



## Reines Ried

### Aktion gegen Arzneimittelrückstände

#### **Ambulanter Herzkatheter**

CME-Artikel zur Indikationsstellung, Durchführung und Nachsorge in der ambulanten kardiologischen Versorgung

#### **Seit 60 Jahren MFA**

Im Interview berichtet Lore Kranz unter anderem über die vielen Veränderungen in ihrem Berufsalltag

#### **Selbst entscheiden**

Das Würdezentrum in Frankfurt setzt sich für eine selbstbestimmte Behandlung am Lebensende ein

# Schieflagen

Vor uns liegt ein heißer, aber zugleich kühler Herbst. Heiß, weil der russische Angriffskrieg gegen die Ukraine leider noch immer nicht beendet ist und täglich weitere Todesopfer zu beklagen sind. Kühl, weil die energiewirtschaftlichen Folgen dieses Krieges uns alle zwingen, so viel Energie wie möglich einzusparen. Das ist absolut nachvollziehbar und dennoch muss den politisch Verantwortlichen wohl noch deutlicher als bisher gemacht werden, dass es Bereiche gibt, in denen die Innentemperatur nicht abgesenkt werden kann. Dazu zählen vor allem Pflegeheime, Krankenhäuser und Arztpraxen.

Die Hände können wir gerne mit kaltem Wasser waschen, denn mit warmem Wasser werden unsere Hände nicht sauberer oder keimärmer. Entscheidend sind bekanntermaßen der Gebrauch von Seife und ausreichend langes Einseifen. Doch alte und kranke Menschen benötigen eine ausreichende Innentemperatur. Die entsprechende Heizenergie muss daher nolens volens eingesetzt und natürlich auch bezahlt werden. Exorbitante Energiepreissteigerungen dürfen nicht dazu führen, dass Krankenhäuser Insolvenz anmelden müssen oder Praxen ihren Betrieb einschränken oder gar ebenfalls einstellen müssen. Hier brauchen die Gesundheitseinrichtungen dringend spürbare finanzielle Entlastung. Verbale Absichtserklärungen des Gesundheitsministers, die Kliniken auf keinen Fall im Stich zu lassen, müssen endlich konkrete Maßnahmen folgen, aber auch für Pflegeeinrichtungen, Physiotherapiepraxen und natürlich Arztpraxen.

Die unsägliche Forderung der gesetzlichen Krankenkassen nach einem Einfrieren der Vergütung für ärztliche und psychotherapeutische Leistungen macht mich sprachlos und wütend, so dass ich mir einen weiteren Kommentar an dieser Stelle verkneife.

Ähnlich erging es mir bei der Antwort der Bundesregierung (BT-Drs. 20/3103) auf eine Kleine Anfrage. Darin wird bestätigt: „Die aktuell gültige Fassung der GOÄ bildet das aktuelle medizinische Leistungsgeschehen weder hinsichtlich der Leistungsbeschreibungen noch hinsichtlich der Bewertung der ärztlichen Leistungen adäquat ab.“ Darüber hinaus bestehe aufgrund der veralteten GOÄ grundsätzlich eine Schieflage der Bewertungen zugunsten technischer Leistungen.

Zur Erinnerung: Im Mai 2022 übergab Bundesärztekammerpräsident Reinhardt auf dem Deutschen Ärztetag das erste gedruckte Exemplar der neuen GOÄ an Bundesgesundheitsminister Lauterbach, das zwischen der Ärzteschaft, der Privaten Krankenversicherung und der Beihilfe abgestimmt und in kleinteiliger Arbeit zusammen mit Fachgesellschaften und Berufsverbänden erarbeitet wurde. Obwohl die Regierung also die dringliche Notwendigkeit sieht, eine neue GOÄ in Kraft zu setzen, gibt es offensichtlich keinen zeitlichen Plan noch den Willen von Herrn Lauterbach für das weitere Voranschreiten. Wertschätzung sieht anders aus. Es wirkt, als ob der Minister nicht nur in dieser Sache, sondern scheinbar gänzlich in einer anderen Welt lebt als wir an der Basis. Nun will ich keineswegs behaupten, dass die Zeiten einfach sind und es nur wenige Herausforderungen gibt. Dennoch sehe ich die Regierung in der Pflicht – ungeachtet der selbstverständlich un-

abdingbaren Reaktion auf tagesaktuelle Ereignisse – mittel- und langfristig benötigte Weichenstellungen vorzunehmen. Dazu gehört zweifelsohne die Reform der Krankenhauslandschaft und zwar unter Einbindung von Praktikern, selbst wenn diese ihren Wohnsitz nicht in Berlin haben sollten.

Die Digitalstrategie der Regierung hat gerade wieder einen Dämpfer erlitten. Das von der Gematik vorgesehene Verfahren, e-Rezepte mittels Versichertenkarte abzurufen, ist beim Datenschützer durchgefallen. Nachdem bereits zuvor das Video-Ident-Verfahren für die elektronische Patientenakte aus Sicherheitsgründen gestoppt werden musste, halte ich das Ziel der Bundesregierung, dass bis 2025 mindestens 80 Prozent der gesetzlich Versicherten über die elektronische Patientenakte „verfügen“ und Medikamentenrezepte standardmäßig auf elektronischem Wege statt auf Papierzettel übermittelt werden, leider schlicht für unrealistisch, auch wenn das sehr wünschenswert wäre. Welcher, vor allem ältere Patient geht in die nächste Postfiliale, sofern eine solche überhaupt in akzeptabler Nähe liegt, um dort das Post-Ident-Verfahren durchzuführen? Ich wage sogar die Behauptung, dass es viele Bürgerinnen und Bürger gibt, denen dieses Verfahren gar nicht bekannt ist. Da ist es kein Wunder, dass die seit 2021 angebotene ePA nur von ungefähr 500.000 Versicherten genutzt wird. Um die 80-Prozent-Marke zu erreichen, müssten knapp 57 Millionen der 71 Millionen gesetzlich Versicherten die ePA nutzen. Bis es soweit ist, liegt noch ein weiter und vermutlich steiniger Weg vor uns. Hoffentlich täusche ich mich mit dieser Einschätzung, denn der Nutzen einer gut strukturierten, elektronischen Patientenakte ist für alle Beteiligten enorm. Vielleicht könnte hier ja die elektronische Identifikation über den Personalausweis endlich sinnvoll genutzt werden – diese Möglichkeit ist seit Jahren vorhanden. Fast jeder dürfte inzwischen über den entsprechenden „Perso“ verfügen. Stattdessen wird nun wieder nach neuen Identifikationsmöglichkeiten über die lebenslange Steueridentifikationsnummer nachgedacht. Da kann ich nur sagen: „Schilda“ liegt mitten in Deutschland.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski  
Präsident



Foto: © Cezanne Fotografie – stock.adobe.com

## Aktion: Reines Ried

Eingenommene Medikamente werden zum größten Teil unverändert ausgeschieden und können so ins Grundwasser gelangen. Eine Arbeitsgruppe mit Beteiligung der Landesärztekammer Hessen will dazu beitragen, Arzneimittelrückstände nachhaltig zu reduzieren.

620



Foto: privat

## Seit 60 Jahren Medizinische Fachangestellte

Über sechs Jahrzehnte arbeitet Lore Kranz nun schon als MFA. Im Jahr 1962 im Alter von 17 Jahren eingestiegen, hat Kranz noch eine völlig andere (Arbeits-)welt erlebt. Im Interview spricht sie über die Veränderungen und ihre Wünsche für kommende MFA.

630

**Editorial:** Schieflagen ..... 607

**Aus dem Präsidium:** Die Verhältnismäßigkeit der Dinge ..... 610

### Ärzttekammer

Bericht des Versorgungswerkes: Delegiertenversammlung am 21. September 2022 ..... 624

Zwei Resolutionen: Delegierte gegen ein Verbot der Ex-post-Triage/Kein Klinik- und Praxissterben durch Inflation! ..... 625

Neuer Leiter der Abteilung Ärztliche Weiterbildung der LÄKH ..... 643

### Fortbildung

CME: Die ambulante Herzkatheteruntersuchung ..... 611

### Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung ..... 632

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule ..... 638

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** ..... 651

■ **Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:** Öffentliche Ausschreibung ..... 656

### Mensch und Gesundheit

Weil Sterben zum Leben gehört: Das Würdezentrum in Frankfurt am Main ..... 619

Gewässer- und Trinkwasserschutz geht uns alle an: Landesärztekammer Hessen unterstützt Aktion „Reines Ried“ ..... 620

Kooperation der Organkrebszentren mit dem Hessischen Krebsregister: Siegel als Anerkennung ihrer Meldetätigkeit ..... 646

### Personalia:

Virchowbund: Dr. med. Franziska Gladisch übernimmt Landesvorstand in Hessen ..... 650

Neue Landesbeauftragte für Opfer von schweren Gewalttaten ..... 643

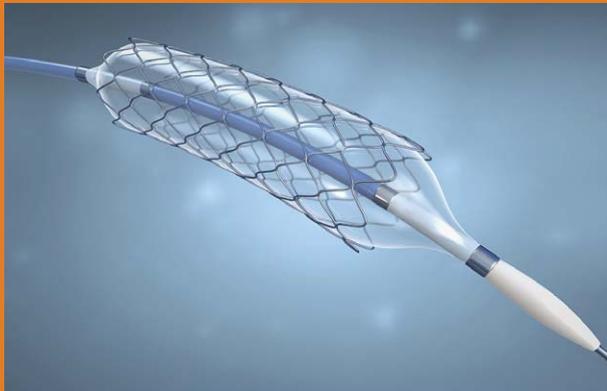


Foto: © Christoph Burgstedt – stock.adobe.com

### Ambulante Herzkatheteruntersuchung

Das Feld der interventionellen Kardiologie hat sich in den vergangenen Jahrzehnten rasant entwickelt. Die Autoren stellen in dem zertifizierten CME-Artikel Indikationsstellung, Durchführung und Nachsorge in der ambulanten kardiologischen Versorgung dar.

611



Foto: Lukas Reus

### Sterben gehört zum Leben

In Frankfurt setzt sich das Würdezentrum dafür ein, dass Menschen selbstbestimmt über ihre Behandlung am Lebensende entscheiden können. Ein Angelpunkt ist dabei das Konzept des Advance Care Planning (Behandlung im Voraus Planen, kurz BVP).

619

### Gesundheitspolitik

Das Verbot der Ex-post-Triage ist für Ärzte inakzeptabel ..... 626  
 Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ..... 643

**Junge Ärztinnen:** Der schmale Grat: Ist ärztliches Arbeiten mit dem Mutterschutzgesetz vereinbar? ..... 640  
**Junge Ärztinnen und Ärzte:** Arbeitsmotivation und Gleichberechtigung: Diese Themen bewegen den Nachwuchs ... 642

**Recht:** Achtung bei der Arbeitsteilung in einer Berufsausübungsgemeinschaft ..... 629  
**Im Gespräch:** „Jede Generation hat ihre eigenen Herausforderungen“: Lore Kranz arbeitet seit 60 Jahren als MFA ..... 630  
**155. Bad Nauheimer Gespräch:** Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann stellt die Initiative „Klug entscheiden“ vor 644

**Medizinische Fachangestellte:** „Vom Büro bis in den Heizungskeller“ – Lernort Carl-Oelemannschule ..... 628  
**Aus den Bezirksärztekammern:** Feier in Gießen: 92 Medizinische Fachangestellte haben bestanden ..... 648, 652  
**Nachruf:** Erinnerung an Prof. Dr. med. Hans Mausbach – Vorstreiter für eine demokratische Medizin ..... 645

**Leserbriefe** ..... 649/654  
**Impressum** ..... 660



### 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)

## Die Verhältnismäßigkeit der Dinge

Auf die Frage, wie es mir ginge, pflegte ich früher, optimistisch wie ich bin, immer zu antworten: „Danke, gut. Ich habe genug zu essen, habe ein Dach über dem Kopf, auf mich hat noch keiner geschossen.“ (Den Gefechtslärm der Straßenkämpfe während des Aufstandes 1956 in Budapest will ich an dieser Stelle mal verdrängen.)

Krieg, Inflation, sich abzeichnende Rezession lassen unsere medizinischen Themen etwas marginal erscheinen. Trotzdem und gerade in dieser schwierigen Zeit ist es wichtig, den ruhigen Blick für die Realität zu bewahren, angemessen zu agieren und nach Normalität zu streben.

In den nunmehr fast drei Jahren der Pandemie sind in Deutschland 150.000 Menschen im Durchschnittsalter von 83 Jahren an Covid-19 verstorben, davon ca. 60 % Männer. Der witzelnde Ton über die „Männergrippe“ früherer Jahre bekommt in diesem Zusammenhang einen anderen Klang...

Jährlich sterben über 120.000 Menschen an den Folgen des Rauchens. Es ist schwierig, hier über die Verhältnismäßigkeit und Sinnhaftigkeit der Dinge nachzudenken, ohne gleich der Ketzerei zu verfallen.

Während unser Bundesgesundheitsminister Professor Dr. Karl Lauterbach uns gedanklich mit dem Killervirus („Killervariante“) konfrontiert, warnt Bundesjustizminister Dr. Buschmann vor Panikmache. Einer von ihnen wird Recht haben und der andere irrt. Derweil sagt Dr. Reinhardt als Präsident der Bundesärztekammer, Gesundheitsminister Lauterbach (deutsche Approbation im Jahr 2010) sei kein Arzt. Rein formal erscheint mir diese Behauptung irrig, aber im praktisch-übertragenen Sinne könnte ich dem Gedankengang durchaus folgen.

Die Genesenzeit nach einer überstandenen Covid-19-Infektion beträgt bei uns drei Monate, in vielen Ländern der übrigen EU sechs, in der Schweiz neun Monate. Man könnte meinen, an dieser Stelle begegnen sich Politik, Wissenschaft und Gesellschaft auf Glatteis.

In den Jahren der Pandemie gab es durch Quarantäne, Isolierung, Ausgangssperren etc. diverse „Kollateralschäden“ die u. a. zur Zunahme von Immobilität, sozialer Isolierung, psychischen Störungen, Depression, Übergewicht, Alkoholkonsum und Diabetes mellitus (?) geführt haben. Den Problembereich von Homeschooling und Homeoffice, meinen wir, gerade überwunden zu haben. Nun ist es möglich, als neueste Errungenschaft heutiger Medizinikunst „DiGA“ (Digitale Gesundheitsanwendung, Apps, gesundheitsbezogene Computerprogramme, auch auf Handy abspiel-



Foto: Katarina Ivanisevic

„Einer wird  
Recht haben  
und  
der andere  
irrt!“

bar) zur Bekämpfung vorgenannter Erkrankungen zu Lasten der GKV zu verordnen. Die einzelnen DiGA sollen 100 bis 500 Euro kosten. Eine spannende Entwicklung! Laufschuhe ziemlich guter Qualität wären bereits für 100–130 Euro zu haben. Auf so eine Idee müsste unser Minister erst mal kommen und dem G-BA (Gemeinsamer Bundesausschuss) einen Ruck geben!

Auch Telemedizin (zeitgemäße Patientenbehandlung über Bildtelefonie) und die telefonische Krankmeldung haben ihre medizinischen und juristischen Tücken. In meiner kleinen, streng schulmedizinischen Hausarztpraxis habe ich während der Pandemie meine Patienten vor jeder Krankmeldung erst persönlich untersucht. Ein Fall von Angina tonsillaris, eine offene Lungentuberkulose und ein Fall mit Lungenkarzinom wären unerkannt oder erst mit erheblicher Verzögerung adäquat behandelt worden. Sie wollten nur eben mal

eine AU-Bescheinigungen für den Arbeitgeber...

Es sei an dieser Stelle auch und erneut die Frage gestellt, ob die Länder, die über ein flächendeckend verpflichtendes Primärarztssystem verfügen (Erstinanspruchnahme des Gesundheitssystems über den Hausarzt) bei der Bewältigung der Pandemie nicht besser weggekommen sind, als Staaten mit regelhaftem Direktzugang zu Krankenhäusern und Großambulanzen als Stätte der Erstversorgung. Diese Problemstellung wäre durchaus eine Studie wert. Auch in Bezug auf Ressourcenverwendung und Ärztemangel.

Deutschlandweit haben wir bereits 400.000 (!) berufstätige Ärztinnen und Ärzte auf aktuell 84 (!) Millionen Einwohner, 1990 waren es 240.000. In Ländern, wo Krieg und echte Not herrschen (bspw. Ukraine, Jemen), sind diese Zahlen nicht vergleichbar und leider ganz anders. Auch hier hielte ich einen kritischen Vergleich mit gegebenenfalls Überprüfung unseres Begriffs von „Ärztemangel“ für angebracht.

Am Martinstag ziehen die Kinder mit ihren Laternen durch die Nacht. Präsident Biden hat in den USA die Pandemie für beendet erklärt. St. Martin hat seinen Mantel mit dem Bettler geteilt, sein Pferd und Schwert behielt er. Womit wir bei der wehrhaften Demokratie angelangt wären.

Wünschen wir, dass Licht ins Dunkle kommt, unsere Politiker den richtigen Weg finden zu einer Welt in Frieden.

**Michael Andor**

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

# Die ambulante Herzkatheteruntersuchung

## Indikationsstellung, Durchführung und Nachsorge als wichtige Bausteine in der ambulanz-kardiologischen Versorgung

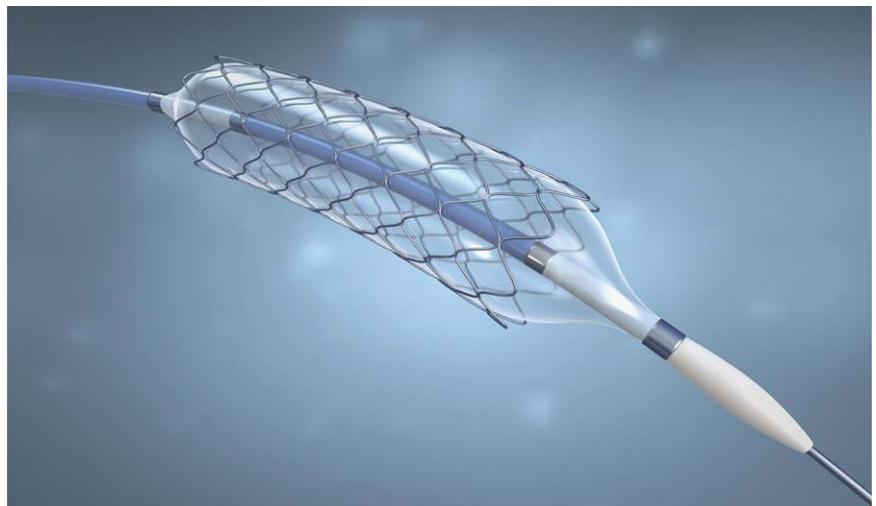
VNR: 2760602022288060000

Prof. Dr. med. Mariana Parahuleva, Dr. med. Jonas Görlach, PD Dr. med. Konstantinos Karatolios, Dr. med. Ortwin Khan, Dr. med. Gerhard Noeske, PD Dr. med. Christiane Neuhofer, Prof. Dr. med. Ali Erdogan

### Einleitung

Mitte des 20. Jahrhunderts wurden die Herzkranzgefäße erstmals von Mason Sones gezielt in einer Koronarangiographie dargestellt [1]. Die erste perkutane transluminale Angioplastie (PTCA), also die Aufweitung verengter Herzkranzgefäße mit einem Ballon, erfolgte 1977 in Zürich durch Andreas Grüntzig. Diese Möglichkeit der perkutanen koronaren Intervention (PCI) sowie die Entwicklung der zusätzlichen Stentimplantation in den 1980er-Jahren [2] führte zu einer rasanten Entwicklung im Bereich der (interventionellen) Kardiologie und insbesondere in der Behandlung ischämischer Herzerkrankungen als Folge der Atherosklerose an den Herzkranzgefäßen. In Akutsituationen wie dem akuten Koronarsyndrom (ACS) ist die Linksherzkatheteruntersuchung mit PCI als Goldstandard dem Akutkrankenhaus vorbehalten. Im Verlauf des chronischen Koronarsyndroms (CCS) – früher stabile Koronare Herzkrankheit (KHK) – stellt die elektive Durchführung einer diagnostischen Koronarangiographie mit gegebenenfalls direkter PCI bei relevanter Ischämie einen bedeutsamen Baustein in der kardiologischen Versorgung ambulant-angebundener Patienten dar.

Im Jahr 2019 wurden in Deutschland 875.684 Koronarangiographien und 360.108 PCI durchgeführt, so der Deutsche Herzbericht 2020, was im europäischen Vergleich hinsichtlich der Bevölkerungsdichte mit Abstand den höchsten Anteil ausmacht [3, 4]. Hierbei wurden 7,3 % der diagnostischen Untersuchungen und 3,0 % der PCI durch ambulant tätige Vertragsärztinnen und -ärzte abgedeckt [3, 4]. Allerdings ist die Indikationsstellung hierbei im Vergleich zur Versorgung des ACS differenzierter zu betrachten.



Stent und Ballonkatheter, 3D-Illustration.

### Indikation für die ambulante Diagnostik und Versorgung

Die Indikationsstellung zur ambulanten Koronarangiographie erfolgt regelhaft durch den niedergelassenen Kardiologen beziehungsweise auch durch den Fachinternisten und durch den Allgemeinmediziner. Eine leitliniengerechte Indikationsstellung ist hierbei äußerst wichtig [4]. Neben dem größten Bereich, der KHK, gibt es auch einige weitere Gründe, die eine ambulante Herzkatheteruntersuchung erforderlich machen können, was im Folgenden dargestellt werden soll.

### Koronare Herzkrankheit (KHK)

Sicherlich hat das gesteigerte Bewusstsein über die gesundheitlichen Folgen unserer Lebensweise in der Primärprävention, durch eine optimierte medikamentöse Therapie (OMT) sowie verbesserte diagnostische und therapeutische Maßnahmen hinsichtlich der Revaskularisierung in der Sekundärprävention dazu geführt,

dass die Inzidenz und Prävalenz sowie der Progress der KHK in Deutschland und Europa in den vergangenen 30 Jahren stetig abgenommen haben. Trotzdem bleibt die KHK die häufigste kardiovaskuläre sowie frühzeitige Todesursache bei Frauen und Männern gleichermaßen [5, 6].

Nun ist es für den niedergelassenen Arzt zunächst wichtig einzuschätzen, welche Patienten ein hohes Risiko für eine stenosierende KHK aufweisen, um diese einer invasiven Diagnostik zuzuführen.

Die neuen Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC, European society of cardiology) zum chronischen Koronarsyndrom (CCS, vormalig „stabile KHK“) aus dem Jahr 2019 [6] liefern hierfür einen stringenten Leitfaden und stärken insgesamt die Bedeutung der nicht-invasiven Diagnostik wie Stresstests (Stress-MRT oder Stress-Echokardiographie) oder Myokardszintigraphie sowie Cardio-CT-Untersuchung. Dabei richtet sich die Auswahl der nicht-invasiven Diagnostik nach der Vortestwahrscheinlichkeit (VTW) für eine stenosierende KHK, den

Foto: © Christoph Burgstedeit – stock.adobe.com

**Tabelle 1: Typische klinische Szenarien eines chronischen Koronarsyndroms [6]**

Verdacht auf KHK mit typischen AP-Beschwerden (mit/ohne Dyspnoe)
Verdacht auf KHK mit neuer/stark verschlechterter Symptomatik einer Herzinsuffizienz bzw. linksventrikulärer Dysfunktion
Symptomatische/asymptomatische Patienten mit stabilisierten Symptomen bei < 1 Jahr nach akutem Koronarsyndrom oder Revaskularisierung
Angina Pectoris-Beschwerden mit Verdacht auf mikrovaskuläre oder vasospastische Dysfunktion der Koronarien
Asymptomatische Personen mit durch Screening-Verfahren diagnostizierter KHK

zusätzlichen Komorbiditäten und der Expertise des Untersuchers. Die invasive Herzkatheteruntersuchung sollte demnach erst bei hoher klinischer Wahrscheinlichkeit für eine Hochrisikokonstellation oder einer ausgeprägten, durch Medikamente schwierig zu beherrschenden Symptomatik mit entsprechen-

dem Nachweis einer Ischämie am Herzmuskel, einer akut verschlechterten linksventrikulären Pumpfunktion oder Wandbewegungsstörungen erfolgen. In der ESC-Leitlinie 2019 zum CCS wurden mehrere klinische Szenarien für ein CCS vorgestellt (siehe Tab. 1).

**Tabelle 2: Angina Pectoris (AP) als Leitbefund des chronischen Koronarsyndroms [6, 7]**

<b>Typische Angina Pectoris</b>	<p><u>Es werden alle 3 Symptome erfüllt:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Retrosternale Schmerzen/Druckgefühl im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm</li> <li>2. Induktion durch körperliche Aktivität/emotionalen Stress, Kälteexposition, geblähten Magen</li> <li>3. Besserung innerhalb von ca. 10 Minuten in Ruhe und/oder durch kurzwirksame Nitratre</li> </ol> <p><u>Veränderte/fehlende Symptomatik möglich bei:</u> Diabetikern, Niereninsuffizienz, Frauen, Patienten &gt;75 Jahren, Herzoperierten/-transplantierten Hier häufiger: Übelkeit, Schwindel, Atemnot, Ausstrahlung ins Epigastrium</p>
<b>Atypische Angina Pectoris</b>	Nur zwei der oben genannten Kriterien sind erfüllt (KHK möglich, bei Frauen sind atypische AP-Beschwerden häufiger als bei Männern)
<b>Nicht-anginöser Brustschmerz bzw. unspezifischer Thoraxschmerz</b>	<p>Nur eines oder keins der oben genannten Kriterien ist erfüllt</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atmungsabhängige Schmerzen (z. B. Pleuritis)</li> <li>• Ausstrahlung in den Rücken (z. B. Aortendissektion)</li> <li>• Abdominelle Beschwerden (z. B. Gastritis)</li> <li>• Schmerzen vom Bewegungsapparat/Nerven ausgehend (z. B. Neuralgien)</li> </ul>
<b>Instabile Angina Pectoris (AP)</b>	<p>Wichtig als Differentialdiagnose: Akutes Koronarsyndrom</p> <p>Primär instabile AP: zunächst jede Erstangina</p> <p>Sekundär instabile AP: Progrediente Dauer (&gt; 20 min), Schwere oder Häufigkeit, in Ruhe, infarkttypische Symptomatik, schlechtes/fehlendes Ansprechen auf Nitratre</p>

## Symptomatik und Anamnese

Da der akute sowie chronische Brustschmerz unterschiedlicher Ausprägungen ein häufiger Konsultationsgrund in der niedergelassenen Praxis ist, ist die Beurteilung der Symptomatik einer Myokardischämie äußerst wichtig und lässt sich bei Koronarischämie klassischerweise mit dem Leitbefund der Angina Pectoris beschreiben (siehe Tab. 2).

## Basisdiagnostik

Zur Standarduntersuchung bei Verdacht auf eine (stenosierende) KHK zählen ein 12-Kanal-Ruhe-EKG (auch zum Ausschluss eines ST-Hebungsinfarkts), gegebenenfalls ein ambulantes LZ-EKG bei zusätzlichen Arrhythmien, eine transthorakale Echokardiographie, insbesondere zur Abschätzung der LV-Funktion, der Klap-penfunktion sowie der diastolischen Funktion und diverse laborchemische Parameter auch mit Relevanz für eine Herzkatheteruntersuchung (siehe Tab. 3). Die Laborparameter sollten nicht älter als zwei Wochen vor dem geplanten Eingriff sein [8]. Eine Röntgen-Thorax-Aufnahme wird in Zusammenhang mit einem atypischen klinischen Bild, Zeichen einer Herzinsuffizienz und Verdacht auf eine Lungenerkrankung empfohlen.

## Diagnosestellung und mögliches Behandlungsziel

Um die klinische Wahrscheinlichkeit einer stenosierenden KHK abzuschätzen und daraus Folgeuntersuchungen abzuleiten, wird die Vortestwahrscheinlichkeit bestimmt (siehe Tab. 4), welche sich nach dem Geschlecht, dem Alter, der Art der AP-Symptomatik und erstmals auch der Dyspnoe richtet, falls diese klinisch führend ist.

Mit einbezogen werden müssen Faktoren, welche die Wahrscheinlichkeit einer KHK verringern (normales Belastungs-EKG, kein Koronarkalk im CT) oder erhöhen (typische kardiovaskuläre Risikofaktoren, EKG-Veränderungen in Ruhe wie Q-Zacke, ST-Streckensenkung, T-Negativierung, LV-Dysfunktion, auffälliges Belastungs-EKG, Koronarkalk im CT). Komorbiditäten (arterielle Hypertonie, vaskuläre Vorer-

krankungen, Schlaganfall, Nierenerkrankungen u.a.) und andere Ursachen der Symptomatik müssen in die Überlegung bezüglich des weiteren Vorgehens mit einbezogen werden. Außerdem spielt die Anamnese hinsichtlich kardiovaskulärer Risikofaktoren (CVRF) wie Familienanamnese, Diabetes mellitus, Hyperlipoproteinämie (HLP), Nikotin, Ernährung, Alkohol, Bewegung u. a. eine wichtige Rolle in der Risikostratifizierung.

Bei Verdacht auf KHK sollte bei Patienten trotz geringer klinischer Wahrscheinlichkeit (VTW <5 %), aber mit relevanten Komorbiditäten und CVRF eine CT-Koronarangiographie zur Beurteilung der Kalklast (Agatston-Score) bezüglich möglicher Stenosierungen durchgeführt werden. Allerdings ist das Cardio-CT momentan noch keine kassenärztliche Leistung, wodurch dem angehobenen Stellenwert der CT-Untersuchung in der neuen ESC-Leitlinie zum CCS in der Praxis noch nicht Rechnung getragen werden kann. Die Auswahl des nicht-invasiven Ischämienachweises, in den meisten Fällen ein sogenannter Stresstest (siehe Tab. 5), richtet sich bei intermediärer (5–15 %) und hoher VTW (> 15 %) auch nach den zur Verfügung stehenden Mitteln und der lokalen Expertise und sollte angemessen der individuellen, klinischen Verfassung, der Versorgungssituation und im Patienteninteresse gewählt werden.

Die in den Leitlinien abgebildeten Grenzwerte der einzelnen Tests sagen ein hohes Ereignisrisiko für Patienten mit vermutetem oder gesichertem CCS voraus. Der Stellenwert des Belastungs-EKG als vormals initialer Ischämietest bei niedriger bis mittlerer VTW hat in den neuen ESC-Leitlinien zum CCS insgesamt abgenommen

<b>Kleines Blutbild</b> (Hb, Kalium, Thrombozytenzahl, Leukozytenzahl)	z. B. Behandlung einer Anämie vor Intervention
<b>Nierenfunktion</b> (Kreatinin, GFR)	Relevant für Höhe der Kontrastmittelgabe aufgrund Nephrotoxizität
<b>Lipidprofil</b> (LDL, HDL, Triglyceride, evtl. Lipoprotein (a))	Relevant für Prognose und weitere Behandlungsoptionen, ggf. Bestimmung von Lipoprotein (a) mit Kausalität für schwere/komplexe Verläufe [9]
<b>Screening auf Diabetes mellitus Typ 2</b> (HbA1c, Nüchtern-Plasma-Glucose)	Relevant für Prognose und weitere Behandlungsoptionen
<b>Schilddrüsenfunktion</b> (TSH basal, T3, T4)	Relevant für Höhe der Kontrastmittelgabe aufgrund möglicher Thyreotoxizität
<b>Spezifische Herzmarker</b> (Troponin I/T, MB, CK-MB, BNP/NT-proBNP, ggf. D-Dimere)	Insbesondere bei akuter Symptomatik
<b>Gerinnungswerte</b> (INR, aPTT)	Wichtig bei Marcumarisierung

und anderen Verfahren wie der Cardio-CT wurde eine höhere klinische Bedeutung zugerechnet. Auch Patienten mit bekannter KHK und Verdacht auf Progress sollten nicht-invasiven Ischämietests zugeführt werden, was den Handlungsspielraum vergrößert und die Anzahl invasiver Koronarangiographien minimieren kann. Bei nicht signifikantem Ischämienachweis erfolgen bestenfalls eine optimierte medikamentöse Einstellung sowie eine Änderung des Lebensstils. Bei Patienten, die initial eine hohe VTW (> 15 %) für eine stenosierende KHK und einen signifikanten nicht-invasiven Ischämienachweis liefern oder trotz verbesserter medikamentöser

Einstellung weiterhin eine schwere, persistierende Symptomatik präsentieren (insbesondere bei typischen AP-Beschwerden in Ruhe, LV-Dysfunktion bei Ejektionsfraktion < 50 %, nicht-invasivem Ischämienachweis), was somit auf eine Hochrisikokonstellation hindeutet, sollten einer invasiv-diagnostischen Koronarangiographie gegebenenfalls mit Interventionsziel zugeführt werden.

Je nach Expertise und zur Verfügung stehender Mittel kann der ambulant tätige interventionelle Kardiologe weitere Fragestellungen durch eine ambulante Herzkatheteruntersuchung bearbeiten. Bei myokardialen und bei rhythmologischen

Alter	Typische AP		Atypische AP		Nicht-anginös		Dyspnoe	
	m	w	m	w	m	w	m	w
30–39	3 %	5 %	4 %	3 %	1 %	1 %	0 %	3 %
40–49	22 %	10 %	10 %	6 %	3 %	2 %	12 %	3 %
50–59	32 %	13 %	17 %	6 %	11 %	3 %	20 %	9 %
60–69	44 %	16 %	26 %	11 %	22 %	6 %	27 %	14 %
70+	52 %	27 %	34 %	19 %	24 %	10 %	32 %	12 %

Fragestellungen sowie bei Klappenvitien sollten eine Druckmessung und die angiographische Darstellung des linken Ventrikels (Lävokardiographie) durchgeführt werden. Zur Evaluierung einer Aortenklappenstenose sowie –insuffizienz sollte zur Erfassung von Form, Lage, Wandveränderungen sowie Aortenbulbus und Aortenklappe die Angiographie der Aorta ascendens (Aortographie) erfolgen. Bei entsprechender Indikation kann die Darstellung anderer Gefäße wie Becken-/Beingefäße oder Nierenarterien in gleicher Sitzung der ambulanten Herzkatheruntersuchung durchgeführt werden. Des Weiteren ist bei Mehrgefäßerkrankungen mit Indikation zur Bypass-Operation die Koronarangiographie darüber hinaus unabdingbar.

Hinsichtlich einer möglichen Revaskularisierung konnte bei Patienten mit einem CCS, vormals „stabile KHK“ über einen Beobachtungszeitraum von rund drei Jahren im viel beachteten ISCHEMIA-Trial [11] beobachtet werden, dass eine Stent-Therapie gegenüber einer OMT hinsichtlich der Endpunkte Mortalität und Gesamtzahl der Myokardinfarkte nicht überlegen ist. Allerdings wurde in einer Nachfolgeanalyse gezeigt, dass zwar die AP-Beschwerden nach invasiver Revaskularisierung oder unter OMT weiterhin bestehen bleiben können, je ausgeprägter aber die Symptomatik war, desto mehr profitierten die Patienten hinsichtlich der Lebensqualität von einer PCI [12]. Hierbei ist insbesondere die Beurteilung der Verengung der Koronarien, also der Ischämie, wichtig. Eine

funktionelle Messung der Flussrelevanz der Stenose, z.B. über die fraktionelle Flussreserve (FFR) bei visuellen Koronarstenosen von 40–90 % wird mittlerweile in den Leitlinien empfohlen, insbesondere wenn kein nicht-invasiver Ischämienachweis vorliegt, aber auch bei Multigegefäßerkrankung mit geplanter PCI [13]. Bei einer nicht hämodynamisch-relevanten Verengung sprechen die Daten für eine Überlegenheit der medikamentösen Therapie [14]. Auch in der Praxis erleben wir immer wieder, dass trotz Revaskularisierung interventionspflichtiger Stenosen bzw. bei Koronarsklerose ohne relevante Stenosen und unter optimierter Therapie eine typische AP-Symptomatik persistieren kann. Hierbei scheinen mikrovaskuläre Dysfunktionen, Vasospasmen und Ent-

**Tabelle 5: Invasive und nicht-invasive Untersuchungsmöglichkeiten zum Nachweis einer Myokardischämie**

Art der Untersuchung	Grenze für hohes Ereignisrisiko	Anmerkung
<b>Belastungs-EKG</b>	In Duke-Treadmill-Score kardiovaskuläre Sterblichkeit > 3 % pro Jahr	<ul style="list-style-type: none"> <li>erschwerter Beurteilung durch unspezifische EKG-Veränderungen (Herabstufung in ESC-Leitlinien)</li> <li>Insbesondere zur Beurteilung der Belastungstoleranz, Arrhythmien, Blutdruckverhalten</li> </ul>
<b>Stress-Echokardiographie</b>	≥ 3 von 16 Segmenten mit belastungs-induzierter Hypokinesie bis Akinesie	<ul style="list-style-type: none"> <li>Insbesondere bei mittlerer VTW, gutes Verhältnis aus Sensitivität und Spezifität</li> <li>Korrelation zwischen Grad der Wandbewegungsstörung und Nutzen einer PCI (Orbita-Trial [10])</li> </ul>
<b>PET-Myokardszintigraphie oder SPECT</b>	Ischämie-region ≥ 10 % des linksventrikulären Myokards	<ul style="list-style-type: none"> <li>MSZ häufigstes bildgebendes Verfahren zur Beurteilung der Durchblutungssituation am Herzen</li> <li>hoher negativ-prädiktiver Wert</li> <li>Kassenleistung</li> <li>Strahlenexposition entspricht CT-Thorax-Untersuchung</li> <li>Ausbelastung der Patienten wichtig</li> </ul>
<b>Stress-Magnetresonanztomographie (MRT)</b>	Unter Belastung ≥ 2 von 16 Segmenten mit Perfusionsdefekten oder ≥ 3 Dobutamin-induziert dysfunktionale Segmente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adenosin-Stress-MRT</li> <li>Dobutamin-Stress-MRT</li> <li>Vitalitätsdiagnostik (Late-Enhancement) zur Identifizierung infarzierter Myokardbezirke/ Fibrose/ Entzündung.</li> </ul>
<b>Cardio-CT</b>	Dreigegefäßerkrankung mit proximalen Stenosen, Hauptstammstenose, proximaler LAD-Stenose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Empfehlung auch bei niedriger VTW als initialem Test zur Bestimmung der koronaren Kalklast</li> <li>Keine Kassenleistung</li> </ul>
<b>Invasive funktionelle Untersuchung</b>	z. B. funktionelle Flussreserve ≤ 0,8	<ul style="list-style-type: none"> <li>wichtig zur Einschätzung der Ischämie bei Stenosen zwischen 40–90 %</li> <li>Abwägung zwischen medikamenten-induzierter Hyperämie oder als Ruheindex in Abhängigkeit der Patientensituation und des Zeitmanagements</li> </ul>

zündungsprozesse, welche neben einer Plaque-Bildung an den großen Koronarien zu einer Ischämie führen können, von Bedeutung zu sein [15].

### Durchführung einer Koronarangiographie

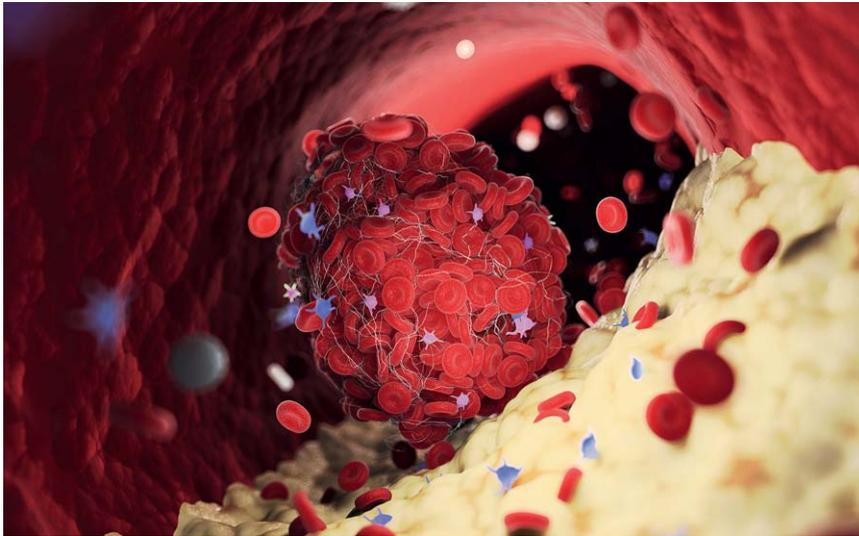
Im ambulanten Setting erfolgt überwiegend eine Linksherzkatheteruntersuchung.

Die Patienten sollten zu Beginn der Untersuchung keine Notwendigkeit zur stationären Behandlung aufweisen, eine komplikationslose Untersuchung sowie Nachsorge sollte zu erwarten und ein für die Untersuchung ausreichender Allgemeinzustand gegeben sein [8]. Eine adäquate Aufklärung im Hinblick auf das Prozedere der Untersuchung sowie auf mögliche Komplikationen und potenzielle Interventionsziele

muss gewährleistet sein. Auch sollten die Patienten über eine eventuelle Indikation zur Bypass-OP bei komplexen Mehrgefäß-erkrankungen aufgeklärt werden. Eine gemeinsame Entscheidungsfindung und Abwägung der Möglichkeiten zwischen Patient und Untersucher und gegebenenfalls mit den Herzchirurgen wird dabei in den ESC-Leitlinien von 2018 zur Koronarintervention explizit hervorgehoben [13].

**Tabelle 6: Medikamentöse und nicht-medikamentöse Aspekte der Nachbehandlung bei nachgewiesener vormals „stabiler“ KHK (CCS) und ggf. bei erfolgter Intervention**

<p><b>Antithrombotische Therapie</b> [13, 6]</p>	<p>Obligatorisch nach Revaskularisation, Berücksichtigung des individuellen Ischämie- und Blutungsrisikos</p> <p><b>Manifeste KHK:</b> ASS 75–100 mg (Indikation bereits bei wahrscheinlicher Revaskularisierung, lebenslange Einnahme, bei Unverträglichkeit alternativ Clopidogrel 75 mg)</p> <p><b>Manifeste KHK und PCI:</b> DPT für 6 Monate (→ ASS und nach Aufsättigung Clopidogrel/Ticagrelor/Prasugrel, bei hohem Blutungsrisiko für 1–3 Monate), dann ASS lebenslang weiter</p> <p><b>Manifeste KHK und PCI sowie Vorhofflimmern (VHF):</b> Triple-Therapie über 5–7 Tage (NOAK + ASS + Clopidogrel abhängig von Ischämie- und Blutungsrisiko, dann NOAK + Clopidogrel für 6 Monate, dann NOAK weiter je nach Risikostratifizierung versus ASS</p> <p>Bei hohem gastrointestinales Blutungsrisiko Therapie mit Protonenpumpeninhibitoren erwägen</p>
<p><b>Antiischämische/antianginöse Therapie</b> [6]</p>	<p><b>Kurzfristig:</b> Kurzwirksame Nitrate</p> <p><b>Langfristig:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Erstlinientherapie: Betablocker und/oder Calciumantagonist</li> <li>• Zusätzlich bei Symptomaggravation/komplexe Konstellation mit Hypotonie/ Herzinsuffizienz: langwirksame Nitrate, Ivabradin, Ranolazin u. a.</li> </ul>
<p><b>Antihypertensive Therapie</b> [21]</p>	<p>Entsprechend der bekannten Leitlinien unter Berücksichtigung einer spezifisch antiischämischen Therapie sowie Therapie einer Herzinsuffizienz</p>
<p><b>Therapie einer Herzinsuffizienz</b> [6]</p>	<p><b>Diuretische Therapie</b> bei Stauungssymptomatik</p> <p><b>Betablocker</b> zur antiischämischen Therapie</p> <p><b>ACE-Hemmer/ARB</b> zur Verbesserung der Symptomatik und Prognose</p> <p><b>MKA</b> bei unzureichender Behandlung mit ACE-Hemmer und Betablocker</p> <p><b>SGLT-2-Inhibitoren</b> nicht nur für Patienten mit DM</p>
<p><b>Therapie von Stoffwechselstörungen</b> [22, 23]</p>	<p><b>Hypercholesterinämie:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Statin</li> <li>2. Statin + Ezetimib</li> <li>3. Statin (+ Ezetimib) + PCSK9-Inhibitor</li> </ol> <p><b>Diabetes Mellitus:</b></p> <p>SGLT-2-Inhibitoren und GLP-1-Agonisten senken Häufigkeit von kardiovaskulären Ereignissen nicht nur bei Patienten mit Herzinsuffizienz</p>
<p><b>Modulation von Lebensstilfaktoren</b> [6, 24]</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Körperliche Aktivität nach individuellen Möglichkeiten/Risikoprofil</li> <li>• Gesunde Ernährung (hoher Anteil an Gemüse/Obst/Vollkornlebensmittel, Kalorienreduktion, u. a.)</li> <li>• Rauchentwöhnung</li> <li>• Gewichtskontrolle</li> <li>• Vermeidung/Minimierung von psychischem Stress</li> </ul>



Blutgerinnsel, 3D-Illustration.

Als Zugangsweg für die Herzkatheteruntersuchung sprechen die Daten heutzutage eindeutig für die (rechte) A. radialis, da deutlich weniger Blutungskomplikationen selbst bei antikoagulierten Patienten auftreten als transfemorale [16, 17]. Ebenfalls ist die Patientenzufriedenheit insgesamt höher [18]. Ein spezielles Kompressionsband, das über 3–4 Stunden getragen wird, ist zur Blutstillung ausreichend und bis auf eine Schonung des Handgelenks, eine normale Beweglichkeit gegeben. Demgegenüber wird je nach Durchmesser des Katheters eine reine Liegezeit nach femoraler Punktion von bis zu sechs Stunden empfohlen [8]. Selbst eine Intervention oder eine Darstellung von Bypässen ist über die A. radialis mit entsprechenden Kathetern möglich. Dennoch wurde 2016 nur bei 45 % [19] der Untersuchungen in Deutschland der transradiale Zugang gewählt und in den meisten Fällen eine Punktion der A. femoralis durchgeführt. Allerdings kann es in der Praxis als Einzelfallentscheidung zur Wahl der Femoralarterie kommen, was z.B. bei nicht palpabler A. radialis, einem Shuntarm bei Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz oder bei Gefäßschlängelungen der A. brachialis, welche eine Katheterpassage wesentlich erschweren, indiziert ist [8].

Nach erfolgreicher Punktion der Arterie in Seldinger-Technik und dem Einführen der Schleuse wird durch eine luminal Nitrogabe einem Gefäßspasmus der Radialarterie sowie mit der Gabe von unfraktioniertem Heparin (initial 30–50 IE/kg) ei-

ner Thrombenbildung sowie einem Gefäßverschluss vorgebeugt. Nun wird die Aorta ascendens mit dem Katheter aufgesucht. Zur Diagnostik werden das links- und rechts-koronare Ostium sondiert und beide Seiten nach Kontrastmittelinjektion in standardisierten Projektionen, also in bestimmten Einstellungen des Röntgenbogens und des Untersuchungstisches zueinander, aufgenommen.

Dabei sollten die Menge an Kontrastmittel und die Durchleuchtungszeit so gering wie möglich, aber ausreichend für eine valide Einschätzung des Gefäßzustandes gehalten werden (ohne Intervention in der Regel <50 ml Kontrastmittel pro Untersuchung). Je nach Fragestellung kann außerdem eine Ventrikulographie zum Beispiel zur Einschätzung einer Kardiomyopathie, eine Aortographie bei zusätzlichem Verdacht auf eine Aortenektasie oder eine Messung eines Druckgradienten zwischen linker Herzkammer und linken Vorhof zur Evaluierung einer Aortenklappenstenose bei Planung einer interventionellen Aortenklappenrekonstruktion (TAVI) angeschlossen werden. Falls eine Revaskularisierungstherapie mittels Stent indiziert ist (visuelle Stenose > 90 %, oder funktionelle Messung, FFR  $\leq$  0,8), wird der medikamentenfreisetzende Stent (engl. drug eluting stent, DES) entsprechend der Stenosenlänge sowie Gefäßgröße mit einem Ballon an der Gefäßwand appliziert. Die Evidenz spricht heutzutage klar für die Überlegenheit der DES gegenüber den reinen Metallstents (engl. bare-metal stents,

BMS) oder der alleinigen Ballonaufdehnung (PTCA) hinsichtlich beispielsweise einer Restenose [20, 13]. Nach initialer Gabe von unfraktioniertem Heparin erfolgt darüber hinaus zum Beispiel bei Stent-Therapie eine weitere Injektion von Heparin (5000 – 10000 IE) unter Gerinnungskontrolle, was über die „activated clotting time“ (ACT, Zielbereich 250 – 350 ms) geschieht.

In Abhängigkeit des Untersuchungsergebnisses kann es bei komplexen Stenosen in Einzelfällen erforderlich sein, eine erneute PCI im Zeitverlauf durchzuführen oder die Patienten einer Bypass-OP zuzuführen. Nach Beendigung der Untersuchung beziehungsweise der Intervention erfolgt der Rückzug des Katheters und der anschließende schonende Gefäßverschluss, was bei radialem Zugang wie bereits beschrieben durch eine schmale Manschette mit Luftdruckkissen und bei femoralem Zugang zum Beispiel durch einen Verschluss mit Ankersystem geschieht. Unsere Erfahrung hat gezeigt, dass durch eine engmaschige Überwachung direkt nach dem Eingriff, in Abhängigkeit vom Patientenwunsch und selbst bei erfolgter PCI eine Entlassung ins häusliche Umfeld nach 3–5 Stunden sinnvoll ist. Vor Entlassung erfolgt noch eine Kontrolle des Radialispulses und eine Inspektion der Hand. Wenn der Gefäßzugang transfemorale gewählt wurde, wird neben dem beschriebenen Verschlussystem ein Druckverband angelegt, der am Abend der Untersuchung entfernt werden sollte. Zur Entlastung der Leiste sollten in den ersten drei bis vier Tagen nach Untersuchung schwere körperliche Anstrengung und das Heben schwerer Lasten vermieden werden. Ebenfalls sollte eine Inspektion, Palpation sowie eine Auskultation der Leiste zum Ausschluss von Hämatomen, Fisteln und Aneurysmata am Ende des Überwachungszeitraums durchgeführt werden [8].

### Komplikationen und Kontraindikationen

Die Herzkatheteruntersuchung ist eine minimal-invasive medizinische Untersuchung des Herzens zur Diagnostik und Therapie von verschiedenen Erkrankungen, insbesondere der Koronargefäße. Bei

## Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Die ambulante Herzkatheteruntersuchung – Indikationsstellung, Durchführung und Nachsorge als wichtige Bausteine in der ambulanz-kardiologischen Versorgung“ von Prof. Dr. med. Mariana Parahuleva et al. finden Sie hier abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes ([www.laekh.de](http://www.laekh.de)). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist

ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25. Oktober 2022 bis 24. April 2023 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.

Durchführung der Koronarangiographie durch einen erfahrenen Untersucher zählt das Verfahren zu einer Routinemethode. Im Jahr 2021 veröffentlichte Daten zeigen, dass die Häufigkeit schwerwiegender Komplikationen einer rein diagnostischen Herzkatheteruntersuchung (ohne Eingriff) im Jahr 2019 – darunter Herzinfarkt, Schlaganfall und Tod – bei deutlich unter 2 % liegt [3, 4]. Als relative Kontraindikationen für die ambulante Herzkatheteruntersuchung gelten eine schwere Niereninsuffizienz, Anurie (Ausnahme geplante Dialyse), anamnestische Hinweise auf eine schwere Kontrastmittelallergie, manifeste Hyperthyreose sowie febriler Infekt oder Sepsis.

### (Medikamentöse) Nachbehandlung

Einer optimierten medikamentösen Therapie (OMT) sowie einer Anpassung der Lebensstilfaktoren kommt eine äußerst wichtige Rolle in der Behandlung einer neu-diagnostizierten sowie bestehenden KHK mit gegebenenfalls bereits erfolgter

Intervention zu. Die Therapiesäulen stützen sich dabei im Wesentlichen auf die in Tab. 6 angeführten Bereiche. Dabei stehen die Einleitung, Kombination und Höhe der Medikation in Abhängigkeit zur individuellen Konstellation der Patienten hinsichtlich Alter, Komorbiditäten und bestehender Klinik.

Die Therapie von Dyslipidämien soll das Risiko verringern, kardiovaskuläre Ereignisse zu erleiden. Bei Hypercholesterinämien wird im Rahmen eines akuten kardiovaskulären Ereignisses (zum Beispiel ACS), bei nachgewiesener KHK mit/ohne PCI oder einer Hochrisiko-Konstellation (kardiovaskuläre Vorerkrankungen, Diabetes mellitus Typ II, Nierenerkrankungen, positive Familienanamnese) eine Therapie mit den sicheren und wirksamen HMG-CoA-Reduktasehemmern (Statine) empfohlen. Bei unzureichendem Behandlungsziel wird die Statingabe durch den selektiven Cholesterinresorptionshemmer Ezetimib ergänzt. Die Entwicklung von monoklonalen Antikörpern gegen die Proteinkonvertase Subtilisin/Kexin Typ 9 (PCSK9-Inhibitoren, z.B. Evolocumab)

oder eine siRNA-basierte Therapie (Inclisiran, EU-Zulassung im Dezember 2020) zur Hemmung der PCSK9-Transkription bieten laut aktuellen Daten vielversprechende Ansätze in der Second-Line-Therapie bei familiärer beziehungsweise therapieresistenter Hypercholesterinämie und sehr hohem kardiovaskulären Risiko, den LDL-Cholesterin-Wert zu senken sowie bei Monotherapie (z.B. bei Statinunverträglichkeit) die einzunehmende Tablettenmenge zu reduzieren [25]. Die beiden Wirkstoffe müssen injiziert werden, wobei eine Applikation der PCSK9-Inhibitoren 1 bis 2-mal pro Monat und die von Inclisiran als Depotspritze halbjährlich erfolgen. Als nachteilig sind die hohen Kosten der neuen Therapieansätze zu nennen. Ziemlich rasch nach Anwendung zeigt die Statin-Therapie insbesondere plaquestabilisierende, antiinflammatorische und thrombozytenaggregationshemmende Aspekte und erst mittelfristig (Wochen) eine LDL-Cholesterin senkende und nach Monaten eine plaquereduzierende Wirkung [26, 27].

**Prof. Dr. med. Mariana Parahuleva**  
**Dr. med. Jonas Görlach**  
**PD Dr. med Konstantinos Karatolios**  
**Dr. med. Ortwin Khan**  
**Dr. med. Gerhard Noeske**  
**PD Dr. med. Christiane Neuhof**  
**Prof. Dr. med. Ali Erdogan**

Alle: Internistisches Praxiszentrum  
Gießen, Paul-Zipp-Straße 173–175

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:  
[mariana.parahuleva@prof-parahuleva.de](mailto:mariana.parahuleva@prof-parahuleva.de)

Die Literatur findet sich auf der Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“

## Ungültige Arztausweise

### Folgende Arztausweise sind verloren & ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 060148816 ausgestellt am 30.11.2021 für Dr. med. Sabine Bock, Frankfurt am Main

**Arztausweis-Nr.** 060050879 ausgestellt am 07.11.2017 für Dr. med. Joachim Dlugosch, Frankfurt am Main

**eHBA-Nr.** 80276001081000129400 ausgestellt am 13.12.2021 für Dr. med. Markus Eichler, Sandhausen

**Arztausweis-Nr.** 060117522 ausgestellt am 13.09.2021 für Nora Genthner, Wetzlar

## Teil 1

**Arztausweis-Nr.** 060174901 ausgestellt am 07.02.2022 für Christiane Grattenthaler, Grünberg

**Arztausweis-Nr.** 060208770 ausgestellt am 23.08.2022 für Michael Hübscher, Darmstadt

**Arztausweis-Nr.** 060052131 ausgestellt am 26.01.2018 und

**Arztausweis-Nr.** 060212471 ausgestellt am 06.09.2022, beide für Dr. med. Jörg Kautzmann, Reinheim

**Arztausweis-Nr.** 060071931 ausgestellt am 12.01.2021 für Gloria Nethöfel, Frankfurt

Teil 2 siehe S. 629

# Multiple-Choice-Fragen: Die ambulante Herzkatheteruntersuchung...

VNR: 2760602022288060000

*(eine Antwort ist richtig)*

## 1. Welche Antwort ist hinsichtlich eines Ischämienachweises bei KHK richtig?

- 1) Eine unauffällige Fahrradergometrie schließt eine relevante KHK aus.
- 2) Eine visuelle Stenose von 50 % sollte bei erfahrenen Untersuchenden auch ohne Ischämienachweis mit Stent versorgt werden.
- 3) Eine visuelle Stenose von 70 % erfordert in der Regel einen Ischämienachweis, um eine Entscheidung hinsichtlich der Relevanz treffen zu können.
- 4) Eine hohe Kalklast im Cardio-CT ist ausreichend für einen Ischämienachweis.

## 2. Welche Antwort zur Vortestwahrscheinlichkeit für eine KHK ist richtig?

- 1) Männer und Frauen haben das gleiche Risiko für eine relevante KHK.
- 2) Neben der Symptomatik gilt es Risikofaktoren, Alter und Geschlecht als Wegweiser für weiterführende Diagnostik zu berücksichtigen.
- 3) Eine VTW von < 5 % erfordert laut neuen Leitlinien keine weitere Diagnostik hinsichtlich KHK.
- 4) Der Vorteil einer Myokardszintigraphie ist, dass es so gut wie keine Strahlenexposition für die Patient\*innen gibt.

## 3. Was ist in der Vorbereitung auf eine ambulante Herzkatheteruntersuchung zu beachten? Welche Antwort ist falsch?

- 1) Eine Laboruntersuchung hinsichtlich Nieren- und Schilddrüsenfunktion ist obligat; die Werte dürfen auch älter als zwei Wochen sein.
- 2) Eine ausführliche Aufklärung hinsichtlich Untersuchungsablauf und Risiken muss erfolgen.
- 3) Auch Veränderungen im Ruhe-EKG können hinweisend auf eine KHK sein.
- 4) Eine Evaluation möglicher Kontraindikationen ist unabdingbar.

## 4. Welche Antwort hinsichtlich der Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung ist richtig?

- 1) Die Wahl des Punktionsortes für den Zugang des Katheters macht hinsichtlich möglicher Komplikationen und des Aufwands der Nachsorge keinen Unterschied.
- 2) Die Herzkatheteruntersuchung erfolgt in der Regel in Vollnarkose.
- 3) Bei unklarerer Relevanz der Stenose kann eine invasive Druckdrahtmessung (FFR) erfolgen.
- 4) Hauptsache eine Gefäßengstelle wird erweitert; ob Ballon oder Stent macht im Langzeitverlauf keinen Unterschied.

## 5. Welche Antwort hinsichtlich des Gefäßverschlusses nach Untersuchungsende ist falsch?

- 1) Ein Radialis-Kompressionsband sorgt in den allermeisten Fällen für einen suffizienten Gefäßverschluss.
- 2) Eine Inspektion, Palpation und Auskultation der Leiste nach Ende des Überwachungszeitraumes sind obligat.
- 3) Eine Blutungskomplikation der A. femoralis ist deutlich geringer, da aufgrund des größeren Gefäßdurchmessers der Gefäßzugang leichter zu applizieren ist.
- 4) Heutzutage ersetzt ein Ankersystem in der A. femoralis meist eine manuelle Kompression der Punktionsstelle.

## 6. Was gilt nicht als (relative) Kontraindikation für eine zeitnahe elektiv-ambulante Herzkatheteruntersuchung?

- 1) Eine Nierenfunktion mit GFR < 15 ml/min.
- 2) Pectanginöse Beschwerden unter Belastung.
- 3) Eine höhergradige Demenz, die eine Einwilligungsfähigkeit des Patienten nicht gewährleistet.
- 4) Eine floride Endokarditis.

## 7. Welches Equivalent hat die stabile KHK laut der neuen Leitlinien der europäischen Gesellschaft für Kardiologie (ESC, European society of cardiology) von 2019?

- 1) Akutes Koronarsyndrom (ACS)
- 2) Chronisches Koronarsyndrom (CCS)
- 3) Nicht ST-Hebungsinfarkt (NSTEMI)
- 4) ST-Hebungsinfarkt (STEMI)

## 8. Was trifft nicht zum Begriff Angina Pectoris als Leitbefund des chronischen Koronarsyndroms zu?

- 1) Retrosternale Schmerzen/Druckgefühl im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm.
- 2) Induktion durch körperliche Aktivität/emotionalen Stress, Kälteexposition, geblähten Magen.
- 3) Besserung innerhalb von ca. 10 Minuten in Ruhe und/oder durch kurzwirksame Nitrate.
- 4) Auf Druck auslösbare Schmerzen im Bereich des Oberbauches.

## 9. Welche Antwort hinsichtlich der Indikation zur zeitnahen Durchführung einer Herzkatheteruntersuchung ist richtig?

- 1) Retrosternale Schmerzen/Druckgefühl in Ruhe im Bereich von Hals, Kiefer, Schulter oder Arm (schlechtes/fehlendes Ansprechen auf Nitrate).
- 2) Retrosternale Schmerzen/Druckgefühl durch körperliche Aktivität/emotionalen Stress, Kälteexposition.
- 3) Besserung innerhalb von ca. 10 Minuten in Ruhe und/oder durch kurzwirksame Nitrate.
- 4) Schmerzen/Druckgefühl im Bereich des Oberbauches.

## 10. Welche Untersuchungsmöglichkeit weist ein gutes Verhältnis aus Sensitivität und Spezifität zum Nachweis einer Myokardischämie vor?

- 1) Stress-Echokardiographie
- 2) Belastungs-EKG
- 3) PET-Myokardszintigraphie oder SPECT
- 4) Cardio-CT

### Literatur zum Artikel:

# Die ambulante Herzkatheteruntersuchung

von Prof. Dr. med. Mariana Parahuleva, Dr. med. Jonas Görlach, PD Dr. med. Konstantinos Karatolios,

Dr. med. Ortwin Khan, Dr. med. Gerhard Nöske, PD Dr. med. Christiane Neuhof und Prof. Dr. med. Ali Erdogan

- [1] Mueller RL, Sanborn TA. The history of interventional cardiology: cardiac catheterization, angioplasty, and related interventions. *Am Heart J.* 1995;129(1):146–172. Doi: 10.1016/0002–8703(95)90055–1
- [2] Tan C, Schatz RA. The History of Coronary Stenting. *Interv Cardiol Clin.* 2016;5(3):271–280. Doi: 10.1016/j.iccl.2016.03.001
- [3] IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Bundesqualitätsbericht 2019: QS-Verfahren Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie. 2019. Accessed February 2, 2021
- [4] IQTIG – Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen. Perkutane Koronarintervention (PCI) und Koronarangiographie: Beschreibung der Qualitätsindikatoren und Kennzahlen nach DeQS-RL (Endgültige Rechenregeln, Veröffentlichungsversion) im Erfassungsjahr 2019 und Erfassungsjahr 2017. 2020. Accessed January 27, 2021
- [5] Timmis A, Townsend N, Gale CP, et al. European Society of Cardiology: Cardiovascular Disease Statistics 2019. *Eur Heart J.* 2020;41(1):12–85. Doi: 10.1093/eurheartj/ehz859
- [6] Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41(3):407–477. Doi: 10.1093/eurheartj/ehz425
- [7] Herold G, ed. *Innere Medizin* / 2016. G. Herold; 2016
- [8] Nef, Holger M.; Achenbach, Stephan; Birkemeyer, Ralf; Bufer, Alexander; Dörr, Oliver; Elsässer, Albrecht et al. (2021): Manual der Arbeitsgruppe Interventionelle Kardiologie (AGIK) der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung e. V. (DGK). Teil 1: „Durchführung der diagnostischen Herzkatheteruntersuchung“ In: *Kardiologie* 15 (4), S. 370–403. Doi: 10.1007/s12181–021–00493–6
- [9] Ference BA, Cannon CP, Landmesser U, Lüscher TF, Catapano AL, Ray KK. Reduction of low density lipoprotein-cholesterol and cardiovascular events with proprotein convertase subtilisin-kexin type 9 (PCSK9)S inhibitors and statins: an analysis of FOURIER, SPIRE, and the Cholesterol Treatment Trialists Collaboration. *Eur Heart J.* 2018; 39(27):2540–2545. Doi: 10.1093/eurheartj/ehx450
- [10] Al-Lamee R, Thompson D, Dehbi H-M, et al. Percutaneous coronary intervention in stable angina (ORBITA): a double-blind, randomised controlled trial. *The Lancet.* 2018; 391(10115):31–40. Doi: 10.1016/S0140–6736(17)32714–9
- [11] Maron DJ, Hochman JS, Reynolds HR, et al. Initial Invasive or Conservative Strategy for Stable Coronary Disease. *New England Journal of Medicine.* 2020;382(15):1395–1407. Doi: 10.1056/NEJMoa1915922
- [12] Spertus JA, Jones PG, Maron DJ, et al. Health-Status Outcomes with Invasive or Conservative Care in Coronary Disease. *New England Journal of Medicine.* 2020;382(15):1408–1419. Doi: 10.1056/NEJMoa1916370
- [13] Neumann F-J, Sousa-Uva M, Ahlsson A, et al. 2018 ESC/EACTS Guidelines on myocardial revascularization. *Eur Heart J.* 2019;40(2):87–165. Doi: 10.1093/eurheartj/ehy394
- [14] Xaplanteris P, Fournier S, Pijls NHJ, et al. Five-Year Outcomes with PCI Guided by Fractional Flow Reserve. *N Engl J Med.* 2018;379(3):250–259. Doi: 10.1056/NEJMoa1803538
- [15] Severino P, D’Amato A, Pucci M, et al. Ischemic Heart Disease Pathophysiology Paradigms Overview: From Plaque Activation to Microvascular Dysfunction. *Int J Mol Sci.* 2020;21(21). Doi: 10.3390/ijms21218118
- [16] Ferrante G, Rao SV, Jüni P, et al. Radial Versus Femoral Access for Coronary Interventions Across the Entire Spectrum of Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis of Randomized Trials. *JACC Cardiovasc Interv.* 2016;9(14):1419–1434. Doi: 10.1016/j.jcin.2016.04.014
- [17] Impact on Mortality and Major Bleeding of Radial Versus Femoral Artery Access for Coronary Angiography or Percutaneous Coronary Intervention: a Meta-analysis of Individual Patient Data from Seven Multicenter Randomized Clinical Trials. Gargiulo G, Giacoppo D, Jolly SS, Cairns J, Le May M, Bernat I, Romagnoli E, Rao SV, van Leeuwen MAH, Mehta SR, Bertand OF, Wells GA, Meijers TA, Siontis GCM, Esposito G, Windecker S, Jüni P, Valgimigli M; Radial Trialists’ Collaboration. *Circulation.* 2022 Aug

29. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.122.061527
- [18] Delewi R, Piek JJ. Cardiac catheterisation: radiation for radialists. *The Lancet*. 2015;386(10009):2123–2124. Doi: 10.1016/S0140–6736(15)00306–2
- [19] Barbato E, Noc M, Baumbach A, et al. Mapping interventional cardiology in Europe: the European Association of Percutaneous Cardiovascular Interventions (EAPCI) Atlas Project. *Eur Heart J*. 2020;41(27):2579–2588. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa475
- [20] Shah R, Rao SV, Latham SB, Kandzari DE. Efficacy and Safety of Drug-Eluting Stents Optimized for Biocompatibility vs Bare-Metal Stents With a Single Month of Dual Antiplatelet Therapy: A Meta-analysis. *JAMA Cardiol*. 2018;3(11):1050–1059. Doi: 10.1001/jamacardio.2018.3551
- [21] Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Society of Hypertension (ESH). *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021–3104. Doi: 10.1093/eurheartj/ehy339
- [22] Mach F, Baigent C, Catapano AL, et al. 2019 ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: lipid modification to reduce cardiovascular risk. *Eur Heart J*. 2020; 41(1): 111–188. Doi: 10.1093/eurheartj/ehz455
- [23] Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J*. 2020; 41(2):255–323. Doi: 10.1093/eurheartj/ehz486
- [24] Pelliccia A, Sharma S, Gati S, et al. 2020 ESC Guidelines on sports cardiology and exercise in patients with cardiovascular disease. *Eur Heart J*. 2021;42(1):17–96. Doi: 10.1093/eurheartj/ehaa605
- [25] Brandts J, Ray KK. Low Density Lipoprotein Cholesterol-Lowering Strategies and Population Health: Time to Move to a Cumulative Exposure Model. *Circulation*. 2020;141(11):873–876. Doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.119.043406
- [26] Takata K, Imaizumi S, Zhang B, Miura S-I, Saku K. Stabilization of high-risk plaques. *Cardiovasc Diagn Ther*. 2016;6(4):304–321. Doi: 10.21037/cdt.2015.10.03
- [27] Nicholls SJ, Puri R, Anderson T, et al. Effect of Evolocumab on Progression of Coronary Disease in Statin-Treated Patients: The GLAGOV Randomized Clinical Trial. *JAMA*. 2016; 316(22):2373–2384. Doi: 10.1001/jama.2016.16951
- [28] Schächinger, V.; Nef, H.; Achenbach, S.; Butter, C.; Deisenhofer, I.; Eckardt, L. et al. (2015): Leitlinie zum Einrichten und Betreiben von Herzkatheterlaboren und Hybridoperationsäulen/Hybridlaboren. In: *Kardiologie* 9 (1), S. 89–123. Doi: 10.1007/s12181–014–0631–7
- [29] Vahanian, Alec; Beyersdorf, Friedhelm; Praz, Fabien; Milojevic, Milan; Baldus, Stephan; Bauersachs, Johann et al. (2021): 2021 ESC/EACTS Guidelines for the management of valvular heart disease. In: *European heart journal*. Doi: 10.1093/eurheartj/

# Weil Sterben zum Leben gehört

## In Frankfurt setzt sich das Würdezentrum dafür ein, dass Menschen selbstbestimmt über ihre Behandlung am Lebensende entscheiden können

Auf jede Reise bereiten wir uns gut vor. Doch bei der letzten des Lebens sind Menschen oft unvorbereitet, auch wenn der Tod nicht plötzlich kommt. Denn Sterben ist in unserer Gesellschaft immer noch ein Tabuthema. Dies zu ändern, sei den Mitarbeitern und ihrem Geschäftsführer, Dr. med. Ingmar Hornke, im Würdezentrum in Frankfurt am Main ein Anliegen. Entstanden ist das Würdezentrum als Bildungsinitiative aus der seit 2010 erfolgreichen Begleitung und Versorgung Sterbender von PalliativTeam Frankfurt gGmbH und KinderPalliativTeam Südhessen (seit 2012) mit zusammen 65 Mitarbeitern.

Angehörige und Helfer finden dort neben Beratung auch Schulungsangebote, zum Beispiel die „Letzte Hilfe“-Kurse und Qualifikationskurse. 2021 wurde das Würdezentrum als Sieger in der Kategorie „gesellschaftliche Wirkung“ mit dem Hessischen Gründerpreis ausgezeichnet – als erste gemeinnützige Organisation überhaupt. Für den Anästhesisten Hornke sei schon früh klar gewesen, dass er einmal etwas im Gesundheitswesen anstoßen und verändern wolle. „Im medizinischen Alltag wird vor allem geschaut, was machbar, vertraut und ertragreich ist, erst danach kommt in den Blick, was der Patient überhaupt will“, sagt Hornke über seine Erfahrungen aus jahrelanger Praxis. Der 58-Jährige habe sich während seiner Berufslaufbahn intensiv mit medizinethischen Themen und personenzentrierter Medizin beschäftigt. „Wichtig ist es, den Menschen nicht nur als Patient wahrzunehmen, sondern als Person mit eigenen Vorstellungen, Werten und Wünschen.“

Als Vorbild diente das Würdezentrum in Bergen, Norwegen, von Prof. Dr. Stein Husebø. 2016 gründete Hornke zusammen mit dem Krankenpfleger Boris Knopf, der ebenfalls Geschäftsführer ist, das Würdezentrum in Frankfurt. Zentral seien die Themen: Sorgeskultur, Mitmenschlichkeit, Autonomie und Würdeerleben. Dabei stützen sich Hornke und Knopf mit ihrem Projekt auf drei Angebotsschwerpunkte:

- Die Bürger- und Angehörigenschule (Letzte-Hilfe-Kurse und gesundheitliche Vorausplanung);
- die Palliativ-Akademie, die die Aus- und Fortbildung von Menschen im Gesundheitswesen koordiniert und
- ein Institut, die wissenschaftliche Abteilung des Würdezentrums, die sich international vernetzt und sich an der Entwicklung von Innovationen auf diesem Gebiet in Deutschland beteiligt.

### Behandlung im Voraus Planen (BVP)

Ein Angelpunkt des Würdezentrums ist dabei das Advance Care Planning (Behandlung im Voraus Planen, kurz BVP). Während das Konzept der Patientenverfügung ohne Beratung von einigen Experten überwiegend als gescheitert gesehen wird, soll der BVP-Ansatz Menschen für die letzte Zeit ihres Lebens besser vorbereiten. Das Konzept wurde in den 90er-Jahren in den USA entwickelt und soll den Behandlungswillen der betroffenen Person in Situationen, in denen sie sich nicht (mehr) äußern kann, zur Geltung bringen. Damit dies geschehen kann, müsse in ein- bis zweistündigen Gesprächen mit geschultem Personal der Wille des Betroffenen herausgearbeitet und festgehalten werden. Damit werde auch geübter Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes Rechnung getragen, wonach Patientenverfügungen hinreichend konkret und bestimmt sein müssen, so Hornke. Das BVP-Angebot richtet sich vorerst nur an stationäre Altenhilfeeinrichtungen und an Einrichtungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen. Ziel sei es auch, dass regelmäßig evaluiert wird, ob der hinterlegte Wille auch wirklich noch aktuell ist oder sich beispielsweise durch eine neue Lebenssituation geändert hat.

Im Gespräch, so Hornke, soll auch der Vorsorgebevollmächtigte befähigt werden, den Willen des Betroffenen ausreichend gut zu kennen. Einstiegsfragen in



Geschäftsführer Dr. med. Ingmar Hornke und die Projektleiterin Altenhilfe Christine Krause in den Räumlichkeiten des Würdezentrums in Frankfurt.

das Gespräch sind beispielsweise: „Wie gerne leben Sie?“ oder „Was wäre, wenn Sie heute Nacht im Schlaf sterben?“ Diese Fragen würden 30- oder 50-Jährige anders beantworten als beispielsweise Menschen im hohen Alter, „die einfach nicht mehr können oder wollen.“

Auch von Menschen, die Beratung zur Sterbehilfe wünschen, bekomme das Würdezentrum eine Reihe von Anfragen. Dies sei oft eine Gratwanderung, so Hornke, da auch immer wieder Menschen dabei seien, die Angehörigen oder der Gesellschaft nicht zu Last fallen wollten. Hier müssten andere Lösungen gefunden, „denn der selbst gewählte Tod ist nicht der einzige Ausweg“, so der Geschäftsführer.

Informationen im Internet  
[www.wuerdezentrum.de](http://www.wuerdezentrum.de)

Lukas Reus

Foto: Lukas Reus

# Gewässer- und Trinkwasserschutz geht uns alle an

## Landesärztekammer Hessen unterstützt die Aktion „Reines Ried“

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Prof. Dr. phil. nat. Mona Abdel-Tawab

Da eingenommene Medikamente zum größten Teil unverändert wieder ausgeschieden und in den Kläranlagen nicht eliminiert werden, können sie – je nach Biostabilität – nicht nur im Klärschlamm, sondern auch in Oberflächengewässern nachgewiesen werden. In der Folge können sie ins Grundwasser gelangen, das in vielen Regionen als Rohwasser für die Trinkwassergewinnung dient. Gewässerschutz bedeutet somit auch Trinkwasserschutz.

In den Messprogrammen der Bundesländer waren in den Jahren 2009–2011 zahlreiche verschiedene Arzneimittelwirkstoffe unterschiedlicher Wirkstoffklassen in Oberflächengewässern nachweisbar. Besonders Röntgenkontrastmittel und das Schmerzmittel Diclofenac waren in ver-

gleichsweise hohen Konzentrationen vorhanden. Aber auch verschiedene Antibiotika wurden nachgewiesen [1, 2]. In der Folge wurde bundesweit eine Strategie zum Umgang mit Spurenstoffen in Gewässern entwickelt, mit dem Ziel, die Einträge zu minimieren – und somit auch das Roh- und Trinkwasser zu schützen [3].

### Gewässerschutz ist Trinkwasserschutz

In den Grundwasseruntersuchungen des Hessischen Landesamtes für Naturschutz, Umwelt und Geologie (HLNUG) zeichnet sich in jüngerer Zeit keine nachhaltige Verbesserung ab (Tab. 1). Die gemessene Konzentration von Diclofenac in der Ge-

samtzahl der Probenahmen liegt mit Maximalwert von 0,781 µg/L um ein Mehrfaches über dem aktuell empfohlenen UQN-V (Jahresdurchschnitt-Umweltqualitätsnormwert-vorgeschlagen)<sup>1</sup> von 0,05 µg/L. Auch Antibiotikarückstände von Sulfonamiden sowie Carbamazepin waren nachweisbar, bewegten sich jedoch unterhalb des empfohlenen UQN-Wertes<sup>1</sup> von jeweils 0,6 µg/L und 0,5 µg/L.

In Hessen wird etwa ein Viertel des Trinkwassers im Hessischen Ried gewonnen. Deswegen legte das Hessische Ministerium für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz (HMUKLV) eine Strategie zur Vermeidung und Verminderung des Spurenstoffeintrags in die

Tab. 1: Arzneimittelrückstände in Grundwasserproben in Hessen (Beispiele)

		2012–2016				2019–2021			
		Gesamtanzahl Probenahmen	Anzahl der Proben > BG*	Maximalwert (µg/L)	Prozent > BG*	Gesamtanzahl Probenahmen	Anzahl der Proben > BG*	Maximalwert (µg/L)	Prozent > BG*
Carbamazepin	Antikonvulsivum	1504	21	0,87	1,4	900	13	0,276	1,4
Clofibrinsäure	Lipidsenker	1497	12	1,447	0,8	899	6	0,576	0,7
Diclofenac	Schmerzmittel	1497	24	0,605	1,6	897	21	0,781	2,3
Sulfamethazin	Antibiotikum	267	3	0,693	1,1	901	0	< BG	0,0
Sulfamethoxazol	Antibiotikum	339	2	0,18	0,6	901	6	0,191	0,7
Amidotrizoesäure	Röntgenkontrastmittel	72	14	3,4	19,4	901	22	2,731	2,4

\* BG: Analytische Bestimmungsgrenze (sie beträgt idealerweise 30 % des vorgeschlagenen UQN-Wertes<sup>1</sup>)

Quelle: HLNUG Grundwasserdatenbank Hessen (GruWaH), Messstellen des Landesgrundwasserdienstes, abgerufen am 09.09.2022

<sup>1</sup> Der UQN-Wert ist die empfohlene Konzentration eines Arzneistoffes, die im Wasser aus Gründen des Gesundheits-/und oder Gewässerschutzes nicht überschritten werden sollte. Er unterscheidet sich in Abhängigkeit der physiko-chemischen Eigenschaften des Arzneistoffes und wird regelmäßig aktualisiert.

Gewässer des Rieds auf, die Spurenstoffstrategie Hessisches Ried. Damit sollen die Umwelt, aber auch die für die Trinkwasserversorgung der Bevölkerung so wichtigen Grundwasservorkommen im Ried langfristig geschützt werden. (<https://umwelt.hessen.de/wasser/spurenstoffstrategie-hessisches-ried>)

[4, 5]. Anfang 2021 wurde das Dialogforum „Spurenstoffe im Hessischen Ried“ ins Leben gerufen, das Akteure aus vielen Bereichen einbindet, neben der Wasser- und Energiewirtschaft, Umweltverbänden auch Akteure aus der Landwirtschaft, der Pharmazie und der Medizin. Im Fokus der vier Arbeitsgruppen des Projekts „Reines Ried“ stehen der umweltgerechte Umgang mit sowie die umweltgerechte Entsorgung von Human- und Tierarzneimitteln (AG 1), die umweltgerechte Entsorgung von Röntgenkontrastmitteln (AG 2), der umweltgerechte Umgang mit Pflanzenschutzmitteln und Bioziden in landwirtschaftlicher, kommunaler und privater Anwendung (AG 3) und der umweltgerechte Umgang mit sonstigen Spurenstoffen (AG 4).

Die Teilnehmer der Arbeitsgruppen erarbeiten gemeinsam Lösungsvorschläge zur Reduzierung der Stoffeinträge in die Gewässer. In der Unterarbeitsgruppe „Sensibilisierung im Gesundheitswesen“, die von Prof. Dr. phil. nat. Mona Abdel-Tawab, Landesapothekerkammer Hessen, geleitet wird, ist die Landesärztekammer Hessen durch Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, MRE-Netz Rhein-Main, und stellvertretend durch Sabine Goldschmidt, Referentin des Präsidiums der LÄKH, vertreten. Die Unterarbeitsgruppe Röntgenkontrastmittel wird von Dr. Julia Klinger und Marcel Wolsing von der Entega AG vertreten, einem Energieversorgungsunternehmen mit Sitz in Darmstadt.

Die meisten Arzneistoffe, die eine Konzentration von 0,1 µg/L im Grundwasser bzw. im Rohwasser überschreiten, unterliegen der ärztlichen Verschreibungspflicht, weshalb hier ein nicht indizierter Verbrauch kein Thema ist. Ausnahmen sind jedoch nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel, wie beispielsweise Diclofenac.

Durch Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit zum richtigen Umgang mit und zur richtigen Entsorgung von Arzneimitteln,

soll eine Minderung der Gewässer- und damit Grundwasserbelastung erzielt werden. Im Fokus hierbei stehen Diclofenac – insbesondere auch die Vermeidung der nicht indizierten Anwendung von Schmerzmitteln speziell im Sportsektor – sowie Antibiotika und Röntgenkontrastmittel.

Die Problematik und die Maßnahmenpakete dieser drei Stoffe/Stoffgruppen werden in den folgenden Kapiteln detailliert vorgestellt, verbunden mit der Bitte an die Ärzteschaft, das Projekt durch fortlaufende Anpassung des Ordnungsverhaltens und durch Aufklärung der Patienten zu unterstützen.

### Diclofenac

Der Wirkstoff Diclofenac besitzt eine antiphlogistische und antirheumatische Wirkung und ist seit Jahrzehnten als nicht-steroidales Schmerzmittel in der Humanmedizin zugelassen. Diclofenachaltige Medikamente sind in Deutschland sowohl für die orale Behandlung in Form von Tabletten und Kapseln als auch für die topische Anwendung in Form von Salben und Gelen erhältlich – auf ärztliches Rezept, aber auch rezeptfrei.

Abb. 1 zeigt die kassenärztlichen Verordnungen diclofenachaltiger Medikamente in Hessen (in kg Wirkstoff) insgesamt und nach oraler und topischer Verabreichung differenziert. Der Anteil der dermalen Medikamente liegt bei 10–12 %. Von 2017

bis 2021 haben die Verordnungen insgesamt um 22 % abgenommen (von 21.596 kg auf 16.783 kg). Die Verschreibung oral zu applizierender Medikamente nahm um 24,5 % ab, während die dermal anzuwendenden Präparate mit einer Abnahme um 2,9 % entsprechend 2.124 kg nahezu gleichgeblieben sind. Fachärzte für Allgemeinmedizin/praktische Ärzte verordnen etwa 45 % der Gesamtmenge, Internisten und Orthopäden jeweils ca. 17 % [6].

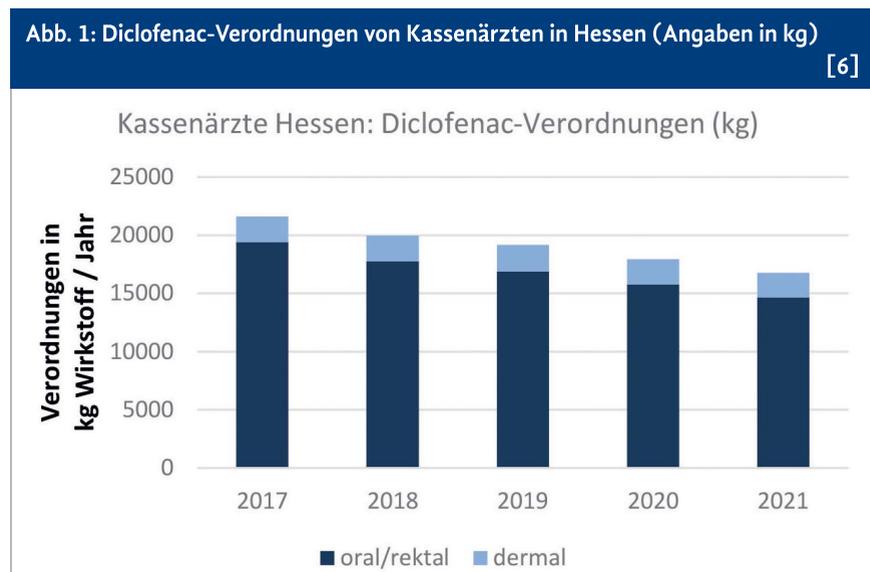
Oral eingenommenes Diclofenac wird nahezu komplett verstoffwechselt, so dass nur ein geringer Teil unverstoffwechselt in das Abwasser ausgeschieden wird. Problematisch in Bezug auf den Eintrag von Diclofenac in Gewässer ist daher die topische Anwendung. Wenn nämlich nach der topischen Anwendung direkt die Hände gewaschen werden oder geduscht wird, bevor der Wirkstoff resorbiert ist, gelangt Diclofenac direkt in das Abwasser. Einer Befragung zufolge waschen sich über die Hälfte der Bevölkerung in Deutschland nach eigenen Angaben direkt nach der Anwendung eines topischen Präparats die Hände [3].

### Erst Wischen, dann Waschen

Hier setzt die nachfolgende Empfehlung an. Wenn die Patienten nach dem Auftragen die Hände vor dem Waschen mit einem Tuch abwischen – siehe Abb. 2 – und das Tuch im Hausmüll entsorgen, gelangt weniger Diclofenac ins Wasser. In einer

Abb. 1: Diclofenac-Verordnungen von Kassenärzten in Hessen (Angaben in kg)

[6]



Grafik: Rechte bei den Autoren

Studie sank der Gehalt an Diclofenac in dem zum Händewaschen verwendeten Wasser um bis zu zwei Drittel, wenn die Hände vor dem Waschen abgewischt werden [7]. Deswegen wird die unten aufgeführte Wischmethode als konkrete Handlungsempfehlung nach Anwendung von diclofenachaltigen Salben und Gelen gegeben (siehe Kasten).

Ein weiteres Einsparpotenzial besteht darin, den nicht selten „präventiven“ Einsatz von Diclofenac im Leistungs- und Breitensport zu reduzieren. Auf diese Problematik hat das Hessische Ärzteblatt bereits in einem Beitrag hingewiesen [8]. Im Rahmen der Aktion „Reines Ried“ werden Sportverbände und Sportler von der Untergruppe Sportsektor der AG Arzneimittel gezielt angesprochen und entsprechende Flyer erstellt. Diese können ggf. auch zur Auslage in bestimmten Arztpraxen bereitgestellt und über „Reines Ried“ angefordert werden.

## „Arzneimittelreste gehören in die Tonne, nicht ins Klo“

Darüber hinaus gilt grundsätzlich – für alle Arzneimittel, auch die flüssigen, ebenso wie die nachfolgend besprochenen Antibiotika: Arzneimittelreste gehören in die Tonne, nicht ins Klo!

## Antibiotika

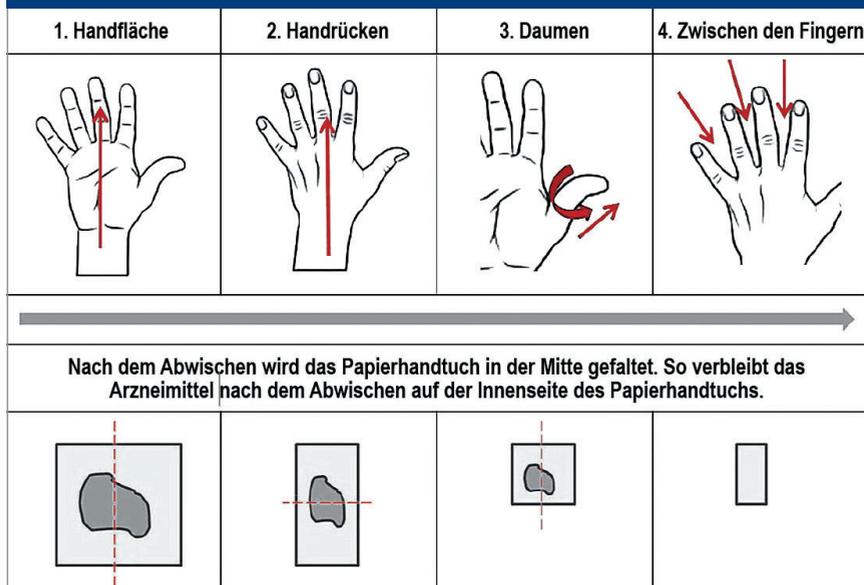
In wenigen Fällen wurden auch Antibiotika im Grundwasser detektiert (Tab. 1). Das größte Problem und die wichtigsten „Nebenwirkungen“ des Einsatzes von Antibiotika ist jedoch die dadurch getriggerte Entwicklung antibiotikaresistenter Erreger (multiresistente Erreger (MRE) – die auch als „die stille Pandemie“ bezeichnet wurde. Um dieser Entwicklung entgegen zu wirken, wurden die Deutsche Antibiotika-Resistenz-Strategie DART entwi-

ckelt, Antibiotic Stewardship-Programme etabliert, ABS-Kurse ins Leben gerufen, Meldepflichten für bestimmte MRE sowie Surveillance-Systeme sowohl für MRE als auch für den Antibiotikaeinsatz bei Mensch und Tier [9, 10] eingeführt und MRE-Netzwerke gegründet. Diese haben unter anderem das Ziel, durch Information der verordnenden Ärzte als auch der Verbraucher einen zurückhaltenden, rationalen Antibiotikaeinsatz zu erreichen und damit der Entstehung von Antibiotikaresistenzen bei Bakterien vorzubeugen. Beispielhaft seien hier die Flyer des MRE-Netztes Rhein-Main zu verschiedenen MRE und zu den Atemwegs-, Harnwegs- und Ohrinfektionen, bei denen Antibiotika oft eingesetzt werden. Diese können kostenlos beim MRE-Netz Rhein-Main bestellt werden („Weniger ist mehr“; „Wenn, dann richtig“; „Wenn möglich, ohne“), im Internet: [www.mre-rhein-main.de](http://www.mre-rhein-main.de).

Die Landesärztekammer Hessen hat bereits im Jahr 2016 gemeinsam mit dem MRE-Netz Rhein-Main eine Umfrage zu den Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika, die EVA-Studie, durchgeführt [11]. Zu diesem Zeitpunkt hatten deutlich mehr Ärzte das Problem multiresistenter Erreger erkannt und die Notwendigkeit für einen sorgsamem Antibiotikaeinsatz gesehen als bei einer bundesweiten Umfrage acht Jahre zuvor. Die Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung bietet seit einigen Jahren einen – stets gut besuchten – Kurs zum Antibiotic stewardship an und hat – gemeinsam mit der KV Hessen – die Implementierung des RAI-Projekts Hessen 2020 (Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation) unterstützt, eine online Fortbildungsplattform für Ärzte zum sachgerechten Einsatz von Antibiotika in der niedergelassenen Praxis [12].

Erste Erfolge haben sich bereits eingestellt. Schon bis 2019 wurde eine Abnahme der Antibiotika-Verordnungen in den kassenärztlichen Praxen in Hessen erreicht [13]. Während der Covid-19-Pandemie war eine weitere Abnahme der AB-Verordnungen insgesamt, insbesondere an Penicillinen, Cephalosporinen und Fluorchinolonen zu verzeichnen (Abb. 3). Während die Abnahme der Verordnungen an Fluorchinolonen wahrscheinlich Folge der Warnungen der Rote Hand-Briefe

**Abb. 2: Empfohlenes Abwischen der Hände nach Anwendung von Diclofenac, aus [3] modifiziert nach [7]**



## Diclofenac als Salbe: Erst Wischen, dann Waschen

Konkrete Handlungsempfehlung nach der topischen Anwendung von Diclofenac, nach [3]:

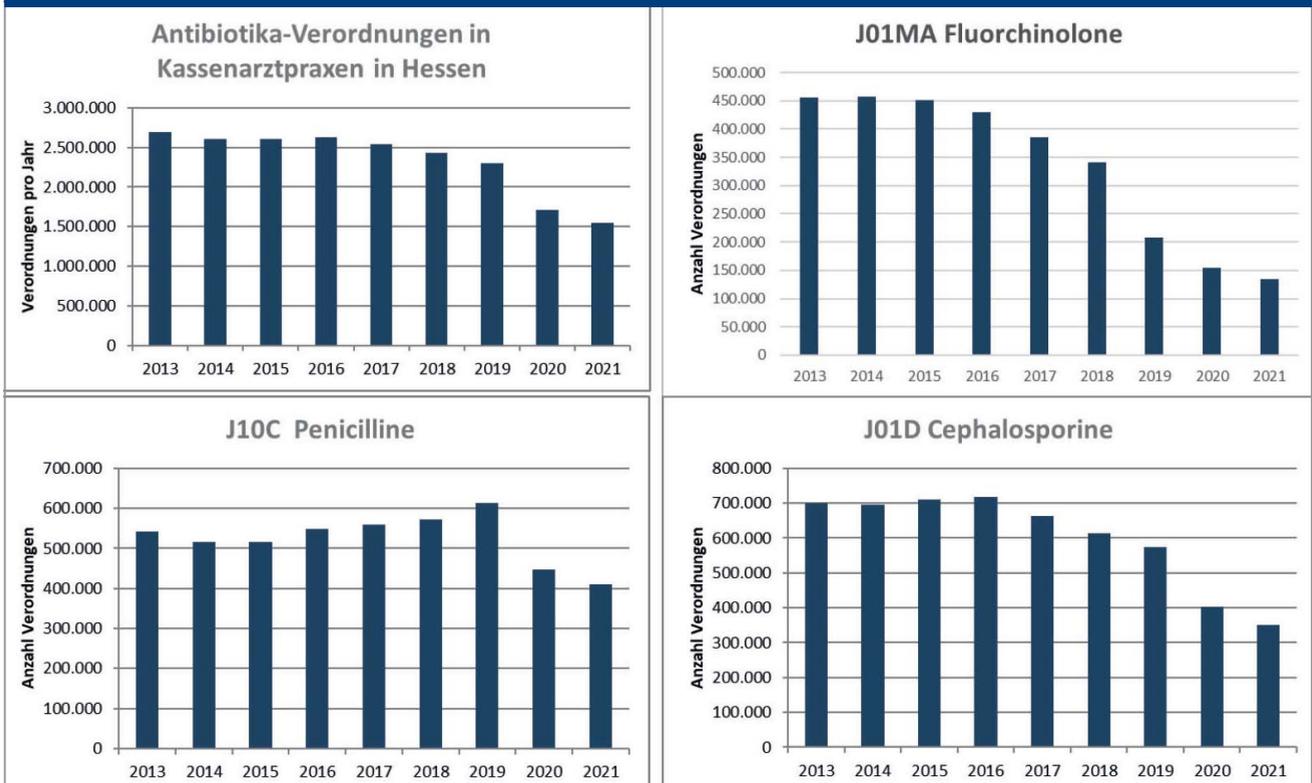
→ Nach dem Auftragen die Hände mit einem Papiertuch abwischen, das dann über den Hausmüll entsorgt wird, oder eine Applikationshilfe (Einmalhandschuh oder Applikator)

verwenden (ebenfalls Entsorgung im Hausmüll).

→ Nach dem Auftragen nicht direkt duschen oder Reste abwaschen, sondern den Wirkstoff einwirken lassen.

Abb. 3: Entwicklung der Antibiotika-Verordnungen der Kassenärzte in Hessen 2013–2021

[6]



Grafiken: Rechte bei den Autoren

[14, 15] ist, könnte die Abnahme der Verordnungen an Penicillinen ein Hinweis auf ein Einsparpotenzial bei häufig viralen Atemwegserkrankungen sein.

Der Anfang ist gemacht. Unser Dank gilt der Ärzteschaft – verbunden mit der Bitte, weiter die Antibiotikaverordnungen kritisch im Blick zu behalten – und auch ihre Patienten auf die sichere Entsorgung von Arzneimittelresten hinzuweisen. Auch Antibiotikareste sollen wie alle Medikamentenreste in den Hausmüll und nicht in die Toilette (Abwasser) entsorgt werden.

## Röntgenkontrastmittel

Rückstände von Röntgenkontrastmitteln (RKM) im Abwasser sind nur schwer bio-

logisch abbaubar; auch sie können über Oberflächengewässer in das Grundwasser gelangen. Die AG 2 „Röntgenkontrastmittel“ hat deswegen Möglichkeiten der Verminderung des Eintrags von RKM in die Gewässer diskutiert und ein ambitioniertes Leuchtturmprojekt für das Hessische Ried abgeleitet und geplant. Unter der Schirmherrschaft des Hessischen Ministeriums für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz und der wissenschaftlichen Begleitung des Fraunhofer ISI soll die Umsetzung des Projekts im Jahr 2023 starten. Über die Ergebnisse wird in einem weiteren Beitrag im kommenden Jahr berichtet werden.



Prof. Dr. med.  
Ursel Heudorf



Prof. Dr. phil. nat.  
Mona Abdel-Tawab

Die Literaturhinweise finden sich auf unserer Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

## Literatur zum Artikel:

# Gewässer- und Trinkwasserschutz geht uns alle an

## Landesärztekammer Hessen unterstützt die Aktion „Reines Ried“

von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Prof. Dr. rer. nat. Mona Abdel-Tawab

- [1] Ebert I, Amato R, Hein A et al.: Umweltbundesamt – Hintergrundpapier. Arzneimittel in der Umwelt – vermeiden, reduzieren, überwachen. April 2014, [https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/01.08.2014\\_hintergrundpapier\\_arzneimittel\\_final\\_.pdf](https://www.umweltbundesamt.de/sites/default/files/medien/378/publikationen/01.08.2014_hintergrundpapier_arzneimittel_final_.pdf) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/27rxtc97>
- [2] Schwarz S, Gildemeister D, Hein A et al.: Environmental fate and effects assessment of human pharmaceuticals: lessons learnt from regulatory data. *Environmental Sciences Europe* 2021; 33 (1): 68.
- [3] Wagner J, Steinbach N, Mellerowicz H, Fritschen M. Umweltbewusster Umgang mit Arzneimitteln. Wie Ärzte sich beteiligen können. *Deutsches Ärzteblatt*, Jg. 119, Heft 9, A 380-A384, 4. März 2022 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/223745/Umweltbewusster-Umgang-mit-Arzneimitteln-Wie-Aerzte-sich-beteiligen-koennen> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2fd3axcb>
- [4] Hessisches Ministerium für Umwelt, Klimaschutz, Landwirtschaft und Verbraucherschutz: Spurenstoffstrategie Hessisches Ried, Stand 30. April 2018. Abrufbar unter: [https://umwelt.hessen.de/sites/umwelt.hessen.de/files/2021-07/spurenstoffstrategie\\_hessisches\\_ried.pdf](https://umwelt.hessen.de/sites/umwelt.hessen.de/files/2021-07/spurenstoffstrategie_hessisches_ried.pdf) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/a3pxmcew>
- [5] HLNUG. Spurenstoffstrategie. <https://spurenstoff-dialog-hessen.de/hessisches-ried/das-dialogforum/> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/ypatzh7c>
- [6] Insight health, persönliche Mitteilung von Thomas Fante, 2022
- [7] Bielfeldt S, Urquhart D, Brandt M, et al.: Reduction of residual topical diclofenac in waste water by a wiping procedure before hand washing. *Chemosphere* 2022; 292: 133350 Cross-Ref. <https://doi.org/10.1016/j.chemosphere.2021.133350> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2h9829vb>
- [8] Niederberger E. Arzneimittel im Breitensport. *Hessisches Ärzteblatt* 11/2019: 646–648
- [9] Deutsche Antibiotika Resistenz Strategie (DART) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/praevention/antibiotika-resistenzen/antibiotika-resistenzstrategie.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/5ah2jmsc>
- [10] GERMAP-Berichte: Antibiotika-Resistenz und -Verbrauch. Hrg.: Paul Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V. (PEG), Infektiologie Freiburg (if), Bundesamt für Verbraucherschutz und Lebensmittelsicherheit (BVL). [https://www.bvl.bund.de/DE/Arbeitsbereiche/05\\_Tierarzneimittel/01\\_Aufgaben/05\\_AufgAntibiotikaResistenz/04\\_GERMAP/GERMAP\\_node.html](https://www.bvl.bund.de/DE/Arbeitsbereiche/05_Tierarzneimittel/01_Aufgaben/05_AufgAntibiotikaResistenz/04_GERMAP/GERMAP_node.html) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/24x628xu>
- [11] Hausemann A, Zolg A, Heudorf U. Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA). Teil I: *Hessisches Ärzteblatt* 09/2016, 77: 512–513; Teil II *Hessisches Ärzteblatt* 11/2016, 77: 634–635; Teil III: *Hessisches Ärzteblatt* 01/2017, 78: 24–27. Kurzlink (Teil I–III): <https://tinyurl.com/ms6h9dbe>
- [12] Heudorf U. Das RAI-Projekt Hessen. Rationale Antibiotikatherapie durch Information und Kommunikation. *Hessisches Ärzteblatt* 10/2020, 81: 571. Kurzlink: <https://tinyurl.com/2p99ukf3>
- [13] Heudorf U, Warlich R, Schäfer V, Teßmann R. Antibiotika-Verordnungen in der ambulanten Versorgung in Hessen 2013–2019. *Hessisches Ärzteblatt* 11/2020; 81: 610–612. Kurzlink: <https://tinyurl.com/mtwjch2y>
- [14] Rote Hand Brief 08.04.2019: Systemisch und inhalativ angewendete Chinolon- und Fluorchinolon-Antibiotika: Risiko von die Lebensqualität beeinträchtigenden, lang anhaltenden und möglicherweise irreversiblen Nebenwirkungen -Anwendungsbeschränkungen [https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorchinolone.pdf;jsessionid=BA400FF7FE1DACC6017E3DE6401BA4C9.1\\_cid506?\\_\\_blob=publicationFile&v=4](https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2019/rhb-fluorchinolone.pdf;jsessionid=BA400FF7FE1DACC6017E3DE6401BA4C9.1_cid506?__blob=publicationFile&v=4) oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/2p8achvy>
- [15] Rote Hand Brief 26.10.2018. Systemisch und inhalativ angewendete Fluorchinolone: Risiko für Aortenaneurysmen und -dissektionen. <https://www.bfarm.de/SharedDocs/Risikoinformationen/Pharmakovigilanz/DE/RHB/2018/rhb-fluorchinolone.html> oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/4dk7a6ne>



# Bericht des Versorgungswerkes

## Delegiertenversammlung am 21. September 2022

Die Delegiertenversammlung hat am 21. September 2022 Geschichte geschrieben und zum ersten Mal rein online getagt. Im Sitzungssaal in der Landesärztekammer waren neben einigen Gästen nur der Präsident, der Vorsitzende des Vorstandes und seine Stellvertreterin sowie einige wenige hauptamtliche Mitarbeiter von Kammer und Versorgungswerk. Alle anderen Delegierten waren per Video zugeschaltet. Auch der Vertreter der Auf-

beitragsatz wird auch im nächsten Jahr höchstwahrscheinlich bei 18,6 % liegen. Dagegen ist damit zu rechnen, dass die monatliche Beitragsbemessungsgrenze im Westen von 7.050 € auf 7.300 € angehoben wird. Grund dafür ist, dass die Löhne und Gehälter nach dem Rückgang im ersten Pandemiejahr im letzten Jahr überdurchschnittlich stark zugelegt haben. Dem trägt die neue Bemessungsgrenze Rechnung. Die Tätigkeit von Ärztinnen

Mitglieder weitergegeben werden und kämen für die Anwartschaften der Letzteren zu der festen Verzinsung der Beiträge nach der Beitrags- und Leistungstabelle hinzu.

Es wurde beschlossen, wie vom Vorstand vorgeschlagen, die Renten zum 01.01.2023 um 1 % zu erhöhen. Die Anwartschaften der noch aktiven Mitglieder des Versorgungswerkes wurden ebenfalls dynamisiert:

- alle im Jahr 2021 gezahlten Beiträge werden in dem genannten Jahr statt mit 2,5 % mit 3,5 % verzinst
- alle zwischen 2010 und 2020 gezahlten Beiträge werden im Jahr 2021 statt mit 3,0 % mit 3,5 % verzinst

Dem Beschluss der Delegierten zu den Dynamisierungen ging eine kontroverse Diskussion voraus. Umstritten war vor allem die Höhe der Rentenanpassung. Mehrere Delegierte sprachen sich dafür aus, die Renten nur um 0,5 % zu erhöhen und die Anwartschaften entsprechend höher zu dotieren. Nach intensivem Informationsaustausch und einer Protokollnotiz zur möglichst erneuten Erhöhung der Anwartschaften in 2023 wurden die genannten Beschlüsse sodann mit sehr deutlichen Mehrheiten getroffen.

### Weitere Verstärkung der Verlustrücklage

Die Verlustrücklage – also das Eigenkapital – wurde weiter von 617 Mio. € auf 666 Mio. € aufgestockt. Der Anteil der Verlustrücklage an der Deckungsrückstellung beträgt damit 6,80 %. Somit kann die Vorgabe des ABV-Leitfadens erfüllt werden, die wegen des Risikoprofils der Anlagen des Versorgungswerkes Eigenkapital in Höhe von mindestens 6 % der Deckungsrückstellung fordert. Diese Maßnahme verschafft der Kapitalanlage die nötigen Spielräume. Denn risikoreiche Anlagen wie z. B. Aktien müssen zur Absicherung mit Risikokapital unterlegt werden. Außerdem konnte der bilanzielle Rechnungszins erneut abgesenkt werden, und zwar von 3,30 % auf 3,28 %. Dafür muss-



Foto: Marissa Leister

Das Podium traf sich im Sitzungssaal, das Plenum wurde online zugeschaltet: Die Delegiertenversammlung im September tagte als Videokonferenz. Auf dem Bildschirm: die beiden Vorsitzenden des Versorgungswerkes Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg und Dr. med. Susan Trittmacher sowie Rechtsanwältin Sabine Müller-Gebhardt (v. l.).

sicht, des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration, war zugeschaltet. Präsidium und Vorstand hatten sich auf dieses neue Format verständigt, weil in erster Linie nur das Versorgungswerk auf der Tagesordnung stand und die Kosten im Vergleich zu einer Präsenzveranstaltung damit deutlich niedriger waren. Außerdem konnten dadurch wertvolle Erfahrungen für den Fall gewonnen werden, dass eine Veranstaltung in Präsenz, z. B. wegen einer Pandemie, schlechterdings nicht möglich ist. In seinem Bericht ging der Vorsitzende des Vorstandes, Dr. med. Titus Frhr. Schenck zu Schweinsberg, zunächst auf einige aktuelle Entwicklungen ein. Der

von der Sozialversicherungspflicht befreit. Diese Befristung wurde aufgehoben. Von den entsprechenden Einkünften müssen also keine Beiträge an die Sozialversicherungen abgeführt werden. Da die berufsständischen Versorgungswerke nicht zu den Sozialversicherungen gehören (sondern ihnen nur teilweise gleichgestellt sind),

sind die Beiträge an das Versorgungswerk von dieser Ausnahmeregelung nicht mitumfasst.

### Erhöhung der Renten und Anwartschaften

Die Delegierten haben den Jahresabschluss 2021 festgestellt und den Vorstand entlastet. Das Jahr 2021 sei ein gutes Jahr für Kapitalanlagen gewesen, so der Vorsitzende Dr. von Schenck. Dadurch sei das Versorgungswerk in der Lage gewesen, die Rückstellung für Überschussbeteiligung deutlich aufzustocken. Diese Überschüsse in Höhe von rund 64 Mio. € könnten an die Rentner und die aktiven



ten der Deckungsrückstellung 53 Mio. € zugeführt werden. Je niedriger der bilanzielle Rechnungszins, desto geringer sind die Anforderungen an die Rendite der Kapitalanlage; denn die Zinsen für sichere festverzinsliche Wertpapiere sind nach wie vor relativ niedrig – auch wenn eine Trendumkehr zu beobachten ist. Die Bilanzsumme stieg von 10,18 Mrd. € auf jetzt 10,59 Mrd. €.

### Höheres Beitragsaufkommen

Nachdem im Jahr 2020 die Beiträge im Vergleich zum Vorjahr erstmals seit langer Zeit leicht zurückgegangen sind, stiegen

sie im Jahr 2021 wieder an. Die berufstätigen Mitglieder zahlten insgesamt 353 Mio. €. Grund für den Rückgang im Jahr 2020 dürften geringere Einkommen in Folge der Pandemie gewesen sein. Die Zahl der aktiven Mitglieder erhöhte sich von 28.488 auf 28.944.

An die 12.702 Rentnerinnen und Rentner (Vorjahr: 12.276) wurden 292 Mio. € ausbezahlt. Die Versorgungsleistungen stiegen damit um 4,8 % an. Die durchschnittliche monatliche Altersrente betrug zum 31.12.2021 2.233 € und die durchschnittliche vorgezogene Altersrente 1.943 €. Berufsunfähigkeitsrentner erhielten durchschnittlich 2.006 € pro Monat.

### Uneingeschränkter Bestätigungsvermerk

Das Versorgungswerk hat vom Abschlussprüfer auch für das Jahr 2021 einen Bestätigungsvermerk erhalten. Nach der Prüfung haben sich keine Einwendungen gegen die Ordnungsmäßigkeit des Abschlusses und des Lageberichtes ergeben. Auch die Risikoeinschätzungen des Aktuars und der für das Zentrale Risikocontrolling zuständigen Wirtschaftsprüfungsgesellschaft fielen positiv aus.

**Johannes Prien**

Referent des Vorstandes

## Zwei Resolutionen: Delegierte gegen ein Verbot der Ex-post-Triage

Die Delegiertenversammlung forderte am 21. September per Resolution die Streichung des Verbots der Ex-post-Triage aus dem Gesetzesentwurf des Zweiten Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes. Darin soll eine diskriminierungsfreie und gerechte Verteilung von intensivmedizinischen Leistungen bei nicht ausreichenden Behandlungskapazitäten geregelt werden. Die Möglichkeit einer Ex-post-Triage, also die Option, dass Ärzte die Behandlung eines Patienten zugunsten eines anderen mit besseren Über-

lebenschancen beenden können, wird in dem Gesetzentwurf explizit verboten.

Im gleichen Beschluss forderten die Delegierten eine Anpassung der fachlichen Voraussetzungen für die Zuteilung von Intensivbehandlungsplätzen nach dem Vieraugenprinzip. Der Gesetzentwurf ginge von Bedingungen hinsichtlich der ärztlichen Personalbesetzung aus, die in vielen Kliniken insbesondere nachts und am Wochenende nicht zu gewährleisten und im zeitlichen Druck der Entscheidungsnotwendigkeit auch kaum zu erreichen sei.

In der Begründung heißt es wörtlich: „Es ist inakzeptabel, gesetzliche Bedingungen zu schaffen, die kaum umsetzbar sind. Es ist ebenfalls inakzeptabel, Ärzten und Ärztinnen akut Entscheidungen abzuverlangen, die später in aller Ruhe am Schreibtisch beurteilt und strafrechtlich eingeordnet werden können.“

Siehe dazu auch den Beitrag von Dr. med. Susanne Johna auf den folgenden Seiten.

(red)

## Kein Klinik- und Praxissterben durch Inflation!

Die Delegiertenversammlung forderte in einer weiteren Resolution rasches Handeln der Politik, um Mehrkosten durch Inflation und steigende Energiepreise ausgleichen zu können. Im Beschluss heißt es wörtlich:

### „Kein Kliniksterben und Praxissterben durch Inflation!“

Kalte Strukturbereinigung ist kein Steuerungsinstrument der Gesundheitspolitik. Die Delegiertenversammlung fordert ein rasches Handeln der Politik, um Kliniken und Praxen die durch Inflation und gestiegene Energiepreise bedingten Mehrkosten zu ersetzen.

Die geltenden Vergütungssysteme bilden die aktuellen Kostensteigerungen im Gesundheitswesen weder im ambulanten noch im stationären Bereich ab.

Explodierende Energiekosten und hohe Inflationsraten führen zu einer Bedrohung der Daseinsvorsorge. Kliniken geraten unverschuldet in die Gefahr einer Insolvenz und damit einer Schließung. Praxen könnten gezwungen sein, ihren Betrieb einzuschränken oder gar einzustellen.

Dies gefährdet die Patientenversorgung! Ein unstrukturierter Abbau von Kliniken und Praxen durch eine kalte Strukturbereinigung wird langfristig zu Unterversor-

gung führen. Personal, Fachwissen und Expertise gehen durch wirtschaftlichen Druck verloren.

Der Wiederaufbau notwendiger Klinik- und Praxisstrukturen würde, sofern überhaupt noch möglich deutlich mehr Kosten verursachen als sofortige Hilfen.

Diese hilfsbedingt notwendigen Kosten lassen sich betriebswirtschaftlich gut ermitteln, um entsprechende Ausgleichszahlungen zu berechnen.

Rasche Hilfe ist zwingend, um lang anhaltende oder gar irreparable Schäden zu vermeiden.“

(red)

# Das Verbot der Ex-post-Triage ist für Ärzte inakzeptabel

Der Beitrag ist zuerst in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung online unter der Rubrik F.A.Z. „Einspruch Exklusiv“ (23.09.2022) erschienen sowie danach in der Marburger Bund Zeitung (7.10.2022).

Nach dem Willen des Bundesverfassungsgerichts sollen gesetzliche Regelungen Menschen mit Behinderung bei knappen intensivmedizinischen Ressourcen vor Benachteiligung schützen. Ein Gesetzentwurf der Bundesregierung sieht das Verbot der Ex-post-Triage vor. Die vorgesehenen Regelungen unterlaufen die klinischen Erfolgsaussichten als zentrales Kriterium der ärztlichen Entscheidung. Das Bundesverfassungsgericht hat am 21.12.2021 nach einer Klage von Menschen mit schweren Behinderungen den Gesetzgeber verpflichtet, Vorkehrungen zum Schutz behinderter Menschen zu treffen, wenn pandemiebedingt bei begrenzten intensivmedizinischen Ressourcen eine Triage erforderlich wird. Der Begriff der Triage stammt aus der Militärmedizin und bedeutet „Auswahl“ oder „Sortierung“. Dieses Vorgehen wird in der Katastrophenmedizin im Wesentlichen unwidersprochen eingesetzt. In Konsensuskonferenzen beim Bundesamt für Bevölkerungsschutz und Katastrophenhilfe sind vier Sichtungskategorien festgelegt, deren Ziel es ist, die medizinischen Res-

ourcen schnellstmöglich denen zur Verfügung zu stellen, die diese am dringlichsten brauchen, folglich nicht denen, die keine Überlebenschancen haben oder deren Verletzungen nicht dringlich sind.

Auch bei der Berg- oder Seenotrettung müssen in Einzelfällen Priorisierungsentscheidungen getroffen werden. Bei der Ex-ante-Triage wird entschieden, wer von mehreren Patienten eine zu knappe medizinische Ressource (etwa ein Beatmungsgerät) erhält. Bei der Ex-post-Triage werden zusätzlich diejenigen Patienten einbezogen, denen eine solche Ressource bereits zugeteilt wurde, was letztlich auch den Entzug einer bereits zugeteilten Ressource bedeuten kann.

## Begrenzte Ressourcen

Tief in unser Bewusstsein eingeebnet haben sich die schrecklichen Erfahrungen aus Bergamo, dem ersten europäischen Corona-Hotspot, wo im Frühjahr 2020 Ärzte entscheiden mussten, welche Patienten beatmet werden konnten, während andere ohne diese Möglichkeit verstorben sind. Es waren Entscheidungen über Leben und Tod.

Die Pandemie hat auch in Deutschland offengelegt, was vorher nur hypothetisch klar war: Die apparativen, medikamentösen und insbesondere die personellen Ressourcen sind begrenzt. Für uns als Ärzte waren Zuteilungs- und Priorisierungsentscheidungen schon immer Teil unserer Tätigkeit. Beispielsweise müssen Ärzte im Nachtdienst entscheiden, zu welchem Patienten sie zuerst gehen, wenn Pflegekräfte auf zwei verschiedenen Stationen ärztliches Eingreifen anfordern.

Die behandelnden Ärzte befinden sich im Fall einer pandemiebedingten Triage in einer extremen und zeitkritischen Entscheidungssituation. Deswegen ist es wichtig, dass insbesondere diejenigen, die in der Intensiv- und Notfallmedizin tätig sind, sich mit den ethischen Dilemmata und juristischen Implikationen genauso ausei-



Triage-Station im Ersten Weltkrieg, Frankreich, Suippes.

nersetzen wie mit den entscheidenden grundgesetzlich verbrieften Rechten: Das Recht auf Leben und der Schutz der Menschenwürde. Beide sind zwar miteinander verbunden, setzt doch die Wahrnehmung von Menschenwürde das Leben voraus: Aber nicht jede Abwägung von Leben gegen Leben muss zwangsläufig gegen die Menschenwürde verstoßen (ein Terrorist darf bei akuter Bedrohung anderer Menschen erschossen werden, nicht aber zu Tode gefoltert).

Die verfasste Ärzteschaft hat sich dieser Herausforderung gestellt: In der Orientierungshilfe der Bundesärztekammer zur Allokation intensivmedizinischer Ressourcen wurden im Mai 2020 am Beispiel der SARS-CoV-2-Pandemie wichtige Entscheidungsvoraussetzungen benannt und betont, dass auch in einer Pandemie die medizinische Indikation, der Patientenwille und die klinischen Erfolgsaussichten zentrale Kriterien sind, unabhängig von der Frage, aus welchem Grund eine intensivmedizinische Behandlung notwendig ist. Ebenso gibt es entsprechende Empfehlungen der Fachgesellschaften in Deutschland und auch in der Schweiz und Österreich.

## Regelungen greifen auch bei Grippewellen

Der Verpflichtung durch das Bundesverfassungsgericht will der Gesetzgeber nun im Rahmen einer Änderung des Infektionsschutzgesetzes nachkommen. Im Kabinettsentwurf wird für Zuteilungsentscheidungen das von den Karlsruher Richtern explizit genannte Kriterium der aktu-

Foto: © mauritius images/SweetHour/Alamy/Alamy Stock Photos



Covid-19-Pandemie Anfang März 2020 in Italien: Schild vor einem Krankenhaus in Pisa.

Foto: © mauritius images/Science Source

ellen und kurzfristigen Überlebenswahrscheinlichkeit als einziges genannt. Zusätzlich sollen Verfahrensregeln wie ein Vier- bzw. Sechsaugenprinzip plus die Hinzuziehung von Fachexpertise, spezielle Dokumentation und eine individuelle Verfahrensanweisung für jedes Krankenhaus gesetzlich geregelt werden.

Die Regelungen des vorliegenden Kabinettsentwurfs greifen nicht nur bei intensivmedizinischen Knappheitssituationen im Rahmen einer Pandemie, sondern auch bei anderen übertragbaren Krankheiten (also etwa auch bei Grippewellen). Sie werden von Juristen, Ethikern und nicht zuletzt von den Behindertenverbänden äußerst kontrovers diskutiert. Aus Sicht der Ärzteschaft ist der darin enthaltene kategorische Ausschluss der Ex-post-Triage inakzeptabel, weil er medizinische Grundsätze in Frage stellt und Ärzte potenziellen strafrechtlichen Risiken aussetzt.

Es ist die Aufgabe jedes Arztes, die Indikation für ärztliches Handeln genau zu prüfen und invasive Handlungen zu unterlassen, wenn die Abwägung von Nutzen und potenziellem Schaden für den Patienten ungünstig ist. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient aufgrund der Schwere seiner Erkrankung diese Entscheidung nicht aufgeklärt selbst treffen kann. Im Falle der intensivmedizinischen Behandlung müssen selbstverständlich die Indikationen für bereits eingeleitete Therapien (etwa die Beatmungstherapie) regelmäßig neu überprüft werden. Denn erhebliche Veränderungen des Krankheitsverlaufs können dazu führen, dass einmal eingeleitete Maßnahmen bei fehlender Erfolgsaussicht wieder beendet werden. Solche Therapiezieländerungen, die im Falle der Intensivmedizin häufig in palliative Betreuung übergehen, werden in der Regel mit Angehörigen und klinischen Ethikkomitees besprochen. Es stellt sich die Frage, wie im Zweifelsfall zwischen einer Therapiezieländerung und einer Ex-post-Triage unterschieden werden kann.

## Nein zu Losentscheiden

Im Fall der Ressourcenknappheit müssen bei mehreren zeitnah eintreffenden Patienten zügig Entscheidungen getroffen



Foto: © Milos Drndarevic – stock.adobe.com

Während der Covid-19-Pandemie Anfang April 2020 vor einem Krankenhaus in Belgrad, Serbien.

werden. Sollten beispielsweise alle Beatmungsbetten in einer Region belegt sein und keine Verlegungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen, würde der Ausschluss der Ex-post-Triage automatisch den Tod von Unfallopfern, Schlaganfall- oder Herzinfarktpatienten bedeuten, selbst wenn diese möglicherweise nur kurzzeitig eine intensivmedizinische Behandlung brauchen.

Wenn also die Ex-post-Triage ausgeschlossen wird, ist die Wahrscheinlichkeit extrem hoch, dass deutlich mehr Menschen versterben, da Patienten mit guten Überlebenschancen, die nur kurzfristig ein Beatmungsgerät brauchen, dies nicht bekommen. Auch bei Losentscheidungen – ein Verfahren, das teilweise von Behindertenverbänden gefordert wird – würden mehr Menschen sterben, denn dies führt zu einem Nachteil aller potenzieller intensivmedizinischer Patienten und damit auch der Menschen mit schweren Behinderungen, die in Deutschland etwa einen Bevölkerungsteil von 9,5 Prozent ausmachen.

Als Ärzte sind wir zunächst dem individuellen Patienten verpflichtet. Gleichzeitig ist es unser Bestreben, das Leben und die Gesundheit möglichst vieler Menschen zu retten. Deswegen ist es richtig, in einer solchen Situation existenzieller Ressourcenknappheit einen Patienten mit nur noch minimalen kurzfristigen Überlebenschancen zugunsten eines anderen mit deutlich besseren Chancen vom Beatmungsgerät zu trennen. Nicht nur Handeln, sondern auch Unterlassen kann die Menschenwürde und das Recht auf Leben verletzen. Die Rechtswissenschaftlerin

und Rechtsphilosophin Tatjana Hömle hat das (F.A.Z. vom 28.7.2022) auf den Punkt gebracht: „Wenn wir mit dem Bundesverfassungsgericht die akuten kurzfristigen Überlebenschancen als Kriterium anerkennen und hierin keine Ungleichbehandlung von Menschen mit Behinderungen sehen, kann es keinen Unterschied machen, ob vor oder nach einem Behandlungsbeginn entschieden wird.“

Christian Drosten hat die Coronapandemie eine „Naturkatastrophe in Zeitlupe“ genannt. Wir haben durch diesen zeitlichen Aspekt Handlungsmöglichkeiten. Insofern war und bleibt es richtig, den Fokus auf Maßnahmen zu setzen, die dazu führen, die Notwendigkeit von Triageentscheidungen bezüglich intensivmedizinischer Ressourcen so weit wie möglich zu reduzieren. Zu Beginn der Pandemie wurden diese Eindämmungsentscheidungen mit dem Begriff „flatten the curve“ verbunden. Ist eine Triage dennoch nicht zu vermeiden, müssen Ärzte in extremen belastenden Situationen unter hohem Zeitdruck Entscheidungen treffen. Dann ist es inakzeptabel, gesetzliche Bedingungen zu schaffen, unter denen diese Entscheidungen strafrechtlich eingeordnet werden könnten.

**Dr. med.**

**Susanne Johna**

1. Vorsitzende des Bundesverbandes Marburger Bund, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic

# „Vom Büro bis in den Heizungskeller“

## Lernort Carl-Oelemann-Schule: Fortbildung Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin für Medizinische Fachangestellte

Vor 20 Jahren startete die Carl-Oelemann-Schule (COS) mit den ersten 60-stündigen Qualifizierungslehrgängen „Betriebsmedizinische Assistenz“. Seit der Veröffentlichung des zeitlich umfangreicheren Fortbildungscurriculums „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin für Medizinische Fachangestellte“ durch die Bundesärztekammer führt die COS den 140-stündigen Qualifizierungslehrgang weiterhin erfolgreich mindestens einmal pro Jahr durch.

Eine hohe Lernmotivation, insbesondere für Vorschriften und Regeln, ist bei dieser Fortbildung Voraussetzung. Hinzu kommt, dass einiges Grundlagenwissen für den Tätigkeitsbereich in der Arbeitsmedizin kein Bestandteil der Berufsausbildung zum/zur MFA ist. Die Einarbeitung in die unterschiedlichen Regelwerke und Untersuchungsstandards ist daher für einige Teilnehmer/-innen besonders herausfordernd.

Ein fundiertes theoretisches Wissen ist für den Aufgabenbereich einer/eines MFA in der Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin unerlässlich. Zunächst müssen die schriftlichen Regelungen gelesen und verstanden werden, dann folgt die praktische Anwendung. Für beides ist die COS im Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen in Bad Nauheim ein guter Lernort. Im Lehrgangsverlauf werden z. B. „Gefährdungsbeurteilungen“ praktisch durchgeführt. Dabei begehen die Fortbildungsteilnehmer/-innen in kleinen Gruppen die medizinischen Fach- und Lagerräume der COS sowie den Küchen- und Verpflegungsbereich. Sogar die technischen Anlagen im Keller wie Heizungs- und Lüftungskeller stehen als reale Übungs-/Lernorte zur Verfügung.

Hör- und Sehtests werden in der praktischen Anwendung demonstriert und geübt. Mit Unterstützung eines Probanden findet ebenso die praktische Durchführung des Belastungs-EKGs statt.

Bereits seit 2015 führt die COS den Lehrgang mit einer integrierten E-Learning-Einheit durch, d. h. in einem Blended-Learning-Konzept. Dieses Fortbildungsformat hat sich bewährt. Es reduziert Reisezeit und -kosten. Gleichzeitig bietet die Präsenzphase der Lerngruppe den zeitlichen Raum, um die Lerninhalte im Dialog zu erarbeiten, die praktischen Anwendungsübungen durchzuführen und ihr berufliches Erfahrungswissen auszutauschen.

Dr. med. Michael Schneider ist als Arbeitsmediziner seit den ersten Lehrgangsstunden Dozent in der COS. Wir haben ihn gefragt, warum er Präsenzveranstaltungen bevorzugt: „Distanz und Präsenzunterricht sind heute gleichermaßen etablierte und wissenschaftlich gut untersuchte Verfahren, beide Lehrformen bieten je nach Zielgruppe diverse Vor- und Nachteile. Ich persönlich bevorzuge bei der Wissensvermittlung im betriebsmedizinischen Umfeld die Präsenzveranstaltung, da sich mit diesem Format für mich die Gruppendynamik besser modifizieren und soziale Interaktionen zielführend steuern lassen. Damit fällt es aus meiner Erfahrung allen Teilnehmenden leichter, sich sowohl auf Sprach- als auch emotionaler Ebene gut aufeinander einzustellen, als damit auch den Lehr- und Lernerfolg qualitativ sicher zu stellen.“

Jörg Rosenthal ist ebenfalls langjährig als Dozent in der COS tätig und betreut zusätzlich die E-Learningphase im Qualifizierungslehrgang als Tutor. Wir haben ihn gefragt, welche Vorteile er in der E-Learning-Phase sieht: „Die Telearnphasen bieten zeitgemäßes Lernen, sind besonders abwechslungsreich und unterhaltsam und dabei zeitlich und räumlich unabhängig. Kurz: die Teilnehmenden können die Inhalte bequem dann bearbeiten, wenn sie Zeit und Lust dazu haben.“



Der Küchen- und Verpflegungsbereich am Standort Bad Nauheim als einer von mehreren Lernorten: Teilnehmerinnen am Lehrgang „Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin“ führen als Übung zur „Gefährdungsbeurteilung“ praktische Begehungen durch.

### Folgende Inhalte umfasst der 140-stündige Lehrgang:

- Die Arbeitsmedizin im System der Sozialen Sicherung (8 Std.)
- Gefährdungsbeurteilung, arbeitsmedizinische Vorsorge und weitere Untersuchungen (36 Std.)
- Gesundheitliche Prävention und Management im Betrieb (24 Std.)
- Administration und Koordination (8 Std.)
- Grundlagen Diagnostische Verfahren: Augen (12 Std.)
- Grundlagen Diagnostische Verfahren: Ohren (12 Std.)
- Grundlagen Diagnostische Verfahren: Herz-Kreislauf (12 Std.)
- Grundlagen Diagnostische Verfahren: Lunge (12 Std.)
- Kommunikation und Gesprächsführung (8 Std.)
- Wahrnehmung und Motivation (8 Std.)

**Silvia Happel**

Leiterin Carl-Oelemann-Schule

Information finden Sie auf unserer Website unter: <https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa/qualifizierungslehrgaenge>

# Achtung bei der Arbeitsteilung in einer Berufsausübungsgemeinschaft

Übt einer der Partner einer Berufsausübungsgemeinschaft in nur marginalem Umfang ärztliche Berufstätigkeit aus und ist er fast ausschließlich mit Aufgaben der Praxisorganisation und des Managements betraut, kann diesem Partner aus steuerlicher Sicht die eigenverantwortliche und leitend freiberufliche Tätigkeit abgesprochen werden. Dies kann zur Qualifizierung als insgesamt gewerbliche Mitunternehmerschaft aller Partner der Berufsausübungsgemeinschaft führen und Gewerbesteuer zulasten der gesamten Gesellschaft auslösen, diese gewerblich infizieren (FG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 16.09.2021, Az.: 4 K 1270/19).

In dem entschiedenen Fall hatte bei einer Berufsausübungsgemeinschaft in der Rechtsform einer Partnerschaftsgesellschaft (PartG) eine steuerliche Betriebsprüfung stattgefunden. Dabei wurde festgestellt, dass ein Seniorpartner im Streitjahr 2010 die Merkmale freiberuflicher Tätigkeit in seiner Person nicht erfüllte. Seine Arbeit für die Praxis sei lediglich kaufmännischer und organisatorischer Natur gewesen, seine Umsätze aus Patientenbehandlung betragen in dem betreffenden Jahr einen Anteil von lediglich 0,028 %. Der betroffene Seniorpartner trug vor, dass allein die Größe der Praxis mit sieben Partnern, weiteren fünf angestellten Berufsträgern und insgesamt 35 Beschäftigten eine professionelle Aufteilung der betrieblichen Arbeitsprozesse erfordere, seine Verwaltungs- und Managementaufgaben unter anderem die Bereiche Hygiene und Röntgen, Personalführung, Vertragsangelegenheiten und Lieferanten, Datenschutz, Praxisfinanzen usw. umfassten und er seinen weiteren Partnern zudem konsiliarisch beratend jederzeit zur Verfügung stehe. Dies fand keine Beachtung.

Auch die gewandelten beruflichen Anforderungen an das Tätigkeitsbild (Beratung, Aufklärung und Dokumentation, Schulungen, Qualitätssicherung usw.) und die Darlegung, dass er ein „starker Akquisiteur und Berater“ sei, wurden als Argumente nicht zugelassen.

Dabei übte der Seniorpartner keine Tätigkeiten aus, die als „berufsfremd“ einzustufen waren und es fand keine originär gewerbliche Tätigkeit z. B. durch Verkauf von Produkten in der Praxis statt. Dennoch bestätigte das Finanzgericht den Betriebsprüfungsbescheid, alle Einkünfte der Partnerschaftsgesellschaft waren in vollem Umfang im Streitjahr als Einkünfte aus Gewerbebetrieb nach § 15 Abs. 1 S. 1 i. V. m. Abs. 3 Nr. 1 EStG zu qualifizieren. Das Finanzgericht stellte grundsätzlich Folgendes fest:

- 1) Jeder Gesellschafter muss einen persönlichen Einsatz im arzttypischen Heilbereich erbringen, eine regelmäßige, ausschließlich kaufmännische Tätigkeit in nicht nur untergeordnetem Umfang (Leitung und Management der Praxis, Verwaltungs- und Geschäftsführerleistungen) führt zur Gewerblichkeit.
- 2) Jeder Gesellschafter muss die unmittelbare, persönliche und individuelle Arbeitsleistung seines freien Berufes in ausreichendem Umfang sowie „leitend“ (organisatorisch) und „eigenverantwortlich“ (Einsatz der eigenen Arbeitskraft mit fachlicher Verantwortung) selbst erbringen. Dies wird bei den Heilberufen an der individuellen Arbeitsleistung am Patienten festgemacht, auch wenn Delegation bei Überwachung und Teamarbeit mit be-

grenzter Arbeitsteilung üblich und typisch sind.

- 3) Die Rechtsform der Partnerschaftsgesellschaft (PartG) als solches führt nicht automatisch zur Qualifikation der Tätigkeiten der Gesellschafter bzw. der Gesellschaft als freiberuflich.
- 4) Die Arbeitsorganisation der Praxis muss eine feste, systematische Einbindung aller Gesellschafter in die Patientenbehandlung erkennen lassen und feste Behandlungstage gewährleisten. Die selbst erwirtschafteten Umsatzerlöse aus freiberuflicher Tätigkeit dürfen nicht nur marginal sein. Eine bloß faktische Verantwortungsübernahme für bestimmte Tätigkeitsbereiche ist nicht ausreichend.
- 5) Erbringen Gesellschafter einer Personengesellschaft ihre Leistungen teilweise freiberuflich und teilweise gewerblich, ist ihre Tätigkeit grundsätzlich als insgesamt gewerblich zu qualifizieren.

Das Finanzgericht hat die Revision wegen grundsätzlicher Bedeutung der Sache zugelassen. Die Angelegenheit ist beim BFH unter Az. VIII R 4/22 anhängig.

## Henriette Marcus

Rechtsanwältin und  
Fachanwältin  
für Medizinrecht,  
Frankfurt am Main,  
E-Mail:  
h.marcus@hfbp.de



Foto: Jens Bruchhaus

## Ungültige Arztausweise

### Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

**Arztausweis-Nr.** 060057309 ausgestellt am 14.01.2019 für Anke Papenburg, Neu-Isenburg

**Arztausweis-Nr.** 060136081 ausgestellt am 20.10.2021 für Thomas Scheidt, Marburg

## Teil 2

**Arztausweis-Nr.** 060207899 ausgestellt am 18.08.2022 für Dr. med. Stefanie Scheuermann-Jahn, Sindelfingen

**Arztausweis-Nr.** 060214407 ausgestellt am 12.09.2022 für Dr. rer. nat. Vu Thao-Vi Da, Frankfurt am Main

# „Jede Generation hat ihre eigenen Herausforderungen“

## Lore Kranz arbeitet seit 60 Jahren als Medizinische Fachangestellte



Lore Kranz will auch während ihres Ruhestandes noch ein bisschen weiterarbeiten.

Foto: privat Lore Kranz feierte in diesem Jahr ein besonderes Jubiläum: Sie arbeitet seit 60 Jahren als Medizinische Fachangestellte. Im Jahr 1962 im Alter von 17 Jahren eingestiegen, hat sie noch eine völlig andere (Arbeits-)Welt erlebt. Verheirateten Frauen konnte von ihren Männern das Arbeiten verboten werden, Rezepte wurden mit der Hand geschrieben und im Notfall testete man auf Zucker, indem man am Urin leckte. Seitdem hat sich viel geändert. Tätig war Lore Kranz aber immer in der gleichen Praxis. Allerdings in wechselnder Besetzung und Fachrichtung. Gerade unterstützt sie die Kolleginnen noch bei der Abrechnung und dem Schriftverkehr – um weiter gefordert zu werden.

### **Frau Kranz, 60 Jahre im Job und Sie haben noch Lust weiterzumachen. Was ist der Grund?**

**Lore Kranz:** Immer wenn ich aufhören wollte, war in der Praxis viel zu tun. Zuerst coronabedingt, dann mussten wir wegen

eines Wasserschadens zeitweise umziehen. Es kam immer etwas dazwischen. Da habe ich dann einfach weitergemacht. Ich werde mit Sicherheit noch ein paar Monate arbeiten. Ich möchte einfach gerne noch ein bisschen was tun. Es fordert und fördert mich. Ich merke, wie mein Gehirn beansprucht wird und das tut ihm gut. Und es macht mir wirklich Spaß – es hat mir immer Spaß gemacht.

### **Was ist heute anders?**

**Kranz:** Es hat sich sowohl im Beruf selbst etwas geändert, aber auch die ganze Umgebung. Die Gesetzgebung war eine andere. Teilweise durften Krankenschwestern früher nicht heiraten. Es war schwierig für sie, außer Patienten jemanden kennenzulernen. Während meiner Arbeit im Krankenhaus war es noch so, dass Frauen aufhörten zu arbeiten, wenn sie heirateten, ein Kind bekamen. Erst 1977 durften Frauen wirklich selbstständig entscheiden, wenn sie arbeiten gehen wollten. Zwar war es zuvor offiziell erlaubt, aber die Ehemänner durften Einspruch erheben, wenn sie der Meinung waren, dass die Frau zu Hause nicht genug mache. Das kommt letztlich einem Verbot gleich.

Wir haben damals dreißig DM Lehrgeld pro Monat verdient. Davon haben viele meiner Kolleginnen noch die Fahrten zur Schule bezahlen müssen. Es gab auch Ärzte, die meinten, dass wir überhaupt nichts bekommen sollten. Wir würden schließlich einen sozialen, einen dienenden Beruf ausüben. Da dürfte man gar kein Geld verlangen. Das habe ich auch erlebt. Das hat sich glücklicherweise geändert.

Manches ist vielleicht auch verloren gegangen. Ich habe den Eindruck, dass man sich früher teilweise mehr mit der Praxis und dem Arbeitsplatz identifiziert hat. Nicht nur in unserem Bereich, sondern auch anderswo. Das „Wir“-Gefühl war stark ausgeprägt.

**Mit Hinblick auf die Digitalisierung hat sich auch in Ihrem Beruf in jüngerer Zeit viel getan. Wie wichtig ist es, am Ball zu**

### **bleiben, sich immer wieder mit neuen Themen auseinanderzusetzen?**

**Kranz:** Es geht nicht mehr ohne. Bei der Umstellung zum Digitalen war ich 45 Jahre alt. Die AOK hat damals den Älteren erlaubt, in den Ruhestand zu gehen, weil ihnen die Umstellung nicht zuzumuten war. Ich habe es als Herausforderung gesehen, weil es ja etwas völlig Neues war. Es hat uns aber auch sehr viel Arbeit erspart.

Trotzdem muss ich sagen, dass ich nie hundertprozentig vom Schreiben wegkommen bin. Ich mache mir noch immer Notizen, gebe nicht alles in den Computer ein. Ich mache aber auch nicht die Kassenabrechnungen. Das wäre nicht mehr möglich. Dafür muss man im täglichen Ablauf eingespannt sein. Aktuell mache ich nur noch die Privatabrechnung. Daran hat sich ja so gut wie nichts geändert (lacht).

Allerdings gibt es auch Neuerungen, die sind nicht so leicht umzusetzen. Wie die Praxisgebühr. Zu der Zeit habe ich auch noch voll gearbeitet. Diese Zeit war sehr stressig.

### **Inwiefern?**

**Kranz:** Eine Zeit lang mussten Patienten zehn Euro Praxisgebühr im Quartal bezahlen, wenn sie in die Praxis kamen. Das Problem war: Es galt nicht für alle Patienten. Jeden Abend musste ich online nachsehen, welche neuen Informationen die Kassenärztliche Vereinigung (KV) veröffentlicht hat. Dort war dann aufgelistet, wer zahlen musste und wer nicht. Das habe ich aufgeschrieben und am nächsten Morgen den Kolleginnen weitergegeben, damit sie Bescheid wussten. Manches wurde aber natürlich übersehen. Es kam deshalb vor, dass die Praxis im Nachhinein nachzahlen musste. Ich glaube, dass das für alle Beteiligten, auch die KV, anstrengend war. Die Umsetzung war für alle jedenfalls enorme Mehrarbeit. Gerade weil es zusätzlich zur sonstigen Arbeit anfiel. Letztendlich bleibt es eben immer am letzten Glied hängen. Das waren eben immer die Arzthelferinnen. Diese Dinge werden von der Politik angeordnet und

hängen bleibt es meistens an den untersten Rängen.

Wie Sie merken, das hat sich wirklich bei mir eingepägt (lacht).

### **Was sind Ihrer Meinung nach Qualitäten, die zukünftige MFA mitbringen müssten? Menschliche aber auch fachliche?**

**Kranz:** Sie müssten sich bewusst sein, dass es kein normaler Bürojob ist, dass der Umgang mit den Menschen sehr wichtig ist. Der Umgang mit Patienten kann manchmal schwierig sein. Darauf muss man in der Schule vorbereitet werden. Auch muss anerkannt werden, dass Stress da ist, dass MFA viel arbeiten müssen. Auch ist es ein technischer Beruf, darauf muss man sich einstellen und man muss es lernen wollen. Man fährt mehrgleisig. Es kommt immer wieder Neues hinzu. Heute muss man sich laufend fortbilden. Das war früher nicht so. Aber jede Generation hat ihre eigenen Herausforderungen.

### **Haben sich die Schwerpunkte Ihrer Arbeit denn gewandelt?**

**Kranz:** Die haben sich schon gewandelt. Die Ärzte schaffen es heute nicht mehr, alles alleine zu delegieren. Es muss dauernd jemand da sein, der den Überblick hat und darauf achtet, dass alle entsprechend informiert werden. In der Praxis gibt es allein eine Angestellte, die den Telefondienst macht. Und nicht mal das reicht aus. Die Kolleginnen müssen sich abwechseln und selbst dann landen Anrufe auf dem Anrufbeantworter.

Das Telefon hat bei uns früher überhaupt keine Rolle gespielt. Die meisten Haushalte hatten gar kein Telefon. Es gab auch keine Bestellpraxis. Ohne die geht es heute nicht mehr, da es so viele Untersuchungsmöglichkeiten gibt. Die Räume stehen nicht immer alle zur Verfügung. Die technischen Untersuchungen und die Labortätigkeiten haben zugenommen. Mehr Formulare müssen ausgefüllt werden.

Heute ist es nicht mehr möglich, dass eine MFA in der Praxis alles macht. Zumindest nicht in einer Praxis mit vielen Ärzten, wo viele verschiedene Tätigkeiten anfallen. Also Ultraschall, kleinere Operationen,

EKG, Labor usw. Es ist praktisch unmöglich, dass eine Person alles abdecken kann. Kolleginnen haben Zusatzausbildungen gemacht, damit sie Hausbesuche durchführen können, beispielsweise für die Blutabnahme bei älteren Patienten und Patientinnen. Gerade auf den Dörfern sind Hausbesuche nötig, um die Versorgung der Patienten zu gewährleisten. Es hat sich sehr viel getan. Schon wir sind damals regelmäßig nach Bad Nauheim gefahren. Heute ist das noch ausgeprägter. Ich muss sagen, ich bewundere, was meine Kolleginnen heute alles abdecken.

Was auch mehr geworden ist, sind die wechselnden Verordnungen, ganz besonders in der Coronazeit.

### **War die Coronazeit in 60 Jahren DIE einschneidende Zeit? Oder gab es noch andere prägende Phasen?**

**Kranz:** Im Großen und Ganzen kann man sagen, in der Coronazeit war manches schon sehr heftig. Da haben die Kolleginnen in der Praxis sowieso schon am Limit gearbeitet. Zusätzlich wurde an zwei bis drei Tagen geimpft. Ich habe die Zeit nur als Mitläuferin mitbekommen. Ich war eher Zuschauerin. Das ständige Tragen der Masken, der Wechsel der Kleidung nach Untersuchungen – das war schon schwierig. Insbesondere der Anfang. Ich erinnere mich noch, als es keine Masken zu kaufen gab, hat eine Kollegin die Handwerkermärkte abgeklappert. Wenn es welche gab, hat sie sie dort gekauft. Meine Kolleginnen standen an vorderster Front. Sie mussten ja in den Kontakt mit Coronainfizierten. Es ist erstaunlich, dass in der Praxis alle so gut davongekommen sind. Abgesehen davon zählt für mich die Einführung der Praxisgebühr zu den einschneidenden Phasen.

### **Wie betrachten Sie Ihre Zeit als MFA rückblickend?**

**Kranz:** Es war für mich schon eine schöne Zeit. Obwohl ich eigentlich nur Arzthelferin geworden bin, weil mein Chef es gesagt hat und ich keine andere Möglichkeit hatte. Wir hatten ja nichts. Ich hätte nach Frankfurt zum Postscheckamt gehen können. Das haben zwei Klassenkameradin-

nen gemacht. Lehrstellen gab es eigentlich sonst keine für Mädchen. Da war nichts da. Das Postamt hatte Unterbringungsmöglichkeiten. Dort konnte man wohnen. Das wäre die einzige Alternative gewesen.

### **Sie haben sich aber für die Ausbildung entschieden?**

**Kranz:** Ich habe mich entschieden, dort zu arbeiten. Mein Chef hat mir gesagt, dass ich die Ausbildung machen soll, damit ich etwas in der Hand habe. Er hat mich relativ gut bezahlt, sodass ich mir ein Zimmer nehmen konnte, und gegessen habe ich vor Ort. Das war für mich als Halbwaise aus dem Vogelsberg ideal. Es war jetzt aber nicht mein Wunschberuf, sagen wir es mal so. Wir hatten kaum Möglichkeiten, deswegen haben wir das gemacht, was möglich war. Zur Schule hätte ich ohne meine Halbwaisenrente nicht gehen können. Da ich plötzlich schreiben musste, war es ein großer Vorteil, dass ich dort Latein hatte. Damals wurden einem die Fehler noch nicht automatisch angezeigt. Am Anfang musste ich zehnmal pro Brief in meinen Pschyrembel gucken. Da konnte ich dann auch gleich sehen, was die Bezeichnungen bedeuteten. Der Pschyrembel war am Ende ganz zerblättert, als ich dann endlich so weit war (lacht).

### **Gibt es etwas, das Sie nachfolgenden MFA Generationen wünschen würden?**

**Kranz:** Anerkennung. Auch wünsche ich mir, dass man vielleicht Ärzte und MFA mit ins Boot holt, bevor man auf politischer Ebene etwas entscheidet. Dass in Gremien auch Arzthelferinnen und Ärzte geholt werden, die man befragt, ob Neuerungen überhaupt umzusetzen sind. Gestern habe ich gehört, dass das E-Rezept kommen soll. Aktuell funktioniert es aber eher noch nicht. Ein bisschen mehr Rücksicht auf die Angestellten und auf die Ärzte nehmen – da fehlt es manchmal. Natürlich meinen es Politiker sehr gut, aber mit der Ausführung ist es doch nicht so einfach.

**Interview: Marissa Leister**



## 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](http://www.akademie-laekh.de)

### I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

#### Innere Medizin

##### Interdisziplinäres Forum Frankfurt: Lungen- und Bronchialheilkunde

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie und Allergologie (FAPA) e. V. und der Klinik für Pneumologie und Allergologie der Goethe-Universität Frankfurt

##### Pneumologie mit DMP-Nachweis 2022

Sa., 03. Dezember 2022

**Gesamtleitung:** Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt

**Gebühr:** 80 € (Akademiestudenten 72 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Candelo-Römer,  
Fon: 06032 782-227,  
E-Mail: [adiela.candelo-roemer@laekh.de](mailto:adiela.candelo-roemer@laekh.de)

##### Aktuelle Diabetologie

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

**Teile 1 + 2:** **Mi., 29. März 2023**  
(Live-Online-Veranstaltung)

**Gesamtleitung:** Dr. med. M. Eckhard, Gießen

**Gebühr:** 90 € (Akademiestudenten 81 €)

**Auskunft/Anmeldung:** A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,  
E-Mail: [adelheid.zinkl@laekh.de](mailto:adelheid.zinkl@laekh.de)

#### Hämotherapie

##### Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Refresher

Di., 08. November 2022 6 P  
(Live-Online-Veranstaltung)

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

**Gebühr:** 160 € (Akademiestudenten 144 €)

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot  
Mo., 14.-Di., 15. November 2022 16 P

(Live-Online-Veranstaltung)

Di., 14.-Mi., 15. Februar 2023 16 P

(Live-Online-Veranstaltung)

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

**Gebühr:** je 400 € (Akademiestudenten 360 €)

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

#### Arbeits- und Betriebsmedizin

##### Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen

Do., 01.–Fr., 02. Dezember 2022

**Leitung:** Dr. med. U. Klinsing, Bad Homburg  
Dr. med. S. Hitzerot, Waldems-Esch

**Gebühr:** 380 € (Akademiestudenten 342 €)

**Auskunft/Anmeldung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
E-Mail: [sandra.scherbel@laekh.de](mailto:sandra.scherbel@laekh.de)

##### Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

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

**FOBI:** **Mi., 14. Dezember 2022**

**MIMA:** **Mi., 18. Januar 2023**

Weitere Termine im Internet unter:

<https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>

**Gebühr:** je 160 € (Akademiestudenten 144 €)

**Leitung:** Dr. med. A. Rauch

**Auskunft/Anmeldung:** S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,  
E-Mail: [abba@laekh.de](mailto:abba@laekh.de)

#### Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

##### Klima und Gesundheit – Wir wollen einen Beitrag leisten

Mi., 09. November 2022 3 P

**Leitung:** Dr. med. A. Wunder,  
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber

**Ort:** **Frankfurt**, Hanauer Landstraße 152

**Gebühr:** 30 € (Akademiestudenten 27 €)

**Auskunft/Anmeldung:** C. Ittner, Fon: 06032 782-223,  
E-Mail: [christina.ittner@laekh.de](mailto:christina.ittner@laekh.de)

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

### Reisemedizinische Gesundheitsberatung

**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 € (Akademiestatistiker 648 €)  
**Auskunft/Anmeldung:** J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,  
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

### Notfall- und Intensivmedizin

**Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst**  
**Do., 03.–Sa. 05. November 2022** **30 P**

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

**Gebühr:** 540 € (Akademiestatistiker 486 €)

**Wiederholungsseminar Leitender Notarzt Kassel**

**Sa., 05. November 2022**

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

**Gebühr:** 320 € (Akademiestatistiker 288 €)

**Notfallmedizin machbar machen**

**Mi., 23. November 2022** **8 P**

**Leitung:** Dr. med. R. Merbs, Friedberg

**Gebühr:** 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

**48. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar**

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

**Mo., 24.–Fr., 28. April 2023**

**Leitung:** Dr. med. F. Finkelmeier,  
Dr. med. A. Grünewaldt,  
Dr. med. S. Heyl, Frankfurt

**Gebühr:** 800 € (Akademiestatistiker 720 €)

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

### Kinder- und Jugendmedizin

**Pädiatrie „State of the Art“**

**Mi., 15. März 2023**

**Leitung:** Prof. Dr. med. R. Schlößer, Frankfurt

**Gebühr:** 80 € (Akademiestatistiker kostenfrei)

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

### Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

**Hygienebeauftragter Arzt: Refresher**  
**Mi., 23. November 2023 (Live-Online-Veranstaltung)**

**Leitung:** D. Albert, D. Ziedorn

**Gebühr:** 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

**Hygienebeauftragter Arzt:  
Refresher Rehabilitation**

**Mi., 8. Februar 2023**

**Leitung:** Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt  
Dr. med. K. Steul, Frankfurt

Dr. med. S. Hofmann, Bad Nauheim

**Gebühr:** 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

**Impfkurs** **Sa., 15. Oktober 2022** **9 P**

**Leitung:** Prof. Dr. med. S. Wicker, Frankfurt

**Gebühr:** 240 € (Akademiestatistiker 216 €)

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

### Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung  
der Landesärztekammer Hessen.

**Arzneimitteltherapiesicherheit: Neue Lösungen für  
bekannte Herausforderungen (Live-Online-Veranstaltung)**

**Mi., 02. November 2022** **4 P**

**Gebühr:** 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

**Leitung:** K. Israel-Laubinger, Frankfurt

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

### Qualitätsmanagement

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

**Ärztliches Peer-Review in der Intensivmedizin**

**Mo., 12.–Di., 13. Dezember 2022**

Telelernphase: 14.11.–09.12.2022

**Leitung:** Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda

**Gebühr:** 390 € (Akademiestatistiker 351 €)

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

## Einführung in die Schlafmedizin

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

<b>Teil 1:</b>	<b>Fr., 16.–Sa., 17. Juni 2023</b>
<b>Teil 2:</b>	<b>Fr., 23.–Sa., 24. Juni 2023</b>
<b>Teil 3 – Praktikum:</b>	<b>Fr., 30. Juni 2023</b>
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. R. Schulz, Dipl.-Psych. M. Specht, Prof. Dr. med. B. Stuck
<b>Gebühr:</b>	750 € (Akademiestudenten 675 €)

**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,  
E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

## Ultraschall

### Gefäße

#### Doppler-Duplex-Sonographie

#### der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

<b>Abschlusskurs:</b>	<b>Fr., 02.–Fr., 03. Dezember 2022</b>
<b>Teilnahmegebühr:</b>	510 € (Akademiestudenten 459 €)

#### Interdisziplinärer Grundkurs –

#### periphere, zerebrale und abdominelle Gefäße

<b>Theorie:</b>	<b>Do., 19.–Sa., 21. Januar 2023</b>
<b>Praktischer Teil:</b>	2 x 7 UE in Planung
<b>Gebühr:</b>	720 € (Akademiestudenten 648 €)
<b>Leitung der Kurse für Gefäße:</b>	Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. F. Präve, Frankfurt

#### Abdomen und Retroperitoneum

#### Grundkurs

<b>Theoretischer Teil:</b>	<b>Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023</b>
<b>Praktischer Teil:</b>	in Planung
<b>Gebühr:</b>	540 € (Akademiestudenten 486 €)
<b>Leitung der Kurse für Abdomen:</b>	Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust, Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt, Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

#### Ultraschall Modul Schilddrüse II

<b>Sa., 26. November 2022</b>	<b>Gebühr:</b> 310 € (Akademiestudenten 279 €)
<b>Sa., 18. Februar 2023</b>	<b>Gebühr:</b> 350 € (Akademiestudenten 315 €)
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
<b>Ort:</b>	<b>Frankfurt</b> , Universitätsklinikum

**Auskunft/Anmeldung:** J. Schwab, Fon: 06032 782-211,  
E-Mail: [juliane.schwab@laekh.de](mailto:juliane.schwab@laekh.de)

## Infektiologie

### Antibiotic Stewardship (ABS):

#### Modul 3 – Aufbaukurs ABS

<b>Mo., 13.–Fr., 17. März 2023</b>	<b>40 P</b>
<b>Leitung:</b>	Dr. med. C. Imirzalioglu, Gießen Prof. Dr. med. J. Lohmeyer, Gießen Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
<b>Gebühr:</b>	1.100 € (Akademiestudenten 990 €)

#### Modul 4 – Projektarbeit

**Fr., 17. März – Do., 7. Sept. 2023**

<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. K.-P. Hunfeld, Frankfurt
<b>Gebühr:</b>	830 € (Akademiestudenten 747 €)

**Auskunft/Anmeldung:** H. Cichon, Fon: 06032 782-209,  
E-Mail: [heike.cichon@laekh.de](mailto:heike.cichon@laekh.de)

## Transplantationsmedizin

### Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

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

**Theoretischer Teil: Mo., 27. Februar–Mi., 01. März 2023**

Beginn Telelernphase: 27. Januar 2023

**Gebühr:** 700 € (Akademiestudenten 630 €)

#### Kriseninterventionsseminar:

**Mi., 03. Mai oder Do, 06. Juli 2023**

**Gebühr:** je 200 € (Akademiestudenten 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](mailto:andrea.floeren@laekh.de)

## Begutachtung

### Medizinische Begutachtung

<b>Modul III:</b>	<b>Fr., 11.–Sa., 12. November 2022</b>
<b>Orthopädie/Unfallchirurgie und Psychiatrie/Psychotherapie</b>	
<b>Gebühr:</b>	400 € (Akademiestudenten 360 €)

### Verkehrsmedizinische Begutachtung

<b>Modul I-III:</b>	<b>Fr., 02.–Sa., 03. Juni 2023</b>
<b>Gebühr:</b>	330 € (Akademiestudenten 297 €)
<b>Modul IV:</b>	<b>Fr., 06.–Sa., 07. Oktober 2023</b>
<b>Gebühr:</b>	330 € (Akademiestudenten 297 €)
<b>Modul V:</b>	<b>Sa., 07. Oktober 2023</b>
<b>Gebühr:</b>	110 € (Akademiestudenten 99 €)
<b>Leitung:</b>	Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
<b>Auskunft/Anmeldung:</b>	J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203, E-Mail: <a href="mailto:joanna.jerusalem@laekh.de">joanna.jerusalem@laekh.de</a>

**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.

**Modul VI:** Fr., 02.–Sa., 03. Dezember 2022 und  
Fr., 09.–Sa., 10. Dezember 2022

Beginn Telelernphase: 02.11.2022

**Modul VII:** Fr., 20.–Sa., 21. Januar 2023 und  
Fr., 27.–Sa., 28. Januar 2023

Beginn Telelernphase: 20.12.2022

**Modul VIII:** Fr., 05.–Sa., 06. Mai 2023 und  
Fr., 12.–Sa., 13. Mai 2023

Beginn Telelernphase: 05.04.2023

**Leitung:** Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

**Gebühr:** je 1.090 € (Akademiestudenten 981 €)

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

### Palliativmedizin

**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 C:** Sa., 11. Februar 2023

**Leitung:** Prof. Dr. med. Stefan Bösner, Marburg

**Gebühr:** 190 € (Akademiestudenten 171 €)

Eine ermäßigte Teilnahmegebühr ist gültig für Akademiestudenten und für die Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Allgemeinmedizin Hessen. Teilnehmer, für die beides zutrifft, erhalten einen doppelten Rabatt.

#### Repetitorium Allgemeinmedizin

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

**Mo., 05.–Fr., 09. Dezember 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., 14.–Sa., 19. November 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: adiola.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

### Suchtmedizin

**Zusatz-Weiterbildung Suchtmedizinische Grundversorgung**

**Block 1** Fr., 13.–Sa., 14. Januar 2023

**Block 2** Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023

**Block 3** Fr., 17.–Sa., 18. Februar 2023

**Block 4** Fr., 03.–Sa., 04. März 2023

**Gesamtleitung:** D. Paul, Frankfurt

**Gebühr:**

Block 1: 220 € (Akademiestudenten 198 €)

Block 2: 260 € (Akademiestudenten 234 €)

Block 3, 4: je 310 € (Akademiestudenten 279 €)

**Ort:**

Block 1 – 3: **Frankfurt**, Bürgerhospital

Block 4: **Friedrichsdorf**, Salus Klinik

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

Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

## Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

**Modul III:** Mo., 06.–Fr., 10. Februar 2023  
**Modul IV:** Mo., 13.–Fr., 17. Februar 2023  
**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](mailto:claudia.loeffler@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 V:** Fr., 11.–Sa., 12. November 2022 16 P  
**Block VI:** Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022 16 P

### 29. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

**Block I:** Fr., 20.–Sa., 21. Januar 2023  
**Block II:** Fr., 17.–Sa., 18. März 2023  
**Block III:** Fr., 14.–Sa., 15. Juli 2023  
**Block IV:** Fr., 29.–Sa., 30. September 2023  
**Block V:** Fr., 10.–Sa., 11. November 2023  
**Block VI:** Fr., 08.–Sa., 09. Dezember 2023

**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](mailto:andrea.floeren@laekh.de)

## Sportmedizin

**Modul 13:** Mo., 14.–Di., 15. November 2022  
**Modul 12:** Mi., 16.–Do., 17. November 2022  
**Modul 11:** Fr., 18.–Sa., 19. November 2022  
**Modul 4:** Mo., 27.–Di., 28. März 2023  
**Modul 7:** Mi., 29.–Do., 30. März 2023  
**Modul 14:** Fr., 31. März–Sa., 01. April 2023  
**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](mailto:claudia.loeffler@laekh.de)

## Akupunktur

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

### I. Teil Theorie (120 Std.)

**G13-G14** Fr., 18.–Sa., 19. November 2022  
**G15** Sa., 17. Dezember 2022  
**G1-G2** Fr., 13.–Sa., 14. Januar 2023  
**G3-G4** Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023

### II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

**GP** Fr., 18.–Sa., 19. November 2022  
**GP** Fr., 02.–Sa., 03. Dezember 2022  
**GP** Fr., 03.–Sa., 04. Februar 2023

**Leitung:** H. Luxenburger, München

**Gebühren:** auf Anfrage

**Auskunft/Anmeldung:** C. Löffler, Fon: 06032 782-287,  
 E-Mail: [claudia.loeffler@laekh.de](mailto:claudia.loeffler@laekh.de)  
 oder  
 A. Bauß, DÄGfA, Fon: 089 71005-11,  
 E-Mail: [bauss@daegfa.de](mailto:bauss@daegfa.de)

## Arbeitsmedizin

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

In Modul 6 ist der Kurs „Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ integriert.

**Modul 6:** Sa., 19. November 2022  
 Mo., 28. November bis  
 Fr., 02. Dezember 2022

Beginn der Telearnphase: 20.10.2022  
 je 930 € (Akademiestudenten 837 €)

**Gebühr:** Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

**Gesamtleitung:** S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,  
 E-Mail: [sandra.scherbel@laekh.de](mailto:sandra.scherbel@laekh.de)

## Ernährungsmedizin

**Teil 3 – Modul 3:** Fr., 04.–Sa., 05. November 2022  
**Teil 4 – Module 5a/b/c:** Fr., 13.–Sa., 14. Januar 2023 und  
 Fr., 10.–Sa., 11. Februar 2023 und  
 Fr., 10.–Sa., 11. März 2023

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

**Gebühren:** Teil 3: 350 € (Akademiestudenten 315 €)  
 Teil 4: 1.100 € (Akademiestudenten 990 €)

**Auskunft/Anmeldung:** K. Baumann, Fon: 06032 782-281,  
 E-Mail: [katja.baumann@laekh.de](mailto:katja.baumann@laekh.de)

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

### Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

**Modul II:** Fr., 04.–Sa., 05. November 2022

**Leitung:** PD Dr. med. M. Gehling, Kassel  
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

**Ort:** Kassel

**Modul I:** Fr., 03.–Sa., 04. März 2023

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

**Gebühr:** je 390 € (Akamitgl. 351 €)

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

### Ärztliches Qualitätsmanagement

**Teuelernphase II:** 10. Oktober–07. November 2022

**Block IIIb:** Di., 08.–Fr., 11. November 2022

**Gebühren:**

Block IIIb: je 770 € (Akademmitglieder 693 €)

Teuelernphase II: 240 € (Akademmitglieder 216 €)

Weitere Termine und Gebühren unter [www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)

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

**Auskunft/Anmeldung:**

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

### Repetitorium Neurologie

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

**Modul II** Mo., 07.–Di., 08. November 2022

Bewegungsstörungen, Erkrankungen von Rückenmarks- und Nervenwurzel, Erkrankungen der Hirnnerven, Neuroinfektiologie, Neuroradiologie: Grundlagen und Indikation

**Gebühr:** 210 € (Akademmitglied. 189 €)

**Modul III** Mo., 30.–Di., 31. Januar 2023

Schwindel und Synkopen, Demenzielle Syndrome, Immunerkrankungen des ZNS, Somatisierungsstörungen  
Liquordiagnostik, kognitive Neurologie

**Gebühr:** 210 € (Akademmitglied. 189 €)

**Modul IV** Mo., 06.–Di., 07. März 2023

Peripheres Nervensystem, Muskelerkrankungen und ALS, Kopf- u. Gesichtsschmerz, Neuroonkologie, Locked-in, Apallisches Syndrom, irreversibler Funktionsausfall

**Gebühr:** 210 € (Akademmitglied. 189€)

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

**Auskunft/Anmeldung:** S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,  
E-Mail: stephanie.pfaff@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](http://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](mailto:cornelia.thriene@laekh.de)  
Akademie online:  
[www.akademie-laekh.de](http://www.akademie-laekh.de)  
E-Mail: [akademie@laekh.de](mailto:akademie@laekh.de)





Termine und Terminänderungen tagesaktuell unter [www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de)

### Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

Informationen zu den nachfolgend aufgeführten Prüfungsvorbereitungskursen für die Prüfung Winter 2022/2023 finden Sie auf der Website der Carl-Oelemann-Schule.

- 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)

**Termine PVK:** ab 29.10.2022

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

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

Die Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/Fachwirtin für ambulante medizinische Versorgung“ richtet sich an ausgebildete Medizinische Fachangestellte, die eine neue Herausforderung suchen und sich beruflich weiter qualifizieren möchten. Der Pflichtteil besteht aus folgenden Modulen:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischem Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Für den Wahlteil werden Qualifizierungslehrgänge anerkannt, die mindestens 40 Stunden umfassen und auf einem Curriculum der Bundesärztekammer oder einer Landesärztekammer basieren.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühren:**

für den Pflichtteil: 1.745 €

Prüfungsgebühren: 55 € (Teilprüfung 1)

160 € (Teilprüfung 2)

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

### NEU Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

Der neue Qualifizierungslehrgang in der Carl-Oelemann-Schule wird gemäß dem Fortbildungscurriculum der Bundesärztekammer durchgeführt. Schwerpunkte der Fortbildung sind u. a. umfangreiche Übungen zum Wundmanagement:

- Wundbehandlungsprozess
- Krankheitsbilder: Diabetisches Fußsyndrom, Ulcus cruris, Dekubitus
- Hygiene, Mikrobiologie und Infektionsprävention
- Wunddokumentation
- Kompressionstherapie

**Termin WUN:** ab 07.11.2022

**Gebühr:** 530 €

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax: -180

### Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA)

Nichtärztliche Praxisassistent/-innen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und z. B. Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen. Der Fortbildungsumfang richtet sich nach der Dauer der Berufstätigkeit. Informationen zur Fortbildung finden Sie auf unserer Website.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr:** 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

### Onkologie (ONK) 120 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung der Ärztin/des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind.

**Termin ONK PAL:** ab 03.11.2022

**Gebühr:** 275 €

**Termin ONK:** ab 17.11.2022

**Gebühr:** 665 € zzgl. 60 € Prüfungsgebühr

Zusätzlich sind die Kurse Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1) und Wahrnehmung und Motivation (PAT 2) zu belegen.

**Kontakt:** Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax -180



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

### Aktualisierung Onkologie, Thema: „Blasenkarzinom“ (UroO4) 6 Stunden

Die Aufbaufortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte, die bereits am 120-stündigen Qualifizierungslehrgang Onkologie teilgenommen haben und gemäß Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä) ihr Wissen aktualisieren bzw. erweitern wollen.

**Termin:** Mi., 23.11.2022

**Gebühr:** 125 €

**Kontakt:** Julia Werner, Fon: 06032 782-185, Fax -180

### Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte:

- Medizinische Grundlagen
- Organisatorische Grundlagen des Impfmanagements
- Fallarbeit: Impfmanagement in der Praxis
- Best practice des Impfmanagements

Die Fortbildung beinhaltet eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die von den Teilnehmer/-innen in Form einer Selbstlernphase erbracht werden. In dieser findet eine Fallbearbeitung statt, die im Rahmen der Lerneinheit „best practice“ vorgestellt und im Erfahrungsaustausch beraten wird.

Informationen zum Lehrgang finden Sie auf unserer Website.

**Termine IMP:** Interessentenliste

**Gebühr:** 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax: -180

### Durchführung der Ausbildung (FAW\_2z) 40 Stunden

Die 40-stündige Fortbildung richtet sich an alle Medizinischen Fachangestellten & Arzthelfer/-innen, die an der Planung und Durchführung in der Berufsausbildung zum/zur MFA mitwirken und damit Ärztinnen und Ärzte unterstützen.

**Termin:** Interessentenliste

**Gebühr:** 530 €

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

### EBM – Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11) 7 Stunden

**Inhalte:**

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

Die jeweils gültigen Beschlüsse der zuständigen Abrechnungsstellen werden in den Inhalten berücksichtigt.

**Termin:** Sa., 25.02.2023

**Gebühr:** 125 €

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

### EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens „Ärztliches Abrechnungswesen“ (PAT 12)

Die Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet auch an Interessierte, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

**Inhalte:**

- Vermeidung von Abrechnungsfehlern bei Anwendung des EBM
- Was wird bei der vertragsärztlichen Abrechnung nach dem EBM oft vergessen?
- Erläuterung der Honorarsystematik: Einzelleistungen, Regelleistungsvolumina (RLV) sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)
- Extrabudgetäre Leistungen und deren Besonderheit
- Checkliste zur Vorbereitung der Quartalsabrechnung

**Termin PAT 12:** Sa., 18.03.2023, 09:30–15:00 Uhr

**Gebühr:** 125 €

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -180

### Teamwork in Stress-Situationen (PAT 7) 8 Stunden

Vermehrte Arbeitsbelastung im Praxisalltag führt oft zu Stress-Situationen und kann das Arbeitsklima belasten. Teamgeist ist für den guten Praxisablauf ein wichtiger Erfolgsindikator. Die Fortbildung bietet den Raum, Lösungsansätze zur Förderung der Teamarbeit zu erarbeiten.

**Termin (PAT 7\_1):** Interessentenliste

**Gebühr:** 125 €

**Kontakt:** Danuta Scherber, Fon: 06032 782-189, Fax -18

### Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Bleiben Sie auf dem Laufenden und abonnieren Sie den Newsletter der Landesärztekammer!  
[www.laekh.de/newsletteranmeldung](http://www.laekh.de/newsletteranmeldung)

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website  
[www.carl-oelemann-schule.de](http://www.carl-oelemann-schule.de) und über Facebook  
[www.facebook.com/LAEKHessen/](https://www.facebook.com/LAEKHessen/).  
 Nebenstehender QR-Code führt Sie direkt dorthin.



# Der schmale Grat

## Ist ärztliches Arbeiten mit dem Mutterschutzgesetz vereinbar?

Schwangere und stillende Frauen sollen vom Gesetzgeber besonders geschützt werden, aus diesem Grund gibt es das sogenannte Mutterschutzgesetz. Die Regelungen im Bereich des uns jetzt bekannten Mutterschutzgesetzes stammen im Wesentlichen aus dem Jahr 1952. Da sich jedoch die Arbeitswelt sowie die Erwerbstätigkeit der Frauen seither grundsätzlich gewandelt haben, gab es ein Gesetz zur Neuregelung des Mutterschutzrechts, das zum 1. Januar 2018 in Kraft getreten ist. Das sogenannte „Gesetz zum Schutz von Müttern bei der Arbeit, in der Ausbildung und im Studium (Mutterschutzgesetz – MuSchG)“.

### Theorie

Grundsätzlich sind der Leitgedanke des Mutterschutzgesetzes sowie dessen Novellierung zu begrüßen. In einer Gesellschaft, deren Leistungsfähigkeit von der Berufstätigkeit aller qualifizierten Erwerbsfähigen abhängt, ist die Priorisierung des Wohls von Ungeborenen, Neugeborenen sowie Müttern vor finanziellen Interessen von Arbeitgebern nicht nur ethisch notwendig, sondern auch nachhaltig.

Das Mutterschutzgesetz soll die Gesundheit der Frau und ihres Kindes am Arbeits-, Ausbildungs- und Studienplatz während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit schützen. Es hat zum Ziel, Frauen zu ermöglichen, ihre Beschäftigung oder sonstige Tätigkeit in dieser Zeit ohne Gefährdung ihrer Gesundheit oder der ihres Kindes fortzusetzen und Benachteiligungen während der Schwangerschaft, nach der Entbindung und in der Stillzeit entgegenzuwirken.

### Praxis

Diese Ziele werden in der Medizin leider weit verfehlt. Die Möglichkeiten zur beruflichen Teilhabe Schwangerer und Stillender im ärztlichen Bereich sind aktuell so schlecht wie nie zuvor. Beschäftigungsverbote sind für die Schwangeren in An-



Foto: © rocketclips – stock.adobe.com

stellung aktuell nahezu unumgänglich. Damit einhergehen abrupte Karriereunterbrechungen für die betroffenen Frauen, die später nicht mehr ausgeglichen werden können. Die Konsequenz ist ebenso logisch wie gefährlich: Es ist üblich, dass Schwangerschaften dem Arbeitgeber nicht angezeigt und somit die Vorgaben des Mutterschutzgesetzes umgangen werden. Der Gesundheitsschutz von Mutter und Ungeborenem, den das Gesetz garantieren möchte, wird also durch das Gesetz selbst effektiv verhindert.

Wie ist dieses Paradox zu erklären? Im Wesentlichen sehen die Regelungen des Mutterschutzgesetzes ein Verbot von Mehrarbeit, die Einräumung ausreichender Ruhezeiten, ein Verbot von Nacharbeit sowie Sonn- und Feiertagsarbeit, eine Freistellung für Untersuchungen und zum Stillen sowie Beschränkung von Heimarbeit vor. Weitere gesetzliche Regelungen im Bereich des Mutterschutzes finden sich zudem noch im SGB V in Bezug auf Mutterschaftsgeld etc., sowie in der Arbeitsstättenverordnung (ArbStättV), Biostoffverordnung (BioStoffV), Gefahrstoffverordnung (GefStoffV) und Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). In diesen Vorschriften finden sich Bestimmungen des Gesetzgebers, um den gesundheitlichen Schutz für gebärfähige, schwangere und

stillende Frauen sowie ihrer Kinder vor Gefährdungen, Überforderung und vor der Einwirkung von Gefahrstoffen am Arbeitsplatz zu gewährleisten und die allgemeinen Regelungen zu konkretisieren.

### Verbote und Konsequenzen

Nach dem Mutterschutzgesetz darf die schwangere Frau Gefahren in einem Maß, die sich für sie oder für ihr Kind als unverantwortbare Gefährdung darstellen, nicht ausgesetzt werden. Hierunter fällt beispielsweise, dass eine schwangere Frau keinen Gefahrstoffen ausgesetzt sein darf. Die Regelung im Mutterschutzgesetz verweist auf die entsprechenden europarechtlichen Richtlinien. In diesen finden sich dann die Gefahrstoffe und die dazugehörigen Mengenangaben, die als toxisch eingestuft werden. Als Beispiel können Blei oder Bleiderviate genannt werden, wenn die Gefahr besteht, dass diese vom menschlichen Körper aufgenommen werden können. Die schwangere Frau darf auch keinen physikalischen Einwirkungen ausgesetzt sein, die eine Gefährdung darstellen können. Darunter fallen beispielsweise ionisierende und nicht ionisierende Strahlungen (Kernspintomografie).

Ebenso beispielhaft genannt sei, dass die schwangere Frau keine Tätigkeit ausüben darf, bei der sie mit bestimmten Biostoffen im Sinne der Biostoffverordnung in Kontakt kommen kann und dies zu einer unverantwortbaren Gefährdung führt. Die Gefährdung liegt beispielsweise dann vor, wenn die schwangere Frau in Kontakt mit Biostoffen kommt, die eine schwere Krankheit beim Menschen hervorrufen und eine ernste Gefahr für Beschäftigte darstellen können. Beispiele hierfür sind Toxoplasmaeerreger, MRSA, HIV, Borrelioseerreger und Tollwutvirus. Zu einer weiteren unverantwortbaren Gefährdung, die auch Ärztinnen im operierenden Bereich betreffen kann, zählt das Verbot von körperlicher Belastung. Unter körperlicher Belastung fällt im Sinne des Mutterschutzgesetzes auch, wenn die schwangere Frau nach Ablauf des fünften Monats der Schwangerschaft überwiegend bewegungsarm ständig stehen muss und wenn diese Tätigkeit täglich vier Stunden überschreitet,

Verantwortlich für die Sicherstellung des Mutterschutzes mit den zuvor genannten Maßnahmen sind vorrangig die Arbeitgeber selbst. Es liegt bei diesen, die gesetzlichen Vorgaben des Mutterschutzgesetzes zu beachten und umzusetzen. So obliegt auch eine Gefährdungsbeurteilung des Arbeitsplatzes der Frau zunächst dem Arbeitgeber.

Diese Gefährdungsbeurteilungen ergeben, wenn wahrheitsgemäß ausgefüllt, praktisch in keinem Bereich der ärztlichen Tätigkeit ein nach Mutterschutzgesetz gefahrungsfreies Arbeiten. Der Arbeitgeber ist nun aufgefordert, den Arbeitsplatz der Schwangeren so umzugestalten, dass die ermittelten Gefährdungen ausge-

schlossen werden. Sollte ihm das nach eigenem Ermessen nicht möglich sein, kann er ein betriebsbedingtes Beschäftigungsverbot aussprechen. Den Wunsch der Schwangeren nach Weiterbeschäftigung muss er dabei nicht berücksichtigen. Sollten nicht alle Gefährdungen komplett ausgeschlossen sein und die Schwangere dennoch weiterbeschäftigt werden, übernimmt der Arbeitgeber allein für mögliche Konsequenzen die volle Verantwortung. Auf der anderen Seite bestehen für den Arbeitgeber keinerlei Anreize zur Umgestaltung des Arbeitsplatzes. Ganz im Gegenteil sind der organisatorische und finanzielle Aufwand für Arbeitsplatzanpassungen, die Übernahme der Kosten für eine Mitarbeiterin im Beschäftigungsverbot durch Krankenkassen sowie fehlende Sanktionen für die Verhinderung der beruflichen Teilhabe schwangerer Frauen hochgradig motivierend für Arbeitgeber, betriebsbedingte Beschäftigungsverbote auszusprechen.

Die betroffenen Ärztinnen werden durch diese Situationen vor allem vor Folgendem „geschützt“: berufliche Teilhabe, realistische Karrierechancen und angemessene Altersrenten, sinnvolle Beschäftigung während der Schwangerschaft sowie Anreize, die Schwangerschaft dem Arbeitgeber bekannt zu geben.

Die gesamtgesellschaftlichen Folgen liegen ebenfalls auf der Hand: Die berufliche Benachteiligung von Ärztinnen wird anhalten, der FachärztInnenmangel durch die lange Unterbrechung der Weiterbildung von jungen Ärztinnen aggraviert und der mit der Freistellung verbundene ungewöhnlich großzügige staatliche Umgang mit Krankenkassen- und Steuergeldern das soziale Sicherungssystem auch in Zukunft unnötig belasten.

Die Landesärztekammer Hessen hat, wie zahlreiche andere ärztliche Verbände und Institutionen, diesen Missstand erkannt und dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend mit Bitte um Anpassungen im Mutterschutzgesetz rückgemeldet. Die ehemalige Ministerin Spiegel sah jedoch keinen Handlungsbedarf auf Gesetzesesebene, sondern empfahl in ihrem Antwortscheiben an die Bundesärztekammer vom Februar 2022 „Überzeugungsarbeit für die diskriminierungsfreie Umsetzung des Mutter-

schutzes unter Einbeziehung aller Beteiligten“.

## Fazit

Diese Formulierung ist nicht nur unkonkret, sondern auch realitätsfremd. Wie genau soll die Überzeugungsarbeit dem Arbeitgeber gegenüber aussehen, wenn dieser durch das Mutterschutzgesetz maximal motiviert wird, betriebsbedingte Beschäftigungsverbote auszusprechen? Was genau sollte die unter einem enormen Kostendruck stehenden ChefärztInnen davon überzeugen, der Schwangeren einen mutterschutzgesetzkonformen Arbeitsplatz einzurichten, während ihnen nicht genügend Stellen zur Verfügung stehen, um die Dienste der Schwangeren auszugleichen? Wie sollen PraxisinhaberInnen das Patientenaufkommen bewältigen, wenn ihre angestellten Schwangeren keinen Patientenkontakt haben dürfen?

Diese praktischen Aspekte der Umsetzung des Mutterschutzgesetzes werden vom Bundesministerium ignoriert. Damit trägt es eine Mitschuld an der beruflichen Diskriminierung schwangerer Ärztinnen und der Bevorzugung von männlichen Kollegen in der Anstellung. Es wird höchste Zeit, dass das Ministerium seiner Aufgabe gerecht wird und die hohen Geldbeträge, die aktuell in das nicht nachhaltige Beschäftigungsverbot investiert werden, nutzt, um Konzepte für die berufliche Teilhabe Schwangerer zu erarbeiten und umzusetzen.

## Einsendungen für die Rubrik Junge Ärztinnen und Ärzte

Diese Rubrik soll dem ärztlichen Nachwuchs eine Plattform für Gedankenaustausch und Information bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen. Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? Texte bitte per E-Mail an: [katja.moehrle@laekh.de](mailto:katja.moehrle@laekh.de)

**Svenja Krück**  
Ärztin in Weiterbildung,  
Präsidiumsmitglied  
der Landesärztekammer  
Hessen



Foto: Katarina Ivanisevic

**Petra Faath, LL.M.**  
Rechtsreferentin der  
Landesärztekammer  
Hessen,  
Syndikusrechtsanwältin



Foto: privat



# Arbeitsmotivation und Gleichberechtigung: Diese Themen bewegen den Nachwuchs

Aus dem Netzwerk junger Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund Hessen

Pauschale Vorurteile helfen nicht den jungen Ärztinnen und Ärzten: Das Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte Hessen des Marburger Bundes nimmt Stellung zu jüngsten Äußerungen in der Tagespresse und im Hessischen Ärzteblatt zur Arbeitsmotivation junger Ärztinnen und Ärzte sowie zur Gleichberechtigung.

### Work-Life-Balance

Arztsein ist kein Privileg. Wir jammern nicht auf hohem Niveau. Dieser indirekte Vorwurf kommt oft von Menschen, die nicht mehr im klinischen Alltag arbeiten. Und natürlich muss ein Chef einer Uniklinik 200 Prozent geben. Dafür hat er sich aber bewusst entschieden, genau wie eine Bundeskanzlerin 200 Prozent gibt. Aber diese Erwartungshaltung kann man nicht auf alle Menschen übertragen. Dieser Vorwurf, dass die jüngere Generation so viel Wert auf Work-Life-Balance legt, wird immer in einen negativen Kontext gesetzt. Man könnte es auch positiv interpretieren: Ärzte heute wollen sich um ihre eigene Gesundheit kümmern, um möglichst lange gut zu arbeiten.

Früher sei es normal gewesen, die ganze Woche Dienst zu machen? Wir glauben nicht, dass sich die Dienstbelastung mit einem heutigen 24-Stunden-Anwesenheits-Dienst in einem der großen Häuser der Maximalversorgung vergleichen lässt. Das Patientenaufkommen ist enorm gestiegen, die administrativen und bürokratischen Aufgaben haben sich vervielfacht, die Digitalisierung ist Fluch und Segen zugleich und die Arbeit, gerade im operativen Bereich, wird zusehends auch in die Nacht verlagert, die Anforderungen von

Labor und Bildgebung dauern nicht mehr Stunden bis Tage, in manchen Notaufnahmen ist Aggressivität Alltag, den man zusätzlich bewältigen muss. Wenn man zwischen sechs und acht Dienste dieser Art in einem Monat zusätzlich zur alltäglichen Arbeit durchgestanden hat, hinterlässt es einen faden Beigeschmack, als „unter 150 %-tätig“ betitelt zu werden.

### Weiterbildung

Es liegt kein Missverständnis vor, wenn die ungenügende Weiterbildungsqualität von Ärzten in Weiterbildung in den Kliniken angeprangert wird. Im Berufsalltag läuft es mittlerweile zu oft nach dem Prinzip „trial and error“ und in den meisten Kliniken haben die Oberärztinnen und -ärzte selbst bei bestem Willen wenig Zeit für Weiterbildung. Zahlreiche Umfragen unserer Berufsverbände belegen, dass dies mittlerweile nicht die Ausnahme, sondern vielmehr zur Regel geworden ist.

Als Ärzte sind wir einem stetigen Wissenszuwachs verpflichtet. Es ist eine Selbstverständlichkeit, dass Fort- und Weiterbildung auch außerhalb der Arbeitszeit stattfinden. Der Marburger Bund Monitor 2022 belegt aber, dass eine regelmäßige Arbeitszeit von 60 bis 80 Stunden in der Woche keine Seltenheit ist, so dass neben Familie und Freizeit nicht viel Zeit zum Selbststudium übrig bleibt. Insbesondere gibt es im Selbststudium keine Möglichkeit, in Funktionsbereiche zu rotieren oder praktische Fähigkeiten zu erlernen, so dass zwingend Weiterbildung während der Arbeitszeit erfolgen muss.

Außerdem ist es elementarer Bestandteil unserer Weiterbildung, auch am Patienten ausgebildet zu werden, und nicht nur auf

dem Papier. Theoretisches Wissen kann praktische Fertigkeiten nicht ersetzen. Wer kein Endoskop in der Hand hatte, kann keine Magenspiegelung durchführen. Wer ohne Supervision sonografiert, wird nur sehen, was er kennt.

Die Pandemie alleine für diese Missstände verantwortlich zu machen, wäre zu kurz gegriffen und würde die schon zuvor erheblichen Probleme leugnen, welche durch den Kostendruck in den Kliniken entstanden sind. Zur Wahrheit gehört, dass es wenig Zeit für Weiterbildung gibt, weil wir Geld erwirtschaften müssen, damit die Infrastruktur des Krankenhauses bezahlt werden kann oder Aktionäre eine Rendite erhalten. Es geht nicht um einen profanen Generationenkonflikt oder die Befindlichkeiten einer jungen Berufsgruppe. Im Gegenteil: Es ist – im Sinne unserer Patienten – unsere Pflicht, diese Missstände nicht länger zu tolerieren! Es steht uns nicht gut, uns hinter ökonomischen Zielen zu verstecken. Wir wollen der Verantwortung, die aus dem uns gegebenen Vertrauen unserer Patienten erwächst, wieder gerecht werden.

Medizin vor Ökonomie! Das wird zu Recht von uns erwartet. Wir sollten beginnen, die Worte mit Leben zu füllen.

### Geschlechtergerechtigkeit

Die Aussage, dass Gendern nichts mit Geschlechtergerechtigkeit zu tun hat, ist grundsätzlich falsch: Seit den 1970er-Jahren gibt es die Debatte und seither gab es zahlreiche gute Beiträge, dass die Geschlechterungerechtigkeit durch die Sprache verstärkt wird – z. B. folgender Artikel auf der WDR-Website [www.quarks.de](http://www.quarks.de) „Was Gendern bringt – und was nicht“,

Kurzlink: <https://tinyurl.com/54ayr83v/>. Sicherlich kann man über die Form der Sprachgleichberechtigung diskutieren, von der es mehrere Möglichkeiten gibt. Die „Verweiblichung“ der Medizin ist dabei nicht das grundsätzliche Problem.

Wie man sieht, schaffen wir im Alltag 150 % – und das auch als Frau. Wovon in Kliniken die Augen verschlossen werden, ist der Umbruch: Einerseits, dass sich Eltern die Kinderbetreuung heute eher teilen, andererseits, dass es mehr im Leben gibt, als nur in der Klinik zu stehen. Es ist längst nicht mehr Alltag, dass überwiegend Frauen ihre Arbeitszeit reduzieren. Nicht nur junge Ärztinnen und Ärzte re-

duzieren, sondern auch ältere zunehmend, weil sie der Belastung oft nicht mehr bis ins Rentenalter standhalten. Aber das Allerwichtigste: Nur, weil man als Arzt oder Ärztin die Zeit nicht pausenlos in der Klinik oder Praxis sein will, ist man nicht weniger einsatzbereit oder motiviert, einen guten Job zu machen.

Wir halten es für gut, dass Positionen ausgetauscht werden, wünschen uns dies aber auf der Sachebene und nicht auf der Basis von pauschalisierten Vorurteilen.

Wir wünschen uns kollegialen Umgang, Arbeitsplätze, an denen Weiterbildung nicht nur gefordert, sondern auch gefördert wird, an denen sich Arbeitgeber auch

um eine transparente Personalentwicklung und Geschlechtergerechtigkeit bemühen, um dem Fachkräftemangel zu begegnen, an denen die Arbeitszeitbilanz nicht durch das regelhafte Streichen von Überstunden geschönt wird, und vor allem wünschen wir uns einen Arbeitsplatz, an dem wir nicht krank werden und Familie und Beruf vereinbaren können.

**Dr. med. Tanja Baumgarten**  
**Dr. med. Simon Schmich**

für das Netzwerk Junge Ärztinnen und Ärzte im Marburger Bund Hessen  
E-Mail: [mail@mbhessen.de](mailto:mail@mbhessen.de)

## Personalia

### Neue Landesbeauftragte für Opfer von schweren Gewalttaten

Das Erleben und die Bewältigung von Anschlägen oder Amoktaten stellt Betroffene und ihre Angehörigen oft vor erhebliche Schwierigkeiten. Das Angebot an psychosozialer und finanzieller Unterstützung komplex. Da auch auf das Gesundheitswesen große Herausforderungen in der medizinischen (Akut-) Versorgung und der nachfolgenden Betreuung zukommen, ist ein vertrauensvolles Netzwerk aller Unterstützungsangebote besonders wichtig.



Versorgung und der nachfolgenden Betreuung zukommen, ist ein vertrauensvolles Netzwerk aller Unterstützungsangebote besonders wichtig.

Ansprechpartnerin dafür ist die Beauftragte der Hessischen Landesregierung für Opfer von schweren Gewalttaten und Terroranschlägen, **Prof. Dr. jur. Daniela Birkenfeld** (Foto). Zu ihren Aufgaben gehört die Koordination der Hilfsangebote. Sie lotst und begleitet Betroffene durch das Unterstützungssystem und wird bei Problemen mit Behörden, Institutionen oder Kostenträgern vermittelnd tätig. E-Mail: [opferbeauftragte@hmdj.hessen.de](mailto:opferbeauftragte@hmdj.hessen.de) (red)

Foto: HMDJ

## Gesundheitspolitik

### Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen

Nach der Wahl zur Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) für die Legislaturperiode 2023–2028 bleibt die Liste „Die Fachärztinnen und Fachärzte Hessen“ stärkste Kraft.

Wie schon 2016 erhielten die Fachärzte die meisten Stimmen, gefolgt von den Hausärzten. 19 der 45 Mandate der ärztlichen Mitglieder entfielen dabei auf die Liste „Die Fachärztinnen und Fachärzte Hessen“, 16 auf die Liste „Die Hausärzte – Hausärzteverband Hessen“. Dies ergab das vorläufige Endergebnis, das am 5. Oktober bekannt gegeben wurde.

Die Wahlbeteiligung lag bei den Ärzten bei 49,75 % und bei den Psychotherapeuten bei 55,76 %. Wahlberechtigt waren 10.791 Ärztinnen und Ärzte und 3.108 psychologische Psychotherapeutinnen und -therapeuten sowie Kinder- und Ju-

gendlichenpsychotherapeutinnen und -therapeuten.

Zur Wahl der ärztlichen Mitglieder angetreten waren neben der fachärztlichen und der hausärztlichen Liste noch sechs weitere Listen, von denen die Folgenden Mandate erringen konnten:  
Sprechende Medizin: 3 Sitze  
Pädiatrische Medizin: 3 Sitze  
Marburger Bund : 2 Sitze  
Hessenmed – Hartmannbund: 1 Sitz  
Ärztinnen und Ärzte Pro EHV :1 Sitz

Die konstituierende Sitzung der Vertreterversammlung, bei der die Vorsitzenden der VV sowie die Mitglieder des Hauptausschusses gewählt werden, wird im Dezember stattfinden. Zu einem späteren Zeitpunkt wird die Wahl des Vorstandes erfolgen.

(Quelle: KV Hessen)

### 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](mailto:haebl@laekh.de)

# Evidenzbasiert behandeln

## 155. Bad Nauheimer Gespräch: Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann stellt die Initiative „Klug entscheiden“ vor

Mancher Zuhörer musste kurz schlucken, als Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann bei ihrem Vortrag bei dem 155. Bad Nauheimer Gespräch Multiple-Choice-Fragen zu Fallbeispielen stellte. Denn die waren auch für das Fachpublikum nicht immer leicht zu beantworten. Mit den praxisnahen Fragen rundete sie ihren Vortrag in den Räumlichkeiten der Landesärztekammer über das Projekt „Klug entscheiden – Initiative zum sachgerechten Einsatz diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen in der Medizin“ ab, zu dessen Initiatoren Märker-Hermann gehört.

Inspiziert von den internationalen Initiativen „Choosing wisely“ verfolgt „Klug entscheiden“ auch in Deutschland das Ziel, eine medizinische Über- und Unterversorgung und schädliche (Neben-)Wirkungen diagnostischer und therapeutischer Methoden bei Patienten zu vermeiden. Dafür wurden evidenzbasierte Positiv- und Negativempfehlungen aus allen Gebieten der Inneren Medizin erarbeitet. „Klug entscheiden“ ist ein Projekt der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM). Märker-Hermann ist zugleich ehemalige Vorsitzende der DGIM. Zu Beginn des 155. Bad Nauheimer Gesprächs stellte die Moderatorin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf ihren Gast vor: Märker-Hermann ist unter anderem Chefärztin der Klinik für Rheumatologie, Klinische Immunologie und Nephrologie an den Helios HSK in Wiesbaden und erhielt dieses Jahr außerdem als erste Frau die Leopold-Lichtwitz-Medaille, die höchste Anerkennung der DGIM für medizinische Leistungen. In ihrem anschließendem Vortrag stellte Märker-Hermann zunächst das Projekt „Choosing wisely“ aus den USA vor, das vor gut zehn Jahren aus einer Stiftung hervorging und zu dem mittlerweile über 70 medizinische Fachgesellschaften in den Vereinigten Staaten gehören. Seit 2015 existiert eine solche Initiative mit „Klug entscheiden“ auch in Deutschland.



Referentin Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann (links) und Moderatorin Prof. Dr. med. Ursel Heudorf.

### Über- und Unterdiagnostik

Im Folgenden wandte sich Märker-Hermann den fachlichen Fragen der Initiative zu: „Überdiagnostik ist dann, wenn das Risiko des Schadens größer als der Nutzen oder der potenzielle Nutzen vernachlässigbar ist“, erklärte die Referentin. Dies gebe es auch, wenn Behandlungen durchgeführt wurden, die eine mangelnde Evidenz hätten oder unverhältnismäßig seien. Dafür sei auch in den USA eine Liste von überflüssigen Leistungen erstellt worden, um so wichtige Ressourcen einzusparen. Der Fokus von „Klug entscheiden“ liege darauf, die Indikationsqualität zu verbessern. Es sei auch wichtig, den Blick auf die Unterversorgung zu legen. „Es gibt auch unterlassene Maßnahmen, deren Sinn aber wissenschaftlich belegt ist“, sagte Märker-Hermann. Weshalb es bei der deutschen Initiative neben den Negativ- auch Positiv-Empfehlungen gibt. Aus einer Umfrage mit über 4.000 Internisten habe gut die Hälfte der Teilnehmer angegeben, dass Überversorgung mehrmals die Woche in ihrer Praxis vorkomme, einige gaben sogar an, dass dies ein tägliches Problem sei. Als Gründe für die Überversorgung nannten die Internisten Angst vor

Behandlungsfehlern, der Druck der Patienten oder auch die Erzielung zusätzlicher Erlöse oder die zu geringe Zeit. Die Ziele der Empfehlungen der Initiative seien unter anderem Hilfe bei der Indikationsstellung; Sensibilisierung, nicht immer alles Machbare durchzuführen, und Verbesserung in der Arzt-Patienten-Kommunikation. Die Empfehlungen sollen aber kein Ersatz für die Leitlinien sein und auch nicht zur Rationierung im Gesundheitswesen dienen. Daraufhin brachte Märker-Hermann Praxisbeispiele aus der Nephrologie und Rheumatologie sowie über No-Gos bei Medikamentenkombinationen mit Multiple-Choice-Fragen. Diese beinhalteten einige der insgesamt über 150 Empfehlungen der Initiative.

### Diskussion

Nach nun einigen Jahren seit Gründung der Initiative zog Märker-Hermann das Resümee, dass sich bereits etwas in der Medizinlandschaft geändert habe. So sei das Thema auch schon in der Lehre angekommen. Sie brachte auch Positiv-Beispiele aus Kanada, wo mit Plakaten in Wartezimmern auch die Patienten aufgeklärt und mit ins Boot geholt werden. Probleme sieht die Initiatorin darin, dass es im Gesundheitssystem noch zu viele Fehlansätze gibt und sowohl Ärzte als auch Patienten solche Maßnahmen häufig als Rationierungen missinterpretieren. In der anschließenden Diskussion wurde vom Publikum unter anderem angeregt, dass es auch eine öffentliche Kampagne wie in Kanada brauche, um die Öffentlichkeit mitzunehmen. Märker-Hermann ergänzte, dass es sich in den USA und Kanada um Stiftungen handele, in Deutschland allerdings nicht. Damit stünde in diesen Ländern auch mehr Mittel zur Verfügung.

Lukas Reus

Die vollständige Aufzeichnung des 155. Bad Nauheimer Gesprächs siehe [www.bad-nauheimer-gespraech.de](http://www.bad-nauheimer-gespraech.de)

# Erinnerung an Prof. Dr. med. Hans Mausbach

## Vorstreiter für eine demokratische Medizin

\* 29.10.1936 † 09.09.2022

Hans Mausbach war ein mutiger und vorausschauender Arzt. Er hat mit seinen kritischen Äußerungen in dem Film „Halbgott in Weiß“ (1970) die Diskussion um die Demokratisierung im Gesundheitswesen entscheidend und nachhaltig beeinflusst. Dies geschah in einer Zeit des Umbruchs im Gesundheitswesen, diskutiert wurden das klassenlose Krankenhaus und die Abschaffung der Privatliquidation. Die autoritäre Willkür damaliger Chefärzte sollte durch demokratische Strukturen abgelöst werden, die Pflegenden wollten eine einheitliche und bessere Vergütung. An den Kliniken bildeten sich Gruppen von Ärzten und Pflegenden, die diese Forderungen unterstützten.

In dieser Zeit kritisierte Hans Mausbach, junger Chirurg in Weiterbildung, die überholten hierarchischen Strukturen im Krankenhaus und die Abhängigkeit medizinischer Entscheidungen von ökonomischen Einflüssen, er sprach von Experimenten am Patienten und von Halbgöttern in Weiß, den Chefärzten, denen sich alle unterordnen mussten.

Daraufhin wurde er von den Ärzten der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und leitenden Ärzten in Kliniken beschimpft

und als „Nestbeschmutzer“ bitter verunglimpft, es endete mit seiner Entlassung, kurz bevor er seine Facharztweiterbildung beenden konnte. Aufgrund des großen öffentlichen Drucks und seiner Klage vor dem Arbeitsgericht unterbreitete das Universitätsklinikum Frankfurt ihm zum 15. Juli 1971 ein Anstellungsangebot für eine chirurgische Assistenzarztstelle – so konnte er zumindest seine Facharztweiterbildung abschließen. Auch das Verfahren vor dem Berufsgericht der LÄKH wurde später fallengelassen.

Heute sind Themen wie die beklagte Ökonomisierung in der Medizin, unabhängige Pharmaforschung und evidenzbasierte Medizin selbstverständlicher Bestandteil der ärztlichen Berufspolitik.

1971 wurde er von der Fachgesellschaft für Chirurgie ausgeschlossen – es wäre eine wünschenswerte Würdigung seiner Verdienste, wenn dieser Beschluss posthum rückgängig gemacht würde.

Er war Autor mehrerer Bücher zum Thema „Medizin und Faschismus“, unter anderem im Auftrag der Landesärztekammer Hessen Mitautor des Buches: „Ärztliches Schicksal unter der Verfolgung 1933 bis 1945“.



Foto: privat

Prof. Dr. med. Hans Mausbach

Aufgrund seiner sozialpolitischen und sozialmedizinischen Veröffentlichungen, aber auch durch Unterstützung des damaligen hessischen Kultusministers Prof. Ludwig von Friedeburg (SPD), wurde Mausbach Mitte der 1970er-Jahre als Professor an die Fachhochschule für Sozialarbeit in Frankfurt berufen, wo er bis zum Ende seiner Berufstätigkeit lehrte. Hier setzte er sich im Fachbereich und im Senat für eine Demokratisierung der Hochschule und die Interessen der Studierenden ein. Er unterhielt enge Kontakte zur Partnerstadt Marseille, war dort über viele Jahre als Dozent tätig.

1980 bis 2004 war er für die 1976 gegründete Liste Demokratischer Ärztinnen und Ärzte Delegierter in der Landesärztekammer Hessen, er war einer der Gründungsväter dieser Liste sowie des 1986 gegründeten Vereins Demokratischer Ärztinnen und Ärzte. Hier konnte er seine gesundheitspolitischen Vorstellungen sinnstiftend einbringen, immer geleitet von einem zutiefst humanistischen Verständnis einer gleichberechtigten Arzt-Patientenbeziehung zum Wohle der Patienten, wie im hippokratischen Eid, den er gerne zitierte, niedergeschrieben.

Er ist seinen Vorstellungen immer treu geblieben und war und ist Vorbild für die jüngeren Ärztinnen und Ärzte. Seine Denkanstöße und Wertvorstellungen sind heute noch aktuell und wirken fort.

## Spuren seines Lebens im Internet zum Nachlesen

Der Verein demokratischer Ärzt\*innen trauert um Hans Mausbach. Er war eines der Gründungsmitglieder des vdää\* und für viele ein Vorbild.

- Hier finden Sie die vom vdää\* initiierte Traueranzeige mit mehr als 200 Unterschriften: <https://tinyurl.com/bdfvc8av>
- Die Geschichte seines Beitrags zum Dokumentarfilm „Halbgott in Weiß“ von Radio Bremen 1971 und seines anschließenden Rauswurfs aus der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie kann man in diesem Spiegelartikel nachlesen: „Rache der Halbgötter“: <https://tinyurl.com/29wsunwy>

- Einen ARD-Filmbeitrag von Panorama vom 26.04.1971 „Der Fall Mausbach“ kann hier abgerufen werden: <https://tinyurl.com/5n94uw97>
- Ein Nachruf auf Hans Mausbach von Bernd Hontschik in der Frankfurter Rundschau vom 16.09.2022 ist hier abrufbar: <https://tinyurl.com/4h5f6yfw>
- Hans Mausbachs Beschreibung der „Gescheiterten Disziplinierung“ finden Sie in dem sehr lesenswerten Argument-Artikel von 1971 unter: <https://tinyurl.com/5x2cay43>

Dr. med. Birgit Drexler-Gormann

# Kooperation der Organkrebszentren mit dem Hessischen Krebsregister

## Siegel als sichtbare Anerkennung ihrer Meldetätigkeit

Zertifizierte Krebszentren sind in Deutschland maßgeblicher Bestandteil der onkologischen Versorgung. Sie sind ein Verbund aus ambulanten und stationären Einrichtungen verschiedener Fachrichtungen. Neben den an der Primärversorgung beteiligten medizinischen Fach-

richtungen gehören z. B. auch Einrichtungen der Rehabilitation, Psychoonkologie und Selbsthilfe dazu. Auch Krebsregister werden als Teil eines Krebszentrums angesehen. Die Deutsche Krebsgesellschaft (DKG) ordnet Krebszentren in drei Zertifizierungsstufen ein:

- 1) Organkrebszentren (Center, C) behandeln Patientinnen und Patienten mit Tumoren an einem Organ (z. B. Darm, Brust oder Pankreas).
- 2) Onkologische Zentren (Cancer Center, CC) setzen sich aus mehreren Organkrebszentren zusammen.
- 3) Onkologische Spitzenzentren (Comprehensive Cancer Center, CCC) fokussieren sich auf die Entwicklung und Etablierung neuer Krebstherapien und Standards [1].

Dass die Krebsregister und die Zentren in der Onkologie zusammenarbeiten sollen, ist in § 65c Abs. 1 Satz 6 SGB V gesetzlich festgehalten. Die Zusammenarbeit stellt eine Chance für beide Seiten dar: Für die Krebsregistrierung ist sie wichtig, um flächendeckend Behandlungsdaten zur Primärtherapie und Nachsorge zu erhalten. Für die Krebsbehandlung kann die Kooperation lohnend sein, indem für die Therapieplanung und Zertifizierungsverfahren auch die Auswertungen und Datenrückmeldungen des Krebsregisters genutzt werden.

Für die Zentrumszertifizierung nehmen Behandlungseinrichtungen eine strenge Qualitätsprüfung auf sich. Über detaillierte Erhebungs- und Kennzahlenbögen der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) weisen sie jährlich nach, dass sie fachliche und organisatorische Anforderungen einer qualitativ hochwertigen Krebsbehandlung erfüllen [2]. Diese Bögen enthalten auch Qualitätsindikatoren, die die Zusammenarbeit mit den Krebsregistern betreffen, z. B. die zeitnahe Meldung nach Abschluss der Primärtherapie oder eine kontinuierliche und vollständige Datenübermittlung. Um sicherzustellen, dass diese Zusammenarbeit auch erfolgt, fordert die DKG eine Kooperationsvereinbarung mit dem zuständigen Landeskrebsregister [3].

### Kooperationsbestätigung für das Meldejahr 2022

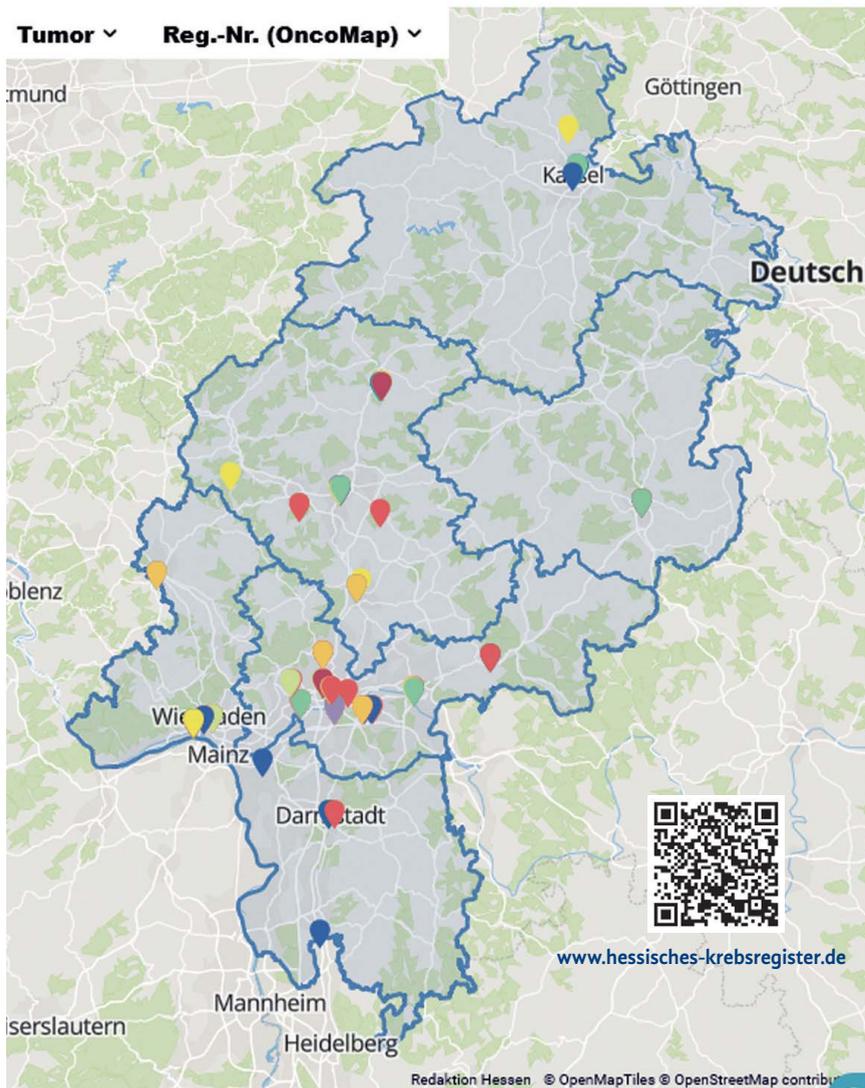
In Hessen wird eine Kooperationsbestätigung ausgestellt, die von der DKG als Nachweis anerkannt wird. Anfang November werden hessische Organkrebszentren diese Bestätigung für das Meldejahr 2022 erhalten.

In einer neuen interaktiven Karte (Abb. 1) auf der Website des Hessischen Krebsre-

## Kooperation mit den hessischen Organkrebszentren



Tumor ▾ Reg.-Nr. (OncoMap) ▾



Bildschirmfoto: HKR

Abb. 1: Die neue interaktive Karte auf der Website des Hessischen Krebsregisters zeigt zum Zoomen die kooperierenden Organkrebszentren jeder Region. Die Farben stehen für die verschiedenen fachlichen Spezialisierungen. Folgender Internetpfad führt dorthin sowie der QR-Code in der Karte: [www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de) → Meldende → Meldende in Hessen → Zentren in der Onkologie

gisters (HKR) sind die über 100 kooperierenden Zentren einsehbar sowie je nach Tumorart und Registrierungsnummer der OncoMap filterbar. Der QR-Code führt direkt dorthin.

### Neues Siegel würdigt die aktive Meldetätigkeit

Hessische Organkrebszentren leisten mit regelmäßigen Meldungen einen wichtigen Beitrag zu einem vollzähligen und vollständigen Datenbestand im Krebsregister. Um ihre aktive Meldetätigkeit zu würdigen, stellt ihnen das HKR ab dem Meldejahr 2022 ein Siegel (Abb. 2) aus. Auf diese Weise können Organkrebszentren ihr Engagement bei der klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung sichtbar machen, beispielsweise auf der eigenen Website und in anderen Medien. Organkrebszentren erhalten das Siegel mit der Kooperationsbestätigung.



Abb. 2: Neues Siegel für Organkrebszentren

### Datenkompetenz des Krebsregisters nutzen

Neben den Meldungen von Organkrebszentren empfängt das HKR kontinuierlich personenbezogene Informationen von weiteren hessischen Behandlungseinrichtungen, Gesundheitsämtern, Einwohnermeldeämtern und anderen Landeskrebsregistern. Damit liegen im HKR zu einer Patientin bzw. einem Patienten Informationen von vielen Einrichtungen vor. Die Vertrauensstelle des HKR prüft, codiert und registriert diese vielfältigen Daten

und führt alle Meldungen zu einem Krebsfall zusammen. Im Krebsregister entsteht somit, sofern alle onkologisch tätigen Ärztinnen und Ärzte melden, ein gesamtheitliches Bild des Tumorgeschehens der Patientin oder des Patienten. Die zusammengeführten Tumordaten stellen eine hohe Datenqualität sicher und bilden die Grundlage für weiterführende Auswertungen. Die Erkenntnisse der Krebsregister fließen unter anderem in die Evaluation von Krebsfrüherkennungsprogrammen und in die Entwicklung von Leitlinien ein. Im HKR liegen damit nützliche Informationen vor, die der Qualitätssicherung in der Krebsversorgung dienen und deshalb regelmäßig an die Behandlungseinrichtungen zurückgespiegelt werden. Dies erfolgt zum Beispiel über die Initiierung und Begleitung von Qualitätskonferenzen durch die Landesauswertungsstelle des HKR: In diesem Jahr stehen Mammakarzinome im Fokus der Analysen und Vorträge (siehe Terminhinweis auf Seite 655 in dieser Ausgabe).

### Fördervorhaben: Ausbau digitaler Meldewege

Um die Meldetätigkeit für hessische Einrichtungen zu erleichtern, arbeitet das HKR aktiv an der Optimierung seiner Abläufe und Strukturen. Aktuell steht auch ein Fördervorhaben in den Startlöchern, das ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzten die Krebsregistermeldung über das eigene Praxisverwaltungssystem (PVS) ermöglichen soll.

Bei dem Fördervorhaben werden Softwarehersteller finanziell gefördert, damit sie neue Erfassungsformulare und eine Schnittstelle für die Krebsregistrierung (oBDS-Schnittstelle) in ihrem PVS einrichten. Darüber soll es Praxisteams möglich werden, Krebsdaten nach dem einheitlichen onkologischen Basisdatensatz (oBDS) im eigenen PVS zu erfassen. Anschließend ist nur noch ein Meldungspaket zu generieren und an das Krebsregister zu übermitteln – so wie es Praxisteams auch von der Abrechnung mit der Kassenärztlichen Vereinigung kennen. Durch die Schaffung verbesserter digitaler Technologien soll der Weg in die gesetzlich vorgeschriebene Meldetätigkeit für den ambulanten Sektor erleichtert werden.

### Vorteile für hessische Ärztinnen und Ärzte

- Krebsregistermeldung aus dem eigenen PVS heraus.
- Schnellere und angeleitete Datenerfassung, ohne mehrfache Dateneingabe.
- Keine Wartungskosten für das Krebsregistermodul für die ersten 24 Monate.

### Ziele des Fördervorhabens

- Sicherstellung und Förderung der flächendeckenden Krebsregistrierung in Hessen.
- Vereinfachung der Meldetätigkeit für im ambulanten Sektor tätige Ärztinnen und Ärzte.
- Das HKR entwickelt zusammen mit den Herstellern Plausibilitätsprüfungen, welche einen hohen Grad an Datenqualität sicherstellen und Fehleingaben vermeiden sollen.
- Erhöhung des Datenpotenzials und des Datennutzens für Krebsauswertungen.

Das Hessische Ministerium für Soziales und Integration, die Landesärztekammer Hessen und das Hessische Krebsregister rufen Softwarehersteller zur Teilnahme an dem Fördervorhaben auf. In absehbarer Zeit folgen ausführliche Berichte im Hessischen Ärzteblatt. Bis dahin finden sich aktuelle Informationen auf der Website: [www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de).

Bleiben Sie auch mit dem Newsletter des Hessischen Krebsregisters auf dem Laufenden: [www.hessisches-krebsregister.de](http://www.hessisches-krebsregister.de) → Über uns → Newsletter

**Martin Rapp**  
**Dr. med. Gunther Rexroth**  
**Dr. Frank Kauff**  
**Vera Reinhard**

alle: Vertrauensstelle  
des Hessischen Krebsregisters  
E-Mail: [info@hessisches-krebsregister.de](mailto:info@hessisches-krebsregister.de)

Die Literatur findet sich auf der Website [www.laekh.de](http://www.laekh.de) unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“



Literatur zum Artikel:

# Kooperation der Organkrebszentren mit dem Hessischen Krebsregister

## Siegel als sichtbare Anerkennung ihrer Meldetätigkeit

von Martin Rapp, Dr. med. Gunther Rexroth, Dr. Frank Kauff und Vera Reinhard

- [1] Deutsche Krebsgesellschaft (2022):  
Zertifizierung. <https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung.html>, Revisionsdatum: 22.08.2022.
- [2] Deutsche Krebsgesellschaft (2022):  
Erhebungs- & Kennzahlenbögen.  
<https://www.krebsgesellschaft.de/deutsche-krebsgesellschaft/zertifizierung/erhebungsboegen.html>,  
Revisionsdatum: 22.08.2022.
- [3] Deutsche Krebsgesellschaft (2022):  
Dokumente im Überblick.  
<https://www.krebsgesellschaft.de/zertdokumente.html>, Revisionsdatum: 22.08.2022.

## Feier in Gießen: 92 Medizinische Fachangestellte haben bestanden

Die Bezirksärztekammer (BezÄK) Gießen hat im Rahmen einer feierlichen Zeugnisübergabe 92 angehende Medizinische Fachangestellte (MFA) aus ihren Ausbildungsverhältnissen verabschiedet. Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der BezÄK Gießen, begrüßte in Bad Nauheim die anwesenden Absolventinnen, die Vertreter der Berufsschulen und der MFA-Prüfungsausschüsse und gratulierte zum erfolgreichen Abschluss. Von 115 Prüflingen haben 92 bestanden. Als einzige im Bezirk Gießen hat Daphne Diana Victoria Förster sowohl den schriftlichen als auch den praktischen Teil mit der Note 1 abgeschlossen. Sie besuchte die Willy-Brandt-Schule in Biebertal und

wurde in der Praxis Dr. med. Ulrich Faber in Gießen ausgebildet.

Weitere vier Absolventinnen der Willy-Brandt-Schule Gießen, drei der Käthe-Kollwitz-Schule Wetzlar und zwei der Beruflichen Schule am Gradierwerk in Bad Nauheim haben im praktischen Teil „sehr gut“ erzielt.

Hübner betonte die „völlig andere Arbeitsbelastung“ durch die Pandemie. Jeder habe durch den direkten Patientenkontakt unter hohem Druck gestanden. 80 % der Corona-Patienten seien zuerst in die Praxis gekommen. Allen wurde deshalb eine ganz besondere Leistung abverlangt.

Die Ansprachen für die Berufsschulen hielten Studiendirektorin Dr. Dr. Doris Mück-



Fotos: Sandina Gail

Einser-Kandidatin Daphne Diana Victoria Förster und Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen.

von der Käthe-Kollwitz-Schule Wetzlar sowie für den Verband Medizinischer Fachberufe e. V. Jutta Hartmann. Sie hoben die hohe Verantwortung und Gewissenhaftigkeit hervor, die für den Beruf notwendig sind. Musikalisch eingerahmt wurde die Feier durch das Vokalensemble Vocalicious der Musikschule Bad Nauheim.



Absolventinnen der Beruflichen Schulen am Gradierwerk in Bad Nauheim: (von links) Leonie Setzer, Michelle Marie Lucio Tippmann, Anna-Fee Ulino, Maria Markowetz, Charlotte Borgner, Sophie-Julie Ausobsky, Basma Ahmed, Maria Ahmad, Denise Arlt und Nathalie Michel

### Statistischer Ausblick

Die Zahl der Auszubildenden bleibt im Jahresvergleich auf einem konstant hohen Niveau. 98 % der Befragten werden den erlernten Beruf weiter ausüben, davon werden 51 % in ihrer Ausbildungspraxis und 17 % in einer anderen Praxis in Vollzeit sowie 4 % in Teilzeit übernommen, zwei suchen noch einen Arbeitsplatz. Eine weitere Absolventin macht eine weitere Ausbildung und eine absolviert ein Studium.

### Bezirksärztekammer Gießen



### Feierliche Zeugnisübergabe der Bezirksärztekammer Kassel 2022:

Zur Sommer-Abschlussprüfung 2022 traten aus dem Bezirk Kassel 169 Auszubildende zum/zur Medizinischen Fachangestellten an, 117 Absolvent\*innen bestanden die Prüfung. Am 21. September wurden vom Vorsitzenden der Bezirksärztekammer Kassel, Stephan Bork, die Zeugnisse sowie von geladenen Lehrer\*innen und Schulleiter\*innen die bereitgestellten Rosen übergeben. In lockerer und entspannter Stimmung klang der Nachmittag bei Kaffee und Kuchen und guten Gesprächen langsam aus.

Foto: Stefania Lipfert

Leserbrief zum Artikel „Die Versorgung von morgen gestalten – ein Ausblick der Techniker Krankenkasse in Hessen“

von Dr. Barbara Voß, HÄBL 09/2022, S. 510

## „Kritischer Kommentar nötig“

Die Techniker Krankenkasse (TK) geriert sich in dem umfangreichen Artikel tatsächlich wie ein Akteur, um nicht zu sagen „Player“ im Gesundheitswesen. Nehmen wir die TK und Autorin Dr. Barbara Voß also beim Wort und schauen uns an, welche Maßnahmen der gesetzlichen Krankenkassen die ambulante Versorgung von heute (und morgen) tatsächlich prägen: Auf Druck des GKV-Spitzenverbandes, der auch die TK vertritt, wird gerade die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Neupatienten durch die Bundesregierung zurückgenommen – dabei hatte dieses Gesetz (TSVG) die ambulante Versorgung verbessern sollen, was laut Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung (ZI) auch schon Wirkung gezeigt hatte (+12 % Neupatienten/Jahr).

Das sogenannte Regelleistungsvolumen beträgt in Hessen für viele Fachärzte 15 bis 20 Euro für ein ganzes Quartal „all inclusive“-Versorgung der gesetzlich Versicherten, die diese gefühlt kostenlose Versorgung in Form von Sachleistung gerne unlimitiert in Anspruch nehmen.

Die extrabudgetäre Vergütung für die Behandlung von Neupatienten konnte ihre Wirkung bisher nie voll entfalten, weil auf Druck des GKV-Spitzenverbandes eine erneute Bereinigung vorgenommen wurde, die noch bis 2023 stattfindet, gleichzeitig beklagt die GKV den mangelnden Effekt des TSVG.

Die TK ist also – wie alle anderen gesetzlichen Krankenkassen – nicht im Geringssten bereit, die ambulante Versorgung auch nur annähernd angemessen zu ver-

güten, sondern torpediert die Maßnahmen zur Verbesserung sogar. Messen wir die TK als einen der „Pacemaker“ der GKV an ihrem Handeln, gibt es also das Gegenteil von dem, was die Autorin Voß sich so vorstellt: Die ambulante Versorgung wird meist sogar weit unterhalb der entstehenden Kosten vergütet – vgl. das „Neubauer-Gutachten“ (Institut für Gesundheitsökonomik München) von 2015.

Die unterfinanzierte vertragsärztliche Versorgung durch Budgetierung und gerade auch in Hessen explodierende Zahlen bei den Einzelregressen gegen Vertragsärzte sind die Ergebnisse des tatsächlichen Handelns der GKV. Die Erkenntnis, dass viele Leistungen auch ambulant erbracht werden können, ist nicht neu und auch nicht falsch und das wäre auch dann noch so, wenn die Vertragsärzte fair und unbudgetiert vergütet würden – insbesondere für den erhöhten Beratungs- und Aufklärungsbedarf, ggf. Komplikationsmanagement etc. Tatsächlich möchte die GKV aber die stationären Behandlungen in den ambulanten Bereich verlagern und dann dort weiterhin in gewohnter Weise die „Preise drücken“, weil es halt einfacher geht, eine schwache KBV (K. d. ö. R.) zu knebeln, als sich mit den wenigen Klinik-Konzernen im Lande anzulegen, die schon lange nach eigenen Regeln spielen.

Ein Beispiel für die schon stattfindende schleichende Verlagerung sind die „blutigen“ Entlassungen der Kliniken nach stationärer Behandlung, mit der Aufforderung an den Patienten, sich umgehend beim Vertragsarzt vorzustellen, obwohl in

der DRG-Pauschale auch eine 14-tägige Nachbehandlungszeit enthalten ist.

Für die Krankenhausfinanzierung fordert Voß also eine „zeitgemäße“ Finanzierung – für die ambulante Versorgung tut sie das nicht, möchte aber die „ambulante Versorgung sicherstellen“, denn sonst klappt das mit der kostensparenden Verlagerung in den ambulanten Sektor auch nicht mehr... Als Vorschläge dazu kommen dann noch – wenig überraschend – die Digitalisierung und die Telemedizin, die in vielen, auch basisversorgenden Fächern nun einmal fast gar keine Rolle spielt, weil damit eine fachgerechte (apparative) Untersuchung und Behandlung schlicht nicht möglich ist – gerade die häufigsten akuten Beschwerden wie Bauchschmerzen, Kopfschmerzen, Rückenschmerzen oder in meinem Fachgebiet ein rotes, schmerzhaftes Auge kann man in der Regel halt nicht mittels einer Fernbehandlung lege artis untersuchen und behandeln. Die Kunst der ärztlichen Untersuchung wird völlig unterbewertet, als gebe es für alles eine „App“ oder Fernbehandlungsmöglichkeiten. Es ist purer Euphemismus, solche Notlösungen als Standard zu fordern, während man die ambulante Versorgung kaputtspart; speziell die TK ist übrigens auch bei den Leistungen für die Patienten, den mir bekannten Selektivverträgen und Lohnersatzleitungen im Vergleich zu anderen großen Krankenkassen spürbar „sparsamer“; die von Dr. Voß getätigten Aussagen können daher nicht ohne kritischen Kommentar bleiben.

**Dirk Paulukat**, Bad Camberg

Leserbrief zum CME-Beitrag „Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung“ von Martin Fischer,

Prof. Dr. Dr. med. David A. Groneberg, Prof. Dr. med. Dr. phil. Winfried Banzer, HÄBL 10/2022, S. 555

## „Es hat mir richtig Spaß gemacht“

Den Artikel „Ärztliche präventive und therapeutische Bewegungsberatung“ habe ich eben beim Frühstück gelesen und dazu auch die MC-Fragen bearbeitet. Es hat mir richtig Spaß gemacht. Er ist fehlerfrei ge-

schrieben, sehr gut lesbar und zeigt mir, dass ich mit meinem seit ca. sechs Jahren regelmäßigen Training rundum auf dem richtigen Pfad zu sein scheine. Sehr gut gefällt mir Tabelle 2, die wunderbar auf

den Punkt kommt (Empfehlungen zur Aufnahme eines Geh-Trainings).

**Univ.-Prof. (Trier) Dr. med. habil.  
Andreas J. W. Goldschmidt**

Foto: privat



**Prof. Dr. med. Florian Heid** leitet neu die Klinik für Anästhesie, Rettungsmedizin und Schmerztherapie an den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden. Er tritt damit die Nachfolge von **Prof. Dr. med. Grietje Beck** an, die einem Ruf an ihre Heimat-Universität Mannheim gefolgt ist.

Foto: Thorsten Jansen



**Prof. Dr. med. Elke Jäger**, Chefärztin der Klinik für Hämatologie und Onkologie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main, wurde mit dem Erika-Pitzer-Preis der Willy Robert Pitzer Stiftung ausgezeichnet. Der Preis ist mit 50.000 Euro dotiert. Jäger erhält den Preis für ihr jahrzehntelanges Engagement im Bereich einer umfassenden Krebspatientenversorgung, der Krebstherapie und -forschung.

## Aus dem Universitätsklinikum Frankfurt am Main

Foto: Christian Heyse



**Prof. Dr. med. Christian Brandts**, Direktor des UCT Frankfurt, wurde für eine Amtszeit von drei Jahren zum Mitglied des neunköpfi-

gen Führungsstabes der „Organisation of European Cancer Institutes“ (OBCI) gewählt. Das Netzwerk ist eine gemeinnützige Institution zur Förderung der Vernetzung und Zusammenarbeit der Krebszentren in Europa. Das UCT ist das gemeinsame Krebszentrum des Universitätsklinikums und des Krankenhauses Nordwest in Frankfurt am Main.



**Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Miriam Rüsseler** von der Goethe-Universität Frankfurt/M. wurde im Rahmen des Deutschen Chirurgenkongresses eine der renommiertesten Auszeichnungen ihres Fachgebietes, die Werner-Körte-Medaille in Gold, verliehen. Die Medaille würdigt Rüsselers langjährige Arbeit und Engagement in der Chirurgie und Notfallmedizin.



**Prof. Dr. med. Lothar Bergmann**, Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie/Onkologie in Frankfurt am Main (Medizinische Klinik 2 des Universitätsklinikums), wurde zum Vorsitzenden der Scientific Advisory Group on Oncology (SAG-O) bei der Europäischen Arzneimittelbehörde EMA in Amsterdam gewählt. Die SAG-O ist eine wissenschaftli-

che Beratungsgruppe, die auf Anfrage der Europäischen Arzneimittelagentur einberufen wird, um bei Fragen von Zulassungen im Bereich der Onkologie und Hämatologie unabhängige Empfehlungen als klinische Experten abzugeben.

Die Mitgliederversammlung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie hat **Prof. Dr. med. Udo Rolle** (rechts), Direktor der Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, und **Prof. Dr. med. Thomas Schmitz-Rixen** (Foto unten rechts), ehemaliger Direktor der Klinik für Gefäß- und Endovaskularchirurgie, in den sechsköpfigen geschäftsführenden Vorstand der Gesellschaft gewählt. Beide Kliniken gehören zum Universitätsklinikum Frankfurt/Main.



Foto: Christian Heyse



Foto: Christian Heyse

Wichtige Personalia aus ganz Hessen bitte per E-Mail an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de)

## Virchowbund: Dr. med. Franziska Gladisch übernimmt Landesvorstand in Hessen

Die Landesgruppe Hessen des Virchowbundes – Verband der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte Deutschlands

Foto: Virchowbund



Dr. med. Franziska Gladisch und Dr. med. Kurt Özdemir



Foto: privat

e. V. – hat einen neuen Vorstand gewählt. Dr. med. Franziska Gladisch wurde von den Mitgliedern zur Landesgruppenvorsitzenden bestimmt. Sie ist niedergelassene Fachärztin für Anästhesiologie in Königstein im Taunus. Als ihr Stellvertreter wurde Dr. med. Kurt Özdemir gewählt. Der niedergelassene Urologe praktiziert in Schlüchtern. Als wichtigste Aufgabe sieht der neue Landesvorstand einerseits den Protest gegen die zunehmenden Übergriffe der Politik, wie aktuell mit dem GKV-Finanzierungsgesetz. „Die Bürokratie und im-

mer neue unvollständige oder sogar unangemessene Gesetze frustrieren unnötig“, erklärt Gladisch. „Ich will dafür kämpfen, dass die Praxisführung wieder attraktiver wird und unsere Patienten auch in 20 Jahren noch niedergelassene Ärztinnen und Ärzte finden.“ Der Virchowbund ist nach eigenen Angaben der einzige freie ärztliche Verband, der deutschlandweit ausschließlich die Interessen aller niederlassungswilligen, niedergelassenen und ambulant tätigen Ärztinnen und Ärzte aller Fachgebiete vertritt. (red)

# Wir gedenken der Verstorbenen

Foto: © Ingo Bartussek – stock.adobe.com



### Wiesbaden: Einladung zum Informationsabend für neue Mitglieder der LÄKH

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden lädt alle neuen Kammermitglieder des Bezirks zu einem Informationsabend ein.

**Termin:** Do., 8.12.2022, 18–20:30 Uhr

**Ort:** Dorint Pallas Wiesbaden, Raum Wiesbaden, Auguste-Viktoria-Straße 15, 65185 Wiesbaden

**Themen:**

- Arbeit der Kammer
- Weiterbildung
- Recht (Berufsrecht, Arzthaftungsrecht)
- Altersvorsorge (Versorgungswerk)

**Anmeldung** per E-Mail: bezaek.wiesbaden@laekh.de oder Fax 0611 97748-41

**Anmeldeschluss:** 30. November 2022

**Zertifizierung:** Punkte für die Anerkennung als Fortbildungsveranstaltung wurden beantragt.

Die Inhalte der Fortbildungsmaßnahme sind produkt- und dienstleistungsneutral. Es bestehen keine Interessenskonflikte von Seiten des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referenten.

### Seniorenkreis Gießen: Nachruf auf Christel Hahn

Am 4. Juli 2022 ist Christel Hahn aus Hungen durch einen tragischen Unfall ums Leben gekommen. Geboren am 30.10.1941, war Christel Hahn zusammen mit unserer Kollegin Hildegard Schröder die letzte Vorsitzende des Seniorenkreises der Bezirksärztekammer Gießen.

Sie war die Ehefrau von Dr. med. Jo Hahn, Internist und Allgemeinarzt in Hungen, der leider schon sehr vorzeitig verstorben ist. Christel Hahn hat sich in Fortsetzung der Arbeit von Dr. med. Klaus Tegtmeier sehr intensiv mit dem Seniorenkreis beschäftigt, Kontakt mit den Mitgliedern gehalten und interessante Vortragende zu den regelmäßigen

Treffen in der Naunheimer Mühle bei Wetzlar mitgebracht. Corona hat dieser Arbeit ein Ende gemacht. Der Seniorenkreis hat sich, als letzter in



Foto: privat

Hessen, aufgelöst und damit existiert eine letzte Gelegenheit der Begegnungen emeritierter Kolleginnen und Kollegen nicht mehr. Wir danken ihr für ihren Einsatz und werden sie in bester Erinnerung behalten.

**Dr. med. Siegfried Baumgärtel**  
Bad Nauheim

### Anmeldung der Auszubildenden zur Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 29. März 2023

Auszubildende, die an der Zwischenprüfung für Medizinische Fachangestellte am 29. März 2023 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

**30. November und 7. Dezember 2022**

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

Gemäß den Bestimmungen des Berufsbildungsgesetzes bitten wir um Vorlage der

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

**Landesärztekammer Hessen**  
**Abteilung: MFA-Ausbildungswesen**

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

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,  
zur 14. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen  
der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie ein für

**Samstag, 26. November 2022**  
**Stadthalle Friedberg, Am Seebach 2, Friedberg**  
**Beginn: 10 Uhr s. t.**

---

**T A G E S O R D N U N G**

---

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 13. ordentlichen Delegiertenversammlung 21. September 2022 (online)**
4. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
5. **Jahresabschluss 2021**
  - a) Bericht des Vorsitzenden des Finanzausschusses
  - b) Bericht der Wirtschaftsprüfer
  - c) Ergebnisverwendung und Feststellung des Jahresabschlusses
  - d) Entlastung des Präsidiums
6. **Haushaltsplan 2023 und Änderung haushaltsrelevanter Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
  - a) Haushaltsplan 2023
  - b) Beitragsordnung
  - c) Kostensatzung
  - d) Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes
7. **Sachstandsbericht des Projekts Neuausrichtung der Akademie**
8. **Änderungen weiterer Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
  - a) Weiterbildungsordnung
  - b) Satzung der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
  - c) Satzung der Carl-Oelemann-Schule
  - d) Satzung der Ethik-Kommission
9. **Wahl der Abgeordneten zum 127. Deutschen Ärztetag 2023 in Essen**
10. **Nachwahlen**
  - a) Vorsitzende und Stv. Vorsitzende der Prüfungs- und Widerspruchsausschüsse im Weiterbildungswesen
  - b) Beisitz im Vorstand der Bezirksärztekammer Darmstadt
11. **Versorgungswerk**

Bericht des Vorsitzenden/der Stv. Vorsitzenden des Vorstandes
12. **Sachstandsbericht der AG Klimaschutz**
13. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
14. **Verschiedenes**

---

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

---

Das Präsidium behält sich aufgrund der weiterhin bestehenden pandemischen Lage auch kurzfristig vor, den Veranstaltungsort und ggf. den Beginn der Delegiertenversammlung zu ändern bzw. die Delegiertenversammlung rein digital (§ 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Hessisches Heilberufsgesetz) durchzuführen. Aktuelle Informationen hierzu finden Sie unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung>

Frankfurt am Main, 5. Oktober 2022

Mit freundlichen kollegialen Grüßen



Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident

## Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt

Bezirksärztekammer Kassel

Leserbrief zu den Artikeln „Bad Nauheimer Gespräche: Kritik an Pandemie-Management erneuert“ sowie „40 Jahre IPPNW: Ärztliche Verantwortung für eine Welt im Frieden“, beide HÄBL 09/2022 (S. 504 & 530)

## „Unser Verhalten in der Pandemie kritisch hinterfragen“/„Frieden in der Ukraine“

Mit großem Interesse habe ich zwei Artikel im Hessischen Ärzteblatt vom September 2022 gelesen.

Im ersten Artikel bezog man sich auf die Bad Nauheimer Gespräche (BNG) und berichtete über das Zwischenfazit des Corona-Managements der Regierung. Wohl-tend dabei waren die kritischen Anmerkungen, die sonst in der öffentlichen Presse von mir bisher vergeblich gesucht wurden. Insbesondere fielen mir die klaren Worte bezüglich des Versagens der Gerichte angesichts der massiven Grundrechtseinschränkungen zu Zeiten des Lockdowns auf. Würde ich einen solchen Text an die herkömmlichen Printmedien wie Spiegel, Focus, Süddeutsche Zeitung schicken, so würde dieser nicht veröffentlicht mit dem Hinweis, der Netiquette nicht zu genügen. So geschehen bei Focus, als ich nur ein Originalzitat über die Lauterbach'sche Informationspolitik aus „KV aktuell“ weitergeleitet habe.

Auch wir als Ärzte sollten uns an die eigene Brust klopfen und unser Verhalten damals zu Beginn der Pandemie wie auch heute kritisch hinterfragen. Warum führen wir Mehrfachimpfungen mit dem gleichen Impfstoff durch, obwohl wir wissen, dass weder ein kompletter Impfschutz erreicht wird noch der Impfstoff Nebenwirkungsfrei ist, sogar bei nicht gegebener Haftung des Herstellers?

Vielleicht sollte die Landesärztekammer Hessen mit ihrer Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung sinnvoller Weise in der Online-Fortbildung Arzneimitteltherapiesicherheit (siehe HÄBL 09/2022, S. 529) auch den Punkt Coronaimpfung einbeziehen.

„Wissenschaft und Ärzteschaft ließen sich treiben“, hieß es in dem BNG-Beitrag: Dies würde ich dahingehend ergänzen, dass die hier verwendete Vergangenheitsform in „lassen“ umgeändert wird.

[Das Originalzitat von Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Internist in Köln, hieß: „Wir haben uns dahin treiben lassen, dass wir Krankheit und Laborbefund verwechselt haben.“ Anm. d. Red.]

Noch immer vermisse ich die wissenschaftliche Diskussion um den Verbreitungsweg, um Übersterblichkeit, um exakte Statistiken unterteilt in den einzelnen Jahresabschnitten 2020/2021. Scheinbar keinen Mediziner hat gestört, dass sich die vom Robert Koch-Institut (RKI) veröffentlichten Statistiken sich über den gesamten Zeitraum von 2020 bis 2021 erstreckten, vom Beginn der Pandemie bis zu dem jeweiligen Stichtag. Schaut man sich die WHO-Statistiken bezüglich der Erkrankungen an, so gelten immer Jahresabschnitte, die analysiert werden, nicht jahresübergreifende Zeiträume.

Dennoch, einen wesentlichen positiven Aspekt hat mir das Ärzteblatt mit dem Artikel „40 Jahre IPPNW“ vermittelt: Nämlich, dass es auch noch Kollegen gibt, die sich für den Frieden einsetzen und speziell auch für die Beendigung des Ukraine-Krieges Verhandlungen fordern. In der jetzigen Situation in unserer Gesellschaft ist dies absolut selten, denn wenn ich diese Meinung äußere, werde ich als Russlandfreund und Rechtsradikaler diffamiert und nicht als ein Mensch gesehen, der einfach nur Frieden will und diesen Krieg baldmöglichst beendet haben möchte.

**Dr. med. Jürgen Rabe, Heusenstamm**

### Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. Leserbriefe geben jedoch immer die Meinung des Autors, nicht die der Redaktion wieder. Grundsätzlich behält

sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: [haebl@laekh.de](mailto:haebl@laekh.de); Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt.



Hessisches  
Krebsregister



# Goldenes Doktorjubiläum

## Landesqualitätskonferenz Mammakarzinom – onkologische Versorgungssituation in Hessen

**Termin:** Mi, 14.12.2022, 15:30–18 Uhr

**Themen:**

- Onkologische Versorgungssituation von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom in Hessen (Hessisches Krebsregister)
- „Aktuelle Therapien des Mammakarzinoms“ (Prof. Dr. med. Marc Thill, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt)
- „Palliativmedizinische Versorgung von Patientinnen und Patienten mit Mammakarzinom“ (Dr. med. Sabine Mousset, Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt)

**Ort:** Online-Veranstaltung

**Veranstalter:** Hessisches Krebsregister (HKR)

**Wissenschaftliche Leitung:** Dr. med. Soo-Zin Kim-Wanner, HKR

**Anmeldung:** <https://hessisches-krebsregister.de/landesqualitaetskonferenz-mammakarzinom-2022>  
oder via Kurzlink:  
<https://tinyurl.com/mpfkh424>



Kostenfrei. Die Landesqualitätskonferenz richtet sich an die in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte und weitere Interessierte. Die Zertifizierung als ärztliche Fortbildung ist beantragt. Über den QR-Code gelangen Sie zur Anmeldung und zu weiteren Informationen auf der Webseite des Hessischen Krebsregisters.

*Leserbrief zum Artikel „Konservative Orthopädie und Unfallchirurgie aus der Sicht eines Operateurs“ von Prof. Dr. med. Georg Köster, HÄBL 03/2022, S. 190*

## Angemessener Zeitrahmen für die Weiterbildung

Der Artikel von Herrn Prof. Georg Köster stellt eine gute Diskussionsgrundlage zu dem Thema dar und sollte einen höheren Verbreiterungsgrad erreichen.

In weiten Teilen bin ich persönlich absolut der gleichen Meinung. Gerade, weil der Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie beide Stränge operativ und konservativ erkennt, ist er differenzialdiagnostisch und vor allem differenzialtherapeutisch (nicht gleich alles operieren) besonders zur Behandlung geeignet, so dass auf keinen Fall eine Trennung des Fachgebietes erfolgen sollte – sondern allenfalls nur ei-

ne Zusatzweiterbildung konservative Orthopädie.

Hierbei muss sichergestellt werden, dass die Weiterbildungszeit in einem angemessenen Zeitrahmen absolviert werden kann, da wir zunehmend junge Mütter, aber auch Väter in die Weiterbildung bekommen, die eine andere Work-Life-Balance haben und trotzdem die Weiterbildungszeit, zu vermehrten Teilen in Teilzeit, absolvieren müssen.

**Dr. med. Gerd Rauch**

Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie, Landesverband Hessen

## Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

### Wahl des Vorsitzes

#### des Berufsbildungsausschusses

In der konstituierenden Sitzung des Berufsbildungsausschusses am 28. September 2022 fand die Wahl der/des Vorsitzenden und der/des stellvertretenden Vorsitzenden statt. Für die Amtsperiode vom 1. Juli 2022 bis 30. Juni 2026 wurde **Martin A. Leimbeck** als Vorsitzender gewählt. **Ingrid Gerlach** wurde als Stellvertretende Vorsitzende gewählt.

**Roswitha Barthel**, Assessorin  
Leiterin der Abteilung  
Medizinische Fachangestellte

# Öffentliche Ausschreibung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen:

**Vergabe eines Versorgungsauftrages an eine(n) zweite(n) Programmverantwortliche(n) Vertragsärztin oder Vertragsarzt für die Screening-Einheit 3 in Hessen im Rahmen des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krebserkrankungen (Krebsfrüherkennungs-Richtlinien – KFE-RL) vom 18. Juni 2020 und der Anlage 9.2 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä/EKV) vom 1. April 2022.**

**Für die Ausschreibung ist der jeweils aktuelle Stand der KFE-RL, der Anlage 9.2 BMV-Ärzte und des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) maßgebend.**

## Präambel

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat zum 01.01.2004 in dem Abschnitt B III der KFE-RL ein Programm zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening eingeführt. Die weitere Ausgestaltung wurde in der Anlage 9.2. BMV-Ärzte festgelegt.

Ziel des Programms zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening ist die deutliche Senkung der Brustkrebssterblichkeit in der anspruchsberechtigten Bevölkerungsgruppe (Frauen ab dem Alter von 50 Jahren bis zum Ende des 70. Lebensjahres). Gleichzeitig sollen die Belastungen, die mit einem Mammographie-Screening verbunden sein können, minimiert werden.

Das Programm ist in regionale Versorgungsprogramme gegliedert, das für Hessen die Grenzen des Bundeslandes Hessen und damit das Gebiet der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KV Hessen) umfasst. Ein regionales Versorgungsprogramm ist wiederum in regionale Screening-Einheiten untergliedert, für die sog. Programmverantwortliche Ärzte Versorgungsaufträge gem. § 3 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten können.

Gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV kann ein Versorgungsauftrag auch von zwei Programmverantwortlichen Ärzten (Vertragsärzten oder angestellten Ärzten in einem MVZ oder Vertragsarztpraxis), die in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig sind, übernommen werden.

**Für die Screening-Einheit 3 wird zum 01.04.2023 ein/e Nachfolger/in für einen Programmverantwortlichen Arzt gesucht. Die Berufsausübungsgemeinschaft wird zwischen dem/der Bewerber/in und dem verbleibenden Programmverantwortlichen Arzt geschlossen.**

## 1. Verfahren der Ausschreibung

Die KV Hessen führt für die Nachfolge für den Versorgungsauftrag der Screening-Einheit 3 ein öffentliches Ausschreibungsverfahren durch.

Das Verfahren verläuft zweistufig (§ 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV):

- 1) Bei Erfüllung der Voraussetzungen für eine Bewerbung nach § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV **bis 30.11.2022** erhält der Bewerber Ausschreibungsunterlagen zugesandt, die er bis **31.12.2022, 12 Uhr**, bei der KV Hessen einreicht.
- 2) Gem. § 4 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ärzte kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der hessischen Krankenkassen nach pflichtgemäßem Ermessen innerhalb von zwei Monaten nach Eingang der Bewerbungen eine Genehmigung (unter Auflagen) zur Übernahme des Versorgungsauftrages erteilen.

Ein Konzept zur Organisation des Versorgungsauftrages nach § 4 Abs. 2 b ) i. V. m. § 5 Abs. 2 b) und c) Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist entbehrlich, sofern die Voraussetzungen an die Verfügbarkeit und Qualifikation der im Rahmen des Versorgungsauftrages kooperierenden Ärzte und radiologischen Fachkräfte in der jeweiligen Screening-Einheit sowie die sachlichen Voraussetzungen zur Praxisausstattung und apparativer Ausstattung bereits durch die in der jeweiligen Screening-Einheit tätigen Programmverantwortlichen Ärzte erfüllt und nachgewiesen wurden. Der Bewerber muss jedoch detaillierte Angaben zu den persönlichen Voraussetzungen gem. **§ 5 Abs. 2 a)** der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV machen.

Im Fall der Nachfolge eines/r Programmverantwortlichen Arztes/Ärztin ist Entscheidungsgrundlage die persönliche Qualifika-

tion der Bewerber und deren zeitliche Verfügbarkeit zur Erfüllung des Versorgungsauftrages. Bei mehreren gleich geeigneten Bewerbern, die einen Versorgungsauftrag übernehmen wollen, ist ausschlaggebend, ob und wie sich der Bewerber in den schon vorhandenen Versorgungsauftrag mit dem jetzigen Programmverantwortlichen in einer Berufsausübungsgemeinschaft einbinden lässt. Gem. § 5 Abs. 6 und 6a der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ist der Versorgungsauftrag an den Praxisnachfolger gemäß § 103 Abs. 4 SGB V übertragbar, wenn die entsprechenden Voraussetzungen nach diesem Vertrag erfüllt sind.

## 2. Versorgungsauftrag

Der Versorgungsauftrag wird ausgeschrieben für **Screening-Einheit 3** (Stadt Wiesbaden, Stadt Bad Homburg, Hochtaunus-Kreis und Kreis Limburg-Weilburg).

Der Versorgungsauftrag umfasst die notwendige ärztliche Behandlung und Betreuung der Frauen einschließlich Aufklärung und Information sowie die übergreifende Versorgungsorganisation und –steuerung. Er ist umfassend und vollständig zu erfüllen.

Einzelheiten des Versorgungsauftrages ergeben sich aus Abschnitt B III der KFE-RL bzw. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV (die folgenden §-Angaben beziehen sich auf die Anlage 9.2 BMV-Ärzte):

- 1) Kooperation mit den benannten Stellen (§ 7)
- 2) Überprüfung vor Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 8)
- 3) Erstellung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 9)
- 4) Organisation und Durchführung der Befundung der Screening-Mammographieaufnahmen (§ 10)
- 5) Durchführung der Konsensuskonferenz (§ 11)
- 6) Durchführung der Abklärungsdiagnostik (§ 12)
- 7) Durchführung der multidisziplinären Fallkonferenzen (§ 13)
- 8) Ergänzende ärztliche Aufklärung (§ 14)
- 9) Organisation und Durchführung von Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15)

## 3. Ablauf der Versorgungsschritte

Zu Inhalt und Ablauf der einzelnen Versorgungsschritte ist aus Sicht des Programmverantwortlichen Arztes folgendes festzuhalten:

Die Programmverantwortlichen Ärzte haben durch die Bereitstellung entsprechender Kapazitäten dafür zu sorgen, dass alle Frauen der Zielgruppe innerhalb des 2-Jahres-Zyklus mindestens einmal eingeladen werden können. Über die Zentrale Stelle erhalten die anspruchsberechtigten Frauen einen Termin zur Untersuchung in einer bestimmten Mammographie-Einheit und ggf. einen Termin zu einem Aufklärungsgespräch im Vorfeld. Grundsätzlich soll die in der Einladung genannte Mammographie-Einheit aufgesucht werden. Abweichungen hiervon sind nur in Abstimmung

mit der Zentralen Stelle möglich. In der Mammographie-Einheit ist zunächst zu klären, ob der Frau die Entscheidungshilfe zum Früherkennungsprogramm (siehe Anlage IVb der KFE-RL) vorgelegen hat, ob bei Verzicht auf ein mündliches Aufklärungsgespräch die unterschriebene Erklärung dazu vorliegt und ob aufgrund des standardisierten Fragebogens zur Anamnese (Anlage V der KFE-R) ein Leistungsanspruch der Frau besteht. Auf Verlangen wird die Frau zusätzlich über Strahlen- und Datenschutz im Rahmen des Screening-Programms informiert. Die Mammographie-Aufnahme wird unter verantwortlicher Leitung des Programmverantwortlichen Arztes von einer radiologischen Fachkraft erstellt. Der Programmverantwortliche Arzt organisiert die Doppelbefundung der Aufnahmen gem. § 10 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, führt deren Ergebnisse zusammen und leitet ggf. eine zusätzliche Befundung im Rahmen der Konsensuskonferenz nach § 11 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein. Diese Konsensuskonferenzen sollen in der Regel mindestens einmal pro Woche zusammen mit den beiden Ärzten, die die Doppelbefundung vorgenommen haben, stattfinden. Frauen mit weiterhin auffälligen Befunden werden zur Abklärungsdiagnostik nach § 12 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV eingeladen. Der Programmverantwortliche Arzt ist verpflichtet, in der Regel mindestens einmal in der Woche eine Sprechstunde zur Abklärungsdiagnostik durchzuführen. Falls erforderlich veranlasst der Programmverantwortliche Arzt die histopathologische Untersuchung der durch Biopsie gewonnenen Präparate. Bleibt der Verdacht auf eine maligne Erkrankung der Brust bestehen, ruft der Programmverantwortliche Arzt in der Regel mindestens einmal in der Woche eine prä- und eine postoperative Fallkonferenz nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV ein.

Die Qualitätssicherung bezieht sich auf die gesamte Versorgungskette des Programms und betrifft die fachliche Qualifikation aller beteiligten Ärzte und radiologischen Fachkräfte, die organisatorischen und technischen Aspekte sowie die Evaluierung des gesamten Programms. Zu den Aufgaben der Programmverantwortlichen Ärzte im Bereich der Qualitätssicherung gehören u. a.:

- Pflicht zur Übermittlung der Daten (§ 7 i. V. mit Anhang 9 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV) und zwar im Rahmen des Einladungswesens, der ärztlichen Untersuchung, der Qualitätssicherung (diagnostische Bildqualität, Beurteilung der Fallsammlung, Selbstüberprüfung) und der Evaluation.
- Dokumentation gem. Anlage VI der KFE-RL (Erstellung und Befundung der Mammographie-Aufnahmen und Teilschritte der Abklärungsdiagnostik)
- Dokumentation der Konferenzen (gem. Anhang 1 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV)
- Nachweise der fachlichen Befähigung gem. Abschnitt E der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, soweit von den Programmverantwortlichen Ärzten selbst gegenüber der KV Hessen vorzulegen. Kooperierende Ärzte müssen den Nachweis selbst führen.
- Nachweise der Voraussetzungen der technischen Qualitätssicherung gem. Abschnitt H der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV
- Teilnahme an den Verfahren zur Selbstüberprüfung gem. § 15 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV.

## 4. Kooperation

Die Leistungen des Versorgungsauftrages können nach dem Stand der medizinischen Erkenntnisse nur in Kooperation mit anderen an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten erbracht werden. Dazu zählen:

- Befundende Ärzte mit einer Genehmigung nach § 25 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die eine konsiliarische Befundung der Mammographie-Aufnahmen vornehmen und ggf. an den gemeinsamen Konsensuskonferenzen teilnehmen.
- Ärzte nach § 27 Abs. 3 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die auf Veranlassung des Programmverantwortlichen Arztes im Rahmen der Abklärungsdiagnostik die Biopsie(n) unter Röntgenkontrolle durchführen.
- Pathologen nach § 28 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV, die die Beurteilung der histopathologischen Präparate im Rahmen der Abklärungsdiagnostik durchführen.

Der Programmverantwortliche Arzt sollte auch mit angestellten Krankenhausärzten kooperieren, die nach § 13 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV an den prä- und postoperativen multidisziplinären Fallkonferenzen teilnehmen und dafür eine Ermächtigung nach § 29 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV erhalten.

## 5. Radiologische Fachkräfte

Die Screening-Mammographieaufnahmen werden durch eine radiologische Fachkraft unter verantwortlicher Leitung eines Programmverantwortlichen Arztes erstellt (§ 9 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV). Der Programmverantwortliche Arzt muss jederzeit erreichbar und ggf. in angemessener Zeit vor Ort sein.

Der Programmverantwortliche Arzt kann radiologische Fachkräfte im Screening-Programm einsetzen, wenn sie die Voraussetzungen des § 24 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen.

## 6. Vergütung und Abrechnung

Gem. § 3 Abs. 4 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV müssen die Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung der Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM), die dem Versorgungsauftrag jeweils zugeordnet sind (EBM-Nrn. 01750, 01751, 01752, 01754, 01758), von den Programmverantwortlichen Ärzten erfüllt und die Leistungen bei entsprechender Indikationsstellung persönlich durchgeführt werden. Davon ausgenommen sind Leistungen, die nach diesem Vertrag von den Programmverantwortlichen Ärzten veranlasst werden können bzw. müssen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann die Befundung von Screening-Mammographieaufnahmen (§ 18 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) sowie die Durchführung von Stanzbiopsien unter Röntgenkontrolle (§ 19 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) und muss die Durchführung von histopathologischen Untersuchungen (§

20 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) an andere am Screening-Programm teilnehmende Ärzte, denen eine entsprechende Genehmigung (§ 16 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV) erteilt worden ist, übertragen.

Der Programmverantwortliche Arzt kann an der Doppelbefundung teilnehmen. In diesem Fall übernimmt sein Partner in der Berufsausübungsgemeinschaft gem. § 3 Abs. 2 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV den Versorgungsauftrag (§ 10 Abs. 2 c der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV).

Die Programmverantwortlichen Ärzte sowie andere Ärzte, die Leistungen im Rahmen des Screenings erbringen, rechnen die Screening-Leistungen jeweils über ihre lebenslange Arztnummer (LANR) sowie eine eigene Betriebsstättennummer (BSNR) mit der KV Hessen ab.

Die Vergütung der EBM-Ziffern 01750 bis 01759 erfolgt extrabudgetär. In dieser Vergütung ist seit 1.4.2015 ein Aufschlag in Höhe von 5,47 Prozent zur Finanzierung der sog. Overhead-Kosten im Mammographie-Screening (u. a. für die Kooperationsgemeinschaft und die Referenzzentren) enthalten.

Die Höhe des Punktwertes richtet sich nach den jeweils gültigen Bestimmungen des EBM sowie dem jeweils gültigen Honorarvertrag der KV Hessen abzüglich des Aufschlages für den Overhead. Sachkostenziffern sind davon nicht betroffen. Auf die abgerechneten Leistungen werden die satzungsgemäßen Umlagen und Verwaltungskosten der KV Hessen erhoben.

## 7. Bewerber

Um einen Versorgungsauftrag bewerben können sich an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Fachärzte für Diagnostische Radiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Der / die Bewerber(in) ist / wird mit dem jetzigen Programmverantwortlichen Arzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft tätig (sein).

Hinweis: Für die Berufsausübungsgemeinschaft ist die jeweils aktuelle Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen sowie die Zulassungsverordnung für Vertragsärzte maßgeblich.

## 8. Bewerbungsvoraussetzungen

Wenn Sie sich um den Versorgungsauftrag als Programmverantwortlicher Arzt/Ärztin in der Screening-Einheit 3 als Nachfolger bewerben wollen, so erhalten Sie von uns die Bewerbungsunterlagen, wenn Sie die folgenden Voraussetzungen gem. § 5 Abs. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV erfüllen und fristgerecht gegenüber der KV Hessen vollständig nachweisen:

- Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung ‚Diagnostische Radiologie‘ oder ‚Frauenheilkunde und Geburtshilfe‘
- Die für den Strahlenschutz erforderliche Fachkunde nach § 74 Strahlenschutzgesetz

- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der ‚kurativen‘ Mammographie gemäß der Vereinbarung zur Strahlendiagnostik und –therapie nach § 135 Abs. 2 SGB V
- Erfüllung der fachlichen Voraussetzungen zur Ausführung und Abrechnung von Leistungen der Ultraschalldiagnostik der Mamma gemäß der Ultraschall-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V.

Die Bewerbungsunterlagen werden Ihnen nur auf Ihren schriftlichen Antrag hin zugeschickt.

## 9. Bewerbung

Ihre Bewerbungsunterlagen müssen nach § 5 Abs. 2 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV detaillierte Angaben zu Ihren persönlichen Voraussetzungen enthalten, insbesondere:

- Teilnahme an dem multidisziplinären Kurs zur Einführung in das Früherkennungsprogramm gemäß Anhang 2 Nr. 1 der Anlage 9.2. BMV-Ä/EKV
- Ggf. Tätigkeit im Rahmen des Früherkennungsprogramms
- Ggf. bereits vorliegende Nachweise gem. § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV

## 10. Genehmigung

Nach Prüfung der eingereichten Bewerbungsunterlagen kann die KV Hessen im Einvernehmen mit den Krankenkassenverbänden in Hessen eine Genehmigung zur Durchführung des Versorgungsauftrages erteilen, die mit Auflagen verbunden sein kann. Diese sind innerhalb von 9 Monaten nach Erteilung der Genehmi-

gung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages zu erfüllen und nachzuweisen. Werden die Voraussetzungen nach § 5 Abs. 5 der Anlage 9.2 BMV-Ä/EKV nicht innerhalb eines Zeitraums von neun Monaten nach Erteilung der Genehmigung und vor dem Beginn der Übernahme des Versorgungsauftrages erfüllt und nachgewiesen, wird die Genehmigung widerrufen. Beruht das Nichterfüllen der Voraussetzungen auf Gründen, die der Genehmigungsinhaber nicht selber zu vertreten hat, verlängert sich die Frist zur Erfüllung der Genehmigungsvoraussetzungen auf Antrag um einen weiteren Monat.

Die Genehmigung für die Übernahme eines Versorgungsauftrages wird unbefristet erteilt

## 11. Fristen und Anschrift

Interessierte Ärzte haben bis **30.11.2022** die Möglichkeit, Bewerbungsunterlagen anzufordern (siehe Punkt 8).

Vollständige Bewerbungen (siehe Punkt 9) müssen schriftlich in einem geschlossenen Umschlag bis zum **31.12.2022, 12:00 Uhr**, bei der

**Kassenärztlichen Vereinigung Hessen**  
**Abteilung Qualitätssicherung & Mitgliederservice Sonderverträge**  
**Mammographie-Screening**  
**Europa-Allee 90**  
**60486 Frankfurt**

eingereicht werden. Nach diesem Zeitpunkt können keine Bewerbungen mehr angenommen werden.

## Hessisches Ärzteblatt

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

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

**Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts):**

Dr. med. Peter Zürner

Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper

(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

**Redaktion:** Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin; in Elternzeit

Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

**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.

Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

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 2. Quartal 2022:

Druckauflage: 39.050 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.700 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e. V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

83. Jahrgang

ISSN 0171-9661

**Urheber- und Verlagsrecht**

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

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

**Haftungsausschluss:**

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln