

# HÄBL 04/2024: Literatur und weitere Inhalte

**In dieser pdf zur Ausgabe 04/2024 finden sich neben den Literaturverzeichnissen noch weitere Inhalte:**

Längere Version des Interviews mit Prof. Dr. med. Steffen Gramming, Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft

Terminhinweise für aktuelle Webseminare des Hessischen Krebsregisters

Informationen zur LÄKH-Fortbildung zum Peer – Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahme Peer Review

Informationen zur Online-Fortbildung: „Wie geht’s?!“ – Befragungen als Instrument für die Qualitäts- und Patientensicherheit

### Literaturverzeichnisse (LitVZ):

- LitVZ: CME-Beitrag „Hörstörungen im Alter“
- LitVZ: Faszientraining – zwischen Trend und Evidenz
- LitVZ: Gewalt gegen die Ärzteschaft und Mitarbeitende
- LitVZ: Von der Qualitätssicherung bis zur Befragung zum ärztlichen Nachwuchs: Die Aufgaben der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen

# „Wir brauchen kurzfristig eine finanzielle Stabilisierung der Krankenhäuser“

**Prof. Dr. Steffen Gramminger, Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft, zur geplanten Krankenhausreform und ihren Folgen**

Interview mit Prof. Dr. med. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. (HKG), zur geplanten Krankenhausreform und ihren Folgen.

## Wie sieht derzeit die wirtschaftliche Lage der Krankenhäuser aus?

**Prof. Dr. Steffen Gramminger:** Die wirtschaftliche Situation der Krankenhäuser ist so dramatisch wie noch nie. Wir brauchen dringend die seit Monaten geforderten Inflations- und Tarifausgleiche, ansonsten geht den Krankenhäusern die Luft aus. Die bisherigen Maßnahmen waren Soforthilfemaßnahmen, welche 2022 und 2023 kurzfristig die Liquidität stabilisierten, aber keine dauerhafte Refinanzierung der erheblich gestiegenen Kosten gewährleisten.

Außerdem verzeichnen wir seit der Coronapandemie Fallzahlenrückgänge, im Durchschnitt sind das 10 bis 11 % weniger Fälle pro Jahr. Dafür gibt es mehrere Gründe, aber insbesondere ist der Fachpersonalmangel hierfür verantwortlich. Viele Krankenhäuser müssen immer wieder Betten sperren und können somit nicht ihre Stationen voll belegen. Statistisch resultieren leere Betten und gleichzeitig gehen die Erlöse zurück.

Neben steigenden Kosten und fehlenden Erlösen kommen die seit vielen Jahren unzureichenden Fördermittel hinzu. Krankenhäuser mussten Kredite aufnehmen, um notwendige Investitionen zu tätigen. Abschreibungen und Zinsen wurden mit steigenden Fallzahlen und Erlössteigerungen bezahlt. Dieses Geschäftsmodell, in welches die Krankenhäuser hineingetrieben wurden, fliegt uns jetzt um die Ohren. Steigende Sach- und Personalkosten, verminderte Erlöse und steigende Zinskosten. Ein Gemisch, mit dem 80 % der Krankenhäuser rote Zahlen schreiben.

## Was muss kurzfristig geschehen, um die stationäre Krankenversorgung zu sichern?

**Gramminger:** Zunächst muss eine Soforthilfe erfolgen. Wie in der Bundesratserschließung vom November 2023 von den Ländern gefordert, muss eine 4%ige Steigerung der Landesbasisfallwerte erfolgen, um die Inflationskostensteigerungen der Jahre 2022 und 2023 auszugleichen. Mindestens muss aber der Landesbasisfallwert rückwirkend zum 01.01.2024 basiswirksam um 2 % auf den Kostenorientierungswert angeglichen werden. Außerdem kommt die Krankenhausreform einerseits zu spät und andererseits ist die Vorhaltefinanzierung in der bisherigen Form völlig ungeeignet und muss dringend überarbeitet werden. Zwischenzeitlich könnten vorhandene Zuschläge wie der Sicherstellungszuschlag, die Zuschläge der Notfallversorgung oder die Zuschläge für besondere Fachbereiche schnell und unbürokratisch erhöht werden. Damit würde man nicht mit der Gießkanne Gelder verteilen, sondern ganz gezielt besonders notwendige Krankenhausstandorte sichern. Wir brauchen eine solche Stabilisierung jetzt. Sonst baut man die neuen Krankenhausstrukturen auf Treibsand bzw. verliert Strukturen, welche man später mit viel Geld wieder aufbauen muss.

Aber klar ist auch: Wir müssen an die Strukturen ran! Es geht nicht nur um die Wirtschaftlichkeit der stationären Versorgung. Wir müssen vor allem auch lernen, mit dem Fachpersonalmangel umzugehen und unsere Patientenbehandlung wesentlich effizienter gestalten. Hierzu müssen wir die Spezialisierung, die Ambulantisierung und die Digitalisierung fördern sowie die starren Sektorengrenzen auflösen. Den Patientinnen und Patienten ist es völlig egal, welcher Sektor für sie zuständig ist – sie wollen einfach nur gut behandelt werden – am besten sektorenfrei. Dennoch müssen wir auch ehrlicher zu unse-



Prof. Dr. med. Steffen Gramminger, Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft.

rer Bevölkerung werden. Gute und schnelle Behandlung zu jeder Zeit an jedem Ort ist kein Automatismus und wird auch nicht immer zu gewährleisten sein.

## Wie schätzen Sie den aktuellen Stand der Verhandlungen zur Krankenhausreform ein und welche Auswirkungen sehen Sie für Hessen?

**Gramminger:** Grundsätzlich betrachtet, greift die Krankenhausreform zu kurz. Eigentlich brauchen wir eine Gesundheitsreform. Ob ambulant, stationär, im Rettungsdienst oder in der Pflege: Wir alle haben mit den aktuellen Herausforderungen zu kämpfen. Nur wenn wir die Zusammenarbeit stärken und vom Sektorendenken wegkommen, können wir unsere Effizienz steigern. Leider tun wir uns hier schon seit Jahren sehr schwer. Hinzukommt, dass man sich des Eindrucks nicht erwehren kann, dass sich die Bundespolitik völlig verrannt hat. Es geht nicht mehr um die besten Lösungen, sondern nur noch um das Durchsetzen seiner eigenen Vorstellungen. Vieles ist geprägt

von Fraktionszwang anstatt von einem konstruktiven Miteinander. So sind Bund und Länder momentan völlig zerstritten und man muss große Bedenken haben, inwiefern die Reform, die wir alle dringend benötigen, überhaupt zustande kommt.

Der Zeitplan ist jetzt schon nicht mehr zu halten. Selbst wenn das neue Gesetz zum 01.01.2025 in Kraft tritt, dauert es noch mindestens zwei Jahre, bis die Krankenhausreform mit ihren Leistungsgruppen und der Vorhaltefinanzierung an den Start gehen kann, und nochmals mindestens ein Jahr, bis die ersten Auswirkungen zu verzeichnen sein werden. Hessen wäre gut beraten, nicht auf Berlin zu warten, sondern ähnlich wie Nordrhein-Westfalen (NRW) das Handeln selbst in die Hand zu nehmen. Orientierend an den Leistungsgruppen aus NRW können wir auch in Hessen eine neue und zukunftsorientierte Krankenhausplanung angehen und uns vor allem für eine sektorenfreie Gesundheitsplanung einsetzen.

Mit Inkrafttreten des Krankenhaustransparenzgesetzes wird das Institut für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK) seinen Auftrag vom BMG umsetzen und jeden stationären Fall einer Leistungsgruppe zuordnen müssen. Dieser Algorithmus entspricht dann in keiner Weise dem Vorgehen in NRW, da dort ein Großteil der Fälle nach der Weiterbildungsverordnung und nach entlassener Fachabteilung zugeordnet wird. Da anhand der Leistungsgruppen aber das Vorhaltebudget verteilt werden soll, wird das InEK streng nach ICD und OPs zuordnen. Es ist zu befürchten, dass im Resultat dann verschiedene Systeme nebeneinanderher existieren.

Neben diesen „technischen Herausforderungen“ müssen wir vor allem auch die regionalen Besonderheiten und die demografischen Entwicklungen im Blick haben. Hier brauchen wir den nötigen Freiraum in den Ländern – auch in Hessen. Es existieren im Vogelsbergkreis völlig andere Voraussetzungen als in Frankfurt. Die Leistungsgruppen können uns sehr gute Orientierung geben und die Spezialisierung in den Krankenhäusern vorantreiben, aber in strukturschwachen Regionen müssen wir individuelle Lösungen finden.

Insgesamt bin ich für Hessen guter Dinge. Viele Krankenhäuser sprechen schon jetzt untereinander, wie man die Krankenhaus-

leistungen besser aufeinander abstimmen kann, wie man Standorte evtl. zusammenlegen oder wie man kooperieren kann. Auch in einem speziellen Gremium unter Führung des Ministeriums tauschen sich Krankenhausgesellschaft, die Kassenärztliche Vereinigung, die Landesärztekammer, der Städte- und Landkreistag und die Krankenkassen regelmäßig aus, um die Krankenhausplanung in Hessen neu aufzustellen. Und allen Beteiligten ist klar: Ein „weiter so“ kann es nicht geben. Dennoch wird es noch ein langer und steiniger Weg.

#### **Wie können wir zu einer noch besseren Kooperation von ambulanter und stationärer Versorgung gelangen?**

**Gramminger:** Das Verhältnis zwischen Kassenärztlicher Vereinigung und Hessischer Krankenhausgesellschaft war schon einmal entspannter. Aber wir müssen realisieren, dass der eine ohne den anderen nicht kann. Und wir müssen moderner denken. Es gibt nicht Tausende Ärzte, die sich niederlassen wollen, und nicht Tausende Ärzte, die nur warten, in Krankenhäusern eingesetzt zu werden. Daher ruhen unsere Hoffnungen auf den sektorübergreifenden Versorgungseinrichtungen, in denen wie selbstverständlich ambulant und stationär behandelt werden kann. Dabei müssen die Krankenhäuser für den ambulanten Bereich geöffnet werden und der vertragsärztliche Bereich muss Möglichkeiten bekommen, ebenfalls an der stationären Behandlung zu partizipieren. Dabei wäre es kontraproduktiv, wenn man mit solchen Einrichtungen wieder sofort Millionen einsparen möchte.

Vielmehr muss zunächst Geld in neue Strukturen und Organisationen investiert werden und es müssen positive Anreize gesetzt werden.

#### **Die ärztliche Weiterbildung steht derzeit unter großem Druck. Nur wenn eine gute Weiterbildung gewährleistet wird, kann mittelfristig die ärztliche Versorgung gesichert werden. Dies muss bei der Finanzierung berücksichtigt werden. Wie schätzen Sie hier den aktuellen Verhandlungsstand ein?**

**Gramminger:** Ärztliche Weiterbildung ist momentan eigentlich gar nicht finanziert. Im vertragsärztlichen Bereich ist die Weiterbildungsquote deutlich zu gering und

die Förderung nicht ausreichend. Im stationären Bereich muss alles über die DRG finanziert werden. Dort gibt es aber keine Kostenstelle „Ärztliche Weiterbildung“, das heißt die Kosten für die ärztliche Weiterbildung müssen mit den DRG-Erlösen erwirtschaftet werden. Eine solche Art der „Pseudorefinanzierung“ stärkt natürlich nicht den Bereich der Weiterbildung. Hier müssen wir versuchen, dass ärztliche Weiterbildung gesondert finanziert wird.

Aber mit der Einführung der Leistungsgruppen und Spezialisierung der Krankenhäuser haben wir noch ein ganz anderes Problem. Es werden nur noch wenige Krankenhäuser die volle Weiterbildungsermächtigung bekommen. Somit werden viele Krankenhäuser vor allem in den ländlichen Regionen für Ärzte in Weiterbildung unattraktiv, was wiederum ein Problem für die flächendeckende Versorgung darstellt. Weder werden Krankenhäuser noch Praxen auf dem Land Fachärzte finden, wenn diese nur in urbanen Großkliniken weitergebildet werden. Hier müssen wir dringend die Weiterbildung im Verbund weiterentwickeln. Es gibt zwar schon einige Kooperationen, diese müssen aber weitergedacht werden und zu Verbundweiterbildungsstätten entwickelt werden.

Auch dies ist wieder ein Beispiel von notwendiger Zusammenarbeit zwischen Krankenhausgesellschaft, Landesärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung.

#### **Wie sehen Sie die Rolle von Konzernen mit ausschließlicher Kapitalinteresse in der ärztlichen Versorgung? Viele Ärztinnen und Ärzte sehen hier Probleme für die Versorgungsqualität.**

**Gramminger:** Klar hat man immer Bedenken, wenn die Ökonomie bei der Gesundheitsversorgung zu sehr im Vordergrund steht. Aber woher soll das Geld bitteschön kommen? Die Kassen der Kommunen, der Länder und des Bundes sind leer. Also ist unser Gesundheitssystem doch auch auf private Geldgeber angewiesen. Gerade in Deutschland war man immer auf die Trägerpluralität stolz und ich bin der Meinung: auch zu Recht. Die Trägervielfalt ist eine der wichtigsten Voraussetzungen, Qualität zu einem bezahlbaren Preis zu erbringen. Nur durch einen gewissen Markt-

druck wird ein Ansporn erzielt, besser zu werden. Daher halte ich auch von der „Lauterbach'schen Entökonomisierung“ nichts. Eine solche Entökonomisierung würde zu einer unbezahlbaren Gesundheitsversorgung bei geringem Anreiz zur Qualitätssteigerung führen. Richtig ist aber auch, dass Gesundheit nicht völlig dem freien Markt ausgesetzt sein darf. Ich würde es vielleicht als „regulierte Marktwirtschaft“ bezeichnen wollen, in welcher verschiedene Leitplanken gesetzt werden. So haben zum Beispiel einige private Träger von sich aus in schwierigen Situa-

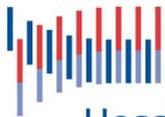
tionen darauf verzichtet, Rendite auszu zahlen.

**Haben Sie zum Schluss noch ein besonderes Anliegen, was noch wir noch nicht angesprochen haben?**

**Gramminger:** Ja! Ein großes Problem und Hindernis ist die Bürokratie in Deutschland und speziell im Gesundheitswesen. Momentan lacht sich die Welt schlapp über Deutschland und seine Bürokratiemonster. Kein neues Gesetz, das nicht zusätzlichen bürokratischen Aufwand mit sich bringt. Ganz im Gegenteil. Bisher sind

es nur Lippenbekenntnisse seitens der Politik, dass sich hier etwas tun muss. Ich wäre froh, wenn es hier tatsächlich zu einem Umdenken und zu einer deutlichen Vereinheitlichung und Verschlinkung kommen würde. Jede eingesparte Minute an Bürokratie kommt unseren Patientinnen und Patienten zugute und macht auch unsere Berufe im Gesundheitssystem wieder attraktiver.

**Interview: Dr. med. Peter Zürner,  
Katja Möhrle**



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.

<b>Dokumentation des Prostatakarzinoms</b>	Es werden Hinweise zur Tumordokumentation von Prostatakarzinomen gegeben.	Mi., 17.04.2024 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
<b>Online-Erfassung im Meldeportal für die Urologie</b>	In diesem Webseminar wird die Online-Erfassung von urologischen Tumoren demonstriert.	Mi., 24.04.2024 13:30–15:00 Uhr, online (Webex), 2 Fortbildungspunkte
<b>Dokumentation von Hauttumoren</b>	In diesem Webseminar wird die Tumordokumentation von Hauttumoren erläutert.	Do., 25.04.2024, 14:00–16:00 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte
<b>Dokumentation von gynäkologischen Tumoren</b>	In dieser Online-Schulung steht die Tumordokumentation von gynäkologischen Tumoren im Fokus.	Mi., 15.05.2024, 13:30–15:30 Uhr, online (Webex), 3 Fortbildungspunkte

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



# LÄKH-Fortbildung zum Peer

## Freiwillige Qualitätssicherungsmaßnahme Peer Review

- **Peer Review Intensivmedizin (ITS)**
- **Peer Review Galle**

**Telelernphase** ab 17. April 2024

**Präsenztage** am 16. und 17. Mai

**Leitung:** Prof. Dr. med. Haitham Mutlak

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte (insbesondere Intensivmediziner, Viszeralchirurgen) und Pflegekräfte in leitenden Positionen auf Intensivstationen.

Das Ärztliche Peer Review ist eine Qualitätssicherungsmaßnahme, die unter anderem in Hessen von der Landesärztekammer Hessen im Bereich Intensivmedizin und von der Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen (LAGQH) im Bereich Chirurgie angeboten wird. Im Gegensatz zu z. B. gesetzlich vorgeschriebenen Maßnahmen legt das Peer Review u. a. Wert auf Freiwilligkeit, Interdisziplinarität und -professionalität sowie einen Austausch auf Augenhöhe ohne

Sanktionen oder verpflichtende Auflagen. Kernelemente sind der Besuch einer Einrichtung bzw. Station durch ein Peer-Team verbunden mit einer Selbst- und Fremdbewertung, der wertschätzende Dialog auf kollegialer Ebene zur Identifizierung von Verbesserungspotenzialen und der abschließende konsentierter Bericht mit möglichen Maßnahmen. Die Fortbildung gemäß Curriculum der Bundesärztekammer ist Teil der Qualifikation zum Peer. In dem im Mai 2024 angebotenen Kurs der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH werden in einer Telelernphase ab dem 17. April 2024 sowie den beiden anschließenden Präsenztagen am 16. und 17. Mai 2024 in Frankfurt (Hanauer Landstraße 152, LÄKH) die Basiselemente des Peer Reviews vermittelt, die u. a. die Grundlagen für eine standardisierte Bewertung von Qualitätsindikatoren so-

wie ziel- und lösungsorientierte Gesprächsführung beinhalten.

In einzelnen Unterrichtseinheiten kann zwischen den Spezialisierungen

- Intensivmedizinisches Peer Review nach DIVI (Peer Review ITS), Informationen: <https://kurzelinks.de/8cnt>
- Cholezystektomie nach dem Verfahren der LAGQH (Peer Review „Galle“), Informationen: <https://kurzelinks.de/npom> gewählt werden.

Informationen unter:

<https://kurzelinks.de/xfqx>

Der QR-Code führt direkt dorthin.



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

# Online-Fortbildung: „Wie geht’s?!“

## Befragungen als Instrument für die Qualitäts- und Patientensicherheit

**Termin:** 24. April 2024, 17 bis 21 Uhr, Live-Online

**Leitung:** Katrin Israel-Laubinger

**Zielgruppe:** Ärztinnen und Ärzte aller Fachrichtungen sowie Patientensicherheitsbeauftragte und alle weiteren Interessierten im Gesundheitswesen

Die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) bietet am 24. April ab 17 Uhr eine weitere Fortbildung der Online-Reihe „Patientensicherheit und Qualitätssicherung“ an, in Kooperation mit der Stabsstelle Qualitätssicherung der LÄKH. Hauptthemen in Vorträgen und Workshops sind Befragungen mit Bezug zur Patientensicherheit.

Dr. Konstanze Blatt vom Institut für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen (IQTIG) wird das Konzept der Patientenbefragungen aus der Sicht des IQTIG vorstellen. Daneben spielen auch eigene, in den medizinischen Einrichtungen durchgeführte Befragungen eine wichtige Rolle für die Qualitätssicherung und Patientensicherheit – Wichtige Fallstricke bei Befragungen und praktische Maßnahmen für deren Gelingen zeigt daher Prof. Dr. Stefanie Winter (Professorin für Wirtschafts- und Sozialpsychologie, Hochschule Darmstadt) im Rahmen eines Workshops auf. Als Ergänzung wird Prof. Dr. med. habil. Dipl.-Kfm. Reinhard Strametz (Professur Medizin für Ökonomen, insbesondere Patientensicherheit, Hochschule RheinMain) pra-

xisnahe Erfahrungen zum Thema Befragungen teilen und zentrale Regeln für die Umsetzung anhand konkreter Beispiele veranschaulichen. Die Teilnahme an dieser Fortbildung wird gemäß § 2 Abs. 5 der Hessischen Patientensicherheitsverordnung anerkannt. Pro Jahr finden zwei Live-Online-Termine statt.

Informationen zur der CME-zertifizierten Online-Veranstaltung:

<https://kurzelinks.de/llbx>

Der QR-Code führt direkt dorthin.



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

## Literatur zum Artikel:

# Hörstörungen im fortgeschrittenen Lebensalter

von Prof. Dr. med. habil. Leif Erik Walther und Prof. Dr. med. habil. Jan Löhler

- [1] Atef RZ, Michalowsky B, Raedke A, Platen M, Mohr W, Mühlichen F, Thyrian JR, Hoffmann W. J: Impact of Hearing Aids on Progression of Cognitive Decline, Depression, and Quality of Life Among People with Cognitive Impairment and Dementia. *Alzheimers Dis.* 2023;92(2):629–638
- [2] Bowl MR, Dawson SJ. Age-Related Hearing Loss. *Cold Spring Harb Perspect Med.* 2019 Aug 1;9(8):a033217. doi: 10.1101/cshperspect.a033217.
- [3] Deafness and hearing loss. [https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/hearing-loss#tab=tab_1)
- [4] Döge J, Hackenberg B, O'Brien K, Bohnert A, Rader T, Beutel ME, Münzel T, Pfeiffer N, Nagler M, Schmidtman I, Wild PS, Matthias C, Bahr K: The prevalence of hearing loss and provision with hearing aids in the Gutenberg Health Study. *Dtsch Arztebl Int* 2023; 120: 99–106. DOI: 10.3238/arztebl.m2022.0385
- [5] Hesse G, Lauber A. Hörminderung im Alter – Ausprägung und Lokalisation. *Dtsch Arztebl* 2005; 102: A 2864–2868 [Heft 42]
- [6] Lin FR, Thorpe R, Gordon-Salant S, Ferrucci L: Hearing loss, prevalence and risk factors among older adults in the United States. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2011; 66: 582–90.
- [7] Löhler J, Walther LE, Hansen F, et al.: The prevalence of hearing loss and use of hearing aids among adults in Germany: a systematic review. *Eur Arch Otorhinolaryngol* 2019; 276: 945–56
- [8] Kamil RJ, Betz J, Powers BB, et al.: ABC study. Association of hearing impairment with incident frailty and falls in older adults. *J Aging Health* 2016; 28: 644–60.
- [9] Löhler J, Cebulla M, Shehata-Dieler W, Volkenstein S, Völter C, Walther LE: Hearing impairment in old age—detection, treatment, and associated risks. *Dtsch Arztebl Int* 2019; 116: 301–10. DOI: 10.3238/arztebl.2019.0301
- [10] Schuknecht HF: Further observations on the pathology of presbycusis. *Arch Otolaryngol* 1964; 80: 369–82. MEDLINE
- [11] Viljanen A, Kaprio J, Pyykkö I, et al.: Hearing as a predictor of falls and postural balance in older female twins. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci* 2009; 64: 312–7
- [12] Völter C, Götze L, Kamin ST, Haubitz I, Dazert S, Thomas JP. Can cochlear implantation prevent cognitive decline in the long-term follow-up? *Front Neurol.* 2022 Oct 20;13:1009087. doi: 10.3389/fneur.2022.1009087. eCollection 2022.



Literatur zum Artikel:

# Gewalt gegen die Ärzteschaft und Mitarbeitende

## Fünf Jahre Meldestelle der Landesärztekammer Hessen

- [1] Landesärztekammer Hessen (2019). Meldebogen: Gewalt gegen Ärztinnen und Ärzte. Abrufbar unter: <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/gewalt-gegen-aerzte> [zuletzt geprüft: 24.11.2022]
- [2] Natanzon, I. (2021). Gewalt erfassen–gegen Ärztinnen, Ärzte und deren Teams. Hessisches Ärzteblatt 9/2021: 514.
- [3] Natanzon, I. Walter N. (2023). Gewalt gegen Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeitende: Meldestelle bei der Landesärztekammer Hessen. Hessisches Ärzteblatt 3/2023: 174.
- [4] Gesundheit und Gesellschaft (2021). Wenn Patienten zuschlagen. Ausgabe 1/21, 24. Jahrgang: 21–25.
- [5] Deutscher Ärzteverlag GmbH, Ärzteblatt RD (2019). Bundesärztekammer pocht auf mehr Schutz für Ärzte und Helfer. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97387/Bundesaerztekammer-pocht-auf-mehr-Schutz-fuer-Aerzte-und-Helfer> [zuletzt geprüft: 24.01.2024]
- [6] Deutsches Ärzteblatt (2023). Ärztekammer Thüringen kritisiert Gewalt gegen Ärzte und Gesundheitsfachkräfte. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/148035/Aerztekammer-Thueringen-kritisiert-Gewalt-gegen-Aerzte-und-Gesundheitsfachkraefte> [zuletzt geprüft: 25.01.2024]
- [7] Focus online (2023). Aggressionen gegen Ärzte und Helfer nimmt zu. Abrufbar unter: [https://www.focus.de/gesundheit/news/trauriger-praxis-alltag-verbale-attacken-und-gewalt-aggression-gegen-aerzte-und-helfer-nimmt-zu\\_id\\_189218585.html](https://www.focus.de/gesundheit/news/trauriger-praxis-alltag-verbale-attacken-und-gewalt-aggression-gegen-aerzte-und-helfer-nimmt-zu_id_189218585.html) [zuletzt geprüft: 25.01.2024]
- [8] Deutsches Ärzteblatt (2021). Ärztekammer Thüringen kritisiert Gewalt gegen Ärzte und Gesundheitsfachkräfte. Abrufbar unter: <https://www.aerzteblatt.de/archiv/222426/Gewalt-gegen-Aerztinnen-und-Aerzte-Null-Toleranz> [zuletzt geprüft: 26.01.2024]

## Literatur zum Artikel:

## Faszientraining – zwischen Trend und Evidenz

von Frieder Krause

- [1] Stemper T: Fitness Trends Deutschland 2017. Fitness & Gesundheit 2016, 2016: 22–6.
- [2] Stemper T: Fitness-Trends 2020. Fitness & Gesundheit 2019, 2019: 14–8.
- [3] Diemer F, Sutor V: Lendenwirbelsäule, Sakroiliakalgelenk und untere Extremität. 3rd ed. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag 2018.
- [4] Stecco C, Hammer WI (eds.): Functional atlas of the human fascial system. Edinburgh: Churchill Livingstone 2015.
- [5] Zilles K, Tillmann B: Anatomie. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2010.
- [6] Halper J, Kjaer M: Basic Components of Connective Tissues and Extracellular Matrix: Elastin, Fibrillin, Fibulins, Fibrinogen, Fibronectin, Laminin, Tenascins and Thrombospondins. In: Halper J (ed.): Progress in Heritable Soft Connective Tissue Diseases. Dordrecht, s.l.: Springer Netherlands 2014; 31–47.
- [7] Yanagishita M: Function of proteoglycans in the extracellular matrix. Pathology International 1993; 43(6): 283–93.
- [8] Stecco C, Stern R, Porzionato A, et al.: Hyaluronan within fascia in the etiology of myofascial pain. Surgical and radiologic anatomy SRA 2011; 33(10).
- [9] Stecco C, Porzionato A, Lancerotto L, et al.: Histological study of the deep fasciae of the limbs. Journal of bodywork and movement therapies 2008; 12(3).
- [10] Stecco C, Porzionato A, Macchi V, et al.: Histological characteristics of the deep fascia of the upper limb. Italian journal of anatomy and embryology = Archivio italiano di anatomia ed embriologia 2006; 111(2).
- [11] Staubesand J, Li Y: Zum Feinbau der Fascia cruris mit besonderer Berücksichtigung epi- und intrafasziärer Nerven. Manuelle Medizin 1996, 1996: 196–200.
- [12] Schleip R, Klingler W, Lehmann-Horn F: Active fascial contractility: Fascia may be able to contract in a smooth muscle-like manner and thereby influence musculoskeletal dynamics. Medical Hypotheses 2005; 65(2): 273–7.
- [13] Schleip R, Duerselen L, Vleeming A, et al.: Strain hardening of fascia: Static stretching of dense fibrous connective tissues can induce a temporary stiffness increase accompanied by enhanced matrix hydration. Journal of bodywork and movement therapies 2012; 16(1): 94–100.
- [14] Bhattacharya V, Barooah P, Nag T, Chaudhuri G, Bhattacharya S: Detail microscopic analysis of deep fascia of lower limb and its surgical implication. Indian J Plast Surg 2010; 43(2): 135.
- [15] Wendell-Smith CP: Fascia: An illustrative problem in international terminology. Surg Radiol Anat 1997; 19(5): 273–7.
- [16] Standring S, Gray H (eds.): Gray's anatomy: The anatomical basis of clinical practice. 40th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier 2009.
- [17] Zügel M, Maganaris CN, Wilke J, et al.: Fascial tissue research in sports medicine: From molecules to tissue adaptation, injury and diagnostics: consensus statement. Br J Sports Med 2018; 52(23): 1497.
- [18] Langevin MHM, Huijijng PPA: Communicating About Fascia: History, Pitfalls, and Recommendations. IJTM 2009; 2(4).
- [19] Schleip R, Müller DG: Training principles for fascial connective tissues: Scientific foundation and suggested practical applications. Journal of bodywork and movement therapies 2013; 17(1): 103–15.
- [20] Myers TW: Anatomy trains: Myofascial meridians for manual and movement therapists. 6th ed. Edinburgh: Churchill Livingstone/Elsevier 2014.
- [21] Behm DG, Blazevich AJ, Kay AD, McHugh M: Acute effects of muscle stretching on physical performance, range of motion, and injury incidence in healthy active individuals: A systematic review. Applied physiology, nutrition, and metabolism = Physiologie appliquee, nutrition et metabolisme 2016; 41(1).
- [22] Behm DG, Chaouachi A: A review of the acute effects of static and dynamic stretching on performance. European journal of applied physiology 2011; 111(11).
- [23] Kjaer M, Langberg H, Miller BF, et al.: Metabolic activity and collagen turnover in human tendon in response to physical activity. Journal of musculoskeletal & neuronal interactions 2005; 5(1).

- [24] Beyer R, Kongsgaard M, Hougs Kjær B, Øhlenschläger T, Kjær M, Magnusson SP: Heavy Slow Resistance Versus Eccentric Training as Treatment for Achilles Tendinopathy. *Am J Sports Med* 2015; 43(7): 1704–11.
- [25] Arampatzis A, Karamanidis K, Albracht K: Adaptational responses of the human Achilles tendon by modulation of the applied cyclic strain magnitude. *The Journal of experimental biology* 2007; 210(Pt 15).
- [26] Arampatzis A, Peper A, Bierbaum S, Albracht K: Plasticity of human Achilles tendon mechanical and morphological properties in response to cyclic strain. *Journal of Biomechanics* 2010; 43(16).
- [27] Mersmann F, Laube G, Marzilger R, Bohm S, Schroll A, Arampatzis A: A Functional High-Load Exercise Intervention for the Patellar Tendon Reduces Tendon Pain Prevalence During a Competitive Season in Adolescent Handball Players. *Front. Physiol.* 2021; 12: 2743.
- [28] María Ramírez-delaCruz, Alfredo Bravo-Sánchez, Paula Esteban-García, Fernando Jiménez, Javier Abián-Vicén: Effects of Plyometric Training on Lower Body Muscle Architecture, Tendon Structure, Stiffness and Physical Performance: A Systematic Review and Meta-analysis. *Sports Medicine – Open* 2022; 8.
- [29] MacDonald GZ, Penney MDH, Mullailey ME, et al.: An Acute Bout of Self-Myofascial Release Increases Range of Motion Without a Subsequent Decrease in Muscle Activation or Force. *Journal of Strength and Conditioning Research* 2013; 27(3): 812–21.
- [30] Konrad A, Nakamura M, Bernsteiner D, Tilp MT: The Accumulated Effects of Foam Rolling Combined with Stretching on Range of Motion and Physical Performance: A Systematic Review and Meta-Analysis. *jsportsci-med* 2021: 535–45.
- [31] Konrad A, Nakamura M, Tilp M, Donati O, Behm DG: Foam Rolling Training Effects on Range of Motion: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Sports Med* 2022; 52(10): 2523–35.
- [32] Park S-J, Lee S-I, Jeong H-J, Kim B-G: Effect of vibration foam rolling on the range of motion in healthy adults: A systematic review and meta-analysis. *J Exerc Rehabil* 2021; 17(4): 226–33.
- [33] Wiewelshove T, Döweling A, Schneider C, et al.: A Meta-Analysis of the Effects of Foam Rolling on Performance and Recovery. *Front. Physiol.* 2019; 10: 265.
- [34] Griefahn A, Oehlmann J, Zalpour C, Piekartz H von: Do exercises with the Foam Roller have a short-term impact on the thoracolumbar fascia?: – A randomized controlled trial. *Journal of bodywork and movement therapies* 2017; 21(1): 186–93.
- [35] Krause F, Wilke J, Niederer D, Vogt L, Banzer W: Acute effects of foam rolling on passive stiffness, stretch sensation and fascial sliding: A randomized controlled trial. *Human Movement Science* 2019; 67(2): 102514.
- [36] Langevin HM, Stevens-Tuttle D, Fox JR, et al.: Ultrasound evidence of altered lumbar connective tissue structure in human subjects with chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disord* 2009; 10(1): 2329.
- [37] Langevin HM, Fox JR, Koptiuch C, et al.: Reduced thoracolumbar fascia shear strain in human chronic low back pain. *BMC Musculoskeletal Disord* 2011; 12(1): 2792.
- [38] Stecco A, Meneghini A, Stern R, Stecco C, Imamura M: Ultrasonography in myofascial neck pain: Randomized clinical trial for diagnosis and follow-up. *Surgical and radiologic anatomy SRA* 2014; 36(3).
- [39] Schilder A, Hoheisel U, Magerl W, Benrath J, Klein T, Treede RD: Sensory findings after stimulation of the thoracolumbar fascia with hypertonic saline suggest its contribution to low back pain. *Pain* 2014; 155(2).
- [40] Wilke J, Behringer M: Is “Delayed Onset Muscle Soreness” a False Friend?: The Potential Implication of the Fascial Connective Tissue in Post-Exercise Discomfort. *IJMS* 2021; 22(17): 9482.
- [41] Tittel K, Seidel EJ: Beschreibende und funktionelle Anatomie. 15th ed. München: Kiener 2012.
- [42] Huijing PA: Epimuscular myofascial force transmission: A historical review and implications for new research. International society of biomechanics Muybridge award lecture, Taipei, 2007. *Journal of Biomechanics* 2009; 42(1): 9–21.
- [43] Wilke J, Krause F, Vogt L, Banzer W: What Is Evidence-Based About Myofascial Chains: A Systematic Review. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 2016; 97(3): 454–61.
- [44] Wilke J, Krause F: Myofascial chains of the upper limb: A systematic review of anatomical studies. *Clin Anat* 2019; 32(7): 934–40.
- [45] Krause F, Wilke J, Vogt L, Banzer W: Intermuscular force transmission along myofascial chains: A systematic review. *J. Anat.* 2016; 228(6): 910–8.
- [46] Wilke J, Debelle H, Tenberg S, Dilley A, Maganaris C: Ankle Motion Is Associated With Soft Tissue Displacement in the Dorsal Thigh: An in vivo Investigation Suggesting Myofascial Force Transmission Across the Knee Joint. *Front. Physiol.* 2020; 11: 326.
- [47] Wilke J, Vogt L, Niederer D, Banzer W: Is remote stretching based on myofascial chains as effective as local exercise?: A randomised-controlled trial. *Journal of Sports Sciences* 2016; 35(20): 2021–7.

- [48] Grieve R, Goodwin F, Alfaki M, Bourton A-J, Jeffries C, Scott H: The immediate effect of bilateral self myofascial release on the plantar surface of the feet on hamstring and lumbar spine flexibility: A pilot randomised controlled trial. *Journal of bodywork and movement therapies* 2015; 19(3): 544–52.
- [49] Chaouachi A, Padulo J, Kasmi S, Othmen AB, Chatra M, Behm DG: Unilateral static and dynamic hamstrings stretching increases contralateral hip flexion range of motion. *Clin Physiol Funct Imaging* 2017; 37(1): 23–9.
- [50] Azevedo DC, Melo RM, Alves Corrêa RV, Chalmers G: Uninvolved versus target muscle contraction during contract–relax proprioceptive neuromuscular facilitation stretching. *Physical Therapy in Sport* 2011; 12(3): 117–21.
- [51] Behm DG, Cavanaugh T, Quigley P, Reid JC, Nardi PSM, Marchetti PH: Acute bouts of upper and lower body static and dynamic stretching increase non-local joint range of motion. *Eur J Appl Physiol* 2016; 116(1): 241–9.
- [52] Ikkutomo H, Nagai K, Tagomori K, et al.: Effects of foam rolling on hip pain in patients with hip osteoarthritis: A retrospective propensity-matched cohort study. *Physiotherapy Theory and Practice* 2022; 38(8): 995–1002.
- [53] Aishwarya R. Ranbhor, Ashish J. Prabhakar, Charu Eapen: Immediate effect of foam roller on pain and ankle range of motion in patients with plantar fasciitis: A randomized controlled trial. *Hong Kong Physiotherapy Journal* 2021; 41(1): 25.
- [54] Goff JD, Crawford R: Diagnosis and treatment of plantar fasciitis. *American family physician* 2011; 84(6).
- [55] Pascual Huerta J: The Effect of the Gastrocnemius on the Plantar Fascia. *Foot and Ankle Clinics* 2014; 19(4): 701–18.
- [56] Garrett TR, Neibert PJ: The Effectiveness of a Gastrocnemius–Soleus Stretching Program as a Therapeutic Treatment of Plantar Fasciitis. *Journal of Sport Rehabilitation* 2013; 22(4): 308–12.
- [57] Choi H, McCartney M, Best TM: Treatment of osteitis pubis and osteomyelitis of the pubic symphysis in athletes: A systematic review. *Br J Sports Med* 2010; 45(1): 57–64.



Literatur zum Artikel:

# Von der Qualitätssicherung bis zur Befragung zum ärztlichen Nachwuchs

## Die Aufgaben der Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen

von Dr. Antje Köckeritz und Katrin Israel-Laubinger

- [1] Nahlinger S, Bruchhäuser I, Walter N. Wir stellen uns vor – Die Stabsstelle Qualitätssicherung der Landesärztekammer Hessen. Hessisches Ärzteblatt: 10/2014, S. 587–589.
- [2] Landesärztekammer Hessen, Stabsstelle für Qualitätssicherung, Versorgungsmanagement und Gesundheitsökonomie, <https://www.laekh.de/fuer-aerztinnen-und-aerzte/qualitaetssicherung>, Zugriff am 26.02.2024.
- [3] Bundesministerium für Gesundheit. Patientensicherheit. <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/service/begriffe-von-a-z/p/patientensicherheit>, Zugriff am 26.02.2024.
- [4] Bruchhäuser I, Nahlinger S, Walter N, Kaiser R. Aktuelle Befragungsprojekte der Landesärztekammer Hessen zum ärztlichen Nachwuchs. Hessisches Ärzteblatt: 5/2015, S. 268–269.
- [5] Natanzon I, Walter N. Gewalt gegen Ärztinnen, Ärzte und Mitarbeitende. Hessisches Ärzteblatt 3/2023, S. 174–176.