



Parodontitis und allgemeine Gesundheit

Foto: © NewAfrica – stock.adobe.com

Ärztliches Peer Review

Die Serie Patientensicherheit nimmt das freiwillige Verfahren zur Qualitätssicherung in den Blick

Corona-Management

Podiumsdiskussion mit Experten: Kritik an der Regierung wird bekräftigt

Medizinschule in Salerno

Medizinhistorischer Beitrag über die Geburtsstätte der Hochschulmedizin in Salerno, Süditalien

Nur nicht aufgeben

Von einem Sommerloch war dieses Jahr, leider muss man sagen, nichts zu bemerken. Statt einer Meldung über ein Krokodil im Rhein prägen Meldungen über den Ukraine-Krieg, die Energiekrise und die Hitzewelle samt ausbleibenden Niederschlägen die Schlagzeilen. Nun ist guter Rat teuer und die Umsetzung der Ratschläge ist alles andere als billig. Was also können wir tun? Auf keinen Fall den Kopf in den Sand stecken, aber auch nicht in blinden Aktionismus verfallen. Es gilt wie so oft im Leben, ein gesundes Mittelmaß zu finden, um sein eigenes Scherflein zur Begrenzung der Krisen beizutragen.

An dieser Stelle will ich keine Ratschläge für die Einsparung von Energie geben, denn das können andere viel besser, und es dürfte kaum noch Menschen geben, die sich mit diesem Thema nicht ohnehin schon beschäftigt haben.

Hitzewellen betreffen Ärztinnen und Ärzte nicht nur im privaten Bereich, sondern auch in der Arbeit mit Patientinnen und Patienten. Besonders Alte und Kranke leiden unter hohen Temperaturen. Gerade, wenn das Durstgefühl mit steigendem Alter nachlässt, wächst die Gefahr, zu wenig zu trinken und in einen Flüssigkeitsmangel zu geraten, der mit einer Verschiebung der Elektrolyte einhergehen kann. Das Mantra der salzarmen Ernährung muss dann kritisch hinterfragt und im Einzelfall auch zu einer Tasse Gemüsebrühe geraten werden. Nicht zu vergessen ist der Hinweis auf vielen Arzneimittelverpackungen, den jeweiligen Inhalt nicht über 25 ° Celsius zu lagern, da sich Inhaltsstoffe bei höheren Temperaturen verändern können.

Viele Hausärztinnen und Hausärzte haben schon in den vergangenen Pandemie Jahren eine Liste ihrer besonders gefährdeten älteren Patientinnen und Patienten erstellt, von denen viele z. B. auch Diuretika erhalten. Deren Dosierung sollte im Sommer ggf. angepasst werden, um dem Körper nicht noch zusätzlich Wasser zu entziehen. Auch die Dosierung anderer Wirkstoffgruppen muss ggf. angepasst werden und zwar von den behandelnden Ärztinnen und Ärzten. Andere Heilberufe sind gerne gefordert, auch ihrerseits einen wachen Blick auf gefährdete Menschen zu werfen, sollten jedoch immer an die Hausärztin oder den Hausarzt verweisen.

Die Arzneimitteltherapiesicherheit ist zweifelsohne ein Thema von herausragender Bedeutung, sollen Arzneimittel doch nutzen und nicht schaden. Daher greift die Landesärztekammer Hessen diesen Themenkomplex anlässlich des Welttages der Patientensicherheit auf, der in diesem Jahr unter dem Motto „Medication without harm“ steht. Die World Health Organisation gibt Fehler rund um die Medikation als eine der weltweit führenden Ursachen für vermeidbare Schäden im Gesundheitswesen an. Medikationspläne, Wechselwirkungen, aber auch die Vermeidung von Fehlmedikation spielen dabei eine wichtige Rolle und natürlich die Kommunikation innerhalb und zwischen den Sektoren. Schätzungen gehen davon aus, dass etwa fünf Prozent der stationären Aufnahmen den Neben- und Wechselwirkungen durch Medika-

mente geschuldet sind. Auch der Einfluss des Geschlechts auf die (Neben-)Wirkung von Medikamenten wird erst in jüngerer Zeit zunehmend berücksichtigt und ist Gegenstand weiterer Forschungsarbeiten – wie auch die circadiane Rhythmik.

Unter dem Titel „Arzneimitteltherapiesicherheit: Neue Lösungen für bekannte Herausforderungen“ bietet die Landesärztekammer Hessen am 07.09.2022 und am 02.11.2022 eine zweiteilige Onlinefortbildung mit engagierten Referentinnen und Referenten aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft und der Bundesärztekammer an (siehe S. 519).

Schon vor der Coronapandemie waren wir wiederholt mit Engpässen konfrontiert, die aus Fertigungsproblemen in indischen oder chinesischen Fabriken resultierten. Die Europäische Union will Versorgungsengpässe mit einer neuen Arzneistrategie angehen. Auf die Ergebnisse dürfen wir gespannt sein und können nur auf eine baldige Lösung oder zumindest eine teilweise Verbesserung hoffen.

Wir stehen nicht nur in Hessen und Deutschland, sondern weltweit vor großen Herausforderungen, denen der menschliche Erfindungsgeist, der mich immer wieder tief beeindruckt, zum Wohle aller hoffentlich erfolgreich begegnen wird.

Mögen sich die Pessimisten täuschen und die Optimisten recht behalten!



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Paul - stock.adobe.com

CME: Parodontitis und allgemeine Gesundheit

Parodontitis ist eine chronisch multifaktorielle Infektionserkrankung mit hoher Prävalenz. Etwa 15 bis 20 Prozent der deutschen Bevölkerung sind parodontal schwer erkrankt. In dem zertifizierten Fortbildungsbeitrag beleuchten die Autoren die Auswirkungen der Krankheit auf die allgemeine Gesundheit.

495



Foto: © Nizwa Design - shutterstock.com

Serie Patientensicherheit: Peer Review

Das Ärztliche Peer Review ist ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren, welches z. B. auf einer Intensivstation angewendet werden kann und sich wesentlich von anderen Maßnahmen wie beispielsweise Audits unterscheidet. Im Interview berichten zwei Ärzte und ein Pflegeleiter, worauf es dabei ankommt.

526

Editorial: Nur nicht aufgeben	491
Aus dem Präsidium: Ärztinnen und Ärzte: Wohin wollen wir?	494
Ärzttekammer: Deutsch-italienische Freundschaft – Grußwort von Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärztekammer von Salerno	506
Medizingeschichte: Salerno, die erste Medizinschule Europas	507
Patientensicherheit	
Serie Teil 18: Peer Review auf der Intensivstation: Alle gewinnen	526
Online-Fortbildungsreihe Patientensicherheit und Qualitätssicherung	529
Fortbildung	
CME: Parodontitis und allgemeine Gesundheit	495
Im neuen Format: Repetitorium Allgemeinmedizin über fünf Tage	516
Webseminare des Hessischen Krebsregisters	529
Weiterbildung: FEWP – Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne	513
Bekanntmachungen	
■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	518
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	524
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	531
Aus den Bezirksärztekammern: Beruf der MFA auf der Ausbildungsmesse „Ansage Zukunft“	516



Foto: Regine Lindhoff



Foto: © Jostale - stock.adobe.com

154. Bad Nauheimer Gespräch

Vor einem Jahr kamen die selben Experten aus Medizin, Recht und Politik schon einmal zusammen, um ein Zwischenfazit zum Corona-Management der Regierung zu ziehen. Der Blick auf das zurückliegende, ereignisreiche Pandemiejahr ergab für die Experten wenig Positives. Sie haben ihre Kritik bekräftigt.

504

Geschichte: Medizinschule in Salerno

Salerno in Süditalien kann als Geburtsstätte der modernen europäischen Hochschulmedizin angesehen werden. Aus Klostermedizin entstand hier eine wissenschaftlich orientierte Heilkunde. Salerno wurde sowohl für Frauen als auch Männer zu einer bedeutenden Ausbildungsstätte mit festgelegtem Curriculum.

507

Mensch und Gesundheit

Vorbild für das Krankenhaus der Zukunft: Das Klinikum Höchst zieht in ein neues Gebäude mit Passivhaus-Standard ... 503
 Vier Szenarien: Gesundheitsamt Frankfurt bereitet sich auf kommenden Herbst und Winter vor ... 514

Bad Nauheimer Gespräche: Kritik an Pandemie-Management erneuert ... 504

Gesundheitspolitik:

Die Versorgung von morgen gestalten – Ausblick der Techniker Krankenkasse in Hessen ... 510
 40 Jahre IPPNW: Ärztliche Verantwortung für eine Welt in Frieden ... 530

Recht: Jeder Tupfer zählt – Die postoperative Zählkontrolle ... 515

Personalia: Nachrufe auf Dr. med. Günter Haas (S. 533) & Dr. med. Helge Riegel (S. 531) ... 502/517

Impressum ... 539



Sprache im Hessischen Ärzteblatt

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

Ärztinnen und Ärzte: Wohin wollen wir?

Im Vordergrund des ärztlichen Berufs steht das Wohl der Patientinnen und Patienten. Diese Aufgabe des ärztlichen Berufs ist uns ganz wichtig, sie kann nicht geteilt und nicht delegiert werden. Wir werden uns mehr denn je engagieren müssen, diese Aufgabe erfüllen zu können. Das geht natürlich nicht ohne die Ärzteschaft – und auch nur, wenn die Rahmenbedingungen stimmen.

Ausbildung und Weiterbildung

Die Studentinnen und Studenten der Humanmedizin brauchen ein patientennahes und praxisorientiertes Studium. Die anschließende Weiterbildung über fünf bis sechs Jahre ermöglicht die selbstständige Ausübung des ärztlichen Berufs. Die Ärztekammern haben ihre Hausaufgaben gemacht und eine inhaltsreiche Weiterbildung vorgegeben. Die Qualität der Weiterbildung wird durch die Befugung der Weiterbilder:innen sowie durch eine abschließende Prüfung und Evaluation gesichert. Die Umsetzung der Weiterbildung wird aber immer schwieriger. Im stationären Bereich werden Arztstellen eingespart. Die wenigen Kolleginnen und Kollegen schrubben Dienste, sind am Limit und können sich nicht gleichzeitig qualifiziert weiterbilden.

Auch die Befugten zur Weiterbildung sind in einer schwierigen Situation. Sie tragen eine Verantwortung, der sie immer schwieriger gerecht werden können. Das eLogbuch ist eine gute und sinnvolle Dokumentation – aber auch sie muss umgesetzt werden. Ergänzende Befugungen könnten helfen, die Lasten zu verteilen. Was wollen wir also? Nichts anderes als Arztstellen. Mit einer ordentlichen Vergütung. Diese muss extrabudgetär erfolgen. Nur so kann die Patientenversorgung langfristig gut gelingen.

Gleiches gilt für die Weiterbildung im ambulanten Bereich. Eine halbwegs interessante Förderung gibt es nur für die Allgemeinmedizin. Alle weiteren Fachgebiete werden aktiv außen vorgelassen. Die Weiterbildung im ambulanten fachärztlichen Bereich als „Goodwill“? Was wollen wir? Eine gute extrabudgetäre Finanzierung der ambulanten Weiterbildung für Fachärztinnen und Fachärzte aller Gebiete.

Berufsausübung

Die Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten mit dem Ziel einer guten Patientenversorgung wird von Reglementierungen, Vorschriften und Budgets eingeengt und behindert. Das ist seit Ulla Schmidt (SPD, Bundesministerin für Gesundheit von 01/2001 bis 10/2009) nichts Neues, geht jetzt aber an das „Eingemachte“. Im **stationären** Bereich langen die pauschalisierten, nach diagnosebezogene Fallgruppen (DRG) gesteuerten Budgets hinten und vorne nicht mehr. Wenn Krankenhausmanager das letzte Wort



Foto: Manuel Maier

„Die Freiheit der Berufsausübung von Ärztinnen und Ärzten zugunsten des Patientenwohls darf nicht länger eingeschränkt werden.“

haben, dient als letzte Verfügungsmasse und „Steinbruch“ die angestellte Ärzteschaft.

Auch die Flucht in die **Niederlassung** hilft nicht mehr. Die kalkulierten Punktwerte sind von vorgestern, einzelne Untersuchungen wie Gastroskopien sind ein Minusgeschäft. Zaghafte Ansätze für eine gezielte Stabilisierung durch vereinzelt Zuschläge und Entbudgetierung wie nach dem Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) werden rückgängig gemacht. Und zum Schluss: Die Inflation frisst die verbleibenden Erträge auf. Eine Niederlassung in die Ungewissheit? Fazit: Leistungsversprechen der Politik werden zu Lasten von Patienten und Ärzteschaft still und heimlich einkassiert.

Medizinische Versorgungszentren (MVZ) sind ein bescheidener Weg, um die ärztliche Kooperation zu intensivieren, die Patientenversorgung zu verbessern und die Kostenfalle zu minimieren. Die alleinige Fokussierung auf „schädliche“ von Investoren geführte MVZ greift zu kurz und ist ein politisches Ablenkungsmanöver.

Was bedeutet die ärztliche Freiberuflichkeit?

Neben unbeeinflussten Entscheidungen im Sinne der Patienten fordern unsere Kolleginnen und Kollegen in Weiterbildung, in Klinikverantwortung oder als Vertragsärzte zu Recht planbare Rahmenbedingungen für ihre Lebensentscheidung der weiteren ärztlichen Tätigkeit. Berufliches Engagement, Investitionen in die eigene Praxis oder 24/7 Dienste in den Kliniken gibt es nur bei einem gesicherten Einkommen, Zeit für die Familie und die eigene Gesundheit sowie Zeit für Fortbildung. Signale aus der Politik, dass sich die Mandatsträger:innen dieser Problematik annähernd bewusst sind, gibt es nicht – die Aussagen des zuständigen Ministers auf dem Deutschen Ärztetag im Mai 2022 haben das eindrucksvoll bestätigt.

Einen Ersatz für Ärztinnen und Ärzte gibt es aber auch nicht. Für Patientinnen und Patienten wäre es eine Katastrophe, wenn ärztlicher Sachverstand als Konsequenz sich zunehmend von der patientennahen Medizin abwendet.

Konsequenzen

Die Freiheit der ärztlichen Berufsausübung wird zunehmend eingeschränkt. Es wird uns nicht erspart bleiben, mantraartig auf die einzelnen Einschränkungen hinzuweisen und ihre Bedeutung für die Gesundheitsversorgung zu erläutern. Die Freiberuflichkeit ist kein Selbstzweck, sondern ist Voraussetzung für das Patientenwohl. Dafür lohnt es sich, politische und berufspolitische Forderungen immer und immer wieder hervorzuheben.

Dr. med. Wolf Andreas Fach

Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen

Parodontitis und allgemeine Gesundheit

VNR: 2760602022231730006

Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz, Prof. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz

Ein Abkürzungsverzeichnis findet sich am Ende des Artikels.

Was ist eigentlich Parodontitis?

Die Mundhöhle ist die Eintrittspforte in den Organismus und wie andere Körperoberflächen sind die Mundschleimhäute bakteriell besiedelt. Einige Vertreter der oralen Mikroflora sind in der Lage, über die Zahnoberflächen zu wachsen und bakterielle Zahnbeläge (Zahnplaque, dentaler Biofilm) zu bilden. Anders als die Mundschleimhäute erneuern sich die Zahnoberflächen nicht, so dass der dentale Biofilm im Laufe der Zeit zunimmt und sich seine Zusammensetzung von primär grampositiv und aerob zu gramnegativ und anaerob verändert. Unsere Zähne sind einzigartige Festkörper, die singulär im menschlichen Organismus die Integrität der Körperhülle physiologisch durchdringen und deshalb besonderer Reaktionsmechanismen bedürfen, um ein Eindringen der Mikroorganismen des dentalen Biofilms zwischen Zahnoberfläche und Zahnfleischsaum in Bindegewebe und Knochen zu verhindern. Dieser Reaktionsmechanismus manifestiert sich klinisch als Entzündung dieses Zahnfleischsaums (Gingivitis). Werden die bakteriellen Zahnbeläge entfernt (z. B. durch effektive häusliche Mundhygiene), klingt die Gingivitis nach wenigen Tagen ab. In einem Spannungsfeld von mikrobiologischer Exposition, die sich zur Dysbiose entwickeln kann, und der Reaktionslage des Wirts kommt es bei vielen Menschen früher oder zumeist später zu Entgleisungen dieser Infektabwehr. Die wirtseigene Verteidigungslinie weicht dann vor den Mikroorganismen zurück, diese dringen zwischen Zahnfleisch und Zahnoberfläche vor und der Organismus zerstört auf der „Flucht“ vor den Bakterien Bindegewebe und Knochen des Zahnhalteapparates (Parodontitis). Die Zähne verlieren ihren Halt, was im ungünstigsten Fall (zum Beispiel ohne rechtzeitige Therapie) Zahnverluste zur Folge haben kann.



Abb. 1 a & b: Gesunde intakte parodontale Verhältnisse:

a) Intraorale Ansicht einer jungen Frau (17 Jahre).

b) Panoramaschichtaufnahme der gleichen Patientin im Alter von 21 Jahren. Der Abstand zwischen den Schmelz-Zement-Grenzen der Zähne und dem interdentalen Knochen liegt zwischen 1 bis 2 mm.

Beim intaktem Zahnhalteapparat reicht die Gingiva etwa 1 bis 2 mm über (koral) die Schmelz-Zement-Grenze, so dass nur der Zahnschmelz sichtbar ist und die Zahnzwischenräume mit Gingiva gefüllt sind (Zahnfleischpapillen, Abb. 1a). Der zahntragende Knochen reicht 1 bis 2 mm an die Schmelz-Zementgrenze, die die Zahnkrone von der Zahnwurzel trennt, heran (Abb. 1b). Das Ausmaß der parodontalen Zerstörung wird mit einer Parodontalsonde gemessen, die parallel zur Zahnachse mit einer Kraft von 0,2 N (Newton) zwischen Zahnoberfläche und Zahnfleisch in die Zahnfleischtasche geschoben wird. Wenn der Gewebewiderstand die Sondierungskraft aufwiegt, werden die Taschensondierungstiefe (TST) vom Boden der Läsion zum Gingivarand und der klinische Attachmentverlust (CAL) vom Taschenboden zur Schmelz-Zement-Grenze gemessen (Abb. 2).

Die chronische Entzündung Parodontitis hängt einerseits von der Reaktionslage des Gesamtorganismus ab, kann aber andererseits über eine große Wundfläche (8–20 cm²) durch Ausbreitung von Mikroorganismen in die Blutbahn (Bakteriämie) den Gesamtorganismus beeinflussen [1]. Es ist nur plausibel, dass der gesamte Organismus einen entzündlichen Prozess vom Ausmaß einer schweren Parodontitis systemisch wahrnimmt. Bei Pa-

tienten mit Parodontitis sind z. B. die Serumspiegel von C-reaktivem Protein und der Neutrophilen-Elastase im Vergleich zu parodontal Gesunden deutlich erhöht [2]. Bleibt eine Parodontitis unbehandelt, finden transiente Bakteriämien beim Zähneputzen, aber auch beim Essen mehrmals täglich über Wochen, Monate und Jahre statt.

Die prinzipiellen Mechanismen, die die orale Infektion Parodontitis mit Allgemeinerkrankungen wie Herz-Kreislaufkrankungen verbinden, sind demnach die Dissemination:

- der Infektion von der Mundhöhle als Folge transientser Bakteriämien,
- zellulärer Schädigung aufgrund von Toxinen oraler Bakterien,
- von Entzündung ausgelöst durch orale Bakterien [3].

Parodontitis ist eine chronische multifaktorielle Infektionserkrankung mit hoher Prävalenz. Etwa 15 bis 20 % der deutschen Bevölkerung sind parodontal schwer erkrankt. Parodontitis ist durch Zahnfleischbluten, Foetor ex ore, Zahnfleischtaschen, Zahnfleischrückgang, Zahnlockerung und Zahnwanderung gekennzeichnet und kann unbehandelt letztlich zu Zahnverlust führen. Neben dem Mundhygieneverhalten (bakterielle Zahnbeläge) beeinflussen die genetische Prädisposition, Risikofakto-

Fotos: Rechte bei den Autoren

ren wie sozioökonomisch ungünstige Bedingungen, Rauchen oder Allgemeinerkrankungen wie Diabetes mellitus die Krankheitsentstehung und erhöhen das Erkrankungsrisiko [4].

Wie kann Parodontitis therapiert werden?

In den frühen Stadien (Stadium I und II) ist Parodontitis für die Betroffenen selbst schwer von einer bloßen Zahnfleischentzündung, bei der noch kein bleibender Schaden eingetreten ist, zu unterscheiden. Die für den betroffenen Patienten feststellbaren Symptome wie vor allem Zahnfleischbluten lassen keine Unterscheidung zwischen Gingivitis und Parodontitis zu, weshalb Parodontitis auch oft als „stille Erkrankung“ bezeichnet wird. Die frühen Stadien der Parodontitis sind aber einfach zu therapieren. Wenn die Patienten feststellen, dass die Zähne lang und beweglich werden oder wandern, liegen fortgeschrittene Stadien (III oder IV) vor, deren Therapie aufwendig sein kann. Deshalb ist es wichtig, dass das Vorliegen von Parodontitis regelmäßig überprüft wird (Parodontaler Screening Index: PSI). Die gesetzlichen Krankenkassen bezahlen diese Untersuchung beim Zahnarzt alle zwei Jahre [4].

Im Rahmen einer systematischen Parodontitisbehandlung werden zunächst die Mundhygiene des Patienten optimiert, Reizfaktoren wie Zahnstein und überstehende Füllungsänder beseitigt und dentale Biofilme professionell entfernt (Stufe 1 der Parodontitistherapie).

Es folgen die subgingivale Instrumentierung (mechanische Reinigung der Wurzeloberflächen in den Zahnfleischtaschen; Stufe 2), die in seltenen Fällen (schwere Parodontitis bei jungen Patienten) durch die systemische Gabe von Antibiotika (Amoxicillin und Metronidazol) unterstützt werden kann. Diese systemische Gabe von Antibiotika zusätzlich zur subgingivalen Instrumentierung ist aber nur in wenigen Fällen sinnvoll und notwendig („antibiotic stewardship“). Bei der überwiegenden Mehrheit der Fälle von Parodontitis reicht die mechanische Therapie allein aus.

Wenn die Stufe 2 der Parodontitistherapie allein nicht zum Erfolg führt, wie es bei Pa-

rodontitis der Stadien III und IV möglich ist, kann ggf. die Durchführung chirurgischer Maßnahmen erforderlich sein (Stufe 3).

Die sich anschließende, bedarfsorientiert regelmäßig durchzuführende unterstützende Parodontitistherapie (UPT; Stufe 4) soll das erreichte Behandlungsergebnis aufrechterhalten und ist damit ein wesentlicher Schlüssel zum langfristigen Therapieerfolg [5]. Bei über 90 % der parodontal erkrankten Patienten ist keine chirurgische Behandlung nötig [4].

Wie kann die Therapie von Parodontitis die allgemeine Gesundheit beeinflussen?

Wenn massiv bakteriell besiedelte parodontale Taschen der Ausgangspunkt sich chronisch wiederholender transients Bakteriämien und damit einer systemischen Entzündungslast sind, kann Parodontitistherapie nur einen allgemeinen Effekt haben, wenn sie die subgingivale bakterielle Besiedlung substanziell reduziert und die Taschen schließt bzw. verringert. Das bedeutet, dass bei Studien, die das Ziel haben, den Effekt parodontaler Therapie auf die allgemeine Gesundheit (z. B. Diabetes mellitus, Schwangerschaftskomplikationen) zu überprüfen, zuallererst die parodontale Therapie erfolgreich sein

muss (Reduktion der Zahnfleischtaschen und der subgingivalen Entzündung), bevor eine Auswirkung auf die Allgemeinerkrankung erwartet werden darf. Bei einem Teil der Studien, die den Effekt parodontaler Therapie auf z. B. Diabetes überprüft haben, erwies sich die parodontale Therapie nicht als wirksam und in der Folge wurde auch keine Auswirkung auf die Allgemeinerkrankung beobachtet [6]. Nur wirksame Parodontitistherapie kann einen systemischen Effekt auf die Allgemeingesundheit haben.

Duo infernale: Parodontitis und Diabetes

Diabetes mellitus ist eine Systemerkrankung, die über Organ-, Sektor- und Fachgrenzen hinausgeht. Das Ziel jeder Behandlung ist eine optimale glykämische Einstellung, um den Langzeitfolgen des Diabetes vorzubeugen. Neben den schon lange bekannten Spätschäden wie Makroangiopathien, Neuro-, Nephro- und Retinopathien und deren Folgen wird heute auch von der Parodontitis als einer weiteren wichtigen Diabetesfolgeerkrankung gesprochen. So haben Diabetes-Patienten im Vergleich zu Menschen, die nicht an Diabetes leiden, ein dreifach erhöhtes Risiko, an Parodontitis zu erkranken. Eine

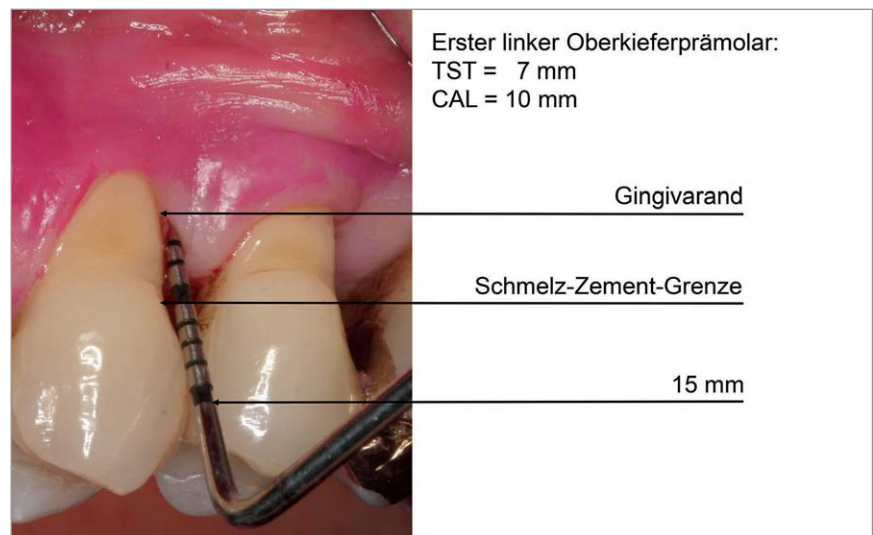


Abb. 2: Erster linker Oberkiefer-Prämolare bei einem 62-jährigen Patienten mit schwerer Parodontitis (Stadium III, Grad C). Eine Parodontalsonde mit einer 15 mm langen Messscala wird parallel zur Zahnachse mit einer Kraft von 0,2 N zwischen Zahnoberfläche und Zahnfleisch in die Zahnfleischtasche geschoben. Wenn der Gewebewiderstand die Sonde arretiert, werden die Taschensondierungstiefe vom Boden der Läsion zum Gingivarand (TST 7 mm) und der klinische Attachmentverlust vom Taschenboden zur Schmelz-Zement-Grenze (CAL 10 mm) gemessen.

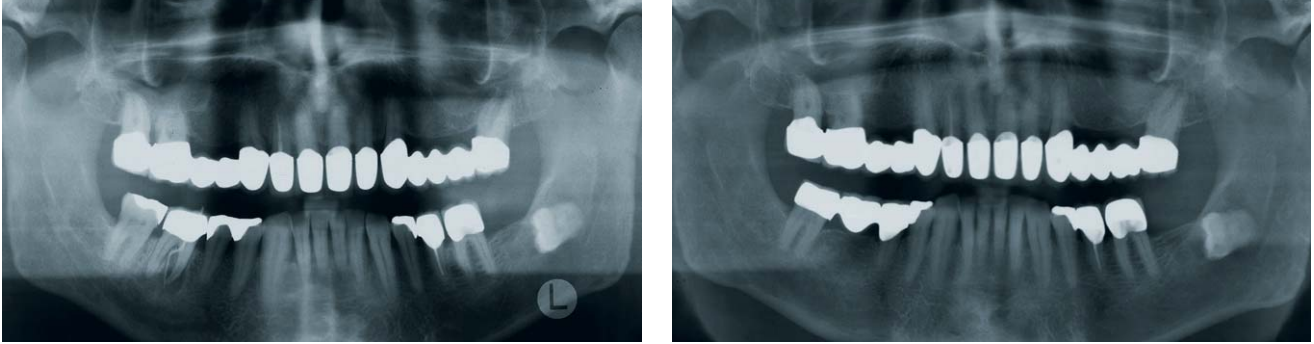


Abb. 3 a & b: Panoramaschichtaufnahmen der Kiefer eines bei Behandlungsbeginn (2005) 57-jährigen Patienten, der seit 1990 an Diabetes mellitus leidet und seit 1994 mit Insulin behandelt wird:

a) 2005: Wurzelkanalfüllung an den Zähnen 12 und 35, an der mesialen Wurzel von Zahn 46 periapikale (um die Wurzelspitze) Osteolyse (Verdacht auf Pulpanekrose). Generalisierter Knochenabbau relativ zur Wurzellänge 15–33 % (Parodontitis Stadium II), an den Seitenzähnen im Oberkiefer rechts und an den Unterkieferfrontzähnen mehr als 33 % Knochenabbau (Parodontitis Stadium III).

b) 2017 (zwölf Jahre nach systematischer Parodontitistherapie mit anschließender regelmäßiger Nachsorge; HbA1c: 6,5 %): Der Zahn 46 wurde nach vergeblicher Wurzelkanalbehandlung 2006 extrahiert. Der Knochenabbau ist in den zwölf Jahren nicht vorangeschritten, im Oberkieferseitenzahnbereich ist es zwischen den Zähnen 17 und 16 zu einer knöchernen Auffüllung gekommen.

manifeste Parodontitis erschwert im Gegenzug bei Diabetes die Stoffwechselkontrolle und verschlechtert dessen glykämische Einstellung [7].

Verbreitung, Schweregrad und Verlauf der Parodontitis und des Zahnverlustes sind mit Diabetes mellitus verknüpft. Unabhängig vom Diabetestyp sind die durchschnittliche Sondierungstiefe (klinisch gemessene Tiefe der Zahnfleischtaschen) und der durchschnittliche klinische Attachmentverlust (Verlust der Verankerung der Zahnwurzel im Kieferknochen) bei Diabetes mellitus signifikant erhöht. Sowohl Typ-1- als auch Typ-2-Diabetes sind als Risikofaktor für Parodontitis einzustufen. Die Progression von Parodontitis ist bei Diabetes beschleunigt, was sich auch in höherem Zahnverlust manifestiert. Ist der Diabetes-Patient allerdings gut eingestellt, weist er kein erhöhtes Risiko auf und spricht ähnlich gut auf eine Parodontitistherapie an wie Patienten, die nicht an Diabetes leiden. Mit schlechterer glykämischer Kontrolle hingegen nimmt das Risiko für eine parodontale Destruktion und Zahnverlust zu [7].

Wie auch bei anderen chronischen Entzündungen weisen Diabetes-Patienten mit einer Parodontitis eine schlechtere glykämische Einstellung als parodontal gesunde Diabetes-Patienten auf. Mit Zunahme der Sondierungstiefe parodontaler Taschen oder des entzündeten parodontalen Gewebes steigt auch der HbA1c-Wert an. Das Vorhandensein

schwerer Parodontitiden erhöht die Insulinresistenz der Gewebe und erschwert so die Einstellung des Blutzuckers. Bei Typ-2-Diabetes mit schwerer Parodontitis war im Vergleich mit parodontal gesunden oder parodontal leicht erkrankten Diabetes-Patienten die Sterblichkeit aufgrund einer ischämischen Herzkrankheit 2,3-fach und einer diabetischen Nephropathie 8,5-fach sowie die Inzidenz von Makroalbuminurie 2,1-fach und die einer terminalen Niereninsuffizienz 3,5-fach erhöht [7].

Eine erfolgreiche Behandlung der parodontalen Entzündung kann nicht nur die lokalen Symptome der Erkrankung des Parodonts (Zahnhalteapparat) reduzieren, sondern auch den Status des Diabetes verbessern. In einer Reihe von Metaanalysen wurde nachgewiesen, dass durch eine effektive Parodontitistherapie die glykämische Einstellung bei parodontal erkrankten Diabetes-Patienten verbessert werden kann. Die Senkung des HbA1c-Wertes bei Typ-2-Diabetes lag drei Monate nach nicht-chirurgischer Parodontitistherapie (Stufe 1 und 2) zwischen 0,4 und 0,5 %, was von der klinischen Bedeutung dem Hinzufügen eines zweiten Medikaments zu einer pharmakologischen Therapie bei Diabetes entspricht [8].

Insofern sollte von Seiten des behandelnden Arztes bei jedem Diabetes-Patienten geprüft werden, ob eine Parodontitis vorliegt (Hauszahnarzt: PSI) und bei Vorlie-

gen eine entsprechende Therapie eingeleitet werden [7].

Wenn Parodontitis zu Herzen geht

Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen

Parodontitis und Herz-Kreislauf-Erkrankungen sind in der deutschen Bevölkerung weit verbreitet, die Prävalenz beider Erkrankungen nimmt mit dem Alter zu und beide Erkrankungen teilen sich eine entzündliche Pathogenese und gemeinsame Risikofaktoren (z. B. das Rauchen). Eine stetig wachsende Zahl von Studien, Übersichtsarbeiten und Metaanalysen belegt deutlich eine positive Assoziation zwischen Atherosklerose und parodontaler Entzündung [9, 10]. So zeigte die von Kardiologen als Maß für atherosklerotische Gefäßveränderungen benutzte Messung der sogenannten Intima-Media-Dicke bei Patienten mit schwerer Parodontitis gegenüber alterskorrelierten parodontal gesunden Kontrollen signifikant erhöhte Werte [11]. Es ist davon auszugehen, dass die bei unbehandelter Parodontitis chronisch auftretenden transitorischen Bakteriämien zu entzündlichen Veränderungen der Blutgefäße führen, die in endothelialer Dysfunktion und schließlich atherosklerotischen Veränderungen resultieren. Bereits die alleinige Reduktion der parodontalen Entzündung durch sorgfältige mechanische Reinigung der erkrankten Zähne und damit Beseitigung der entzün-

dungsauslösenden bakteriellen Biofilme und damit der Quelle der transitorischen Bakteriämien resultierte innerhalb eines Jahres in einer signifikanten Abnahme der Intima-Media-Dicke [12].

Parodontitis verursacht nicht Atherosklerose. Aber es scheint, dass Parodontitis neben vielen anderen Faktoren wie Rauchen oder erhöhte Blutfette zu einem erhöhten Risiko für Herz-Kreislauferkrankungen beiträgt. In einer randomisierten klinischen Studie (RCT) bei parodontal schwer erkrankten Patienten konnte mit Hilfe der flussvermittelten Dilatation (FMD), mit der bereits frühe Stadien endothelialer Gefäßveränderungen noninvasiv erfasst werden können, gezeigt werden, dass durch die erfolgreiche Reduktion der parodontalen Entzündung mittels antiinfektiöser Parodontitistherapie (Reinigung der Zahnfleischtaschen; Parodontitistherapie Stufe 1 und 2 [5]) die manifeste endotheliale Dysfunktion der Studienteilnehmer im Vergleich zu einfachen Zahnreinigungen (professionelle Zahnreinigung) ohne Reinigung der Zahnfleischtaschen signifikant reduziert werden

konnte. Bei parodontal erkrankten Patienten korreliert die Abnahme der flussvermittelten Dilatation mit dem Schweregrad der oralen Entzündung [13]. Eine einfacher anzuwendende Möglichkeit, Veränderungen im kardiovaskulären System zu erfassen, ist die Messung der so genannten Pulswellengeschwindigkeit (PWV), welche die Geschwindigkeit und Stärke der Reflexion der aortalen Pulswelle durch das periphere Gefäßsystem als Maß für den Status der vaskulären Gesundheit verwendet [14]. Erhöhte PWV ist ein starker Prädiktor für zukünftige kardiovaskuläre Ereignisse und Mortalität bei Patienten mit und ohne verschiedene Risikofaktoren wie Niereninsuffizienz, Patienten mit Typ-2-Diabetes oder Bluthochdruck [15].

Bei Analysen der kardiovaskulären Gesundheit parodontal schwer erkrankter Patienten mit Hilfe der PWV-Messung konnte gezeigt werden, dass die Betroffenen im Vergleich zu parodontal gesunden Kontrollen eine pathologisch vorgealterte Gefäßgesundheit aufwiesen. Sie zeigten erhöhte PWV-Werte, wie sie ansonsten nur bei 10 bis 15 Jahre chronologisch älteren

Individuen typischerweise zu finden sind [16, 17]. Können erhöhte PWV-Werte bei Patienten mit schwerer unbehandelter Parodontitis durch eine erfolgreiche antiinfektiöse Parodontaltherapie positiv beeinflusst werden? In einer klinischen Interventionsstudie wurden von allen Studienteilnehmern die PWV-Werte vor sowie sechs und 12 Monate nach antiinfektiöser Parodontaltherapie erfasst. Bei Studienpatienten, die im Verlauf der Therapie eine sehr deutliche Reduktion der parodontalen Entzündung auf $\leq 10\%$ des Ausgangsbefunds zeigten, wurde gleichzeitig auch eine signifikante Reduktion des gemessenen PWV-Mittelwertes um ca. 0,9 m/s beobachtet. Diese durch erfolgreiche Parodontaltherapie induzierte Verbesserung der Gefäßgesundheit ist damit sogar mit dem üblicherweise erwarteten Rückgang der PWV von ca. 0,7 m/s bei Hochdruckpatienten nach optimaler Einstellung der medikamentösen Therapie vergleichbar [18]. Patienten hingegen, bei denen die durchgeführte Parodontaltherapie zu keiner wesentlichen Reduktion der oralen Entzündungssituation führte, zeig-

Tab. 1: Weitere Erkrankungen, die mit Parodontitis in Zusammenhang gebracht werden

Erkrankung	Mechanismus	Evidenz
Rheumatoide Arthritis (RA)	<ul style="list-style-type: none"> • Hypercitrullinierung* durch NETose in parodontalen Geweben • Citrullinierung* durch Peptidyl-Arginin-Deiminase von Porphyromonas gingivalis 	<ul style="list-style-type: none"> • Starke Assoziation • Metaanalysen zeigen positiven Effekt parodontaler Therapie auf RA
Chronische Niereninsuffizienz	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale und systemische Entzündung • Oxidativer Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Assoziation • Evidenz robust
Entzündliche Darmerkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • parodontale Taschen als Reservoir für Pathobionten • Verbindung von oraler und Darmdysbiose 	<ul style="list-style-type: none"> • Assoziation • Evidenz schwach
Karzinome von Kopf-Hals, oberem Respirations- und Verdauungstrakt, Lunge, Oesophagus, Magen und Pankreas	<ul style="list-style-type: none"> • Lokale und systemische Entzündung • Oxidativer Stress 	<ul style="list-style-type: none"> • Assoziation • Evidenz schwach
Neurodegenerative Erkrankungen	<ul style="list-style-type: none"> • Parodontitis immer nur ein möglicher Kofaktor neben z. B. Diabetes mellitus, Hypertonus oder Atherosklerose • Zusammenhang zumeist über die systemische Entzündungslast, über die große subgingivale Wunde, bei unbehandelter generalisierter schwerer Parodontitis 	

* Citrullinierung: posttranslationale Transformation der Aminosäure Arginin in Citrullin (Ersatz einer Ketamin- durch eine Ketongruppe).

ten nachfolgend neben einer weiteren Verschlechterung der PWV-Werte auch eine signifikante Zunahme des zentral-aortalen Druckes [19]. Allerdings konnte der positive Effekt parodontaler Therapie auf die kardiovaskulären Verhältnisse bisher nur für Surrogatparameter (PWV, FMD) und nicht für wahre klinische Endpunkte gezeigt werden.

Die vorliegende Evidenz zur Interaktion von Parodontitis und kardiovaskulären Erkrankungen ist sicherlich noch nicht ausreichend, um allgemein gültige Handlungs- und Therapieempfehlungen aussprechen zu können. Die bereits verfügbare Datenlage legt aber nahe, die Kooperation zwischen Innerer Medizin und Zahnmedizin deutlich zu intensivieren, da parodontale und kardiovaskuläre Gesundheit weit enger miteinander verbunden sind als dies selbst Experten noch vor wenigen Jahren vermutet hätten.

Atherosklerotische Gefäßveränderungen, zu denen Parodontitis beiträgt, können sich auch auf weitere Organe auswirken. So erkrankten von 1.147 Männern an Parodontitis Erkrankte über 18 Jahre nicht nur häufiger an Angina pectoris und Myokardinfarkt als parodontal Gesunde, sondern Personen, die zu Beginn des Untersuchungszeitraumes bereits an Parodontitis erkrankt waren, erlitten auch häufiger ischämische Schlaganfälle. Dabei nahm das Risiko für kardio- und zerebrovaskuläre Ereignisse mit dem Schweregrad der Parodontitis zu [20].

Schließlich soll nicht unerwähnt bleiben, dass sich bei Patienten mit erektiler Dysfunktion, die auch mit der Funktion von Gefäßen zusammenhängt, häufiger Parodontitis nachweisen lässt im Vergleich zu Männern mit uneingeschränkter Funktion [21]. Ein RCT konnte zeigen, dass sich drei Monate nach erfolgreicher parodontaler Therapie die Werte für die erektile Funktion verbesserten [22].

Parodontitis und Schwangerschaft

Die Hormonumstellung während der Schwangerschaft hat Auswirkungen auf das Zahnfleisch/die Gingiva. Das Gewebe reagiert stärker auf die bakteriellen Zahnbeläge und es kann zur sogenannten Schwangerschaftsgingivitis oder zur Epulis gravidarum kommen. Der Schwanger-

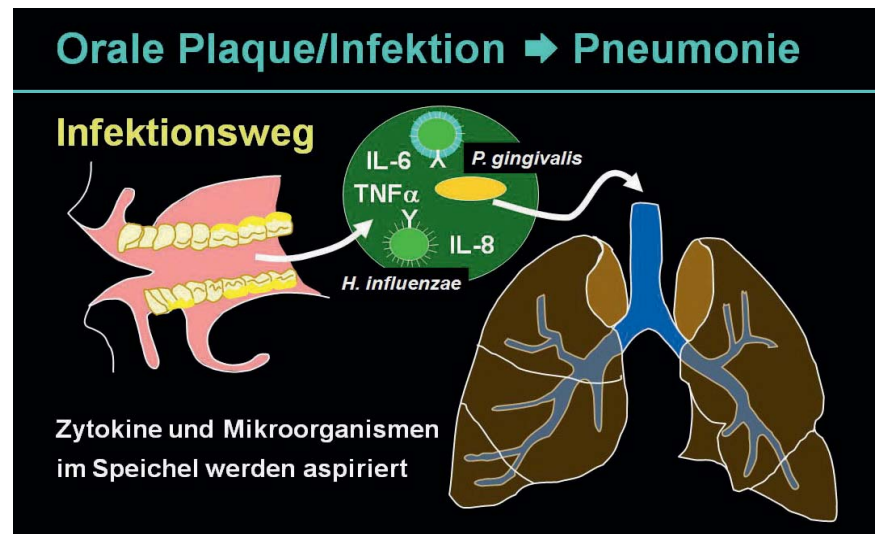


Abb. 4: Die häufigste Ursache respiratorischer Infektionen ist die Verschleppung von Bakterien aus der Mundhöhle und dem Nasen-Rachen-Raum in die unteren Atemwege (modifiziert nach Scannapieco 2000 [33]) [42].

schaftsgingivitis lässt sich leicht durch effektive individuelle Mundhygiene, die durch professionelle Zahnreinigungen unterstützt werden kann, vorbeugen [23]. Die Hormoneffekte klingen nach der Entbindung ab.

Wie sieht es aber in der umgekehrten Richtung aus? Kann eine unbehandelte schwere Parodontitis Einfluss auf den Schwangerschaftsverlauf nehmen? Es ist nur plausibel, dass sich chronisch wiederkehrende transitorische Bakteriämien auch in der Plazenta auswirken, nur dass der Zeitraum auf neun Monate begrenzt ist. Metaanalysen belegen diesen Zusammenhang deutlich. In Abhängigkeit vom Schweregrad der Parodontitis steigt das Risiko (moderate Parodontitis: 30 % erhöht; schwere Parodontitis: 96 % erhöht), dass eine Frau mit Parodontitis im Vergleich zu parodontal gesunden Frauen ihr Kind untergewichtig und/oder vorzeitig zur Welt bringt [24].

Natürlich spielt hier das Alter eine Rolle. In Deutschland leiden in der Altersgruppe der 35- bis 44-Jährigen 43,4 % an moderaten und 8,2 % an schweren Parodontalerkrankungen [25], während es bei den 65–74-Jährigen 44,8 bzw. 19,8 % sind [26]. Es scheint allerdings, dass Frauen in Deutschland während der Schwangerschaft so gut betreut werden, dass diese Zusammenhänge bisher für eine deutsche Kohorte nicht beobachtet werden konnten [27].

Besteht die Möglichkeit, das Risiko für Schwangerschaftskomplikationen durch Parodontitistherapie zu beeinflussen? Eine Metaanalyse zu diesem Thema zeigt weder eine Ab- noch eine Zunahme von untergewichtigen und/oder vorzeitigen Geburten nach nichtchirurgischer Parodontitistherapie (Stufe 1 und 2) während der Schwangerschaft im Vergleich zu keiner parodontalen Therapie. Das heißt einerseits, dass nichtchirurgische Parodontitistherapie während der Schwangerschaft sicher ist, aber auch, dass sie das Risiko von Komplikationen nicht senkt [28]. Wenn man sich die großen in die Metaanalyse eingeschlossenen Studien ansieht, kann man feststellen, dass die Parodontitistherapie in einer großen Zahl der Fälle nicht effektiv war oder erst nach der Entbindung eingetreten ist. Eine amerikanische Arbeitsgruppe konnte eindrucksvoll zeigen, dass in der Subgruppe von Patientinnen eines RCT zum Vergleich von Parodontitistherapie und keiner Therapie, in der Parodontitistherapie zur Verbesserung der parodontalen Verhältnisse führte, auch die Rate der Schwangerschaftskomplikationen abnahm [29]. Ohne effektive Parodontitistherapie mit Beseitigung bzw. substantieller Reduktion der parodontalen Wundfläche als Quelle regelmäßiger transitorischer Bakteriämien darf auch keine Reduktion der Auswirkungen auf die Schwangerschaft erwartet werden.

Respiratorische Erkrankungen und Parodontitis

Die weitaus häufigste Ursache für Infektionen der Atemwege ist die Verschleppung von Bakterien aus der Mundhöhle und dem Nasen-Rachen-Raum in die unteren Atemwege (Abb. 4). Wenn es den Abwehrmechanismen des Körpers nicht gelingt, diese Keime zu eliminieren, entsteht aus einer bakteriellen Kontamination eine Infektion [30]. Bakterielle Zahnbeläge bzw. die subgingivale Flora parodontaler Taschen könnten als Reservoir für diesen Infektionsweg fungieren und auf diese Weise die Entstehung und Unterhaltung respiratorischer Erkrankungen begünstigen. Wiederkehrende Exazerbationen chronisch obstruktiver Atemwegs- und Lungenerkrankungen (chronische Bronchitis, Lungenemphysem) könnten auch durch solche bakteriellen Infektionen ausgelöst werden.

Sowohl bei der Entstehung des Lungenemphysems als auch in der Pathogenese der Parodontitis spielen neutrophile Granulozyten und die proteolytische Zerstörung von Bindegewebe eine entscheidende Rolle. Neutrophile Granulozyten wandern in das betroffene Gewebe ein und können dort zur Zerstörung von Lungenparenchym bzw. Zahnhalteapparat führen. Ein weiterer gemeinsamer Einflussfaktor ist das Zigarettenrauchen, das eng mit Parodontitis assoziiert ist. Zigarettenrauch stört in der Lunge durch Inaktivierung von Proteinase-Inhibitoren das Gleichgewicht zwischen proteolytischen Enzymen (z. B. Elastase der neutrophilen Granulozyten: NE) und deren Inhibitoren und trägt somit zur Gewebeerstörung bei. Rauchen ist der bedeutendste exogene Risikofaktor für Parodontitis und obstruktive Atemwegserkrankungen. Der Begriff frustrane Phagozytose charakterisiert das Unvermögen von Phagozyten, Bestandteile des Zigarettenrauchs oder resistente Mikroorganismen (z. B. *Porphyromonas gingivalis*) aufzunehmen [31]. In beiden Fällen würden Phagozyten nachströmen und proteolytische Enzyme durch Phagozyten und Mikroorganismen freigesetzt, was zu einer zunehmenden Gewebeerstörung führt. Wenn bei Erkrankungen (Parodontitis und obstruktive Lungenerkrankungen) diese

pathogenetischen Mechanismen angenommen werden, hat ein Individuum mit erhöhtem Risiko für parodontale Zerstörung auch ein erhöhtes Risiko eine obstruktive Lungenerkrankung zu entwickeln [31]. Es konnte gezeigt werden, dass Patienten mit unbehandelter Parodontitis einen höheren Serumspiegel von NE aufweisen als parodontal gesunde Kontrollpersonen. Dabei ist der NE-Serumspiegel bei jungen Patienten mit schwerer Parodontitis höher als bei älteren Patienten mit Parodontitis des gleichen Schweregrades. Die erhöhte NE im Serum der Patienten mit unbehandelter Parodontitis könnte in der Lunge zu einer Verschiebung des Gleichgewichts zwischen proteolytischen Enzymen und deren Inhibitoren und somit zur Gewebeerstörung beitragen [2]. Es existiert aber nur geringe Evidenz für einen schwachen Zusammenhang zwischen Mundgesundheit und chronisch obstruktiven Lungenerkrankungen [30].

Bei der Pathogenese der bakteriellen Pneumonie bei Erwachsenen spielt die Aspiration von Bakterien aus dem Oropharynx in die unteren Atemwege eine bedeutende Rolle (Aspirationspneumonie) [32]. Wenn es den Abwehrmechanismen des Körpers nicht gelingt, diese Keime zu eliminieren, kommt es zu deren Vermehrung und zur Infektion. So konnten bei Patienten einer Intensivstation schlechte mundhygienische Verhältnisse festgestellt und aus den Zahnbelägen dieser Patienten zahlreiche potenzielle Pathogene für Atemwegserkrankungen isoliert werden [33]. Dentale Plaque scheint also ein Reservoir für Pneumonieerreger zu sein. Schlechte Mundhygiene findet sich insbesondere bei Patienten auf Intensivstationen, in geriatrischen Rehabilitationskliniken oder Pflegeheimen, bei denen eine besondere Anfälligkeit für Pneumonien vorliegt.

Eine strukturierte Übersicht findet solide Evidenz auf der Basis von Fall-Kontroll- und Kohortenstudien für einen Zusammenhang zwischen oraler Gesundheit und Lungenentzündung bei älteren Menschen, die sich in ambulanter oder stationärer medizinischer Pflege und in Pflegeinstitutionen befinden [30]. So erhöht jeder kariöse Zahn das Risiko für eine Pneumonie um 20–23 % [34].

Anhand randomisierter klinisch kontrollierter Studien lässt sich belegen, dass eine Verbesserung der oralen Hygiene und regelmäßige professionelle Hygienemaßnahmen bei Hochrisikogruppen (ältere Menschen, die in Pflegeinstitutionen leben, oder Patienten auf Intensivstationen) die Progression und das Vorkommen respiratorischer Erkrankungen reduzieren [30]. Bei Patienten, die fünf Tage auf einer Intensivstation lagen und mechanisch beatmet wurden, konnte durch dreimal tägliche Applikation von 0,2 %-igem Chlorhexidingel die Rate nosokomialer Infektionen im Vergleich zur Standardprozedur (viermal tägliche Mundspülung mit Bikarbonatlösung und Absaugung) auf ein Viertel gesenkt werden [35]. Bei Bewohnern japanischer Pflegeheime konnte durch einfache professionelle Unterstützung der oralen Hygiene das Risiko für Pneumonien und Tod durch Pneumonien deutlich gesenkt werden [36].

Weitere Erkrankungen

Es gibt eine Reihe weiterer Erkrankungen, für die eine Assoziation zu Parodontitis gezeigt werden konnte: Rheumatoide Arthritis, Chronische Niereninsuffizienz [37–39], entzündliche Darmerkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) [40], maligne Tumorerkrankungen (Kopfhals, oberer Respirations- und Verdauungstrakt, Lunge, Magen, Pankreas) [41], neurodegenerative Erkrankungen (Morbus Alzheimer und Parkinson) (Tab. 1). Dabei ist Parodontitis immer nur ein möglicher Kofaktor neben z. B. Diabetes mellitus, Hypertonus oder Atherosklerose. Der Zusammenhang von Parodontitis mit diesen Erkrankungen wird zumeist über die systemische Entzündungslast erklärt, die über die große subgingivale Wunde, die das mikroulzerierte Taschenepithel bei einer unbehandelten generalisierten schweren Parodontitis (Stadium III und IV) darstellt, verursacht wird.

Bei Patienten mit entzündlichen Darmerkrankungen ist Parodontitis häufiger und schwerer ausgeprägt als bei gesunden Kontrollen. Beide Erkrankungen teilen gemeinsame Risikofaktoren (Alter, Rauchen, genetische Prädisposition, Ernährung, sozioökonomischer Status). Die Assoziation

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Parodontitis und allgemeine Gesundheit“ von Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz und Prof. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz finden Sie hier abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Portal

vom 25. August 2022 bis 24. Februar 2023 möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben. Dieser Artikel hat ein Peer-Review-Verfahren durchlaufen. Nach Angaben der Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

zwischen entzündlichen Darmerkrankungen ist signifikant, aber die Qualität der Evidenz eher schwach [40].

Der Gedanke, dass chronische Entzündungen die Entwicklung maligner Tumore begünstigen können, ist nicht neu. Die Fall-Kontroll- und Kohortenstudien, die den generellen Zusammenhang zwischen malignen Tumoren untersuchen, kranken daran, dass Parodontitis zum Teil durch wenig aussagekräftige Surrogatparameter (z. B. Zahnverlust, Selbsteinschätzung der Teilnehmer) erfasst und nicht immer für gemeinsame Risikofaktoren (z. B. Alter, Rauchen) korrigiert wird. Für Karzinome bestimmter Regionen lassen sich allerdings deutliche Assoziationen erkennen: Karzinome der Kopf-Hals-Region und des oberen Atemwegs-/Verdauungstraktes, Lungenkrebs, Karzinome des oberen Gastrointestinaltraktes, Pankreaskrebs [41].

Fazit

Es mag sein, dass sich selbst eine unbehandelte generalisierte schwere Parodontitis den Betroffenen nur als Zahnfleischbluten bemerkbar macht. Der Organismus dieser Parodontitispatienten nimmt die Erkrankung weitaus deutlicher wahr. Über chronische transitorische Bakteriämien „kommuniziert“ die Parodontitis mit den Blutgefäßen und über diese mit dem gesamten Organismus, der auf diese Weise auf Entzündung „geschaltet“ wird. Zahnärzte behandeln Parodontitis nicht in erster Linie, um Diabetes zu mildern oder Atherosklerose zu verhindern. Zahnärzte

behandeln Parodontitis, um Zähne und damit Kaufähigkeit und Lebensqualität zu erhalten. Die Tatsache, dass die Mundhöhle mit ihren Strukturen vom Rest des Körpers nicht hermetisch abgeschottet ist und sich gesunde Verhältnisse im Mund positiv auf den gesamten Körper und seine Funktionen auswirken, sollten Grund genug sein, dass Zahnärzte und Ärzte öfter und ernsthafter ins Gespräch über ihre Patienten kommen, um deren Gesundheit besser dienen zu können.

Das bedeutet konkret für das Beispiel Diabetes mellitus, dass die Zahnärzte Patienten mit Diabetes und Parodontitis ihrem behandelndem Hausarzt bzw. Diabetologen zur Anpassung der Therapie vorstellen sollten, um Langzeitschäden, auch auf andere Organe zu vermeiden. Umgekehrt sollten Hausärzte bzw. Diabetologen in ihren diagnostischen und therapeutischen Handlungsablauf den Zähnen und der Mundhygiene mehr Beachtung schenken. Patienten mit Diabetes insbesondere bei schlechter Stoffwechseleinstellung (HbA1c über 8,0 %) sollten dem Zahnarzt vorgestellt werden.

**Prof. Dr. med. dent.
Peter Eickholz¹**

**Prof. Dr. med. dent.
Bettina Dannewitz^{1,2}**

¹Poliklinik für Parodontologie, Zentrum der Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde (Carolinum), Goethe-Universität Frankfurt, Theodor-Stern-Kai 7 (Haus 29) 60596 Frankfurt am Main

Abkürzungsverzeichnis

CAL	clinical attachment loss; klinische Attachmentverlust; Verlust der Verankerung der Zahnwurzel im Kieferknochen
DM	Diabetes mellitus
FMD	flussvermittelte Dilatation; prozentuale Veränderung des Gefäßdurchmessers
Foetor ex ore	übler Mundgeruch
HbA1c-Wert	Langzeit-Blutzuckerwert
LPS	Lipopolysaccharide
N	Newton; physikalische Größe Kraft
NE	neutrophile Elastase; wichtiges Enzym für die Immunabwehr
NET/NETose	Aktivierung und Freisetzung von NETs; Neutrophil Extracellular Traps; Netzwerke extrazellulärer Fasern; binden Krankheitserreger
Parodont	Zahnhalteapparat
PSI	Parodontaler Screening Index
PWV	Pulswellengeschwindigkeit (Aorta)
RA	Rheumatoide Arthritis
RCT	randomized controlled trial, randomisierte kontrollierte Studie
TST	Taschensondierungstiefe

Die Literatur findet sich auf der Webseite www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

²Zahnärztliche Gemeinschaftspraxis
Dres. Dannewitz & Glass
Langgasse 36–38, 35781 Weilburg

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
eickholz@med.uni-frankfurt.de

Multiple-Choice-Fragen: Parodontitis und allgemeine Gesundheit

VNR: 2760602022231730006

(eine Antwort ist richtig)

- 1. Wie groß ist die Wundfläche, die bei einer generalisierten schweren Parodontitis in den Zahnfleischtaschen entsteht?**
 - 1) 8–20 mm²
 - 2) 0,5–1 cm²
 - 3) 8–20 cm²
 - 4) > 50 cm²
- 2. Wie hoch ist der Anteil der deutschen Bevölkerung, der parodontal schwer erkrankt und deshalb behandlungsbedürftig ist (5. Deutsche Mundgesundheitsstudie)?**
 - 1) 0,2–10 %
 - 2) 15–20 %
 - 3) 40–50 %
 - 4) > 50 %
- 3. Wie stark kann durch effektive nicht-chirurgische Parodontitistherapie (Therapiestufe 1 und 2) die glykämische Einstellung bei parodontal erkrankten Typ-2-Diabetes-Patienten verbessert werden kann?**
 - 1) gar nicht
 - 2) 0,4–0,5 %
 - 3) ca. 10 %
 - 4) > 15 %
- 4. Was ist Gingivitis?**
 - 1) Entzündung aller Anteile des Zahnhalteapparates.
 - 2) Degenerative Erkrankung des Zahnfleisches/der Gingiva.
 - 3) Entzündung nur des Zahnfleisches/der Gingiva.
- 4. Zahnfleischveränderung infolge von Vitamin-D-Mangel.**
 - 4) Zahnfleischveränderung infolge von Vitamin-D-Mangel.
 - 5) Freiliegende Zahnhäule.
- 5. Was sollte von Seiten des behandelnden Arztes bei jedem Diabetes-Patienten über dessen Hauszahnarzt geprüft werden?**
 - 1) Ob eine Parodontitis vorliegt.
 - 2) Wie häufig sich der Patient die Zähne putzt.
 - 2) Ob der Patient eine fluoridhaltige Zahnpaste verwendet.
 - 3) Ob der Patient mit herausnehmbarem Zahnersatz versorgt ist.
 - 4) Ob der Patient eine elektrische Zahnbürste verwendet.
- 6. Wie häufig übernehmen die gesetzlichen Krankenkassen die Überprüfung auf das Vorliegen von Parodontitis durch den Parodontalen Screening Index (PSI)?**
 - 1) zweimal pro Jahr
 - 2) einmal pro Jahr
 - 3) einmal innerhalb von zwei Jahren
 - 4) einmal innerhalb von drei Jahren
 - 5) gar nicht
- 7. Welchen Einfluss hat Diabetes mellitus (DM) auf den Verlauf der Parodontitis?**
 - 1) DM führt zu einer Verlangsamung der Progression von Parodontitis.
 - 2) Unabhängig von der metabolischen Einstellung beschleunigt DM die Progression von Parodontitis.
 - 3) DM hat keinen Einfluss auf Parodontitis.
- 4) Ein metabolisch schlecht eingestellter DM beschleunigt die Progression von Parodontitis.**
- 8. Über welchen Mechanismus „kommuniziert“ eine unbehandelte Parodontitis mit dem gesamten Organismus?**
 - 1) Über den Verdauungstrakt.
 - 2) Über Inhalation von proinflammatorischen Zytokinen.
 - 3) Über das vegetative Nervensystem.
 - 4) Über chronische transitorische Bakteriämien.
- 9. Wie beeinflusst eine schwere Parodontitis das Risiko einer Frau, ihr Kind untergewichtig und/oder vorzeitig zur Welt zu bringen im Vergleich zu parodontal gesunden Frauen?**
 - 1) kein Einfluss
 - 2) doppeltes Risiko
 - 3) dreifaches Risiko
 - 4) vierfaches Risiko
- 10. Welche respiratorische Erkrankung kann bei vulnerablen Gruppen (hochbetagte Menschen in betreuenden Einrichtungen) durch einfache Unterstützungsmaßnahmen der individuellen Mundhygiene günstig beeinflusst werden?**
 - 1) Lungenemphysem
 - 2) Pneumonie
 - 3) Allergisches Asthma
 - 4) Chronische Bronchitis

Personalia

Foto: Bundeswehr



Oberstarzt Dr. med. Ulrich Jürgens, Allgemeinmediziner in Bad Soden, seit fast 30 Jahren Leitender Notarzt und ebenso engagierter Offizier, wurde am 6. Juli mit militärischen Ehren und einem Empfang des Main-Taunus-Kreises aus dem Landeskommando Hessen in den Ruhestand verabschiedet (Foto, 2. v. l.). Neben der durchgehend beibehaltenen anteiligen Praxistätigkeit leitete Jürgens in den vergangenen Jahren das Verbindungskommando Sanitätsdienst für die zivilmilitärische Zusammenarbeit beim Landeskommando und der Landesregierung Hessen. Aufseiten der Landesärztekammer konnten in diesem Zusammenhang sehr fähige Referentinnen und Referenten für die Akademie und für das Hessische Ärzteblatt hervorragende Autorinnen und Autoren gewonnen werden. Jürgens wird auch im (Un-) Ruhestand als Verbindungsoffizier des Landeskommandos Hessen zur Landesärztekammer Hessen und zu den hessischen Universitätskliniken den Kontakt halten und diesen weiter entwickeln.

Dr. med. Alexander Marković, MBA, Ärztlicher Geschäftsführer der Landesärztekammer Hessen

Literatur zum Artikel:

Parodontitis und allgemeine Gesundheit

von Prof. Dr. med. dent. Peter Eickholz, Prof. Dr. med. dent. Bettina Dannewitz

- [1] Loos BG. Systemic markers of inflammation in periodontitis. *J Periodontol* 2005;76:2106–2115.
- [2] Wohlfeil M, Scharf S, Siegelin Y, et al. Increased systemic elastase and C-reactive protein in aggressive periodontitis (CLOI-D-00160R2). *Clin Oral Investig* 2012;16:1199–1207.
- [3] Li X, Kolltveit KM, Tronstad L, Olsen I. Systemic diseases caused by oral infection. *Clin Microbiol Rev* 2000; 13:547–558.
- [4] Dannewitz B, Holtfreter B, Eickholz P. [Periodontitis-therapy of a widespread disease]. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz* 2021;64:931–940.
- [5] Kebschull M, Jepsen S, Kocher T, et al. Die Behandlung von Parodontitis Stadium I bis III. Die deutsche Implementierung der S3-Leitlinie „Treatment of Stage I–III Periodontitis“ der European Federation of Periodontology (EFP). In: https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/083-043l_S3_Behandlung-von-Parodontitis-Stadium-I-III_2021-02_2.pdf/: AWMF, 2020.
- [6] Engebretson SP, Hyman LG, Michalowitz BS, et al. The effect of nonsurgical periodontal therapy on hemoglobin A1c levels in persons with type 2 diabetes and chronic periodontitis: a randomized clinical trial. *JAMA* 2013;310:2523–2532.
- [7] Deschner J, Haak T, Jepsen S, et al. Diabetes mellitus und Parodontitis. Wechselbeziehung und klinische Implikationen. Ein Konsensuspapier. *Internist* 2011;52:466–477.
- [8] Engebretson S, Kocher T. Evidence that periodontal treatment improves diabetes outcomes: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Periodontol* 2013;40 Suppl 14:153–163.
- [9] Tonetti MS, Van Dyke TE, Working group 1 of the joint EFP/AAPw. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. *J Clin Periodontol* 2013;40 Suppl 14:24–29.
- [10] Humphrey LL, Fu R, Buckley DI, Freeman M, Helfand M. Periodontal disease and coronary heart disease incidence: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 2008;23:2079–2086.
- [11] Beck JD, Eke P, Lin D, et al. Associations between IgG antibody to oral organisms and carotid intima-medial thickness in community-dwelling adults. *Atherosclerosis* 2005;183:342–348.
- [12] Piconi S, Trabattoni D, Luraghi C, et al. Treatment of periodontal disease results in improvements in endothelial dysfunction and reduction of the carotid intima-media thickness. *FASEB J* 2009;23:1196–1204.
- [13] Tonetti MS, D’Aiuto F, Nibali L, et al. Treatment of periodontitis and endothelial function. *N Engl J Med* 2007;356:911–920.
- [14] Baulmann J, Nurnberger J, Slany J, et al. [Arterial stiffness and pulse wave analysis]. *Dtsch Med Wochenschr* 2010;135 Suppl 1:4–14.
- [15] Cruickshank K, Riste L, Anderson SG, Wright JS, Dunn G, Gosling RG. Aortic pulse-wave velocity and its relationship to mortality in diabetes and glucose intolerance: an integrated index of vascular function? *Circulation* 2002;106:2085–2090.
- [16] Jockel-Schneider Y, Harks I, Haubitz I, et al. Arterial stiffness and pulse wave reflection are increased in patients suffering from severe periodontitis. *PLoS One* 2014; 9:e103449.
- [17] McEniery CM, Yasmin, Hall IR, et al. Normal vascular aging: differential effects on wave reflection and aortic pulse wave velocity: the Anglo-Cardiff Collaborative Trial (ACCT). *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1753–1760.
- [18] Ong KT, Delorme S, Pannier B, et al. Aortic stiffness is reduced beyond blood pressure lowering by short-term and long-term antihypertensive treatment: a meta-analysis of individual data in 294 patients. *J Hypertens* 2011;29:1034–1042.
- [19] Jockel-Schneider Y, Bechtold M, Haubitz I, et al. Impact of anti-infective periodontal therapy on parameters of vascular health. *J Clin Periodontol* 2018;45:354–363.
- [20] Beck J, Garcia R, Heiss G, Vokonas PS, Offenbacher S. Periodontal Disease and Cardiovascular Disease. *J Periodontol* 1996;67 Suppl 10S:1123–1137.
- [21] Martin A, Bravo M, Arrabal M, Magan-Fernandez A, Mesa F. Chronic periodontitis is associated with erectile dysfunction. A case-control study in european population. *J Clin Periodontol* 2018;45:791–798.
- [22] Eltas A, Oguz F, Uslu MO, Akdemir E. The effect of periodontal treatment in improving erectile dysfunction: a randomized controlled trial. *J Clin Periodontol* 2013;40:148–154.

- [23] Raffauf A, Kunze M, Kürschner A, Ratka-Krüger P. Parodontale Behandlung während der Schwangerschaft. Mitteilung der Deutschen Gesellschaft für Parodontologie (DGParo). *Parodontologie* 2014; 25:71–74.
- [24] Chambrone L, Guglielmetti MR, Pannuti CM, Chambrone LA. Evidence grade associating periodontitis to preterm birth and/or low birth weight: I. A systematic review of prospective cohort studies. *J Clin Periodontol* 2011;38:795–808.
- [25] Hoffmann T, Schützhold S. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Erwachsenen (35 bis 44-Jährige). Parodontalerkrankungen. In: Jordan AR, Micheelis W, eds. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2016:312–334.
- [26] Kocher T, Holtfreter B. Krankheits- und Versorgungsprävalenzen bei Jüngeren Senioren (65- bis 74-Jährige). Parodontalerkrankungen. In: Jordan AR, Micheelis W, eds. Fünfte Deutsche Mundgesundheitsstudie. Köln: Deutscher Zahnärzte Verlag, 2016:396–415.
- [27] Noack B, Klingenberg J, Weigelt J, Hoffmann T. Periodontal status and preterm low birth weight: a case control study. *J Periodontol Res* 2005;40:339–345.
- [28] Chambrone L, Pannuti CM, Guglielmetti MR, Chambrone LA. Evidence grade associating periodontitis with preterm birth and/or low birth weight: II: a systematic review of randomized trials evaluating the effects of periodontal treatment. *J Clin Periodontol* 2011;38:902–914.
- [29] Jeffcoat M, Parry S, Sammel M, Clotier B, Catlin A, Macones G. Periodontal infection and preterm birth: successful periodontal therapy reduces the risk of preterm birth. *BJOG* 2011;118:250–256.
- [30] Azarpazhooh A, Leake JL. Systematic review of the association between respiratory diseases and oral health. *J Periodontol* 2006;77:1465–1482.
- [31] Hayes C, Sparrow D, Cohen M, Vokonas PS, Garcia RI. The association between alveolar bone loss and pulmonary function: the VA Dental Longitudinal Study. *Ann Periodontol* 1998;3:257–261.
- [32] Bonten MJ, Gaillard CA, van Tiel FH, Smeets HG, van der Geest S, Stobberingh EE. The stomach is not a source for colonization of the upper respiratory tract and pneumonia in ICU patients. *Chest* 1994; 105:878–884.
- [33] Scannapieco FA. Relationships between periodontal and respiratory diseases. In: Rose LF, Genco RJ, Cohen W, Mealey BL, eds. *Periodontal medicine*. Hamilton: B.C. Decker Inc, 2000:83–97.
- [34] Terpenning MS, Taylor GW, Lopatin DE, Kerr CK, Dominguez BL, Loeische WJ. Aspiration pneumonia: dental and oral risk factors in an older veteran population. *J Am Geriatr Soc* 2001;49:557–563.
- [35] Fourrier F, Cau-Pottier E, Boutigny H, Roussel-Delvallez M, Jourdain M, Chopin C. Effects of dental plaque antiseptic decontamination on bacterial colonization and nosocomial infections in critically ill patients. *Intensive Care Med* 2000; 26:1239–1247.
- [36] Yoneyama T, Yoshida M, Ohrui T, et al. Oral care reduces pneumonia in older patients in nursing homes. *J Am Geriatr Soc* 2002;50:430–433.
- [37] Kapellas K, Singh A, Bertotti M, Nascimento GG, Jamieson LM, Perio CKDc. Periodontal and chronic kidney disease association: A systematic review and meta-analysis. *Nephrology (Carlton)* 2019;24:202–212.
- [38] Chambrone L, Foz AM, Guglielmetti MR, et al. Periodontitis and chronic kidney disease: a systematic review of the association of diseases and the effect of periodontal treatment on estimated glomerular filtration rate. *J Clin Periodontol* 2013;40:443–456.
- [39] Dannewitz B, Sommerer C, Stolzel P, et al. Status of periodontal health in German patients suffering from chronic kidney disease-Data from the GCKD study. *J Clin Periodontol* 2020;47:19–29.
- [40] Rangé H, Bouchard P. Periodontitis and inflammatory bowel disease. In: Hirschfeld J, Chapple ILC, eds. *Periodontitis and systemic diseases Clinical evidence and biological plausibilities*. Berlin: Quintessence Publishing, 2021:111–132.
- [41] Higham JH, Scannapieco F. Periodontitis and malignancies. In: Hirschfeld J, Chapple ILC, eds. *Periodontitis and systemic diseases Clinical evidence and biological plausibilities*. Berlin: Quintessence Publishing, 2021:219–250.
- [42] Eickholz P. Parodontitis als Risikofaktor für respiratorische Erkrankungen. *Parodontologie* 2012; 23:57–63.

Vorbild für das Krankenhaus der Zukunft

Das Klinikum Höchst zieht in ein neues Gebäude mit Passivhaus-Standard

Krankenhäuser zählen zu den größten Energiefressern unter den Gebäuden. Sie benötigen relativ hohe Raumtemperaturen, es herrscht ein 24-Stunden-Betrieb, Licht und Lüftung sind im Dauereinsatz – doch die größte Stromverbraucherin ist die Medizintechnik. Das alles galt es im Vorfeld zusammenzutragen, alles zu berücksichtigen, um den Anforderungen an den Neubau des städtischen Klinikums Höchst zu genügen, sagt Jürgen Schnieders vom Passivhaus Institut Darmstadt. Jetzt ist das Gebäude fertig, das bereits während der Planungs- und Bauphase auf internationale Aufmerksamkeit gestoßen war. Im Herbst sollen alle Genehmigungen vorliegen. Dann erfolgt der Umzug.

Beginn der Planungen vor zwölf Jahren

Vorab im Juni verlieh das Passivhaus Institut das Zertifikat an das „weltweit erstes Krankenhaus“, das den Anforderungen eines Passivhauses gerecht wird. Es könnte ein Projekt aus dem Energiekrisen-Jahr 2022 sein. In Wirklichkeit sind zwölf Jahre vergangen, seitdem die Verantwortlichen der Stadt Frankfurt diesen Weitblick bewiesen. Sie beschlossen damals, eines der „modernsten und energieeffizientesten Kliniken Europas“ zu bauen. Die Landesregierung begleitete und förderte das „Vor-



Auf dem Dach erzeugt eine Brennstoffzelle (vorn im Bild) aus Erdgas (oder später auch Wasserstoff) eine elektrische Leistung von 100 Kilowatt. Sie deckt gut 40 % des Wärmebedarfs für die Trinkwarmwassererzeugung.



Fotos: varisano Klinikum Höchst

Die insgesamt vier Querriegel des Neubaus des städtischen Klinikums Frankfurt Höchst: Für die Vermeidung von Wärmeverlusten stellt die Passivbauweise an alle Bauteile der Gebäudehülle wie Fassade, Dach, Fundament und Kellerdecke sowie Fenster höhere Anforderungen zur Vermeidung von Wärmebrücken.

zeigebispiel klimafreundlicher Neubauten“. Wenn der Betrieb startet, spielen die explodierenden Energiekosten eine untergeordnete Rolle. „Wir wollten in Frankfurt als erste Stadt beweisen, dass man ein zeitgemäßes Krankenhaus fast ohne fossile Rohstoffe beheizen und klimatisieren kann“, sagte Gesundheitsdezernentin Rosemarie Heilig (Grüne) anlässlich der Übergabe des Zertifikats. Höchst solle als Vorbild dienen für alle Krankenhäuser, die in Zukunft in Deutschland gebaut werden. Nachahmer müssten nicht bei null anfangen. Das Passivhaus Institut hat im Auftrag des hessischen Wirtschaftsministeriums eine Grundlagenstudie erstellt, die erstmals den Energiebedarf von Krankenhäusern komplett erfasst – inklusive der Geräte und EDV, sagt Schnieders. Im Vergleich zum noch genutzten Altbau spare das neue Gebäude rund 75 % der Energiekosten ein, im Vergleich zu einem konventionellen Neubau sei es noch die Hälfte. Die Mehrkosten in Höhe von 6 % amortisierten sich, so Schnieders weiter. Der Nettogewinn überwiege.

Ein Haus voller Gebäudetechnik

Das Gesamtinvestitionsvolumen liegt bei 262 Millionen Euro. 208 Millionen trägt

die Stadt, der Rest kommt vom Land. Geheizt wird mit einem konventionellen Gaskessel, Wissenschaftler der Universität Kassel experimentieren parallel dazu mit Brennstoffzelle, die zukünftig mit Wasserstoff betrieben werden könne. Die Wände und Fensterrahmen sind besser gedämmt. In allen Räumen gibt es eine Lüftungsanlage, die die Wärme zurückgewinnt und für eine angenehmere geruchsfreie Luftqualität sorgt. Die Raumtemperatur wird den Bedürfnissen entsprechend reguliert, sagt Schnieders und räumt mit einem Vorurteil auf: Auch in Passivhäusern ließen sich die Fenster öffnen. Aber sie müssten es nicht, um frische Luft zu bekommen.

Das aus vier Querriegeln bestehende Gebäude ist acht Stockwerke hoch, darunter sind sechs oberirdisch. Es hat eine Bruttogeschossfläche von mehr als 78.000 Quadratmetern, verfügt über einen Hubschrauberlandeplatz, 670 Betten und rund 40 tagesklinische Plätze. Es gibt zehn Operationssäle – darunter ein hybrider. In dem Gebäude sollen rund 1.600 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter arbeiten.

Jutta Rippegather

Im Internet:
www.neubau-klinikum-frankfurt.de

Kritik an Pandemie-Management erneuert

Podiumsdiskussion der Bad Nauheimer Gespräche

Vor einem Jahr kamen die selben Experten aus Medizin, Recht und Politik schon einmal zusammen, um ein Zwischenfazit zum Corona-Management der Regierung zu ziehen. Doch seit dem hat sich einiges an der Lage der Pandemie verändert: Die offiziellen Infektionszahlen haben sich – auch wegen der neuen Omikron-Variante – verzehnfacht (Stand: Juli 2022). Zudem ist nun eine neue Regierung und damit ein neuer Gesundheitsminister an den Hebeln der Macht. Nun lud der Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche am 14. Juli für die Folgeveranstaltung in die Räumlichkeiten der Landesärztekammer in Frankfurt am Main ein. Hat sich etwas an der Einschätzung der Experten verändert?

Die Anwesenden waren sich bezüglich der Kritik an dem Pandemie-Management erneut überwiegend einig. Für sie ergab der Blick auf die vergangenen zwölf Monate wenig Positives.

Impfkampagne „ineffektiv“

Zunächst begann die Podiumsdiskussion – moderiert von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf – mit Kurzreferaten der Experten. Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, forderte im vergangenen Jahr von der Politik: „Gebt uns Impfstoff und wir machen aus dem Lüftchen einen Orkan.“ Damit sollten die Verantwortlichen aufgefordert werden, das Impfen den Ärztinnen und Ärzten zu überlassen und nicht etwa über Impfzentren zu verteilen. „Aus dem Lüftchen ist leider nur ein Wind geworden“, sagte Pinkowski, da den Ärzten nicht genügend Impfstoff bereit gestellt worden sei. Von einem „kommunikativem Durcheinander“ sprach der Landesärztekammerpräsident: „Dennoch hat die Ärzteschaft den Impfstoff, den sie bekommen hat, selbstverständlich verimpft und hat auch eine wesentlich größere Zahl von Menschen geimpft als die weit teurer agierenden Impfzentren.“ Die Impfzentren seien ein Beispiel für ineffektives Impfen, zudem habe die weitere Diversifikation des Impfstoffes an Apotheker oder Zahnärzte da-

zu geführt, dass der Impfstoff nicht in der Effektivität bei den Menschen angekommen sei, es sei ein „politisches Desaster“. Auch jetzt sehe er keine Verbesserung der politischen Lage, da der Gesundheitsminister die Experten der STIKO aushebele und deren evidenzbasierte Empfehlungen in Frage stelle. Damit werde die Bereitschaft der Bevölkerung für etwaige Maßnahmen im Herbst oder Winter weiter untergraben.

Schaden für Kinder und Jugendliche

Im Anschluss referierte Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin, über die Auswirkungen der Lockdowns auf Kinder und Jugendliche. So habe sich die Rate von Depressionen, Fettsucht, Diabetes, Abhängigkeiten und Suiziden bei den Heranwachsenden erhöht. „Da sind schlimme Dinge mit den Kindern passiert, die ihnen ja im Wesentlichen auferlegt wurden, um die gesamtepidemische Lage in den Griff zu bekommen“, sagte Huppertz. Außerdem seien wichtige präventive Maßnahmen wie Vorsorge- und Schuleingangsuntersuchungen ausgefallen, da beispielsweise die Eltern es mieden, mit ihren Kindern zum Arzt zu gehen.

Die Schere bei der Schulbildung sei noch weiter auseinander gegangen. Da der Onlineunterricht nicht mit Präsenzunterricht zu vergleichen sei, seien wichtige soziale Kompetenzen nicht eingeübt oder aber Schulstoff nicht ausreichend vermittelt worden. Dies betreffe besonders Kinder und Jugendliche aus sozio-ökonomisch schwachen Haushalten, die diese Defizite nicht durch Privatschulhilfe aufgeholt bekommen.

Zu den Maßnahmen sagte Huppertz, dass Masken gut seien, da sie praktisch keine Nebenwirkungen hätten und lediglich lästig seien. Masken seien allerdings nur effektiv, wenn diese auch korrekt aufgesetzt würden. Bei kleinen Kindern seien diese deshalb wenig sinnvoll. Die Schulschlie-

ßungen seien aus den vorher genannten Gründen eine „absolute Katastrophe“. Ebenso kritisierte Huppertz das anlasslose Testen, das Kinder und Jugendliche unbegründet in das Visier als Pandemietreiber kommen ließ, „die Unternehmen haben sich dagegen allerdings erfolgreich gewehrt“. Bei den Impfeempfehlungen habe die STIKO die richtigen Entscheidungen getroffen.

Gesundheitsämter „gelähmt“

Der ehemalige Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes, Prof. Dr. Dr. med. habil. René Gottschalk, bekräftigte seine Kritik aus dem vergangenen Jahr, dass von der Politik überwiegend Virologen und Modellierer als Pandemie-Experten herangezogen worden seien. Auch dass die vulnerablen Gruppen beim Schutz vor Ansteckung nicht im eigentlichen Fokus der Schutzmaßnahmen gestanden hätten, sei „völlig unverständlich“ gewesen, stattdessen habe man Kinder mit den Lockdowns Schaden zugefügt. „Ich glaube, dass uns ein ganz schlimmer Herbst bevorsteht, es hat sich nichts geändert“, sagte Gottschalk. Die Containment-Strategie, also die Isolation und Nachverfolgung von Kontaktpersonen, habe die Gesundheitsämter „gelähmt“ und dadurch besseren Schutz der vulnerablen Gruppen verhindert, da das Personal vollkommen gebunden gewesen sei. „Dadurch sind Menschen in Altenheimen krank geworden und gestorben, weil die Hygiene in den Altenheimen nicht optimal war“, warf Gottschalk den Verantwortlichen vor.

Wissenschaft und Ärzteschaft „ließen sich treiben“

Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Kölner Internist, sagte, dass sich viele Dinge durch die Pandemie verändert hätten. Das reiche vom Privatleben über Politik bis hin zur Wirtschaft. Auch die Wissenschaft sei davon betroffen: Zwar gebe es für sie auf der einen Seite einen Bedeutungszuwachs, aber auf der anderen Seite sei nach

wie vor auch ein unvollständiges Verständnis von Wissenschaft vorhanden. „Es wird immer gesagt: ...die Wissenschaft, ...die Wissenschaftler! Die Wissenschaft scheint plötzlich ein monolithischer Block zu sein, der irgendwo liegt und auf dem steht die Wahrheit drauf geschrieben und dann ist das so.“ Schrappe sagte, dass es ein Albtraum sei, wenn die Politik genau das machen müsste, was die Wissenschaft herausgefunden habe. Die Ärztinnen und Ärzte sollten sich auch wieder auf ihr Fach besinnen. „Wir haben uns dahin treiben lassen, dass wir Krankheit und Laborbefund verwechselt haben.“ Ein positiver PCR-Test sei noch kein Beleg für eine Erkrankung, sondern nur für eine Besiedelung; auch dass Angst als Mittel zur Risikokommunikation eingesetzt werde, sei vollkommen ungeeignet, so Schrappe. Die Bevölkerung verdiene auch ein Ausstiegsszenario, sonst verliere man die Bereitschaft der Menschen.

„Versagen der Gerichte“

Über die juristischen Aspekte der Pandemie referierte anschließend Prof. Dr. jur. Uwe Volkmann, Rechtswissenschaftler an der Frankfurter Goethe-Universität. Der Befund des Rechtssystems in der Krise sei ebenfalls kaum positiv. „Es war auch für das Rechtssystem ein besonderer Stress-test“, sagte Volkmann, „im Großen und Ganzen hat es diesen nicht sonderlich gut bestanden“. So hätten die massiven Grundrechtseingriffe nicht die in der Verfassung vorgesehenen Organe entschieden, sondern „Gremien und Kabinette, die nicht öffentlich tagen und so nicht in der Verfassung vorgesehen sind“. Neben diesem Ausfall der formellen Bindung, sei es auch zu einem Ausfall der materiellen Bindung gekommen. Die Maßnahmen seien noch für die ersten Wochen der Pandemie rechtfertigbar gewesen, aber dann hätte man stärker differenzieren müssen. Gerade der zweite Lockdown habe noch viele sinnlose Maßnahmen enthalten, so Volkmann. Auch die Gerichte hätten nur vereinzelt Maßnahmen und Anordnungen aufgehoben, in den ersten sechs Wochen der Pandemie sei das überhaupt nicht der Fall gewesen. „Das erfolgt unter dem Druck einer öffentlichen Meinung und die Kritik der Gerichte wird zum ersten Mal



Foto: Regina Lindhoff

Moderiert von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf vom Vorstand der Bad Nauheimer Gespräche diskutierten (von links): Dr. med. Edgar Pinkowski, Prof. Dr. med. Hans-Iko Huppertz, Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Prof. Dr. med. Matthias Schrappe, Prof. Dr. jur. Uwe Volkmann und Dr. h. c. Jörg Uwe Hahn.

dann artikuliert, wenn sich auch in der Bevölkerung Kritik regt.“ Selbst das Bundesverfassungsgericht habe „keine gute Figur gemacht“ und sei ein „Totalausfall“. Während es bei anderen Themen, beispielsweise beim Klima, den Kurs der Politik korrigiere, habe es die Politik während der Covid-19-Pandemie weitestgehend gewähren lassen.

Politik habe sich verändert

Dr. h. c. Jörg Uwe Hahn, Jurist, FDP-Politiker und Vizepräsident des Hessischen Landtages, antwortete auf die Frage, was sich seit der Regierungsbeteiligung seiner Partei geändert habe: „Sehr viel: Es gibt keine Impfpflicht, es gibt keinen Lockdown mehr und es wird auch keine Schulschließungen mehr geben.“ Der ehemalige Gesundheitsminister Spahn und der amtierende Gesundheitsminister Lauterbach seien in ihrem Vorgehen gleich, lediglich ihr Team sei ein anderes. Das „Team Vorsicht“ sei durch das „Team Mut“ abgelöst worden. Hahn möchte zur „Rebellion“ aufrufen und nicht nur pessimistisch in die Vergangenheit schauen. Zu den Richtern am Pranger stehen möchte. „Wir haben nicht mehr die Generation der Knorrigen des letzten Jahrhunderts, sondern eine anders sozialisierte Richterschaft, die manchmal den politischen Wetter hinterher geht.“

Diskussion mit Auditorium

Nach den Redebeiträgen der Experten auf dem Podium begann die Diskussion mit der Zuhörerschaft. Zunächst schilderte

Prof. Dr. med. Johannes Pantel sein Unbehagen bezüglich verschiedener Maßnahmen und vor allem gegenüber der Leitlinie für Schulen. Moderatorin Heudorf stimmte seiner Kritik zu. Sie ergänzte, dass mittlerweile ein Gremium tage, das diese Leitlinie überarbeite. In dieser ist unter anderem eine Empfehlung für das anlasslose Testen und dem Maskentragen enthalten. Huppertz pflichtete inhaltlich ebenfalls bei und sagte, dass diese Leitlinie aufgestellt worden sei als es noch keine Impfung gegeben habe. Deshalb habe man die diese Leitlinie aufgestellt. „Die Leitlinie ist völlig veraltet“, so Huppertz. Eine weitere Zuhörerinnen, die sich lediglich als Hausärztin vorstellte, kritisierte ebenfalls die Maßnahmen. Die Hauptaufgabe der Ärzteschaft sei es während der Pandemie gewesen, die Patienten zu beruhigen, weil von Politik und Medien Angst vor dem Virus gemacht worden sei. Auch übe sie Kritik an der Impfung und deren angeblich vielen Nebenwirkungen, die von dem Medizinern auf dem Podium als haltlos zurückgewiesen wurde. „Die normalen, zu erwarteten Nebenwirkung sind tatsächlich da, aber schwerwiegende Nebenwirkung gibt es nicht mehr als bei anderen Impfstoffen auch“, entgegnete Gottschalk. Im Anschluss folgte auch eine Diskussion über die Verantwortung der Presse während der Pandemie, die, so der Vorwurf der Anwesenden, unbegründet Angst unter der Bevölkerung geschürt habe. „Herr Scholz wollte Karl Lauterbach nicht als Gesundheitsminister, die Presse hat ihn reingeschrieben“, sagte Pinkowski.

Lukas Reus



Deutsch-italienische Freundschaft

Grußwort von Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärztekammer von Salerno

In seinem Grußwort zu dem deutsch-italienischen Symposium im Juni in Frankfurt hob Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärztekammer von Salerno, die Wichtigkeit des deutsch-italienischen Wissensaustauschs hervor:

Grußwort

Mit großer Freude begrüße ich den hessischen Staatsminister, den italienischen Generalkonsul in Frankfurt, den Präsidenten der Landesärztekammer Hessen und seinen Vorgänger sowie alle italienischen und deutschen Kollegen. Eine besondere Erinnerung gilt meinem lieben, verstorbenen Freund Andreas Illes, Unterstützer der Partnerschaft unserer beider Ärztekammern: Ein Mensch, der zu aufrichtiger und spontaner Freundschaft fähig war. Er ist heute hier unter uns, lächelnd wie immer und sicherlich glücklich über das erzielte Ergebnis. Ich möchte auch den wunderbaren Empfang hervorheben, den uns seine Frau Dr. Annemarie Illes bei unserer Ankunft in ihrem Hause bereitet hat: Ebenso festlicher wie persönlicher Ausdruck einer Gastfreundschaft, die unsere Verbundenheit deutlich werden lässt.

Sechs Jahre sind seit unserem ersten Treffen in Frankfurt im Jahr 2016 und fünf Jahre seit der ersten Konferenz vergangen, die während der XVI. Tage der Medizinischen Fakultät von Salerno im Jahr 2017 stattfand. An einer zweiten Konferenz (in der Akademie der LÄKH in Bad Nauheim) im Jahr 2019 nahmen mit Dott. Salvatore Pauciulo und Dott. Maurizio Ciliberti zwei renommierte, an der Aufnahme und ersten medizinischen Versorgung von Flüchtlingen beteiligte Kollegen aus Salerno mit Vorträgen über ihre Arbeit teil. Unter den am Hafen von Salerno ankommenden Flüchtlingen befanden sich auch tote Frauen, von denen zwei schwanger waren.

In den Jahren 2020 und 2021 verhinderte die Covid-Pandemie die Fortsetzung der



Foto: Katja Kölsch

Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärztekammer von Salerno, bei seiner Rede auf dem Deutsch-italienischen Fortbildungssymposium „Kampf gegen das Virus“ im Juni in Frankfurt.

wichtigen italienisch-deutschen Treffen. Heute, am 10. Juni 2022, begegnen wir uns trotz der Pandemie mit Mut und Entschlossenheit hier in Frankfurt. Damit wollen wir unseren Wunsch unterstreichen, bilaterale Treffen unserer Ärztekammern mit einem interessanten Programm - aktuell zu dem globalen Gesundheitsproblem, der Covid-19-Pandemie – wieder aufzunehmen. Zahlreiche organisatorische, diagnostische und therapeutische Aspekte werden von italienischen und deutschen Referenten behandelt. Zwei Vorträge dienen dem Vergleich von Impfstatus und Daten zur Ausbreitung des Virus in der Region Kampanien und dem Land Hessen.

Ich danke sowohl Prof.ssa Caterina Pepe, ital. Referentin des Partnerschaftsprojekts, als auch Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien der LÄKH, für die perfekte Vorbereitung und Organisation dieser Veranstaltung. Mein besonderer Dank gilt den heute anwesenden Vertretern wichtiger Institutionen: Ein weiteres Zeichen der Wertschätzung zwischen unseren beiden Ländern, das durch die lobenden Worte über unsere Ärztekammer, unsere Stadt und das Interesse an der Entwicklung der

Gesundheitssysteme beider Länder unterstrichen wurde. Zugleich möchte ich dem Präsidenten Dr. Edgar Pinkowski und dem Präsidium der LÄKH meine tiefe Freundschaft versichern und ihnen für Ihre Bereitschaft danken, diesen wertvollen Wissensaustausch zu fördern. Er trägt dazu bei, die Gemeinsamkeiten unserer Länder und ihre Zugehörigkeit zu einem geeinten und starken Europa zu zementieren.

Schlusswort

Es war ein intensiver Studientag voller neuer Erkenntnisse zur Covid-19-Pandemie. Die Vorträge haben ein vollständiges Panorama des Pandemiegeschehens in unseren beiden Regionen nachgezeichnet, mit einer Fülle interessanter Daten und in mancher Hinsicht auch einer Bestätigung der unterschiedlichen Organisation der Gesundheitssysteme in unseren beiden Ländern. Dies spiegelt sich sowohl in den Kasuistiken als auch in der Reaktion der Bevölkerung auf die Impfkampagne wider, so etwa die größere Verbreitung der Auffrischungsimpfung in Italien.

Neben der gelungenen Organisation der Fortbildungsveranstaltung und der Qualität der Vorträge war auch die rege Mitwirkung der Teilnehmenden eine Quelle gegenseitiger kultureller Bereicherung. Diese Veranstaltung hat Wissen in beide Versorgungssysteme transferiert. Der Vergleich der unterschiedlichen, mit Blick auf ihre Versorgungsprinzipien jedoch eher homogenen, Systeme bietet Anreiz für Integration und Verbesserung. Umso mehr, wenn dabei kulturelle und soziale Aspekte beider Ländern verknüpft werden, die auf eine unterschiedliche Geschichte zurückblicken, aber heute unter der europäischen Flagge vereint sind. Erfahrungen und Wissen müssen zusammengeführt werden, um Bindungen zu stärken und gemeinsame Ziele zu erreichen.

(Deutsche Übersetzung: Katja Möhrle)

Salerno, die erste Medizinschule Europas

Prof. Dr. med. Ulrich Koehler, Dr. med. Björn Beutel, Prof. Dr. med. Wulf Hildebrandt

Genehmigter Nachdruck des Thieme Verlages aus: Dtsch Med Wochenschr 2021; 146(24/25): 1593–1597, DOI: 10.1055/a-1467-9256

Salerno in Süditalien kann als Geburtsstätte der modernen europäischen Hochschulmedizin angesehen werden. Aus der Mönchs- und Klostermedizin entstand eine praktische und wissenschaftlich orientierte Heilkunde. Die salernitanische Schule, die sich als „Civitas Hippocratica“ verstanden hat, war anfänglich nach den Lehren von Hippokrates, den alexandrinischen Ärzten sowie Galen ausgerichtet. Im 11. Jahrhundert begann eine neue Epoche mit Constantinus Africanus, von dem die Schriften der griechisch-arabischen Medizin ins Lateinische übersetzt wurden. Im 12. Jahrhundert stand ein nahezu vollständig latinisiertes Schrifttum von Aristoteles, Hippokrates, Galen, Avicenna und Rhazes zur Verfügung.

Salerno wurde zu einer bedeutenden – für Frauen und Männer – medizinischen Ausbildungsstätte mit festgelegtem Curriculum des Studiums und einem öffentlichen Gesundheitssystem. Die ärztliche Ausbildung wurde unter Kaiser Friedrich II. festgeschrieben und unter staatliche Aufsicht gestellt.

„Civitas Hippocratica“ in Salerno

Die erste medizinisch ausgerichtete Hochschule war die 1057 in Süditalien gegründete Schola Medica Salernitana. Sie wird von vielen als die erste europäische Universität angesehen [1–7]. Der Gründungsmythos der Schule von Salerno besagt, dass vier Reisende zusammengekommen sind, um ihre medizinischen Kenntnisse der griechischen, arabischen, jüdischen und westlich-lateinischen Kultur zu vereinigen [2, 5, 7]. Das wissenschaftliche Niveau der Schule von Salerno ist anfangs kaum höher als das der traditionellen Klostermedizin. Die Ärzte machten es sich zur Aufgabe, Kranke zu behandeln und Ärzte auszubilden. Auch Frauen waren zur Ausübung der Medizin sowie zur

Lehrtätigkeit zugelassen. Mit der Schule von Salerno erlebte die Medizin in Europa erstmals wieder eine Blüte. Durch die strategische Lage im Golf von Pästum hatte Salerno beste Voraussetzungen für die Anknüpfung an die antike Kultur und Medizin. Seit dem 10. Jahrhundert kamen weltliche und geistliche Fürsten sowie Kreuzfahrer nach Salerno, um dort bei den Ärzten medizinische Hilfe und Heilung zu suchen [2, 3, 8]. Die salernitanische Schule, die sich als „Civitas Hippocratica“ verstanden hat, war anfänglich nach den Lehren von Hippokrates, den alexandrinischen Ärzten sowie Galenos von Pergamon ausgerichtet [2–8]. Es existierten Leitfäden mit Krankheitsbeschreibungen (Passionarius Galeni) sowie kleinere Schriften und Abhandlungen über Fieber, Aderlass und die Viersäftelehre.

Constantinus Africanus (1020–1087)

Eine neue Epoche in Salerno begann mit Constantinus Africanus, von dem die Rezeption der griechisch-arabischen Medizin ins Lateinische übersetzt wurde [2, 3, 5, 9]. Constantinus wurde 1020 als Sohn arabischer Eltern in Karthago geboren, er erfuhr seine Ausbildung in Bagdad und kam 1065 als Kaufmann, Drogenhändler und Wanderarzt nach Salerno. Er beherrschte drei Sprachen: Lateinisch, Griechisch und Arabisch. Von seinen langjährigen Reisen nach Ägypten und Syrien brachte er eine umfangreiche Sammlung medizinischer Schriften nach Karthago und ging von dort 1076 nach Salerno [2, 3, 8, 9]. Der Theologe und Arzt Alphanus von Salerno hat die Bedeutung der arabischen Medizin für die sich entwickelnde Medizin in Salerno erkannt und Constantinus Africanus seinem Mitbruder Desiderius, Abt von Montecassino, empfohlen. Constantinus sei in der Lage die arabisch-sprachige Medizin ins Lateinische zu übersetzen. Dass die arabisierte antike Medizin in Salerno und dann auch im Abendland Einzug gefunden hat, ist zweifellos der Verdienst von Constantinus

Africanus. Constantinus saß in einer „Zelle“ des Klosters von Montecassino, unweit von Salerno, und übersetzte viele Schriften der arabischen Medizin ins Lateinische. Schon zu Lebzeiten war seine Person jedoch umstritten. Die einen verherrlichten ihn als „magister orientis et occidentis“, die anderen sahen in ihm einen Plagiator. Bei vielen Übersetzungen arabischer Werke ersetzte er die Namen der Autoren durch seinen eigenen [2, 3, 5, 9]. Die bedeutendste Übersetzung war die des „liber regalis“ des „königlichen Buches“, welches der Perser Ali ibn al-Abbas al Magusi, der Leibarzt des Sultans, seinem Herrn gewidmet hatte. Das Werk umfasste je zehn Bücher in Theorie und Praxis. Constantinus benannte das Gesamtwerk in „Pantegni (Pantechne) Constantini Africani, monachi Casinensis“ um. Ungeachtet des Plagiatsvorwurfs hat die Heilkunde in Europa von den übersetzten Medizinschriften des Constantinus in besonderer Weise profitiert [3]. Die Leistung Constantinus wird nicht nur von den älteren, sondern auch von den jüngeren Medizinhistorikern anerkannt.

Die islamische Medizin

Was wir als islamische Medizin verstehen, ist in erster Linie eine Systematisierung antiker heilkundlicher Quellen aus der Zeit der griechischen und römischen Heilkunde. Die Expansion der Araber bis nach Indien, über Byzanz bis nach Nordafrika und Spanien eröffnete der islamischen Welt fremde Wissenskulturen. Die Überlieferung der klassischen Texte von Hippokrates und Galen gab die inhaltliche Ausrichtung der arabischen Medizin vor [2–9]. In einer noch nie zuvor dagewesenen Übersetzungsleistung wurde nahezu der gesamte Bestand an medizinischer und philosophischer Literatur ins Arabische übertragen.

Die Bedeutung der islamischen Heilkunde liegt vor allem darin, dass sie das bestehende medizinische Wissen zusammentrug und in eine Systematik eingebettete. Die arabische Medizin brachte zudem vie-



Im historischen Zentrum von Salerno erinnert der wieder zugänglich gemachte Garten der Minerva (Giardino della Minerva) an die Blütezeit der Medizinschule von Salerno. Um 1300 gründete der hier geborene Arzt und Botaniker Matthaeus Silvaticus (1285–1342) auf einem Grundstück seiner Familie den botanischen Garten, in dem er Studien für sein berühmtestes Werk durchführte: das *Opus pandectarum Medicinae* oder *Pandectae Medicinae* – ein 650-seitiges Nachschlagewerk in lateinischer Sprache über die medikamentöse Behandlung mit Heilkräutern. [Quelle: Wikipedia]

Foto: © joshale - stock.adobe.com

le Ergänzungen und Neuerungen der antiken Medizin mit sich. Bekannte Krankheitsbilder wurden erforscht, neue, die in den griechischen Quellen bislang nicht vorkamen, erstmals beschrieben. Neue Heilpflanzen und Rezepturen gelangten auf dem Wege der Schriften in den lateinischen Literaturkreis. Die Geschichte der europäischen Medizin kann somit nur unter Berücksichtigung der islamischen Heilkunde verstanden und gewürdigt werden [2–9]. Indem die Texte der griechischen und hellenistischen Ärzte kommentiert, ergänzt und übersetzt wurden, wurde die arabische Kultur zum Übermittler des antiken medizinischen Erbes für Europa. Das mittelalterliche Europa empfing die hippokratisch-galenische Medizin nicht auf direktem, sondern indirektem Wege, nämlich durch die Vermittlung syrischer, persischer und arabischer Gelehrter.

Die Übersetzung in eine andere Sprache mag heutzutage etwas Triviales sein, zu damaliger Zeit war sie ein Ereignis von großer Bedeutung. Mithilfe der Übersetzung konnte das Wissen von einem Kulturraum in den anderen transferiert werden. Die Qualität der Übersetzungen ins Lateinische müssen anfänglich mäßig gewesen sein und nicht immer wurde korrekt übersetzt. Um das Jahr 900 lag die gesamte hippokratische, galenische und byzantinische Medizin in arabischer Sprache vor [2, 3, 4]. Die Textumwandlungen bezeugen die Autorität der alten griechischen Medizin. Die schöpferische Phase der arabischen Medizin beginnt mit dem 10. Jahrhundert. Die großen arabischen Ärzte kommen jedoch nicht aus Arabien selbst, sondern aus Persien (Rhazes und Avicenna) oder aus Syrien oder Ägypten [2, 3]. Die Texte von Rhazes („Speicher der Medizin“) und Avicenna („Kanon“) wären ohne die Einflüsse der

griechischen Medizin vermutlich niemals möglich gewesen.

Nach dem Tode Konstantins begann mit seinem Schüler Johannes Afflacijs sowie vielen andern Ärzten eine rege schriftstellerische Tätigkeit. Das medizinische Wissen und die medizinische Literatur wurden auf eindrucksvolle Art und Weise vermehrt. Mit zunehmender Bekanntheit und anwachsendem Ruhm der „Civitas Salernitana“ kamen Schüler auch aus fremden Ländern, um Vorlesungen über die Heilkunde zu hören und praktische Fähigkeiten zu erlernen [2, 4, 7, 8]. Neben Texten zu Anatomie, Diätetik, Hygiene und Chirurgie entstanden in Salerno auch bedeutsame Werke zu Arzneimittellehre und Heilkunde der Frauen. In der ersten Zeit des Bestehens der Schule von Salerno waren die Lehrer und Lehrerinnen auf die Honorare der Schüler angewiesen, die sie unterrichteten. Später bekamen die Lehrer geregelte Besoldungen. Zu den Vorträgen hatten Schüler aller Nationen Zutritt, es gab keine geschlechtliche oder religiöse Benachteiligung [5, 7, 10]. Das „Regimen sanitatis Salernitanum“, die salernitanische Anweisung zu Gesundheit und einem langen Leben, erschien im 12. Jahrhundert [2, 11]. Es ist ein in lateinischer Sprache geschriebenes Lehrgedicht mit 364 Versen. Der am häufigsten verbreiteten Überlieferung zufolge soll das „Regimen“ für den normannischen Prinzen Robert, den Sohn Wilhelms des Eroberers (1027–1087), verfasst worden sein. Dieser kam 1101 nach Salerno, um dort seine kriegsbedingte Armverletzung behandeln zu lassen. Im „Regimen“ werden Anweisungen zum täglichen Leben gegeben, beispielsweise zu Hygiene, Ernährung, Verdauung und Heilmitteln.

In der Hochphase von Salerno erscheinen Abhandlungen wie die „Practica“ (diäteti-

sche Vorschriften; Behandlung von Verdauungsstörungen etc.), die „De adventu medici“ (Anweisungen für das Verhalten des Arztes am Krankenbett) und das pharmazeutische Standardwerk „Antidotarium“ [2, 4]. Der Aderlass wurde unverändert als wichtige Therapie zur Eliminierung schädlicher und krankhafter Säfte angesehen (Aderlaßschriften). Über „Puls“ und „Urin“ wurden viele Texte verfasst, wobei insbesondere die Beurteilung des Urins („Harnschau“) von grundlegender Bedeutung war. Es wurden Farbe, Menge, Temperatur, Geruch und Geschmack im Hinblick auf das Vorliegen unterschiedlicher Erkrankungen beschrieben. Die „Harnschau“ wurde fortan ein etabliertes diagnostisches Verfahren.

Die Demonstration der Anatomie erfolgte in Salerno ausschließlich am Körper des toten Tieres [2, 3, 11, 12]. Man war, wie Galen, der Meinung, dass die Anatomie des Schweines grundsätzlich der des Menschen entsprach („Anatomia porcis“). Zur Sektion eines Menschen kam es erst in Bologna und Parma im 13. Jahrhundert. In der 2. Hälfte des 12. Jahrhunderts (Hochsalerno) gab es fünf Ärzte und Lehrkörper, die den Wissensstand in Salerno besonders vergrößerten: Roger, Musandinus, Romuld, Maurus und Urso.

„Erlass“ über die Ausbildung von Ärzten und Apothekern

Wir finden in Salerno nicht nur eine Fortbildungsstätte im Sinne einer „universitas“, sondern erstmals auch eine geregelte ärztliche Ausbildung sowie ein öffentliches Gesundheitswesen. Der Diakon Gariopont sowie der Erzbischof und Arzt Alphanus von Salerno sind als Lehrer und Verfasser medizinischer Schriften tätig. Der Normanne König Roger II. (1095–

1154) hat als König von Sizilien bereits 1140 Anordnungen über die ärztliche Ausbildung definiert, Friedrich II. (1194–1250) hat 1240 das Studium der Medizin in einer Verordnung festgeschrieben [2, 8, 12–14]. Friedrich der II., König von Sizilien und Neapel, deutscher König und Kaiser des Heiligen Römischen Reiches, galt als großer Förderer der Medizinschule von Salerno und als Anhänger der arabisch-orientalischen Kultur und Medizin. Für die Ausbildung zum Arzt war festgehalten, dass niemand Medizin studieren solle, „wenn er nicht mindestens drei Jahre Logik studiert hat“ [12]. Das eigentliche Studium sollte dann einen Zeitraum von fünf Jahren umfassen, wobei als Lehrstoff die Bücher von Hippokrates, Galen und Avicenna propagiert wurden. Anatomisches Wissen sowie die Teilnahme an einer Sektion galten als Voraussetzungen für die Ausübung des ärztlichen Berufs. Nach Ablauf der fünf Studienjahre habe der werdende Arzt „ein volles Jahr lang unter Anleitung eines erfahrenen Arztes“ praktisch zu arbeiten [12]. Die Aufgaben des Arztes, die Fragen der Honorarfestsetzung, die unentgeltliche Behandlung der Armen sowie die Trennung der Funktionen von Arzt und Apotheker wurden von Friedrich per Erlass geregelt. Lehrer mussten eine Lehrbefugnis erwerben. Mit der *venia docendi*, die dem zukünftigen Lehrer – erst nach einer Zusatzprüfung – durch Friedrich II. verliehen wurde, übernahm dieser die Pflicht, die Apotheken der Stadt zu beaufsichtigen und die vorschriftsmäßige Bereitung von Arzneien und deren Verkaufspreise zu überprüfen. Interessanterweise war es dem Salernitanischen Arzt strengstens untersagt, außerhalb von Salerno zu unterrichten. Auch für die Apotheker und die Chirurgen gab es Anweisungen. Es wurden Vorgaben zur Lagerungspflicht sowie zur Überwachung, Herstellung und Haltbarkeit von Arzneien festgelegt. Die Studienordnung von Friedrich II. wurde später von anderen medizinischen Fakultäten, z. B. Paris, Montpellier und Bologna, übernommen.

Die Rolle der Frau – Ärztin Trota

In Salerno waren auch Frauen zur Ausübung der Medizin und medizinischen Lehrtätigkeit zugelassen [2, 4, 10, 11].

Im 12. Jahrhundert wurde vor allem eine Frau als Ärztin berühmt, die den Namen Trota de Ruggiero getragen hat. Sie verfasste Schriften über Entbindung, Frauenkrankheiten, Hautpflege sowie die Erziehung der Kinder. Sie untersuchte die Gründe für Unfruchtbarkeit, sowohl bei Frauen als auch Männern. Vor allem ist die Abhandlung über die Krankheiten von Frauen vor, während und nach der Geburt („*De mulierum Passionibus ante, in et postpartum*“) als „Trota major“ bekannt. Ihre „Trota minor“ beschäftigt sich mit der Pflege der Haut und dem Einsatz von Kosmetika. Trotas medizinischer Ruf reichte so weit, dass noch im 15. Jahrhundert der Leibarzt des Herzogs ihre Schriften bearbeitete und herausgab. Salerno war die einzige Medizinschule, die ihre Tore auch für das weibliche Geschlecht geöffnet hatte. Es gab keine sexuelle Diskriminierung, die Geschlechter waren ebenbürtig.

Die Chirurgie

Viele Verletzte der ersten Kreuzzüge (1096–1099) kamen mit Schiffen nach Salerno, um dort Hilfe und Heilung zu erhalten. Von Seiten der Ärzteschaft erkannte man sehr schnell, dass mit den altergebrachten Methoden der Bader und Praktiker die Verletzten nicht zu retten waren. Man benötigte eine innovative Chirurgie, die von gelehrten Ärzten und nicht von Scharlatanen durchgeführt wurde. Die Kunst der Skalpelführung wurde Dank de Rogerius Frugardi zu einer neuen ärztlichen Disziplin in Salerno [2, 4, 5]. Roger hat 1180 ein Lehrbuch über die Chirurgie verfasst, das als „*Practica chirurgiae*“ oder „*Rogerina*“ bedeutsam wurde für die Entwicklung der chirurgischen Disziplin. Die „Chirurgia“ ist in vier Bücher aufgeteilt, in denen spezielle chirurgische Krankheitsbilder, akute chirurgische Notfälle und Verletzungen sowie konkrete Anweisungen für deren Versorgung dargestellt werden.

Der „Codex Salernitanus“

1837 hat der Breslauer Professor der Medizin August Wilhelm Henschel (1790–1856) in der Bibliothek des Breslauer Maria-Magdalenen-Gymnasiums den Codex

Salernitanus entdeckt [15]. Dieser ist eine geschriebene Sammlung salernitanischer und vorsalernitanischer Texte aus dem letzten Drittel des 12. Jahrhunderts, die 35 Kapitel enthält. Es waren keine Originalwerke von salernitanischen Ärzten und Gelehrten, sondern Auszüge und Umarbeitungen, die als eine Art Zusammenfassung der Medizin Salernos zu verstehen sind. Ein großer Teil unseres heutigen Wissens über Salerno begründet sich auf diese Texte.

Schlussbemerkung

Im Zeitalter des frühen Mittelalters war das kontinentale Europa der Mönchsmedizin sicherlich ein medizinisches „Entwicklungsland“, verglichen mit dem, was sich bereits im arabischen Raum in Medizin und Kultur entwickelt hatte. Für Karl Sudhoff ist der Karthager Constantinus Africanus der „Lehrmeister des medizinischen Abendlands“. Hätten die lateinischen Übersetzer die griechischen und arabischen medizinischen Quellen nicht erschlossen, wäre der Aufschwung der europäischen Medizin sicherlich nicht in diesem Ausmaß vorangeschritten. Die Schule von Salerno hat den Grundstein gelegt für eine praktisch orientierte Heilkunde, für eine „Universitas“ und ein Curriculum des Medizinstudiums. Die Etablierung der Universität von Neapel sowie die Gründung weiterer Universitäten in Italien und Europa leistete dem Ende der Schule von Salerno Vorschub. Die Schule von Salerno existierte noch bis 1812, ihr Stern ist jedoch schon sehr viel früher (14. Jahrhundert) gesunken.

Prof. Dr. med. Ulrich Koehler

Dr. med. Björn Beutel

Prof. Dr. med. Wulf Hildebrandt*

Klinik für Innere Medizin SP Pneumologie,
Intensiv- und Schlafmedizin

* Medizinische Zellbiologie
Institut für Anatomie und Zellbiologie

alle Philipps-Universität Marburg
E-Mail: koehleru@med.uni-marburg.de

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

Literatur zum Artikel:

Salerno, die erste Medizinschule Europas

von Prof. Dr. med. Ulrich Koehler, Dr. med. Björn Beutel und Prof. Dr. med. Wulf Hildebrandt

- [1] Mallinger R. Universität und Medizin. Wien Med Wochenschr 2018; 168: 267–273
- [2] De Divitiis, Cappabianca P, de Divitiis O. The „Schola Medica Salernitana“: The Forerunner Of The Modern University Medical Schools. Neurosurgery 2004; 55:722–745
- [3] Sudhoff K. Salerno. In: Geschichte der Medizin. Hrsg: Th. Meyer-Steinegg und K. Sudhoff. Gustav Fischer Verlag, Jena, 1922
- [4] Baader G. Die Schule von Salerno. Medizinhistorisches Journal 1978; Bd. 13, H.1/2; 124–145
- [5] Puschmann Th. Die Schule von Salerno. In: Geschichte des Medizinischen Unterrichts. Verlag von Veit und Comp., Leipzig 1889; 166–178
- [6] Unschuld PU. Was ist Medizin? Westliche und östliche Wege der Heilkunst. Verlag C.H. Beck; 2012
- [7] Kristeller PO. The School of Salerno. Its development and its contribution to the history of learning. Bull Hist Med 1945; 42:139–194
- [8] Chevalier AG. Die Anfänge der Schule von Salerno. In: Salerno. Ciba Zeitschrift 1938; 5. Jahrgang; Nr. 56; 1919–1925
- [9] Chevalier AG. Constantinus Africanus und der Einfluß der Araber auf Salerno. In: Salerno. Ciba Zeitschrift 1938; 5. Jahrgang; Nr. 56; 1925–1931
- [10] Della Monica M, Mauri R, Scarano F et al. The Salernitan School of Medicine: Women, Men, and Children. A Syndromological Review of the Oldest Medical School in the Western World. Am J Med Genet Part A 2013; 161:809–816
- [11] Chevalier AG. Das „Regimen sanitatis Salernitanum“. In: Salerno. Ciba Zeitschrift 1938; 5. Jahrgang; Nr. 56; 1931–1938
- [12] Chevalier AG. Der Salernitaner Arzt. In: Salerno. Ciba Zeitschrift 1938; 5. Jahrgang; Nr. 56; 1940–1944
- [13] Schneider I. Die Schule von Salerno als Erbin der antiken Medizin und ihre Bedeutung im Mittelalter. Philologus 1971; 115: 278–291
- [14] Billroth Th. Über das Lehren und Lernen der Medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der Deutschen Nation. Druck und Verlag von Carl Gerold's Sohn, 1876; Wien
- [15] Hartmann F. Inaugural-Dissertation. Die Literatur von Früh- und Hochsalerno und der Inhalt des Breslauer Codex Salernitanus mit erstmaliger Veröffentlichung zweier Traktate aus dieser Handschrift; 1919, Universität Leipzig

Die Versorgung von morgen gestalten

Ein Ausblick der Techniker Krankenkasse in Hessen

In diesem Gastbeitrag der Techniker Krankenkasse nimmt die Leiterin der Landesvertretung Hessen Dr. Barbara Voß die Zukunft des hessischen Gesundheitswesens in den Blick. Geplant ist eine lose Serie, in der verschiedene Akteure im Gesundheitswesen ihre Perspektiven dafür darstellen können.

Bereits vor der Pandemie gab es im Gesundheitswesen viele dringliche Baustellen. Corona hat dafür gesorgt, dass viele notwendige Reformen weiter verschoben wurden. Die Pandemie darf aber keine dauerhafte Ausrede für Nichthandeln sein. Wir müssen jetzt die großen Baustellen im Gesundheitssystem angehen – allein schon deshalb, weil wir vor enormen finanziellen Herausforderungen stehen, die wir ohne Reformen und Einsparungen nicht werden bewältigen können. Nicht alle Verantwortlichkeiten liegen hier beim Bund. Einige der drängenden Handlungsfelder, die wir in Hessen beeinflussen können und sollten, möchte ich in diesem Gastbeitrag skizzieren. Vorab bereits ein Appell an uns alle: Gestalten wir gemeinsam ein zukunftsfähiges Gesundheitswesen, anstatt an Strukturen der Vergangenheit festzuhalten.

Digitalisierung: Hessen zum Vorreiter machen

Wie wertvoll die Digitalisierung sein kann, ist wohl spätestens seit Beginn der Pandemie unbestritten. Dennoch bleibt das Gesundheitswesen weiter deutlich hinter seinen Möglichkeiten zurück. In Hessen sollten wir uns nicht hinter dem Bund verstecken und warten, bis dieser die Richtung vorgibt. Auch im Land gibt es Spielräume, Entwicklungen zu beschleunigen und die Digitalisierung im Gesundheitswesen aktiv mitzugestalten. Wir sollten diese Spielräume viel stärker nutzen, um gemeinsam innovative E-Health-Projekte auf den Weg zu bringen.

Kommunikation ist dabei das zentrale Element: Es mag banal klingen, aber für den Erfolg eines Projektes ist es enorm wichtig,

dass alle direkt und indirekt Beteiligten von Anfang an einbezogen werden, sonst stoßen Projekte schnell auf Widerstände. Alle Betroffenen müssen möglichst frühzeitig an einen Tisch, denn nur das fördert die Akzeptanz.

Projektpartner sind oft gleichzeitig auch Interessenvertreter, die ihre Anliegen und Vorstellungen stärker gewichten als das gemeinsame Ziel.

Ein neutraler Koordinator, dessen Aufgabe es ist, zu moderieren und zu vermitteln, könnte vor diesem Hintergrund eine Unterstützung sein. In Hessen gibt es bereits eine solche neutrale Institution, das Kompetenzzentrum für Telemedizin und E-Health, das bisher diese Funktion nicht hat, aber zukünftig für die Landesregierung diese koordinierende Rolle übernehmen könnte.

Auch bei der Anschubfinanzierung für innovative E-Health-Projekte durch das Land muss es Verbesserungen geben. Zwar gibt es das im Hessischen Digitalisierungsministerium angesiedelte Programm „Distr@!“, mit dem unter anderem auch E-Health-Projekte finanziert werden können. Jedoch wurden darüber bislang nur wenige Projekte mit Gesundheitsbezug finanziell gefördert. Darüber hinaus existierte von 2017 bis 2021 im Hessischen Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) ein Fördertopf ausschließlich für E-Health-Innovationen mit einer jährlichen Fördersumme in Höhe von sechs Millionen Euro. Leider wurde dieser Topf inzwischen aufgelöst – und das, bevor eine nennenswerte Anzahl von Projekten damit gefördert werden konnte. Um Innovationen voranzubringen, muss hier also dringend nachgebessert werden – entweder, indem der E-Health-Topf im HMSI re-

aktiviert oder indem „Distr@!“ stärker auf Projekte mit Gesundheitsbezug ausgerichtet wird.

Damit sich E-Health-Ansätze durchsetzen können, bedarf es aber nicht nur ausreichender Fördermittel. Auch die Entscheidung, wie lange gefördert wird, hat Einfluss auf deren Erfolg. Alle, die eine neue Anwendung oder ein neues Produkt nut-



zen sollen, seien es Ärztinnen/Ärzte, Kliniken oder Patientinnen/Patienten, brauchen ausreichend Zeit, sich intensiv damit auseinandersetzen zu können. Denn die Erfahrung zeigt: Nicht immer sind alle Ideen, die in der Theorie sinnvoll erscheinen, sofort auch praxistauglich. Deshalb muss es möglich sein, Projekte gegebenenfalls in den Testphasen auf tatsächliche oder neu entstandene Begebenheiten anzupassen. Endet die Anschubfinanzierung zu früh, drohen selbst gute und sinnvolle Projekte zu scheitern. Dieses Schicksal hat das vom HMSI maßgeblich mitfinanzierte Projekt „Wart's Ab“ ereilt. Es handelte sich um eine App, mit der es Patientinnen und Patienten ermöglicht werden sollte, Wartezeiten außerhalb von Arztpraxen zu verbringen. Durch die im Frühjahr 2021 gestarteten Corona-Impfungen in den Praxen geriet die von Landesmitteln bezuschusste Testphase der App in einen zeitlichen Verzug, der nicht mehr rechtzeitig vor dem Ablauf der Förderfrist aufgefangen werden konnte. Das

Projekt endete deshalb im Juni 2021 ohne Perspektive.

Ambulante Versorgung sicherstellen

Die Vorstellung, sich in eigener Praxis und noch dazu auf dem Land niederzulassen, wird für den ärztlichen Nachwuchs zunehmend unattraktiver. Wir müssen akzeptieren, dass sich die Vorstellungen und Wünsche der neuen Ärztegeneration grundlegend verändert haben und sich diese Entwicklung nicht zurückdrehen lässt – auch wenn die Landesregierung dies mit der Landarztquote gerade zu versuchen scheint.

Neunzig Medizin-Studienplätze in Hessen sind ab dem Wintersemester 2022 für angehende Landärztinnen und Landärzte (und auch für angehende Ärztinnen und Ärzte im Öffentlichen Gesundheitsdienst) reserviert. Die Nachfrage scheint rege zu sein: So sind mehr Bewerbungen um die Studienplätze eingegangen, als Plätze zur Verfügung stehen. Es ist toll, dass sich so viele junge Leute eine ärztliche Tätigkeit auf dem Land vorstellen können. Es bleibt allerdings abzuwarten, ob dieses Interesse im Laufe einer immerhin zehn Jahre dauernden Ausbildung tatsächlich erhalten bleibt.

Aber anstatt durch Anreize an alten Strukturen festzuhalten, sollte das hessische Gesundheitswesen neue moderne Strukturen entwickeln und ausprobieren.

In Regionen, in denen Ärztinnen und Ärzte fehlen oder nicht mehr permanent vor Ort sein können, kann die Digitalisierung dabei helfen, Entfernungen zu überbrücken und Lücken zu schließen. Seien wir daher mutig und denken das Thema Bedarfsplanung völlig neu. Im Rahmen eines Projektes könnte zum Beispiel eine Art „digitale Niederlassung“ ausprobiert werden. Ärztinnen und Ärzte, die sich physisch in übertversorgten städtischen Gebieten befinden, könnten Patientinnen und Patienten in unterversorgten ländlichen Regionen telemedizinisch mitbetreuen. Ob ein Arzt oder eine Ärztin in Frankfurt oder im Werra-Meißner-Kreis „sitzt“, ist in vielen Fällen für eine gute Versorgung nicht mehr relevant. Es gilt, telemedizinisch erbrachte ärztliche Leistungen nicht nur finanziell, sondern auch in den Köpfen von

Ärztinnen und Ärzten, Politikerinnen und Politikern, aber auch von Bürgerinnen und Bürgern denen gleichzustellen, die in Präsenz erbracht werden. Die Pandemie hat gezeigt, wie wertvoll Videosprechstunden und die Fernbehandlung sein können. In Hessen bietet mittlerweile jede und jeder dritte Ärztin und Arzt Online-Sprechstunden an. Bei den Psychotherapeutinnen und -therapeuten sind es sogar drei von vier. Allein bei der TK ließen sich im ersten Quartal 2021 mehr als 22.500 Versicherte bundesweit ausschließlich per Videosprechstunde behandeln. Vor Beginn der Pandemie, im vierten Quartal 2019, waren es noch 23.

Natürlich wird es immer auch medizinische Fälle geben, die sich nicht aus der Ferne betreuen lassen. Hier könnte eine neue Aufteilung zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie ihren Mitarbeitenden zusätzlich entlasten: Nicht-ärztliche Versorgungsassistentinnen und -assistenten könnten vor Ort bei den Patientinnen und Patienten Hausbesuche, Routinekontrollen oder Beratungen durchführen – mit Unterstützung durch Telemedizin. Bei Bedarf wäre es der Assistenz so möglich, sich via Videotelefonie mit den Ärztinnen und Ärzten verbinden, um medizinischen Rat einzuholen. In Hessen gibt es mit dem Projekt Tele-VERAH bereits einen Ansatz, der in diese Richtung geht. Seit 1. April 2020 können alle Hausarztpraxen diese Form der telemedizinischen Leistung über die Hausarztzentrierte Versorgung abrechnen. Bislang wurde diese Möglichkeit von den Ärztinnen und Ärzten allerdings nur sehr zögerlich in Anspruch genommen. Statt das einfach so hinzunehmen, sollten wir aus dieser Erfahrung lernen:

Infos zur Techniker Krankenkasse

Die Techniker Krankenkasse (TK) versichert in Hessen über eine Million Menschen und ist damit die zweitgrößte Krankenkasse im Bundesland. 2021 hat die TK über 2,82 Milliarden Euro in das hessische Gesundheitswesen investiert. Insgesamt sind bei der TK in Hessen rund 1.000 Menschen in unterschiedlichen Organisationseinheiten beschäftigt. Die Landesvertretung in Frankfurt kümmert sich um Vertragsverhandlungen

Warum ist das Projekt ins Stocken geraten? Was müssen wir tun, um es erfolgreich weiterzuentwickeln? Auch hier wäre es hilfreich, wenn ein neutraler Koordinator moderiert und vermittelt.

Regionale Bedürfnisse betrachten

Regionale Gesundheitszentren (RGZ) als Lösung für drohende Unterversorgung sind in aller Munde. Diese Zentren sollten jedoch nur dort eingerichtet werden, wo sie tatsächlich gebraucht werden – und nicht wahllos in jedem Landkreis. Welche Angebote und Disziplinen in einem Zentrum vorgehalten werden, muss sich an den Bedürfnissen der jeweiligen Region orientieren. Gibt es beispielsweise im ambulanten Bereich einen Engpass, könnten im RGZ hausärztliche Strukturen entstehen und gegebenenfalls weitere fachärztliche Disziplinen. Fehlt es in einer Region an stationären Angeboten, könnten im RGZ zum Beispiel einige Notfallbetten oder Betten für kurzstationäre Eingriffe vorgehalten werden. Ob ein RGZ überhaupt notwendig ist und welche Angebote darin genau gebraucht werden, muss auf örtlicher Ebene gemeinsam entschieden werden. Hier können die bereits vorhandenen „Regionalen Gesundheitskonferenzen“ als Austauschplattform genutzt werden.

Sektorenübergreifend handeln

Auch in Hessen werden nach wie vor zu viele Leistungen im stationären Bereich erbracht. Vor allem bei der Notfallversorgung gönnen wir uns den Luxus, leichte Fälle innerhalb der – im Vergleich zum

gen mit Ärztinnen und Ärzten, Krankenhäusern, Reha- und Pflegeeinrichtungen, Zahnärztinnen und Zahnärzten sowie weiteren Akteurinnen und Akteuren im hessischen Gesundheitswesen. Teil der Landesvertretung sind zudem die Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner der TK für die hessischen Medien sowie die Politik.

Im Internet: www.tk.de/lv-hessen

ambulanten Bereich – viel teureren Krankenhausstrukturen zu behandeln, künftig nicht mehr leisten. Dafür fehlt allein schon das Personal. Es gilt daher die Notfallversorgung sektorenübergreifend zu denken und beide Strukturen zusammenzuführen. Es ist sehr erfreulich, dass es in Hessen bereits gelungen ist, erste Grenzen zu verschieben: In diesem Jahr ist in den Kreisen Main-Kinzig, Gießen und Main-Taunus das Modellprojekt „Sektorenübergreifende ambulante Notfallversorgung“ (SaN) gestartet. In den drei Regionen kann der Rettungsdienst Patientinnen und Patienten, bei denen eine ambulante Behandlung ausreicht, statt in die Kliniknotaufnahme nun in eine Arztpraxis fahren. Am Projekt teilnehmende Partnerpraxen pflegen dazu ihre freien Behandlungskapazitäten in das Notfallsystem IVENA ein, auf das bislang nur der Rettungsdienst und die Kliniken Zugriff hatten. Die Projektbeteiligten gehen davon aus, dass von den jährlich ca. 163.000 Rettungsdienst-Einsätzen in den drei Pilot-Landkreisen künftig 4000 in die ambulante Versorgung umgesteuert werden können. Die TK blickt mit Spannung auf die weiteren Entwicklungen. Gut möglich, dass es Hessen gelingt, eine Blaupause für ganz Deutschland zu erarbeiten.

Die Voraussetzungen für eine weitere Verzahnung der ambulanten und stationären Notfallversorgung sind in Hessen besonders gut: Schon seit der umfangreichen Bereitschaftsdienstreform vor circa sieben Jahren befindet sich die Mehrzahl der Bereitschaftsdienstzentralen in Hessen an oder in unmittelbarer Nähe zu Kliniken. Mit IVENA hat Hessen bereits ein digitales Tool, in dem Notfallkapazitäten – zumindest die stationären – zentral erfasst und eingesehen werden können. Das Projekt SaN zeigt, dass die Voraussetzungen existieren, das System ebenfalls auf den ambulanten Bereich auszuweiten. Auch wurden bislang offenbar durchweg positive Erfahrungen mit dem Notfall-Tresen am Klinikum Frankfurt-Höchst gemacht. Dort weisen speziell geschulte Pflegekräfte die Notfallpatientinnen und -patienten in den für sie passenden Versorgungspfad. Auch hier werden Patientinnen und Patienten zu den normalen Sprechstundenzeiten an Partnerpraxen verwiesen. Was in Frankfurt-Höchst bereits seit einigen Jahren er-

folgreich umgesetzt wird, soll im Laufe des SaN-Projektphase auch auf die drei genannten Pilotregionen ausgeweitet werden.

Zeitgemäße Finanzierung

Die Krankenhausfinanzierung muss ebenfalls zügig auf neue Beine gestellt werden. Doch bevor wir uns Gedanken darüber machen, wie Klinikstrukturen auskömmlich finanziert werden können, müssen wir kritisch prüfen, welche überhaupt noch benötigt werden. Wir brauchen daher eine mutige und zuweilen auch unbequeme Krankenhausplanung. Wir können es uns nicht leisten, weiterhin Mittel in nicht mehr zeitgemäße und ineffiziente Strukturen zu stecken. Das Land Hessen mag zwar – im Vergleich zu anderen Bundesländern – mehr Investitionsmittel zur Verfügung stellen, aber sie reichen noch immer nicht aus. Natürlich müssen wir uns auch über die Finanzierung von Vorhaltekosten unterhalten. Es dürfen aber nur Strukturen finanziell gefördert werden, die tatsächlich gebraucht werden und qualitativ sinnvoll sind.

Qualität ist ausschlaggebend

Spitzenmedizin ist wie Spitzensport: Die Patientinnen und Patienten brauchen eingespielte Teams, die, wenn es darauf ankommt, Top-Leistungen abrufen. Und Top-Leistungen kommen mit fachlichem Know-how und Routine. Eine Chance, die Behandlungsqualität zu verbessern, besteht darin, dass sich Kliniken in Verbänden zusammenschließen. Die einzelnen Krankenhäuser innerhalb eines Verbundes müssten nicht mehr zwingend alle medizinischen Leistungen selbst anbieten. Stattdessen können sie sich auf Fachgebiete spezialisieren. Die Kliniken bauen sich durch die Spezialisierung auf bestimmte Bereiche eine besondere Expertise auf, mit der sie sich von anderen Kliniken abheben können. Eine solche sinnvolle Entwicklung könnte die Landesregierung fördern, indem sie beispielsweise die Höhe der ausgezahlten Investitionsmittel noch enger an entsprechende Vorgaben knüpft. Auch im Bereich der Krankenhäuser kann die Digitalisierung eine wichtige Rolle dabei spielen, bestehende Prozesse noch ef-

fizienter und zeitgemäßer zu gestalten. Der Bundesgesetzgeber hat mit dem Krankenhauszukunftsgesetz und dem darin verankerten Krankenhauszukunftsfonds bereits eine wichtige Weiche gestellt. Es ist erfreulich, dass Hessens Kliniken diese Chance ergreifen wollen und die Mittel aus dem Fonds stark nachgefragt werden: Insgesamt 512 Förderanträge mit einem Gesamtvolumen in Höhe von fast 220 Millionen Euro wurden für hessische Digitalisierungsvorhaben eingereicht. Stand Juli wurden bereits 70 Prozent der beantragten Summe vom Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) bewilligt.

Bislang macht sich jedes Krankenhaus, unabhängig von anderen Kliniken und losgelöst von anderen Sektoren, eigene Überlegungen, wie es sich digitaler aufstellen will. So besteht das Risiko, dass eine Fülle von Insellösungen entsteht. Das ist jedoch wenig sinnvoll. Es gilt auch hier, übergreifender zu denken. Krankenhäuser sollten gemeinsame digitale Projekte anpacken, um endlich aus dem „Klein-Klein“ herauszukommen. Mit den Mitteln aus dem Krankenhauszukunftsfonds sollten zudem vorrangig IT-Lösungen geschaffen werden, an die auch Arztpraxen und weitere Akteure des Gesundheitswesens ange-dockt werden können.

Es gibt im Gesundheitswesen viele dringliche Baustellen. Es ist an der Zeit, dass wir uns ihnen endlich stellen. Akzeptieren wir, dass wir die Zeit nicht zurückdrehen können. Arbeiten wir stattdessen gemeinsam daran, neue, tragfähige und innovative Strukturen zu schaffen. Gestalten wir Veränderung aktiv mit und probieren mutig neue Ideen aus, statt an alten Strukturen festzuhalten.

Dr. Barbara Voß
Leiterin der TK-
Landesvertretung
Hessen



Foto: TK

Zur Autorin:

Dr. Barbara Voß studierte Volkswirtschaftslehre an der Uni Bonn und promovierte in Frankfurt am Main zum Dr. rer. pol. Nach einer weiteren Station an der Uni Heidelberg wechselte Voß zur Techniker Krankenkasse nach Nordrhein-Westfalen. 2006 wurde sie Leiterin der TK-Landesvertretung Hessen.

MWBO 2018		Konkretisierung
Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	FEWP Konkretisierung des Weiterbildungsinhalts z. B. Benennung von Diagnosen, Untersuchungsmethoden, Kriterien, ... in Stichpunkten, max. 50 Wörter
Behandlungsbezogene Inhalte		
Ätiologie, Pathophysiologie und Pathogenese von Krankheiten		- Kenntnisse von Krankheiten des eigenen Gebietes und des Bezuges zu anderen Fachgebieten
	Medizinische Notfallsituationen, insbesondere lebensrettende Sofortmaßnahmen	- Regelmäßige Teilnahme an praktischen Übungen - Erkennung von akuten, bedrohlichen Situationen und Durchführung geeigneter Erstmaßnahmen
Seltene Erkrankungen		- Bedeutung und Einordnung von seltenen Erkrankungen - Kenntnisse der entsprechenden Versorgungsmöglichkeiten
	Pharmakotherapie, Pharmakovigilanz und Arzneimitteltherapiesicherheit sowie Arzneimittelmissbrauch	- Kenntnisse über Indikation, Kontraindikation, Wechsel- und Nebenwirkung, Risikoinformationen, z. B. Rote-Hand-Briefe, Schulungsmaterialien - Durchführung von Maßnahmen zur Arzneimitteltherapiesicherheit, z. B. Medikationsplan - Gefahren der Multimedikation und der Arzneimittelabhängigkeiten/-missbrauch - Meldungen von Nebenwirkungen
	Schmerzprävention und allgemeine Schmerztherapie bei akuten und chronischen Schmerzen	- Durchführung einer stadiengerechten Schmerztherapie unter Berücksichtigung des Stufenschemas und der Leitlinien - Berücksichtigung von Suchtentwicklungen - Grundzüge der Entzugsbehandlung
	Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit	- Interdisziplinäre und interprofessionelle Zusammenarbeit - Berücksichtigung von Begleiterkrankungen

Foto: BÄK/LÄKH

Beispiel aus den „Fachlich empfohlenen Weiterbildungsplänen – (Muster-)FEWP“ der BÄK, hier: „Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B...“.

FEWP – Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne

Was ist das? Wozu nützlich? Wo zu finden?

Die neue Weiterbildungsordnung (WBO) ist kompetenzbasiert aufgestellt und bringt didaktisch herausfordernd Neues. Viele Weiterbildungsinhalte, die früher kapitelweise in der alten WBO angestimmt wurden, werden nun sehr konkret umrissen. Zu den Inhalten kommen jeweils spezifische Anforderungen in vier Stufen, gegliedert nach „Kognitiven Kompetenzen“ (Verstehen), „Methodenkompetenzen“ (Erklären können) und „Handlungskompetenzen“ (unter Anleitung bzw. selbstständig ausführen). Sie werden im elektronischen Logbuch während des Weiterbildungsprozesses systematisch dokumentiert. Soweit die Pflicht.

Nun zur Kür: Zur pragmatischen, praxisnahen Umsetzung in der Vielfalt von möglichen Diagnosen, diagnostischen Verfahren sowie konservativen und operativen Therapieverfahren ist als didaktisches Hilfsmittel für Lehrende und Lernende ein empfehlender Zusatzkatalog von Lehr-Beispielen vorgesehen: **Fachlich empfohlene Weiterbildungspläne = FEWP**. Fokus: Daran sollte man denken, das ist gemeint, das ist für die jeweilige Kompetenzerforderung inhaltlich relevant. Aber: Nicht alles wird man an jeder Weiterbildungsstätte finden bzw. erleben können. FEWP

erläutern Inhalte und Wege, eine Kompetenzerforderung im klinischen oder Praxis-Alltag oder Labor-Setting zu erarbeiten. Sozusagen eine Toolbox.

FEWP sind somit keine auferlegten oder einklagbaren Mindestforderungen. FEWP sind kein „Pflichtprogramm“. FEWP haben keine Wirkung auf Befugnisse. FEWP ändern die formal und inhaltlich darüber liegenden Anforderungen und Fachgebietsgrenzen der Weiterbildungsordnung nicht. Auch stellt die Reihung der Beispiele keine Wichtigkeitshierarchie dar, alles ist austauschbar und alternativ zu verstehen. Damit ist möglich und offen, jederzeit veraltete Inhalte ohne formale WBO-Satzungsänderungen aus den didaktischen Empfehlungen der FEWP zu nehmen oder Neues für die aktuell sinnvolle Weiterbildung zu implementieren.

Die Bundesärztekammer (BÄK) hat die Entwicklung von FEWP auf Grundlage der Muster-WBO von 2018 unter Mitwirkung der Landesärztekammern und aller zuständigen wissenschaftlichen Fachgesellschaften vorangetrieben. Ab Juli 2022 sind nun Muster-FEWP für 35 Gebiete und Schwerpunkte sowie fünf Zusatzweiterbildungen publiziert. Sie sind im Internet auf der Web-

site der BÄK abrufbar (www.bundesaerztekammer.de) und via Kurzlink: <https://tinyurl.com/3netmmvc/>
Der QR-Code führt dorthin.



Weitere Muster-FEWP für die noch verbliebenen Gebiete bzw. Schwerpunkte und Zusatzweiterbildungen sind in Bearbeitung und werden nach inhaltlicher Konsentierung und redaktioneller Fertigstellung folgen. Die Landesärztekammer Hessen stellt diese Muster-FEWP der BÄK allen Weiterbildern und Weiterzubildenden in Hessen ausdrücklich befürwortend zur Verfügung. Eine Umarbeitung auf wenige, von der Muster-WBO abweichende Punkte in der hessischen WBO von 2020 ist derzeit nicht vorgesehen. Anregungen für die Verbesserung und Fortentwicklung werden jedoch jederzeit gerne angenommen und dann in die Gremien der BÄK weitergetragen. Fragen und Anregungen per E-Mail an: weiterbildung@laekh.de

**Dr. med.
H. Christian Piper**
Stellv. Vorsitzender
LÄKH-Ausschuss
Ärztliche
Weiterbildung



Foto: Katarina Ivanisevic

Vier Szenarien: Gesundheitsamt Frankfurt bereitet sich auf den kommenden Herbst und Winter vor

Seit über zwei Jahren prägt die Covid-19-Pandemie die Arbeit im Öffentlichen Gesundheitsdienst (ÖGD). Die Organisationsstruktur des Frankfurter Gesundheitsamtes wurde komplett umgebaut, die Abteilungen zugunsten einer Teamstruktur aufgelöst und fast alle Mitarbeiter:innen bis zum März 2022 in die Pandemiebekämpfung eingebunden. Zusätzlich wurde und wird das Amt durch externe Mitarbeiter:innen unterstützt. Aktuell laufen die Vorbereitungen auf die kommende Herbst-Winter-Saison. Das hier vorgelegte Konzept beschreibt ein Stufenmodell von Maßnahmen des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main in der Pandemiebekämpfung.

Gefährdung weiterhin hoch

Die aktuell dominierende Omikronvariante BA.5 ist sehr leicht übertragbar. Die daraus resultierende Welle hat ihren Höhepunkt gerade überschritten. Zwar führt die Erkrankung durch ihre mittlere intrinsische Krankheitsschwere und eine Teil-Immunität der Bevölkerung in den meisten Fällen zu milden Verläufen. Dennoch haben aktuell Arbeitsunfähigkeit durch Erkrankung und Quarantäne/Isolation auch asymptomatisch positiv Getesteter in vielen Bereichen, insbesondere im medizinischen, einen Personalmangel zur Folge. Mit der Entstehung neuer Varianten ist zu rechnen. Bis die Bevölkerungsimpunität so hoch ist, dass das Virus an Bedeutung verliert, können noch mehrere Jahre vergehen [1]. Umso wichtiger ist es, die schnelle Reaktionsfähigkeit des öffentlichen Gesundheits-

dienstes durch einen Pandemieplan sicherzustellen.

Herbst und Winter kommen

Das Frankfurter Gesundheitsamt berücksichtigt die Szenarien des Expert:innenrats der Bundesregierung [2, 3], hält aber als Planungsgrundlage den Entwurf der SAGE (Scientific Advisory Group for Emergencies)/UK [4] mit einem vierten „worst case“ Szenario für differenzierter und geeigneter. Die Einteilung der Szenarien erfolgt hier nach der tatsächlichen Krankheitsschwere, die sich aus den Erregereigenschaften Übertragbarkeit, Immunevasion und intrinsischer Krankheitsschwere ergibt, und berücksichtigt die drohenden sozialen Verwerfungen (Tab. 1). Beim ungünstigsten Szenario entzöge sich eine rasche Folge von Virusvarianten der Immunität. Hohe Inzidenzen mit einer Überlastung des Gesundheitssystems wären die Folge. Die Bereitschaft der Bevölkerung, den behördlich angeordneten Maßnahmen zu folgen, nähme ab und es käme zu sozialen Unruhen. Der Personalbedarf zur Bekämpfung der Pandemie hängt von Inzidenz, Funktionalität der Dokumentationssoftware, Landesverordnungen und Unterstützungsbedarf der Bevölkerung ab. Selbst eine hohe Inzidenz mit mehr als 1.000 Meldungen am Tag kann bewältigt werden. Wenn Kontaktpersonen aufgrund einer ungewöhnlichen Schwere der Erkrankung erfasst werden müssen, steigert sich der Zeitaufwand pro Fall ggf. um das zehnbis zwanzigfache. In Abhängigkeit von der

Verordnungslage kann auch die Genehmigung von Veranstaltungen zeitaufwendig sein. Bei hohen Erkrankungsraten kann auch das Personal des Gesundheitsamtes betroffen sein. Auf dieser Basis zeigt Tab. 2 (Online-Ausgabe), wie viele Vollzeitäquivalente für die Pandemiebekämpfung in den Szenarien näherungsweise notwendig sind. Zur Planung wurde ein Aufgabenverteilungsplan erstellt, der Aufgaben priorisiert, um Mitarbeiter:innen für den Pandemiepersonalpool kurzfristig bereitstellen zu können. In einigen Bereichen korreliert die Arbeitsbelastung (Falleingabe, Hotline) mit der Inzidenz. Bei anderen Teams hängt diese viel stärker von der Verordnungslage ab.

Eine wesentliche Komponente der Strategie besteht darin, das bislang erworbene Spezialwissen zu erhalten. Somit können erfahrene externe Mitarbeiter:innen rasch neues Personal einarbeiten. Genauso entscheidend ist die Aufrechterhaltung der Infrastruktur, etwa beim Impfzentrum und den mobilen Impfteams.

Dr. med. Boris Böddinghaus

Gesundheitsamt der Stadt Frankfurt/M.

E-Mail: boris.boeddinghaus@stadt-frankfurt.de



Die Literatur und Tab. 2 finden sich in der Online-Ausgabe.

Grafik/Foto: Frankfurter Gesundheitsamt

Bezeichnung Szenario		Kennzeichen Erreger			Bevölkerung		Ergebnis
Szenario	Bezeichnung	Übertragbarkeit	Immunevasion	Intrinsische Krankheitsschwere	Ausbrüche	Compliance	tatsächliche Krankheitsschwere
I	günstig	M	N	M	regional / saisonal	H	Gering
II	Basisszenario	M	M	M	Saisonale Wellen	M	Mittel
III	ungünstig	H	H	M-H	Wellen	M	Stark
IV	ungünstigstes	H	H	H	Große, unregelmäßige Wellen	N	Sehr stark

Tabelle 1: Einteilung von vier Szenarien nach SAGE [4] nach der tatsächlichen Krankheitsschwere. H = hoch, M = mittel, N = niedrig.

Kapazitäten und Personalbedarf der Teams nach Stufen I-IV.

Schwellenwerte Stufen						Bedarf VZÄ			
Team	Parameter Stufen:	I	II	III	IV	I	II	III	IV
Krisenstab	Lagebild, Dynamik	Kein Stab Lagebild wöchentlich	Stabssitzungen wöchentlich	Stabssitzungen arbeitstäglich	Stabssitzungen arbeitstäglich	1	2	3	3
Orgateam	Veränderungen Personal, Teams	Feste Anzahl int. und ext. MA	Rekrutierung neuer MA	Viele neue MA a. verschiedenen Quellen	Verstärkung der priorisierten Teams	1	2	3	3
Falleingabe	Fallmeldungen, Bearbeitung tagesaktuell	Inzidenz bis 1.000 30 VZÄ plus 400 Fälle Studierende	Inzidenz bis 1.300 30 VZÄ, Unterstützung Team Soz. Einrichtungen Studierende	Inz. bis 1.500 Unterstützung aus Team Schulen / Kitas, med. Einrichtungen	nur hoch priorisierte Fälle	40	60	70	10
Geschäftszimmer	Meldungseingang					1	2	3	3
Hotline	Anfragen Anzahl und Dauer Telefonate	bis 250 Anrufe täglich, max. 10 Anrufe pro Stunde u. MA mit 5-6 min Gesprächsdauer	bis 450 Anrufe täglich, max. 10 Anrufe pro Stunde und MA mit 5-6 min Gesprächsdauer	bis zu 600 Anrufe täglich, 5-6 min. Ausweitung der Erreichbarkeiten auf 7 Tage wöchentlich	bis zu 1150 Anrufe täglich, Ausweitung der Dienstzeiten – kürzere Gesprächsdauer ggf. Verweis auf das Corona-Hotline-Postfach	4,5	7	8,5	11,5
Postfächer	Anfragen	bis 500 Emails	bis 1000 Emails / zusätzlicher Bedarf im Postfach	bis 1500 Emails / Bedarf wie Stufe II im Postfach. Ausweitung auf 7 Tage die Woche	über 1500 Mails / keine vollständige Beantwortung mehr, Priorisierung der E-Mails notwendig	1	1,5	2,5	2,5
Teams Schulen und Kitas	Fallbearbeitung, Beratung, Ausbruchmanagement	allg. Anfragen aus den entsprechenden Bereichen	relevantes Fallaufkommen mit intensivem individuellem Beratungsbedarf	hohes Fallaufkommen intens. individ. Beratungsbedarf, flex. Anpassung der Beratung bei häufig wechselnder Rechtslage	sehr hohes Fallaufkommen int. indiv. Beratungsbedarf, flexible permanente Anpassung d. Beratung bei häufig wechselnder Rechtslage	5	10	20	20
Altenpflegeheime						2	4	10	15
Kliniken und Arztpraxen						1,5	3	8	10
Soziale Einrichtungen	Fälle, Beratung Fallbearbeitung	vereinzelte Fälle	wenige Ausbrüche	mehrere Ausbrüche	zahlreiche Ausbrüche	1	3	5	10
Transit, Flughafen	Fallbearbeitung	vereinzelte Vorgänge	regelmäßig Vorgänge	viele Vorgänge	sehr viele Vorgänge	1	2	3	1
Veranstaltungen	Genehmigungen, Begehungen, Beratung					1	2	3,5	-
Testzentren	Genehmigungen, Begehungen					1	2		1
Impfen Mobil	Anforderungen mob. Impfungen					0,5	1	2	1
Betreuung Impfzentrum	Impfzahlen, Kapazität, STIKO					0,5	1	2	1
Kommunikation	Pressemitteilung Internet					1	2	3	3
	Bedarf VZÄ					63	104,5	146,5	95
	Personalpool intern	4	20	30	20				
	Personal extern	59	84,5	116,5	75				
	Fallbearbeitung (Containment)	15	50	100	20				
	Personal extern	74	134,5	216,5	95				

Tabelle 2: Die Angaben basieren auf den Angaben der Teamleiter:innen und der Personaleinteilung laut Organigramm.

Literatur zum Artikel:

Schnelle Reaktionsfähigkeit mit Pandemieplan sichern

von Boris Böddinghaus

- [1] DM Morens et al. The Concept of Classical Herd Immunity May Not Apply to COVID-19. *The Journal of Infectious Diseases* DOI: 10.1093/infdis/jiac109 (link is external) (2022).
- [2] Corona ExpertInnenrat Pandemievorbereitung Herbst Winter 2022/2023 11. Stellungnahme 08.06.2022.
- [3] RKI Aktualisierung Control Covid Strategie 22-09-2021.
- [4] Covid-19 Medium-Term Scenarios – February 2022: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data.

Jeder Tupfer zählt: Die postoperative Zählkontrolle

Es wird allgemein davon ausgegangen, dass das Phänomen unbeabsichtigt belassener Fremdkörper zahlenmäßig unterschätzt wird. Veröffentlichungen aus Deutschland hierüber liegen bislang nicht vor. In der Literatur wird vor allem von unbeabsichtigt belassenen Tupfern, Kompressen, Tamponaden und Bauchtüchern, darüber hinaus von Clips, Nadeln, Nadelteilen, Drainagen, Bohrspitzen und Drahtteilen berichtet. Besonders risikobehaftete Fachrichtungen sind die Orthopädie und Unfallchirurgie, Urologie sowie Gynäkologie und Geburtshilfe. Ein situationsbedingt erhöhtes Risiko besteht insbesondere bei Notfalleingriffen, unerwarteten Änderungen im Operationsablauf, beim Einsatz mehrerer chirurgischer Teams, bei Wechsel des Pflegepersonals, bei Patienten mit starkem Übergewicht und Patienten mit hohem Blutverlust. Eine gesetzliche Pflicht, die OP-Instrumente zu zählen, bevor die Wunde wieder vernäht wird, besteht in Deutschland nicht.

Erst vor kurzem hatte sich das OLG Stuttgart [1] mit einem Sachverhalt auseinanderzusetzen, bei dem eine Patientin fünf Jahre mit einer Nadel im Unterleib lebte, die anlässlich einer urologischen Operation zuvor aus Versehen dort zurückgelassen wurde. Der Stuttgarter Senat sprach der Frau ein Schmerzensgeld von 10.000 Euro nebst Ersatz des materiellen und immateriellen Schadens zu, mit der Begründung, dass die unzureichende Zählkontrolle einen schuldhaften Behandlungsfehler darstelle. Ärztinnen und Ärzte müssten alle möglichen und zumutbaren Sicherungsvorkehrungen gegen das unbeabsichtigte Zurücklassen eines Fremdkörpers im Operationsgebiet treffen und sämtliche Instrumente nach einer Operation auf ihre Vollständigkeit hin überprüfen. Der Stuttgarter Senat folgt mit dieser Entscheidung dem Grunde nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofs [2] und früheren obergerichtlichen Urteilen [3].

Das unbemerkte Zurücklassen eines Fremdkörpers im Operationsgebiet wird einhellig dem voll beherrschbaren Bereich des Arztes bzw. der Klinik zugeordnet mit der Folge, dass der Krankenträger bzw. die Ärztinnen und Ärzte die Darlegungs- und Beweislast für die Gewähr einwandfreier Voraussetzungen für eine sachgemäße und gefahrlose Behandlung tragen [4]. Auch wenn der Rechtsbegriff „voll beherrschbares Risiko“ etwas anderes suggeriert, steht indes der Behandlerseite der Nachweis offen, dass alle gebotene Vorsorge und Sorgfalt aufgeboden wurde, um die Verwirklichung des Risikos zu verhindern, der Pflichtwidrigkeit- bzw. Schuldvorwurf somit unbegründet ist. Maßgeblich sind die Gesamtumstände des Einzelfalls, die das Gericht mithilfe sachverständiger Beratung bewerten muss. Das unbemerkte Zurücklassen eines Fremdkörpers im Operationsgebiet kann zwar ein grober Fehler sein [5], der nicht mehr verständlich ist, weil er einem Arzt des entsprechenden Fachgebiets schlechterdings nicht unterlaufen darf. Zwingend ist dies jedoch nicht [6].

In diesem Zusammenhang kommt dem Zählprotokoll besondere Bedeutung zu, mit dessen Hilfe die Vornahme der gebotenen

Kontrollen hinreichend dokumentiert werden kann. Der Authentizität des Zählprotokolls zu misstrauen, besteht in der Regel kein Anlass [7]. Dies bedeutet wiederum, dass der Dokumentation beweisrechtlich besondere Beachtung zuteil werden sollte. Sofern der ordnungsgemäßen Dokumentation nicht Genüge geleistet ist, kann der Beweis der Zählkontrolle zwar auch anderweitig – so durch Zeugenbeweis – geführt werden. Dies setzt aber voraus, dass die benannten Zeugen eine konkrete Erinnerung an die maßgebliche Operation haben [8], was in der Praxis bei der Vielzahl der Eingriffe aber kaum der Fall sein wird.

„Jeder Tupfer zählt“: Seit 2010 mahnt das Aktionsbündnis Patientensicherheit mit diesem einprägsamen Satz Zählkontrollen an, deren Handlungsempfehlungen [9] auf einen Beschluss des Deutschen Bundestages zurückgehen und vom Bundesgesundheitsministerium gefördert wurden. Auf diese Handlungsempfehlungen nimmt auch der Stuttgarter Senat in seiner Entscheidung Bezug. Die Empfehlungen weisen den Beteiligten des Eingriffs zunächst Verantwortlichkeitsbereiche zu. So trägt der Operateur die Letztverantwortung für die Durchführung und das Ergebnis des Zählens. Der Instrumentierungs- und Springerdienst trägt die Durchführungsverantwortung. Den leitenden Ärztinnen und Ärzten obliegt die Verantwortung für die Anordnung und Kontrolle der Zählkontrollen bzw. für die Maßnahmen zur Prävention. Schließlich ist die Klinikleitung verantwortlich für die Sicherstellung der erforderlichen materiellen, personellen, finanziellen und zeitlichen Ressourcen.

Die Projektgruppe schlägt zur Prävention unbeabsichtigt belassener Fremdkörper im Operationsgebiet nachfolgende Punkte zur Umsetzung in den Kliniken vor [10]: Eine interdisziplinäre und berufsgruppenübergreifende Erarbeitung und schriftliche Festlegung der Verantwortlichkeiten und der Aufgaben der beteiligten Personen, der Zählmethode, zur Art und Beschaffenheit der zu zählenden Materialien, des Umfangs, der Häufigkeit und der Zeitpunkte der Zählkontrollen. Des Weiteren die Festlegung der Vorgehensweise bei einem Teamwechsel, bei Diskrepanzen bei den Zählergebnissen und der Vorgehensweise bei beabsichtigt belassenen Materialien. Festzulegen ist auch die Vorgehensweise bei vital bedrohlichen Notfällen (gegebenenfalls Aussetzung der Zählkontrolle) und der Umgang mit denjenigen Materialien, die bei einer Operation zur Entsorgung anfallen. Schließlich – ganz wichtig – die Festlegung, wie die Dokumentation im Einzelnen auszusehen hat. Ihr kommt, wie ausgeführt, besondere Bedeutung zu.

Dr. jur. Thomas K. Heinz

Rechtsanwalt, Fachanwalt für Medizinrecht

E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

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



Foto: Jens Haensel



Foto: © Marco2811 – stock.adobe.com

Literatur zum Artikel:

Jeder Tupfer zählt – Die postoperative Zählkontrolle

von Dr. jur. Thomas K. Heinz

Die Überschrift „Jeder Tupfer zählt“ ist ein Zitat aus [9].

15.000 Euro Schmerzensgeld nebst Ersatz des materiellen Schadens

[8] OLG Hamm, Urteil vom 18.01.2013, Az. 26 U 30/12

[1] OLG Stuttgart, Urteil vom 20.12.2018, Az. 1 U 145/17

[4] BGH VersR 1981, 462; VersR 1991, 310; ebenso OLG München, GesR 2013, 620, 621

[9] https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/09-11-21_BFK_Empfehlung_Endf.pdf

[2] BGH, VersR 1981, 462

[5] so BGH, VersR 1981, 462

[3] OLG München, GesR 2013, 620, 622 – EUR 8.500,00 Schmerzensgeld nebst Ersatz des materiellen Schadens; OLG Hamm, Urteil vom 18.01.2013, Az. 26 U 30/12 –

[6] OLG München, GesR 2013, 620, 622

[10] <https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2016/09/flyer-JTZ.pdf>

[7] OLG München, ebenda

Beruf der MFA auf Ausbildungsmesse

Nach zweijähriger coronabedingter Zwangspause fand im Mai wieder die Ausbildungsmesse „Ansgang Zukunft“ im Kinofoyer des Marburger Cineplex statt. Als verlässlicher Partner der Veranstaltung war die Bezirksärztekammer Marburg wieder mit einem Stand vertreten und stellte den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) vor.

Auszubildende des dritten Lehrjahres der Kaufmännischen Schule Marburg, die Mitarbeiterinnen der Marburger Bezirksärztekammer, der Vorsitzende Dr. med. Paul Otto Nowak sowie die Ausbildungsberaterin Dr. Elke Neuwohner beantworteten die Fragen der Schülerinnen und



Foto: BezÄK Marburg

Erfolgreiche Messe für angehende Auszubildende: (v. l.) Die Schülerinnen und Schüler Sharon Anneck, Darya Diyar, Elia Anneck, Livia Michaela Hinkelmann und Charmaine Michel aus der 8. Jahrgangsstufe der Sophie-von-Brabant-Schule Marburg mit Dr. Elke Neuwohner und Dr. med. Paul Otto Nowak.

Schüler. An zwei Tagen fand der Stand regen Zuspruch, der die Interessenten wie jedes Jahr mit einem Dummy-Arm anlockte, bei dem die Blutentnahme geübt werden konnte.

Unter Beachtung von Pandemie-Regeln konnten sich Schülerinnen und Schüler bei mehr als 50 regionalen Unternehmen und

Organisationen aus Verwaltung, Handwerk, Industrie über Berufsfelder, Ausbildungsmöglichkeiten und Karrierechancen informieren. In der örtlichen Presse, auch online, wurde der Stand der BezÄK mit einem Foto gewürdigt.

Bezirksärztekammer Marburg

Fortbildung

Im neuen Format: Repetitorium Allgemeinmedizin über fünf Tage

Das Repetitorium Allgemeinmedizin wurde erstmals über fünf Tage als Präsenzveranstaltung in der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim abgehalten. Damit kam die Akademie dem Wunsch vieler Teilnehmerinnen und Teilnehmer nach, die Allgemeinmedizin breiter abzubilden, weitere Themenfelder hinzuzufügen und diese mit mehr Zeit vertieft zu bearbeiten. Bisher dauerte das Repetitorium zwei Tage.

Dank dieser Ausweitung wurden in dieser Pilotveranstaltung neben den Klassikern wie beispielsweise der Diagnostik und Therapie der koronaren Herzkrankheit, der arteriellen Hypertonie, der COPD und des Asthmas auch die Themenkomplexe häufiger Beratungsanlässe, wie zum Beispiel Rückenschmerzen/Schmerztherapie und abdominale Beschwerden vertieft darge-

stellt. Neue Themen beschäftigten sich unter anderem mit der Gerontopsychiatrie, der Multimorbidität, der Sozialmedizin und mit Long-Covid. Ein ganzer Seminartag widmete sich der Wund- und Notfallversorgung in der hausärztlichen Praxis.

Ein longitudinaler Schwerpunkt des Repetitoriums war das Thema Prävention: Bei dem Themenkomplex Impfungen ging es von A wie Affenpocken bis Z wie Zoster um alle Fragen rund um die Indikationen, zeitlichen Abstände und möglichen Nebenwirkungen der Schutzimpfungen; bei der kardiovaskulären Prävention unter anderem um die Sinnhaftigkeit und Notwendigkeit von medikamentöser versus nicht medikamentöser Therapie. Diese Ansätze wurden auch bei anderen chronischen Erkrankungen, wie beispielsweise der COPD und dem Asthma bronchiale bedacht.

Ausführlich wurden auch Daten zu dem Effekt von sogenannten Vorsorge- und Früherkennungsuntersuchungen diskutiert. Die Würdigung der Leitlinien und neuere wissenschaftliche Studien zu evidenzbasierter Medizin wurde bei allen Seminarthemen abgebildet.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer – viele Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung kurz vor der Facharztprüfung Allgemeinmedizin, Quereinsteiger und erfahrene Kolleginnen und Kollegen, die das Repetitorium als Refresher besuchten – waren mit dem Ablauf und der Themenzusammenstellung sehr zufrieden.

Das nächste Repetitorium Allgemeinmedizin ist in Präsenz vom 5. bis 9. Dezember 2022 geplant. Bei Bedarf ist eine kurzfristige Umwandlung in eine Hybrid- oder Onlineveranstaltung möglich.

Repetitorium Allgemeinmedizin

Termine: Mo., 05.–Fr., 09. Dezember 2022
Mo., 12.–Fr., 16. Juni 2023

Information und Anmeldung: Joanna Jerusalem
Fon: 06032 782-203
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de



www.akademie-laekh.de

Dr. med. Armin Wunder
Facharzt für Allgemeinmedizin
und ärztlicher Leiter
des Repetitoriums



Foto: privat

Foto: Kerckhoff-Klinik



Prof. Dr. med. Ulf Müller-Ladner ist der neue Vorstandsvorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin. Der Internist, Rheumatologe und Immunologe betrachtet für seine Amtszeit 2022/2023 u. a. die weitere Vernetzung der internistischen Schwerpunkte sowie die Einbindung des medizinischen Nachwuchses als zentrale Themen.

Foto: Klinikum Kassel



Dr. med. Tolga Atilla Sagban hat als neuer Chefarzt die Leitung der Klinik für Gefäßchirurgie und Endovaskuläre Chirurgie am Klinikum Kassel übernommen. Er wechselt von der Klinik für Gefäßchirurgie am Sana-Klinikum Hameln-Pyrmont, wo er als Chefarzt der Klinik für Gefäßchirurgie tätig war.

Dr. med. Sebastian Wagner (Foto) hat die Leitung der Klinik für Internistische Onkologie, Hämatologie und Palliativmedizin am Klinikum Hanau übernommen. Er folgt **PD Dr. med. Martin Burk** nach, der in den Ruhestand ging.



Foto: privat/Dr. S. Wagner

Prof. Dr. med. Dr. phil. Kai Zacharowski,

Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Universitätsklinikums Frankfurt, ist mit der lebenslangen Honorary Member Mitgliedschaft und dem -Fellowship



Foto: Uniklinikum Frankfurt

(FESAIC) der Europäischen Gesellschaft für Anästhesiologie und Intensivmedizin ausgezeichnet worden – weltweit gehören nur 32 Fachleute zu der Gruppe, die für Exzellenz und Integrität in der Wissenschaft und Patientenversorgung stehen. Unter anderem sind die Initiative Patient Blood Management, das Projekt Envision (vgl. HÄBL 10/2021) und die Arzneimittelstudie „COVend“ mit Zacharowskis Namen verbunden.

Für langjährige Unterstützung der Fachgesellschaft wurde **Prof. Dr. med. Markus Müller-Schimpfle**, Chefarzt der Klinik für Radiologie, Neuroradiologie und Nuklearmedizin am varisano Klinikum Frankfurt Höchst, die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Senologie verliehen.



Foto: Klinikum Höchst

Deutsche Schriftsteller-Ärzte wählen neuen Vorstand

Der Bundesverband Deutscher Schriftsteller-Ärzte e. V. hat auf seiner Mitgliederversammlung im Mai 2022 einen neuen Vorstand gewählt:

Präsident: Prof Dr. med. Dr. rer. nat. Drs. h.c. mult. Klaus Kayser, Heidelberg

1. Vizepräsident und Schatzmeister: Prof. Dr. med. Harald Rauchfuss, Neustadt an der Aisch

2. Vizepräsident und Schriftführer: Dr. med. Eberhard Grundmann, Burglengenfeld

Neuer Vereinssitz: Friedberg, Hessen

Website: www.bdsae.org

E-Mail: bdsae-geschaeftsstelle@gmx.de
Der BDSÄ hat Mitglieder aus dem gesamten deutschsprachigen Raum und ist Mitglied in der UMEM (Union Mondiale des Écrivains médecins – Weltverband der Schriftstellerärzte).



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

EKG-Refresher **Mi., 28. September 2022** **10 P**
Leitung: Prof. Dr. med. B. Kaess, Wiesbaden
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

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

Teile 5 + 6: **Mi., 28. September 2022** **5 P**
Gesamtleitung: Dr. med. M. Eckhard, Gießen
Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker 72 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Rheuma an einem Tag **Mi., 26. Oktober 2022** **6 P**
In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Gebühr: 80 € (Akademiestatistiker 72 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Geriatric

Geriatric Grundversorgung

Block Ia: **Fr., 09.–Sa., 10. Dezember 2022 und**
Block Ib: **Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022** **32 P**
Gebühr: 770 € (Akademiestatistiker 693 €)
Leitung: Dr. med. P. Groß, Darmstadt
PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher **Sa., 17. September 2022** **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: **Mi., 14. Dezember 2022**
Gebühr: je 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

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

Gebühr: auf Anfrage
Weitere Termine unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/betriebsaerztliche-betreuung-von-arztpraxen>
Auskunft/Anmeldung: S. Knodt, Fon: 0611 97748-25,
E-Mail: abba@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

47. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Universitätsklinikums Frankfurt (UKF)
Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022 **50 P**
Leitung: Dr. med. A. Grünewaldt, S. Heyl,
Dr. med. K.-H. Pfeiffer, Frankfurt
Gebühr: 770 € (Akademiestatistiker 693 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

Do., 03.–Sa. 05. November 2022 **30 P**
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Gebühr: 540 € (Akademiestatistiker 486 €)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt Kassel

Sa., 03. September 2022
Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden
M. Dieroff, Wiesbaden
Gebühr: 270 € (Akademiestatistiker 243 €)
Sa., 05. November 2022
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
T. Winter, Kassel
Gebühr: 320 € (Akademiestatistiker 288 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher Niedergelassene Praxen
Sa., 15. Oktober 2022 8 P

Telelernphase: 07.–30.09.2022

Leitung: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Frankfurt

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen
Mi., 28. September 2022

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt
S. Niklas Eschborn

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

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

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

Gebühr: 240 € (Akademiestatistiker 216 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

Sa., 22. Oktober 2022 (Live-Online-Veranstaltung)

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Theorie: **Fr., 09.–Sa., 10. September 2022** 16 P

Praktikum: Termin auf Anfrage

Gebühr: 420 € (Akademiestatistiker 378 €)

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

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung
Sa., 05. November 2022

Leitung: Dr. med. A. Valet, Herborn

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: **Sa., 08. Oktober 2022**

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Modul III: **Fr., 11.–Sa., 12. November 2022**

Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul IV **Fr., 15.–Sa., 16. Juli 2022**

Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

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

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Klima und Gesundheit – Wir wollen einen Beitrag leisten
Mi., 09. November 2022

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

Ort: **Frankfurt**, Hanauer Landstraße 152

Gebühr: 30 € (Akademiestatistiker 27 €)

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

Ethik

Curriculum „Ethikberatung im Gesundheitswesen“ (AEM),
gem. Curriculum der Akademie für Ethik in der Medizin (AEM).

Refresher: **Mi., 12. Oktober 2022**

Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

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

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

Patientensicherheit und Qualitätssicherung

In Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung
der Landesärztekammer Hessen.

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

Teil 1: **Mi., 07. September 2022**

Teil 2: **Mi., 02. November 2022**

Gebühr: je Teil 130 € (Akademiestatistiker 117 €)

Leitung: K. Israel-Laubinger, Frankfurt

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

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Refresher

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

Gebühr: 160 € (Akademiestmitgl. 144 €)

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

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS):

Modul 2 – Aufbaukurs Infektiologie

Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022 40 P

Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt

Gebühr: 1.100 € (Akademiestmitglied 990 €)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

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

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

(nur gemeinsam buchbar)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: 200 € (Akademiestmitglieder 180 €)

Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist?

– Ärzte als Zeugen

Teil 1: Verletzungsdokumentation

Mittwoch, 19. Oktober 2022

Gebühr: 100 € (Akademiestmitglieder 90 €)

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

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Diabetologie,

Fortsetzung Gastroenterologie, Perinatalmedizin

Mi., 21. September 2022

Leitung: Prof. Dr. med. S. Weber, Marburg

Gebühr: 80 € (Akademiestmitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Qualitätsmanagement

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

Peer-Review in der Intensivmedizin

Mo., 12.–Di., 13. Dezember 2022

Telelernphase: 14.11.–09.12.2022

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

Gebühr: 390 € (Akademiestmitglied 351 €)

Auskunft/Anmeldung: A. Candelo-Römer,

Fon: 06032 782-227,

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

Ultraschall

Gefäße

Doppler-Duplex-Sonographie

der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

Abschlusskurs: Fr., 02.–Fr., 03. Dezember 2022

Teilnahmegebühr: 510 € (Akademiestmitglieder 459 €)

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

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

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Theoretischer Teil: Sa. 08. Oktober 2022

Gebühr: 500 € (Akademiestmitglieder 450 €)

Praktischer Teil: in Planung

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

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

Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Ultraschall Modul Schilddrüse II

Sa., 26. November 2022

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 310 € (Akademiestmitglieder 279 €)

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

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

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

Teil 2: Fr., 10.–Sa., 11. März 2023

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

Gebühr: 720 € (Akademiestmitglieder 648 €)

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

E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin müssen acht Kursblöcke besucht werden.

Aufbaukurs:

**Modul V: Fr., 21.–Sa., 22. Oktober 2022 und
Fr., 28.–Sa., 29. Oktober 2022**

Beginn Telelernphase: 21.09.2022

Gebühr: 1.090 € (Akademiestudenten 981 €)
Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

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

Palliativmedizin

Kurs-Weiterbildung Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022 40 P
Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

Gebühren: 870 € (Akademiestudenten 783 €)

Fallseminar Modul III Mo., 21.–Fr., 25. November 2022 40 P
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 980 € (Akademiestudenten 882 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14.–Sa., 19. November 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell

Gebühr ges.: 770 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

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

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

Allgemeinmedizin

**Psychosomatische Grundversorgung
für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin**

Kurs B: Mo., 26.–Di., 27. September 2022

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

Gebühr: 380 € (Akademiestudenten 342 €)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 05.–Fr., 09. Dezember 2022

Gebühren: 610 € (Akademiestudenten 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 09.–Sa., 12. November 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. Dr. h. c. mult.
H.-R. Tinneberg, Frankfurt

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

Modul I: Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022

Modul II: Mo., 17.–Fr., 21. Oktober 2022

Gesamtleitung: PD Dr. med. U. Seifart, Marburg
Gebühren: je Modul 550 €
(Akademiestudenten 495 €)

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

28. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung.

Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken und 20 Stunden Theorie.

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

Block IV:	Fr., 07.–Sa., 08. Oktober 2022	16 P
Block V:	Fr., 11.–Sa., 12. November 2022	16 P
Block VI:	Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022	16 P

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiestudenten 279 €)

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

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

Arbeitsmedizin

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

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

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

Modul 6: **Sa., 19. November 2022**
Mo., 28. November bis
Fr., 02. Dezember 2022
Beginn der Telearnphase: 20.10.2022

Gebühr: je 930 € (Akademiestudenten 837 €)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9-G10	Fr., 23.–Sa., 24. September 2022
G11-G12	Fr., 14.–Sa., 15. Oktober 2022
G13-G14	Fr., 18.–Sa., 19. November 2022
G15	Sa., 17. Dezember 2022

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

GP	Fr., 23.–Sa., 24. September 2022
GP	Fr., 14.–Sa., 15. Oktober 2022
GP	Fr., 18.–Sa., 19. November 2022
GP	Fr., 02.–Sa., 03. Dezember 2022

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage

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

Sportmedizin

Modul 9: **Mo., 19.–Di., 20. September 2022**
Modul 1: **Mi., 21.–Do., 22. September 2022**
Modul 8: **Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer
Gebühren: je 330 € (Akademiestudenten 297 €)

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

Ernährungsmedizin

Teil 1 – Modul 1: **Fr., 23.–Sa., 24. September 2022**
Teil 2 – Modul 2 + 4: **Do., 06.–Sa., 08. Oktober 2022**
Teil 3 – Modul 3: **Fr., 04.–Sa., 05. November 2022**

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

Gebühren: Teil 1: 270 € (Akademiestudenten 243 €)
Teil 2: 490 € (Akademiestudenten 441 €)
Teil 3: 350 € (Akademiestudenten 315 €)

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

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block IIIa: Di., 13.–Fr., 16. September 2022
Telelernphase II: 10. Oktober–07. November 2022
Block IIIb: Di., 08.–Fr., 11. November 2022

Gebühren:

Block IIIa, IIIb: je 770 € (Akademmitglieder 693 €)
 Telelernphase II: 240 € (Akademmitglieder 216 €)

Weitere Termine und Gebühren unter www.akademie-laekh.de

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

Auskunft/Anmeldung:

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

Repetitorium Radiologie

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

Mo., 12.–Sa., 17. September 2022

Gesamtleitung: Dr. med. S. Trittmacher
Gebühr: 800 € (Akademmitglieder 720 €)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul IV: Fr., 16.–Sa., 17. September 2022 20 P

Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

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

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

Ort: Kassel

Gebühren: je Modul: 390 € (Akamitgl. 351 €)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die Allgemeinen Vertragsbedingungen und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

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

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

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

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

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

www.akademie-laekh.de
 E-Mail: akademie@laekh.de





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

Prüfungsvorbereitungskurse für Auszubildende

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

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

Kontakt:

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC) 24 Stunden

Die Medizinprodukte-Betreiberverordnung regelt das Errichten, Betreiben, Anwenden und Instandhalten von Medizinprodukten. Die Fortbildung zum Erwerb der Sachkenntnis wird auf der Grundlage des Curriculums der Bundesärztekammer „Aufbereitung von Medizinprodukten in der Arztpraxis“ durchgeführt.

Termine:

SAC 4: Do., 06.10.2022–Sa., 08.10.2022 und
Sa., 22.10.2022

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Ambulantes Operieren (AOP) 94 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang teilt sich auf in zwei Blöcke:

Block A (70 Std.): „Ambulantes Operieren“ (AOP) mit den Lerninhalten

- Rechtliche Grundlagen
- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Perioperatives Management
- Infektionsprophylaxe
- Medizinprodukte in der Anwendung
- Umgang mit Patienten und Angehörigen
- Patientenbeobachtung
- Best Practice

Block B (24 Std.): Sachkenntnis zur „Aufbereitung von Medizinprodukten“ (SAC)

Termin Block A (AOP): ab 14.09.2022

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Termin Block B (SAC): Interessentenliste

Gebühr: 370 €

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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

Als Mitglied des ernährungstherapeutischen Teams sollen die fortgebildeten Mitarbeiter/-innen bei Maßnahmen der Koordination und Organisation von Präventionsleistungen sowie Therapiemaßnahmen ernährungsbedingter Krankheiten qualifiziert unterstützen und delegierbare ärztliche Leistungen durchführen.

Termin (ERM): ab 25.10.2022

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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

NEU Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

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

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

Termin WUN: Interessentenliste

Gebühr: 530 €

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

Nichtärztliche Praxisassistenz (NäPA)

Nichtärztliche Praxisassistent/-innen unterstützen Haus- und Fachärzte bei der Versorgung der Patienten. Im Rahmen der delegationsfähigen ärztlichen Leistungen können sie selbstständig Hausbesuche und Besuche in Alten- oder Pflegeheimen oder in anderen beschützenden Einrichtungen durchführen und z. B. Wunden versorgen, Blutdruck- und Blutzuckerwerte kontrollieren und die Sturzprophylaxe übernehmen.

Der Fortbildungsumfang richtet sich nach der Dauer der Berufstätigkeit. Informationen zur Fortbildung finden Sie auf unserer Website.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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



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

Refresher: GOÄ und UV-GOÄ (PAT 13) 7 Stunden

Die GOÄ als eines der wichtigsten Regelwerke zur Abrechnung ärztlicher Leistungen ist die Grundlage zur Abrechnung nach UV-GOÄ. Die Fortbildung gibt einen Überblick über die Regelwerke und deren aktuelle Änderungen.

Termin: Sa., 15.10.2022

Gebühr: 125 €

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

Qualitätsmanagement (FAW 3_3z) 40 Stunden

Die Übernahme des anspruchsvollen Aufgabenbereichs „Qualitätsmanagementbeauftragte/r“ setzt ein fundiertes Grundlagewissen voraus. In der 40-stündigen Fortbildung werden die erforderlichen Kenntnisse und Fertigkeiten vermittelt.

Termin FAW 4_3z: Mo., 10.10.–Di., 11.10.2022 und Fr., 28.10.– Sa., 29.10.2022

Gebühr: 530 €

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

Datenschutzbeauftragte/r in ärztlich geleiteten Einrichtungen (FAW 3_7z) 20 Stunden

Die 20-stündige Fortbildung richtet sich an Personen nicht-ärztlicher Fachberufe in ärztlich geleiteten Einrichtungen, die gemäß § 4f des Bundesdatenschutzgesetzes die erforderliche Fachkunde zur Übernahme der Aufgaben eines/-r Datenschutzbeauftragten erwerben möchten.

Termin FAW 3_7z: ab Fr., 20.01.2023

Gebühr: 275 €

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

Durchführung der Ausbildung (FAW_2z) 40 Stunden

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

Termin: Fr., 16.09.–Sa., 17.09.2022 und Do., 29.09.–Sa., 01.10.2022

Gebühr: 530 €

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

Injektionen/Infusionen (MED 3) 7 Stunden

Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt der Veranstaltung. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen

ärztlichen Leistungen sowie u. a. die Forderungen der TRBA 250 vermittelt.

Termin MED 3: Sa. 16.07.2022, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

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

Inhalte:

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

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

Termin: Sa., 05.11.2022, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 125 €

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

Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

Über unsere tagesaktuellen Fortbildungsangebote informieren wir Sie auch auf unserer Website www.carl-oelemann-schule.de und über Facebook www.facebook.com/LAEKHessen/.

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.



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

Bekanntgabe von Prüfungsterminen

Aufstiegsfortbildung Fachwirt/-in für ambulante medizinische Versorgung

Modulprüfung 1a	Anmeldeschluss
Do., 05.01.2023	15.12.2022
Modulprüfung 1b	Anmeldeschluss
Do., 02.02.2023	12.01.2023

Praktisch-mündliche Prüfung

Fr., 03.02.–Sa., 04.02.2023



Peer Review auf der Intensivstation: Alle gewinnen

Das Ärztliche Peer Review ist ein freiwilliges Qualitätssicherungsverfahren, welches z. B. auf einer Intensivstation (ITS) durchgeführt werden kann und sich wesentlich von anderen Maßnahmen wie beispielsweise Audits unterscheidet. Es basiert auf der Selbstbewertung anhand eines strukturierten Fragebogens sowie dem Besuch der Station durch ein ärztlich-pflegerisches Peer-Team. In diesem Rahmen werden Strukturen und Prozesse im kollegialen Dialog und einer Stationsbegehung evaluiert, auf Augenhöhe miteinander besprochen und Verbesserungspoten-

ziale und Maßnahmen im Rahmen eines strukturierten Berichtes festgehalten.

Die Landesärztekammer Hessen ist eine der Ärztekammern, die dieses Verfahren anbietet. Das Konzept des Intensivmedizinischen Peer Reviews basiert auf den Qualitätskriterien und Unterlagen der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI). Welche Bedeutung das Peer Review für die Qualitätssicherung (QS) auf einer Intensivstation hat und wie dies umgesetzt wird, erläutern Chefarzt PD Dr. med. Dr. habil. Haitham Mutlak, Ltd. Oberarzt

Dr. med. Daniel Gill-Schuster und Schahin Fallah Shirazi, Fachkrankenschwester und Bereichsleiter ITS, aus der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie des Sana Klinikums Offenbach, die sich kürzlich durch ein Peer-Team haben besuchen lassen. Die Biografien der Interviewten lesen Sie in der Online-Ausgabe.

Wie werden Qualitätsmanagement (QM) und -sicherung (QS) sowie das Thema Patientensicherheit auf einer Intensivstation umgesetzt?

PD Dr. med. Dr. habil. Haitham Mutlak:

QM spielt gerade in der Intensivmedizin eine zentrale Rolle. In unserem Klinikum führt die Stabsstelle QM einmal jährlich ein internes Audit durch und der Qualitätszirkel tagt viermal im Jahr. Die QS erfolgt mit den Outcome-Parametern der Initiative Qualitätsmedizin (IQM), wie z. B. Sterblichkeit von Patienten mit einer Beatmungsdauer von mehr als 24 h [1]. In der Praxis orientieren wir uns an der Umsetzung der zehn formulierten Qualitätsindikatoren der DIVI [2]. Multiple Maßnahmen erhöhen die Sicherheit unserer Patienten. Beispielhaft seien hier Behandlungsstandards und eine strukturierte Visite für alle Patienten sowie jede Neuaufnahme durch eine Fachärztin oder einen Facharzt mit Zusatzbezeichnung „Intensivmedizin“ genannt. Weitere Beispiele sind Sicherheitschecklisten für verschiedenste Prozesse und Armbänder zur sichereren Identifizierung der Patienten.

Was sind auf einer Intensivstation die besonderen Herausforderungen bzgl. Patientensicherheit?

Schahin Fallah Shirazi:

Aufgrund komplexer organisatorischer Abläufe, akuter Notfälle und dem Schweregrad der Erkrankungen zählt die Intensivstation zu den fehleranfälligsten Bereichen der stationären Krankenversorgung. Abhängig von der Intensität der ärztlichen und pflegerischen Therapie muss das medizinische Fachpersonal ununterbrochen hochkomplexe technische Systeme bedie-

Biografisches



Foto: georg-foto, offenbach

PD Dr. med.

Dr. med. habil.

Haitham Mutlak ist seit Oktober 2019 Chefarzt der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach. Der Facharzt für Anästhesiologie mit der Zusatzbezeichnung Intensivmedizin und Notfallmedizin war vor seiner Zeit in Offenbach u. a. zuletzt als leitender Oberarzt am Universitätsklinikum Frankfurt sowie als wissenschaftlicher Mitarbeiter u. a. an der Charité Berlin, der University of Colorado oder der Ludwig-Maximilian-Universität in München tätig. Daneben ist er Prüfer des zweiten und dritten Abschnitts der Ärztlichen Prüfung beim Hessischen Landesprüfungsamt und bei den Facharztprüfungen der Landesärztekammer Hessen sowie in der Planung und Umsetzung der Peer Reviews ITS in Hessen aktiv.



Foto: privat

Dr. med. Daniel

Gill-Schuster

arbeitet seit 2020 als leitender Ober-

arzt in der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach. Vor seiner Tätigkeit in Offenbach absolvierte der Facharzt für Anästhesiologie mit den Zusatzbezeichnungen Notfallmedizin, Anästhesiologie und Palliativmedizin seine Facharztweiterbildung am Universitätsklinikum Frankfurt und war dort auch als Oberarzt tätig.



Foto: privat

Schahin Fallah

Shirazi ist seit 2020 Bereichsleiter der Medizinischen Intensivstation, Operativen Intensivstation und Schwerbrandverletzten-

zentrums der Klinik für Anästhesiologie, operative Intensivmedizin und Schmerztherapie am SANA Klinikum Offenbach, wo er seit seinem Examen 2013 als Gesundheits- und Krankenpfleger tätig ist. Der Fachkrankenschwester für Intensivpflege und Anästhesie absolvierte 2022 den Bachelor of Arts mit dem Schwerpunkt Gesundheits- und Sozialmanagement. 2021 erhielt er die Auszeichnung „Nachwuchs-Pflegemanager des Jahres“ des Bundesverbandes Pflegemanagement.



Abkürzungen: ÄK=Ärzttekammer; ITS=Intensivstation; QI=Qualitätsindikator;
SWOT=Strengths (Stärken), Weaknesses (Schwächen), Opportunities (Chancen), Threats (Risiken)
Eigene Darstellung nach: Leitfadens Ärztliches Peer Review, Bundesärztekammer 2014

nen, bei denen kleinste Fehleinstellungen gravierende Folgen für die Patienten haben können.

Dr. med. Daniel Gill-Schuster:

Erfahrungsgemäß können Patienten auf einer Intensivstation – z. B. aufgrund eines schweren Delirs oder Sedierung – selten adäquat Auskunft zu ihrer Person, ihrer Krankheit oder zur Operation geben. Dies macht die Identifikation und Anamnese zu einer besonderen Herausforderung, da die Gefahr besteht, dass es zu Verwechslungen oder gar zu Behandlungsfehlern kommt – besonders dann, wenn unterschiedliche Fachabteilungen hinzugezogen werden müssen.

Was ist Ihnen bezüglich des Themas Patientensicherheit auf Ihrer Intensivstation besonders wichtig?

Gill-Schuster: Eine gute interprofessionelle Kommunikation ist essenziell, da der Informationsverlust in Übergaben und während des Tagesverlaufs immens sein kann. Umso wichtiger ist es, dass mehrmals am Tag fest integrierte, standardisierte Besprechungen zwischen Ärztinnen und Ärzten sowie Pflegekräften stattfinden. In diesen werden Tages- und Behandlungsziele festgelegt und erledigte Tagesziele abgehakt. Dies wirkt deutlich dem Informationsverlust entgegen und fördert damit die Patientensicherheit.

Fallah Shirazi: Wir müssen uns darüber im Klaren sein, dass Fehler als untrennbares Element jeglichen menschlichen Tuns keine Ausnahmen darstellen. Wir haben einen hohen Sicherheitsanspruch und sehen den Menschen als eine Fehlerquelle, die im Fehler-Monitoring miteinbezogen werden muss. Mit diesem Ansatz werden Sicherheitsprozesse einheitlich und für alle Mitarbeitenden verbindlich eingeführt. Mir persönlich ist es aber ein gro-

ßes Anliegen im Sinne der „No-Blame-Kultur“ nicht nach Schuldigen, sondern im gemeinsamen Dialog nach Lösungen zu suchen.

Was waren die Gründe, Ihre Intensivstation für ein Peer Review anzumelden?

Mutlak:

Die Intensivmedizin ist mit der Versorgung von Patienten mit lebensbedrohlichen Erkrankungen ein sehr wichtiger

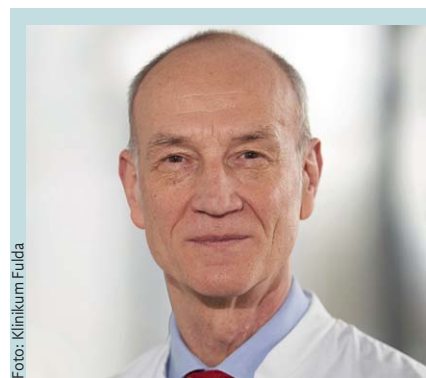


Foto: Klinikum Fulda

Prof. Dr. med. Clemens A. Greim, MBA, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensiv- und Notfallmedizin am Klinikum Fulda und hessischer Vertreter in der Steuerungsgruppe „Peer-Review in der Intensivmedizin“ der DIVI, sowie erfahrener Peer: „In der Intensivmedizin wollen wir unsere Patienten mit der best-

möglichen Lebensqualität aus der intensivmedizinischen Behandlung entlassen. Trotz Vorgaben durch Leitlinien und Empfehlungen gibt es variierende qualitative Ergebnisse, bedingt u. a. durch unterschiedliche Infrastrukturen, Prozesse und Personalkompetenz. Hierzu von außen Anregungen zu einer Verbesserung der intensivmedizinischen Kernleistung zu geben, macht das Peer Review Intensivmedizin spannend und effektiv. Mein Wunsch wäre es, dass sich Intensivstationen künftig alle drei bis vier Jahre dem Peer-Review-Verfahren der DIVI unterziehen. Dazu brauchen wir interessierte Kolleginnen und Kollegen mit Verantwortung in der Intensivmedizin, die über den eigenen Tellerrand hinausschauen wollen und sich gleichzeitig auch in die eigenen Karten blicken lassen.“



Pfeiler in der stationären Krankenversorgung. Die Anforderungen an Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität sind hoch und die Umsetzung im Team ist nicht trivial. Die tagtägliche Arbeit auf der Intensivstation kann zu „Betriebsblindheit“ führen wodurch Verbesserungspotenziale vergeben werden können. Die Möglichkeit, sich durch erfahrene Intensivmediziner und Intensivpflegekräfte reviewen zu lassen, bedeutet einerseits, einen Spiegel vorgehalten zu bekommen und ist andererseits extrem wichtig, um eine Standortbestimmung des eigenen Handelns zu erhalten und Potenziale und Stärken zu erfassen – so können wir uns in der Versorgungsqualität weiter verbessern und angestoßene Projekte weiter entwickeln. Wir haben uns im Team nach intensiver Diskussion einem solchen Verfahren gestellt. Dieser Aspekt ist mir besonders wichtig, weil die intrinsische Motivation, sich zu verbessern, eine Grundvoraussetzung für den Erfolg des Verfahrens ist.

Welche Vor- und Nachteile hat das Peer Review-Verfahren Ihrer Meinung nach?

Mutlak: Zwei aus meiner Sicht ganz entscheidende Vorteile sind zum einen die Freiwilligkeit der Teilnahme und zum anderen die Kompetenz der Peer-Review-Teams. Dies bewährt sich sowohl am Krankenbett als auch im kollegialen Dialog – und zwar nicht nur theoretisch, sondern vor allem in der praktischen Umsetzung

Fortbildungskurs Ärztliches Peer Review – Intensivmedizin (gemäß des Curriculums der Bundesärztekammer)

Zielgruppe: Intensivmedizinisch tätige Ärztinnen und Ärzte sowie Pflegefachkräfte in Leitungsfunktionen

Termine: Telelernphase: 14.11.–09.12.2022
Präsenzphase: 12.12.–13.12.2022

**Zertifizierung/
Gebühr:** 16 Fortbildungspunkte/390 €
(Akademiemitglieder 351€)

Der QR-Code für Smartphones führt direkt zur Website des Kurses der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung.

**Information und
Anmeldung:** Adiola Candelo-Römer, Fon:
06032 782-227
E-Mail:
adiela.candelo-roemer@laekh.de



von Qualitätskriterien. Alle an der Patientenversorgung beteiligten Berufsgruppen sind in den Peer-Review-Prozess mit einbezogen, so dass ein reales Bild der tatsächlich gelebten Praxis erfasst wird. Da das Review einen ganzen Tag dauert, ist auch ausreichend Zeit, alle relevanten Aspekte zu beleuchten. Einen wirklichen Nachteil kann ich an dem beschriebenen Vorgehen nicht erkennen, vielmehr ist der Austausch von Wissen, Erfahrungen und Prozessen im kollegialen Dialog ein weiterer Vorteil – beide Seiten lernen etwas dazu.

Wie haben Sie das Peer Review auf Ihrer Station empfunden?

Mutlak: Das Peer Review hat in einer sehr wertschätzenden, entspannten sowie kol-

legialen Atmosphäre auf Augenhöhe stattgefunden und die Peers waren sehr gut vorbereitet. Das hat aus meiner Sicht auch dazu beigetragen, dass offen über alle relevanten Themen gesprochen werden konnte. Natürlich möchte man in einem solchen Prozess optimal bewertet werden und geht mit einer gewissen Anspannung hinein. Wir haben schon im Rahmen der vorbereitenden Selbstbewertung anhand des strukturierten Peer-Review-Fragebogens viel gelernt und auch Aspekte gefunden, mit denen wir uns noch gar nicht intensiv beschäftigt hatten. Aber gerade das ist ja das eigentliche Ziel. Für mich als Fazit: Man braucht keine Angst zu haben – man kann nur profitieren!

Gill-Schuster: Der Besuch der Kollegen war sehr angenehm, problemorientiert und konstruktiv. Mit Hilfe der strukturierten, an die DIVI-Qualitätsindikatoren angelehnten Fragebögen konnten Probleme schnell herausgearbeitet und bewertet werden – sowohl für uns im Vorfeld als auch durch die intensivmedizinisch erfahrenen Kollegen. Grundlage war stets das interkollegiale Gespräch, so dass nie ein Gefühl einer „Prüfungssituation“ oder „Eduktion“ entstand. Persönlich konnte ich etliche Eindrücke durch die eingehenden Gespräche mit den Peer-Kollegen mitnehmen. Wir haben offen über Probleme und Innovationen auch auf den anderen Intensivstationen diskutiert. Daraus resultierten neue Ideen, die ich für meine tägliche Arbeit nutzen kann.



Foto: privat

Dr. med. Oliver Kumpf, Facharzt für Anästhesiologie und Intensivmedizin an der Charité Berlin, Sprecher der Steuerungsgruppe „Peer-Review in der Intensivmedizin“ der DIVI: „Ärztliches und interpro-

fessionelles Peer Review bedeutet, dass Besuchende und Besuchte sich auf eine Perspektive der wohlwollenden Kritik einlassen. Es geht nicht um die Kontrolle eines Minimalstandards wie z. B. bei einem Audit, sondern um die Möglichkeit, gemeinsam Entwicklungspotenziale auszuarbeiten, von der alle Seiten durch kollegialen Austausch profitieren. Peer Review soll nicht Angst vor ‚Spionage‘ erzeugen, sondern motivieren, mehr Offenheit für Veränderung zuzulassen. Dafür muss der Prozess transparent sein und gleichzeitig Daten generieren, die Vorteile gegenüber z. B. der verpflichtenden stationären Qualitätssicherung demonstrieren. Daran arbeiten wir in der DIVI-Steuerungsgruppe Peer Review.“



Fallah Shirazi: Wie erwartet, gibt es immer Verbesserungspotenzial. Im Gegensatz zu einem klassischen Audit hat man beim Peer Review durch den konstruktiven kollegialen Dialog die Möglichkeit, in einem ruhigen Setting Prozesse zu reflektieren und vom Erfahrungsschatz der Peers neuen Input für die eigene Arbeit zu gewinnen. Allerdings haben auch die Peers Ideen und Lösungsansätze unserer Intensivabteilung für gut befunden, die sie eventuell auch in ihren Häusern umsetzen möchten. Insgesamt also eine Win-win-Situation.

Kann das Peer Review-Verfahren Einfluss auf die Patientensicherheit haben?

Mutlak: Davon bin ich fest überzeugt. Wir haben nun eine Agenda im Sinne eines strukturieren Peer-Review-Berichtes, an der wir weiterarbeiten werden. Das führt dann letztendlich zu einer verbesserten Patientensicherheit.

Gill-Schuster: Weil Kollegen aus anderen Kliniken mit unterschiedlich strukturierten Intensivstationen kommen, werden eigene Verfahrensabläufe aus anderen Sichtweisen beleuchtet, und somit können wir Verfahrensabläufe optimieren und Fehler vermeiden. Daher kann das Peer-Review-Verfahren tatsächlich direkten Einfluss auf die Patientensicherheit haben.

Fallah Shirazi: Absolut! Der Blick von außen durchbricht immer die eigene „Betriebsblindheit“ und setzt neue Impulse für Prozessverbesserungen. Davon profitiert auch immer das Thema Patientensicherheit.



Foto: Klinikum Darmstadt

Robert Hammerschmidt, Fachkrankenschwester und Atmungstherapeut in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin am Klinikum Darmstadt: „Im Unterschied zu anderen Auditierungen steht beim Ärztlichen Peer Review

auf der Intensivstation nicht das Erlangen eines Zertifikates als vielmehr der wertschätzende Erfahrungsaustausch im Zentrum. Besonders hervorzuheben ist aus meiner Sicht dabei der interprofessionelle, kollegiale Dialog auf Augenhöhe. Für einen gelungenen Ablauf des Peer Reviews steht für mich die Stationsbegehung im Fokus, für die ich mir mehr Zeit zum Austausch mit weiteren Kolleginnen und Kollegen auf Station wünschen würde. Die Besprechung der Peers am Nachmittag könnte dagegen etwas komprimiert werden. Ein besonderer Vorteil ist die interprofessionelle Ausrichtung des Verfahrens, so auch der Einbezug der Pflege – dies sollte sich auch im Titel des Verfahrens wiederfinden, um die tatsächliche Zielgruppe besser anzusprechen.“

Was wünschen Sie sich für die Zukunft bezogen auf Qualitätssicherungsmaßnahmen in der Intensivmedizin?

Mutlak: Eine regelmäßige Begehung in diesem Umfang mit dem Schwerpunkt auf die tatsächlich gelebte klinische Praxis.

Gill-Schuster: Dass es mehr Verfahren wie das Peer-Review-Verfahren gibt. Viele QS-Maßnahmen sind sehr theoretisch. Es werden Einzelwerte definiert, die auf der Intensivstation oder nach Aktenlage abgefragt werden, teilweise nicht praktikabel sind und auch nicht dem eigentlichen Therapiestandard entsprechen. Dies spiegelt weder Qualität wider, noch trägt es zur Patientensicherheit bei. Dass

erfahrene Intensivmediziner, die täglich auf einer Intensivstation arbeiten und einheitliche Standards (z.B. DIVI-Standards) hinzuziehen, das Peer-Review-Verfahren durchführen, sichert und steigert die Qualität.

Fallah Shirazi: Wir haben sehr viele Begehungen auf der Intensivstation. Jedoch kann ein geschulter Blick von Kollegen aus demselben Fachgebiet, die mit denselben tagtäglichen Problemen zu kämpfen haben, Gefahren schneller identifizieren und praktische Lösungsvorschläge an die Hand geben.

Interview: Silke Nahlinger, Katrin Israel-Laubinger, Nina Walter

Literatur zum Artikel:

[1] Initiative Qualitätsmedizin.
www.initiative-qualitaetsmedizin.de/qualitaetsmethodik/qualitaetsmessung
 (Zugriff 26.07.2022)

[2] Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin (DIVI) e. V.
www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/peer-review/qualitaetsindikatoren
 (Zugriff 27.07.2022)

Weiterführende Informationen unter:

<https://www.bundesaerztekammer.de/themen/aerzte/qualitaetssicherung/aerztliches-peer-review>

<https://www.divi.de/empfehlungen/qualitaetssicherung-intensivmedizin/peer-review>



Online-Fortbildungsreihe Patientensicherheit und Qualitätssicherung

Zwei Teile: „Arzneimitteltherapiesicherheit – Neue Lösungen für bekannte Herausforderungen“

Zertifizierte/anerkannte Fortbildung für Ärztinnen, Ärzte, Patientensicherheitsbeauftragte und alle Interessierten im Gesundheitswesen.

Termine: 07.09.2022 und 02.11.2022

Reine Online-Veranstaltungen!

Die Landesärztekammer Hessen greift das diesjährige Motto des Welttages der Patientensicherheit „Medication without harm“ in einer zweiteiligen Live-Online-Veranstaltung in der Serie Patientensicherheit und Qualitätssicherung auf. Referentinnen und Referenten aus dem Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizin-

produkte, der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft sowie Ärztinnen und Ärzte aus der direkten Patientenversorgung stellen aktuelle Entwicklungen und Herausforderungen, praktische Aspekte, nationale Initiativen, konkrete Maßnahmen wie z. B. CIRS-Systeme (Critical Incident Reporting Systems), Leitlinien und Fallbeispiele zur Arzneimitteltherapiesicherheit vor.

Gebühr: pro Termin 130 Euro (Akademienmitglieder 117 Euro)

Zertifizierung: Pro Termin werden 4 Fortbildungspunkte anerkannt, Fortbildung

gemäß § 2 Abs. 5 Patientensicherheitsverordnung

Informationen und Anmeldung:

Christina Ittner, Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung

Fon: 06032 782-223

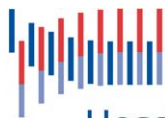
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Internet: <https://tinyurl.com/yfkk98sh>



www.akademie-laekh.de

Quelle des Rubrikenlogos: © Nizwa Design – shutterstock.com



Hessisches Krebsregister

Klinisch-epidemiologische Krebsregistrierung in Hessen

Webseminare des Hessischen Krebsregisters

Ärztinnen und Ärzte, die eine Abteilung leiten bzw. eine Praxis in Hessen führen, sind verpflichtet, Informationen über die Krebsdiagnose und -behandlung an das Hessische Krebsregister (HKR) zu melden. In den HKR-Seminaren, die online als Webseminare angeboten werden, gibt es Hilfestellungen und Informationen rund um die Meldetätigkeit.

Online-Erfassung im Meldeportal	Vorgestellt werden die Online-Erfassung von Krebsinformationen im kostenlosen Meldeportal und die unterschiedlichen Erfassungsmasken. Zudem werden die Meldeabläufe im Krebsregister erläutert.	Mi., 14.09.2022, 14:00–15:30 Uhr, online (Webex), 2 Fortbildungspunkte
Grundlagen der Tumordokumentation	Grundlegende Aspekte der Tumordokumentation werden zusammen mit Wissen zu den gängigen Klassifikationssystemen (ICD-10, ICD-O, TNM und OPS) vermittelt.	Do., 15.09.2022, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Dokumentation des malignen Melanoms	Es werden Hinweise zu den meldepflichtigen Hauttumoren, den geforderten Krebsinformationen und zum Ergänzungsmodul „Malignes Melanom“ gegeben.	Mi., 21.09.2022, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
Dokumentation des Mammakarzinoms	Themen sind die standardisierte Tumordokumentation von Brusttumoren, die geforderten Krebsinformationen und das Ergänzungsmodul „Mammakarzinom“.	Di., 08.11.2022, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte

Weitere Termine finden sich auf der HKR-Website, eine vorherige Anmeldung ist erforderlich: www.hessisches-krebsregister.de → Über uns → Veranstaltungen
Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



40 Jahre IPPNW: Ärztliche Verantwortung für eine Welt in Frieden

In Zusammenarbeit mit Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein, ehemals Chefarzt der Med. Klinik des Frankfurter Bürgerhospitals und Professor der Inneren Medizin an der Goethe-Universität Frankfurt

Die ärztliche Friedensorganisation Internationale Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt*innen in sozialer Verantwortung e. V. (IPPNW) hat vom 17. bis zum 19. Juni 2022 ihr 40-jähriges Bestehen gefeiert. An dem großen Jubiläumskongress in Landsberg am Lech nahmen knapp 170 Ärztinnen und Ärzte der IPPNW aus allen Bundesländern teil. Darunter drei Gründungsmitglieder der deutschen Sektion der IPPNW, der Vorstand und die Landsberger Oberbürgermeisterin Doris Baumgartl sowie weitere Ehrengäste.

Miteinander reden und informieren – in Zeiten, in denen die Angst vor einem Atomkrieg zurück ist und der völkerrechtswidrige russische Angriffskrieg in der Ukraine unsere friedenspolitischen Grundsätze vor eine harte Probe stellt, warnt die IPPNW vor der Eskalation des Krieges und den Drohungen mit Atomwaffen. Wie in der jetzigen Situation schien es auch vor 40 Jahren unmöglich, ein Gespräch mit der verfeindeten Regierung zu führen und eine blockübergreifende Organisation zu gründen. Es gab Rückschläge und oft sah es aus wie ein unmögliches Unterfangen.

1981 jedoch, auf der Höhe des Kalten Krieges, gründeten die beiden bekannten Kardiologen Bernard Lown aus den USA und sein sowjetischer Kollege Evgenij Chazov den Verein Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges (IPPNW). Nur die Hartnäckigkeit, Weitsicht und die tiefe Überzeugung Lowns und seiner Mitstreiter führten dabei zum Erfolg. Heute, 40 Jahre später, dient das

als Leitbild: Nichts darf als unmöglich aufgegeben werden – es gilt beharrlich zu versuchen, mit den auf Frieden ausgerichteten Aktivitäten etwas zu erreichen. Getreu Lowns Überzeugung: „Only those who see the invisible can do the impossible.“

Um diesen Grundsatz ging es auch Prof. Dr. med. Ulrich Gottstein in seiner Rede zur Jubiläumsfeier der IPPNW. Als Initiator und Mitbegründer der deutschen Sektion der IPPNW war Gottstein Zeitzeuge und enger Mitstreiter Lowns für die erfolgreiche Verhütung eines Atomkrieges in den achtziger Jahren des vergangenen Jahrhunderts. Als Ehrenmitglied des Vorstands und geladener Referent machte Gottstein deutlich, dass Atomwaffen keinen Schutz vor Kriegen darstellen. Bestes Beispiel dafür seien die zahlreichen konventionellen Kriege zwischen Atommächten in den vergangenen Jahrzehnten gewesen, die nur durch „Glück und Gottes Hilfe“¹ nicht zum Atomkrieg eskaliert waren. Es sei deshalb unverzichtbar, dass sich die Ärztinnen und Ärzte der IPPNW wie seit 40 Jahren weiter für die Verhütung des Atomkrieges und die Abschaffung aller Atomwaffen einsetzen. Denn im Falle eines Atomkrieges gibt es keine ärztliche Hilfe! Diese Aufklärungsarbeit war es, der die IPPNW den Unesco-Friedenspreis 1984 und den Friedensnobelpreis 1985 zu verdanken hat.

Das friedenspolitische Engagement war zentrales Thema in Landsberg am Lech. Der Jubiläumskongress wurde mit einer Analyse der aktuellen Lage im Ukraine-Krieg und der derzeitigen Bedrohung

durch Atomwaffen eröffnet. Andreas Zumach, Journalist und Buchautor in Friedensfragen, sprach über Diplomatie als einziges Mittel zur Beendigung des Krieges. Er forderte zivilgesellschaftliche Beziehungen zu Russland sowie den kulturellen und wissenschaftlichen Austausch wieder aufleben zu lassen. Die Organisation für Sicherheit und Zusammenarbeit in Europa (OSZE) sei die einzige Organisation, die einen Rahmen für eine dauerhafte Friedensordnung in Europa schaffen könne. In verschiedenen Workshops und Panels ging es außerdem um die IPPNW-Themen „Atomenergie – der Treibstoff für die Bombe“, „Gesundheit und soziale Verantwortung“ sowie „Krieg und Klima“. Das Atomwaffenverbot war zentrales Thema der öffentlichen Kundgebung vor dem historischen Rathaus der Stadt Landsberg. Am Ende des Kongresses verabschiedeten die Teilnehmer*innen das Landsberger Memorandum, mit einer Friedensforderung für Europa: „Wir brauchen eine neue Politik, die menschliche Sicherheit in den Mittelpunkt stellt und die nukleare und konventionelle Abrüstung sowie die Lösung der Klimakrise und der globalen Versorgungs- bzw. Hungerkrisen zusammen auf die internationale Tagesordnung setzt.“

Lara-Marie Krauß

Referentin der Presse- und Öffentlichkeitsarbeit, IPPNW – Ärzt*innen für die Verhütung des Atomkrieges/Ärzt*innen in sozialer Verantwortung e. V.
E-Mail: krausse@ippnw.de



Öffentliche Kundgebung im Rahmen des Jubiläumskongresses „40 Jahre IPPNW“ in Landsberg am Lech.

Foto: IPPNW

¹ Zitat des US-Oberbefehlshabers der Nuklearstreitkräfte in den 1980-Jahren.

Juliane Walther arbeitet seit 25 Jahren für die Landesärztekammer Hessen

Sie hat es gelernt, „von der Pike auf“. Juliane Walther, geborene Schad, begann am 1. August 1997 ihre Tätigkeit für die Landesärztekammer Hessen mit der Berufsausbildung zur Kauffrau für Bürokommunikation. Nach dem erfolgreichen Abschluss im Juni 2000 übernahm sie gleich eine herausfordernde Stelle im Sekretariat des damaligen Hauptgeschäftsführers, Dr. med. Michael Popović.

Ihre umfangreichen organisatorischen Fähigkeiten waren Anlass, dass sie 2007 unter der Federführung des Kaufmännischen Geschäftsführers Hans-Peter Hauck das Projektbüro für den seinerzeitigen Neubau des Gästehauses übernahm.

Ende 2009 wechselte Juliane Walther den Dienort von Frankfurt nach Bad Nauheim. Hier war sie zunächst im Sekretariat der Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung tätig bis sie 2012 in das Sekretariat der Carl-Oelemann-Schule (COS) wechselte. Mit großem Engagement arbeitete sie sich hier zusätzlich in den Bereich Qualitätsmanagements ein. Neben



Juliane Walther

den Sekretariatsaufgaben übernahm Frau Walther schnell die Position der Qualitätsbeauftragten in der COS. In dieser Funktion führt sie zwischenzeitlich die internen Audits selbstständig durch.

Die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen und die Gremien der Carl-Oelemann-Schule gratulieren Juliane Walther zum Dienstjubiläum.

Silvia Happel, Schulleiterin



Foto: privat

Erinnerung an Dr. med. Helge Riegel

* 14.06.1945 † 16.07.2022

Mit großer Bestürzung haben wir von dem plötzlichen Tode unseres Kollegen, Dr. med. Helge Riegel, erfahren müssen. Wir verlieren einen sehr engagierten und verlässlichen, kompetenten und immer hilfsbereiten Kollegen.

Riegel war für jeden Arzt und jede Ärztin in der Region immer ansprechbar und hat mit Wissen

und toller Unterstützung Hilfestellung geleistet.

Er und sein Team haben nicht nur bei fachlichen Fragen zur Verfügung gestanden, sondern auch bei organisatorischen Unterstützungsmaßnahmen niemals abgelehnt. Wir verlieren mit Helge Riegel einen Freund.

Der Vorstand der Bezirksärztekammer Wiesbaden bedankt sich auf diesem Wege für das Engagement und die immer geleistete Hilfestellung für seine Arbeit in der Kammer. Unsere Gedanken sind bei der Familie sowie allen Angehörigen.

Sterben ist kein ewiges Getrenntwerden. Es gibt ein Wiedersehen an einem hellen Tag.

Für den Vorstand der Bezirksärztekammer Wiesbaden
Dr. med. Michael Weidenfeld

Hartmannbund Hessen: Einladung Landesdelegiertenversammlung

Der Vorsitzende des Hartmannbundes, Landesverband Hessen, Dr. med. Lothar Born, lädt zur Landesdelegiertenversammlung 2022:

Termin: Samstag, 10. September 2022, 10–12 Uhr

Ort: APO-Bank Frankfurt, 1. OG., Mainzer Landstr. 275, Frankfurt/Main

Thema: Gestaltung der Rahmenbedingungen für angestellte Ärzte in der vertragsärztlichen Praxis

Einführungsvortrag: Regionale Gesundheitsversorgung: die zukünftige Rolle selbstständiger und angestellter Ärzte

Referentin: Kordula Schulz-Asche, MdB, Bündnis 90/Die Grünen, Mitglied des Bundesgesundheitsausschusses und des Begleitgremiums „Covid-19-Pandemie“

Anmeldung: Die Teilnehmeranzahl ist begrenzt. Frühzeitige Anmeldung erbeten, per E-Mail an:

stephanie.neumann@hartmannbund.de

RKI-Studie: Situation des Gesundheitspersonals während der Covid-19-Pandemie

Ärztinnen und Ärzte sind aufgerufen, an einer Studie des Robert Koch-Instituts teilzunehmen:

Thema: Auswirkungen der Covid-19-Pandemie auf das Gesundheitspersonal

Online-Umfrage: Dauer: 25 Minuten

Optional: Teilnahme an einem ca. 45- bis 60-minütigen Interview oder einer ca. 60-minütigen Gruppendiskussion, dafür gibt es einen Gutschein über 25 Euro.

• Alle Informationen werden ausschließlich anonym analysiert.

Link: <https://befragungen.rki.de/SE/1/Gesundheitspersonal>

Fragen dazu per E-Mail an:

gesundheitspersonal@rki.de

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: ©peterschreiber.media – stock.adobe.com

Trauer um Dr. med. Günter Haas

* 02.12.1951 † 28.07.2022

Völlig überraschend verstarb Dr. med. Günter Haas im Alter von 70 Jahren. Mehr als 30 Jahre setzte er sich nicht nur für seine Patientinnen und Patienten in seiner Hausarztpraxis in Reichenbach im Odenwald ein, sondern er engagierte sich auch leidenschaftlich in der Berufspolitik, aber auch in der Vertretung seiner heimatlichen Gemeinde. Der Allgemeinmediziner war von 2000 bis 2013 Delegierter der Landesärztekammer Hessen und von 2008 bis 2013 Beisitzer im Präsidium der Landesärztekammer Hessen. Ein Leben ohne Engagement für die Gemeinschaft

war für ihn kaum vorstellbar. Dabei war er immer ein Freund offener Worte und vertrat seinen Standpunkt klar und verständlich. Er prägte auch die Kassenärztliche Vereinigung, in der er als stellvertretender Vorsitzender der Vertreterversammlung und 2013 bis 2016 als stellvertretender Vorstandsvorsitzender wirkte. Dort war er die treibende Kraft für die flächendeckende Einführung der Ärztlichen Bereitschaftsdienstzentralen in Hessen und ermöglichte so die Vereinbarkeit von Privatleben und Beruf außerhalb der Praxisöffnungszeiten.

Wir trauern gemeinsam mit seiner Ehefrau und Familie und werden ihm ein ehrendes Gedenken bewahren.



Foto: KV Hessen/Ramirez

Dr. med. Günter Haas

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident
der Landesärztekammer Hessen

Monika Buchalik
Vizepräsidentin
der Landesärztekammer Hessen

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60056372 ausgestellt am 05.11.2018

für Ahmed Abdelfattah, Fulda

Arztausweis-Nr. 060059621 ausgestellt am 11.06.2019

für Abdelwadoud Abdrabou, Kassel

Arztausweis-Nr. 60068459 ausgestellt am 01.10.2020

für Prof. Dr. med. Klaus Altland, Lich

Arztausweis-Nr. 60080444 ausgestellt am 21.06.2021 für Anja Braschoß, Gießen

Arztausweis-Nr. 60057473 ausgestellt am 22.01.2019 für Moritz Brunk, Buseck

Arztausweis-Nr. 60059283 ausgestellt am 15.05.2019

für Dr. med. Martin Bunniger, Gießen

Arztausweis-Nr. 60164602 ausgestellt am 13.01.2022 für Isabelle Cobres, Gießen

Arztausweis-Nr. 060080408 ausgestellt am 21.06.2021

für Dr. med. Axel Diez, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60073866 ausgestellt am 23.02.2021

für Mosab Elkassas, Lauterbach

Arztausweis-Nr. 060058732 ausgestellt am 03.04.2019 für PD Dr. med.

Alfred Etzrodt, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 60051655 ausgestellt am 08.01.2018 für PD Dr. med. univ.

Dr. med. habil. Marie-Therese Forster,

Königstein

Arztausweis-Nr. 060058199 ausgestellt am 28.02.2019

für Dr. med. Michael Germann, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 60057894 ausgestellt am 12.02.2019

für Valentina Girsovica, Liederbach

Arztausweis-Nr. 060052222 ausgestellt am 29.01.2018

für Ingrid Gromotka, Frittlar

Arztausweis-Nr. 060058027 ausgestellt am 20.02.2019

für Patrick Haan, Kassel

Arztausweis-Nr. 060051234 ausgestellt am 30.11.2017

für Dr. med. Iwona Heckl, Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 60169176 ausgestellt am 24.01.2022

für Dr. med. Rainer Hoelen, Korbach

Arztausweis-Nr. 060052176 ausgestellt am 29.01.2018 für PD Dr. med.

Michael Hogardt, Egelsbach

Arztausweis-Nr. 60058223 ausgestellt am 04.03.2019 für Dr. med.

Benedikt Höh, Regensburg

Arztausweis-Nr. 60173136 ausgestellt am 31.01.2022 für Clara Jünemann, Bell

Arztausweis-Nr. 060076602 ausgestellt am 19.04.2021 für Sabahat Khan,

Bad Homburg

Arztausweis-Nr. 60059352 ausgestellt am 21.05.2019 für Dr. med.

Katharina Knuth, Taunusstein

eHBA-Nr. 80276001081000051075 ausgestellt am 03.02.2021

für Dr. med. Shafreena Kühn, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060058005 ausgestellt am 19.02.2019

für Dr. med. Bianca Lamotte, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60179696 ausgestellt am 01.03.2022 für Abedalkader

Mahmoud Abu-Rahma, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060154010 ausgestellt am 15.12.2021

für Morteza Malekian, Hamburg

eHBA-Nr. 80276001081000000000 ausgestellt am 11.05.2021 für

Annette Merati-Kashani,

Witzenhausen

Arztausweis-Nr. 060066040 ausgestellt am 25.06.2020

für Jutta Johanna Mersch-Müller, Kassel

Arztausweis-Nr. 60051466 ausgestellt am 19.12.2017 für Dr. med.

Sabine Müllers-Fritz, Bad Soden

Arztausweis-Nr. 60067771 ausgestellt am 02.09.2020

für Dimitrios Pangeas, Hanau

Arztausweis-Nr. 060076591 ausgestellt am 19.04.2021

für Dr. med. Klaus Pöttgen, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 60059673 ausgestellt am 12.06.2019 für Dr. med.

Ludwig Scheckenbach, Hamburg

Arztausweis-Nr. 60055407 ausgestellt am 27.08.2018 für Dr. med.

Katarzyna Hanna Schmidt,

Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060065643 ausgestellt am 27.05.2020 für Dr. med.

Clemens Stoffregen, Mainz

Arztausweis-Nr. 060142301 ausgestellt am 10.11.2021

für Elisabeth Zittlau, Mering



Einladung

155. Bad Nauheimer Gespräch

29. September 2022, 19–21 Uhr
Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, Frankfurt/M.

Moderation: Prof. Dr. med. Ursel Heudorf

Klug entscheiden.

Initiative zum sachgerechten Einsatz diagnostischer
und therapeutischer Maßnahmen in der Medizin



Quelle: Christof Mattes

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann

Inspiriert von der erfolgreichen Initiative „Choosing wisely“ verfolgt „Klug entscheiden“ in Deutschland das Ziel, eine medizinische Über- und Unterversorgung und schädliche (Neben-)Wirkungen diagnostischer und therapeutischer Methoden bei Patienten zu vermeiden. Dazu wurden evidenzbasierte Positiv- und Negativempfehlungen aus allen Gebieten der Inneren Medizin erarbeitet.

Prof. Dr. med. Elisabeth Märker-Hermann, ehemalige Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin (DGIM, 2012/2013), eine der Initiatorinnen von „Klug entscheiden“ der DGIM, wird das Projekt und seine Erfolge vorstellen und mit Ihnen diskutieren.

Anmeldung und weitere Information: info@bad-nauheimer-gespraech.de

Bei Bedarf wird zusätzlich die Möglichkeit einer Online-Teilnahme eingerichtet.

Die Inhalte der Fortbildungsveranstaltung sind produkt- und/oder dienstleistungsneutral gestaltet. Potenzielle Interessenkonflikte des Veranstalters, der wissenschaftlichen Leitung und der Referentin werden offengelegt. Die Veranstaltung wurde mit 3 Punkten zertifiziert und findet ohne Sponsoring statt (Gesamtaufwendungen ca. 1.500 €).

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Hanauer Landstr. 152

60314 Frankfurt a. M. (Ostend)

info@bad-nauheimer-gespraech.de

Telefon: (069) 766350

Telefax: (069) 766350

www.bad-nauheimer-gespraech.de





Foto: © Alex Mit – stock.adobe.com

14. Erfahrungsaustausch Hämotherapie

Zertifizierte Fortbildung für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie – zur Qualitätssicherung in der Hämotherapie

Termin: 30.09.2022, 10–13:45 Uhr

Ort: Landesärztekammer Hessen, Hanauer Landstr. 152, Frankfurt/Main

Beim jährlichen Erfahrungsaustausch für Qualitätsbeauftragte Hämotherapie (QBH) werden aktuelle, spannende und hilfreiche Themen für den beruflichen Alltag der QBH vorgestellt, wie die Aufgabenbereiche des Arbeitskreises Blut des Robert Koch-Instituts oder bedeutende Risiken im Transfusionsprozess anhand von Praxisbeispielen. Dieses Jahr wird insbesondere ein Refresher zu kommunikativen Herausforderungen in der Praxis der QBH angeboten – und welche Gesprächsführungsstrategien daraus abgeleitet werden können.

• **Zielgruppe:** QBH und alle regionalen und überregionalen Akteure, die mit

der Qualitätssicherung Hämotherapie und der Anwendung von Blutprodukten befasst sind.

• **Kostenfrei**, aber die **Anmeldung** bei der Stabsstelle Qualitätssicherung ist erforderlich. Fon: 069 97672-195, Mail: qs@laekh.de.

• **Zertifizierung:** vier Punkte

Informationen: Das ausführliche Programm steht auf der Website der Landesärztekammer Hessen unter <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung/qs-haemotherapie/veranstaltungen/> oder via Kurzlink <https://tinyurl.com/2p88d7sk/>

Der QR-Code für Smartphones führt direkt dorthin.



Goldenes Doktorjubiläum

Ehrungen MFA/Arzthelfer*innen

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2023/2024

Zwischenprüfung 2023	Mittwoch, 29. März 2023
Sommerprüfung 2023	
Schriftliche Prüfung	Mittwoch, 3. Mai 2023
Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung	3. Juli bis 22. August 2023 (Prüfungsblock in Bad Nauheim vom 3. Juli bis 18. August 2023)
Winterprüfung 2023/2024	
Schriftliche Prüfung	Mittwoch, 29. November 2023
Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung:	15. bis 6. Februar 2024 (Prüfungsblock in Bad Nauheim voraussichtlich vom 15. Januar bis 2. Februar 2024)
Landesärztekammer Hessen Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte	

Eignungstest für den Beruf der Medizinischen Fachangestellten

Um hessische Ärztinnen und Ärzten bei der Bewerberauswahl für den Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r zu unterstützen, stellt die Landesärztekammer einen Eignungstest zur Verfügung.

Der Eignungstest gliedert sich in:

- Fragebogen zur Einleitung eines Bewerbungsgesprächs
- Auswahlkriterien für die Einstellung einer/eines Auszubildenden
- Testaufgaben/Lösungen

Der Test ist kostenfrei und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Der Eignungstest kann unter Fon: 069 97672-581 oder per E-Mail an: med.fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfiehlt die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte der Landesärztekammer Hessen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

MFA: Terminänderung für Winterprüfung 2022/23

Der Termin für die MFA-Winterprüfung 2022/2023 (siehe HÄBL 07/08 2022, S. 462) hat sich zwischenzeitlich noch einmal geändert. Die schriftliche Prüfung findet wie angekündigt am 30. Novem-

ber 2022 statt. Der Zeitraum der mündlichen Prüfung wurde wegen der zu erwartenden Zahl der Prüflinge erweitert und findet nun vom 16. Januar bis neu 7. Februar 2023 statt (nicht bis zum 31. Januar 2023). Anmeldungen nehmen die Bezirksärztekammern zwischen dem 3. und 10. August 2022 entgegen.

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. Redakteuri; in Elternzeit
Lukas Reus, Referent Stabsstelle Medien

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen;
Jürgen Juncker, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haeb1@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

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

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 14,00 – Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

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

**Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für
den Stellen- und Rubrikenmarkt:** Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,
E-Mail: lang@aerzteverlag.de

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

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,
Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

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

Non-Health: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,
E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

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

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 8, gültig ab 01.01.2022

Auflage Lt. IVW 2. Quartal 2022:

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

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

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

83. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln