

Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

**Das Mitgliederportal
der Landesärztekammer**
Der Artikel beschreibt die
wichtigsten Funktionen aus
den Bereichen Meldewesen
sowie Fort- und Weiterbildung




**Homöopathie:
Pro und Contra**
Dem Thema Homöopathie
widmen sich zwei Beiträge
aus unterschiedlichen
Perspektiven

**Parlando: Kulturtipps
zum Jahresausklang**
Passend zur Weihnachtszeit
werden ausgewählte Favoriten
aus Literatur, Musik und Kunst
vorgestellt

GUTE NACHRICHTEN FÜR SIE – SCHLECHTE NACHRICHTEN FÜR INFLUENZA!




Vaxigrip Tetra®

-  Breiterer Influenzaimpfschutz als bei trivalenten Influenzaimpfstoffen^{1,2}
-  Enthält beide Influenza Typ B-Linien³
-  Vom Influenzaimpfstoffhersteller Nr. 1 weltweit

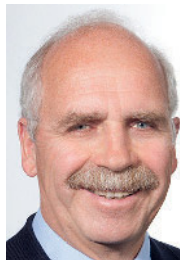
Referenzen: 1. Belshe RB. The need for quadrivalent vaccine against seasonal influenza. *Vaccine*. 2010; 28(5): D45-D53. 2. Public health and economic impact of seasonal influenza vaccination with quadrivalent influenza vaccines compared to trivalent influenza vaccines in Europe. *Human Vaccines & Immunotherapeutics*. DOI: 10.1080/21645515.2016.1180490 – <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/21645515.2016.1180490>. 3. Ambrose CS, Levin MJ. The rationale for quadrivalent influenza vaccines. *Hum Vaccin Immunother*. 2012; 8(1): 81–88.

Vaxigrip Tetra® Injektionssuspension i. Fertigspritze. **Wirkst.:** Tetravalenter Influenza-Spaltimpfstoff (inaktiviert). **Zusammens.:** *Arzneil. wirks. Bestandt.:* je 15 µg Hämagglutinin von verschiedenen Influenza-Virus-Stämmen (in befruchteten Hühneriern gezüchtet, gespalten, u. inaktiviert), entsprechend den jeweils aktuellen Empfehlungen der WHO (nördliche Hemisphäre) und der EU. *Sonst. Bestandt.:* Natrium-Cl, Kalium-Cl, Dinatriumhydrogenphosphat-Dihydrat, Kaliumdihydrogenphosphat, H₂O f. Injektionszwecke. Kann Spuren v. Eiern enthalten (Ovalbumin, Neomycin, Formaldehyd, Octoxinol 9). **Anw.-geb.:** Aktive Immunisierung v. Erwachs. u. Kdr. → 3 Jahre z. Vorbeug. durch Influenza-A/B-Virusstypen verursachter Virusgrippe (Influenza). Offizielle Impfeempfehlungen folgen. **Gegenanz.:** Überempfindl. ggü. einem Inhaltsstoff. Bei mittelschw. bis schw. fieberh. Erkrankung, akuter Erkrankung Impf. verschieben. Intravasale Verabreichung. **Warnhinw. u. Vorsichtsmaßn.:** Im Fall v. anaphylakt. Reakt. geeignete Behandlung- u. Überwachungsmögl. bereit. Vorsicht b. Pat. m. Thrombozytopenie/Blutgerinnungsstör., da durch intramuskul. Injekt. Blutungen mögl. Nach od. vor Impf. Synkopen mögl. aufgr. psychog. Reaktion. Dient z. Schutz geg. Virusstämme, aus denen Impfst. hergest. wird. Möglicherw. kein Schutz f. alle geimpften Pers. Bei endogener o. therapiebedingter Immunsuppress. Immunantwort möglicherw. nicht ausreichend. Beeinträcht. serolog. Unters. **Fertilit.:** Schwangersch. u. Stillzeit: Bezügl. Schwangersch. keine Erfahr., aber Anwend. mögl. Stillen mögl. Keine Daten z. Fertilität. **Nebenw.:** Erwachs. Pers. [18–60 J.] u. → 60 J.: *Blut/Lymphg.:* Gelegentl. Lymphadenopathie. *Immunsyst.:* Selten Überempfindlichkeit, allerg. Reakt. [Erythem, Urtikaria, Pruritus generalis, Pruritus, allerg. Dermatitis, Angioödem]. *Nerven:* Sehr häufig Kopfschmerzen. Gelegentl. Schwindel. Selten Somnolenz, Parästhesie. *Gefäßg.:* Gelegentl. Hitzezwallung. *Atemw./Brust-/Mediast.:* Selten Dyspnoe. *GIT:* Gelegentl. Diarrhö, Übelkeit. *Haut/Unterhautzeitlgew.:* Selten Hyperhidrose. *Skelett/Bindegew./Knochen:* Sehr häufig Myalgie. Selten Arthralgie. *Allgem./Beschw. a. Verabreichungsort:* Sehr häufig allgem. Krankheitsgefühl, Schmerz. a. Injektionsst. Häufig Schüttelfrost, Fieber, Erythem/Schwellung/Verhärtung a. Injektionsst. Gelegentl. Fatigue, Ekchymose/Pruritus/Wärme a. Injektionsst., Selten Asthenie, grippeähn. Erkrank., Beschw. a. Injektionsst. Kdr./Jugendl. [3–17 J.] → 3–17 J.: *Blut/Lymphg.:* Gelegentl. Thrombozytopenie. *Psyche:* Gelegentl. Weinerlichkeit, Unruhe. *Nerven:* Sehr häufig Kopfschm. Gelegentl. Schwindel. *GIT:* Gelegentl. Diarrhö, Erbrechen, Schm. i. Oberbauch. *Skelett/Bindegew./Knochen:* Sehr häufig Myalgie. Gelegentl. Arthralgie. *Allgem./Beschw. a. Verabreichungsort:* Sehr häufig allgem. Krankheitsgefühl, Schüttelfrost, Schmerzen/Schwellung/Erythem/Verhärtung a. Injektionsstelle. Häufig Fieber, Ekchymose a. Injektionsstelle. Gelegentl. Fatigue, Wärme/Pruritus a. Injektionsstelle. Mögl. NW (klin. Prüf./Erfahrung): *Immunsyst.:* Schw. allerg. Reakt.: Schock. Allerg. Reakt.: Hautausschlag, generalisiertes Erythem. *Nerven:* Guillain-Barré-Syndrom (GBS), Neuritis, Neuralgie, Konvulsionen, Enzephalomyelitis. *Gefäßg.:* Vaskulitis (Purpura Schönlein-Henoch), in best. Fällen m. vorüberg. Nierenbeteiligung. **Hinweis:** Lagerung! Haltbarkeit 1 Jahr. Impfung in Ausweis eintr. gem. § 22 Impfschutzgesetz. **Verschreibungspflichtig.** Pharmazeutischer Unternehmer: **Sanofi Pasteur Europe**, 2 avenue Pont Pasteur, 69007 Lyon, Frankreich. Örtlicher Vertreter d. Zulassungsinhabers: **Sanofi-Aventis Deutschland GmbH**, 65926 Frankfurt am Main, Deutschland. **Stand:** Juli 2017 [SADE.VAXIQ.17.07.1977] 1701_VAX_A – SADE.VAXIQ.17.07.2135

 Dieses Arzneimittel unterliegt einer zusätzlichen Überwachung. Angehörige von Gesundheitsberufen sind aufgefordert, jeden Verdachtsfall einer Nebenwirkung zu melden

SANOFI 

© Foto: Vera Friederich



Fortbildung: frei und unabhängig

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

räteln Sie vielleicht gerade darüber, was Sie einem lieben Kollegen oder einer lieben Kollegin als Dankeschön für die gute kollegiale Zusammenarbeit schenken könnten? Wie wäre es denn mit einem Gutschein für eine Jahresmitgliedschaft in unserer kamerereigenen Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung? Der Jahresbeitrag beträgt aktuell 100 Euro – und für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung, in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit gilt ein reduzierter Mitgliedsbeitrag von 50 Euro. Dafür erhalten Akademiemitglieder eine Ermäßigung auf die Akademieveranstaltungen und können zudem kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen.

Inhaltlich sind Akademieveranstaltungen frei von fremden Einflüssen, insbesondere von Produktwerbung oder Industrieinteressen. Die sehr weitgehende Finanzierung der Akademie allein durch die Ärzteschaft und strenge Richtlinien zum Sponsoring gewährleisten die Einhaltung dieses Anspruchs.

Das Angebot der Akademie ist auch hervorragend geeignet, das zweifelsohne gute Angebot krankenhauser Fortbildungen zu ergänzen, denn deren Angebote fokussieren naturgemäß auf das Spektrum des jeweiligen Hauses. Doch gerade in Zeiten, in denen sich Krankenhäuser aus verschiedensten Gründen zunehmend spezialisieren, bedarf es eines ergänzenden Angebots, um Ärztinnen und Ärzten das weite Spektrum ihres jeweiligen Fachs in qualitativ hochwertiger Form nahezubringen.

Akademieveranstaltungen finden übrigens nicht nur in Bad Nauheim, sondern zum Beispiel auch in Kassel, Wiesbaden oder Darmstadt statt.

Mit ihrem Fortbildungsangebot trägt die Akademie dazu bei, den Anspruch und die Verpflichtung zum lebenslangen Lernen umzusetzen. Davon profitieren nicht nur teilnehmende Kolleginnen und Kollegen, sondern vor allem die Patienten, die sich zu Recht auf die aktuellen Kenntnisse ihrer behandelnden Ärzte verlassen. Dass dies gelingt, möchte ich Ihnen an einigen Originalzitaten, die den nach jeder Veranstaltung verteilten Evaluationsbögen entnommen sind, gerne zeigen:

Kurs war super.
 Sehr informative Fortbildung.
 Extrem gute Fortbildung durch die Vorträge.
 Super Fortbildung, gerne mehr von dieser Art.
 Alles gut!
 Sehr gute Kursleiter, super Stimmung und Atmosphäre.
 Sehr gute Referenten.

Organisation und Versorgung waren sehr gut!!!
 ...Liebevoller und persönlicher Betreuung.
 Vielen Dank für die gute Organisation und die hervorragenden Vorträge!
 Kurz, prägnant, wertvoll!
 Danke schön, bin sehr zufrieden mit dem Kurs.

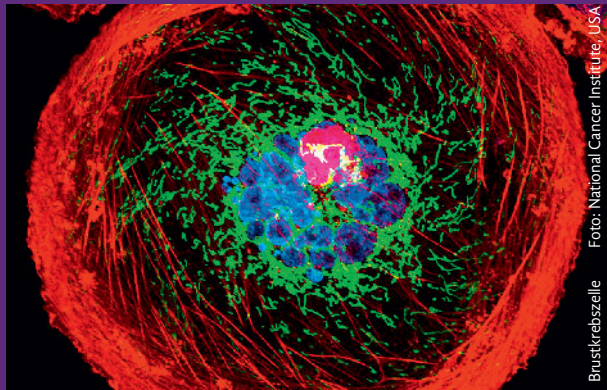
Ihnen allen wünsche ich ein frohes und gesegnetes Weihnachtsfest und einen guten Rutsch in das neue Jahr mit vielen guten Fortbildungen an unserer Akademie.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
 – Präsident –

Wir wünschen Ihnen ein gesegnetes Weihnachtsfest und ein friedvolles, gesundes neues Jahr 2018.

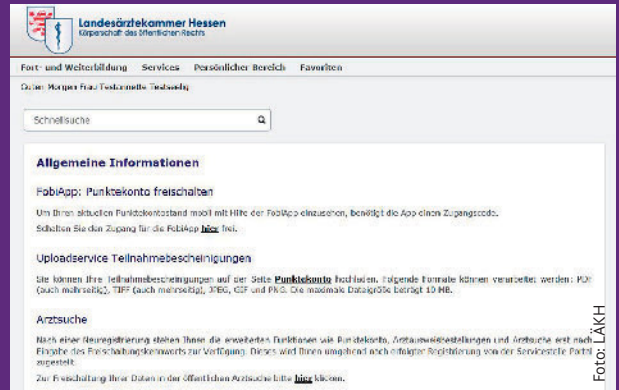




CME: Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

Mit knapp 70.000 Neuerkrankungen jährlich ist das Mammakarzinom nach wie vor die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau. Der zertifizierte Fortbildungsartikel informiert über Risikofaktoren, Diagnostik sowie verschiedene Therapieverfahren.

674



https://portal.laekh.de Ihr direkter Draht zur Kammer

Das Mitgliederportal der LÄKH ermöglicht Ärztinnen und Ärzten einen direkten Zugang zu den verschiedenen Serviceleistungen der Kammer. In diesem Heft werden die wichtigsten Funktionen aus den Bereichen Meldewesen sowie Fort- und Weiterbildung vorgestellt.

684

Editorial: Fortbildung: frei und unabhängig 671

Ärzttekammer

Ja zur Kammerwahl! Serie zur Kammerwahl 2018 679

Zum 70. Geburtstag von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach 682

Neue Regelung zur Anrechenbarkeit von Fehlzeiten während der Weiterbildung 683

Ihr direkter Draht zur Kammer: Das Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen 684

Folgen Sie uns auf Facebook! 690

„Kammer 4U“ – Erster Medizinstudierendentag der Landesärztekammer Hessen 696

Mensch und Gesundheit

Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Harnwegsinfektionen 680

Die Ingrid-zu-Solms-Stiftung verleiht Wissenschafts- und Kulturpreise an Frauen 697

Lebenszeit am Lebensende – Podiumsdiskussion der Malteser zum Welthospiztag 698

„Projekt Schmetterling“ fördert psychosoziale und psychoonkologische Betreuung 723

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung 699

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule 705

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** 724

Fortbildung

CME: Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms 674

Akutes Nierenversagen nach Kontrastmittelgabe 714

Unterschenkelulcera mit freiliegenden Strecksehnen durch dauerhaftes Tragen von Kompressionsstrümpfen 720



**Ansichten und Einsichten
Homöopathie – Pro und Contra**

Ist die Behandlung von Patienten mit Hilfe der Homöopathie eine sinnvolle Ergänzung oder Alternative zur Schulmedizin? Zwei Beiträge – Pro und Contra – widmen sich dieser Frage aus unterschiedlichen Perspektiven und greifen dazu historische sowie aktuelle Argumente auf.

692/694



**Parlando: Tipps und Empfehlungen
für die kalte Jahreszeit**

Kulturtipps zum Jahresausklang aus Musik, Literatur, und Kunst: Von Daniel Kehlmanns Werk „Tyll“ bis zur Ausstellung „Glanz und Elend in der Weimarer Republik“ in Frankfurt am Main finden Sie hier Anregungen für Ihren Wunschzettel oder die Feiertagsgestaltung.

708

Ansichten und Einsichten

Cui bono Homöopathie? Ein Relikt aus der Steinzeit der Medizin	692
Homöopathie ist individuelle Medizin	694
Die Reform des Medizinstudiums soll den Studenten die Wissenschaft austreiben	716
Reform der Psychotherapeutenausbildung: Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM) sieht Gefährdung der Patientensicherheit	718

Parlando: Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang	708
------------------------------------------------------------------------	-----

Aus den Bezirksärztekammern: „Fit für den Notfall“ – Fortbildungsreihe in Wiesbaden	726
--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----

Personalia: Gratulation für Dr. med. Horst Rebscher-Seitz	712
------------------------------------------------------------------------	-----

Leserbriefe	710
--------------------------	-----

Impressum	728
------------------------	-----

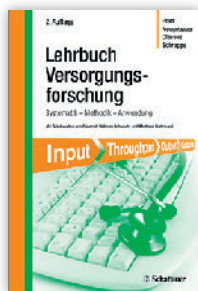
Bücher



Medizinische Ernährung A–Z

Wolfgang Wagner

S. 711



Lehrbuch Versorgungsforschung

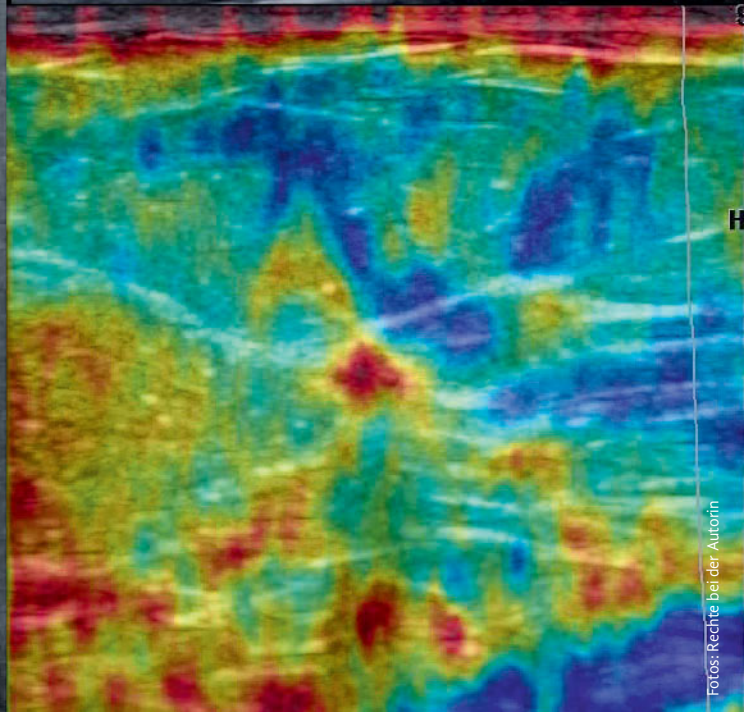
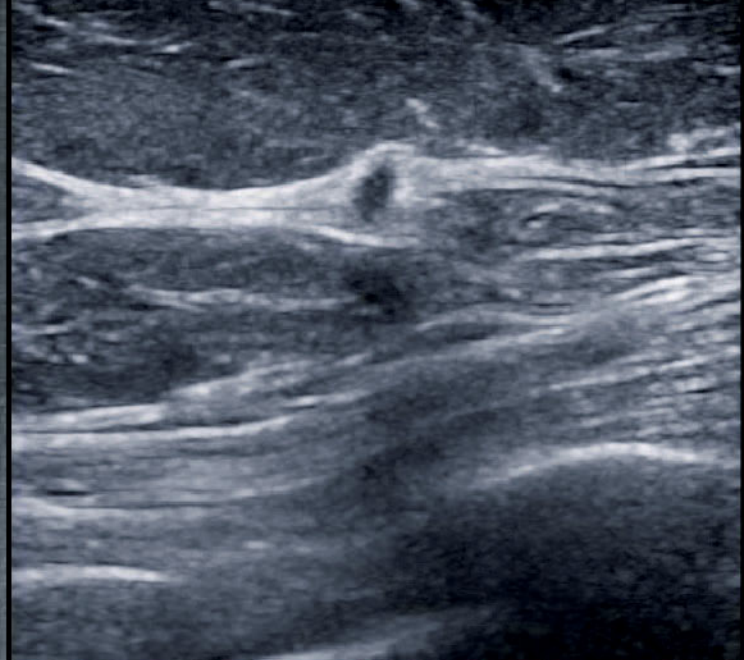
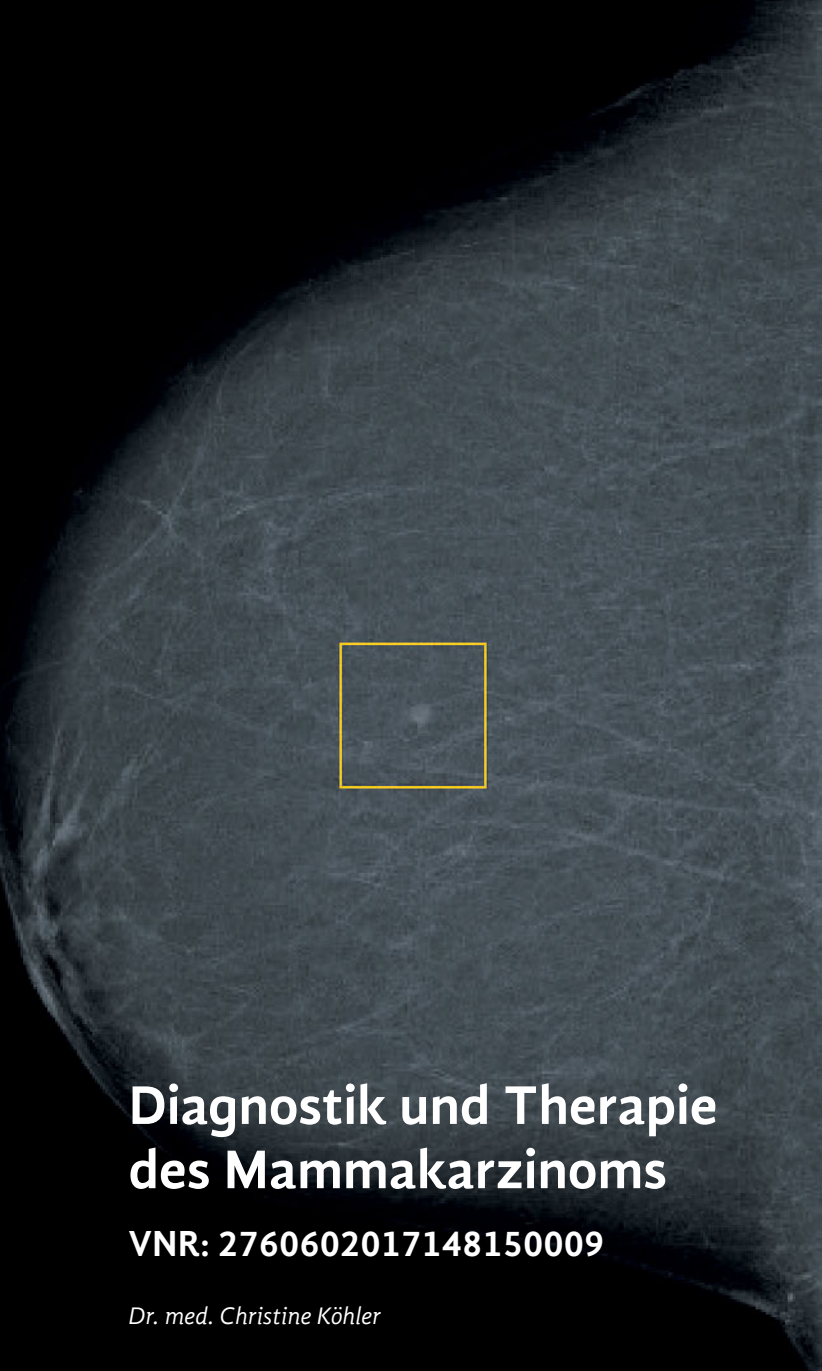
Holger Pfaff et al.

S. 719



Büchertipps von Lesern für Leser

S. 722



Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

VNR: 2760602017148150009

Dr. med. Christine Köhler

Komplementäre Bildgebung eines kleinen Mammakarzinoms: Mammographie, Sonographie, Elastographie.

Mit 69.550 Neuerkrankungen jährlich ist das Mammakarzinom immer noch die mit Abstand häufigste Krebserkrankung der Frau, auch wenn bei der Anzahl der Neuerkrankungen in jüngerer Zeit ein Rückgang zu beobachten war [1]. Nicht zuletzt die verbesserte Früherkennung, auch die Einführung des bundesweiten Mammographie-Screeningprogramms, tragen zu einer guten Prognose des Mammakarzinoms bei, da Karzinomerkrankungen immer mehr in Frühstadien diagnostiziert werden (Abbildung 1).

Das Verständnis um die biologischen Eigenschaften und damit auch die Therapie des Mammakarzinoms haben sich in den

vergangenen zehn Jahren entscheidend weiterentwickelt. Insbesondere im Bereich der sogenannten zielgerichteten Therapien haben sich neue Behandlungsperspektiven ergeben. Nach und nach konnten Patientinnengruppen identifiziert werden, die aufgrund ihrer guten Prognose überhaupt keine Chemotherapie oder die aufgrund der biologischen Eigenschaften ihres Tumors spezielle Therapieregime benötigen. Neue endokrine Substanzen wurden eingeführt und Erkenntnisse über die optimale Dauer der endokrinen Therapie wurden gewonnen. In der Lokaltherapie befindet man sich hinsichtlich der axillären Lymphonodekto-

mie und Strahlentherapie auf dem Weg zu risikoadaptierten, individuellen Entscheidungen. Die intraoperative Radiatio wurde etabliert. Auf dem Prüfstand stehen molekulare Tests, die in bestimmten Situationen die Therapieentscheidungen verbessern können.

Diagnostik

Etwa eine von acht Frauen erkrankt im Lauf ihres Lebens an Brustkrebs. Fast 30 Prozent (%) der Frauen sind bei Ersterkrankung jünger als 55 Jahre, sodass die Früherkennung noch vor dem Beginn des Mammographie-Screenings mit 50 Jahren

Fotos: Rechte bei der Autorin

sinnvoll erscheint. Insbesondere bei familiärem Risiko erscheint dies angezeigt. Als Faustregel gilt dabei, dass die Untersuchung fünf Jahre vor dem Erkrankungsalter des am jüngsten erkrankten Familienmitglieds beginnen sollte. Welche apparative Untersuchungsmethode dabei zum Einsatz kommt, ist von Alter und Brustbeschaffenheit abhängig. Bei Frauen < 40 Jahren ist die Sonographie die Methode der Wahl, während zwischen 40 und 50 Jahren die Indikation zur primären Mammographie bei klinischen Symptomen großzügig gestellt werden kann.

Ab dem 50. Lebensjahr besteht die Möglichkeit des Mammographie-Screenings für asymptomatische Frauen. Problematisch sind hier die Frauen mit hoher Drüsengegendichte, die zum einen ein bis fünfmal höheres Krebsrisiko haben und zum anderen von einer zusätzlich durchgeführten Sonographie besonders profitieren. Eine Zusammenfassung von Risikofaktoren findet sich in Tabelle 1.

Für symptomatische Frauen ist die Indikation zur Mammographie im Rahmen der kurativen Diagnostik gegeben. Die weitere Abklärung erfolgt in der Regel per Sonographie.

Die Kernspintomographie ist mit ihrer hohen Sensitivität ein probates Mittel zur Abklärung bei speziellen Fragestellungen. In der Routinefrüherkennung hat sie ihren Platz bei Frauen mit familiärer Hochrisikosituation. Die Diagnostik wird in der Regel an speziellen Hochrisikozentren durchgeführt, von denen 15 über Deutschland verteilt sind. Aufgrund der hohen Anzahl an falsch positiven Befunden, die eine hohe Rate an invasiven Abklärungen nach sich zieht, ist der Einsatz der Kernspintomographie in der Routinefrüherkennung kritisch zu bewerten, vom Kostenfaktor einmal abgesehen.

Bei auffälligem Befund ist die Entnahme einer Gewebeprobe per Stanzbiopsie Standard, falls möglich sonographisch gesteuert. Sollte ein Befund sonographisch nicht darstellbar sein, kommen röntgen-gesteuerte sowie MRT-gesteuerte Biopsie zum Einsatz. Eine primär operative Abklärung ist obsolet und bleibt nur wenigen Einzelfällen vorbehalten. Anlässlich der zunehmenden Komplexität der Mammakarzinomtherapie ist die Kenntnis des histologischen Befundes mit den tumorbio-

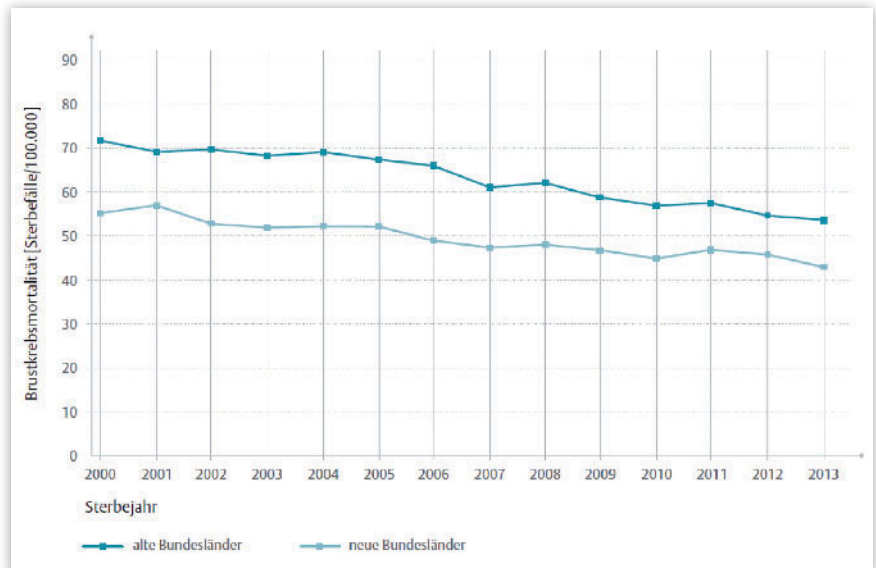


Abbildung 1: Brustkrebsmortalität in den alten und neuen Bundesländern 2000–2013
Quelle: Amtliche Todesursachenstatistik des Statistischen Bundesamtes

Risikofaktoren	Relatives Risiko
Menarche < 11 Lebensjahr	3
Menopause > 54 Lebensjahr	2
Erste Entbindung > 40 Lebensjahr	3
Familiäre Belastung - Verwandter 1. Grades	2
Familiäre Belastung - Hochrisiko	4 - 10
Vorausgegangene benigne Brusterkrankung	2
Atypische duktale Hyperplasie	4
Z.n. Mammakarzinom	2,8 – 5,9
Postmenopausale Brustdichte Grad 4	5,2
BMI > 30 postmenopausal	2
Hormonelle Kontrazeption	1,25
HRT < 5 Jahre Einnahmedauer	1,36
HRT > 5 Jahre Einnahmedauer	1,63

Tabelle 1:
Zusammenfassung
von Risikofaktoren

logischen Eigenschaften vor Planung einer Therapie unabdingbar.

Genetische Diagnostik

Fünf bis zehn Prozent der Brustkrebserkrankungen sind erblich bedingt. Die häufigsten Mutationen sind in den Genen BRCA1 und BRCA2 zu finden. BRCA1/2 spielen als Tumorsuppressorgene eine zentrale Rolle bei der DNA-Doppelstrangbruch-Reparatur. Mit den Genveränderungen geht auch eine Erhöhung des Ovarialkarzinomrisikos einher. Bis zu 75 % der Mutationsträgerinnen erkranken bis zum 70. Lebensjahr am Mammakarzinom. Bei entsprechendem familiären Risiko ist die genetische Untersuchung möglich und es besteht die Möglichkeit der sogenannten intensivierten Früherkennung, bzw. die Möglichkeit prophylaktischer Ope-

rationen. Die Kriterien zur Vorstellung in der humangenetischen Beratung sind in Abbildung 2 (nächste Seite) aufgelistet.

Lokale Therapien

Operative Therapie

Seit Veronesi in den späten 1970er-Jahren die Sicherheit der brusterhaltenden Therapie in Kombination mit Strahlentherapie nachweisen konnte, wurde diese Operationsmethode weiterentwickelt und als Standardmethode etabliert [3]. Inzwischen werden etwa 70 % der Mammakarzinome brusterhaltend operiert, was für die meisten Patientinnen in Bezug auf die Lebensqualität einen großen Vorteil bedeutet. Die Durchführbarkeit ist im Wesentlichen von der Größe der Brust im Verhältnis zum Tumorzellen abhängig.

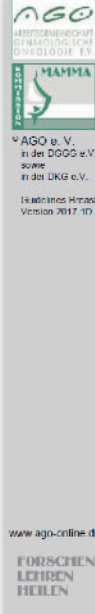
Kontraindikationen sind Multizentrität (Tumoren in mehreren Quadranten der Brust), Größe und Lage des Tumors erlauben keine sichere Entfernung im Gesunden, eine Nachbestrahlung ist nicht möglich oder nicht gewünscht, sowie das inflammatorische Mammakarzinom, welches eine primär systemische Therapie erforderlich macht.

Bei der Ablatio der Mamma hat die sogenannte modifizierte radikale Mastektomie die radikalen Operationsverfahren nach Rotter/Halsted abgelöst, dabei werden Haut, Brustdrüsenkörper und Pectoralisfaszie entfernt. Der M. pectoralis bleibt dagegen erhalten, was mit einer deutlichen Reduktion der Funktionseinschränkungen verbunden ist. In vielen Fällen kann eine skin-sparing-mastectomy durchgeführt werden: Ein Teil des Hautmantels wird erhalten und ermöglicht damit eine Sofortrekonstruktion. Dafür kommen zum einen Prothesen, zum anderen auch Eigen- gewebsverfahren zum Einsatz.

Ein weiterer Meilenstein in der operativen Therapie war die Einführung der sogenannten Wächterlymphknotenmethode/Sentinel node biopsy zu Beginn der 2000er-Jahre. Die Sentinelnodebiopsie bei klinisch/sonographisch negativem axillärem LK-Status hat sich inzwischen als Standard etabliert [4]. Dadurch konnte das Risiko eines Lymphödems des Armes, das nach konventioneller axillärer Lymphonodektomie subjektiv etwa 40 % beträgt, auf 2 % gesenkt werden [5]. Einschränkend muss gesagt werden, dass die wenigsten dieser Lymphödeme durch Messungen objektivierbar sind.

Strahlentherapie

Seit einigen Jahren existiert die Möglichkeit der intraoperativen Radiatio (IORT) bei Patientinnen, die eine brusterhaltende Therapie bekommen [6, 7]. Dabei wird nach der operativen Entfernung des Tumors das Tumorbett bei noch offener Haut mit 10 Gy bestrahlt. Dies ersetzt den späteren boost auf das Tumorbett, die Ganzbrustbestrahlung wird jedoch unverändert durchgeführt. Vorteile der IORT sind neben der „Ersparnis“ einiger Bestrahlungstermine die Zielgenauigkeit und die Schonung der Haut. Inwieweit die alleinige intraoperative Radiatio mit 20 Gy die



Wer sollte auf Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 getestet werden?

Oxford LOE: 2b GR: B AGO: ++

Familien mit (je aus einer Familienseite)*

- **mindestens drei an Brustkrebs erkrankten Frauen unabh. vom Alter**
- **mindestens zwei an Brustkrebs erkrankten Frauen, von denen eine vor dem 51. Lebensjahr (LJ) erkrankt ist**
- **mindestens einer Brust- und einer an Eierstockkrebs erkrankten Frau**
- **mindestens einer an Brust- und Eierstockkrebs erkrankten Frau**
- **mindestens zwei an Eierstockkrebs erkrankten Frauen**
- **mindestens einer an beidseitigem Brustkrebs erkrankten Frau mit einem Ersterkrankungsalter vor dem 51. LJ**
- **mindestens eine an Brustkrebs erkrankte Frau vor dem 36. LJ**
- **mindestens ein an Brustkrebs erkrankter Mann und mindestens ein/e weitere/r Erkrankte/r an Brust- oder Eierstockkrebs**

Empfohlene Kriterien mit einer Mutationsnachweisrate <10% im höheren Lebensalter

- **eigene Erkrankung mit triplem negativem Mammakarzinom mit Erkrankungsalter ≤ 60 Jahren**
- **eigene Erkrankung mit Ovarialkarzinom**

*Einschlusskriterien (EK) des deutschen Konsortiums für Familiären Brust- und Eierstockkrebs (DK-FBEK) basierend auf der genetischen Analyse von ca. 26.000 Familien, getestet bis 2016; bei Vorliegen eines dieser EK liegt die Wahrscheinlichkeit für den Nachweis einer Mutation bei >=10 %
Eine Erfassung möglichst aller Mutationsträgerinnen ist anzustreben. Hierzu sollten geeignete Einschlusskriterien weiter validiert werden und Nutzen und Schaden in Studien erarbeitet werden.

Abbildung 2: Anamnestische Kriterien zur humangenetischen Beratung Quelle: AGO e. V. in der DKG e. V.

Kombination von Boost- und Ganzbrustbestrahlung bei Patientinnen mit niedrigem Risiko ersetzen kann, wird sich nach endgültiger Auswertung zweier großer randomisierter Studien TARGIT (Targeted Intraoperative Radiotherapy) und ELIOT (Electrons Intraoperative Therapy) zeigen. Die 5-Jahresauswertung liefert widersprüchliche Resultate hinsichtlich der Lokalrezidivrate, hinsichtlich der Nebenwirkungen konnte übereinstimmend ein Vorteil für die alleinige IORT festgestellt werden [8, 9, 10]. Bis zur endgültigen Auswertung und der genauen Festlegung der für die alleinige IORT in Frage kommenden Tumorkriterien sollte die alleinige IORT nur in Fällen mit sehr niedrigem Risiko und im Rahmen von Studien erfolgen. Als Kriterien mit niedrigem Risiko gelten: T1-Stadium, gute Differenzierung, Alter > 70 Jahre, positive Hormonrezeptoren.

Medikamentöse Therapie

Die Entscheidung für oder gegen eine Systemtherapie erfolgt nach Einteilung in Risikogruppen anhand etablierter klinisch-pathologischer Faktoren, siehe Tabelle 2. Vermeidung von Unter- aber auch Übertherapien sind Ziel dieser Überlegung. Während die Therapieentscheidung bei hohem und sehr niedrigem Risiko meist einfach ist, kann im Bereich des mittleren Risikos die

Entscheidung für oder gegen eine Chemotherapie schwierig sein. In solchen Grenzfällen können an Gewebeproben von Tumoren Genexpressionsanalysen auf mRNA-Ebene durchgeführt werden, es werden sogenannte Multigentests durchgeführt, bei denen gleichzeitig viele Gene mit hoher Qualität untersucht werden. Auf dem Markt sind verschiedene Tests verfügbar, die sich im Hinblick auf die Wertung verschiedener Tumoreigenschaften erheblich unterscheiden [11]. In Deutschland wurde einer dieser Tests im Rahmen der PlanB-Studie getestet. Es fand sich eine gute Korrelation in der Beschreibung des Risikos der Patientinnen. Patientinnen mit einem niedrigen und mittleren Risiko-Score zeigten nach drei Jahren ein krankheitsfreies Überleben in 98 % der Fälle versus 92 % in der Gruppe mit hohem Risikoscore [12]. Trotzdem bleibt der Nutzen dieser Tests Patientinnen mit bestimmten Befundkonstellationen im Bereich der Prognosefaktoren vorbehalten, eine routinemäßige Durchführung ist bislang nicht sinnvoll und eine Kostenzusage muss im Einzelfall von den Krankenkassen eingeholt werden.

Endokrine Therapie

Mit Einführung der Aromataseinhibitoren ist neben dem Antiöstrogen Tamoxifen eine weitere hochwirksame Substanzklasse

für die Behandlung der hormonrezeptorpositiven Tumoren in den vergangenen 15 Jahren etabliert worden. Standard ist eine Therapiedauer von fünf Jahren in der Adjuvanz. Für die adjuvante endokrine Therapie liegen inzwischen Daten aus mehreren großen Studien zur Verlängerung der Therapie von fünf auf zehn Jahre vor. Dabei zeigt sich insbesondere bei den Patientinnen mit höherem Rezidivrisiko wie initialer axillärer Lymphknotenbefall, großer Tumor, junges Alter und schlechtere Differenzierung ein Vorteil durch die verlängerte Therapie, sowohl in Hinblick auf die Rezidivfreiheit, als auch in Bezug auf das Gesamtüberleben [13, 14, 15].

Bei der Verlängerung der Therapie ist die eventuelle Prognoseverbesserung gegen die erhöhte Rate an Nebenwirkungen abzuwägen. Bei Verlängerung der Therapie mit dem teilöstrogen wirksamen Tamoxifen ist erwartungsgemäß eine Erhöhung des Endometriumkarzinomrate zu verzeichnen. Eine Steigerung der Endometriumkarzinomsterblichkeit von 0,6 % auf 1,1 % konnte beobachtet werden. Die Fortsetzung der Aromatasehemmertherapie über fünf Jahre hinaus ist insbesondere mit einem erhöhten Osteoporoserisiko behaftet und bleibt bei kaum nachweisbarem Benefit nur Einzelfällen vorbehalten. Die Tamoxifentherapie ist Standard in der adjuvanten Therapie der prämenopausalen rezeptorpositiven Patientin. Werden die Patientinnen durch Gabe eines GnRh-Analogons in die Wechseljahre versetzt, ist in Hochrisikofällen auch hier der Einsatz eines Aromatasehemmers möglich und sinnvoll, die endgültigen Daten zum möglichen Vorteil für das Gesamtüberleben stehen allerdings noch aus [16, 17].

Chemotherapien

Die neoadjuvante Therapie oder primär systemische Therapie wurde ursprünglich eingeführt, um durch eine Verkleinerung des Tumors zu einer besseren Operabilität zu führen. Inzwischen sind es eher die Tumorbiologie und an das Therapieansprechen adaptierte Kriterien die zur Entscheidung für eine neoadjuvante Behandlung führen [18]. Ein messbarer Prognoseparameter ist dabei das Erreichen einer pathologischen Komplettremission (pCR). Im Bereich der Tumoren mit aggressiver Bio-

Risikofaktor	hohes Risiko	niedriges Risiko
Alter	jung	alt
Familienanamnese	positiv	negativ
Menopausenstatus	prämenopausal	postmenopausal
Tumorgröße	> 2 cm	< 2 cm
Tumorigradung	G 3	G 1-2
Proliferationsfaktoren (Ki67)	> 35 %	< 10 %
Lymphknotenbefall	positiv	negativ
Metastasen	vorhanden	nicht vorhanden
Hormonrezeptorstatus	negativ	positiv
HER2-Status	positiv	negativ

Tabelle 2:
Tabellarische
Auflistung der klinischen
Risikofaktoren

logie konnte eine Verbesserung des Gesamtüberlebens bei Erreichen einer pCR nachgewiesen werden [19, 20, 21]. Zu berücksichtigen ist dabei der hohe Anteil der BRCA-Mutationsträger unter den triple-negativen Mammakarzinomen (Östrogen- und Progesteronrezeptor negativ sowie HER2-neu-negativ), für die zwar eine hohe pCR-Rate, jedoch kein Vorteil im Gesamtüberleben nachweisbar war [22]. Die Hinzunahme von platinhaltigen Chemotherapeutika scheint in der Behandlung der triple-negativen Mammakarzinome sinnvoll. In der GeparSixto-Studie konnte durch die Hinzunahme von Carboplatin die Rate der pCR wesentlich verbessert werden (53,2 % versus 36,9 %). Besonders profitierten Patientinnen mit positiver Familienanamnese hinsichtlich Mammakarzinom und Ovarialkarzinom und die Subgruppe der Patientinnen mit nachgewiesenen BRCA1, BRCA2 und RAD51-Keimbahnmutationen [23].

Anti-HER2-Therapien

Seit dem Jahr 2000 ist der Antikörper Trastuzumab auf dem europäischen Markt erhältlich und seitdem in der Behandlung der Mammakarzinompatientinnen, deren Tumorzellen eine HER2-Überexpression aufweisen, nicht mehr wegzudenken. In bis zu 30 % ist diese Überexpression nachzuweisen. Trastuzumab ist ein humanisierter monoklonaler Antikörper, der an den epidermalen Wachstumsfaktorrezeptor HER2-neu der Tumorzelle bindet und damit das Wachstum der Zelle hemmen kann. Er wird in Kombination mit Chemotherapie eingesetzt, eine Therapiedauer von zwölf Mona-

ten hat sich als sinnvoll erwiesen [24]. Die Therapie ist im Allgemeinen sehr gut verträglich. Insbesondere in Kombination mit kardiotoxischen Chemotherapeutika wie den Anthrazyklinen kann es zu vermehrten symptomatischen und asymptomatischen kardialen Dysfunktionen kommen, sodass diese Kombinationen, falls möglich, vermieden werden und andererseits ein therapiebegleitendes Monitoring erfolgen sollten [25].

Therapien beim fortgeschrittenen Mammakarzinom

20–25 % der Patientinnen metastasieren trotz verbesserter Therapiemöglichkeiten im Laufe der Erkrankung, oft erst viele Jahre nach Primärerkrankung. Da die metastasierte Erkrankung weiterhin nicht heilbar ist, ist der Erhalt der Lebensqualität maßgebliches Ziel der Behandlung. In der Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms kommt den neuen, sogenannten zielgerichteten Substanzen mit oft geringerem Nebenwirkungsspektrum eine weitaus größere Bedeutung zu, als der Weiterentwicklung von Chemotherapieregimen. Patientenwunsch, Symptomkontrolle und Prävention von Komplikationen stehen im Fokus der Therapie. Eine frühzeitige Anbindung an die Palliativmedizin kann je nach individueller Situation der Patientin sinnvoll sein.

Lokale Therapien

Im Bereich der Strahlentherapie stehen diverse Therapieoptionen zur Verfügung. Etabliert ist die Bestrahlung der Knochen bei ossären Metastasen zur Stabilisierung und Schmerztherapie. Beispiele sind aber

auch radiochirurgische Verfahren bei Hirnmetastasen und die Radioembolisation (SIRT), die hauptsächlich bei der Lokalthherapie von Lebermetastasen zum Einsatz kommt. Chirurgische Metastasenentfernungen spielen eine untergeordnete Rolle und sind in der Regel nur bei sehr gutem Ansprechen auf eine Systemtherapie und solitären Metastasen zu empfehlen [26].

Systemtherapien

Um eine geeignete, zielgerichtete Therapie zu finden ist die histologische Untersuchung von Metastasengewebe sinnvoll, da Tumoreigenschaften sich im Verlauf einer Erkrankung ändern können und relevante Unterschiede der Rezeptoreigenschaften im Vergleich zum Primärtumor häufig sind. Auch hier hat es insbesondere in der Behandlung des HER2-positiven Mammakarzinoms deutliche Fortschritte gegeben. In Ergänzung zum Trastuzumab sind weitere Substanzen entwickelt worden, die in Kombination synergistisch wirken, wie das Pertuzumab und Lapatinib. Als ein herausragend positives Ergebnis können die Ergebnisse der Cleopatrastudie gelten: durch die Hinzunahme von Pertuzumab zu Trastuzumab und Chemotherapie konnte das Gesamtüberleben in der metastasierten Situation um 16 Monate verlängert werden. Das sind Welten im Bereich der palliativen Therapien (27, 28). Mit Trastuzumab Emtansin ist ein Wirkstoffkonjugat aus Antikörper und Maytansinoid DM1, ein Tubulininhibitor, auf dem Markt. Die Substanz bindet an den HER2-Rezeptor, wird in die Zelle aufgenommen und erst im Zellinnern entfaltet das Zytostatikum seine Wirksamkeit. Insbesondere bei der Behandlung von Patientinnen mit ZNS-Metastasen, ein nur schlecht systemisch zu behandelndes Patientenkollektiv, konnten hier Erfolge erzielt werden [29].

Bei der hormonrezeptorpositiven metastasierten Patientin ist, sofern der Therapiedruck nicht zu hoch ist, die endokrine Therapie das Mittel der Wahl. Antiöstrogene wie Fulvestrant und Aromataseinhibitoren kommen zum Einsatz. Zudem besteht seit 2016 die Möglichkeit der Kombination mit einem CDK4/6-Inhibitor (Palbociclib), was den beschleunigten Zellzyklus der Tumorzelle herunterregulieren kann und somit die Resistenz gegen

eine endokrine Behandlung zu überwinden hilft, Verlängerungen des progressionsfreien Überlebens von zehn Monaten konnten erreicht werden.

Die endgültigen Daten zum Gesamtüberleben stehen noch aus, ein weiterer CDK4/6-Inhibitor, das Ribociclib, ist seit September 2017 ebenfalls zugelassen [30, 31, 32, 33]. Seit der Einführung der CDK 4/6-Inhibitoren spielt die Kombination mit dem mTOR-Inhibitor Everolimus aufgrund dessen vergleichsweise ausgeprägtem Nebenwirkungsspektrum und der geringeren Wirksamkeit keine nennenswerte Rolle mehr [34].

Zusammenfassung

Die individualisierte Medizin spielt bei der Behandlung sowohl des frühen als auch des fortgeschrittenen Mammakarzinoms eine zentrale Rolle. Das Wissen um Tumorbiologie und Prognosefaktoren ist Grundvoraussetzung für ein auf die Patientin und ihre Tumorerkrankung zugeschnittenes Therapiekonzept. Dabei kommen uns neu entwickelte zielgerichtete Substanzen als Ergänzung zu den vorhandenen konventionellen Chemotherapien und antihormonellen Therapien zugute. In Grenzfällen können Genexpressionsanalysen die Wahl der richtigen Therapie unterstützen.

- Im Bereich der lokalen Therapien ist man um die Vermeidung unnötiger Radikalität bemüht. Bei fehlender Kontraindikation sind brusterhaltende Therapie und Sentinel node biopsy etablierte Standardverfahren, und die intraoperative Bestrahlung ist auf dem Weg, im Niedrigrisikobereich die postoperative Nachbestrahlung komplett zu ersetzen.

- Die Verlängerung der antihormonellen Therapie nach Tamoxifen ist bei Patientinnen mit höherem Risiko sinnvoll.
- CDK 4/6-Inhibitoren sind in der Behandlung des metastasierten rezeptorpositiven Mammakarzinoms eine hochwirksame Therapiemöglichkeit.
- Die Weiterentwicklung der anti-HER2-Therapien hat zu einer wesentlichen Verbesserung der Prognose der betroffenen Patientengruppe geführt.
- Platinhaltige Chemotherapieregime haben sich bei der Therapie von Patientinnen mit familiärem hohem Risiko/BRCA-Mutationsträgerinnen als besonders wirksam erwiesen.

Die individualisierte Therapie der Patientinnen stellt hohe Ansprüche an die Therapeuten aus allen beteiligten Fachdisziplinen. Eine enge interdisziplinäre Zusammenarbeit ist unumgänglich, um einerseits den Patientinnen eine optimale Therapie zukommen zu lassen und andererseits auch ihren individuellen Ansprüchen und Bedürfnissen gerecht zu werden.

Dr. med.

Christine Köhler

Leiterin des Brustzentrums
Regio an der
Klinik für
Frauenheilkunde
und Geburtshilfe



Foto: privat

Universitätsklinikum Gießen und Marburg
Standort Marburg, E-Mail:
christine.koehler@med.uni-marburg.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms“ von Dr. med. Christine Köhler finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur

Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom 25.11.2017 bis 24.11.2018 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.

Multiple Choice-Fragen:

Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

VNR: 2760602017148150009

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage in Bezug auf die operative Therapie des Mammakarzinoms ist nicht zutreffend?

- 1) Die Sentinelnodebiopsie hat sich als Standard bei klinisch negativer Axilla etabliert.
- 2) Die Möglichkeit der brusterhaltenden Therapie ist allein von der Tumorgröße abhängig.
- 3) Bei der Ablatio der Mamma wird in der Regel der M. pectoralis major erhalten.
- 4) Die Rate an Lymphödemen ist nach Sentinelnodebiopsie geringer als nach konventioneller Axilladissektion.

2. Welche Aussage zur intraoperativen Radiatio (IORT) ist zutreffend?

- 1) Die IORT wird standardmässig mit 20 Gy durchgeführt.
- 2) Bezüglich der Nebenwirkungen gibt es keine Unterschiede zwischen alleiniger IORT und der kombinierten Radiatio.
- 3) Die alleinige IORT mit 20 Gy ist derzeit nur bei niedrig-Risiko-Tumoren zu erwägen.
- 4) Bezüglich der Lokalrezidivrate konnten in Studien bislang keine Unterschiede zwischen alleiniger IORT und kombinierter Radiatio nachgewiesen werden.

3. Welche Aussage bezüglich der adjuvanten endokrinen Therapie ist richtig?

- 1) Die empfohlene Einnahmedauer wurde generell von 5 Jahren auf 10 Jahre erhöht.
- 2) Die 10 jährige Tamoxifeneinnahme hat im Vergleich zur 5 jährigen Einnahme keine höhere Rate an Endometriumkarzinomen zur Folge.
- 3) Durch die 10 jährige Einnahme von Tamoxifen konnte gegenüber der 5 jährigen Einnahme sowohl die Rezidivhäufigkeit – als auch die Brustkrebssterblichkeit gesenkt werden.

- 4) Bei prämenopausalen Patientinnen mit höherem Risiko bringt die Kombination von GnRh und Exemestan keinen Vorteil gegenüber GnRh und Tamoxifen.

4. Welche Aussage zum triple negativen Mammakarzinom ist nicht zutreffend?

- 1) Unter betroffenen Patientinnen ist der Anteil der BRCA-Mutationsträger hoch.
- 2) Die Hinzunahme von Carboplatin zu gängigen Chemotherapeutika in der Neoadjuvanz geht in Studien mit einer Verbesserung der pathologischen Komplettremission einher.
- 3) Es handelt sich um eine prognostisch ungünstige Tumorform.
- 4) Die Erhöhung der pathologischen Komplettremission geht immer auch mit einer Verbesserung des Gesamtüberlebens einher.

5. Welche Aussage zur anti-HER2-Therapie ist zutreffend?

- 1) Mit Pertuzumab steht neben Trastuzumab ein weiterer, synergistisch wirkender, Antikörper zur Verfügung.
- 2) Die Kardiotoxizität von Herceptin wird durch die Hinzunahme von Pertuzumab deutlich erhöht.
- 3) Trastuzumab wird überwiegend als Monotherapie eingesetzt.
- 4) In der Adjuvanz ist die 6-monatige Applikation von Trastuzumab Standard und hat die 12-monatige Therapie abgelöst.

6. Welche Aussage bezüglich der Behandlung des metastasierten Mammakarzinoms ist nicht richtig?

- 1) Sogenannte zielgerichtete Therapien haben gegenüber der Weiterentwicklung von neuen Chemotherapieregimen eine geringe Bedeutung.
- 2) T-DM1 (Trastuzumab Emtansin) ist ein Konjugat von Trastuzumab und einem Chemotherapeutikum.

- 3) Mit der Kombination von Pertuzumab und Trastuzumab mit Chemotherapie konnten besonders gute Ergebnisse erzielt werden.
- 4) Neuere anti-HER2-wirksame Substanzen helfen eine Trastuzumabresistenz zu überwinden.

7. Welche Aussage bezüglich der endokrinen Therapie des fortgeschrittenen Mammakarzinoms ist richtig?

- 1) Die Entwicklung von endokrinen Resistenzen spielt keine Rolle.
- 2) Die Kombination der antihormonellen Therapie mit einem CDK4/6-Inhibitor hat in Studien zu einer deutlichen Verlängerung des progressionsfreien Überlebens geführt.
- 3) mTOR/PI3K-Inhibitoren wie Everolimus sind praktisch nebenwirkungsfrei.
- 4) Das Gesamtüberleben kann durch die Hinzunahme von Everolimus (mTOR-Inhibitor) zu Exemestan deutlich gesteigert werden.

8. Welche Aussage zum genetisch bedingten Mammakarzinom ist richtig?

- 1) Alle von der Mutation betroffenen Frauen erkranken am Mammakarzinom.
- 2) Die genetische Testung aller Frauen mit Mammakarzinom in der Familie ist sinnvoll.
- 3) Das Risiko für ein Ovarialkarzinom ist vernachlässigbar.
- 4) BRCA1/2 sind Tumorsuppressorgene.
- 5) Der Anteil der genetisch bedingten Mammakarzinomerkrankungen beträgt etwa 30%.

9. Welche Aussage zur Genexpressionsmarkeranalyse ist zutreffend?

- 1) Die unterschiedlichen Tests sind für unterschiedliche Befundkonstellationen geeignet.
- 2) Die Durchführung ist in jedem Fall sinnvoll.

- 3) Als Untersuchungsmaterial eignet sich EDTA-Blut der Patientin.
- 4) Die Kosten werden in jedem Fall von den Kassen übernommen.

10. Welche Aussage zur Entwicklung in der Therapie des Mammakarzinoms ist nicht zutreffend?

- 1) Das Verständnis für die Biologie eines Tumors ist dabei von großer Bedeutung.
- 2) Die neuen Substanzen sind aufgrund ihrer guten Verträglichkeit den etablierten Therapien vorzuziehen.
- 3) Die Entwicklung weiterer Präparate in naher Zukunft ist absehbar.
- 4) Genetische Veränderungen können bei der Therapieentscheidung von Bedeutung sein.

Literatur zum Artikel:

Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms

von Dr. med. Christine Köhler

- [1] Bericht zum Krebsgeschehen in Deutschland 2016. Robert Koch Institut.
- [2] Interdisziplinäre S3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms. Juli 2012.
- [3] Veronesi U, Zucali R, Luini A.: Local control and survival in early breast cancer: The milan trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys.* 1986 May; 12(5):717–20.
- [4] Giuliano AE, Haigh PI, Brennan MB et al.: Prospective observational study of sentinel lymphadenectomy without further axillary dissection in patients with sentinel node-negative breast cancer. *J Clin Oncol* 2000; 18: 2553–2559.
- [5] Lucci A, McCall LM, Beitsch PD: Surgical complications associated with sentinel lymph node dissection (SLND) plus axillary lymph node dissection compared with SLND alone in the American College of Surgeons Oncology Group Trial Z0011. *J Clin Oncol.* 2007 Aug 20; 25(24):3657–63.
- [6] Sedlmayer F, Fastner G, Merz F et al.: IORT with electrons as boost strategy during breast conserving therapy in limited stage breast cancer: results of an ISORT pooled analysis. *Strahlenther Onkol* 2007; 183: 32–34.
- [7] Wenz F, Welzel G, Blank E et al.: Intraoperative radiotherapy as a boost during breast-conserving surgery using low-kilovoltage X-rays: the first 5 years of experience with a novel approach. *Int J Radiat Oncol Biol Phys* 2010; 77: 1309–1314.
- [8] Vaidya JS, Wenz F, Bultsara M et al.: Risk-adapted targeted intraoperative radiotherapy versus whole-breast radiotherapy for breast cancer: 5-year results for local control and overall survival from TARGIT-A randomised trial. *Lancet* 2014; 383: 603–613.
- [9] Veronesi U, Orecchia R, Maisonneuve P et al.: Intraoperative radiotherapy versus external radiotherapy for early breast cancer (ELIOT): a randomized controlled equivalence trial. *Lancet Oncol* 2013; 14: 1269–1277.
- [10] Neumaier C, Sperk E, Welzel G et al.: TARGIT-E(Ilderly)-Prospective phase II study of intraoperative radiotherapy (IORT) in elderly patients with small breast cancer. *BMC Cancer* 2012; 12: 171–177.
- [11] Sinn P, Aulmann S, Wirtz R et al.: Multigene assays for classification, prognosis and prediction in breast cancer: a critical review on the background and clinical utility. *Geburtsh Frauenheilk* 2013; 73: 932–940.
- [12] Gluz O, Nitz UA, Christgen M et al.: West German Study Group Phase III PlanB Trial: First Prospective Outcome Data for the 21-Gene Recurrence Score Assay and Concordance of Prognostic Markers by Central and Local Pathology Assessment. *J Clin Oncol* 2016; 34(20): 2341–2349.
- [13] Davis C, Pan H, Godwin J et al.: Long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years after diagnosis of oestrogen receptor-positive breast cancer: ATLAS, a randomized trial. *Lancet* 2013; 381: 805–816.
- [14] Gray RG, Rea D, Handley K et al.: aT-Tom: long-term effects of continuing adjuvant tamoxifen to 10 years versus stopping at 5 years in 6953 women with early breast cancer. *J Clin Oncol* 2013; 31 (suppl). Abstr 5.
- [15] Goss PE, Ingle JN, Martino S et al.: Randomized trial of letrozole following tamoxifen as extended adjuvant therapy in receptor-positive breast cancer: updated findings from NCIC CTG MA.17. *J Natl Cancer Inst* 2005; 97: 1262–1271.
- [16] Pagani O, Regan MM, Walley BA et al.: Adjuvant exemestane with ovarian suppression in premenopausal breast cancer. *N Engl J Med* 2014; 371: 107–118.
- [17] Gnant M, Mlineritsch B, Stoeger H et al.: Zoledronic acid combined with adjuvant endocrine therapy of tamoxifen versus anastrozol plus ovarian function suppression in premenopausal early breast cancer: final analysis of the Austrian Breast and Colorectal Cancer Study Group Trial 12. *Ann Oncol* 2015; 26: 313–320.
- [18] Huober J, von Minckwitz G, Denkert C et al.: Effect of neoadjuvant anthracycline-taxane-based chemotherapy in different biological breast cancer phenotypes: overall results from the GeparTrio study. *Breast Cancer Res Treat* 2010; 124: 133–140.
- [19] Fasching PA, Heusinger K, Haeberle L et al.: Ki67, chemotherapy response and prognosis in breast cancer patients receiving neoadjuvant treatment. *BMC Cancer* 2011; 11: 486–498.
- [20] Von Minckwitz G, Untch M, Blohmer JU et al.: Definition and impact of pathologic complete response on prognosis after neoadjuvant chemotherapy in various intrinsic breast can-

- cer subtypes. *J Clin Oncol* 2012; 30: 1796–1804.
- [21] Cortazar P, Zhang L, Untch M et al.: Pathological complete response and long-term clinical benefit in breast cancer: the CTNeoBC pooled analysis. *Lancet* 2014; 384: 164–172.
- [22] Paluch-Shimon S, Friedmann E, Berger R et al.: Neo-adjuvant doxorubicin and cyclophosphamide followed by paclitaxel in triple-negative breast cancer among BRCA1 mutation carriers and non-carriers. *Breast Cancer Res Treat* 2016; 157: 157–165.
- [23] Von Minckwitz G, Schneeweiss A, Loibl S et al.: Neoadjuvant carboplatin in patients with triple-negative and HER2-positive early breast cancer (GeparSixto; GBG 66): a randomized phase 2 trial. *Lancet Oncol* 2014; 15: 747–756.
- [24] Pivot X, Romieu G, Debled M et al.: 6 months of adjuvant trastuzumab for patients with HER2-positive early breast cancer (PHARE): a randomized phase 3 trial. *Lancet Oncol* 2013; 14(8): 741–748.
- [25] Florido R, Smith KL, Cuomo KK et al.: Cardiotoxicity from human epidermal growth factor Receptor-2 (HER2) targeted Therapies. *JAMA* 2017; 117.006915.
- [26] www.ago-online.de
- [27] Swain SM, Kim SB, Cortès J et al.: Pertuzumab, trastuzumab, and docetaxel for HER2-positive metastatic breast cancer (CLEOPATRA study): overall survival results from a randomized, double-blind, placebo-controlled, phase 3 study. *Lancet Oncol* 2013; 14(6): 461–471.
- [28] Swain SM, Baselga J, Kim SB et al.: Pertuzumab, Trastuzumab, and Docetaxel in HER2-Positive Metastatic Breast Cancer. *N Engl J Med* 2015; 372: 724–734.
- [29] Verma S, Miles D, Gianni L et al.: Trastuzumab emtansine for HER2-positive advanced breast cancer. *N Engl J Med* 2012; 367 (19): 1783–1791.
- [30] Finn RS, Crown JP, Lang I et al.: The cyclin-dependent kinase 4/6 inhibitor palbociclib in combination with letrozole versus letrozole alone as first-line treatment of oestrogen receptor-positive, HER2-negative, advanced breast cancer (PALOMA-1/TRIO-18): a randomized phase 2 study. *Lancet Oncol* 2015; 16: 25–35.
- [31] Finn SR, Martin M, Rugo HS et al.: PALOMA-2: Primary results from a phase III trial of palbociclib with letrozole compared with letrozole alone in postmenopausal women with ER+/HER2-advanced breast cancer. *J Clin Oncol* 34, 2016 (suppl; abstr 507).
- [32] Cristofanilli M, Turner NC, Bondarenko I et al.: Fulvestrant plus palbociclib versus fulvestrant plus placebo for treatment of hormone-receptor-positive, HER2-negative metastatic breast cancer that progressed on previous endocrine therapy (PALOMA-3): final analysis of the multicenter, double-blind, phase 3 randomized controlled trial. *Lancet Oncol* 2016; 17: 425–439.
- [33] Hortobagyi GN, Stemmer SM, Burris HA et al.: Ribociclib as First-Line Therapy for HR-Positive, Advanced Breast Cancer. *N Engl J Med* 2016; 375:1738–1748.
- [34] Rugo HS, Pritchard KI, Gnant M et al.: Incidence and time course of everolimus-related adverse events in postmenopausal women with hormone receptor-positive advanced breast cancer: insights from BOLERO-2. *Ann Oncol* 2014; 25: 808–815.



Ja zur Kammerwahl!

„Weil es ein Privileg ist, dass die Ärzteschaft sich selbst verwalten kann.“

Ärztliche Selbstverwaltung – was heißt das überhaupt? Worin unterscheiden sich Landesärztekammer und Kassenärztliche Vereinigung? Wie ist die Landesärztekammer strukturiert, welche Aufgaben hat sie und was bietet sie ihren Mitgliedern? Auf diese und weitere Fragen möchten wir in den kommenden Monaten im Rahmen einer kleinen Artikelserie im Vorfeld der Kammerwahl 2018 eingehen.

Das Präsidium führt die Geschäfte der LÄKH

Das im Abstand von jeweils fünf Jahren von der Delegiertenversammlung ge-

wählte ehrenamtliche Präsidium der Landesärztekammer Hessen besteht aus der Präsidentin/dem Präsidenten, dem Vizepräsidenten/der Vizepräsidentin und bis zu neun Mitgliedern. Gemeinsam mit der hauptamtlichen Geschäftsführung – Ärztliche Geschäftsführung, Justitiariat und Kaufmännische Geschäftsführung – führt das Präsidium die Geschäfte der Landesärztekammer. Die Sitzungen des Präsidiums finden einmal im Monat statt und werden von der Präsidentin oder dem Präsidenten geleitet.

Das Präsidium ist das oberste Exekutivorgan der Kammer. Es bereitet die Sitzungen der Delegiertenversammlung vor und führt die von ihr gefassten Beschlüs-

se aus. Darüber hinaus vertreten die Präsidentin/der Präsident oder in Vertretung die Vizepräsidentin/der Vizepräsident die Kammer gerichtlich und außergerichtlich.

Entscheiden Sie mit!

Durch Ihre Stimme entscheiden Sie mit, wer Mitglied der Delegiertenversammlung wird und damit Einfluss auf die Wahl des Präsidiums hat. Die Kammerwahl findet vom 24. Mai bis 6. Juni 2018 statt.

Katja Möhrle
Caroline McKenney

Symposium: Ethik im medizinischen Alltag

Unter der ärztlichen Leitung von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach findet am Samstag, **13. Januar 2018**, das Symposium „**Ethik im medizinischen Alltag – Anspruch und Wirklichkeit**“ in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer in Bad Nauheim statt.

Auf dem Programm der von Prof. Dr. Alfred Simon moderierten Fortbildungsveranstaltung stehen Vorträge zu den Themen:

- Anspruch und Wirklichkeit im stationären Bereich.
- Anspruch und Wirklichkeit im ambulanten Bereich.

- Flüchtlingsversorgung in Italien und Deutschland am Beispiel von Südtirol, Salerno und Hessen.
 - Was erwarten Studierende von der Ethikausbildung im Studium?
- Informationen und Anmeldung:
E-Mail: beate.voelker@laekh.de,
Fon: 069 97672-340

Wenn, dann richtig! – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Harnwegsinfektionen

Neues Kooperationsprojekt zur Vorbeugung von Antibiotikaresistenzen in Hessen

Um die weitere Entwicklung von Antibiotikaresistenzen zu vermindern, müssen Antibiotika zurückhaltender und zielgerichteter eingesetzt werden. Antibiotika werden am häufigsten bei Infektionen der Atemwege und der Harnwege verschrieben, das hatte auch die EVA-Studie (Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika) im Jahr 2016 in Hessen erbracht.

Resistenzen vermeiden

Auf der Grundlage der neuen wissenschaftlichen Leitlinie zu Harnwegsinfektionen bei erwachsenen Patienten 2017 hat das MRE-Netz Rhein-Main gemeinsam mit der Genossenschaft Hessische Urologen eG das Projekt „Wenn, dann richtig – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Harnwegsinfektionen“ entwickelt. Jetzt wurde dieses neue Projekt der Presse vorgestellt – mit Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH), und Dr. med. Wolfgang LangHeinrich, Kassensärztliche Vereinigung Hessen (KVH).

Wichtiges Kernstück ist ein Flyer mit leicht verständlichen Informationen für Patienten, der durchaus Sparpotenzial bei Antibiotika für Harnwegsinfektionen zeigt. So sind 70 Prozent aller Patienten mit einer unkomplizierten Blasenentzündung nach einer Woche mit symptomatischer Therapie (Schmerzmittel) beschwerdefrei. Zur Vermeidung wiederkehrender Infekte können auch pflanzliche Medikamente und Immunprophylaktika eingesetzt werden. „Das sollen die Patienten wissen“, stellte Dr. med. Arne Behm, Vertreter der hessischen Urologen eG, fest. Aber: „Wenn ein Antibiotikum erforderlich ist, muss es das richtige sein – eines, das gegen den Infektionserreger wirksam ist. Dabei gilt es, bestehende Resistenzen gegen manche bisher üblichen Antibiotika zu beachten, andererseits aber auch durch kluge Auswahl der Medikamente den Druck auf die Bildung weiterer Resistenzen zu vermeiden“.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Vorsitzende des MRE-Netz Rhein-Main, freute sich über die vielen Unterstützer. Von Knoblauch zu Hatzbach berichtete, dass die LÄKH als eine der ersten Kammern ein Fort- und Weiterbildungsprogramm für Ärzte zum Umgang mit Antibiotika gestartet hat – das sogenannte Antibiotic Stewardship – und Fortbildungen für Ärzte zum sachgerechten Antibiotika-Einsatz durchführt. Damit wird dem Anliegen der Kollegen entsprochen, die bei der EVA-Studie 2016 unter anderem den Wunsch nach weiteren Fortbildungsangeboten geäußert hatten.



Nebenstehender QR-Code führt zur EVA-Studie Teil I–III, publiziert im HÄBL 09 & 11/2016 sowie 01/2017. Link:

https://www.laekh.de/images/Hessisches_Aerzteblatt/2017/01_2017/HAEBL_01_2017_EVA_I_III.pdf

Verbesserungen anstoßen

LangHeinrich zeigte auf, dass der Einsatz von Antibiotika bei den hessischen Kassensärzten in jüngerer Zeit leicht abgenommen hat. Dennoch werde auch die KVH in ihren Bemühungen nicht nachlassen, hier weitere Verbesserungen anzustoßen. Sie wird ihre Mitglieder auf das Projekt hinweisen und die Kosten für den

Druck und die Verteilung des Flyers bei den niedergelassenen Ärzten übernehmen. Das MRE-Netz Rhein-Main gibt die Flyer kostenlos an Krankenhäuser, Arztpraxen und weitere medizinische und soziale Einrichtungen ab. Weitere Partner sind die Landesapothekerkammer Hessen, die Hessische Krankenhausgesellschaft e. V., die Hausärzte Hessen, der Berufsverband der Deutschen Urologen e. V., der Berufsverband der Frauenärzte e. V. sowie die anderen MRE-Netzwerke in Hessen. Das Projekt „Wenn, dann richtig – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Harnwegsinfektionen“ ist der kleine Bruder des Projekts „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen bei Atemwegserkrankungen“, das vom MRE-Netz Rhein-Main vor zwei Jahren gestartet wurde (HÄBL 10/2015 S. 550). Mehr als 80.000 Flyer wurden seither verteilt, Fachfortbildungen und Öffentlichkeitsveranstaltungen wurden organisiert. Auch diese Flyer können weiterhin kostenlos beim MRE-Netz Rhein-Main bestellt werden – Kontakt im Internet unter: www.mre-rhein-main.de. Auf dieser Website werden unter „Termine“ die Veranstaltungen angekündigt. Das MRE-Netz Rhein-Main bietet außerdem ein breites Informationsangebot zu multiresistenten Erregern, darunter ein „Hilfe-Telefon“, erreichbar unter Fon: 069 212-48884.

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de



Die Referenten Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. med. Arne Behm, Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach und Dr. med. Wolfgang LangHeinrich (von links).

Neue Versionen 2018: ICD-10-GM und OPS Deutsche Kodierrichtlinien

**GÜNSTIGE
MENGENPREISE**
AB 20 EXEMPLAREN
JE TITEL



Dr. med. Bernd Graubner
Arzt für Kinder- und Jugend-
medizin und Medizin-Infomatik.
Jahrzehntelange
Mitarbeit an der ICD und den
Prozedurenklassifikationen



Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg
Arzt für Medizinische Informatik
und Ärztliches Qualitätsma-
nagement. Jahrelange Beschäf-
tigung mit den medizinischen
Klassifikationen

**ICD-10-GM 2018
Systematisches Verzeichnis
Version 2018**
2018, ca. 864 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3662-3
broschiert, € 24,99
erscheint Dezember 2017
ab 20 Ex. € 11,45 zzgl. 7% MwSt.

**ICD-10-GM 2018
Alphabetisches Verzeichnis
Version 2018**
2018, ca. 1.344 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3663-0
broschiert, € 24,99
erscheint Dezember 2017
ab 20 Ex. € 11,95 zzgl. 7% MwSt.

**OPS 2018
Systematisches Verzeichnis
Version 2018**
2018, ca. 960 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3664-7
broschiert, € 24,99
erscheint Dezember 2017
ab 20 Ex. € 9,95 zzgl. 7% MwSt.

**OPS 2018
Alphabetisches Verzeichnis
Version 2018**
2018, ca. 1.376 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3665-4
broschiert, € 24,99
erscheint Dezember 2017
ab 20 Ex. € 11,45 zzgl. 7% MwSt.

**Deutsche Kodierrichtlinien
Version 2018**
2018, ca. 192 Seiten,
ISBN 978-3-7691-3666-1
broschiert, € 7,99
erscheint November 2017
ab 20 Ex. € 5,95 zzgl. 7% MwSt.

Ihre Vorteile

- Griffleisten zur schnellen Orientierung
- Lebende Kopfzeilen mit Informationen über den jeweiligen Bereich
- Verbesserte Benutzbarkeit durch weitgehende Auflösung aller „Listen“
- Markierung der wesentlichen Änderungen gegenüber dem Vorjahr
- Hinweise zur Diagnosenverschlüsselung
- Zahlreiche Zusatzinformationen
- Anwenderfreundliches Layout
- Bearbeitet von Dr. med. Bernd Graubner und Prof. Dr. med. Jürgen Stausberg

Sichern Sie sich jetzt das aktuellste Fachwissen!

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung*

E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314

 **Deutscher
Ärzteverlag**

Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen
Ärzteverlag senden. Fax und fertig:

02234 7011-476

oder per Post

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Widerrufsrecht

Ex. ICD-10-GM, Systematisches Verzeichnis
€ 24,99, ISBN 978-3-7691-3662-3

Ex. ICD-10-GM, Alphabetisches Verzeichnis
€ 24,99, ISBN 978-3-7691-3663-0

Herr Frau

Name, Vorname

Fachgebiet

Klinik/Praxis/Firma

Straße, Nr.

PLZ, Ort

E-Mail-Adresse (Die Deutsche Ärzteverlag GmbH darf mich per E-Mail zu
Werbezwecken über verschiedene Angebote informieren)

Datum

Unterschrift

Ex. OPS, Systematisches Verzeichnis
€ 24,99, ISBN 978-3-7691-3664-7

Ex. OPS, Alphabetisches Verzeichnis
€ 24,99, ISBN 978-3-7691-3665-4

Ex. Deutsche Kodierrichtlinien
€ 7,99, ISBN 978-3-7691-3666-1

A71338MM1//HEA

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten.
Preise zzgl. Versandkosten.
Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106
Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Frotzheim, Jürgen Führer
*ausgenommen Mengenabnahmen



Zum 70. Geburtstag von Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Facharzt für Innere Medizin aus Marburg, feiert am 3. Dezember seinen 70. Geburtstag. Seit 1982 ist der in Hameln an der Weser geborene Jubilar in der ambulanten fachärztlichen internistischen Versorgung tätig, insbesondere in der Palliativmedizin und auch in der ehrenamtlichen Hospizarbeit. Sein berufspolitisches Engagement in der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) begann 1996 als Delegierter und erreichte seinen vorläufigen Höhepunkt mit der Wahl zum Präsidenten der LÄKH im August 2008.

Im Vorstand der Bundesärztekammer (BÄK), dem Dr. von Knoblauch zu Hatzbach als Präsident der LÄKH angehört, gilt er als eine Persönlichkeit, die sachkundig, wohlüberlegt und engagiert ihre Meinung äußert und dabei auch bereit ist, mal gegen den Mainstream zu argumentieren. Deshalb freue ich mich auch, wann immer wir in Berlin, aber auch auf dem internationalen berufspolitischen Parkett – sei es am Internationalen Seminarkongress in Grado/Italien oder im Rahmen des Weltärztebundes – zusammentreffen, um gemeinsam die ärztlichen Belange zu vertreten.

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach bringt sich mit einem breiten Spektrum in die BÄK-Gremien ein: Ich habe genau nachgezählt, es sind an der Zahl 15 Arbeitsgruppen, Ausschüsse und Ständige Konferenzen (StäKo), die von seinem Input und seiner Kompetenz profitieren. Hier darf ich nennen die Projektgruppe „Ambulante Ethikberatung“, den Ausschuss für ethische und medizinisch-juristische Grundsatzzfragen, die Deutsche Akademie der Gebietsärzte, die Ständige Konferenz „Ärztliche Versorgungswerke“, die Ausschüsse „Gebührenordnung“, wo er stellvertretender Vorsitzender ist, „Telematik“ und die Arbeitsgruppe „Arbeitsmedizin“. Einer seiner Schwerpunkte ist die Vertretung der BÄK bei der Berufsgenossen-



Foto: Caroline McKenney

Treffen bei der jüngsten Konsultativtagung Anfang Juli 2017, diesmal in Frankfurt-Oberursel: Dr. med. Max Kaplan (l.) und Jubilar Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach.

schaft. Sein Gremienengagement spiegelt auch das besondere Interesse des Internisten an ethischen Themen wieder und mit der Vereinsgründung „Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“ startete 2016 die bisher bundesweit einzigartige Initiative zur Beratung ethischer Konflikte im ambulanten Bereich. „Während Ethikkommissionen in Krankenhäusern inzwischen ihren festen Platz haben, fehlen adäquate Angebote auf ambulanter Ebene“, so Dr. von Knoblauch zu Hatzbachs Argumentation. Seither existiert in Hessen eine Anlaufstelle für ethische Fragestellungen, an die sich alle Betroffenen wenden können – egal ob Ärzte, Pfleger, Patienten oder Angehörige. Die Idee zur Initiierung des Pilotprojekts ging bereits im Jahr 2012 von ihm persönlich aus.

Erfreulich stellte ich fest, dass wir in sieben BÄK-Gremien Seite an Seite vertreten sind, und in diesem Zusammenhang darf ich erwähnen, dass mir die Zusammenarbeit mit Dr. von Knoblauch zu Hatzbach in der BÄK nicht nur leicht fällt, sondern auch viel Freude bereitet. Gemeinsam sind wir in der „Trilateralen Strategieguppe“, in den Ausschüssen „Ärztliche Aus-, Fort- und Weiterbildung“, „Internationale Angelegenheiten“, „Medizinische Fachberufe“ und „Versorgung“, in der StäKo „Medizinische Fachberufe“ und der Konferenz der Fachberufe im Gesundheitswesen bei der BÄK vertreten.

Ein weiteres Herzensthema des Jubilars ist die Prävention – hier engagiert er sich besonders in der Hessischen Arbeitsgemeinschaft für Gesundheitsförderung (HAGE), als deren stellvertretendes Vorstandsmitglied er fungiert. Die HAGE ist eine landesweit arbeitende Vereinigung mit aktuell 60 institutionellen Mitgliedern.

Lieber Gottfried, wir kennen uns nun seit fast einem Jahrzehnt, und ich erinnere mich noch genau, wo und wann sich erstmals eine intensivere Zusammenarbeit für uns ergab: Es war 2010 auf dem 113. Deutschen Ärztetag in Dresden, als wir über die Mög-

lichkeit einer Wiedereinführung des Facharztes für Innere Medizin diskutierten – und ich Dich als Berufspolitiker kennen lernte, der genaue Vorstellungen hat, aber auch bereit ist, die Argumentation seines Gegenübers zu verstehen, um dann eine gemeinsame Lösung zu finden. Mittlerweile gab es noch viele solche Momente, die unsere Freundschaft vertieft und Vertrauen geschaffen haben und dazu beitragen, dass Berufspolitik auch Freude bereitet, wobei ich – sicherlich in Deinem Sinn – unsere Vorstandskollegen miteinbeziehen möchte. In diesem Sinne überbringe ich Dir, lieber Gottfried, die allerbesten Geburtstagswünsche und freue mich auch im Namen meiner Vorstandsmitglieder der BÄK auf die folgende weitere konstruktive, kollegiale, ja freundschaftliche, Zusammenarbeit. Dir lieber Gottfried, wünsche ich alles erdenklich Gute sowohl privat als auch beruflich für das neue Lebensjahrzehnt.

Dr. med. Max Kaplan

Vizepräsident der Bundesärztekammer
und Präsident
der Bayerischen Landesärztekammer

Der Gratulation schließen sich von Herzen alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sowie alle Ehrenamtlichen der Landesärztekammer Hessen an.



Die Abteilung Ärztliche Weiterbildung informiert

Neue Regelung zur Anrechenbarkeit von Fehlzeiten während der Weiterbildung

Seit 01.07.2017 gilt die Änderung des § 4 Abs. 4 der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen, die in der Delegiertenversammlung am 25.03.2017 beschlossen wurde. Demnach können nun Unterbrechungen der Weiterbildung wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Ersatz- und Katastrophendienst begrenzt auf die Weiterbildungszeit angerechnet werden – bisher war dies nicht möglich. Es gibt hierbei Einschränkungen, die kurz erläutert werden sollen:

a) Eine langanhaltende und durchgehende Unterbrechung eines Weiterbildungsabschnitts aus den oben genannten Gründen kann mit bis zu maximal 6 Wochen (in Teilzeit entsprechend weniger) auf die Weiterbildung angerechnet werden.

Beispiel A: In Folge einer längeren, schweren Krankheit musste ein Arzt seine Weiterbildung (50 Prozent (%)-Teilzeitangestellter, der schon seit einem Jahr an der Weiterbildungsstätte arbeitet) für 3 Jahre durchgehend unterbrechen. Nach diesen drei Jahren konnte er dort die Weiterbildung weitere 2 Jahre fortsetzen. Er kann nun aus dieser Fehlzeit insgesamt 6 Wochen Weiterbildungszeit à 50 % (= 3 Wochen in Vollzeit) anrechnen lassen.

b) Ferner ist zu beachten, dass die Berechnung der anerkennungsfähigen Zeiten pro Kalenderjahr und ggf. nur anteilig erfolgt.

Beispiel B: Ein Arzt in Weiterbildung arbeitete ab Januar 2015 drei Monate an einer Weiterbildungsstätte und erkrankte dann für 5 Monate. Direkt nach der Krankheit

wechselt er die Weiterbildungsstätte und hat somit insgesamt 8 Monate an der Weiterbildungsstätte gearbeitet.

Auf die Weiterbildung sind somit folgende Fehlzeiten anrechenbar: Bei 8 Monaten „Betriebszugehörigkeit“ können maximal 4 Wochen Krankheit als Weiterbildung angerechnet ($8/12 \times 6 \text{ Wochen} = 4 \text{ Wochen}$) werden.

Beispiel C: Eine Ärztin arbeitete zwei Jahre vom 01.01.2010 bis 31.12.2011 in Vollzeit an einer Weiterbildungsstätte. Die Weiterbildung wurde insgesamt 3x wegen längerer Erkrankungen unterbrochen: 2 Monate im 1. Quartal 2010, 1 Monat im 1. Quartal 2011 und 2 Monate im 3. Quartal 2011.

Auf die Weiterbildung anrechenbar sind für das Kalenderjahr 2010 folgende Fehlzeiten: 6 Wochen à 100 %. Für das Kalenderjahr 2011: Insgesamt weitere 6 Wochen. Insgesamt wären 2×6 Wochen Fehlzeiten auf die Weiterbildung anrechenbar.

c) Kompliziert wird es, wenn die Unterbrechung zwischen zwei Jahren erfolgt. Dann erfolgt die Berechnung der anrechenbaren Fehlzeiten pro Kalenderjahr:

Beispiel D: Eine Ärztin in Weiterbildung arbeitete von 01.01.2005 bis 31.12.2006 in Vollzeit an einer Weiterbildungsstätte. Die Weiterbildung wurde vom 01.04.2005 bis 30.04.2005 (4 Wochen) und vom 01.12.2005 bis 31.01.2006 (8 Wochen) unterbrochen. Folgende anrechenbare Fehlzeiten ergeben sich:

Für 2005: 6 Wochen anrechenbare Fehlzeit à 100%. Die erste Unterbrechung ist vollständig und die 2. nur mit 2 Wochen



Foto: AG Visuell

anrechenbar, da pro Jahr nicht mehr als 6 Wochen Fehlzeit auf die WB anrechenbar sind.

Für 2006: 4 Wochen aus der zweiten Unterbrechung, da bereits aus der zweiten Unterbrechung 2005 zwei Wochen angerechnet wurden.

Die Abteilung Ärztliche Weiterbildung kann keine Aussagen zur Anrechenbarkeit von Abschnitten treffen, die in der Zukunft liegen. Eine verbindliche Auskunft zu zurückliegenden Zeiten kann seitens der Sachbearbeitung nur erfolgen, wenn der entsprechende Arbeitsvertrag (in einfacher Kopie) und das zugehörige Weiterbildungszeugnis (in beglaubigter Kopie) vorliegen. Bei Rückfragen steht Ihnen die für das jeweilige Fachgebiet zuständige Sachbearbeiterin gerne zur Verfügung.

André R. Zolg, M.Sc.

Leiter der Abteilung

Ärztliche Weiterbildung der LÄKH

Fon: 069 97672-194

E-Mail: weiterbildung@laekh.de

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ gerne willkommen

Mit dieser Rubrik möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung sowie Medizinstudierenden – eine Plattform bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Berufsstart, Teamwork, Tipps für andere, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? E-Mail an: katja.moehrl@laekh.de



https://portal.laekh.de Ihr direkter Draht zur Kammer

Das Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen

Direkte Kommunikation mit der Ärztekammer, unabhängig von regulären Öffnungszeiten, sowie ein moderner und schneller Zugang zu verschiedenen Serviceleistungen – das Mitgliederportal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ist eine Dienstleistungsplattform für die hessische Ärzteschaft, die eine direktere, komfortablere und effizientere Kommunikation zwischen der Kammer und ihren Mitgliedern ermöglicht. 65 Prozent der in Hessen tätigen Ärztinnen und Ärzte nutzen das Angebot bereits, pro Quartal kommen ca. 500 Neuanmeldungen hinzu. Die Funktionen und Anwendungen für die Nutzerinnen und Nutzer des Mitgliederportals werden kontinuierlich erweitert und an die Bedürfnisse der Ärzteschaft sowie der Kammer angepasst. „Unser Ziel ist es, die Verwaltungsaufgaben der Kammer möglichst umfassend im Portal abzubilden. Der Fokus liegt dabei auf den Kerngebieten Meldewesen sowie Fort- und Weiterbildung“, erklärt Ralf Münzing, Leiter der EDV-Abteilung der LÄKH. Mit Hilfe kontinuierlicher Anpassungen sollen die verschiedenen Verwaltungsvorgänge auf digitalem Weg möglichst effizient und unkompliziert gestaltet werden. Darüber hinaus lassen sich durch die Digitalisierung der einzelnen Vorgänge Übertragungsfehler minimieren. Die manuellen Papiervorgänge sollen perspektivisch vollständig ersetzt werden. Dafür wird eine Vielzahl von Dokumenten bereits jetzt digital archiviert und Vorgänge

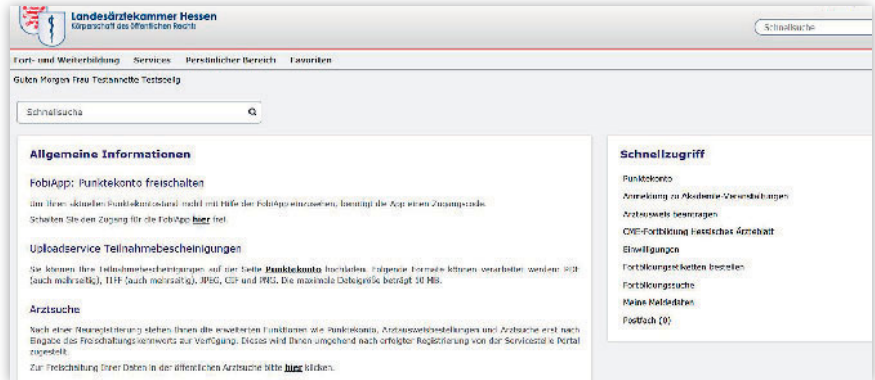


Abb. 1: Startseite des Mitgliederportals

auf elektronischem Wege abgearbeitet. Zum Mitgliederportal gelangen hessische Ärztinnen und Ärzte über einen Link auf der Website (www.laekh.de) oder über den direkten Zugang: <https://portal.laekh.de>.

Die wichtigsten Funktionen im Mitgliederportal

Über das Mitgliederportal können Nutzer inzwischen eine Vielzahl von Verwaltungsvorgängen aus den Bereichen Meldewesen sowie Fort- und Weiterbildung abwickeln. Die wichtigsten Funktionen dieser Rubriken werden auf den folgenden Seiten vorgestellt – Ausgangspunkt ist die Startseite der Ärztin/ des Arztes (siehe Abb. 1). Auf dieser finden sich unter der Menüleiste die Schnellsuche sowie die zwei Bereiche

„Allgemeine Informationen“ und „Schnellzugriff“. Unter den „Allgemeinen Informationen“ wird auf Änderungen und Neuerungen im Portal hingewiesen, aber auch Hinweise zu Ihrer Mitgliedschaft erscheinen hier. Läuft z. B. Ihr Arztausweis demnächst ab, werden Sie an dieser Stelle darüber informiert. Sie sind zur Weiterbildung für einen Facharzt oder eine Schwerpunktbezeichnung befugt und haben noch keine Meldung zum Register durchgeführt? Auch hierzu erhalten Sie zum entsprechenden Zeitpunkt aktuelle Informationen. Im Bereich „Schnellzugriff“ werden die vom Nutzer im Mitgliederportal am häufigsten besuchten Seiten aufgeführt, damit auf diese direkt zugegriffen werden kann. Um die entsprechenden Zugriffsdaten sammeln und für diese Funktion



Abb. 2: Im „Persönlichen Bereich“ können Einwilligungen zur Datenweitergabe angepasst werden

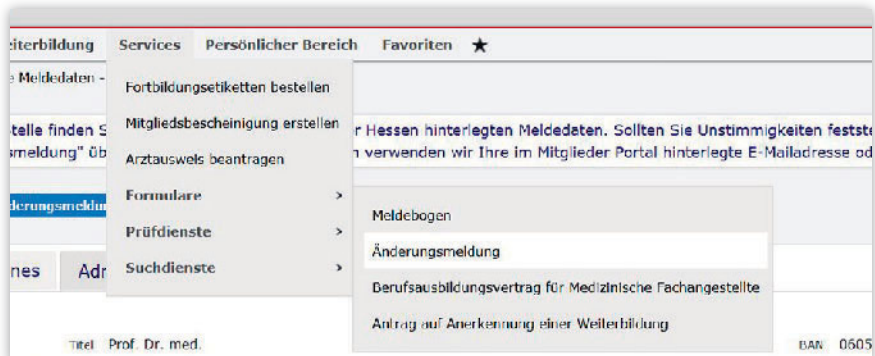


Abb. 3: Aufrufen der Meldedaten über den Menüpunkt „Services“

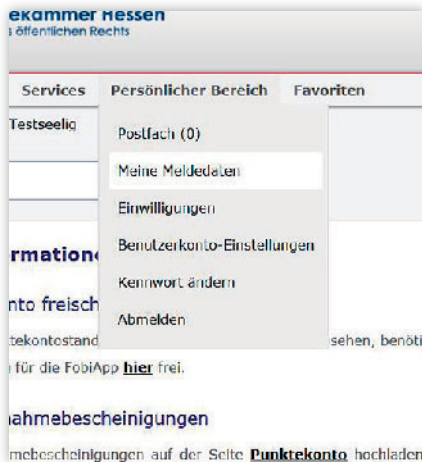


Abb. 4: Aufruf der Meldedaten über den Menüpunkt „Persönlicher Bereich“

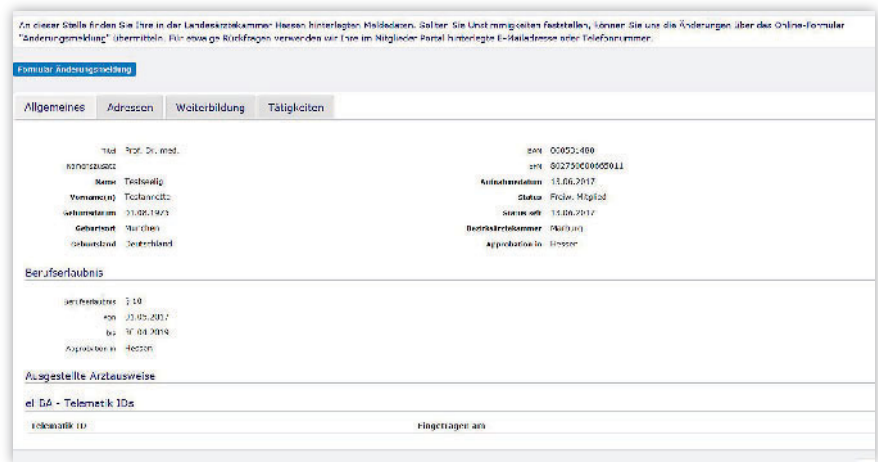


Abb. 5: Übersicht der persönlichen Meldedaten und der Antrag „Formular Änderungsmeldung“

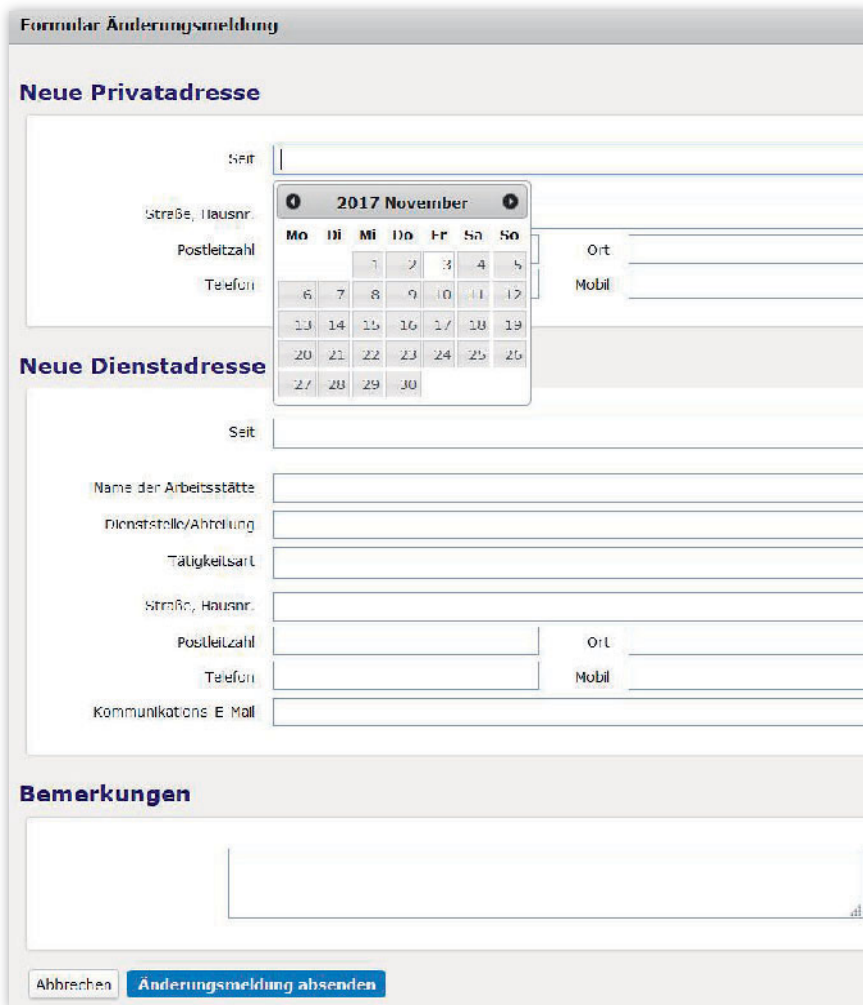


Abb. 6: Formular „Änderungsmeldung“



Abb. 8: Erstellen einer Mitgliedsbescheinigung über das Mitgliederportal

verwerten zu können, muss der Arzt dafür sein Einverständnis über die Anwendung „Einwilligungen“ im „Persönlichen Bereich“ im Mitgliederportal geben (siehe Abb. 2).

Meldewesen

Sie sind innerhalb von Hessen umgezogen und wollen der Landesärztekammer schnell Ihre neuen „Meldedaten“ mitteilen? Über das Portal können Sie dies jederzeit unabhängig von Servicezeiten tun. Die Meldedaten können über zwei Wege aufgerufen werden – zum einen über das Formular „Änderungsmeldung“ (siehe Abb. 3) und zum anderen über den „Persönlichen Bereich“ (siehe Abb. 4). Über beide Wege gelangt der Nutzer auf eine Übersicht mit seinen persönlichen Meldedaten und das auf der Seite hinterlegte, blau eingefärbte „Formular Änderungsmeldung“ (siehe Abb. 5). Über dieses können Privat- und Dienstadressänderungen eingegeben und mitgeteilt werden

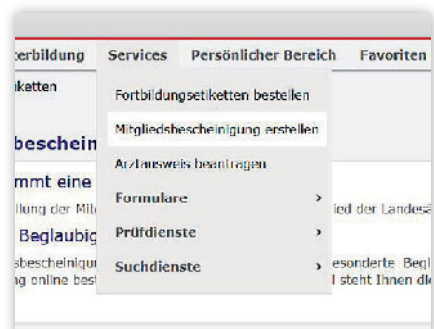


Abb. 7: Erstellen einer Mitgliedsbescheinigung unter „Services“

(siehe Abb. 6). Nach Prüfung der neuen Angaben durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der LÄKH werden die Änderungen in das System übernommen.

Sollten Sie eine Mitgliedsbescheinigung benötigen, können Sie sich diese im Mitgliederportal umgehend erstellen lassen und herunterladen (siehe Abb. 7 und 8). Die Mitgliedsbescheinigung trägt einen 2D-Barcode, der die Echtheit ohne Unterschrift bestätigen kann.

Wenn Sie einen Arztausweis beantragen möchten, so ist das ebenfalls über die „Services“ im Portal möglich. Hierzu müssen Sie nur Ihre Angaben und ein Passbild in unser System hochladen (siehe Abb. 9). Der neue Arztausweis wird Ihnen anschließend innerhalb weniger Tage mit der Post zugestellt.

Weitere Services

Neben Anwendungen zum Meldewesen werden unter den Menüpunkten „Services“ und „Persönlicher Bereich“ noch einige weitere Funktionen für die Nutzerinnen und Nutzer des Portals angeboten. So können Ärzte einen Berufsausbildungsvertrag für ihre Medizinischen Fachangestellten über das Mitgliederportal online ausfüllen (siehe Abb. 10) und diesen unterschrieben an die Kammer senden.

Unter den „Services“ sind darüber hinaus die Funktionen „Prüfdienste“ und „Suchdienste“ angesiedelt. Die Anwendungen unter „Prüfdienste“ ermöglichen dem Nutzer zum Beispiel, die Gültigkeit eines Arztausweises und die eines von der Kammer ausgestellten Dokuments mit einem 2D-Barcode zu überprüfen (siehe Abb. 11).

Die besonderen Prüfdienste sind auch ohne Portalanwendung über die Homepage der LÄKH zugänglich. Ein interessierter Apotheker beispielsweise könnte über den für jeden zugänglichen Link:

<https://portal.laekh.de/validatedoc.jsp> die Gültigkeit eines Arztausweises online prüfen. 2D-Barcodes auf von der Kammer ausgestellten Dokumenten können über den Link: <http://verify.laekh.de/> geprüft werden.

Zu den weiteren Services im Mitgliederportal gehören auch die verschiedenen Suchdienste, etwa nach Fortbildungen und Weiterbildungsbezugten in Hessen,



Abb. 9: Schritt 1 bei der Bestellung eines Arztausweises über das Mitgliederportal

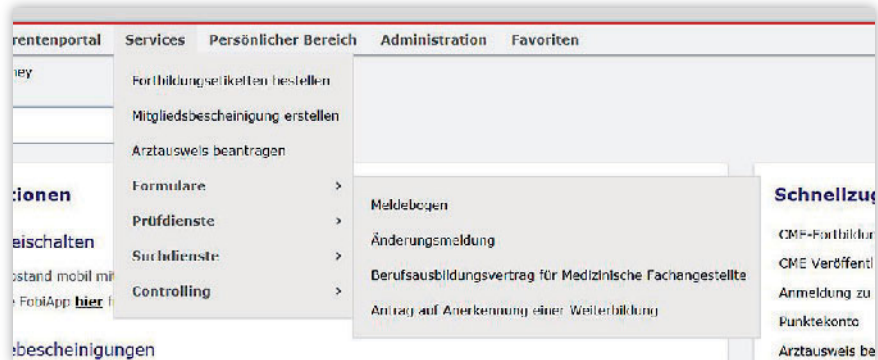


Abb. 10: Berufsausbildungsvertrag für Medizinische Fachangestellte unter „Services – Formulare“

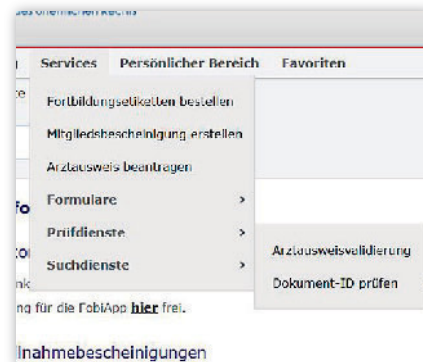


Abb. 11: „Prüfdienste“ im Mitgliederportal

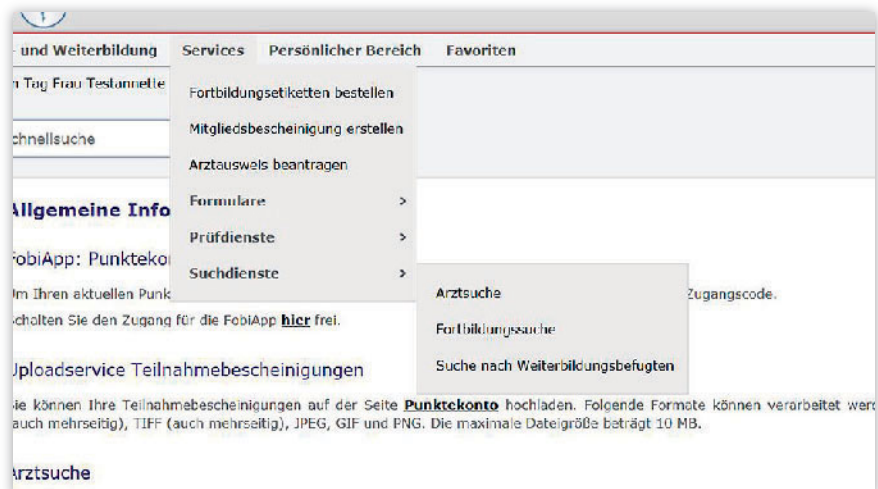


Abb. 12: Suchdienste im Mitgliederportal

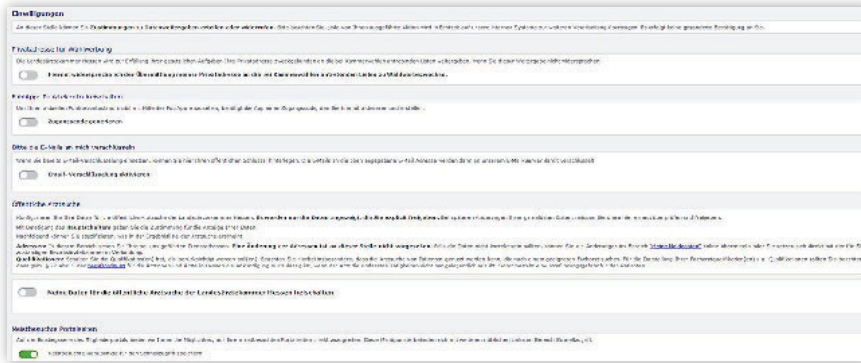


Abb. 13: „Einwilligungen“

sowie die spezielle Arztsuche der LÄKH (siehe Abb. 12).

Falls Sie z.B. als privatärztlich niedergelassener Internist auch über die Arztsuche der LÄKH gefunden werden möchten, so können Sie dies im „Persönlichen Bereich“ des Portals über die Anwendung „Einwilligungen“ einstellen.

Individueller Datenschutz, blitzschnell angepasst im „Persönlichen Bereich“

Im „Persönlichen Bereich“ können unter der Funktion „Einwilligungen“ (siehe Abb. 2) die Zustimmungen zur Datenweitergabe erteilt oder widerrufen werden – beispielsweise erfolgt an dieser Stelle die Freigabe der eigenen Daten für die Arztsuche und die Zustimmung zur Datenverwaltung für die Schnellsuche auf Ihrer Startseite (siehe Abb. 13).

Möchten Sie, dass Informationen und Wahlwerbung im Vorfeld der Kammerwahl an Ihre Privatadresse gesendet werden? Geben Sie die Freigabe hierfür über die „Einwilligungen“.

Neben den Freigaben für die Datenweitergabe können Sie über den „Persönlichen Bereich“ im Mitgliederportal darüber hinaus auch Ihre Benutzerdaten und das Passwort einsehen bzw. ändern. Auch auf Ihre Meldedaten und den dazugehörigen Änderungsantrag können Sie über diesen Bereich zugreifen.

Wussten Sie, dass Sie auch über ein persönliches elektronisches Postfach im Portal verfügen? Dieses können Sie im „Persönlichen Bereich“ abrufen. Über die von Ihnen in den Nutzerdaten hinterlegte E-Mail-Adresse werden Sie informiert, wenn im Portal eine neue Nachricht auf Sie wartet.

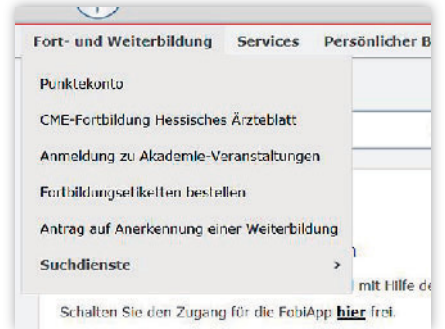


Abb. 14: Menüpunkt „Fort- und Weiterbildung“ im Mitgliederportal



Abb. 15: Die erste Seite des Online-Formulars zum Antrag auf Anerkennung einer Weiterbildung.

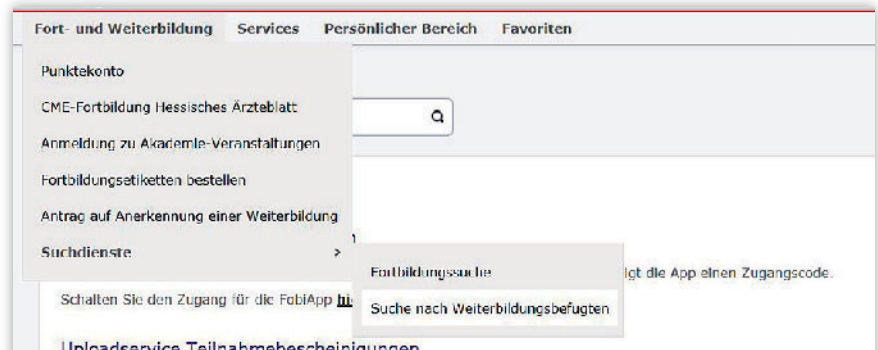


Abb. 16: Suche nach Weiterbildungsbelegten

Weiterbildung

Neben dem Meldewesen liegt ein weiterer Kernbereich der im Mitgliederportal abzubildenden Funktionen auf dem Bereich der Weiterbildung (siehe Abb. 14). Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) können über das Portal auf den „Antrag auf Anerkennung einer Weiterbildung“ zugreifen und ihn online ausfüllen (siehe Abb. 15). Der Zugang kann natürlich auch über die reguläre Homepage ganz ohne Anmeldung erfolgen. Der Antrag wird nach dem Ausfüllen nur noch von Ihnen ausgedruckt, unterschrieben und per Post an die LÄKH geschickt. Ziel

ist es, zukünftig den gesamten Prozess online abzubilden.

Wenn Sie nach Ärzten suchen, die in Ihrer Nähe weiterbilden dürfen, so steht Ihnen dafür die „Befugtensuche“ des Portals zur Verfügung (siehe Abb. 16). Mit Hilfe der verschiedenen Suchkriterien (wie dem eigenen Standort oder der Weiterbildungsbezeichnung) werden die gewünschten Ergebnisse gefiltert.

Verwaltung des Punktekontos

Unter der Rubrik „Fort- und Weiterbildung“ des Mitgliederportals können Ärztinnen und Ärzte durch nur wenige Klicks

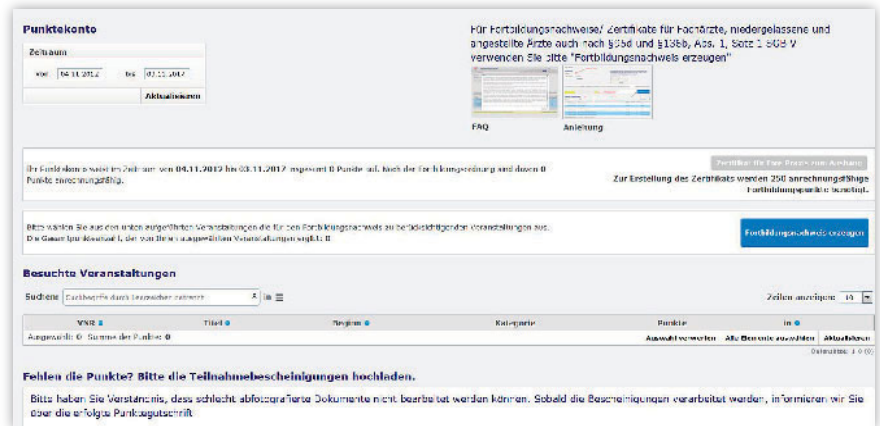


Abb. 17: Das Punktekonto im Mitgliederportal



Abb. 18: Filtern der Akademie-Veranstaltungen in der Fortbildungssuche

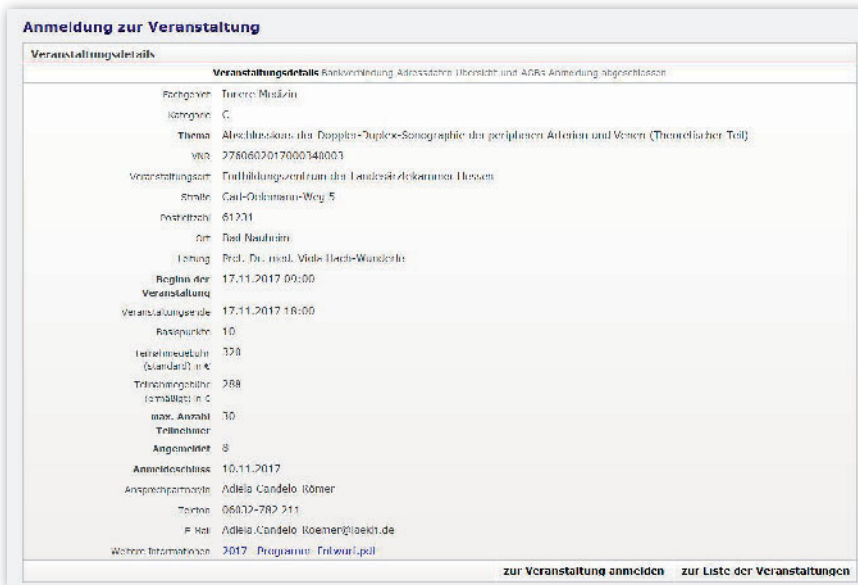


Abb. 19: Veranstaltungsdetails für eine Fortbildung der Akademie

gen oder Problemen können diese schnell weiterhelfen.

Sie haben entdeckt, dass einige Fortbildungen nicht im Punktekonto eingetragen sind? Im Portal haben Sie die Möglichkeit, Ihre Teilnahmebescheinigungen hochzuladen und so die Fortbildungspunkte schnell und unkompliziert auf Ihr Konto übertragen zu lassen.

Wenn Sie keine Fortbildungsetiketten mehr haben sollten, so können Sie sich diese über den Menüpunkt „Fortbildungsetiketten bestellen“ zusenden lassen. Die Lieferung erfolgt an Ihre im Portal hinterlegte Privatadresse. Neuen Mitgliedern werden die Etiketten automatisch nach der Anmeldung bei der LÄKH mit dem Begrüßungsschreiben zugesendet.

CME-Fortbildungen aus dem Hessischen Ärzteblatt

ihr persönliches Punktekonto – mit den besuchten Fortbildungsveranstaltungen – einsehen und Fortbildungsnachweise erzeugen (siehe Abb. 17). Die Fortbildungsnachweise benötigen neben den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten auch Fachärzte in Kliniken, um der Klinikleitung

nachweisen zu können, dass sie in den vergangenen fünf Jahren die erforderlichen 250 Fortbildungspunkte erworben haben. Um alle Funktionen des Punktekontos problemlos und schnell nutzen zu können, stehen eine Anleitung und die FAQ zum Download auf der Seite bereit – bei Fra-

Im Hessischen Ärzteblatt werden regelmäßig zertifizierte Fortbildungsartikel veröffentlicht. Die dazugehörigen Fragen finden Sie auf der Website der LÄKH und im Mitgliederportal. Unter der Rubrik „CME-Fortbildung Hessisches Ärzteblatt“ kön-



nen Ärztinnen und Ärzte, die im Mitgliederportal angemeldet sind, an den Online-Fortbildungen teilnehmen. Nach der erfolgreichen Beantwortung der Fragen werden die erreichten Fortbildungspunkte automatisch auf dem Punktekonto gutgeschrieben und eine Teilnahmebescheinigung an Ihr Postfach im Portal gesendet.

Schnelle Anmeldung zu Akademie-Fortbildungen

Auch zu Fortbildungsveranstaltungen der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH können sich Ärztinnen und Ärzte über das Portal anmelden. Eine Suchfunktion ermöglicht die gezielte Suche nach bestimmten Fortbildungen in Hessen (siehe Abb. 18). Damit Ihnen bei der Suchfunktion nur die Angebote der Akademie angezeigt werden, muss der entsprechende Filter gesetzt werden.

Hat man die gewünschte Fortbildung gefunden, öffnet sich durch einen Klick die Übersicht mit den Veranstaltungsdetails (siehe Abb. 19) sowie die Option, sich zur Veranstaltung anzumelden.

Ausblick: Die Zukunft des Mitgliederportals

Die Weiterentwicklung des Mitgliederportals wird die EDV-Abteilung der LÄKH auch in den nächsten Monaten und Jahren begleiten, denn das Angebot und die verschiedenen Serviceleistungen sollen stetig erweitert werden – immer mit dem

Ziel, die Kommunikation zwischen der Kammer und ihren Mitgliedern für alle Beteiligten so einfach, schnell und effizient wie möglich zu gestalten. „Wir stehen derzeit bei vielen Änderungen vor der Frage, ob wir vorübergehend einen Hybridweg einschlagen und sowohl elektronische als auch manuelle Lösungen anbieten“, erklärt Münzing. Langfristig sei es jedoch das erklärte Ziel, zugunsten der Fehlervermeidung so viele Vorgänge wie möglich auf digitalem Wege abwickeln zu können. „Die Datenqualität spielt für unsere Überlegungen die ausschlaggebende Rolle“, legt Münzing diese Entscheidung dar.

Hinsichtlich spezifischer Funktionen berichtet der Leiter der EDV-Abteilung, dass vor allem der Bereich der Weiterbildung künftig stark ausgebaut werde. Auch die Beitragsveranlagung soll perspektivisch über das Mitgliederportal abgewickelt werden, dies sei bei anderen Kammern bereits üblich.

Wenn sich eine Ärztin/ein Arzt bei der Landesärztekammer Hessen anmelden möchte, so erfolgt dies mittlerweile über ein Online-Formular, der entsprechende Link (<https://meldebogen.laekh.de/>) ist über die Homepage oder das Portal abrufbar. Die Daten werden online eingegeben, der Bogen wird anschließend ausgedruckt, unterschrieben und an die Kammer geschickt. Seit Mitte dieses Jahres werden die Daten, die an dieser Stelle eingegeben wurden, direkt in das System übernommen.

Dadurch müssen die Daten nur noch mit dem postalisch versendeten Meldebogen abgeglichen und nicht mehr durch Mitarbeiter der LÄKH händisch übertragen werden. Übertragungsfehler konnten dadurch vermieden werden.

Der Online-Meldevorgang mit direkter Datenübernahme in das System der Kammer soll künftig in ein bundesweites Projekt münden, so Münzing. Ziel sei ein bundeseinheitlicher Meldebogen, der sowohl den Kammern als auch den Ärztinnen und Ärzten den An- und Ummeldevorgang erleichtern soll. Derzeit wird das Datenschutzkonzept für dieses Projekt geprüft.

Weitere geplante Änderungen im Mitgliederportal betreffen den Prozess der elektronischen Zertifizierung von Fortbildungsveranstaltungen gemäß Fortbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen. Künftig soll – neben der Antragsstellung über das Portal – die Terminverwaltung durch den Veranstalter integriert werden. Geprüft wird dieses Verfahren derzeit bereits mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH), die als akkreditierte Veranstalterin bei der LÄKH gemeldet ist.

André R. Zolg, M. Sc.

Leiter der Abteilung Weiterbildung der LÄKH

Caroline McKenney

Referentin der Stabsstelle Medien

Aktuelles aus dem Geschäftsbereich Recht

Bei berufsrechtlichen Ermittlungsverfahren stehen der Landesärztekammer Hessen Ermittlungsbeauftragte zur Seite, die auf eine langjährige erfolgreiche Laufbahn bei der hessischen Justiz und damit ein ausgeprägtes Fachwissen zurückgreifen können.

Außerordentlich erfreut sind wir, ab dem 1. Oktober 2017 die Vizepräsidentin am VG Gießen a. D. Christiane Loizides (Foto) zu dem Kreis unserer Ermittlungsführer zählen zu dürfen. Loizides blickt auf eine 33-jährige Tätigkeit als Richterin, darunter 22 Jahre Berufsgerichtsbarkeit zurück. Zuletzt war sie Vizepräsidentin des Verwaltungsgerichts Gießen (VG) und dort auch Vorsitzende des Berufsgerichts.



Manuel Maier
Justitiar

Genderneutrale Sprache

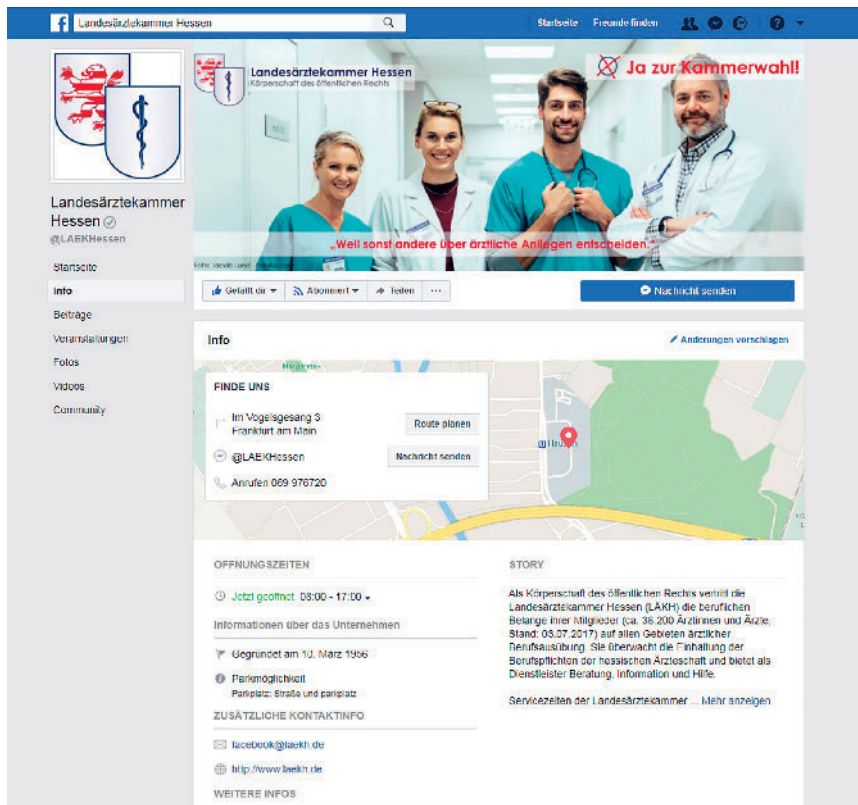
Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in den Texten des Hessischen Ärzteblattes manchmal nur die männliche Form gewählt. Die Formulierungen beziehen sich jedoch auf Angehörige aller Geschlechter, sofern nicht ausdrücklich auf ein Geschlecht Bezug genommen wird. (red)



Folgen Sie uns auf Facebook!



Die neue Facebook-Seite der LÄKH.



Die Info-Seite der LÄKH auf Facebook.

Mit weltweit über zwei Milliarden und deutschlandweit 31 Millionen monatlich aktiven Nutzern ist Facebook das mit Abstand größte soziale Netzwerk im Internet.¹ Damit ist Facebook eines der wichtigsten Medien für die Ansprache von insbesondere jüngeren Zielgruppen und die breite Streuung von Informationen. Um dieses Medium in die Kommunikationsstrategie der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) einbinden zu können, hat das Präsidium am 2. August 2017 der Einrichtung einer Facebook-Seite der Landesärztekammer Hessen zugestimmt. Seit dem 25. Oktober 2017 ist die Kammer nun auch mit ihrem eigenen Auftritt in Facebook vertreten: www.facebook.com/LAEKHessen.

Zielgruppen

Die Hauptzielgruppen, die die Kammer mit ihrer Facebook-Seite erreichen will, sind junge Ärztinnen und Ärzte (in Weiterbildung), Berufseinsteiger, Medizinstudierende und Medizinische Fachangestellte. Sie alle zählen zu der Altersgruppe, die sich zur Nachrichten- und Informationsbeschaffung vor allem gezielt an Facebook wendet. Darüber hinaus sollen auch Bürgerinnen und Bürger sowie verschiedene Medien über das soziale Netzwerk angesprochen werden.

Der neue Facebook-Auftritt will die Kammer auf eine moderne und ansprechende Weise nach außen präsentieren und ihre Funktionen, Aufgaben und Angebote in Ergänzung zu den klassischen Medien transparenter und bekannter machen. Durch eine zielgruppenspezifische Aufbereitung von Inhalten und deren Verbreitung über Facebook können spezielle Angebote – wie zum Beispiel Veranstaltungen oder ähnliches – einer größeren Zahl von Menschen und damit neuen Zielgruppen zugänglich gemacht werden, die über die bisher in der LÄKH bedienten Medien, wie Website, Hessisches Ärzteblatt und die klassische Pressemitteilung, nur eingeschränkt erreicht werden konnten.

¹ Stand: September 2017, Quelle: alfacebook.de. „Aktive Nutzer“ sind Personen, die Facebook innerhalb der vergangenen 30 Tage mindestens einmal genutzt haben.

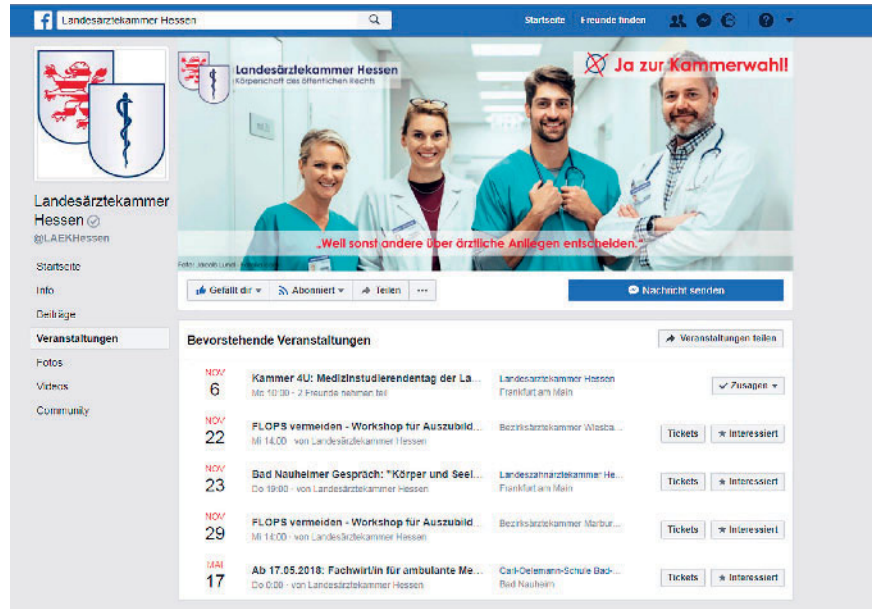
Inhalte

Neben Einblicken in das Aufgabenspektrum und die Dienstleistungen der Landesärztekammer bietet die neue Facebook-Seite aktuelle Informationen und Veranstaltungshinweise aus der Kammer, den Bezirksärztekammern, der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung sowie der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim. Damit bietet die Facebook-Seite in gebündelter und zielgruppengerechter Darstellung wichtige Informationen, die gleichzeitig auch immer über die Website der LÄKH unter www.laekh.de verfügbar sind.

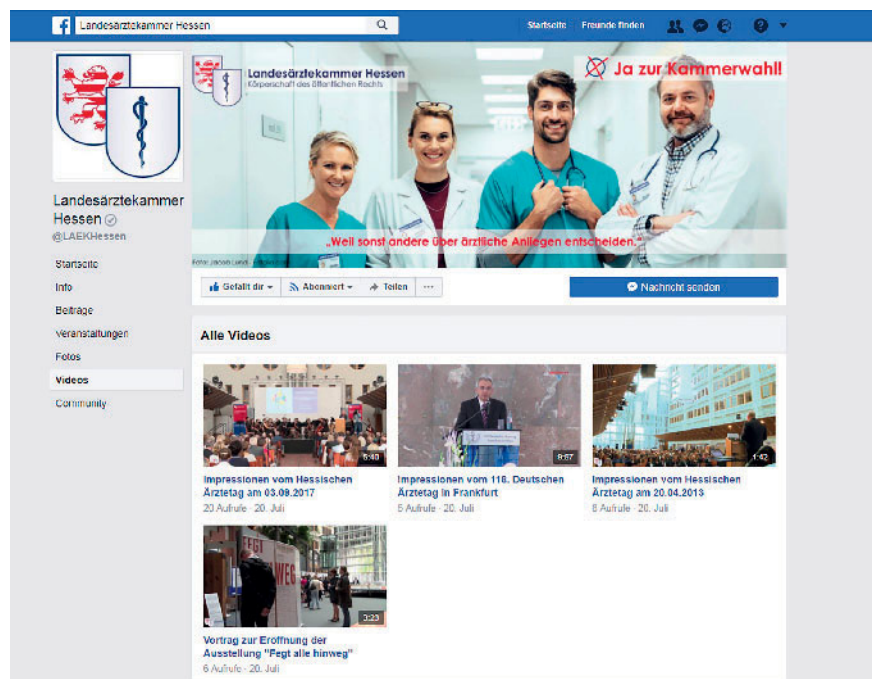
Die Facebook-Seite der Kammer wird von der Stabsstelle Medien – Öffentlichkeitsarbeit und Hessisches Ärzteblatt – betreut und kann auch von Personen ohne eigenes Facebook-Konto aufgerufen werden. Nach dem Erfolg der Twitter-Seite der LÄKH, die bereits seit Mai 2011 von der Stabsstelle Medien betreut wird und inzwischen fast 750 Follower zählt (Stand: 02.11.2017), erhofft sich die LÄKH, ihre Reichweite mit Hilfe der Facebook-Seite noch stärker zu erhöhen. Die Anzahl von bereits 170 Personen (Stand: 02.11.2017), die die Facebook-Seite innerhalb der ersten Woche mit „Gefällt mir“ angeklickt bzw. abonniert haben, zeigt, dass die Facebook-Seite schon jetzt auf ein breites Interesse stößt.

Katja Kölsch, M.A.

Online-Redaktionsassistentin
Stabsstelle Medien der LÄKH
E-Mail: laekh@facebook.com



Veranstaltungen auf der Facebook-Seite der LÄKH.



Videos auf der Facebook-Seite der LÄKH.

Sowohl die neue Facebook-Seite als auch das Twitter-Konto sind öffentlich geschaltet und können auch von Personen ohne eigenes Facebook-Konto aufgerufen werden!

Facebook-Seite der LÄKH:
www.facebook.com/LAEKHessen



www.facebook.com/LAEKHessen

Twitter-Konto der LÄKH:
<http://twitter.com/LAEKHpresse>



<http://twitter.com/LAEKHpresse>

Cui bono Homöopathie?

Ein Relikt aus der Steinzeit der Medizin

Vor über 200 Jahren veröffentlichte Samuel Hahnemann sein Werk „Organon der rationalen Arzneikunde“ (seit 1818: „Organon der Heilkunst“), in dem er die grundlegenden Ideen der von ihm begründeten Homöopathie darlegte [1]. Seither streiten sich Anhänger und Gegner der Homöopathie, oder sie sind zumindest anderer Meinung über den Nutzen und die Risiken dieser Heilweise.

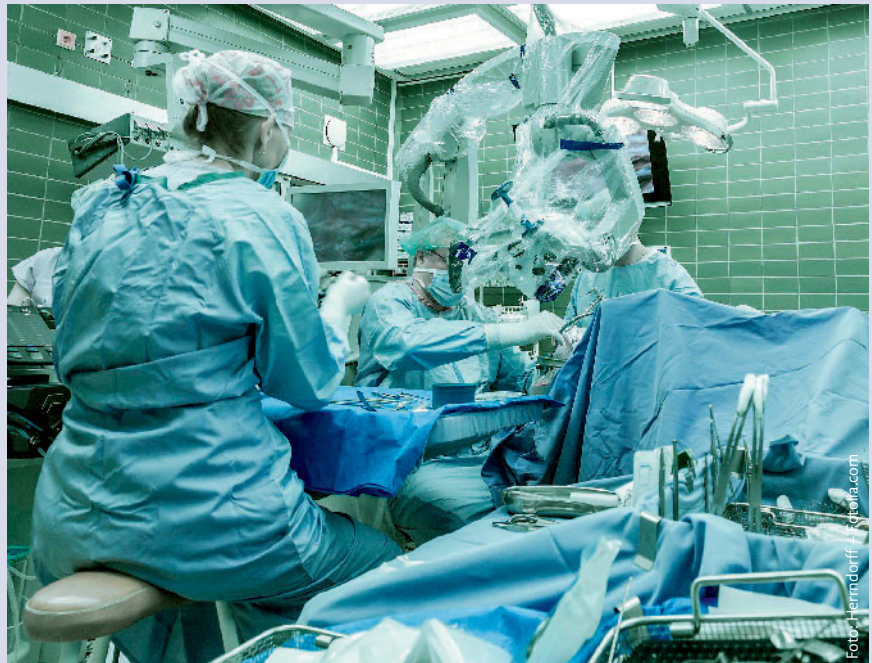
Das deutsche Arzneimittelgesetz (AMG) räumt homöopathischen Arzneimitteln eine Sonderstellung ein. In § 4, Absatz 26 AMG ist definiert: „Homöopathisches Arzneimittel ist ein Arzneimittel, das nach einem im Europäischen Arzneibuch oder, in Ermangelung dessen, nach einem in den offiziell gebräuchlichen Pharmakopöen der Mitgliedstaaten der Europäischen Union beschriebenen homöopathischen Zubereitungsverfahren hergestellt worden ist. Ein homöopathisches Arzneimittel kann auch mehrere Wirkstoffe enthalten.“ In § 38 Abs. 1 AMG ist festgehalten: „Einer Zulassung bedarf es nicht“, und in § 39 Abs. 1 AMG heißt es: „Die zuständige Bundesoberbehörde hat das homöopathische Arzneimittel zu registrieren und dem Antragsteller die Registrierungsnummer schriftlich zuzuteilen.“

Am Sonderstatus für homöopathische Arzneimittel ist bemerkenswert, dass bei ihnen die sonst übliche klinische Prüfung der Arzneimittel auf Wirksamkeit und Unbedenklichkeit entfällt.

Die Medizin vor 200 Jahren

An dieser Stelle soll der Streit nicht erneut wiedergegeben werden. Halten wir uns stattdessen die Bedingungen vor Augen, unter denen Hahnemann seine Hypothesen formulierte, und stellen wir ihnen die heutigen wissenschaftlichen Rahmenbedingungen entgegen, unter denen Arzneimittel entwickelt und klinisch geprüft werden.

Zu Hahnemanns Zeiten waren die Kenntnisse über Physiologie und die Grundlagen der Medizin noch sehr begrenzt. Das damalige Standardlehrbuch der Medizin



Prof. Dr. med. Björn Lemmer: „Die Intensivmedizin kann in unglaublichem Maße Leben erhalten oder retten.“

„Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ von Christoph Wilhelm Hufeland (1. Auflage 1797) enthielt vor allem Verhaltensmaßnahmen zu einem gesunden Leben, weniger Hinweise auf die Funktion von Organen oder die Wirkung von Arzneimitteln [2]. Hingegen wurden in dem etwa zeitgleichen „Handbuch der empirischen Physiologie“ von Johann Heinrich Autenrieth aus den Jahren 1801/02 schon detailliert die Organe und ihre angenommenen Funktionen beschrieben, jedoch ist die Sicht des Autors eher makroskopisch [3].

Kenntnisse über den Aufbau und die Funktion von Zellen, über ihre Substrukturen und ihren Stoffwechsel waren völlig unbekannt, ebenfalls die Kommunikation zwischen den Zellen, gar nicht zu reden von Transmitter- und Hormonsystemen, zellularen Abwehrstrukturen oder gar genetischen Faktoren oder molekularbiologischen Kenntnissen. Gleiches gilt für die Organe bzw. Organsysteme und auch für die Pharmakologie, das heißt für Pharmakokinetik und Pharmakodynamik: Physikalische und chemische

Grundlagen einer Arzneitherapie oder entsprechende diagnostische Verfahren waren nicht bekannt.

Man muss sich dies alles vor Augen halten, wenn man die damalige Medizin und Diagnostik mit der heutigen, naturwissenschaftlich fundierten vergleicht. Dann kann man festhalten: Es ist die Steinzeit der Medizin, die mit der heutigen Medizin verglichen wird.

Die Homöopathie – ein Kind ihrer Zeit

In dem oben beschriebenen Rahmen entstanden die von Hahnemann in seinem „Organon“ dargelegten Vorstellungen und hypothetischen Begründungen über Arzneimittel, ihre Herstellung und ihre Anwendung. Es wird damit deutlich, dass auch den Ecksteinen seiner Lehre, dem Simile-Grundsatz („Ähnliches soll durch Ähnliches geheilt werden“) und der Potenzierung von Arzneimitteln (bis hin zum Nicht-Vorhandensein der Wirksubstanz), jegliche wissenschaftliche Basis fehlt. Vergleicht man die Hahne-

mann'sche und die moderne Medizin, vergleicht man Stonehege mit einem Universitätsklinikum.

Nicht wirksamer als ein Placebo

Bei einfachen, sogenannten banalen Erkrankungen (z. B. Erkältungen), bei schlecht oder kaum definierten Erkrankungen (z. B. neurovegetatives Syndrom) oder unklarer Definition des Therapieziels spielt es wahrscheinlich keine große Rolle, welche Medizin man verabreicht, denn dort sind die Selbstheilungskräfte des Körpers gefordert. Daher zeigen sogenannte Wirksamkeitsstudien mit Homöopathika in der Regel einen Effekt, der einen Placeboeffekt nicht übersteigt.

Bei schwerwiegenden oder lebensbedrohenden Erkrankungen oder in der Intensivmedizin wurden noch niemals Erfolge der Homöopathie nachgewiesen. Daher macht es aus meiner Sicht auch keinen Sinn, homöopathische Arzneimittel im Rahmen von sogenannten klinischen Studien zu prüfen (was viele Homöopathen sowieso ablehnen; dabei würden Welten verglichen, die nicht vergleichbar sind!).

Häufig wird von Homöopathen betont, ihre Heilmethode sei de facto ohne Nebenwirkungen. Das ist nicht korrekt: Auch die Nicht-Anwendung von wirksamen therapeutischen Verfahren der modernen Medizin zugunsten einer homöopathischen Therapie kann als schwere unerwünschte Wirkung klassifiziert werden.

Zudem halte ich es für nicht tragbar, dass auf der einen Seite extrem umfangreiche klinische Prüfungen für „normale“ Arzneimittel vorgeschrieben werden (zum Wohl des Patienten und der Gesellschaft), während die homöopathischen Arzneimittel ihren Sonderstatus behalten (Registrierung ohne klinische Prüfung) und sogar von einigen Krankenkassen opportunistischerweise erstattet werden.

Die Medizin von heute

Man muss sich einmal vor Augen halten, was die heutige Medizin mit ihren physikalischen, bildgebenden und molekular-

biologischen Verfahren erreicht hat – es seien nur wenige Beispiele genannt:

- Vor 50 Jahren noch undenkbar: Zahlreiche Tumoren im Kindesalter sind heilbar geworden.
- Millionen Diabetiker können heutzutage ein fast normales Leben führen dank der Substitution von synthetischem Insulin.
- Tausende Frauen können durch diagnostische Verfahren (bildgebende Verfahren, Molekularbiologie), verbesserte chirurgische Methoden und eine verbesserte individualisierte Therapie von ihrem Brusttumor geheilt werden.
- Die Intensivmedizin kann in unglaublichem Maße Leben erhalten oder retten sowie das Risiko operativer Eingriffe verringern.
- Diagnostische und chirurgische Verfahren können bei Kindern Miss- oder Fehlbildungen am Herzen beseitigen und ihnen ein normales Leben ermöglichen.
- Impfprogramme haben Risiken und Folgeschäden von sogenannten Kinderkrankheiten fast beseitigt. Hier sei angemerkt, dass gerade zahlreiche Homöopathen Impfungen ablehnen und dadurch zu einem Wiederaufflammen dieser Erkrankungen beitragen.
- Die Transplantationsmedizin hat Tausenden Patienten mit Organschaden ein Weiterleben ermöglicht.

Bringschuld der Medizin

Diese wenigen Hinweise machen deutlich, dass die Homöopathie bei ernsthaften, schwerwiegenden Erkrankungen keine Alternative zur sogenannten Schulmedizin darstellt. Betrachtet man die heutige naturwissenschaftlich geprägte Medizin als die wahre Medizin, sollte jedoch bedacht werden, dass sie auch eine bedeutsame Bringschuld hat: Die heutigen Verfahren zur Diagnostik und Therapie von Erkrankungen sind so kompliziert, dass der Laie sie in der Regel nicht verstehen kann. Es ist somit unabdingbar, dem Patienten die geplanten Verfahren in ausführlichen Gesprächen zu erläutern und die Alternativen gezielt darzulegen; das ärztliche Personal muss mehr

Empathie zeigen, es muss einfühlsamer sein und den Patienten in seiner Situation wesentlich besser in das diagnostisch-therapeutische Verfahren einbeziehen, als es allgemein geschieht.

Auch Arzneimittel sollten nicht ohne ausführliche Information und Beratung verordnet und abgegeben werden, sonst ist der Patient dem Beipackzettel mit seinem häufigen Schreckensszenarium an unerwünschten Arzneimittelwirkungen und Gefahren hilflos ausgesetzt.

Fazit

Die Homöopathie ist keine Alternative zur naturwissenschaftlich geprägten Medizin. Bei allem wissenschaftlich-technischen Fortschritt muss aber der Patient im Mittelpunkt des ärztlichen Handelns stehen.

**Prof. em.
Dr. med. Dr. h.c.
Björn Lemmer**

Institut für
Experimentelle und
Klinische
Pharmakologie und
Toxikologie,

Medizinische Fakultät Mannheim der
Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg
Maybachstr. 14, 68169 Mannheim
E-Mail: bjoern.lemmer@
medma.uni-heidelberg.de

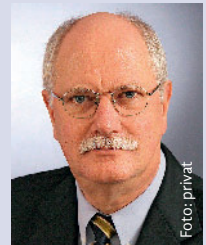


Foto: privat

Nachdruck aus: Deutsche Apotheker Zeitung, 156. Jahrgang, 24.11.2016, Nr. 47 (Deutscher Apotheker Verlag)

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Literatur

- [1] Hahnemann S: Organon der rationalen Heilkunde. Dresden: Arnoldsche Buchhandlung 1810
- [2] Hufeland CW: Die Kunst das menschliche Leben zu verlängern. Jena: Akademische Buchhandlung 1797
- [3] Autenrieth JH: Handbuch der empirischen Physiologie, Teil 1–3. Tübingen: Jakob Friedrich Heerbrandt 1801–1802

Homöopathie ist individuelle Medizin

Die Homöopathie ist über 220 Jahre alt. Das macht sie verdächtig. Allerdings hat sie sich stetig weiterentwickelt und vor allem: Sie wurde und wird mehr oder weniger auf der ganzen Welt angewendet. Was verwundert ist die unveränderte Gültigkeit ihrer Prinzipien.

Wie steht die Bevölkerung zur Homöopathie? 49 Prozent (%) der Deutschen haben bereits Erfahrungen mit der Homöopathie gemacht, von diesen sind 72 % zufrieden oder sehr zufrieden mit ihrer Wirksamkeit. Die Kostenerstattung der Krankenkassen finden 73 % gut, von den mit Homöopathie Behandelten 82 %. Dass sich die Politik mehr für Homöopathie einsetzen soll, finden 65 % wichtig. 72 % wollen staatliche Förderung der Forschung, 85 % finden, auch die Universitäten sollten im Bereich der Homöopathie forschen, 78 % meinen, die Homöopathie sollte ein Teil des Medizinstudiums werden [Forsa-Umfrage 2017].

In vielen größeren Ländern gibt es wissenschaftliche Institute und Fachgesellschaften. An Universitäten ist sie leider nur am Rand vertreten, oder sie wird von dort aus kritisiert, anstatt die Gründe ihrer Erfolge zu erforschen. Eine staatliche Förderung ist gering oder bleibt aus. Indien ist da eine rühmliche Ausnahme. In Europa nimmt die Schweiz eine Vorreiterposition ein. Dort wurde die Homöopathie-Forschung staatlich gefördert und die Methode jüngst als Regelleistung in die gesetzliche Krankenversicherung aufgenommen. Die Schweiz erkennt an, dass die Homöopathie gesetzliche Anforderungen zur Wirksamkeit, Gewährleistung hoher Qualität und Sicherheit erfüllt.

In den vergangenen Jahren haben die Angriffe auf die Homöopathie wieder deutlich zugenommen, oft mit einem aggressiven Ton, aber mit den immer gleichen Argumenten:

1. Es ist nichts drin, also kann es nicht wirken.
2. Sie ist schon so alt, also kann sie nicht oder nicht mehr gut sein.
3. Ihre Wirkung geht über Placebo-Effekte nicht hinaus.
4. Ihre Anwendung hält kranke Menschen von einer nötigen wirksamen Therapie ab.



Gerhard Bleul: „Es gibt eine Reihe von Studien, die eine Überlegenheit homöopathischer Mittel gegenüber Placebo nachweisen...“

Nichts drin? Dieses Argument ist auf der chemisch-physikalischen Ebene nicht zu widerlegen. In der Regel ist im homöopathischen Arzneimittel kaum oder keine Wirksubstanz mehrnachweisbar. Das ist von der Potenz des Arzneimittels abhängig. Es muss also auf andere Weise wirken als konventionelle Pharmaka. Verschiedene Globuli gleichen sich wie verschiedene CDs oder Papiere. Erst wenn die Information ausgelesen wird, können sie wirken. Dazu fehlt in der Homöopathie immer noch die schlüssige Erklärung, was aber nicht heißt, dass es ohne Erklärung keine Wirkung gäbe. Es ist eine der vielen Aufgaben der Wissenschaft, dies zu erforschen.

Schon so alt? Das mag für organische Stoffe wie Lebensmittel gelten, aber sicher nicht für Ideen und Konzepte. Sonst hätten auch Bach, Goethe und Leonardo da Vinci ihr Ablaufdatum erreicht.

Nicht mehr als Placebo? Dieses Argument wird durch ständige Wiederholung nicht richtiger. Es gibt eine Reihe von Studien, die eine Überlegenheit homöopathischer Mittel gegenüber Placebo nachweisen, solange ihre Anwendung individuell geschieht. Wenn dieses Prinzip nicht beachtet wird, im Grunde also gar nicht homöopathisch behandelt wird, verschwindet dieser Unterschied. Sowohl die Studie von Shang et al. (Lancet 2005) als auch das australische Review des National He-

alth and Medical Research Council (NHMRC, 2015) zeigen: Erst wenn die Anzahl der Studien entsprechend eingeschränkt oder verringert wird, kann die homöopathische Wirkung nivelliert werden. (Quelle: SVHA, Stellungnahme 21.4.2005; <https://www.hri-research.org/resources/homeopathy-the-debate/the-australian-report-on-homeopathy/>) – Übrigens hat schon Hahnemann selbst, der Begründer der Homöopathie, die Placebogaben in seine Therapie einbezogen. Um die kräftige Wirkung seiner Arzneien nicht zu stark werden zu lassen, hat er die Einnahme von Placebo zwischengeschaltet, denn auch damals war es der Wunsch vieler Patienten, viel einzunehmen.

Viele Studien der unterschiedlichsten Designs – sowohl kontrollierte randomisierte Studien (RCTs) als auch Studien aus der Versorgungsforschung – belegen die Wirksamkeit der Homöopathie. „Die Mehrzahl der Studien, auch der methodisch hochwertigen, weist in allen untersuchten Übersichtsarbeiten (inkl. Shang et al.) auf die Überlegenheit der homöopathischen Therapie gegenüber Placebo hin. Diese Befunde werden von den Autoren der jeweiligen Meta-Analysen zum Teil stark relativiert.“ („Der aktuelle Stand der Forschung zur Homöopathie“, Download: www.homoeopathie-online.info/category/forschung). Die These, es gebe keine Studien, die die Wirksamkeit der

Homöopathie gegenüber Placebo belegten, entspricht nicht den Tatsachen.

Notwendige Therapie verpasst? Dieser Einwand ist von großer Bedeutung. Jede unangemessene Therapie kann schaden. Wenn die beste Therapie, aus welchen Gründen auch immer, nicht angewendet wird, kann es zum Nachteil des Patienten führen. Beispiele gibt es in allen Bereichen der Medizin.

Was hat die Homöopathie zu bieten?

1. Individualität der Medizin: Jeder Kranke ist ein Individuum und braucht eine individuelle Behandlung. Zur Bestimmung der homöopathischen Arznei werden vor allem die für jeden Kranken spezifischen Modalitäten beachtet, also die Umstände der Verschlechterung oder Besserung des jeweiligen Symptoms.
2. Das Konzept der „Lebenskraft“, heute meist als „Selbstheilungskräfte“ bezeichnet, die es zu unterstützen gilt.
3. Ein Konzept des chronischen Krankseins, in dem scheinbar verschiedene Krankheiten im Verlauf eines Lebens nicht getrennt, sondern zusammen gesehen und verstanden werden.
4. Ein Verständnis von „Heilungshindernissen“, welche ein Gesundwerden verhindern. Sie können auf allen Ebenen des Organismus auftreten, der körperlichen, seelischen und geistigen Ebene (nur theoretisch getrennt, denn sie gehören untrennbar zusammen) und sogar generationenübergreifend. Solche Heilungshindernisse zu erkennen und ggf. zu beseitigen, ist ebenfalls Aufgabe des homöopathischen Arztes.
5. Arzneimittel, die durch ihre pharmazeutische Behandlung ungiftig wurden (Verdünnung) und an Heilkraft zugenommen haben (Potenzierung, vgl. z. B. Kochsalz oder Gold), womit bei entsprechend hohem Potenzgrad toxische Effekte ausgeschlossen sind.

Die Homöopathie zeigt häufig gute Effekte, gerade auch mangels Alternativen:

- bei der Behandlung von Viruserkrankungen – hier sind heute vor allem die Antibiotika-Resistenzen ein Argument für homöopathische Arzneimittel – und einem beträchtlichen Teil aller Infekte,
- in der Schwangerschaft, wo viele chemische Arzneimittel nicht oder nur unter strenger Beobachtung angewendet werden sollen,

- bei den Folgestadien von Infektionskrankheiten, die mit Antibiotika nicht mehr erreicht werden, z. B. Borreliose in Spätstadien oder Post-Zoster-Neuralgien,
- nicht-heilende Verletzungsfolgen,
- Unruhezustände speziell bei älteren Menschen und Pflegebedürftigen,
- akute Schock- und Trauerreaktionen (in Kombination mit psychotherapeutischen Verfahren).

Laut Gesundheitsmonitor 2014 der Bertelsmann-Stiftung gaben 43 % der befragten Patienten homöopathischer Ärzte explizit an, dass eine chronische Erkrankung der Anlass für die homöopathische Behandlung sei. Als häufigstes Motiv nannten die Homöopathie-Patienten, „dass anderswo keine Besserung erzielt worden war“. Obwohl der prozentuale Anteil der chronisch kranken Patienten in der Homöopathie-Gruppe (43 %) deutlich höher lag als bei der Vergleichsgruppe ohne homöopathische Behandlung (26 %), besserten sich bei mehr als 80 % der Patienten das Allgemeinbefinden und die seelische Verfassung, bei 85 % die körperlichen Beschwerden. Nicht indiziert ist die Homöopathie bei Organerstörungen, bei denen Substitution bzw. Organersatz angezeigt ist. Nicht in erster Linie sollte die Homöopathie dann angewendet werden, wenn bessere Verfahren zur Verfügung stehen. Und doch kann sie auch hier positiv zum Heilungsverlauf beitragen. Ein Beispiel ist hier die zusätzliche Gabe des homöopathischen Mittels Kalium bichromicum bei beat-

mungspflichtigen Intensivpatienten, dessen Wirkung Michael Frass in einer Doppelblindstudie nachweisen konnte [Quelle: Chest Journal 2005, 127(3):936–941].

Was wir brauchen, ist:

1. Eine Offenheit gegenüber fremd erscheinenden Therapieformen und die Erforschung ihrer Effekte – gerade auch, wenn sie nicht in unser Weltbild passen.
 2. Ein skeptisches Nachfragen bei nicht belegten Behauptungen.
 3. Eine kritische Überprüfung der eigenen Vorgehensweise, auch unter den Homöopathen.
 4. Das Ausschöpfen aller wirksamen Therapieformen zum Wohl der Patienten.
 5. Eine individuelle Medizin.
- Für diese Ziele arbeiten heute rund 7.000 homöopathische Ärzte in Deutschland.

Gerhard Bleul

Niedergelassener Allgemeinarzt mit Schwerpunkt Homöopathie in Hünstetten. Seit 2002 Mitherausgeber der Allgemeinen Homöopathischen Zeitung (AHZ)

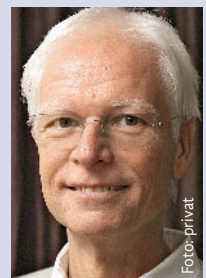


Foto: privat

E-Mail: post@gerhard-bleul.de

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Anzeige

Ihre Spezialisten für alle Rechtsfragen im Gesundheitswesen!

Praxisrecht
Dr. Fürstenberg & Partner
Hamburg · Berlin · Heidelberg

Insbesondere Beratung für

- Ärzte | Zahnärzte
- Apotheken
- Krankenhausträger
- Berufsverbände
- Sonstige Unternehmen im Gesundheitswesen

Vom Arbeitsrecht bis zur Zulassung - unsere Kanzlei steht für persönliche, individuelle und zielgerichtete Rechtsberatung und Vertretung. Erfahren Sie mehr über unser umfassendes Leistungsportfolio unter

Praxisrecht.de

oder vereinbaren Sie einen persönlichen Termin.

Kanzlei Heidelberg

Rechtsanwälte & Fachanwälte für
Medizinrecht | Steuerrecht | Arbeitsrecht

Berliner Straße 101 69121 Heidelberg
fon +49 (0) 6221 - 65 979-0
e-mail heidelberg@praxisrecht.de



„Kammer 4U“

Erster Medizinstudierendentag der Landesärztekammer Hessen



weise zu Rechtsthemen, der Altersvorsorge oder der Weiterbildung – zu beantworten, hat die Landesärztekammer Hessen im November unter dem Motto „Kammer 4U“ erstmals die hessischen Medizinstudierenden in ihren Verwaltungssitz nach Frankfurt eingeladen.

Abwechslungsreiche Vorträge am Vormittag ermöglichten einen umfassenden Einblick in die Tätigkeit der Ärztekammer, während sich der Workshop am Nachmittag speziell auf die Planung des persönlichen Berufsweges konzentrierte. Hierbei standen Fragen zur Konzeption der Weiterbildung, die Suche nach einer passenden Stelle und die Perspektiven in der Allgemeinmedizin im Vordergrund.

Ein ausführlicher Bericht zum ersten Medizinstudierendentag der LÄKH erwartet Sie in der Ausgabe 01/2018 des Hessischen Ärzteblattes.

Katja Möhrle



Für den Workshop am Nachmittag standen drei Experten den Studierenden Rede und Antwort (v.l.): Monika Buchalik (ÄrztINNEN Hessen), Vizepräsidentin der LÄKH, Cornelius Weiss (Stellvertretender Sprecher Junges Forum BDI), Arzt in Weiterbildung, und Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund), Präsidiumsmitglied der LÄKH.

„Ärzttekammer – was ist das und was kann sie für mich tun?“ Eine Frage, die sich viele Medizinstudierende und Berufseinsteiger

stellen, wenn Sie zum ersten Mal mit der Landesärztekammer in Kontakt kommen. Um diese und weitere Fragen – beispiels-

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

Telefonsprechstunde mit **Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach**: Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren?

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen ist an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar:

• **28. November 2017**



Hartmannbundstiftung: Unterstützung von Ärzten in besonderen Notlagen

Seit über einem halben Jahrhundert kümmert sich die Hartmannbundstiftung „Ärzte helfen Ärzten“ um Arztfamilien die in Not geraten sind. Insbesondere Arztkinder, deren Eltern sich durch persönliche Schicksalsschläge in Notsituationen befinden, erhalten durch die Stiftung Unterstützung. Oftmals sind es ganz persönliche Einzelschicksale mit vielen Sorgen und Nöten. Insbesondere die Zahl der Halbwaisen und Waisen aus Arztfamilien, die auf eine Hilfestellung durch die Stiftung angewiesen sind, hat sich in den vergangenen Jahren stark erhöht. Durch das beherzte und kollegiale Engagement vieler Kolleginnen und Kollegen ist diese Hilfe möglich.

Aber auch die Hilfestellung bei der Berufseingliederung von Ärztinnen und Ärzten sowie die schnelle und unbürokratische Hilfe zur Selbsthilfe sind ein wichtiger Bestandteil der Stiftungsarbeit. Unterstützen Sie mit Ihrer Spende die Arbeit der Hartmannbund-Stiftung „Ärzte helfen Ärzten“, damit wir auch in Zukunft dort Hilfe leisten können, wo sie gebraucht wird.

Spendenkonto der Stiftung:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank eG Düsseldorf
IBAN DE88 3006 0601 0001 4869 42

Informationen im Internet unter:
www.aerzte-helfen-aerzten.de

„Wir müssen versuchen, Vorbilder zu sein“

Die Ingrid-zu-Solms-Stiftung verleiht Wissenschafts- und Kulturpreise an Frauen

Hessische Stiftung, nationale und internationale Preisträgerinnen: Mit dem Ziel, Frauen zu fördern, die Herausragendes in der Wissenschaft leisten, rief die Frankfurter Ärztin Dr. med. Ingrid Gräfin zu Solms-Wildenfels 1994 die Ingrid-zu-Solms-Stiftung ins Leben. Alle zwei Jahre werden der Preis für Medizin und der Preis für Natur-, Lebens- und Ingenieurwissenschaften ausgeschrieben. Seit 2003 vergibt die Stiftung außerdem den Kulturpreis.

Wissenschaftspreis für Medizin

Bei einem Festakt im Klinikum der Frankfurter Universität wurden im November die 2017 verliehenen Auszeichnungen an drei Preisträgerinnen übergeben. Für die Erforschung neuer Therapiemöglichkeiten bei genetisch bedingten Hautkrankheiten erhielt die 34 Jahre alte, an der Klinik für Dermatologie und Venerologie der Universität Freiburg tätige deutsch-griechische Ärztin PD Dr. med. Dimitra Kiritsi den mit 10.000 Euro dotierten Wissenschaftspreis für Medizin. Unter anderem beschäftigt sich Kiritsi mit dem somatischen Mosaizismus in fragiler Haut. Wie Prof. Dr. med. Simone Fulda, Goethe-Universität Frankfurt, in ihrer Laudatio erklärte, wird unter Mosaizismus das Phänomen verstanden, dass ein Organismus aus verschiedenen Zellpopulationen besteht, die sich genetisch unterscheiden und in charakteristischen Hautmustern (Mosaiken) zeigen. Kiritsis Forschungsarbeit eröffne sowohl Einblicke in die Entstehung der Hautkrankheiten als auch diagnostische Perspektiven.

Wissenschaftspreis für Natur-, Lebens- und Ingenieurwissenschaften

An Dr. phil. Shany Koren-Hauer, am Universitätsspital Basel in der onkologischen Forschung tätig, ging der mit 5000 Euro dotierte Preis für Natur-, Lebens- und Ingenieurwissenschaften für ihre Erkenntnisse über die Entstehung von Brustkrebs. In ihrer Doktorarbeit setzte sich die 31 Jahre alte gebürtige Russin, die in Erlangen Mole-



Die Preisträgerinnen (v. l.): PD Dr. med. Dimitra Kiritsi (Wissenschaftspreis für Medizin), Dr. phil. Shany Koren-Hauer (Preis für Natur-, Lebens- und Ingenieurwissenschaften) und Maren Ade (Kulturpreis).

kulare Medizin studiert und ihre Doktorarbeit am Friedrich Miescher Institute für Biomedical Research in Basel geschrieben hat, mit den Ursachen und Auswirkungen der Heterogenität von Tumoren in der Brust auseinander. Dabei konnte sie deren Entstehung auf eine beim Menschen häufig vorkommende Veränderung des Erbgutes zurückführen, wie Prof. Dr. rer. nat. Wolfgang Grill, Universität Leipzig, in seiner Laudatio berichtete. Koren-Hauer stellte überdies fest, dass ein, durch einen Gendefekt veränderter Signalweg, Brustzellen zu Stammzellähnlichen Zellen verändert.

Kulturpreis

Unterhaltsamer Höhepunkt des Abends war die Verleihung des Kulturpreises an die 1976 geborene Regisseurin Maren Ade, die sich in den vergangenen Jahren zu einer der spannendsten deutschen Filmemacherinnen entwickelt und seit ihrem dritten Spielfilm, der Komödie „Toni Erdmann“, als Retterin des deutschen Kinos gilt. Der Film feierte Weltpremiere im Wettbewerb des Cannes Film Festival 2016 und wurde für einen Oscar nominiert. Warum jetzt auch noch der Kulturpreis der Ingrid-zu-Solms-Stiftung für die Regisseurin? Maren Ade sei jung und biete Anlass zu der Hoffnung, dass sie auch weiter Karriere machen werde, sagte Ingrid Gräfin zu Solms-Wildenfels in ihrer Laudatio. Beim Massenmedium Film könne viel Geld verdient werden. Durch Geld entstehe Macht und bei Macht seien Männer sofort zur Stelle, so zu Solms-Wildenfels weiter. Davon, dass sie diese oft

auch schamlos ausnutzten, seien die Medien derzeit voll. Die Ingrid-zu-Solms-Stiftung sehe sich auch deshalb darin bestärkt, den Preis an eine erfolgreiche Frau aus der Filmbranche zu vergeben.

Sie habe lange Zeit nicht über die Genderfrage nachgedacht, räumte Ade in ihrer Dankesrede ein. Doch je erfolgreicher „Toni Erdmann“ geworden sei, desto weniger Kolleginnen habe sie getroffen. „Da habe ich gemerkt, wie groß der Missstand noch ist. Wir Frauen denken immer noch, dass das, was wir erzählen, uninteressant sei. Einfach, weil es noch nicht so oft erzählt worden ist.“ Die Aufgabe erfolgreicher Geschlechtsgenossinnen fasste sie so zusammen: „Wir müssen versuchen, Vorbilder zu sein.“ Wie sensibel und humorvoll Ade selbst erzählen kann, klang auf der Preisverleihung in einem Film-ausschnitt über die abstruse Vater-Tochter-Geschichte an, in der eine ehrgeizige Jungmanagerin von ihrem Alt-Achtundsechziger-Vater mit Scherzgebiss sabotiert wird. Die Ingrid-zu Solms-Stiftung hat sich auf ihre Fahnen geschrieben, Frauen zu unterstützen, die auf dem Weg zur geistigen Elite sind, „damit sie nicht aufgeben, um an den Herd zurückzukehren.“ Auch die drei diesjährigen Preisträgerin bringen als Mütter Familie und Karriere unter einen Hut. „Der Preis kommt im richtigen Moment“, stellte PD Dr. Dimitra Kiritsi fest.

Katja Möhrle

Informationen im Internet unter:
<http://www.ingrid-zu-solms-stiftung.de/Stiftung.html>

Lebenszeit am Lebensende

Podiumsdiskussion der Malteser zum Welthospiztag



Podiumsdiskussion mit (von links): Elisabeth Pfister (Moderation), Barbara Schoppmann (Malteser Hospizarbeit) und Pfarrer Matthias Struth (Katholische Krankenhauseelsorge Frankfurt/Main).

„Gläubige sterben nicht leichter, sondern anders“ so Pfarrer Matthias Struth von der katholischen Krankenhauseelsorge am Universitätsklinikum Frankfurt/Main. Hoffnung zu haben mache den Unterschied, fügt er an. Um (positive) Perspektiven in einer schweren Lebensphase ging es in der Podiumsdiskussion anlässlich des Welthospiztages im Oktober, zu der die Frankfurter Malteser gemeinsam mit den Stadtbibliotheken eingeladen hatten.

Experten aus der Hospiz- und Palliativarbeit erläuterten vor über 70 Zuhörerinnen und Zuhörern die physischen, psychischen und seelischen Prozesse in der Sterbephase. Gleichzeitig (re)präsentierten sie die Vielfalt der heutigen Versorgungs- und Unterstützungsmöglichkeiten: Von ehrenamtlicher Begleitung über Seelsorge und Palliativmedizin bis hin zur Palliativpflege.

„Lebensqualität“, ein Barometer für die individuellen Bedürfnisse, diente als Folie der Diskussion und regte an, die Vorstellungen und Wünsche zum eigenen Sterben in den Blick zu nehmen.

Niemand will einsam leben oder sterben

„Das Sterben ist so vielfältig wie die Menschen es sind“, erläuterte Kathrin Sommer vom Ambulanten Malteser Hospizdienst Frankfurt. Ambulante Hospizdienste begleiten diese Vielfalt im Prozess. Im Zentrum stünden dabei qualitätsvolle Beziehungen, in denen die Begleiter sich – wenn nötig – zurück nehmen oder aktiv Hoffnung anbieten, ergänzt die Regional-

referentin der Malteser Hospizarbeit Barbara Schoppmann.

Sterben und Angst seien eng miteinander verbunden, wusste Pfarrer Struth zu berichten. Seiner Erfahrung nach sei die Angst vor dem Sterben meist die Angst vor Schmerzen und langer Abhängigkeit. Nach Ansicht des Palliativmediziners Dr. med. Ingmar Hornke könne es in solchen Fällen helfen, wenn Ängste ernst genommen und ausgesprochen werden können. Hornke plädierte für ein „Was bedrückt Sie?“ statt eines „Es wird alles gut“ und für demütige Bescheidenheit seitens der Mediziner. „Das

Schreckensbild des Erstickens ist gebannt“ erklärte er weiter und stellte die vielfältigen Möglichkeiten moderner Schmerz- und Atemnotlinderung in der Palliativmedizin dar. In enger Zusammenarbeit mit der Palliativpflege verfolge man einen ganzheitlichen Ansatz, der den Sterbenden und seine Angehörigen in den Mittelpunkt stelle, das bestätigte auch Kathrin Sommer.

Autonom und unabhängig sein

Selbstbestimmtes Sterben gelingt immer dann, da waren sich alle Experten einig, wenn die Wünsche und Bedürfnisse der Sterbenden und Schwerkranken klar kommuniziert sind. Hier helfe die stets aktuelle Patientenverfügung – aber auch, einer nahe stehenden Person die eigenen Vorstellungen zum Sterben anzuvertrauen und sich von ihr vertreten zu lassen.

Lioba Abel-Meiser

Malteser Hilfsdienst e. V.

E-Mail: info@malteser-frankfurt.de

Fon: 069 942105-0

Ambulanter Malteser Hospizdienst

In Frankfurt engagiert sich seit 2015 eine wachsende Zahl von Ehrenamtlichen im Ambulanten Hospizdienst der Malteser. Derzeit begleiten drei Männer und 22 Frauen todkranke Menschen am Lebensende. Außerdem lassen sich zehn weitere Ehrenamtliche zum Hospizbegleiter qualifizieren.

Damit stellt der Hospizdienst der Malteser einen wichtigen Baustein im Versorgungsnetz für Schwerstkranke und Sterbende dar. Er ist gefragt – vor allem in Pflegeeinrichtungen, wo viele Menschen ihre letzten Lebenstage verbringen.

Malteser Hospizdienste erhalten hohe Anerkennung

Kurz vor dem Welthospiztag hat die Koordinierungsstelle für Hospiz- und Palliativversorgung in Deutschland den Mal-

tesern eine hohe Wertschätzung erwiesen. Sie erteilte den Maltesern die Berechtigung, eigene Projekte mit dem geschützten Erkennungssiegel „Initiative zur Umsetzung der Charta zur Betreuung schwerstkranker und sterbender Menschen in Deutschland und ihrer Handlungsempfehlungen“ zu kennzeichnen. In dieser Charta verpflichten sich die Malteser unter anderem, dass sie sich dafür einsetzen, ein Sterben unter würdigen Bedingungen zu ermöglichen.

Insbesondere wirken die Malteser den Bestrebungen nach einer gesetzlichen Erlaubnis des Tötens auf Verlangen entgegen. Stattdessen soll für die sterbenskranken Menschen und ihren Angehörigen in der Gesellschaft eine Perspektive der Fürsorge und des menschlichen Miteinanders entwickelt werden.

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Antibiotic Stewardship

Modul 3 – Advances: Mo., 05. – Fr., 09. März 2018

Modul 2 – Fellow: Mo., 04. – Fr., 06. Juni 2018

Ort: Modul 2, Frankfurt

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl,
Prof. Dr. med. S. Herold,
Dr. med. J. Kessel

Gebühr: je Modul € 1.000
(Akademiestatistiker € 900)

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Rehabilitation

gem. Hess. Hygieneverordnung

Schwerpunkt: Rehabilitation und hausärztliche Versorgung

Do., 08. – Fr., 09. Februar 2018

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf,
Dr. med. S. Hofmann

Gebühr: € 300 (Akademiestatistiker € 270)

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

Psychotherapie

Das uns Bekannte im Fremden – Der besondere Umgang mit Menschen aus anderen Kulturen und Religionen

Sa., 03. Februar 2018, 09:30 – 16:30 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider,
Frankfurt a. M.

Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker gebührenfrei)

Muslimische Patienten in der Psychotherapie

Sa., 28. April 2018, 10:00 – 16:00 Uhr

Leitung: Dr. med. Ibrahim Rüschoff, Darmstadt

Gebühr: € 100 (Akademiestatistiker € 90)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 02. Dezember 2017

Gebühr: € 150 (Akademiestatistiker € 135)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Fr., 15. – Sa., 16. Dezember 2017

+ Praktischer Halbtage Mi., 13. Dezember 2017

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)

Mi., 07. Februar 2018

Gebühr: Theorie: € 100 (Akademiestatistiker € 90)
Praxis: € 60 (Akademiestatistiker € 54)

Grundkurs

16./17.02.2018 + ein praktischer Halbtage

(Auswahltermine f. d. prakt. Halbtage stehen noch nicht fest)

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Leitung: PD Dr. med. B. Bodelle

Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder

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

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 02. Dezember 2017

8 P

Leitung: A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt

Gebühr: € 70 (Akademiestatistiker € 63)

Max. TN-Zahl: 20

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul Ia: Fr., 16. – Sa., 17. Februar 2018 12 P

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ib: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018 12 P

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Modul Ic: Fr., 20. – Sa., 21. April 2018 16 P

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

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

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

Modul 1: Vorgeburtl. Risikoabklärung Sa., 21. April 2018 8 P

Leitung: Dr. med. Dipl.-Biol. E. Schwaab

Ort: Frankfurt, Laborarztpraxis

Gebühr: € 200 (Akademiestatistiker € 180)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

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

Lungen- und Bronchialheilkunde, Onkologie, Innere Medizin, Pathologie, Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e. V. und dem Institut für Pathologie und Zytodiagnostik Main-Taunus im Krankenhaus Nordwest, DMP-zertifiziert nach Asthma/COPD

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2017:

Was gibt es Neues in der Pneumologie 2017?

Sa., 02. Dezember 2017, 09:00 – 13:00 Uhr 5 P

Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt

Gebühr: kostenfrei

Auskunft/Anmeldung:

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

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Mi., 06. – Sa., 09. Dezember 2017

Block II: Mi., 14. – Sa., 17. Februar 2018

Ort Block II: Darmstadt, Agaplesion Stiftssaal

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer,
Dr. med. P. Groß, Darmstadt

Gebühr: je Block € 480 (Akademiestatistiker € 432)

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

Basisseminar

Fr., 23. – Sa., 24. Februar +

Fr., 13. – Sa., 14. April 2018

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

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

Notfallmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 02. Dezember 2017 12 P

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule

Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mo. 05. – Fr. 09. Februar 2018 40 P

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld

Gebühr: € 680 (Akademiestatistiker € 612)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 09. – So., 11. März 2018 30 P

Gebühr: € 420 (Akademiestatistiker € 378)

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

38. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

Mo., 19. – Sa., 23. März 2018 55 P

Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. J. Bojunga

Prof. Dr. med. G. Rohde, Frankfurt

Gebühr: € 620 (Akademiestatistiker € 558)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

Mi., 21. Februar 2018, Mi., 28. Februar 2018,

Mi., 07. März 2018 und Mi., 14. März 2018

jeweils 15:00 Uhr

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

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Mi., 14. März 2018, 15:00 – 20:00 Uhr 7 P

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt

Gebühr: € 75 (Akademiestatistiker kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung:

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

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen

Fr., 17. November 2017 (Theorie)

Sa., 18. November 2017 (Praktikum)

Gebühr: € 330 (Akademiestatistiker € 297)

Interdisziplinärer Grundkurs

der Doppler-Duplex-Sonographie in der Angiologie

Do., 22. – Fr., 23. Februar 2018 (Theorie)

Sa., 24. Februar (Praktikum)

Gebühr: € 500 (Akademiestatistiker € 450)

Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Do., 21. – Fr., 22. Juni 2018 (Theorie)

Sa., 23. Juni 2018 (Praktikum)

Gebühr: € 420 (Akademiestatistiker € 375)

Ort Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

für Gefäße: Frankfurt

Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Grundkurs

Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) (Praktikum)

Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

Aufbaukurs

Fr., 02. – Sa., 03. März 2018 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) (Praktikum)

Gebühr: € 520 (Akademiestatistiker € 468)

Abschlusskurs

Sa., 03. November 2018 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) (Praktikum)

Gebühr: € 380 (Akademiestatistiker € 342)

Leitung der Kurse Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

für Abdomen: Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Refresher CEUS – kontrastmittelverstärkte Sonographie

Termin verschoben auf 2018

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Dr. med. A. Ignee, Bad Mergentheim

Aufbau-Modul Schilddrüse

Sa., 16. Dezember 2017, 09:00 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 250 (Akademiestatistiker € 225)

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

Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,

Frankfurt

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 01. – Fr., 02. Februar 2018

16 P

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

Gebühr: € 340 (Akademiestatistiker € 306)

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

Mo., 09. – Fr., 13. April 2018

40 P

Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen

Gebühr: € 850 (Akademiestatistiker € 765)

Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 05032 782-209

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 (StGB)

Sa., 24. Februar 2018

10 P

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder/Havel

Gebühr: € 160 (Akademiestatistiker € 144)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ernährungsmedizin

Kursteil 1: Fr., 23. – Sa., 24. Februar 2018

Kursteil 2: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018

Kursteil 3: Fr., 20. – Sa., 21. April 2018

Zwischenprüfung: Mi., 25. April 2018

Kursteil 4: Fr., 27. – Sa., 28. April 2018

Kursteil 5: Fr., 04. – Sa., 05. Mai 2018

Kursteil 6: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018

Prüfung: Fr., 22. Juni 2018

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

Dr. med. K. Winckler

Gebühren/Kursteil: 1, 3: je € 210 (Akademiestatistiker € 189)

2, 4, 5: je € 280

(Akademiestatistiker € 252)

6 inkl. Fallbeispiele u. Klausur:

€ 490 (Akademiestatistiker € 441)

inkl. Prüfungen

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de



Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 16. Mai 2018, 13:00 – 21:00 Uhr **10 P**

Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: € 180 (Akademiestudierende € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial

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

Arbeitsmedizin

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: Refresher **Mi., 21. Januar 2018** **6 P**

MIMA - Erstschtulung **Mi., 14. Februar 2018** **6 P**

Weitere Veranstaltungen unter www.akademie-laekh.de

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Gebühr: € 110 (Akademiestudierende € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Sozialmedizin

Bitte beachten: Änderung der Kurstage:
jetzt Dienstag bis Freitag, außer Sonntag!

GK I (A + B): **Di., 06. – Fr., 16. Februar 2018**

GK II (C + D): **Di., 10. – Fr., 20. April 2018**

Leitung: Dr. med. R. Diehl
Gebühr: je € 680 (Akademiestud. € 612)

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

Intensiv-Seminar Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetesgesellschaft (HDG)

Fr., 02. – Sa., 03. Februar 2018

Leitung: M. Eckhard, Bad Nauheim
Gebühr: € 160 (Akademiestudierende € 144)

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

Palliativmedizin

Fallseminar Aufbaukurs Modul 1 **40 P**

Di., 13. – Sa., 17. März 2018

Leitung: C. Riffel, Darmstadt
Gebühr: € 650 (Akademiestudierende € 585)

Fallseminar Aufbaukurs Modul 2 **40 P**

Mo., 11. – Fr., 15. Juni 2018

Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel
Gebühr: € 650 (Akademiestudierende € 585)

Kurs-Weiterbildung (Basiskurs) **40 P**

Di., 03. – Sa., 07. Juli 2018

Leitung: Dr. med. K. Mattek
Gebühr: € 650 (Akademiestudierende € 585)

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

Suchtmedizin

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 1: **Fr., 12. – Sa., 13. Januar 2018**

Kursteil 2: **Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018**

Kursteil 3/Wahlthema: **Fr., 09. – Sa., 10. Februar 2018**

Kursteil 4: **Fr., 02. – Sa., 03. März 2018**

Leitung: D. Paul, Frankfurt

Orte: Kursteile 1 – 3:
Frankfurt, Bürgerhospital und SAGS
Kursteil 4:**Friedrichsdorf**, Salus Klinik

Gebühr je Kursteil: € 200 (Akademiestudierende € 180)

Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de



Psychosomatische Grundversorgung

24. 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, 20 Stunden Theorie, das heißt insgesamt 80 Stunden.

Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018

Fr., 09. – Sa., 10. März 2018

Fr., 25. – Sa., 26. Mai 2018

Fr., 10. – Sa., 11. August 2018

Fr., 19. – Sa., 20. Oktober 2018

Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

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

Gebühren je Block: € 280 (Akademiestudenten € 252)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G13 – G15: Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017

G1 – G2: Fr., 19. – Sa., 20. Januar 2018

G3 – G4: Fr., 09. – Sa., 10. Februar 2018

G5 – G6: Fr., 23. – Sa., 24. März 2018

G7 – G8: Fr., 08. – Sa., 09. Juni 2018

G9 – G10: Fr., 10. – Sa., 11. August 2018

G11 – G12: Fr., 21. – Sa., 22. September 2018

G13 – G14: Fr., 26. – Sa., 27. Oktober 2018

G15 (A-Diplom): Sa., 01. Dezember 2018

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017

Fr., 09. – Sa., 10. März 2018

Fr., 27. – Sa., 28. April 2018

Fr., 07. – Sa., 08. September 2018

Fr., 07. – Sa., 08. Dezember 2018

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block II a: Do., 01., – Sa., 03. März 2018

Projektarbeit/Heimarbeit: 16 Stunden

Block II b: Mi., 13., – Sa., 16. Juni 2018

Block III a: Mi., 12., – Sa., 15. September 2018

Telelernphase: 16. September – 06. November 2018

Block III b: Mi., 07., – Sa., 10. November 2018

Gebühren: Block IIa - IIIb inkl. Projektarbeit/Heimarbeit u. Telelernphase jew. € 770 (Akademiestudenten € 693)

Leitung: N. Walter, Frankfurt

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

Die Blöcke werden als Blended Learning-Veranstaltung angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.

Die ArbMedVV „Lärm“ ist in Block B1 und die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen“ in Block B2 integriert.

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

A1: Mi., 24. – Mi., 31. Januar 2018

Beginn Telelernphase: 20. Dezember 2017

B1: Mi., 21. – Mi., 28.02.2018

Beginn Telelernphase: 22. Januar 2018

C1: Mi., 23. – Mi., 30. Mai 2018

Beginn Telelernphase: 23. April 2018

Gebühr: jeweils € 600 (Akademiestudenten € 570)

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 23. – Sa., 28. April 2018 insg. 63 P

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Gebühr ges.: € 560 (Akademiestudenten und Mitglieder BDI und der DGIM € 504)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiestudenten und Mitglieder BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung:

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



Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs C: Sa., 03. Februar 2018 10 P

Leitung: Prof. Dr. med. E. Baum, Marburg
Dr. med. R. Gerst, Baden-Baden

Kurs A: Fr., 04. - Sa., 05. Mai 2018 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Kurs B: Fr., 21. - Sa., 22. September 2018 20 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühren: Kurs C € 150
(Akademiestatistiker € 135)
Kurs A, B € 300
(Akademiestatistiker € 270)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Fr., 22. - Sa., 23. Juni 2018 16 P

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt

Gebühr: € 260 (Akademiestatistiker € 234)

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

Spezielle Schmerztherapie

Block A: Fr., 02. - Sa., 03. März 2018 20 P

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

Block D: Fr., 15. - Sa., 16. Juni 2018 20 P

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

Block C: Fr., 07. - Sa., 08. September 2018 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt

Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

Block B: in Planung

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

Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel

Gebühr: € 280 (Akademiestatistiker € 252)

Orte: Block A, C, D: **Bad Nauheim**, FBZ
Block B: **Kassel**, Klinikum

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

Krankenhausthygiene

Modul I: Mo., 26. Februar – Fr., 02. März 2018 40 P

Gebühr: € 750 (Akademiestatistiker € 675)

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, K-U. Wucher

Ort: **Gießen**, Universitätsklinikum

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter:

<https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot>

möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig absagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):

Fortbildungszentrum 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. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Ärzt/-innen in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrags (€ 50). Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon:

06032 782-204,

E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





Qualifizierungslehrgänge: NäPA (Nicht-ärztliche Praxisassistenz)

Vor dem Hintergrund des Ärztemangels in verschiedenen Regionen Hessens können Nichtärztliche Praxisassistent/-innen Aufgaben in der haus- und fachärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes zum Beispiel Hausbesuche durch, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Homepage (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage einen Informationsflyer zur Fortbildung. Ihre Fragen beantworten wir gerne per Mail: verwaltung.cos@laekh.de

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen (AVÄ) (60 Stunden)

Der Lehrgang wird anerkannt bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistenz“.

Inhalte: Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen, Geriatisches Basisassessment, Hausbesuche und Versorgungsplanung, Wundmanagement, Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung.

Zusätzlich sind die Kurse PAT 1 (Kommunikation und Gesprächsführung) und PAT 2 (Wahrnehmung und Motivation) zu belegen. Die Fortbildung umfasst 60 Stunden (PAT 1, PAT 2 und AVÄ) fachtheoretischen und fachpraktischen Unterricht und beinhaltet eine Hausarbeit.

Beginn: 02.02.2018

Gebühr (AVÄ): € 350 zuzüglich € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Patientenbegleitung und Koordination (40 Stunden)

Der Lehrgang wird bei der Qualifizierung „Nicht-ärztliche Praxisassistenz“ anerkannt.

Inhalte: Unterstützung der Ärzte bei der strukturierten Behandlung, Koordinations- und Überleitungsaufgaben, Begleitung und Unterstützung chronisch kranker Patienten.

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

Termin: ab 15.02.2018

Gebühr (PBK): € 280

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

Kardiologie (120 Stunden)

Inhalte: Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, Ärzte bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu unterstützen. Zusätzliche Themen sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf unserer Website.

Termin (KAR): ab 02.02.2018

Gebühr: Block A (40 Std.): € 480

Block B (80 Std.): € 950

zzgl. Lernerfolgskontrolle

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

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin (140 Stunden)

Inhalte: Qualifizierte Medizinische Fachangestellte sollen Arbeitsmediziner durch die Übernahme von delegationsfähigen ärztlichen Leistungen entlasten. Das neue von der Bundesärztekammer entwickelte Fortbildungscurriculum „Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin“ vermittelt hierzu die erforderlichen Kompetenzen. Die Fortbildung besteht aus einem 92-stündigen Theorieteil und einem 48-stündigen praktischen Teil: „Diagnostische Verfahren“ in den Bereichen „Augen“, „Ohren“, „Herz-Kreislauf“ und „Lunge“.

Termin (BET): ab 23.05.2018

Gebühr: € 1.700 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Strahlenschutzkurse

Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin gemäß Röntgenverordnung (90 Stunden)

Die Fortbildung umfasst 60 Stunden praktische Demonstrationen und Übungen sowie 30 Stunden Vermittlung von theoretischen Lerninhalten.

Termin: ab Mi., 28.02.2018

Gebühr (STR 1): € 950 zzgl. € 50 Prüfungsgebühr

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal

Der vorliegende Sonderkurs richtet sich an alle Personen, die die Frist zur Aktualisierung versäumt haben und damit die Fachkunde oder die Kenntnisse im Strahlenschutz derzeit nicht mehr nachweisen können.

Termin (STR A2): Fr., 23.02.2018, 08:30 – 16:00 Uhr und
Sa., 24.02.2018, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle



Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz in der Medizin“

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

Termin (STR A1): Sa., 24.02.2018, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Die Termine sind vorrangig für Teilnehmer/-innen, die ihre praktische Abschlussprüfung im Frühjahr 2018 absolvieren.

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin (PVK 2_1): Sa., 06.01.2018, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil

Der Kurs bietet den Teilnehmer/-innen die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der Carl-Oelemann-Schule exemplarisch kennen zu lernen.

Termin (PVK 3_1): Fr., 02.02.2018 oder

(PVK 3_2): Sa., 03.02.2018, jeweils 09:30 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Präsenzlabor und EKG praktisch

Inhalte: Kapillare Blutentnahme, Glucose- und Cholesterinmessungen, Blutsenkungsgeschwindigkeitsbestimmung, Harnstatus, Mikroskopierübungen, Messungen zum BMI, Blutdruck- und Pulsmessung, Ruhe-EKG

Termin (PVK 5_1): Sa. 20.01.2018, 09:15 – 17:30 Uhr

Gebühr: € 95

Information:

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

Ein- bis zweitägige Fortbildungen:

Einführung in die ärztliche Abrechnung

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/-innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termin (PAT 11_1): Sa., 17.02.2018, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 105

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

Medizinproduktebücher und Bestandsverzeichnisse in der Praxis

Die Veranstaltung vermittelt kurz und übersichtlich sowohl eine Einführung in die Regelwerke als auch praktische Hinweise zur Umsetzung in der Praxis. Einen Schwerpunkt bilden die Führung von Bestandsverzeichnis und Gerätebüchern sowie die interne Organisation der Umsetzung.

Termin (MED 11_1): Fr., 26.01.2018, 12:00 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 70

Kontakt: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:

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

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Praxismanagement als auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das COS-Fortbildungsprogramm, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge beschrieben sind, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden. Tätigkeitsbeschreibung: www.fortbildung-mfa.de

Termin (FAW 2): ab 17.05.2018

Gebühr Pflichtteil: € 1.560

Prüfungsgebühren: € 200

Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Die besten Praxis-Drucker von **OKI** Profitieren Sie von unserer OKI Tauschaktion!



ML 6300 FB-SC „Der Highclass-Drucker“

Der leistungsstarke Flachbettdrucker mit automatischer Papierausrichtung.

Der neue ML 6300SC-FB 24-Nadeldrucker ist ideal für die Arbeit in der Arztpraxis. Die automatische Papierausrichtung korrigiert Papierschragstellung – für fehlerfreie Druckergebnisse. Mehrfachsätze 1 Original + 5 Durchschläge.

statt ~~€ 775,-~~
nur € 675,-
zzgl. 19 % MwSt.

Alt gegen Neu!
€ 100,-
Austauschprämie



ML 5100FB „Der Allrounder“

Kompakter Flachbett-Nadeldrucker für die Arztpraxis.

Der OKI Microline 5100 Flachbett bietet hohe Zuverlässigkeit und hohe Qualität in einer extrem kompakten Bauweise. Mehrfachsätze Original + 4 Durchschläge.

Alt gegen Neu! € 50,- Austauschprämie

statt ~~€ 429,-~~
€ 379,-
(zzgl. 19 % MwSt.)



B432dn „Der Sprinter“ Netzwerkdrucker

Der B432 ist ein schneller, umweltfreundlicher LED schwarz-weiß Drucker.

Dank seiner Duplexeinheit und ergiebigem Verbrauchsmaterial hält der „OKI Sprinter“ die Betriebskosten niedrig und ist somit die preisgünstige und dennoch produktive Lösung für jede Praxis.

Alt gegen Neu! € 50,- Austauschprämie

statt ~~€ 249,-~~
€ 199,-
(zzgl. 19 % MwSt.)



Next Day-Service:
• inkl. Arbeitszeit
• inkl. An-/Abfahrt
• inkl. Ersatzteile

Für alle OKI Drucker
kostenlos nach Online-
Registrierung!



Weitere Modelle auf shop.aerzteverlag.de
Jetzt online bestellen!

Hiermit bestelle ich gemäß folgenden Angaben.

Alle Preise zzgl. 19% MwSt. Das Angebot ist gültig bis 31.12.2017.

Menge:	Preis:	Modell:
	€ 675,-	OKI Drucker „Highclass“: OKI ML 6300FB-SC Nadeldrucker
	€ 379,-	OKI Drucker „Der Allrounder“: OKI ML 5100 FB Nadeldrucker
	€ 199,-	OKI Drucker „Der Sprinter“: OKI B432dn – LED-schwarzweißdruck

Besteller/Anschrift (ggfs. Praxisstempel)

Datum, Unterschrift

Deutscher Ärzteverlag GmbH, Sitz Köln, HRB 106, Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Fritzsche, Jürgen Führer
Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Solange der Vorrat reicht.



shop.aerzteverlag.de



kundenservice@aerzteverlag.de



02234 7011-335



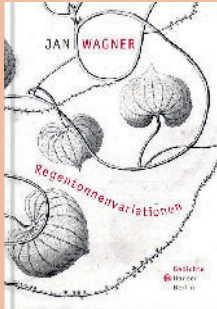
02234 7011-470

Deutscher
Ärzteverlag

Empfehlungen und Kulturtipps zum Jahresausklang

Wie jedes Jahr im Dezember haben wir wieder Bücher-, Ausstellungs- und Musiktipp zum Jahresausklang zusammengestellt. Mit diesen Anregungen für Wunschzettel und Feiertagsgestaltung wünschen wir Ihnen frohe Weihnachten und alles Gute für 2018.

Bücher



Spielerische Sprachfreude: Gedichte und Essays von Jan Wagner

Jan Wagners Gedichte „verbinden spielerische Sprachfreude und meisterhafte Formbeherrschung, musikalische Sinnlichkeit und intellektuelle Prägnanz“: In ihrer Begründung für die Vergabe des Georg-Büchner-Preises 2017 sparte die Jury der Deutschen Akademie für Sprache und Dichtung nicht mit Lob für die Werke des 46-jährigen Lyrikers. Sie ließen Augenblicke entstehen, in denen sich die Welt zeige, als sähe man sie zum ersten Mal. So etwa in dem Gedichtband „Regentonnenvariationen“, der 2015 als erster Lyriktitel mit dem Preis der Leipziger Buchmesse ausgezeichnet wurde. Dass Gedichte auf dem Büchermarkt ein Nischendasein fristen, mag daran liegen, dass moderne Lyrik als kompliziert, elitär und undurchdringbar gilt. Ein Vorurteil, wie die Lektüre von Jan Wagners Regentonnen-Gedichten zeigt: In kunstvollen Variationen widmen sie sich alltäglicher Natur und Objekten - dem Grottenolm, drei sizilianischen Eseln oder Silberdisteln etwa - in denen sich der Blick des Autors verfängt, um sie als „atemraubende Naturschauspiele“ zu poetisieren. Zuletzt erschien seine Prosasammlung „Der verschlossene Raum“ mit Vorträgen, Reden und Essays, die Wagner von Entdeckungsreisen quer durch Epochen und Kontinente mitgebracht und in lyrisch anmutende Sprache gegossen hat.

Jan Wagner: *Regentonnenvariationen*.

Hardcover Hanser Berlin 2014, € 15,90,

Taschenbuch, S. Fischer Verlag, € 11

Jan Wagner: *Der verschlossene Raum*.

Hanser Berlin 2017, fester Einband, € 22

Form follows function: Theresia Enzensbergers Roman „Blaupause“ beleuchtet die Bauhaus-Welt

Auch Worte sind Moden unterworfen. So hat der Begriff „Blaupause“ eine bemerkenswerte Karriere hingelegt. Während er heute oft stellvertretend für Vorbild oder Modell steht, wird er vom Duden als „Lichtpause auf bläulichem Papier“ definiert; bei Architekten hat er sich in der Bedeutung von Konstruktionszeichnung oder Bauplan durchgesetzt. In die Welt von Architektur und Gestaltung entführt auch das 2017 erschienene Romandebüt „Blaupause“ von Theresia Enzensberger. Die 1986 als Tochter von Hans Magnus Enzensberger geborene Autorin rückt darin das Bauhaus als bekannteste deutsche Kunstschule des 20. Jahrhunderts in den Fokus: modern, avantgardistisch, dem Fortschritt huldigend. Dass sich hinter dieser Fortschrittlichkeit bei führenden Bauhausvertretern allerdings eine konservativ-patriarchalische Weltan-



schauung verbirgt, erfährt die Studentin Luise durch eigene Anschauung. Form follows function – das ebenso asketisch wie pragmatische Credo der Kunstschule, wonach das schön ist, was funktioniert, lässt sich, so die kritische Perspektive des Romans, nicht auf alle Ebenen der Bauhauswelt übertragen.

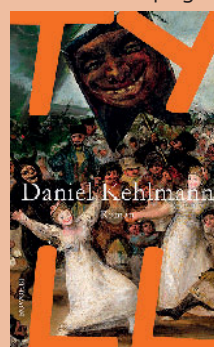
Auch die Gleichberechtigung von Mann und Frau stößt in der fiktiven Realität des Romans an harte Grenzen, wenn Studentinnen etwa die fachliche Begabung abgesprochen wird: „Keine Sorge, Luise, die meisten Frauen haben Defizite im dreidimensionalen Sehen.“ In ihrem rasant und schnörkellos geschriebenen Buch beleuchtet Enzensberger unterschiedliche Facetten des Bauhaus' und verknüpft sie mit einer weiblichen Emanzipationsgeschichte.

Theresia Enzensberger: *Blaupause*.

Hanser Verlag 2017, € 22

Hält einer schlechten Welt den Spiegel vor: Daniel Kehlmanns „Tyll“

Er soll als umherstreifender Schalk im 14. Jahrhundert gelebt haben: Till Eulenspiegel war Protagonist einer mittelniederdeutschen Schwanksammlung. Nun hat der 1975



geborene, u. a. mit seinen Romanen „Ich und Kaminski“ und „Die Vermessung der Welt“ international erfolgreiche Schriftsteller Daniel Kehlmann die Figur des Spaßmachers Tyll Ulenspiegel in seinem jüngsten Werk „Tyll“ ins 17. Jahrhundert, genauer gesagt in die Zeit des Dreißigjährigen Krieges, versetzt. So absonderlich die Idee, die fiktive mittelalterliche Gestalt in einen anderen historischen Kontext zu

stellen, zunächst auch anmuten mag – sie erweist sich buchimmanent als stimmig. Tyll, als Müllersohn geboren, muss früh aus dem Heimatdorf fliehen, nachdem sein mit der Kirche in Konflikt geratener Vater hingerichtet worden ist. Damit beginnt eine Odyssee durch die Schreckenszeit des Dreißigjährigen Krieges, die neben äußerlichen Verheerungen auch die Verletzungen im Innern der Menschen deutlich werden lässt. So ernst, ja verzweifelt das Sujet, so reizvoll die Mischung aus Ironie und Mitgefühl, mit der Kehlmann sich der historischen Vorlage annimmt. Elegant verbindet er Fiktion mit Wirklichkeit und erlaubt sich den Spaß, erfundene Gestalten geschichtlich Verbürgtes erleben und Tyll Eulenspiegel einer schlechten Welt den Spiegel vorhalten zu lassen.

Daniel Kehlmann: *Tyll*. Rowohlt Verlag 2017,

Hardcover € 22,95, E-Book € 19,99

Ausstellungen

Frankfurter Schirn zeigt Kunst der Weimarer Republik

Einen ungeschminkten Blick auf die oft euphemistisch als „Golden Twenties“ beschriebene Zeit zwischen 1918 und 1933 wirft die Schirn Kunsthalle bis zum 25. Februar 2018. Mit rund 200 Werken bekannter und weniger bekannter Künstler wie Max Beckmann, George Grosz, Lotte Laserstein oder Elfriede Lohse-Wächter zeichnet die Ausstellung „Glanz und Elend in der Weimarer Republik. Von Otto Dix bis Jeanne Mammen“ das Bild einer Gesellschaft in der Krise und am Übergang. Zu den Themen gehören die Verarbeitung der Schrecken des Ersten Weltkrieges, die Großstadt mit ihren Schattenseiten und politische Unruhen, aber auch das Rollenbild der „Neuen Frau“, die Debatten um die Paragraphen 175 (Homosexualität) und 218 (Abtreibung) sowie die sozialen Veränderungen durch die Industrialisierung. Eine hervorragende, nachdenklich stimmende Schau, für die man sich in der Adventszeit oder zwischen den Jahren etwas mehr Zeit nehmen sollte.

„Glanz und Elend in der Weimarer Republik.“ Schirn Kunsthalle Frankfurt, Römerberg, bis 25. Februar 2018.

Museum Wiesbaden öffnet den Garten der Avantgarde

Lust auf einen (vor-) weihnachtlichen Ausflug nach Wiesbaden? Hier lohnt die Ausstellung „Garten der Avantgarde“ einen Besuch. 100 Jahre nachdem der Privatier und Kunstsammler Heinrich Kirchhoff seine bedeutende Sammlung mit Werken der Avantgarde erstmals im Museum Wiesbaden gezeigt hatte, wird diese nun ebendort wieder zusammengeführt. Um sich seinen Leidenschaften Kunst und Natur zu widmen, zog Kirchhoff (1874–1934) zur Jahreswende 1908/09 in die Kurstadt Wiesbaden und stellte innerhalb weniger Jahre eine Kollektion zusammen, die hochwertige Arbeiten von Künstlern wie Paul Klee, Emil Nolde und Franz Marc vereinte. Dass sich auch Alexej Jawlensky bis zu seinem Lebensende in Wiesbaden niederließ, ging auf eine Einladung Kirchhoffs zurück, der die Kurstadt zu einem Zentrum der künstlerischen Moderne machte.

„Der Garten der Avantgarde – Heinrich Kirchhoff: Ein Sammler von Jawlensky, Klee, Nolde.“ Museum Wiesbaden, Friedrich-Ebert-Allee 2, bis 25. Februar 2018.

Katja Möhrle

Musik



Vielleicht ist er nicht der beste Cellist der Welt, aber mit Sicherheit der bekannteste: Yo-Yo Ma. Er verlässt sich nicht darauf, den Massengeschmack zu bedienen, sondern bietet immer neue Klangwelten. Bis heute ist beispielsweise das Album „Yo-Yo Ma plays Ennio Morricone“ aus dem Jahr 2004

ein häufiger Gast auf dem Plattenteller – opulente orchestrale Filmmusik mit dem Cello in der Mitte. Von Yo-Yo Mas zahlreichen Veröffentlichungen in jedem Jahr seien hier zwei völlig unterschiedliche Alben genannt: Experimentell führt Azul – eine Produktion zusammen mit dem New Yorker Kammerorchester „The Knights“ und Eric Jacobsen – in disparate Klangwelten zeitgenös-



Dodo, Logenlogik. Für die Zeitschrift ULK (1929), Gouache über Bleistift auf Karton. Privatsammlung Hamburg. Die Ausstellung „Glanz und Elend in der Weimarer Republik“ ist noch bis 25. Februar 2018 in der Frankfurter Schirn zu sehen.

sicher Musik. Zentrales Werk ist das Cellokonzert Azul (Blau) von Osgoora Golijov aus dem Jahr 2006, das stellenweise klingt wie ein landendes Raumschiff. Die musikalischen Gegensätze könnten größer nicht sein – mit Kompositionen von Karlheinz Stockhausen, Sufjan Stevens und Siamak Aghaei. Dvoráks Lied an den Mond setzt darin einen romantischen Akzent. Wer dagegen die gewohnten klassischen Bahnen nicht verlassen möchte, dem seien Mas „Bach Trios“ – eingespielt zusammen mit Chris Thile & Edgar Meyer – zu empfehlen, mit Stücken zum Beispiel aus dem „Wohltemperierten Klavier“ und der „Kunst der Fuge“.

Azul & Bach Trios: beide Warner Classics 2017, je ca. € 13.99
Yo-Yo Ma plays Ennio Morricone: Sony, DDD 2004, ca. € 8

Isolde Asbeck

„Qualität der Versorgung wird stark leiden“

Zum Artikel „Ärztlicher Bereitschaftsdienst – eine Chance zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf“, HÄBL 7/8 2017, Seite 434 f.
von Dr. med. Tobias Gehrke und Dr. med. Jürgen Burdenski

Mit großer Verwunderung habe ich erfahren, dass jeder approbierte Arzt nach einem Jahr Berufserfahrung ohne weitere Qualifikation an der Teilnahme im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) berechtigt ist. Es ist wahr, dass jeder approbierte Arzt die Notfallversorgung beherrschen sollte, aber ein gewisses Maß an Erfahrung ist erforderlich. Es widerspricht meiner Vorstellung von einer guten Versorgung, wenn die uns Fahrenden (gelegentlich doch sehr erfahrenen Rettungsassistenten) qualifizierter wären, als der diensthabende Arzt. Mir ist bekannt, dass durch den Hausarztchwund und übergebührlicher Beanspruchung durch unberechtigte Hilfesuche das Interesse der Hausärzte an der Teilnahme der Dienste

niedrig ist. Erschwerend kommt noch die unzufrieden stellende Vergütung dieser Dienste hinzu. Jedoch wenn weniger erfahrene Ärzte im ÄBD massiv eingesetzt werden, sehe ich die Versorgung meiner hausärztlichen Patienten gefährdet, wie zum Beispiel durch übermäßige Zunahme der stationären Einweisungen aus dem ÄBD. Ich befürchte, dass durch das Herabsetzen der Qualifikationskriterien die Qualität der Versorgung stark leiden wird und das Interesse der Bevölkerung an der Vorstellung im ÄBD weiter sinkt.

Weiterhin konnte ich die Berechnungen der Einkünfte nicht nachvollziehen. Nach meiner Kenntnis (sehe es ja an meinen Abrechnungen) werden von der Vorauspauschale in Höhe von 43 Euro Gebühren

direkt abgezogen, so dass ein Betrag von 41,68 Euro übrig bleibt. Der ÄBD-Betriebskostenabzug betrug bei mir immer 35 %. Ich dachte bei allen ÄBD-Leistenden sei dieser Abzug gleich.

Um die Telefonnummer 116117 bekannt zumachen, ist es einfacher, wenn jeder Hausarzt seine Patienten informiert, dass er für sie auch außerhalb der Sprechstunden gelegentlich unter der Nummer 116117 oder in der NDZ erreichbar ist. Zusätzlich können die ÄBD Visitenkarten ausgehändigt werden bzw. die Flyer in der Praxis gut sichtbar ausgelegt werden.

Dr. Johann Trutz

Facharzt für Allgemeinmedizin,
Darmstadt

Stellungnahme der Autoren zum obigen Leserbrief

Wir möchten, bevor wir Ihrer Verwunderung begegnen, darauf hinweisen, dass der Artikel die Überschrift „Ärztlicher Bereitschaftsdienst – eine Chance zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf“ trägt und nicht von der Qualität im Bereitschaftsdienst handelt.

Ihre Feststellung, ein Rettungsassistent nach zweijähriger Ausbildung sei besser qualifiziert als ein Arzt nach sechs Jahren Studium und einem Jahr Berufserfahrung, halten wir für nicht belegt und vor allen Dingen polemisch (die Ausbildung eines Rettungsassistenten dauert lediglich ca. zwei Jahre und ist im Notfallsanitätärgesetz [NotSanG] geregelt, bis 2014 war

sie im RettAssAPrV [Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für Rettungsassistentinnen und Rettungsassistenten] geregelt). Wir möchten Ihre Fragen und Kommentare wie folgt beantworten:

Die Bereitschaftsdienstordnung (BDO) regelt bereits seit 2013 in § 3 Absatz 4 „(...) erfolgreiche Teilnahme am Organisationsseminar für den Ärztlichen Bereitschaftsdienst der KV Hessen, erfolgreiche Teilnahme an einem ärztlichen Bereitschaftsdienstseminar (z. B. Notfallvertretungsdienstseminar der Landesärztekammer Hessen) und/oder Nachweis Rettungsdienst und/oder Zusatzbezeichnung Notfallmedizin (Endbescheinigung), mindestens einjährige Tätigkeit in unselbstständiger Stellung als Assistent eines Vertragsarztes oder in Krankenhäusern in einem bereitchaftsdienstrelevanten Fachgebiet (...)“ die Voraussetzungen zur Teilnahme am ÄBD.

Mit diesen Voraussetzungen zur Qualifizierung der ÄBD Ärzte hat die KV in den vergangenen Jahren gute Erfahrungen gemacht. Von wesentlichen qualitätsbedingten Problemen ist uns nichts bekannt geworden. Zudem handelt es sich beim ÄBD eben

nicht, wie von Ihnen suggeriert, um eine Notfallversorgung im Sinne der Behandlung lebensbedrohender Notfälle – dafür sind die Rettungsleitstellen und Notärzte verantwortlich –, sondern, wie in unserem Artikel dargelegt, um die Versorgung von „normalen“ Patienten außerhalb der vertragsärztlichen Sprechzeiten. Es bleibt natürlich jedem Arzt unbenommen, seine Patienten nach seinen eigenen Qualitätsansprüchen auch außerhalb der Sprechzeiten zu versorgen. Zugegeben wurde die Berechnung des Honorars etwas simplifiziert dargestellt. Sie sollte auch nicht dazu dienen, den Honorarbescheid zu überprüfen, sondern den jungen Kolleginnen und Kollegen einen Anhaltspunkt für die in etwa zu erwartende Honorierung bieten und die unbegründete Angst vor einer komplizierten Abrechnung über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen nehmen.

Dr. med. Tobias Gehrke

Allgemeinarzt aus Frankfurt
Obmann des ÄBD-Bezirks
Frankfurt/Bad Vilbel

Dr. med. Jürgen Burdenski

Allgemeinarzt aus Frankfurt

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Redaktion freut sich über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. E-Mails richten Sie bitte an die Adresse: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main. Fon: 069 97672-196

Umfassende Gesundheitslehre nötig

Leserbrief zu dem Artikel: „Warum das Heilpraktikerwesen einer Reform bedarf – Die Forderung des „Münsteraner Kreises“, HÄBL 10/2017, S. 578 f. von Dr. Daniel R. Friedrich, Prof. Dr. med. Jutta Hübner und Dr. Jan-Ole-Reichardt

Die Kollegin, Frau Prof. Hübner (Jena) hat mit ihrer Zuschrift bezüglich der Heilpraktiker-Auswahl und -Ausbildung sicherlich ins Schwarze getroffen. Es ist allerdings tröstlich zu wissen, dass ca. 90 Prozent der Prüflinge später keine Praxis eröffnen können, weil sie zu wenig Wissen und Können haben. Denn zu einem Heilpraktiker gehen fast nur Patienten, die bei kassenmedizinischer Behandlung therapieresistent sind. Die Patienten müssen doch alles aus der „eigenen Tasche“ bezahlen. Warum existieren aber so viele Heilpraktiker? Es muss anscheinend eine Menge therapieresistenter Patienten geben. Denn ohne genügende Einnahmen kann auch der eifrigste Heilpraktiker nicht existieren. Und hier stoßen wir auf ein Problem, dass die verehrte Kollegin leider nicht angeschnitten hat.

An den Universitäten wird nur die Behandlung von Krankheiten, nicht aber die Erhaltung der Gesundheit gelehrt. Die Professoren und Ärzte allgemein sind nicht gesünder als die Durchschnittsbevölkerung. Aus diesem Grunde haben wir eine wahnsinnige Zunahme an Krankheiten wie Diabetes, Krebs, Autoimmunerkrankungen, Alzheimer, Arthrosen etc. mit extremen Kosten – ohne, dass eine Besserung in Sicht ist. Das bedeutet, dass die

konventionelle Medizin versagt trotz sogenannter wissenschaftlich, evidenzbasierter, evaluierter Studien, weil sie die Gesundheit der Bevölkerung (und auch die eigene) nicht erhalten kann.

Die Medizin ist im Wesentlichen eine Erfahrungsmedizin trotz allen gut gemeinten Studien. Zwei Beispiele aus der Praxis: 1. Eine 45-jährige Frau hat sich einen großen Holzsplitter in die Innenhand eingezogen, der heraus operiert werden musste. Aufgrund des Entstehens einer Phlegmone musste innerhalb von zwei Monaten noch zweimal nachoperiert werden. Die Phlegmone blieb therapieresistent. Vor einer vierten Operation kam die Patientin zu uns und ließ sich ohne weitere medikamentöse Behandlung zweimal Blutegel ansetzen. Damit war die Phlegmone verschwunden. Kann es Studien geben über die Behandlung von Phlegmonen mit Blutegel?

2. Eine 85-jährige Patientin rutschte in der Straßenbahn die Treppe herunter und riss sich am Schienbein einen handflächengroßen Hautlappen ab, der nur noch an wenigen Zentimetern im oberen Bereich festhing. Der Fachkollege riet zu einer Hauttransplantation. Stattdessen kam die Patientin zu uns, um eine Alternativmedizin zu versuchen. Wir benutzten Honig, leg-

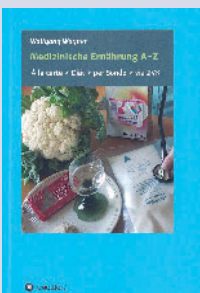
ten den Hautlappen auf die Wunde und wechselten täglich den Verband. Nach drei Wochen war die Haut zu fast 100 Prozent angewachsen. Gibt es Studien zur Anwendung von Honig bei großflächigen Hautlappenverletzungen? Wohl kaum.

Eine gute medizinische Behandlung ist zu mindestens 75 Prozent eine Erfahrungsmedizin und zu höchstens 25 Prozent Wissenschaft. In diesem Bereich haben die guten Heilpraktiker durchaus ihre Berechtigung ohne den Zwang zur Fortbildung wie die Ärzte. Denn sie betreiben fast immer eine erfolgreiche Volks- und Erfahrungsmedizin.

Chinesische und indische Medizin mit ihrer großen Akzeptanz gibt es seit Jahrtausenden. Homöopathie (eine Therapie mit Informationen und Resonanzen) ist in Deutschland seit über 200 Jahren fest (!) verankert. Großmutter's Hausrezepte wirken oft nachhaltiger, schneller und nebenwirkungsfreier als moderne Medikamente. Bringen Sie doch bitte eine gute, möglichst umfassende Gesundheitslehre an die Universitäten und in den Lehrplan für künftige Ärzte. Dann werden Heilpraktiker nach und nach überflüssig.

Dr. med. Jürgen Freiherr von Rosen
Gersfeld in der Rhön

Bücher



Wolfgang Wagner: Medizinische Ernährung A–Z À la carte, Diät, per Sonde, via ZVK

Verlag tredition Hamburg 2017,
ISBN 9783743934757 (Taschenbuch),
auch als Hardcover oder E-Book,
ab € 12.50

Dr. med. Wolfgang Wagner, Facharzt für Innere Medizin aus Bad Camberg, hat sein Buch „Medizinische Ernährung A–Z“ als „Kleine Vorlesung für alle“ betitelt. So richtet sich das Buch an Ärzte, Medizinstudenten und Pflegekräfte, aber auch an Laien. Wagner betont: „Jeder Arzt muss der Ernährung der Kranken so viel Auf-

merksamkeit widmen wie ihrer Medikation. Ernährung ist evidenzbasierte Medizin!“ Zuerst legt der Autor Grundlagen mit Kapiteln z. B. über den Stoffwechsel, Kohlenhydrate, Eiweiß, Cholesterin & Fette sowie über Wasser und seine Mineralien. Anschließend stellt er die Möglichkeiten der (Spezial-)Nahrung für Kranke vor. Nicht nur für Pflegekräfte sind beispielsweise die vorgestellten Techniken hilfreich, Patienten mit Schluckbeschwerden optimal zu unterstützen. Das Für und Wider der Sondenernährung ist selbstredend wichtig, ebenfalls die Infusionstherapie. Ein Glossar erläutert Symptome und Begriffe aus Laborbefunden. Am Ende geht es um die letzten Dinge: Wann darf die künstliche Ernährung eines Kranken beendet werden? In den Überschriften stellt der Autor viele Fragen – eindimensionale Antworten gibt er nicht, sondern regt an, eigene Lösungswege zu finden mit dem Wissen, das er mit dem Buch an die Hand gibt. **Isolde Asbeck**



Foto: Syven Reichhold

Dr. med. Tomasz Antoni Jarczok, Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie am Universitätsklinikum Frankfurt, erhielt auf dem 4. Deutschen Patientenkongress Depression den Carlsson Wedemeyer-Förderpreis. Ausgezeichnet wurde seine Arbeit: „Vigilanz und depressive Störungen im Jugendalter (ViDeJu) – Pilotstudie zur Evaluation eines neurobiologischen Prädiktors für das Ansprechen auf Antidepressiva.“ Der Carlsson Wedemeyer-Förderpreis ist mit 10.000 Euro dotiert und wird an klinische und psychosoziale Forschungsprojekte zu depressiven Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen vergeben.

Priv. Doz. Dr. med. Martin Barth (46)



Foto: Klinikum Höchst

übernahm zum 1. Oktober die Leitung der Klinik für Neurochirurgie am Klinikum Frankfurt Höchst. Er war zuvor unter anderem als Leitender Oberarzt an der Neurochirurgischen Universitätsklinik in Bochum sowie in Mannheim tätig. Thema seiner Habilitation war die Erkundung neuer diagnostischer und therapeutischer Verfahren in der Behandlung der aneurysmatischen Subarachnoidalblutung, also einer Blutung zwischen der mittleren der inneren Hirnhaut. Zu seinen Zielen am Klinikum Frankfurt Höchst gehört die Zertifizierung als neuro-onkologisches Tumorzentrum.



Foto: Peter Pulkowski

PD Dr. rer. nat. et med. habil. Jörg Fahrer, Universitätsmedizin der Johannes Gutenberg-Universität Mainz, hat einen Ruf an die Justus-Liebig-Universität Gießen auf die W2-Professur für Zelluläre Pharmakologie und Toxikologie angenommen. Er tritt die am Rudolf-Buchheim-Institut für Pharmakologie angesiedelte Professur zum Wintersemester 2017/2018 an. Seine Forschungsarbeiten beschäfti-

gen sich mit den Mechanismen der kolorektalen Karzinogenese im Kontext von inflammatorischen Prozessen und der Bedeutung der DNA-Schadensantwort als zellulären Schutzmechanismus.

Die Medizinische Klinik II des Klinikums Fulda hat einen neuen Chefarzt. **PD Dr. med. Carsten Schmidt** (48) leitet nun die Klinik für Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Diabetologie und Infektiologie. Schmidt will insbesondere die Bereiche Endoskopie und Diabetologie weiterentwickeln sowie das Viszeralmedizinische Zentrums am Klinikum Fulda ausbauen. Zuletzt war er tätig als Geschäftsführender Oberarzt in der Klinik für Innere Medizin IV am Universitätsklinikum Jena.



Foto: Klinikum Fulda

PD Dr. med. Akin



Foto: Krankenhaus Nordwest

Atmaca (Foto) übernimmt ab sofort die Leitung der neu gegründeten Sektion Thoraxonkologie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/Main. In der Sektion Thoraxonkologie, die innerhalb der Klinik für Onkologie und Hämatologie unter der Leitung von **Prof. Dr. med. Elke Jäger** angesiedelt ist, werden hochspezialisiert bösartige Erkrankungen der Lunge (Lungenkarzinome), des Rippen-/Lungenfalls (Pleuramesotheliome), des Thymus (maligne Thymome und Thy-

muskarzinome) und andere seltene Tumoren der Brustkorb-Organen behandelt. In interdisziplinärer Zusammenarbeit werden zudem metastatische Erkrankungen im Bereich der Lunge therapeutisch mitbetreut.

Prof. Dr. med. Katharina Holzer hat den Ruf auf eine W2-Professur für Endokrine Chirurgie an der Philipps-Universität, Klinik für Viszeral-, Thorax- und Gefäßchirurgie in Marburg erhalten. Holzer war zuvor am Universitätsklinikum der Johann Wolfgang Goethe Universität in Frankfurt am Main tätig, zuletzt als stellvertretende Klinikdirektorin der Klinik für Allgemein- und Viszeralchirurgie und hat hier bereits seit 2003 die Endokrine Chirurgie erfolgreich vertreten. Seit 2011 hat sie die europäische Zusatzbezeichnung Fellow of the European Board of Surgery in Endokriner Chirurgie erhalten.



Foto: UKGM

Prof. Dr. med. Michael Rauschmann übernimmt zum 1. Oktober als Chefarzt die Leitung der neuen Klinik für Wirbelsäulenorthopädie und Rekonstruktive Orthopädie am Sana Klinikum in Offenbach. Rauschmann war zuletzt als Leiter der Abteilung für Wirbelsäulenorthopädie an der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt tätig.



Foto: Sana Offenbach

Gratulation für Dr. med. Horst Rebscher-Seitz

Dr. med. Horst Rebscher-Seitz (Foto) wird am 5. Januar 2018 70 Jahre alt. Ein guter Anlass, diesem hochgeschätzten Kollegen hier herzlich zu gratulieren und sein Wirken zu würdigen: 36 Jahre (von 1982 bis 2016) war er in Selters/Taunus als Facharzt für Allgemeinmedizin und Sportmedizin niedergelassen. Daneben bestimmte er die Geschicke der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) über viele Jahre maßgeblich mit. So war er von 1988 bis 2010 Mitglied der Abgeordneten- bzw. der Vertreterversammlung, währenddessen von 1992 bis 2000 Vorsitzender der Bezirksstelle Limburg, dann von 2001 bis Mitte 2003 stellv. Vorstandsvorsitzender und von Mitte 2003 bis Ende 2004 Vorstandsvorsitzender. 2005 wurde er für sein vielseitiges soziales Engagement zu Recht mit dem Bundesverdienstkreuz ausgezeichnet.



Foto: privat

Dr. Eckhard Starke, stellv. Vorsitzender der KVH

Webcasts
jetzt online –
schnell kostenlos
registrieren:
www.moc-dgim.de

 **moc** präsentiert / DGIM Jahrestagung 2017

moc – Ihre Online-Plattform für Kongressdokumentation zum 123. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin e.V. in Mannheim vom 29.04. bis 02.05.2017

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- // Hochwertig produzierte Webcasts
- // Verfügbarkeit unmittelbar nach Kongressende
- // Vorträge jederzeit abrufbar
- // Komfortable Suchfunktion
- // Interessante redaktionelle Beiträge
- // Kongressarchiv von 2013 – 2016

Registrieren Sie sich jetzt kostenlos mit dem Code **DGIM2017** auf www.moc-dgim.de

In Zusammenarbeit mit



Ein Produkt von



Akutes Nierenversagen nach Kontrastmittelgabe

Nachdruck aus „Arzneiverordnung in der Praxis“ (AVP) vorab online 7. September 2017

Abstract

Neuere Untersuchungen zur Prophylaxe der akuten kontrastmittelinduzierten Nephropathie werden diskutiert. Die bisherigen vorbeugenden Maßnahmen scheinen demnach nicht mehr ausreichend evidenzbasiert.

Einleitung

In Amerika und Europa wird ein akutes Nierenversagen (ANV) nach der Gabe jodhaltiger Kontrastmittel (Kontrastmittel-nephropathie, CIN – contrast-induced nephropathy) seit vielen Jahren für ca. 10 Prozent (%) aller im Krankenhaus erworbenen Nierenversagen verantwortlich gemacht [1]. Die Inzidenz dieser „Erkrankung“ ist je nach Publikation stark abhängig von der zugrunde gelegten Definition des akuten Nierenversagens, der Art und der Dosis des Kontrastmittels (KM), der Art der durchgeführten Prozedur und natürlich von den patientenbezogenen Risikofaktoren – vor allem von einer vorbestehenden Niereninsuffizienz [2].

Das Auftreten eines ANV nach Kontrastmittelgabe ist anhand von Langzeituntersuchungen dabei keine rein passagere Kreatininretention und somit keine „Laborkrankheit“ ohne Krankheitswert, wie vielfach behauptet wird. Vielmehr führt es genau wie alle anderen Formen des akuten Nierenversagens in bis zu 30 % zu einer dauerhaften Niereninsuffizienz und zu einer deutlichen Mortalitätssteigerung [3]. Zahlreiche epidemiologische Studien zeigten zudem eine erhöhte (insbesondere kardiovaskuläre) Morbidität und eine gesteigerte Krankenhauslangzeitmortalität sowie eine höhere Inzidenz langfristiger schwerwiegender Ereignisse vor allem bei bereits niereninsuffizienten Patienten [4] nach stattgehabtem ANV.

zienten Patienten [4] nach stattgehabtem ANV.

Trotz dieser zum Teil klaren Aussagen ist die genaue Definition einer CIN immer noch problematisch und richtet sich zunehmend nach den (ebenfalls in jüngerer Zeit immer wieder neu definierten!) Kriterien des akuten Nierenversagens (RIFLE, AKIN, KDOQI)¹.

Derzeit wird eine CIN traditionell definiert als Kreatininanstieg um > 25 % oder 0,5 mg/dl absolut innerhalb von zwei bis drei Tagen nach KM-Applikation. KDOQI schlug 2013 vor, die allgemein gültige AKI-Definition (acute kidney injury) auch auf die CIN anzuwenden: Kreatininanstieg $\geq 0,3$ mg/dl oder um mehr als das 1,5-fache des Ausgangswertes innerhalb von 48 Stunden.

Neben der fehlenden einheitlichen Definition des ANV nach KM kommt erschwerend hinzu, dass ein Kreatininanstieg auch ohne KM-Belastung bei bis zu 30 % der Patienten im Rahmen eines Krankenhausaufenthalts zu verzeichnen ist [5].

Die Autoren dieser Arbeit und die einer weiteren Arbeit, die sich ebenfalls mit den Kreatininschwankungen unabhängig von der Gabe jodhaltiger Kontrastmittel beschäftigte und zu einem ähnlichen Ergebnis kam [6], schließen daraus, dass bei Studien zur CIN möglichst immer eine Kontrollgruppe ohne KM-Belastung zum Ausschluss bzw. Einberechnung dieses „Hintergrundrauschens“ mit untersucht werden muss.

Gibt es die Kontrastmittel-nephropathie (CIN) überhaupt?

Aufgrund der Heterogenität der Studien und der Fluktuation des Kreatininverlaufes im Rahmen eines Krankenhausaufenthaltes werden immer wieder Stimmen laut, die die Existenz dieser Krankheitsentität anzweifeln [7]. Hierbei werden die Skeptiker unterstützt durch neuere Studien. So konnte eine kontrollierte Studie aus Dänemark [8] zeigen, dass sowohl bei KM-angehobenem CT als auch bei nativem CT und bei einem

MRT die Fluktuation der eGFR vor und drei Tage nach der Bildgebung so hoch war, dass eine klare Identifikation eines ANV (im Sinne einer CIN) letztendlich nicht möglich war. Eine weitere große Studie an > 60.000 Patienten, die eine CT-Untersuchung mit und ohne Kontrastmittel oder gar kein CT erhielten [9], konnte ebenfalls keine erhöhte Inzidenz eines ANV in der Gruppe mit Kontrastmittelgabe nachweisen. Eine große Analyse der Daten aus dem Datensatz der Nationwide Inpatient Sample (NIS) des Jahres 2009 mit Daten von 7.810.762 Patienten kam ebenfalls zu dem Resultat, dass das Risiko für eine CIN sowohl in der Literatur, als auch von den behandelnden Ärzten überschätzt wird [7].

Es muss hierbei erwähnt werden, dass dies insbesondere für die Gabe von Kontrastmittel im Rahmen einer CT-Untersuchung gilt. Interventionelle Untersuchungen (zum Beispiel Koronarangiographie, Becken-Bein-Angiographie) führen in der Regel häufiger zu einem postinterventionellen ANV als rein diagnostische intravenöse KM-Gaben (zum Beispiel KM-angehobenes CT). Ursächlich hierfür ist dabei vermutlich weniger das eingesetzte KM als eventuell das Auftreten von (Cholesterin-)Embolien (zum Beispiel durch Plaque-Rupturen).

Maßnahmen zu Verhinderung eines ANV nach KM-Gabe

In den vergangenen zehn Jahren gab es eine Vielzahl von Studien, die sich mit der Prävention dieser Form des akuten Nierenversagens beschäftigten. Die hierbei zahlenmäßig am häufigsten untersuchten Interventionen, die die vergangenen zehn Jahre dominierten, waren:

1. Die periprozedurale Hydratationen mit Kochsalzlösungen und Natriumbikarbonat-haltigen Lösungen

Eine Analyse der Studien, die sich mit der periprozeduralen Volumenexpansion, insbesondere der Gabe von isotonischer Kochsalzlösung (i. v.) befassten [10], kam zu dem Schluss, dass eine klare Therapie-

¹ RIFLE = Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD (Risiko-Schädigung-Versagen-Verlust-terminales Nierenversagen). AKIN = Acute Kidney Injury Network; AKIN-Kriterien. Nach den Empfehlungen der Kidney Disease Outcome Quality Initiative (KDOQI) wird die Nierenleistung ebenfalls in Stadien unterteilt.

empfehlung nicht abgeleitet werden kann, da die Flüssigkeitsmenge, die Flüssigkeitsart und die Dauer in den Untersuchungen unterschiedlich war und die Fallzahl oft zu gering (insbesondere wenn man die oben angeführte Fluktuation des Kreatinin als Hauptindikator eines CIN mitberücksichtigt).

Die wohl größte Studie zu diesem Thema ist aktuell im Lancet erschienen und konnte keine Überlegenheit der prophylaktischen Hydratation bei Risikopatienten nachweisen [11]. Diese Studie ist die erste prospektiv randomisierte klinische Studie, die den Effekt einer intravenösen Prähydratation vor Gabe einer sehr geringen Menge eines modernen KM untersuchte (vorgewärmtes, niedrig-osmolares, monomerisches nicht-ionisches KM Iopromid mit einem Jodgehalt von 300 mg/ml). Das intravenöse Gesamtvolumen betrug im Mittel 1637 ml und die Menge an Kontrastmittel 91 ml. Eingeschlossen wurden 600 Patienten mit einer GFR > 30 ml/min.

Eine besondere Aufmerksamkeit erregte zeitweise eine sehr eindrucksvolle Studie, die eine Natriumbikarbonat-haltige Lösung zur Prävention der CIN verwendete [12]. Hier gab es danach zahlreiche große und kleine Studien mit sehr unterschiedlichem Ausgang. Letztendlich zeigte eine große Metaanalyse, die spezielle Selektionskriterien für die Studien anlegte, keinen Benefit für Natriumbikarbonat-haltige Lösungen und diese Maßnahme wurde wieder verlassen [13].

2. Die Gabe von Acetylcystein (ACC)

ACC wirkt antioxidativ und gefäßserweiternd und soll so die CIN verhindern. Seit

der ersten Beschreibung durch Tepel [14] wurde dieser Ansatz sehr kontrovers und engagiert diskutiert. Trotz einer Vielzahl von Folgestudien und auch einer Vielzahl von Metaanalysen war es aufgrund der Heterogenität der Ergebnisse zu unterschiedlichen Empfehlungen der Experten gekommen. Die Heterogenität der Ergebnisse wurde zurückgeführt auf: Unterdosierung, unterschiedliche Applikation (p. o. versus i. v.), den Einfluss von ACC auf die Kreatininbestimmung (falsch niedrige Ergebnisse unter ACC), die unterschiedliche Bioverfügbarkeit je nach Präparat und Patient und zuletzt auf die hohe Inzidenzrate des ANV in den Kontrollgruppen. Die letztendlich entscheidende (weil von der Fallzahl ausreichend hoch angesetzte) Studie erschien dann 2011 in Circulation und hat den „Hype“ um das ACC insofern beendet, als dass eine Effektivität nicht nachgewiesen werden konnte [15].

Fazit für die Praxis

Aktuell gilt es in den nächsten Jahren, diese Form des ANV neu und präzise zu definieren. Hierbei kann es durchaus sein, dass die Entität CIN oder Kontrastmittel-nephrotoxizität als eigenständiges „Krankheitsbild“, insbesondere bei der Indikation einer KM-Gabe im Rahmen einer CT-Untersuchung, nicht mehr aufrechterhalten werden kann (Stichwort Hintergrundrauschen).

Ob sich weitere spezifische Präventionsmaßnahmen in den nächsten Jahren erarbeiten lassen und ob diese wirklich speziell auf die Nierenfunktionsverschlechterung nach KM zielen, bleibt abzuwarten. Unbenommen ist aber, dass ein (wenn auch nur

laborchemisch nachweisbares) Nierenversagen eine für die Patienten äußerst folgenschwere Entwicklung im Hinblick auf seine Mortalität und Morbidität darstellt. Aktuell kann man lediglich die Empfehlung geben, Risikopatienten (hier vor allem Patienten mit bekannter Einschränkung der GFR) nicht zu dehydrieren und die zusätzliche Gabe nephrotoxischer Medikamente (vor allem NSAID) bei Kontrastmittelapplikation zu vermeiden. Spezifische pharmakologische oder therapeutische Interventionen sind aufgrund der derzeitigen Datenlage nicht mit einem hohen Evidenzgrad belegt. Eine Alternative zu einer KM-angehobenen CT-Untersuchung ist vielfach eine MRT-Untersuchung (diese ist bei neueren Geräten auch mit immer weniger KM-Menge möglich!). Eine klinisch notwendige Untersuchung (zum Beispiel Koronarangiographie oder kontrastangehobenes CT zur Gefäßdiagnostik) sollte auch Patienten mit eingeschränkter Nierenfunktion nicht vorenthalten werden.

Prof. Dr. med. Christiane Erley
St. Joseph
Krankenhaus
Berlin Tempelhof
E-Mail: christiane.erley@sjk.de

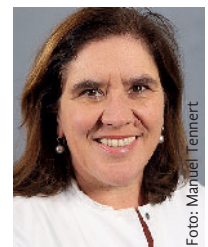


Foto: Manuel Tennert

Die Literaturhinweise finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“. Ein Interessenkonflikt wird von der Autorin verneint.

Abkürzungsverzeichnis

ACC	Acetylcystein	ESRD	terminales Nierenversagen
AKI	acute kidney injury	KDOQI ¹	Kidney Disease Outcome Quality Initiative
AKIN ¹	Acute Kidney Injury Network	KM	Kontrastmittel
ANV	akutes Nierenversagen	MRT	Magnetresonanztomographie
CIN	Kontrastmittelnephropathie – contrast-induced nephropathy	NIS	Nationwide Inpatient Sample
CT	Computertomographie	NSAID	Nicht-steroidale Entzündungshemmer
eGFR	estimated GFR: die geschätzte glomeruläre Filtrationsrate, ein Maß für die Nierenfunktion	RIFLE ¹	Risk-Injury-Failure-Loss-ESRD

Literatur zum Artikel:

Akutes Nierenversagen nach Kontrastmittel

von Prof. Dr. med. Christiane Erley

- [1] Nash K, Hafeez A, Hou S: Hospital-acquired renal insufficiency. *Am J Kidney Dis* 2002; 39: 930–936.
- [2] McCullough PA, Wolyn R, Rocher LL et al.: Acute renal failure after coronary intervention: incidence, risk factors, and relationship to mortality. *Am J Med* 1997; 103: 368–375.
- [3] Dangas G, Iakovou I, Nikolsky E et al.: Contrast-induced nephropathy after percutaneous coronary interventions in relation to chronic kidney disease and hemodynamic variables. *Am J Cardiol* 2005; 95: 13–19.
- [4] Abe M, Morimoto T, Akao M et al.: Relation of contrast-induced nephropathy to long-term mortality after percutaneous coronary intervention. *Am J Cardiol* 2014; 114: 362–368.
- [5] Newhouse JH, Kho D, Rao QA, Starren J: Frequency of serum creatinine changes in the absence of iodinated contrast material: implications for studies of contrast nephrotoxicity. *AJR Am J Roentgenol* 2008; 191: 376–382.
- [6] Bruce RJ, Djamali A, Shinki K et al.: Background fluctuation of kidney function versus contrast-induced nephrotoxicity. *AJR Am J Roentgenol* 2009; 192: 711–718.
- [7] Wilhelm-Leen E, Montez-Rath ME, Chertow G: Estimating the risk of radiocontrast-associated nephropathy. *J Am Soc Nephrol* 2017; 28: 653–659.
- [8] Azzouz M, Romsing J, Thomsen HS: Fluctuations in eGFR in relation to unenhanced and enhanced MRI and CT outpatients. *Eur J Radiol* 2014; 83: 886–892.
- [9] Hinson JS, Ehmann MR, Fine DM et al.: Risk of acute kidney injury after intravenous contrast media administration. *Ann Emerg Med* 2017; 69: 577–586.
- [10] Weisbord SD, Palevsky PM: Prevention of contrast-induced nephropathy with volume expansion. *Clin J Am Soc Nephrol* 2008; 3: 273–280.
- [11] Nijssen EC, Rennenberg RJ, Nelemans PJ et al.: Prophylactic hydration to protect renal function from intravascular iodinated contrast material in patients at high risk of contrast-induced nephropathy (AMACING): a prospective, randomised, phase 3, controlled, open-label, non-inferiority trial. *Lancet* 2017; 389: 1312–1322.
- [12] Merten GJ, Burgess WP, Gray LV et al.: Prevention of contrast-induced nephropathy with sodium bicarbonate: a randomized controlled trial. *JAMA* 2004; 291: 2328–2334.
- [13] Brar SS, Hiremath S, Dangas G et al.: Sodium bicarbonate for the prevention of contrast induced-acute kidney injury: a systematic review and meta-analysis. *Clin J Am Soc Nephrol* 2009; 4: 1584–1592.
- [14] Tepel M, van der Giet M, Schwarzfeld C et al.: Prevention of radiographic-contrast-agent-induced reductions in renal function by acetylcysteine. *N Engl J Med* 2000; 343: 180–184.
- [15] Investigators ACT: Acetylcysteine for prevention of renal outcomes in patients undergoing coronary and peripheral vascular angiography: main results from the randomized Acetylcysteine for Contrast-induced nephropathy Trial (ACT). *Circulation* 2011; 124: 1250–1259.



Prof. Dr. med. Peter von Wichert: „Die Befähigung zum wissenschaftlichen Denken ist die eigentliche Aufgabe eines Universitätsstudiums.“

Die Reform des Medizinstudiums soll den Studenten die Wissenschaft austreiben

Dieser Artikel ist unter dem Titel „Ganz ohne Wissenschaft läuft keine Praxis“ zuerst in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung erschienen (06.09.2017, Seite N4).

Für eine Reihe von akademischen Fächern stellt sich die Frage erst gar nicht, ob der Lehrstoff eine wissenschaftliche Ausbildung garantiert. Es ist beispielsweise unmöglich, Astronomie oder Theoretische Physik zu studieren, ohne die Grundprinzipien der Fächer erfassen zu müssen. Das ist in anwendungsbezogenen Fächern wie Medizin oder Lebenswissenschaften anders, und noch einmal anders ist es in den geisteswissenschaftlichen Disziplinen. Die Medizin ist ein Fach, in dem sich Daten aus der Grundlagenforschung mit ärztlichen Erfahrungen und Ergebnissen von Studien ergänzen und erst dadurch den Charakter des Faches erkennbar werden lassen. Das gilt nicht nur für die naturwissenschaftliche Seite der Medizin, sondern ganz besonders für die klinische Medizin. Auch hier ist die wissenschaftliche Durchdringung des Stoffs die eigentliche Basis des Fachs. Die Notwendigkeit, „praktische und auf Erfahrung basierte Daten in der

Medizin“ unbedingt zu beachten, kann leicht zu der Auffassung führen, dass nur diese Überlegungen und Erkenntnisse die Medizin im Eigentlichen ausmachen.

Diese trügerische Auffassung wird häufig dadurch bestärkt, dass es in der Tat gelingt, mit dieser Art praktischer Kenntnisse nicht nur ein Studium der Medizin abzuschließen, sondern auch im Berufsalltag einigermaßen zu bestehen. In vielen Ländern ist ein solches Vorgehen auch als Ausbildungsstandard üblich. Allerdings ist die so gewonnene medizinische Qualität dann nicht mit der bisherigen in Mitteleuropa zu vergleichen.

In die gleiche Richtung zielen die Versuche, das Medizinstudium auf benennbare „Kompetenzen“ zu reduzieren. Diese sollen dann insbesondere für die Praxisbezogenheit des Studiums stehen. Hier ist durch den Medizinischen Fakultätentag mit der Akzeptanz des „Nationalen kompetenzbasierten Lernzielkatalogs“ (NKLM) eine Breche in die wissenschaftliche Medizin geschlagen worden, die sich nicht vorteilhaft auf die allgemeinmedizinische Versorgung auswirken wird.

Die kompetenzorientierte Sichtweise wird dadurch gefördert, dass praktische Fähigkeiten, die wie in einem Handwerk ge-

konnt werden müssen, für die Tätigkeit als Arzt in der Tat konstitutiv sind und sich sehr leicht die Meinung einstellt, dass gerade diese „praktischen“ Fähigkeiten einen erfolgreichen Arzt ausmachen. Die gegenwärtige, nicht ausreichend zielgenaue Diskussion über den Mangel an Allgemeinärzten, früher auch „praktische“ Ärzte genannt, verdeutlicht diese Situation.

Einen erfolgreichen Arzt macht allerdings nicht nur aus, dass er sich mit dem Patienten unterhält und ihn untersucht (allerdings nehmen die Kenntnisse in Untersuchungstechnik in jüngerer Zeit rapide ab und gehen an manchen Stellen gegen null), sondern dass er versucht, die Krankheit des Patienten in allen ihren Aspekten zu verstehen.

Er muss vor allem den „theoretischen“ Hintergrund dessen, was die Kranken ihm erzählen, erfassen können. Und aus dem, was er in seiner wissenschaftlichen Ausbildung gelernt hat, ein Konzept zu Diagnose und Therapie seines Patienten entwickeln. Es ergibt sich von selbst, dass das Problem in der Erkrankung des jeweiligen individuellen Menschen liegt und nicht in dem Umstand, diesen entweder stationär oder ambulant, beispielsweise in einer Allgemeinarztpraxis, zu versorgen.

Insofern geht die derzeitige Diskussion um eine besondere Ausbildung von Allgemeinärzten am Problem völlig vorbei. Allgemeinmedizin erfordert keine andere Ausbildung, als sie für Medizin generell notwendig ist. Und es wäre eine Katastrophe, wenn mit der Reform eine „Medizin light“ eingeführt würde. Allgemeinmedizin ist auch kein eigenes wissenschaftliches Fach innerhalb der Medizin, sondern beschreibt nur einen, allerdings zunehmend wichtigen, Tätigkeitshorizont.

Die heute gültige Approbationsordnung von 2002 verlangt erstmalig eine „praxisorientierte“ Ausbildung der Studierenden. Frühere Approbationsordnungen hatten unter Beachtung der Medizin als eines wissenschaftlichen Faches auf eine solche Forderung verzichtet, da sie im Grunde kontraproduktiv ist. Zwar wird auch gefordert, dass die Ausbildung wissenschaftsbasiert ist, dies ist aber ein Unterschied zu einer wissenschaftlichen Ausbildung. Denn mit „wissenschaftsbasiert“ ist eben keine wissenschaftliche Ausbildung gemeint. Zum Zwecke einer möglichst „effektiven“ Heranbildung junger Ärzte sollte dies offenbar vermeiden werden.

Die Ausbildung in der Medizin an den Universitäten hat schon heute viele Charakteristika einer Fachschulausbildung und wird sie in Zukunft noch stärker aufweisen. Da wundert es nicht, dass neue Medizinische Hochschulen mit praxisbezogenen Studiengängen in Richtung Allgemeinmedizin entstehen und geplant sind. Der für ein akademisches Fach notwendige Wissenschaftsbezug bleibt unerwähnt.

Der Praxisbezug ist auch Gegenstand des in Vorbereitung befindlichen Masterplans 2020 für die medizinische Ausbildung. Wenn man von offizieller Seite die Hoffnung hat, durch besondere praxisbezogene Ausbildungsgänge mehr Allgemeinärzte zu erhalten, dann wird dies nur durch ein weiteres Absenken des Niveaus möglich sein. Viele schlecht ausgebildete Ärzte sind nicht unbedingt besser als weniger, dafür aber gut ausgebildete Ärzte. Es ist eine Illusion zu glauben, mit einer auf „Allgemeinmedizin“ ausgelegten Ausbildung die Zahl der Allgemeinärzte zu vergrößern. Das gelingt nur durch eine zeitgemäße Struktur der Praxen und durch angemessene Honorierung.

Das „Verstehen“ des wissenschaftlichen Gehalts der Medizin und das tiefergehende Verständnis von Krankheitsprozessen ist notwendig an eine Ausbildung geknüpft, die den Studenten die wissenschaftlichen Probleme der Fächer vermittelt. Also etwa auch das, was derzeit nicht geleistet werden kann, oder das, was wir nicht wissen, aber gern wissen würden. Das ist die eigentliche Aufgabe eines akademischen Studiums – es soll den Geist „freischalten“ für die Zukunft. Seine Aufgabe ist nicht, vordergründig Faktenwissen zu vermitteln, das seinem Charakter gemäß veralten kann. Hat man hingegen die wissenschaftlichen Prinzipien eines Faches verstanden, kann man es jederzeit durch Neues bereichern. Gerade in den klinischen Fächern ist die Vermittlung eines integralen wissenschaftlichen Verständnisses essenziell.

Warum ist der Wissenschaftsbezug so wichtig? Nur wenige Beispiele: Gegenstand des wissenschaftlichen Faches Medizin ist der Mensch – meist als Patient, der dem Arzt in einer unerhörten biologischen Vielfalt gegenübertritt. Jede Schematisierung verbietet sich, weil sie dem individuellen Patienten zuwiderlaufen könnte, wengleich ärztliches Tun natürlich überwiegend nach festliegenden Prinzipien erfolgt. Der Arzt muss aber erkennen können, wann die Normmethoden nicht greifen oder nicht greifen können, und eben dieses Wissen vermittelt ihm wissenschaftliche Ausbildung und spätere Fortbildungen. Ein solches Ausbildungsniveau wird auch deswegen immer wichtiger, weil mit der Entwicklung individueller Diagnose und Therapiekonzepte, beispielsweise durch die Anwendung molekular-diagnostischer Verfahren, der kritische wissenschaftliche Ansatz der ärztlichen Tätigkeit an Bedeutung zunehmen wird. Das mag genügen, um den Unterschied zwischen kompetenzbasierter, praxisorientierter Ausbildung einerseits und wissenschaftlicher Ausbildung andererseits darzustellen.

Mitteuropäische Universitäten waren in den vergangenen zweihundert Jahren keine Berufsausbildungsstätten, und sie sind gut damit gefahren. Sie waren Bildungsstätten, die eine akademische Bildung vermittelten, die dann auch für einen Beruf genutzt werden konnte. Das

galt für alle Fakultäten und auch für die Medizin. Wenn sich die Universitäten trotz ihrer eigentlich anderen Aufgaben jetzt vor die politisch gewollte Betonung von Kompetenzorientierung und Förderung der Allgemeinmedizin spannen lassen, geben sie ohne Not ihren Alleinstellungsanspruch für eine wissenschaftliche Ausbildung auf, und stellen sich Fachschulen gleich. Faktenwissen ist dort hervorragend aufgehoben.

Die Universitäten verraten gleichzeitig diejenigen Studierenden, die sich eine wissenschaftliche Ausbildung erhofft haben. Häufig hört man das Argument, dass ein Allgemeinarzt oder auch jeder andere Arzt gar keine wissenschaftliche Ausbildung benötige, weil er ohnehin keine Wissenschaft betreibe. Dieses Argument trifft deshalb nicht zu, weil es bei der Mehrzahl der Ärzte nicht um wissenschaftliches Tun, sondern um wissenschaftliches Denken geht, das unabdingbar für die erfolgreiche Betreuung der Kranken ist. Die Befähigung zum wissenschaftlichen Denken ist die eigentliche Aufgabe eines Universitätsstudiums. „Kompetenzen“ gleich welcher Art können das nicht leisten.

Eine wissenschaftliche Ausbildung an einer Universität dient im Fach Medizin der Schulung einer kritischen Herangehensweise an die Probleme des Faches, dem Erkennen von Fehlern in kritischer Selbstreflexion und schließlich der Gesundheit der Patienten. Sie ist der einzige Garant für die Sicherheit des Kranken und für die Unabhängigkeit der ärztlichen Urteilsbildung. Die Kranken werden die eigentlich Betroffenen sein, wenn sich der Charakter der ärztlichen Ausbildung von einer Hochschul- in eine Fachschulbildung verändert.

Prof. Dr. med.

Peter von Wichert

emeritierter Direktor
der Medizinischen
Poliklinik Marburg
Kontakt per E-Mail
über die Redaktion:
haebl@laekh.de



Foto: Wilfried Glasisch

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

DGPM sieht Gefährdung der Patientensicherheit

Zum Gesetzesentwurf für die Reform der Psychotherapeutenausbildung

Am 17. Juli 2017 hat die Bundesregierung einen Arbeitsentwurf zum „Gesetz zur Reform des Psychotherapeutengesetzes“ vorgelegt, der seitdem vielfach kommentiert und hitzig diskutiert wurde. Auch die Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM) hat sich in einer Stellungnahme vom 5. September 2017 zu Eckpunkten geäußert und warnt vor möglichen negativen Konsequenzen für Ärzteschaft und Patienten:

„Dieser Entwurf hat bei den Mitgliedern der Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie sowohl völliges Unverständnis als auch schärfste Kritik ausgelöst. Ganz grundsätzlich bleibt in dem vorgelegten Arbeitsentwurf ungeklärt, wie der Abschluss des Bachelor-Studiengangs heißen soll. Dies gilt gleichermaßen für den Master-Abschluss und erst recht für den Abschluss der vorgeschlagenen fünfjährigen Weiterbildungszeit. Es ist aus Sicht der DGPM auf keinen Fall hinnehmbar, wenn die Berufsbezeichnung ‚Psychotherapeut‘ – auf welcher Ebene auch immer – lauten sollte. Es muss für einen Patienten auch zukünftig erkennbar sein, ob er sich in die Behandlung eines ärztlichen oder psychologischen Psychotherapeuten begibt.

Im Sinne der Patientensicherheit ist sicherzustellen, dass psychotherapiebedürftige Patienten in Deutschland ausschließlich mittels wissenschaftlich anerkannter Psychotherapeutischer Verfahren oder Methoden (vgl. Methodenpapier des Wissenschaftlichen Beirates Psychotherapie der Bundesärztekammer [BÄK] und Bundespsychotherapeutenkammer [BPtK]) behandelt werden. Sowohl die Indikationsstellung als auch die fachgerechte Durchführung müssen aus Patienten-Sicht justiziabel bleiben. Die Stringenz der Aus- und gegebenenfalls Weiterbildung entlang der wissenschaftlichen anerkannten psychotherapeutischen Verfahren und Methoden ist von Beginn des Studiums an bis zum Ende der Weiterbildung für Kinder und Jugendliche sowie

Erwachsene eindeutig zu definieren und soll durch Prüfungsordnungen nachvollziehbar sein. Eine Veränderung der Legaldefinition (Aufgabe einer Ausbildung entlang wissenschaftlich anerkannter Verfahren hin zu einer vom Approbierten allgemein verantworteten Psychotherapie) gibt das hohe Niveau der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland preis. Insofern steht die volle Berufserlaubnis (§ 2 in Verbindung mit § 7) als Psychotherapeut mit der Approbation am Ende des Studiums in eklatanter Diskrepanz zur ärztlichen Qualifikation, die sich ein Arzt nach seiner Approbation bis zum Abschluss seiner Spezialisierung in der Weiterbildungszeit erwirbt und die Voraussetzung für eine vertragsärztliche Versorgung von gesetzlich versicherten Patienten ist. Völlig unverständlich ist gerade unter dem Blickwinkel der kritischen Diskussion bzgl. der Heilpraktiker, dass der approbierte ‚Psychologische Psychotherapeut‘ nach einem kurzen Master-Studiengang bzw. nach einem Modellstudiengang befähigt sein soll, (Psycho-) pharmakologische Behandlungen zu verantworten. Es ist irrig anzunehmen, dass es eine von der übrigen Medizin und Pharmako-Therapie ‚isolierbare‘ Psychopharmakotherapie gibt. Gerade die Fachärzte für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie müssen unmissverständlich darauf hinweisen, dass ein hoher Prozentsatz der Patienten, die einer Pharmakotherapie bedürfen, unter oft mehreren weiteren somatischen Erkrankungen leiden, die ebenfalls mit Medikamenten behandelt werden müssen, so dass sehr komplexe Interaktionen abzuwägen sind. Die Gefährdung der Patientensicherheit ist durch den vorliegenden Arbeitsentwurf nicht nur theoretisch anzunehmen, sondern vielmehr konkret erkennbar. Eine isolierte ‚Medikalisierung‘ der Psychotherapie ist abwegig.

Auf der gleichen Linie liegt die Unterstellung, die Zuständigkeit des angestrebten neuen Berufes könne sich auch auf die ‚physische Gesundheit‘ von Patientinnen und Patienten aller Altersstufen (§ 7.2) erstrecken und insofern auch ein umfas-

sendes Überweisungsrecht (§ 7.3) ausüben. Diese Regelung ist umso unverständlicher, als in der übrigen gesundheitspolitischen Diskussion die Frage des Überweisungsrechtes immer wieder (zum Beispiel auf die Hausärzte als Lotsen) einschränken will. So sieht beispielsweise das Überweisungsrecht an Psychosomatische Institutsambulanzen (PsIA) im PsychVVG* vor, dass nur psychosomatisch-psychotherapeutische weitergebildete Ärzte ihre psychosomatischen Patienten an eine PsIA überweisen dürfen, obwohl es gerade für diese Patientengruppe sinnvoll wäre, wenn auch die Hausärzte direkt an eine PsIA überweisen dürften. Diese verschiedenen gesetzgeberischen Gestaltungsansätze passen erkennbar nicht zusammen. Gegenüber diesen zentralen Kritikpunkten keineswegs ‚nachrangig‘ sind die ungelösten Fragen des (universitären) Lehrpersonals in den ‚4 Grundorientierungen der Psychotherapie‘, die Finanzierung der postgradualen Weiterbildungsstellen, der Selbsterfahrung bzw. der Weiterbildungstherapien und deren Supervision. — Bei dieser Gelegenheit sei erneut darauf gewiesen, dass die Finanzierung der Weiterbildungs-Psychotherapien für angehende Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie bis heute durch die Kostenträger verweigert wird. Es scheint so, als sollten Ärzte in ihrer psychotherapeutischen Weiterbildung systematisch benachteiligt werden.

Schlussfolgerungen

Der vorliegende Arbeitsentwurf ist mit allen anderen gesundheitspolitischen Aufgaben in den Psych-Fächern, die das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) selber auf den Weg gebracht hat, nicht zur Deckung zu bringen. So wird in den nächsten zwei bis drei Jahren das gesamte Psych-Entgeltsystem in Deutschland entsprechend dem Willen des Gesetzgebers umgestellt. Dabei hat unter anderem der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) den Auftrag, dass Psych-Entgeltsystem

evidenzbasiert weiter zu entwickeln. Weiterhin erfordert der vom Deutschen Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) als Geschäftsbereich des BMG verwaltete OPS**-Prozedurenkatalog, dass stationäre Psych-Behandlungen auf der Basis wissenschaftlich anerkannter Psychotherapie-Verfahren durchgeführt werden. Angestrebt wird – auch vom G-BA – die zunehmende Leitlinien-Orientierung stationärer Behandlungsverläufe. Zu all diesen gesundheitspolitischen Aufgaben steht die aktuell vorliegende Skizze einer Reform der Ausbildung Psychologischer Psychotherapeuten im völligen Widerspruch. Die Legaldefinition von Psychotherapie, die die wissenschaftliche Anerkennung der eingesetzten Verfahren justiziabel einschließt, muss zum Schutz der Patienten beibehalten werden. Wir empfehlen dringend, ärztlich-psychotherapeutischen Sachverstand auch von Experten, die sich mit den gesamten korrespondierenden Regelungen des Entgeltsystems und des Sozialgesetzbuches seit Jahren kenntnisreich auseinandersetzen, in die weitere Entwicklung der Re-

form mit einzubeziehen. Das gelegentlich zu hörende Argument, Psychologische Psychotherapeuten müssten Ärzte substituieren, weil sonst die Versorgung psychisch bzw. psychosomatisch Kranker nicht gewährleistet sei, will darüber hinweg täuschen, dass es eine signifikante Erhöhung der Studienplätze für Humanmedizin geben muss, damit die nachwachsende fachärztliche Kompetenz in den verschiedenen Fachgebieten nicht gegen die hausärztliche Nachwuchssituation steht.

Für eine Bereitstellung fachlicher Expertise im Rahmen des Reformprozesses Psychologischer Psychotherapeuten sind wir jederzeit gerne ansprechbar.“

Prof. Dr. med. Johannes Kruse
Vorsitzender
der DGPM

E-Mail:
info@dgpm.de



Foto: Thomas Ecke

Dr. med. Gerhard Hildenbrand
Stellvertretender
Vorsitzender
der DGPM



Foto: Klinikum Lüdenscheld

Den Arbeitsentwurf eines „Gesetzes zur Reform der Psychotherapeutenausbildung“ des BMG ist auf der Website der DGPM (www.dgpm.de) unter Presse → Presseinformationen und der entsprechenden Mitteilung vom 5. September 2017 abrufbar. Dorthin führt Sie auch dieser QR-Code für Smartphones.



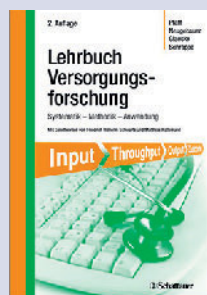
<https://tinyurl.com/yaw8o4lc>

Die Beiträge in der Rubrik „Ansichten & Einsichten“ geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

* PsychVVG: Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen.

** OPS: Operationen- und Prozedurenschlüssel – amtliche Klassifikation zur Verschlüsselung von Operationen und medizinischen Prozeduren etc.

Bücher



Holger Pfaff, Edmund A. M. Neugebauer, Gerd Glaeske, Matthias Schrappe (Hrsg.):

Lehrbuch Versorgungsforschung

Schattauer Stuttgart 2017, 2. vollständig überarbeitete Auflage 2017. 492 Seiten, gebunden ISBN 9783794532360, ISBN (E-Book) 9783794590681, € 79,99

Das erstmals 2011 erschienene Lehrbuch liegt jetzt in 2. überarbeiteter Auflage vor. Die vier Herausgeber sind alle seit Jahren bekannte, wissenschaftlich ausgewiesene Experten in Strukturfragen des deutschen Gesundheitswesens. Insgesamt weitere 63 Autorinnen und Autoren aus den unterschiedlichsten Bereichen (von klinischer Medizin über Krankenhausmanagement, universitäre Forschung, Öffentliches Gesundheitswesen bis hin zu Heilberufskörperschaften und Krankenkassen) haben am Lehrbuch mitgewirkt.

Das Werk gliedert sich in sieben Hauptkapitel bestehend aus sechs bis zwölf Einzelartikeln verschiedener Autoren – jeweils

mit einschlägigen Literaturnachweisen. Nach Definition von Grundlagen und Gegenstand der Versorgungsforschung folgt eine umfangreiche Darstellung von Methoden der Versorgungsforschung (zum Beispiel Messung der Patientenzufriedenheit oder Analyse von Routinedaten). Weitere Kapitel beschäftigen sich mit Rolle und Sicht der „Patienten“, der „Professionals“ (beispielsweise verschiedene Heilberufe) und der „Institutionen“ des Gesundheitswesens (zum Beispiel Arztpraxen, Krankenhäuser, Krankenkassen, Öffentlicher Gesundheitsdienst ÖGD), den im Gesundheitswesen maßgeblichen, politischen, sozialen und wirtschaftlichen „Systemfaktoren“ (von Finanzierungs- und Vergütungssystem bis hin zu Auswirkungen des demografischen Wandels). Den Abschluss bilden „Querschnittsthemen“ (z. B. Versorgung alter Menschen oder Patientensicherheitsforschung). Ein umfangreiches alphabetisches Sachverzeichnis erleichtert die rasche Orientierung auch zu Detailfragen.

Fazit: Ein wichtiges und sehr informatives, aktuelles Handbuch, das dem Interessierten einen guten Überblick über das aktuelle Thema „Versorgungsforschung“ in Deutschland zu einem angemessenen Preis bietet. Ein systematisches „Lehrbuch“ im Sinne eines roten Fadens für Einsteiger ist das Werk allerdings nicht.

Dr. med. Roland Kaiser

Unterschenkelulcera mit freiliegenden Strecksehnen durch dauerhaftes Tragen von Kompressionsstrümpfen

In unserer Notaufnahme erfolgte die Vorstellung einer verwahrlosten 79-jährigen Patientin in reduziertem Ernährungs- und Allgemeinzustand zum Ausschluss von Unterschenkelphlegmonen beidseits. Leukozyten und CRP (C-reaktives Protein) waren moderat erhöht, eine höhergradige periphere arterielle Verschlusskrankheit konnte dopplersonographisch ausgeschlossen werden. Die Unterschenkel und Fußrücken waren umfangsvermehrt und überwärmt, Fußpulse ließen sich nicht tasten. An den schmierig belegten Unterschenkeln zeigten sich streckseitig Epidermolysen, im Bereich der Fußfesseln lagen beidseits die Sehnen des M. tibialis anterior sowie subcutanes Fettgewebe frei. Die Anamnese der betagten, jedoch orientierten Dame ergab, dass sie aufgrund körperlicher Schwäche in den vergangenen Monaten nicht mehr in der Lage gewesen sei, sich ihre Kompressionsstrümpfe selbst anzuziehen. Seit nunmehr drei Monaten trug sie diese bei chronisch venöser Insuffizienz täglich, eine ambulante Verlaufskontrolle habe seit Monaten nicht mehr stattgefunden.

Der rechte Unterschenkel musste aufgrund der Tiefe des Defektes mit freiliegendem Knochen mittels eines gestielten Suralislappens verschlossen werden, wobei am linken Unterschenkel nach Kondi-



Abb. 1: Unterschenkelulcera bds. mit freiliegender M. tibialis anterior Strecksehne, ausgedehnte Epidermolysen.

tionierung des Wundgrundes mit ausreichend Granulationsgewebe eine Spalthauttransplantation möglich war. Der weitere postoperative Verlauf gestaltete sich komplikationslos und der Lappen als

auch die transplantierte Spalthaut heilten gut ein. Die Patientin konnte während des stationären Aufenthaltes langsam mobilisiert werden und wurde schließlich einvernehmlich in ein Altenwohnheim verlegt.



Abb.2 a–c: Postoperativer Aspekt nach Versorgung mittels gestieltem Suralislappen rechts und Spalthauttransplantation links.

alle Fotos: Rechte bei den Autoren

Tabelle 1: Diagnostik und Therapie des Ulcus cruris venosum AWMF-Leitlinie 2008

Indikation	Varikose	Thromboembolie	Chronische Veneninsuffizienz	Ödeme	Narbenbehandlung Z. n. Verbrennung
Relative Kontraindikation	Kompensierte pAVK (Periphere Arterielle Verschlusskrankheit)	Schwere Sensibilitätsstörung			
Absolute Kontraindikation	Fortgeschrittene pAVK	Dekompensierte Herzinsuffizienz	Phlegmasia coerulea dolens		

Dieser Fall zeigt, dass es aufgrund einer Kompressionstherapie bei Unterschenkel-ödem zu Komplikationen kam, welche einen langen Krankenhausaufenthalt mit aufwendigen und kostenintensiven Eingriffen nach sich zog. Bereits im Vorfeld der Therapie hätte die Notwendigkeit der

Kompressionsbehandlung evaluiert werden müssen, weniger das strikte Umsetzen einer leitliniengerechten Therapie. Insbesondere in Zusammenschau der Befunde, dem Allgemeinzustand als auch der Compliance der Patientin. Gerade im Zeitalter des demografischen Wandels und

der Ressourcenknappheit im medizinischen Gesundheitssystem sollte ein Umdenken stattfinden, um in Zukunft diese aufwendigen und kostenintensiven Behandlungen minimieren zu können.

**Dr. med. Fabian R. Wissing,
Prof. Dr. med. Henrik Menke**

Sana Klinikum Offenbach
Klinik für Plastische und Ästhetische
Chirurgie, Handchirurgie
– Schwerbrandverletzententrum –
Starkenburgring 66, 63069 Offenbach
E-Mail: fabian.wissing@sana.de

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

CME-Beiträge aus 10/2016 und 11/2016: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Akute Infektionen an der Hand – ab wann sind sie ein Fall für den Handchirurgen?“ von Isabel Valinos und Ernst Magnus Noah im Hessischen Ärzteblatt 10/2016, Seite 567ff:

Frage 1	2	Frage 6	2
Frage 2	4	Frage 7	2
Frage 3	2	Frage 8	2
Frage 4	3	Frage 9	3
Frage 5	2	Frage 10	4

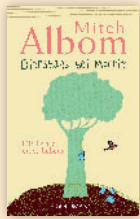
Zu den Multiple Choice-Fragen „Hypertensive Schwangerschaftserkrankungen“ von Maritta Kühnert im Hessischen Ärzteblatt 11/2016, Seite 623ff:

Frage 1	1	Frage 6	4
Frage 2	3	Frage 7	2
Frage 3	4	Frage 8	4
Frage 4	1	Frage 9	1
Frage 5	3	Frage 10	2

Behandlungswege bei Essstörungen

Ein Info-Blatt der Bundesregierung „Essstörungen kompetent und multiprofessionell behandeln“ will niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten einen Leitfaden in die Hand geben, um Essstörungen möglichst frühzeitig zu erkennen und die Behandlungsmöglichkeiten zu optimieren. Denn Betroffene kontaktieren Ärzte häufig zunächst mit unspezifischen Beschwerden. Daher ist die Diagnose von Essstörungen vor allem im Frühstadium oft schwierig. Der Prävalenzgipfel von Anorexie, Bulimie und Binge-Eating-Störung liegt im Jugend- bzw. frühen Erwachsenenalter. Der Flyer kann als pdf im Internet heruntergeladen werden unter: www.bundesgesundheitsministerium.de

Büchertipps von Lesern für Leser



Mitch Albom:
Dienstags bei Morrie
– Die Lehre eines Lebens -
Goldmann 2002.
Taschenbuch,
ISBN: 9783442487226
10 Euro

1979, bei seiner Abschlussfeier an einer Universität in Massachusetts, verspricht der Absolvent Mitch Albom, mit seinem Lieblings-Soziologieprofessor Morrie Schwartz in Verbindung zu bleiben.

Jahre später, 1995, erfährt er im Fernsehen, dass Morrie unheilbar an Amyotro-

pher Lateralsklerose (ALS) erkrankt ist. Er beschließt, den Kontakt zu seinem alten Freund wieder aufzunehmen. 14 Wochen lang, bis zu Morries Tod, fliegt Mitch Albom jeden Dienstag 700 Meilen von Detroit (Michigan) nach Newton (Massachusetts), um Morrie zu besuchen. Es entwickeln sich intensive Gespräche über das Leben, über sich selbst sowie über alles, was wirklich zählt. Dabei stehen nie das Sterben und der Tod im Mittelpunkt, sondern die Fähigkeit, das Leben neu zu betrachten und zu verstehen.

Mich hat das Buch sehr bewegt, weil ich selbst durch ein Ehrenamt eine ähnliche

Erfahrung machen durfte. Ich besuchte eine schwer erkrankte Frau auch regelmäßig, erst einmal, später mindestens zweimal wöchentlich, über 14 Jahre hinweg bis zu ihrem Tod. Es war eine intensive Zeit, nie ohne Hoffnung, wengleich nach außen hin hoffnungslos. Es bleibt die Erinnerung einer positiven Lebenseinstellung und Bewältigung sowie der Wichtigkeit der mitmenschlichen Beziehungen.

Brigitte Schmidt
Hünstetten



Carlo Strenger:
Abenteuer Freiheit
Suhrkamp, 2017.
122 Seiten,
ISBN: 9783518071441,
14 Euro

„Freiheit gibt es nicht umsonst“ – das ist Leitgedanke dieses kleinen, leidenschaftlichen Büchleins für einen verantwortungsvollen Umgang mit der Demokratie. So hat eine liberale Gesellschaft nicht nur äußere Feinde – wie den Terror und (zunehmend) autoritäre Regime im Umfeld. Es kann ihr der Kitt ausgehen, der das Innere zusammenhält. Scheinbar paradox sieht Carlo Strenger eine der Grundlagen in dem Glück, dass wir seit nun 70 Jahre nicht die direkte Erfahrung von Krieg und Diktatur machen mussten.

Gleichzeitig wurde – auch deswegen – ein wirtschaftlicher und technologischer Fortschritt möglich, wie es ihn zuvor nie gegeben hatte. So sind drei Generationen

herangewachsen, für die eine demokratische Ordnung mit einem hohen Maß an gesellschaftlicher Freiheit und (weitgehendem) persönlichen Wohlbefinden als etwas Selbstverständliches erscheinen kann. Daraus habe sich über weite Strecken eine „Berechtigungsmentalität für Selbstentfaltung“ entwickelt. Wem dies verwehrt wird, der wende sich mit der Forderung nach einem besseren Leben an die Eltern oder „die Gesellschaft“, den Staat oder „die Politiker“. Sie oder – auf jeden Fall „andere“ – sollen dafür sorgen, dass „dennoch“ weiter auftauchende Probleme gelöst werden.

Darin sieht Strenger eine Ursache für die wachsende gesellschaftliche Unverantwortlichkeit und das nachlassende Engagement bis hin zur wohlfeilen Politikverdrossenheit. Wutbürger und sich als „abgehängt“ oder „besorgt“ definierende Zeitgenossen verhielten sich dabei gegenüber der Gesellschaft wie Kinder mit Geschrei und Gejammer. Wenn aber nur noch schwarmartig Finger auf die Schwä-

chen und Verfehlungen anderer gerichtet werden, ist das zu wenig, um Probleme, die auch Folgen von 70 Jahren Wohlstand ohne Rücksicht auf die Kosten und Folgen sind, wirklich angehen zu können und – weitestgehend – Freiheit zu erhalten.

Freiheit benötige, beständig, erwachsenes und verantwortungsvolles Verhalten. Dazu gehören auch Kompromisse, Zugeständnisse und die Erfahrung, dass „Freiheit“ des Einzelnen auch an – annähernder „Gleichheit und Brüderlichkeit“ gebunden sind.

In einer komplexer werdenden Welt, in dem scheinbare Selbstverständlichkeiten aufbrechen, kann das Buch von Carlo Strenger als demokratischer Weckruf verstanden werden. „Demokratie ist kein Zuschauersport.“ Das mindeste, was man daraus lernen darf, ist einen Beitrag nach seinen Möglichkeiten zu leisten und auch das Wahlrecht nicht als etwas Gottgegebenes zu sehen.

Dr. med. Helmut Schaaf
Bad Arolsen

Die Redaktion freut sich über Einsendungen

Liebe Leserinnen und Leser, Bücher sind für viele von uns existenzielle und lehrreiche Begleiter. Vielleicht gibt es unter den zahlreichen Neuerscheinungen jedes Jahr den ein oder anderen Titel, den Sie weiterempfehlen

wollen. Sie sind herzlich eingeladen, dies in Form eines kurzen Buchtipps an die Redaktion weiterzugeben.

Wir freuen uns auf Ihre Vorschläge!
E-Mail: haebl@laekh.de.

„Projekt Schmetterling“ fördert psychosoziale und psychoonkologische Betreuung

Der Verein Projekt Schmetterling e. V. hat sich unter dem Motto „Mit der Diagnose Krebs hin zum Leben“ die Aufgabe gestellt, Krebspatienten und ihren Angehörigen eine umfassende psychoonkologische Betreuung zu ermöglichen.

Mit der Diagnose Krebs eröffnet sich für Betroffene ein Abgrund mit großen physischen und mit enormen seelischen Belastungen. Neben einer qualifizierten medizinischen Therapie ist daher eine frühzeitige, einfühlsame und auf die persönlichen Belange eingehende psychoonkologische Unterstützung von größter Bedeutung. Die finanziellen Mittel des Vereins schließen seit über zehn Jahren eine Lücke im Gesundheitssystem und ermöglichen Krebspatienten die dringend benötigte psychoonkologische Betreuung, deren Kosten zumeist nicht von den Krankenkassen übernommen werden.

Neben der Förderung des Universitären Centrums für Tumorerkrankungen (UCT) am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, fördert der Verein als Sonderprojekt 2017 das Pilotprojekt „Psychosoziale Betreuung der Kopf-Hals-Tumorpatienten an der Klinik für Mund-, Kiefer- und Plastische Gesichtschirurgie“ unter der Leitung von PD Dr. Dr. Dr. Shahram Ghanaati.

Die Anzahl der Plattenepithelkarzinome der Mundhöhle steigt. Mittlerweile gehört diese Tumorentität zu den sechs häufigsten Krebsarten der Menschen. Bisweilen werden die Patienten, die an diesem Tumor im hohen Alter erkranken, immer noch als „Raucher“ und „Trinker“ stigmatisiert. Leider wird jedoch diese Erkrankung zunehmend auch bei jüngeren Patienten beobachtet und vor allem bei Patienten, die weder Alkohol noch Tabak konsumieren. Diese Erkenntnisse legen nahe, dass es für die Erkrankung an einem Plattenepithelkarzinom der Mundhöhle auch eine genetische Prädisposition bzw. Faktoren außer übermäßigem Alkohol- und Tabakkonsum existieren müssen.

Gerade weil die ursächlichen Faktoren noch nicht eindeutig identifiziert worden sind, ist es wichtig die Plattenepithelkarzinome sehr früh zu erkennen. Schon eine intraorale Untersuchung bei jedem Haus-

arztbesuch könnte die Früherkennung dieser Krebsart oder seiner Vorstufen ermöglichen und damit den Ausgang der chirurgischen Therapie für den Patienten erheblich erleichtern. Alle bösartigen Tumore sind mit einem Sicherheitsabstand aus der Mundhöhle zu entfernen. Je kleiner der Tumor, desto weniger sind die mit der Operation verbundenen Begleiterscheinungen wie zum Beispiel Schluckstörungen, Störungen bei der Artikulation und beim Kauen. Zudem ist die Rate der loko-regionären Metastasierung im Hals und in anderen Organen wie zum Beispiel Lungen viel weniger ausgeprägt, wenn der Tumor in frühen Stadien detektiert und behandelt wird. Leider sieht die klinische Realität anders aus, und viele der Mundhöhlenkrebspatienten werden zu spät zu hierfür spezialisierten Fachärzten, das heißt Mund-Kiefer-Gesichtschirurgen, geschickt. Bei Patienten mit einem ausgeprägten Plattenepithelkarzinom der Organe der Mundhöhle geht die chirurgische Tumorthherapie häufig mit einer Entstellung des Gesichts und der Halsregion einher. Daneben führt die damit verbundene veränderte Selbstwahrnehmung sowie die soziale Stigmatisierung, Ausgrenzung und Isolation zu einer hohen psychischen Belastung der Patienten und deren Angehörigen.

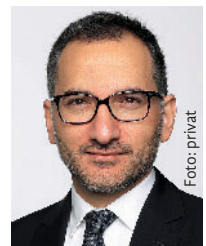
Hier greift nun die Arbeit des Vereins Projekt Schmetterling ein. Mit Hilfe seiner Förderung in Form einer Anschubfinanzierung ist es gelungen, erstmalig eine psychosoziale Betreuung für Kopf-Hals-Tumorpatienten einzurichten. Mittels dieser Förderung ist es möglich, die Patienten und ihre Angehörigen nicht nur medizinisch, sondern auch psychosozial zu betreuen. Damit ist neben den medizinischen und den psychoonkologischen Behandlungsmöglichkeiten eine dritte Instanz entstanden, die die Patienten in allen Phasen ihrer Therapie begleitet. Diese Instanz bildet eine Schnittstelle im interdisziplinären Netzwerk der Behandlung dieser Patienten, bestehend aus: Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie, Radiologie, Strahlentherapie, Pathologie, Hals-Nasen-Ohrenheilkunde, Nuklearmedizin, Dermatologie, Phoniatrie, Psychoon-



kologie und Palliativmedizin. Durch die psychosoziale Betreuung in der Chirurgie und die Betreuung in der Psychoonkologie im Rahmen eines Liasionsdienstes, der speziell für Kopf-Hals-Tumorpatienten eingerichtet wurde und ebenfalls durch den Verein gefördert wird, wird das Ziel verfolgt, die hohe psychische Belastung der Patienten zu vermindern und damit die besonderen persönlichen Bedürfnisse und Nöte der Patienten und ihrer Angehörigen zu berücksichtigen.

Mittels dieser neu geschaffenen Instanz soll eine Brücke zwischen den Ärzten, Zahnärzten und Psychoonkologen geschaffen werden, damit die Früherkennung sowie die adäquate Weiterbehandlung dieser speziellen Tumorpatienten an Bedeutung gewinnen kann.

**PD Dr. med.
Dr. med. dent.
Dr. med. habil.
Shahram Ghanaati**
E-Mail:
shahram.ghanaati
@kgu.de



Claudia Lämpke
Verein Projekt
Schmetterling e. V.
Mainzer
Landstraße 176
60327 Frankfurt
E-Mail: info@verein-
schmetterling.de



Spendenkonto:
Verein Projekt Schmetterling e. V.
IBAN: DE29 5007 0024 0013 9337 00
Informationen im Internet unter:
www.verein-projekt-schmetterling.de &
www.form-frankfurt.de

Bezirksärztekammer Darmstadt

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Dietrich Beckmann,
Frankenberg
* 11.05.1940 † 28.09.2017

Dr. med. Burkhard Betz, Darmstadt
* 03.02.1934 † 25.09.2017

Dr. med. Walter Dittmar, Frankfurt
* 05.12.1923 † 06.12.2015

Dr. med. Lothar Willi Bernhard Duschka,
Gensingen
* 06.09.1953 † 26.03.2017

Dr. med. Karin Frech-Mägerlein,
Bad Homburg
* 02.01.1943 † 11.07.2015

Ltd. Med. Dir. i.R. Dr. med.
Wilhelm Gebhard, Bad Nauheim
* 04.05.1925 † 01.07.2017

Dr. med. Kurt Gross, Frankfurt
* 08.11.1918 † 14.09.2017

Dr. med. Winfried Hackhausen,
Wiesbaden
* 07.02.1945 † 11.04.2017

Dr. med. Heinrich Hamm, Oberursel
* 25.03.1920 † 13.01.2015

Dr. med. Elisabeth Heymann, Butzbach
* 21.06.1920 † 13.08.2017

Dr. med. Helga Irmgard Kuballa,
Marburg
* 27.10.1941 † 14.09.2017

Dr. med. Karl Küpper, Bürstadt
* 24.08.1919 † 22.01.2015

Doris Mende, Wetter
* 25.10.1924 † 22.07.2015

Dr. med. Paul-Gerhard Merz, Sinn
* 19.06.1956 † 12.08.2017

Dr. med. Jens Peter Müller, Hadamar
* 24.09.1942 † 17.03.2017

Dr. med. Irmgard Obmann,
Bad Nauheim
* 15.07.1925 † 15.06.2016

Dr. med. Klaus Ostermann, Kassel
* 05.06.1942 † 12.09.2017

Dr. med. Walter Paulus, Wiesbaden
* 18.12.1925 † 07.01.2017

Obermedizinalrätin Dr. med.
Ruth Piegsa-Quischotte, Wetzlar
* 26.03.1923 † 22.05.2013

Prof. Dr. med. Helmuth Schmidt, Eltville
* 25.06.1930 † 22.09.2017

Dr. med. Frank Ludwig Walter Erhard
Schröter, Kassel
* 09.07.1947 † 06.09.2017

MUDr./Univ.Prag
Georg Joseph Karl Siebert, Aßlar
* 21.03.1943 † 12.09.2017

Dr. med. Margarete Stiebritz,
Heuchelheim
* 31.03.1939 † 13.09.2017

Dr. med. Heinz Witzleb, Witzenhausen
* 28.05.1936 † 04.10.2017

Bezirksärztekammer Frankfurt

Spenden für Ärzte ohne Grenzen

In rund 70 Ländern weltweit leistet „Ärzte ohne Grenzen e. V.“ medizinische Nothilfe für Menschen, die durch Kriege oder Naturkatastrophen in Not geraten sind. Ihre Projekte stellt die Organisation, die u. a. das Spendensiegel des Deutschen Zentralinstituts für Soziale Fragen

trägt, im Internet vor: www.aerzte-ohne-grenzen.de. Im Juni 2016 wurde entschieden, keine Gelder mehr von der EU oder deren Mitgliedsstaaten zu beantragen. Deshalb sind Privatspenden noch wichtiger geworden:
IBAN: DE72 3702 0500 0009 7097 00



Ärzte und Gesundheitspolitiker zu Gast in Brüssel

Im August hatten die Bundesärztekammer (BÄK) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erstmals zu ihrem Sommerempfang MED.SUMMER eingeladen, um das gesundheitspolitische Arbeitsjahr 2017/18 in Brüssel einzuläuten. Unter den knapp 90 Gästen waren neben zahlreichen Vertretern der Ärzteschaft aus Deutschland viele Politiker sowie weitere deutsche und internationale Akteure der europäischen Gesundheitspolitik. Die Begrüßungsreden hielten der KBV-Vorstandsvorsitzende Dr. med. Andreas Gassen und BÄK-Präsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery (Foto). Beide bekräftigten die Bedeutung des Gesundheitsschutzes im AEU-Vertrag (Vertrag über die Arbeitsweise der Europäischen Union), der Grundrechtecharta und der ständigen Rechtsprechung des Europäischen Gerichtshofs. Das Fazit der Ärztevertreter: Die Organisation der Gesundheitssysteme und der medizinischen Versorgung sowie die Zuweisung der dafür bereitgestellten finanziellen Mittel müssen weiterhin in der Verantwortung der Mitgliedstaaten liegen. Mit einer hohen Teilnehmerzahl und einem rundum gelungenen Abendprogramm war der Sommerempfang ein Erfolg, an den KBV und BÄK künftig anknüpfen möchten.

Rudolf Reibel, LL.M.

Brüsseler Büro

Referent Bundesärztekammer

Bezirksärztekammer Gießen

Bezirksärztekammer Kassel

Das Frankfurter Gesundheitsamt wird 100 Jahre alt: Programm bis April 2018

- Das Frankfurter Gesundheitsamt wird 100 Jahre alt. Die Ausstellung „Auf Herz und Nieren“ dokumentiert die Geschichte des Frankfurter Gesundheitsamts – und spart dessen unrühmliche Rolle im Nationalsozialismus nicht aus.
- „Aufklärung, Vorsorge, Schutz“ hat Sabine Börchers ihre Festschrift zum 100-jährigen Bestehen genannt. Auf über 230 Seiten zeichnet die Autorin die Geschichte dieser Einrichtung des öffentlichen Gesundheitswesens nach. Darin geht es nicht nur um den aktuellen Schutz der Frankfurter. Ein Schwerpunkt liegt auch auf der „Rasseygiene“ in der Zeit des Nationalsozialismus.
- Im Begleitprogramm werden verschiedene Aspekte der Ausstellung in Vorträgen und einem Erzählcafé aufgegriffen und vertieft.
- Die Ausstellung über das kommunale Gesundheitswesen ist bis zum 8. April 2018 im Institut für Stadtgeschichte zu sehen
- Ort: Karmeliterkloster, Münzgasse 9 60311 Frankfurt, Öffnungszeiten: Mo–Fr 10–18 Uhr, Sa/So 11–18 Uhr, Eintritt: frei. Anschließend wird sie im Gesundheitsamt gezeigt.
- Informationen im Internet unter: www.stadtgeschichte-ffm.de.

Bezirksärztekammer Marburg

„Fit für den Notfall“

Fortbildungsreihe zur Schulung von Bereitschaftsärzten und Interessierten



Fortbildung mit medizinischen Notfällen aus jedem Fachgebiet: PD Dr. med. Johannes Rey bei seinem Vortrag zum Thema „Gastroenterologische Notfälle“.

Goldenes Doktorjubiläum

- 28.11.: Dr. med. Heide Zimmer, Arolsen
- 01.01.: Dr. med. Klaus Gorges, Braunfels
- 12.01.: Dr. phil. nat. Andreas Kappos, Frankfurt
- 15.01.: Dr. med. Adelheid Heckers, Lollar
- 16.01.: Prof. Dr. med. Jürgen Sandow, Glashütten
- 17.01.: Dr. med. Harald Ise, Arolsen
- 18.01.: Dr. med. Bahremand Scharif, Bad Arolsen
- 24.01.: Dr. med. Roswitha Köhler, Hattersheim
- 26.01.: Dr. med. Ingrid Daude, Witzenhausen
- 26.01.: Prof. Dr. med. Bernward Schölkens, Kelkheim
- 30.01.: Dr. med. Peter Theermann, Gießen
- 31.01.: Dr. med. Eberhard Klippel, Kronberg

Die Bezirksärztekammer Wiesbaden bietet in Zusammenarbeit mit den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken (HSK) Wiesbaden seit 2016 eine kostenfreie Fortbildungsreihe für Ärztinnen und Ärzte im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) Wiesbaden an.

In diesem Kurs werden Diagnostik und Therapie akuter Notfallsituationen behandelt, wie sie tagtäglich in unseren Praxen oder im privaten Umfeld auftreten können. Im Jahr 2016 und 2017, vor dem Hintergrund der Reform des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes (ÄBD) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen, wurden je zwei Blöcke, jeweils bestehend aus zwei Unterrichtseinheiten von à vier Stunden angeboten.

Chefärzte, leitende Oberärzte sowie Fachärzte aus Klinik und niedergelassenem Bereich stellten aus ihren Fachgebieten unterschiedliche Notfälle und Krankheitsbilder vor. Mit besonderem Interesse wurden in jedem Kurs die kinderärztlichen Notfälle, sowie Notfälle aus dem Bereich der Augenheilkunde verfolgt. Die Teilnehmer wurden von den Referenten aufgefordert, EKG-Ableitungen bezüglich der aufgetretenen Herzrhythmusstörungen sowie Therapieempfehlungen bei lebensbedrohlichen kardiologischen Notfällen zu diskutieren. Auch für viele der zuhörenden Kollegen seltener vorkommende Ereignisse, wie geburtshilfliche Notfälle, psychiatrische Notfälle sowie die Leichenschau wurden von den Kollegen der HSK anschaulich dargestellt.

Was ursprünglich als Fortbildungsangebot für neue Ärztinnen und Ärzte im Ärztlichen Bereitschaftsdienst (ÄBD) Wiesbaden von der Bezirksärztekammer Wiesbaden und den Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden ins Leben gerufen wurde, zieht mittlerweile Mediziner und Medizinstudenten weit über den ÄBD hinaus an. Die hohen Teilnehmerzahlen zeugen von großem Interesse an dieser Veranstaltung.

Zusammenfassend ist festzustellen, dass wir mit dieser Fortbildung Informationen zu medizinischen Notfällen aus jedem Fachgebiet vermitteln und aufkommende Fragen bestmöglich beantworten können. Aufgrund des großen Zuspruchs und den positiven Rückmeldungen werden wir auch in Zukunft diese Fortbildungsreihe weiter an den Helios HSK anbieten und laden hierzu alle Mediziner und interessierte Medizinstudenten herzlich ein. Neue Termine sowie Ansprechpartner werden zur gegebener Zeit im Internet unter <https://www.laekh.de/aerzte/aerztefortbildung/fortbildungsveranstaltungen-der-bezirksaerztekammern> oder unter www.helios-hsk.de unter „Aktuelles“ eingestellt.

Dr. med. Michael Weidenfeld

Vorsitzender
der Bezirksärztekammer Wiesbaden

Karin Kübler



Festliche MFA-Freisprechungsfeier im Rathaus Wiesbaden: Geehrt wurden 70 Medizinische Fachangestellte (MFA). Der Wiesbadener Oberbürgermeister Sven Gerich betonte in seiner Festrede die Wichtigkeit des MFA-Berufes. Mitmenschlichkeit sei hier genauso wichtig wie fachliche Kompetenz, so der OB. Von den 138 Absolventen konnten in diesem Jahr 14 mit der Note sehr gut im praktischen Teil ihre Prüfung abschließen. Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Wiesbaden, Dr. med. Michael Weidenfeld, ehrte auch fünf MFA, die seit vielen Jahren in den jeweiligen Praxen tätig sind: Silke Panella (Gemeinschaftspraxis GPR Dr. Springborn/Komissarenko), Rita Dietz (GPR Dres. Immesberger/Merzbach), Anke Kluge (GPR Dres. Claudia Albers-Mankel/Brinkmann) sowie Regine Wolf und Jutta Thompson (beide Medicum Wiesbaden). Ihnen überreichte Weidenfeld das neue Ehrenzeichen mit Urkunde der Landesärztekammer Hessen (vgl. dazu auch HÄBL 11/2017, S. 657).

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060027582 ausgestellt am 17.10.2012 für Dr. rer. nat. (NL) Martin Burschka, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060048819 ausgestellt am 12.06.2017 für Ju Kang, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039436 ausgestellt am 06.08.2015 für Dr. med. Heidrun Küppers, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 060029673 ausgestellt am 17.04.2013 für Dr. med. Jürgen Lauf, Kassel

Arztausweis-Nr. 06004468 ausgestellt am 12.09.2016 für Johanna Mau, Marburg

Arztausweis-Nr. 060047935 ausgestellt am 03.04.2017 für Dr. med. Astrid Merle, Ottrau

Arztausweis-Nr. 060047093 ausgestellt am 08.02.2017 für Anna Rapp, Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 060044339 ausgestellt am 10.08.2016 für Albina Root, Offenbach

Arztausweis-Nr. 060039189 ausgestellt am 17.07.2015 für Bernd Thielmann, Dietzhölztal

Arztausweis-Nr. 060041850 ausgestellt am 09.02.2016 für Dr. med. Matthias Troglauer, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060045147 ausgestellt am 13.10.2016 für Dr. med. Leonhard von Beck, Bensheim

Arztausweis-Nr. 060049411 ausgestellt am 25.07.2017 für Dr. med. Benjamin Weiß, Gießen

Wir gratulieren zum mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Heidi Rieß,
seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. M. Adam und Dr. med. T. von Gazali, Linsengericht,

Britta Hartmann,
seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. U. Pietsch, Nidda-Ulfa.

Zum mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum gratulieren wir:

Bianca Roth,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. I. Degel, Offenbach;

Kerstin Sauer,
seit 25 Jahren tätig bei Dr. med. M. Maywurm, vormals Praxis Dr. med. W. Seibke, Marburg;

Gülay Saglicak,
seit 30 Jahren tätig bei Dres. med. C. und M. Roser und C. Lips-Schulte, Frankfurt.

Wir gratulieren der Helferin zum 10-jährigen Berufsjubiläum:

Birgit Reiß,
seit 10 Jahren tätig bei Dr. med. A. Schuster, Bensheim;

und zum 40-jährigen Berufsjubiläum:

Marion Winter,
seit 40 Jahren tätig bei Dr. med. A. Hinkel, vormals Praxis Hardrick, Rodgau.

Interessenkonflikt

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

Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner, Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

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

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Dr. med. H. Christian Piper (Vertreter des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

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

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@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: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

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 € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:
Katja Höcker, Tel.: +49 2234 7011-286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski,
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

Key Account Manager: 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

Verkaufsgebiete

Nord: Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Süd: Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,
E-Mail: soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,
E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

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

Layout: Stephanie Schmitz

Druckerei: 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: DAAEEDDD

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)

IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3, gültig ab 01.01.2017

Auflage Lt. IVW 2. Quartal 2017:

Druckauflage: 35.167 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.749Ex.



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.

78. 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

DER NEUE LEXUS LC

PERFEKTION, DIE ALLES VERÄNDERT.

Der Beginn einer neuen Ära. Außen einzigartige Sportcoupé-Optik, innen luxuriöser Komfort und Highend-Technologien wie der Lexus Multistage-Hybrid Drive, ein V8-Motor mit dem weltweit ersten 10-Stufen-Automatikgetriebe oder teilautonomes Fahren. Das Ergebnis: ein außergewöhnliches Fahrerlebnis, das die Maßstäbe seiner Klasse neu definiert.

Mehr entdecken auf lexus.de



LEXUS FORUM FRANKFURT

Autohaus NIX GmbH
Hanauer Landstraße 431
60314 Frankfurt
Tel.: 069 300 388 80
www.lexusforum-frankfurt.de

LEXUS FORUM DARMSTADT

Autohaus NIX GmbH
Gräfenhänder Straße 79
64293 Darmstadt
Tel.: 06151130 120
www.lexusforum-ddarmstadt.de

 **LEXUS**
EXPERIENCE AMAZING

LC 500: Leistung 351 kW (477 PS). Kraftstoffverbrauch innerorts/außerorts/kombiniert 17,6-17,4/8,2-8,0/11,6-11,5 l/100 km, CO₂-Emissionen kombiniert 267-263 g/km. CO₂-Effizienzklasse G.

LC 500h: Benzintriebwerk, 220 kW (299 PS), sowie Elektromotor, 132 kW (179 PS), Gesamtsystemleistung 264 kW (359 PS). Kraftstoffverbrauch innerorts/außerorts/kombiniert 7,3-7,2/6,0-5,9/6,5-6,4 l/100 km, CO₂-Emissionen kombiniert 148-145 g/km. CO₂-Effizienzklasse A.