mi., 13. Oktober 2022

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: 180 € (Akademiest. 162 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Strukturierte curriculare Fortbildung gem. Curriculum der Bundesärztekammer

Teil 1: Fr., 17.–Sa., 18. Februar 2023 und

Teil 2: Fr., 10.–Sa., 11. März 2023

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt a. M.

Gebühr: 720 € (Akademiest. 648 €)

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

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

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

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 € (Akademiestudenten 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

Repetitorium Neurologie

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

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 € (Akademiestudenten 189 €)

Leitung: Prof. Dr. med. M. Kaps, Gießen

Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Palliativmedizin

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. Mattek, Hanau
Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

Gebühren: je 870 € (Akademiestudenten 783 €)

Fallseminar Modul III Mo., 21.–Fr., 25. November 2022 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 980 € (Akademiestudenten 882 €)

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A: Di., 17.–Mi., 18. Mai 2022

Leitung: Prof. Dr. med. C. Christ, Wiesbaden

Gebühr: 380 € (Akademiestudenten 342 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestudenten und für die Teilnehmer des Weiterbildungscolleagues 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 € (Akademiestudenten 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@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 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 180 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,
Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@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 € (Akademiestudenten 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

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

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

Block IV: Fr., 07.–Sa., 08. Oktober 2022 16 P

Block V: Fr., 11.–Sa., 12. November 2022 16 P

Block VI: Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022 16 P

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiestudenten 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 Telearnphase voraus.

Modul 3 Sa., 30. April 2022
Mo., 09.–Fr. 13. Mai 2022
Beginn der Telearnphase: 07.04.2022

Modul 5 Sa., 09. September 2022
Mo., 12.–Fr. 16. September 2022
Beginn der Telearnphase: 11.08.2022

Modul 4 Sa., 22. Oktober 2022
Mo., 31. Oktober –
Fr. 04. November 2022
Beginn der Telearnphase: 22.09.2022

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 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 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 €
(Akademiestudenten 495 €)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G7-G8 Fr., 10.–Sa., 11. Juni 2022

G9-G10 Fr., 23.–Sa., 24. September 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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block IIb: Mi., 22.–Sa., 25. Juni 2022 32 P

Die Blöcke IIa und IIb können nur gemeinsam gebucht werden.

Block IIIa: Di., 13.–Fr., 16. September 2022

Gebühren: je 770 € (Akademiestudenten 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

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

Repetitorium Radiologie

Mo., 12.–Sa., 17. September 2022

Gesamtleitung: Dr. med. S. Trittmacher

Gebühr: auf Anfrage

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul III **Fr., 20.–Sa., 21. Mai 2022** **20 P**
Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
Dr. med. S. Moreau, Frankfurt

Modul IV **Fr., 16.–Sa., 17. September 2022** **20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, 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., 29.–Sa., 30. April 2022** **insg. 42 P**

Modul 1 – Teil B: **Fr., 13. –Sa., 14. Mai 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 € (Akademiestudenten 990 €)

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

Sportmedizin

Modul 9: **Mo., 19.–Di., 20. September 2022**

Modul 1: **Mi., 21.–Do., 22. September 2022**

Modul 8: **Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer

Gebühren: je 330 € (Akademiestudenten 297 €)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

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

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: Do., 19.05.2022–Sa., 21.05.2022 und Mi., 25.05.2022

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden

Der insg. 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 Block A (AOP): Interessentenliste

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin Block B (SAC): Interessentenliste

Gebühr Block B: 370 €

Kontakt: Ilona Preuß, Fon: 06032 782-154, 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): Interessentenliste

Gebühr: 1.875 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Neurologie und Psychiatrie (NP) 120 Stunden *

Inhalte: Im Qualifizierungslehrgang werden Tätigkeiten vermittelt mit dem Ziel, bei der Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis delegationsfähige ärztliche Leistungen übernehmen zu können. Der fachtheoretische und fachpraktische Unterricht beinhaltet die Themen:

- Neurologische und psychiatrische Untersuchung und Befunderhebung
- Neurologische und Psychiatrische Symptomlehre, Notfallmanagement
- Neurologische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung
- Psychiatrische Krankheitsbilder; Patienten- und Angehörigenbegleitung sowie ein
- Praktikum (24 Stunden)

Termin (NP): ab 10.06.2022

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Onkologie (ONK) *

Inhalte: Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind. Empfohlene Reihenfolge: PAT 1, PAT 2, ONK PAL, ONK

Termin: Interessentenliste

Gebühr: PAT 1 und PAT 2 jeweils 105 €

ONK PAL 275 €

ONK 665 €

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



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

* 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.

Gebühr: 105 € je Fortbildung

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_2): Fr., 24.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 105 €

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: Sa., 25.06.2022, 09:30–16:45 Uhr

Gebühr: 105 €

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

Strahlenschutzkurse (STR) 90 Stunden

Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (STR)

Der 90-stündige Qualifizierungslehrgang richtet sich an medizinische Fachkräfte zum Nachweis der „Kenntnisse im Strahlenschutz bei der Anwendung am Menschen“ gemäß § 49 der Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Teilnehmen können Personen mit abgeschlossener dreijähriger Berufsausbildung in einem human-medizinischen Fachberuf sowie Auszubildende zur/zum MFA im dritten Ausbildungsjahr.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 1.080 € zzgl. 55 € Prüfungsgebühr

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.

Termine:

STR A 1_2: Mi., 15.06.2022 oder

STR A 1_3: Sa., 10.09.2022

Zeit: jeweils von 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 125 € 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: 250 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Durchführung der Ausbildung

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten/Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten mitwirken und damit den Arzt/die Ärztin unterstützen und entlasten.

22_FAW 3_2z: Mo., 25.07.–Fr., 29.07.2022

Gebühr: 530 €

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

Qualitätsmanagement

Die 40-stündige Fortbildung führt zum Erwerb von Kenntnissen und Fertigkeiten, die zur Übernahme der Aufgaben eines/einer Qualitätsmanagementbeauftragten befähigen.

22_FAW 3_3z: Fr., 09.09.– Sa., 10.09.2022 und

Do., 29.09.–Fr. 30.09.2022

Gebühr: 530 €

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

Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/. Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren Sie den Newsletter der Landesärztekammer! www.laekh.de/newsletteranmeldung



Onkologische Versorgung von ZNS-Tumoren in Hessen

3. Qualitätskonferenz des Hessischen Krebsregisters

Tumoren des zentralen Nervensystems (ZNS) mit dem Schwerpunkt Gliomen standen im Fokus der dritten hessenweiten Online-Qualitätskonferenz, zu der das Hessische Krebsregister (HKR) Mitte Dezember 2021 eingeladen hatte. Hierbei fand ein einrichtungsübergreifender fachlicher Austausch über die Analysen zur Versorgungssituation in Hessen auf Grundlage der Krebsregisterdaten statt.

Erkrankungsgeschehen in Hessen

Legt man die Daten des HKR zugrunde, wurden in den Jahren 2015 bis 2020 jährlich im Median 1625 ZNS-Tumoren in Hessen behandelt. In 54 % der Fälle handelte es sich um primäre ZNS-Tumoren, die mit einem medianen Erkrankungsalter von 61 Jahren früher als sekundäre ZNS-Tumoren auftraten, bei denen das mediane Erkrankungsalter demjenigen der Ur-

sprungstumoren der Hirnmetastasen entsprach: 64 Jahre bei Frauen und 67 Jahre bei Männern. Zerebrale Metastasen gingen überwiegend von Primärtumoren der Lunge (62 %), der Mamma (10 %) und von malignen Melanomen (7 %) aus. Die primären ZNS-Tumoren waren zu 57 % maligne, zu 33 % benigne und zu 10 % unbekannt oder unsicherer Verhaltens. Frauen erkrankten 1,7-mal häufiger als Männer an benignen Tumoren. Diese betrafen bei den Frauen zu 63 % die Meningen, zu 15 % die endokrinen Drüsen des Gehirns und zu je 10 % Gehirn und Rückenmark/Hirnnerven, während bei den Männern insbesondere der Anteil von meningialen Tumoren mit 42 % niedriger und von Tumoren der endokrinen Drüsen mit 27 % höher lag als bei den Frauen. Im Gegensatz dazu waren Männer 1,4-mal häufiger von malignen Erkrankungen betroffen als Frauen. Diese traten bei beiden

Geschlechtern fast ausschließlich im Gehirn auf (97 %). Dort stellten Glioblastome mit 74 % den häufigsten histologischen Tumortyp dar (WHO-Grad IV), gefolgt von Astrozytomen (13 %, WHO-Grad 2 und 3) und Oligodendrogliomen (5 %, WHO-Grad 2 und 3).

Regionale Versorgungssituation für Patienten mit Gliomen

Die beobachteten Fälle im Krebsregister spiegeln aktuell noch nicht flächendeckend die Versorgungssituation wider, weshalb die erwartete jährliche Fallzahl maligner Hirntumoren (ICD10 C71) in der hessischen Bevölkerung auf Grundlage der deutschlandweiten altersspezifischen Fallzahlen des Robert Koch-Instituts (RKI) für die Jahre 2015–2017 mit 497 geschätzt wird. Für die onkologischen Versorgungsstrukturen in den sechs Versor-

Tabelle 1: Regionale Versorgungssituation maligner Gehirntumoren

| Versorgungsgebiet | Bevölkerung ¹ | Erwartete Fälle C71 ² pro Jahr | Neurochirurgie ³ | | Neurologie ³ | | Strahlentherapie ⁴ | | Neuroonko. Zentrum ⁵ Anzahl KH |
|----------------------|--------------------------|--|-----------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------------|-----------|--|
| | | | Anzahl KH | Fälle/KH | Anzahl KH | Fälle/KH | Anzahl KH | Fälle/KH | |
| Kassel | 875.609 | 74 | 1 | 74 | 8 | 9 | 2 | 37 | 1 |
| Fulda/Bad Hersfeld | 449.507 | 38 | 1 | 38 | 3 | 13 | 2 | 19 | - |
| Gießen/Marburg | 1.079.430 | 85 | 2 | 43 | 7 | 12 | 3 | 28 | 2 |
| Frankfurt/Offenbach | 2.145.497 | 161 | 4 | 40 | 10 | 16 | 7 | 23 | 1 |
| Wiesbaden/Limburg | 637.546 | 51 | 1 | 51 | 5 | 10 | 2 | 26 | - |
| Darmstadt | 1.100.491 | 87 | 1 | 87 | 2 | 43 | 2 | 43 | - |
| Hessen gesamt | 6.288.080 | 497 | 10 | 50 | 35 | 14 | 18 | 28 | 4 |

Legende: Angaben zu Fällen auf ganze Zahlen gerundet; KH = Krankenhäuser

¹ Statistische Ämter des Bundes und der Länder, www.regionalstatistik.de, Stichtag 31.12.2019, Datenabfrage 19.10.2021

² Schätzung auf Grundlage der deutschlandweiten Daten des Zentrums für Krebsregisterdaten am Robert Koch-Institut Berlin, Diagnose ICD-10 C71 (inkl. DCO), Erstdiagnose 2015–2017, Alter ≥ 15 Jahre, Personen mit Wohnort Hessen, Datenabfrage 19.10.2021

³ Plankrankenhäuser laut Krankenhausplan 2020, Hrsg. Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

⁴ Plankrankenhäuser laut Krankenhausplan 2020 (vgl. 3) und weitere strahlentherapeutische Einrichtungen

⁵ Neuroonkologische Zentren mit Zertifizierung durch die Deutsche Krebsgesellschaft, Datenabfrage 19.10.2021



gungsgebieten Kassel, Gießen/Marburg, Fulda/Bad Hersfeld, Wiesbaden/Limburg, Frankfurt/Offenbach und Darmstadt zeigt sich unter Berücksichtigung der Bevölkerungsanzahl, Altersstruktur und der erwarteten Fallzahl an malignen ZNS-Tumoren ein regional unterschiedliches Bild (Tabelle 1).

In der primären Diagnostik spielt die histologische Sicherung mittels Biopsie oder Resektion eine zentrale Rolle. In Hessen gibt es zehn neurochirurgische Abteilungen für die primäre Diagnostik, darunter vier zertifizierte neuroonkologische Zentren, die sich in Kassel, Marburg, Gießen und Frankfurt befinden. Bei gleichmäßiger Verteilung ergeben sich jährlich etwa 50 zu behandelnde Fälle pro neurochirurgischer Klinik. Werden die unterschiedlichen Bevölkerungsstrukturen in den Regionen mitberücksichtigt, sind für die einzige neurochirurgische Klinik in der Region Kassel 74 zu versorgende Fälle im Jahr zu erwarten, während in der Region Frankfurt/Offenbach die Versorgung von 161 Fällen jährlich auf vier neurochirurgische Kliniken verteilt werden kann. Ähnliche Unterschiede in der regionalen Versorgungssituation zeigen sich auch in den erwarteten Behandlungszahlen für die 18 strahlentherapeutischen Einrichtungen mit 19 bis 43 erwarteten Fällen und für die 35 neurologischen Einrichtungen Hessens mit 9 bis 43 erwarteten Fällen pro Einrichtung und Jahr in den verschiedenen Versorgungsgebieten.

Ein Vergleich zwischen dem Wohn- und Behandlungsort der Patientinnen und Patienten mit Gliomen auf Basis der HKR-Daten wies weitere regionale Unterschiede auf. In den Gebieten Kassel, Gießen/Marburg und Frankfurt/Offenbach wurden zwischen 81 % – 94 % der Gliome innerhalb des Gebiets versorgt, davon je mehr als 80 % in einem der vier dort ansässigen neuroonkologischen Zentren. Dahingegen wiesen die Gebiete Wiesbaden/Limburg, Fulda/Bad Hersfeld und Darmstadt, die über kein zertifiziertes neuroonkologisches Zentrum verfügen, deutlich niedrigere Anteile regional Versorgter auf. Patientinnen und Patienten, die eine überregionale Behandlung in Anspruch nahmen, waren mit einem medianen Erkrankungsalter von 59 Jahren jünger als die regional behandelten mit

63 Jahren, was sich mit ähnlicher Tendenz auch für die Behandlung in neuroonkologischen Zentren mit einem Altersmedian von 61 Jahren im Vergleich zu 63 Jahren in den weiteren Einrichtungen Hessens zeigte.

Therapeutische Versorgung beim Gliom

Gliome, die größte Subgruppe der malignen ZNS-Tumoren, wurden einer eingehenderen Analyse der therapeutischen Versorgung unterzogen. Tumorresektionen konnten bei 53 % der Gliome im Rahmen der primären Therapie durchgeführt werden, wobei der Anteil bei Patientinnen und Patienten unter 70 Jahren mit 58 % höher lag als bei den älteren mit 40 %. In Abhängigkeit von der Lokalisation zeigten sich für Tumoren des Frontal-, Temporal-, Parietal- und Okzipitallappens Resektionsraten von 56 %–69 %, während Resektionen bei Tumoren in tiefer liegenden bzw. empfindlicheren Hirnarealen (Hirnentrikel, Hirnstamm, Zerebrum, Zerebellum) oder in mehreren Teilbereichen des Gehirns nur zu etwa 33 %–48 % durchgeführt wurden.

Bestrahlungen fanden in 53 % der Fälle statt, wobei 70 % konventionell, 17 % hypofraktioniert und 13 % nach sonstigem Schema bestrahlt wurden. Die hypofraktionierte Bestrahlung erfolgte entsprechend den Leitlinien der European Association of Neuro-Oncology (EANO, 2021) überwiegend bei über 70-Jährigen (37 %), während sie bei den Jüngeren (< 70 Jahren) eine untergeordnete Rolle spielte (9 %). Bei den Patientinnen und Patienten unter 70 Jahren wurden Bestrahlungen zu etwa 80 % in Kombination mit einer Chemotherapie durchgeführt, wohingegen multimodale Therapien bei den älteren nur noch bei etwa 50 % erfolgten.

Ob durchgeführte Behandlungen den europäischen Leitlinien entsprachen, konnte nur teilweise evaluiert werden. Die für die Therapiestratifizierung auf Grundlage einer integrierten histologischen und molekularpathologischen Diagnostik notwendigen molekularen Merkmale wie bspw. der IDH-Mutationsstatus, die 1p19q-Kodeletion, die MGMT-Promotormethylierung oder die Histonmodifikationen lagen zwar bereits in etwa 42 % der Fälle vor, reichten aber für eine vollumfängliche Analyse nicht aus.

Das geschätzte mediane Gesamtüberleben lag für die in Hessen behandelten Patientinnen und Patienten mit Gliomen bei 12,9 Monaten (95 %-CI in Monaten: 11,9–13,9) bei einem geschätzten medianen Follow-up von 24,9 Monaten.

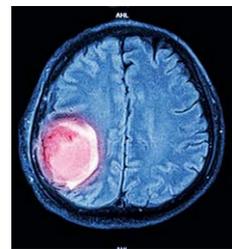


Foto: © stockdevil – stock.adobe.com

Ausblick

Nach erfolgtem Umbau des HKR in ein klinisch-epidemiologisches Register zum 31.12.2020 wird mit zunehmender flächendeckender und sektorenübergreifender Registrierung eine umfassendere Evaluation der onkologischen Versorgung in Hessen möglich sein. Grundlage hierfür sind strukturelle Verbesserungen der Übermittlungswege, so dass die noch bestehende Untererfassung in einzelnen Regionen sowie von sekundären ZNS-Tumoren und molekulargenetischen Markern aufgehoben wird. Für die Evaluation von Behandlungen ist durch die stetig wachsenden Kenntnisse molekulargenetischer Mechanismen die strukturierte Dokumentation molekularer Merkmale unerlässlich, die ab Mitte dieses Jahres mit dem novelierten bundeseinheitlichen onkologischen Basisdatensatz möglich sein wird. Mittelfristig tragen diese Änderungen zu einem erweiterten Spektrum der Datennutzung für die Qualitätssicherung hinsichtlich der Umsetzung von Therapieempfehlungen sowie zu differenzierteren Analysen zu Einflussfaktoren für die Beantwortung von klinischen Fragestellungen auf Basis der Real-World-Daten des HKR bei.

**Dr. rer. nat. Katharina Bernhardt
Petra Neuser**

Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner

Landesauswertungsstelle
des Hessischen Krebsregisters
Lurgiallee 10, 60439 Frankfurt/Main
Fon: 069 580013-401

E-Mail:
soo-zin.kim-wanner@hlpug.hessen.de
www.hessisches-krebsregister.de

„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur“

„Les gens bien portants sont des malades qui s'ignorent.“

„Gesunde sind Kranke, die nur noch nicht wissen, dass sie krank sind.“

Jules Romains, Knock ou le triomphe de la médecine, 1924 [1]

Wenn eine Schwangere zur Vorsorge zum Gynäkologen geht, ein älterer Mann zum Urologen, ein Kind zum Kinderarzt, spricht man von einer Patientin, einem Patienten. Was wäre eigentlich die korrekte Bezeichnung für einen Menschen, der zum Arzt geht, ohne Patient zu sein?

Ein Gesunder, so weiß man, ist nur noch nicht lange genug untersucht, also doch letztendlich ein Patient. Wie soll man ihn sonst nennen? Klient, wie in der Gesprächspsychotherapie üblich; Partner, wie man beide bei der gemeinsamen Entscheidungsfindung heute nennen soll; Kunde, der den Supermarkt der Machbarkeit moderner Medizin betritt; Ratsuchender, der sich beraten lassen will; Pflichtvorsteller, der eine verpflichtende Vorsorge wie heute in der Kinderheilkunde üblich, wahrnimmt, oder Einbestellter, weil er einen Termin wahrnimmt? Oder gar Verbraucher? Nutzer, englisch User, wird zwar häufiger verwendet, aber nicht im Zusammenhang mit dem Arztkontakt, eher mit dem Gesundheitswesen allgemein.

Eingespielt hat sich der Terminus Patient, obwohl heute in den seltensten Fällen ein Patient wirklich Patient ist, im Wortsinn: ein Leidender, der sich vom Arzt Erlösung von seinem Leid erhofft. Aber lateinisch *patiens* heißt auch erdulnd, ertragend und damit kommen wir dem Sinn des Wortes schon näher: Wer sich als Patient auf eine Arztpraxis einlässt, ist bereit, etwas zu erdulden, zu tolerieren, zu ertragen. Das fängt mit den Wartezeiten auf einen Termin an und hört mit der Wartezeit in der Praxis nicht auf. Insofern kann der Wortsinn weiterhin aktuell sein.

Das Patienten-Arzt-Verhältnis hat sich in den vergangenen Jahrzehnten erheblich verändert. Vor einem halben Jahrhundert war Krankheit etwas Schicksalhafteres, und der Patient erhoffte sich Heilung vom Arzt. Aus dieser Hoffnung ist heute ein

Anspruch geworden, für den eine Versicherung aufzukommen hat. Der Arzt ist zum Auftragsnehmer und Leistungserbringer geworden.

Durch die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen geht es im Wesentlichen um dokumentierbare „Leistungen“ – Qualitäten eines therapeutischen Gesprächs sind nicht messbar, nicht überprüfbar und deshalb als Leistung auch nicht honorierbar. Anders ist es bei technischen Leistungen und Laboruntersuchungen, die nachvollziehbare objektive Ergebnisse erbringen und deswegen sowohl bei den Leistungserbringern als auch bei den Kostenträgern beliebter sind.

Das Patientenwohl bleibt dabei auf der Strecke, denn die *Maxime* „to do as much nothing as possible“ würde das ganze System untergraben. Durch dieses Denken im „Erbringen von Leistungen“ wird dabei ein ganzer Apparat, eine ganze Industrie unterhalten, was als tertiärer Krankheitsgewinn zu verbuchen ist und immense Ressourcen ohne den geringsten Gewinn für den Patienten verschwendet.

Von Usern, Noch-Usern und Non-Usern

Erfreulicherweise werden Patienten im Gesundheitswesen noch nicht als Verbraucher bezeichnet, auch nicht als Gebraucher, die direkte Übersetzung des englischen Begriffes User. Auch der Begriff Nutzer oder Nutznießer ist so ungebrauchlich, dass ich im Folgenden bei „User“ bleiben werde.

Wir haben gesamtgesundheitswirtschaftlich betrachtet ein großes Problem mit den so genannten Multi-Usern oder denjenigen Menschen, die unser Gesundheitssystem missbrauchen. Das sind diejenigen, die ungerechtfertigter Weise in hohem Maße Ressourcen beanspruchen, sozusagen Habituierte des Gesundheitswesens. Ich war sehr erschrocken, als ich bei meinen ersten klinischen Tätigkeiten solche Dauergäste in Krankenhäusern getroffen habe. Von deren Existenz wusste ich zuvor nichts.

Neben wirklich chronisch Kranken mit objektiv schwer zu behandelnden Erkran-

kungen oder Organausfällen sind es auch die so genannten Koryphänenkiller. Das sind Patienten, die sich mit hohen Erwartungen stationär aufnehmen lassen und eine lange und schillernde Krankengeschichte hinter sich haben. Sie sehen jetzt in dieser Klinik die letzte Rettung, weil die vorbehandelnden Ärzte alle „nichts getaugt“, da nicht geholfen haben. Sie wiederholen – unbewusst – immer wieder in diversen Kliniken mit Ärzten und Pflegenden im Sinne einer zunächst idealisierend, dann aggressiv entwertenden Übertragungsneurose die Enttäuschungen an ihren ursprünglichen primären Bezugspersonen wie Mutter oder Vater.

Das Koryphänenkiller-Syndrom ist eine besondere Form der Beziehungsgestaltung zwischen einer narzisstisch gestörten Persönlichkeit und den behandelnden Ärzten und gar nicht so selten [2]. Die Betreuung eines solchen Patienten kann nur mit Enttäuschung enden, mit dem Ende einer Täuschung, und dann mit einem Arztwechsel oder weiteren Aufenthalt in einer anderen Klinik, die endlich feststellen soll, was der Patient hat. Ein hoffnungsloses Unterfangen, weil, wie eingangs festgestellt, Gesundheit nicht beweisbar ist.

Der Beschreiber dieses Syndroms, der bekannte Lehranalytiker und Professor für Psychosomatik in Basel Dieter Beck wurde übrigens 1980 vom Partner einer seiner Patientinnen wohl aus Eifersucht erschossen.

Wir wären allerdings gut beraten, wenn wir uns nicht nur mit den „Multi-Usern“ beschäftigen, die unser Gesundheitssystem auf Trab halten und missbrauchen, sondern auch mit den geschätzten 10 % „Non-Usern“ und deren Gesundheitszustand. Sind die nun gesünder oder kränker? Sind sie Non-User, weil sie gesund sind, oder weil sie sich von der praktizierten kurativen Medizin abgewandt haben? Hierfür gibt es nur wenige Belege. Ein interessantes Ergebnis ist das einer amerikanischen Studie an über 320.000 Kindern, die sich mit ungeimpften und geimpften Kindern und deren Gesundheitszustand beschäftigt hat. Hier wurde erstmalig unterschieden, ob die ungeimpften Kinder

absichtlich aufgrund elterlicher Entscheidung nicht geimpft wurden, oder ob sie aus Nachlässigkeit oder gar Vernachlässigung nicht geimpft wurden.

Dabei zeigte sich, dass willentlich und bewusst ungeimpfte Kinder eine wesentliche geringere Inanspruchnahme von Notfallambulanzen und Praxen zeigten als die zeitgerecht geimpften, während sie bei aus Nachlässigkeit ungeimpften Kindern gegenüber den normal geimpften höher war. Der Schluss, dass ungeimpfte Kinder gesünder sind, kann aus diesen Ergebnissen nicht unbedingt gezogen werden, weil allein die Inanspruchnahme von Gesundheitseinrichtungen nicht unbedingt mit Erkrankungsschwere und -häufigkeit zu tun hat. Dementsprechend folgerten die Autoren der Studie, dass Ungeimpfte vielleicht eher andere und alternative Heilmethoden nutzen: Undervaccinated children appear to have different health care utilization patterns compared with age-appropriately vaccinated children [3]. Non-User bei Kindern kann und darf es gar nicht geben, denn seit den verpflichtenden Vorsorgeuntersuchungen [4], in Hessen seit zwölf Jahren, müssen alle Eltern mit ihren Kindern regelmäßig zum Arzt. Sie vertrauen sich ihm an – oder sind ihm ausgeliefert [5].

Aus der subjektiven Erfahrung in 30 Jahren glaube ich feststellen zu können, dass „Systemverweigerer“ gesünder sind als die übrigen Patienten. Vielleicht leben sie auch anders, privilegierter und gesundheitsbewusster. Eine verzerrte Sichtweise, ein Bias, ist sicher anzunehmen. Irgendwann finden Patienten den Arzt, der zu ihnen passt. Jedenfalls geraten sie nicht in die häufige, eingangs beschriebene Spirale eines Teufelskreises pathogenetischer Verkettungen.

Einschränkend muss ich dazu feststellen, dass wir eine Praxis führen, also Teil des Systems sind und die vollständigen Non-User dementsprechend auch nicht sehen. Ab und zu begegnen wir dann einem Non-User, der uns herzlich begrüßt und sagt, er habe sich die ganze Zeit so gut aufgehoben und betreut gefühlt, dass er uns gar nicht gebraucht hat. Das ist zwar schön, und so soll es auch sein, aber – leben können wir davon auch nicht.

Interessenskonflikt Vergütung

Diesen Interessenskonflikt benenne ich deutlich: Wir sind niedergelassene Ärzte, die davon leben, dass die Patienten möglichst jedes Quartal wiederkommen. Für die Salutogenese günstiger wäre es, wenn wir von gesunden Patienten leben würden und bei Krankheit leer ausgehen, wie im alten China. Denkbar wäre ein formales Einschreibesystem mit einer konstanten Grundvergütung, aus der dann im Krankheitsfall die zu erbringenden Leistungen bezahlt werden. Dann wüssten die Ärzte auch, welcher Patient wirklich ihr Patient ist – ein nicht zu unterschätzender Vorteil gegenüber der jetzt herrschenden Unverbindlichkeit – und sie würden sich überlegen, ob sie den Patienten auf ihre Kosten überweisen oder sich selbst des Problems annehmen wollen [6].

Im gegenwärtigen System verdient nämlich der Arzt am meisten, der das Kärtchen einlesen lässt und gleich am Tresen die Überweisung zu den diversen Fachkollegen ausstellt. Persönliches Engagement wird nicht honoriert, längere Gespräche werden abgestraft. Kein Wunder, dass kommerzielle Betreiber von Versorgungszentren in diesen lukrativ auszugestalteten Markt einsteigen und dieses Geschäftsmodell vervollkommen: Kärtchen einsammeln und Patienten weiterschicken, denn dafür gibt es – im Gegensatz zu Gesprächsleistungen – kein einschränkendes Budget.

Worin wir ganz groß geworden sind, das ist im Verwalten von Krankheiten. Disease Management Programme (DMP) sind Krankheitsverwaltungsprogramme, und das ist Programm: Bezeichnenderweise geht es nicht darum, Patienten, Menschen, Kinder, zu behandeln, sondern deren Krankheiten zu verwalten, am besten gleich mehrere, denn kein Begriff wird heute großzügiger angewandt als der der „Komorbiditäten“. Dass das mit den diagnosebezogenen Abrechnungssystemen zu tun hat, weiß jeder, aber wir arrangieren uns mit diesem zutiefst inhumanen System, in dem das Individuum in einzelne Organsysteme und deren Morbiditäten zerlegt wird, weil wir alle davon und damit leben. „Schleusen“ wir Menschen (die

nicht immer, aber auch Patienten sind) in DMP ein und behandeln wir sie „leitliniengerecht“, dann haben wir sie optimal verwaltet – ob wir ihnen damit einen Gefallen tun oder uns nur aus der Verantwortung stehlen, sei dahingestellt.

So müssen wir uns fragen, was wir sein wollen: Der Internist und Medizinhistoriker Hermann Kerschensteiner (1873–1937) hat den viel zitierten Satz geschrieben: „Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur“ – und immer wieder haben geistvolle Köpfe darüber nachgedacht, was eigentlich an diesem Gemisch von Wissenschaft, Kunst, Handwerk, Liebestätigkeit und Geschäft das Wesentliche ist. Heute sind zum Wissenschaftler, Künstler, Handwerker, Gutmenschen und Geschäftsmann noch die Funktionen des „Gatekeepers“ dazu gekommen: Desjenigen, der über Krankschreibungen und dem Zugang zu den „Leistungen“ der Gesundheitsindustrie entscheidet, er ist zum Leistungserbringer degradiert und soll am liebsten leitlinienorientierter Kochbuchmediziner sein. Aber wenn wir selbst zum Arzt gehen, an wen wenden wir uns? Nicht an den formal zuständigen, „einen“ Arzt, sondern an „den“ Arzt, den Arzt unseres Vertrauens.

**Dr. med.
Stephan Heinrich
Nolte**

Kinder- und
Jugendarzt,
Psychotherapeut,
Fachjournalist
und

freier Kulturwissenschaftler,
Lehrbeauftragter
der Philipps-Universität Marburg
E-Mail: shnol@t-online.de

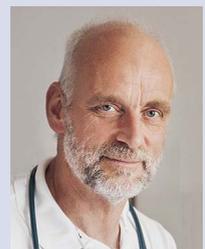


Foto: Angelika Zinkow

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder. Die Literaturhinweise finden sich in der Online-Ausgabe.

Buchtipps: Dr. med. Stephan Heinrich Nolte: „Heilen oder Behandeln? – Reflexionen zu ärztlichem Wirken heute. Mabuse-Verlag 2022, 22 €

Literatur zum Artikel:

„Der ärztliche Beruf ist wunderlicher Natur“

von Dr. med. Stephan Heinrich Nolte

- [1] Nolte SH: Dr. Knock und der Knockismus oder warum unser Gesundheitssystem ein Selbstläufer ist. *Kinder- und Jugendarzt* 41 (2010) 603–605
- [2] Beck D: Das „Koryphäen-Killer-Syndrom“. *Dtsch med Wschr* 1977. 102: 303–307
- [3] Glanz JM et al: A Population-Based Cohort Study of Undervaccination in 8 Managed Care Organizations Across the United States. *JAMA Pediatr.* 2013;167(3):274–281.
- [4] Nolte SH: Von der freiwilligen Prävention zur verpflichtenden Vorsorge: Ein Paradigmenwechsel in der Kinderheilkunde. In: Haehner-Rombach S.: *Geschichte der Prävention MedGG 2015, Beiheft 54*, 243–254
- [5] Anvertraut oder Ausgeliefert: das Arzt-Patientenverhältnis in der Pädiatrie. *Kinderärztliche Praxis* 87 (2016) 329–332
- [6] Nolte SH: Der „rote Faden“ in der Kinder- und Jugendarztpraxis. *pädiat. prax.* 82 (2014) 355–358

Physician Assistant – synergistisches Miteinander

Sehr geehrter Herr Dr. Stümer, in Ihrem Beitrag im Hessischen Ärzteblatt 02/2022 fordern Sie „normale Ärzte“ dazu auf „deutlich zu machen, dass wir Ärzte an der Basis kein Interesse an der Abschaffung unseres Berufsstandes durch Physician Assistants haben“. Auch wenn wir nicht sicher sind, ob wir Ihre Normalitätskriterien erfüllen, kommen wir Ihrem Aufruf gerne nach.

Selbstverständlich haben auch wir kein Interesse an der Abschaffung des ärztlichen Berufsstandes durch Physician Assistants, aber wer hat das schon? Im Gegenteil, wir haben ein großes Interesse daran, den ärztlichen Berufsstand zu stärken und die Arbeitsbedingungen für ärztliches und nicht-ärztliches Personal in diesem Land deutlich zu verbessern, und zwar mit der Hilfe von Physician Assistants.

Warum das notwendig ist? Lesen Sie den Beitrag, der dem Ihnen im Hessischen Ärzteblatt folgt: Unter der Überschrift „Allen fehlt Zeit und Energie“ berichtet eine ärztliche Kollegin über die prekären Bedingungen, unter denen ärztliche Weiterbildung in Deutschland abläuft [1]. Wie die Kollegin schildert, „wurde die Personaldecke in allen Bereichen in der jüngeren Zeit dünner, sodass wir auch die Aufgaben von nicht ärztlichen Kollegen zum Teil mitkompensieren“. Sie beschreibt keinen Einzelfall [2].

In einem Gesundheitswesen, um das es derart bestellt ist, davon auszugehen, dass Physician Assistants (PA) die Ärzteschaft abschaffen werden, ist absurd.

Woher rührt Ihre Angst? Warum „ist der PA in Kombination mit dem Boom von MVZ-Verbänden eine Bedrohung“?

Sie argumentieren, „PA sind günstiger... langfristig wird es dazu führen, dass es weniger niedergelassene Kollegen gibt“. Hier werden Ursache und Wirkung verwechselt. Schon jetzt fehlen Ärztinnen und Ärzte an allen Ecken, zum Teil gibt es wagemutige Ideen für Entsendung und Telemedizin, wie jüngst im Deutschen Ärzteblatt zu lesen [3]. Sie dagegen machen geltend, „es könnten wieder Zeiten

mit arbeitslosen Ärzten anbrechen“. Sie haben sicher gut recherchiert und penibel kalkuliert, wenn Sie ausführen, dass „wir“ mit „immer neuen medizinischen Fakultäten“ „gerade auf dem besten Weg aus dem Ärztemangel sind“. Für diese Aussage hätten wir uns einen Evidenzbeleg gewünscht.

Im Gegenteil: Das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland hat berechnet, dass bundesweit zwischen 3.000 und 6.000 Studienplätze pro Jahr im Fach Humanmedizin fehlen [4]. Die reine Quantität oder gar Angst vor Arbeitslosigkeit muss Sie daher nicht gegen PAs aufbringen.

Auch Polemik darf ihren Platz im demokratischen Diskurs haben, leider überspitzen Sie an mehreren Stellen bis zur Falschaussage, zum Beispiel: „der PA soll jegliche Diagnostik übernehmen“ oder „also sieht der Arzt den Patienten bald nur noch sedierte und irgendwann nicht einmal das“. Phantasie kann ein wunderbares Werkzeug sein, nicht jedoch, wenn sie dazu führt, derartig unplausible Szenarien zu generieren. Die Hoheit über an PAs delegierte ärztliche Tätigkeiten bleibt bei Ihnen als Arzt und Ihren Kolleginnen und Kollegen [5].

Es hat nicht den Anschein, als hätten Sie mit Physician Assistants schon zusammengearbeitet, denn dann wüssten Sie, wie diese Berufsgruppe erfolgreich eingebunden wird: nämlich im synergistischen Miteinander von zwei verschiedenen Berufen in einem interdisziplinären Team, zu dem natürlich noch weitere Professionen gehören. Vielleicht lesen Sie einmal entsprechende Berichte dazu, wie Sie sie in jeder Ausgabe der Fachschrift Physician Assistant (www.physician-assistant.net) finden. Gern lassen wir Ihnen ein kostenloses Exemplar zukommen.

Oder Sie schauen einmal bei Youtube vorbei. In dem Beitrag „Auf einen Kaffee mit Daria Hunfeld“ erläutert die Physician Assistant unter anderem, was Aufgaben unter Arztvorbehalt und ärztliche Kernaufgaben sind, welche nicht delegiert werden

können (<https://www.youtube.com/watch?v=9IIOfAzNZIE>). Frau Hunfeld erläutert auch, wie die Zusammenarbeit im Team funktionieren kann. Sie ist übrigens Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Physician Assistants, dem Berufsverband der PA in Deutschland, der jederzeit für Fragen zum Berufsbild zur Verfügung steht (<https://www.linkedin.com/company/dgpa-gpapa/about/>) und diesen Brief mitzeichnet.

Lieber Herr Stümer, Sie haben gebeten, dass die Leserinnen und Leser Ihres Beitrages in ihren Antworten „keine Romane schreiben“, daher nur noch eine letzte Information: Ärztinnen und Ärzte, die seit längerem an PA delegieren, sind in der Regel mit diesen sehr zufrieden, beurteilen die Arbeitsqualität von PA nach dem Schulnotenprinzip im Mittel mit 1,57 als gut und fühlen sich in der eigenen Arbeit deutlich entlastet [6].

Also, haben Sie keine Angst vor der vermeintlichen Konkurrenz. Lernen Sie die Zusammenarbeit mit PA kennen und Sie werden sehen: Es gibt viele gute Gründe PAs ins Team zu holen, um den ärztlichen Berufsstand zu stärken.

Für weitere Fragen zum Berufsbild der Physician Assistants stehen wir Ihnen selbstverständlich gern zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen
im Namen des DHPA – Deutscher Hochschulverband Physician Assistant e. V.

Prof. Dr. med. Tanja Meyer-Treschan

Prof. Dr. med. Peter Heistermann

Prof. Dr. med. Stefan Sesselmann

Prof. Dr. med. Claudia Heilmann

und der

DGPA – Deutsche Gesellschaft für Physician Assistants e. V.

Daria Hunfeld, Aike Abeln,

Patrick Klein,

alle Physician Assistant B.Sc.

Die Quellenhinweise zu diesem Leserbrief finden sich in der Online-Ausgabe, abrufbar unter www.laekh.de, Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

Physician Assistant: Antwort des Autors

Sehr geehrte Damen und Herren, vielen Dank für Ihre Antwort auf o. g. Beitrag. Ich distanziere mich zunächst klar von Ihren Vorwürfen der Falschaussage und Polemik.

Leider antworten Sie nicht auf meine gänzlich mit Quellen hinterlegte Kritik. Sie gehen z. B. mit keinem Wort auf meine Argumente bzgl. Fehlmedikation, attestiertes mangelndes Problembewusstsein, Ersatz von Assistenzarztstellen durch Physician Assistants (PA) in Managementzeitschriften und fragliche Qualitätssicherung ein. Warum nicht?

Bezüglich Ihrer emotionalisierenden Aussagen zur angeblichen Entlastung der Ärzteschaft und deren Wunsch nach Hilfe durch PA sei auf den Monitor 2019 des Marburger Bundes verwiesen. Nur 10 % der befragten Ärzte wollten eine Entlastung durch PA. Mehr als 75 % wünschten jedoch, was uns wirklich weiterhelfen würde: eine Entlastung durch die Verwaltung! [1]

Ihr Argument, man könne noch nie mit PA gearbeitet haben, wenn man kein begeisterter Anhänger der Substitution ärztli-

cher Leistungen ist, entbehrt jeglicher faktischen Begründung. Zudem werfen Sie Nebelkerzen, wenn es um die Letztverantwortung des Arztes geht. Was nutzt es, für delegierte ärztlichen Tätigkeit zu haften, wenn man diese nicht ausreichend kontrollieren kann?

Sie haben übrigens Recht mit Ihrer Einschätzung meiner Vorliebe für sorgfältige Quellenarbeit. Wenn man sich allerdings die von Ihnen genannte Studie zum Ärztemangel genauer durchliest, so stellt man fest: Sie arbeitet mit Daten von 2019, die einen Teil der von mir angegebenen und auch darüber hinaus gehende Studienplätze nicht enthalten (Staatlich: Bayreuth, Bielefeld, Chemnitz, etc.; privat: Hamburg, Berlin, etc.) [2–6].

Im Ausland Studierende werden zudem nicht eingerechnet [2]. Zuletzt werden in besagtem Paper Ärzte erst 15 Jahre nach Studienbeginn als an der Patientenversorgung Beteiligte gerechnet, da es sich um eine Bedarfsrechnung für Vertragsärzte handelt [2]. Das heißt eine Entlastung durch mehr Studienplätze macht sich bereits Jahre vorher bemerkbar.

Einem „Hochschulverband“ hätte ich eine sorgfältigere Quellenarbeit zugetraut.

Unrealistisch ist das von mir entworfene Szenario zudem nicht. Warum sollte es in Deutschland anders verlaufen als in anderen Ländern, in denen PA z. B. Endoskopien durchführen, was übrigens auch hierzulande bereits öffentlich von Befürwortern in Aussicht gestellt wurde [7].

Wenn Sie tatsächlich Interesse haben an einem argumentativen Austausch, so stehe ich gern für eine öffentliche Diskussion zur Verfügung. Natürlich unter der Voraussetzung, dass Argumente und Fakten ausgetauscht werden und nicht nur persönliche Beleidigungen und Werbung für Ihre Social-Media-Aktivitäten. Ich freue mich auf Ihre Antwort und verbleibe mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. Jonathan Stümer

Die Quellenhinweise finden sich in der Online-Ausgabe, abrufbar unter www.laekh.de, Rubrik Hessisches Ärzteblatt.

Leserbrief zum Artikel „Sponsoring der ärztlichen Fortbildung“ von Dr. jur. Albrecht Wienke et al., HÄBL 02/2022, S. 118

Fortbildung ohne Sponsoring durch die Industrie

Die Ausführungen zum Pharmasponsoring sind leider sehr einseitig. Sie blenden weitgehend die Perspektive derer aus, die es durchaus schaffen, solche Veranstaltungen ohne Unterstützung durch Pharmaindustrie und Medizinproduktehersteller durchzuführen, sondern charakterisiert sie indirekt als überwiegend zweit- oder dritrangig. Fakt ist:

- Industrie-gesponserte medizinische Bildung stellt immer auch Werbung dar [1]. Das wird vor allem durch Themen- setzung und Förderung von industriena- hen Referierenden erreicht. Veranstaltungen, die darauf verzichten, befinden sich dabei in einem unfairen Wettbewerb, denn sie müssen alles ohne diese Unterstützung stemmen. Da-

von ist z. B. auch die Bildungsakademie der Landesärztekammer in Bad Nauheim betroffen.

- Ärztinnen und Ärzte verdienen keineswegs weniger als andere akademische Berufe, die sich ihre Fortbildung ohne solche Industrieunterstützung finanzieren. Sowohl die Landesärztekammer Hessen mit ihren verschiedenen Fortbildungsangeboten als auch die Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin und Familienmedizin (DEGAM) schaffen es seit vielen Jahren, ihre Veranstaltungen ohne solches Sponsoring durchzuführen. Wer genau so denkt, ist hier sehr willkommen- auch wenn es mehr kostet.
- Großveranstaltungen und Treffen im Ausland sind unter dem Klimaaspekt

problematisch und zu hinterfragen. Sie sollten zu einem großen Teil durch Online-Formate ersetzt werden. Diese sind dann durchaus über Teilnahmegebühren finanzierbar.

- Stände bei Kongressen werden durch die Marketingabteilungen der Unternehmen geplant und besetzt. Wer den wissenschaftlichen Diskurs sucht, sollte direkt mit dem Bereich Forschung und Entwicklung Kontakt aufnehmen.

Statt industriegesponserte Veranstaltungen zu rechtfertigen, sollten wir daran arbeiten, dieses Sponsoring zunehmend aus unserer Fortbildungskultur zu verbannen.

Prof. Dr. med. Erika Baum
Biebenthal

[1] Fugh-Berman A: Industry-funded medical Education is always promotion. *BMJ* 2021;373: n1273

Literatur zum Leserbrief:

Physician Assistant – synergistisches Miteinander

von Prof. Dr. med. Tanja Meyer-Treschan et al.

- [1] Korzilius H. MB-Monitor 2019: Ärzte fühlen sich überlastet. Dtsch Arztebl. 2020;117(5):A-186/B-168/C-164.
- [2] Anonym. Allen fehlt Zeit und Energie. Hess Arztebl. 2022;(02), S. 91
- [3] Ärztemangel: Rotationsmodell für Sachsen-Anhalt vorgeschlagen. Dtsch Arztebl [Internet]. 10. Januar 2022; Verfügbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/treffer?mode=s&wo=1041&typ=1&nid=130703&s=arztmangel/> Kurzlink: <https://kurzelinks.de/huqx>
- [4] Kroll LE, Schulz M, Hering R, Czihal T, von Stillfried D. Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland. Zi-Paper; 2019.
- [5] Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung. Persönliche Leistungserbringung – Möglichkeiten und Grenzen der Delegation ärztlicher Leistungen [Internet]. Delegation. 2008 [zitiert 30. Juli 2020]. Verfügbar unter: <https://www.bundesaerztekammer.de/richtlinien/thematische-uebersicht/delegation/> Kurzlink: <https://kurzelinks.de/kszt>
- [6] Meyer-Treschan TA, Stegemann A-K, Sebastian J, Hatwich S, Beiderlinden M, Siepe R, u. a. Gesundheitsversorgung in Deutschland durch Mitarbeit von Physician Assistants im ärztlichen Team. Gesundheitswesen. Efirst 25.02.2022 <https://www.thieme-connect.com/products/ejournals/issue/eFirst/10.1055/s-00000022> Kurzlink: <https://kurzelinks.de/e30w>

Literatur:

Physician Assistant: Antwort des Autors

von Dr. med. Jonathan Stümer

- [1] <https://www.marburger-bund.de/sites/default/files/files/2020-01/MB-Monitor-2019-grafische-Gesamtauswertung.pdf>; oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/xwt2/> Stand vom 06.03.2022
- [2] Zi-Paper 14/2019: „Bedarfsprojektion für Medizinstudienplätze in Deutschland“, Dr. Lars Eric Kroll et al. Abrufbar im Internet unter: https://www.zi.de/fileadmin/images/content/Publikationen/Zi-Paper_14-2019_Bedarfsprojektion_fuer_Medizinstudienplaetze.pdf oder via Kurzlink: <https://kurzelinks.de/7uj5/> Stand vom 06.03.2022
- [3] <https://www.hochschulstart.de/startseite/statistik/> Stand vom 06.03.2022
- [4] <https://www.asklepios.com/ach/> Stand vom 06.03.2022
- [5] <https://www.medicalschool-hamburg.de/studiengaenge/fakultaet-medizin-universitaet/> Stand vom 06.03.2022
- [6] <https://www.medicalschool-berlin.de/studiengaenge/fakultaet-medizin-universitaet/> Stand vom 06.03.2022
- [7] Marburger Bund Zeitung Nr. 10/2020 vom 17. Juli 2020, Seite 4

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © eyetronic – stock.adobe.com

Goldenes Doktorjubiläum

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

| Mandatsverzicht | mit Datum vom | Nachrücker |
|--|---------------|--|
| Dr. med. Jan Bauer Liste 3 Marburger Bund | 18.02.2022 | Dr. med. Helge-Lothar Förster Liste 3 Marburger Bund |
| Christiane Dormann Liste 10 Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen | 09.03.2022 | Peter Bunders Liste 10 Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen |

Der Virchowbund ändert seinen Verbandsnamen

Neuer Verbandsname: Aus dem „NAV-Virchow-Bund“ wird der „Virchowbund, Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands e.V.“ – kurz „Virchowbund“. Im Jubiläumsjahr – Rudolf Virchow wäre kürzlich 200 Jahre alt geworden – wurde beschlossen, den kürzeren Verbandsnamen im Rahmen einer Satzungsreform zu übernehmen. „Indem wir uns als ärztlicher Berufsverband ausdrücklich auf den Arzt und Politiker Rudolf Virchow beziehen, unterstreichen wir das Zusammenspiel von Wissenschaft und Politik sowie die breite soziale und gesellschaftliche Wirkung von Medizin“, erklärt der Bundesvorsit-

zende Dr. med. Dirk Heinrich. Die Namensanpassung umfasst auch die explizite Nennung der Ärztinnen. In der neuen Satzung stehen die männlichen und die weiblichen Ausdrucksformen gleichberechtigt nebeneinander. Zudem wird mit einer Geschlechterquote im Bundesvorstand eine ausgewogenere Besetzung von ehrenamtlichen Funktionen angestrebt. Der Virchowbund ist nach eigenen Angaben der einzige freie ärztliche Verband, der ausschließlich die Interessen aller niederlassungswilligen, niedergelassenen und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete vertritt. (red)

Bezirksärztekammer Frankfurt

Bezirksärztekammer Gießen

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB): Angebot für Menschen mit Behinderung

Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung: Menschen mit Behinderungen, von Behinderung bedrohte Menschen und ihre Angehörigen können sich mit allen Fragen zur Teilhabe kostenfrei an eine der 40 EUTB-Beratungsstellen (Haupt- und Nebenstellen) in Hessen wenden. Das Projekt wird gefördert vom Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS). Alle EUTB-Beratungsstellen arbeiten unabhängig von Kostenträgern und verstehen sich als Ergänzung zu



sonstigen privaten oder staatlichen Beratungsstellen.

Link: www.teilhabeberatung.de/beratung/beratungsangebote-der-eutb/, dort das Bundesland „Hessen“ auswählen.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

eHBA-Nr. 80276001081900000000
ausgestellt am 30.08.2021 für Dr. med.
André Dupin, Neu-Anspach

Arztausweis-Nr. 60063237 ausgestellt
am 20.01.2020 für Dr. med.
Carsten Feldmann, Lahntal

Arztausweis-Nr. 60056967 ausgestellt
am 17.12.2018 für Dr. med.
Jasmin Groß-Bassyouni, Bad Vilbel

Arztausweis-Nr. 60170178
ausgestellt am 27.01.2022 für
Adolfo Salgueiro-Romao, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081611000000
ausgestellt am 28.10.2021 für
Gabriele Sandig, Bensheim

Arztausweis-Nr. 60051303 ausgestellt
am 06.12.2017 für Gabriele Sandig,
Bensheim

Arztausweis-Nr. 60047832 ausgestellt
am 27.03.2017 für Thomas Vogel,
Darmstadt

Dr. med. Adrian

Moise ist seit Januar 2022 Chefarzt der Abteilung Psychosomatische Rehabilitation der Hardtwaldklinik II in Bad Zwesten (Wicker-Kliniken). Als Psychosomatiker, Psychiater und Neurologe mit Zusatzweiterbildung im Rehabilitationswesen hat Moise in den vergangenen Jahren psychosomatische Kliniken in seiner Funktion als Chefarzt



Foto: Patrick Böttcher

geleitet – zuletzt eine psychosomatische Rehabilitationsklinik in Sachsen.

Prof. Dr. med. Michael Knipper aus dem Institut für Geschichte der Medizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen ist auf die W2-Professur für Global Health, Migration und Kulturwissenschaften in der Medizin an der JLU berufen worden.



Foto: Katriona Friese

Ambulante Gesundheitsversorgung: Neue Wege in Wiesbaden

Der Ärzte Club Wiesbaden e. V. (ÄCW) lädt ein:

Termin: Mittwoch, 27. April 2022
18 Uhr

Ort: Museum Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

Plattform zum persönlichen kollegialen Austausch für alle Ärztinnen, Ärzte und dem Gesundheitswesen nahestehenden Berufsgruppen in Wiesbaden und Umgebung.

Grußwort: Kai Klose, Hessischer Minister für Soziales und Integration

Der Eintritt für die Abendveranstaltung ist frei; Zugang nur für vollständig Geimpfte oder Genesene.

Anmeldung bis zum 25. April 2022 an Claudia Terhedebrügge,
E-Mail: claudia.terhedebruegge@t-online.de

Vorträge:

- Wie wollen Sie im Alter leben? Referent: Prof. Dr. Thomas Kolb (Gesundheitsökonom, Wiesbaden)
- Gegenwart und Zukunft: Sicht und Vision der niedergelassenen Ärzte. Referent: Christian Sommerbrodt (KV Hessen, Hausärzteverband, ÄCW)
- Welche Zukunft in der ambulanten Patienten/-innen-Versorgung wünscht die Stadt Wiesbaden? Referentin: Nicole Grimm (EGW Gesellschaft für ein gesundes Wiesbaden)
- Curandum: Eine innovative Verbundstruktur Gesundheitsdienstleistender – beispielhaft? Referentin: Dr. med. Susanne Springborn (Hausärztin, Curandum, ÄCW)

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Wir gratulieren zum zehnjährigen Berufsjubiläum:

Wir gratulieren zum mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:



**Uta Meyding-Lamadé,
Martin Stangel, Jörg Weber (Hrsg.):
Neuroinfektiologie**

Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2021,
ISBN 9783662616680, 500 S. mit Abb.,
Hardcover, 77,75 €

Infektionskrankheiten begleiten die Menschen seit Anbeginn der Menschheitsgeschichte. Im klinischen Alltag waren erregerbedingte Erkrankungen schon vor der Corona-Pandemie genauso lebensbedrohlich und behandlungsbedürftig wie beispielsweise der Schlaganfall. Seit der Corona-Pandemie interessieren wir uns auf einmal alle für Übertragungswege, Verbreitung, Gendatenbanken, Verwandtschaftsgrade einzelner Erreger, Auswirkungen eines Erregers auf die Physiologie des Menschen. Aber schon seit vielen Jahren begleiten uns Infektionserkrankungen mit endemischen, epidemischen und pandemischen Ausmaßen wie beispielsweise das Influenzavirus oder das zeckenübertragene Frühsommer-Meningoenzephalitis-Virus (FSME).

Die Neuroinfektiologie umfasst Tausende verschiedener Erreger, die Erkrankungen des Nervensystems auslösen können. Wie wir in der Corona-Pandemie schmerzlich lernen, können jederzeit Erkrankungen auftreten, die die Welt – unabhängig vom Reichtum der einzelnen Länder – innerhalb kürzester Zeit verändern. Robuste Gesundheitssysteme verfügen über Kenntnisse und Kapazitäten, um solchen Herausforderungen zu begegnen – ein wichtiger Baustein ist aber die Kenntnis der Infektionskrankheiten. Der enorme Wissenszuwachs in der Neuroimmunologie, den zerebrovaskulären Erkrankungen, der Neurogenetik sowie der Bewegungsstörungen zeigt, dass das Wissen über Diagnostik, Differentialdiagnose und Therapie essenziell für die Behandlung und das spätere Outcome der Patienten sind. Bislang fehlte ein Werk, das sich mit dem stetig wachsenden Teilgebiet der Neuroinfektiologie beschäftigt.

Das praxisorientierte Buch „Neuroinfektiologie“ fasst die wesentlichen Informationen zu den erregerbedingten Erkrankungen des Nervensystems zusammen. Die Gliederung ist didaktisch gut durchdacht, beginnend mit den Grundlagen über die klinischen Krankheitsbilder, spezifische Situation wie Reisemedizin bis hin zu Erregervignetten. Die klinischen Krankheitsbilder werden ausführlich dargestellt, in den im Anhang befindlichen Erregervignetten werden die Erreger kompakt als Nachschlagewerk dargestellt. Die einzelnen Kapitel behandeln unter anderem die rechtliche Aspekte, Übertragungswege, Taxonomie, diagnostische Methoden und Impfungen. Gesondert werden Reisemedizin, Infektionen in der Schwangerschaft, Infektionen bei Immunsuppression und bei geriatrischen Patienten ausführlich beschrieben. (red)

Gesundheits-Apps: Handreichung für Ärzte

Medizinische Apps gibt es in Hülle und Fülle. Sie können zum Beispiel den Blutdruck aufzeichnen oder an Medikamente erinnern. Seit Oktober 2020 können sich Patienten geprüfte Apps sogar verschreiben lassen. Die Handreichung „Gesundheits-Apps im klinischen Alltag“ von Bundes-



ärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung gibt Ärzten & Patienten einen Überblick über Nutzen und Risiken. Die Übersichtsseite findet sich im Internet: www.aezq.de/aezq/publikationen/gesundheits-apps/ Auch die Website www.aezq.de führt dorthin und der QR-Code.

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;
Jürgen Juncker, 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: DAAEDED3

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 4. Quartal 2021:
Druckauflage: 38.717 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.452 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 Verlags-
rechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Bei-
trägen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme
des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte
zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen
Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotoko-
pien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Ver-
wertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Gren-
zen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeila-
gen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für
unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. über-
nimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete
Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln