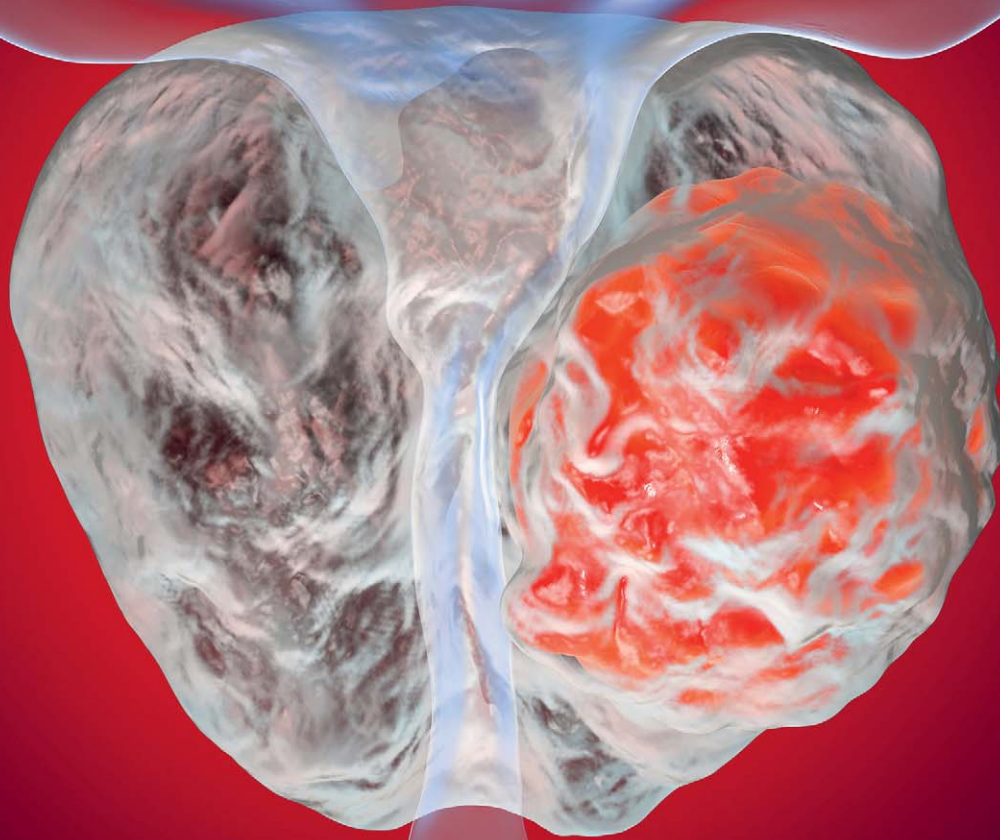


Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 10 | 2024
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 85. Jahrgang



Prostatakarzinom

Foto: © Dr_Microbe - stock.adobe.com

Keimreise Teil 2

Maserninfektionen in Deutschland seit der Einführung der Meldepflicht und Präventionsansätze

Medizinrecht

Aktuelle Rechtsprechungen zur ärztlichen Unabhängigkeit und Werbung bei Faltenunterspritzungen

Cannabis im Straßenverkehr

Interview mit dem forensischen Toxikologen Prof. Dr. Stefan Tönnes über Cannabis und dessen Nachweis

Kostenlose Gravur für das HEINE & Littmann[®] Sortiment

Hochwertige Medizinprodukte mit persönlicher Note

HEINE mini 3000 F.O. Otoskop

Art.Nr.: FV143071

Modell: LED mit Batteriegriff

190,00 €*^{*}



Individuelle Gravur
für HEINE Produkte

Art.Nr.: FV143333

~~6,90 €~~* Jetzt kostenlos mitbestellen!

HEINE mini 3000 Dermatoskop

Art.Nr.: FV143101

Modell: XHL mit Batteriegriff

302,00 €*^{*}



3M[™] Littmann[®] Cardiology IV

Art.Nr.: FV756981

Modell: Satin Finish Edition

199,00 €*^{*}

NEU!

3M[™] Littmann[®] Classic III[™] Stethoskop

Art.Nr.: FV755622

Modell: Basic Edition

95,00 €*^{*}



Individuelle Gravur für
Littmann Stethoskope

Art.Nr.: FV703333

~~6,90 €~~* Jetzt kostenlos mitbestellen!

Bis zum 30.09.24 sparen!

Weitere personalisierbare Produkte der Marken Littmann[®] und HEINE finden Sie in unserem Online-Shop.

Wir beraten Sie gerne! Persönlich, kompetent & zuverlässig.



praxisbedarf-aerzteverlag.de



02234 7011-335



kundenservice@aerzteverlag.de



02234 7011-470

*Alle Preise zzgl. Mehrwertsteuer. Versandkostenfrei ab einem Bestellwert von 125 € (sonst 6,50 €). Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Aktionszeitraum bis 30.09.2024.

Praxisbedarf 
Der Shop des Deutschen Ärzteverlages

Auf Biegen und Brechen

Editorial

Nun steht die heiße Phase für zwei große Gesetze bevor, die Bundesgesundheitsminister Lauterbach auf Biegen und Brechen aus dem Entwurfsstadium in die gesetzgeberische Umsetzung bringen will. Das ist zum einen das fast schon berühmt-berüchtigte Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsqualität im Krankenhaus und zur Reform der Vergütungsstrukturen und zum anderen das Gesetz zur Reform der Notfallversorgung.

Es bleibt spannend, denn vielleicht besteht ja doch noch ein winziges Fünkchen Hoffnung, dass der Minister auf die vielfach geäußerte Kritik seiner Länderkollegen, der sogenannten Leistungserbringer (gemeint sind damit in der Sprache der Verwaltung Ärztinnen und Ärzte, Krankenhäuser, aber auch Zahnärzte, Apotheken, Hebammen und weitere mehr) und der Krankenkassen eingehen wird, wie er es zuletzt bei dem „Gesundes-Herz-Gesetz“ tat. Bei diesem wird die Verordnung von Statinen nun doch nicht durch eine Rechtsverordnung des Bundesgesundheitsministeriums geregelt, sondern verbleibt in der Zuständigkeit des Gemeinsamen Bundesausschusses und damit der Selbstverwaltung. Allerdings lehnte er die Ländervorschläge zum Gesundheitsversorgungsstärkungsgesetz ab und damit auch bessere Weiterbildungsförderungen, vor allem für Fachärzte. In der Begründung dieser Ablehnung heißt es: „...Schließlich stellt die Lage in der hausärztlichen Versorgung mit mehreren tausend offenen Zulassungen einen Sonderfall dar. Die Versorgungslage in der Kinder- und Jugendmedizin oder in anderen Facharztgruppen ist damit nicht vergleichbar.“

Hier liegt eine eklatante Fehleinschätzung vor. Die Nöte frischgebackener Eltern, eine kinderärztliche Praxis zu finden, die noch nicht am Limit angekommen ist, werden schlicht ignoriert. Leider liegt hier wohl nicht nur eine Fehleinschätzung vor, sondern dahinter verbirgt sich vermutlich mehr schlecht als recht getarnt das Ziel, die sogenannte doppelte Facharztschiene zu demontieren. Schließlich träumt Lauterbach seit langem davon, Fachärztinnen und -ärzte nur noch an den Kliniken arbeiten zu lassen. Die zweifelsohne nötige Krankenhausreform wird in der vorgelegten Form allerdings zur Schließung zahlreicher Standorte führen, selbst wenn der Minister noch Änderungen an seinem Entwurf vornehmen sollte. Ohnehin arbeitet die Zeit für ihn, denn immer mehr Krankenhäuser blicken in eine nahe Zukunft, die mehr und mehr (tief)rote Zahlen verheißt und nicht selten in die Insolvenz mündet. Am Ende bleiben deutlich weniger Krankenhäuser zurück und damit naturgemäß auch weniger Weiterbildungsstellen, so dass dann kaum jemand übrig bleibt, um nach der Lauterbach'schen Logik (Staatsmedizin) eine Förderung der ambulanten fachärztlichen Weiterbildung in Anspruch nehmen zu können.

Patientinnen und Patienten wollen und müssen aber weiter versorgt werden. In einer repräsentativen Befragung des Meinungsforschungsinstituts Forsa im Auftrag der Techniker Krankenkasse vor der Landtagswahl in Sachsen zeigten die Befragten ein gro-

ßes Interesse für gesundheitspolitische Fragen. Patientinnen und Patienten dürfen und wollen nicht Opfer einer fehlgeleiteten Reform werden.

Der Wissenschaftsrat setzt nun seine Hoffnung auf Prävention. Als Beratungsgremium von Bund und Ländern kündigte er kürzlich an, alle Akteure im Gesundheitswesen zu einer nationalen Präventionsstrategie zu gewinnen. Bis hin zu einem möglichen Erfolg wird bei allem Optimismus noch sehr viel Zeit ins Land gehen. Dieses sehr begrüßenswerte Vorhaben, bei dessen Entwicklung die Ärztekammern sicher gerne mitarbeiten wollen, benötigt für die Ausarbeitung Zeit. Bis die Weichen zu einer möglichen Umsetzung gestellt sein werden, geht weitere Zeit ins Land. Und bis sich die Erfolge zeigen, dauert es noch viel länger. Wer soll also in der Zwischenzeit, bis z. B. die Diabeteserkrankungen messbar zurückgehen, die ärztliche Versorgung übernehmen? Hier kommen nun die älteren Kolleginnen und Kollegen ins Spiel. So schätzt Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhardt, dass ein erheblicher Teil der Kolleginnen und Kollegen unter den entsprechenden Bedingungen (steuergesetzliche bzw. sozialversicherungsrechtliche Regelungen) bereit wäre, den Eintritt in den Ruhestand zu verschieben oder zumindest einige Stunden pro Woche weiter zu arbeiten. Würde der immer wieder angekündigte Bürokratieabbau endlich in die Tat umgesetzt werden, hätten Ärztinnen und Ärzte, aber auch Pflegekräfte, ob ambulant oder stationär tätig, deutlich mehr Zeit für die eigentliche Patientenversorgung. Ganz zu schweigen von der Freude am Beruf, die sogar zu einer Verlängerung des Berufslebens führen könnte. Schließlich führte der Wunsch, mit und für die Menschen zu arbeiten, zur Wahl des Berufs.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

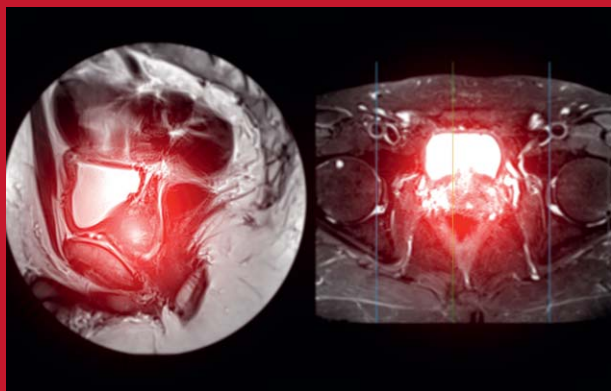


Foto: © samunella – stock.adobe.com

Lokal begrenztes Prostatakarzinom

Das Prostatakarzinom zählt weltweit zu den häufigsten Krebsarten bei Männern. 65.200 neue Fälle wurden 2018 in Deutschland diagnostiziert. Der zertifizierte Fortbildungsartikel befasst sich mit der leitliniengerechten Früherkennung, Diagnostik, Therapie und Nachsorge.

522



Foto: © Popelnushka – stock.adobe.com

Keimreise Teil 2: Maserninfektionen

Zur Prävention schwerer Erkrankungs- oder Todesfälle durch Masern ist eine hohe Impfquote in der Bevölkerung ein probates Mittel. Der Artikel bespricht die Maserninfektionsfälle in Deutschland seit Einführung der Meldepflicht sowie Maßnahmen der Prävention.

534

Editorial: Auf Biegen und Brechen	515
Aus dem Präsidium: Ist eine WBO 2030 gefragt?	518
Forum: „Exzellenz und flexible Arbeitsmodelle sind kein Widerspruch“ – Gespräch mit Prof. Dr. med. Jan Gosepath	519
Forensischer Toxikologe Prof. Dr. Stefan Tönnes im Gespräch über Cannabis im Straßenverkehr	530
Ambulante Ethikberatung Hessen (AEBH) etabliert und weiter im Ausbau	550
PJ-Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen	554
Chancen des PJ im ÖGD: Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Fulda	555
Medizin und Ökonomie: European Society for Philosophy of Medicine and Health Care in Offenbach	556
Fort- und Weiterbildung: CME: Lokal begrenztes und lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom	522
Pilotprojekt: Repetitorium Allgemeinmedizin jetzt auch als reines Online-Format	529
Fortbildung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen	529
Keimreise Teil 2: Maserninfektionen in Deutschland – Präventionsansätze und Einflüsse auf die Infektionszahlen	534
Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe	552

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	540
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	546
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	560
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen: Öffentliche Ausschreibung	568
Ansichten und Einsichten: Das immer gleiche und falsche Lied	520
Cannabislegalisierung – gegen ärztlichen Rat	532
Nachruf: Erinnerungen an Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried	563



Foto: © Marco2811 - stockadobe.com

Medizinrecht

Zwei Artikel stellen aktuelle Fälle aus der Rechtsprechung vor: zur ärztlichen Unabhängigkeit in Unternehmen, die mit Cannabisrezepten werben, sowie unzulässige Vergleichsfotos bei Faltenunterspritzung. Demnach stellen auch Unterspritzungen ein operatives Verfahren dar.

538, 539



Foto: Klaus Wäldle, Universitätsmedizin Frankfurt

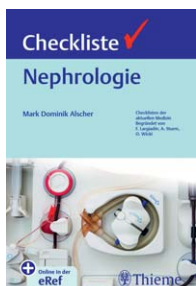
Interview zu Cannabis

Im Gespräch mit Prof. Dr. Stefan Tönnies, Leiter der forensischen Toxikologie an der Goethe-Universität Frankfurt, über Auswirkungen der neuen Regeln zu Cannabis im Straßenverkehr, Cannabisanalytik sowie der Teillegalisierung in Deutschland.

530

Der interessante Fall: Fatale Medikamentenverwechslung nach „Schweizer-Käse“-Modell	548
Ärztchammer: Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“	549
Recht: Grenzen ärztlicher Tätigkeit über Online-Plattformen am Beispiel Cannabis	538
Werbung für Faltenunterspritzung: Vergleichsfotos unzulässig	539
14. Frankfurter Medizinrechtstage 2024, auch für Ärztinnen und Ärzte/Programm	527
Parlando: Frauen. Künstlerinnen zwischen Frankfurt und Paris um 1900	533
Carl-Oelemann-Schule: Einführung in die Tumordokumentation und Krebsmeldung	559
Personalia	561
Aus den Bezirksärztekammern: Freisprechungsfeiern der Bezirksärztekammern	562
Impressum	570

Bücher



Checkliste Nephrologie

Mark Dominik Alscher

S. 559



Tief durchatmen: Die Lunge erzählt ihre Geschichte

Dierkesmann/
Morr

S. 521



Ist eine WBO 2030 gefragt?

Früher war die Zukunft auch besser!“ sagt Karl Valentins Bonmot, spitz und zugleich rückwärtsgewandt. Also: Erlaubt die Weiterbildungsordnung (WBO) 2020 eine bessere Zukunft für die Weiterbildung oder brauchen wir Planungen für eine WBO 2030?

Die WBO 2020 ist kompetenzbasiert neu aufgestellt. IT-gestützt werden nachvollziehbare und leicht transportierbare Dokumentationen zum individuellen Weiterbildungsstand gesichert. Weiterbilder und Weiterzubildende werden gefordert, regelmäßig über den Entwicklungsstand zu kommunizieren. Empfehlungen zur fachlichen Umsetzung in den ergänzenden FEWP* machen sie flexibel für Neuerungen. Kammerverwaltung ist objektiver und schneller für Weiterzubildende und Befugte möglich. Prozessabläufe wurden dafür neu konzipiert und verschlankt. Weiterzubildende werden in Print- und Online-Medien dazu aufgeklärt. Bald ca. 3.500 Befugte sind nach WBO 2020 in Hessen geprüft und ernannt. Also eigentlich ziemlich perfekt, insbesondere Papier und Schneckenpost ade! Wären wir im IT-hochaffinen Estland, wären wir auf diese Schritte stolz und würden wetteifern, den Fortschritt anzuerkennen. Gleichwohl ist bei Vielen gefühlte Wirklichkeit noch „valentinisch“ geprägt: Unzufriedenheit von sich als „User“ verstehenden Beteiligten ist immer wieder hörbar. Man möchte alles noch leichter gestaltet haben. Man erwartet dabei die hochattraktive Usability von Onlineverkaufssystemen wie Amazon, Ebay und Temu. Jede neuere IT-Kommunikationsplattform, von Instagram über Youtube bis TikTok, soll WBO-Erklärungen in individualisierten Häppchen liefern. Nur: Die Kammer verdient kein Geld durch Marketing und Verkauf von Angeboten wie hochkommerzielle Firmen. Sie muss mit knappen Beitragsmitteln auskommen. Dabei sind primär staatlich vorgegebene Verfahrensregeln in der Selbstverwaltung sehr wohl mit kollegialer Zuwendung und Empathie umzusetzen. Das ist vom Ansatz her nicht immer einfach. Es braucht auf der „Nutzerseite“ auch die Eigeninitiative von approbierten Ärztinnen und Ärzten, die wissenschaftliches, selbstständiges (Mit-)Denken im Studium erlernt haben. Genauso, wie es engagierte und gute Lehrende im vertrauens- und verantwortungsvoll übertragenen Amt der Weiterbildungsbefugnis herausfordert.

Wohin es mit der jetzigen WBO bundesweit alles andere als statisch weitergeht, sagen uns Beschlüsse der hessischen Delegier-

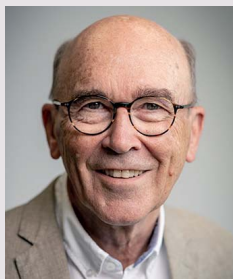


Foto: Peter Jülich

„Die jetzige WBO muss umgestaltet und künftig nur im Wesenskern kammerverwaltet sein“

tenversammlung im Frühjahr und des diesjährigen 128. Ärztetages in Mainz. Auch angetrieben vom dortigen intensiven Dialog mit jungen Ärztinnen und Ärzten. Die jetzige WBO muss umgestaltet und zukünftig nur im Wesenskern kammerverwaltet sein. Neue Methoden könnten auch durch kammerzertifizierte Zusatz-Kurse curriculär oder mit Kurz-Delegationen zu Spezialisten erarbeitet werden. Nicht jede fachliche Zisierung muss, und dann auch noch verwaltungsrechtlich justizierbar, in der WBO „durchreguliert“ sein. Es gibt mehr Weiterbildung in Teilzeitsituationen. In vielen EU-Staaten werden Fachärzte nach vier bis fünf Jahren Weiterbildung migrationsfähig fertig, statt wie bei uns real nach sieben bis acht Jahren. Dann sind sie im Mittel bereits ca. 37,5 Jahre alt, das ist sehr spät.

Der Aufbruch zum Verkürzen und Bereinigen wurde beim 128. Ärztetag zunächst für die ausgeufer-

te Vielfalt von über 50 Zusatzweiterbildungen in der WBO angeschoben. Berufsbegleitende Weiterbildungsanteile werden erheblich verstärkt werden. Lern- und Lehrmethoden mit digitalen Medien können ein Übriges leisten, Methodenkompetenzen unter lebenspolitisch zumutbarerem Zeitaufwand zu vermitteln.

Angesichts quasi revolutionär angekündigter Umbauten der stationären Medizin in Deutschland – und damit vieler relevanter Weiterbildungsorte – und der steten Veränderung von ambulanten Strukturen ist noch mehr Aufbruch gefragt. Veränderte Leistungsstrukturen brauchen zeitnahe Nachsteuerung von Befugnissen, damit Weiterbildung nicht unversehens scheitert. Formale Verbundweiterbildungen und freiwillige Weiterbildungsverbände, Kooperationen und Netzwerke – ambulant wie stationär – sind zukünftig ein Muss, um vorhersagbar aufgehende Lücken der Weiterbildung auszufüllen. Darüber hinaus ist eine faire, auskömmliche Finanzierung der ambulanten wie der klinischen Weiterbildung dringend.

Die WBO 2020 ist strukturell für diese zeitgemäßen Anpassungen genug wandelbar. Evolutionär klug denkend, brauchen wir keine auf einen entfernten Stichtag neu konzipierte „WBO 2030“. Damit kämen wir bei Weitem zu spät, die nähere Zukunft besser zu machen.

Dr. med. H. Christian Piper

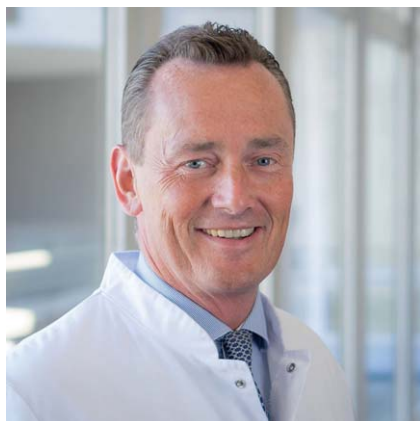
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

* FEWP = Fachlich empfohlener Weiterbildungsplan

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



Prof. Dr. med. Jan Gosepath: Die Themen Individualisierung und Flexibilisierung der Angebote im Arbeitsmarkt von großer Bedeutung.

Mit seinem Plädoyer für ein Umdenken in Richtung moderner Arbeitsmodelle erntete Prof. Dr. med. Jan Gosepath (Klinikdirektor der Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Kopf- und Halschirurgie der Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken Wiesbaden (HSK) im Rahmen des Treffens des Ärztlichen Clubs Wiesbaden bei den jungen Kolleginnen und Kollegen viel Zustimmung. Das Hessische Ärzteblatt hakte nach.

Nun wird ja im ganzen Land der Abgesang auf die ärztliche Versorgung gesungen. Schuld daran, so behaupten einige hinter vorgehaltener Hand, sei schlicht die fehlende Arbeitsmoral junger Ärztinnen und Ärzte. Wie ist Ihr Eindruck von diesen jungen Leuten?

Prof. Dr. med. Jan Gosepath: Ich halte es für essenziell, dass wir uns an dem von Ihnen zitierten Abgesang auf die ärztliche Versorgung nicht beteiligen, sondern vielmehr sowohl nach außen als auch nach innen in die eigenen Teamstrukturen zurückspeiegeln, dass sich an der Attraktivität und dem besonderen Charakter des Arztberufes in all den Jahrhunderten seiner Ausübung nichts verändert hat.

Aktuell sehe auch ich in Gesprächen mit jungen Kollegen und Absolventen des Studiums der Humanmedizin eine gewisse Tendenz zur Überschätzung der eigenen Freiheitsgrade, was nach meiner Interpretation aus dem aus Bewerbersicht sehr offenen Stellenmarkt resultieren kann. Diese Auswahlmöglichkeiten sind eine große Chance. Die in der Folge resultierende individuelle Motivation und wie Sie es nen-

„Exzellenz und flexible Arbeitsmodelle sind kein Widerspruch“

Gespräch mit Prof. Dr. med. Jan Gosepath

nen „Arbeitsmoral“ ist nach meiner Überzeugung am besten durch ein gelungenes Miteinander zwischen Lehrern und Lernenden gestaltbar.

Kurz: Die geforderte individuelle Gestaltungsfreiheit junger Kollegen steht nicht unbedingt im Widerspruch zu einer hohen inhaltlichen Motivation, die bei geeigneter Förderung zu sehr erfolgreichen und glücklichen Berufswegen ausgebaut werden kann.

Welchen Vorteil hat es denn dann, wenn man sich auf die Bedürfnisse der jungen Kolleginnen und Kollegen einlässt?

Gosepath: Sich auf die Bedürfnisse der jungen Kollegen einzulassen, ist für mich schon im alltäglichen menschlichen Miteinander eine Selbstverständlichkeit. Umgekehrt bin ich aber auch ein Anhänger der Maxime „Fördern und Fordern“. Gerade in Zeiten hoch spezialisierter und individualisierter Medizin können wir die inhaltliche Ausbildung nicht in ihrem Anspruch nach unten korrigieren. Somit glaube ich, dass in einer für die Berufsanfänger optimierten Umgebung auch die Bereitschaft unverändert vorherrscht, sich in Richtung Kompetenz und Exzellenz zu entwickeln. Hier muss man umdenken und durch die Anpassung von Stellenplänen und Dienststrukturen auch die geforderte Flexibilität an den Tag legen, um Unzufriedenheit oder Frustration als Entwicklungshemmung zu vermeiden.

Können Sie ein oder zwei konkrete Beispiele nennen, wie Sie mit „Sonderwünschen“ umgehen und was das mit dem Team macht?

Gosepath: Mit der Einschränkung, dass einzelne Beispiele weder repräsentativ sind noch auf andere Strukturen ohne Weiteres übertragbar sein müssen, kann ich aus meiner Erfahrung berichten, dass insbesondere dem im Vergleich zu früheren Jahren häufiger formulierten Wunsch nach Arbeitszeitreduktion zu entsprechen, die allgemeine Zufriedenheit und

den Spirit eines Teams sehr positiv beeinflussen kann, ohne die Produktivität und Effizienz zu gefährden.

Ein weiteres Beispiel ist die Akzeptanz von intersektoralen Tätigkeiten. Ich habe sehr angenehme Erfahrungen mit jungen Kolleginnen und Kollegen, die neben der Tätigkeit im maximal versorgenden Krankenhaus sich auch im ambulanten Sektor ein Standbein geschaffen haben. Diese jeweilige Teilzeitaktivität einzelner Teammitglieder kann Synergien nutzbar machen und eventuell in unterschiedlichen Lebensphasen im Sinne einer kommunizierenden Röhre angepasst und genutzt werden.

Was glauben Sie, wohin der ärztliche Arbeitsmarkt sich entwickelt und wieso vielleicht viele etablierte Kollegen umdenken müssen?

Gosepath: Die Entwicklung des Arbeitsmarktes ist wie jeder Blick in die Zukunft sicherlich nicht abschließend zu beurteilen oder vorherzusehen. Es wird in den kommenden Jahren weiterhin erforderlich sein, sich dem aus demografischen Fakten resultierenden Ärztemangel zu stellen, und daher bleiben die Themen Individualisierung und Flexibilisierung der Angebote im Arbeitsmarkt von großer Bedeutung. Neben der notwendigen und politisch zuletzt geförderten Orientierung in Richtung der allgemeinmedizinischen und ganzheitlichen beruflichen Orientierung halte ich es für eine große Herausforderung, dass Interesse junger Kolleginnen und Kollegen an hochkomplexer und hoch spezialisierter Medizin wachzuhalten. Diese Bereiche sind die Träger unseres Fortschritts, gerade in der Behandlung chronischer, lebensbedrohlicher und maligner Erkrankungen. Vielerorts wird hier ein Umdenken erforderlich sein, um das Engagement in diese speziellen Richtungen auf höchstem Niveau zu halten.

Interview: Dr. med. Cornelius Weiß

Das immer gleiche und falsche Lied

Prof. Dr. med. Ferdinand Gerlach irrt, wenn er den Ärztemangel in Abrede stellt, meint Dr. med. Susanne Johna, 1. Vorsitzende des Marburger Bundes: Es gibt strukturelle Probleme, die nicht zu ignorieren sind.

Es ist das ewige Mantra in der Diskussion um den Ärztemangel: In Deutschland fehlen keine Ärztinnen und Ärzte, sie sind nur schlecht verteilt. So hört man es seit Jahren von den Krankenkassen, so hört man es auch jetzt wieder vom früheren Vorsitzenden des Sachverständigenrats Gesundheit und Pflege (SVR Gesundheit), Prof. Gerlach. Im Interview mit der „Ärzte Zeitung“ spricht er von Mythen und „undifferenzierten Behauptungen“, die „in fast jedem Statement“ zu hören seien. Er selbst ist sich ganz sicher: „Es gibt zwar disziplinäre und regionale Engpässe, aber keinen allgemeinen Ärztemangel, keine generelle Überalterung, keine überdurchschnittliche Abwanderung in andere Bereiche und es gibt keinen Zusammenhang zwischen Arztlizenzen und Baby-Boomern.“ Etwas differenzierter sollte man die Sache schon betrachten. Denn ohne Einbeziehung des aktuell und prospektiv zur Verfügung stehenden Arbeitsstundenvolumens ergibt sich leicht ein schiefes Bild. Es reicht eben nicht, vor allem Köpfe zu zählen, dann daraus eine vermeintliche „Arztdichte“ abzuleiten und auf dieser Grundlage anhand von Vergleichen mit Ländern, die eine deutlich jüngere Bevölkerung haben, Schlussfolgerungen zu ziehen. Wer das aktuelle Jahresgutachten „Fachkräfte im Gesundheitswesen“ des SVR Gesundheit aufmerksam liest, wird zwar auch den zutreffenden Hinweis finden, dass sich die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte in den vergangenen Jahren kontinuierlich erhöht hat. Zugleich aber erläutert der Rat auch, wie diese Zahl einzuordnen ist: „Die Anzahl der Ärztinnen und Ärzte erlaubt nur einen eingeschränkten Rückschluss auf die zur Verfügung stehenden Arbeitskräfte. Daher sind die Vollzeitäquivalente (VZÄ) zu berücksichtigen, also der Abgleich der gearbeiteten Stunden mit den üblichen Arbeitsstunden eines Vollzeitberufstätigen. Im Vergleich der

absoluten Anzahl der Ärztinnen und Ärzte mit den entsprechenden VZÄ über die Zeit zeigt ein Trend zu zunehmender Teilzeitarbeit. Seit dem Jahr 1991 stieg die Anzahl der in Krankenhäusern tätigen Ärztinnen und Ärzte um 111 Prozent, wohingegen in Bezug auf die VZÄ nur ein Anstieg von 82 Prozent zu verzeichnen ist. Benötigte man im Jahr 1991 noch 103 Ärztinnen und Ärzte für den Beschäftigungsumfang von 100 Vollzeitärztkräften im Krankenhaus, so waren hierfür 2022 bereits 120 Personen notwendig.“

Auch Gerlach spricht davon, dass „Teilzeit, sprich weniger Arbeitseinsatz“ zu verzeichnen sei, misst diesem Trend aber zu wenig Beachtung bei. Die Zahlen sprechen jedoch eine klare Sprache: In den Kliniken haben inzwischen knapp ein Drittel der Ärztinnen und Ärzte ein Beschäftigungsverhältnis unterhalb der Regelarbeitszeit. Auch bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten nimmt das Arbeitsstundenvolumen insgesamt ab, wie aus der aktuellen Statistik der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) ersichtlich ist: Von den 95.208 zugelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzten hatten im Jahr 2023 bereits 11,4 Prozent einen hälftigen Versorgungsauftrag; im Jahr 2013 lag dieser Anteil bei 4,1 Prozent. Noch höher liegt der Teilzeitanteil bei den angestellten Ärztinnen und Ärzten in der vertragsärztlichen Versorgung: 63 Prozent haben eine Wochenarbeitszeit von 30 Stunden oder weniger.

Über alle Alterskohorten hinweg gibt es einen ausgeprägten Wunsch nach geringeren Arbeitszeiten. Trotzdem leisten allein die angestellten Ärztinnen und Ärzte in den Krankenhäusern jährlich etwa 60 Millionen Überstunden, pro Kopf zwischen sechs und sieben Stunden pro Woche, wie die Mitgliederbefragung „MB-Monitor 2022“ des Marburger Bundes ergab. Gerlach blendet diese Tatsachen in seinem Rundumschlag einfach aus, weil sie nicht zu seiner Ansicht passen, es bedürfte nur einer besseren Koordination und Steuerung im Gesundheitswesen. Niemand bestreitet die bestehenden Koordinierungsdefizite. Wer aber in den bestehenden und prospektiven Engpässen

lediglich ein Verteilungsproblem sieht, verkennt die tatsächlichen Verhältnisse. Ohne die seit Jahren stark steigende Anzahl von Ärztinnen und Ärzten mit ausländischer Qualifikation könnte die Versorgung der Bevölkerung bereits jetzt nicht mehr aufrechterhalten werden.

Es ist auch keineswegs „normal“, dass inzwischen knapp 40 Prozent der Hausärztinnen und Hausärzte 60 Jahre und älter sind. Schon jetzt ist klar, dass diese Baby-Boomer nicht durch ausreichend jüngere, hier ausgebildete Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden können, die häufiger in Teilzeit arbeiten und mehr Wert auf geregelte Arbeitszeiten und eine gute Work-Life-Balance legen, wie das KBV-Berufsmonitoring unter Medizinstudierenden regelmäßig darlegt.

Der ExpertInnenrat Gesundheit und Resilienz der Bundesregierung schreibt jüngst in seiner zweiten Stellungnahme: „Weder Einwanderung noch die Flexibilisierung der Anerkennung von Abschlüssen werden absehbar ausreichen, um den Bedarf quantitativ und qualitativ zu decken.“

Gerlach überschätzt auch die Anzahl der existierenden Medizinstudienplätze. Selbst wenn man Medizinstudienplätze an privaten Hochschulen hinzurechnet, wie er das ganz selbstverständlich tut, ist der aktuelle Gesamtumfang von 12.000 Studienplätzen pro Jahr nicht bedarfsgerecht. Die Studienkapazitäten entsprechen in etwa denen, die es 1990 in der alten Bundesrepublik ausschließlich an staatlichen Hochschulen gab, bei damals circa 63 und heute rund 84 Millionen Einwohnern.

Und natürlich hat es Auswirkungen auf die Versorgung, wenn nun die geburtenstarken Jahrgänge nach und nach in den Ruhestand gehen. Diese Entwicklung wird sich bis zum Ende der 2030er-Jahre fortsetzen. Auch in vielen anderen Berufen gibt es einen Fachkräftemangel. Im Gesundheitswesen korrespondiert aber der Mangel mit einem zunehmenden medizinischen Bedarf aufgrund des steigenden Durchschnittsalters der Bevölkerung und einer im Alter höheren Krankheitslast.

Die aus dem Ärztemangel resultierenden Belastungen für das ärztliche Personal drohen die Probleme weiter zu verstär-

ken. Ursachen und Folgen von Fachkräftemangel könnten eine „Negativspirale“ hervorrufen, warnt der SVR Gesundheit in seinem Gutachten: „So werden die bereits in der Ausgangssituation herausfordernden Arbeitsbedingungen durch Personalengpässe weiter verschärft. Die damit einhergehenden Folgen für Patienten und Patientinnen sowie das Personal tragen zu einer niedrigen Arbeitszufriedenheit bei und erhöhen den Wunsch nach einem Arbeitsplatzwechsel bis zum Berufsausstieg.“

Die Folgen des Ärztemangels wären besser beherrschbar, wenn die Politik endlich ernst mit ihrem Versprechen machen würde, die Patientenversorgung zu entbürokratisieren. Gerlach jedoch sieht in dem Bürokratieaufwand lediglich ein weiteres Argument, nicht noch mehr Ärzte auszubilden „und in dieses verrückte System zu

jagen, um den Papierkram besser abwickeln zu können“. Das eigentliche Anliegen gerät dabei völlig aus dem Blick, nämlich der Wunsch von Ärztinnen und Ärzten, durch Entlastung von Bürokratie mehr Zeit für die Patienten zu gewinnen. Aber auch dafür hat der frühere SVR-Vorsitzende schon eine Lösung parat: Durch Künstliche Intelligenz wird in Zukunft alles einfacher. 30 bis 40 Prozent der heutigen Tätigkeiten von Ärztinnen und Ärzten könnten, so Gerlach, durch KI und interprofessionelle Teamleistungen unterstützt oder gar ersetzt werden. Auf KI-gestützte Systeme werden wir uns aber sicherlich nicht blindlings verlassen können. Genauso wenig wird es funktionieren, einen Mangelberuf (Ärzte) durch den nächsten (Pflege) zu ersetzen. Die ärztliche Tätigkeit wird sich verändern, das steht außer Frage. Es ist aber fahrlässig,

den Ärztemangel kleinzureden und die schöne neue KI-Zukunft rosarot zu malen. Das wird den Bedürfnissen der Patientinnen und Patienten sicher nicht gerecht.

Dr. med. Susanne Johna

Internistin, Krankenhaushygienikerin und Gesundheitsökonomin, Oberärztin für Krankenhaushygiene am St. Josef-Hospital Rheingau in Rüdesheim,



Foto: Peter Jülich

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Nachdruck aus der Ärzte Zeitung vom 22.8.2024, mit freundlicher Genehmigung Springer Medizin Verlag GmbH.

Bücher



**Rainer Dierkesmann,
Harald Morr:**

**Tief durchatmen:
Die Lunge erzählt ihre Geschichte**

lehmanns media, Berlin 2024, 356 S.,
ISBN: 978-3965434523, 49,95 €

Erfrischende Darstellung der Lungenheilkunde als Erfolgsgeschichte

Selten liest man ein Buch, in dem das, was man schon zu wissen glaubt, so neu und interessant präsentiert wird. Die Autoren Rainer Dierkesmann und Harald Morr, zwei erfahrene und ausgewiesene Internisten und Pneumologen, wollten wissen, wo die Lungenheilkunde, die sie täglich in ihrer Arbeit anwenden, eigentlich herkommt, bzw. wie sie sich entwickelt hat.

Sie zeichnen in ihrem Werk „Tief durchatmen“ den Fortschritt der Pneumologie nach – in erfrischender Darstellung als Erfolgsgeschichte mit vielen Abbildungen, Porträts, Apparaten und der Würdigung handelnder Personen. Und das alles mit Hilfe umfassend zitierter Literatur.

Auch in der Medizin kann nur erfolgreich nach vorn schauen, wer die Basis des aktuellen Stands kennt. Leider wird der Blick in die Geschichte oft nicht gelehrt, sodass eine Darstellung, wie sie hier vorliegt, nicht hoch genug gewürdigt werden kann.

Kenntnisreich werden die anatomischen Grundlagen und ihre Entwicklung über die Jahrhunderte reflektiert. Die Entdeckung physiologischer Vorgänge bei Gasaustausch und im Kreislauf, die bekanntlich Grundlage für die gesamte Medizin sind, ist spannend nicht nur für Pneumologinnen und Pneumologen. Dieses schwierige physiologische Gebiet lässt sich leichter verstehen, wenn man die Schritte des langsamen Erkenntnisfortschritts nachvollziehen kann. So zeigt zum Beispiel die Entwicklung der Endoskopie, die heute ebenfalls vielen Bereichen der Medizin dient, die Innovationskraft unserer wissenschaftlichen Medizin, die aber natürlich auch auf kreative frühere Forschende angewiesen war. Ebenso beleuchtet die Entwicklung seuchenhygienischer Maßnahmen, wie sich unsere heutige Medizin aus früheren Erfolgen und Misserfolgen herausgebildet hat. Dargestellt werden auch die Fehler und Irrtümer früherer Ärztinnen und Ärzte, aus deren kritischer Bearbeitung sich neue Vorgehensweisen ergaben. Das Buch ist äußerst spannend zu lesen, gerade weil es über die engere Lungenheilkunde hinausgeht. Es bietet auch interessante Beziehungen der Medizin zu Kunst und Kultur, oft dargestellt an Schilderungen persönlicher Schicksale und Erfahrungen. Der Text ist hervorragend geschrieben und formuliert, es ist pure Freude, in diesem Werk zu lesen, das die Leser nicht nur zufrieden, sondern auch mit neuen Erkenntnissen zurücklässt. Gratulation!

Prof. Dr. med. Peter von Wichert

Die Rezension ist ein genehmigter Nachdruck aus dem Hamburger Ärzteblatt 7/8 2024, S. 31.

Lokal begrenztes und lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom

VNR: 2760602024154250004

Dr. med. Cristina Cano Garcia, Dr. med. Clara Humke, Dr. med. Benedikt Höh, Dr. med. Mike Wenzel,
Prof. Dr. med. Philipp Mandel, Prof. Dr. med. Felix K. H. Chun

Einleitung

Das Prostatakarzinom zählt weltweit zu den häufigsten Krebsarten bei Männern. In Deutschland wurden im Jahr 2018 65.200 neue Fälle diagnostiziert und war die Krebsart mit der höchsten Inzidenzrate [1-3]. Mit 14.963 Todesfällen war es zudem die zweithäufigste Krebstodesursache. Das durchschnittliche Erkrankungsalter beträgt 71 Jahre, mit einem Lebenszeitrisko von 12,1 %. Das Erkrankungsrisiko steigt mit zunehmendem Alter, von weniger als 0,1 % für einen 35-jährigen Mann bis etwa 6 % für einen 75-jährigen Mann [3]. Trotz der hohen Inzidenz weist das Prostatakarzinom insgesamt eine gute Prognose auf, mit einer relativen 5-Jahres-Überlebensrate von 89 % und einer relativen 10-Jahres-Überlebensrate von 88 % [5]. Eine Heilung ist jedoch nur im nicht-metastasierten Stadium möglich [4-6]. Angesichts des demografischen Wandels ist es für die Urologie entscheidend, klinisch-relevante Prostatakarzinome frühzeitig zu erkennen und Behandlungsoptionen sorgfältig abzuwägen, um optimale onkologische Ergebnisse zu erzielen und gleichzeitig die Lebensqualität der Patienten zu erhalten. Neue diagnostische Methoden wie die multiparametrische Magnetresonanztomographie (mpMRT) für die Identifikation von klinisch-signifikanten Prostatakarzinomen und die Prostataspezifisches Membranantigen Positronenemissionstomographie/Computertomographie (PSMA-PET/CT) für die bessere Detektion von Metastasen bei Hochrisikokarzinomen haben Einzug in nationale und internationale Leitlinien gehalten [4-6]. Weiterhin wurden neue Operations- und Bestrahlungstechniken zur kontinuierlichen Verbesserung der funktionellen Ergebnisse entwickelt.

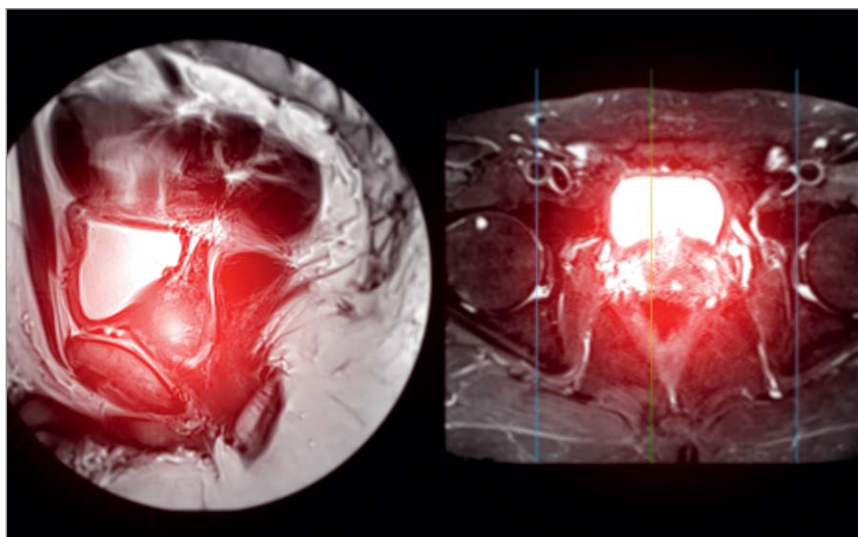


Foto: © samunella – stock.adobe.com

Das MRT-Bild zeigt sichtbare Veränderungen im Prostata-Gewebe (PI-RADS 4).

In dem folgenden Beitrag werden wir die Prostatakarzinom-Früherkennung, die Diagnostik, die aktuellen Behandlungsmöglichkeiten sowie die Rehabilitation und die Nachsorge für Patienten mit lokalisierten und lokal fortgeschrittenem Prostatakarzinom erläutern.

Prostatakarzinomfrüherkennung

Die gesetzliche Prostatakarzinomfrüherkennung in Deutschland gilt ab dem 45. Lebensjahr. Männer mit einer positiven Familienanamnese bezüglich der Häufung von Prostatakarzinomfällen (Vater und/oder Brüder) haben ein über zweifach erhöhtes Risiko [5]. In diesem Fall kann die Altersgrenze für die gesetzliche Früherkennung auf 40 Jahre herabgesetzt werden. Teil der gesetzlichen Prostatakarzinom-Früherkennung ist die körperliche Untersuchung einschließlich der digital-rektalen Untersuchung (DRU). Gemäß der aktuellen deutschen S3-Leitlinie Prostatakarzinom wird die alleinige DRU jedoch als nicht geeignet für die Früherken-

nung angesehen [5]. Als weitere Untersuchung kann die Bestimmung des Prostata-spezifischen Antigens (PSA) erfolgen. Die PSA-Wert-Bestimmung im Rahmen der Früherkennung wird kontrovers diskutiert. Ein erhöhter PSA-Wert kann auf das Risiko eines Prostatakarzinoms hinweisen. Jedoch ist das PSA ein organspezifischer und kein tumorspezifischer Marker. Verschiedene Faktoren können den PSA-Wert beeinflussen, darunter das Prostata-volumen, Entzündungen im Sinne einer Prostatitis oder eines Harnwegsinfekts, Harnverhalte, vorherige Manipulation der Prostata (z. B. durch rektale Untersuchung, transrektaler Ultraschall, Katheterismus, Sexualpraktiken) oder bestimmte Medikamente (z. B. durch 5-alpha-Reduktasehemmer). Auch muss ein erhöhter PSA-Wert unter Berücksichtigung der zuvor genannten Einflussfaktoren kontrolliert werden. In Deutschland ist der PSA-Test nicht in der gesetzlichen Früherkennung enthalten und wird als individuelle Gesundheitsleistung (IGeL) angeboten. Im Jahr 2020 lehnte der Gemeinsame Bun-

desausschuss (G-BA) in Deutschland die Integration des PSA-Tests in die gesetzliche Prostatakrebsfrüherkennung, basierend auf einer Überprüfung durch das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG), ab [7, 8]. Der G-BA-Beschluss argumentiert, dass der Nutzen des PSA-Screenings die Schäden für Männer nicht aufwiege, insbesondere aufgrund hoher Raten von Überdiagnosen und falsch positiven Befunden. Kritikpunkte sind Überdiagnostik, Übertherapie und mögliche psychische Belastungen. Die Deutsche Gesellschaft für Urologie (DGU) kritisierte diesen Beschluss und spricht sich für eine PSA-gestützte Früherkennung als risikoadaptierte, individualisierte Strategie aus [9]. Dabei sollten das Patientenalter, bestehende Erkrankungen, die Lebenserwartung und Patientenpräferenzen in die Entscheidung zur PSA-Testung einbezogen werden. In den Vereinigten Staaten empfahl die US Preventive Services Task Force (USPSTF) 2008, auf das PSA-Screening bei Männern über 75 Jahren zu verzichten, und erweiterte diese Empfehlung im Jahr 2012 auf alle Altersgruppen. In den folgenden Jahren wurde ein Anstieg der Prostatakarzinompatienten mit einem hohen oder sehr hohen Risikoprofil sowie eine Zunahme von Patienten mit metastasiertem Prostatakarzinom registriert [10–12]. Im Mai 2018 erfolgte eine weitere Anpassung, die Männer im Alter von 55 bis 69 Jahren ermutigte, nach einer Aufklärung mit ihrem Arzt eine individuelle Entscheidung über die PSA-gestützte Früherkennung zu treffen [13]. Eine retrospektive Analyse aus Daten der Veteran Health Administration (VHA) mit 4,68 Millionen Männer 2005 und 5,37 Millionen Männer 2019 bewertete drei Jahre ein jährliches PSA-Screening versus kein Screening. Das Inzidenzverhältnis für metastasiertes Prostatakarzinom lag bei 1,11 pro 10 % Anstieg der Nicht-Screening-Rate [12]. Die Langzeitauswirkungen dieser Anpassung auf den zuvor beobachteten Trend in den USA bleiben somit weiter abzuwarten.

Diagnostik

Besteht nach der DRU und PSA-Testung der Verdacht eines Prostatakarzinoms, sollte eine weitere Untersuchung mittels

mpMRT und ggf. einer Prostatastanzbiopsie erfolgen [5]. Zur standardisierten Auswertung der mpMRT der Prostata und somit zur Detektion und Einschätzung des Malignitätsrisikos von Prostataveränderungen wird die sogenannte PI-RADS-Klassifikation (Prostate Imaging Reporting and Data System) verwendet [14]. Die PI-RADS-Klassifikation besteht aus einer Skala von 1 bis 5, wobei jeder PI-RADS-Wert ein bestimmtes Wahrscheinlichkeitsniveau für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms beschreibt. PI-RADS 1 und 2 stehen hier für ein sehr niedriges bzw. niedriges Malignitätsrisiko, wobei PI-RADS 3, 4 und 5 für ein mittleres, hohes oder sehr hohes Malignitätsrisiko sprechen. Somit spricht man ab einer PI-RADS 3 Läsion in der mpMRT von einem auffälligen Befund und eine Prostatastanzbiopsie wird empfohlen [5]. Bei der Prostatastanzbiopsie handelt es sich um eine gesteuerte Biopsie mittels transrektalem Ultraschalls (TRUS). Traditionell wurden die Prostatastanzen transrektal entnommen. Die aktuelle Leitlinie der Europäischen Gesellschaft für Urologie – European Association of Urology (EAU) empfiehlt jedoch zur Senkung des Infektionsrisikos die perineale Prostatastanzbiopsie [4]. Weiterhin wird laut deutscher S3-Leitlinie Prostatakarzinom eine systematische Prostatastanzbiopsie in Kombination mit einer mpMRT-Zielbiopsie empfohlen [5]. Bei der systematischen Prostatastanzbiopsie werden in der Regel zehn bis zwölf Gewebeylinder entnommen. Bei der mpMRT-Zielbiopsie werden die Bilder der mpMRT und des TRUS fusioniert und die vorher definierten PI-RADS Läsionen mit jeweils im Durchschnitt 2–3 Stanzzyllindern biopsiert. Wichtige Studien wie die PRECISION-Studie (Prostate Evaluation for Clinically Important Disease: Sampling Using Image Guidance or Not?) und die PROMISE-Studie (PROstate Magnetic resonance Imaging Study) zeigen, dass die Durchführung der mpMRT die Anzahl der notwendigen Prostatastanzbiopsien und somit einer invasiven Diagnostik reduziert und die Detektionsraten von klinisch signifikanten Prostatakarzinomen durch die mpMRT-Zielbiopsie erhöht [15, 16]. Obwohl die mpMRT in nationalen und internationalen Leitlinien als fester Bestandteil der Primärdiagnose des Prostatakarzi-

noms empfohlen wird und Überdiagnostik sowie Übertherapie von klinisch nicht-signifikanten Prostatakarzinomen nachweislich reduziert werden können, wird sie in Deutschland von vielen gesetzlichen Krankenkassen nicht erstattet, und die Patienten müssen die Kosten häufig selbst tragen.

Risikogruppen

Die EAU teilt das lokal begrenzte und lokal fortgeschrittene Prostatakarzinom abhängig vom 5-Jahres-Risiko eines biochemischen Rezidivs in drei verschiedene Risikogruppen ein. Hier werden der PSA-Wert, der Gleason-Score des Biopsiepräparates und das klinische Tumorstadium beachtet [4].

Der Gleason-Score bewertet die Aggressivität des Prostatakarzinoms anhand von Gewebsstruktur und Zellmuster. Dabei stellt sich der Gleason-Score aus zwei Gleason-Mustern zusammen. Die erste Zahl gibt das häufigste und die zweite Zahl das zweithäufigste Muster an. Ein höherer Gleason-Score zeigt eine stärkere Entdifferenzierung und somit höhere Aggressivität der Karzinomzellen an. Weiterhin wird der Gleason-Score gemäß der Internationalen Gesellschaft für Urologische Pathologie (ISUP) fünf Gruppen zugeordnet. Dabei stellt der Gleason-Score 6 die ISUP-Gruppe 1, Gleason-Score 7a (3+4) die ISUP-Gruppe 2, Gleason-Score 7b (4+3) die ISUP-Gruppe 3, Gleason-Score 8 die ISUP-Gruppe 4 und Gleason-Score 9 oder 10 die ISUP-Gruppe 5 dar.

Das Tumorstadium gibt die Ausdehnung an und unterscheidet zwischen klinischem (cT) und pathologischem (pT) Tumorstadium, wobei das primäre klinische Tumorstadium durch den DRU-Befund bestimmt wird. Ergebnisse bildgebender Verfahren wie mpMRT werden berücksichtigt, sofern sie den aktuellen Qualitätsrichtlinien entsprechen [5].

Staging

Das konventionelle Staging beim Prostatakarzinom umfasst eine Computertomographie (CT) oder MRT der Beckenorgane sowie eine Skelettszintigraphie. Aufgrund des sehr niedrigen Risikos für Metastasen bei einem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom

empfehlte die deutsche S3-Leitlinie Prostatakarzinom hier kein Staging [5]. Die CT- oder MRT-Untersuchung der Beckenorgane und eine Skelettszintigraphie werden bei einem Gleason-Score ≥ 8 oder einem Tumorstadium cT3/cT4 empfohlen. Zusätzlich wird die Skelettszintigraphie bereits bei einem PSA-Wert $> 10\text{ng/ml}$ empfohlen. Dennoch ist ein Rezidiv nach kurativer Therapie bei Patienten mit hohem Risiko nicht selten, was teilweise auf die begrenzte Sensitivität und Spezifität des konventionellen Stagings zurückgeführt wird. Die PSMA-PET/CT weist im Vergleich zu CT/MRT und Skelettszintigraphie eine höhere Genauigkeit bei der Detektion von Prostatakarzinommetastasen auf [18]. Somit empfiehlt die deutsche S3-Leitlinie Prostatakarzinom die PSMA-PET/CT für Hochrisiko-Prostatakarzinome. Jedoch wird die PSMA-PET/CT trotz ihrer nachweislichen Vorteile im primären Staging der Hochrisiko-Patienten nur in sehr wenigen Ausnahmefällen von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet und die Patienten tragen die Kosten selbst.

Therapie

Nachfolgend werden die Therapieoptionen des lokal begrenzten und lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms laut deut-

scher S3-Leitlinie Prostatakarzinom erläutert [5].

• Aktive Überwachung

Die aktive Überwachung hat sich als bedeutende Managementoption für Patienten mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom etabliert. Ziel ist hier, die aktive Behandlung und damit verbundene Nebenwirkungen einer aktiven Therapie wie Operation oder Bestrahlung bei Patienten mit einer Lebenserwartung von zehn Jahren oder mehr zu verzögern oder ganz zu vermeiden, ohne dabei das Gesamt- und prostata-spezifische Überleben zu beeinträchtigen. Zunächst war die aktive Überwachung vor allem Patienten mit einem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom vorbehalten. Mit der Aktualisierung der europäischen Leitlinien im April 2024 und der deutschen S3-Leitlinie Prostatakarzinom im Mai 2024 wurde die Indikation der aktiven Überwachung nun erweitert. Nach den aktuellen Leitlinien sollte die aktive Überwachung allen Patienten mit einem Niedrigrisiko-Prostatakarzinom, mit Ausnahme von Patienten mit biologisch aggressiven Tumoranteilen (duktalen und/oder cribriformen Histologie), empfohlen werden.

Neu ist auch, dass Patienten mit einem intermediären Risiko aktiv überwacht

werden können. Laut der deutschen S3-Leitlinie sollten jedoch folgende Kriterien eines günstigen Risikoprofils erfüllt sein: ISUP Gruppe 2 mit einem Gleason-Muster 4 Anteil $< 10\%$, PSA-Wert $< 15\text{ng/ml}$ und kein Nachweis eines duktales und/oder cribriformen Wachstumsmusters. Wichtig ist hier zu erwähnen, dass es keine einheitliche Definition für „das günstige“ Risikoprofil bei den Patienten mit einem intermediären Risiko gibt. Die EAU-Leitlinie gibt beispielsweise einen PSA $< 10\text{ng/ml}$ und ein Tumorstadium $\leq \text{cT2a}$ vor und hält an Kriterien wie „Anzahl der befallenen Stanzzyylinder“ (≤ 3 positive Stanzzyylinder mit einem Gleason 3+4) und „Karzinomanteil in den einzelnen Stanzzyindern“ ($\leq 50\%$ Karzinomanteil pro Stanzzyylinder) fest. Diese Kriterien werden in der deutschen S3-Leitlinie nicht mehr berücksichtigt, da durch die steigende Nutzung der mpMRT-Zielbiopsie ein ungenaues Bild erzeugt werden kann und es keine klaren Richtwerte zur Beurteilung des Tumorausmaßes gibt. Weiterhin ist die Wahrscheinlichkeit zur Identifizierung von kleinen Arealen des Gleason-4-Musters bei der mpMRT-Zielbiopsie höher als bei der systematischen Biopsie. Daher empfiehlt die deutsche S3-Leitlinie eher die Berücksichtigung der Ausdehnungs-/Volumetriekriterien der mpMRT-Untersuchung.

Grundsätzlich folgt die aktive Überwachung einem strukturierten Schema mit regelmäßigen PSA-Wert Kontrollen, mpMRT-Untersuchungen und Prostatabiopsien. Erst bei re-biopsisch gesicherter Krankheitsprogression wird eine aktive Therapie eingeleitet. Die aktive Überwachung erfordert eine ausführliche ärztliche Beratung, eine transparente Kommunikation zwischen Patienten und medizinischem Personal zur partizipativen Entscheidungsfindung sowie die Bereitschaft der Patienten, sich regelmäßigen mpMRT-Untersuchungen und vor allem Prostatabiopsien zu unterziehen.

• Radikale Prostatektomie

Die radikale Prostatektomie stellt das primäre chirurgische Verfahren für die Behandlung des lokalisierten und lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinoms dar. Dabei erfolgt die Entfernung der

Tumorstadium	Ausdehnung
T1	Klinisch nicht erkennbarer Tumor: weder tast- noch sichtbar <ul style="list-style-type: none"> • T1a: Prostatakarzinom in $< 5\%$ des untersuchten Präparats (z. B. Resektionsspäne nach transurethrale Resektion der Prostata [TURP]) • T1b: Prostatakarzinom in $> 5\%$ des untersuchten Präparats • T1c: Prostatakarzinom in Stanzbiopsie bei nicht-tastbarem Tumor
T2	Auf die Prostata beschränkt, Prostatakapsel intakt <ul style="list-style-type: none"> • T2a: Befall von $< 50\%$ eines Seitenlappens • T2b: Befall von $> 50\%$ eines Seitenlappens • T2c: Befall beider Seitenlappens
T3	Extraprostatisches Tumorwachstum, Tumor durchbricht die Prostatakapsel <ul style="list-style-type: none"> • T3a: Extrakapsuläre Ausbreitung • T3b: Samenblaseninfiltration
T4	Infiltration von Nachbarorganen (über Samenblase hinaus): Harnblase, Rektum, Schließmuskel oder Beckenwand

Tabelle 1: Tumorstadium des Prostatakarzinoms [17]

Prostata einschließlich Kapsel, Samenblasen, prostatanaher Samenleiteranteile und, abhängig vom Prostatakarzinomstadium, der regionalen Lymphknoten. Bei niedrigem Risiko kann auf eine Lymphadenektomie verzichtet werden. Verschiedene OP-Techniken, darunter offene, laparoskopische und roboterassistierte Verfahren, werden unterschieden. Das Hauptziel der radikalen Prostatektomie ist die effektive Kontrolle des Prostatakarzinoms durch komplette Entfernung der Prostata mit tumorfreien Resektionsrändern. Bei lokal fortgeschrittenem Karzinom und hohem Risiko für positive Resektionsränder sollten Patienten über mögliche weitere Maßnahmen im Rahmen eines multimodalen Therapiekonzepts (Bestrahlung, hormonablativ Therapie) aufgeklärt werden. Durch die Auswirkung auf die gesundheitsbezogene Lebensqualität, sind die funktionellen Endpunkte, wie die Harninkontinenz und die Potenz, neben den onkologischen Ergebnissen von großer Bedeutung [19-22]. OP-Techniken, die auf der Erhaltung des neurovaskulären Bündels (NeuroSAFE – neurovascular structure-adjacent frozen-section examination) basieren, wurden entwickelt [23]. Diese intraoperative Schnellschnittanalyse ermöglicht die Identifikation von positiven Resektionsrändern, wodurch erst eine sekundäre Resektion der neurovaskulären Bündel der betroffenen Stelle erfolgt. Bei negativer Schnellschnittanalyse können die neurovaskulären Bündel erhalten bleiben. Eine weitere Technik zur Verbesserung der Kontinenz ist die FFLU-Technik (full functional-length urethra preservation), die auf der Identifikation und sorgfältigen Trennung der querstreiften und glatten Muskulaturkomponenten des Harnröhrensphinkters basiert und somit zu besseren Kontinenzraten führt [24]. Somit können durch ein verbessertes anatomisches Wissen der Prostata mit Entwicklung neuer OP-Techniken die postoperativen Kontinenz- und Potenzraten verbessert werden [25-27]. Zusätzlich wurde festgestellt, dass Patienten, die in einem Prostatakarzinomzentrum mit hohem Fallvolumen operiert wurden, geringere Komplikationen und Nebenwirkungen

sowie verbesserte onkologische Ergebnisse aufweisen [28-30].

• Perkutane Strahlentherapie

Die perkutane Strahlentherapie zählt zu den primären Therapieoptionen beim lokal begrenzten und lokal fortgeschrittenen Prostatakarzinom. Die Standardfraktionierung erstreckt sich über mehrere Wochen mit täglichen oder wöchentlichen Bestrahlungen, wobei eine Dosis von mindestens 74 Gy bis etwa 80 Gy üblich ist. Dies ermöglicht es, die Strahlendosis zu erhöhen, während das umgebende Gewebe geschont wird. Gegenstand der aktuellen Forschung ist die hypofraktionierte perkutane Strahlentherapie, welche mit höheren Einzeldosen, geringerer Gesamtdosis und erheblich verkürzter Behandlungsdauer assoziiert ist [31, 32]. Durch fehlende Langzeitergebnisse hat diese jedoch noch keinen Einzug in die deutsche S3-Leitlinie Prostatakarzinom gefunden. Weiterhin wird zur Toxizitätsreduktion die intensitätsmodulierte Strahlentherapie (IMRT) empfohlen ebenso wie die bildgeführte Strahlentherapie (IGRT), bei der die Posi-

tion der Prostata während der Bestrahlung mittels CT oder MRT überwacht werden kann. Für das lokal fortgeschrittene Prostatakarzinom wird die primäre perkutane Strahlentherapie in Kombination mit einer langfristigen hormonablativen Therapie empfohlen.

• Brachytherapie

Im Gegensatz zur perkutanen Strahlentherapie handelt es sich bei der Brachytherapie um eine interne Strahlentherapie, bei der radioaktive Seeds direkt in die Prostata implantiert werden. Es gibt zwei Formen der Brachytherapie: die Low-Dose-Rate-Brachytherapie (LDR-Brachytherapie) für Prostatakarzinome mit niedrigem Risiko und die High-Dose-Rate-Brachytherapie (HDR-Brachytherapie) in Kombination mit perkutaner Strahlentherapie für Patienten mit mittlerem bis hohem Risiko. Die Indikation zur HDR-Brachytherapie besteht jedoch nicht bei Prostatakarzinomen im Tumorstadium cT4.

• Fokale Therapie

Zusätzlich zu den Standardtherapien be-

Risikogruppe	Kriterien	
Niedriges Risiko	PSA 10 ng/ml und Gleason-Score ≤ 6 und cT1c, cT2a	lokal begrenztes Prostatakarzinom
Intermediäres Risiko	PSA 10–20 ng/ml oder Gleason-Score 7 oder cT2b	
Hohes Risiko	PSA > 20 ng/ml oder Gleason-Score > 7 oder cT2c	
	cT3–4 oder cN+ jeder PSA-Wert jeder Gleason-Score	lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom
Abkürzungen: EAU = European Association of Urology, PSA = prostata-spezifisches Antigen, cT = klinisches Tumorstadium		

Tabelle 2: EAU-Risikogruppen abhängig vom biochemischen Rezidivrisiko nach fünf Jahren für lokal begrenzte bzw. lokal fortgeschrittene Prostatakarzinome [4]

steht für das lokal begrenzte Prostatakarzinom die Möglichkeit der fokalen Therapie. Dabei wird der selektiv vom Tumor befallene Teil der Prostata bzw. der Indextumor behandelt. Das Ziel ist ein kurativer Ansatz mit der vollständigen Eliminierung aller signifikanten Tumorteile. Gemäß der aktuellen deutschen S3-Leitlinie Prostatakarzinom wird die fokale Therapie nur für Patienten mit unilateralem, lokal begrenztem Prostatakarzinom und niedrigem Risiko empfohlen, die eine Standardtherapie oder die aktive Überwachung ablehnen. Weitere Voraussetzungen sind ein Gleason Score von 6, ein PSA-Wert < 10 ng/ml, ein unauffälliger Tastbefund in der DRU, maximal 50 % positive Stanzungen nur auf einer Seite in der systematischen Biopsie und die Diagnosesicherung durch eine mpMRT Zielbiopsie und eine systematische Biopsie. Weiterhin muss der Patient darüber informiert werden, dass zum aktuellen Zeitpunkt kein wissenschaftlicher Gleichwertigkeitsnachweis der fokalen Therapie zu den Standardtherapien vorliegt. Nach der fokalen Therapie sollten, angelehnt an das Protokoll der aktiven Überwachung, alle sechs bis zwölf Monate mpMRT Zielbiopsien und systematische Biopsien durchgeführt werden. Beispiele für fokale Therapieansätze sind die gezielte photodynamische Therapie (VTP), die hochintensive fokussierte Ultraschallablation (HIFU) und die irreversible Elektroporation (IRE).

• Watchful Waiting

Beim sog. Watchful Waiting (beobachtendes Abwarten) handelt es sich, anders als bei den oben genannten Therapien, um kein kuratives, sondern um ein palliatives Vorgehen. Im Fokus steht hier die sekundäre symptomorientierte Therapie. Das Watchful Waiting folgt hier keinem festgelegten Überwachungsprotokoll und wird in der Regel für Patienten mit einer Lebenserwartung von weniger als zehn Jahren empfohlen. Das Ziel ist, therapiebedingte unerwünschte Nebenwirkungen und Toxizität zu vermeiden. Dabei können auch Patienten, die sich in der aktiven Überwachung befinden und deren Lebenserwartung im Verlauf auf unter zehn Jahre sinkt, in das Watchful Waiting übergehen.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Lokal begrenztes und lokal fortgeschrittenes Prostatakarzinom“ von Dr. med. Cristina Cano Garcia, Dr. med. Clara Humke, Dr. med. Benedikt Höh, Dr. med. Mike Wenzel, Prof. Dr. med. Philipp Mandel und Prof. Dr. med. Felix K. H. Chun finden Sie hier abgedruckt und im Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online

über das Portal vom 25.09.2024 bis 24.03.2025 möglich. Die Fortbildung ist mit drei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen.

Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte. (red)

• Primär hormonablativ Therapie

Die primäre hormonablativ Therapie ist ebenfalls eine palliative Therapieoption für Patienten, die eine kurative Therapie, aber auch ein Watchful Waiting ablehnen. Hier ist vor allem die Aufklärung der unerwünschten Nebenwirkungen wichtig. Häufige Nebenwirkungen sind Hitzewallungen, Schweißausbrüche, Gewichtszunahme, reduzierte Knochendichte, Muskelschwäche, verminderte Energie/Antrieb, Müdigkeit, Stimmungsschwankungen und depressive Verstimmungen.

Rehabilitation

Die Rehabilitation nach lokaler Prostatakarzinomtherapie spielt eine zentrale Rolle, indem sie nicht nur die gesellschaftliche Teilhabe fördert, sondern auch postoperative und postradiogene Funktionsstörungen anspricht. Neue OP-Techniken wie NeuroSAFE und FFLU konnten die Harninkontinenzraten reduzieren [24, 25, 27]. Dennoch kann die Harninkontinenz weiterhin eine unerwünschte Nebenwirkung sein, welche mit einer verminderten Lebensqualität und erhöhtem seelischem Stress nach lokaler Prostatakarzinomtherapie einhergeht [22]. Eine postoperative Harninkontinenz muss jedoch nicht persistieren. Ein professionelles Kontinenztraining, insbesondere physiotherapeutisch angeleitetes Beckenbodentraining, ist von großer Bedeutung und kann die Harnkontinenz verbessern [33]. Aktuelle Daten deuten darauf hin, dass ein präoperatives Kontinenztraining bei Patienten,

die eine radikale Prostataektomie durchführen lassen, ebenfalls die Harnkontinenz verbessern kann [34, 35].

Die erektile Dysfunktion stellt eine weitere relevante postoperative Funktionsstörung dar. Obwohl sich die Raten der erektilen Dysfunktion nach radikaler Prostatektomie mit neurovaskulärem Bündelerhalt verbessert haben, bleibt die erektile Dysfunktion mit einer schlechteren Lebensqualität assoziiert [36]. Die Therapie der postoperativen erektilen Dysfunktion erfolgt nach einem Stufenschema, beginnend mit Phosphodiesterase-5-Inhibitoren (PDE-5-Hemmer) und kann bei Bedarf mit intrakavernösen Injektionen, intraurethralen Prostaglandinen oder Vakuumerektionshilfen, kombiniert mit physiotherapeutischem Training eskaliert werden. Dabei hängt die Therapiewahl von Patientenpräferenzen und weiteren, meist kardiovaskulären Begleiterkrankungen ab. Studien belegen, dass Verbesserungen in der Kontinenz und der erektilen Funktion auch nach einem Zeitraum von zwölf Monaten weiterhin möglich sind, was eine ermutigende Perspektive für Patienten darstellen sollte [37, 38].

Zusätzlich sollten Prostatakarzinompatienten über psychoonkologische Beratungsmöglichkeiten informiert werden. Dies kann sowohl im Rahmen einer Anschlussheilbehandlung, jedoch auch ambulant stattfinden. Weiterhin müssen von der Deutschen Krebsgesellschaft (DKG) zertifizierte Prostatakarzinomzentren eine ambulante psychoonkologische Beratung anbieten.

Nachsorge

Nach erfolgter kurativ intendierter Therapie sollte eine sogenannte PSA-gesteuerte Nachsorge erfolgen. In den ersten zwei Jahren sollte diese alle drei Monate stattfinden. Anschließend sollte der Zeitraum im dritten und vierten Jahr auf alle sechs Monate verlängert werden. Ab dem fünften Jahr erfolgt die PSA-Bestimmung jährlich. Die erste PSA-Wert-Bestimmung nach kurativ intendierter Therapie sollte innerhalb von sechs bis zwölf Wochen erfolgen, um einen adäquaten PSA-Abfall zu beobachten. Nach einer radikalen Prostatektomie sollte der PSA-Wert unter die Nachweisgrenze fallen. Bei der perkutanen Strahlentherapie gilt der PSA-Nadir als Referenzwert. Hierbei gibt der PSA-Nadir den tiefsten erreichten PSA-Wert an.

Fazit

Das Prostatakarzinom zählt zu den häufigsten Krebserkrankungen bei Männern in Deutschland und gewinnt angesichts des demografischen Wandels sowie der steigenden Lebenserwartung noch mehr an

Bedeutung. Eine kurative Behandlung ist im nicht-metastasierten Stadium möglich. Neben der DRU, die Teil der gesetzlichen Früherkennung ab 45 Jahren ist, spielt der patientenorientierte risikoadaptierte Einsatz des PSA-Wertes eine entscheidende Rolle bei der Früherkennung. Die Integration neuer diagnostischer Methoden wie der mpMRT in der Primärdiagnostik und der PSMA-PET/CT im Staging verbessert die Identifizierung von klinisch-signifikanten Prostatakarzinomen und von Metastasen bei Hochrisiko-Patienten. Diese Verfahren werden jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen meist nicht bezahlt und die Patienten müssen selbst für die Kosten aufkommen. Für die Therapie des organbegrenzten Prostatakarzinoms ist die individuelle krebsspezifische Risikokategorie zu berücksichtigen. Weiterhin müssen sorgfältig das individuelle Patientenalter, die Lebenserwartung, die Komorbiditäten sowie Patientenpräferenzen in der Therapieentscheidung beachtet werden. Neben den kurativen Therapiestrategien wie aktive Überwachung, radikale Prostatektomie und Strahlentherapie können bei einer Lebenserwartung von weniger als zehn Jahren palliative Konzepte wie

das Watchful Waiting und die hormonablativ Therapie eingesetzt werden. Eine professionelle Rehabilitation nach der Behandlung ermöglicht, Funktionsstörungen wie eine Harninkontinenz oder eine erektile Dysfunktion zu verbessern. Die PSA-gesteuerte Nachsorge spielt eine wichtige Rolle zur Überwachung der Therapieeffektivität und frühzeitigen Erkennung von Rezidiven oder Progression.

Das nicht-metastasierte Prostatakarzinom erfordert somit eine individualisierte Herangehensweise für optimale Ergebnisse und zur Erhaltung der Lebensqualität der Patienten.

Dr. med. Cristina Cano Garcia

Dr. med. Clara Humke

Dr. med. Benedikt Höh

Dr. med. Mike Wenzel

Prof. Dr. med. Philipp Mandel

Prof. Dr. med. Felix K. H. Chun

Goethe-Universität Frankfurt

Universitätsklinikum

Klinik für Urologie

Korrespondenz per E-Mail:

cristina.cano.garcia.ukf@gmail.com

CME-Fragen siehe folgende Seite.

Die Literaturangaben finden sich auf der Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes.

Recht

14. Frankfurter Medizinrechtstage 2024 am 1. & 2. November 2024, auch für Ärzte

Ort: Landesärztekammer Hessen,
Hanauer Landstraße. 152, 60314 Frankfurt

Termin: Fr., 01.11.2024, 09:30–18:45 Uhr, hybrid
Sa., 02.11.2024, 09:30–17:30 Uhr, hybrid

Anmeldung/Information: www.hera-fortbildung.de
<https://tinyurl.com/3t7mrwxt>

Am 2.11.2024 sind für Ärzte Fortbildungspunkte beantragt

Themen am 1. November 2024

- Diskriminierung im Gesundheitswesen (Prof. Dr. jur. A. Eufinger)
- Schiedsverfahren zur Auseinandersetzung von Berufsausübungsgemeinschaften (Dr. Carl Friedrich Nordmeier, Richter)
- Schwangerschaftsabbruch (Prof. Dr. jur. Markus Finn)
- Abrechnungsbetrug (Sophie A. Eickhoff, Rechtsanwältin)
- Sitzbindungsklauseln in Gesellschaftsverträgen (Maria-Stephanie Dönnebrink, Rechtsanwältin)
- Aktuelle Rechtsprechung im Vertragsarztrecht, insb. MVZ (Rechtsanwältin Henriette Marcus, LL.M.)

Themen am 2. November 2024 (Fortbildungspunkte)

Block Digitalisierung im Gesundheitswesen (9:30–16 Uhr)

9:30–10:30 Uhr: Wer hat die Hoheit über welche Gesundheitsdaten? (Prof. Dr. Karsten Scholz, RA)

10:30–11:15 Uhr: Vertragsarztrechtliche Aspekte, Videosprechstunde (Jörg Hoffman, KVH)

11:15–12:00 Uhr: Digitale Gesundheitsanwendungen und Vertragsansätze im SGB V (Dr. jur. Martina Keil-Löw, Rechtsanwältin)

12:00–12:45 Uhr: Haftungsrechtliche Fragen (Ann-Charlotte Ebener, Rechtsanwältin)

13:30–14:15 Uhr: Fragestellungen zur Fernbehandlung (Andreas Wolf, Stellv. Justitiar LÄKH)

14:15–15:00 Uhr: Cybersicherheit (Dr. jur. Mathias Grzesiek, Rechtsanwalt)

15:00–15:45 Uhr: Cybersicherheit und Vertragsgestaltung (Dr. jur. Ole Ziegler, Rechtsanwalt)

15:45–16:00 Uhr: Abschlussdiskussion

16:15–17:30 Uhr: Osteopathie: rechtliche Aspekte (Dr. med. Katja Kumpmann, Rechtsanwältin & Ärztin)

Multiple-Choice-Fragen: Prostatakarzinom

VNR: 2760602024154250004

(eine Antwort ist richtig)

1. Welche Aussage zum Prostatakarzinom ist richtig?

- 1) Das Prostatakarzinom hat insgesamt eine schlechte Prognose.
- 2) Das Prostatakarzinom tritt mit steigendem Alter seltener auf.
- 3) In Zukunft ist mit einem Rückgang der Prostatakarzinominzidenz zu rechnen.
- 4) Im lokal begrenzten Stadium ist das Prostatakarzinom heilbar.

2. Welche Aussage zur Prostatakarzinomfrüherkennung ist richtig?

- 1) Die gesetzliche Prostatakarzinomfrüherkennung sollte erst mit dem Renteneintrittsalter erfolgen.
- 2) Ein erhöhter PSA-Wert ist beweisend für das Vorliegen eines Prostatakarzinoms.
- 3) Vor der PSA-Wert-Bestimmung sollte der Patient über Vor- und Nachteile der PSA-Testung aufgeklärt werden.
- 4) Die digital-rektale Untersuchung hat keinen Stellenwert mehr in der Prostatakarzinomfrüherkennung.

3. Welche Aussage zu den Risikogruppen des Prostatakarzinoms ist korrekt?

- 1) Je höher der Gleason-Score, desto differenzierter und somit desto aggressiver sind die Prostatakarzinomzellen.
- 2) Zur Bestimmung des Tumorstadiums ist immer eine mpMRT notwendig.
- 3) Jeder tastbare Tumor wird zu den Prostatakarzinomen mit hohem Risiko gezählt.
- 4) Der Gleason-Score gibt die Veränderungen in der Prostata anhand des mpMRT an.

4. Welche Aussage zur Diagnostik des Prostatakarzinoms ist korrekt?

- 1) Der PSA-Wert ist ein organspezifischer Marker.
- 2) Die Prostatastanziopsie sollte immer einer erhöhten PSA-Wert Messung folgen.
- 3) Bei Verdacht auf ein Prostatakarzinom sollte nur eine mpMRT-Zielbiopsie durchgeführt werden.
- 4) Die PI-RADS Klassifikation gibt an, wie viele Prostatakarzinomherde sich in der mpMRT befinden.
- 5) Die Prostatastanziopsie sollte transurethral durchgeführt werden.

5. Welche Aussage zum Staging bei Prostatakarzinom ist korrekt?

- 1) Nur bei Symptomen muss ein Staging durchgeführt werden.
- 2) Die PSMA-PET/CT gilt als neuer Standard zur Staginguntersuchung bei allen Risikogruppen.
- 3) Eine Schnittbildung des Thorax ist immer Teil der Staginguntersuchung.
- 4) Die PSMA-PET/CT kann bei Prostatakarzinompatienten mit hohem Risiko eingesetzt werden.
- 5) Zum konventionellen Staging zählt die Sonographie.

6. Welche Aussage zur Methode der aktiven Überwachung ist richtig?

- 1) Regelmäßige Überwachungsuntersuchungen (PSA-Wertbestimmungen, mpMRT, Prostatastanziopsien) sind Teil der aktiven Überwachung, um das Fortschreiten des Krebses zu verfolgen.
- 2) Jeder Prostatakarzinompatient, der sich unter der aktiven Überwachung befindet, erhält im Verlauf eine aktive Therapie.
- 3) Die aktive Überwachung wird für Prostatakarzinompatienten empfohlen, die an Inkontinenz und erektiler Dysfunktion leiden.
- 4) Kommt es unter der aktiven Überwachung zum Prostatakarzinomprogress, sollte eine symptomorientierte Therapie eingeleitet werden.
- 5) Die aktive Überwachung verliert in der Prostatakarzinomtherapie zunehmend an Bedeutung.

7. Welche der folgenden Kriterien gilt als Indikationskriterium für die aktive Überwachung bei Prostatakarzinompatienten nach der deutschen S3-Leitlinie Prostatakarzinom zum Prostatakarzinom?

- 1) Positive Familienanamnese bezüglich eines Prostatakarzinoms.
- 2) Niedrigrisiko-Prostatakarzinom ohne cribriformes und/oder duktales Wachstumsmuster.
- 3) Lebenserwartung > 15 Jahre.
- 4) Patientenalter < 75 Jahre.
- 5) Nachweis des Prostatakarzinoms in der transurethralen Resektion der Prostata.

8. Welche Aussage zur Strahlentherapie ist korrekt?

- 1) Eine Strahlentherapie sollte nur erfolgen, wenn keine radikale Prostatektomie durchgeführt werden kann.
- 2) Zur präzisen Ausrichtung der Strahlung wird die bildgeführte Strahlentherapie (sogenannte Image-guided radiation therapy, IGRT) empfohlen.
- 3) Bei Infiltration der Blase durch das Prostatakarzinom kann die Brachytherapie zur Heilung führen.
- 4) Nur im metastasierten Stadium muss die Bestrahlung mit einer hormonablativen Therapie kombiniert werden.
- 5) Bei einem Prostatakarzinom mit niedrigem Risiko sollte niemals eine Strahlentherapie erfolgen.

9. Welche Aussage zur Therapie des Prostatakarzinoms ist nicht korrekt?

- 1) Die fokale Therapie sollte nur bei lokal begrenzten Prostatakarzinomen erfolgen.
- 2) Durch innovative OP-Techniken konnte funktionelle Outcomes verbessert werden.
- 3) Bei der intraoperativen Schnellschnitttechnik erfolgt sekundär die Nachresektion der neurovaskulären Bündel bei positiven chirurgischen Rändern.
- 4) Beim Watchful Waiting handelt es sich um einen palliativen Therapieansatz.
- 5) Die Samenblasen werden nur bei Prostatakarzinompatienten mit hohem Risiko entfernt.

10. Welche Aussage zur Rehabilitation und Nachsorge des Prostatakarzinoms ist korrekt?

- 1) Nach einer kurativen Therapie muss eine PSA-Wert-Bestimmung nur bei erneuten Symptomen erfolgen.
- 2) Ein Beckenbodentraining sollte frühestens 12 Monate nach einer kurativen Therapie begonnen werden.
- 3) Die primäre Therapie der postoperativen und postradiogenen erektilen Dysfunktion sind PDE-5-Hemmer.
- 4) Die PSA-gesteuerte Nachsorge sollte bis zum Wiederauftreten eines Prostatakarzinoms alle drei Monate erfolgen.

Pilotprojekt: Repetitorium Allgemeinmedizin jetzt auch als reines Online-Format


Im Rahmen einer Neustrukturierung wurde das Repetitorium Allgemeinmedizin im Juni 2024 erstmals als Hybrid-Veranstaltung mit großem Erfolg angeboten. Dem Wunsch vieler Teilnehmenden wird nun entsprochen und das Repetitorium wird vom 2. bis 6. Dezember 2024 als reines Online-Format (Live-Webinar) stattfinden.

Dabei wird aufgrund der Ergebnisse der Evaluationen das Konzept der jüngsten Veranstaltungen beibehalten. Sowohl altbekannte Themenkomplexe, wie beispielsweise die Diagnostik und Therapie bei koronarer Herzkrankheit, arterieller Hypertonie, COPD, Rückenschmerzen sowie Impfungen und Multimedikation, als

auch neue Themenfelder, die mittlerweile auch Bestandteil der Weiterbildungsordnung sind, wie Klima und Gesundheit, werden besprochen. Bei allen Seminarthemen werden die neuesten Leitlinien und neuere wissenschaftliche Studien zur evidenzbasierten Medizin berücksichtigt und produktneutral abgebildet.

Das Repetitorium Allgemeinmedizin richtet sich sowohl an Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kurz vor der Facharztprüfung Allgemeinmedizin als auch an Quereinsteiger und erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die sich mit dem Repetitorium auf den neusten Stand bringen möchten.

Repetitorium Allgemeinmedizin	
Termine:	Mo., 2.–Fr., 6. Dez. 2024 (Live-Webinar) Mo., 2.–Fr., 6. Juni 2025 (Hybrid)
Information und Anmeldung:	Joanna Jerusalem Fon: 06032 782-203 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de
Link:	www.laekh.de → Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung → Veranstaltungsangebot → Repetitorium Allgemeinmedizin Kurzlink: https://tinyurl.com/yk77h3uz



www.akademie-laekh.de



**Dr. med.
Armin Wunder**
Frankfurt am Main

Foto: privat

Fortbildung Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen

Morbiditäts- und Mortalitätskonferenzen (M&MK) sind inzwischen fester Bestandteil eines erfolgreichen klinischen Qualitätsmanagements – Grund genug, dass die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen dem durchaus anspruchsvollen Format eine Fortbildungsveranstaltung widmet.


M&MK beschäftigen sich mit dem Review konkreter Fälle und Vorkommnisse im klinischen Alltag. Eine geplante, zielgerichtete Vorgehensweise sowie die konstruktive

Arbeitsatmosphäre sind bei M&MK sehr wichtig, um auch herausfordernden Themen Raum und Zeit zu geben. Vertrauensvolle Offenheit und konstruktiver Austausch können den Prozess der Qualitätsverbesserung und Fehlervermeidung durch M&MK positiv beeinflussen. Schlüsselfaktor für das Gelingen ist deshalb die effektive Moderation. Dabei geht es um mehr als um das Eröffnen und Schließen der Besprechung. Neben der Auswahl geeigneter Fälle müssen die Moderatoren für eine offene Diskussion sorgen, in der Be-

denken über hierarchische Strukturen hinweg geäußert werden können, keine Schuldzuweisungen erfolgen und idealerweise eine gemeinsame Sichtweise mit Lösungsvorschlägen entsteht. Durch strukturiertes, planvolles Moderieren können gemeinsam Fehlerursachen aufgedeckt und geändert werden.

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen hat derzeit den Präsenzkurs „Moderation von M&MK“ im Programm. Dieser ist ein Blended-Learning-Format mit vorgeschalteter E-Learning-Phase. Er richtet sich an alle, die an einer zielgerichteten Moderation von M&MK interessiert sind. Der Kurs findet am 24./25.10.2024 (E-Learning 25.09.–23.10.2024) in den Räumen der Landesärztekammer Hessen statt. Für Kurzsentschlossene: Der Einstieg in die Telearnphase ist noch bis 17. Oktober möglich. Bitte wenden Sie sich an die Veranstaltungsmanagerin. Infos und Anmeldung: <https://kurzelinks.de/otj4>

Moderation von Morbiditäts- & Mortalitätskonferenzen	
Termin:	Do., 24.–Fr., 25. Oktober 2024 (E-Learning: 25.09.–23.10.24) Der Einstieg in die Telearnphase ist bis 17. Oktober 2024 möglich.
Information und Anmeldung:	Adiela Candelo-Römer Fon: 06032 782-227 E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de



www.akademie-laekh.de

„Vergleich von Cannabis und Alkohol so nicht möglich“

Forensischer Toxikologe Prof. Dr. Stefan Tönnies im Gespräch über Cannabis im Straßenverkehr, Cannabisanalytik und Legalisierung

Foto: Klaus Wäldle, Universitätsmedizin Frankfurt

Nach der Teillegalisierung von Cannabis im April hat der Bundestag auch neue Regeln zu Cannabis im Straßenverkehr beschlossen. Wer mit 3,5 Nanogramm Tetrahydrocannabinol (THC) pro Milliliter Blut oder mehr im Auto unterwegs ist, riskiert 500 Euro Bußgeld und einen Monat Fahrverbot. Bisher galt die strikte Linie, dass schon beim Nachweis von THC Konsequenzen drohen. Über die Auswirkungen der neuen Regeln, wie die Gesetze zustande kamen und welchen wissenschaftlichen Hintergrund diese haben, hat Dr. med. Sigmund Drexler, Vorsitzender des Suchtausschusses der Landesärztekammer Hessen, zusammen mit der HÄBL-Redaktion mit Prof. Dr. Stefan Tönnies gesprochen, Leiter der forensischen Toxikologie an der Goethe-Universität Frankfurt sowie Vorsitzender der Grenzwertkommission beim Bundesministerium für Digitales und Verkehr (BMDV).

Herr Prof. Tönnies, wie kam der Grenzwert von 3,5 Nanogramm zustande?

Prof. Dr. Stefan Tönnies: Die Grenzwertkommission hat sich schon vor ca. zwei Jahren damit beschäftigt, einen neuen Grenzwert für THC im Straßenverkehr zu finden. Das Problem: Die Datenlage in der Literatur zu Cannabis im Straßenverkehr ist sehr heterogen. Die Studien liefern sehr divergierende Ergebnisse. Das hängt von verschiedenen Faktoren ab. Allein die Häufigkeit des Konsums bei den Probanden und die damit zusammenhängende Gewöhnung sind schlecht charakterisiert. Weil im entsprechenden Paragraphen auch die Grenze von 0,5 Promille Alkohol im Blut ist, haben wir versucht, einen entsprechenden Grenzwert für THC zu finden. Allerdings gibt es Probleme damit, Alkohol und THC im Straßenverkehr zu vergleichen, da die Wirkungen sehr unterschiedlich sind.

Dennoch diskutierten wir intensiv, um den bis 21.08.2024 geltenden Stand zu verbessern, bei dem bereits schon bei einem Nanogramm pro Milliliter eine Sanktion



Prof. Dr. Stefan Tönnies

erfolgt. Das ist ein rein analytischer Richtwert gewesen. Es gab keine aussagekräftige wissenschaftliche Datenlage dafür, dass bei solch niedrigen Werten das Unfallrisiko tatsächlich steigt oder Wirkungen noch messbar sind. Die ersten Auffälligkeiten in einzelnen Leistungsbereichen treten in einer bekannten Studie im Bereich von zwei bis fünf Nanogramm auf, darauf basierend hatte ich einen erhöhten Grenzwert von 3,5 Nanogramm entwickelt, welcher in der Mitte dieses Bereichs liegt. Die später eigens eingesetzte Interdisziplinäre Expertenarbeitsgruppe des BMDV, bei der ich ebenfalls beratend, aber nicht stimmberechtigt mitgewirkt habe, hat ebenfalls diesen Wert vorgeschlagen. Und der Vorschlag dieser Expertengruppe war letztendlich ausschlaggebend für das Gesetz. Die Konzeption des Grenzwertes beinhaltet drei Aspekte: eine Konzentration, bei der Wirkungen festgestellt wurden, einen möglichen Abbau zwischen Fahrt- und Blutentnahmezeitpunkt und einen Sicherheitsaufschlag. Zur Abgrenzung von dem bisher angewendeten „analytischen Grenzwert“ wird dieser Wert auch als „Wirkungsgrenzwert“ bezeichnet.

Welche Unterschiede gibt es denn in der Wirkung von Alkohol und Cannabis? Wie hoch ist das Unfallrisiko?

Tönnies: Die rauschbedingten Effekte auf die Verkehrssicherheit sind deutlich unterschiedlich in der Qualität, aber auch in der Quantität. Bei Alkohol ist die Unfallgefahr viel deutlicher ausgeprägt als bei Cannabis: in epidemiologischen Studien steigt das Unfallrisiko mit steigenden Blutalkoholwerten fast schon exponentiell. Für Cannabis ist bei THC-Serumkonzentrationen unter rund sieben Nanogramm je Milliliter kaum ein erhöhtes Unfallverursacherrisiko zu zeigen, eine klare Konzentrationsabhängigkeit des Unfallrisikos kann nicht belegt werden. Aktuelle Reviews und Metaanalysen sprechen für ein cannabisassoziiertes Unfallrisiko, das unter einer Erhöhung um den Faktor zwei liegt. Ein aus meiner Sicht wichtiger Faktor, der bei den Unterschieden zwischen Alkohol und Cannabis berücksichtigt werden muss, ist, dass bei inhalativem Cannabiskonsum der Schweregrad des Rausches eher beeinflussbar ist als bei oraler Aufnahme von Alkohol. Zudem entwickelt sich bei Cannabis eine sehr ausgeprägte Toleranz. Bei der Auswertung von Unfallstudien besteht bei THC das besondere Problem, dass ein Blutwert nicht zuverlässig etwas darüber aussagt, dass die Person unmittelbar vorher konsumiert hat oder wie stark ein Rausch ausgeprägt war. In Fahrstudien finden sich nach kontrolliertem Cannabiskonsum teils erst bei relativ hohen THC-Konzentrationen im Blut deutliche Auffälligkeiten, so dass aus meiner Sicht Alkohol weiterhin die größte Gefahr im Straßenverkehr bleibt.

In den Medien wird oft davon gesprochen, dass die 3,5 Nanogramm einem Blutalkoholwert von 0,2 Promille entsprechen. Lässt sich das so vergleichen?

Tönnies: Nein, der Meinung bin ich nicht. In einer Studie wurden ähnliche Leistungsauffälligkeiten bei diesen Werten gezeigt, aber eigentlich war das als orientierender Vergleich gedacht, der dem nicht kiffenden Teil der Bevölkerung verdeutlichen soll, dass der Wert von 3,5 Nanogramm

immer noch ein recht niedriger Wirkstoffwert ist. Es stellt allerdings keine untere Wirkungsgrenze dar. Bei Menschen, die nie oder sehr selten kiffen, kann bei einer THC-Konzentration von 3,5 Nanogramm durchaus eine signifikante Beeinträchtigung vorliegen. Ein echter Vergleich ist letztendlich aber nicht möglich.

Wie schnell baut der Körper THC ab?

Tönnnes: Bei Alkohol kann man mit der bekannten Faustregel von einem Abbau von mindestens 0,1 Promille pro Stunde sehr gut vorhersagen, wann der Körper den Alkohol im Blut abgebaut hat. Bei THC verhält sich das anders, da das THC unpolar und fettlöslich ist und sich ausgeprägt im Gewebe verteilt. In einigen Studien ließ sich THC auch noch nach drei Wochen Abstinenz im Blut nachweisen. Das bedeutet aber nicht, dass es dann noch eine klinische Wirkung zeigt.

Ich habe selbst schon Studien dazu gemacht. Bei Probanden, die im Studiensetting den ganzen Tag über nicht konsumierten, konnte bspw. bei einem Probanden morgens eine THC-Konzentration von fünf Nanogramm pro Milliliter gemessen werden, und am Abend lagen immer noch vier Nanogramm je Milliliter Blutserum vor, ohne dass Auffälligkeiten in der Verfassung festgestellt wurden. Das lässt sich darauf zurückführen, dass das Gewebe weiterhin THC an das Blut abgibt, auch zu Zeiten, in denen nicht mehr konsumiert wird. Dies betrifft allerdings nur Konsumenten, die sehr häufig konsumieren. Mangels aussagekräftiger Studien kann man diesen Anreicherungseffekt in tiefen Kompartimenten derzeit noch nicht genauer vorhersagen oder einschätzen.

Wie gut sind die Analytikmethoden der Polizei vor Ort? Kann die Polizei den THC Wert überhaupt nachweisen, ohne Blut abzunehmen?

Tönnnes: Es gibt gut etablierte Schnelltests für Urin und Speichel. Speicheltests haben den großen Vorteil, dass der THC-Wert im Speichel nicht mit dem im Blut korreliert, sondern nur wenige Stunden nach dem Konsum feststellbar ist. So kann man nur die Autofahrer erwischen, die wirklich relevant sind und noch unter einem unmittelbaren Rausch stehen. Aber meines Wissens nach nutzen nicht alle Bundesländer

diese Tests. Das wird sich wahrscheinlich noch entwickeln. Eine weitere Möglichkeit für einen schnellen Test sind Urintests. Hierbei bleibt Cannabis mehrere Tage nach dem letzten Konsum nachweisbar. Mit keinem Testsystem kann man die THC-Konzentration im Blut abschätzen.

Auf was achten Polizisten bei der Kontrolle eines Autofahrers?

Tönnnes: Da gibt es Auffall- und Ausfallerscheinungen. Zu den Auffallerscheinungen zählen bspw. die geröteten Augen oder der Geruch nach Cannabis. Zu den Ausfallerscheinungen, die auch wichtig vor Gericht sind, gehören neben Auffälligkeiten in der Fahrweise auch, ob der Gleichgewichtssinn, die Koordination oder das Fassungsvermögen gestört sind.

Sind die Labore quantitativ und qualitativ in der Lage, das Aufkommen zu bewältigen?

Tönnnes: Das tun die Labore jetzt schon. Die forensisch-toxikologischen Laboratorien haben ausreichende Kapazitäten, um den Analysenbedarf zu bewältigen. Die Polizei kann dagegen nur so viele Kontrollen oder Blutentnahmen anordnen und durchführen, wie sie Personal dafür bereit hält. Dieser personelle Aufwand wird weiterhin der Flaschenhals bleiben. Die Beamten mit der erforderlichen Ausbildung und Kompetenz kann man nicht aus dem Hut zaubern.

Setzt sich in der Gesellschaft das Recht auf Rausch durch?

Tönnnes: Jetzt kommen wir in den persönlich-philosophischen Bereich. Letztendlich ist der Rausch auch etwas Menschliches. Es gibt so viele Mittel, an denen sich Menschen berauschen: Alkohol, Sport, harte

Drogen, sogar Arbeit. Jedes Mittel hat seine Tücken und sicherlich sind einige Mittel wesentlich gefährlicher als andere. Es hängt von der Gesellschaft ab, was toleriert wird. Menschen werden immer etwas finden, in das sie sich flüchten können. Häufig ist es auch eine Frage der Lebensperspektive. Gute Perspektiven für und Förderung von jungen Menschen erscheinen mir als eine gute Drogenprävention.

Sehen Sie eine erhöhte Gefährdung der Jugendlichen durch die Legalisierung?

Tönnnes: Ich sehe durch die Legalisierung die große Gefahr, dass sich der Konsum durch eine leichtere Verfügbarkeit weiter erhöht. Das kann zum Wegfall von Hemmungen führen und birgt die Gefahr der Entwicklung eines intensiven Konsums. Es gibt eine Befragungsstudie, die zeigt, dass gerade Menschen, die häufig konsumieren, sich kurz nach dem Kiffen ins Auto setzen. Das ist die Gruppe, die auch nachher für die Verkehrssicherheit problematisch ist, weil sie sich selbst als fahrtüchtig einschätzt und ihr Bedürfnis nach Rausch über die Sicherheit von anderen stellt.

Wie sehen Sie persönlich zum Gesetz der Cannabislegalisierung?

Tönnnes: Es handelt sich in erster Linie um eine gesellschaftliche und politische Entscheidung. Ich persönlich denke nicht, dass das Gesetz ein großer Wurf ist, da es nur durch gravierende Einschnitte und Verzicht auf ursprünglich vorgesehene Regelungen mit internationalen und EU-Restriktionen kompatibel gemacht werden konnte. Cannabis ist ein Rauschmittel mit den typischen Problemen, die einem Gebrauch und insbesondere Missbrauch innewohnen. Cannabis darf nicht verharmlost werden, der Konsum birgt im

Biografisches

Nach dem Studium der Pharmazie und Tätigkeit im Institut für experimentelle und klinische Toxikologie in Homburg/Saar promovierte Stefan Tönnnes dort 1997. Nach Habilitation in Forensischer Toxikologie wurde er 2011 zum außerplanmäßigen Professor an der Goethe-Universität Frankfurt am Main ernannt

und leitet dort den Fachbereich Forensische Toxikologie. Er ist Mitglied mehrerer wissenschaftlicher Ausschüsse, u. a. Vorsitzender der Grenzwertkommission des Bundesministeriums für Digitales und Verkehr (BMDV), und war lange Zeit Präsident der Gesellschaft für Toxikologische und Forensische Chemie.

Vergleich mit anderen Mitteln durchaus besondere Risiken. Ich habe allerdings den Eindruck, dass das Thema in der Öffentlichkeit teils sehr einseitig und unangemessen polarisiert dargestellt wird und zu wenig ausgewogen diskutiert wird.

Hat sich die Legalisierung bereits auf Ihre Arbeit ausgewirkt?

Tönnies: Nein, aber im beruflichen Kontakt mit den Ermittlungsbehörden bekomme ich die besondere Belastung mit,

die sich bei der Polizei und der Staatsanwaltschaft schon eingestellt hat.

**Das Interview führten
Dr. med. Siegmund Drexler
und Lukas Reus**

Ansichten und Einsichten

Cannabislegalisierung – gegen ärztlichen Rat

Zum 1. April 2024 ist das Gesetz der Ampelkoalition zur Cannabislegalisierung in Kraft getreten. Wurde jemals ein Gesetz im Bundestag, der Bundesrat war nicht zustimmungspflichtig, gegen die einheitliche Meinung aller Experten verabschiedet? Wohl kaum.

Nicht nur die Suchtmediziner, Psychiater, Fachgesellschaften, einschließlich der Kinderärzte, haben sich mit sehr gut begründeten Bedenken dagegen geäußert. Alle Ärztekammern und die Bundesärztekammer haben ihre Experten zur Anhörung geschickt und sich gegen die Gesetzesmaßnahme ausgesprochen.

Warum also hat die Bundesregierung dieses gemacht? Die einfache Antwort lautet, es stand als Absicht im Koalitionsvertrag. Aber warum wollten die Koalitionspartner dieses? Das vorgebrachte Argument, die Kriminalisierung großer Teile der Bevölkerung zu beenden, ist nach heutiger Auffassung nicht richtig. Die Verminderung von Bürokratie wird so nicht stattfinden. Hunderte oder Tausende von Verfahren müssen neu eingeschätzt und bewertet werden. Gelingt mit dem Gesetz eine Ausschaltung des Schwarzmarktes? Wohl kaum. In keinem Land, das sich zur Legalisierung des Cannabismarktes entschieden hat, ist es zu einem Verschwinden des Schwarzmarktes gekommen. Also warum?

Offensichtlich hat sich in der Gesellschaft eine Meinungsänderung ergeben. Viele Teile betrachten das Konsumieren von Cannabisprodukten als Lifestyle, als ihr Recht und sehen darin eine Benachteiligung, insbesondere gegenüber dem Umgang mit Alkohol in der Gesellschaft. Diese Wählergruppen zu binden und mit der Erfüllung der Förderung auf Legalisierung

von sich zu überzeugen, war vielleicht ein wichtiges Argument für diejenigen, die das Legalisieren so stark befürworteten. Ein anderes mag das Interesse an zusätzlichen Steuereinnahmen sein.

Alle Experten bezweifeln, dass die vorgesehene Regelung mit der Begrenzung des Eigenanbaus und der Vertrieb über soziale, organisierte Vereine, insbesondere gefährdete Jugendliche und junge Erwachsene vom Konsum abhält. Der Schwarzmarkthändler vertreibt nicht nur Cannabis, der Schwarzmarkt ist in der Preisgestaltung flexibel und die „Dealer“ sind sehr gut organisiert und vertreiben viele Produkte. Warum sollen sie ausgerechnet auf den Vertrieb des Cannabisproduktes verzichten, wo doch gerade die besonders gefährdenden Gruppen vermutlich weiterhin als Kunden gebunden werden können, um sich dort nicht namentlich registrieren lassen müssen.

In jüngerer Zeit kam es, entgegen den Aussagen des Bundesgesundheitsministers, systematisch zumindest zu einem Abbau, wenn nicht sogar zur Streichung von Geldern für die Präventionsarbeit, für die Drogen- und Suchtarbeit in den Städten, Gemeinden und Ländern. Die Zusammenhänge zwischen Cannabiskonsum und Auftreten von Psychosen, von bleibenden Schäden am noch nicht ausgereiften Gehirn, dass mindestens bis zum 27. Lebensjahr von Schädigung freigehalten werden sollte, blieben ungehört und unbeantwortet. Die Legalisierung alleine ist keine Präventionsarbeit! Jetzt muss Geld investiert werden in Prävention, in frühe Interventionen und in die richtigen Rahmenbedingungen, damit der leichtere und unkritischere Zugang nicht zu mehr Problemen, gerade für Jugendliche und junge Erwach-

sene, führt. Das Hilfesystem ist bereits jetzt überlastet, die Wartezeiten für stationäre oder ambulante Behandlungsplätze betragen mehrere Monate.

Nach wie vor hat die Ärzteschaft große Bedenken, nicht nur wegen der Auswirkung des Gesetzes. Nach allen vorliegenden Untersuchungen steigt der Anteil der Konsumenten, insbesondere der Risikogruppen, nach Legalisierungsmaßnahmen in allen Ländern, in denen es so gemacht wurde. Darüber hinaus wird ein Rückgängigmachen des legalisierten Zugangs zu Cannabis und zu einem stetig in seiner Konzentration verstärkenden Produktes nicht möglich sein.

Wir als Ärztinnen und Ärzte haben selten in so eindeutiger Situation der Ohnmacht gelegen, gegen alle Sachargumente wurde dieses Gesetz, eine zweite Niederlage nach der fragwürdigen Zulassung von Cannabis als Medikament, durchgepeitscht. Die Politik hat begriffen, dass das Gesundheitswesen, insbesondere die Ärztinnen und Ärzte, für Wahlausgänge nicht entscheidend sind, quasi eine Quantité négligeable.

**Dr. med.
Siegmund Drexler**
Berater der LÄKH
in Drogen- und
Suchtfragen



Foto: Katja Kölsch

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

Frauen. Künstlerinnen zwischen Frankfurt und Paris um 1900



Louise Catherine Breslau (1856–1927), Porträt der Freunde, 1881, Öl auf Leinwand, 84,3 x 160,5 cm

Drei Frauen sitzen gedankenversunken an einem Tisch – eine Szene, die oft genutzt wurde, um die sozialen Verbindungen im späten 19. Jahrhundert darzustellen. Doch hier handelt es sich um Künstlerinnen in ihrer Pariser Wohngemeinschaft, eingefangen von Louise Breslau in einem Gemälde, das sie schlagartig berühmt machte.

Die Ausstellung „Frauen. Künstlerinnen zwischen Frankfurt und Paris um 1900“ im Städel Museum präsentiert rund 80 Gemälde und Skulpturen von 26 Künstlerinnen, darunter renommierte Namen wie Louise Breslau, Otilie W. Roederstein und Marg Moll. Die Schau beleuchtet drei Generationen von Künstlerinnen und zeigt sowohl ihre stilistischen und ästhetischen Entwicklungen als auch die Herausforderungen, denen sie sich zwischen 1880 und den 1930er-Jahren in einer männlich dominierten Kunstwelt stellen mussten. Besonders hervorzuheben ist, wie diese Frauen ihre Identität als Künstlerinnen reflektierten und dabei die traditionellen Geschlechterrollen infrage stellten.

Paris galt in den 1880er-Jahren als unbestrittene Kunstmetropole und bot auch Frauen die Möglichkeit, sich in privaten Kunstakademien oder speziellen Damenateliers bei renommierten Künstlern ausbilden zu lassen. Diese Akademien waren nicht nur Orte der Ausbildung, sondern auch Zentren des Austauschs und der Begegnung. Für viele Künstlerinnen war Paris der Ausgangspunkt ihrer Karrieren und wurde zum Herzstück ihrer internationalen Netzwerke.

Von Paris führte der Weg einige Künstlerinnen nach Frankfurt, darunter Marie Bertuch und Otilie W. Roederstein. Sie brachten neue Ideen und Lehrmethoden mit, die sie an Nachwuchstalente wie Mathilde Battenberg und Pauline Kowarzik weitergaben.

In Frankfurt hatte die Städelschule bereits 1869 ein „Damenatelier“ eingerichtet, das Frauen eine professionelle künstlerische Ausbildung ermöglichte – eine Pionierleistung in Deutschland. Auch wenn dieses

Angebot zeitweise ausgesetzt wurde, fanden viele Künstlerinnen in privat geführten Ateliers wie dem von Otilie W. Roederstein eine neue Heimat. Ab 1904 öffnete die Städelschule ihre Türen dann vollständig für Frauen, was einen bedeutenden Meilenstein in der Künstlerinnenausbildung in Deutschland markierte.

Die Ausstellung zeigt eindrucksvoll, wie diese Künstlerinnen mit großer Eigenständigkeit in einer von Männern dominierten Kunstwelt Fuß fassten. Ihre Werke spiegeln nicht nur ihren Kampf um Anerkennung wider, sondern auch die Auseinandersetzung mit ihrer eigenen Identität als

Künstlerinnen. Indem sie den menschlichen Akt darstellten, forderten sie einen Motivbereich für sich ein, der aufgrund moralischer Vorbehalte bisher nur Männern vorbehalten war. Darüber hinaus eroberten sie auch die Bildhauerei, eine Kunstgattung, die lange als besonders „männlich“ galt.

Noch bis Ende Oktober sind diese Werke, darunter zahlreiche erstmals ausgestellte Arbeiten aus Privatbesitz, im Städel Museum Frankfurt am Main zu sehen.

Informationen unter <https://www.staedelmuseum.de/de/staedel-frauen>.

Maren Siepmann



Eugenie Bandell (1858–1918), Sonne am Mittag (Wilhelmsbad), 1913, Öl auf Leinwand, 64,5 x 70,5 cm

Kraftvolle Pinselstriche und intensive, kontrastreiche Farben – Eugenie Bandell orientierte sich zunächst stark an ihrem Lehrer Wilhelm Trübner, bevor sie diesen eigenständigen Stil entwickelte, mit dem sie die sommerliche Atmosphäre vor dem Wilhelmsbad in Hanau einfing. Bandell erhielt Aquarell- und Zeichenunterricht an der Königlichen Akademie Hanau und wurde in die private Malklasse des Städel-Professors Trübner aufgenommen. Ihre Werke signierte sie häufig nur mit den ersten drei Buchstaben ihres Vornamens oder als „Eugen Bandell“. Es kam niemand auf den Gedanken, dass die Kunstwerke von einer Frau stammen könnten.



Erna Auerbach (1897–1975), Bildnis einer Frau in Schwarz (Selbstporträt), 1932, Öl auf Leinwand, 67 x 50 cm

Wahrscheinlich handelt es sich bei diesem Werk um ein Selbstporträt, das zugleich das Bild einer emanzipierten Frau der 1920er und 30er Jahre verkörpert. Erna Auerbach begann ihre künstlerische Ausbildung an der Frankfurter Kunstgewerbeschule, die später in die Städelschule integriert wurde. Ihr Stil, geprägt durch betonte Konturen, große zusammenhängende Flächen und kräftige Farben, wurde unter anderem von Max Beckmann beeinflusst. Auerbach war Malerin, Kunsthistorikerin und Journalistin und spielte bis zu ihrem Berufsverbot durch die Nationalsozialisten als Jüdin eine zentrale Rolle im Frankfurter Kunstleben.

Serie Teil 2: „Keimreise“ – der Infektion auf der Spur

Maserninfektionen in Deutschland – Präventionsansätze und Einflüsse auf die Infektionszahlen

Dr. med. Katrin Steul, Dr. med. Anne Marcic



Hintergrund

Weltweit wird aktuell über eine Zunahme der Masern-Infektionen berichtet [1, 2]. Die WHO gibt an, zwischen 2021 und 2022 seien die Masernfälle um 18 % und die assoziierten Todesfälle um mehr als 40 % angestiegen. Aus den Ländern der europäischen Region, für die Meldedaten zur Verfügung stehen, wurden in den ersten drei Monaten 2024 mehr als 56.000 Masernfälle an die WHO gemeldet. Im gesamten Jahr 2023 wurden hingegen nur insgesamt 61.070 Infektionsfälle gemeldet [2]. In Deutschland beobachtete das Robert Koch-Institut (RKI) im ersten Quartal 2024 ebenfalls einen Anstieg: Bis zum 15. März 2024 wurden zum Beispiel bereits 94 Fälle gemeldet [3]. Laut Abfrage (Survstat 2.0, aus 07/2024) der RKI Meldedaten waren in Deutschland bis Anfang Juli 2024 insgesamt 386 Masernfälle gemeldet worden (Abb. 1). Im Vergleich dazu waren in den Jahren zuvor unter dem Einfluss der Coronapandemie nur insgesamt 157 (2020), 57 (2021), 61 (2022) und 139 (2023) gemeldet worden. Masern sind als akut verlaufende Virusinfektion hochkontagiös [4]. Der Mensch ist

der einzige Wirt. Die Kontagiösität zeigt sich an der außerordentlich hohen Basisreproduktionszahl zwischen 12 und 18 (je nach Rechenmodell) [4]. Die Basisreproduktionszahl gibt an, wie viele Personen von einer infizierten Person durchschnittlich angesteckt werden. Es wird geschätzt, dass sich mehr als

90 % der nicht-immunen (also weder geimpft noch in der Vergangenheit infizierten) Kontaktpersonen infizieren. Die Infektion erfolgt durch das Einatmen infektiöser Tröpfchen, luftgetragen über sogenannte Tröpfchenkerne (< 5µm) oder durch Kontakt mit infektiösen Sekreten aus dem Nasen-Rachenraum. Behüllte respiratorisch übertragbare Viren, zu denen das Masernvirus gehört, behalten ihre Infektiosität auf unbelebten Oberflächen in der Regel wenige Stunden [5], die Replikationsfähigkeit ist von der

relativen Luftfeuchtigkeit abhängig [6]. Infektionsübertragungen bei Aufenthalt in Räumen, in denen zuvor eine infizierte Person war, sind beschrieben. Ein direkter Kontakt ist für die Infektionsübertragung nicht erforderlich. Das verursachende RNA-Virus, ein Paramyxovirus, wurde 1957 entdeckt. Impfstoffe stehen seit den 1960er-Jahren zur Verfügung. Es handelt sich um Lebendimpfstoffe.

Laut Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) wird in Deutschland aktuell Säuglingen und Kleinkindern ab einem Alter von elf Monaten die erste und ab dem Alter von 15 Monaten die zweite Masernimpfung empfohlen [7]. Erwachsene sollen (sofern sie nach 1970 geboren sind) eine Impfstoffdosis bei unbekanntem Impfstatus, fehlender oder nur einmalig im Kindesalter verabreichten Impfung erhalten.

In den vergangenen Jahren waren Berichten des ECDC (European Centre for Disease Prevention and Control) oder des RKI zufolge ca. 80–85 % der Masernfälle ohne adäquaten Impfschutz [3, 4]. Ein hoher Anteil Ungeimpfter in der Bevölkerung befördert die Ausbreitung von Masern. Ferner gelten Geimpfte, die im Zusammenhang mit einem Ausbruchsszenario

Klinische Symptomatik der Masern

Die Masern beginnen meist nach einer Inkubationszeit von sieben bis zehn Tagen mit unspezifischen Krankheitszeichen wie Fieber, Husten, Schnupfen und einer Konjunktivitis beider Augen (das sogenannte katarrhalische Stadium). In dem darauf folgenden Exanthemstadium breiten sich die typischen bräunlich-rosafarbenen Flecken von typischerweise hinter den Ohren über den gesamten Körper hin aus. In diesem Stadium haben

die Patienten meist hohes Fieber und ein ausgeprägtes Krankheitsgefühl. Seltene schwere Verläufe können zu ernstesten Komplikationen wie Pneumonie, Enzephalitis und Meningitis führen. Sehr selten tritt mehrere Jahre nach Erkrankung eine subakute sklerosierende Panenzephalitis (SSPE) auf. Die SSPE ist eine entzündliche Erkrankung des Gehirns und verläuft tödlich.

positiv getestet wurden (IgM positiv), ohne symptomatisch zu sein, nicht als kontagiös [8]. Zur Prävention schwerer Erkrankungs- oder Todesfälle durch Masern ist eine hohe Impfquote in der Bevölkerung ein probates Mittel. Im Folgenden werden die Maserninfektionsfälle in Deutschland seit Einführung der Meldepflicht dargestellt. Vorgestellt werden verschiedene Maßnahmen der Masernprävention: die Einführung der Meldepflicht, die Impfpflichtung der STIKO und die gesetzliche Verpflichtung zur Impfung.

Maserninfektionen seit Einführung der Meldepflicht

Während in Teilen Europas Meldedaten zur Verfügung stehen, müssen die Infektions- und vor allem die Todesfälle weltweit von der WHO geschätzt werden [9]. Meist werden ca. 100.000 Todesfälle pro Jahr aufgrund von Masern angenommen. Für 2022 geht die WHO von 136.000 Toten aus.

In Deutschland standen seit 1999 Sentineldaten für die Surveillance von Maserninfektionen zur Verfügung [10]. Fast 1.500 Arztpraxen übermittelten monatlich fallbezogene Fragebögen bei Masernverdachtsfällen. Klinische Proben wurden an regionale Laboratorien oder das nationale Referenzzentrum zur Diagnosesicherung gesendet. 2001 wurde deutschlandweit die Meldepflicht eingeführt. Masern sind seither sowohl bei Verdachts- oder Erkrankungsfall von ärztlichem Personal zu melden (§ 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG)) als auch bei Labornachweis (§ 7 IfSG, Labormeldepflicht) [11]. Zunächst stimmten die Sentineldaten mit der Surveillance aus der Meldepflicht überein. Die Daten der Meldepflicht waren ab 2006 den Daten des Sentinel-systems zunehmend überlegen, sodass die Sentinelerhebung 2011 eingestellt wurde [10].

Abb. 1 zeigt die gemeldeten Maserninfektionen in Deutschland seit Einführung der Meldepflicht. Nach Einführung der Meldepflicht sank die Anzahl der jährlichen Masernfälle innerhalb der ersten beiden Jahre um fast 90% (von 6.198 Fällen in 2001 auf 801 Fälle 2003). In den kommenden Jahren lagen die Fallzahlen zwischen wenigen Hundert bis maximal knapp 2.000 pro Jahr mit zwei Ausnahmen: im Jahr 2006 wur-

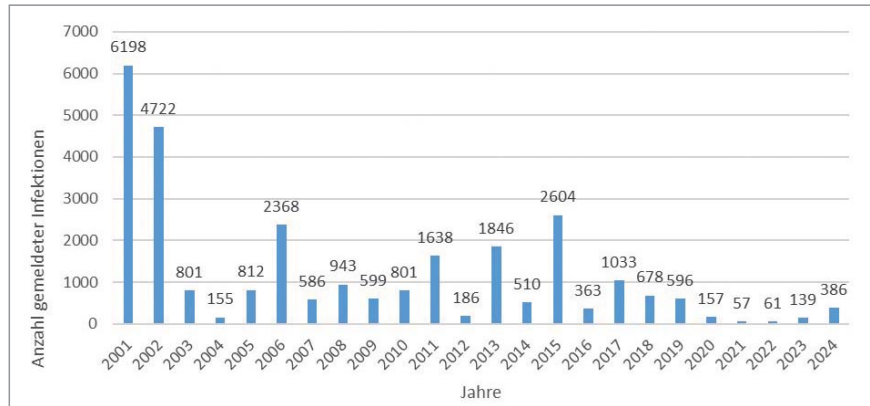


Abb. 1: Maserninfektionen in Deutschland seit Einführung der Meldepflicht bis 07/2024 (Survstat 2.0 Abfrage 07/2024).

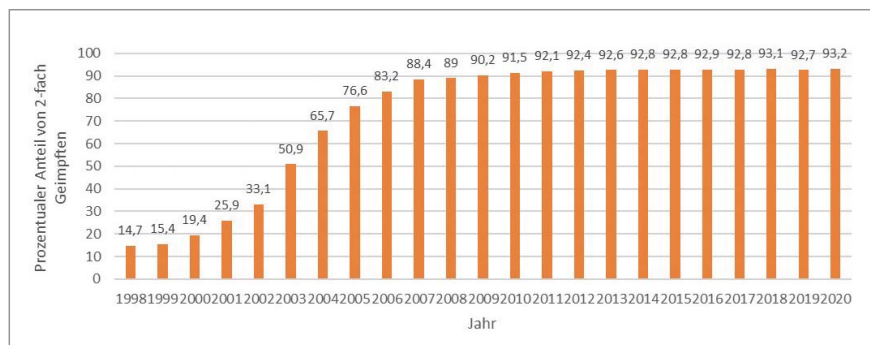


Abb. 2: Impfquote gegen Masern (zweimalige Masern-Impfung) bei vier- bis siebenjährigen Kindern in der bundesweiten Schuleingangsuntersuchung 1998–2020 [14].

den insgesamt 2.368 Fälle gemeldet und 2015 2.604 Fälle.

In den Jahren 2020 bis 2023 wurden jeweils nur sehr wenige Masernfälle gemeldet. Insbesondere in den Phasen der (Covid-19-) Pandemie mit Lockdown-Maßnahmen und starkem Kontaktverzicht im Frühjahr 2020 bis 2021 wurden lediglich Einzelfälle gemeldet [3]. Die epidemiologische Situation in den Jahren der Pandemie ist nicht vergleichbar mit den Jahren zuvor. Abgesehen davon bieten die Meldedaten der vergangenen 20 Jahre eine gute Einschätzung der Masernsituation.

Impfpflichtung

Das Robert Koch-Institut bewertet den Abfall der jährlichen Infektionszahlen nach Einführung der Meldepflicht auch im Zusammenhang mit dem zeitgleichen Ansteigen der Impfquoten bei den Schulkindern [12–15]. Der im Rahmen der Schuleingangsuntersuchungen der Gesundheitsämter erhobene Impfstatus der Vorschulkinder zeigt, dass 2001 nur ca. 25 %

der Kinder vollständig gegen Masern geimpft waren. 2003 waren es mehr als 50 % (Abb. 2).

Ungefähr zeitgleich mit Einführung der Meldepflicht fand auch eine Änderung der Empfehlung der STIKO statt: während 2000 die erste Impfung Masern-Mumps-Röteln im Alter von 12–15 Monaten und die zweite im Alter von fünf bis sechs Jahren empfohlen wurde, war 2001 die erste Impfung im Alter von 11–14 Monaten und die zweite im Alter von 15–23 Monaten vorgesehen [16, 17]. Das dürfte maßgeblich dazu beigetragen haben, dass in den folgenden Jahren der Anteil der bei der Schuleingangsuntersuchung zweifach Geimpften von 25,9 % (2001) auf nahezu 90 % seit 2007 angestiegen ist (Abb. 2). Der Einfluss der STIKO-Empfehlung auf die Impfquoten der Kinder unterstreicht die Bedeutung der STIKO für die Umsetzung einer wirksamen Präventionsmaßnahme.

Fortbestehende „mitwachsende“ Immunitätslücken können zu einer Verschiebung von Infektionen in die Altersgruppe der Ju-

Tab. 1: Rechtliche Regelungen im Infektionsschutzgesetz mit dem Ziel, das Übertragungsrisiko zu minimieren, den Impfschutz zu verbessern und das WHO-Ziel der Elimination von Masern zu erreichen.

2001	Regelung in § 34 IfSG zu Tätigkeits- und Betretungsverboten bei Erkrankung oder Krankheitsverdacht
2015	Ergänzung in § 28 zu Schutzmaßnahmen, die die zuständige Behörde ermächtigt, Betretungsverbote für Gemeinschaftseinrichtungen für nicht-immune Kontaktpersonen auszusprechen, wenn in der Gemeinschaftseinrichtung eine erkrankte, krankheitsverdächtige oder ansteckungsverdächtige Person festgestellt wurde.
2020	Regelung in § 20 IfSG zur Nachweispflicht einer Masernimmunität in bestimmten Einrichtungen, „Masernschutzgesetz“

gendlichen und jungen Erwachsenen führen. Das RKI beobachtet seit einigen Jahren einen Anstieg des relativen Anteils von Maserninfektionen in höheren Altersgruppen (> 15 Jahre). Jugendliche und junge Erwachsene spielen u. a. aufgrund ihrer vielfältigen Kontakte auch eine wichtige Rolle im Rahmen von Ausbruchsgeschehen und können als ungeimpfte Eltern ihre Kinder im Säuglingsalter, die noch nicht geimpft werden können, gefährden. Angesichts dessen ist die Impfung für Erwachsene, die nach 1970 geboren sind, seit 2010 als Standardimpfung von der STIKO empfohlen [18].

Da weltweit Masern zu einer erheblichen Sterblichkeit bei Säuglingen und Kleinkindern führt, ist die Elimination erklärtes Ziel der WHO [19, 20]. Einschätzungen der WHO zufolge sei eine einheimische Masernverbreitung bei einer wenigstens 95%-igen Immunität der Bevölkerung nicht mehr zu befürchten. Mittlerweile wird die Elimination der endemischen Masern in einer Region laut WHO folgendermaßen definiert [13, 21]:

„Der Status ist erreicht, wenn über einen Zeitraum von mindestens 36 Monaten nachgewiesen werden kann, dass eine Virusvariante nicht länger als zwölf Monate in einer geografischen Region zirkuliert (Unterbrechung der endemischen Transmission)“ [Quelle: WHO].

Durch die Masernimpfung wird eine sterile Immunität erreicht, d. h. geimpfte Personen sind vor einer Infektion geschützt und können nicht mehr zu Überträgern werden. Zudem wird die Erkrankung ausschließlich von Mensch zu Mensch über-

tragen. Diese beiden Aspekte sind eine Voraussetzung dafür, dass die Elimination der Erkrankung gelingen kann.

Masernschutzgesetz

In der WHO-Region Europa wurde die Elimination von Masern und Röteln im sogenannten „European Vaccine Action Plan 2015–2020“ festgehalten. Erklärtes Ziel war die Steigerung der Impfraten in den Mitgliedsländern. Vor diesem Hintergrund beschloss der Deutsche Bundestag im September 2019 das sogenannte „Masernschutzgesetz“ [22] (siehe Tab. 1).

Seit dem ersten März 2020 gilt in Deutschland für bestimmte Personengruppen die Verpflichtung zum Nachweis der Masernimmunität auf Basis von § 20 IfSG. Die entsprechende Gesetzgebung wird als „Masernschutzgesetz“ bezeichnet. Die Verpflichtung betrifft Personen, die nach dem 31.12.1970 geboren sind und in einer der folgenden Einrichtungen betreut werden oder untergebracht sind:

- Kindergemeinschaftseinrichtungen (allgemeinbildende Schulen, Ausbildungseinrichtungen; Kindertageseinrichtungen, Horte, Kindertagespflege) (§ 33)
 - (Kinder-)Heime
 - Unterbringungseinrichtungen für Geflüchtete oder Obdachlose
- Zum anderen betrifft sie Personen (ebenefalls nach dem 31.12.1970 Geborene), wenn diese tätig sind:
- in einer ambulanten oder stationären medizinischen Einrichtung (d. h. auch in Arztpraxen)

- in einer Kindergemeinschaftseinrichtung (d. h. in Kita oder Schule) oder einem Kinderheim
- in einer Unterbringungseinrichtung für Geflüchtete.

Als Nachweis der Immunität bzw. als Ausnahme von der Regelung gelten:

- eine Impfdokumentation: ab Vollendung des ersten Lebensjahres eine Impfung; ab Vollendung des zweiten Lebensjahres zwei Impfungen (vollständige Impfdokumentation);
- Eine ärztliche Bestätigung über das Vorliegen der Immunität (Immunitätsnachweis);
- Eine ärztliche Bestätigung einer bestehenden Kontraindikation für eine Impfung (Kontraindikationsnachweis).

Der Nachweis ist bei der Einrichtungsleitung der jeweiligen Einrichtung zu erbringen. Diese ist bei ausbleibender Vorlage zur Meldung an das Gesundheitsamt verpflichtet.

Auch in anderen Teilen der Welt wurden in den vergangenen Jahren verpflichtende Masernimpfungen (insbesondere im Kindesalter) eingeführt [23, 24]. Insbesondere in hoch entwickelten Industrienationen Europas und Nordamerikas reagierten die Gesetzgeber damit oft auf ausgedehnte Ausbruchsszenarien wie in Deutschland im Jahr 2015, in dem anders als in den Vorjahren mehr als zweieinhalb Tausend infizierte Personen gemeldet wurden (Abb. 1). Eine Analyse verschiedener Gesetzgebungsansätze in der Europäischen Region lässt nicht auf einen einzigen „besten Ansatz“ schließen [25, 26]. Untersuchungen zeigen auch, dass sich Impfpflichten für bestimmte Impfungen negativ auf die Inanspruchnahme von freiwilligen Impfungen auswirken können [27]. Bislang existieren erst wenige Veröffentlichungen zu möglichen Effekten des Masernschutzgesetzes [24]. Insbesondere ist zu klären, welcher Parameter geeignet ist, die Funktion des Masernschutzgesetzes zu belegen:

- Impfrate bei Vorschulkindern (stehen aufgrund der Schuleingangsuntersuchungen zur Verfügung; Abb. 2)
- Die Impfsurveillance der kassenärztlichen Vereinigung [28]
- Maserninfektionsfälle (Meldedaten zu Infizierten des RKI; Abb. 1)
- Schwere Erkrankungen oder Todesfälle aufgrund von Masern

Melddaten von Infektionen, die eine Aussage zur Erregerzirkulation zulassen, sind ebenso von Interesse wie Daten zu schweren Erkrankungen und Todesfällen. Letztlich ist es das Ziel, jede Erregerzirkulation durch immunisierte Personen zu unterbrechen und dadurch das Risiko für schwere Erkrankungen und Todesfälle so weit wie möglich zu reduzieren. Die mittels IfSG-Meldesystem gemessenen Infektionszahlen sind auch immer ein Spiegel der Diagnostik. Die Diagnose Masern wird zunächst klinisch gestellt, Differenzialdiagnosen sind häufig: Scharlach, Röteln oder Ringelröteln. Bei Verdacht auf Maserninfektion ist eine zeitnahe Labordiagnostik sowohl für die einzuleitenden Maßnahmen als auch für die epidemiologische Bewertung wesentlich. Der IgM-Antikörper im Serum ist ein sensibler Marker für ein aktuelles Krankheitsgeschehen. Ein Masern-IgG zeigt in der Regel eine zurückliegende Masern-Infektion oder Impfung an. Das RKI empfiehlt zudem, stets das Virusgenom aus Urin- oder Rachenabstrich mittels Polymerasekettenreaktion (PCR) nachzuweisen. Abrechnungshindernisse bestehen nicht: Diagnostik im Zusammenhang mit Erkrankungen und Verdacht auf Erkrankungen, für die eine Meldepflicht besteht, fällt unter die Ausnahmeziffer 32006.

Schwere Erkrankungen oder Todesfälle:

Die Melddaten des RKI umfassen teilweise auch Komplikationen (schwere Erkrankungen) oder Todesfälle durch Masern. Im Jahr 2017 beispielsweise gab es bei 93 % der gemeldeten Infektionsfälle laut RKI keine Komplikationen [12]. Drei Personen erlitten eine Encephalitis/Meningitis, 25 Personen (3 %) eine Lungenentzündung,

sieben Personen (1 %) eine Mittelohrentzündung. Hospitalisiert waren 41 % der Meldefälle, eine Person starb 2017.

Die hohe Anzahl Hospitalisierter bei gleichzeitig geringen Anteilen schwerer Komplikationen legt den Schluss nahe, dass entweder Komplikationen bei allgemein schlechtem Allgemeinzustand nicht vollständig dokumentiert werden oder dass Hospitalisierungen teilweise allein im Zusammenhang mit der Diagnosestellung zustande kommen und nicht Ausdruck einer akuten Komplikation darstellen. Die erfreulicherweise geringe Menge Verstorbener lässt keine Vergleichbarkeit mehrerer Jahre zu.

Meldung Infizierter:

Das Masernschutzgesetz trat gleichzeitig mit dem Beginn der Pandemie in Kraft. Die deutlichen Effekte der Pandemie auf die Meldungen Infizierter (Abb. 1) lassen noch keinen Schluss auf die Wirkung des Masernschutzgesetzes zu.

Der Einfluss des Masernschutzgesetzes auf die Häufigkeit und Auswirkungen von Maserninfektionen muss Gegenstand zukünftiger Auswertungen sein. Hierbei wird auch die Frage zu beantworten sein, ob positive Effekte im Sinne einer besseren Immunität auch mit anderen Mitteln zu erreichen sind.

Fazit

- Zur Prävention der Masern steht eine wirksame Impfung zur Verfügung.
- Den größten Einfluss auf die Maserninfektionsfälle in den vergangenen 20 Jahren hatte wahrscheinlich die Anpassung der (STIKO) Impfeempfehlung von 2001.

- Dieses kann durch die seit 2001 zur Verfügung stehenden Melddaten des RKI dargestellt werden.
- Ungeimpfte Erwachsene können Säuglinge gefährden und Ausgangspunkt für Ausbruchsgeschehen werden.
- Neben der Zweifachimpfung von Säuglingen und Kleinkindern wird seit 2010 die Masernimpfung für Erwachsene, die nach 1970 geboren sind, von der STIKO als Standardimpfung empfohlen.
- Während der Pandemie wurden nur sehr wenige Masernfälle beobachtet.
- Das Masernschutzgesetz betrifft nur einen ausgewählten Teil der Bevölkerung. Ein Einfluss des Masernschutzgesetzes auf die Masernimmunität muss Gegenstand zukünftiger Auswertungen sein.

Dr. med.

Katrin Steul

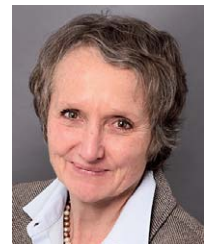
Verwaltungsverband
für das Gesundheits-
amt der Stadt
Darmstadt und den
Landkreis
Darmstadt-Dieburg



Dr. med.

Anne Marcic

Amt für Gesundheit,
Landeshauptstadt
Kiel



Fotos: privat

Kontakt via E-Mail: haebl@laekh.de

Die Literaturangaben finden Sie online auf unserer Website www.laekh.de unter der aktuellen Ausgabe.

Deutscher Herzbericht – Update 2024

Die Deutsche Herzstiftung hat gemeinsam mit der Deutschen Gesellschaft für Kardiologie – Herz- und Kreislaufforschung (DGK) und weiteren Fachgesellschaften den aktuellen Herzbericht – Update 2024 herausgegeben. Darin werden zentrale Daten (bezogen auf das Jahr 2022) rund um Herz-Kreislauf-Erkrankungen in Deutschland dargestellt. Die Liste der häufigsten Todesursachen führt weiterhin die chronisch ischämische Herzerkrankung (bzw. koronare Herzkrankheit, KHK) an. Der akute Herzinfarkt belegt den 4. Platz, die Herzschwäche liegt auf Platz 6. Die Plätze 9 und 10 der Liste belegen die Hypertensive

Herzerkrankung (z. B. Bluthochdruck) und Vorhofflimmern. Damit bilden Herz-Kreislaufferkrankungen die Hälfte der zehn häufigsten Todesursachen, von denen Männer und Frauen nach wie vor sehr unterschiedlich betroffen sind. Männer werden besonders häufig wegen ischämischen Herzkrankheiten wie der KHK vollstationär aufgenommen. Die häufigste Diagnose bei den Frauen sind Herzrhythmusstörungen. Die Bevölkerungsstatistik zeigt eine weiter zunehmende Alterung der Gesellschaft. Daher ist in Zukunft mit einer Zunahme der Hospitalisierungsrate zu rechnen. Siehe <https://herzmedizin.de/meta/presse/deutscher-herzbericht.html> | Kurzlink <https://tinyurl.com/3b8ut7xs>

(red)

Grenzen ärztlicher Tätigkeit über Online-Plattformen am Beispiel Cannabis

Hintergrund

Eine GmbH betreibt ein „Vermittlungsportal“, auf dem sich Kunden, die an einer ärztlichen Behandlung mit medizinischem Cannabis interessiert sind, anmelden können. Diesen Kunden werden dann unter bestimmten Bedingungen Ärztinnen und Ärzte präsentiert, mit denen ein Behandlungstermin vereinbart werden kann. Auf ihrer Website wirbt die GmbH unter anderem mit der Aussage „Deutschlands führende Plattform für die Therapie mit medizinischem Cannabis“.

Mit den Ärztinnen und Ärzten schließt die GmbH Verträge ab, mit denen sie sich zur Präsentation ihrer Tätigkeit sowie zu einem Termindienst, der Verwaltung der Patientendaten, administrativen Aufgaben einschließlich ggf. der stundenweise Vermietung von Praxisräumen sowie der Liquidation ärztlicher Leistungen verpflichtet. Die GmbH erhält hierfür einen prozentualen Anteil in Höhe von 60 % bis 79 % der ärztlichen Liquidation.

Das Landgericht Frankfurt am Main hat (mit Urteil vom 23. Januar 2024, Az. 3–08 O 540/23) der GmbH untersagt, mit Ärztinnen und Ärzten derartige Verträge abzuschließen. Es hat festgestellt, dass dieses Geschäftsmodell gegen § 2 Abs. 4, §§ 17, 31 der Muster-Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte, die der Berufsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen (BO) entspricht, verstößt. Da die GmbH mit der vertraglichen Zusammenarbeit das berufsrechtliche Fehlverhalten der Ärztinnen und Ärzte wissentlich fördert, haftet sie wettbewerbsrechtlich mittelbar als Teilnehmerin.

Schutz der ärztlichen Unabhängigkeit

Ärztinnen und Ärzte dürfen hinsichtlich ihrer ärztlichen Entscheidungen keine Weisungen von Nichtärzten entgegennehmen (§ 2 Abs. 4 BO). Diese Vorschrift soll die ärztliche Unabhängigkeit sicherstellen und ist insofern weit auszulegen, sodass bereits subtile Erwartungshaltungen Dritter einen Verstoß gegen das Weisungsverbot darstellen.

Eine derartige Erwartungshaltung hat die GmbH mit ihrem Internetauftritt hervorgerufen. Bei Besuchern der Website wird der Eindruck erweckt, dass der Kontakt mit den Ärztinnen und Ärzten genau zur Verschreibung von Cannabis vermittelt wird und das gewünschte Rezept ausgestellt wird. Mit dieser Erwartungshaltung sowohl der Patientinnen und Patienten als auch der GmbH sehen sich die Ärztinnen und Ärzte bei diesem Vertragswerk konfrontiert.

Verstoß gegen die Niederlassungspflicht

Die Ausübung ambulanter ärztlicher Tätigkeit ist an eine Niederlassung an einem Praxisort gebunden (§ 17 Abs. 1 BO). Dies soll sicherstellen, dass die Ärztinnen und Ärzte für ihre Patientinnen und Patienten, die Kostenträger, aber auch die Aufsichtsbehörden erreichbar sind. Da Ärztinnen und Ärzte die Praxisräume nur nach Absprache nutzen können, sind diese für ihre Patientinnen und Patienten nicht unmittelbar selbst erreichbar, sondern nur über die von der GmbH zur Verfügung gestellten Kommunikationsmittel. Dies erfüllt nicht die Voraussetzungen für eine Niederlassung und die Ärztinnen und Ärzte sind daher nicht in einer solchen tätig.

Verstoß gegen das Verbot Zuweisung gegen Entgelt

Ärztinnen und Ärzten ist es nicht gestattet, für die Zuweisung von Patientinnen und Patienten u. a. ein Entgelt zu fordern oder zu gewähren (§ 31 Abs. 1 BO). Die GmbH behielt nach der von ihr durchgeführten Abrechnung einen Honoraranteil von 60–79 % ein. Hiermit sollten die Leistungen der GmbH vergütet werden. Nach richtiger Ansicht des Landgericht Frankfurt stellt der einbehaltene Honoraranteil jedoch kein Äquivalent für die Leistungen der GmbH dar. Vielmehr ist ein Teil des einbehaltenen Honorars als Vermittlungsprovision anzusehen und stellt daher eine berufsrechtswidrige Patientenzuweisung dar. Das Urteil des Landgericht Frankfurt ist nicht rechtskräftig.

Fazit

Das Geschäftsmodell, das Grundlage dieses Urteils ist, spiegelt einen Trend wider, der in jüngerer Zeit vermehrt zu beobachten ist. Sowohl in der analogen, vor allem aber seit der Lockerung des Verbots der ausschließlichen Fernbehandlung auch in der digitalen Welt drängen kommerzielle Anbieter in das Gesundheitswesen. Diese neuen Geschäftsgebaren gefährden die durch die Berufsordnung geschützte ärztliche Unabhängigkeit. Das Urteil des Landgerichts Frankfurt zieht daher wertvolle Grenzen bei der Zusammenarbeit von Ärztinnen und Ärzten mit Dritten und stärkt dadurch das Vertrauen der Patientinnen und Patienten, der Kostenträger und auch der Ärztinnen und Ärzten in die hessische Ärzteschaft.

Andreas Wolf

Stellv. Justitiar
der Landesärztekammer Hessen,
Syndikusrechtsanwalt



Foto: privat

Werbung für Faltenunterspritzung: Vergleichsfotos unzulässig

Aktuelle Urteile sorgen für Rechtssicherheit

Laut einer Pressemitteilung der Deutschen Gesellschaft für Ästhetisch-Plastische Chirurgie vom 19.07.2024 werden auch im Jahr 2024 Faltenunterspritzungen und Botoxbehandlungen zu den beliebtesten Behandlungen gehören; sie liegen nach den Oberlidstraffungen auf den Plätzen 2 und 3. Die Beliebtheit der Faltenunterspritzung mag nicht zuletzt daran liegen, dass Verbrauchern suggeriert wird, mit Hilfe dieser schnellen und unkomplizierten Behandlung lasse sich quasi in der Mittagspause eine erhebliche Verbesserung und Verjüngung des Aussehens erzielen. Verstärkt wird dieser Eindruck durch Fotos, die die Behandlungserfolge ganz plastisch zeigen, nämlich einmal Patient oder Patientin vor und einmal nach der Behandlung. Seit einigen Jahren gibt es rechtliche Diskussionen zur Frage, ob dieses offenbar sehr wirkungsvolle Werbemittel eigentlich erlaubt ist.

Keine Anreize für medizinisch nicht notwendige Verfahren

Die rechtliche Grundlage für diese Diskussionen bildet § 11 des Heilmittelwerbegesetzes (HWG). Das HWG enthält spezifische Werberegeln für alle, die im Gesundheitsbereich tätig sind und für ihre Produkte oder Leistungen werben wollen. Unter anderem heißt es in dieser Vorschrift, dass für operative plastisch-chirurgische Eingriffe zur Veränderung des Körpers ohne medizinische Notwendigkeit nicht „mit der Wirkung einer solchen Behandlung durch vergleichende Darstellung des Körperzustandes oder des Aussehens vor und nach dem Eingriff“ geworben werden darf. Der Gedanke des Gesetzgebers dahinter: Es sollen keine Anreize bei Verbrauchern für medizinisch nicht notwendige, gleichwohl aber mit Risiken behaftete Verfahren geschaffen werden. Ohne Zweifel fallen unter dieses Verbot Fotos, die Personen vor und nach einer klassischen Schönheitsoperation zeigen, etwa vor und nach einer Fettabsaugung. Fraglich war allerdings, ob auch Faltenbehandlungen unter dieses Verbot fallen. Das ist nun vorerst durch den Bundesgerichtshof (BGH) in einem Verfahren der Wettbewerbszentrale geklärt.

Auch Faltenunterspritzung ist operatives Verfahren

Gegenstand des Verfahrens war die Abbildung auf der Internetseite einer Arztpraxis, die eine Patientin vor und nach einer Behandlung mit Hyaluronsäure zeigte. Damit sollte das Ergebnis einer Unterspritzung der Haut verdeutlicht werden. Die Wettbewerbszentrale hielt die Abbildung wegen Verstoßes gegen die oben genannte Vorschrift für unzulässig. Die Ärzte argumentierten, das Verbot erfasse nur Eingriffe von erheblicher Invasivität, wie sie nur bei den klassischen schönheitschirurgischen Eingriffen vorlägen. Das Landgericht Köln vertrat bereits eine strenge Auffassung und verurteilte die Mediziner zur Unterlassung, das

Oberlandesgericht Köln bestätigte die Auffassung und verwarf die Berufung (OLG Köln, Urteil vom 27.10.2023, Az. 6 U 77/23). Die Richter gestanden der Gegenseite zu, dass der Wortlaut des Verbotes dafür spreche, dass der Gesetzgeber an klassische Operationen gedacht habe, bei denen mittels Skalpell der Körper eröffnet werde. Allerdings müsse man – so die Richter – den Zweck des HWG betrachten, der auf den Schutz der Verbraucher vor erheblichen Gesundheitsschäden und Risiken abziele und daher suggestive Werbung verbiete. Diesem Schutzzweck entspreche es, keine Beschränkung des Begriffs des „operativen“ Eingriffs auf einen solchen mit einem Skalpell oder ähnlichem vorzunehmen. Die Überprüfung durch den BGH ließ das OLG nicht zu. Die von den Ärzten eingelegte Nichtzulassungsbeschwerde wies der BGH mit der üblichen formelhaften Begründung ab (BGH, Beschluss vom 29.05.2024, Az. I ZR 159/23), so dass das Urteil des OLG rechtskräftig geworden ist. Anders formuliert: Hätte der BGH die Entscheidung des OLG für falsch gehalten, hätte er das Urteil korrigiert.

Konsequenzen

Welche Konsequenzen folgen daraus? Zunächst einmal die, dass von dem Vorher-Nachher-Verbot auch Faltenunterspritzungen und nicht nur die klassischen Schönheitsoperationen erfasst sind. Das Verbot umfasst Werbung in allen Medien, also auch in Sozialen Medien wie Instagram und Co. Umgehungen jeder Art sollten vermieden werden. Es nutzt wenig, wenn den Vorher-Nachher-Fotos „feigenblattmäßig“ ein medizinischer „Untertitel“ gegeben wird, um Verbrauchern zu suggerieren, es habe eine medizinische Indikation vorgelegen. Es kommt nämlich auf die Sicht des Adressaten, nicht die Absicht des Werbenden an. Selbst die Abbildung von Kunstfiguren, sog. Avataren, ist unzulässig (OLG Koblenz, Urteil vom 23.04.2024, Az. 9 U 1097/23, nicht rechtskräftig). Auch bei Videos ist zur Vorsicht zu raten. Steht nicht die Information über das Verfahren im Vordergrund, sondern die bildliche Darstellung des erzielten Erfolges, so kann auch dies unter das erwähnte Verbot fallen. Im Zweifel lautet die Empfehlung, sich rechtlich beraten zu lassen, um kostenpflichtige Abmahnungen zu vermeiden.

Christiane Köber

Zentrale zur Bekämpfung
unlauteren Wettbewerbs
Frankfurt am Main e. V.
Tannenwaldallee 6 | 61348 Bad Homburg
E-Mail: mail@wettbewerbszentrale.de
Internet: www.wettbewerbszentrale.de



Foto: Assia Helmich

Fortbildungen und Weiterbildung

Foto: © hooyah808 – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Notfallmedizin machbar machen

Ein praxisnahes Seminar für Ärztinnen und Ärzte, die den Umgang mit lebensbedrohlichen medizinischen Notfallsituationen beherrschen wollen: Sofortiges Eingreifen und lebenserhaltende Sofortmaßnahmen bis der Rettungsdienst übernehmen kann!

Themenschwerpunkte der Veranstaltung sind Notfälle mit Kindern (Fieber, Krampfanfälle, Luftnot, Schmerzen), kardiologisch/pulmologische Notfälle beim Erwachsenen, Anaphylaxie und Reanimation.

Termin	13.11.2024 14:00–19:30 Uhr
Punkte	8
Gebühr	220,00 € 198,00 €*
Kontakt	katja.baumann@laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Aktuell und Interdisziplinär

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
31.01.–17.05.2025	Zusatz-Weiterbildung Sexualmedizin	Basiskurs: Modul 1 (A–C) Einführung in die sexual- medizinische Diagnostik und Behandlung Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	40	1.295,00 € 1.165,50 €*

Allgemeinmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
05.–06.11.2024	Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin	Kurs B – Modul II: Handlungskompetenz (20 UE) Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	20	418,00 € 376,20 €*
02.–06.12.2024	Repetitorium Allgemeinmedizin	Live-Webinar zur Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse Kontakt: joanna.jerusalem@laekh.de	40	671,00 € 603,90 €*

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
06.–09.11.2024	Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe	Hybrid-Veranstaltung zur Aktualisierung und optimalen Vorbereitung auf die Facharztprüfung Kontakt: mariam.ghaus@laekh.de	42	704,00 € 633,60 €* 704,00 €

Hygiene, Infektiologie, Öffentliches Gesundheitswesen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
30.10.2024	Neues aus dem ÖGD, nicht nur für den ÖGD	Neue Verordnungen und Entwicklungen im öffentlichen Gesundheitsdienst Kontakt: heike.cichon@laekh.de	5	88,00 € kostenfrei*
16.11.2024	Impfkurs	Zur Vertiefung von Fähigkeiten und Fertigkeiten im Impfen Kontakt: heike.cichon@laekh.de	8	264,00 € 237,60 €* 264,00 €
03.–20.03.2025	Krankenhaushygiene	Modul 1: Hygienebeauftragter Arzt Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage	1.153,00 € 1.037,70 €* 1.153,00 €

Innere Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
25.–29.11.2024	Repetitorium Innere Medizin	Vorbereitung auf die Facharztprüfung oder zu Auffrischung vorhandener Kenntnisse Kontakt: adiola.candelo-roemer@laekh.de	52	847,00 € 762,30 €* 847,00 €
09.12.2024– 25.01.2025	Zusatz-Weiterbildung Ernährungsmedizin	Fallseminar – Modul I: Präventivmedizin/Diabetologie/ Kardiologie/Lipidologie/Sportmedizin Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	22	605,00 € 544,50 €* 605,00 €

Kinder- und Jugendmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
20.11.2024	Pädiatrie „State of The Art“	Hybrid-Veranstaltung mit dem Schwerpunktthema: Kinderorthopädie – Kinderkieferorthopädie Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	6	88 € kostenfrei*

Neurologie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
05.–07.11.2024	Repetitorium Neurologie Modul I	Optimale Vorbereitung auf die Facharztprüfung und Auffrischung der Kenntnisse Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	22	423,50 € 381,15 €*
03.–05.12.2024	Repetitorium Neurologie Modul II	Effiziente Vertiefung der Themen Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	22	423,50 € 381,15 €*

Notfall- und Intensivmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
02.11.2024	Aufbauseminar Leitende Notärztin/Leitender Notarzt	Auffrischung der bereits erworbenen Qualifikation „Leitender Notarzt“ Kontakt: patrizia.glitsch@laekh.de	11	352,00 € 316,80 €*
07.–09.11.2024	Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)	Primärmaßnahmen im Notfalldienst, rechtliche Aspekte, praktische Übungen Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	26	638,00 € 574,20 €*
20.–22.03.2025	Seminar Leitender Notarzt/Leitende Notärztin	Erforderlich zum Erwerb des Qualifikationsnachweises „Leitender Notarzt“ Kontakt: patrizia.glitsch@laekh.de	40	1.130,00 € 1.017,00 €*

Palliativmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
17.–21.02.2025	Zusatz-Weiterbildung Palliativmedizin	Kurs-Weiterbildung Kontakt: susanne.schubert-wallmeyer@laekh.de	40	1.169,00 € 1.052,10 €*

Psychosomatische Medizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
15.–16.11.2024	Curriculum Psychosomatische Grundversorgung	Block 6 Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	16	341,00 € 306,90 €*

Schmerztherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
01.–02.11.2024	Kurs-Weiterbildung Spezielle Schmerztherapie	Modul II Kontakt: adelheid.zinkl@laekh.de	20	429,00 € 386,10 €*

Sportmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
18.–19.11.2024	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 3: Basiskurs sportmedizinische Aspekte der Sinnesorgane/Grundlagen der (Sport)Ernährung Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	363,00 € 326,70 €*
20.–21.11.2024	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 10: Pneumologische, nephrologische und urologische Schwerpunkte Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	363,00 € 326,70 €*
22.–23.11.2024	Kurs-Weiterbildung Sportmedizin	Modul 15: Spezielle Aspekte in der Sportmedizin: Nahrungsergänzungsmittel, Pharmaka und Doping sowie rechtliche und ethische Aspekte Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	363,00 € 326,70 €*

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar

Die Veranstaltung richtet sich an Ärztinnen und Ärzte, die sich mit der Beratung von Reisenden befassen und bietet eine Grundlage für eine weiterführende Spezialisierung. Das Basisseminar vermittelt praxisnah die Grundlagen der Tropenmedizin, Gesundheitsrisiken im Zusammenhang mit Reisen und die entsprechenden Vorsorgemaßnahmen gemäß Curriculum der BÄK. Aspekte der Flug-, Tauch- und Höhenmedizin sind ebenso Inhalt wie Erkrankungen bei Reiserückkehrern.

Termin	Teil 1: 31.01.–01.02.2025 Teil 2: 04.–05.04.2025
Punkte	32
Gebühr	792,00 € 712,80 €*
Kontakt	joanna.jerusalem@laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie



Foto: © Oulphone – stock.adobe.com



Mehr erfahren



Mehr erfahren

Ultraschall: Modul Interventioneller Ultraschall (INVUS) I

Eines unserer besonderen Highlights: Von Grundlagen, Punktion von Körperhöhlen bis hin zu Gefäßpunktionen und Drainagen – die Veranstaltung vermittelt Ihnen wichtige Kenntnisse und Fähigkeiten zur Vervollständigung Ihres Fachwissens – verbunden mit vielen praktischen Übungen in kleinen Arbeitsgruppen.

Kenntnisse der Ultraschall-Diagnostik und praktische Erfahrungen werden vorausgesetzt (mind. DEGUM-Grundkurs Abdomen oder Basiskurs Notfallsonographie).

Termin 30.10.2024
13:00–19:30 Uhr

Punkte 10

Gebühr 385,00 €
346,50 €*

Kontakt juliane.schwab@laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Strahlenschutz

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
11.–29.10.2024	Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte	Spezialkurs Röntgendiagnostik (Theorie und Praktikum) Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	21	483,00 € 434,70 €*
02.11.2024	Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte	Kenntniskurs: theoretische Unterweisung Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	4	126,50 € 113,85 €*
02.11.2024	Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte	Kenntniskurs: praktische Unterweisung Kontakt: andrea.floeren@laekh.de	5	103,50 € 93,15 €*

Suchtmedizin

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
17.01.2025	Suchtmedizinische Grundversorgung	Modul 1: Grundlagen der Suchtmedizinischen Grundversorgung Kontakt: caroline.winkler@laekh.de	auf Anfrage	155,00 € 139,50 €*

Transfusionstherapie

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
22.01.—12.02.2025	Qualitätsbeauftragter Hämotherapie	Unter anderen Themen: Handwerkszeug für Begutachtung und Analyse von Prozessen in der Hämotherapie Kontakt: heike.cichon@laekh.de	auf Anfrage	1.165,00 € 1.048,50 €*

Ultraschall

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Punkte	Gebühr
29.–30.11.2025	Ultraschall: Gefäße	Abschlusskurs: Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße Kontakt: juliane.schwab@laekh.de	16	616,00 € 554,40 €*

Akademieförderung

Bildung schafft Zukunft: Jede Ärztin, jeder Arzt, jede Studentin und jeder Student der Medizin ist eingeladen, Förderin bzw. Förderer zu werden. Sie fördern damit die freiwillige, produktneutrale und industrieunabhängige ärztliche Fortbildung in Hessen.

Jetzt Förderin oder Förderer der Akademie werden!

Mehr als 4.000 Förderinnen und Förderer schenken der Akademie bereits ihr Vertrauen. Genießen auch Sie die Vorteile einer Förderung – als Studierender bzw. Studierende der Medizin sogar beitragsfrei!

Nähere Infos finden Sie auf der Website unter www.akademie-laekh.de

Kontakt:

Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-200
Fax: 06032 782-220
E-Mail: akademie@laekh.de
www.akademie-laekh.de

* reduzierter Beitrag für Förderer der Akademie

Besuchen Sie uns auch auf Social Media



@landesärztekammer_hessen



@LAEKHpresse



@LAEKHessen



@landesaeztekammerhessen



www.laekh.de/fobiapp

Finden Sie die Veranstaltung,
die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)



Veranstaltungen

Foto: © contrastwerkstatt – stock.adobe.com



Mehr erfahren

Fachwirtin/Fachwirt für ambulante medizinische Versorgung

(Geprüfte/-r Berufsspezialist/-in)

Die höherqualifizierende Berufsbildung baut auf dem Wissen der MFA auf und qualifiziert in den Bereichen Praxismanagement, Teamführung und Medizin weiter. Auf unserer Website finden Sie nähere Informationen über den zeitlichen und inhaltlichen Aufbau des Pflichtteils und der möglichen Wahlteile.

Die Module des Pflichtteils sind:

- Lern- und Arbeitsmethodik
- Durchführung der Ausbildung
- Qualitätsmanagement
- Arbeits- und Gesundheitsschutz
- Kommunikation und Teamführung
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Informations- und Kommunikationstechnologien
- Risikopatientinnen und Patienten sowie Notfallmanagement

Termine FAW Beginn 25.11.2024
Gebühr 2.500 € (Pflichtteil) zzgl. Prüfungsgebühren
Kontakt karin.jablotschkin@laekh.de

Qualifizierungslehrgänge

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 20.01.2025	Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden	Zu den Inhalten der Fortbildung im Blended-Learning-Konzept gehören Krankheitsbilder, adjuvante Maßnahmen, Kompressionstherapie und Wundbehandlungsprozesse. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	530 €
ab 13.02.2025	Aufbereitung von Medizinprodukten in der ärztlichen Praxis (SAC) 24 Stunden	Im Sachkenntniskurs werden die gemäß Medizinproduktebetrieberverordnung (MPBetreibV) geforderten Kenntnisse für die Aufbereitung von Medizinprodukten fachpraktisch vermittelt. Kontakt: julia.werner@laekh.de	370 €



Fortbildungen

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
02.11.2024	Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden	Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion unter Beachtung hygienischer Maßnahmen steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Kontakt: danuta.scherber@laekh.de	125 €
15.11.2024	Mammakarzinom (ONK A 3): Aktualisierung Onkologie 8 Stunden	Die Fortbildung wird als Aktualisierung gemäß „Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zum BMV-Ä)“ anerkannt. Vermittelt wird das Schwerpunktthema „Mamma CA“ anhand von exemplarischen Behandlungsfällen. Kontakt: julia.werner@laekh.de	125 €
13.11.2024 04.12.2024 09.12.2024	Einführung in die Tumordokumentation (ONK A 4) 7 Stunden	Die jeweils eintägige Fortbildung findet in Zusammenarbeit mit dem Hessischen Krebsregister statt. Sie gibt MFA und Personal mit einer vergleichbaren medizinischen Ausbildung eine praktische Einweisung in das Meldeportal. Kontakt: julia.werner@laekh.de	125 €

Prüfungsvorbereitungskurse

Termin	Veranstaltung	Inhalt	Gebühr
ab 12.10.2024	Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende zur/zum MFA (PVK)	Die Termine für die Kurse zur gezielten Vorbereitung auf die Winterprüfungen 2024 sind da! Alle Informationen und Termine finden Sie auf unserer Website. Kontakt: claudia.hell-kneipp@laekh.de	siehe Website

Kontakt:

Carl-Oelemann-Schule der Landesärztekammer Hessen
Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim

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

E-Mail: verwaltung@laekh.de

www.carl-oelemann-schule.de

Wir qualifizieren Sie weiter.

Mehr erfahren unter
<https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa>

Finden Sie die Veranstaltung, die Sie weiterbringt!



[Mehr erfahren](#)

Fatale Medikamentenverwechslung nach „Schweizer-Käse“-Modell

Vorwort

Es gibt Ereignisse in einem Arztleben, von denen man nicht glauben mag, sie könnten sich wiederholen. Dann erlebt man das perfekte „Déjà-vu“ durch einen anderen Fallbericht im Hessischen Ärzteblatt (Ausgabe 6/2024, Seite 347 f.).

Junger Patient mit Panmyelophthie

Wochenenden sind für Ärzte im Dienst häufig voller Überraschungen, so an einem Sonntag in meiner damaligen Uniklinik: ein Anruf eines Kollegen aus einer etwas entfernt gelegenen JVA. Ein Anfang 20-jähriger Insasse sei komplett erblindet. Der Patient habe am ganzen Körper Hämatome. Das Blutbild sei so katastrophal, dass er an der Verlässlichkeit seines Labors zweifle. Er vermute eine akute Leukämie.

Ca. zwei Stunden später wurde der junge Mann eingeliefert. Die eindrucksvollen, ausgedehnten Hämatome und Suffusionen waren nicht zu übersehen; das Kolorit der übrigen Haut unterschied sich kaum vom weißen Anstrich des Aufnahmeraumes. Der Patient war geschwächt, müde und blind, jedoch ansprechbar. Auf der Notaufnahme war ein Augenspiegel vorhanden: Ich sah am Augenhintergrund nur die blaue Hämatomfarbe.

Das Ergebnis der Laboranalyse zeigte: Im Blutbild waren keine Thrombozyten, keine Leukozyten nachweisbar, die Hämoglobinkonzentration lag unter 5 g/dl. Der Patient konnte zu seiner Krankengeschichte zunächst fast nichts beitragen; er habe jedoch einen Medikamentenplan bei sich, in dem das Medikament Myleran® mit 2 x 1 Tablette pro Tag aufgeführt war.

Myleran® (Busulfan) ist ein zytostatisch wirkendes Alkylantienmedikament, das schwere Knochenmarksdepressionen hervorrufen kann. Es wurde damals relativ häufig in der Behandlung von Leukämien und von Polyzythämien eingesetzt. Von derartigen Erkrankungen war dem Arzt der JVA jedoch nichts bekannt.



Foto: © ImageFlow – stock.adobe.com

Ein ähnlicher Name hat zu einer folgenschweren Verwechslung von Medikamenten geführt: Statt eines antiepileptischen Medikaments bekam der Patient ein Zytostatikum.

Der Patient erhielt zunächst das, was er dringend brauchte: Thrombozyten- und Erythrozytenkonzentrate. Die augenärztliche Prognose der Amaurose nach Auflösung der Hämatome wurde als günstig eingeschätzt. Nach den Transfusionen konnte sich der Patient zur Anamnese äußern. Nach einem Autounfall als Kleinkind sei er mehrere Male neurochirurgisch operiert worden, über eine Liquorfistel seien dann bei ihm mehrmals Meningitiden aufgetreten. Es habe sich eine Epilepsie entwickelt, die zunächst mit Mylepsinum® (Primidon) behandelt worden sei. Dann sei von einem anderen Arzt die Therapie auf Myleran® umgestellt worden. Dieses Mittel sei ihm dann u. a. auch von seinem betreuenden neurochirurgischen Zentrum weiter verschrieben worden. Unglaublich, und doch plausibel: Hier waren ein Zytostatikum und ein Antiepileptikum, beide mit vier gleichen Anfangsbuchstaben, verwechselt worden.

Der Chef der Hämatologie des Klinikums führte noch am Sonntagabend eine Knochenmarkspunktion durch: ein quasi „leeres“ Knochenmark ohne Zeichen einer hämatologischen Erkrankung. Der junge Mann wurde in einem sogenannten Isolierzimmer untergebracht und mit erythro- und granulopoeseestimulierenden Faktoren behandelt. Endlich erholte sich das Knochenmark, das Sehvermögen war wieder normal. Krampfanfälle hatte er zudem

in der Zeit nicht erlitten. Er konnte schließlich die Klinik verlassen.

Er blieb ein besonderer Patient. Jedes Mal stellte er viele medizinische Fragen, zum Beispiel wie man eine Lungenentzündung diagnostiziert und behandelt. Er interessiert sich sehr für Medizin. Dann verlor ich ihn aus den Augen.

Entstehung der Verwechslung

Eine Indikation für eine antiepileptische Behandlung dürfte bestanden haben, unter Mylepsinum® (Primidon) scheinen keine Krampfanfälle mehr aufgetreten zu sein. Da der junge Mann ein recht „unstehtes“ Leben mit häufigen Ortswechseln geführt hat, wurden spätere Kontrollen von unterschiedlichen Ärzten durchgeführt, die auch dann die Rezepte ausstellten. Insofern war nicht herauszufinden, wo sich die Medikamentenverwechslung ereignet hatte. Allerdings war im Rahmen der fortgesetzten Myleran®-Therapie auch eine „Folgerezeptausstellung“ in der neurochirurgischen Ambulanz einer norddeutschen Universitätsklinik erfolgt. Offensichtlich war nie ein Auslassversuch der antikonvulsiven Medikation erfolgt. Da auch unter Myleran® und während der wochenlangen Überwachung in unserem Krankenhaus keine Krampfanfälle auftraten, hätte man auf das antiepileptische Mylepsinum® wohl längst verzichten können.

Prävention

Der Klinische Pharmakologe des Klinikums und der Leiter des Rudolf-Buchheim-Instituts für Pharmakologie haben sich in der Folge dafür eingesetzt, dass Namensähnlichkeiten bei Arzneimitteln mit völlig unterschiedlichen Indikationen aus Sicherheitsgründen vermieden werden sollten. Erst als dann Medikamente mit „hinweisenden Suffixen“ auf den Markt kamen: -tidin für H-2-Rezeptorblocker, -pril für ACE-Hemmer, -prazol für Protonenpumpeninhibitoren oder -sartane für Angiotensin-II-Antagonisten schien hier ein gewisser Fortschritt erreicht. Eine Verwechslung innerhalb der gleichen „pharmakodynamischen“ Substanzgruppen

hätte zumindest keine schwerwiegenden Folgen haben können. Dieser Sicherheitsaspekt geht dann aber teilweise verloren, wenn ähnlich klingende Abkürzungen zulässig sind. Beispiel: Eine Verwechslung von „ASS“ mit „ACC“ ist sprachlich vielleicht ein „Lapsus“, kann aber z. B. nach einem gefäßchirurgischen Eingriff schnell fatale Folgen haben kann.

Unerwartetes Nachspiel

Einige Jahre später las ich einen Artikel in einer medizinischen Wochenschrift über „falsche Ärzte“.

Der Name meines ehemaligen Patienten war auch dabei. Es wurde erwähnt, er habe

seine medizinischen Kenntnisse als Patient einer Universitätsklinik erworben. Wenn er es war (Vor- & Nachname passten), hat er sich als sogenannter, aber falscher Hausarzt in die Nähe des Ortes in Norddeutschland begeben, an dem ihm wohl zum ersten Mal fehlerhaft Myleran® verordnet wurde. Vielleicht hat er geglaubt, dass man ihm dort etwas schuldig sei.

Prof. Dr. med. Friedrich Lübbecke
apl. Prof. für
Innere Medizin
der Justus-Liebig-
Universität Gießen,
Uelzen

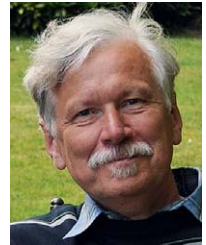
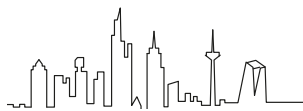


Foto: privat

Ärzttekammer



Meldestelle „Gewalt gegen Ärzteschaft und Team“

Anonyme Meldung verbaler und körperlicher Gewalt

Studien belegen, dass aggressives Verhalten gegenüber der Ärzteschaft häufiger vorkommt als im Allgemeinen angenommen. Gewalt in jeglicher Form ist ein schamhaft verschwiegenes Problem. Viele Betroffene sprechen ungern über Konflikte mit aggressiven Patientinnen und Patienten, da sie unter anderem fürchten, den Ruf ihrer Einrichtung zu schädigen.

Um eine Vorstellung über Zahlen und Formen von ausgeübter Gewalt zu erhalten, hat die Landesärztekammer Hessen 2019 den Meldebogen „Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte und Team“ entwickelt und auf ihrer Website positioniert. Im Hessischen Ärzteblatt wurde regelmäßig über diese Meldestelle berichtet.

Wer kann eine Meldung abgeben?

Anhand des Online-Meldebogens haben Ärztinnen und Ärzte aus allen Fachgebieten, Tätigkeitsbereichen und Bundesländern innerhalb weniger Minuten die Möglichkeit, Vorfälle anonym der Landesärztekammer Hessen zu melden. Auch ag-

gressives Verhalten, das gegen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gerichtet wurde, kann von der Ärzteschaft gemeldet werden.

Die aktuellen Meldedaten verdeutlichen, dass insbesondere aus dem ambulanten Bereich Meldungen erfolgen und sich das aggressive Verhalten der Patientinnen und Patienten vermehrt gegen Medizinische Fachangestellte richtet. Vor diesem Hintergrund bittet die Landesärztekammer Hessen auch Ärztinnen und Ärzte aus dem stationären Sektor, bei Gewalterfahrungen im beruflichen Kontext diese Vorfälle zu melden.

Die Daten werden statistisch ausgewertet und regelmäßig veröffentlicht. Beim Abschließen des Meldebogens wird für hessische Kammermitglieder der Kontakt zur Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen oder zur Ombudsstelle für Fälle von Missbrauch in ärztlichen Behandlungen angeboten.

Der Landesärztekammer Hessen ist es ein Anliegen, fundierte Fakten zu schaffen, um auf deren Grundlage Ansprüche ge-

genüber dem Gesetzgeber zu bekräftigen, das gesamte medizinische Personal im Paragrafenteil des Strafgesetzbuches bei Gewalterfahrungen mit einzubeziehen sowie praxistaugliche Lösungsstrategien zu entwickeln.

Sie möchten einen Vorfall anonym melden? Hier geht es direkt zum Online-Meldebogen:

<https://www.sphinxonline.com/v4/s/qs0puu>



Dr. Dipl.-Soz. Iris Natanzon

Wissenschaftliche
Referentin der
Stabsstelle Quali-
tätssicherung der
Landesärztekammer
Hessen



Foto: Isolde Asbeck

AEBH

Ambulante Ethikberatung in Hessen e.V.



Ambulante Ethikberatung Hessen (AEBH) etabliert und weiter im Ausbau

Seit ihrer Gründung in 2016 ist die Ambulante Ethikberatung Hessen AEBH e. V. mit Beratungsteams in fünf Regionalgruppen eine Anlaufstelle in Hessen für ethische Fragen im ambulanten Bereich. Ausgehend von den Modellregionen Frankfurt a. M./Offenbach und Marburg-Biedenkopf wurde die Region Frankfurt am Main/Offenbach um den südhessischen Bereich Darmstadt und Umgebung erweitert. Mit dem Hochtaunuskreis, dem Main-Taunuskreis und der Region Kassel sind drei weitere Regionen hinzugekommen.

Die Gründung der AEBH erfolgte in 2016 und geht auf die Initiative des damaligen Landesärztekammerpräsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach zurück, welcher seitdem auch den Vorsitz der AEBH innehat. Damals existierte im ambulanten Bereich Hessens keine Anlaufstelle für ethische Fragestellungen und die Gründung hatte es zum Ziel, diese Leerstelle durch den Aufbau einer ambulanten Ethikberatung in möglichst allen Regionen Hessens zu füllen, um adäquate Beratungsangebote zu ermöglichen.

Die AEBH agiert in der außerklinischen Umgebung, das heißt in der ambulanten Versorgungsstruktur zu Hause oder in der stationären medizinisch-pflegerischen Betreuung wie beispielsweise in Einrichtungen der Seniorenpflege oder der Betreuung von Menschen mit Beeinträchtigungen. Ethische Fragestellungen sind zum Beispiel Therapiebegrenzung, Therapie bzw. Betreuungszieländerungen, Umgang

mit Gewalt oder die Zulässigkeit von freiheitseinschränkenden Maßnahmen.

Hilfe bei ethischen Fragen

Die Aufgabe der AEBH mit den regionalen Beratungsteams ist die Vor-Ort-Unterstützung von Betroffenen und Beteiligten. Dies kann beispielsweise der Fall sein

- wenn eine Änderung der Lebens- bzw. Betreuungsperspektive oder der Therapieziele zur Debatte steht,
- bei Problemen, die sich im Rahmen der häuslichen und auch stationären medizinisch-pflegerischen Betreuung ergeben können.
- wenn ein Mensch seinen Willen nicht (mehr) selbst bekunden kann oder wenn eine Zustimmungsunfähigkeit bei vorsorglicher Willensbekundung vorliegt und Uneinigkeit darüber zwischen den An- und Zugehörigen besteht.

Ethikberatung versteht sich als Moderation für die Entscheidungsfindung der Menschen, die sich in einer schwierigen oder gar kritischen Lebensphase befinden.

Als Beratungsprozess geht die Ethikberatung damit über eine Informationsvermittlung hinaus, übernimmt aber keinesfalls eine Rechtsberatung.

Ethische Fallbesprechung

Die Unterstützung bei der Lösung von Problemen, Uneinigkeiten und Konflikten erfolgt in erster Linie durch die ethische

Fallbesprechung. Diese ist als Versuch zu verstehen,

- eine Entscheidung eines betroffenen Menschen, der sich in einer schwierigen beziehungsweise kritischen Phase seines Lebens befindet, zu ermöglichen oder
- eine gemeinsame Entscheidung aller Betroffenen und Beteiligten zur Begleitung, Therapie und Betreuung eines Menschen, der sich in einer kritischen Phase seines Lebens befindet, zu finden. Wenn dieser Mensch nicht mehr selber entscheiden kann, so gilt es, die gemeinsame Entscheidung aller Betroffenen und Beteiligten mit dessen „mutmaßlichem Willen“ oder dem in dessen Patientenverfügung geäußerten Willen in Einklang zu bringen.

Beratung für Betroffene, Pflegenden, Hausärztinnen und Hausärzte

Eine Ethikberatung, in der Regel durchgeführt von zwei qualifizierten Ethikberatern eines der Beratungsteams, können jeder betroffene Mensch sowie alle weiteren Betroffenen und Beteiligten anfordern und auch an dieser teilnehmen. Betroffene und Beteiligte sind zum Beispiel Menschen in einer schwierigen bzw. kritischen Phase ihres Lebens, Patientinnen und Patienten, Betreute und Bewohnende, An- und Zugehörige, Hausärztinnen und Hausärzte, Pflegende, behandelnde weitere Ärztinnen und Ärzte, gute Freunde bzw. Vertrauenspersonen, gesetzlich Betreuende, Vorsorgevollmächtigte oder auch Seelsorgende.

Niedrigschwellig, kostenfrei, mit Schweigepflicht

Basierend auf der Satzung hat sich im Zeitverlauf das Selbstverständnis der AEBH herausgebildet.

- Um Betroffenen und Beteiligten den Zugang zu den Beratungsangeboten möglichst niedrigschwellig und barrierearm zu ermöglichen, ist die AEHB mit den Regionalgruppen und den zugehörigen Beratungsteams in aktuell fünf Regionen Hessens verfügbar. Der Kontakt zu einem der Beratungsteams kann auf unkomplizierte Weise telefonisch und über E-Mail hergestellt werden.
- Die Schweigepflicht zur Wahrung der Vertraulichkeit ist selbstverständlich und zentral bei der Tätigkeit der Beratungsteams. Die Schweigepflicht gilt aber auch für alle anderen an der Ethikberatung beteiligten Personen wie zum Beispiel An- und Zugehörige, Hausärzte, Pflegende und gesetzlich Betreuende.
- Die AEBH und die Regionalgruppen mit den zugehörigen Beratungsteams erbringen ihre Arbeit ehrenamtlich. Die Anfrage für eine Ethikberatung als auch die Beratung selbst sind kostenfrei.
- Die Beratungsteams sind multiprofessionell aufgestellt, damit ein von vielen Perspektiven getragener Blick auf die betreffende Situation und die Gegebenheiten möglich wird. Mitglieder der Beratungsteams sind beispielsweise Ärzte, Pflegende, Juristen und Seelsorgende.
- Alle Mitglieder der Beratungsteams sind für die Ethikberatung im Gesundheitswesen qualifiziert.
- Um Kenntnisse und Qualifikationen auf dem neuesten Stand zu halten, nehmen alle Mitglieder der Beratungsteams regelmäßig an Weiterbildungen teil.
- Die Hierarchiefreiheit innerhalb der Beratungsteams ist ein besonderes Merkmal. So sind die Teams leitungsfrei aufgestellt, Entscheidungen werden im Konsens und demokratisch getroffen bzw. erarbeitet.
- Die Beratungsteams der Regionalgruppen und die Beratenden selbst sind unabhängig und nicht weisungsgebunden. Dies gilt insbesondere in Bezug auf andere Akteurinnen und Akteure und Strukturen in der ambulanten Versorgung wie z. B. berufsständische Organisationen, Pflegeeinrichtungen, Kostenträger und andere.

Trotz positiver Entwicklung weiterhin Herausforderungen bei der Implementierung

Trotz der positiven Entwicklungen bei Strukturaufbau und Selbstverständnis bestehen für die AEHB Herausforderungen bei der Implementierung des Beratungsangebots. So ist für eine auf Dauer angelegte, qualitätsgesicherte außerklinische Ethikberatung eine zumindest auskömmliche Finanzierung erforderlich. Zurzeit tragen die ehrenamtlich tätigen Vereinsmitglieder und die ehrenamtlich tätigen Beratenden die anfallenden Kosten in aller Regel selbst – auch wenn diese im Einzelfall, z. B. durch Spenden oder unterstützende Landkreise zum Teil aufgefangen werden. Herausfordernd ist für Betroffene und Beteiligte und insbesondere für die ehrenamtlich tätigen Ethikberatenden zudem der häufig entstehende, nicht geringe Aufwand an Zeit und Mitteln (Logistik, Koordination, Fahrzeugnutzung, Fahrtkosten). Dieser Aufwand ist zwar ein immanenter und charakteristischer Bestandteil der ambulanten Ethikberatung, bedarf aber in der Bewältigung einer zumindest auskömmlichen Finanzierung.

Berührungspunkte

Eine weitere Herausforderung stellen die Berührungspunkte bei Betroffenen und Beteiligten dar. Die Inanspruchnahme einer moderierenden Ethikberatung kann ebenso wie auch bei anderen Beratungen mit Ängsten verbunden sein, z. B. vor Urteilen oder auch vor Veränderungen. Den Unsicherheiten über den Beratungsprozess sowie Vertrauensbedenken und finanzielle Bedenken kann bereits im Vorfeld begegnet werden. Hier kommen den Informationen zur Beratung und deren Ablauf, zur Kostenfreiheit und zur Schweigepflicht große Bedeutungen zu.

Verbesserungsbedürftige öffentliche Präsenz & Bekanntheit

Die ambulante Ethikberatung ist in der Öffentlichkeit, bei Betroffenen und bei lokalen Akteurinnen und Akteuren wie zum Beispiel Hausärztinnen und Hausärzte nicht in ausreichendem Maß bekannt – trotz der Informationsangebote auf der

Internetseite des Vereins und gedrucktem Infomaterial. Die daraus resultierende, relativ geringe Nachfrage nach Beratungen kann gesteigert werden durch die Verbesserung der öffentlichen Präsenz.

Wünschenswertes für die Zukunft

Die ambulante Ethikberatung steht angesichts der sich ständig ändernden gesellschaftlichen, sozialen und medizinischen Landschaft und den damit einhergehenden ethischen Fragen vor großen Herausforderungen.

- Sicherung und Stabilisierung der Finanzierung der laufenden Kosten, der Kosten der Öffentlichkeitsarbeit sowie der Kosten für die Aus- und Fortbildung der Ethikberatenden.
- Verbesserung der öffentlichen Bekanntheit und der medialen Präsenz zur Erhöhung der Inanspruchnahme.
- Integration von technologischen Fortschritten, bspw. durch Online-Videokonferenzen, um den Zugang zu ethischer Beratung zu verbessern und gleichzeitig Privatsphäre und Vertraulichkeit zu wahren.
- Verstärkung der interdisziplinären Zusammenarbeit zwischen Ethikberatenden und lokalen Akteuren wie zum Beispiel Hausärzten, Pflegenden und gesetzlich Betreuenden, um die komplexer werdenden ethischen Fragen lösen zu können.
- Berücksichtigung von aktuellen Forschungsergebnissen und Einbindung bewährter Praktiken in die Ethikberatung sowie Förderung von Fort- und Weiterbildung, um Ethikberatende auf dem neuesten Stand zu halten.

Die ambulante Ethikberatung ist auch in Zukunft ein entscheidender Faktor dafür, dass Betroffene in der außerklinischen Umgebung in ethischen Fragen gut informiert sind und bestmögliche Entscheidungen treffen können.

Ulrich Thomé

Mitglied der AEBH e. V. und Berater in der Region Marburg/Biedenkopf



Foto: privat

Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe

Der Weg von der Entstehung bis zur Versendung an den Empfänger

Der Artikel ist ein genehmigter, gekürzter Nachdruck aus Arzneiverordnung in der Praxis (AVP) vorab online 9. Oktober 2020 (Ausgabe 3/2020), abrufbar unter www.akdae.de, Kurzlink <http://tinyurl.com/yydh3kz4>.

Rote-Hand- und Informationsbriefe sollen Ärzte und Apotheker und ggf. andere Fachkreise schnell über Arzneimittelrisiken und deren Minimierung informieren.

Warum werden Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe versendet?

Zum Zeitpunkt der Zulassung ist das Sicherheitsprofil von Arzneimitteln noch nicht vollständig bekannt. Nach der Zulassung und Markteinführung werden sie von vielen Patienten angewendet, wodurch neue Sicherheitsaspekte bekannt werden, wie Nebenwirkungen, Wechselwirkungen, Kontraindikationen, Fehlgebrauch, Anwendung bei kritischen Patientengruppen und andere Arzneimittelrisiken. Einige der so gewonnenen neuen Erkenntnisse erfordern ein unmittelbares Handeln für den Arzt und/oder Apotheker und müssen ihnen schnellstmöglich mitgeteilt werden. Da die Aufnahme in die Fach- und Gebrauchsinformation des Arzneimittels eine gewisse Zeit in Anspruch nimmt und entsprechende Änderungen erst mit einer Zeitverzögerung zur Kenntnis genommen werden, kann es daher erforderlich sein, diese wichtigen Informationen schnell den Fachkreisen mittels Rote-Hand-Brief mitzuteilen. Solche Risikoinformationen können z. B. eine neue Kontraindikation oder neue Warnhinweise sein. Auch ein Rückruf aufgrund eines erheblichen Qualitätsmangels eines Präparates kann mittels Rote-Hand-Brief kommuniziert werden. Pharmazeutische Unternehmer (pU) müssen geplante Risikoinformationen zu Arzneimitteln wie Rote-Hand-Briefe mit den zuständigen nationalen Behörden im Hinblick auf Inhalt und Adressatenkreis abstimmen.

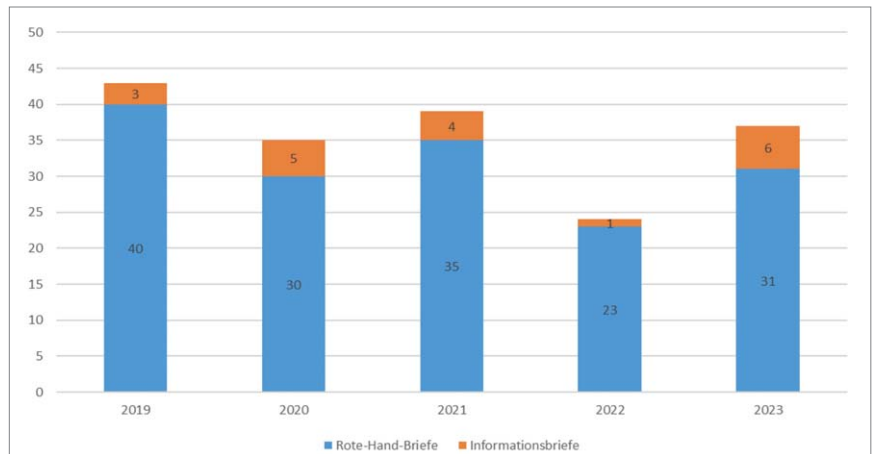


Abb. 1: Anzahl der versendeten Rote-Hand- und Informationsbriefe zu Arzneimitteln in der Zuständigkeit des BfArM und des PEI im Zeitraum 2019–2023 (Quelle: BfArM, Stand 31.12.2023)

Quelle: BfArM, Stand 31.12.2019

Was ist der Unterschied zwischen einem Rote-Hand-Brief und einem Informationsbrief?

Ein Rote-Hand-Brief soll die Fachkreise rasch über neue therapierelevante Aspekte informieren, die noch nicht in der Fachinformation enthalten sind. Rote-Hand-Briefe werden auch zur Erinnerung an die Einhaltung wichtiger bestehender Kontraindikationen und Warnhinweise verwendet, wenn z. B. Erkenntnisse vorliegen, dass solche Vorgaben bei der Verordnung nicht genügend Beachtung finden. Dagegen informiert ein Informationsbrief die Fachkreise beispielsweise über eine Erweiterung der Zulassung (z. B. Anwendungserweiterung) oder über bestimmte qualitative Aspekte (z. B. geänderte farbliche Markierung auf der Primärverpackung zur Vermeidung von Verwechslung). Informationsbriefe enthalten hilfreiche Informationen für die Fachkreise. Da sie grundsätzlich keine Handlungsanweisungen enthalten und nicht über neue Arzneimittelrisiken informieren, werden sie nicht mit dem Symbol der Roten Hand gekennzeichnet. Die Informationsbriefe werden in der Regel auch mit der zuständigen Bundesoberbehörde (BfArM oder PEI) oder mit der zuständigen Landesbehörde abgestimmt. In Tab. 1 sind Beispiele von Rote-Hand- und Informationsbriefen zum direkten Vergleich dargestellt.

Wer bekommt die Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe?

Der überwiegende Teil der Rote-Hand- und Informationsbriefe resultiert aus europäischen Risikobewertungs- oder Signalverfahren, in denen Risiken evaluiert und Maßnahmen zu deren Minimierung beschlossen werden. Zielgruppen können Ärzte der verschiedensten Fachrichtungen sein, Apotheker, aber auch Fachgesellschaften, Pflegepersonal etc. Die Arzneimittelkommission der Deutschen Apotheker (AMK) und die Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ) werden in Deutschland routinemäßig informiert. Die Versendung eines Rote-Hand-Briefes kann aber auch rein national durch die zuständige Bundesoberbehörde angeordnet werden:

- Paul-Ehrlich-Institut (PEI): für Sera, Impfstoffe, Blutzubereitungen, Gewebezubereitungen, Gewebe, Allergene, Arzneimittel für neuartige Therapien (ATMP), xenogene Arzneimittel und gentechnisch hergestellte Blutbestandteile (www.pei.de).
- Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM): für alle anderen humanen Arzneimittel bzw. für alle Medizinprodukte (www.bfarm.de).

Wer versendet die Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe?

Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe werden durch die pharmazeutischen Unternehmen eigenverantwortlich als risikominimierende Maßnahme versendet. Sie sind definiert in § 14 der Kodizes der Vereine „Freiwillige Selbstkontrolle für die Arzneimittelindustrie e. V.“ (FSA) und „Arzneimittel und Kooperation im Gesundheitswesen e. V.“ (AKG). Die Bildmarke des Symbols der Roten Hand wurde rechtlich geschützt. Der Inhalt und der Empfängerkreis werden je nach Zuständigkeit bei Humanarzneimitteln mit dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) oder dem Paul-Ehrlich-Institut (PEI) oder bei Qualitätsmängeln mit der zuständigen Landesbehörde abgestimmt. Die pharmazeutischen Unternehmen beauftragen nach Freigabe durch die Behörde die entsprechenden Druckereien und Distributoren mit dem Versand, der zurzeit ausschließlich per Post erfolgt.

Verbindliche Informationen

Die im Rote-Hand-Brief enthaltenen Informationen stellen jeweils den neuesten wissenschaftlichen Kenntnisstand dar, über den die Fachkreise informiert sein müssen. Die Informationen finden entsprechend auch Eingang in die Fach- und Gebrauchsinformation der betroffenen Arzneimittel und sind in der ärztlichen Praxis daher sorgfältig zu berücksichtigen (vgl. Abb. 1).

Persönliche Zustellung

Nicht jeder Arzt bekommt jeden Rote-Hand-Brief und Informationsbrief persönlich per Post. Dies richtet sich u. a. nach der Fachrichtung und Anwendung des Arzneimittels. Wenn sich z. B. ein Rote-Hand-Brief auf ein Risiko bezieht, das ein Arzneimittel mit gynäkologischer Indikation betrifft, wird dieser hauptsächlich an Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe (sowohl niedergelassene als auch in der Klinik praktizierende Ärzte) versendet, ggf. auch an Hebammen und Geburtshelfer sowie an Ärzte anderer Fachrichtungen, sofern davon auszugehen ist, dass diese die betroffenen Arzneimittel ebenfalls anwenden bzw. verordnen könnten. In diesem Beispiel würden Fachärzte für z. B. Augenheilkunde oder Orthopädie nicht zum Adressatenkreis gehören.

Elektronische Version

In Deutschland wird der Rote-Hand-Brief derzeit postalisch an die definierten Zielgruppen (Ärzte, Apotheker, medizinische Fachkreise) verschickt und auf den jeweiligen Websites der Zulassungsinhaber, der Bundesoberbehörden BfArM und PEI sowie der Arzneimittelkommissionen veröffentlicht. Durch diese Zustellung soll sichergestellt werden, dass der Empfänger bestmöglich erreicht wird. Derzeit wird diskutiert, ob eine direkte elektronische Zustellung zeitgemäßer, kostengünstiger und vor allem schneller ist.

Links im Internet

Alle Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe sind elektronisch verfügbar. Sie sind auf der Webseite der AkdÄ veröffentlicht: <https://www.akdae.de/azneimittelsicherheit/rote-hand-briefe/>. Eine elektronische Benachrichtigung durch die AkdÄ ist über ein kostenloses Abonnement des Newsletters „Drug Safety Mail“ möglich.



www.akdae.de

Alle Rote-Hand-Briefe und Informationsbriefe zu Arzneimitteln in der BfArM-Zuständigkeit sowie Qualitätsmängel betreffend (Zuständigkeit Landesbehörden) sind auf der BfArM-Homepage abrufbar unter: <https://www.bfarm.de/>
 → Arzneimittel/Pharmakovigilanz/Risikoinformationen/Rote-Hand-Briefe/



www.bfarm.de

Dort besteht auch die Möglichkeit, einen RSS-Feed, den Newsletter oder auch das Bulletin zur Arzneimittelsicherheit zu abonnieren. Alle Rote-Hand-Briefe zu Arzneimitteln in der Zuständigkeit des Paul-Ehrlich-Instituts (PEI) sind verfügbar unter: <https://www.pei.de>
 → arzneimittelsicherheit/pharmakovigilanz (human)



www.pei.de

Genoveva Dimitrova

E-Mail: genoveva.dimitrova@bfarm.de

Die Literatur findet sich als pdf unter www.laekh.de in der Online-Ausgabe

Tabelle 1: Beispiele für Rote-Hand- und Informationsbriefe [3]

Rote-Hand-Brief	Informationsbrief
Rote-Hand-Brief zu kombinierten hormonalen Kontrazeptiva – Chlormadinonacetat/Ethinylestradiol: Leicht erhöhtes Risiko für venöse Thromboembolien (23.02.2024)	Informationsbrief zu Actilyse® Pulver und Lösungsmittel zur Herstellung einer Injektions- bzw. Infusionslösung (Alteplase) bei akutem ischämischen Schlaganfall: Wichtige Anwendungserweiterung bei Jugendlichen ≥ 16 Jahren (22.06.2018)
Rote-Hand-Brief zu Valproat: Mögliches Risiko für neurologische Entwicklungsstörungen bei Kindern, deren Väter mit Valproat behandelt wurden (19.02.2024)	Informationsbrief zu Mitomycin: Aufhebung der Anwendungseinschränkungen von Mitomycin-Präparaten bei intravenöser Gabe (10.08.2023)
Rote-Hand-Brief zu Pseudoephedrin: Risiko für posteriores reversibles Enzephalopathiesyndrom und reversibles zerebrales Vasokonstriktionssyndrom (15.02.2024)	Informationsbrief zu Spiolto® Respimat®: möglicherweise defekter Dosiszähler bei den Chargen E44551A und E56624 (01.03.2024)

PJ-Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen

Erste Erfahrungen aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Fulda

Hintergrund

Infolge einer Änderung der Approbationsordnung für Ärzte können medizinische Fakultäten seit 2022 Gesundheitsämter in die Ausbildung im Praktischen Jahr (PJ) einbeziehen. Im Rahmen eines bundesweiten Vorstoßes bot das Gesundheitsamt Frankfurt am Main als Lehreinrichtung der Goethe-Universität bereits zuvor PJ-Studierenden die Ausbildung im Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen an. Seit Dezember 2023 sind die Gesundheitsämter der hessischen Landkreise Marburg-Biedenkopf und Fulda akademische Lehreinrichtungen der Philipps-Universität Marburg. Im Zeitraum März bis Juni dieses Jahres absolvierte cand. med. Philipp Nelson als erster Studierender das PJ-Wahlterial am Fuldaer Gesundheitsamt. Hier berichten er und der PJ-Beauftragte des Gesundheitsamtes des Landkreises Fulda, Dr. med. Tristan Klodt, über ihre Erfahrungen im Zusammenhang mit dem Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen.

Erfahrungsbericht

Infektionserkrankungen interessieren mich schon lange besonders und waren



Foto: Sebastian Mannert/Landkreis Fulda

Cand. med. Philipp Nelson, Jg. 1991, Medizinstudent der Philipps-Universität Marburg, absolvierte nach dem Abitur in Karlsruhe zunächst ein Bachelor-Studium in Molekularer Medizin und ein Masterstudium in Infektionsbiologie. Zudem war er wissenschaftlich am Robert Koch-Institut tätig. Von März bis Juni 2024 war er erster PJ-Studierender im Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen am Gesundheitsamt des Landkreises Fulda. Hier ist er bei der Durchführung einer Schuleingangsuntersuchung zu sehen.

mein gewählter curricularer Schwerpunkt im klinischen Studienabschnitt. Auf der Suche nach einer Möglichkeit, meine theoretischen und wissenschaftlichen Kenntnisse hierüber im PJ anwenden zu können, bin ich auf das Wahlfach Öffentli-

ches Gesundheitswesen aufmerksam geworden. Neben dem Infektionsschutz und der Umwelthygiene klangen auch weitere Inhalte für mich spannend und vor allem abwechslungsreich. Verwandte, denen ich von meiner Entscheidung für dieses PJ-Wahlfach erzählte, waren teilweise überrascht, assoziierten sie Gesundheitsämter doch primär mit Verwaltung und nicht mit ärztlicher Tätigkeit. Auch unter meinen Kommilitonen hatte noch niemand von dieser Wahlmöglichkeit gehört, was vielleicht daran liegen könnte, dass der Öffentliche Gesundheitsdienst in unserem Studium kaum vorkam. Ich kann mich bewusst nur an eine einzige Lehrveranstaltung mit explizitem ÖGD-Bezug erinnern. Ausschlaggebend für meine Wahl des Fuldaer Gesundheitsamtes als Lehreinrichtung war einerseits dessen umfangreicher Rotationsplan mit Einblicken z. B. auch in die Organisation von Katastrophenschutz, Rettungsdienst und Brandschutz. Andererseits war für mich auch wichtig, dass mir dort ein Appartement als kostenfreie Wohnunterkunft zur Verfügung gestellt wurde.

Informationen zum PJ am Gesundheitsamt Fulda

Das Gesundheitsamt Fulda ist die untere Gesundheitsbehörde für den Landkreis Fulda und erfüllt insbesondere Aufgaben nach dem Hessischen Gesetz über den öffentlichen Gesundheitsdienst (HGöGD). Die Ausbildung im PJ-Wahlfach Öffentliches Gesundheitswesen übernehmen mehr als zehn Lehrärztinnen und Lehrärzte sowie unter anderem Psychologinnen und Psychologen, Ingenieure und Sozialpädagoginnen. Stationen während des 16-wöchigen Tertials sind die Bereiche Hygiene und umweltbezogener Gesundheitsschutz, Kinder- und Jugendärztlicher Dienst, Sozialpsychiatrie und Amtsärztlicher Dienst. Darüber hi-

naus erfolgt auch eine kurze Hospitation im Fachdienst Gefahrenabwehr der Kreisverwaltung. Auf Wunsch wird ein Einzelappartement in einem modernen Wohnheim als Wohnunterkunft kostenfrei zur Verfügung gestellt. Zusätzlich erhalten Studierende eine kleine monatliche Aufwandsentschädigung.

Ansprechpartner für weitere Fragen:

Landkreis Fulda
 Fachdienst Gesundheitsamt
 PJ-Beauftragter Dr. med. Tristan Klodt
 Otfrid-von-Weißenburg-Straße 3
 36043 Fulda
 E-Mail: tristan.klodt@landkreis-fulda.de
 Fon: 0661 6006-6761

Nach Abschluss des Tertials kann ich sagen, dass ich sehr zufrieden mit meiner Fach- und Ortswahl bin. Die Ausbildung war sehr strukturiert, und ich durfte sofort in die praktische Arbeit mit einsteigen. Überrascht hat mich dann doch, wie vielfältig die zahlreichen Aufgaben des ÖGD tatsächlich sind. Das PJ im Gesundheitsamt ist eine gute Möglichkeit, in den ÖGD hineinzuschnuppern und einen

Überblick über dessen Aufgaben zu bekommen. Als klinisch tätiger Arzt kommt man spätestens über die Meldepflicht von Infektionskrankheiten unweigerlich in Kontakt mit dem Gesundheitsamt. Da schadet es nicht, wenn man auch einmal „die andere Seite“ kennen gelernt hat. Insofern kann ich einen Ausbildungsabschnitt im Öffentlichen Gesundheitswesen – ob im PJ oder zuvor als Famulatur –

uneingeschränkt empfehlen. Ich selbst kann mir auch eine berufliche Tätigkeit im ÖGD mittelfristig gut vorstellen. Momentan denke ich unter anderem darüber nach, den Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin oder für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie zu machen.

Cand. med. Philipp Nelson

Chancen des PJ im Öffentlichen Gesundheitsdienst

Erfahrungsbericht aus dem Gesundheitsamt des Landkreises Fulda

Nachdem politisch die Voraussetzungen für das neue bundesweite PJ-Wahlfach geschaffen worden waren, nahmen wir Anfang 2022 Kontakt mit der Universität Marburg auf. Gemeinsam mit den dortigen Verantwortlichen und unseren Kolleginnen und Kollegen vom Gesundheitsamt Marburg-Biedenkopf erstellten wir ein „Marburger“ Logbuch für die praktische Ausbildung im Öffentlichen Gesundheitswesen. Toll war, dass wir dabei unsere Vorstellungen und Ideen als künftige Lehreinrichtung unmittelbar einbringen konnten.

Chancen bietet das PJ-Wahlfach sowohl für Studierende als auch für Lehrgesundheitsämter und den Öffentlichen Gesundheitsdienst insgesamt. So kann es zum einen natürlich dazu beitragen, das Wissen künftiger Kolleginnen und Kollegen über bevölkerungsmedizinische Themen und die vielfältigen Aufgaben von Gesundheitsämtern zu erhöhen. Andererseits ist mein Eindruck, dass sowohl der Akkreditierungsprozess auf dem Weg zur akademischen Lehreinrichtung als auch die Ausbildung unseres ersten PJ-Studierenden



Foto: Michael Werthmüller/Landkreis Fulda

Medizinaloberrat Dr. med. Tristan Klodt

die Arbeit und das Selbstverständnis unseres Gesundheitsamtes positiv verändert haben. „Lehrend lernen wir“ wusste schon der römische Philosoph Seneca der Jüngere in der Antike.

Durch regelmäßigen kollegialen Austausch profitieren wir auch von den langjährigen Lehrerfahrungen des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main. Anders als Unistädte wie Frankfurt oder Marburg war

Fulda bis zur Eröffnung des Campus Fulda im vergangenen Jahr kein typischer Wohnort von Medizinstudierenden. Früh war uns daher klar, dass für die Förderung von „PJ-Mobilität“ zu unserem Angebot an Studierende neben einer strukturierten Ausbildung auch eine kostenfreie Wohnunterkunft in Fulda gehören muss.

Nach der Coronapandemie erleben wir aktuell eine spannende Zeit der Transformation des ÖGD und der Aufwertung unseres Fachgebietes Öffentliches Gesundheitswesen. Wir sind glücklich, als Lehrgesundheitsamt mit zu diesem Prozess beitragen zu können. Gemeinsam mit vielen anderen Gesundheitsämtern, wissenschaftlichen und weiteren Einrichtungen und Organisationen in ganz Deutschland versuchen wir, den Anspruch „Öffentliches Gesundheitswesen auf universitärem Niveau“ künftig immer mehr umzusetzen.

**Medizinaloberrat
Dr. med. Tristan Klodt**

PJ-Beauftragter des Gesundheitsamtes
des Landkreises Fulda

„Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ – fächerübergreifendes Konsensuspapier

Deutschlands Chirurginnen haben ein Konsensuspapier zum Thema „Operative Tätigkeiten in Schwangerschaft und Stillzeit“ herausgegeben. Es bietet einen Leitfaden für das Erstellen der im Mutter-

schutzgesetz geforderten individuellen Gefährdungsbeurteilung. Die 50-seitige Broschüre beinhaltet sog. Positivlisten, die Operationen und Eingriffe aufführen, bei denen Schwangere unter Einhaltung von

Schutzmaßnahmen unbedenklich zum Skalpell greifen dürfen. Sie wurden von den jeweiligen wissenschaftlichen Fachgesellschaften freigegeben und liegen für 14 chirurgischen Fächer vor. Herausgeber ist die Deutsche Gesellschaft für Chirurgie (DGCH), im Internet: www.dgch.de; Kurzlink: <https://tinyurl.com/twtufeyx>



Eröffnung der European Society for Philosophy of Medicine and Health Care (ESPMH) mit Offenbachs Oberbürgermeister Dr. Felix Schwenke in den Räumlichkeiten der Industrie und Handelskammer Offenbach.

Medizin und Ökonomie

European Society for Philosophy of Medicine and Health Care in Offenbach

Prof. Dr. med. Stephan Sahm

Kein Land in der Welt, in dem nicht die Explosion der Kosten für die Gesundheitsversorgung diskutiert würde. Dies gilt in erster Linie für die reichen entwickelten Länder. In den ärmeren Ländern stellt sich die Frage anders: Wie kann der Bevölkerung überhaupt Zugang zur medizinischen Versorgung verschafft werden? Dies ist eine der großen moralischen Fragen der Gegenwart.

In den entwickelten Ländern hat sich die akademische Disziplin „Medizinethik und Bioethik“ seit Jahrzehnten etabliert, es existieren Gremien, die Regierungen und Verwaltungen beraten – analog dem deutschen Ethikrat. Dort werden ethische Herausforderungen moderner Medizin wie etwa die gerechte Organverteilung, Regelungen der Organspende, Fragen der Medizin am Lebensende (aktuell Suizidassistenten) und anderes mehr verhandelt. Der Fokus der Aufmerksamkeit und wissenschaftlichen Arbeit ist fast immer ausschließlich auf die Probleme in den jeweiligen Ländern gerichtet.

Ein blinder Fleck stellt die globale Perspektive dar. Da ist etwa die himmelsschreiende Ungleichheit, betrachtet man weltweit, wie viel Menschen keinen Zugang auch nur zu medizinischer Basisversorgung haben. Medizinethik und Bioethik müssen eine globale Perspektive einnehmen, auch im Interesse reicher Länder.

Angesichts der Fülle von grenzüberschreitenden Fragestellungen ist es notwendig, zur deren Diskussion und bei der Beratung von Entscheidungsträgern in den jeweiligen Regierungen einen internationalen Austausch zu pflegen. Zu diesem Zweck

ningung sind akademisch ausgewiesene Vertreter der Medizinethik und Bioethik aus ganz Europa versammelt. Viele sind gefragte Ratgeber in ihren Heimatländern und in internationalen Gremien tätig wie der Weltgesundheitsorganisation (WHO). Jährlich treffen sich die Experten der ESPMH zum Austausch in einem anderen europäischen Land, jüngst in Offenbach und Frankfurt am Main vom 21. bis 24. August. Der Kongress wurde vom Ketteler Krankenhaus Offenbach und vom Senckenbergischen Institut für Geschichte und Ethik in der Medizin der Universität Frankfurt ausgerichtet.

Die Leitung des Ketteler Krankenhauses will so dem gesellschaftlichen Auftrag als kirchliches Krankenhaus und seiner Positionierung in der Gesellschaft lokal und global gerecht werden – nicht nur mit intellektueller Diskussion in und mit der Gesellschaft, sondern auch mit praktischer Hilfe, indem Räume für eine Sprechstunde für Menschen ohne Krankenversicherung in der Klinik bereitgestellt werden.

Der Kongress stand unter dem Leitthema „Medizin und Markt“ (Ökonomie). Zum einen wegen der Herausforderungen der globalen gesundheitlichen Versorgung, wobei sich Defizite insbesondere im Rahmen der SARS-CoV-2-Pandemie gezeigt haben. Außerdem ist Frankfurt die „City oft the Euro“ und es liegt nahe, im Zentrum des europäischen Finanzwesens ökonomische Herausforderungen medizinischer Praxis zu diskutieren. Ein weiterer Aspekt betrifft den philosophischen Genus Loci: Weltweit ist die Frankfurter Universität aufgrund ihrer philosophischen

Tradition der Kritischen Theorie bekannt. Mit ihren berühmten Vertretern wie Theodor Adorno, Max Horkheimer und Jürgen Habermas hat sie die jüngere Philosophiegeschichte geprägt. Für eine Fachgesellschaft, die die Philosophie in ihrem Namen trägt und grundlegend über ethische Herausforderungen medizinischer Praxis und Gesundheitsversorgung nachdenken will, war der Kongress willkommen Anlass, sich mit Argumenten und Gründen der kritischen Theorie zu befassen, etwa wenn es um die ethische und rechtliche Rechtfertigung von Freiheitsbeschränkungen (Lockdowns) im Rahmen einer Pandemie geht. Teilnehmer kamen aus dem Iran, Taiwan, Australien, USA, Kanada, Afrika und allen europäischen Ländern – damit wurde der Kongress zu einem globalen Forum.

Fairer Zugang zur Gesundheitsversorgung – eine globale Herausforderung

Der Kongress wurde vom Oberbürgermeister der Stadt Offenbach, Dr. Felix Schwenke, und dem Direktor des Senckenbergischen Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin in Frankfurt, Prof. Dr. med. Michael Sachs, eröffnet sowie von Prof. Dr. med. Stephan Sahm vom Ketteler Krankenhaus.

Als Eröffnungsrednerin konnte Prof. Sheila Dinotshe Tlou aus Botswana gewonnen werden. Sie war von 2004 bis 2008 Gesundheitsministerin in Botswana und unterrichtet als Professorin für Krankenpflege an der Universität Botswana. Tlou hat eine atemberaubend positive Bilanz als Ministerin bei der Bekämpfung von Aids und bei der Verhinderung von Übertragungen des Virus von Müttern auf ihre Kinder in der Schwangerschaft vorzuweisen. Sie ist heute noch für die WHO und für afrikanische Organisationen als Botschafterin und Aktivistin tätig. 2019 wur-

de sie von Rankingagenturen unter die einhundert wichtigsten Frauen Afrikas eingeordnet. Sie ist Co-Vorsitzende der globalen HIV-Präventionskoalition und Kanzlerin der Open University of Botswana.

In ihrem Eröffnungsreferat spannte Tlou einen weiten Bogen von den Menschenrechten zu den Sustainable Development Goals der Vereinten Nationen, die bis 2030 erfüllt sein sollen. Dazu gehöre auch ein Mindestmaß an medizinischer Versorgung für alle Menschen.

Auf dem afrikanischen Kontinent seien die Herausforderungen enorm. Es gelte, die u. a. auf dem afrikanischen Kontinent weit verbreitete teils krasse Benachteiligung von Frauen und bestimmten Ethnien abzubauen. Eine vordringliche Aufgabe sei es zudem, in allen Ländern Strukturen zu etablieren, die eine primäre Krankenversorgung für die Bevölkerung sicherstellen und die dann auch Basis sein können für eine faire Verteilung von Impfstoffen. Impfkampagnen setzen ein Mindestmaß an primärer Versorgungsstruktur voraus (Sozialstationen, Pflegestützpunkte etc.). Die grobe Ungleichverteilung von Impfstoffen, wie sie in der Covid-19-Pandemie zu beobachten war, sei nicht allein durch den Mangel an Impfstoff und unzureichender Bereitstellung durch reicher Länder des globalen Nordens bedingt gewesen. Auch die fehlende Infrastruktur habe einer Steigerung der Impfquoten entgegen gestanden.

Sheila Tlou, die in engem Kontakt mit vielen politischen Führern in Afrika steht, will diese nicht aus ihrer Verantwortung entlassen. Sie fordert sie auf, jeweils Ressourcen für die Etablierung einer Grundstruktur medizinischer Versorgung zur Verfügung zu stellen. Erst wenn eine primäre medizinische Versorgungsstruktur aufgebaut ist, kann die Solidarität reicher Länder, etwa durch Bereitstellung von Impfstoffen, überhaupt wirksam werden.

Diese Überlegungen sind kein Freibrief, verantwortliche Solidarität hintanzustellen. Es kann zu Recht als Skandal bezeichnet werden, wenn auf dem Höhepunkt der Covid-19-Pandemie nur etwa ein Prozent der Bevölkerung Afrikas eine Impfdosis erhalten hatte, wohingegen diese Rate in den entwickelten Ländern bei bis zu 80 % lag. Nicht zuletzt mit Blick auf die

von der WHO jetzt mit einer höchsten Alarmstufe versehene Ausbreitung des Mpox-Virus erinnerte Tlou an die Erkenntnis, kein Land sei sicher, wenn nicht alle Länder sicher seien. Sie verwies dabei auf die Tatsache, dass angesichts globaler Mobilität heute die Eindämmung eines Virus durch klassische Maßnahmen der Prävention allein nicht gelingen könne. Eine präventiv wirksam Impfquote müsse daher in allen Ländern angestrebt werden, sonst gebe es keine Sicherheit. Daher liege eine gerechte (angemessene) Verteilung von Impfstoffen im Interesse aller Nationen.



Foto: privat

Eröffnungsrednerin Prof. Sheila Dinotshe Tlou aus Botswana, ehemalige Gesundheitsministerin des Landes.

Keine Impfgerechtigkeit weltweit

Hierzulande fordern viele eine Aufarbeitung der politischen Entscheidungen und der wissenschaftlichen Empfehlungen im Rückblick auf die Covid-19-Pandemie. Vieles spricht dafür, dass die Erregung nach der Veröffentlichung der Protokolle des RKI vermutlich unangemessen ist.¹ Fachleute stellen fest, dass in Deutschland keine nicht vertretbaren Entscheidungen getroffen worden seien. Etwas anders verhält es sich im Rückblick auf die globalen Verhältnisse und im Blick auf Impfgerechtigkeit. Mit dieser Frage hat sich Ndidi Nwaneri aus Nigeria befasst. Sie plädierte eindringlich für eine Solidarität für andere. Diese unterscheide sich von dem umgangssprachlich als Solidarität mit anderen bezeichneten humanen Impuls. Solidarität für andere schließe ein, entsprechen-

de politische Strukturen national und international zu schaffen, die eine angemessene Verteilung von Impfstoffen und gerechten Zugang zur Gesundheitsversorgung auch in Zeiten pandemischer Bedrohung sicherstellen. Die Philosophin und Sozialwissenschaftlerin stellte nüchtern fest, solange es keine Weltregierung gebe, bleibe nur der mühsame Weg, die Nationalstaaten zur Solidarität für andere zu motivieren. Diese Solidarität stehe im konkreten Fall nicht selten den Interessen der Staaten entgegen. Staatskunst sei es, zunächst die Interessen der Bürger einer Nation zu vertreten. Diese Haltung sei jedoch Grund drastischer Ungleichheiten. Nwaneri verwies auf den kläglichen Ausgang der Covax-Initiative der WHO im Rahmen der Covid-19-Pandemie. Ziel dieser Initiative war es, allen Ländern eine angemessene Menge an Impfdosen zukommen zu lassen. Reiche wie arme Länder sollten aus diesem Pool Impfstoffe erhalten. Jedoch kauften die reichen Länder neben dieser Initiative Impfdosen in einer Menge, dass der Markt rasch leer war. Auch Zusagen, die finanziellen Mittel für die Finanzierung der Covax-Initiative bereitzustellen, wurden nicht eingehalten. Dies hatte eine krasse Ungerechtigkeit der Verteilung von Impfstoffen zwischen dem globalen Norden und dem globalen Süden zur Folge. Es ist den besonderen Charakteristika des Virus geschuldet, dass Afrika doch einigermaßen glimpflich durch die Pandemie kam. Das sei jedoch kein Erfolg internationaler Hilfsbereitschaft gewesen, so Nwaneri und zitierte den Generalsekretär der Vereinten Nationen Antonio Guterres unter Anspielung auf die Vergabe von Schulnoten: „Wissenschaftstest bestanden, Ethik unzureichend!“

Freiheit und Gesundheit – ein konfliktreiches Verhältnis

Weitere Probleme wurden besprochen, die vor allem Länder des globalen Nordens betreffen. So die Frage nach dem Spannungsverhältnis zwischen Freiheit und Gesundheit, das Prof. Dr. iur. Klaus Günther in den Blick nahm. Er ist Professor für Strafrecht & Strafprozessrecht und Vertreter der Kritischen Theorie sowie Gründer des Clusters Normative Orders an der Goethe-Universität. Unzweifelhaft setze

Freiheit ein Mindestmaß an Gesundheit voraus, damit Freiheit überhaupt gelebt werden könne. Seit der Entwicklung des Wohlfahrtsstaates sei die Förderung der Gesundheit ein Ziel des Staates. Gleichwohl rechtfertige das Ziel, Gesundheit wiederherzustellen oder zu erhalten, nicht jede die Freiheit einschränkende Maßnahme. Keine Theorie oder Methode, so Günther, könne dieses Spannungsfeld ein für alle Mal auflösen. Er plädierte für eine Abwägung und sorgfältige Prüfung im Einzelfall. Der Referent ließ es offen, doch lassen sich daraus Schlüsse ziehen im Blick auf die allenthalben vorgetragenen Forderungen, die politischen Entscheidungen der Pandemie aufzuarbeiten. Eine intensive Diskussion über alle einzelnen Schritte und Entscheidungen hat zweifelsohne in Deutschland jeweils stattgefunden. Daraus folge jedoch nicht, dass sich jede Entscheidung im Nachhinein als richtig und sinnvoll erwiesen hätte – vielmehr sei dies ein Hinweis, dass sie pro ante sorgfältig geprüft waren und damit rechtfertigbar. Einschlägige Entscheidungen des Verfassungsgerichts bestätigten diese Einschätzung.

Künstliche Intelligenz (KI)

Zum Thema künstliche Intelligenz referierte der Mathematiker und Philosoph Jan Mikelson. Er lehrt am College of Engineering, Art & Technology der Makerere University in Kampala, Uganda, und ist Datenmanager bei der Science Nanoleg AG in Zürich. Die Medizin sei gewohnt, mit Daten (etwa aus Laboruntersuchungen oder aus physikalischen Verfahren) umzugehen, deren exakter Prozessverlauf, geschweige denn deren nosologisch kausale Beziehungen ebenfalls unbekannt seien. Auch komme es beim Einsatz von KI darauf an, die Bedeutung der Resultate

für die jeweiligen Entscheidungen in Studien zu überprüfen. Die Bewertung der Resultate bleibe ein Akt der Evaluation in Menschenhand.

In einem Seminar wurde die Anwendung von KI speziell in der Psychiatrie vertieft. Es mache einen Unterschied, ob ein psychisch kranker Mensch sich von einer Person (hermeneutisch) verstanden weiß, oder ob die Diagnose allein aufgrund eines digitalen Kontaktes durch künstliche Intelligenz erhoben wurde. Die Krankheit werde so gleichsam versachlicht, objektiviert und möglicherweise somatisiert.

Welche medizinische Versorgung schulden wir Fremden?

Die medizinische Versorgung von Migranten, von Asylsuchenden, in anderen Worten Fremden in einer Kommunität, wird in allen Ländern kontrovers diskutiert. Die Frage, welche medizinischen Leistungen Menschen in Not geschuldet sind, lässt sich nicht leicht beantworten. Unter dem Gesichtspunkt der Menschenrechte, die eine gleiche medizinische Versorgung für alle Menschen auf dem Erdball einschließen, wären alle Maßnahmen allen geschuldet. Andererseits sind Gesichtspunkte eines Kommunitarismus zu berücksichtigen: Die Voraussetzungen medizinischer Versorgung können nur aufrecht erhalten werden, wenn Bürger der jeweiligen Staaten ihren Pflichten gegenüber der Gemeinschaft nachkommen (etwa durch Steuerzahlungen).

Mit diesem Spannungsfeld befasste sich Rolf Ahlzén, Schweden. Nach eingehender Analyse ethischer, rechtlicher und philosophischer Gesichtspunkte sprach er sich für einen weichen Kosmopolitanismus aus. Im akuten Krankheitsfall seien basale Versorgung für alle geschuldet. Außerordentliche und intensiv Ressourcen ver-

brauchende Maßnahmen dürften jedoch durchaus den Mitgliedern, das heißt den Staatsbürgern des jeweiligen States, vorbehalten werden, wie Ahlzén am Beispiel eines migrantischen Patienten mit Notwendigkeit einer Organtransplantation illustrierte. Dabei machte er deutlich, dass jede Entscheidung (Zuteilung aller Maßnahmen an alle Menschen in einem geografischen Gebiet versus Vorbehalt bestimmter Maßnahmen nur für Staatsbürger der Region) mit ethischen Verwerflichkeiten einhergeht. Die Verweigerung lebensrettender, aufwendiger und kostenintensiver Maßnahmen sei jedoch zu rechtfertigen, weil sie überhaupt nur zu leisten seien, weil andere, das heißt die jeweiligen Staatsbürger, sich dem Gemeinwesen gegenüber solidarisch erweisen und regelmäßig ihre Pflichten gegenüber dem Gemeinwesen erfüllen, etwa indem sie Sozialbeiträge und Steuern zahlen. Daher sei eine Bevorzugung dieser Bürger bei Knappheit von Ressourcen rechtfertigbar. Dennoch bleibe das Gefühl des humanen Ungenügens, Ahlzén sprach von „unclean ethics“.

Diskussionsfreudige Experten

Auf den Tagungen der ESPMH wird aktiver Austausch zum Teil des Programmes und die Tagung 2024 war insgesamt ein großer Erfolg.

Prof. Dr. med. Stephan Sahn

Ethikrat (Vors.), Ketteler
Krankenhaus Offenbach/

Institut für
Geschichte und
Ethik in der Medizin
Goethe-Universität,
Frankfurt/Main

E-Mail: Stephan.
sahn@t-online.de



Foto: gandra-grafik

¹ Über die RKI-Protokolle siehe z. B. Artikel in der FAZ: „In diesen Akten steckt kein Skandal!“, von Klaus Ferdinand Gärditz (17.08.2024)

Goldenes Doktorjubiläum

12.11.: Dr. med. Volkmar,
Wagner, Gelnhausen

14.11.: Dr. med. Barbara Martz,
Frankfurt

23.11.: Dr. med. Adel Abdelfattah,
Trebun

27.11.: Ministerialrat i. R. Dr. med.
Herbert Bußmann, Wiesbaden

Carl-Oelemann-Schule: Einführung in die Tumordokumentation und Krebsmeldung

Neue Fortbildung für Medizinische Fachangestellte

Fortbildung Tumordokumentation Hessisches Krebsregister

Im Praxisalltag halten Medizinische Fachangestellte den Betrieb am Laufen, damit Ärztinnen und Ärzte die Behandlung bestmöglich in den Vordergrund stellen können. Zu den an das Praxispersonal delegierbaren Aufgaben gehören beispielsweise die Vorbereitung der Abrechnung. Ebenso können Meldungen an das Krebsregister delegiert werden. Während Medizinische Fachangestellte in ihrer Berufsausbildung in die Abrechnung eingeführt werden, gibt es für sie bislang keine etablierten Fortbildungen für die Krebsmeldung. Doch das ändert sich jetzt für Hessen!

Neues Fortbildungsangebot ab November 2024

Die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters und die Carl-Oelemann-Schule, beide Teil der Landesärztekammer Hessen, bieten ab November 2024 eine neue Fortbildung zur Tumordokumentation an. Das eintägige Seminar führt in das Hessische Krebsregister ein und vermittelt



Foto: © pixelfit – istockphoto.com

Wissen zur Onkologie, Tumordokumentation und zu den relevanten Klassifikationssystemen. Die Seminare finden in der Carl-Oelemann-Schule in Bad Nauheim statt, was viele Vorteile bietet. Dort stehen Räume mit 24 EDV-Arbeitsplätzen zur Verfügung, so dass die Teilnehmenden praktische Anwendungstrainings zur Bedienung des Meldeportals erhalten. Diese Trainings ermöglichen es, das erlernte Wissen direkt anzuwenden und sich mit der technischen Seite der Tumordokumentation vertraut zu machen. Die Kombination aus theoretischem Wissen und praktischen

Übungen macht diese Fortbildung besonders wertvoll und praxisnah.

Die nächsten Termine:

13.11., 04.12. und 09.12.2024,
jeweils von 10:00 bis 16.45 Uhr.

Anmeldungen nimmt die Carl-Oelemann-Schule entgegen.

Ansprechpartnerin: Julia Werner,
E-Mail: julia.werner@laekh.de,
Fon: 06032 782-185.

Informationen finden sich auf der Website unter <https://www.laekh.de/fuer-mfa/fortbildung-fuer-mfa/ein-und-mehrtaegige-fortbildungsveranstaltungen/detail/onkologie-tumordokumentation/> oder via Kurzlink:

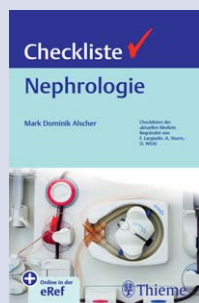
<https://tinyurl.com/2uvku53c>

Der QR-Code führt direkt dorthin.



Vera Reinhard, Hessisches Krebsregister
Tanja Oberwallner, Carl-Oelemann-Schule

Bücher



Mark Dominik Alscher: Checkliste Nephrologie

Georg Thieme Verlag, Stuttgart 2024
185 Abb., geb. 80 €,
ISBN 9783132454095, auch als E-Book

Nephrologie ist ein Schwerpunkt der Inneren Medizin, der von seiner Patientenstruktur her stetig mit fast allen internistischen Spezialitäten korrespondiert. Akute Nierenerkrankungen flammen nicht selten im Rahmen schwerer systemischer Erkrankungen auf. Chronisch Nierenkranke, dann später komplex multimorbide Patienten brauchen mit lebenserhaltenden Nierenersatztherapien über Jahrzehnte den Nierenspezialisten. Präventive medikamentöse Strategien, breites internistisches Therapie-

wissen zu den „Volkskrankheiten“ wie Hypertonie, Diabetesfolgen, kardialen und Gefäßerkrankungen, zur Infektiologie, Immunologie und Transplantologie sind im Verlauf und zusammen mit dialysemmedizinischer Expertise gefragt. Die Checkliste Nephrologie bietet neu aufgelegt auf 650 Seiten in Klein-Oktav-Format maximal verdichtete Informationen, reichhaltige Tabellen und 150 Bilder, somit eine enzyklopädische Information zur Breite der Nephrologie.

Klinische, apparative und Labor-Diagnostik, typische Leitsymptome, spezielle nephrologische Krankheitsbilder und Therapieinformationen sind farblich als Kapitel gegliedert und leicht aufzufinden. Evidenz aus aktuellen Studien ist zum Nachlesen eingefügt. Sehr leserlich gestaltet, hat der Herausgeber in Kooperation mit 29 Kapitelautoren eine exzellente Wissensbasis für die Weiterbildung zum Nephrologen und die tägliche Praxis am Patienten zusammengestellt. Die Checkliste passt mit ca. 600 g kaum mehr in die übliche Kitteltasche. Sie kann auf dem Schreibtisch einen schnell verfügbaren Platz finden. Beim zusätzlich abrufbaren E-Book bringen Stichwort und Click sofort ans Ziel einer klinischen Fragestellung am Patienten. **Dr. med. H. Christian Piper**



Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren
und hiermit ungültig:

Foto: Monika Buchalik

Arztausweis-Nr. 060106411 ausgestellt am 17.08.2021 für Dr. (CS) Yayu Abebe, Langen

eHBA-Nr. 80276001081200068805 ausgestellt am 19.11.2022 für Yaser Al-Hubaishi, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060063715 ausgestellt am 11.02.2020 für Aljoscha Atrissi, Fulda

Arztausweis-Nr. 060179706 ausgestellt am 01.03.2022 für Dr. med. Dorothee Bergfeld, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060070125 ausgestellt am 01.12.2020 für Dr. med. Christa Brinkmann, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060062793 ausgestellt am 02.01.2020 für Dipl.-Med. Annette Brinkmann-Schwalm, Neukirchen

Arztausweis-Nr. 060199148 ausgestellt am 23.06.2022 für Qi Chuan, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060069928 ausgestellt am 25.11.2020 für Anna-Karén Ehrhardt, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060208772 ausgestellt am 23.08.2022 für Wiebke Christiane Eigenbrodt, Korbach

Arztausweis-Nr. 060287372 ausgestellt am 27.10.2023 für Sharif Elshafei, Gießen

Arztausweis-Nr. 060284531 ausgestellt am 05.10.2023 für Assem Elsherif, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081612007450 ausgestellt am 28.01.2022 für Dr. med. Julia Emde, Dillenburg

eHBA-Nr. 80276001081200079410 ausgestellt am 08.01.2024 für Dr. med. Johannes Emrich, Mainz

Arztausweis-Nr. 060288782 ausgestellt am 07.11.2023 für Dr. med. Daniela Engel, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060198261 ausgestellt am 17.06.2022 für Dr. med. Katharina Gruber, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060062858 ausgestellt am 02.01.2020 für Dr. med. Diana Hartenstein, Langen

Arztausweis-Nr. 060243135 ausgestellt am 01.12.2022 für dr. med. Parwin Hasan, Saarlouis

Arztausweis-Nr. 060163171 ausgestellt am 10.01.2022 für Angela Janssen, Kassel

Arztausweis-Nr. 060280982 ausgestellt am 06.09.2023 für Hans-Joachim Knuf, Kassel

Arztausweis-Nr. 060062624 ausgestellt am 12.12.2019 für Dr. med. Yannic Koch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060216298 ausgestellt am 20.09.2022 für Dr. med. Jana-Karolin Larbig, Kassel

Arztausweis-Nr. 060279871 ausgestellt am 28.08.2023 für Dr. med. Thushiha Logeswaran, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060326209 ausgestellt am 11.06.2024 für Kristin Lucia, Ph.D., Neu-Isenburg

Arztausweis-Nr. 060066289 ausgestellt am 13.07.2020 für PD Dr. med. Dr. med. habil. Philipp Mandel, Hamburg

Arztausweis-Nr. 060266974 ausgestellt am 12.05.2023 für Dr. med. Irina Melnikov, Karben

Arztausweis-Nr. 060067054 ausgestellt am 03.08.2020 für Anjela Meyer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060070145 ausgestellt am 02.12.2020 für Prof. Dr. med. Jürgen Niessing, Marburg

Arztausweis-Nr. 060061918 ausgestellt am 28.10.2019 für Dr. med. Hallfrid Otto, Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060060819 ausgestellt am 28.08.2019 für Dr. med. Hermann Panzner, Schöneck

Arztausweis-Nr. 060279888 ausgestellt am 28.08.2023 für Dr. med. Rolf Pauls, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060285279 ausgestellt am 11.10.2023 für doktor medicine/Univ. Banja Luka Dragana Radovanac, Maintal

Arztausweis-Nr. 060256556 ausgestellt am 20.02.2023 für Adrian Rombach, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060137960 ausgestellt am 26.10.2021 für Dr. med. Sabine Schadeck, Lich

eHBA-Nr. 80276001081900045301 ausgestellt am 24.06.2024 für Dr. med. Kaweh Schayan-Araghi, Dillenburg

Arztausweis-Nr. 060076754 ausgestellt am 21.04.2021 für Susanne Schillo, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060061774 ausgestellt am 21.10.2019 für Dr. med. Matthias Schmidt, Künzell

Arztausweis-Nr. 060182998 ausgestellt am 17.03.2022 für Christoph Schuke, Frankfurt

eHBA-Nr. 80276001081000105985 ausgestellt am 22.09.2021 für Dr. med. Agnes Schuster, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060062315 ausgestellt am 21.11.2019 für Dr. med. Kerstin Stüber, Groß-Gerau

Arztausweis-Nr. 060066451 ausgestellt am 21.07.2020 für PD Dr. med. Renate Voll, Heidelberg

Arztausweis-Nr. 060118730 ausgestellt am 15.09.2021 für Mihaita Volovate, Petersberg

Arztausweis-Nr. 060067920 ausgestellt am 08.09.2020 für Andreas Wehr, Göttingen

Arztausweis-Nr. 060285422 ausgestellt am 12.10.2023 für Matthias Weinberg, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060074748 ausgestellt am 12.03.2021 für Dr. med. Dagmar Wenz, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060299289 ausgestellt am 15.01.2024 für Dr. med. Björn Wind, Lörrach

Arztausweis-Nr. 060064086 ausgestellt am 02.03.2020 für Dr. med. Stephanie Wolff, Gießen

Arztausweis-Nr. 060322732 ausgestellt am 21.05.2024 für Dr. med. Niklas Woltering, Frankfurt



Das Bürgerhospital in Frankfurt/Main wird im Herbst eine neue Klinik für Operative Gynäkologie eröffnen. Chefarzt wird der Gynäkologe **Prof. Dr. med. Amadeus Hornemann** (Foto links), der vom Krankenhaus Sachsenhausen wechselt. Seit Juni ist **Dr. med. Anna Kubiak** (Foto rechts) neue Chefarztin der Gynäkologie im DGD Krankenhaus Sachsenhausen. Sie ist Spezialistin für minimal-invasive Chirurgie. Fotos: Michael Hudler/DGD Krh. Sachsen-



Anfang August ist der Chefarzt **Dr. med. Götz Ullrich Grigoleit** (+) unerwartet gestorben. Erst im April 2024 hatte er die Leitung der onkologischen Klinik am Klinikum Kassel übernommen. Der ehemalige Chefarzt der Klinik, **Prof. Dr. med. Martin Wolf** (Foto oben) hat nun wieder die kommissarische Leitung bis zur Nachbesetzung übernommen. Im April war Wolf in den Ruhestand verabschiedet worden – hatte jedoch einen Teil seiner Tätigkeit mit reduziertem Umfang beibehalten.

Foto: Bernd Schoelzchen



Dr. med. Philipp Dworschak (Foto oben) ist neuer Chefarzt der Abteilung für Orthopädie am Klinikum Hersfeld-Rotenburg, Standort Bad Hersfeld. Er tritt die Nachfolge von **Dr. med. Thomas Härer** an, der als langjähriger Chefarzt der Klinik in den Ruhestand geht. Dworschak ist Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie. Zuvor war er als Oberarzt im Zentrum für Orthopädie und Unfallchirurgie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg, Standort Marburg, tätig. Foto: Jürgen Laackman

Die Klinik für Abhängigkeitserkrankungen und Konsiliarpsychiatrie am Bürgerhospital Frankfurt bekommt mit **Dr. med. Nina Kim Bekier** (Foto unten) eine neue Chefarztin. Sie folgt auf **Dietmar Paul**, der Ende August in den Ruhestand gegangen ist. Die Klinik wurde 1997 am Bürgerhospital als Reaktion auf die sich damals stark ausbreitende Drogenproblematik in Frankfurt eröffnet. Als Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie ist Bekier auf die Behandlung von Menschen mit Suchtproblemen spezialisiert. Foto: Bürgerhospital Frankfurt



Dr. med. Jens Figiel (Foto unten) ist seit Anfang des Jahres neuer Chefarzt für Radiologie am DGD Diakonie Krankenhaus Wehrda. Er hat die Nachfolge von **Dr. med. Elisabeth List-Hellwig** angetreten, die nach langjähriger Tätigkeit in den Ruhestand getreten ist. Figiel war zuletzt als stellv. Direktor der Klinik für diagnostische und interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Marburg tätig. Foto: lichtwerk, Christian Plaum

Prof. Dr. med. Timo Stöver (Foto unten), Direktor der Universitäts-Hals-Nasen-Ohrenklinik am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, wurde für das Amtsjahr 2024/2025 zum Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Kopf- und Hals-Chirurgie e. V. gewählt. Foto: Universitätsmedizin Frankfurt

Prof. Dr. med. Axel Dignaß (Foto oben), Chefarzt der Medizinischen Klinik I im Agaplesion Markus Krankenhaus Frankfurt am Main, ist zum Kongresspräsidenten der Deutschen Gesellschaft für Gastroenterologie, Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen (DGVS) ernannt worden. In dieser Funktion richtet Dignaß vom 30. September bis zum 5. Oktober 2024 in Leipzig die „Viszeralmedizin 2024“ aus – den größten medizinisch-wissenschaftlichen Kongress für Gastroenterologie und Viszeralchirurgie im deutschsprachigen Raum. Foto: Agaplesion



Wichtige Personalia aus ganz Hessen
bitte per E-Mail an: haebl@laekh.de

Freisprechungsfeiern der Bezirksärztekammern

Foto: Nadine Günther



Feier für Gießen: Dr. med. Hans-Martin Hübner, Vorsitzender der Bezirksärztekammer Gießen, verabschiedete Ende August in Bad Nauheim 95 angehende Medizinische Fachangestellte aus ihren Ausbildungsverhältnissen. Von den Anwesenden haben elf im Praktischen Teil die Note „sehr gut“ erzielt: Diana Fehler, Ciara Denise Josephs, Madlene Dayan, Lina Herzfeld (Gießen); Sina Sophie Niepoth, Lea Schweizer, Alicia Traud (Alsfeld); Viktoria Groß, Meslina Yildirim, Josy Aileen Mann (Wetzlar); Anna Gallo (Bad Nauheim).

Bei der Abschlussfeier der **Bezirksärztekammer Marburg** Anfang September konnten 34 von 40 Medizinischen Fachangestellten nach erfolgreich abgelegter Sommerprüfung aus ihren Ausbildungsverhältnissen entlassen werden. Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (vorne Mitte), gratulierte nach einer festlichen Ansprache den frischgebackenen Medizinischen Fachangestellten und überreichte ihnen ihre Prüfungszeugnisse und je eine Rose.



Foto: Nicole Heist

Foto: Constanze Coch



Bei der Sommer-Abschlussprüfung haben 208 Auszubildende aus dem Bereich der **Bezirksärztekammer Frankfurt** mit Erfolg ihre Ausbildung beendet. Anfang September begrüßte der BezÄK-Vorsitzende Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci (Mitte), 59 Absolventinnen und zwei Absolventen zur Freisprechungsfeier. Vier der nun neu ernannten Medizinischen Fachangestellten wurden aufgrund ihrer sehr guten Leistungen in der praktischen Prüfung und eine Absolventin mit sehr guten Leistungen in der schriftlichen Prüfung sowie der praktischen Prüfung besonders geehrt.



Schreiben Sie uns!

Die Redaktion freut sich über Anregungen, Kommentare, Lob oder auch Kritik. E-Mail: haebl@laekh.de

Erinnerungen an Prof. Dr. Ingeborg Siegfried

* 26.03.1928 † 23.06.2024

Das Herz hatte für Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried immer eine besondere Bedeutung:

Als Präsidentin der Hessischen Gesellschaft für Prävention und Rehabilitation von Herz-Kreislauf-Erkrankungen; als Mitglied des wissenschaftlichen Beirats der Deutschen Herzstiftung; im Breitensport, z. B. als Initiatorin bei der Gründung von Gesundheitssportpfaden und Herzsportgruppen; als Beraterin im Hochleistungssport (z. B. als Olympiärztin 1972 in München) und bei Fortbildungsseminaren der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer Hessen war sie gefragt und geschätzt.

Auch bei der geschlechtsspezifischen Forschung zu Symptomen und Verläufen von Herz-Kreislauf-Erkrankungen bei Frauen war sie Vordenkerin und so war es nur folgerichtig, dass der wissenschaftliche Kongress zum 75. Gründungsjahr des Deutschen Ärztinnenbundes (DÄB) im Jahr 1999 mit dem Titel „Schlagen Frauenherzen anders?“ in Gießen stattfand.

Ausgestattet mit einer immensen Lebensenergie, unterstützt durch Eltern und Ehemann, wurde sie in einer Zeit in der Beruf und Karriere neben Familie und Kindern für Frauen noch keine Selbstverständlichkeit waren, eine überaus erfolgreiche Ärztin.

Der Gießener Umgebung ist sie immer treu geblieben. Hier wuchs sie auf, machte Abitur, studierte Medizin in Bonn, Marburg und Gießen (1949–54, Promotion 1955). An der medizinischen Poliklinik der hiesigen Universitätsklinik arbeitete sie bis 1960 als wissenschaftliche Assistentin und eröffnete dann eine Allgemeinpraxis in Biebertal, die sie über 28 Jahre lang leitete. 1982 wurde sie als erste deutsche Professorin für Allgemeinmedizin an die Justus-Liebig-Universität Gießen berufen und lehrte dort bis zu ihrer Emeritierung.

Ihr unermüdlicher Einsatz, beispielsweise in der ärztlichen Berufspolitik und in Vor-



Foto: Feez/Gießener Allgemeine Zeitung

Prof. Dr. med. Ingeborg Siegfried

ständen von Fachgesellschaften und Verbänden, wurde vielfach ausgezeichnet: mit dem Bundesverdienstkreuz am Bande, der Christoph-Faust-Medaille, dem Verdienstorden des Landes Hessen, der Ernst-von-Bergmann-Plakette der Bundesärztekammer sowie der Richard-Hammer-Medaille und der Ehrenplakette der Landesärztekammer Hessen.

Ingeborg Siegfried war eine außergewöhnlich engagierte, neugierige und sehr präzise Medizinerin, die viele von uns Ärztinnen im DÄB und darüber hinaus „entdeckt“, geprägt, gefördert, beeindruckt hat und immer zum Nachdenken anregte.

Am 23. Juni 2024 starb Prof. Dr. Ingeborg Siegfried im Alter von 96 Jahren in Berchtesgaden, wo sie in der Nähe ihrer Familie die letzten Lebensmonate verbracht hat.

Ein besonderes Frauenherz hat aufgehört zu schlagen. Uns ist es eine Herzensangelegenheit, an sie zu erinnern und ihren hinterbliebenen zwei Kindern, fünf Enkeln und zwei Urenkeln unsere Anteilnahme auszudrücken.

Sie wird fehlen.

Dr. med. Carmen Brosig
Dr. med. Brigitte Ende

Bezirksärztekammer Frankfurt

- 02.11.: Dr. med. Gabriele Dilla-Gerns, Frankfurt, 70 Jahre
- 03.11.: Dr. med. Bernhard Kleineidam, Frankfurt, 85 Jahre
- 04.11.: Dr. med. Ursula Böhm, Oberursel, 85 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Wolfgang Kelker, Frankfurt, 65 Jahre
- 07.11.: Prof. Dr. med. Ulrike Blum, Ronneburg, 75 Jahre
- 08.11.: Rudolf Biedenkapp, Offenbach, 75 Jahre
- 11.11.: Annegrete Kerber, Mühlheim am Main, 90 Jahre
- 11.11.: Dr. rer. nat. Elisabeth Hartmann-Kempff, Kronberg, 100 Jahre
- 11.11.: Dr. med. Helmut Luft, Hofheim, 100 Jahre
- 12.11.: Dr. med. Johanna Schenk, Hochheim, 75 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Susan Trittmacher, Frankfurt, 65 Jahre
- 13.11.: Prof. Dr. med. Eva-Maria Ulmer-Otto, Frankfurt, 75 Jahre
- 14.11.: Dr. med. Josef Epple, Kelkheim, 75 Jahre
- 14.11.: Brigitte Behrens, Frankfurt, 80 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Scheherezade Ullrich, Frankfurt, 65 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Adele Kiefer, Frankfurt, 70 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Helga Heß-Blume, Königstein, 65 Jahre
- 17.11.: Dr. med. Marietta Wittchen-Plischke, Steinbach, 70 Jahre
- 19.11.: Dr. med. Manfred Oster, Gladstone, New Jersey, 65 Jahre
- 19.11.: Dr. med. Herbert Schirmer, Wächtersbach, 75 Jahre
- 20.11.: Ingrid Scheuermann, Bad Homburg, 65 Jahre
- 20.11.: Prof. Dr. med. Johannes Löwer, Dreieich, 80 Jahre
- 21.11.: Dr. med. Andreas Mann, Frankfurt, 70 Jahre
- 21.11.: Dr. med. Renata Pavlat-Meier, Kronberg, 70 Jahre
- 21.11.: Dr. med. Dirk Hölzel, Kronberg, 80 Jahre
- 22.11.: Dr. med. Thomas Seeger, Frankfurt, 70 Jahre

Fortsetzung nächste Seite

Geburtstage

Bezirksärztekammer Frankfurt

Fortsetzung

- 25.11.: Dr. med. Harald Herrmann, Dreieich, 65 Jahre
- 25.11.: Dr. med. Annette Gorlt, Frankfurt, 75 Jahre
- 27.11.: Dr. med. Rudolf Völker, Rodgau, 75 Jahre
- 28.11.: Dr. med. Manfred Nettlau, Frankfurt am Main, 70 Jahre
- 30.11.: Dr. med. Michael Henrich, Langenselbold, 65 Jahre
- 30.11.: Dr. med. Michael Piper, Birstein, 65 Jahre
- 30.11.: Elisabeth Zittlau, Mering, 65 Jahre
- 30.11.: Siegfried Sandstede, Offenbach, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Gießen

- 02.11.: Lutz Peter Loewenstein, Bad Vilbel, 65 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Gerlinde Dietz, Leun, 85 Jahre
- 10.11.: Prof. Dr. med. Dr. med. habil. Wolf-Bernhard Schill, Wetzlar, 85 Jahre
- 11.11.: Dr. med. Hans-Jürgen Kühle, Gießen, 70 Jahre
- 11.11.: Angeli Langosch, Gießen, 70 Jahre
- 12.11.: Dr. med. Ulrich Dietz, Rosbach, 70 Jahre
- 20.11.: Dr. med. Karin Schäfer, Marburg, 65 Jahre
- 26.11.: Dr. med. Michael Fieber, Wetzlar, 75 Jahre
- 29.11.: Karla Sell, Linden, 75 Jahre

Bezirksärztekammer Wiesbaden

- 04.11.: Brigitte Ehlers-Oberhöffken, Wiesbaden, 75 Jahre
- 05.11.: Anke Vinz-Muskat, Aarbergen, 65 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Magdalena Kopetz-Sprengel, Frankfurt, 75 Jahre
- 08.11.: Dr. med. Harald Jung, Bad Camberg, 75 Jahre
- 10.11.: Dr. med. Christa Schone, Wehrheim, 65 Jahre
- 17.11.: Dr. med. Cornelia Göhre, Wiesbaden, 65 Jahre
- 24.11.: Dr. med. Thomas Schneider, Mainz, 65 Jahre



Bad Nauheimer Gespräche e.V.

Einladung:

163. Bad Nauheimer Gespräch

22.10.2024, 19–21 Uhr, Präsenz & online
Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, Frankfurt am Main

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Suizidprävention und assistierter Suizid – geht das zusammen?

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG) 2020 ist die Freiheit, sich das Leben zu nehmen, das Recht auf selbstbestimmtes Sterben, von Staat und Gesellschaft zu respektieren, einschließlich des Rechts, „hierfür bei Dritten Hilfe zu suchen und Hilfe, soweit sie angeboten wird, in Anspruch zu nehmen“. Die vom BVerfG geforderte gesetzliche Neuregelung der Suizidhilfe wird weiterhin kontrovers diskutiert. Einhelligkeit besteht aber darin, dass die Suizidprävention gestärkt werden müsse. Wir greifen das schwierige und komplexe Thema auf. Experten diskutieren mit Ihnen aus juristischer, präventiv- und palliativmedizinischer, ethischer und philosophischer Sicht.



Foto: Christoph Mischke

Prof. Dr. jur. Volker Lipp, Georg August-Universität Göttingen; Stellv. Vorsitzender des Deutschen Ethikrates



Foto: Valentin Sitte

Dr. med. Thomas Sitte, Palliativmediziner, Fulda; Vorstandsvorsitzender Deutsche Palliativ-Stiftung



Foto: Schmidt/ZEM

Prof. Dr. theol. Kurt W. Schmidt, Zentrum für Ethik in der Medizin, Agaplesion Markus Krankenhaus, Frankfurt



Foto: privat

Prof. Dr. theol. Jean-Pierre Wils, Philosophische Ethik und Kulturphilosophie Universität Nijmegen, Niederlande

Veranstaltung des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche e. V. mit der Ambulanten Ethikberatung in Hessen e. V., dem Förderverein für ärztl. Fortbildung in Hessen e. V. und der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.

Ab 18 Uhr stehen für Gespräche zur Verfügung: Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V., Deutsche Palliativ-Stiftung, FRANS Frankfurter Netzwerk für Suizidprävention.

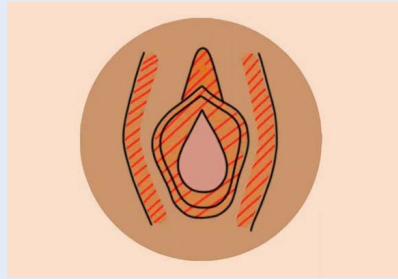
Zertifizierung: drei Punkte
Anmeldung: www.bad-nauheimer-gespraech.de → Veranstaltungen oder per E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraech.de



Zum Vormerken: 12. November 2024, 19 Uhr: Das Grundgesetz als Leuchtturm – Warum ignorieren wir den Kurs?

Weibliche Genitalverstümmelung: Informationsvideos für medizinische Berufe

Mehr als 100.000 Mädchen und Frauen sind in Deutschland dem Verein SAIDA International e. V. zufolge von Female genital mutilation (FGM) bedroht oder bereits betroffen. Die Fach- und Beratungsstelle hat sich den wirksamen Schutz von Mädchen vor Genitalverstümmelung zur Aufgabe gemacht. Denn immer mehr Menschen, in deren Kultur diese schwere Form der geschlechtsspezifischen Gewalt tradiert wird, leben laut SAIDA International in Deutschland. Deshalb müssten auch Ärztinnen und Ärzte hierzulande damit rechnen, dass sich eine betroffene oder gefährdete Patientin in ihrer Praxis vorstelle. Aus diesem Grund hat SAIDA International eine Reihe mit Informationsvideos erstellt, die sich insbesondere an die Ärzteschaft wie auch das medizinische Fachpersonal in Gynäkologie, Pä-



diatrie und Geburtshilfe richtet. Die Filme enthalten wertvolle Informationen und Handlungsempfehlungen für die Versorgung und den Schutz der Patientinnen. Die vom Bundesinnenministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend geförderte Filmreihe ist auf YouTube und auf der Website saida.de bereitgestellt. (red)
YouTube: @saida_international
Internet: <https://saida.de/>

Foto: © SAIDA, aus <https://www.youtube.com/watch?v=noNak4DO0so/>

Dr. med. Sven Dreyer ist neuer Präsident der Ärztekammer Nordrhein

Wechsel an der Spitze: Das Rheinische Ärzteparlament hat den Anästhesisten **Dr. med. Sven Dreyer** für die nächsten fünf Jahre zum Präsidenten gewählt. Der Allgemeinmediziner **Dr. med. Arndt Berson** wird neuer Vizepräsident.

Dreyer ist seit vielen Jahren berufspolitisch aktiv: Seit 2009 ist er Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein, seit 2019 ist er Mitglied im Bundesvorstand des Marburger Bundes und seit 2021 ist er 1. Stellvertretender Vorsitzender des Landesverbandes Nordrhein-Westfalen/Rheinland Pfalz des Marburger Bundes. Der 49-jährige Facharzt für Anesthesiologie ist derzeit als Leitender Arzt des Druckkammerzentrums am Universitätsklinikum Düsseldorf tätig. Neuer Vizepräsident der mit über 70.000 Mitgliedern bundesweit drittgrößten Ärztekammer ist Dr. Arndt Berson. Der 53-jährige ist seit 2003 als Facharzt für Allgemeinmedizin in einer hausärztlichen Gemeinschaftspraxis in



Dr. med. Sven Dreyer, neuer Präsident der Ärztekammer Nordrhein, und sein Vize Dr. med. Arndt Berson (von links).

Kempfen niedergelassen. Von 2005 bis 2015 und dann erneut seit 2019 ist er Mitglied im Vorstand der Ärztekammer Nordrhein, seit 2017 ist er Vorsitzender der Kreisstelle Viersen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein, seit 2024 ist er im Vorstand des Hausärzteverbands Nordrhein. **Rudolf Henke**, der seit 2011 an der Spitze der Ärztekammer Nordrhein stand, wurde zum Ehrenpräsidenten gewählt.

Fotos: Jochen Rolfes

Bezirksärztekammer Darmstadt

- 01.11.: Dr. med. Mihaela Stastny, Roßdorf, 70 Jahre
- 02.11.: Herbert Pompetzki, Rüsselsheim, 75 Jahre
- 06.11.: Dr. med. Gunter Nick, Roßdorf, 85 Jahre
- 06.11.: Dr. med. Gotthilf Seiler, Riedstadt, 90 Jahre
- 07.11.: Dr. med. Jürgen Manschitz, Erbach, 65 Jahre
- 09.11.: Dr. med. Sigrid Greiner, Mühlthal, 70 Jahre
- 09.11.: Horst-Jürgen Mikkat, Heppenheim, 80 Jahre
- 10.11.: Dr. med. Ahmed Banat, Darmstadt, 85 Jahre
- 11.11.: Dr. med. Hubert Schröder, Erbach, 75 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Dagmar Schönborn, Michelstadt, 65 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Edmund Irrgang, Lampertheim, 90 Jahre
- 17.11.: Dr. med. Gerhard Wacker, Roßdorf, 70 Jahre
- 22.11.: Dr. med. Hartmann Mayer, Darmstadt, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Marburg

- 01.11.: Dr. med. Jörg Schwab, Marburg, 70 Jahre
- 01.11.: Reinhard Naumann, Marburg, 75 Jahre
- 09.11.: Dr. med. Eva-Maria Dahm, Wetter, 75 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Bernd Gömpel, Schwalmstadt, 65 Jahre
- 13.11.: Dr. med. Werner Henkel, Fronhausen, 70 Jahre
- 15.11.: Dr. med. Christian Eltze, Marburg, 75 Jahre
- 16.11.: Brigitte Seling, Baunatal, 65 Jahre
- 16.11.: Dr. med. Konrad Rüsing, Homberg, 80 Jahre
- 21.11.: Dr. med. Ulrich Freitag, Ebsdorfergrund, 65 Jahre

Bezirksärztekammer Kassel

- 01.11.: Dr. med. Azim Khaiberæ, Waldeck, 65 Jahre
01.11.: Dr. med. Gudrun Theis-Baerwolff, Göttingen, 70 Jahre
02.11.: Manuela Heuberger, Bad Wildungen, 75 Jahre
03.11.: Dr. med. Hans-Eckhardt Oberdalloff, Bad Hersfeld, 80 Jahre
06.11.: Ralf Wittwer, Waldeck, 65 Jahre
06.11.: Dr. med. Ragnild Reichert, Petersberg, 70 Jahre
09.11.: Dr. med. Jörg Straube, Baunatal, 70 Jahre
14.11.: Dr. med. Karl-Friedrich Appel, Kassel, 65 Jahre
16.11.: Dr. med. Roland Riedl-Seifert, Kassel, 80 Jahre
17.11.: Dr. Ansgar Forderer, Künzell, 70 Jahre
18.11.: Dr. med. Michael Hoffmann, Ahnatal, 65 Jahre
18.11.: Prof. Dr. med. Winfried Fassbinder, Künzell, 80 Jahre
20.11.: Dr. med. Solveigh Hilliard, Tann, 65 Jahre
24.11.: Dr. med. Dieter Muströph, Heide/ Holstein, 65 Jahre
24.11.: Lothar Gühne, Fuldata, 70 Jahre
26.11.: Dr. med. Michael Donges, Kassel, 65 Jahre
28.11.: Irena Deitsch, Kassel, 65 Jahre

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum 25-jährigen und mehr als 25-jährigen Berufsjubiläum:

Peggy Stern, seit 25 Jahren,
Christina Juncker, seit 27 Jahren,
Martina Holzinger, seit 25 Jahren,
alle tätig bei R. Fink, Bruchköbel.

Wir gratulieren zum mehr als 40-jährigen Berufsjubiläum:

Jutta Brauhardt,
seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. K.-H. Weitzel und W. Frank, Kassel;
Brigitte Kollig,
seit 50 Jahren tätig bei Dr. med. H. Mastall, Elbtal.

Zehn Jahre klinische Krebsregistrierung in Hessen

Einladung zur Jubiläumsfeier am Fr., 25.10.2024

Das Hessische Krebsregister feiert zehn Jahre klinische Krebsregistrierung. Gemeinsam möchten wir dieses Jubiläum nutzen, um die Entwicklungen in der flächendeckenden klinisch-epidemiologischen Krebsregistrierung darzustellen. Darüber hinaus geben wir einen Ausblick auf die zukünftige Rolle des Krebsregisters als Teil der Gesundheitsdateninfrastruktur. Zu diesem Jubiläum laden wir Sie herzlich ein! Es erwartet Sie ein vielfältiges Programm. Freuen Sie sich auf einen Tag voller spannender Vorträge, anregender Diskussionen und kollegialem Austausch.

Themen des Symposiums

1. Eröffnung und Grußworte

- Hessisches Ministerium für Familie, Senioren, Sport, Gesundheit und Pflege
- Landesärztekammer Hessen
- Hessisches Landesamt für Gesundheit und Pflege
- Verband der Ersatzkassen e. V.

2. Meilensteine und Fortschritte der hessenweiten Krebsregistrierung

Welche Meilensteine hat das Krebsregister in den vergangenen zehn Jahren erreicht? Wie integriert es sich in die hessische Gesundheitsinfrastruktur? Und wie

könnte sich das Krebsgeschehen in Hessen in der Zukunft entwickeln? Diese und weitere Fragen werden in den Vorträgen dieses Themenblocks behandelt.

3. Krebsregistrierung (inter)national – jetzt und zukünftig

Künstliche Intelligenz, das Gesundheitsdatennutzungsgesetz und der Europäische Raum für Gesundheitsdaten (EHDS) beeinflussen die Krebsregistrierung. Die Vorträge in diesem Themenblock zeigen auf, in welchem Kontext das Krebsregister agiert und erläutern, wie die erfassten Daten dazu beitragen können, die Krebsbehandlung und -forschung sowohl jetzt als auch in der Zukunft zu unterstützen.

Anmeldung und Programm

Die Anmeldung ist bis zum 23. Oktober 2024 möglich. Fortbildungspunkte für Ärztinnen und Ärzte werden beantragt. Das vollständige Programm, Teilnahmeinformationen und das Anmeldeformular finden Sie auf der Website des Hessischen Krebsregisters: www.hessisches-krebsregister.de Der QR-Code führt direkt dorthin.



Jubiläumsfeier am 25. Oktober 2024

Workshops (hybrid)
10:00 bis 12:15 Uhr

Am Vormittag laden wir zu Workshops zur **Tumordokumentation** und **Datennutzung und -beantragung** ein.

Es ist möglich, entweder vor Ort oder online (Webex) teilzunehmen.

Symposium
13:00 bis 17:00 Uhr

Nachmittags heißen wir Sie zu einem **Symposium** willkommen, das interessante Vorträge zur Krebsregistrierung bietet.

Die Teilnahme ist nur vor Ort möglich.

Veranstaltungsort: Landesärztekammer Hessen | Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt

Wir gedenken der Verstorbenen

Harald Bastian,
Frankfurt
* 07.07.1952 † 15.07.2024

Mechthild Bauer, Bodenheim
* 28.06.1953 † 07.07.2024

Dr. med. Michael Ralf Bernhard,
Bensheim
* 13.06.1962 † 03.07.2024

PD Dr. med. Wolfgang Hartmann,
Wiesbaden
* 16.05.1939 † 07.08.2024

Dr. med. Wolfgang Karioth,
Bad Homburg
* 12.02.1932 † 29.07.2024

Jacques Kerleau,
Frankfurt
* 18.02.1953 † 09.08.2024

Sylvia Kießlich, Wiesbaden
* 28.10.1960 † 04.07.2024

Rudolf Klippert, Grünberg
* 27.07.1966 † 18.08.2024

Dr. med. Rolf-Werner Lippmann,
Gießen
* 01.06.1945 † 10.06.2024

Dr. med. Gabriele Maus,
Gießen
* 05.08.1931 † 23.06.2024

Dr. med. Isabella Melamed,
Neu-Isenburg
* 04.02.1936 † 28.02.2023

Dr. med. Christoph Oberwittler,
Limburg
* 17.05.1961 † 11.08.2024

Dr. med. Horst Richter,
Frankfurt
* 31.10.1936 † 26.07.2024

Alex-Oleksiy Rohlenko, Frankfurt
* 04.01.1970 † 23.05.2024



Dr. med. Melanie Rüth, Wiesbaden
* 14.05.1953 † 19.08.2024

Med.-Dir. i. R. Dr. med. Sabine Schinke,
Pohlheim
* 05.11.1936 † 13.08.2024

Eckhard Schulze, Nidderau
* 06.06.1940 † 08.07.2024

MUDr. Karl Sin, Offenbach
* 13.10.1929 † 29.07.2024

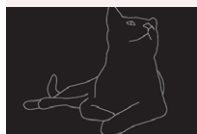
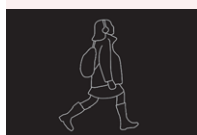
Dr. med. Paul Hermann Peter Trosse,
Fritzlar
* 28.12.1937 † 14.01.2024

Foto: Iso/De Asbeck



Kultur im Fokus im Foyer der LÄKH

Bis zum 22. September ist das Foyer der Landesärztekammer Hessen Teil des Kulturfestivals „Rush Hour“ an der Hanauer Landstraße in Frankfurt am Main. Veranstaltet von der Heussenstamm-Stiftung, wurden Kunstschaffende eingeladen, sich mit der belebten Hanauer Landstraße künstlerisch auseinanderzusetzen und neue Perspektiven zu entwickeln. Hinter der gläsernen Fassade im Foyer der Landesärztekammer Hessen zeigt die 1968 in Aschaffenburg geborene Toni Wombacher ihre erste Zeichentrick-Animation „still dreaming“. In langsamer Abfolge sind Szenen völliger Freiheit, Entspannung und Muße zu sehen. „Die Idee, mit einer einfachen Linie und reduzierten Zeichnungen Träume heraufzubeschwören, Assoziationen auszulösen und Emotionen zu wecken, finde ich attraktiv“, so Toni Wombacher. (asb)



Fotos: © Toni Wombacher

Bekanntmachungen der LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Statistik Sommer-Abschlussprüfung

Bei der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2024 haben am schriftlichen Teil der Abschlussprüfung 875 Prüflinge teilgenommen, von denen 748 bestanden haben. 875 Prüflinge haben am praktischen Teil der Abschlussprüfung teilgenommen, von denen 699 bestanden haben. Die detaillierten statistischen Angaben zu der Sommerprüfung 2024 können demnächst im Internet unter <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Ausbildungsrahmenplan, Ausbildungsplan, schriftlicher Ausbildungsnachweis

Die Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten erfolgt im dualen System, das heißt Ausbildungsstätte und Berufsschule wirken bei der Berufsausbildung zusammen. Die beiden Lernorte haben dafür gesonderte Grundlagen, die inhaltlich und zeitlich aufeinander abgestimmt sind (basierend auf der Ausbildungsverordnung vom 26. April 2006). Informationen im Internet unter: <https://www.laekh.de/aktuelles>

LANDESAUSSCHUSS DER ÄRZTE UND KRANKENKASSEN

bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen
- Geschäftsstelle -

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2022 mit dem Arztstand 01.07.2024 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 29. August 2024 unter Zugrundelegung des Arztstandes 01.07.2024 folgende Beschlüsse gefasst:

- I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen für die Kinder- und Jugendärzte in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt (siehe Anlage).
- II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche Zulassungsbeschränkungen angeordnet.
- III. Bei den Planungsbereichen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in der Anlage ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 11.11.2024 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

Der Zulassungsausschuss berücksichtigt bei dem Auswahlverfahren nur die nach der Bekanntmachung fristgerecht und vollständig abgegebenen Zulassungsanträge. Unter mehreren Bewerbern entscheidet der Zulassungsausschuss nach pflichtgemäßem Ermessen unter Berücksichtigung folgender Kriterien:

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,

- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

► **siehe Anlage**

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 29. August 2024 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-Beratungszentrum über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	Kinderärzte
Darmstadt, Stadt	ÜV
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV
Offenbach am Main, Stadt	0,5
Wiesbaden, Stadt	0,5
Kreis Bergstraße	ÜV
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV
Kreis Groß-Gerau	ÜV
Hochtaunuskreis	ÜV
Main-Kinzig-Kreis	3,0
Main-Taunus-Kreis	ÜV
Odenwaldkreis	1,0
Landkreis Offenbach	ÜV
Rheingau-Taunus-Kreis	ÜV
Wetteraukreis	0,5
Landkreis Gießen	ÜV
Lahn-Dill-Kreis	ÜV
Kreis Limburg-Weilburg	1,5
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV
Vogelsbergkreis	ÜV
Kassel, Stadt	ÜV
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV
Landkreis Kassel	0,5
Schwalm-Eder-Kreis	4,5
Landkreis Waldeck-Frankenberg	0,5
Landkreis Werra-Meißner	ÜV
freie Arztitze gesamt	12,5

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner
Stellvertreter: Dr. med. H. Christian Piper
(beide sind Mitglieder des Präsidiums der LÄK Hessen)

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin;
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Nina Walter M.A. (Ärztliche Geschäftsführerin)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Susanne Florin M.A., MBA (Leiterin Akademie)
Dipl. Med.-Päd. Silvia Happel (Leiterin Carl-Oelemann-Schule)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Karl Klamp, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: 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: Joachim Herbst

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.
Das Abonnement verlängert sich automatisch. Es kann nach Ablauf der Vertragslaufzeit jederzeit mit einer Frist von mindestens einem Monat gekündigt werden.

Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für den Stellen- und Rubrikenmarkt:

Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,
E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Kay Clauberg, Tel. +49 2234 7011-306,
Mobil +49 173 6052428, clauberg@aerzteverlag.de

Gebiet Süd und Non-Health: Petra Schwarz,
Tel.: +49 2234 7011-262, Mobil +49 152 57125893,
E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

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

Layout: Petra Möller

Druck: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDED3

Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 10, gültig ab 01.01.2024

Druckauflage: 10.900 Ex.; Verbreitete Auflage: 10.635 Ex.

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

85. 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

Hessisches Ärzteblatt

Ihren Anzeigenauftrag senden Sie bitte direkt an:

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Hessisches Ärzteblatt
Anzeigendisposition
Postfach 400254, 50832 Köln

E-Mail:

kleinanzeigen@aerzteverlag.de

**Anzeigenschluss für Heft 11
vom 25.10.2024
ist am Freitag, dem 04.10.2024**

Erreichbar sind wir unter:

Tel: 02234 7011 – 290

E-Mail: kleinanzeigen@aerzteverlag.de

Ihre Chiffrezuschrift senden Sie bitte an:

Chiffre HÄ

Deutscher Ärzteverlag GmbH

Chiffre-Abteilung

Postfach 1265

59332 Lüdinghausen

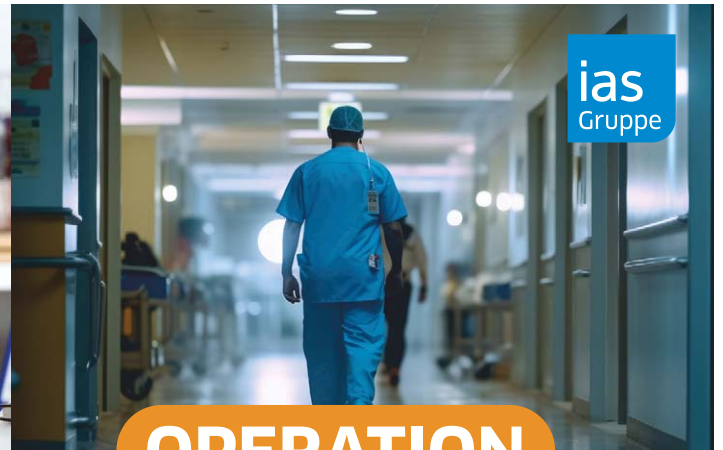
(Die Kennziffer bitte deutlich auf den Umschlag schreiben!)

oder per E-Mail an: chiffre@aerzteverlag.de

Stellenangebote



PRÄVENTION



ias
Gruppe

OPERATION

STATT

Arbeitsmediziner / Arzt in Weiterbildung (m/w/d)

ab sofort, unbefristet in Voll- oder Teilzeit (mind. 50%) am Standort Kassel oder Region Kassel / Gießen

Die **ias-Gruppe** zählt mit 110 Standorten und rund 1.300 Mitarbeitenden zu den führenden Dienstleistungs- und Beratungsunternehmen im Betrieblichen Gesundheitsmanagement (BGM).

Als **Arbeitsmediziner / Arzt in Weiterbildung (m/w/d)** bei der **ias AG** sind Sie ausschließlich **präventiv tätig**, führen **Untersuchungen** von Mitarbeitenden durch, **betreuen und beraten** Ihre Kunden in unseren Räumen oder vor Ort zu **arbeitsmedizinischen Fragestellungen** sowie in der Betrieblichen Gesundheitsförderung und der Prävention.

Wir bieten zeitgemäße und familienfreundliche **Arbeitszeitmodelle ohne Wochenend- und Schichtdienste**, zahlreiche

in- und externe **Weiterbildungsmöglichkeiten** sowie optionale Teilnahmen an **Tagungen und Fachkongressen**. Zusätzlich übernehmen wir im Zuge der Weiterbildung **alle anfallenden Kosten** und bieten eine engmaschige fachliche Betreuung.

Eine detaillierte Beschreibung der Tätigkeit finden Sie unter www.mtj.jobs/44327

Für Informationen und Hospitationsmöglichkeiten kontaktieren Sie bitte Nicole Bachor unter 0170 6930 669 oder nicole.bachor@ias-gruppe.de



Die Palliativ-Netzwerk GmbH Limburg-Weilburg sucht zum nächst möglichen Zeitpunkt einen **Facharzt (M/W/D)** mit der Zusatzbezeichnung oder in Weiterbildung zur **Zusatzbezeichnung Palliativmedizin** in Teil- oder Vollzeit.

Unser SAPV-Team versorgt in einem interdisziplinären, ganzheitlichen Behandlungsansatz schwerkranke und sterbende Patienten und deren Angehörige im ambulanten Bereich.

Wir freuen uns auf eine aufgeschlossene, teamfähige und kommunikationsstarke Persönlichkeit.

Wir bieten: ein attraktives Gehalt
vielfältige Arbeitszeitmodelle und eine flexible Urlaubsgestaltung
eine interessante, erfüllende und eigenverantwortliche Tätigkeit in einem hochmotivierten Team.

Bewerbungen gerne per mail an info@palliativ-lm.de

Fragen beantwortet Ihnen gern der ärztliche Leiter
Dr. Peter Schermuly: Tel. 01716914791

Facharzt für Allgemeinmedizin/Innere Medizin (m/w/d)

Sie suchen:

Ausgewogene Work-Life-Balance zu einem Top-Gehalt?

Individuelle Arbeitszeiten mit langfristiger Perspektive?

Dann starten Sie durch in unserer etablierten Hausarztpraxis in
Pfungstadt!

Weitere Infos: 05141 4023716 oder bewerben Sie sich direkt unter
bewerbung@voramedic.de

Facharzt/-ärztin für Allgemeinmedizin gesucht!

Etabliertes MVZ in Frankfurt am Main Stadtmitte.
Wir suchen zur Verstärkung unseres Teams ab sofort einen
Facharzt/-ärztin zur Anstellung.

Arbeitszeiten nach Absprache Voll oder Teilzeit möglich.

Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertarifliches Gehalt und flexible
Urlaubsplanung.

Neugierig: Bitte schicken sie Ihre Bewerbungsunterlagen an:
info@mvzapro.de

Fachärztin zur Anstellung gesucht!

Gynäkologisches Zentrum in Offenbach Wir suchen zur Verstärkung
unseres Teams eine Fachärztin zur Anstellung.

Arbeitszeiten nach Absprache: Voll oder Teilzeit möglich.

Ihr Profil: Fachärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe

Wir bieten: flexible Arbeitszeiten, übertariflicher Gehalt, flexible
Urlaubsgestaltung, ambulantes oder stationäres Operieren je nach
Wunsch möglich.

Interessiert: Bitte schicken Sie uns Ihre Bewerbungsunterlagen:
praxis.tzelepis@gmx.de

FA (w/m/d) Ortho/Uch für ortho/unfallchir Praxis in Marburg zur Anstellung gesucht

Wir sind eine große, moderne und sehr gut ausgestattete
Praxis. Neben dem kompletten konservativen Spektrum
führen wir auch ambulante und stationäre Operationen durch.
Wir bieten flexible und geregelte Arbeitszeiten, keine Dienste,
eine attraktive Vergütung und top Arbeitsbedingungen in
einem top Team. Wir freuen uns auf Ihre Kontaktaufnahme
bewerbung@orthozema.de // www.orthozema.de

Arzt in Weiterbildung

Für unsere allgemeinmedizinische Praxis in Giessen suchen wir ab sofort eine/n
Weiterbildungsassistenten in Voll/oder Teilzeit, Weiterbildungsermächtigung für
volle 24 Monate liegt vor.

Kontakt: praxis-info@arcor.de ● Tel. 0641/72526

Suche FA/FÄ für Allg. Med. in Frankfurt am Main
Nähe HBF, Rumänische Kenntnisse erwünscht
dr.michaelmalek@gmail.com



Oberarzt Innere Medizin (m/w/d) mit Zusatzbezeichnung Intensivmedizin in Vollzeit

Das Alice-Hospital Darmstadt sucht zum nächstmöglichen Zeitpunkt
einen Oberarzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Intensivmedi-
zin. Die neu gegründete **Klinik für Pneumologie und Intensivmedi-
zin** verfügt über eine moderne Intensivstation, eine Normalstation, eine
endoskopische Abteilung mit neu ausgestatteter Bronchoskopie, eine
ebenso modern ausgestattete Lungenfachabteilung und eine eigene
Studienambulanz.

Ihr Aufgabengebiet:

- Kompetente Patientenversorgung und Einhaltung der Leitlinien des
Fachgebietes
- Oberärztliche Supervision der Assistenzärzte
- Mitwirkung an der Weiterentwicklung der Klinik
- Teilnahme am Rufbereitschafts- und Visitedienst.

Ihr Profil:

- Facharzt (m/w/d) für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung Intensiv-
medizin
- Verantwortungsbewusstsein, Zuverlässigkeit, Teamfähigkeit und
Loyalität
- Hohe Fach- und Sozialkompetenz, Führungs- und Teamfähigkeit
- Motivation und Interesse an einer anspruchsvollen Tätigkeit mit
Interesse an der Arbeit in einer pneumologischen Klinik

Unsere Leistungen:

- Mitwirkung beim Aufbau und Weiterentwicklung der Klinik
- fachlich anspruchsvolle Tätigkeit mit zahlreichen Gestaltungs- und
Entwicklungsmöglichkeiten
- interdisziplinäre Zusammenarbeit im Team der Inneren Medizin und
kooperation mit dem Universitätsklinikum Fankfrurt
- Vergütung nach TVöD -K, Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten
- betriebliche Altersvorsorge, Gesundheitsförderung
- zusätzliche Sozialleistungen (Kinderbetreuungszuschuss,
monatl. Einkaufsgutschein)
- kostenfreies JobTicket, JobRad

Ihre aussagekräftige Bewerbung richten Sie bitte an:

Alice-Hospital

Klinik für Pneumologie und Intensivmedizin

Dr. Achim Grünewaldt

Dieburger Str. 31

64287 Darmstadt

Email: sekretariat.pneumologie@alice-hospital.de

Frauenarztpraxis in Frankfurt sucht angestellte Fachärztin (m/w/d)

Moderne Frauenarztpraxis im Nordwestzentrum (Frauenarztpraxis
Dr. Welter) sucht ab 1.12.2024 oder früher eine angestellte Fachärztin
(m/w/d) in Teilzeit. Arbeitszeit flexibel, Verdienstmöglichkeiten
überdurchschnittlich, nettes Team. Bei Interesse gerne melden über
barbarawelter@me.com oder 0177/3088898

Suche WB Ass. f. Allg. Med. in Ffm.
Rumänische Sprachkenntnisse erwünscht. WB-Erm. -36 Mo. liegt
vor. Kontakt: dr.michaelmalek@gmail.com

Suchen Fachärzte (m/w/d) für ALLGEMEINMEDIZIN
zur Anstellung in Voll- oder Teilzeit
MVZ PANACEUM (63150 & 63065)
erland.degel@panaceum.de | www.panaceum.de

Kooperation

Kooperation in ganzheitlicher hausärztlicher Privatpraxis südlich von Frankfurt

- spätere Praxisübernahme optional -
www.privatpraxis-dreieich.de
Tel.: 015202069090

bauer.kirsten@gmx.de

Praxisabgabe

Allgemeinmedizin - Privatpraxis im Hochtaunuskreis

Langjährig etablierte, bestausgestattete Privatpraxis für Allgemeinmedizin in sehr guter Lage per 1.1.25 (nach Absprache) abzugeben.

privatpraxis.hochtaunuskreis@outlook.de

Psychiatrische Praxis in Gießen mit 1 KV Sitz in zentraler Innenstadtlage aus Altersgründen abzugeben. Kontakt: praxisbaumgarten@gmx.de

Anästhesiologie Praxis Abgabe

Einzelpraxis (ganzer KV-Sitz) in Frankfurt Innenstadt zum 1. Quartal 2025 abzugeben.
anaesthesiepraxis69@web.de

Gyn Praxis in Seeheim-Jugenheim sucht Nachfolge für Senior-Partner Als Partner oder (zunächst) angestellt mit Möglichkeit des Einstiegs als Partner **Hohe Work-Life-Balance**, bei 25 Std. Sprechzeit 1 ganzer und 2 halbe freie Tage pro Partner die Woche, 7 Wochen Urlaub/ Jahr. Verbleibende Partnerin nicht feriengebunden. Anfragen bitte an w.edelmann@pfungstadt.com

Privatärztliche, naturheilkundlich orientierte Hausarztpraxis in bester Mainzer Stadtteillage aus Altersgründen ab 2025 abzugeben.
E-Mail: praxisabgabe.mainz@gmx.de

Nachfolger/in für kleine, besondere allgemeinmed. Praxis in Kassel gesucht. Tel. 0561- 430 827 26 ab 20 Uhr

Praxiseinrichtung



Heinrich-Heine-Str. 6
35440 Linden/Hessen
www.keil-kistler.de
info@keil-kistler.de

Telefon: +49 (0) 64 03 / 97 23 50

Unsere Leistungen:

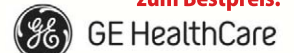
- Beratung, Planung, Einrichtung
- Teilweise und/oder komplette Einrichtung
- Umbau / Renovierung
- Baubegleitung
- Eigene Möbel- und Geräteausstellung

Dipl. - Ing. Keil + Kistler GmbH u. Co. KG Medizintechnik
Alles aus einer Hand: Systemhaus für Medizintechnik und Praxiseinrichtung



Ihr Markenfachhändler für
Ultraschallsysteme.

Wir erfüllen Ihren Wunsch nach einem
**Qualitäts-Ultraschallsystem
zum Bestpreis.**



SAMSUNG PHILIPS

Besuchen Sie uns gerne
in Koblenz und Dormagen.

**ALLE TOP-MARKEN
UNTER EINEM DACH!**



Külzer Medizintechnik GmbH
Beatusstraße 17 | 56073 Koblenz
Tel.: 0261 - 947040 | Fax: 0261 - 9470422

E-Mail: info@k-m-t.de | www.k-m-t.de

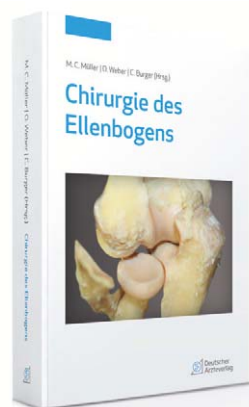
Anzeigenservice

Wir sind für Sie da!

Telefon +49 (0) 2234 7011-290
kleinanzeigen@aerzteverlag.de
aerzteverlag.de/anzeigenservice



Management von Verletzungen und Krankheiten des Ellenbogens



- Begutachtung von Erkrankungen des Ellenbogens
- Ellenbogenverletzungen im Wachstum
- Weichteilverletzungen

2016, 418 Seiten, 268 Abbildungen in über 600 Einzeldarstellungen, 15 Tabellen
ISBN 978-3-7691-0624-4
broschiert € 59,99 (inkl. 7% MwSt.)

Direkt bestellen:
Telefon 02234 7011-314 | Telefax 02234 7011-476
bestellung@aerzteverlag.de | www.aerzteverlag.de/buecher
Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands
bei Online-Bestellung.

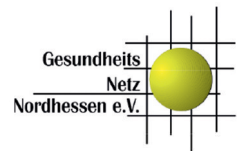




GEZIELT REKRUTIEREN!

Finden Sie qualifiziertes Fachpersonal in Ihrer Umgebung mit einer Stellenanzeige im Hessischen Ärzteblatt!

Wir beraten Sie gerne:
Verkauf Stellenmarkt
Telefon 02234 7011-250
stellenmarkt@aerzteverlag.de



Weiterbildung zur Allgemeinmedizin in einem Guss.

Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin Kassel und Region VAKuR bietet eine Weiterbildung in einem Guss.

Die Kliniken und Praxen, die Kooperationspartner sind, gewährleisten eine optimale Weiterbildung in Inhalt und Organisation durch einen abgestimmten Rotationsplan und Teilnahme an dem Weiterbildungskolleg Allgemeinmedizin (Seminar und Monitoring-Programm des Kompetenzzentrums Weiterbildung Hessen).

Interessenten wenden sich bitte an:

www.vakur.org
info@vakur.org

VAKuR

Verbundweiterbildung Allgemeinmedizin Kassel und Region
c/o Dr. K. G. Meyer * Alte Breite 17 a * 34128 Kassel

GNN e.V.

c/o Dr. Popert * Goethestr. 70 * 34119 Kassel

Was ist neu in der Onkologie 2024 ?

Präsenzfortbildung für Onkologinnen, Onkologen, Internistinnen, Internisten und Allgemeinmediziner*innen

Alle Fachbereiche werden einzeln durch Experten behandelt.

State-of-the-Art / Highlight Session

RNA-basierte Impfstrategien bei soliden Tumoren

Dr. P. Brück, Mainz

Erste Erfahrungen mit der mRNA-Impfung bei Lungenkrebs

PD Dr. A. Atmaca, Frankfurt

02. November 2024, 9 – 15 Uhr im Welcome Hotel Darmstadt

Wissenschaftliche Leiter*in:

Prof. Dr. H. Bernhard, Prof. Dr. C. Weiß, Klinikum Darmstadt GmbH

Programm und Anmeldung unter:

<https://gk-organisation.de/was-ist-neu-in-der-onkologie/>

Gaby Kneissler – Veranstaltungsorganisation

E-Mail: gk_organ@organisation.de

Die Teilnahme ist kostenfrei!

Mit CME-Punkten von der LÄKH zertifiziert.

VASOSONO ▶ Kurszyklus Doppler-/Duplexsonographie

▶ **Aufbau- & Abschlusskurse:** extracraniell: 15.11.-16.11.2024 |

peripher: 17.01.-18.01.2025 | intracraniell: 28.03.-29.03.2025 |

retrop./mediast./abdom.: 29.03.-30.03.2025

Dr. T. Schilling • Gefäßzentrum/Angiologie • Klinikum Wernigerode

www.vasosono.de • Tel.: 03943/61-1595 • info@vasosono.de



STARTE DEINE ÄRZTLICHE KARRIERE

DAS JOB-EVENT FÜR JUNGE MEDIZINER:INNEN

Nicht verpassen! Auf unseren Job-Events dreht sich alles um Karriereoptionen und -strategien für junge Mediziner:innen und Studierende. **Operation Karriere** liefert dir wertvolle Tipps und aktuelle Infos. So bist du bestens gewappnet für dein Medizinstudium und den Berufseinstieg als Ärztin oder Arzt.

Die Highlights:

- ✓ Kostenfreier Eintritt inkl. Verpflegung
- ✓ Vorträge und Workshops
- ✓ Networking mit Arbeitgebern
- ✓ Bewerbungsfotos gratis vor Ort
- ✓ Jobportal mit freien Stellen

Besuch uns:  

Informieren
und anmelden:



operation-karriere.de/
2024

Auch in deiner Nähe:

München
09.11.2024

Konferenzzentrum München
Lazarettstraße 33

Berlin
23.11.2024

Charité – Campus Virchow-Klinikum
(CVK), Augustenburger Platz 1

Köln
07.12.2024

KOMED-Veranstaltungszentrum
Im Mediapark 6

Präsentiert von:

**Deutsches
Ärzteblatt**

Mit freundlicher Unterstützung:



Veranstalter:





Im Fokus: Impfungen für chronisch Erkrankte und Reisende – Aufzeichnung vom 05.06.2024

JETZT ONLINE VERFÜGBAR!

Chronische Erkrankungen und die entsprechenden Therapien können das Immunsystem erheblich schwächen und die Anfälligkeit für Infektionskrankheiten erhöhen. Impfungen zum richtigen Zeitpunkt können schwerwiegende Krankheitsverläufe und Exazerbationen der Grunderkrankung verhindern.

Im Mittelpunkt des DÄV-Expertensymposiums 2024 stehen:

- » Impfungen bei kardiologischen, renalen, rheumatologischen Erkrankungen und
- » bei immunkompromittierten Patientinnen und Patienten
- » Reiseimpfungen von Vorerkrankten

Jetzt online anschauen lohnt sich!

Die Runde der Expert:innen:

- » **Prof. Dr. med. Stephan Baldus**, Direktor der Klinik III für Innere Medizin (Kardiologie), Universitätsklinikum Köln
- » **Prof. Dr. med. Oliver Cornely**, Klinik I für Innere Medizin, Universitätsklinikum Köln, Vorsitzender der AG Infektionen der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Medizinische Onkologie
- » **Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner**, Direktor der Abteilung Rheumatologie und Klinische Immunologie, Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
- » **Prof. Dr. med. Jörg Schelling**, Facharzt für Allgemeinmedizin in Martinsried, Vorstandsmitglied der Deutschen Fachgesellschaft für Reisemedizin
- » **Prof. Dr. med. Julia Weinmann-Menke**, Leiterin des Schwerpunkts Nephrologie, Universitätsklinikum Mainz, Pressesprecherin der Deutschen Gesellschaft für Nephrologie
- » **Moderation:** Dr. med. Susanna Kramarz, Deutsches Ärzteblatt



WEBCAST & INTERVIEWS VERFÜGBAR AUF:
aerzteblatt.de/events/impfsymposium-2024

Mit freundlicher Unterstützung



MSD



sanofi

In Kooperation mit

Deutsches
 Ärzteblatt

Veranstaltet von



Deutscher
 Ärzteverlag