

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2019
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 80. Jahrgang



Besonderheiten der Entwicklung von Kindern und Jugendlichen

Foto: © Christian Schwier - stock.adobe.com

122. Deutscher Ärztetag

Das Gesundheitswesen aktiv mitgestalten: Wahl des neuen BÄK-Präsidenten, Ärztegesundheit und Eindrücke hessischer Delegierter

Interview mit Kai Klose

Über seine gesundheitspolitischen Vorhaben sprach der Hessische Minister für Soziales und Integration mit dem Hessischen Ärzteblatt

UMZUG

Die Landesärztekammer Hessen ist umgezogen!
Sie finden uns jetzt an der
Hanauer Landstr. 152
60314 Frankfurt/Main



© Fabio Parenzan

51. Internationaler Seminarkongress

25.08. – 30.08.2019 in Grado/Italien

Eröffnung am Sonntag, 25. August 2019 um 17:30 Uhr

Eröffnungsvortrag:

Medizin in beschleunigten Zeiten, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Tübingen

Abendvortrag:

„Die Senckenberg-Idee im Zeitalter der Digitalisierung und Präzisionsmedizin“
am Montag, 26. August 2019 um 20:00 Uhr, Referent: Prof. Dr. med. Peter Wild, Frankfurt

Festliches Abendessen am Mittwoch, 28. August 2019 ab 19:30 Uhr

Schwerpunkthemen der Seminare vom 26. August bis 30. August 2019:

- Geriatrie – das sollte jeder Arzt wissen, PD Dr. med. Rupert Püllen, Frankfurt
- Übergewicht und Essstörungen, Prof. Dr. med. Johannes Hebebrand, Essen
- Potenziale und Verletzlichkeit – Die verschiedenen Dimensionen des Alterns und Alters aus theoretischer und praktischer Sicht, Prof. Dr. phil. Dr. h.c. Andreas Kruse, Heidelberg
- Notfall in der Praxis, Prof. Dr. med. Peter Sefrin, Würzburg
- Würde am Ende des Lebens, Prof. Dr. med. Dr. phil. Urban Wiesing, Tübingen
- Psychosomatische Medizin für die Praxis, Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt
- Dermatologie und Allergologie für Hausärzte, Prof. Dr. med. Bernd Bonnekoh, Magdeburg

Zusatzkurse:

- Notfall in der Praxis – Praktischer Teil, Prof. Dr. med. Peter Sefrin und Rainer Schmitt, Würzburg
- Balint-Gruppen, Dr. med. Wolfgang Hönnmann
- Power-Aging, Dr. med. Mathias Glück, Dr. med. Simone Glück, Markus Klaus, Kühbach

Fortbildungspunkte werden bei der Landesärztekammer Hessen beantragt.
Die Österreichischen Ärztekammern und die Ärztekammer Südtirol erkennen diese Veranstaltung als Fortbildungsmaßnahme an.
Änderungen für alle Seminare und Kurse bleiben vorbehalten.

Die Insel Grado liegt, mit dem Festland durch einen Damm verbunden, an der oberen Adria. Die romantische venezianische Altstadt, die im Ortsbild integrierten Ausgrabungen aus römischer Zeit, der lange, gepflegte Sandstrand - und vieles mehr - bieten jedem Gast Möglichkeiten für eine anregende, erholsame und/oder sportliche Freizeit. Grado ist ein idealer Ausgangspunkt für Ausflüge: Triest ist eine gute halbe Stunde, Venedig knapp zwei Autostunden entfernt.

Kontakt:
Stephanie Pfaff
Landesärztekammer Hessen
Fon: 06032 782-222
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de



© Katja Möhrle



© Massimo Crivellari



© Katja Möhrle

Kooperationspartner:



Mit freundlicher Unterstützung
des Deutschen Ärzteverlags:



Gesundheitsfinanzierung auf dem Holzweg

Der 122. Deutsche Ärztetag hat gewählt (vgl. S. 424 ff.) Neuer Präsident der Bundesärztekammer ist der Kollege Dr. Klaus Reinhardt, der sich mit Unterstützung der beiden frisch gewählten Vizepräsidentinnen Dr. Heidrun Gitter und Dr. Ellen Lundershausen mit viel Schwung in die zahlreichen Aufgaben stürzen wird. Ich freue mich auf die Zusammenarbeit im Vorstand der Bundesärztekammer. Mein besonderer Glückwunsch gilt unserem hessischen Präsidiumsmitglied Dr. Susanne Johna, die mit einem hervorragenden Ergebnis zum zweiten Mal als weiteres Mitglied im Vorstand der Bundesärztekammer gewählt wurde. Gemeinsam werden wir uns für die Belange aller hessischen Ärztinnen und Ärzte und deren Patientinnen und Patienten einsetzen.

Dazu gehört auch die von der Landesärztekammer Hessen immer wieder deutlich geäußerte Forderung, der zunehmenden Kommerzialisierung im Gesundheitswesen Einhalt zu gebieten. Diese Forderung wurde auch von den Abgeordneten des Deutschen Ärztetags in Münster eindrücklich unterstrichen. Ein indikationsgerechter und sparsamer Einsatz der uns zur Verfügung stehenden Ressourcen ist eine *conditio sine qua non*, denn auch in einem wohlhabenden Land wie Deutschland sind die Mittel nur begrenzt und müssen beispielsweise auch für Bildung und Forschung zur Verfügung stehen. Apropos Bildung: Ein höherer Bildungsstand ist in der Regel auch mit einem höheren gesundheitlichen Status verknüpft. Zu einer guten Bildung im Sinne von Gesundheitskompetenz gehört auch Gesundheitserziehung und sollte daher endlich in die Lehrpläne einfließen.

Auf der Website des Bundesgesundheitsministeriums findet sich der Satz: „Wettbewerb im Gesundheitswesen nützt den Patientinnen und Patienten. Sie erhalten so eine größere Wahlfreiheit und am Ende eine bessere Behandlung. Wettbewerb im Gesundheitswesen ist also kein Selbstzweck, sondern der Weg zu einer besseren medizinischen Qualität, zu mehr Effizienz und zu weniger Bürokratie.“

Wenn allerdings die allseits bekannte Lücke zwischen notwendigen Investitionen im Krankenhaus und den von den Bundesländern zur Verfügung gestellten Mitteln so groß ist, dass sich Krankenhäuser, wie es der schleswig-holsteinische Gesundheitsminister Heiner Garg (FDP) formulierte, gezwungen sähen, Leistungen ausschließlich aus wirtschaftlichen Erwägungen anzubieten, dann liegt eine wettbewerbliche Fehlsteuerung vor, mithin scheint dieser Weg ein Holzweg zu sein. Gargs Vorschlag, den Kliniken die Vorhaltekosten für die Grund- und Regelversorgung (warum nicht auch für die höchste Versorgungsstufe?) zu erstatten und erst darauf basierend neu ausgerichtete Fallpauschalen aufzusetzen, halte ich für eine hervorragende Diskussionsgrundlage. Eine vergleichbare Lösung sollte auch für die niedergelasse-

nen Praxen diskutiert werden. Wenn eine Klinik oder eine Praxis für die bedarfsgerechte Versorgung notwendig ist, sollten zwingende Vorhaltekosten über eine Grundfinanzierung gesichert sein. Die weitere Ausgestaltung bzw. Weiter- oder Neuentwicklung der Fall- bzw. Behandlungskosten ist sicher nicht in wenigen Monaten zu leisten, aber auf jeden Fall prinzipiell möglich. Eine derartige Lösung hätte das Potenzial, den allseits zu Recht beklagten Kommerzialisierungsdruck in Kliniken und Praxen deutlich zu reduzieren. Wenn es dann auch noch gelänge, im Gesundheitswesen (für Ökonomen: gemeint ist der erste Gesundheitsmarkt, das heißt der Bereich der „klassischen“ Gesundheitsversorgung) erzielte Gewinne auch wieder im Gesundheitswesen zu reinvestieren, hätten wir einen bedeutenden Schritt zur Erhaltung einer gerechten und fairen Gesundheitsversorgung in einem der unbestritten besten Gesundheitssysteme der Welt getan. Auf diese Weise wäre es vermutlich ohne große Probleme möglich, eine ausreichende Zahl von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, sei es in der Medizin oder in der Pflege, mit vernünftigen Arbeitsbedingungen und einer adäquaten Bezahlung zu beschäftigen. Mehr gesellschaftliche Wertschätzung verlangte der Deutsche Ärztetag auch für die Medizinischen Fachangestellten und forderte zu Recht, dass tarifliche Lohnsteigerungen durch die Krankenkassen vollständig refinanziert werden. Wir brauchen mehr „richtige“ Ärztinnen und Ärzte – anstatt Versorgungslücken mit durch Akademisierung upgegradeten anderen medizinischen Fachberufen „billig“ zu stopfen.



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident



Foto: © Supereleaks – stock.adobe.com

Themenheft Kinder- und Jugendmedizin

Wie gehen wir mit Kindern und Jugendlichen um, deren Entwicklung nicht „normal“ verläuft, die sich anders verhalten, als der gesellschaftliche Rahmen vorgibt? In vier Beiträgen gehen wir dieser Frage nach aus den Blickwinkeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrie, ambulanten Pädiatrie und der Pädagogik.

436–450



Foto: Alla Soumm

122. Deutscher Ärztetag

Die Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten: Neben der Wahl des neuen BÄK-Präsidenten Dr. Klaus Reinhardt wurde die „Ärztegesundheit“ als Schwerpunktthema in mehreren Vorträgen thematisiert und diskutiert. Auch haben hessische Abgeordnete ihre Eindrücke aus Münster zusammengefasst.

424/429

Editorial: Gesundheitsfinanzierung auf dem Holzweg	419
Aus dem Präsidium: Das „TSVG“ in der Praxis	422

Recht: Schutz vor unbezahlter Mehrarbeit – Marburger Bund Hessen begrüßt EuGH-Urteil zur Arbeitszeiterfassung **423**

Ärzttekammer

122. Deutscher Ärztetag: Die Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten	424
122. Deutscher Ärztetag: Eindrücke von Abgeordneten aus Hessen	429
Änderung der aktuellen Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin	472
In der Akademie geht eine Ära zu Ende: Dank an den ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. Klaus-Reinhard Genth	456
Jura mit Kompetenz, Zuverlässigkeit und Stetigkeit – und mit einem Lächeln! Laudatio auf Cornelia Rupp-Siemer	447
Keine hygienebeauftragten MFA für Arztpraxen erforderlich!	474
Stellenanzeige der Landesärztekammer Hessen: Ärztliche Referenten (m/w/d) gesucht	493

Bekanntmachungen

■ Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	457
■ Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	463
■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen: Satzungsänderungen	474–491
■ Bekanntmachungen des Versorgungswerkes – Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung	465
■ Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen	494–499

Gesundheitspolitik

Interview mit Kai Klose, neuer Hessischer Minister für Soziales und Integration	433
Zwölf Jahre im Sachverständigenrat Gesundheit – ein Rückblick von Prof. Dr. Marion Haubitz	468
Erste Absolventen der Kassel School of Medicine als Klinikärzte tätig/mit Kommentar	470/471



Foto: © HMSI

Interview mit Kai Klose

Ende April zog die Hessische Landesregierung eine 100-Tage-Bilanz. Im Mai gab Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen), seit 18. Januar 2019 Hessischer Minister für Soziales und Integration, dem Hessischen Ärzteblatt ein Interview zu seinen gesundheitspolitischen Vorhaben und sprach über neue Versorgungsformen.

433



Foto: UKGM

Neonatologie und Stillberatung

Drei Beiträge beleuchten Themen rund um die Neonatologie, die Bedeutung des Stillens sowie die Eröffnung der ersten hessischen Frauenmilchbank. Im Rahmen des Bad Nauheimer Gesprächs berichtet PD Dr. Harald Ehrhardt aus der Neonatologie, Prof. Dr. Jutta Peters erzählt über ihre Stillberatung.

452–455

Schwerpunktthema Kinder- und Jugendmedizin: Einleitung 436
 CME-Fortbildung: Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung 437
 Besonderheiten der kindlichen Entwicklung aus Sicht der Sozialpädiatrie: Im Gespräch mit Dr. Mechthild Pies 442
 „Schwierige Kinder“ aus dem Blickwinkel der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin 445
 „Kinder in schwierigen Situationen“ aus dem Blickwinkel Schule – Von der „Krüppelpädagogik“ zur Inklusion 448

Mensch und Gesundheit
 Im Einsatz für Frühchen und ihren Start ins Leben – Bad Nauheimer Gespräch mit PD Dr. Harald Ehrhardt 452
 Die erste Frauenmilchbank in Hessen 453
 Stillberatung als Herzensthema: Gespräch mit Prof. Dr. Jutta Peters 454
 Anonymer Krankenschein: Niedersächsisches Modell ist beendet/„Thüringer Modell auch für Hessen möglich“ 466/467

Personalia: Anästhesie-Ehrendadel in Gold des Bundesverbands Deutscher Anästhesisten für Dr. Edgar Pinkowski ... 451
Impressum 492

Bücher



Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen
 Detlef E. Dietrich, et al. (Hrsg.)
 S. 477



Wenn man den Himmel umdreht, ist er ein Meer
 Tabea Hertzog
 S. 435



Die Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie
 Helmut Remschmidt
 S. 495

Das „TSVG“ in der Praxis

Bundesgesundheitsminister Jens Spahn hat gerade auf dem Deutschen Ärztetag in Münster das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) angepriesen. Er wolle sicherstellen, dass alle Patienten in Deutschland zeitnah und gut versorgt werden. Was heißt das in der Praxis?

Ich selbst arbeite seit Jahren als Fachärztin für Psychosomatik und Psychotherapie, als Psychoanalytikerin in eigener Praxis und hatte keineswegs das Gefühl, meine Patientinnen und Patienten schlecht zu versorgen. Es kamen zwar grundsätzlich mehr Anfragen nach Therapieplätzen, als ich anbieten konnte, aber das führte ich auf die veraltete Bedarfsplanung zurück. Nun kamen im Vorfeld des TSVG neue Anforderungen hinzu: Ich sollte 200 Minuten Telefonsprechzeit die Woche bereithalten und zunächst der Terminservicestelle (TSS) zwei Sprechstundentermine im Monat melden. Das verbesserte die Lage nicht, sondern ging zu Lasten meiner freien Therapieplätze. Patienten, die ich im Rahmen dieser Sprechstunden gesehen habe, waren enttäuscht, keine fortlaufende Psychotherapie bei mir machen zu können. Manchmal rührte mich jemand in seiner Not so an, dass ich eine Akutbehandlung anbot und in dieser Zeit versuchte, eine Kollegin oder einen Kollegen für die weitere Behandlung zu finden. Für meine Praxis bedeutete dies eine zusätzliche Belastung. Aber das war erst der Anfang.

Nun ist das Gesetz in Kraft getreten: Neben den 200 Minuten Telefonsprechzeit pro Woche soll ich wöchentlich einen Termin zur Sprechstunde, monatlich einen Termin zur Probatorischen Sitzung und monatlich eine Akutbehandlung über die TSS anbieten. Davon ausgehend, dass eine Akutbehandlung zwölf Sitzungen umfasst, werden durch diese Bestimmungen somit künftig wöchentlich mindestens vier Stunden meiner Zeit durch die TSS bestimmt, zusätzlich noch die 200 Minuten Telefonsprechzeit. Wozu, wenn doch schon so viel über die TSS geregelt wird? Ist das ein weiterer Schritt zum Ende der Freiberuflichkeit?

Wie im Discounter

Neben der festgelegten Zeit erlebe ich das als massiven Eingriff in die Beziehung zu meinen Patienten! Wissend um deren Verletzlichkeit habe ich bisher bewusst nur dann Probatorische Sitzungen angeboten, wenn ich freie Therapieplätze hatte. Ich wollte vermeiden, dass sie sich unnötig öffnen – ohne Perspektive auf Behandlung. Auch ich muss mich jedes Mal neu auf eine therapeutische Beziehung einlassen. Nun stelle ich quasi meine Empathie und meine therapeutischen Fähigkeiten wie im Discounter zur Verfügung. Auch andere Niedergelassene kämpfen mit dem neuen Gesetz. Das wurde mir nach Gesprächen mit niedergelassenen Kollegen deutlich, die das TSVG als qualitativen Sprung



Foto: Katarina Ivanisevic

„Dirigistische Maßnahmen tragen nicht zur Lösung der Probleme bei“

empfinden: Dabei sehen sie durchaus nicht von der Hand zu weisende gegenwärtige Missstände.

Patienten müssen bei einzelnen Fachgruppen oft zu lange auf Termine warten. Privatpatienten werden unter Umständen schneller und umfangreicher versorgt. Die sprechende Medizin wird nicht ausreichend honoriert. Mit seinen dirigistischen Maßnahmen wird das TSVG aber mitnichten zur Lösung der Probleme einer zweigliedrigen ambulanten Versorgung beitragen und insbesondere nicht zu einer qualitativen Verbesserung der Behandlung von Kassenpatienten führen.

Das TSVG müsste aus Sicht der Praktiker an verschiedenen Stellen nachgebessert werden: Die vorgegebenen „fünf offenen Sprechstunden“ – al-

so weitere unregelmäßige Öffnungszeit – kann zu völlig überfüllten Sprechstunden führen, die ärztliches Personal und uns Ärzte zusätzlich belasten und die Versorgungsqualität mindern können. Außerdem können zeitlich fixierte offene Sprechstunden oft für Berufstätige schwer erreichbar sein. Dagegen ist die bisherige flexible, gezielte Vergabe von dringenden Terminen durch die fachlich geschulten Medizinischen Fachangestellten (MFA) bewährt. Der neue Service „Terminvereinbarungen über Fon 116117, auch nachts“ erscheint – abgesehen von Notfällen – unsinnig. Der organisatorische Aufwand und die Verschwendung von Ressourcen werden voraussichtlich zu weiterem Absinken der niedrigen Regelfallwerte führen. Die neu gesetzten „monetären Anreize für Hausarztüberweisungen, neue Patienten und TSS-Behandlungen“ haben bereits Beratungsfirmen veranlasst, Schulungen anzubieten. Außerdem erscheint es juristisch höchst fragwürdig, so Grundlegendes wie die Mindestsprechstundenzahl von 20 im Nachhinein auf 25 zu erhöhen, wo die meisten Ärztinnen und Ärzte schon mehr arbeiten. Für Ärzte mit Kindern, zu pflegenden Angehörigen oder eigenen gesundheitlichen Einschränkungen ist diese Aufstockung um 25 % zzgl. Zeitaufwand für Verwaltung und Fortbildung aber unter Umständen nicht zu bewältigen. Ihnen drohen Sanktionen und finanzieller Verlust. Insofern ist das Gesetz familienfeindlich...

Fazit

Eine qualitätsvolle, ganzheitliche, kontinuierliche, Leib und Seele umfassende Grundversorgung von Patientinnen und Patienten wird durch das TSVG nicht gefördert. Allen bei der Versorgung Beteiligten wird Mehrarbeit und zusätzliche Arbeitsverdichtung aufgebürdet. Es ist zu befürchten, dass sich die Versorgung unserer Patienten und die Arbeitszufriedenheit der im ambulanten Bereich Tätigen durch das TSVG weiter verschlechtert.

Dr. med. Barbara Jäger, Präsidiumsmitglied der LÄKH

Schutz vor unbezahlter Mehrarbeit

Marburger Bund Hessen begrüßt EuGH-Urteil zur Arbeitszeiterfassung

Nun ist es amtlich: In Zukunft müssen EU-Staaten Arbeitgeber verpflichten, alle tatsächlich angefallenen Arbeitsstunden ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu dokumentieren. So urteilte der Europäische Gerichtshof (EuGH) mit seinem Entscheid zur gesetzlichen Arbeitszeit-Aufzeichnungspflicht.

Dieser Rechtsentscheidung vorausgegangen war eine Klage einer spanischen Arbeitnehmergewerkschaft gegen die Deutsche Bank. Mit diesem Urteil werden die einzelnen Länder verpflichtet, ein effektives System einzurichten, welches die täglichen Arbeitszeiten verlässlich abbildet. Bislang war es nur erforderlich, Überschreitungen der gesetzlich zulässigen werktäglichen Arbeitszeit der Arbeitnehmer aufzuzeichnen.

Dank des Urteils ist damit jetzt Schluss. „Wir vom Marburger Bund fordern bereits seit langem, ein verlässliches und manipulationsfreies Erfassungssystem für ärztliche Arbeitszeiten“, macht Dr. med. Susanne Johna, Vorstandsvorsitzende des Marburger Bundes Hessen, deutlich. „Wir wissen aus dem ärztlichen Alltag, dass es immer wieder zu derartigen Regelverstößen kommt. Geleistete Überstunden werden gestrichen oder Pausenzeiten abgezogen, auch wenn diese gar nicht gemacht werden konnten. Das ist gängige Praxis und der wollen wir endlich einen Riegel verschieben“, so Johna weiter.

Das ist jetzt auch rechtlich gefordert, dafür sorgt das Urteil des EuGHs. Es bietet mit seinen Vorgaben eine Grundlage, auf der Verstöße leichter geahndet werden können. Zusätzlich wird dadurch die eher schwächere Position des Arbeitnehmers

gegenüber dem Arbeitgeber gestärkt. Das Gericht verlangt eine genaue Aufzeichnung von Beginn bis Ende der Arbeitszeit mittels eines objektiven, verlässlichen und zugänglichen Systems.

Wie dieses System allerdings beschaffen sein soll, bleibt offen. Die Gestaltung obliegt den Mitgliedstaaten, die dieses Urteil alsbald in nationales Recht überführen müssen.

Schon jetzt und spätestens seit seiner Verkündung am 14. Mai dieses Jahres, sorgt das Urteil sowohl bei Arbeitgebern wie Arbeitnehmern für große Aufregung. Die einen fürchten den hohen bürokratischen Aufwand, den eine Umsetzung möglicherweise mit sich bringt, die anderen befürchten eine zunehmende Überwachung ihrer Arbeitsleistung. Das gilt auch für Kliniken und Praxen.

„Auch wenn auf vielen Seiten Verunsicherung herrscht“, so Johna, „trägt dieses Urteil in erster Linie doch dazu bei, dass die aktuellen Missstände, wie wir sie momentan im Klinikalltag erleben, zukünftig in dieser Form nicht mehr möglich sein werden. Von daher begrüßen wir es, dass die Entscheidung des EuGHs uns in unseren Forderungen entgegenkommt“.

Welche genauen Konsequenzen das Urteil für die Arbeitgeberseite haben wird, ist noch unklar. Klar ist nur, dass es ein dauerhaftes Erfassungsverfahren geben muss, mit dem systematisch und lückenlos alle Arbeitszeiten erfasst werden können. Letzten Endes zahlt dies nicht nur in die Geldbörse, sondern vor allem auf die Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte ein, „was uns ein besonderes Anliegen ist“, so Johna. „Denn gesunde Ärztinnen und Ärz-

te sind die Voraussetzung für das Patientenwohl, um das es schlussendlich geht“, stellt sie klar. „Daher ist für uns die Regelung und Erfassung der Arbeitszeit auch ein so wichtiges Thema“.

Wie es gehen kann, zeigt der jüngste Tarifabschluss des Marburger Bundes für die kommunalen Kliniken (TV Ärzte/VKA), welcher kürzlich auf der 135. Hauptversammlung in Münster einmütig angenommen wurde. Ab Juli 2019 verpflichtet er die kommunalen Kliniken, die gesamte Anwesenheit, abzüglich tatsächlich gewährter Ruhepausen, elektronisch zu dokumentieren und als Arbeitszeit zu werten. Diese Dokumentation muss zu jeder Zeit für die Ärztinnen und Ärzte persönlich einsehbar sein.

„Damit erhalten die Ärztinnen und Ärzte ein wichtiges Instrument an die Hand, um möglichen Manipulationen in der Zeiterfassung entgegenzuwirken“, macht Johna deutlich. „Und durch die Umkehrung der Beweislast zugunsten des Arbeitgebers können künftig geleistete Arbeitsstunden nicht mehr einfach als private Zeit deklariert werden. Das muss der Arbeitgeber in Zukunft erst einmal nachweisen. Diese Reform ist nicht nur eine echte Errungenschaft im Arbeitszeitrecht, sondern auch eine bedeutende Entlastung für unsere angestellten Ärztinnen und Ärzte.“

Caroline Backes

Marburger Bund
Hessen

E-Mail:
mail@mbhessen.de



Foto: © Petra A. Killick

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärztinnen und Ärzte & Medizinstudierende“

Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende“ möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung – eine Plattform für Erfahrungsberichte, Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Berufsstart, Tipps für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbil-

dung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte? Schicken Sie Ihre Texte bitte an katja.moehrle@laekh.de.

Wir freuen uns auf Ihre Beiträge!
Ihre Redaktion des Hessischen Ärzteblattes



Fotos: A. Soumm (2) / Christian Griebel, hellwood.com



Impressionen vom 122. Deutschen Ärztetag aus Münster. Das kleine Bild zeigt die Eröffnung mit den „Fascinating Drums“.

Die Zukunft des Gesundheitswesens mitgestalten

122. Deutscher Ärztetag wählt Dr. med. Klaus Reinhardt zum neuen Präsidenten der Bundesärztekammer

Katja Möhrle, Alla Soumm

Einen Moment lang schien die Verblüpfung mit Händen greifbar. Gerade noch hatte Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) empfindlich auf mehrfache Buh-Rufe aus dem Publikum reagiert und eine konstruktive Debatte angemahnt, da gingen Licht und Ton in der Münsterlandhalle aus. Vorübergehend wurde die Eröffnungsveranstaltung des 122. Deutschen Ärztetages durch einen Stromausfall in Dunkelheit getaucht, doch Spahn sprach ohne Mikrofon mit lauter Stimme weiter. Dabei hatten es ihm seine, musikalisch von aufrüttelnden Trommelwirbeln der „Fascinating Drums“ eingerahmten Vorredner wahrlich nicht einfach gemacht. Wortgewaltig kritisierte der Präsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe, Dr. med. Theodor Windhorst, in seiner Begrüßungsrede Budgettierung, ausufernde Bürokratie und Bevormundung durch die deutsche Gesundheitspolitik. Es gebe immer wieder neue Gesetze, ohne die Möglichkeit, ihre Wirkung abzuwarten. Ärztinnen und Ärzte müssten besser behandelt werden, erklärte Windhorst und forderte eine Kurs- und Verhaltensänderung – sowie die zügige Umsetzung einer neuen Gebührenordnung.

Kritik an staatlichen Eingriffen in die ärztliche Selbstverwaltung

Auch der scheidende Bundesärztekammerpräsident Prof. Dr. med. Frank Ulrich Montgomery bescheinigte Spahn, mit atemberaubender Geschwindigkeit eine Fülle von Gesetzesvorhaben vorgelegt zu haben. Und dies nicht immer zur Zufriedenheit der Ärzteschaft. So übte Montgomery deutliche Kritik an den Eingriffen in die ärztliche Selbstverwaltung, die immer mehr zu einer Auftragsverwaltung politischer Vorgaben werde, missbilligte die Anhebung der Pflichtstundenzahl der Vertragsärzte von 20 auf 25 im Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG), den „enteignungsgleichen Eingriff“ in die Besitzverhältnisse der Gematik und die geplanten Änderungen in der Ausbildung der Psychotherapeuten: „Psychotherapie ist etwas zutiefst Ärztliches“, hielt Montgomery Spahn entgegen. Der Arzt Sigmund Freud würde sich im Grab umdrehen, wüsste er von dem Vorhaben. An Spahns Vorstoß, die Gripeschutzimpfung von Apothekern anbieten zu lassen, ließ Montgomery ebenfalls kein gutes Haar.

Jens Spahn: Eloquent und unbeirrt

Andererseits flocht Montgomery in seine Rede nicht nur das Angebot zur Zusammenarbeit, sondern auch Lob für den Minister ein – etwa für die strukturübergreifende Notfallversorgung, die „riesigen“ Fortschritte im Bereich der Organspende und Spahns gemeinsamen Kurs mit der Ärzteschaft bei schweren ethischen Dilemmata, vor allem am Ende des Lebens. Eloquent und unbeirrt konzentrierte sich Spahn seinerseits auf Themen, mit denen er bei seinen Zuhörern zu punkten hoffte. So wies er daraufhin, der erste Gesundheitsminister seit Jahrzehnten zu sein, der dafür gesorgt habe, dass Ärzte für die Behandlung neuer Patienten mehr Geld bekommen. Montgomery hatte der Regierung Versagen beim Ausbau des digitalen Netzes vorgeworfen, woraufhin Spahn die Umsetzung einer sicheren Infrastruktur ankündigte. Warum er so viel Tempo bei der Digitalisierung mache? Diese schreite eben extrem schnell voran, erklärte der Minister. Man dürfe sie nicht internationalen Konzernen wie Google oder Amazon überlassen. Fast unmerklich hatte sich zu diesem Zeitpunkt die Stimmung im –



längst wieder ans Stromnetz angeschlossen – Saal von Ablehnung zu Anerkennung gewandelt. Applaus verschaffte sich Spahn schließlich mit der Ankündigung, gemeinsam mit dem Justizministerium gesetzlich dafür sorgen zu wollen, dass Ärzte und andere Gesundheitsberufe künftig besser vor Gewalt geschützt werden.

Für Freiberuflichkeit und gegen zunehmende Kommerzialisierung

Dennoch: Dass Spahns Eloquenz und taktisches Rednergeschick grundsätzliche Kritik nicht zum Erliegen gebrachte hatten, wurde in den Debatten und Beschlüssen des Deutschen Ärztetag deutlich. Wiederholt hielten Abgeordnete dem Minister unbotmäßiges Tempo in der Gesetzgebung und Eingriffe in ärztliche Zuständigkeiten vor. Mit überwältigender Mehrheit nahm der Deutsche Ärztetag in seiner gesundheits- und sozialpolitischen Generalausprache den Leitantrag des BÄK-Vorstandes an. Einschnitte in die Selbstverwaltung seien immer auch Einflussnahme auf die freiberufliche Berufsausübung, heißt es darin. Die Bundesregierung wurde aufgefordert, die in ihrem Koalitionsvertrag festgeschriebene Stärkung der Freiberuflichkeit zur Richtschnur ihres politischen Handelns zu machen. Dirigistische Eingriffe wie die Neuregelungen zu Mindestsprechstundenzeiten und offenen Sprechstunden im TSVG ließen vor allem junge Ärztinnen und Ärzte von einer Niederlassung absehen und verkehrten die Ziele des Gesetzes in ihr Gegenteil. Darüber hinaus forderte der Deutsche Ärztetag die Bundesregierung auf, konkrete Gesetzesmaßnahmen zu ergreifen, um die zunehmende Kommerzialisierung im Gesundheitswesen zu stoppen.

Körperliche und emotionale Überlastung von Ärztinnen und Ärzten

Wie stark sich die Gesundheitspolitik auch auf die Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten auswirkt, machten die Vorträge und Diskussionen zum Schwerpunktthema „Ärztegesundheit“ deutlich. Personalnot, Arbeitsverdichtung und Wettbewerbsdruck führten zu körperlicher und auch emotionaler Überlastung von Ärztinnen und Ärzten aus den verschiedensten Versorgungsbereichen. Prof. Dr. med. Monika Rieger, Universität Tübingen, legte in ihrem Vortrag die physischen und psychischen Belastungen dar, denen Ärzte im Beruf ausgesetzt sind. Zudem gab sie einen Überblick über die gesundheitliche Situation von Ärzten und stellte Möglichkeiten einer präventiven Arbeitsgestaltung vor. Auf die Frage „Was können wir für unsere Gesundheit tun?“ gab Prof. Dr. med. Harald Gündel vom Universitätsklinikum Ulm Antworten. Ein Ansatz sei hier das Betriebliche Gesundheitsmanagement, bei dem es um eine systematische und nachhaltige Gestaltung von gesundheitsförderlichen Strukturen und Prozessen geht. Dr. med. Klaus Beelmann, Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Hamburg, stellte Interventionsprogramme der Landesärztekammern für suchtkranke Ärztinnen und Ärzte vor. Dass Ärztinnen und Ärzte keine Schwächen zeigen dürften und das System von ihnen eine permanente Verfügbarkeit fordere, beklagten die Abgeordneten in der anschließenden Debatte. „Wir brauchen eine Kultur, in der wir darüber reden können. Diese Änderung wäre historisch“, erklärte ein Delegierter aus Niedersachsen. Vernichtend auch das Urteil über die im TSVG geforderten zusätzlichen fünf offe-



Foto: Manuel Maier

Dr. med. Edgar Pinkowksi, Präsident der Landesärztekammer Hessen, im Gespräch mit dem neu gewählten Präsidenten der Bundesärztekammer, Dr. med. Klaus Reinhardt (rechts).

nen Sprechstunden pro Woche. Da niedergelassene Kolleginnen und Kollegen ohnehin durchschnittlich 52 Stunden pro Woche arbeiteten, sei die ergänzende Verpflichtung ein Hohn. Sie habe in ihrer Praxis schon viele Kolleginnen und Kollegen über 50 als Patienten erlebt, die das TSVG bereits krank gemacht habe, beklagte Prof. Dr. med. Alexandra Henneberg, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Delegierte der Landesärztekammer Hessen (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), an. Diese Patienten liefen „in den Burnout“ wegen Überlastung und der Sinnlosigkeit der Bürde. Denn in diesen zusätzlichen fünf Wochenstunden dürften Ärztinnen und Ärzte ja ihre eigenen Patienten nicht sehen. Eigentlich müsste man dafür 100 Prozent mehr Honorar verlangen, stellte Henneberg fest. Tatsächlich gehe es jedoch um den Erhalt der ärztlichen Gesundheit. Da die zusätzliche zeitliche Anforderung gerade älteren Ärztinnen und Ärzten an die Substanz gehe, regte Henneberg an, die Problematik in die Versorgungsforschung aufzunehmen. Als Oberärztin in einer Zentralen Notaufnahme erlebe sie täglich Interessenkonflikte, berichtete die Internistin und hessische Delegierte Christiane Hidas (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). Die Einflussnahme der ärztlichen Vorgesetzten sei gering, täglich würden ihnen Benchmarks vorgelegt. „Ich wünschte mir, dass wir der Geschäftsführung sagen: ‚Nein, so geht es nicht!‘; Ich wünschte mir, dass wir



Foto: Alla Sourmm

Delegierte der Landesärztekammer Hessen bei der Stimmabgabe für die Wahl des/der neuen Präsidenten/-in der Bundesärztekammer: Dr. med. Sylvia-Gabriele Mieke und Sabine Riese (von links).



Eloquente Redner: Neuer und „alter“ BÄK-Präsident, Dr. med. Susanne Johna (in den BÄK-Vorstand wiedergewählt) und Bundesgesundheitsminister Spahn.

unseren ärztlichen Raum zurückerobern und die Ökonomie nicht mehr an erster Stelle steht.“ Dies sei zum Wohl der Patienten aber auch gegenüber dem ärztlichen Nachwuchs wichtig. „Denn letztlich sind wir Vorbilder für junge Ärztinnen und Ärzte. Ihnen müssen wir zeigen, dass wir für uns sorgen können, damit auch sie lernen, für sich zu sorgen.“

„Für die Zentrale Notaufnahme ist der Hamster im Rad das richtige Bild“, sagte Anne Kandler, Delegierte der Landesärztekammer Hessen (Marburger Bund Hessen) und als Fachärztin für Neurologie in einer Zentralen Notaufnahme tätig. Ständig sei man als Ärztin oder als Arzt gezwungen, sich weiter zu optimieren und dabei mit dem Erlebten fertig werden zu müssen. So habe sie der Fall einer Patientin, die sich suizidiert hatte, sehr betroffen gemacht. „Mir hat geholfen, darüber zu sprechen. Auch wir Ärztinnen und Ärzte dürfen zugeben, dass wir Hilfe brauchen!“

In mehreren Beschlüssen forderte der 122. Deutsche Ärztetag von den Arbeitgebern im Gesundheitswesen unter anderem gesundheitsgerechtere Arbeitsbedingungen. Die Arbeitsschutzregeln müssten konsequent eingehalten und das betriebliche Gesundheitsmanagement gestärkt werden. Die zuständigen Behörden wurden aufgerufen, die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes im ärztlichen Dienst der Kliniken regelmäßig zu überprüfen. Auch sollten Ärzte von Verwaltungstätigkeiten entlastet werden. Ferner appellierte der Ärztetag an die medizinischen Fakultäten, die Themen Resilienz und Stressbewältigung als Teil der ärztlichen Ausbildung in das Studium aufzunehmen.

Ärzte vor Gewalt schützen

Neben Stress und schwierigen Bedingungen im Berufsalltag stellt Gewalt gegen Ärzte und ihre Mitarbeiter eine große Bedrohung dar. Auf dem Ärztetag berichteten Abgeordnete über körperliche und verbale Gewalt durch Patienten bzw. deren Angehörige, unter anderem in den Notaufnahmen, in Hausarztpraxen oder bei Notfalleinsätzen. Nach dem Willen des 122. Deutschen Ärztetages müssen bereits bestehende Maßnahmen – wie die von Ärztekammern angebotenen Hilfs- und Präventionsangebote – ergänzt werden durch einen strafrechtlichen Schutz Hilfeleistender. Die Abgeordneten forderten den Gesetzgeber auf, den strafrechtlichen Schutz für Hilfeleistende bei Unglücksfällen, gemeiner Gefahr oder Not zu erweitern. Ein vom Bundesgesundheitsministerium eingeholtes Rechtsgutachten hat die Notwendigkeit einer solchen Gesetzesänderung bestätigt.

Dr. med. Klaus Reinhardt ist neuer Präsident der Bundesärztekammer

Seit dem 122. Deutschen Ärztetag in Münster steht ein niedergelassener Arzt an der Spitze der Bundesärztekammer. Mit knapper Mehrheit wurde der Bielefelder Allgemeinarzt Dr. med. Klaus Reinhardt, Vizepräsident der Ärztekammer Westfalen-Lippe und Vorsitzender des Hartmannbundes, zum neuen Präsidenten der Bundesärztekammer gewählt. Reinhardt gehört dem Vorstand der BÄK seit 2015 an, seit 2016 leitet er deren Gebührenordnungsausschuss, der zusammen mit dem Verband der Privaten Kran-

kenversicherung über eine grundlegende Reform der privatärztlichen Abrechnung verhandelt.

Voller Spannung hatten die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages dem Tag der Entscheidung entgegengefiebert. Nach acht Jahren im Amt war Professor Frank Ulrich Montgomery (67) nicht wieder als Kandidat angetreten. Dafür hatten Dr. Reinhardt, Dr. med. Martina Wenker, Präsidentin der Ärztekammer Niedersachsen, Dr. med. Gerald Quitterer, Präsident der Bayerischen Ärztekammer, und der Präsident der Ärztekammer Berlin, Dr. med. Günther Jonitz, ihre Hüte in die Wahlarena geworfen. Sowohl im ersten als auch im zweiten Wahlgang erhielt keiner der Kandidaten die erforderliche Mehrheit. Reinhardt konnte sich im dritten Wahlgang mit 124 zu 121 Stimmen gegen seine Mitbewerberin aus dem Bundesärztekammer-Vorstand, Martina Wenker, durchsetzen.

„Die härteste politische Währung ist die Glaubwürdigkeit“, sagte der 59 Jahre alte Reinhardt. „Als Hausarzt bin ich ganz konkret konfrontiert mit den Problemen, die es berufspolitisch anzupacken gilt.“ Das Gesundheitssystem, der Berufsstand und die Arbeitsbedingungen der Ärztinnen und Ärzte seien im Umbruch. Es gelte, den Deutschen Ärztetag als „Parlament der Ärzteschaft“ aufzuwerten und dort trag-



Dr. med. Gabriel Nick aus Hessen nahm den neuen BÄK-Vorstandsmitgliedern als ältester Delegierter den Amtseid ab.

fähige Entscheidungen für den Berufsstand und die Versorgung der Patienten zu treffen, kündigte Reinhardt an.

Als Vizepräsidentinnen wählten die Abgeordneten die Kinderchirurgin Dr. med. Heidrun Gitter (58), Präsidentin der Ärztekammer Bremen, und niedergelassene Hals-Nasen-Ohren-Ärztin Dr. med. Ellen Lundershausen (68), Präsidentin der Ärztekammer Thüringen, in den Vorstand der Bundesärztekammer. Dr. med. Max Kaplan und Dr. Wenker, in den letzten beiden Legislaturperioden Vizepräsidenten der Bundesärztekammer, hatten nicht mehr für das Amt kandidiert.

Dr. med. Susanne Johna in den Vorstand der Bundesärztekammer gewählt

Auch künftig werden mit dem hessischen Kammerpräsidenten Dr. med. Edgar Pinkowski und Dr. med. Susanne Johna zwei Präsidiumsmitglieder der Landesärztekammer Hessen im Vorstand der Bundesärztekammer vertreten sein. Mit 198 Stimmen – und damit dem besten Abstimmungsergebnis in Münster – wurde Dr. med. Susanne Johna (53), seit 2013 im Präsidium der Landesärztekammer Hessen, Landesverbandsvorsitzende des Marburger Bundes (MB), Vorstandsmitglied im Bundesverband des MB und seit 2016 im Vorstand der Bundesärztekammer, als weiteres Mitglied in den BÄK-Vorstand wiedergewählt. „Mir ist nichts wichtiger als die Unabhängigkeit ärztlicher Entscheidungen“, sagte Johna in Münster. „Wir sind eben keine Mediziner. Wir sind Ärztinnen und Ärzte – und wir brauchen eine starke Bundesärztekammer, die eigene Konzepte für das Gesundheitssystem von morgen entwickelt.“ In der Wahl zum zweiten weiteren Vorstandsmitglied der Bundesärztekammer setzte sich schließlich Dr. med. Peter Bobbert (41) mit 145 Stimmen gegen Dr. med. Christiane Groß, M. A., durch. Dr. med. Gabriel Nick aus Hessen (Liste Älterer Ärzte) nahm als ältester Abgeordneter den Amtseid der neuen Vorstandsmitglieder ab.

Der bisherige Präsident der Bundesärztekammer, Montgomery, wurde von den Abgeordneten per Akklamation zum Ehrenpräsidenten der Bundesärztekammer und des Deutschen Ärztetages ernannt.



„Bettenabbau geht zu Lasten von Patienten und Ärzten“: Cornelius Weiß (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen).

Der Radiologe aus Hamburg hatte nach acht Jahren an der Spitze der Bundesärztekammer nicht mehr für dieses Amt kandidiert und wurde mit Standing Ovations verabschiedet. Als Präsident der Europäischen Ärztevereinigung (Comité Permanent des Médecins Euro) sowie als Vorstandsvorsitzender des Weltärztebundes will er sich künftig auf die internationale Gesundheitspolitik konzentrieren.

Elektronisches Logbuch ab Juli 2019 betriebsbereit

Auf dem vergangenen Deutschen Ärztetag in Erfurt wurde die Novelle der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) beschlossen. Dass der Kompetenzzuwachs während der ärztlichen Weiterbildung künftig verpflichtend in einem elektronischen Logbuch (eLogbuch) dokumentiert werden muss, gehört zu den wesentlichen Neuerungen der neuen MWBO. Dr. Ka-

plan, scheidender Vizepräsident der Bundesärztekammer, informierte in Münster in einem Sachstandsbericht, dass das eLogbuch für die Facharzt-Weiterbildung von Ärztinnen und Ärzten ab Juli 2019 betriebsbereit sei. Deutlich wurde aber auch, dass das Logbuch noch zu überarbeiten und ein „work in progress“ ist. Nach lebhaften Diskussionen nahm der Deutsche Ärztetag den Sachstandsbericht zustimmend zur Kenntnis.

In weiteren Beschlüssen benannten die Abgeordneten wesentliche Aspekte, die bei der Umsetzung des eLogbuchs zu berücksichtigen sind. So forderten sie unter anderem eine für den Wechsel zwischen einzelnen Landesärztekammern kompatible Gestaltung. Auch müsse eine Abbildung regionaler Besonderheiten der Weiterbildungsordnung in den eLogbüchern erfolgen. Darüber hinaus soll das eLogbuch regelmäßig evaluiert und entsprechend der gewonnenen Erkenntnisse angepasst werden. Mit dem eLogbuch wird ein Instrument bereitgestellt, um die Planung der Weiterbildung einerseits sowie die Dokumentation und Bewertung von erreichtem Wissens- und Erfahrungszuwachs andererseits übersichtlich erfassen zu können. Das eLogbuch kann lanciert werden, sobald die Landesärztekammern die neue MWBO in den Ländern umgesetzt haben.

Antibiotika

Ausdrücklich forderten die Delegierten die Rückverlegung der Antibiotikaproduktion nach Europa. Die Versorgungssicher-

Anzeige

heit stehe auf dem Spiel, wenn es zu einem hygienischen oder technischen Problem komme, warnte der Ärztetag. In Europa sei dagegen eine hochwertige Produktion unter Einhaltung aller notwendigen Qualitäts- und Umweltaspekte möglich. Angesichts häufiger Lieferengpässe bei Arzneimitteln – besonders gravierend bei Krebsarzneimitteln – rief der Ärztetag die Bundesregierung auf, einen Sicherstellungsauftrag für die Medikamentenversorgung zu vergeben. Außerdem sprachen sich die Abgeordneten gegen eine Ausweitung der sogenannten Aut-Idem-Regelung auf Biologika (biotechnologische und mithilfe von lebenden Zellen hergestellte Medikamente) und Biosimilars (Nachahmerpräparate für Biologika) in dem Entwurf eines Gesetzes für mehr Sicherheit in der Arzneimittelversorgung aus. Die Aut-Idem-Regelung sieht die Möglichkeit für Apotheker vor, statt eines vom Arzt verordneten Arzneimittels ein anderes, wirkstoffgleiches, preisgünstigeres Präparat an die Patienten abzugeben. Dies gilt nur dann nicht, wenn der Arzt „aut idem“ auf dem Rezept ausschließt. Der Ärztetag stellte fest, dass die Entscheidung zum Einsatz eines Biosimilars von der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt zu treffen sei. Nur so könne sichergestellt werden, dass weder die Patientensicherheit noch Therapieziele und Therapieerfolg aus ökonomischen Gründen beschädigt werden.

Mehr Medizinstudienplätze

Die Abgeordneten forderten Bund und Länder auf, die Zahl der Medizinstudienplätze deutlich zu erhöhen. „Die Versorgung der immer älter und kränker werdenden Bevölkerung braucht dringend mehr Ärztinnen und Ärzte. Nur wenige ärztliche Aufgaben können delegiert werden“, stellte der Deutsche Ärztetag klar. In einem Grundsatzbeschluss wurde gefordert, dass die Bundesländer die finanziellen Mittel für eine Erhöhung der Zahl der Studienplätze in der Humanmedizin um bundesweit mindestens zehn Prozent bereitstellen. Außerdem müsse die Bundesregierung bei der Umsetzung des sogenannten Masterplans Medizinstudium 2020 dafür sorgen, dass die geplante Schwerpunktsetzung auf Praxisnähe und

Patientenorientierung in der Ausbildung nicht zu einer weiteren Verschärfung der Arbeitsverdichtung für Ärztinnen und Ärzte an Universitätskliniken führe. Auf Antrag von Dr. Susanne Johna und PD Andreas Scholz aus Hessen (beide Marburger Bund) forderten die Abgeordneten eine verpflichtende, bundesweit einheitliche und angemessene Aufwandsentschädigung für Studierende im Praktischen Jahr und sprachen sich – ebenfalls auf Antrag von Johna und Scholz – dafür aus, dass die Digitalisierung im Medizinstudium eine stärkere Rolle spielen müsse.



LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski hält die Übernahme des Deutschen Ärzteverlages durch die BÄK für rechtlich unbedenklich.

Deutscher Ärzteverlag

Nachdem die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) ihr Ausscheiden aus der gemeinsamen Herausgeberschaft des Deutschen Ärzteverlages angekündigt hat, prüft die Bundesärztekammer die Übernahme des Verlages als alleinige Herausgeberin. Dr. med. Franz Bernhard Ensink, Vorsitzender der Finanzkommission der BÄK, wies in seinem Bericht auf die erfolgreiche Bilanz des Verlages hin, der gänzlich ohne Zuschüsse auskomme. Mit großer Mehrheit stimmte der Deutsche Ärztetag dem u. a. von Dr. Edgar Pinkowski eingebrachten Antrag zu, in dem der Vorstand der BÄK aufgefordert wird, bei den laufenden Verhandlungen auch den Aspekt der landesrechtlichen Grundlagen zu prüfen, die den Handlungsrahmen der beteiligten Landesärztekammern definieren. Pinkowski legte dar, dass eine Übernahme des Deutschen Ärzteverlages durch die BÄK auch rechtlich unangreifbar sei: „Wenn es rechtens ist, dass wir 50 Prozent des Verlages besitzen, dann kann es nicht unrecht sein, wenn wir 100 Prozent besitzen.“

Solidarität mit verfolgten Ärztinnen und Ärzten

Scharf kritisierten die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages die Verurteilung von elf Mitgliedern des Vorstandes des Verbandes türkischer Ärzte zu zum Teil mehrjährigen Haftstrafen durch den Strafgerichtshof in Istanbul. Wegen „Anstachelung zum Hass und zur Feindschaft“ und in einem Fall wegen „Terrorpropaganda“ waren die Ärztinnen und Ärzte Anfang Mai verurteilt worden, nachdem sie nach dem Beginn der türkischen Militäroffensive in den Kurdengebieten Nordsyriens darauf hingewiesen hatten, dass Krieg ein öffentliches Gesundheitsproblem darstellt. Die Abgeordneten versicherten die verurteilten Kollegen ihrer Solidarität und forderten die Bundesregierung auf, diese offiziellen Repräsentanten der türkischen Ärzteschaft öffentlich und diplomatisch zu unterstützen. Darüber hinaus unterstützte der Deutsche Ärztetag einstimmig eine von Dr. med. Wolf Andreas Fach (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen), Mitglied des Präsidiums der Landesärztekammer Hessen, eingebrachte Resolution, die einen Freispruch der türkischen Professorin für Rechtsmedizin, Şebnem Korur Fincancı, fordert. Die Trägerin des Hessischen Friedenspreises ist Mitverfasserin des sogenannten Istanbul-Protokolls, das als internationales Standardwerk der Vereinten Nationen zur Untersuchung und Dokumentation von Folter weltweit anerkannt ist.

Fazit des 122. Deutschen Ärztetages

Fulminante Reden zur Eröffnung, Kritik an der Politik, aber auch Angebot zur Zusammenarbeit, konstruktive Diskussionen, zukunftsorientierte, vielfach von hessischen Delegierten eingebrachten Beschlüsse und die Erkenntnis, sich als Ärzteschaft künftig stärker als bisher gestaltend in die Gesundheitspolitik einbringen zu müssen. Weitere Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages sind im Internet unter www.baek.de eingestellt.

**Katja Möhrle
Alla Soumm**



122. Deutscher Ärztetag in Münster

Eindrücke von Abgeordneten aus Hessen

1. Wie hat Ihnen die Rede von Bundesgesundheitsminister Jens Spahn gefallen? Wurden darin wichtige Themen der Gesundheitspolitik angesprochen?

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (Marburger Bund): Herr Spahn wurde anfangs mit Buh-Rufen empfangen und mit tosendem Applaus der Ärztinnen und Ärzten verabschiedet. Er hatte es – wie Vorgänger Horst Seehofer beim 100. Deutschen Ärztetages (DÄT) in Eisenach – geschafft, die deutsche Ärzteschaft auf seine Seite zu ziehen. Jens Spahn ist ein „Macher“ und ich gehe davon aus, dass er bald das Bundesgesundheitsministerium verlassen und Bundeswirtschaftsminister werden wird.

Dr. med. Peter Zürner (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen): Der Minister versuchte, bei den Ärzten gutes Wetter zu machen und tat so, als würde er mit der Ärzteschaft zusammenarbeiten. Seine dirigistischen Maßnahmen und Einschränkungen der Selbstverwaltung wurden mit „Sachzwängen“ begründet. Insgesamt nicht unerwartet, keine neuen Aspekte und enttäuschend.

Yvonne Jäger (Marburger Bund): Er stellte sich als eloquenter „Macher“ dar. Er betonte die Notwendigkeit der Zusammenarbeit und lud die Ärzteschaft zur Mitgestaltung ein. Störend an der Rede fand ich jedoch das, was er nicht ansprach: Um die echten Problemfelder machte er einen Bogen. Ich empfand die Rede als zu versöhnlich, zu „glatt“.

Dr. med. Christoph Claus (Die Hausärzte): Souveräner Auftritt mit freundlicher, jedoch in der Sache unbarmherziger Reaktion auf die zu höfliche Kritik von Windhorst und Montgomery.

Anne Kandler (Marburger Bund): Nicht besonders gut. Er ist zwar ein Kommunikationsprofi. Aber er hat nicht gesagt, was er noch vor hat.



Foto: © Peter Beckmann



Foto: Marburger Bund



Foto: Karolina Ivanisevic



Foto: privat

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak, Yvonne Jäger, Dr. med. Barbara Jäger, Dr. med. Peter Zürner (von oben links im Uhrzeigersinn).

Dr. med. Barbara Jäger (Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte): Am Schluss erschien es, als würden alle seine Gesetze dazu beitragen, dass die Arbeit lohnenswerter wird. Insbesondere betonte er, dass er nicht nur Änderungen einführt, sondern als Erster dafür sorgt, dass diese auch entlohnt werden. Mir hat ein klares Statement zum Ärztemangel gefehlt.

Svenja Krück (Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen): Inhaltlich schwach, insbesondere keine kontroverse Themen angesprochen, bei allen anderen (bsp. TSVG) Verständnis der Ärzte eingefordert, rhetorisch geschickt.

Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund): Am Ende blieb das Gefühl, zwar wohlfeile Worte gehört, aber mit diesem Gesundheitsminister keinen Partner für eine kritische Entwicklung in den Fragen der Digitalisierung und des Patientenschutzes zu haben.

2. Welche Erwartungen haben Sie an die zukünftige Zusammenarbeit der Ärzteschaft und des Bundesgesundheitsministers?

Zürner: Ernstnehmen der ärztlichen Selbstverwaltung und Zuhören auf Au-

genhöhe anstelle von aktivistischem Durchregieren.

Claus: Unverändertes Durchregieren ohne Berücksichtigung ärztlicher Interessen.

Dr. B. Jäger: Ich fürchte, es wird wenig um eine Zusammenarbeit gehen. Von daher hoffe ich, dass der neue Präsident der BÄK einen guten Stand ihm gegenüber finden kann, um unsere Belange zu verteidigen.

Michael Andor (Die Hausärzte): Der Minister ist jung und unser Präsident neu gewählt. Viel Lobbyarbeit wird die Zukunft bestimmen.

Kandler: Dass wir, die Ärztinnen und Ärzte, die Themen setzen. Wir sollten nicht immer nur auf den nächsten Referentenentwurf oder das nächste Gesetz warten. Wie Frau Johna das in der vergangenen Legislatur im Hinblick auf die ambulante/stationäre Notfallversorgung in der gemeinsamen Arbeit mit der KBV bereits getan hat (der Referentenentwurf dazu wird im Herbst erwartet).

Krück: Wechsel auf eine Zusammenarbeit (auf Augenhöhe) statt Entscheidungsmonopol beim BMG.

Dr. med. Michael Repschläger (Fachärztinnen und Fachärzte Hessen): Keine, er macht, was er will, und verkauft es uns als einen Erfolg für uns.

3. Wie beurteilen Sie die Rede des scheidenden Präsidenten der Bundesärztekammer Prof. Montgomery? Wurden die richtigen Akzente gesetzt? Hat er in seiner Abschiedsrede die Politik an den richtigen Stellen in die Verantwortung genommen?

Bodammer: Gut. Kollege Montgomery hat die wichtigen Probleme in vier fokussierten Punkten an die Politik adressiert. Zurecht hat er auf die schwierige Entwicklung der Auslagerung ärztlicher Tätigkei-



ten und Aufgaben in andere Berufsgruppen hingewiesen.

Zürner: Der scheidende Präsident war erstaunlich unkritisch und hob die gute persönliche Zusammenarbeit mit dem Gesundheitsminister hervor. Die Chance für eine Abrechnung mit der Politik wurde verpasst.

Dr. B. Jäger: Ich hatte mir von ihm klarere Kritik der Politik gegenüber erwartet und war an dieser Stelle etwas enttäuscht. Sein Schwerpunkt auf Europa hat mir gut gefallen.

Kandler: Ja. Hat mir gut gefallen. Jemand mit seiner Grandezza, Esprit und milder Ironie ist einzigartig. Eine gute Wahl für die Weltärzteliga!

Yvonne Jäger: Prof. Montgomery stellte Positives voran, wie z. B. die Arbeit an einer strukturübergreifenden Notfallversorgung. Er fand jedoch auch gegenüber Jens Spahn kritische Worte und lehnte Eingriffe in die ärztliche Selbstverwaltung ab, bezeichnete das Psychotherapeutengesetz als „Betrug an den Bürgern“, problematisierte die insuffiziente Krankenhausfinanzierung und stellte den Unterschied zwischen notwendiger Ökonomisierung und abzulehnender Kommerzialisierung heraus. Insgesamt eine lebendige Rede mit guter Prioritätensetzung.

Krück: Wichtige Themenbereiche besprechen, an den richtigen Stellen humorvoll.

Dr. med. H. Christian Piper (Marburger Bund): Exzellenter Redner, hochkompetenter Arzt, weitblickender Netzwerker für alle Ärzte, beeindruckendes „political animal“ mit internationalem Renommee. Montgomery hat sehr viel für das Ansehen der gesamten deutschen Ärzteschaft erreicht, ob niedergelassen, an Kliniken oder im öffentlichen Gesundheitswesen tätig.

4. Welches Fazit ziehen Sie am Ende der Präsidentschaft von Prof. Montgomery?

Yvonne Jäger: Viel wurde schon bewegt, viel ist noch zu bewegen.

Andor: Es gab Sekunden, da wünschte ich mir, er hätte die Belange der Niedergelas-



Foto: Marburger Bund



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Ma Soumm

Frank Seibert-Alves, Svenja Krück, Dr. med. Lars Bodammer, Dr. med. H. Christian Piper (von oben links im Uhrzeigersinn).

senen immer so klar angesprochen und energisch vertreten und auch durchgesetzt, als er in der Pflicht stand und dazu noch Gelegenheit hatte.

Kandler: Er hat die Ärzteschaft wieder zu einem ernst genommenen Player gemacht. Seine Autorität, Respekt, politisches „Feeling“ gepaart mit seinem Stil und Charme würde ich mir vom nächsten Präsidenten wünschen.

Krück: Auch medial und in der Allgemeinheit bekannter Präsident, dadurch gutes Bekanntwerden von Interessen der BÄK. Sichere Führung der BÄK.

Dr. B. Jäger: Prof. Montgomery hat in seiner Präsidentschaft viel erreicht, hatte einen guten Stand in der Öffentlichkeit und in der Politik. Er hat sich zu den kritischen Themen geäußert, auch mit Kritik nicht gespart und hat der Ärzteschaft zu Gehör verholfen.

Bodammer: Die Ärzteschaft wird heutzutage von vielen Stellen – von der Politik, Krankenkassen und Berufsverbänden – an der Ausübung ihrer Tätigkeit in Form der freien Berufsausübung behindert. Er hat sich hiergegen gut positioniert und die Ärzteschaft adäquat vertreten.

Piper: Sehr erfolgreiche acht Jahre, trotz häufiger Anfeindungen. Neue GOÄ leider nicht geschafft, was nicht ihm, sondern vornehmlich den Wirren der Bundespolitik

zuzuschreiben ist. Neue, kompetenzbasierte Weiterbildung auf die Zielgerade gebracht, auch wenn das noch weiter Kraft kosten wird. eHealth, Öffnung der Telemedizin, KI angefasst und thematisiert. Aber immer: kritisch auf gewünschte und ärztlich vertretbare Wirkungen und unerwünschte Nebenwirkungen gegen den Freiberufler Arzt. In der Bevölkerung ein hoch respektierter Repräsentant der Ärzteschaft.

5. Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages waren für Sie besonders wichtig? Welche Folgen können aus Ihrer Sicht die Beschlüsse für Hessen haben?

Nowak: Der wichtigste Satz bei den Diskussionen war: Nur wenn der Arzt bzw. die Ärztin gesund ist, kann auch der/die Patient/-in gesund werden.

Repschläger: Die Masernimpfpflicht war mir besonders wichtig.

Claus: Erstmals seit Gründung der Bundesärztekammer ist ein Facharzt für Allgemeinmedizin Präsident.

Andor: In Sachen Gebührenordnung und Weiterbildung hat sich nichts Wegweises ereignet.

Kandler: Wichtig, das eLogbuch zu beginnen, auch wenn es „work in progress“ ist.

Yvonne Jäger: Das eLogbuch zur neuen Weiterbildungsordnung wird uns beschäftigen. Da das eLog als lernendes System konzipiert ist, hoffe ich, dass das eLog noch „smarter“ werden wird.

Dr. B. Jäger: Für mich war das Thema Weiterbildung besonders wichtig. Das vorgestellte eLogbuch fand ich enttäuschend und zu sperrig, Veränderungen aus der LÄK sind nur schwer einzupflegen.

Piper: Arztwohl ist Patientenwohl, endlich einmal klar beschrieben und programmatisch formuliert. Die Wahlen eines neuen Teams für das Präsidium. Mindestens genauso wichtig im Vorfeld des DÄT: der intensive und sehr ertragreiche BÄK-Dialog mit Jungen Ärzten im neuen

Fishbowl-Format. Für mehr Respekt vor den Wünschen und Zielen der neuen Ärztegeneration. Für konkrete Verbesserungen im klinischen Studium und in der Weiterbildung als junge Ärzte. Für mehr konkrete Hilfen bei Niederlassungswunsch „auf dem Land“. Für familienfreundliche und zeitgemäße Arbeitsplatzgestaltung. Für IT-basierte Arbeitserleichterungen [...]. Für angemessene Bezahlung. Einziges Manko der Veranstaltung: Der Raum war zu klein für das überwältigende Interesse.

Krück: Einführung des eLogbuchs zum 01.07.19 mit hoher Relevanz für die Landesärztekammer Hessen. Große mediale Aufmerksamkeit durch Befürwortung der allgemeinen Impfpflicht.

Bodammer: Für Hessen bedeutet die Umsetzung des eLogbuches – wie für alle Kammern – ein gutes Stück Arbeit, die wir gerne für eine Verbesserung der Weiterbildung auf uns nehmen.

6. Wie bewerten Sie die Behandlung des Schwerpunktthemas „Ärztegesundheit“? Gehen von Beiträgen und Diskussionen wichtige Perspektiven zur Gesundheit von Ärztinnen und Ärzten aus?

Bodammer: Die Gesundheit des im Gesundheitswesen tätigen Fachpersonals ist ein gesellschaftlich zu wenig beachteter Faktor. Gut ist, wenn dies nun mehr in Medien und Politik aufgegriffen wird. Wünschenswert ist auch, dass der besondere gesetzliche Schutz des im Rettungsdienst tätigen Personals auf die Krankenhäuser und Praxen ausgeweitet wird.

Kandler: Die Befassung mit dem Thema war dringend notwendig. Das beeinflusst direkt unsere tägliche Arbeit. Auch Ärztinnen und Ärzte sind Menschen, und wir dürfen „Aua“ sagen, wenn etwas schmerzt. Initiativen wie der Verein PSU-Akut e. V. zur kollegialen Unterstützung in der Akutmedizin (mit Sitz in München) machen hier eine gute Arbeit. Das Modell sollte bundesweit verbreitet werden.



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Carolina Ramirez



Foto: Katarina Ivanisevic



Foto: Marburger Bund

Dr. med. Michael Repschläger, Dr. med. Christoph Claus, Anne Kandler, Michael Andor (von oben links im Uhrzeigersinn).

Krück: Interessante Vorträge. Durchaus auch kontroverse Diskussion wie beispielsweise um die Formulierung im Genfer Gelöbnis. Insgesamt Konsensus in der Ärzteschaft um hohe Bedeutung des Themas, im klinischen Alltag sicherlich problematische Umsetzung.

Piper: Mehr Zeit für Patient und Arzt und mehr Rücksicht auf das Risiko des beruflichen Raubbaus an sich selbst sind endlich einmal klar benannt.

Yvonne Jäger: Ärztliche Selbstfürsorge wurde lange vernachlässigt. Wir Ärzte sehen uns oft in der Opferrolle und fordern unsere Rechte zu selten aktiv ein. Viele der Diskussionsbeiträge habe ich leider als mehr klärend denn lösungsorientiert erlebt.

Dr. B. Jäger: Ich fand das Thema an sich sehr wichtig. Die Vorträge (insbesondere die Präsentationsfolien) blieben hinter meinen Erwartungen zurück. Positiv war, dass dadurch die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit darauf gelenkt wurde, dass auch wir Ärztinnen und Ärzte krank werden können und Hilfe brauchen.

7. Hat der Ausgang der Präsidentschaftswahl Ihrer Vorstellung entsprochen?

Nowak: Auch wenn der neue Präsident nicht meiner Fraktion (dem Marburger

Bund) angehört, gehe ich davon aus, dass er souverän mit den beiden Vizepräsidentinnen die Bundesärztekammer führen wird.

Andor: Ja. Ich habe für ihn gestimmt.

Kandler: Nein. Ein Präsident, der im Interview sagt, Krankenhausärzte würden nur „behandeln“, nicht „versorgen“, der behauptet, Ärztinnen und Ärzte im Krankenhaus seien kein freier Beruf. Er ist für mich nicht der Präsident für alle.

Dr. B. Jäger: Ich hätte mich über die Wahl von Frau Wenker gefreut und fand es schade, dass sie die Wahl so knapp verloren hat.

Repschläger: Auf jeden Fall.

Piper: Aussichtsreiche Erneuerung des Kern-Teams und exzellente weitere Beisitzer*in. Demokratie lebt vom Wandel. Auch wenn eine Präsidentin der Ärzteschaft gut angestanden hätte, war ganz knappes Unterliegen der hochkarätigen Kandidatin gleichwohl sehr ehrenvoll.

Frank Seibert-Alves (Marburger Bund): Nein. Es war an der Zeit, es gab die geeignete Kandidatin und wir hatten die realistische Chance, die Spitze der BÄK mit einer erfahrenen und engagierten Ärztin zu besetzen. Am Schluss fehlte die Einsicht, fehlte die Weitsicht, fehlte der Mut – schade! Im entscheidenden dritten Wahlgang wählten 124 Abgeordnete Kollegen Reinhardt, aber 125 wählten ihn nicht!¹ Nachdem in den beiden Wahlgängen zuvor alle Abgeordneten es geschafft hatten, eine Person auf den Wahlzettel zu schreiben, bekamen vier Abgeordnete dies im entscheidenden Wahlgang nicht mehr geregelt. Eine vermisselte Chance.

Bodammer: Der Marburger Bund hat sich gewünscht, erstmals auch eine Ärztin als Vertreterin der deutschen Ärzteschaft zu haben. Gut ist, dass mit der Wahl von Susanne Johna als Beisitzerin weiterhin im Vorstand zwei Hessen vertreten sind, da-

¹ Dr. med. Klaus Reinhardt konnte sich im dritten Wahlgang mit 124 zu 121 Stimmen bei drei Enthaltungen und einer ungültigen Stimme gegen seine Mitbewerberin Dr. med. Martina Wenker durchsetzen.



mit die Interessen unserer Kammer gut vertreten werden.

Krück: Ja, obwohl auch eine Frau als Präsidentin erfreulich gewesen wäre.

Zürner: Erstmals seit 40 Jahren übernimmt ein niedergelassener Kollege dieses wichtige Amt. Dies ist eine überfällige Zäsur und ich hoffe, dass dies auch die Arbeit der Niedergelassenen sichtbar werden lässt und vor allem auch die niedergelassenen Fachärzte in ihrem Bestand geschützt werden. Besonders freut mich, dass mit Frau Lundershausen eine niedergelassene Fachärztin in den Vorstand gewählt wurde und mit Frau Johna eine weitere qualifizierte hessische Kollegin uns im Vorstand vertritt. Insgesamt ist es auch erfreulich, dass mehr Frauen im Vorstand vertreten sind. Bedauerlich finde ich, dass Frau Gross als Vorsitzende des Ärztinnenbundes bei der Wahl in den Vorstand der Bundesärztekammer knapp unterlegen ist.

8. Welche Erwartungen haben Sie an den neu gewählten Präsidenten der BÄK, Dr. med. Klaus Reinhardt?

Piper: Kommerzialisierung in Klinik und Praxen nachhaltig ausbremsen, mehr Studienplätze für neue Ärzte, eHealth und Telemedizin im Interesse der Patienten tragfähig ausgestalten, neue WBO und eLogbuch vollenden, GOÄ durchsetzen.

Bodammer: Die Ärzteschaft muss sich gegen die Politik und die Bestrebungen, uns in der Ausübung unseres freien Berufes einzuschränken, vereinen, damit wir gemeinsam dagegen antreten können.

Wir werden den neuen Präsidenten daran messen, ob es ihm gelingt, die Ärzteschaft adäquat zu vertreten und zu vereinen, damit wir mit unseren Vorstellungen vorangehen werden und nicht nur auf die Angriffe anderer reagieren.

Nowak: Bei so einem aktiven Bundesgesundheitsminister bzw. seinem Nachfolger ist es wichtig, nicht nur zu reagieren, sondern zu agieren.

Yvonne Jäger: Ich wünsche mir, dass er das Arzt- und damit auch Patientenwohl zur „Chefsache“ macht, dass er sich des Themas „Klimawandel“ in den Bereichen annimmt, die in das Arzt- und Patientenwohl hineinspielen, dass er ein Vertreter der gesamten Ärzteschaft ist.

Zürner:

- Aktivere Vertretung der Ärzteschaft bei Politik und Gesellschaft.
- Gesundheitspolitische Themen sind gesellschaftliche Themen und keine Fachthemen. Der Erhalt einer guten medizinischen Versorgung und das Zurückdrängen einer überbordenden Ökonomisierung gelingt nur gemeinsam mit den Bürgern.

- Ärzte müssen Interessen, die sie im Sinne Allgemeinwohls vertreten, auch deutlich machen; auch wenn diese als Standesinteressen diffamiert werden.
- Eine offensivere Medienarbeit über das Tagesgeschehen hinaus.
- Die Bundesärztekammer benötigt eine straffe Führung und Reorganisation.

Claus: Stärkung der hausärztlichen Versorgungsebene.

Andor: Dass er die Interessen der Ärzteschaft energischer vertritt.

Kandler: Agieren, nicht nur re-agieren. Wenn wir die Selbstverwaltung erhalten wollen, müssen wir uns aktiv selbst verwalten.

Krück: Stärkere Vertretung der Selbstverwaltung in der Bundespolitik.

Dr. B. Jäger: Ich hoffe, dass Herr Dr. Reinhardt ein Gegengewicht zu Herrn Spahn sein kann.

Repschläger: Kontinuierliche Arbeit mit harter Kante der Politik gegenüber.

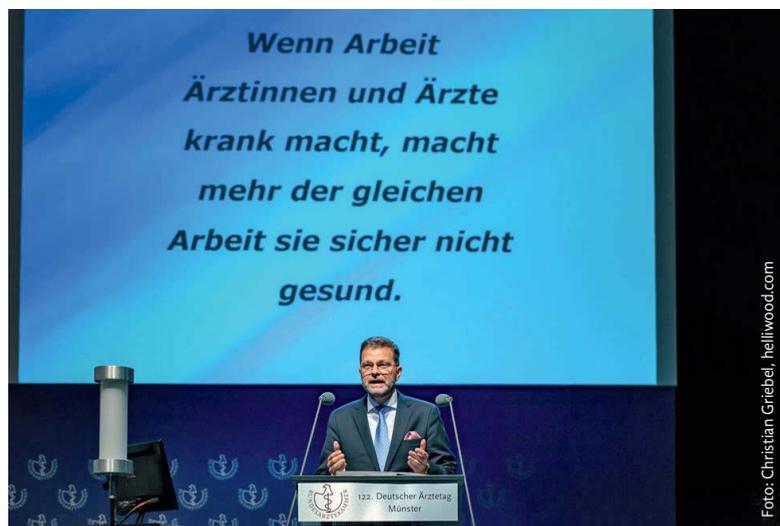
9. Ihr Fazit des 122. DÄT?

Zürner: Ein lebendiger Ärztetag, gut dass Ärztegesundheit ein Fokus war. Bei den Wahlen: lebendige Demokratie, wenig Polemik und ein gutes Miteinander. Das stimmt hoffnungsfroh.

Claus:

- Eine Chance für eine Stärkung der sprechenden Medizin.
- Skandalöses, weil positives Bekenntnis zu zentraler Speicherung von Patientendaten und zur m. E. grundgesetzwidrigen Masern-Impflicht.
- Entscheidungsfindung mehr aufgrund persönlicher Eindrücke/Fraktionszugehörigkeit als sachbezogen.
- Die „Gendgerechte Weiterentwicklung“ der deutschen Sprache macht vor Ärzten ebenso wenig halt wie der Klimaschutz-Aktivismus.

Krück: Gelungener Ärztetag mit interessanten Schwerpunkten und spannenden Wahlen.



Die Delegierten der Landesärztekammer Hessen begrüßten, dass auf dem Deutschen Ärztetag unter anderem durch den Vortrag von Dr. med. Klaus Beilmann (Foto), Geschäftsführender Arzt der Ärztekammer Hamburg, das Thema Gesundheit der Ärztinnen und Ärzte in den Blickpunkt der Öffentlichkeit rückte.

„Wir müssen überlegen, wie neue Versorgungsformen aussehen können“

Interview mit Kai Klose, neuer Hessischer Minister für Soziales und Integration

Ende April hatte die Hessische Landesregierung eine 100-Tage-Bilanz gezogen. Im Mai gab Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen), seit 18. Januar 2019 Hessischer Minister für Soziales und Integration, dem Hessischen Ärzteblatt ein Interview zu seinen gesundheitspolitischen Vorhaben.

Sehr geehrter Herr Staatsminister, Ihr erklärtes Ziel ist die Sicherung einer modernen, flächendeckenden und wohnortnahen Versorgung – und zwar hessenweit. Wie wollen Sie dies erreichen?

Kai Klose: Die wohnortnahe Versorgung, gerade auch im ländlichen Raum, ist auf vielen Gebieten wichtig. Das gilt in besonderem Maße für das Gesundheitswesen. Im Zuge der demografischen Entwicklung sinkt auch die Zahl der Fachkräfte. Wir müssen daher überlegen, wie neue Versorgungsformen aussehen können. Auch beim Austausch mit meinen Kollegen in den anderen Bundesländern denken wir darüber nach, wie wir beispielsweise Medizinische Versorgungszentren stärken können.

Den von Ihrem Amtsvorgänger Stefan Grüttner ins Leben gerufenen Hessischen Gesundheitspakt wollen Sie weiterführen. Welche Akzente setzen Sie dabei?

Klose: Der Hessische Gesundheitspakt 3.0 ist von meinem Vorgänger im Dezember vergangenen Jahres mit den Akteuren des hessischen Gesundheitswesens vereinbart worden. Wir stehen in dieser Kontinuität. Es geht darum, das Vertrauen der vielen involvierten Akteure zu gewinnen und den Gesundheitspakt weiter zu entwickeln. Wichtige Punkte sind die integrierte sektorenübergreifende Versorgung, die Stärkung der ambulanten Gesundheitsversorgung insbesondere im ländlichen Raum und die Frage: Wie stellen wir die pflegerische und ärztliche Fachkräftesicherung in Zukunft auf?

Vieles ist hier von der Bundesebene vorgegeben, wird aber auch – wie das Thema Medizinstudium – im Dialog mit den Wis-



Kai Klose (Bündnis 90/Die Grünen) ist der neue Hessische Minister für Soziales und Integration im dritten Kabinett unter Ministerpräsident Volker Bouffier (CDU).

senschaftsverbänden erörtert. Intensiv diskutieren wir dabei über die internationale Fachkräftegewinnung, vor allem im Bereich der Pflege. Wir müssen uns fragen, welche Ressourcen wir bei Telemedizin und Digitalisierung heben können, um die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung auch künftig gewährleisten zu können. Zugleich kommt es dabei auch auf Programme wie die Gemeindegewestern an, da die Distanzen im ländlichen Raum immer weiter werden und die Aufgaben so unterschiedlich sind.

Die Digitalisierung des Gesundheitswesens wird stark diskutiert und von der Politik mit Vehemenz gefordert. Auch Ihr Amtsvorgänger Herr Grüttner hat sich besonders für e-Health engagiert. Bei vielen Kolleginnen und Kollegen drängt

sich der Eindruck auf, dass Ärztinnen und Ärzte ersetzt werden sollen. Wie reagieren Sie auf diese Sorgen, und wo sehen Sie die Vorteile von Telemedizin und digitalen Anwendungen?

Klose: Unser Leitsatz lautet: Die Digitalisierung soll dem Menschen dienen. Es geht um die Versorgung der Bevölkerung vor Ort und darum, Effizienz zu steigern. Ziel der Digitalisierung ist ja nicht, dass der Kontakt zwischen Ärzten und Patienten weiter reduziert wird. In diesem höchst persönlichen Verhältnis muss das Vertrauen gewahrt werden.

Wichtig ist vielmehr, Wege zu verkürzen: Ärzte, Pflegekräfte und andere Gesundheitsberufe bis hin zum Physiotherapeuten müssen in die Fläche gelangen können. Ein Beispiel ist der Medibus der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) – eine Übergangslösung, in deren Rahmen sozusagen der Berg zum Propheten kommt. Es handelt sich jedoch um keine Maßnahme, die den niedergelassenen Arzt ersetzt.

Bei der gesundheitlichen Versorgung kommt es darauf an, ganzheitlich zu denken und sie am Bedarf des Patienten auszurichten. Durch die Einführung der elektronischen Patientenakte und des Telemonitoring sollen Brücken geschlagen werden – auch zwischen Haus- und Fachärzten sowie hin zum Patienten.

Sie machen sich auch für die sektorenübergreifende Versorgung stark. Wie wollen Sie die Krankenhäuser in die ärztliche Versorgung einbinden?

Klose: Dort, wo in Zukunft eine Unterversorgung der Bevölkerung droht, werden Krankenhäuser noch stärker auch ambulant tätig werden müssen. Das Terminservicegesetz (TSVG) sieht vor, dass wir künftig unterversorgte Regionen definieren sollen. Dabei muss allerdings klar sein, was Unterversorgung real bedeutet und wo sie beginnt.

Ein Beispiel für die erfolgreiche Einbindung von Krankenhäusern ist das Inte-

grierte Notfallzentrum am Klinikum Frankfurt-Höchst, das eine sektorenübergreifende Behandlung der Patienten mit kurzen Wegen ermöglicht. (Anm. der Redaktion: Patienten aus dem Frankfurter Westen, die dringend einen Arzt außerhalb der geregelten Öffnungszeiten ihrer Arztpraxis benötigen, werden hier im Rahmen eines in das Klinikum integrierten Notfallzentrums in einer Zentrale des Ärztlichen Bereitschaftsdienstes der KVH versorgt.)

Werden Sie die ärztliche Selbstverwaltung in die Planungen einbeziehen?

Klose: Bundesgesundheitsminister Jens Spahn (CDU) hat angekündigt, dass er ein Gesetz zur sektorenübergreifenden Versorgung erlassen will. In Hessen wollen wir das Thema und die damit verbundenen Herausforderungen gemeinsam mit der ärztlichen Selbstverwaltung lösen. Im Bereich der Geburtshilfe haben wir einen Runden Tisch Hebammen auf den Weg gebracht. Wie wichtig die Zusammenarbeit in diesem Bereich ist, zeigt das Beispiel einer Geburtshilfeabteilung in Südhessen, die aufgegeben wird, weil sie nicht wirtschaftlich ist. Eine enge Abstimmung mit der ärztlichen Selbstverwaltung ist daher dringend erforderlich.

Mit welchen Maßnahmen wollen Sie gemeinnützige und kommunale Krankenhäuser stärken?

Klose: In Hessen gibt es eine beachtliche Vielfalt, was die Krankenhauslandschaft und die Krankenträger angeht. Das ist aus unserer Sicht erst einmal ein Vorteil. Wir wollen die Krankenhäuser in öffentlich-rechtlicher, frei-gemeinnütziger und in privater Trägerschaft durch weitere Finanzmittel stärken. Schon jetzt haben

wir in Hessen eine vergleichsweise hohe Investitionsförderung, aber es existiert eine Investitionslücke, die wir stärker schließen wollen. Krankenhäuser, die sich zusammengeschlossen haben, profitieren besonders von der von meinem Vorgänger eingeführten Verbundförderung. Wir prüfen derzeit, ob und wie wir diese weiterführen.

Wie stellen Sie sich die Implementierung regionaler Gesundheitszentren vor?

Klose: Wir fördern die regionalen Gesundheitszentren seit 2014, um eine bessere Versorgung zu ermöglichen. Auch, weil der angestellte Arzt an Bedeutung gewinnt. Im Odenwaldkreis gibt es bereits ein regionales Gesundheitszentrum. Unser Ziel ist, dass bis Ende der Legislaturperiode alle hessischen Landkreise mit Gesundheitszentren ausgestattet sind. Diese sollen eine umfassende Gesundheitsversorgung bieten, in die neben ambulanten Operationen auch soziale und pflegerische Angebote integriert sind. Wir müssen unsere Versorgungsangebote stärker konzentrieren, um eine größere Zahl von Patienten versorgen zu können. Das ist ein großes Zukunftsthema.

Welche Rolle werden die Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) in Zukunft spielen?

Klose: Allen ist klar, dass der Weg dahin geht. Wir stellen auch ein zunehmendes Interesse bei der Ärzteschaft fest, in einem MVZ zu arbeiten, und stoßen in den Kommunen auf ein positives Echo. Wichtig ist für uns, die Akteure vor Ort besser und intensiver zu beraten.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) steht vor einer Vielzahl von Herausforderungen. Sehen Sie Möglichkeiten, wie die Landesregierung und die Landesärztekammer hier unterstützen können?

Klose: Der ÖGD hat einen besonderen Bedarf an fachlich qualifizierten Ärztinnen und Ärzten. Auch werden seine Aufgaben in der Zukunft eher noch wachsen. Was organisatorische Fragen angeht, ist ein erster Gedanke, das Hessische Landesprüfungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) mögliche Umstrukturierungen prüfen zu lassen. Ge-

meinsam mit der Landesärztekammer sollte man sich die ärztliche Weiterbildung mit Blick auf den öffentlichen Gesundheitsdienst anschauen. Ein ganz wichtiges Thema ist die tarifliche Einbindung der im ÖGD tätigen Ärztinnen und Ärzte.

Welche Pläne haben Sie für die Psychoonkologie? Eine große Bedeutung haben die psychoonkologischen Beratungsstellen, die mittelfristig gestärkt werden müssen.

Klose: Die Diagnose Krebs ist nach wie vor eine der schwierigsten persönlichen Nachrichten, die ein Mensch bekommen kann. Gerade die Betreuung ist in diesem Bereich für die Genesung wichtig. Sie muss in das Onkologiekonzept integriert sein.

Ein weiteres wichtiges Thema ist der Drogenmissbrauch. Was können Politik und Ärzteschaft gemeinsam dagegen unternehmen? Seit über zwölf Jahren ist die Landesärztekammer mit dem Alkoholpräventionsprojekt „Hackedicht – Besser geht's dir ohne!“, für welches das Hessische Ministerium für Soziales und Integration einst die Schirmherrschaft übernommen hat, an hessischen Schulen aktiv. Sehen Sie weitere Kooperationsmöglichkeiten?

Klose: Ein denkbare Feld ist die Drogen substitution. Hier stehen wir vor dem Problem, dass viele substituierende Ärztinnen und Ärzte bereits jenseits der 60 sind; eine der elf Ambulanzen in Frankfurt hat bereits geschlossen. Und auf dem Land werden die Wege immer weiter. Ein Drittel der derzeit Substituierten könnte Anfang der 2020er-Jahre ohne ärztliche Betreuung dastehen. Eine Lösung könnte ein noch weiter gefasstes Verständnis des „Frankfurter Wegs“ sein. (Anm. der Red.: In Drogenkonsumräumen können unter Aufsicht und unter hygienischen Bedingungen Drogen genommen werden.) Auch die längerfristige Verschreibung von Substitutionsmedikamenten und eine Weiterbildung „Befähigung zur Substitutionstherapie“ gehören zu den möglichen Maßnahmen. Zudem gilt es, Wege zu finden, um Ärztinnen und Ärzte langfristig für die Substitutionstherapie zu gewinnen. Aufklärung und Information sind entscheidend für die Prävention. Vielleicht können wir – das Hessische Ministerium für Sozia-

Genderneutrale Sprache

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

les und Integration und die Landesärztekammer Hessen – gemeinsam mit anderen Partnern wie z. B. der Kassenärztlichen Vereinigung Aufklärungs- und Informationskampagnen sowie -strategien vorantreiben.

Mit Blick auf die Situation von Menschen ohne Papiere ist nun schon länger ein Fonds zur Ermöglichung einer anonymen

Krankenbehandlung im Gespräch. Wie wollen Sie diese von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer angeregte Initiative auf den Weg bringen?

Klose: Dieser Fonds ist in der Koalitionsvereinbarung verankert. Wir haben uns fest vorgenommen, ihn einzurichten und zu finanzieren. Die Prüfung hat begonnen und ich würde mich freuen, wenn wir zu einem gemeinsamen Entschluss kommen.

Die anonyme Krankenbehandlung könnte ein weiteres gemeinsames Projekt des Sozialministeriums und der Landesärztekammer sein.

Herr Staatsminister, wir danken Ihnen für das Gespräch!

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

Bücher



**Tabea Hertzog:
Wenn man den Himmel umdreht,
ist er ein Meer**

Berlin Verlag 2019, 224 Seiten,
Hardcover mit Schutzumschlag,
EAN 9783827013903, € 20

Das Buch macht mit dem Titel neugierig. Sind damit nur Natur, Wetter, Wellen, Gezeiten, Wind und elementare Kräfte gemeint? Das subjektiv zu deutende Bild vermittelt vorweg einen ungewöhnlichen und phantasievollen Blickwinkel. Konkret geht es im Buch um die Bewältigung einer überraschenden, lebensverändernden Krankheit und die Herausforderungen von Dialysebehandlung und einer späteren Nierentransplantation. Bisher voller Lebensenergie, nach erfolgreichem Studium und kurz vor einem bevorstehenden Auslandsstipendium als geförderte Jungautorin und Fotografin, wird Tabea Hertzog als 30-Jährige davon getroffen, dass die Abhängigkeit von Dialyse quasi über sie fällt. Sofort ist der Lebensradius ungewohnt eingeschränkt. Das Stipendium, die Lebens- und Berufsziele müssen abrupt angehalten werden. Die lebensrettende Dialysetherapie fordert Zeit, die Krankheit reduziert ihre Kräfte, viele Lebensbezüge und partnerschaftliche Beziehungen relativieren sich. Trotz dieser Härten beobachtet und berichtet die Autorin über die Erfahrungen und den Schicksalsweg immer annehmend: Das Erleben der Behandlung selbst, die individuellen Auseinandersetzungen und täglichen Kapitulationen vor den Abläufen und das Leben mit der Dialysetechnik. Die persönlichen Gewohnheiten und Vorlieben widersprechenden medizinischen Go's und NoGo's greifen Raum und krepeln das bisherige Leben um. Die Eigenheiten der Mitpatienten kommen hinzu, im oft eintönigen und regelmäßig wiederkehrenden Miteinander bei der Dialyse dreimal die Woche, je vier bis fünf

Stunden. Bizarre Kommunikationen mit und zwischen den betreuenden Pflegekräften und Ärzten, auch zwischen den Patienten und ihren Betreuern verlangen Toleranz. Stimmungsamplituden und gelegentliche Konfrontationen aller im Therapieprozess miteinander Agierenden werden erkennbar und sind nicht untypisch für einen meist viele Jahre chronischen Krankheitsverlauf.

Der seit früher Kindheit von Hertzog distanziert lebende Vater bietet in ungewohnter Zuwendung jetzt seine eigene Niere als Spende an. Das damit geforderte enge Vertrauen, das es bisher zwischen Tochter und Vater nicht gegeben hatte, wird tastend von beiden Seiten gesucht und letztlich belastbar erspürt. Die schon geplante Transplantation muss einmal verschoben werden, das fordert das gerade erst entstandene, vertrauensvolle Miteinander. Bei der endlich erreichten Nierenübertragung gelingt schließlich alles, sowohl beim Spender wie auch bei der Empfängerin: Die weitgereichte Niere funktioniert einwandfrei, Dialyse ist nicht mehr nötig.

Trotz aller Freude, der Rückkehr in Beziehungen und in die aufgeschobenen Lebenspläne bleibt eine grundlegende Verunsicherung der Betroffenen spürbar, durch die Krankheit unvermutet aus der Bahn geworfen worden zu sein. Neben der Erleichterung über die erfolgreiche Transplantation ist eine vorher nicht gekannte Skepsis angesichts der lebenslang notwendigen medikamentösen Immunsuppression zu spüren. Am Ende des Buches gibt die Autorin uns dann das Bild des umgedrehten Himmels und des Meeres mit seinen vielfältig ausdeutbaren Facetten als ein doch lebensoptimistisch wirkendes Signal dazu mit.

Beim Leser bleiben Bewunderung und Respekt für die offene, manchmal nur andeutende und damit besonders anrührende Schilderung der Autorin. Ein sehr lesenswertes und persönliches Buch, sehr wohl auch für Ärzte und Pflegenden!

Dr. med. H. Christian Piper
Facharzt für Innere Medizin/Nephrologie
Wiesbaden

Themenheft mit vier Beiträgen: Besonderheiten der Entwicklung bei Kindern und Jugendlichen



Spaß an Spiel und Bewegung: Raum für Individualität zulassen ohne Erfolgsdruck.

Die Entwicklung von Kindern verfolgen wir meist mit Freude. Doch verläuft diese häufig alles andere als geradlinig. Neben der körperlichen Gesundheit beinhalten Besonderheiten in der kindlichen Entwicklung auch das Verhalten. „Schwierige Kinder“, „Problemkinder“ oder „Kinder mit Verhaltensauffälligkeiten“ benehmen sich anders, als es von ihnen in den jeweiligen Kontexten – wie zum Beispiel in der Schule – erwartet wird. Wie gehen wir mit Kindern und Jugendlichen um, deren Entwicklung nicht nach der vorgegebenen Normkurve verläuft, die sich anders verhalten, als es der gesellschaftliche Rahmen vorgibt? In diesem Themenheft möchten wir dieser Fragestellung nachgehen und diese aus den Blickwinkeln der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Sozialpädiatrie, ambulanten Pädiatrie und der Pädagogik betrachten.

Zu den Beiträgen:

Über „**Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter**“ geben **Prof. Dr. med. Katja Becker** und **Prof. Dr. med. Christine M. Freitag** in ihrem gleichnamigen Beitrag einen umfassenden Überblick. Dabei erläutern die Autorinnen, warum eine früh-

zeitige Diagnose anhand evidenzbasierter Methoden und eine professionelle Behandlung wichtig sind. Neben der multi-axialen Klassifikation, dem Verlauf sowie der Ätiologie psychischer Störungen gehen Becker und Freitag außerdem darauf ein, wann eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie sinnvoll sind und wie die ambulante, teilstationäre und stationäre Diagnostik und Therapie in Hessen geregelt sind.

Im Gespräch mit **Dr. med. Mechthild Pies**, werden die **Besonderheiten der kindlichen Entwicklung aus Sicht der Sozialpädiatrie** thematisiert. Das Spektrum an Störungsbildern ist groß: vom neurologisch komplett unauffälligen Kind mit psychosozialen Auffälligkeiten bis hin zum schwerstmehrfachbehinderten Kind. Pies geht auch auf die Bedeutung sozialer Themen bei Entwicklungsbedrohungen oder -risiken ein. Die Situation in Familie, Pflegefamilie oder Heim ebenso die Bezugssysteme Schule und Kindergarten spielen dabei eine wesentliche Rolle. Aufgrund ihrer persönlichen Erfahrung als Tante eines geistig behinderten Neffen kennt sie beide Seiten und weiß, was es für eine Familie be-

deutet, wenn Kinder sich nicht „normal“ entwickeln.

Psychische, psychosomatische und soziale Erkrankungen wie Ausscheidungsstörungen, Lern- und Sprachstörungen oder Essstörungen sind in der ambulanten Pädiatrie anteilig in den Vordergrund gerückt, wie **Barbara Mühlfeld** in ihrem Artikel „**Schwierige Kinder aus dem Blickwinkel der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin**“ schreibt. Sowohl die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen in diesem Gebiet wie auch der Beratungsbedarf von Eltern, Erziehern und Pädagogen haben erheblich zugenommen. So sei die Sozialraumvernetzung ein wesentliches Merkmal der modernen pädiatrischen Praxen. Mühlfeld macht darauf aufmerksam, dass es häufig an geeigneten Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten fehlt: So wartet zurzeit ein dreijähriges Kind im Hochtaunuskreis bis zu einem Jahr auf einen Platz für die Frühförderung.

Schule ist nicht als eine pädagogische Insel zu sehen, sondern muss als Teil der Gesellschaft betrachtet und unterstützt werden. Mit dem Artikel zu „**Kindern in schwierigen Situationen aus dem Blickwinkel Schule**“ von **Ulrike Wagner** wird das Themenheft komplettiert. Nach einem kurzen historischen Abriss über die besondere Geschichte Deutschlands, die Einführung des flächendeckenden gemeinsamen Unterrichts in Hessen vor knapp 30 Jahren und die Verabschiedung der UN-Konvention als Paradigmenwechsel berichtet die ehemalige Fachberaterin für Inklusion von ihren Erfahrungen und ergänzt diese durch zwei Fallbeispiele. Als wesentliche Voraussetzung für gelingende Pädagogik einer sich als „inklusiv“ verstehenden Schule sieht auch sie die Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams, die Kooperation mit Beratungs- und Förderzentren sowie das Bilden lokaler und regionaler Netzwerke.

Maren Grikscheit

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung

VNR: 2760602019225420008

Prof. Dr. med. Katja Becker, Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag

Psychische Gesundheit ist eine wesentliche Voraussetzung für Lebensqualität, Leistungsfähigkeit und soziale Teilhabe [1]. Im Kindes- und Jugendalter sind psychische Störungen die Erkrankungen, die die meisten Einschränkungen und Behinderungen verursachen [2]. Unbehandelt haben sie erhebliche langfristige negative Auswirkungen auf die individuelle soziale, schulische und berufliche Entwicklung. In der Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) wurde anhand repräsentativer Daten gezeigt, dass 17 bis 20 % der Kinder in Deutschland psychische Auffälligkeiten zeigen [1, 3]. Behandlungsbedürftig sind etwa fünf Prozent. Im Kindesalter sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen, im Jugendalter ist die Häufigkeit psychischer Störung zwischen den Geschlechtern vergleichbar [1]. Hier gibt es jedoch deutliche störungsspezifische Unterschiede: Diagnosen wie Autismus-Spektrum-Störungen oder Aufmerksamkeitsdefizit-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHS) treten häufiger bei Jungen auf. Von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) dagegen sind häufiger weibliche Jugendliche betroffen.

Klassifikation und Verlauf psychischer Störungen

In Deutschland werden psychische Störungen nach ICD-10 [4] klassifiziert. Eine Überarbeitung von ICD-10 zu ICD-11 ist aktuell in Vorbereitung (Internet: <https://icd.who.int/en/>). Wesentlich für den Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie in Deutschland ist die multiaxiale Klassifikation. Neben der psychiatrischen Diagnose (Achse I) werden auf insgesamt sechs Achsen außerdem etwaig vorliegende umschriebene Entwicklungsstörungen/Teilleistungsstörungen (wie z. B. Lese-Rechtschreibstörung; Achse II), das Intelligenzniveau (Achse III), körperliche Symp-

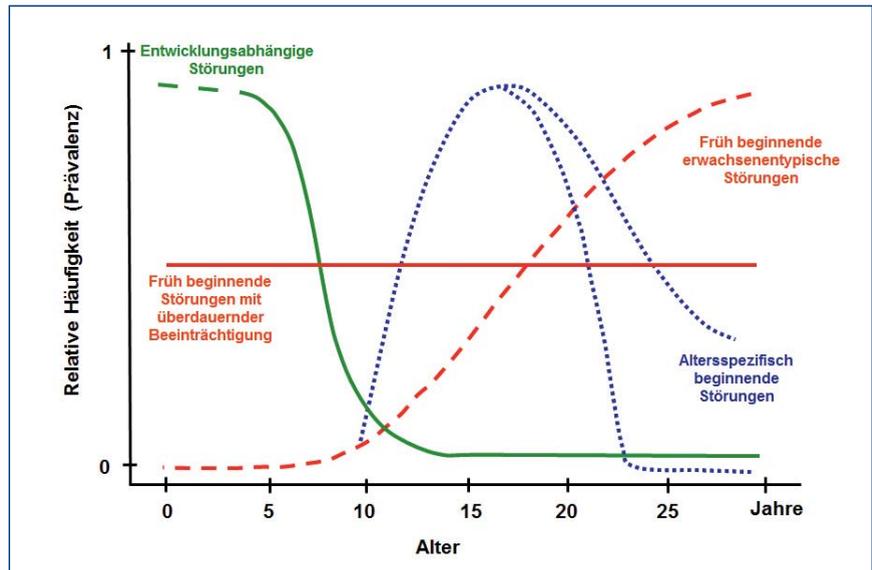


Abbildung 1: Verlaufstypen psychischer Störungen, nach [7].

tomatik (wie z. B. Diabetes mellitus, eine genetische Diagnose oder Epilepsie, aber auch z. B. vorsätzliche Selbstbeschädigung; Achse IV) und assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände (wie z. B. psychische Störung eines Elternteils, körperliche Kindesmisshandlung, Migration oder Verlust einer liebevollen Beziehung; Achse V) erfasst. Auf der sechsten Achse wird das globale psychosoziale Funktionsniveau beurteilt (Achse VI).

Es gibt, je nach Erkrankung, unterschiedliche Verläufe psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter (siehe Abbildung 1). Sie sind sowohl von der Diagnose als auch von gesellschaftlichen, familiären und therapeutischen Faktoren abhängig. Zu den früh beginnenden Störungen mit in der Regel überdauernden Beeinträchtigungen gehören z. B. Autismus-Spektrum-Störungen. Entwicklungsabhängige Störungen sind zum Beispiel der selektive Mutismus oder Ausscheidungsstörungen (Enuresis, funktionelle Harninkontinenz, funktionelle Stuhlinkontinenz). Altersspezifisch beginnende Störungen wären Angststörungen

oder Störungen des Sozialverhaltens. Beispiele für früh beginnende erwachsenentypische Störungen sind Schizophrenie oder bipolare Störungen, die im Jugendalter beginnen können.

Häufige psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind Angststörungen (Prävalenz ca. 10 %), Störungen des Sozialverhaltens (3–7 %), ADHS (ca. 5 %) sowie depressive Störungen (ca. 5 %). Ticstörungen und Zwangserkrankungen kommen bei etwa 1 % und Essstörungen bei etwa 0,5 bis 2 % aller Kinder und Jugendlichen vor (Übersicht siehe [5]).

Zur Ätiologie psychischer Störungen im Kindes und Jugendalter

Psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters sind durch biologische Risikofaktoren stark beeinflusst. So liegt die Heritabilität von Autismus-Spektrum-Störungen, der ADHS, der Anorexia nervosa, schizophrenen Erkrankungen und bipolaren Störungen bei > 70 %. Dies zeigt, dass unterschiedliche genetische Faktoren, die

ein breites Spektrum von erbten und spontanen Mutationen einschließlich zytogenetischer Veränderungen umfassen, bei diesen Erkrankungen eine große Rolle spielen. Genetische Faktoren (Heritabilität ca. 40–60 %) sind aber auch bei Angst-, Zwangs- und depressiven Störungen sowie Störungen des Sozialverhaltens relevant. Wesentlich bei allen psychischen Störungen ist die Interaktion von genetischer Prädisposition mit Umweltrisikofaktoren. Umweltrisikofaktoren können hierbei biologische sein, die vor allem die Schwangerschaft betreffen (wie z. B. Alkoholkonsum, Rauchen, illegale Drogen, Infektionskrankheiten, psychotrop wirksame Medikamente, Pestizide, Feinstaub, Hypothyreose oder Anämie der Mutter, Frühgeburtlichkeit des Kindes). Zahlreiche dieser Risikofaktoren können durch eine gute Schwangerschaftsvorsorge sowie Aufklärung der Mutter/Eltern vermieden oder zumindest deutlich reduziert werden.

Psychosozial wirksame Risikofaktoren sind bei jüngeren Kindern insbesondere elterliche Faktoren, wie z. B. fehlende Wärme dem Kind gegenüber, mangelnde kognitive Anregung und Sprachförderung, fehlende Spielinteraktion mit dem Kind (frühes Fernsehen/Medienkonsum im Vorschulalter); bei älteren Kindern kommen auch schulische und vor allem Risikofaktoren aus dem Kreis der Gleichaltrigen, wie beispielsweise Ausgrenzungserfahrungen („Mobbing“), dazu. Körperliche und sexuelle Gewalterfahrungen stellen in jedem Alter einen starken Risikofaktor für zahlreiche psychische Erkrankungen dar [6]. Aber auch gesellschaftliche Faktoren (Armut) und regionale Faktoren (Erreichbarkeit von therapeutischen Möglichkeiten, Vorhandensein von Unterstützungsangeboten) spielen eine Rolle.

Leitliniengemäße Diagnostik und Therapie

Zur evidenzbasierten Diagnostik und Behandlung vieler psychischer Störungen gibt es inzwischen Leitlinien, die auf der AWMF-Homepage (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften) im Internet abrufbar sind (<https://www.awmf.org/leitlinien/aktuelle-leitlinien.html>). In Tabelle 1 sind

die derzeit gültigen Leitlinien abgebildet. Die S2e-Leitlinie zu Angststörungen im Kindes- und Jugendalter wird voraussichtlich im Sommer 2019 und die S3-Leitlinie zur Therapie von Autismus-Spektrumstörungen wird voraussichtlich Ende 2019 publiziert werden. Weitere Aktualisierungen der Leitlinien u. a. zu Ticstörungen, bipolaren Störungen und Zwangsstörungen sind derzeit in Vorbereitung.

Wann ist eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie sinnvoll? Wie sind die ambulante, teilstationäre und stationäre Diagnostik und Therapie in Hessen geregelt?

Wenn Eltern sich Sorgen machen über die Entwicklung ihres Kindes, ist der Kinderarzt bzw. -ärztin erster Ansprechpartner. Bei Fragen zur Erziehung können niedrigschwellig Erziehungs- und psychologische Beratungsstellen von den Eltern kontaktiert werden. Bei einer deutlichen Normabweichung des Verhaltens (in Bezug auf Entwicklungsstand, kognitive Fähigkeiten und Alter), einem eingeschränkten Funktionsniveau, einer Beeinträchtigung im Alltag (zu Hause, in der Schule, im Kindergarten) und Symptomen einer psychischen Störung sollte aber ein Vorstellungstermin bei einem Facharzt/einer Fachärztin für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vereinbart werden.

Die ambulante Versorgung wird von niedergelassenen Fachärztinnen und -ärzten für Kinder- und Jugendpsychiatrie sichergestellt (Praxen nach Postleitzahlen sortiert sind auf der Homepage des kinder- und jugendpsychiatrischen Berufsverbandes zu finden: www.kinderpsychiater.org/praxen-kliniken-ambulanzen/), ergänzt um die Institutsambulanzen der regionalen Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie sowie die niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Die niedergelassenen Kollegen können Patientinnen und Patienten nach Zustimmung der Eltern zur Therapie in einer Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters anmelden. Eltern können sich aber bei entsprechendem Schweregrad oder fehlenden ambulanten Behandlungsmöglichkeiten auch direkt an die Kliniken wenden. Eine Indikation für die teilstationäre oder stationäre (Regel-)Behandlung besteht in der Regel bei folgenden Konstellationen: hoher Schweregrad der psychischen Störung, zusätzliche komorbide Störungen sowie gescheiterter ambulanter Therapieversuch mit Aussicht auf Besserung der Symptomatik durch eine (intensivere) teilstationäre oder stationäre Behandlung. Kinder- und jugendpsychiatrische Notfälle mit sofortiger Aufnahmeindikation in eine geschützte Station sind z. B. akute Suizidalität oder akute Exazerbation einer psychotischen Störung mit Selbst- oder Fremdgefährdung. Kurzfristige dringende Aufnahmen sind des Weiteren häufig bei Patientinnen mit Anorexia nervosa mit bereits deutlichem Untergewicht (< 1. BMI-Altersperzentile) notwendig. Für den Bereich Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie gibt es definierte Zuständigkeitsbereiche für die Regel- und Pflichtversorgung, die in der Abb. 2 dargestellt sind. Für indizierte, aber nicht Notfall-Aufnahmen bestehen aufgrund

Kinder- und Jugendpsychiatrie im Fernsehen

Kinder

Sendung mit der Maus-Themensendung „Die unsichtbare Krankheit“,

ausgestrahlt am 14. Oktober 2018.

Die Sendung ist in der WDR-Mediathek abrufbar: WDR-Mediathek → Sendung mit der Maus → unsichtbare Krankheit. Kurzlink: <https://tinyurl.com/yapgkz2x>

Jugendliche

Pur+ „Was stimmt mit mir nicht? – Seelische Krankheiten“,

ausgestrahlt am 20. Oktober 2017. Diese Sendung ist über die ZDF-Mediathek abrufbar: Pur+ → Was stimmt mit mir nicht.

Kurzlink: <https://tinyurl.com/yxe5uhlz>

Tabelle 1: Übersicht über ausgewählte aktuelle Leitlinien

Leitlinie		
Aufmerksamkeitsdefizit-/ Hyperaktivitätsstörungen (ADHS)	S3, 028–045	Stand: 02.05.2017, gültig bis 01.05.2022
Alkoholbezogene Störungen	S3, 076–001	Stand: 31.07.2014, gültig bis 30.07.2019
Autismus-Spektrum-Störungen Teil 1: Diagnostik	S3, 028–018	Stand: 05.04.2016, gültig bis 04.04.2021
Depressive Störungen	S3, 028–043	Stand: 01.07.2013, gültig bis 30.06.2018 (in Überarbeitung)
Enuresis und nichtorganische (funktionelle) Harninkontinenz	S2k, 028–026	Stand: 02.12.2015, gültig bis 01.12.2020
Essstörungen	S3, 051–018	Stand: 31.05.2018, gültig bis 30.05.2023
Intelligenzminderung	S2k, 028–042	Stand: 31.12.2014 gültig bis 30.12.2019 (in Überarbeitung)
Kindesmisshandlung, -missbrauch, -vernachlässigung	S3, 027–096	Stand: 05.02.2019, gültig bis 31.01.2024
Lese- und/oder Rechtschreibstörung	S3, 028–044	Stand: 23.04.2015, gültig bis 22.04.2020
Nichtorganische Schlafstörungen	S1, 028–012	Stand: 01.07.2018, gültig bis 31.12.2021
Nicht-suizidales selbstverletzendes Verhalten (NSSV)	S2k, 028–029	Stand: 20.02.2015, gültig bis 19.02.2020
Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	S2k, 028–041	Stand: 26.09.2015, gültig bis 25.09.2020
Refluxstörungen	S3, 049–013	Stand: 31.08.2016, gültig bis 31.08.2019
Rechenstörung	S3, 028–046	Stand: 25.02.2018, gültig bis 24.02.2023
Schizophrenie	S3, 038–009	Stand: 15.03.2019, gültig bis 31.03.2023
Sprachentwicklungsstörungen	S2k, 049–006	Stand: 16.12.2011 gültig bis 15.12.2016 (in Überarbeitung)
Störungen des Sozialverhaltens	S3, 028–020	Stand: 23.09.2016, gültig bis 22.09.2021
Suizidalität im Kindes- und Jugendalter	S2k, 028–031	Stand: 31.05.2016, gültig bis 30.05.2021
Tabakkonsum (Rauchen)	S3, 076–001	Stand: 31.07.2014, gültig bis 30.07.2019

* Klassifikation von Leitlinien: S1 = Handlungsempfehlungen von Expertengruppen, S2k = Konsensbasierte Leitlinie; S2e = Evidenzbasierte Leitlinie; S3 = Evidenz- und konsensbasierte Leitlinie.

des hohen Bedarfs oft mehrwöchige Wartezeiten auf einen teil- oder vollstationären Behandlungsplatz.

Multiprofessionelle Teams und enge Zusammenarbeit

Innerhalb der Kliniken arbeiten Ärztinnen und Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie (Fachärzte oder Ärzte in Weiterbildung), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (approbiert oder in Ausbildung) sowie zahlreiche weitere Berufsgruppen abgestimmt zusammen (Mitarbeiter des Pflege- und Erziehungsdienstes, Bewegungs- und Ergotherapeuten, Logopäden, Ernährungsberater, Mitarbeitende im Sozialen Dienst, Pädagogen, Lerntherapeuten und andere). Mit den Lehrern einer der Klinik angegliederten Schule für Kranke, wo die Patienten während ihres Krankenhausaufenthaltes zur Schule gehen, besteht ein enger Austausch.

Doch nicht nur innerhalb der Klinik ist eine gute Abstimmung und professionenübergreifende Kooperation nötig und wichtig. Neben den notwendigen Kontakten zu den einweisenden und ambulant tätigen Kolleginnen und Kollegen ist sehr häufig auch (mit Zustimmung der Eltern) der Kontakt zu den Heimatschulen hilfreich. Bei bereits bestehender Unterstützung durch das Jugendamt oder sich abbildendem Bedarf an Hilfen zur Erziehung und entsprechender Unterstützung ist das zuständige Jugendamt ein weiterer wichtiger Kooperationspartner. Abb. 3 zeigt die Institutionen, die bei Kindern und Jugendlichen neben der Familie und den Sorgeberechtigten involviert sein können.

Im Falle einer stationären Behandlungsnotwendigkeit bei Kindern oder Jugendlichen, die eine freiwillige Behandlung ablehnen, bedarf es der Genehmigung der Behandlung durch das Familiengericht. Dies kann z. B. bei schwer ausgeprägten Essstörungen der Fall sein. Die Eltern stellen dafür beim Familiengericht nach § 1631 b BGB einen Antrag auf Unterbringung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik. Eine Fachärztin oder ein Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erstellt ein Gutachten zur stationären Behandlungsnot-

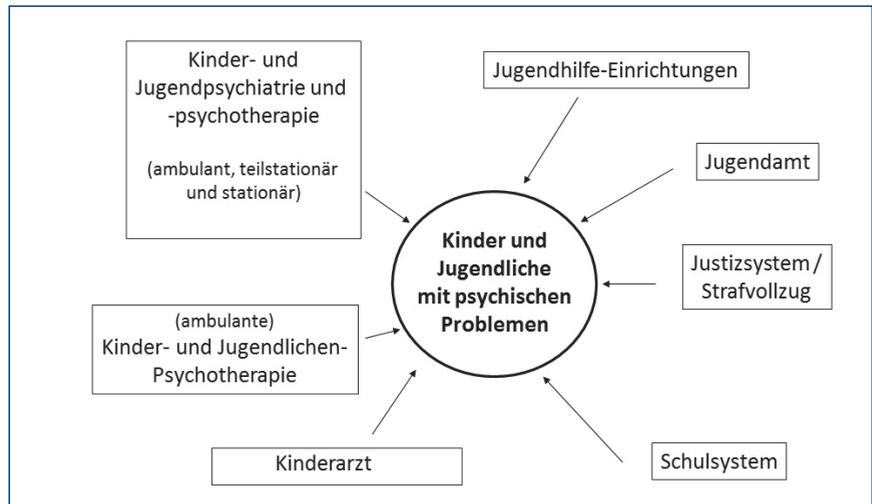


Abbildung 3: Beteiligte Institutionen bei Kindern und Jugendlichen mit psychischen Problemen

wendigkeit und das zuständige Gericht entscheidet dann über die Unterbringung. Das Kind bzw. der Jugendliche wird dafür auch von dem zuständigen Familiengericht angehört. In Notfallsituationen mit akuter Selbst- oder Fremdgefährdung kommt auch im Kindes- und Jugendalter das hessische PsychKHG (Psychisch-Kranken-Hilfe-Gesetz) zur Anwendung.

Stigma als Behandlungshindernis und altersgerechte sachliche Information und Aufklärung

Kinder und Jugendliche (und deren Familien) haben oft Ängste und Vorurteile vor einer kinder- und jugendpsychiatrischen Diagnostik und Therapie. Das Stigma, das sowohl psychischen Erkrankungen (und an psychischen Störungen Erkrankten) anhängt als auch gegenüber den in der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie tätigen Berufsgruppen besteht, führt auch heute noch dazu, dass wertvolle Hilfe gar nicht oder erst spät in Anspruch genommen wird. Diese verzögerte oder fehlende Behandlung verschlechtert den Verlauf praktisch aller psychischen Störungen. Gerade im Kindes- und Jugendalter sollte sehr frühzeitig behandelt werden, um die Prognose der Erkrankungen positiv zu beeinflussen. Ängsten und der Stigmatisierung kann durch sachgerechte und altersentsprechende Information und Aufklärung begegnet werden. Um eine breitere Öffentlichkeit zu informieren, entstanden in Hessen zwei empfehlenswerte Themen-

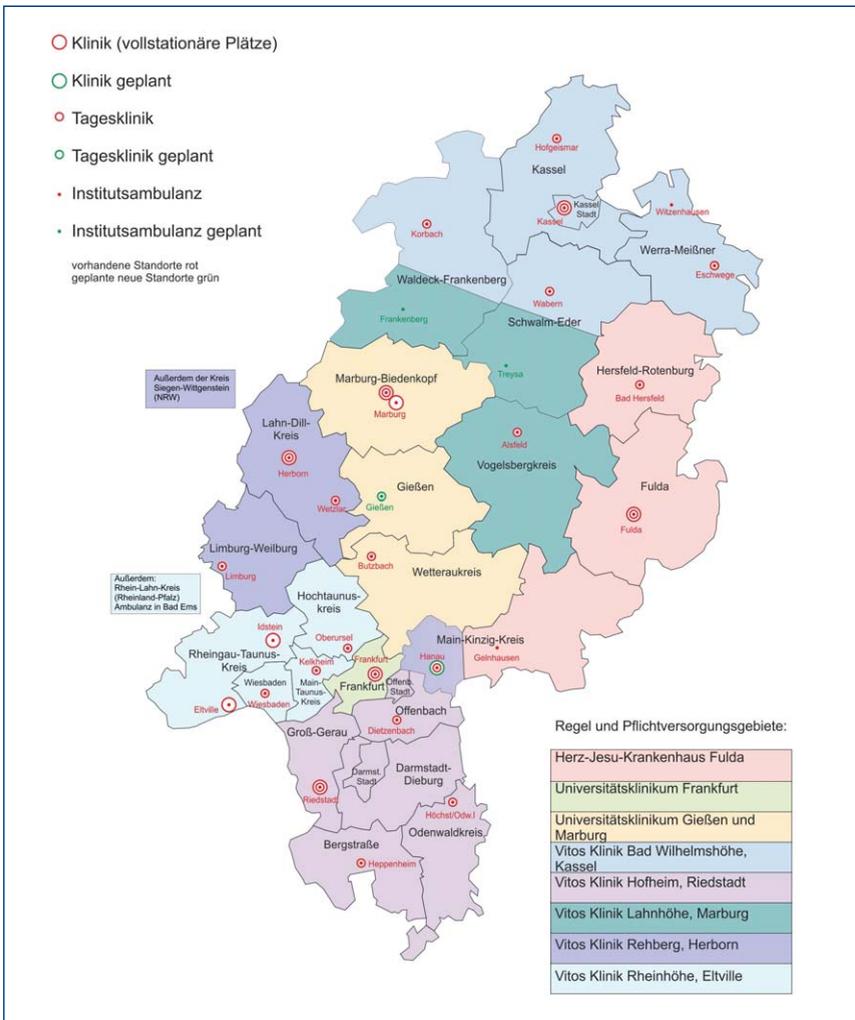
und Infosendungen, die bereits im Fernsehen ausgestrahlt wurden, damit viele Zuschauer erreicht werden und nun in der jeweiligen Mediathek abrufbar sind. Dabei wurde Pur+ (ZDF) in der KJP in Frankfurt gedreht und die Sendung mit der Maus (WDR) in Marburg (siehe Schaukasten 1).

Zusammenfassung und Fazit

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter sind häufige Erkrankungen, die frühzeitig diagnostiziert und anhand evidenzbasierter Methoden (siehe AWMF-Leitlinien) professionell behandelt werden sollten. Allen Eltern und ihren Kindern sollte – unabhängig von sprachlichen, kognitiven und sozialen Faktoren – ein frühzeitiger Zugang zu effektiver Diagnostik und Therapie ermöglicht werden. Dies setzt voraus, dass die entsprechenden Krankheitsbilder einschließlich der Diagnose- und Therapiemöglichkeiten noch besser bekannt werden.

Insbesondere Kinderärztinnen und -ärzte, aber auch Erzieher im Kindergarten und Lehrkräfte in der Schule sollten in ihrer Ausbildung bzw. ihrem Studium grundlegendes Wissen bezüglich der Leitsymptome von häufigen psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter erwerben (z. B. über Angststörungen, depressive Störungen, ADHS, Störungen des Sozialverhaltens etc., aber auch über Entwicklungsstörungen), damit sie die Eltern frühzeitig auf die Möglichkeit der Diagnostik und Therapie hinweisen können. Aufgrund der Bedeutung (Prävalenz, Relevanz für die

Foto: Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie Marburg, R. Ulbrich, 8.4.2019



Kinder- und jugendpsychiatrische Versorgung in Hessen, Stand März 2019

individuelle und soziale Entwicklung einschließlich Schulabschlüssen und Berufsausbildung) von kinder- und jugendpsychiatrischen Erkrankungen sollte das Fach

Kinder- und Jugendpsychiatrie Approbationsfach werden und verpflichtend an allen deutschen medizinischen Universitätsstandorten gelehrt werden.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zum Artikel „Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung“ von Prof. Dr. med. Katja Becker und Prof. Dr. med. Christine M. Freitag finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal vom

25.06.2019 bis 24.06.2020 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. Laut den Autoren sind die Inhalte des Artikels produkt- und/oder dienstleistungsneutral, es bestehen keine Interessenkonflikte.

Es ist weiterhin Antistigmatisierungsarbeit nötig, um Vorurteile bei Kindern und Jugendlichen und deren Familien abzubauen und damit dafür zu sorgen, dass frühzeitig kompetente Hilfe (kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Therapie) in Anspruch genommen wird. Die Forschungsbemühungen zu psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter sollten intensiviert und durch öffentliche Geldgeber (DFG, BMBF, EU) weiterhin deutlich unterstützt werden. Insbesondere das BMBF hat die Notwendigkeit der Forschung zu psychischen Störungen erkannt und plant sowohl Deutsche Zentren zur Behandlung von psychischen Störungen als auch Deutsche Zentren zur Kindergesundheit auszu-schreiben. Forschung mit Kindern und Jugendlichen (ab dem Säuglings- und Kleinkindalter) und ihren Familien sollte hier in den Ausschreibungen die notwendige Berücksichtigung finden.

Prof. Dr. med. Katja Becker
Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie Philipps-Universität Marburg;



Foto: Laackman Marburg

Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie am Uniklinikum Marburg
Kontakt per E-Mail: katja.becker@med.uni-marburg.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag
Direktorin



Foto: privat

Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
– Autismus-Therapie- und Forschungszentrum Uniklinikum Frankfurt,
E-Mail: c.freitag@em.uni-frankfurt.de

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

Multiple Choice-Fragen:

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung

VNR: 2760602019225420008

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Nach einer repräsentativen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KiGGS-Studie) hat ein Anteil der Kinder und Jugendlichen psychische Auffälligkeiten. Wie viel Prozent der Kinder in Deutschland zeigen psychische Auffälligkeiten?

- 1) 2–5
- 2) 5–10
- 3) 11–16
- 4) 17–20
- 5) 21–25

2. Welche Aussage zur Geschlechterverteilung bei psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter ist richtig?

- 1) Im Kindesalter sind Jungen häufiger betroffen als Mädchen.
- 2) Im Kindesalter sind Jungen und Mädchen etwa gleich häufig von psychischen Störungen betroffen.
- 3) Im Kindesalter sind Mädchen häufiger von psychischen Störungen betroffen als Jungen.
- 4) Im Jugendalter sind weibliche Jugendliche häufiger von psychischen Störungen betroffen als männliche.
- 5) Im Jugendalter sind männliche Jugendliche häufiger von psychischen Störungen betroffen als weibliche.

3. Im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie und –Psychotherapie wird multiaxial auf sechs verschiedenen Achsen klassifiziert. Auf der 1. Achse wird die psychiatrische Diagnose klassifiziert; auf der sechsten Achse das Funktionsniveau. Welche der folgenden Aussagen ist richtig? Im Multiaxialen Klassifikationssystem nach ICD-10 wird, neben der psychiatrischen Hauptdiagnose, auf den weiteren Achsen 2–5 folgendes klassifiziert:

- 1) Schulform, Längenwachstum und Gewicht, seelische Reife und Entwicklungsstand, sozioökonomisches Niveau der Kernfamilie.

2) Umschriebene Entwicklungsstörungen, Intelligenzniveau, körperliche Symptomatik, assoziierte aktuelle abnorme psychosoziale Umstände.

3) Diagnosen-ergänzende relevante Symptome, Suizidalität, somatische Erkrankungen, sozioökonomisches Niveau.

4) Tiefgreifende Entwicklungsstörungen, Schulform, Längenwachstum und Gewicht, Entwicklungsstand.

5) Umschriebene Entwicklungsstörungen, Bildungsniveau (bzw. Schulform), körperliche Erkrankungen, selbstschädigendes oder fremd aggressives Verhalten.

4. Welche der folgenden Aussagen zu Verläufen psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter ist richtig?

- 1) Die Verläufe psychischer Störung hängen überwiegend von der Diagnose und dem Schweregrad ab, Umweltbedingungen spielen keine Rolle.
- 2) Zu den früh beginnenden psychischen Störungen mit in der Regel überdauernder Beeinträchtigung zählt der (elektive) Mutismus.
- 3) Ausscheidungsstörungen (Enuresis, nichtorganische funktionelle Harninkontinenz) zählen zu den entwicklungsunabhängigen Störungen.
- 4) Zu den altersspezifisch beginnenden Störungen zählen Störungen des Sozialverhaltens und Angststörungen.
- 5) Die Schizophrenie gehört zu den erwachsenentypischen Störungen, die erst nach dem 18. Lebensjahr beginnen.

5. Welche der folgenden Faktoren tragen zur Ätiologie psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter bei? Welche der folgenden Antworten ist die am meisten zutreffende?

- 1) Genetische Faktoren (inkl. ererbte und spontane Mutationen).
- 2) Biologische Umweltrisikofaktoren (z. B. Rauchen der Mutter in der Schwangerschaft).
- 3) Psychosoziale Risikofaktoren (z. B. Mobbing-Erfahrungen).
- 4) Regionale Faktoren (Vorhandensein von Unterstützungsangeboten in der Nähe).
- 5) Alle unter Ziffer 1) bis 4) genannten Faktoren spielen eine Rolle.

6. Die Leitlinien der AWMF...

- 1) ...gelten nur für somatische Erkrankungen.
- 2) ...sind alle Evidenz-basiert.
- 3) ...können frei aus dem Internet heruntergeladen werden.
- 4) ... werden nicht aktualisiert.
- 5) ...sind Abrechnungs-relevant.

7. In welcher Situation sollte eine rasche Aufnahme in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik erfolgen?

- 1) Wutanfälle zuhause oder in der Schule.
- 2) Lernstörungen.
- 3) Angststörungen.
- 4) Angespannte Situation im Elternhaus.
- 5) Gewichtsabnahme auf < 1. BMI-Altersperzentile.

8. Die kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung umfasst folgende Aspekte:

- 1) Alle unter Ziffer 2) bis 5) genannten Punkte.
- 2) Einbezug der Eltern, ggf. störungsspezifisches Elterntaining.
- 3) Therapie für das Kind als Einzel- oder Gruppentherapie, je nach Krankheitsbild.
- 4) Zusammenarbeit mit der Schule (wenn nötig und von den Eltern gewünscht).
- 5) Zusammenarbeit mit dem Jugendamt (wenn nötig und von den Eltern gewünscht).

9. Welche psychosozialen Therapieansätze sind bei den meisten psychischen Störungen im Kindes- und Jugendalter wirksam?

- 1) Individuelle Spieltherapie.
- 2) Störungsspezifische Verhaltenstherapie und Alltags-orientierte Übungen unter Einbezug der Eltern.
- 3) Ernährungstherapie unter Einbezug der Eltern.
- 4) Musiktherapie in der Gruppe.
- 5) Individuelle und Gruppen-basierte Kunsttherapie.

10. Welche der folgenden Aussagen ist richtig? Die Behandlung in einer Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters...

- 1) ...ist nur möglich, wenn ein Kind oder Jugendlicher freiwillig in die Klinik geht.
- 2) ...wird von privaten Krankenkassen nicht bezahlt.
- 3) ...führt zu Stigmatisierung der behandelten Kinder und Jugendlichen.
- 4) ...erfolgt durch ein multi-professionelles Team.
- 5) ...führt zu einer Chronifizierung der Erkrankung.

Literatur zum Artikel:

Psychische Störungen im Kindes- und Jugendalter und deren Behandlung

von Prof. Dr. med. Katja Becker und Prof. Dr. med. Dipl.-Theol. Christine M. Freitag

- [1] Klipker, K., Baumgarten, F., Göbel, K., Lampert, T., Hölling, H. (2018). Psychische Auffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland – Querschnittsergebnisse aus KiGGS Welle 2 und Trends. *Journal of Mental Health Monitoring* 3(3): DOI 10.17886/RKI-GBE-2018-077
- [2] Whiteford, H.A., Ferrari, A.J., Degenhardt, L., Feigin, V., Vos, T. (2015). The Global Burden of Mental, Neurological and Substance Use Disorders: An Analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. *Plos One*, 10, e0116820
- [3] Hölling, H., Erhart, M., Ravens-Sieberer, U. et al. (2007). Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder – und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsbl* 50(5): 784–793
- [4] Remschmidt, H., Schmidt, M.H., Poustka, F. (Hrsg.) (2017). *Multiaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kindes- und Jugendalters nach ICD-10. 7. Auflage*, Hogrefe-Verlag
- [5] Freitag, C. M. (2017). Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter. *Hessisches Ärzteblatt* 3: 102–110
- [6] Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, Jones L, Dunne MP (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Public Health* 2(8):e356-e366
- [7] Remschmidt, H., Schmidt, M. H. (2001). Disorders in Child and Adolescent Psychiatry. in: Henn, F., Sartorius, N., Helmchen, H., Lauter, H. (Hrsg.): *Contemporary Psychiatry; Psychiatry in Special Situations*. Kapitel 7, S. 61–116. Springer Verlag, Berlin

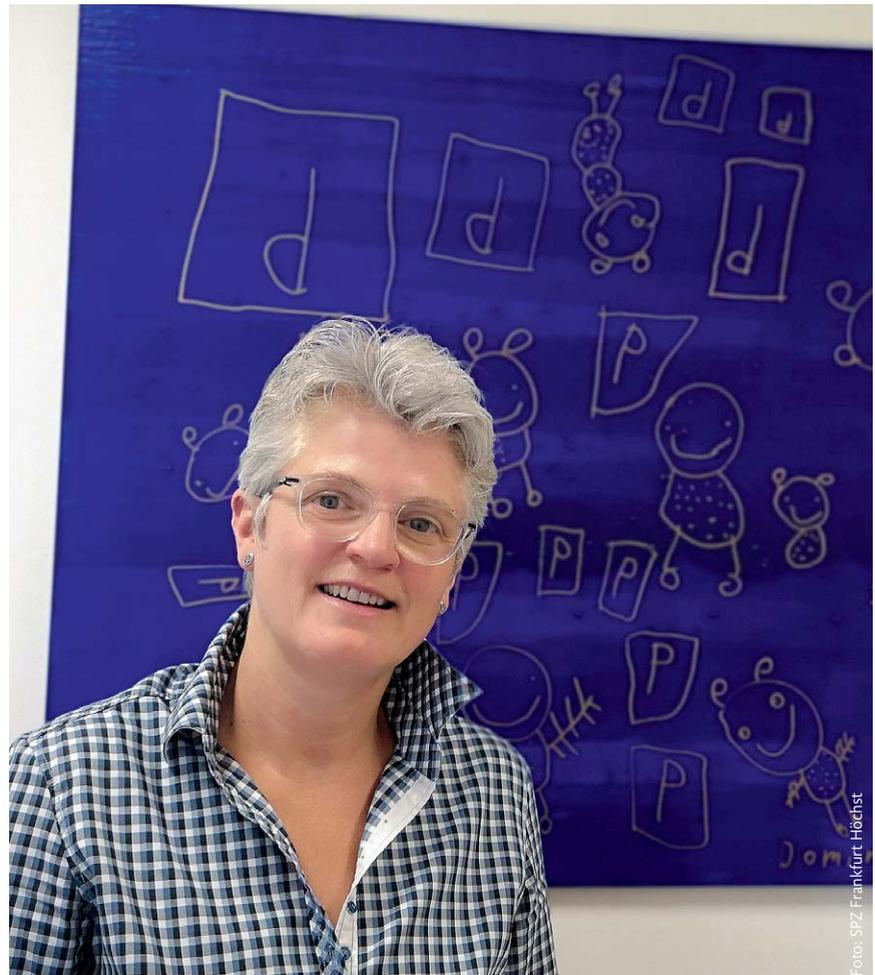
Besonderheiten der kindlichen Entwicklung aus Sicht der Sozialpädiatrie

Im Gespräch mit Dr. med. Mechthild Pies, Leiterin des SPZ am Klinikum Höchst

Frau Dr. Pies, Sie sind Leiterin des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Klinikum Frankfurt Höchst, einer spezialisierten Einrichtung der ambulanten Versorgung für Kinder und Jugendliche. Was gehört zu Ihrem Aufgabenspektrum?

Dr. med. Mechthild Pies: Wir betreuen Kinder im Alter von 0 bis 18 Jahren. Dazu gehört bereits die Frühchennachsorge. Unser Versorgungsauftrag bezieht sich auf Kinder mit einer Entwicklungsproblematik. Zusätzlich haben wir einen präventiven Auftrag. Bei Entwicklungsbedrohungen oder -risiken spielen auch soziale Themen eine große Rolle. Das Spektrum an Störungsbildern reicht daher vom neurologisch komplett unauffälligen Kind mit psychosozialen Auffälligkeiten bis hin zum schwerstmehrfachbehinderten Kind, das nicht sprechen, nicht sitzen, nicht laufen kann und krampft. Wir arbeiten multiprofessionell und interdisziplinär. Unser Team besteht aus ÄrztInnen, PsychologInnen, PädagogInnen, LogopädInnen, ErgotherapeutInnen, PhysiotherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, Medizinischen Fachangestellten und Krankenschwestern. Insgesamt arbeiten 75 Kolleginnen und Kollegen im SPZ.

Wir beschäftigen uns mit den Besonderheiten der kindlichen Entwicklung. Dabei spielt die Situation in Familie, Pflegefamilie oder Heim eine wesentliche Rolle. Aber auch Schule und Kindergarten – also alle Bezugssysteme – müssen in die Betrachtung miteinbezogen werden. Der Fokus liegt auf dem Kind: Was braucht das Kind? Was können wir diagnostisch und therapeutisch tun? Wie können wir das System stärken, das das Kind umgibt? Wir sehen uns als Lotsen. Es kann und muss nicht alles bei uns vor Ort passieren. Dafür ist oft die Anfahrt der Familien viel zu weit und sind auch unsere therapeutischen Kapazitäten nicht ausreichend. In Rücksprache mit den überweisenden PädiaterInnen arbeiten wir eng mit niedergelassenen Praxen zusammen, wie beispielsweise Ergo-,



Dr. med. Mechthild Pies vor dem Bild, das ihr geistig behinderter Neffe gemalt hat.

Physiotherapie oder Logopädie. Auch die Frühförderstellen sind wichtige Kooperationspartner.

Wir legen in Abstimmung mit der Familie Therapieziele fest. Bei Bedarf sprechen wir auch über weitere Unterstützungsmaßnahmen, wie beispielsweise Teilhabeassistenten oder Familienhilfe. Wir versuchen den Familien eventuelle Ängste zu nehmen.

Wie lange sind die Kinder durchschnittlich bei Ihnen in Behandlung?

Pies: Das ist ganz unterschiedlich und hängt von Krankheitsbild und Alter ab.

Manche PatientInnen kommen ausschließlich zur Diagnostik, andere in regelmäßigen Abständen zur Re-Evaluation und viele betreuen wir vom jungen Säuglingsalter bis zur Volljährigkeit. Wir begleiten sie in ihrer Entwicklung und passen die Therapien dynamisch bedürfnisorientiert an.

Haben Sie Veränderungen bei der Inanspruchnahme bzw. Nachfrage von SPZ-Leistungen beobachten können?

Pies: Wir können uns nicht über zu wenig Anfragen beklagen. Ich bin 18 Jahre hier im Haus und seit acht Jahren in der Lei-

tung. In dieser Zeit sind wir größtenteils explodiert. Unsere PatientInnen kommen nur auf Überweisung der niedergelassenen PädiaterInnen. Mitunter haben zuvor Kindergärten, Schulen, manchmal auch Vereine auf die Problematik des Kindes aufmerksam gemacht.

Die Zahl der neurologisch kranken Kinder ist relativ konstant. Krankheitsbilder wie Epilepsien sind oftmals genetisch bedingt. Auch die Zahl der Kinder mit spastischen Bewegungsstörungen ist verhältnismäßig konstant. Anders sieht es bei Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten aus. Diese Zahl steigt kontinuierlich stark an.

Wie erklären Sie diesen Anstieg von Kindern mit psychosozialen Auffälligkeiten?

Pies: Die Gesellschaft macht es unseren Kindern nicht leicht. Das ist ganz vielschichtig und hat mit Tempo zu tun. Nicht zuletzt durch die Digitalisierung ist das geforderte Tempo nochmals gestiegen. Dies ist bedeutsam für den Umgang mit Besonderheiten in der Entwicklung des Kindes. Ist da überhaupt noch Raum für Individualität? Kinder müssen funktionieren, insbesondere in der Schule.

Ich bin auf dem Land aufgewachsen und war ein sehr aktives Kind. Ich glaube, meine Familie wäre bestimmt mit einem SPZ konfrontiert worden. Aber meine Lehrerin wusste mich zu nehmen, und ab der 3. Klasse war es gut. Man ließ mir die Zeit, ich durfte meine Individualität leben. Das ist heutzutage schwer. Der gesellschaftliche Druck ist einfach enorm. Wir erwarten viel von unseren Kindern. Wir wollen, dass sie hochmotiviert in Kindergarten und Schule gehen und dort sehr erfolgreich sind. Und auch bei Freizeitaktivitäten, sei es Musik oder Sport, wächst der Erfolgsdruck zunehmend.

Das Thema Inklusion spielt im schulischen Bereich eine große Rolle. Inklusion ist ein sehr hohes Gut, aber wir müssen als Gesellschaft auch die Rahmenbedingungen dafür schaffen. Man kann nicht den Schalter umlegen und sagen, wir leben Inklusion. Die meisten Schulen wurden meines Erachtens weder personell noch fachlich adäquat auf die Inklusion vorbereitet. Wir sehen zunehmend Schulen und Familien in Not. Es kann meines Erachtens nicht der richtige Weg sein, dass so viele Kinder eine Teilhabeassistentin brauchen, um über-



Foto: SPZ Frankfurt Höchst

Philina bei der Physiotherapie.



Foto: SPZ Frankfurt Höchst

Lia bei der ärztlichen Wiedervorstellung.

haupt die Schule besuchen zu können. Was bedeutet dies beispielsweise für die Autonomie-Entwicklung?

Welche Möglichkeiten haben Sie, wenn sich Kinder aufgrund des gesellschaftlichen Anpassungsdrucks auffällig verhalten?

Pies: Eine zentrale Aufgabe ist das Potenzial des Kindes zu ermitteln. Wenn die Schule Lernschwierigkeiten bemerkt, müssen wir zunächst die intellektuellen Möglichkeiten des Kindes erfassen. Das ist nicht immer ganz einfach. Anders als bei einer Bewerbung, wo man all sein Können

zeigen möchte, verweigert sich ein Kind in diesem Moment vielleicht gerade. Deshalb bieten wir immer mehrere Test-Termine an. Es ist wichtig zu klären: Ist das Kind intellektuell so begabt, dass die Schule eigentlich kein Problem sein dürfte? Bei intellektuell regelbegabten Kindern müssen wir schauen: Hat das Kind eine relevante Aufmerksamkeitsproblematik, hat es eine Teilleistungsstörung, wie Leserechtschreibstörung oder Dyskalkulie, und/oder gibt es sozioemotionale Belastungsfaktoren? Was erschwert dem Kind den Schulerfolg? Dann suchen wir im Einverständnis der Eltern den Austausch mit der Schule.

Zeigt sich tatsächlich eine intellektuelle Überforderung, muss man mit den Eltern offen ins Gespräch gehen und verdeutlichen, dass sich das Kind in einer chronischen Überforderungssituation befindet. Wir versuchen, ein Bewusstsein dafür zu schaffen, wie belastend es ist, täglich immer wieder über Grenzen gehen zu müssen.

Bei einer relevanten Aufmerksamkeitsstörung prüfen wir die Indikation zur Medikation und bieten Elterntrainings an. Gerade in diesen Familien ist das Verständnis der Eltern für die besonderen Herausforderungen ihres Kindes ganz bedeutsam für den Entwicklungsverlauf. Wir beleuchten auch Themen wie Freizeitgestaltung: Es ist wichtig, dass das Kind Erfolgserlebnisse hat. Hat es diese beispielsweise im Sport, soll es hier unbedingt weitermachen und nicht reduzieren, um mehr Zeit für Hausaufgaben oder zum Lernen zu haben. Erfolgserlebnisse sind wichtig für das Selbstbewusstsein und für die weitere Schullaufbahn. Eine gute Anamnese unter Einbeziehung der Umweltfaktoren ist also unerlässlich. Wir lassen uns daher immer Zeugnisse zeigen, gerne auch Schul- oder Kindergarten- und Therapieberichte. Dann setzen wir die einzelnen Puzzlestücke zu einem Gesamtbild zusammen.

Sind die zeitlichen Kapazitäten ausreichend, die Ihnen pro Patient zur Verfügung stehen?

Pies: Zeitlich haben wir ganz andere Bedingungen als eine Kinderarztpraxis. Wir können ausführlich mit Kindergarten und Schule telefonieren. Wir führen bei Bedarf unter Einbeziehung der Eltern interdisziplinär

linäre Gesprächsrunden in unserem SPZ, in denen sich alle, die mit dem Kind zusammenarbeiten, offen austauschen.

Die sozialpädiatrische Betreuung ist im SGB V als eine Sonderform der ambulanten Versorgung verankert und wird mit einer Pauschale vergütet. Aktuell wurde diese Regelung auf erwachsene Menschen mit komplexer Behinderung ausgedehnt. Wir bauen derzeit in Frankfurt-Höchst das Medizinische Zentrum für Erwachsene mit Behinderung (MZE) auf. Wir sind froh, dass wir diesen Menschen nun weiterhin eine gute Versorgung anbieten können. Ich selbst bin Tante eines geistig behinderten Neffen, der jetzt 22 Jahre alt ist. Daher weiß ich, was es für eine Familie bedeutet, wenn Kinder sich nicht „normal“ entwickeln und mit 18 Jahren in die „Erwachsenenmedizin“ entlassen werden. Das ist nicht immer einfach, auch nicht für die erwachsenenmedizinischen KollegInnen.

Sie sind nun seit 18 Jahren am SPZ. Haben Sie in dieser Zeit irgendwelche Trends in Bezug auf Krankheiten erlebt?

Pies: Absolut. Ein gutes Beispiel ist ADHS. Da hat der Hype aber zum Glück nachgelassen. Sachliche Kenntnisse haben sich inzwischen in einer breiteren Öffentlichkeit durchgesetzt. Auf ADHS folgte der Hype Autismus. Da es sich bei der Autismus-Spektrum-Störung um eine tiefgreifende Entwicklungsstörung handelt, finde ich diesen Hype noch schlimmer als bei



Francesca verabschiedet sich nach der Untersuchung.

ADHS. Sowohl die Aufmerksamkeits- als auch die Autismus-Spektrum-Störung benötigt eine fachlich fundierte Diagnostik. Nur so können die wirklich Betroffenen adäquat therapiert werden. Unserem SPZ ist ein Autismus-Therapie-Zentrum (ATZ) angegliedert.

Das Kind steht im Mittelpunkt. Doch welche Rolle haben die Eltern bei der Behandlung bzw. mit welchen Problemen sind sie konfrontiert?

Pies: Ohne Mitarbeit der Eltern im Alltag ist eine erfolgreiche Therapie vielfach

nicht möglich. So leiten wir die Eltern an, mit ihren Kindern regelmäßig zu Hause bestimmte physio-, ergotherapeutische oder logopädische Übungen durchzuführen. Darüber hinaus ist die Elternberatung sehr bedeutsam. Stärkung der Eltern bedeutet Stärkung der Kinder. Psychoedukation und Akzeptanz sind sehr wichtig. Dabei betonen wir auch immer wieder die Stärken und besonderen Fähigkeiten unserer PatientInnen.

Natürlich sehen wir auch viele Tränen bei uns im SPZ. Aber man darf hier auch weinen. Viele Eltern eines Kindes mit Behinderung lässt die Trauer nie ganz los. Sie kommt immer wieder, gerade in Schwelensituationen wie Einschulung, Schulwechsel, Transition ins Erwachsenenalter. Ein Kind loszulassen, ist immer schwierig – vor allem, wenn es einen besonderen Unterstützungsbedarf hat. Gleichzeitig hat dieser Mensch aber das Anrecht auf Autonomie.

Aktuell wird darüber diskutiert, ob der Bluttest auf Trisomie 21 eine Kassenleistung sein soll. Was wünschen Sie sich für die gesellschaftliche Debatte im Umgang mit Behinderungen?

Pies: Es heißt, neun von zehn Schwangerschaften mit Trisomie 21 werden in Deutschland abgebrochen. Ich habe das große Glück, die Tante eines geistig behinderten Neffen zu sein, dessen Behinderung pränatal nicht bekannt war. So war meine Familie damals nicht vor diese so unglaublich schwere Entscheidung gestellt. Mein Neffe ähnelt Menschen mit Down Syndrom. Ohne dies bagatellisieren oder gar glorifizieren zu wollen: Er hat unser aller Leben enorm bereichert und tut dies weiterhin Tag für Tag.

Wichtig ist es, Berührungspunkte abzubauen. Wir haben in Frankfurt-Höchst eine Inklusive Theatergruppe für Jugendliche angeregt. Mit der Aufführung ihres ersten selbst entwickelten Theaterstückes Anfang Mai diesen Jahres veranschaulichten die Jugendlichen eindrucksvoll, was gelebte Inklusion erreichen kann. Sie sind über sich selbst hinausgewachsen und haben ein breites Publikum beeindruckt und im Herzen erreicht.



Mohammed mit SPZ-Mitarbeiterin bei der Schwimmtherapie.

Interview:
Maren Grikscheit

„Schwierige Kinder“ aus dem Blickwinkel der ambulanten Kinder- und Jugendmedizin

Barbara Mühlfeld



Kinder beim Spielen: Die altersadäquate Teilhabe an Aktivitäten des Alltags ist wesentliches Ziel von Fördermaßnahmen.

Als die Pädiatrie in den 1960er-Jahren begann, sich zunehmend flächendeckend auch in der Primärversorgung zu etablieren und die Pädiater damit zu Hausärzten für die Kinder wurden, unterschieden sich die Anlässe, die zur Vorstellung der kleinen Patientinnen und Patienten führten, erheblich von den heutigen. Akute, häufig hochfieberhafte Infektionen waren zwar ebenso Tagesgeschäft wie heute, jedoch waren die zu erwägenden Differentialdiagnosen anders verteilt: Masern, Varizellen, HIB-Infektionen mit ihren Komplikationen, Pertussis, Pneumonien, schwere Asthmaanfälle sowie schwere Magen-Darm-Infektionen bei Säuglingen und Kleinkindern waren an der Tagesordnung und führten häufig zu stationären Aufnahmen, nicht selten mit Intensivüberwachung der Kinder. Mit der Übernahme der Impfkosten durch die Krankenkassen und im weiteren Verlauf der Entwicklung neuerer Impfungen (HIB, Pneumokokken, Meningokokken, dann auch Rotaviren), sowie der Verbreitung des Wissens um neue Behandlungsmethoden des Asthmas änderten sich die Krankheitsbilder in der Akutprechstunde gravierend.

Zwar sind auch heute noch akute Infektionskrankheiten mit und ohne Fieber der häufigste Anlass von Vorstellungen in der kinder- und jugendärztlichen Praxis, je-

doch verläuft ein großer Teil dieser Erkrankungen vergleichsweise milde und ist meist im ambulanten Setting zu behandeln.

Verhaltensauffälligkeiten und soziogene Erkrankungen

Anteilig in den Vordergrund gerückt sind hingegen psychische, psychosomatische und soziogene Erkrankungen. Ausscheidungsstörungen, Schlaf- und Regulationsstörungen, Trennungängste und andere Angststörungen, Zwänge, Störungen der Aufmerksamkeit, des Verhaltens, Lern- und Sprachstörungen sowie Essstörungen, Übergewicht und auch seltenere Krankheitsbilder wie Autismus oder schwere Ticstörungen sind keine neuen Krankheitsbilder. Kinder- und Jugendärzte, die sich Mitte des vergangenen Jahrhunderts niederließen, sahen sich unvermittelt mit den daraus resultierenden Fragen konfrontiert und mussten feststellen, dass sie in ihrer Weiterbildung oft nur sehr rudimentär auf die drängenden Bedürfnisse der betroffenen Familien vorbereitet worden waren. Letzteres gilt zu Teilen noch heute, wenn auch das Wissen um die betreffenden Erkrankungen und die Zahl der an der Diagnostik und Therapie beteiligten Akteure exponentiell zugenommen haben.

Ist aber die Zahl dieser Erkrankungen wirklich so deutlich gestiegen, wie es beispielsweise eine bundesweite Auswertung von Diagnosedaten der DAK nahelegt? Oder pathologisieren wir unsere Kinder (und Jugendlichen), denen es in Wirklichkeit so gut geht wie keiner Generation zuvor? Sind unsere modernen Lebensbedingungen „entwicklungsfeindlich“ oder nimmt die Entwicklung der Kinder heute nur einen anderen Verlauf? Diese Fragen werden selbstverständlich in diesem Artikel und so pauschal gestellt nicht zu beantworten sein – sich ihnen (mit Hilfe der Sozialwissenschaften) zu widmen, ist sicher ein wichtiges Unterfangen [1, 2].

Anstieg medizinischer Leistungen in Diagnostik und Therapie

Unzweifelhaft aber ist eine gestiegene Inanspruchnahme medizinischer Leistungen – sowohl im Hinblick auf Diagnostik als auch bei der Anforderung von Heilverfahren wie Ergo-, Logo- und Physiotherapie. Der Beratungsbedarf von Eltern, aber auch Erziehern und Pädagogen im Hinblick auf die „neuen Morbiditäten“ hat erheblich zugenommen und es wird vielfach der Pädiater als erste Anlaufstelle hierfür aufgesucht.

In Hessen sind insgesamt sieben Vorsorgeuntersuchungen (U4 bis U9) verpflichtend, hinzu kommt eine Schuleingangsuntersuchung, sodass nahezu alle in Hessen wohnhaften Kinder im Alter von vier Monaten bis zum sechsten Geburtstag regelmäßig mehrfach gescreent werden. Diese Aufgabe kommt in der Regel den Pädiatern bzw. im Falle der Schuleingangsuntersuchung dem öffentlichen Gesundheitsdienst zu. Auffälligkeiten im Screening sollten – je nach Schwere und Umfang – entweder eine Basisdiagnostik nach sich ziehen oder es wird eine weiterführende Komplexdiagnostik veranlasst, die meist in einem hierfür spezialisierten Zentrum (SPZ) oder einer entsprechenden Fachambulanz erfolgt. Die Basisdiagnostik erfolgt nach standardisierten Ver-

fahren in dafür ausgerichteten kinder- und jugendärztlichen Praxen bzw. ebenfalls in der Fachambulanz. Je nach Indikation sind an dieser Stelle auch die Kinder- und Jugendpsychiater geeignete Ansprechpartner, insbesondere dann, wenn sie eine sozialpsychiatrische Zulassung haben. Letzteres impliziert eine Kooperation mit Psychologen bzw. Psychotherapeuten im Praxissetting.

Stufendiagnostik bei Auffälligkeiten in der Entwicklung

Besteht der Verdacht auf eine Entwicklungsstörung, wird bei Kindern in der Regel eine mehrdimensionale Bereichsdiagnostik erfolgen, die sich auf die Grobmotorik, Feinmotorik, Perzeption/Kognition, Sprache, soziale/emotionale Kompetenz sowie die Qualität der Interaktion und Kommunikation erstreckt. Zur Beurteilung der Förder- und Behandlungsmöglichkeiten ist schließlich eine Umfeldanalyse zur Einschätzung psychosozialer Risikofaktoren erforderlich.

Ein wesentliches Ziel von Fördermaßnahmen ist die möglichst altersadäquate Teilhabe an Aktivitäten des Alltags – auch dies eine Verlagerung des Behandlungsschwerpunktes in den vergangenen Jahrzehnten, da zuvor die möglichst vollständige Restitution einzelner defizitärer Funktionen im Vordergrund der therapeutischen Überlegungen und Bemühungen stand. 2015 wurde das kursorisch dargestellte, abgestufte Vorgehen in einem Papier der interdisziplinären verbändeübergreifenden Arbeitsgruppe Entwicklungsdiagnostik (IVAN) publiziert [3].

Da kindliche Entwicklung durch eine enorme Variationsbreite sowohl in ihrem Verlauf als auch im Hinblick auf die vom einzelnen Kind beschrittenen Wege gekennzeichnet ist, ergeben sich im Bereich der unteren 20 % einer angenommenen Normalverteilung regelmäßig Schwierigkeiten in der Unterscheidung zwischen Pathologie und Normvariante [4]. Ein allgemein konsentiertes und den Vorgaben des gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) für die Vorsorgeuntersuchungen zugrunde liegendes Konzept ist das der Grenzsteine der Entwicklung (nach Michaelis), wobei das Nicht-Erreichen eines Grenzsteines zunächst weder eine Diagnose

darstellt noch notwendigerweise eine Behandlung nach sich ziehen muss [5]. „Watchful Waiting“ ist eine in der ambulanten Pädiatrie opportune Vorgehensweise; sie setzt jedoch einen guten Kontakt zu allen das Kind betreuenden Personen und Institutionen voraus.

Netzwerke und Kooperation

Die Sozialraumvernetzung ist daher ein wesentliches Merkmal der modernen pädiatrischen Praxis: Neben dem für alle Arztpraxen charakteristischen Netzwerk zu anderen medizinischen Institutionen (für die Pädiater sind das bezogen auf die Entwicklung vor allem die sozialpädiatrischen Zentren, die Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kinder- und Jugendneurologie, der öffentliche Gesundheitsdienst, Augenheilkunde, die Pädaudiologie und die Kinderorthopädie sowie ggf. auch Kinderchirurgie) sind es die Institutionen der Jugendhilfe, der Frühförderung, Logo-, Ergo- und Physiotherapeuten, aber auch die pädagogischen Einrichtungen wie Kindergärten, Schulen und Schulpsychologen sowie die lokalen Förderinstitutionen im Rahmen der Inklusion. Auch (Erziehungs-)Beratungsstellen sind wichtige Partner bei der Betreuung der Kinder mit besonderen Bedürfnissen. Teilnahme an Hilfeplangesprächen, runde Tische mit allen mit dem Kind befassten Helfern und Förderern, regelmäßige Rücksprachen mit Therapeuten zur Kontrolle der Therapieerfolge, aber auch Rücksprachen mit den Erziehern und Pädagogen zur Bewertung des Ausmaßes und der Alltagsrelevanz einer Störung gehören zum Spektrum der allgemeinen ambulanten Pädiatrie.

Geeignete Interventions- und Behandlungsmöglichkeiten fehlen

Die bestehenden gesetzlichen Rahmenbedingungen sind komplex und erschließen sich im Detail selbst dem bemühten sozialversicherungsrechtlichen Laien nur zögerlich. Hinzu kommt, dass die jeweiligen Zuständigkeiten von Ort zu Ort, in Großstädten mitunter von Stadtteil zu Stadtteil variieren. Frühförderstellen, die wichtigsten Partner bei der Entwicklung auffälliger Kinder, arbeiten nach sehr unterschiedlichen Konzepten und sind nicht selten gra-

vierend unterbesetzt. So wartet zurzeit ein drei- oder vierjähriges Kind im Hochtaunuskreis in der Regel bis zu einem Jahr und länger auf seinen Platz für die Frühförderung – was eben dem Gedanken des frühen Förderns eklatant widerspricht. Für eine spezifische Diagnostik bei einer vermuteten Autismus-Spektrum-Störung sind ähnliche oder längere Wartezeiten zu überbrücken – bitter für die Betroffenen, da manche Kreise die Gewährung einer Teilhabeassistenz, dringend nötiger Bestandteil der Inklusion dieser Kinder und Jugendlichen, von einer entsprechenden Diagnostik abhängig machen. Beratungseinrichtungen werden seitens der öffentlichen Hand, insbesondere des Landes, häufig nur als Projekte für einen umschriebenen Zeitraum gefördert und stellen nicht selten ihre Tätigkeit anschließend wieder ein.

Eine besondere Schwierigkeit ergibt sich bei der Beurteilung der sprachlichen Entwicklung von Kleinkindern. Mittlerweile werden bis zu 50 % und mehr der in pädiatrischen Praxen Hessens betreuten Kinder mehrsprachig erzogen, und in einem je nach Lage der jeweiligen Praxis unterschiedlich hohen Anteil gehört Deutsch nicht (oder nur rudimentär) zu den in der Familie gesprochenen Sprachen. Die Kindertagesstätten, häufig geplagt durch eine hohe Fluktuation der Mitarbeiter/-innen und chronischen Personalmangel, sind trotz aller Bemühungen oft nicht dafür gerüstet, Deutsch als Zweitsprache auf den verschiedenen Sprachebenen ausreichend zu vermitteln. Die für das Screening bzw. die Basisdiagnostik zur Verfügung stehenden Tests jedoch sind normiert für Kinder mit Deutsch als Erstsprache, sodass strukturelle Sprachentwicklungsstörungen bei diesen Kindern (auch durch genaues Befragen der Eltern) häufig nicht zu ermitteln sind. Je nach Schulbildung der Eltern sind die Folgen für die betroffenen Kinder gravierend, die entstehenden Defizite – auch die, die durch die fehlenden Sprachvorbilder entstehen – sind für den größten Teil der Kinder nicht zu kompensieren und begleiten sie ein ganzes (Bildungs-)Leben lang.

Die gesetzlich verfügte Inklusion von Kindern mit chronischen Erkrankungen bzw. Behinderungen in die Regelschule ist eine

weitere Rahmenbedingung mit erheblichen Konsequenzen auch für den pädiatrischen Alltag. War in den mittlerweile zu meist geschlossenen Sonderschulen der Unterricht in Kleingruppen und in Kooperation mit behandelnden Therapeuten (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie) hoher Standard, so sehen sich Kinder, Eltern und Behandler nun einem Setting ausgesetzt, das auf die besonderen Anforderungen der Eingliederung im schulischen Alltag oft nur unzureichend eingehen kann. Auch hier variieren die Zuständigkeiten von Kreis zu Kreis, Region zu Region, sodass trotz umfänglicher Forschung und zahlreicher Bemühungen im Rahmen von „Modellregionen Inklusion“ im Einzelfall häufig Improvisation und Stückwerk an der Tagesordnung sind – zu Lasten der betroffenen Kinder und ihrer Eltern. Dringend notwendige Netzwerke zwischen Pädagogik und Medizin fehlen hier besonders, sodass das Engagement der Pädiater in diesem Zusammenhang meist in der Freizeit erfolgt.



Kinder mit externalisierenden Verhaltensstörungen sorgen häufig bereits mit ihrer (meist nicht positiv wahrgenommenen) Kreativität für Aufmerksamkeit und Hilfsangebote. Schwieriger zu diagnostizieren sind internalisierende Verhaltensstörungen wie Ängste, (ggf. elektiver) Mutismus, Depressionen, Aufmerksamkeitsstörungen vom verträumten Typ; hier erschwert jedoch ein zu langes Abwarten die Behandlung und ihre Erfolgchancen. Schulabsentismus und „Bildschirmabhängigkeit“ sind zunehmend häufige Störungen im Kindes- und Jugendalter, die dringend eines pädagogischen bzw. pädagogisch-psychologischen Angebots bedürfen.

Anwaltschaft für Kinder

„Advocacy“ – die Bereitschaft, eine Anwaltschaft einzunehmen für die anvertrauten Patientinnen und Patienten und in Kooperation mit ihnen auf Missstände bei der Entstehung, Diagnose und Behand-

lung von Störungen und Erkrankungen hinzuweisen und auf deren Beseitigung hinzuwirken – ist eine der Rollen, die „The CanMEDS 2005 physician competency framework“ als eine der Kernaufgaben primärärztlich tätiger medizinischer Experten formuliert. Für die Pädiater gibt es hierfür reichlich Anlass [6].

Barbara Mühlfeld

Fachärztin für Kinderheilkunde und Jugendmedizin, Allergologie, pädiatrische Pneumologie



E-Mail: muehfeld.b@t-online.de

Die Literatur findet sich auf der Webseite des Hessischen Ärzteblattes unter www.laekh.de, direkt auf der Startseite der Ausgabe 07/08 2019.

Ärzttekammer

Jura mit Kompetenz, Zuverlässigkeit und Stetigkeit – und mit einem Lächeln!

„Nicht der Mensch hat am meisten gelebt, welcher die höchsten Jahre zählt, sondern derjenige, welcher sein Leben am meisten empfunden hat.“

Friedrich Rückert

Immer gut vorbereitet, zuverlässig und pünktlich kommt sie in den Gebührenausschuss. Stets zurückhaltend, doch mit Beharrlichkeit die juristischen Belange vertretend und mit Sorgfalt und Empathie die verschiedenen Positionen abwägend, hat sie über viele Jahrzehnte die Arbeit des Gebührenausschusses als tragende Säule geprägt. Dass dies nie so ernst vonstatten ging, wie es die juristische Materie nahelegen könnte, ist ihrer Persönlichkeit zu verdanken. In den langen und oftmals intensiven Diskussionen untereinander kamen Menschlichkeit und Verständnis für



Cornelia Rupp-Siemer, Stellvertretende Justitiarin der Landesärztekammer Hessen, verabschiedet sich in den Ruhestand.

die verschiedenen Sichtweisen in dieser komplexen Materie nie zu kurz. Nie wurde das Ziel aus den Augen verloren, Ausgewogenheit in der Entscheidung herbeizufüh-

ren und dabei möglichst allen gerecht zu werden – immer unter Einbeziehung der Personen auf beiden Seiten. Dies in der Komplexität einer Gebührenordnung für Ärzte, deren Reform seit langem überfällig ist, über einen so langen Zeitraum durchzuhalten, ist bemerkenswert und verdient Bewunderung und Respekt. Dabei auch noch den Humor und das Lächeln nicht zu kurz kommen zu lassen ist anerkennenswert und hat uns allen über viele Jahre die Arbeit in dieser Materie sehr erleichtert.

Nun verabschiedet sich Frau Cornelia Rupp-Siemer. Dies erfüllt uns mit Wehmut, doch sollten wir nicht über das, was wir verlieren, betrübt sein, sondern dankbar sein für die vielen Jahre der harmonischen und persönlichen Zusammenarbeit mit ihr.

Prof. Dr. med. Ulrich Finke, MBA
für den Gebührenausschuss der Landesärztekammer Hessen

„Kinder in schwierigen Situationen“ aus dem Blickwinkel Schule

Von der „Krüppelpädagogik“ zur Inklusion

Ulrike Wagner

Ein kurzer historischer Abriss

Deutschland hat seine besondere Geschichte im Umgang mit Menschen, die beeinträchtigt, behindert, anders sind. Nach dem Ersten Weltkrieg wurde die sogenannte „Krüppelpädagogik“ entwickelt. Behinderte Kinder wurden in speziellen Heimen und Anstalten untergebracht. Unter der späteren unmenschlichen Nazi-herrschaft entschieden Mediziner über „unwertes Leben“ und trugen so zur Vernichtung von Menschenleben bei.

Begründet mit einer Fürsorge- und Schutzpflicht wurde in den 1960er-Jahren das Förderschulwesen weiter ausgebaut. Für Schülerinnen und Schüler mit dem Förderschwerpunkt geistige Entwicklung (früher Praktisch Bildbare) gab es erstmals eine Schulpflicht. Von weitaus größerer Tragweite war jedoch die Entlastungsfunktion für die allgemeine Schule, die unausgesprochen auch heute die Debatte beeinflusst.

Deutschland hat ein differenziertes System der Kategorisierung entwickelt. Wir sprechen von acht verschiedenen Förderschwerpunkten: Lernen, emotional-soziale Entwicklung, Sprachheilförderung, geistige Entwicklung, körperlich-motorische Entwicklung, Hören, Sehen, Kranke. Den größten Anteil hierbei bildet der Förderschwerpunkt „Lernen“, den es im Ausland häufig nicht gibt. Mit Abstand folgen die Förderschwerpunkte „emotional-soziale Entwicklung“ und Sprachheilförderung sowie in weit geringeren Zahlen die übrigen. Stimmen aus dem Ausland kommentieren dies: Die Deutschen sind gut im Sortieren, auch im Aussortieren!

In den nächsten Jahrzehnten wurde die Schutzfunktion mehr und mehr infrage gestellt und von Eltern und Fachverbänden sowie Bildungstheoretikern gefordert, behinderte und nicht behinderte Menschen gemeinsam zu unterrichten. Seit dem Schuljahr 1991/1992 wurde der flächendeckende gemeinsame Un-

terricht in Hessen eingeführt und hat damit eine beinahe 30-jährige Tradition. Es wurden allerdings nur bei ausreichender personeller Kapazität, adäquaten räumlichen Bedingungen und der Integrationsfähigkeit des Kindes diese Maßnahmen bewilligt.

Als Deutschland im März 2009 der UN-Konvention von 2006 über die Rechte von Menschen mit Behinderungen zustimmte, setzte dies die Entwicklung hin zum gemeinsamen Unterricht fort. Durch die Ratifizierungsurkunde der UN-Behindertenrechtskonvention (UNBRK) erhielten die Vorschriften dieser Konvention in Deutschland den Rang eines Bundesgesetzes (BGBl. 2008, II S. 1420). Die Kulturhoheit der Länder berücksichtigend, hatten diese den Auftrag, eine Anpassung der Schulgesetze vorzunehmen. Mit der Verabschiedung der UN-Konvention wurde ein Paradigmenwechsel vollzogen, der wie keine andere Schulreform die kontroverse pädagogische, fachliche und politische Debatte bestimmte. Während im Prozess der Integration das Kind beweisen musste, dass es integrationsfähig ist, sind nun die Institutionen verpflichtet nachzuweisen, dass sie als System inklusionsfähig sind. In Artikel 24 der UNBRK heißt es: „Die Vertragsstaaten anerkennen das Recht von Menschen mit Behinderungen auf Bildung. Um dieses Recht ohne Diskriminierung und auf der Grundlage der Chancengleichheit zu verwirklichen, gewährleisten die Vertragsstaaten ein integratives Bildungssystem auf allen Ebenen [...]“ [1].

Das Hessische Schulgesetz zur Inklusion

Die Anpassung des Hessischen Schulgesetzes erfolgte im Jahr 2011. Die „inklusive Beschulung von Schülerinnen und Schülern mit Anspruch auf sonderpädagogische Förderung [...] als Regelform in der allgemeinen Schule“ ist seit der Schul-

gesetzänderung gesetzlich verankert [2]. Den Eltern wird ein Wahlrecht eingeräumt. Dies bedeutet jedoch auch, dass weiterhin entsprechende Förderschulangebote vorgehalten werden müssen. Der Vorrang der Regelschule ist zwar rechtlich verankert, aber der Ressourcenvorbehalt besteht weiter. Es muss nachgewiesen werden, dass die für den gemeinsamen Unterricht erforderlichen Ressourcen weder zur Verfügung stehen noch beschafft werden können. Eine Ablehnung ohne eine solche Begründung ist nicht möglich. In einigen Ländern wie Hessen erfolgt eine systemische Zuweisung der Förderressourcen. Über die Feststellung des sonderpädagogischen Förderbedarfs und den Förderort entscheidet ein Förderausschuss unter Beteiligung der Eltern, der Schule und des Beratungs- und Förderzentrums. Beratend können mit dem Kind befasste Fachkräfte hinzugezogen werden.

Erfahrungen aus der Praxis

Inklusion ist zweifellos eine große Herausforderung für das System Schule in den kommenden Jahren. Die Bildungsforschung weist aus der Vergangenheit positive Effekte nach. Kinder mit sonderpädagogischem Förderbedarf, vor allem in den Bereichen Lernen, emotionale und soziale Entwicklung sowie Sprache, profitieren vom inklusiven Unterricht. Nachgewiesen ist aber auch, dass Kinder ohne Förderbedarf nicht in ihren Leistungen abfallen. Ein positiver Effekt liegt auch in der größeren sozialen Kompetenz, die häufig diese Klassen auszeichnet [3].

„Wer Inklusion will, sucht Wege, wer sie nicht will, sucht Begründungen“ – so die Worte von Hubert Hüppe, dem Bundesbeauftragten für die Belange behinderter Menschen von 2009 bis 2013. Aber auch nach zehn Jahren UN-Behindertenrechtskonvention sind die Schulen noch am Anfang. So gab es in den ersten Jahren der

Foto: © WavebreakMediaMicro – stock.adobe.com



Umsetzung zahlreiche praktische Erfolge, weiterführende Entscheidungen und Maßnahmen wurden getroffen und eine Bereitschaft für die Inklusion geschaffen, aber es sind auch erhebliche Widerstände und Hemmnisse deutlich geworden. Die Inklusionsquoten steigen vor allem in den Grundschulen. Danach erschwert sehr häufig das selektierende System der weiterführenden Schule die Fortsetzung.

Als Fachberaterin für Inklusion habe ich viele positive Erfahrungen machen dürfen, die mir Mut gemacht haben. Aber ich war auch mit vielen Hindernissen konfrontiert. Schulen, welche die Herausforderung angenommen haben, zeigen, dass sie engagiert und kompetent mit den unterschiedlichen Bedarfen einer heterogenen Schülerschaft umgehen wollen und können. Nicht als bloße Addition zum Bestehenden, sondern als Auftrag zum Umbau eines schulischen Systems verstanden, entsteht eine neue Lernkultur, die allen zugute kommen kann.

In Fortbildungen können notwendige Fähigkeiten und Kenntnisse erlernt und durch einen fachlichen Austausch Erfahrungen vermittelt werden im Sinne eines Kompetenztransfers. Die wesentliche Voraussetzung für gelingende Pädagogik einer sich als „inklusiv“ verstehenden Schule ist die Zusammenarbeit multiprofessioneller Teams. Die Kooperation mit den Beratungs- und Förderzentren, das Bilden von lokalen und regionalen Netzwerken unterstützen den schulischen Auftrag. So können Fragen frühzeitig geklärt werden: Wie werden der Fahrdienst, eine Schulwegbegleitung oder eine Nachmittagsbetreuung organisiert? Benötigt das Kind für Ruhepausen einen Extraraum in der Schule? Muss wegen einer Erkrankung in der medizinischen Versorgung geschultes Personal – zum Beispiel über eine örtliche Ambulanz – erreichbar sein (z. B. Krampfanfälle bei Epilepsie, gesicherte medizinische Betreuung bei Zucker-Erkrankung)? Kooperation mit Krankengymnasten, Therapeuten, Kinder- und Jugendärzten erleichtert Pädagogen und Eltern die Umsetzung der inklusiven Beschulung. Meiner Erfahrung nach wirken Runde Tische, gemeinsame Gespräche und Absprachen Wunder.

Wenn man Lehrkräfte nach den größten Herausforderungen dieser neuen Art des

Fallbeispiel 1: Hamid, 3. Klasse

Hamid (Name geändert) kommt vor 2,5 Jahren nach einer dramatischen Flucht aus Syrien im Hochtaunuskreis in Hessen an. Er benötigt einen Rollstuhl (Diagnose: Spina bifida, Paraplegie, Hydrozephalus, Skoliose, Spitzfuß). Hamid möchte so schnell wie möglich in die Schule. Dem Alter nach muss er in das 3. Schuljahr aufgenommen werden. Die Familie lebt in einem Container in einer Notunterkunft.

Als Fachberaterin empfehle ich im Februar 2016 zunächst die Einschulung in die Abteilung für den Schwerpunkt körperlich-motorische Entwicklung einer Förderschule, da er aufgrund seiner Fluchterfahrung und fehlender Sprachkenntnisse einen geschützten Rahmen erhalten soll. Nach nur drei Monaten äußert er bereits auf Deutsch seinen großen Wunsch in eine „normale“ Schule zu gehen wie seine älteren Geschwister. Die Lehrkräfte befürworten dies und sehen gute Chancen für eine inklusive Beschulung.

Unterrichts fragt, hört man immer wieder dasselbe: Es sind nicht die Behinderten, die den Pädagogen Kopfschmerzen bereiten, auch die Kinder mit Lern- oder Sprachschwächen halten die meisten – trotz aller Schwierigkeiten – nicht für eine große Belastung, sondern in der Wahrnehmung von Lehrkräften gelten Kinder und Jugendliche mit störendem Verhalten eher als Belastung für Mitschüler und Lehrkraft. Auch Eltern haben Zweifel und Ängste, wenn sie sich vorstellen, dass ihr Kind gemeinsam mit Kindern lernt, die zu aggressivem und gewalttätigem Verhalten neigen, wie eine Befragung von Prof. Dr. Klaus-Jürgen Tillmann aus jüngster Zeit ergeben hat. Kurz, niemand will sie eigentlich haben [4].

Hinter der Ablehnung von Kindern mit aggressiven und destruktiven Verhaltensweisen verbirgt sich nicht selten die Vorstellung, dass diese selbst das Problem sind. Sie werden nur als „schwierige Kinder“ und nicht als „Kinder mit Schwierigkeiten“ und massiven Lebensproblemen wahrgenommen. Mit dieser personenbezogenen Sichtweise werden die Ursachen für Verhaltensauffälligkeiten, für Aggressi-

on und Gewalttätigkeit unmittelbar den Betroffenen selbst zugeschrieben. Mit einer systemischen Sichtweise können jedoch auch Pädagogen ihren Blick verändern und Störungen nicht als Angriff auf die eigene Person oder Unterricht wahrnehmen, sondern als Ausdruck der Schwierigkeiten des Kindes. Der systemische Blick bezieht alle Akteure mit ein und berücksichtigt die Beziehungen [5].

Im Hochtaunuskreis bestehen Fortbildungsangebote für Schulen zu Classroom-Management und Sozialtrainingsprogrammen – gefördert durch das hessische Kulturministerium, das Programm ETEP (Entwicklungstherapie/Entwicklungspädagogik). Letzteres bietet einen entwicklungsförderlichen Unterricht, der Verhaltensschwierigkeiten als Beziehungs- und Kommunikationsstörung begreift. Durch verbindliche Qualitätskriterien, differenziertes Lernen, Selbst- und Fremdreflexion sowie vor allem strukturierte Abläufe wird nachgewiesenermaßen Verhaltensproblemen adäquat begegnet und Disziplinprobleme werden vermieden. Bei extremen Problemen und im Einzelfall sind temporär befristete Maßnahmen wie z. B.

die Korridor-Klasse des regionalen Beratungs- und Förderzentrums REBUS (Paula-Fürst-Schule) möglich. Für diese zeitlich befristete Beschulung in einem externen System bleiben die Kinder und Jugendlichen jedoch Schülerinnen und Schüler ihrer Schule. In multiprofessionellen Fachgesprächen unter Einbeziehung von Beratungs- und Förderzentrum, Schule, Schulpsychologie und Jugendamt wird gemeinsam nach Lösungen gesucht und mit den Eltern entschieden.

Ein weiteres Beispiel für gelungene Kooperation im Hochtaunuskreis bildet die AG „Übergänge“, die sich auf Initiative einer Kinder- und Jugendärztin unter der Leitung der Sozialdezernentin des Kreises 2018 gebildet hat, an der die zuständigen Abteilungen des Kreises wie Jugendamt und Eingliederungshilfe, aber auch Schulärzte, Schulamt und Beratungs- und Förderzentrum teilnehmen. Das Ergebnis: Eine Handreichung zum Übergang vom Kindergarten in die Schule mit Informationen und Ansprechpartnern, eine Informationsveranstaltung für KITA-Leitungen und ein Elternabend.

Fazit und Ausblick

In keinem Bundesland ist der notwendige gesetzliche Rahmen für die Schaffung und Gewährleistung einer inklusiven Schule abschließend entwickelt worden. Und auch in der Praxis ist es häufig noch nicht überall gelungen, qualitativ hochwertige inklusive Bildung anzubieten. Hier ist also nach wie vor politischer Wille gefordert, inklusive Bildung nicht nur rhetorisch zu unterstützen, sondern die nötigen finanziellen und personellen Ressourcen für einen erfolgreichen gemeinsamen Unterricht im allgemeinen Schulsystem zur Verfügung zu stellen [6].

Damit Inklusion Wirklichkeit wird, muss die Schule Teil eines Netzwerks von Kooperationspartnern sein. Hierzu gehören nicht nur die Schulen, sondern auch externe Institutionen wie Schulpsychologie, medizinisch-therapeutische Fachkräfte, Jugendhilfe. Dies kann bedeuten, dass Akteure, die zusammenarbeiten und Kinder und Jugendliche in ihrer ganzen Biografie sehen, ihre Konzepte aufeinander abstimmen und so Übergänge besser gestalten.

Fallbeispiel 2: Johanna, 7. Klasse

Johanna, 7. Klasse Gymnasium, erhält zum Ende der Grundschulzeit die Diagnose Autismus-Spektrum-Störung (Variante Asperger). Die Grundschule hat sie einigermaßen gut bewältigt und eine Klasse übersprungen. Mit dem Wechsel werden ihre besonderen Lernbedürfnisse und ihre Probleme in sozialen und kommunikativen Situationen deutlicher. Die Eltern suchen auf Empfehlung der Schule Unterstützung durch die Schulpsychologie. Diese zieht die Fachberatung Autismus hinzu. Es erfolgt eine Fortbildung für das Lehrerteam und eine Beratung zu Nachteilsausgleichmaßnahmen. Dem schließt sich ein Klassenaufklärungsgespräch an.

Johanna zeigt zunehmend herausforderndes Verhalten und im weiteren Verlauf einen deutlichen Rückzug mit depressiver Verstimmung. Nach der erfolgten Diagnose eines Autismuszentrums wurde den Eltern mitgeteilt, dass für einen Therapieplatz eine Wartezeit von 3 Jahren besteht. Sie wenden sich an eine

regionale Klinik. Jedoch auch hier aktuell keine Plätze für ambulante Maßnahmen. Die Empfehlung für einen Therapeuten nehmen sie wahr. Doch verweigert Johanna eine Folgesitzung. In einem anderen Autismuszentrum werden sie nach einer 2 monatigen Wartezeit zu einem Gespräch eingeladen, dem dann eine Überprüfung folgen soll, da das Zentrum seine eigene Diagnose als Grundlage für eine weitere Zusammenarbeit benötigt. Ein Therapieplatz in einer passenden Kleingruppe kann jedoch auch hier in absehbarer Zeit nicht angeboten werden. Aufgrund der Zuspitzung der Situation in der Schule und der Gefahr des Scheiterns wird unbürokratisch und schnell aufgrund der Initiative der Fachberatung Autismus vom zuständigen Jugendamt eine vorübergehende Schulbegleitung mit bedarfsspezifischen Erfahrungen bewilligt. Diese fungiert als Brücke und kann sowohl Johanna als auch Lehrkräfte und Eltern zunächst entlasten. Die weitere Entwicklung bleibt abzuwarten.

Schule ist eben nicht mehr als eine pädagogische Insel zu sehen, sondern muss als Teil der Gesellschaft betrachtet und unterstützt werden. Haltung, Kompetenz und geeignete Rahmenbedingungen bilden das Fundament einer inklusiven Schule. Ohne eine adäquate Ausstattung, reduzierte Klassengrößen, qualifiziertes Personal und das Engagement aller Beteiligten kann Inklusion langfristig nicht in guter Qualität umgesetzt werden. Neben der weiteren Bereitstellung von Stellen für Doppelbesetzungen, insbesondere in der SEK I, fehlt es derzeit auch an ausgebildeten Förderschullehrkräften. Es sind jedoch nicht nur die verantwortlichen Politiker, die handeln müssen, sondern jede(r) Einzelne für sich und in seinem Umfeld.

Abschließend ein Wunsch an Ärzte und Therapeuten: Durch den Austausch von Informationen kann auch hier die Kooperation viel bewirken. Es könnte so zum Beispiel vermieden werden, dass durch Ärzte, insbesondere Schulärzte, den Eltern Empfehlungen für die Förderschule gegeben werden, ohne die Voraussetzungen zur schuli-

schen Inklusion vor Ort zu kennen. Auch das Bemühen um „laienverständliche“ Sprache und die Verringerung von Wartezeiten auf Therapieplätze würde zur Verbesserung der Situation erheblich beitragen. In diesem Sinne ist das Leitmotiv zu verstehen: In Verantwortlichkeiten statt in Zuständigkeiten denken und handeln!

Ulrike Wagner

pensionierte
Förderschullehrerin,
von 2010–2018
Fachberaterin
Inklusion im Auftrag
des Hessischen
Kultusministeriums
am Staatlichen
Schulamt Friedberg
E-Mail: ulrike.b.
wagner@gmail.com



Foto: privat

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

Literatur zum Artikel:

„Kinder in schwierigen Situationen“ aus dem Blickwinkel Schule

Von der „Krüppelpädagogik“ zur Inklusion

von Ulrike Wagner

- [1] Das Übereinkommen über die Rechte von Menschen mit Behinderungen vom 13.12.2006, veröffentlicht im Bundesgesetzblatt (BGBl. 2008, II S. 1420) und ratifiziert mit Wirkung zum 26.03.2009
- [2] Hess. Schulgesetz, in der Fassung vom 30. Juni 2017. (GVBl. S. 150), geändert durch Gesetz vom. 3. Mai 2018 (GVBl. S. 82)
- [3] Bertelsmann Stiftung: Inklusion in Deutschland, 2015 und Feyerer, E.: Behindern Behinderte? Auswirkungen integrativen Unterrichts auf nichtbehinderte Kinder in der Sekundarstufe I, in: Behinderte in Familie, Schule und Gesellschaft, 1997 S. 31–48
- [4] Klaus-Jürgen Tillmann mit Marianne Horstkemper: Sozialisation und Erziehung in der Schule, Bad Heilbrunn, 2016
- [5] Palmowski, Winfried: Nichts ist ohne Kontext. Systemische Pädagogik bei „Verhaltensauffälligkeiten“, Dortmund 2007 (3. Auflage 2015)
- [6] Monitoring-Stelle zur UN-Behinderten-Rechts-Konvention, Deutsches Institut für Menschen-Rechte, Berlin

Anästhesie-Ehrennadel in Gold des Bundesverbands Deutscher Anästhesisten für Dr. med. Edgar Pinkowski

Hessischer Ärztekammerpräsident auf dem Deutschen Anästhesistenkongress 2019 in Leipzig ausgezeichnet



Foto: Lutz Zimmermann

Die Anästhesie-Ehrennadel in Gold für LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski (links) überreichte BDA-Präsident Dr. med. Götz Geldner in Leipzig.

Auf der Eröffnungsfeier des diesjährigen Deutschen Anästhesistenkongresses (DAC) in Leipzig wurde der hessische Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski, Facharzt für Anästhesie und Intensivmedizin und stellvertretender Landesvorsitzende des Bundesverbands Deutscher Anästhesisten (BDA), für seine herausragenden Verdienste um den BDA am 9. Mai 2019 mit der Anästhesie-Ehrennadel in Gold geehrt.

Pinkowski, in einer Gemeinschaftspraxis in Pohlheim niedergelassen, ist langjähriger stellvertretender Landesvorsitzender des BDA in Hessen und Gründungsmitglied der

Kommission Niedergelassener Anästhesisten (KONA). Seit 1989 als Leitender Notarzt in seinem Heimatkreis tätig, engagiert sich der Anästhesist mit den Zusatzbezeichnungen Spezielle Schmerztherapie, Notfallmedizin und Palliativmedizin seit 1976 zusätzlich im Katastrophenschutz. BDA-Präsident Dr. med. Götz Geldner, der die Auszeichnung persönlich überreichte, würdigte Pinkowskis berufspolitisches Engagement „insbesondere im BDA-Landesvorstand Hessen sowie für die Interessen der vertragsärztlichen Anästhesisten und in der ärztlichen Selbstverwaltung“.

Alla Soumm



Foto: Uniklinikum Frankfurt

PD Dr. med. Andreas Pape (Foto links oben) wird zum 1. September Chefarzt der Abteilung Anästhesie des Sankt Katharinen-Krankenhauses in Frankfurt/Main. Der 47-jährige war zuvor am Universitätsklinikum Frankfurt tätig. Die Chefarztposition übernimmt Pape von **Dr. med. Michael Neumann** (Foto links unten).

Der langjährige Chefarzt der Abteilung Anästhesie scheidet Ende Juli aus dem Berufsleben aus.

Anlässlich des 104. Annual Meeting der Radiological Society of North America (RSNA) wurde **Dr. med. Christian Booz**, Radiologe aus dem Institut für Di-



Foto: privat

agnostische und Interventionelle Radiologie am Universitätsklinikum Frankfurt am Main, mit dem **RSNA Trainee Research Prize 2018** ausgezeichnet. Booz verglich in seiner preisgekrönten Studie einen neu entwickelten Rekonstruktionsalgorithmus für die Darstellung von posttraumatischen Knochenmark-Ödemen im Bereich des Kniegelenks mit dem bisherigen Goldstandard, der Magnetresonanztomographie.

Prof. Dr. med. Dr. Kai Zacharowski, Direktor der Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, ist zum Präsidenten der European Society of Anaesthesiology (ESA) für 2020 und 2021 gewählt worden.

Die Stiftung Hospital zum Heiligen Geist hat eine neue Leitung: **Dr. med. Rafaela Korte** (56) tritt im Laufe des dritten Quartals diesen Jahres ihre neue Position als



Foto: Uniklinikum Frankfurt

Hospitalmeisterin der Stiftung und als Geschäftsführerin der Tochtergesellschaften an. Die Krankenhausmanagerin (Gesundheitsökonomin) und Fachärztin für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist in der 750-jährigen Geschichte der Stiftung, in der es zuvor 42 Hospitalmeister gegeben hat, nun die erste Frau in dieser Position.

Am Frankfurter Krankenhaus Nordwest wurde Anfang des Jahres die Klinik für Bariatrische und Metabolische Chirurgie gegründet. Die Fachdisziplin Adipositaschirurgie war bisher in die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Minimal Invasive Chirurgie eingebettet. Die Leitung der Klinik übernimmt die neue Chefarztin **Dr. med. Sylvia Weiner**. Sie ist Spezialistin für Bariatrische und Metabolische Chirurgie.



Foto: BG Unfallklinik



Foto: Krankenhaus Nordwest

Im Einsatz für Frühchen und ihren Start ins Leben

Bad Nauheimer Gespräch mit dem Neonatologen PD Dr. med. Harald Ehrhardt



Ärztliche Versorgung eines Frühchens im Brutkasten durch PD Dr. med. Harald Ehrhardt.

„Leichtestes überlebendes Frühchen aus amerikanischem Krankenhaus entlassen“: Diese Sensationsmeldung ging vor wenigen Wochen durch die Medien. Mit einem Gewicht von gerade einmal 245 Gramm war in San Diego im Dezember 2018 ein Säugling zur Welt gekommen und im Mai 2019 mit einem Gewicht von gut 2,5 Kilogramm nach Hause entlassen worden. Es sind Nachrichten wie diese, die von den enormen Fortschritten der Neonatologie künden, eines seit 50 Jahren existierenden Spezialbereichs der Kinder- und Jugendmedizin, der sich mit typischen Erkrankungen von Neugeborenen und der Behandlung von Frühgeborenen befasst. In Hessen gibt es landesweit 14 Frühchenstationen mit 138 Intensivbetten. Dass der Einsatz von Neonatologen oft schon während der Geburt beginnt, wenn sich das neugeborene Kind mit Atmung,

Kreislauf und Körpertemperatur auf das Leben außerhalb des Mutterleibes umstellen muss, berichtete PD Dr. med. Harald Ehrhardt (Foto) auf dem von Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich moderierten Bad Nauheimer Gespräch (BNG). Ehrhardt, Leitender Oberarzt der Neonatologie und pädiatrischen Intensivmedizin am Gießener Universitätsklinikum (UKGM), geht es bei seiner Arbeit nicht um Sensationen, sondern „darum, diesen ganz kleinen Menschen den Start ins Leben zu ermöglichen“.

Zahl der Frühgeborenen steigt

Jedes 10. Kind ein Frühchen: Auch in Hessen steigt die Zahl der Frühgeborenen. Während hier im Jahr 2012 laut Statistischem Bundesamt 207 Frühgeborene auf die Welt kamen, waren es 2017 bereits 327 Neugeborene mit extrem niedrigem Geburtsgewicht. Was sind die Gründe für den Anstieg? Neben dem medizinischen Fortschritt vor allem das steigende Alter der Mütter, Übergewicht und Nikotin, erklärte Ehrhardt in seinem beeindruckenden Vortrag. Bereits eine Zigarette in der Schwangerschaft könne ausreichen, um eine Frühgeburt auszulösen.

Wie ein unfertiges, aus dem Nest gefallenes Küken sähe es aus, kommentierte Ehrhardt das Foto eines vier Monate zu früh geborenen Babys mit einem Geburtsgewicht von 890 Gramm. Schon nach wenigen Tagen habe das Neugeborene über 1.000 Gramm gewogen und selbst atmen und saugen können. Heute sei das Kind sechs Jahre alt und altersgemäß entwickelt. Auf einem anderen Bild war ein Baby zu sehen, das mit 320 Gramm geboren wurde – „kaum größer als ein Edding“ – und heute, einige Jahre später, ein normales Leben führe.

„Wir müssen uns bei unserer Arbeit den Extremen stellen“, sagte Ehrhardt. Und ja, es gebe Grenzen des Machbaren. „Wenn eine Frühgeburt droht, versuchen wir die Geburt so lange wie möglich hinauszuzögern. Damit verbessern sich sowohl die Überlebenschancen als auch die späteren

Entwicklungsmöglichkeiten.“ Zu den typischen Komplikationen, die bei sehr früh geborenen Kindern auftreten können, gehörten Hirnblutungen, Augenveränderungen, Darmentzündungen oder Lungenprobleme. Da die Lungen von Frühchen noch unreif sind, werden sie in der Regel gleich nach der Geburt in einen Inkubator gelegt, in dem viele notwendige Behandlungen durchgeführt werden können. Dank der großen Fortschritte in der Neonatologie überleben 75 Prozent der Frühchen ohne schwere Einschränkungen, teilte Ehrhardt mit. „In Hessen haben wir eine gute Qualitätssicherung.“

„Stillen, stillen, stillen!“

Jährlich werden rund 100 Frühgeborene unter 1.500 Gramm Geburtsgewicht jeweils für rund drei bis vier Monate im UKGM betreut: zunächst auf der Intensivstation und anschließend auf dem Zimmer. 2017 zählte die Station rund 1.500 früh- und neugeborene Babys. Wichtig sei, betonte Ehrhardt, auf die Bedürfnisse der Kinder einzugehen. Dafür sei eine intensive Zusammenarbeit von Eltern, Ärztinnen und Ärzten und Pflegepersonal erforderlich. Zentrale Bedeutung habe die Interaktion zwischen Eltern und Kind. Auch die Ernährung spiele eine entscheidende Rolle für dessen weitere Entwicklung: „Stillen, stillen, stillen!“, forderte der Neonatologe.

Ehrhardt ist in Gießen Projektkoordinator des Nachsorgeprogramms „StartKlar“ für Frühgeborene, die auch nach der Entlassung einer hochspezialisierten Nachsorge bedürfen. Da die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht kostendeckend sind, hatte der Vorstand der BNG beschlossen, „StartKlar“ mit einem Scheck über 3.000 Euro zu unterstützen, den Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Vorstandsvorsitzender des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräche, und Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied, Ehrhardt überreichten.

Katja Möhrle

Die erste Frauenmilchbank in Hessen



Foto: Rechte bei den Autoren

Die Säuglingssterblichkeit (Sterblichkeit im 1. Lebensjahr) ist in der Bundesrepublik in den vergangenen Jahrzehnten deutlich zurückgegangen und liegt seit 2010 um 3,3 Fälle auf 1.000 Lebendgeborene [1]. Den größten Anteil an dieser Zahl hat die neonatale Sterblichkeit (Sterblichkeit in den ersten 28 Tagen), die wiederum von der immer geringer werdenden Mortalität der Frühgeborenen beeinflusst wird. Ziel der Medizin, die sich mit Frühgeborenen befasst, ist einerseits die Verhinderung der Frühgeburt durch die Fortschritte der Pränatalmedizin und Geburtshilfe und andererseits die immer erfolgreichere Behandlung der geborenen Kinder durch eine hochspezialisierte Neonatologie in den dazu vorgesehenen Perinatalzentren. Hier geht es aber nicht allein um Senkung der Mortalität, sondern vor allem um eine komplikationsarme Medizin, die diesen sehr unreifen Kindern die Chance auf ein gesundes, normales Leben gibt.

Muttermilch als bevorzugte Nahrung für Frühgeborene

Die richtige Ernährung der Frühgeborenen ist einer der Meilensteine in den Behandlungserfolgen der Neonatologie. Schon seit vielen Jahren ist bewiesen, dass Frühgeborene, die die Milch ihrer eigenen Mutter erhalten, weniger Komplikationen wie Sepsis und Nekrotisierende Enterokolitis (NEC), eine oft tödlich verlaufende Darmerkrankung, haben [2, 3]. Darüber hinaus haben sie auch eine signifikant bessere entwicklungsneurologische Prognose als die Neugeborenen, die mit einer kuhmilchbasierter industriell hergestellter Milch (Formulanahrung) ernährt wurden [4]. Obwohl der unreife Darm eines Frühgeborenen eine orale Ernährung eigentlich gar nicht zulassen sollte, da die Motilität des Darmes erst ab ungefähr 25 Schwangerschaftswochen nachweisbar ist [5], gelingt es dennoch, Frühgeborene ab dem ersten Tag mit Milch zu ernähren. Durch einen frühzeitigen und zügigen Nahrungsaufbau ist die Zeit der parenteralen oder teilparenteralen Ernährung sogar kürzer und alleine

dadurch lassen sich einige Komplikationen wie Infektionen verhindern.

Verschiedene Fachgesellschaften und Institutionen haben deshalb Muttermilch als die bevorzugte Nahrung für Frühgeborene empfohlen [6, 7, 8]. Wenn sie nicht zur Verfügung steht, sollen die Kinder Frauenmilch aus Spenderinnenbanken (Frauenmilchbanken) erhalten, erst in dritter Präferenz Formulanahrung.

Frauenmilchbanken in Deutschland

Die erste Frauenmilchsammelstelle in Deutschland wurde 1919 von der Kinderärztin Marie-Elise Kayser in Magdeburg gegründet. Diese Milchbanken verbreiteten sich schnell im Land und wurden bis in die 60er-Jahre des 20. Jahrhundert flächendeckend installiert. Dann jedoch kam die Formulanahrung „in Mode“ und parallel dazu die Angst vor Übertragung von Erregern wie HIV oder von Schadstoffbelastungen der humanen Milch [9]. In den 70er-Jahren wurden sämtliche Frauenmilchsammelstellen in Westdeutschland nach und nach geschlossen, während sie in der DDR an allen wichtigen Kinderkliniken erhalten blieben. Zurzeit gibt es wieder insgesamt 23 Frauenmilchbanken in Deutschland, 15 in den neuen und acht in den alten Bundesländern [10]. Frauenmilchbanken erleben zunehmend in Deutschland eine Renaissance.

In Hessen wurde in diesem Jahr eine Frauenmilchbank in der Universitätskinderklinik Frankfurt in Zusammenarbeit mit dem DRK-Blutspendedienst Hessen etabliert. Dies ist ein bisher einzigartiges Modell in Deutschland. Das Knowhow der Kinderklinik in der Ernährung von Frühgeborenen wird mit dem der Blutbank im Umgang mit menschlichem Material und ihren logistischen Möglichkeiten synergistisch genutzt.

Die Einrichtung der Frauenmilchbank wurde von der Kinderhilfestiftung e. V. und dem Frankfurter Förderverein zur Bekämpfung von Tumorerkrankungen e. V. finanziell unterstützt.

Pasteurisierte Frauenmilch und Formulanahrung

Die meisten Frauenmilchbanken stellen pasteurisierte Spendermilch her, um das Risiko der Übertragung von Erregern zu reduzieren; nur wenige geben frische Frauenmilch ab. Durch den Vorgang der Pasteurisierung (in der Regel wird die Holterpasteurisierung mit einer 30-minütigen Erhitzung auf 63°C durchgeführt) werden nicht nur Fett und Eiweiß verändert, sondern auch einige bioaktive Inhaltsstoffe und Immunzellen zerstört. Dennoch lassen sich positive Effekte der pasteurisierten Frauenmilch im Vergleich mit der Formulanahrung nachweisen [3]. Möglicherweise spielen dabei die in letzter Zeit intensiv beforschten humanen Oligosaccharide eine Rolle, die von der Zerstörung durch die Pasteurisierung weitgehend verschont bleiben [11]. Sie verändern das Mikrobiom, haben antibakterielle Eigenschaften und interagieren mit immunrelevanten Zellen im Darm [12]. Genauso wie die Milch der eigenen Mutter muss die gespendete Frauenmilch durch Eiweiß, Fett und Mineralien sowie einige Vitamine ergänzt werden, da der Energiegehalt der menschlichen Milch für diese schnell wachsenden Kinder unzureichend ist [13]. Dafür stehen schon seit langem Präparate auf Kuhmilchbasis und neuerdings auch auf Frauenmilchbasis zur Verfügung.

Prof. Dr. med. Rolf Schlößer
Universitätsklinik Frankfurt
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Schwerpunkt Neonatologie

Dr. med. Veronika Brixner
DRK-Blutspendedienst
Baden-Württemberg – Hessen,
Institut für Transfusionsmedizin und
Immunhämatologie Klinikum der
Goethe-Universität Frankfurt/Main

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

Literatur zum Artikel:

Die erste Frauenmilchbank in Hessen

von Prof. Dr. med. Rolf Schlößer und Dr. med. Veronika Brixner

- [1] Böhm K. Gesundheitszustand der Bevölkerung und Ressourcen der Gesundheitsversorgung. 2018. <https://www.destatis.de/DE/Service/Statistik-Campus/Datenreport/Downloads/datenreport-2018>
- [2] Corpeleijn WE, Kouwenhoven SM, Paap MC, van Vliet I, Scheerder I, Muijzer Y, Helder OK, van Goudoever JB, Vermeulen MJ Intake of own mother's milk during the first days of life is associated with decreased morbidity and mortality in very low birth weight infants during the first 60 days of life. *Neonatology*. 2012;102:276–81
- [3] Quigley M, Embleton ND, McGuire W. Formula versus donor breast milk for feeding preterm or low birth weight infants. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;6:CD002971.
- [4] Lucas A, Morley R, Cole TJ, Lister G, Leeson-Payne C. Breast milk and subsequent intelligence quotient in children born preterm. *Lancet*. 1992;339:261–4
- [5] Commare CE, Tappenden KA. Development of the infant intestine: implications for nutrition support. *Nutr Clin Pract*. 2007;22:159–73.
- [6] American Academy of PediatricsSection on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatrics* 2012; 129:e827-e841.
- [7] WHO/UNICEF. Global strategy for infant and young child feeding. <http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241562218.pdf>. Published 2003. Accessed September 5, 2013.
- [8] ESPGHAN Committee on Nutrition(1), Arslanoglu S(1), Corpeleijn W, Moro G, Braegger C, Campoy C, Colomb V, et al. Donor human milk for preterm infants: current evidence and research directions. *J Pediatr Gastroenterol Nutr*. 2013;57:535–42.
- [9] Sunder-Plaßmann A. The Changing Value of Mother's Milk. Feeding Premature and Sick Newborns Since the Late 19th Century. *Z Geburtshilfe Neonatol*. 2016;220:239–250
- [10] <http://frauenmilchbank.de/frauenmilchbanken>
- [11] Hahn WH, Kim J, Song S, Park S, Kang NM. The human milk oligosaccharides are not affected by pasteurization and freeze-drying. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2017
- [12] Bode L. The functional biology of human milk oligosaccharides. *Early Hum Dev*. 2016; 91:619–22
- [13] Arsanoglu S, Boquien CY, King C, Lamireau D, Tonetto P, Barnett D, et al. Fortification of Human Milk for Preterm Infants: Update and Recommendations of the European Milk Bank Association (EMBA) Working Group on Human Milk Fortification. *Front. Pediatr.*, 22 March 2019. <https://doi.org/10.3389/fped.2019.00076>

Stillberatung als Herzensthema Gespräch mit Prof. Dr. med. Jutta Peters

Seit Jahrzehnten wird über die Frage „Ist Stillen besser?“ intensiv und emotional aufgeladen diskutiert. Über den medizinischen Wert der Muttermilch für Frühgeborene schreiben Prof. Dr. med. Rolf Schlösser, Leiter Neonatologie am Uniklinikum Frankfurt, und Dr. med. Veronika Brixner vom DRK-Blutspendedienst in diesem Heft (siehe S. 453).

Doch Stillen ist weitaus mehr als die Ernährung des Babys und geht sowohl bei der Mutter als auch bei den Kindern mit körperlichen und psychischen Veränderungen einher. Darüber berichtet Prof. Dr. med. Jutta Peters. Sie berät seit über 40 Jahren neben ihrer Tätigkeit als Radiologin Mütter, die Probleme mit dem Stillen haben, und ist davon überzeugt, dass den Frauen meist mit ganz einfachen Mitteln geholfen werden kann.

Frau Prof. Peters, Sie sind von Hause aus Radiologin. Wie kam es dazu, dass Sie neben dieser Tätigkeit zusätzlich junge Mütter zum Thema Stillen beraten?

Prof. Dr. med. Jutta Peters: Ich bin selbst zweifache Mutter und wollte meine Kinder stillen. Als mein erstes Kind geboren wurde, gab es überhaupt keine Stillberatung. Es hieß nach der Geburt: „Wir legen hier keinen Wert aufs Stillen und Sie können die Abstillspritze haben.“ Da war ich ganz entsetzt. Ich wollte es zumindest doch versuchen. Aber ich kam nicht so richtig zurecht bzw. habe die Dinge befolgt, die mir in der Klinik gesagt wurden, und die waren nicht erfolgreich. In meiner Verzweiflung habe ich dann den Kinderarzt befragt und der sagte nur: „Lassen Sie es doch einfach, es hat doch keinen Zweck.“ Das war nicht sehr ermutigend. Und damit habe ich es dann, weil alles sehr qualvoll war, mit einem lachenden und einem weinenden Auge beendet. Das habe ich nie vergessen.

Bei meinem zweiten Kind habe ich gedacht, das kann doch nicht sein: Ich komme ganz normal in die Pubertät, werde schwanger, bekomme ein Kind. Alles funktioniert, nur das Stillen soll nicht funktionieren? Damals lebte ich im Ausland und

hatte Zugang zu besseren Informationen. So konnte ich meinen zweiten Sohn völlig problemlos 15 Monate lang stillen, und das war wunderbar. Ich wollte diese Erfahrung anderen Frauen zugänglich machen, damit sie schon beim ersten Versuch eine positive Erfahrung machen und sich diesen Wunsch erfüllen können. Als ich dann nach Deutschland zurückkam, habe ich eine Stelle in der Radiologie an der Uniklinik Frankfurt angetreten. Den damaligen Chefs der dortigen Frauenklinik habe ich angeboten, eine Stillberatung für Mütter an der Uniklinik einzurichten, und das Angebot hat man gerne angenommen. Wie sich aber schnell herausstellte, hatte es damals eher den Hintergrund, auf diese Weise mehr Patientinnen zu gewinnen. Ein Herzenswunsch war es nicht. Und so musste ich leider bald feststellen, dass es nicht möglich war, eingefahrene Vorgehensweisen zu verändern.

Meine Erfahrung an der Uniklinik und auch im Kontakt mit anderen Häusern hat mir gezeigt, dass es kein großes Interesse an diesem Thema gibt. Und ich weiß eigentlich nicht warum. Für die Ärzte ist es anscheinend nicht besonders interessant. Aber für die Frauen. Und für die Kinder. Das wird leider nicht gewürdigt. Und viele Frauen sind dadurch sehr unglücklich, erleben es als Misserfolg, wenn das Stillen nicht funktioniert und geben sich selbst die Schuld daran. Umgekehrt ist es ein großes Erfolgserlebnis, wenn es klappt.

Sie haben trotzdem weiterhin Mütter beraten. Wie und in welchem Rahmen haben sie das weiterverfolgt?

Peters: Die Stillberatung an der Uniklinik ist leider im Sande verlaufen, man wollte nicht mehr, dass ich das mache. Daher habe ich auf eigene Faust weitergemacht. Ich ging in Familienbildungsstätten und habe Vorträge gehalten. Es war allerdings schwierig, die Frauen in diesem Umfeld zu erreichen. In großen Gruppen war der Erfolg eher gering. Aber individuell geht es. Die Frauen rufen mich an, seit Jahren, und dann mache ich eine ganz persönliche Beratung sowohl zum Stillen als auch bei der

Brustentzündung. Denn Entzündungen und sogar Brustabszesse sind ganz einfach zu beherrschen, ohne Antibiotika und ohne Operation. Auch das habe ich versucht, den Kollegen in verschiedenen Kliniken nahezubringen. Doch leider besteht kein Interesse.

Die Beratung der Frauen geht also am besten auf dem individuellen Weg. Eine Mutter muss am Anfang ja auch ein bisschen bemuttert werden. Das kann man ihr bieten, und dann funktioniert es auch. Über Mundpropaganda hat sich mein Angebot für die Frauen relativ schnell herum gesprochen.

Haben sich die Einstellungen denn im Lauf der Jahre in irgendeiner Form gewandelt?

Peters: Also die Fortschritte in den vielen, vielen Jahren sind minimal. Die Aussage, „wir haben es doch schon immer so gemacht und es bleibt auch so“, ist weit verbreitet. Das ist ein Jammer, weil es viele Dinge gibt, die man den Frauen sagen kann, die ganz einfach sind. Aber man macht es den Frauen unnötig schwer. Die meisten Ratschläge sind so schwer umzusetzen, dass diese im Grunde genommen dazu führen, dass die Frau eher abstillt. Ein extremer Tipp ist beispielsweise, dass das Kind bei jedem Anlegen in eine andere Position gebracht werden soll. Mal von der einen Seite, mal von der anderen Seite, mal auf dem Kopf, was völlig unsinnig ist. Die Brust hat acht bis zwölf Milchgänge und wenn das Kind daran saugt, dann werden alle entleert. Da muss man das Kind nicht auf den Kopf stellen. Oder, was früher sehr weit verbreitet war, dass das Kind vor und nach dem Stillen gewogen wurde. Das ist der ganz sichere Weg zum Abstillen.

Wie ich im Bekanntenkreis erst kürzlich mitbekommen habe, wird dies wohl vereinzelt heute noch praktiziert.

Peters: Es gibt den Milchbildungsreflex und den Milchspendereflex. Der Milchbildungsreflex funktioniert automatisch, wenn Milch aus der Brust entnommen



Foto: Anja Jahn

Prof. Dr. med. Jutta Peters berät seit über 40 Jahren junge Mütter mit Stillproblemen.

wird. Da hat man gar keinen Einfluss darauf. Es sei denn, die Brust wird nicht entleert. Und der Milchspendereflex ist ganz stark von psychischen Einflüssen abhängig. Da gibt es einen Regelkreis und den können Sie leicht blockieren, beispielsweise durch irgendeine negative Bemerkung. Aber die beste Blockade für den Milchspendereflex ist, wenn man das Kind vor und nach dem Stillen wiegt. Ein Stillkind trinkt bei jeder Mahlzeit völlig unterschiedliche Mengen. Manchmal trinkt es gar nicht, sondern möchte nur sein Saugbedürfnis stillen. So wird der Frau aufgezwungen, dass das Kind an der Brust zu einer bestimmten Zeit eine bestimmte Menge trinken muss. Dabei gibt es viel einfachere Methoden festzustellen, ob das Kind genug zu trinken hat. Wenn das Baby drei bis vier nasse Windeln pro 24 Stunden hat, dann bekommt es genug.

Gibt es noch weitere einfache Methoden, die Sie den Müttern zeigen?

Peters: Zum Beispiel die Entfernung von Milch aus der Brust, wenn es am Anfang ein Missverhältnis zwischen Angebot und Nachfrage gibt oder die Frau bei Berufstätigkeit weiterhin stillen möchte. Dafür eine Pumpe zu verwenden, wie es den Frauen meist angeraten wird, ist ganz selten erforderlich und eher eine Entwürdigung für eine Frau. Dabei gibt es auch hier eine ganz einfache Methode, wie die Frau mit zwei Fingern Milch aus der Brust gewinnen kann, indem sie die Saugbewegungen des Kindes nachahmt. Das geht in Sekundenschnelle, funktioniert wunderbar bei fast allen Frauen. Aber es ist keiner Hebamme beizubringen, diese Methode den

Frauen zu vermitteln. Ich mache das in drei Minuten. Es ist ganz einfach.

Welche Vorstellungen erschweren die Stillbeziehung von Mutter und Kind?

Peters: Die Vorstellung, dass das Kind zu einer bestimmten Mahlzeit eine bestimmte Menge trinken muss. Das Kind war ja während der Schwangerschaft 24 Stunden mit Nahrung, Sauerstoff und mütterlicher Nähe versorgt. Das ändert sich nach der Geburt. Für den Sauerstoff sorgt es allein mit der Atmung. Nahrungsbedürfnis, Bedürfnis nach mütterlicher Nähe und Saugbedürfnis stillt es jetzt aktiv aber über den Körper der Mutter. Manchmal wollen Kinder also nur an die Brust, um die mütterliche Nähe zu spüren und das Saugbedürfnis zu stillen. Doch der Frau wird suggeriert, dass das Kind unbedingt was trinken muss. Ein gesundes Kind weiß genau wie viel es braucht und holt sich das von der Mutter. Und dann gibt es ja noch die Empfehlung, dass man einen Rhythmus einhalten muss. Das Kind soll von Anfang an einen Rhythmus haben. Doch den hatte es während der Schwangerschaft nicht und kann ihn eben auch nicht nach der Geburt gleich haben, schon gar nicht den Rhythmus, den jemand anderes verlangt. Von einem Rhythmus muss man ganz abkommen – wenn man der Mutter sagt, ihr Kind hat keinen Rhythmus, bevor es ungefähr ein Jahr alt ist, und die Frau es schafft, das zu akzeptieren, dann geht es.

Das ist für viele und in unserer heutigen Gesellschaft sicherlich nicht einfach, da es sich der eigenen Kontrolle entzieht.

Peters: Damit muss man sich abfinden. Aber ich denke das geht auch, wenn einem gesagt wird, dass es normal ist. Wenn der Frau aber immer wieder erzählt (oder: eingetrichtert) wird, das sei nicht normal, dann hadert sie damit und es funktioniert nicht. Man bekommt es aus den Beraterinnen allerdings nicht heraus, dass alles nach einem bestimmten Schema laufen muss. Dass man es nicht der gesunden Mutter und dem gesunden Kind überlassen kann, was sie machen. Die Mutter hat so immer ein schlechtes Gewissen. Und wenn eine Frau nicht stillen möchte, dann hat sie ihre Gründe dafür und die müssen niemanden interessieren. Dafür ist die Kunstmilch ein Segen. Aber wenn eine Frau stillen möchte, dann sollte man sie lassen. Die ersten drei Wochen wird sie dafür bewundert, dass sie stillt, und dann kommen meist schon die Fragen. Klappt es denn überhaupt noch? Ist denn noch genügend Milch da? Und wenn das Kind dann älter als sechs Monate ist, gilt es als obszön.

Egal für welchen Weg sich Mutter und Kind also entscheiden, es gibt immer Stimmen, die behaupten, es sei nicht normal oder richtig.

Peters: Die Mütter sind, unabhängig davon, wie sie es handhaben, meist negativen Bewertungen ausgesetzt. Und die Frau ist ja nach der Geburt hochsensibel. Diese Sensibilität ist dazu da, dass sie erkennt, welche Bedürfnisse ihr Kind hat. Wenn jetzt negative Kommentare kommen, nimmt sie diese genauso intensiv auf und verarbeitet sie, was dazu führen kann, dass der Milchspendereflex blockiert wird. Damit kann die Stillbeziehung massiv gestört werden. Genauso leicht, wie man sie mit ein paar netten Worten und Ermunterung fördern kann, kann man sie auch ganz leicht zerstören. Wenn man einer Frau also das Positive vermittelt, geht es. Im Krankenhaus wird den Frauen bei dem geringsten Problem oder auch ohne dass ein Problem aufgetreten ist, sofort die Flasche hingestellt. Das dürfte gar nicht sein. Da bekommt die Frau suggeriert, dass sie eigentlich gar nicht stillen kann. Die Flasche ist eine *conditio sine qua non* – so macht es den Anschein, aber das ist sie nicht. Wenn die Frauen nur dürften, würden sie sicher alles richtig machen.

Interview: Maren Grikscheit



In der Akademie geht eine Ära zu Ende:

Dank an den ehemaligen Vorsitzenden Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Am 31. Juni 2019 beendet Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth seine Arbeit für die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung. Als Referent und Vorstandsmitglied war Prof. Genth bereits lange für die Akademie tätig, als er 2012 den Vorsitz des Akademievorstandes übernahm. Seitdem hat er die Akademie entscheidend geprägt. In seiner Amtszeit wurden die Grundlagen für eine zukunftsfähige Aufstellung der Akademie geschaffen. Deutlich sichtbar wird dies anhand der umfangreichen qualifizierenden Fortbildungen und Kurs-Weiterbildungen, die neu ins Veranstaltungsangebot der Akademie aufgenommen werden konnten.

Für deren Entstehen hat Prof. Genth unermüdlich seine enorme Erfahrung und seine vielfältigen fachlichen und freundschaftlichen Verbindungen in die hessische Ärzteschaft eingebracht. So hat die Akademie 2012 erstmals die Zusatz-Weiterbildung Krankenhaushygiene angeboten, für die u.a. Prof. Genth's langes Engagement im Krankenhausausschuss und im Stadtgesundheitsamt grundlegend war. Viele der für diese Veranstaltung gewonnenen ärztlichen Leiter und Referenten haben später den Kristallisationskeim für ein weiteres großes Veranstaltungsvorhaben der Akademie gebildet: die qualifizierende Fortbildung „Antibiotic Stewardship“ konnte in Hessen Ende 2017 erstmalig durch die Akademie einer Landesärztekammer angeboten werden.

Darüber hinaus setzte die Akademie in den letzten Jahren Veranstaltungen zu aktuellen Themen um und reagierte schnell auf kurzfristig auftretende Nachfragen. So entstand im Bereich der fachgebundenen genetischen Beratung und beim Datenschutz kurz vor Ablauf der jeweiligen gesetzlichen Fristen ein großer Fortbildungsbedarf, der zügig durch zahlreiche Veranstaltungsangebote bedient werden konnte.

Viele der in naher Zukunft für Diagnostik und Therapie zu erwartenden Veränderungen basieren auf neuen Erkenntnissen auf zellulärer Ebene. Dadurch entsteht neben der etablierten Spezialisierung auf Organsysteme das elementare Konzept



Foto: Katja Kölsch

Hoch engagiert für die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung und das Hessische Ärzteblatt: der Internist Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth.

einer modernen Betrachtung des gesamten Organismus und seiner Krankheiten. Prof. Genth hat die Akademie frühzeitig auf den daraus erwachsenden Informations- und Qualifizierungsbedarf ausgerichtet, so wurde u.a. die personalisierte Medizin Fortbildungsthema. Veranstaltungsangebote wurden ausgebaut, die Ärzte auf neue interdisziplinäre, im Qualitätsmanagement verankerte Verfahren vorbereiten. Ein weiterer Schwerpunkt wurde die Unterstützung junger Ärzte zu Beginn der Weiterbildungszeit durch übungsintensive praxisbezogene Veranstaltungsangebote. Diese Fortbildungen stehen exemplarisch für die Entwicklung des Portfolios der Akademie in den letzten Jahren. Sie sind möglich geworden, weil auch die strukturellen Voraussetzungen erneuert wurden. Mit Beginn der Amtszeit von Prof. Genth wurden erstmalig Aufgaben und Strukturen der Akademie umfassend analysiert und mit den aktuellen Erwartungen der hessischen Ärzte und dem aus neuen medizinischen Erkenntnissen entstehenden Fortbildungsbedarf zu einem komplexen strategischen Konzept entwickelt. Daraus entstand für die Akademie thematisch und organisatorisch ein stabiler Rahmen, der in der Zukunft weiterentwickelt werden kann. Sichtbar waren in den letzten Jahren vorwiegend die vielen (neuen) Angebote und die steigende Nachfrage nach

Akademieveranstaltungen. Grundlegend war und ist aber auch die Struktur, die schnelle Reaktionen auf einen neuen Bedarf ermöglicht, die notwendigen Ressourcen langfristig vorhersieht und erschließt – an verschiedenen Veranstaltungsorten, im Dialog mit Ärzten aus der stationären und der ambulanten Versorgung und in einem Rahmen, der die Neutralität und Unabhängigkeit der Veranstaltungen sichert.

Prof. Genth war in den vergangenen acht Jahren das Gesicht der Akademie – das hat er genutzt, um die Aktivitäten immer wieder zu fokussieren: auf die Ausrichtung des gesamten Veranstaltungsangebots an aktuellen Bedürfnissen und der Entwicklung des Arztberufes bei gleichzeitiger Wahrung der Unabhängigkeit von Akademieveranstaltungen, die allein den medizinischen Inhalten verpflichtet sind. Die Landesärztekammer Hessen dankt Prof. Genth für sein außerordentliches Engagement für die Akademie und für die hessischen Ärztinnen und Ärzte.

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

Auch die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes bedankt sich bei Professor Genth für viele Jahre äußerst fruchtbarer und angenehmer Zusammenarbeit. Als Vertreter der Akademie gehörte Professor Genth von 2012 bis Juli 2019 der Redaktion des „HÄBL“ an und gestaltete die Mitgliederzeitschrift in dieser Zeit entscheidend mit. Sein ärztlicher Sachverstand und profundes Wissen über Entwicklungen in der Medizin bereicherten die redaktionelle Arbeit ebenso wie seine Anregungen und Ideen. Genth's Engagement und Kontakten zu ärztlichen Experten sind unter anderem die von ihm organisierten Schwerpunktheft mit qualitativ hochwertigen Fortbildungsartikeln zu verdanken. Nicht zuletzt werden wir seinen feinen Humor vermissen, der die Redaktionssitzungen stets aufgelockert hat.

Für die Redaktion:
Dr. med. Peter Zürner, Katja Möhrle

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS)

Modul 1 – ABS-Beauftragter:

Mo., 26.–Fr., 30. August 2019

40 P

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Frankfurt
 Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
 Prof. Dr. med. C. Stephan, Frankfurt
 Prof. Dr. med. T. Wichelhaus, Frankfurt
Gebühr: 900 € (Akademiestandmitglieder 810 €)

FAST – Frankfurter Antibiotic Stewardship Tagung

Do., 29. August 2019

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Gebühr: 70 € (Akademiestandmitglieder 63 €)

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

Einführung in die Schlafmedizin

GBA-Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe
 (ehem. BUB-Kurs) insg. 30 P

Teil 1: Fr., 23.–Sa., 24. August 2019
Teil 2: Fr., 06.–Sa., 07. September 2019
Teil 3 (Praktikum): Fr., 20. September 2019
Ort Praktikum: Hofheim, Schlafmedizinisches Zentrum
Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Marburg
 Dipl.-Psych. M. Specht, Wiesbaden
 Prof. Dr. med. R. Schulz, Wiesbaden
Gebühr: 650 € (Akademiestandmitglieder 585 €)
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Mi., 04.–Do., 05. September 2019

16 P

Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen
Ort: Gießen, Universitätsklinikum
Gebühr: 340 € (Akademiestandmitgl. 306 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

Neue Perspektiven in der Krebstherapie am Beispiel gastrointestinaler Tumore

Mi., 18. September 2019

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
 Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber
Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße
Gebühr: 30 € (Akademiestandmitglieder 27 €)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223,
 E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Impfkurs

Sa., 21. September 2019

10 P

Leitung: Dr. med. P. Neumann, Frankfurt
Gebühr: 180 € (Akademiestandmitglieder 162 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung
 der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 06. November 2019

8 P

Leitung: Dr. med. H.-M. Hübner, Langgöns
 Dr. med. E. Reichwein, Villmar
Gebühren: 180 € (Akademiestandmitglieder 162 €)
 zzgl. 70 € Schulungsmaterial
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
 E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Pränatale Diagnostik, Genetik, Fehlbildungen

Mi., 11. September 2019

7 P

Leitung: PD Dr. med. L. Schrod, Frankfurt
Gebühr: 75 € (Akademiestandmitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Arbeitsmedizin

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitl. Bedingungen
Fr., 01.–Sa., 02. November 2019

Leitung: Dr. med. U. Klinsing,
Dr. med. R. Snethlage
Gebühr: 280 € (Akademiestatistiker 252 €)
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Refresher: **Mi., 04. September 2019** **6 P**
Refresher: **Mi., 16. Oktober 2019** **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Gebühr: 110 € (Akademiestatistiker 99 €)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Innere Medizin

Internistische Summer School – Klinik Survival

Sicher durch die ersten Weiterbildungsjahre.
In Kooperation mit dem Bündnis Junger Internisten.

Leitung: Cornelius Weiß, Darmstadt
Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019
Gebühr: 70 € (Akademiestatistiker 63 €)
Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de
Auskunft (BDI): B. Schroeder, Fon: 0611 181 33-12
E-Mail: bschroeder@bdi.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Diabetes Gesellschaft.
(HDG); zertifizierte DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Teile 5 + 6: Mi., 25. September 2019 **6 P**
Leitung: Dr. med. P. Bauer, Gießen
Dr. med. M. Eckhard, Gießen
Gebühr: 50 € (Akademiestatistiker 45 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-218,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Rheuma an einem Tag – Häufige Symptome in der tägl. Praxis

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik, Bad Nauheim.
Mi., 30. Oktober 2019 **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: **Bad Nauheim**, REHA-Zentrum
Gebühr: 75 € (Akademiestatistiker kostenfrei)
Max. Teilnehmerzahl: 40
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Hygiene / Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

Do., 21. November 2019
Leitung: Dr. med. A. Lengler, Gießen
Gebühr: 150 € (Akademiestatistiker 135 €)
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Moderatorentaining für ärztliche Qualitätszirkel

Fr., 27. – Sa., 28. September 2019 **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Zeckey, Fulda
Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 16.–Sa., 17. August 2019 **22 P**
Gebühr: 320 € (Akademiestatistiker 288 €)

EKG-Refresher-Kurs

Do., 24. Oktober 2019 **10 P**
Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Palliativmedizin

Refresher Palliativmedizin

Sa., 19. Oktober 2019 **10 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Gebühr: 140 € (Akademiestatistiker 126 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Kriseninterventionsseminar (2. Auswahltermin):

Mi., 14. August 2019 **8 P**
Gebühren: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

Refresher für Transplantationsbeauftragte

Di., 19. November 2019 **8 P**
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz
Gebühren: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Notfall- und Intensivmedizin

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

In Kooperation mit den Berufsfeuerwehren Wiesbaden und Kassel.

Sa., 28. September 2019 **11 P**

Leitung: Dr. med. T. Schneider, Wiesbaden

Ort: Mainz-Kastel, Feuerwache II

Gebühr: 240 € (Akademiestatistiker 216 €)

Sa., 09. November 2019 **12 P**

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel

Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerweherschule

Gebühr: 260 € (Akademiestatistiker 234 €)

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Do., 07.–Sa., 09. November 2019 **30 P**

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

M. Leimbeck, Braunfels

Gebühr: 420 € (Akademiestatistiker 378 €)

Notfallmedizin machbar machen

Mi., 27. November 2019 **6 P**

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg

Gebühr: 180 € (Akademiestatistiker 162 €)

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

41. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

Mo., 21.–Fr., 25. Oktober 2019 **55 P**

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga

Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer

Prof. Dr. med. G. Rohde

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 650 € (Akademiestatistiker 585 €)

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

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Ernährungsmedizin

Block 1: Fr., 16.–Sa., 17. August 2019

Block 2 + 4 Fr., 30.–Sa., 31. August 2019

Block 3 Fr., 06.–Sa., 07. September 2019

Zwischenprüfung: Mi., 18. September 2019

Weitere Blöcke unter: www.akademie-laekh.de

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

Dr. med. K. Winckler, Frankfurt

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

2 + 4: je 280 € (Akademiestatistiker 252 €)

Hausarbeit u. Prüfungen inkludiert

Auskunft/Anmeldung: C. Winkler, Fon: 06032 782-208

E-Mail: caroline.winkler@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Fr., 06.–Sa., 07. September 2019

Auswahltermine prakt. Halbtage auf Anfrage

Gebühr: 340 € (Akademiestatistiker 306 €)

Kenntniskurs (Theoretische und Praktische Unterweisung)

Sa. 26. Oktober 2019

Gebühr: Theorie: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

Praxis: 60 € (Akademiestatistiker 54 €)

Leitung: Prof. Dr. Dr. med. habil. B. Bodelle,

Frankfurt

Aktualisierungskurs

Sa., 30. November 2019

Leitung Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt

Gebühr: 150 € (Akademiestatistiker 135 €)

Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Ultraschall

Gefäße

Abschlusskurs (periphere Gefäße)

Fr., 29. November 2019 (Theorie)

Sa., 30. November 2019 (Praktikum)

Gebühr: 360 € (Akademiestatistiker 324 €)

Orte Praktika: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

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

Frankfurt

für Gefäße: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs: Sa., 02. November 2019 (Theorie)

+ 2 Termine je ca. 6 Std. (Praktikum)

Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

Orte Praktika: Rhein-Main-Gebiet, div. Kliniken

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

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

Modul Schilddrüse I Sa., 28. September 2019

Modul Schilddrüse II Sa., 09. November 2019

Gebühr: jeweils 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

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

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

E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Schwangerschaftskonfliktberatung n. §§ 218 ff. StGB

Wiederholungsseminar: Sa., 09. November 2019 **10 P**

Gebühr: 160 € (Akademiestatistiker 144 €)

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Werder

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

E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: Sa., 26. Oktober 2019 8 P
Gebühr: 130 € (Akademiestatistiker 117 €)
 Weitere Module unter: www.akademie-laekh.de

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul I-III Fr., 23.–Sa., 24. August 2019 12 P
Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
 E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Rechtsmedizin

Verletzungsdokumentation – Was, wenn die Verletzung eine Straftat ist? Ärzte als sachverständige Zeugen

In Kooperation mit der Bezirksärztekammer Wiesbaden.

Teil 1: Mi., 23. Oktober 2019 4 P
Ort: Wiesbaden, DKD Helios Klinik

Teil 2: Fallbeispiele Mi., 06. November 2019 4 P
Leitung: Prof. Dr. med. M. Verhoff
Gebühr: jeweils 70 € (Akademiestatistiker 63 €)
Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Datenschutz

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 31. August 2019 8 P
Leitung: A. Zolg M.Sc, A. Wolf, Frankfurt
Gebühr: 100 € (Akademiestatistiker 90 €)

Datenschutz 2.0 - Wie kann der interne Datenschutzbeauftragte die neuen Anforderungen erfüllen?

Mi., 30. Oktober 2019
Gebühr: 70 € (Akademiestatistiker 63 €)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block Ia: Fr., 01.–Sa., 02. November 2019 insg. 32 P

Block Ib: Fr., 13.–Sa., 14. Dezember 2019
Gebühr: Block Ia+Ib 480 €
 (Akademiestatistiker 432 €)

Weitere Blöcke unter: www.akademie-laekh.de
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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Arbeitsmedizin

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

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

Kurstage: Mittwoch bis Mittwoch, außer Sonntag!

A2 Mi., 04.–Mi., 11. September 2019

Beginn Telearnphase: 05. August 2019

B2: Mi., 30. Oktober–
 Mi., 06. November 2019

Beginn Telearnphase: 25. September 2019

C2 Mi., 04.–Mi., 11. Dezember 2019

Beginn Telearnphase: 04. November 2019

Gebühren je Kurs: 600 € (Akademiestatistiker 540 €)

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 Ärztgesellschaft für Akupunktur e. V. / DÄGfA.

I. Teil Theorie (120 Std.)

G9 – G10: Fr., 13.–Sa., 14. September 2019

G11 – G12: Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019

G13 – G14: Fr., 29.–Sa., 30. November 2019

G15 (A-Diplom) Sa., 07. Dezember 2019

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Fr., 13.–Sa., 14. September 2019

Fr., 25.–Sa., 26. Oktober 2019

Fr., 01.–Sa., 02. November 2019

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

Psychosomatische Grundversorgung

26. 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.

Termine für 2020 in Vorbereitung

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

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

Palliativmedizin

Fallseminar Modul 3 Mo., 11.–Fr., 15. November 2019 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 780 € (Akademiestudenten 702 €)

Kurs-Weiterbildung Di., 03.–Sa., 08. Dezember 2019 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühr: 680 € (Akademiestudenten 612 €)

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block C: Fr., 30.–Sa., 31. August 2019 20P

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

Block B: Fr., 01.–Sa., 02. November 2019 20P

Ort: Kassel, Klinikum

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

Gebühren je Block: 280 € (Akademiestudenten 252 €)

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

Curriculum Qualifikation Tabakentwöhnung

Blended Learning-Veranstaltung

1. Präsenztage: Fr., 25. Oktober 2019

Telelernphase: 26. Oktober–06. Dezember 2019

2. Präsenztage: Sa., 07. Dezember 2019

Gebühr: 300 € (Akademiestudenten 270 €)

Leitung: D. Paul, Frankfurt

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block I: Di., 12.–Sa., 16. November 2019

Gebühr Block I: 990 € (Akademiestudenten 891 €)

Weitere Blöcke unter: www.akademie-laekh.de

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Sportmedizin

Der Umfang der Weiterbildung beträgt 240 Stunden. Die inhaltliche Zusammensetzung ist auf die aktuellen Bestimmungen der WBO der LÄKH ausgerichtet. Der Kurs enthält theoretische und – in großem Umfang – praktische Elemente.

ZTK 7, 9, 11: Mo., 23.–Sa., 28. September 2019 48 P

ZTK 1, 12, 14: Mo., 04.–Sa., 09. November 2019 48 P

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. phil. W. Banzer, Frankfurt

Gebühr: jeweils 880 €
(Akademiestudenten 792 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 25.–Sa., 30. November 2019

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

Gebühr ges.: 560 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 504 €)

Gebühr/Tag: 150 € (Mitglieder Akademie, BDI und DGIM 135 €)

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-227,

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

Sozialmedizin

AK II (G + H): Di., 10.–Fr., 20. September 2019

Leitung: Dr. med. R. Diehl, Eschborn

Gebühren: 680 € (Akademiestudenten 612 €)

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

Manuelle Medizin / Chirotherapie

Zur Erlangung der Zusatzbezeichnung Manuelle Medizin / Chirotherapie müssen sieben Kursblöcke besucht werden.

Weitere Termine werden 2020 und 2021 an der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung in Bad Nauheim angeboten.

Kursblock II (inkl. 20 UE E-Learning)

Do., 22.–Sa., 24. August und Fr., 30.–Sa., 31. August 2019

Kursblock III Fr., 24.–Sa., 25. Januar und

Fr., 31. Januar – Sa., 01. Februar 2020

Kursblock IV (inkl. 20 UE E-Learning)

Fr., 19.– Sa., 20. Juni und Fr., 26.–Sa., 27. Juni 2020

Kursblock V Fr., 23.–Sa., 24. Oktober und

Fr., 30.–Sa., 31. Oktober 2020

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

Gebühren: Kursblock II 1.200 €
(Akademiestudenten 1.080 €)
Kursblock III, V je 650 €
(Akademiestudenten 585 €).
Kursblock IV 1.000 €
(Akademiestudenten 900 €)

Weitere Termine und Gebühren auf Anfrage.

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

Allgemeinmedizin

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

Kurs B – Modul IIa: Fr., 20.–Sa., 21. September 2019 21 P

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühren: 300 € (Akademiestudent 270 €)

Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren Hessen gelten ermäßigte Gebühren. Bitte anfragen.

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., 27.– Sa., 30. November 2019 insg. 42 P

Themenübersicht:

Mi.: Gynäkologische Onkologie 11 P

Do.: Endokrinologie und Reproduktionsmedizin 10 P

Fr.: Gynäkologie inkl. Urogynäkologie 10 P

Sa.: Geburtshilfe inkl. Pränataldiagnostik 11 P

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

Gebühr ges.: 480 € (Akademiestudenten 430 €)

Gebühr/Tag: 150 € (Akademiestudenten 135 €)

Auskunft/Anmeldung: S. Holler, Fon: 06032 782-226
E-Mail: susanne.holler@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 AGBs und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig abgesagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

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

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

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

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Bitte informieren Sie sich über die Mitgliedsbeiträge online oder bei Cornelia Thriene,

Fon: 06032 782-204,
E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de

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





Qualifizierungslehrgänge

Neurologie und Psychiatrie (120 Stunden)

Inhalte:

Im Qualifizierungslehrgang werden Inhalte im Rahmen der Delegation ärztlicher Leistungen vermittelt mit dem Ziel, bei der Diagnose, Behandlung und Begleitung von Patienten in der neurologischen und/oder psychiatrischen Praxis arztentlastend tätig zu sein. Zusätzlich sind die Fortbildungen:

PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung (8 Std.)

Gebühr: 95 €

PAT 2: Wahrnehmung und Motivation (8 Std.)

Gebühr: 95 €

zu belegen. Termine auf Anfrage oder auf unserer Website.

Beginn (NP): ab Fr., 06.09.2019

Gebühr (NP): 950 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176, Fax: -180

Onkologie (ONK)

Inhalte: Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen Medizinische Fachangestellte hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Onkologiepatienten in onkologischen Schwerpunktpraxen besteht aus den nachfolgenden Modulen, die einzeln buchbar sind:

• **PAT 1:** Kommunikation und Gesprächsführung (8 Std.)

Gebühr: 95 €

• **PAT 2:** Wahrnehmung und Motivation (8 Std.)

Gebühr: 95 €

Termine: auf Anfrage oder auf unserer Website.

• **ONKPAL**

Termin: Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019

Gebühr: 255 €

• **Blockveranstaltung ONK:**

Beginn: ab Mi., 28.08.2019

Gebühr: 600 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Palliativversorgung (PAL)

Die Regelung zur „Spezialisierten ambulanten Palliativversorgung“ bezieht die Medizinischen Fachangestellten verstärkt ein. Der 120-stündige Lehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung und Betreuung von Palliativpatienten besteht aus folgenden Modulen (einzeln buchbar):

• **PAT 1: Kommunikation und Gesprächsführung** (8 Std.)

Gebühr: 95 €

• **PAT 2: Wahrnehmung und Motivation** (8 Std.)

Gebühr: 95 €

Termine: auf Anfrage oder auf unserer Website.

• **ONKPAL**

Termin: Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019, **Gebühr:** 255 €

• **Blockveranstaltung PAL:**

Beginn: ab Mi., 23.10.2019

Gebühr: 715 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Fortbildungen

Durchführung der Ausbildung

Fortbildungen in Wiesbaden und Kassel (PAT 20)

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

• **Termin in Wiesbaden (PAT 20_4):**

Fr., 02.08.2019–Sa., 03.08.2019 und

Do., 15.08.–Sa., 17.08.2019

• **Termin in Kassel (PAT 20_7):**

Fr., 09.08.2019–Sa., 10.08.2019 und

Do., 29.08.–Sa., 31.08.2019

Gebühr: 480 €

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

Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen (PAT 11_2)

Inhalte: Die Veranstaltung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger sowie an Mitarbeiter/-innen für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist.

Termin: Sa., 26.10.2019, 09:30–16:00 Uhr

Gebühr: 110 €

Zusatztermin: Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen Teil II (PAT 12_2)

Inhalte: In der Fortbildung werden die Grundlagen der Honorarverteilung, die unterschiedliche Vergütung der ärztlichen Leistungen mit den hieraus resultierenden Konsequenzen für die Abrechnung erläutert.

Termin: Sa., 09.11.2019, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 110 €

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

Refresher: Aufbereitung von Medizinprodukten (MED 12)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich an Teilnehmer/-innen, die bereits die Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten erworben haben, ihren Kenntnisstand aktualisieren und die Gelegenheit zum fachlichen Austausch nutzen möchten.

Termin: Mi., 06.11.2019, 13:30–17:45 Uhr

Gebühr: 80 €

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



Strahlenschutzkurse

Kenntnisse im Strahlenschutz gemäß Strahlenschutzverordnung (STR)

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

Termin: ab Mi., 21.08.2019

Gebühr: 980 € zzgl. 50 € Prüfungsgebühr

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz für medizinisches Assistenzpersonal (STR A 2_2)

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

Termin: Fr., 13.09.2019, 08:30–16:00 Uhr und
Sa., 14.09.2019, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 245 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“ (StR A 1_2)

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

Termin: Sa., 14.09.2019, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 110 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Assistenz beim ambulanten Operieren (AOP 2)

Die 80-stündige Fortbildung vermittelt nicht nur Handlungskompetenzen in der unmittelbaren Unterstützung und operationstechnischen Assistenz der Ärztin/des Arztes bei der Durchführung ambulanter Eingriffe, sondern auch Kenntnisse zu deren vielfältigen Rahmenbedingungen.

Lehrgangsinhalte:

- Medizinische und strukturelle Grundlagen
- Instrumenten- und Materialkunde
- Hygiene
- Instrumentenaufbereitung und Sterilisation
- Perioperative Notfälle
- Umgang mit Patienten und Begleitpersonen
- Verwaltung und Organisation
- Dokumentation, Recht und Arbeitsschutz

Termin: ab Mi., 30.10.2019

Gebühr: 1.010 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Fortbildungen für Auszubildende

FLOPS vermeiden – Workshop für Auszubildende (AZU)

Ab September 2019 starten wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr an verschiedenen Veranstaltungsorten in Hessen.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

- Der erste Eindruck macht's!
- Der richtige Gruß!
- Das berufliche Outfit – richtig ausgewählt!
- Sauber und ordentlich, ist doch klar!
- Profi werden bedeutet Lob und Kritik aussprechen und annehmen!

Termin Kurs AZU 1_1: Mi., 25.09.2019, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort:

Landesärztekammer Hessen:

Hanauer Landstraße 152, 60314 Frankfurt

Termin Kurs AZU 1_2: Mi., 30.10.2019, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer Darmstadt, Wilhelminenplatz 8

Termin Kurs AZU 1_3: Mi., 11.12.2019, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer Marburg, Gisselberger Straße 3

Termin Kurs AZU 1_4: Mi., 18.12.2019, 14:00 bis 18:30 Uhr

Veranstaltungsort:

Bezirksärztekammer Wiesbaden, Wilhelmstraße 60

Gebühr: jeweils 80 €

Kontakt: Christina Glaubitz-Harbig, Fon: 06032 782-175,
Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Veranstaltungsort (soweit nicht anders angegeben):

Carl-Oelemann-Schule (COS)

Website: www.carl-oelemann-schule.de

Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim

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

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:

Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule

Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim

Fon: 06032 782-230 | Fax: 06032 782-320

E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen

Aufgrund § 17 Abs. 1 Nr. 10 des Heilberufsgesetzes hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23.03.2019 mit der nach § 4 Abs. 2 Nr. 1 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen erforderlichen Mehrheit von 2/3 aller gewählten Mitglieder der Delegiertenversammlung folgende Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen beschlossen:

1. Zuständigkeit in Härtefällen

Artikel 1

Die Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

1. § 3 wird wie folgt geändert:

a) In **Absatz 12 Satz 1 zweiter Halbsatz** werden die Wörter „die zuständige Geschäftsführerin oder der zuständige Geschäftsführer mit Zustimmung des Vorstandes“ durch die Wörter „der Vorstand“ ersetzt.

b) In **Absatz 12 Satz 2** werden die Wörter „gegen die Entscheidungen der zuständigen Geschäftsführerin, des zuständigen Geschäftsführers und der von ihr oder ihm beauftragten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter“ gestrichen.

2. § 5 wird wie folgt geändert:

a) In **Absatz 5 Satz 6** werden die Wörter „die zuständige Geschäftsführerin oder der zuständige Geschäftsführer mit Zustimmung des Vorstandes“ durch die Wörter „der Vorstand“ ersetzt.

b) In **Absatz 10 Satz 3** werden die Wörter „die zuständige Geschäftsführerin oder der zuständige Geschäftsführer mit Zustimmung des Vorstandes“ durch die Wörter „der Vorstand“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2019 in Kraft.

2. Arbeitsversuch

Artikel 1

Die Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

In **§ 3 Abs. 11 Satz 1** wird die Angabe „3“ durch die Angabe „6“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten am 01.07.2019 in Kraft.

3. Berechnung der Berufsunfähigkeitsrente ab Vollendung des 60. Lebensjahres

Artikel 1

§ 14 der Versorgungsordnung wird wie folgt geändert:

1. In **Absatz 9 Satz 2** werden die Wörter „Eintritt der Berufsunfähigkeit“ durch das Wort „Rentenbeginn“ ersetzt.

2. In **Absatz 9 Satz 4** werden die Wörter „dem Rentenantrag folgenden Monats“ durch die Wörter „Monats, in dem der Anspruch auf Zahlung der Rente beginnt,“ ersetzt.

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung vom 01.01.2016 in Kraft.

Die vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23.03.2019 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen werden hiermit ausgefertigt.

Frankfurt am Main, 25.03.2019



Dr. Titus Freiherr Schenck
zu Schweinsberg
Vorsitzender des Vorstandes
des Versorgungswerkes
der Landesärztekammer Hessen

Die vorstehenden von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23.03.2019 beschlossenen Änderungen der Satzung und Versorgungsordnung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen wurden vom Hessischen Ministerium für Soziales und Integration am 03.04.2019 (Geschäftszeichen: IV1A-54g2000-0004/2009/011) nach § 17 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes i.V.m. § 4 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen genehmigt und werden hiermit im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt am Main, 15.05.2019



Dr. Titus Freiherr Schenck
zu Schweinsberg
Vorsitzender des Vorstandes
des Versorgungswerkes
der Landesärztekammer Hessen

Anonymer Krankenschein: Nun fehlt das Geld

Niedersächsisches Modell zur Versorgung von Menschen ohne Papiere ist beendet – Befürworter hoffen auf einen Neustart nach der Evaluierung

Frühzeitige, leitliniengerechte ärztliche Versorgung – etwa für besonders vulnerable Gruppen wie Schwangere und Kinder, aber auch Impfungen, die Therapie von übertragbaren Krankheiten und nicht zuletzt eine Unterstützung bei der Legalisierung: Das sind einige der Vorteile, die Dr. PH Maren Mylius für das niedersächsische Modellprojekt zur Versorgung von Menschen ohne Papiere ins Feld führt. Als Ärztin hat sie ehrenamtlich die Einrichtung der beiden niedersächsischen Ausgabestellen für die sogenannten „anonymen Krankenscheine“ in Hannover und Göttingen betreut, die ein Landtagsbeschluss in dem Zeitraum zwischen 2015 und 2018 finanziell ermöglichte.

Legalisierungsberatung als Trumpf

Doch Ende des vergangenen Jahres wurden die beiden Stätten geschlossen, in denen jeweils eine Ärztin oder ein Arzt halbtags arbeitete: „Wir hatten an vier Tagen in der Woche zu verschiedenen Zeiten geöffnet“, berichtet Mylius, die dem eigens für das Projekt gegründeten Trägerverein „Gesundheitsversorgung für Papierlose e. V.“ vorsteht. An den beiden Standorten erhielten zum Beispiel abgelehnte, untergetauchte Asylbewerber, Opfer von Menschenhändlern oder aus einem anderen EU-Land illegal eingereiste Ausländer eine medizinische Beratung und konnten mit dem ausgehändigten Krankenschein eine Praxis ihrer Wahl aufsuchen. An beiden Standorten bildeten Schwangerschaften beziehungsweise eine Geburt die häufigste Ursache für die Inanspruchnahme der Beratung. Im Verlauf des Projekts sei zudem vermehrt über Impfungen aufgeklärt worden. „Menschen mit einem derart unsicheren Status kommen sonst gar nicht auf die Idee, über so etwas wie eine Impfung nachzudenken“, weiß Mylius.

Als besonderen Vorzug des Modellprojekts heben sie und viele andere in der Flüchtlingshilfe engagierte Ehrenamtliche die Legalisierungsberatung hervor: „Sie wurde

von Kennern des Aufenthaltsrechts durchgeführt“, berichtet Mylius. Für Laien und erst recht für nicht gut Deutsch sprechende Migrantinnen und Migranten seien die Bestimmungen nur schwer zu durchdringen. „Aber erst nach der Legalisierung können diese Menschen zum Beispiel legal einer Erwerbstätigkeit nachgehen, menschenwürdige Unterbringungen bewohnen und die Kinder sicher zur Schule gehen“, beschreibt die Ärztin den großen Wert dieser Hilfe.

„81 Prozent dieser Legalisierungsberatungen waren erfolgreich“, berichtete Dr. med. Cornelia Goesmann im vorigen November der Kammerversammlung der Ärztekammer Niedersachsen. Das ärztliche Parlament verabschiedete anschließend auf Vorschlag der Vorsitzenden der ÄKN-Bezirksstelle Hannover eine Resolution, die von der Landesregierung forderte, den „anonymen Krankenschein weiter zu unterstützen“. Während andere Bundesländer wie zum Beispiel Hessen derzeit die Einführung einer anonymen Krankenbehandlung prüfen, ist es allerdings fraglich, ob das Projekt in Niedersachsen fortgeführt wird. „Derzeit läuft die nach der Landtagsentscheidung vorgesehene Evaluation und Schlussabrechnung aller Leis-

tungen. Auf Basis dieser Daten und unter Einbeziehung anderer Modellprojekte wird dann zu prüfen sein, ob und inwieweit der anonyme Krankenschein auf weitere niedersächsische Standorte auszuweiten ist“, antwortete das Niedersächsische Ministerium für Soziales, Gesundheit und Gleichstellung auf Nachfrage. Eine Beurteilung werde erst nach erfolgter Schlussevaluation und Abrechnung voraussichtlich ab Juli 2019 erfolgen können. Die Infrastruktur des Projekts musste Mylius zufolge allerdings bereits abgebaut werden.

Keine Frage des Geldes

Zu ausufernden Kosten hatte das Projekt nicht geführt. Die vom Land Niedersachsen insgesamt bereitgestellten Mittel in Höhe von rund 1,5 Millionen Euro deckten sowohl die Arztbesuche von illegal an den jeweiligen Orten lebenden Menschen als auch die Medikamente und Therapien ab. Von den jährlich zur Verfügung gestellten rund 420.000 Euro wurden zum Beispiel 2017 nur knapp 140.000 Euro ausgegeben. Nun, da diese Gelder nicht mehr bereitstehen, müssen sich Bedürftige in Hannover zum Beispiel wieder an Stellen

Petition an den Hessischen Landtag gestartet

Eine Petition, den Anonymen Krankenschein auch in Hessen einzuführen, haben die Medinetze Gießen und Marburg zusammen mit dem Ausländerbeirat des Landkreises Gießen auf den Weg gebracht. Auch der AstA Marburg (Allgemeiner Student*innen-Ausschuss der Philipps-Universität Marburg) unterstützt die Petition. „Durch die Verweigerung medizinischer Hilfe wird das Grundrecht auf Gesundheit verletzt und es entstehen zudem unnötiges Leiden und Kosten, die durch eine frühzeitige Behandlung verhindert werden könnten. Das Konzept ‚Anonymer Krankenschein‘ ist in anderen Ländern, zum Beispiel

Thüringen, bereits erfolgreich“, heißt es darin (siehe weiterer Artikel auf S. 467). Die Petition an den Hessischen Landtag findet sich im Internet: www.change.org/p/koalitionsverhandlungen-zur-einfuehrung-des-anonymen-krankenscheins-hessen oder via Kurzlink: <https://tinyurl.com/y2k5fk74>.

Kontakt: Rebecca Anjali Maitra,
cand. med.
(medinetz Gießen),
E-Mail-Adressen:
medinetz-giessen
@posteo.de
oder: info@medinetz-marburg.de



wie die Malteser Migranten Medizin (MMM) wenden. Aber dort gebe es nur eine Sprechstunde in der Woche, sagt Mylius: „Und wenn ich am Mittwoch schwere Schmerzen bekomme, ist es bis zum nächsten Dienstag eine lange Zeit.“

Eine andere Anlaufstelle für die Menschen ohne Papiere ist Medinetz, eine Hilfsorganisation mit Niederlassungen in ganz Deutschland. In Hannover bietet Medinetz einmal wöchentlich am Montag eine Sprechstunde im Kulturzentrum Faust an. Doch die medizinische Versorgung von Menschen ohne geregelten Aufenthaltsstatus ist nun seit dem Ende des anonymen Krankenscheins für die Helfer wieder wesentlich aufwändiger: „Wir arbeiten mit Ärztinnen und Ärzten zusammen, die Hilfebedürftige ehrenamtlich behandeln“, sagt Malte Haffner, Vertreter von Medinetz Hannover. Aber für Laborkosten, Medikamente und Therapien müssten die Hilfsorganisationen aufkommen und dafür Spenden sammeln. „Da haben wir jetzt nur noch rund 10.000 Euro im Jahr zur Verfügung“, berichtet Haffner. „Teure Krankenhausbehandlungen können wir nicht bezahlen.“

Sprechstunden bei der Region Hannover

Nach wie vor betreut werden Menschen ohne belastbare Krankenversicherung au-

ßerdem vom Fachbereich Gesundheit der Region Hannover: Für Menschen in der Sexarbeit gibt es zum Beispiel mehrmals die Woche Sprechstunden, in denen über HIV/Aids und andere Sexuell Übertragbare Infektionen (STI) beraten und informiert wird. „Wir bieten eine anonyme, kostenlose Beratung sowie Untersuchungen und Behandlungen für Menschen an, die eine Gefährdung für sexuell übertragbare Krankheiten erfahren haben“, berichtet Marlene Graf, Leiterin des Teams Prävention und Gesundheitsförderung. Doch während eine HIV-Therapie aus Kostengründen nicht übernommen werden könne, versuche ihr Team bei anderen Infektionen – beispielsweise Chlamydien – frühzeitig zu behandeln: „Dabei sind wir allerdings darauf angewiesen, dass die erkrankten Personen nach den Labortests erneut zu uns kommen“, sagt Graf. „Wir selbst haben keine Möglichkeit, sie zu kontaktieren.“

Anders ist das bei Schwangeren. „Frauen ohne Krankenversicherung erhalten von der Malteser Migranten Medizin einen Mutterpass und wir übernehmen unentgeltlich den ärztlichen Teil“, sagt Graf. Doch das gehe auch im Hinblick auf das Kind nicht anonym, räumt sie ein. Neben den Ärztinnen und Ärzten sind auch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter eng in die Arbeit des hannoverschen Gesund-

heitsamtes eingebunden – so auch bei Dr. med. Martina Baxmann, die im Fachbereich Gesundheit die Tuberkuloseberatungsstelle leitet. Ihr Team mache ebenfalls von Anfang an klar, dass es sich nicht für die aufenthaltsrechtlichen Belange interessiere. Es gehe ihm vielmehr darum, den Tuberkulosepatienten – 2018 waren es immerhin 78 – zu helfen. Deshalb erhielten jene Patienten, die nicht krankenversichert seien oder sich die Zuzahlungen nicht leisten könnten, die Medikamente umsonst: „Diese Patienten müssen wir behandeln und die Therapie gewährleisten“, sagt Baxmann. Denn die Tuberkulose sei nicht nur eine ernst zu nehmende ansteckende Erkrankung – obendrein sei eine Infektion erst nach einiger Zeit nachweisbar.

Inge
Wünnenberg,
M.A.
Redaktion
Niedersächsisches
Ärzteblatt



Der Artikel ist zuerst in der Ausgabe 05/2019 des Niedersächsischen Ärzteblatts erschienen (S. 15 f).

„Thüringer Modell AKS auch für Hessen möglich“

In Thüringen gibt es seit 2017 das Modell des „Anonymen Krankenscheins“ (AKS), der die Behandlung von Patienten ohne Krankenversicherung ermöglicht. Dort wird die Versorgung über eine Vermittlungsstelle in Form eines gemeinnützigen Vereins unter ärztlicher Beteiligung organisiert. Menschen ohne Versicherung können über diese Stelle sowie durch landesweit verteilte „Vertrauensärzte“ einen anonymisierten Behandlungsschein erhalten. Die Betroffenen müssen dabei ihren Namen nicht angeben – auf dem Schein steht lediglich ein Pseudonym. Diese „Pseudonymisierung“ ist legal und dient der Vertraulichkeit. Im Anschluss kann nach eigener Wahl eine Ärztin oder ein Arzt besucht werden. Die ärztlich er-

brachten Leistungen werden nach GOÄ (1,0) mit dem Verein abgerechnet. Dieser wird in Thüringen derzeit mit einer Fördersumme von 250.000 Euro pro Jahr aus Landesmitteln unterstützt.

Die Einrichtung entsprechender Strukturen in Hessen und eine Finanzierung seitens des Ministeriums für Soziales und Integration könnte dazu beitragen, eine Lücke in der medizinischen Versorgung von Menschen zu decken, die durch die bestehenden Sozialversicherungssysteme nicht erfasst sind. Die Medinetzte Gießen und Marburg sowie die Arbeitsgemeinschaft der Ausländerbeiräte fordern einen AKS für Hessen. Eine entsprechende Petition der Medinetzte ist online (siehe Kasten S. 466).

Unterstützung seitens der Landesärztekammer Hessen

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) beschloss im November 2018, sich bei der neuen hessischen Landesregierung für die „Etablierung geeigneter Maßnahmen zur Strukturierung und Finanzierung der Behandlung von Menschen ohne Papiere“, anlehnend an den AKS, einzusetzen (Internet: www.laekh.de → Pressemitteilungen).

Sophia von Nasse,
Maxi Haslach,
Felix Litschauer,
Rebecca Anjuli Maitra

Zwölf Jahre im Sachverständigenrat Gesundheit – ein Rückblick

Der Sachverständigenrat zur Beurteilung der Entwicklung im Gesundheitswesen (SVR) – wie das Gremium offiziell heißt – hat die Aufgabe, „Gutachten zur Entwicklung der gesundheitlichen Versorgung mit ihren medizinischen und wirtschaftlichen Auswirkungen zu erstellen. Im Rahmen der Gutachten entwickelt der SVR [...] Prioritäten für den Abbau von Versorgungsdefiziten und bestehenden Überversorgungen und zeigt Möglichkeiten und Wege zur Weiterentwicklung des Gesundheitswesens auf [...]“. Der SVR wird vom amtierenden Gesundheitsminister für vier Jahre berufen. Die sieben Räte kommen aus unterschiedlichen Bereichen. Entsprechend den Wirtschaftsweisen kann man die Ratsmitglieder als Gesundheitsweisen bezeichnen.

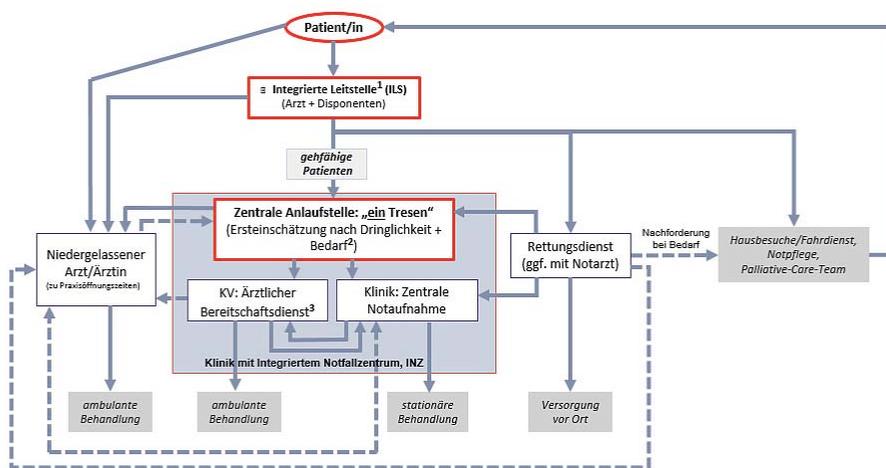
Von Oktober 2007 bis Januar 2019 war ich selbst Mitglied des Sachverständigenrats Gesundheit. Initial berufen von der Gesundheitsministerin Ulla Schmidt (SPD) und im Folgenden ebenso tätig während der Amtszeit der Gesundheitsminister

Philipp Rösler (FDP), Daniel Bahr (FDP), Hermann Gröhe (CDU) und zeitweise Jens Spahn (CDU) konnte ich an fünf Gutachten, davon drei Sondergutachten (hier wird das Thema vom Minister vorgegeben), mitarbeiten. Meine Motivation für Arbeit und Engagement war die große Chance, nicht nur „ungehörte“ Kritik im Alltag zu üben, sondern dazu beizutragen, dass das deutsche Gesundheitssystem und damit die Versorgung der Patienten etwas besser werden. Ich hatte das Privileg, neben ärztlichen Kolleginnen und Kollegen mit (Gesundheits-)Ökonomen, Pflegewissenschaftlerinnen, einem Volkswirt, einem Juristen, einem Apotheker und einem Soziologen zusammenzuarbeiten. Das Besondere dieser Arbeit, die von Mitarbeitern einer Geschäftsstelle unterstützt wird, liegt in der Multidisziplinarität. Aus ganz unterschiedlichen Blickwinkeln wird ein Problem, eine Herausforderung bearbeitet und ein gemeinsames Gutachten erstellt, welches von allen Räten vertreten wird. In der Endfassung gibt

es keine Zuordnung zu Autoren. Theoretisch wäre sogar ein Minderheitenvotum möglich, das ich jedoch während meiner Zeit im Rat nicht erlebt habe trotz mancher heiß diskutierten Empfehlung und Formulierung. Das Endprodukt berücksichtigt idealerweise die unterschiedlichen Blick- und Standpunkte. Ich hatte das Glück, die Sicht des täglich in der Patientenversorgung tätigen Arztes einzubringen, wobei ich hier nicht nur die stationäre Situation, sondern über eine persönliche Ermächtigung und über die enge Zusammenarbeit mit niedergelassenen Kollegen auch den ambulanten Sektor vertreten konnte.

Die Themen der Gutachten waren vielfältig, von der Versorgung von Kindern, der Prävention, der Transition bei chronisch kranken Jugendlichen, der Situation psychisch Erkrankter, über die Versorgung im ländlichen Raum, die Friktionen an den Schnittstellen zwischen den Sektoren, die Notfallversorgung und die Pflegebedürftigkeit im Alter. Viele Fragen konnten

Abb. 1: Entwurf einer sektorenübergreifenden, interdisziplinären Notfallversorgung



- 1 nutzt Notfall-Algorithmen / Versorgungspfade, Zugriff auf verfügbare Ressourcen, bucht Termine bei zentraler Anlaufstelle
- 2 Erstinschätzung möglichst durch ärztliche „Generalisten“, breit weitergebildete (Allgemein-)Mediziner mit notfallmedizinischer Erfahrung. Die Erstinschätzung muss unabhängig von Interessenskonflikten, die Patienten stationär aufzunehmen, erfolgen.
- 3 ggf. mit kinder- und/oder augenärztlichem Bereitschaftsdienst und/oder psychiatrischem Kriseninterventionsdienst

Quelle: SVR Gesundheit

Abb. 2: Umfassendes Modell einer regional vernetzten Versorgung im ländlichen Raum



(Quelle: Eigene Darstellung des SVR)

Quelle: SVR Gesundheit

bearbeitet werden auch und gerade über das aktuelle Geschehen hinaus. Auch Medizinprodukte und Arzneimittel, Krankengeld und Rehabilitation wurden thematisiert.

Die Bevölkerung wird immer älter, die Multimorbidität nimmt zu. Damit steigt nicht nur der Bedarf ärztlicher Versorgung, nein, alle Gesundheitsberufe sind gefordert. Mit den Schnittstellen im System wird die Koordination eine Herausforderung gerade in einer Zeit von Landflucht und Fachkräftemangel. Wie viel Versorgung ist notwendig, wie kann man sie am besten erreichen, wie plant man die ambulante Versorgung, wie die stationäre am besten? Wie sollte die Finanzierung sein? Wie sichert man eine gute Qualität, wie wird man besser? Helfen mehr Wettbewerb oder eher Regulierung, wo muss man unterstützen? Wie müssen Anreizsysteme konzipiert sein, welche Mitnahmeeffekte sollten vermieden werden? Es stellen sich viele Fragen, auf die es möglichst realitätsnahe Antworten und Lösungen zu finden gilt, ohne mehr Geld auszugeben. Denn eins ist sicher – die Empfehlungen im Gutachten werden nicht immer positiv von der Politik aufgenommen. Ver-

folgt man die Themen jedoch über einen gewissen Zeitraum, so tut sich doch etwas. Ob dies Folge der Gutachten ist? Ich denke, sie haben zumindest einen erheblichen Anteil daran. Ein Beispiel, dass Geduld gefordert ist, stellt für mich das Kapitel Medizinprodukte dar. Hier scheint sich nun Jahre nach dem Gutachten etwas zu bewegen. Erstaunlich ist demgegenüber die anscheinend rasche Umsetzung der Empfehlungen zur Notfallversorgung aus dem letzten Gutachten (siehe Abbildung 1).

Ein Beispiel für einen langsamen Umbau, der gerade beginnt, sind die Empfehlungen bezüglich des ländlichen Raums. Ein lokales Gesundheitszentrum, wie es die Abbildung 2 zeigt, gibt es noch an wenigen Orten. Jedoch wird hier eine zentrale Anlaufstelle gerade für ältere multimorbide, wenig mobile Patienten von immer größerer Bedeutung werden.

Persönlich habe ich viel während der Jahre im Rat gelernt und werde deshalb auch weiter die Gutachten verfolgen. Für alle im System Tätigen erscheint mir wichtig, dass man Grundlagen und Abläufe versteht und auch die Probleme, die sich immer wieder neu ergeben. Auch die Kran-

kenhausärztin oder der Pflegende sollten wissen, worin beispielsweise die Aufgaben der Selbstverwaltung bestehen oder warum der 1. Juli 2019 ein schwieriger Termin für einen Routinebesuch beim Hausarzt ist (Quartalsbeginn, der auf einen Montag fällt). Will man etwas bewegen, gilt es, sich in den Gremien zu engagieren. Nicht alle haben die Chance, in den Sachverständigenrat Gesundheit berufen zu werden. Für diese Möglichkeit bin ich bis heute dankbar.

Prof. Dr. med. Marion Haubitz
 Direktorin der Medizinischen Klinik III (Nephrologie) am Klinikum Fulda



Prof. Dr. med. Marion Haubitz war von 10/2007 bis 01/2019 Mitglied im Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen.

Früher Patientenkontakt erleichtert den Berufseinstieg

Erste Absolventen der Kassel School of Medicine als Klinikärzte tätig

„Ich vertraue Dir“ – das ist für Felix Kneer das „größte Lob, das es für einen jungen Arzt geben kann“ und über das er sich in den vergangenen Monaten schon mehrfach freuen konnte. Der 25-Jährige ist Foundation Year Doctor bei der Gesundheit Nordhessen (GNH) und gehört zum ersten Studierendenjahrgang an der Kassel School of Medicine (KSM), einer Kooperation der GNH und der University of Southampton. Im Sommer 2018 hat er das fünfjährige bilinguale Studium mit dem Bachelor of Medicine (BM), Bachelor of Surgery abgeschlossen, dem klassischen englischen Medizinerabschluss – der in seiner Wertigkeit dem deutschen Medizinstudium entspricht und nicht mit dem Bologna-Bachelor vergleichbar ist.

Im Foundation Year darf Felix Kneer mit einer vorläufigen Approbation ärztliche Tätigkeiten selbstständig erledigen, es muss jedoch immer ein weiterer Arzt im Dienst sein. „Im Klinikalltag kommt mir definitiv die intensive praktische Ausbildung in kleinen Gruppen während des Studiums zugute“, ist er überzeugt. „Wir haben sehr viele Patienten gesehen und mussten schon früh Patienten untersuchen und Diagnosen stellen.“ Davon profitieren nun die Kolleginnen und Kollegen in den Kliniken der Gesundheit Nordhessen, wo er sehr schnell ins Team integriert und mit eigenverantwortlichen Aufgaben betreut war. Einen „hervorragenden Eindruck“ von den Foundation Year Doctors hat auch Prof.

Dr. med. Frank Schuppert, Chefarzt der Klinik für Gastroenterologie, Endokrinologie, Diabetologie und Allgemeine Innere Medizin am Klinikum Kassel sowie für Innere Medizin in der Kreisklinik Wolfhagen. Im britischen Studiensystem lernten die angehenden Mediziner schon sehr früh, Anamnesen zu erheben und Probleme strukturiert abzuarbeiten. Das erleichtere ihnen den Einstieg in den Arztberuf erheblich. Deutschen Medizinabsolventen bereite es zunächst mehr Mühe, im Stationsalltag zurechtzukommen. Dafür hätten sie häufig selbst die Differentialdiagnosen von sehr seltenen Erkrankungen parat.

Prof. Dr. med. Schuppert: „Die Unterschiede dürften sich nach einem Jahr verwischt haben und so können wir froh sein über zwei unterschiedliche Wege in den Beruf, die beide zu sehr gutem Ärztenachwuchs führen.“

Die Studierenden an der KSM müssen strenge Aufnahmekriterien erfüllen und ein aufwändiges Auswahlverfahren durchlaufen. Jährlich werden bis zu 30 Studierende aufgenommen. Die Studienbeiträge betragen für alle BM-Medizinstudierenden aus der EU aufgrund der Immatrikulation an der britischen Universität Southampton pro Jahr 13.000 Euro.

Inhalte und Ablauf des Studiums an der KSM entsprechen den Vorgaben für die Mediziner-Ausbildung in Großbritannien. In den ersten beiden Jahren legen sie an der University of Southampton die wissen-

schaftlich-fachliche Basis für die spätere Tätigkeit. Von Anfang an treffen die Medizinstudierenden in England auf Patienten und lernen so die Kommunikation und den Umgang mit ihnen.

Im dritten Studienjahr wechseln die KSM-Studierenden für die klinische Ausbildung nach Nordhessen. Die einzelnen Lernblöcke beginnen jeweils mit Basisvorlesungen und -kursen und gehen dann – unter Anleitung – mit der praktischen Arbeit am Krankenbett sowie Seminaren weiter. Den deutschen Mediziner-Alltag lernen sie sowohl in den Kliniken der GNH als auch bei niedergelassenen Allgemeinmediziner in der Region kennen. Nach dem fünfjährigen Medizinstudiengang erwerben die Studierenden den Bachelor of Medicine, Bachelor of Surgery (BMBS) sowie für das erfolgreiche Absolvieren eines Forschungsprojektes den Bachelor of Medical Science (BMedSc). Im Anschluss an das Foundation Year in Nordhessen bekommen die Absolventen ihre Full Registration in England, die zur Voll-Approbation als Ärztin bzw. Arzt nicht nur in Deutschland, sondern auch im Commonwealth und weiteren Staaten berechtigt.

„Keine Auswirkungen durch Brexit“

Das seit dem Start der KSM im Jahr 2013 ungebrochen große Interesse belegt nach Meinung von KSM-Geschäftsführerin



Absolvent Felix Kneer, Prof. Dr. med. Frank Schuppert und KSM-Geschäftsführerin Dr. Daniela Stiegel (von links).

Fotos: Gesundheit Nordhessen

Dr. Daniela Stiegel die Attraktivität des Medizinstudienprogramms. Es locke nicht nur ein Studium mit internationalem Abschluss, sondern auch mit einem hohen Praxisanteil und hohen Anforderungen an die Qualität, die regelmäßig in Audits überprüft werde. Auch der Brexit werde keinerlei Auswirkungen auf die Lehrqualität haben. Sowohl die University of Southampton als auch die Gesundheit Nordhessen Holding AG hätten sich ausdrücklich für die Fortführung des Studienprogrammes ausgesprochen. Stiegel: „Wir gehen davon aus, dass die Anerkennung des Abschlusses über das Hessische Landesprü-

fungs- und Untersuchungsamt im Gesundheitswesen (HLPUG) weiterhin problemlos erfolgt, vergleichbar mit der Schweiz und Norwegen.“ Der Brexit werde möglicherweise mehr bürokratischen Aufwand mit sich bringen, beispielsweise bezüglich Einreisebestimmungen und Krankenversicherung für die Studierenden.

Mit der Gründung der KSM hatte die Gesundheit Nordhessen die Erwartung verbunden, motivierte junge Nachwuchsärzte für das Unternehmen und die Region zu gewinnen. Inwieweit dies gelingt, werden die nächsten Jahre zeigen, wenn die Ab-

solventen als vollapprobierte Ärztinnen und Ärzte dem Arbeitsmarkt zur Verfügung stehen. Felix Kneer jedenfalls hat sich schon für eine Facharztweiterbildung im Verbund der GNH entschieden.

Gisa Stämm
Pressesprecherin
Gesundheit
Nordhessen



Ungleiche Chancen

In dem Artikel von Gisa Stämm, Pressesprecherin der Gesundheit Nordhessen, wird der Eindruck erweckt, dass bei der Ausbildung von Ärztinnen und Ärzten an der Kassel School of Medicine für die Studierenden erhebliche Vorteile gegenüber der herkömmlichen Ausbildung an deutschen Universitäten bestehen. Insbesondere der Hinweis, die Studenten wären schon sehr früh im Patientenkontakt, erscheint zunächst sehr positiv. Un-erwähnt bleibt, dass auch an deutschen Universitäten insbesondere in Modellstudiengängen Praxisphasen erheblich ausgebaut wurden.

Das Medizinstudium ist aber eben keine „Learning by Doing“-Ausbildung am Krankenbett, sondern muss auf einer fundierten wissenschaftlichen Grundlage beruhen. Dies setzt eine forschungsbasierte Lehre durch hauptamtliche Professoren voraus. Franchising-Modelle, wie die Kassel School of Medicine, führen den klinischen Teil der Ausbildung eben nicht an einer Universität, sondern nur unter Aufsicht einer Universität (durch Southampton) durch – hier an einem Lehrkrankenhaus in kommunaler Trägerschaft. Die zur Verfügung stehenden Ressourcen (infrastrukturell und personell) entsprechen nicht denen einer deutschen Universität. Eine zusätzliche Schwierigkeit ist das fünfjährige Studium, das auch in Großbritannien eben nur zu einer „pre-registration“ führt. Die volle Zulassung erfolgt erst nach dem F1-trainee (foundation year). Während dieser F1-trainee-Phase ist das Studium noch nicht abgeschlossen, somit kann in diesem Jahr auch gemäß Art. 25 der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie keine Weiterbildung begonnen werden. Das Land Hessen erteilt eine Erlaubnis zur vorübergehenden Ausübung des ärztlichen Berufs mit Einschränkungen nach § 10 Abs. 5 der Bundesärzteordnung, diese ist aber explizit auf Ausnahmefälle ausgelegt. Daneben müssen die streitigen (tarif-)vertraglichen Grundlagen (zum Beispiel Vergütung/Dienste) geklärt werden.

Nun kann man sicher argumentieren, dass juristische Hürden nicht relevant sein sollten, solange die Kolleginnen und Kollegen aus Kassel nach ihrem Studium als qualifizierte Ärztinnen und Ärzte in der Versorgung zur Verfügung stehen. Das stimmt natürlich und auch ich bin froh über jeden einzelnen Absolventen in Kassel. Dieses Argument verdeckt aber das Hauptproblem: Diese Franchising-Modelle mit hohen Studiengebühren (kumulativ mindestens 65.000 Euro) haben in Deutschland nur deswegen so zugenommen, weil in unserem Land zu wenige Medizinstudienplätze an staatlichen Universitäten zur Verfügung stehen. Studiengebühren in dieser Höhe führen zu ungleichen Chancen auf einen Studienplatz je nach sozialer Herkunft. Es ist ein Armutszeugnis, dass bisher keine relevante Ausweitung der Medizinstudienplätze stattgefunden hat. Dies trotz der Tatsache, dass die Ärzteschaft in Deutschland schon seit vielen Jahren auf den Ärztemangel und die dringende Notwendigkeit der Erhöhung der Studienplätze hinweist. Stattdessen werden Ärztinnen und Ärzte aus dem Ausland abgeworben, was zu einem Ärztemangel in diesen Ländern führt.

Ob der Brexit tatsächlich nur zu mehr bürokratischem Aufwand führen wird oder noch mehr Probleme zu erwarten sind, kann derzeit wohl noch niemand abschließend sagen. Ich hoffe für die Studierenden an der Kassel School of Medicine jedenfalls, dass sie nicht Leidtragende sein werden.

Dr. med. Susanne Johna

Internistin/Krankenhaushygiene,
Präsidiumsmitglied
Landesärztekammer Hessen,
Landesverbandsvorsitzende
Marburger Bund Hessen,
Vorstandsmitglied
Bundesärztekammer



Kommentar



Änderung der aktuellen Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin

Prof. Dr. med. Erika Baum, Monika Buchalik, André R. Zolg – [1]

Zum 1. Juli 2019 tritt in Hessen eine Änderung der Weiterbildungsordnung (WBO) für das Gebiet Allgemeinmedizin in Kraft. Dieser Artikel vermittelt Hintergrundinformationen und Hilfe für Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung (ÄiW) in diesem Gebiet sowie ihre Weiterbilder und alle, die sich für diese Weiterbildung (WB) – auch im Quereinstieg – oder eine Weiterbildungsbefugnis interessieren.

Hintergrund

Ein effizientes Gesundheitssystem benötigt eine hohe Zahl von Hausärztinnen und Hausärzten. Ihre Zahl sollte die der Fachspezialisten im ambulanten Bereich überschreiten [2]. Nach neuer Berechnung des Zentralinstituts für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland sind derzeit mehr als 4.000 hausärztliche Vertragsarztsitze in Deutschland unbesetzt [3], davon ca. 300 in Hessen. Die Weiterbildung sollte wegen des breiten Tätigkeitsspektrums gut durchstrukturiert, aber auch attraktiv sein. Aus diesem Grund haben wir uns in Hessen entschieden, die Inhalte der neuen WBO für dieses Gebiet in die aktuelle Weiterbildungsordnung vorzuziehen.

Historie der neuen Muster-WBO

Für die Regelung der ärztlichen Weiterbildung sind die Landesärztekammern zuständig. Damit in Deutschland kein Flickenteppich und Weiterbildungstourismus entsteht, sollen sich alle an die Muster-WBO halten, die von dem Deutschen Ärztetag und der Bundesärztekammer verabschiedet wird. 2010 wurde beschlossen, eine Novellierung der damaligen Muster-WBO vorzunehmen; 2012 wurde diese auf den Weg gebracht. Ziel war eine hohe Weiterbildungsqualität und Anpassung an den aktuellen Stand der Wissenschaft und der Versorgungsrealität. Es gab dann langwierige Diskussionen mit den Fachgesellschaften, Berufsverbänden und Lan-

desärztekammern, bis im November 2018 diese [4] verabschiedet werden konnte. In Hessen hat man die Absicht, die 51 Facharztweiterbildungen, zehn Schwerpunktweiterbildungen und 57 Zusatzweiterbildungen möglichst unverändert in Landesrecht zu übernehmen, aber dennoch Bedenken und Eingaben bezüglich der Muster-WBO vorab zu sichten. Da es bei der Allgemeinmedizin keine Einwände gab, wurde diese Weiterbildung zusammen mit drei Zusatzweiterbildungen zum 1. Juli 2019 vorgezogen und in die aktuelle WBO übernommen, zumal hier hoher Handlungsbedarf gesehen wurde. Daraus resultiert die Chance, die neue Struktur der Weiterbildung anhand eines Gebietes engmaschig zu begleiten und Erfahrungen an andere Fächer weiterzugeben.

Aufbau der neuen WBO

Die neue Muster-WBO verfolgt einen innovativen Ansatz und ist 444 Seiten lang. Es gibt darin einen Paragrafenteil (Abschnitt A), die Beschreibung der einzelnen Gebiete, Facharzt- und Schwerpunktkompetenzen (Abschnitt B) sowie der Zusatzweiterbildungen (Abschnitt C). Beschrieben werden dabei neben den spezifischen Anforderungen der Fächer auch Grundsätze und Inhalte, die für alle Gebiete gelten, zum Beispiel ethische, rechtliche, wissenschaftliche Grundlagen, Handlungskompetenz bei Leichenschau, Hygienemaßnahmen. Generell gibt es zwei Kategorien der Weiterbildungsinhalte:

1. Kognitive und Methodenkompetenz, bei der die erforderlichen Kenntnisse beschrieben werden, sowie
2. Handlungskompetenz mit der Angabe von Erfahrungen und Fertigkeiten.

Für die einzelnen Qualifikationen wird in der neuen Muster-WBO hierdurch angegeben, was für eine Zulassung zur Prüfung von ÄiW gefordert wird. Es wird erwartet, dass dies am Ende der Weiterbildung zur selbstständigen Tätigkeit in der angestrebten Qualifikation befähigt, und

muss von den entsprechend zur Weiterbildung Befugten bescheinigt werden. Dabei werden nur noch die Mindestzeit (= Erfahrungszeit) der Gesamt-Weiterbildung und gegebenenfalls wenige Teilabschnitte zeitlich genau vorgegeben. Auch die bisherigen Zahlenangaben bei Weiterbildungsinhalten wurden an vielen Stellen gestrichen. Es gilt der Grundsatz:

Qualität geht vor Quantität.

Der Übergang bis zur neuen WBO

Da die neue Muster-WBO anders strukturiert ist als die bisher gültige WBO, aber nur ein Teil daraus vorgezogen wurde, war es erforderlich, den neuen Text in die alte Struktur einzubetten. Inhaltlich wurde aber die neue Muster-WBO unverändert in Hessen umgesetzt (Ausnahme Quereinstieg – siehe unten). Hier haben wir der Rechtsabteilung und der Abteilung Ärztliche Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) für die rasche und kompetente Anpassung zu danken. Wenn die neue WBO insgesamt realisiert wird (das heißt das Gesamtwerk in Form einer neuen WBO verabschiedet wird), erfolgt auch die Darstellung für alle Fächer analog den Vorgaben der Muster-WBO, sofern nicht durch die Delegierten der LÄKH noch Anpassungen erfolgen.

Tipp und wichtiger Hinweis für alle ÄiW und Weiterbildungsbefugte

Für alle ÄiW, die ab dem 1. Juli 2019 in Hessen ihre Weiterbildung im Fach Allgemeinmedizin beginnen, gilt die neue WBO. Alle anderen haben sieben Jahre lang die Option, auf die neue WBO zu wechseln oder ihre Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin nach der alten WBO abzuschließen. Dieser Gruppe der ÄiW raten wir, sich baldmöglichst mit den Details beider Ordnungen zu beschäftigen und zu entscheiden, welche individuell bevorzugt wird.

Für alle, die derzeit zur Weiterbildung befugt sind, wird die Gültigkeit der bestehenden Befugnis unverändert garantiert. Erst wenn die neue Gesamt-Weiterbildungsordnung in Kraft tritt (voraussichtlich 2020), wird ein neuer Antrag auf Erteilung gestellt werden müssen, da dann evaluiert werden muss, welche Kompetenzen an welcher Weiterbildungsstätte vermittelt werden können. Wir werden Sie diesbezüglich im Hessischen Ärzteblatt vorab darauf hinweisen.

Neuerungen für die Allgemeinmedizin

- Die Pflichtzeit im Gebiet der Inneren Medizin wird auf zwölf Monate (Vollzeit) verkürzt, sie muss allerdings in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden.
- Im Mittelpunkt steht als Kernstück der 24-monatige Abschnitt Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung. In diesem Abschnitt ist allerdings keine Anrechnung mehr für sechs Monate ambulante Weiterbildung in Chirurgie oder in Innere Medizin oder in Kinder- und Jugendmedizin vorgesehen.
- Dafür gibt es die neue Vorgabe, sechs Monate in einem weiteren Fach (also jenseits von Innere Medizin oder Allgemeinmedizin) der unmittelbaren Patientenversorgung abzuleisten. Dies kann sowohl im stationären als auch im ambulanten Bereich erfolgen. Damit soll den vielfältigen Kompetenzanforderungen in der Allgemeinmedizin Rechnung getragen werden.
- Unverändert bleiben weitere 18 Monate Weiterbildung, die in jedem Fach der unmittelbaren Patientenversorgung ambulant oder stationär abgeleistet werden können, wobei Abschnitte ab drei Monate (bezogen auf ganztägige Tätigkeit, ansonsten entsprechend länger) anrechenbar sind. Hier ergeben sich vielfältige Variations- und Kombinationsoptionen bei der Weiterbildung im Gebiet Allgemeinmedizin. Damit wurde dem Wunsch der ÄiW nach einem größerem Weiterbildungsspektrum und mehr Flexibilität entsprochen.

- Unverändert bleibt auch die 80-stündige Kurs-Weiterbildung in der psychosomatischen Grundversorgung als Pflichtteil erhalten.

Bei den Weiterbildungsinhalten wurden die Mindestzahlen massiv „eingedampft“. Sie betreffen jetzt im Wesentlichen besondere Patientengruppen wie dokumentierte Behandlung von insgesamt 50 akut erkrankten Kindern oder Betreuung von 25 pflegebedürftigen Personen in der Häuslichkeit und einige wenige mehr.

eLogbuch

Ab dem 1. Juli 2019 wird den Landesärztekammern auch die Möglichkeit gegeben, je nach Stand der in den jeweiligen Landesärztekammern umgesetzten neuen Weiterbildungsordnungen ein eLogbuch zur Dokumentation des Weiterbildungsstandes zu implementieren. Die entsprechenden Pflichtangaben werden gerade vorbereitet. Sie basieren für die Allgemeinmedizin auf den Vorgaben der Muster-WBO und lagern auf einem Server der Bundesärztekammer.

Ziel in Hessen ist die Integration des eLogbuches in das bestehende Portal der Landesärztekammer Hessen. Das eLogbuch wird in Hessen voraussichtlich erst mit Inkrafttreten einer neuen Gesamt-WBO für alle Fachgebiete verpflichtend.

- Die Weiterbildungsinhalte, die aktuell erworben werden, werden – wie bisher auch – „analog“ in den Anlagen zum Zeugnis notiert. Selbstverständlich sind auch weiterhin Zeugnisse über den absolvierten Weiterbildungsabschnitt durch die Befugten zu erstellen.
- Die sorgfältige Dokumentation über die erworbenen Kompetenzen und Weiterbildungsgespräche, die mindestens einmal jährlich (bzw. einmal in einem kürzeren WB-Abschnitt) vorgegeschrieben sind, liegt in der Verantwortung und Hoheit der ÄiW.
- Die Bestätigung über den Erwerb der WB-Inhalte ist Aufgabe der WB-Befugten.

Es empfiehlt sich, dieses eLogbuch – wenn es dann in Hessen implementiert wurde – von Anfang an sorgfältig zu führen und kontinuierlich Fortschritte im Kompetenzerwerb zu dokumentieren und

bestätigen zu lassen. So soll vermieden werden, dass am Ende Dinge bescheinigt werden, die nicht stattgefunden haben, sodass für alle Beteiligten Verlässlichkeit hergestellt wird. Im weiteren Verlauf werden die Vorgaben für die Logbücher sicher überarbeitet.

Tipp bezüglich genehmigungspflichtiger Leistungen im KV-Bereich

Sie sollten Weiterbildungsinhalte, die Voraussetzung für genehmigungspflichtige Leistungen im KV-Bereich sind, unbedingt sorgfältig und entsprechend den dortigen oft sehr differenzierten Vorgaben (z. B. Anzahl der Sonografien) dokumentieren und von Ihrem/r Weiterbildungsbefugten auch mengenmäßig bestätigen lassen, selbst wenn das für die Zulassung zur Facharztprüfung nicht erforderlich sein sollte. Es erspart Ihnen später aufwendiges Nachfassen oder gar Nacharbeiten.

Quereinstieg in die Allgemeinmedizin bleibt in Hessen bestehen

Der Quereinstieg in die Facharztweiterbildung Allgemeinmedizin wird in Hessen unverändert fortgeführt. Dies bedeutet, dass alle Fachärztinnen und Fachärzte aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung nur 24 Monate reine Weiterbildungszeit (in Vollzeit) in der Allgemeinmedizin in einer entsprechend befugten Praxis durchführen müssen. Wenn neben dieser Mindestweiterbildungszeit die erforderlichen Weiterbildungsinhalte – einschließlich des 80-Stunden-Kurses zur psychosomatischen Grundversorgung – absolviert wurden, können Sie sich ebenso für die Facharztprüfung anmelden wie alle anderen nach Durchlaufen der regulären Weiterbildung in der Allgemeinmedizin.

Ausblick

Die Umsetzung der Muster-WBO ins Landesrecht stellt für alle Beteiligten eine große Herausforderung dar. Wir sind in der glücklichen Lage, dass wir uns in Hessen sehr gut vernetzt haben. Die Landesärztekammer Hessen [5], die Koordinierungsstelle Weiterbildung der Kassenärztlichen

Vereinigung Hessen [6], das Kompetenzzentrum Weiterbildung Allgemeinmedizin in Hessen [7] und die Hessische Krankenhausgesellschaft kooperieren hier eng miteinander. Wir haben auch eine zunehmende Zahl von aktiven Weiterbildungsverbänden in Hessen [8], die für die Umsetzung der Weiterbildung Allgemeinmedizin sehr zu empfehlen sind, ebenso wie die Jobbörse bei der Koordinierungsstelle.

Weiterführende Links im Internet:

- Landesärztekammer Hessen:
www.laekh.de/aerzte/weiterbildung/weiterbildung-kontakt
- Koordinierungsstelle Weiterbildung:
www.allgemeinmedizinhessen.de
- Kompetenzzentrum Weiterbildung:
www.kvhessen.de/

Beratung & Kontakt: Abteilung für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH:

E-Mail: weiterbildung@laekh.de

Prof. Dr. med. Erika Baum
Stellv. Vorsitzende des
Weiterbildungsausschusses
der Landesärztekammer Hessen,
Kompetenzzentrum Weiterbildung
Hessen,
Präsidentin der DEGAM
(Deutsche Gesellschaft für
Allgemeinmedizin und Familienmedizin)

Monika Buchalik
Ärztin für Allgemeinmedizin,
Vizepräsidentin
der Landesärztekammer Hessen

André R. Zolg, M.Sc.
Leiter Abteilung Ärztliche Weiterbildung
Landesärztekammer Hessen

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

Keine hygienebeauftragten MFA für Arztpraxen erforderlich!

Verschiedene Veröffentlichungen führten zum Ende des Jahres 2018 zu vermehrten Fortbildungsanfragen in der Carl-Oeemann-Schule. Die Anfragen richteten sich auf die Anforderung zur Fortbildung von Medizinischen Fachangestellten (MFA) aus, mit dem Ziel eine hygienebeauftragte MFA in der Arztpraxis nachweisen zu müssen. Diese Anforderung besteht auch nach der neuen Hessischen Hygieneverordnung (HHyGVO, Stand 11. Dezember 2018) nicht!

Anforderung Hygienefachpersonal

Hygienebeauftragte Pflegekräfte brauchen nur die stationären Einrichtungen, hygienebeauftragte MFA beinhaltet die HHyGVO nicht. Diese regelt lediglich, dass „Arztpraxen und Zahnarztpraxen, in denen invasive Eingriffe vorgenommen werden“ (§ 1 Nr. 6 HHyGVO) „Allgemeine Maßnahmen der Hygiene“ nach § 2 HHyGVO berücksichtigen sowie Hygienepläne entsprechend § 5 HHyGVO haben.

Hygienefachpersonal ist laut HHyGVO in folgenden Einrichtungen zu beschäftigen:

- Krankenhäuser im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Krankenhausgesetzes,
- Vorsorge- oder Rehabilitationseinrichtungen, in denen eine den Krankenhäusern vergleichbare medizinische Versorgung erfolgt,
- Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken müssen sicherstellen, dass mindestens jährlich eine Beratung durch eine Krankenhaushygienikerin oder einen Krankenhaushygieniker in dem erforderlichen Umfang [...] erfolgt.

Daraus resultiert, dass für hessische Arztpraxen keine neue, zusätzliche Anforderung besteht und dass die Anforderungen für Einrichtungen für ambulantes Operieren, Dialyseeinrichtungen und Tageskliniken sogar verringert wurden (siehe oben). MFA haben bereits durch ihre Berufsausbildung die erforderliche Handlungskompetenz erworben.

Literatur zum Artikel

Änderung der aktuellen Weiterbildungsordnung Allgemeinmedizin

von Erika Baum, Monika Buchalik, André Zolg

- [1] Wir danken Dr. med. Armin Wunder, Frankfurt, für seine Anregungen zum Manuskript.
- [2] DOI 10.3238/zfa.2018.0250–0254
- [3] Deutsches Ärzteblatt 2019; 116(21): A-1043 / B-859 / C-847
- [4] https://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Weiterbildung/MWBO-16112018.pdf
- [5] <https://www.laekh.de/aerzte/weiterbildung>
- [6] <https://www.allgemeinmedizin.hessen.de>
- [7] <http://www.kvhessen.de/>
- [8] <https://www.allgemeinmedizin.hessen.de/weiterbundesverbund/>



Sachkunde durch MFA-Ausbildung nachgewiesen

Die Verordnung über die Berufsausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten regelt in § 4 Abs. 2 die Vermittlung der erforderlichen Fertigkeiten, Kenntnisse und Fähigkeiten zum „Gesundheitsschutz und Hygiene“. Die Konkretisierung der Ausbildungsinhalte ist durch den Ausbildungsrahmenplan (betriebliche Ausbildung) und Rahmenlehrplan (berufsschulische Ausbildung) festgelegt. Der inhaltliche und zeitliche Umfang belegen, dass die Sachkunde, gemäß der Hessischen Infektionshygieneverordnung, mit erfolgreichem Abschluss der Berufsausbildung umfangreich nachgewiesen ist.

Durch die Überbetriebliche Ausbildung werden die Lerninhalte nicht nur zum Lernbereich „Hygiene“ inhaltlich vertieft und praktisch geübt, sondern auch die erforderliche Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten vermittelt. Die Anforderungen der Medizinprodukte-Betreiberverordnung gaben 2008 den Anlass, die Fachkompetenz von MFA unter besonderer Berücksichtigung der einheitlichen Lehrgangswochen in Bad Nauheim mit dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration zu besprechen. Daraufhin wurde zwischen der Landesärztekammer Hessen und dem Ministerium vereinbart, dass Auszubildende unmittelbar nach der letzten Lehrgangswoche (Fachstufe 2) an einer verkürzten Sachkenntnisfortbildung teilnehmen können. Die Fortbildung wird in einem Blended-Learning-Konzept durchgeführt, sodass sich die Präsenzzeit auf einen Lehrgangstag und die Lernerfolgskontrolle am Folgetag reduziert (siehe Veröffentlichung im Hessischen Ärzteblatt, Ausgabe 12/2011). Die Teilnahme an den verkürzten Sachkenntniskursen ist auf zwölf Monate, ab dem Zeitpunkt des Berufsabschlusses, beschränkt.

Hier sei nochmals darauf hingewiesen, dass grundsätzlich keine Fortbildungsteilnahme zum Nachweis der Sachkenntnis gemäß § 8 Abs. 4 Satz 2 MPBetreibV vorliegen muss. Der Kenntnissnachweis wird durch die ordnungsgemäße Durchführung des Aufbereitungsprozesses inklusive Prozessvalidierung sowie die richtige und vollständige Anwendung der Hygienemaßnahmen belegt. Die zuständige Aufsichtsbehörde kann in Folge einer Begehung die Empfehlung zur Teilnahme an einer Fortbildung „Erwerb der Sachkenntnis zur Aufbereitung von Medizinprodukten“ aussprechen. Der Kenntniserwerb kann jedoch auch über Selbstlernen anhand der Regelwerke wie zum Beispiel die Veröffentlichung der Empfehlungen des Robert-Koch-Institutes erfolgen.

Online-Schulungsmaterial und Kursangebote der KVH

Auch die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) unterstützt den Wissenserwerb durch die Bereitstellung von Online-Schulungsmaterial sowie durch das Angebot von Kursen zu hygienischen Grundlagenthemen. Auf deren Website werden ein Selbsttest zur Praxishygiene („Mein Praxischeck“), ein aktualisierter Leitfaden „Hygiene in der Arztpraxis“ sowie modulare Musterhygienepläne zum Herunterladen zur Verfügung gestellt. Es finden sich dort Publikationen zu hygiene-relevanten Themen der Arztpraxis (unter anderem über Trinkwasser, Desinfektionsmittel sowie über Handschuhe).

Dr. med. Angela Wirtz

Hessisches Ministerium für Soziales
und Integration

Dr. med. Norbert Weykunat

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Silvia Happel

Leiterin Carl-Olemann-Schule

Der interessante Fall – Kasuistiken erwünscht!

Haben Sie einen interessanten Fall, den Sie gerne im Hessischen Ärzteblatt vorstellen würden?

Die Redaktion freut sich über Zusendungen per E-Mail an: haebl@laekh.de

Landesärztekammer verteilt Azubi- Card Hessen an MFA-Auszubildende



Foto: Hessisches Ministerium für Wirtschaft, Energie, Verkehr und Wohnen

Die AzubiCard Hessen wurde von der Landesärztekammer Hessen im Monat Mai an sämtliche hessische Auszubildende zur/ zum Medizinischen Fachangestellten (MFA) verteilt.

In diesem Jahr erhielten die Auszubildenden die Karte, die ihre Ausbildung in den Jahren 2016, 2017 und 2018 aufgenommen, aber noch nicht beendet haben. Damit werde sichergestellt, dass alle aktuel-

len Ausbildungsjahrgänge von der Einführung der Karte profitierten, die Vergünstigungen unter anderem beim Eintritt für Schwimmbäder oder Sportveranstaltungen biete, so Roswitha Barthel, Leiterin der Abteilung „Medizinische Fachangestellte“ der Ärztekammer. „Zusätzlich weist die AzubiCard die Karteninhaber als Absolventen der dualen Berufsausbildung aus – analog zu entsprechenden Schüler- und Studierendenausweisen“, erklärte Barthel.

Die AzubiCard Hessen ist ein Gemeinschaftsprojekt von den für die Berufsausbildung in Hessen zuständigen Stellen, das durch die Hessische Landesregierung unterstützt wird. Beteiligt sind derzeit die hessischen Industrie- und Handelskammern, die Handwerkskammern, die Steuerberater-, Ärzte- und Zahnärztekammer. Informationen im Internet: www.azubicard-hessen.de.

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 60039516 ausgestellt am 13.08.2015 für

Mohamed Abdelwahab, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 60046075 ausgestellt am 14.12.2016 für Andreas Buchholz, Niestetal

Arztausweis-Nr. 60055610 ausgestellt am 10.09.2018 für Ralph Endres, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60041373 ausgestellt am 12.01.2016 für Nuray Erdemir, Butzbach

Arztausweis-Nr. 60040370 ausgestellt am 21.10.2015 für Erik Ericsohn, Ingelheim

Arztausweis-Nr. 60044845 ausgestellt am 23.09.2016 für Lieselotte Kamuf, Langen

Arztausweis-Nr. 60052234 ausgestellt am 29.01.2018 für Dr. med. Ralf Kayser,

Darmstadt

Arztausweis-Nr. 60056601 ausgestellt am 20.11.2018 für

Dr. med. Angelika Platz, Fulda

Arztausweis-Nr. 60047795 ausgestellt am 23.03.2017 für Dr. med.

Reimund Prokein, Montabaur

Arztausweis-Nr. 60054897 ausgestellt am 17.07.2018 für Sonja Richter, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60046700 ausgestellt am 18.01.2017 für Dr. med.

Wolfgang Schneider, Petersberg

Arztausweis-Nr. 60057779 ausgestellt am 06.02.2019 für Dr. med.

Karin Seel, Büdingen

Arztausweis-Nr. 60056969 ausgestellt am 17.12.2018 für Karsten Steinhoff Frankfurt

Arztausweis-Nr. 60048165 ausgestellt am 21.04.2017 für Dr. med. Birgit Wol- lenberg Marburg



Detlef E. Dietrich, Cornelia Goesmann, Jochen Gensichen, Iris Hauth, Iris Veit (Hrsg.): Praxisleitfaden Psychische Erkrankungen

Von Hausärzten und Psychiatern gemeinsam für die Praxis erarbeitet. Hogrefe, Göttingen 2019, 408 Seiten, € 39,95, ISBN: 9783456857299, auch als E-Book

Der Praxisleitfaden gibt einen Überblick über die Leitsymptome psychischer Erkrankungen, die Grundlagen der Psychopharmakotherapie, Psychotherapie aus Sicht des Hausarztes, basale Notfallpsychiatrie mit der Thematik der Suizidalität und Versorgung psychischer Erkrankungen in der hausärztlichen Praxis (affektive Störungen; Depressionen, Angststörungen, Suchterkrankungen, Schizophrenie, Zwangsstörungen, somatoforme Körperbeschwerden sowie psychische Störungen während und nach der Schwangerschaft und Essstörungen. Außerdem werden psychische Störungen in speziellen Lebenssituationen (hohes Alter, Demenz, Versorgung in Alten- und Pflegeheimen, Migranten und Geflüchtete) sowie Psychotraumata und Selbstverletzung ausführlich dargestellt. Zuletzt wird noch auf Prävention und Forensik eingegangen. Das Buch ist für Hausärzte und Fachärzte geeignet, die sich einen fundierten Überblick über die psychischen Erkrankungen, das Erkennen und die Behandlungsmöglichkeiten verschaffen wollen. Der Praxisleitfaden soll Ärzte in die Lage versetzen, mit psychisch Kranken besser umzugehen, diese früher zu erkennen und sich kompetent zu fühlen diese zu behandeln.

Dr. med. Barbara Jäger

Foto: connel-design – stock.adobe.com

Büchertipps von Lesern für Leser



Rainer Deppe:
Invasiv
Brandes & Apsel,
Frankfurt am Main
2018, 384 Seiten,
ISBN: 9783955582326,
€ 29,90

Eine bewegende Darstellung einer Krankengeschichte. Plötzlich und unerwartet erfährt der Protagonist H., dass er an einer eher seltenen Krebserkrankung leidet. Sein neuroendokriner Tumor geht von der Bauchspeicheldrüse aus und hat massiv in die Leber gestreut. Seine Frau, eine Ärztin, sucht verzweifelt im Internet nach spezialisierten Mediziner, möglichen Therapien und Kliniken. Sie stößt auf das Netzwerk für neuroendokrine Tumore, das ihr weiterhilft. Schonungslos offen und mit packender

Schlichtheit werden Phasen von Angst und Panik, von Zweifeln, Hoffnungen und depressiven Verstimmungen geschildert. Eindringlich wird erzählt, wie auf einmal alles anders ist. Außen- und Innenwelt schrumpfen, Zeitgefühle schwanken extrem, Freundschaften verändern sich. Als unerwartete therapeutische Erfolge eintreten, tauchen als Gegenbilder zur Krebserkrankung verschüttete, glückliche Erinnerungen an Budapest, an Reisen in Indien und dramatische Fußballereignisse wieder auf, durch die Leser manches aus dem Leben von H. vor seiner Krebserkrankung erfahren. Es ist nicht immer leicht, aber der Mühe wert, sich auf diesen spannend und gut geschriebenen Roman einzulassen.

Barbara Luise Stapf
Ärztin im Ruhestand

Goldenes Doktorjubiläum

Geburtstage

Bezirksärztekammer Darmstadt



Großes Herz beim Benefizrockkonzert: Die Ärzte-Rockband „Grooving Doctors Challenge“ hat Ende März 2019 bei ihrem 11. Benefizrockkonzert das Musiktheater Capitol in Offenbach gerockt. Nach dem fast ausverkauften Event verkündete deren Mentor Helmut Golke einen Erlös von 19.100 Euro, der komplett an die „Behindertenhilfe in Stadt und Kreis Offenbach e. V.“ geht. Wir möchten allen, die an diesem Erfolg mitgewirkt haben, wirklich von ganzem Herzen für diese Spende danken“, teilten die Verantwortlichen der Behindertenhilfe e. V. mit.

Die Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 9. August 2019. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Mitte August. Das konkrete Einschulungsdatum der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Berufsschulen/Einschulungstermine_Berufsschulen.pdf eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte ärztlichen Arbeitgeberinnen und Arbeitgeber auf ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen,

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren

sowie

- gemeinsam mit den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen, die die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführen, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind – und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Informationen können im Internet unter: <http://www.laekh.de/aktuelles> abgerufen werden.

Bezirksärztekammer Marburg

Geburtstage

Bezirksärztekammer Gießen

Wir gedenken der Verstorbenen

Gerätespenden für Berufsschulen gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, wären sehr dankbar, wenn Geräte (zum Beispiel EKG-Gerät, Blutdruckmessgerät, Zentrifuge, Mikroskop, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Berufsschu-

len zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein. Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern.

Renate Schwarz, Kassel

Vorsitzende
des Berufsbildungsausschusses

Aufgrund § 17 Absatz 1 Nr. 4 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „d“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen vom 15. August 2005 (HÄBL Sonderheft 10/2005, S. 1–73), zuletzt geändert am 13. September 2017 (HÄBL 11/2017, S. 654), wird wie folgt geändert:

1.) Im Inhaltsverzeichnis werden im „Abschnitt C: Zusatz-Weiterbildungen“

a) nach den Worten: „Ambulante Geriatrie“ das Wort „Betriebsmedizin“,

b) nach dem Wort: „Intensivmedizin“ die Worte „Kardiale Magnetresonanztomographie“ und

c) nach dem Wort: „Kinder-Rheumatologie“ die Worte „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingefügt.

2.) Im „Abschnitt A: Paragraphenteil“ wird § 20 Abs. 8 Satz 2 wie folgt ergänzt und ein neuer Satz 3 eingefügt:

„Kammerangehörige, die bei Einführung einer neuen Bezeichnung in diese Weiterbildungsordnung in der jeweiligen Zusatz-Weiterbildung innerhalb der letzten 8 Jahre vor der Einführung mindestens die gleiche Zeit regelmäßig an Weiterbildungsstätten oder vergleichbaren Einrichtungen tätig waren, welche der jeweiligen Mindestdauer der Weiterbildung entspricht, können auf Antrag die Anerkennung zum Führen dieser Bezeichnung erhalten, sofern die Zusatz-Weiterbildung vor dem 01.07.2019 eingeführt wurde. Bei Zusatz-Weiterbildungen, die nach dem 30.06.2019 eingeführt wurden, kann die Zulassung zur Prüfung beantragt werden.“

3.) Im Abschnitt B wird das „Gebiet Allgemeinmedizin“ wie folgt neu gefasst:

„1. Gebiet Allgemeinmedizin

Definition

Das Gebiet Allgemeinmedizin beinhaltet die medizinische Akut-, Langzeit- und Notfallversorgung von Patienten jeden Alters mit körperlichen und seelischen Gesundheitsstörungen sowie die Gesundheitsförderung, Prävention, Rehabilitation und die Versorgung in der Palliativsituation unter Berücksichtigung somatischer, psycho-sozialer, soziokultureller und ökologischer Aspekte. Das Gebiet hat zudem auch die besondere Funktion, als erste ärztliche Anlaufstelle bei allen Gesundheitsproblemen verfügbar zu sein sowie die sektorenübergreifende Versorgungskoordination und Integration mit anderen Arztgruppen und Fachberufen im Gesundheitswesen zu gewährleisten. Es umfasst die haus- und familienärztliche Funktion unter Berücksichtigung eines ganzheitlichen Fallverständnisses und der Multimorbidität im unausgelesenen Patientenkollektiv, insbesondere die Betreuung des Patienten im Kontext seiner Familie oder sozialen Gemeinschaft, auch im häuslichen Umfeld.

Facharzt/Fachärztin für Allgemeinmedizin (Hausarzt/Hausärztin)

Weiterbildungsziel:

Ziel der Weiterbildung ist die Erlangung der Facharztkompetenz Allgemeinmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeiten und Weiterbildungsinhalte sowie des Weiterbildungskurses.

Weiterbildungszeit:

60 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten an einer Weiterbildungsstätte gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1, davon

- müssen 24 Monate in Allgemeinmedizin in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abgeleistet werden
- müssen 12 Monate im Gebiet Innere Medizin in der stationären Akutversorgung abgeleistet werden
- müssen 6 Monate in mindestens einem anderen Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung abgeleistet werden
- können zum Kompetenzerwerb bis zu 18 Monate Weiterbildung in Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung erfolgen
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung.

Wurde bereits eine Facharztbezeichnung aus den Gebieten der unmittelbaren Patientenversorgung gemäß § 2a Abs. 7 erworben, kann die Weiterbildung abweichend (sog. Quereinstieg) durch Nachweis von:

- 24 Monate Weiterbildung in der Allgemeinmedizin
- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Psychosomatische Grundversorgung

erfolgen.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen (Kognitive und Methodenkompetenz),
Erfahrungen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz) in:

- Übergreifenden Inhalten der Facharzt-Weiterbildung Allgemeinmedizin:
 - Kenntnisse wesentlicher Gesetze, Verordnungen und Richtlinien
 - Mehrdimensionalität des allgemeinmedizinischen Handelns und der biopsychosozialen Langzeitbetreuung mit Anwendung des hermeneutischen Fallverständnisses unter Berücksichtigung des Krankheitsverständnisses des Patienten
 - Anwendung der allgemeinmedizinischen Arbeitsmethodik des abwartenden Offenhaltens und der Vermeidung abwendbar gefährlicher Verläufe
- Versorgung und Koordination von Patienten, insbesondere in ihrem familiären Umfeld, in der Langzeitpflege sowie in ihrem weiteren sozialen Umfeld einschließlich der Hausbesuchstätigkeit:
 - Interdisziplinäre Koordination, insbesondere bei multimorbiden Patienten einschließlich der Indikationsstellung zur häuslichen Krankenpflege, Einbeziehung weiterer ärztlicher, pflegerischer, therapeutischer und sozialer Hilfen in Behandlungs- und Betreuungskonzepte
 - Bewertung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit, der Arbeitsfähigkeit, der Berufs- und Erwerbsfähigkeit sowie der Pflegebedürftigkeit
 - Kenntnisse hereditärer Krankheitsbilder
 - Indikationsstellung für eine humangenetische Beratung
 - Erkennung, Beurteilung und Behandlung der Auswirkungen von durch Umwelt und Milieu bedingten Schäden einschließlich Arbeitsplatzeinflüssen
 - Erkennung von Suchtkrankheiten und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen
 - Durchführung der ärztlichen Leichenschau
- Bezug auf Notfälle:
 - Lebensrettende Maßnahmen zur Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen und Wiederbelebung, welche durch Simulation ersetzt werden können
 - Teilnahme am ärztlichen Bereitschaftsdienst
- Bezug auf Krankheiten und Beratungsanlässe:
 - Umgang mit den häufigsten Beratungsanlässen im unausgelesenen Patientenkollektiv einschließlich Langzeitversorgung und der hausärztlichen Behandlung von
 - nichtinfektiösen, infektiösen, toxischen und neoplastischen sowie von allergischen, immunologischen, metabolischen, ernährungsabhängigen und degenerativen Erkrankungen einschließlich diätetischer Behandlung sowie Beratung und Schulung
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Diabetes mellitus, davon
 - Patienten mit Insulintherapie
 - Erkrankungen der Stütz- und Bewegungsorgane unter besonderer Berücksichtigung funktioneller Behinderungen
 - Erkrankungen der Haut
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Wunden
 - Erkrankungen von Hals, Nasen und Ohren
 - Erkrankungen des Auges
 - psychischen und neurologischen Erkrankungen
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Depressionen und Angststörungen einschließlich der Krisenintervention
 - Erkrankungen des Gastrointestinaltrakts
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Erkrankungen des Magen-Darmtrakts
 - Erkrankungen des Herzkreislaufsystems einschl. Lunge
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit koronarer Herzkrankheit
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit Hypertonie
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit COPD/Asthma
 - Erkrankungen des Urogenitaltrakts einschließlich der Niere
 - Erkrankungen des Endokrins und Stoffwechsels
 - Erkrankungen des Blutes und der Blutgerinnung
 - Blutgerinnungsmanagement
 - sexualmedizinische Beratungsanlässe
 - Beratung zur Familienplanung
 - akute und/oder chronische Schmerzzustände
 - insbesondere Langzeitversorgung von Patienten mit chronischen Schmerzen einschließlich der Behandlung mit Opioiden
- Bezug auf funktionelle Störungen:
 - Erkennung und Behandlung psychosomatischer Krankheitsbilder, insbesondere
 - psychosomatische Interventionen
- Bezug auf besondere Patientengruppen:
 - Behandlung und Koordination der Beratungsanlässe des Kindes- und Jugendalters
 - Behandlung von akut erkrankten Kindern/Jugendlichen
 - Erkennung und ggf. Behandlung von Verhaltensauffälligkeiten im Kindes- und Jugendalter
 - Behandlung von Patienten mit Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters, geriatrischer Krankheitsbilder und Funktionsstörungen unter Berücksichtigung von Aspekten der Multimorbidität einschließlich Erstellung und Durchführung eines Hilfeplans zum Erhalt der Selbständigkeit und Autonomie, auch unter Einbeziehung eines multiprofessionellen Teams, Anpassung des Wohnumfeldes sowie Angehörigen- und Sozialberatung, davon
 - Behandlung von Patienten mit chronischer Pflegebedürftigkeit in ihrer Häuslichkeit
 - Betreuung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten einschließlich Sterbebegleitung

- Kenntnisse onkologischer Krankheitsbilder
- Beratung bezüglich eines kurativen oder palliativen Therapieansatzes bei Tumorerkrankungen unter Einbeziehung des Patienten, seiner Angehörigen und mitbehandelnden Ärzte
- Bezug auf Prävention und Rehabilitation
- Gesundheitsberatung, Früherkennung und Vorsorge von Gesundheitsstörungen einschließlich Gewalt- und Suchtprävention, insbesondere
 - spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlungen
 - Durchführung von kardiovaskulären Risikobestimmungen
 - Beratungen zur Krebsfrüherkennung
- Beratung zu sozialen und pflegerischen Hilfen
- Indikationsstellung, Verordnung und Einleitung rehabilitativer Maßnahmen einschließlich geriatrischer Frührehabilitation sowie der Nachsorge

Definierte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden:

- Diagnostische Verfahren:
 - Kenntnisse in relevanten diagnostischen Verfahren
 - Indikationsstellung, Einschätzung der Dringlichkeit apparativer Diagnostik einschließlich der Befundinterpretation
 - Elektrokardiogramm
 - Ergometrie
 - Langzeit-EKG
 - Langzeitblutdruckmessung
 - Spirometrie
 - Ultraschalluntersuchungen des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane im Rahmen der Erst- und Verlaufsdiagnostik
 - Ultraschalluntersuchungen der Schilddrüse im Rahmen der Erst- und Verlaufsdiagnostik
 - Punktions- und Katheterisierungstechniken einschließlich der Gewinnung von Untersuchungsmaterial
 - Otoskopie
 - Richtungsweisende Hör- und Sehprüfung
 - Durchführung und Interpretation standardisierter Testverfahren einschließlich Fragebögen, insbesondere zur Depressionsdiagnostik und zu geriatrischen Fragestellungen
- Bezug auf therapeutische Verfahren:
 - Kenntnisse in Chemo- und Strahlentherapie
 - Kenntnisse in Transfusions- und Blutersatztherapie
 - Kenntnisse in Komplementärmedizinische Verfahren
 - Indikationsstellung, Verordnung und Überwachung der medikamentösen Therapie unter Beachtung der Neben- und Wechselwirkungen und besonderer Berücksichtigung der Aspekte Multimorbidität, Alter, Polypharmazie, Adhärenz und Evidenz
 - Indikationsstellung und Verordnung von Psychotherapie einschließlich Verlaufsbeobachtung
 - Infusionstherapie und parenterale Ernährung
 - Wundversorgung und Wundbehandlung, Inzision, Exzision, Exstirpation und Probeexzision auch unter Anwendung der Lokal- und peripheren Leitungsanästhesie

- Anlage von Orthesen und Schienen

Übergangsbestimmungen:

Kammerangehörige, die vor dem Stichtag 01.07.2019 ihre Facharztweiterbildung in der Allgemeinmedizin begonnen haben, können diese nach den bisher gültigen Bestimmungen innerhalb einer Frist von sieben Jahren abschließen und die entsprechenden Bezeichnungen führen.“

4.) Im Abschnitt C wird nach der Zusatz-Weiterbildung „Ambulante Geriatrie“ die neue Zusatz-Weiterbildung: „Betriebsmedizin“ eingefügt.

„Betriebsmedizin“*

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin.

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Wechselbeziehungen zwischen Arbeits- und Lebenswelten einerseits sowie Gesundheit und Krankheiten andererseits. Im Mittelpunkt steht dabei der Erhalt und die Förderung der physischen und psychischen Gesundheit und Leistungsfähigkeit des arbeitenden Menschen, die Gefährdungsbeurteilung der Arbeitsbedingungen, die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung arbeitsbedingter Erkrankungen und Berufskrankheiten.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in der Betriebsmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung

Weiterbildungszeit:

- 360 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin
- 1.200 Stunden betriebsärztliche Tätigkeit unter Befugnis. Die betriebsärztliche Tätigkeit kann ersetzt werden durch 9 Monate Weiterbildung bei einem Weiterbildungsbefugten für Arbeitsmedizin gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1 oder bei einem Weiterbildungsbefugten für Betriebsmedizin gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 unter Befugnis an Weiterbildungsstätten.
- Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen (Kognitive und Methodenkompetenz), Erfahrungen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz) in:

- Bezug auf übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Betriebsmedizin:

- Kenntnisse der wesentlichen Gesetze, Verordnungen, Regeln und Empfehlungen, insbesondere Arbeitsschutzgesetz, Arbeitssicherheitsgesetz, Verordnung zur arbeitsmedizinischen Vorsorge und Präventionsgesetz
 - Kenntnisse des dualen Arbeitsschutzsystems durch den Staat und die Träger der Gesetzlichen Unfallversicherung
 - Kenntnisse der betrieblichen Organisationsstrukturen und Ablaufprozesse
 - Handlungskompetenz in der Beratung von Arbeitgebern, Beschäftigten und deren Interessenvertretungen im Fall arbeitsbedingter Gefährdung der Gesundheit einschließlich psychischer Belastung und Beanspruchung
 - Kenntnisse der Berufskunde
 - Kenntnisse der Konzepte der Arbeitsmedizin, z. B. Belastungs-Beanspruchungs-Konzept und Dosis-Wirkungs-Beziehungen
 - Kenntnisse der Grundlagen der Epidemiologie und Statistik
 - Kenntnisse der Arbeitsphysiologie
 - Kenntnisse der Grundlagen der Sozialmedizin
 - Kenntnisse der Grundlagen der Reise-, Tropen- und Flugmedizin
 - Handlungskompetenz in der Beratung über gesundheitsgerechtes Verhalten im Ausland einschließlich der Expositionsprophylaxe, gesundheitliche Einschränkungen sowie bei Reisen während der Schwangerschaft
- Bezug auf arbeitsmedizinische Diagnostik:
- Kenntnisse der Berufsbezogene Risiken
 - Handlungskompetenz in der Berufsanamnese mit Erhebung von berufsbezogenen Risiken und Symptomen
 - Handlungskompetenz in den Untersuchungen zur Bewertung der Arbeits- und Beschäftigungsfähigkeit sowie der physischen und psychischen Leistungsfähigkeit, insbesondere
 - Lungenfunktionsprüfung
 - Ergometrie
 - apparative Techniken zur orientierenden Untersuchung des Hör- und Sehvermögens
 - Handlungskompetenz in der Indikationsstellung und Befundinterpretation radiologischer Untersuchungen
- Bezug auf Primärprävention:
- Kenntnisse der Verhältnisprävention und Verhaltensprävention einschließlich Arbeitsplatzgestaltung, Ergonomie, Arbeitshygiene und Unfallprävention
 - Handlungskompetenz in der Betriebs- und Arbeitsplatzbegehung, Arbeitsplatzbeurteilung, Gefährdungsbeurteilung einschließlich psychischer Belastungen, Risikobeurteilung, z. B. für besondere Beschäftigungsgruppen wie Jugendliche, Schwangere, leistungsgewandelte Beschäftigte
 - Handlungskompetenz in der Beratung zu Maßnahmen der Verhaltensprävention, Präventionsberatung
 - Handlungskompetenz in der Beurteilung von Messergebnissen verschiedener Arbeitsumgebungsfaktoren, z. B. Lärm, Klima, Beleuchtung, Gefahrstoffe
 - Handlungskompetenz in der Beratung zur Auswahl von persönlichen Schutzausrüstungen, z. B. beim Umgang mit Gefahrstoffen
 - Kenntnisse der Grundzüge der Pandemieplanung im Betrieb
 - Handlungskompetenz in der Durchführung von Maßnahmen der Infektionsprophylaxe im Betrieb
 - Handlungskompetenz in der Organisation der Ersten Hilfe im Betrieb
- Bezug auf Handlungskompetenzen in Sekundärprävention:
- Früherkennungsuntersuchungen bei Risikofaktoren und arbeitsbedingten Erkrankungen
 - Vorsorgeuntersuchungen gemäß Verordnung arbeitsmedizinischer Vorsorge
 - Eignungsuntersuchungen und -beurteilungen nach entsprechenden Rechtsverordnungen einschließlich verkehrsmedizinischer Untersuchungen
- Bezug auf Tertiärprävention:
- Handlungskompetenz in der Beratung zum betrieblichen Eingliederungsmanagement einschließlich individueller Einzelmaßnahmen
 - Kenntnisse der medizinischen, arbeitsplatzbezogenen, betrieblichen und sozialen Rehabilitation
 - Handlungskompetenz in der Beratung zur Arbeitsplatzgestaltung bei Beschäftigten, z. B. mit chronischen Erkrankungen und bei leistungsgewandelten Beschäftigten
- Bezug auf arbeitsbedingte Erkrankungen einschließlich Berufskrankheiten:
- Kenntnisse der Berufskrankheiten gemäß SGB VII und Berufskrankheiten-Verordnung
 - durch chemische Einwirkungen verursachte Krankheiten
 - durch physikalische Einwirkungen verursachte Krankheiten
 - Infektionskrankheiten und Tropenkrankheiten
 - Atemwegserkrankungen
 - Hautkrankheiten
 - Handlungskompetenz in der Meldung des Verdachts von Berufskrankheiten gemäß SGB VII
 - Kenntnisse arbeits(mit)bedingter Erkrankungen
 - Handlungskompetenz in der Beteiligung am Feststellungsverfahren für Berufskrankheiten
 - Kenntnisse der Wechselwirkungen zwischen Arbeit und Volkskrankheiten
- Bezug auf Arbeitstoxikologie:
- Kenntnisse der toxikologischen Grundlagen
 - Kenntnisse der Grundlagen der Kanzerogenese
 - Handlungskompetenz im Biomonitoring am Arbeitsplatz
 - Kenntnisse des ambient Monitoring
 - Handlungskompetenz in der Beurteilung chemischer Belastungen und Beanspruchungen

- Handlungskompetenz in der Beratung beim Umgang mit Gefahrstoffen
- Bezug auf Arbeit und psychische Gesundheit:
 - Kenntnisse der Grundlagen psychischer und psychosomatischer Krankheitsbilder und Symptome
 - Kenntnisse der Grundlagen der Arbeits-, Betriebs- und Organisationspsychologie einschließlich betrieblichem Konflikt- und Stressmanagement
 - Handlungskompetenz in der Beurteilung psychischer Belastungen und Beanspruchungen
 - Handlungskompetenz in der Beratung und Begleitung im Rahmen betrieblicher Suchtprävention
 - Kenntnisse der Auswirkungen kultureller Faktoren und Einflüsse auf den Zusammenhang von Arbeit und psychischer Gesundheit
- Bezug auf betriebliches Gesundheitsmanagement:
 - Kenntnisse der Grundlagen der Förderung der Gesundheit der Bevölkerung in der Arbeitswelt
 - Kenntnisse der Grundsätze der Salutogenese
 - Kenntnisse der Grundsätze gesunder Führung
 - Kenntnisse der Instrumente der Gesundheitsförderung
 - Handlungskompetenz in der Koordination von Präventionsdienstleistungen im Betrieb“

5.) Im Abschnitt C wird nach der Zusatz-Weiterbildung „Intensivmedizin“ die neue Zusatz-Weiterbildung: „Kardiale Magnetresonanztomographie“ eingefügt.

„Kardiale Magnetresonanztomographie“*

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Radiologie.

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Kardiale Magnetresonanztomographie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Durchführung und Befundung der kardialen Magnetresonanztomographie.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in der Kardialen Magnetresonanztomographie nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung für Innere Medizin und Kardiologie

Weiterbildungszeit:

- 12 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten für „Kardiale Magnetresonanztomographie“ gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 oder bei einem Weiterbildungsbefugten für Radiologie gemäß § 5 Abs. 1 Satz 1
- Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Weiterbildungsinhalt:

- Erwerb von Kenntnissen (Kognitive und Methodenkompetenz), Erfahrungen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz) in
- Bezug auf den Strahlenschutz, insbesondere
 - Prinzipien der nicht-ionisierenden Strahlung
 - Strahlenbiologische Effekte
 - Reduktionsmöglichkeiten der medizinisch induzierten Strahlenexposition bei Patienten und Personal
 - Stellenwert der unterschiedlichen bildgebenden Verfahren in der Diagnostik
 - Handlungskompetenz im Umgang mit Besonderheiten des Schutzes vor nicht-ionisierender Strahlung im Kindes- und Jugendalter, bei Schwangeren und Risikopatienten
 - der Technik der Magnetresonanztomographie, insbesondere
 - Grundlagen der Datenakquisition, Bild- und Datenverarbeitung und -nachbearbeitung sowie deren Archivierung, insbesondere der physikalischen und biophysikalischen Grundlagen
 - Grundlagen der Gerätekunde bei der Anwendung von Magnetresonanztomographie
 - Prinzipien von Magnetfeldstärke, Gradientenstärke, Hochfrequenz, Orts- und Zeitauflösung
 - Patientenüberwachung einschließlich der Sicherheitsmaßnahmen für Patienten und Personal
 - Typische Artefakte in der MRT und ihre Ursachen
 - Handlungskompetenz in der korrekten Wahl der Akquisitionsparameter unter Berücksichtigung der Sicherheitsvorschriften und des Strahlenschutzes
 - Bezug auf Kontrastmittel, insbesondere
 - Prinzipien der Struktur, Pharmakologie, Klassifikation und Dosis sowie Indikationen und Kontraindikationen von MRT-Kontrastmitteln
 - Risiken und Nebenwirkung von MRT-Kontrastmitteln
 - Handlungskompetenz in der indikationsgemäßen Auswahl, Dosierung und Pharmakokinetik von MRT-Kontrastmitteln, insbesondere unter Berücksichtigung von Patienten mit erhöhtem Risiko
 - Handlungskompetenz in Erstmaßnahmen bei kontrastmittelassoziierten Komplikationen, z. B. anaphylaktischer/ anaphylaktoider Reaktionen
 - Handlungskompetenz in der Erstellung und Anwendung von MRT-Untersuchungsprotokollen für die gebietsbezogene Magnetresonanztomographie einschließlich geeigneter Kontrastmittel
 - Handlungskompetenz in der Erkennung typischer Neben- und Zufallsbefunde im Untersuchungsvolumen außerhalb des Organbezugs
- Definierte Untersuchungs- und Behandlungsverfahren:
- Organbezogene MRT mit
 - Indikationsstellung, Durchführung und Befunderstellung von MRT-Untersuchungen am Herzen und herznahen Gefäßen, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit“

6.) Im Abschnitt C wird nach der Zusatz-Weiterbildung „Kinder-Rheumatologie“ die neue Zusatz-Weiterbildung: „Klinische Akut- und Notfallmedizin“ eingefügt.

„Klinische Akut- und Notfallmedizin“

Definition:

Die Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Erstdiagnostik und Initialtherapie von Notfall- und Akutpatienten im Krankenhaus sowie die Indikationsstellung und Koordination der weiterführenden fachspezifischen Behandlung in interdisziplinärer Zusammenarbeit.

Weiterbildungsziel:

Ziel der Zusatz-Weiterbildung ist die Erlangung der fachlichen Kompetenz in Klinischer Akut- und Notfallmedizin nach Ableistung der vorgeschriebenen Weiterbildungszeit und Weiterbildungsinhalte.

Voraussetzung zum Erwerb der Bezeichnung:

Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung.

Weiterbildungszeit:

- 6 Monate Intensivmedizin, die auch während der Facharztweiterbildung abgeleistet werden können
- 24 Monate bei einem Weiterbildungsbefugten gemäß § 5 Abs. 1 Satz 2 Klinische Akut- und Notfallmedizin in einer interdisziplinären Notfallaufnahme unter Befugnis an Weiterbildungsstätte

und

- Erfolgreiche Teilnahme an 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung
- Die Weiterbildung wird mit einer Prüfung abgeschlossen.

Weiterbildungsinhalt:

Erwerb von Kenntnissen (Kognitive und Methodenkompetenz), Erfahrungen und Fertigkeiten (Handlungskompetenz) in:

- Bezug auf übergreifende Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Klinische Akut- und Notfallmedizin:
 - Rechtliche Grundlagen der notfallmedizinischen Behandlung
 - Aspekte der Organisation, Ausstattung und Personalplanung von Zentralen Notfallaufnahmen
 - Ersteinschätzungssysteme, Triagierung und Scores
 - Zusammenarbeit mit internen und externen Partnern, z. B. Rettungsdienst, KV-Dienst, anderen Fachabteilungen und Fachkliniken
 - Sektorenübergreifende Behandlung
 - Grundlagen der Verletzungsartenverfahren
 - Massenansturm von Notfallpatienten, Pandemieplanung, Grundlagen der Katastrophenmedizin

- Handlungskompetenz im Management infektiöser und isolationspflichtiger Notfallpatienten
- Handlungskompetenz in der Erkennung und Erstbehandlung bei psychosozialen Problemen, Missbrauch und Körperverletzung
- Bezug auf organbezogene und spezifische Notfallsituationen:
 - Differentialdiagnostik und Therapieoptionen organbezogener Notfälle
 - kardiovaskuläre Notfälle
 - hämatologische und onkologische Notfälle
 - immunologische Notfälle
 - Infektionskrankheiten und Sepsis
 - endokrine und metabolische Notfälle
 - Flüssigkeits- und Elektrolytstörungen
 - gastrointestinale und hepatologische Notfälle
 - respiratorische Notfälle
 - nephrologische und urologische Notfälle
 - dermatologische Notfälle
 - Notfälle im Hals-, Nasen-, Ohren-, Mund- und Nackenbereich
 - gynäkologische Notfälle
 - muskuloskeletale Notfälle
 - neurologische Notfälle
 - neurochirurgische Notfälle
 - ophthalmologische Notfälle
 - psychiatrische Notfälle und Verhaltensstörungen
 - Trauma (stumpf/penetrierend)
 - akute Notfälle durch Umwelteinflüsse, thermische, hyper- und hypobare
- Bezug auf Handlungskompetenzen der symptomorientierten Erstdiagnostik und Initialtherapie:
 - Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei
 - Dyspnoe
 - Herzrasen, Palpitationen und Brustschmerzen
 - Übelkeit, Erbrechen und Diarrhoe
 - nicht-traumatologischen Blutungen
 - Trauma mit und ohne vitaler Bedrohung
 - Schock
 - Dysurie, Oligo-Anurie, Polyurie, Hämaturie
 - akuten Störungen des Bewusstseins und Bewusstseinsverlust, Synkopen
 - Störungen des Gedächtnisses, der Kognition und des Verhaltens
 - akuten Gefühlsstörungen, Lähmungen, Gang- und Bewegungsstörungen und Sprach- und Sprechstörungen
 - akuten Bauch- und Leistenschmerzen
 - Schmerzen und akuten Veränderungen der unteren und oberen Extremitäten
 - Kopfschmerzen
 - Schwindel
 - epileptischen Anfällen und Status epilepticus
 - akuten Nacken- und Rückenschmerzen
 - akuten Hautveränderungen
 - Ikterus

- Veränderungen der Körpertemperatur
 - Bezug auf alters- und geschlechtsbezogene Notfälle:
 - Kenntnisse der Besonderheiten der Diagnostik und Therapie im Kindes- und Jugendalter
 - Handlungskompetenz in der Reanimation von Kindern und Jugendlichen, auch als Reanimationstraining
 - Handlungskompetenz in der Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei Notfällen im Kindes- und Jugendalter, insbesondere Schmerzen, Verbrennungen, Verbrühungen, Intoxikationen, Fieber/Sepsis, schreiendes Baby
 - Kenntnisse der Besonderheiten der Diagnostik und Therapie in der Schwangerschaft und gynäkologischen Erkrankungen
 - Kenntnisse der Pharmakotherapie in der Schwangerschaft
 - Handlungskompetenz in der Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei gynäkologischen und geburtshilflichen Notfällen, insbesondere Extrauterin gravidität, Eklampsie, Verletzungen, Blutungen
 - Kenntnisse der Besonderheiten von Symptomen und Erkrankungen bei geriatrischen Patienten
 - Handlungskompetenz in der Erstdiagnostik, Initialtherapie und Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung bei geriatrischen Patienten, insbesondere bei Delir, Demenz, Medikamenteninteraktionen und Überdosierung
 - Bezug auf Handlungskompetenzen in notfallmedizinischen Kernverfahren:
 - Notfallmäßige Sicherung der Atemwege einschließlich endotrachealer Intubation sowie Algorithmus bei schwieriger Intubation
 - Atmungs- und Beatmungsmanagement
 - Pleurapunktion und Thoraxdrainage
 - Kardiopulmonale Reanimationen bei Erwachsenen und Kindern einschließlich Postreanimationstherapie sowie Temperaturmanagement
 - Herz-Kreislauf-Unterstützung und Durchführung von kardialen Maßnahmen einschließlich Anlage von Gefäßzugängen, Schrittmachertherapie, Perikardpunktion
 - Sedierung und Analgesie einschließlich Lokal-, Oberflächen- und Regionalanästhesie
 - Akutschmerztherapie bei akuten Schmerzen, akuter Exazerbation chronischer Schmerzen und Tumorschmerzen
 - Traumaversorgung, insbesondere Frakturruhigstellung, Reposition, Wundversorgung, Verbands- und Gipstechniken
 - Polytraumamanagement
 - Akutversorgung des Schlaganfalls
 - Durchführung und Befunderstellung von Notfalldiagnostik, insbesondere
 - EKG
 - Notfallsonographie von Abdomen, Thorax, Herz, Gefäßen und Bewegungsapparat
 - Indikationsstellung und Befundinterpretation von Labordiagnostik im Notfall
 - Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen- und CT-Untersuchungen im Notfall
 - Maßnahmen bei akuten Intoxikationen
 - Maßnahmen bei Ertrinkungsunfall
 - Maßnahmen im HNO-Bereich, z. B. Rhinoskopie, Nasentamponade, Otoskopie, Trachealkanülenwechsel
 - Maßnahmen am Gastrointestinaltrakt, z. B. Legen von Magensonden, Magenspülung, Aszitespunktion
 - Maßnahmen am Urogenitaltrakt, z. B. Anlage transurethraler und suprapubischer Blasenkatheter
 - Maßnahmen im Bereich des Muskel- und Skelettsystems, z. B. Abszessspaltung, Gelenkpunktion
 - Maßnahmen bei neurologischen Symptomen/Diagnosen, z. B. Liquorpunktion
 - Maßnahmen am Auge, z. B. Entfernung von Fremdkörpern, Augenspülung
 - Maßnahmen im Bereich Geburtshilfe und Gynäkologie, z. B. notfallmäßige Entbindung
 - Erstversorgung von Neugeborenen, z. B. Wärmeerhalt, Reanimation
 - Koordination und Begleitung des Transports von Schwerstkranken“
- * Ab dem 01.07.2019 neu eingeführte Zusatz-Weiterbildung, vgl. § 20 Abs. 8 Satz 2 und 3.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 26. März 2019
Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:

Hessisches Ministerium für Soziales und Integration

(18b2120-0002/2008/036)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in ihrer 4. Delegiertenversammlung der 16. Wahlperiode am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 11. April 2019
Im Auftrag gez. Dr. Stephan Hölz

Aufgrund §§ 5, 6a, 8, 10 und 17 Abs. 1 Nr. 7 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Gesetz vom 3. Mai 2018 (GVBl. I S. 82 (160)), i.V.m. § 5 Abs. 6e der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 41–46), hat die Delegierten-

versammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen vom 13. Dezember 1993 (HÄBL 1/1994, S. 30–31), zuletzt geändert am 27. November 2018 (HÄBL 1/2019, S. 52–53), wird wie folgt geändert:

Das Kostenverzeichnis als Anlage zur Kostensatzung wird wie folgt geändert:

1.) Im Gebührenabschnitt „I. 4. Tätigkeit der Ethik-Kommission“ werden die Gebührenpunkte 4.1 bis 4.11.2 wie folgt neu gefasst:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
4.	Tätigkeit der Ethik-Kommission	Euro
4.1	Beratung von Ärzten bei der Durchführung klinischer Versuche am Menschen und/oder bei der Verarbeitung von Körpermaterialien oder personenbezogener Daten über berufsethische und berufsrechtliche Fragen (§ 15 Abs. 1 Berufsordnung)	
4.1.1	Votum Hierbei ist die Begleitung des Forschungsvorhabens hinsichtlich der damit verbundenen Aufgaben eingeschlossen (Zwischenfallmeldungen, Jahresbericht mit ggf. Prüfung, Abschlussbericht etc.)	1.600,00
4.1.2	Votum als zuständige Ethik-Kommission unter Berücksichtigung von § 36 StrlSchG	2.000,00
4.1.3	Amendment (Inhaltliche Bewertung und Neubewertung des Votums)	500,00
4.1.4	Zweitvotenerstellung	300,00
4.1.5	Amendment (inhaltliche Überprüfung des Zweitvotums)	100,00
4.2	unbesetzt	
4.3	Multizentrische Klinische Prüfung nach AMG federführende Ethik-Kommission	

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

4.3.1	Votum (zustimmende/ ablehnende Bewertung) Hierbei ist die Begleitung der Studie nach AMG hinsichtlich der damit verbundenen Aufgaben eingeschlossen (SUSARs, Einreichung revidierter Editionen der Investigator's Brochure, Jahresbericht mit ggf. Prüfung, Abschlussbericht)	6.000,00
4.3.2	Amendment – Nachträgliche Änderung § 10 GCP-V	
4.3.2.1	Inhaltliche Bewertung und Neubewertung des Votums gem. § 10 Abs. 1, 2 GCP-V	1.000,00
4.3.2.2	Wechsel lokaler Prüfer/Stellvertreter – pro Person	300,00
	Umzug / Ortswechsel lokaler Prüfstellen – pro Prüfstelle	300,00
	Neubewertung Prüfgruppe – pro Prüfgruppe	300,00
	Fallen zwei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 1,5-fache Gebühr an	
	Fallen drei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2-fache Gebühr an	
	Fallen vier Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2,5-fache Gebühr an	
4.3.2.3	Wechsel Prüfer/Stellvertreter (beteiligte Ethik-Kommission) – pro Person	100,00
	Umzug/Ortswechsel Prüfstelle (beteiligte Ethik-Kommission) – pro Prüfstelle	100,00
	Neubewertung Prüfgruppe – pro Prüfgruppe	100,00
	Fallen zwei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 1,5-fache Gebühr an	
	Fallen drei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2-fache Gebühr an	
	Fallen vier Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2,5-fache Gebühr an	

4.3.3	Verschicken der Amendment-Unterlagen an beteiligte Ethik-Kommissionen durch federführende Ethik-Kommissionen (wenn nicht vom Sponsor ausgeführt)	600,00
4.3.4	Nachmeldung von Prüfstellen gem. § 10 Abs. 4 GCP-V	
4.3.4.1	von lokalen Prüfstellen inkl. Prüfer/Stellvertreter – pro Prüfstelle	300,00
4.3.4.2	von Prüfstellen inkl. Prüfer / Stellvertreter beteiligte Ethik-Kommission – pro Prüfstelle	100,00
4.3.5	Stellungnahmen zu Meldungen nach § 13 Abs. 8, Abs. 9 GCP-V Studienunterbrechung, Abbruch/Beendigung, Abschlussbericht	150,00
4.4	Multizentrische Klinische Prüfung nach AMG Beteiligte Ethik-Kommission	
4.4.1	Erstmalige Stellungnahme zu lokalen Prüfstellen inkl. Prüfer/ Stellvertreter gem. § 8 Abs. 5 GCP-V – pro Prüfstelle	700,00
4.4.2	Nachmeldung von Prüfstellen inkl. Prüfer / Stellvertreter bei bereits begutachteten Studien gem. § 10 Abs. 4 GCP-V – pro Prüfstelle	300,00
4.4.3	Stellungnahme zu einem Amendment, gem. § 10 Abs. 2 Satz 3 GCP-V	
4.4.3.1	Inhaltliche Stellungnahme	150,00
4.4.3.2	Wechsel lokaler Prüfer/Stellvertreter – pro Person	300,00
	Umzug/Ortswechsel lokaler Prüfstellen – pro Prüfstelle	300,00
	Neubewertung Prüfgruppe – pro Prüfgruppe	300,00
	Fallen zwei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 1,5-fache Gebühr an	
	Fallen drei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2-fache Gebühr an	
	Fallen vier Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2,5-fache Gebühr an	

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

4.5	Monozentrische Klinische Prüfung nach AMG	
4.5.1	Votum (zustimmende/ablehnende Bewertung) Hierbei ist die Begleitung der Studie nach AMG hinsichtlich der damit verbundenen Aufgaben eingeschlossen (SUSARs, Einreichung revidierter Editionen der Investigator's Brochure, Jahresbericht mit ggf. Prüfung, Abschlussbericht)	3.000,00
4.5.2	Amendment – Wesentliche Änderung § 10 GVP-V	
4.5.2.1	Inhaltliche Bewertung und Neubewertung des Votums gem. § 10 Abs. 2 GCP-V	1000,00
4.5.2.2	Wechsel lokaler Prüfer/Stellvertreter – pro Person	300,00
	Umzug/Ortswechsel lokale Prüfstelle – pro Prüfstelle	300,00
	Neubewertung Prüfgruppe – pro Prüfgruppe	300,00
	Fallen zwei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 1,5-fache Gebühr an	
	Fallen drei Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2-fache Gebühr an	
	Fallen vier Tatbestände innerhalb einer Prüfstelle zusammen, fällt die 2,5-fache Gebühr an	
4.5.3.	Stellungnahmen zu Meldungen nach § 13 Abs. 8, Abs. 9 GCP-V Studienunterbrechung, Abbruch/Beendigung, Abschlussbericht	150,00
4.6	unbesetzt	
4.7	Rücknahme/Widerruf	
4.7.1	Bei Rücknahmen von eingereichten Anträgen vor oder während der Auftragsbearbeitung durch die Ethik-Kommission wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe der Hälfte der üblichen Gebühr für die Studie verlangt.	
4.7.2	Bei Rücknahme oder Widerruf der zustimmenden Bewertung der Ethik-Kommission nach § 42a Abs. 4a AMG beträgt die Gebühr bis zu 75 vom Hundert des Betrages, der für eine Amtshandlung wie die zurückgenommene oder widerrufenen im Zeitpunkt der Rücknahme oder des Widerrufs vorgesehen ist.	
4.8	Gutachterhonorar Bei Prüfungen, die die Einholung von gutachterlichen Stellungnahmen erfordern, erhöht sich die Gebühr um das Gutachterhonorar.	

4.9	Gebührenreduzierung Nicht kommerzielle Antragsteller/Sponsoren können eine Gebührenreduzierung beantragen. Auf die Pflicht des Antragstellers zur Offenlegung der Finanzierung wird hingewiesen.	
4.10	Widerspruch Bei Widerspruch gegen eine Entscheidung beträgt die Gebühr das 1,5-fache der Prüfungsgebühr.	
4.11	Übergangsvorschriften	
4.11.1	Für die Bearbeitung von Zwischenfallmeldungen für Studien, die vor dem 01.10.2005 eingereicht worden sind, gilt Ziffer 4.7 des Kostenverzeichnisses in der bis zum 30.09.2005 geltenden Fassung fort.	
4.11.2	Für die Bearbeitung von Anträgen nach dem MPG in der bis zum 20.03.2010 geltenden Fassung gelten die Ziffern 4.6 bis 4.6.3 des Kostenverzeichnisses in der bis zum 20.03.2010 geltenden Fassung fort.	

2.)

Nach dem Gebührenabschnitt I. 9. wird folgender neuer Gebührenabschnitt „I. 10. Ärztliche Fachsprachenprüfung“ eingefügt:

Gebührenpunkt	Gegenstand	Gebühr
10.	Durchführung der Prüfung zur Feststellung der zur Ausübung der Berufstätigkeit erforderlichen Sprachkenntnisse (Ärztliche Fachsprachenprüfung) Erst- und Wiederholungsprüfung	Euro – Vorkasse – jeweils von 500,00 bis 800,00

II.

Frankfurt, 26. März 2019

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2019 in Kraft.



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 23. März 2019 beschlossene Satzung zur Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
(18b2120–0002/2008/036)

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen in ihrer 4. Delegiertenversammlung der 16. Wahlperiode am 23. März 2019 beschlossene Änderung der Kostensatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 Heilberufsgesetz genehmigt.

Wiesbaden, 11. April 2019
Im Auftrag

gez.
Dr. Stephan Hölz

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 Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

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

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen

Hanauer Landstr. 152, 60314 Frankfurt/M. | E-Mail: haebel@laekh.de

Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln

Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Jürgen Führer

Leitung Geschäftsbereich Medizin und Zahnmedizin: Katrin Groos

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,

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

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314

Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.

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

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:

Michael Heinrich, Tel.: +49 2234 7011-233, E-Mail: heinrich@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski,

Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil: +49 172 2363754,

E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

Key Account Manager Medizin: Marek Hetmann,

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

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

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: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,

Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,

E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

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

Layout: Urszula Bartoszek

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: DAAEDED1

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 5, gültig ab 01.01.2019

Auflage Lt. IVW 1. Quartal 2019:

Druckauflage: 36.700 Ex.; Verbreitete Auflage: 36.407Ex.

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.

80. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln



Die Landesärztekammer Hessen – Körperschaft des öffentlichen Rechts für ca. 37.500 Ärztinnen und Ärzte in Hessen – betreibt im Auftrag des Landes Hessen die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters.

Nach den Vorgaben des entsprechenden Bundesgesetzes wird das Hessische Krebsregister derzeit von einem epidemiologischen zu einem klinisch-epidemiologischen Krebsregister ausgebaut. Aufgaben sind die Erfassung von Auftreten, Behandlung und Verlauf bösartiger Erkrankungen, die Unterstützung der interdisziplinären Krebsbehandlung der Patienten und die Beteiligung an der einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung.

Die Vertrauensstelle des Hessischen Krebsregisters ist im ärztlichen Geschäftsbereich bei der Landesärztekammer angesiedelt. Sie steht im engen Austausch mit den hessischen Onkologen und erhält aus Krankenhäusern und Arztpraxen Krebsmeldungen aller Patienten, die in Hessen wohnen oder hier behandelt werden sowie von den Gesundheitsämtern alle Totenscheine. Sie bearbeitet und verschlüsselt die darin enthaltenen onkologischen Daten.

Weiterführende Informationen finden Sie im Internet unter: www.Hessisches-Krebsregister.de.

Für die Vertrauensstelle suchen wir zum nächstmöglichen Zeitpunkt am Standort Frankfurt am Main einen

Arzt als Ärztlichen Referenten (m/w/d)

in Vollzeit (40 Std./Woche)
Teilzeit ist ebenfalls möglich

Ihre Aufgaben:

- Anleitung und Schulung der medizinischen Dokumentare des Krebsregisters in Fragen der Onkologie, der onkologischen Verschlüsselung, Plausibilitätsprüfungen und Qualitätskontrolle
- Einbringung der medizinischen Sicht in einer großen interdisziplinären Arbeitsgruppe
- Beratung der ärztlichen Kollegen in Klinik und Praxis bei der Zusammenarbeit mit dem Krebsregister und in Fragen der onkologischen Dokumentation
- Vertretung der Belange des Krebsregisters bei den kooperierenden Onkologen
- Unterstützung der hessischen Ärztinnen und Ärzte in Klinik und Praxis bei der interdisziplinären Behandlung ihrer Krebspatienten (z. B. durch patienten-individuelle Rückmeldung der Krankheitssynopsis)

- Unterstützung und Vertretung der durch Landesgesetz bestimmten ärztlichen Leitung der Vertrauensstelle beim Aufbau des klinisch-epidemiologischen Krebsregisters – insbesondere auch in der Kommunikation mit den beteiligten Gremien aus Landesärztekammer, Sozialministerium, Krankenkassen und den Krebsregistern anderer Bundesländer
- Ansprechpartner für Patienten bei Fragen zum Krebsregister und zur Sicherheit ihrer medizinischen Daten

Ihr Profil:

- Mit gutem Erfolg abgeschlossenes Medizinstudium
- Approbation/Berufserlaubnis als Ärztin/Arzt – bereits erworbene fachärztliche Erfahrung wäre von Vorteil, ist aber nicht zwingend
- Gute Kenntnisse in Onkologie und/oder Pathologie – zumindest die Bereitschaft und Fähigkeit, sich solche Kenntnisse rasch anzueignen
- Erfahrung mit onkologischen Schlüsselsystemen (ICD-O, ICD, TNM) qualifizieren Sie ggf. zusätzlich
- Bereitschaft zu gelegentlicher Reisetätigkeit, vor allem innerhalb Hessens
- Absolut sichere Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift sowie versierte Anwendung

üblicher Bürosoftware und Nutzung des Internets setzen wir voraus

Unser Angebot:

- Leistungsgerechte Bezahlung bei flexiblen Arbeitszeiten ohne Nacht- und Wochenenddienste
- Attraktive Zusatzleistungen
- Interessante, abwechslungsreiche und verantwortungsvolle Aufgaben
- Ein engagiertes Team von Kolleginnen und Kollegen
- Wiedereinstieg in den Beruf – z. B. nach Familienpause o. ä. – ist möglich

Wir freuen uns auf Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen mit Angabe Ihres voraussichtlichen Eintrittstermins und Ihrer Gehaltsvorstellung. Bitte senden Sie Ihre Bewerbung unter dem Kennwort „KR 2019–03“ bis zum **31. Juli 2019** an die:

Landesärztekammer Hessen

Personalabteilung
Hanauer Landstraße 152
60314 Frankfurt am Main
oder per E-Mail an:
bewerbung@laekh.de
www.laekh.de

Für persönliche ergänzende Auskünfte stehen Ihnen telefonisch zur Verfügung: Herr Martin Rapp oder Frau Dr. med. Corinne Kasan, Fon: 069 5660876-0

Anordnung und Aufhebung von Zulassungsbeschränkungen auf der Grundlage des Bedarfsplans 2017 mit dem Arztstand 01.03.2019 unter dem Vorbehalt der Nichtbeanstandung durch das HMSI

Der Landesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Hessen hat am 23. Mai 2019 unter Zugrundelegung des Arztstandes 01.03.2019 folgende Beschlüsse gefasst:

I. Es wird festgestellt, dass im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in den Tabellen 1 bis 4 jeweils dargestellten Versorgungsebenen in den mit ÜV gekennzeichneten Planungsbereichen und Fachgruppen eine Überversorgung (ÜV) gemäß § 101 SGB V in Verbindung mit § 103 Abs. 1 SGB V vorliegt.

II. In Anwendung des § 103 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Verbindung mit § 16 b Abs. 2 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) werden für diese Planungsbereiche und Fachgruppen Zulassungsbeschränkungen angeordnet.

III. Bei den Planungsbereichen und Fachgruppen, in denen gemäß § 103 Abs. 3 SGB V in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Bedarfsplanungs-Richtlinie Zulassungen erfolgen dürfen, ist die Anzahl der freien Sitze in den Tabellen 1 bis 4 ausgewiesen.

Zulassungsanträge und die hierfür erforderlichen Unterlagen gem. § 18 Ärzte-ZV sind bis zum 13.08.2019 an die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Zulassungsausschuss für Ärzte/Psychotherapie, Europa-Allee 90, 60486 Frankfurt, zu senden.

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

- berufliche Eignung,
- Dauer der bisherigen ärztlichen Tätigkeit,
- Approbationsalter,
- Dauer der Eintragung in die Warteliste gem. § 103 Abs. 5 Satz 1 SGB V
- bestmögliche Versorgung der Versicherten im Hinblick auf die räumliche Wahl des Vertragsarztsitzes,
- Entscheidung nach Versorgungsgesichtspunkten (z.B. Fachgebietsschwerpunkt, Barrierefreiheit).

→ siehe Anlage 1 bis 4

Redaktioneller Hinweis:

Im Zusammenhang mit dieser Veröffentlichung der Beschlüsse des Landesausschusses vom 23. Mai 2019 wird vorsorglich darauf aufmerksam gemacht, dass durch zwischenzeitliche

Beschlüsse des Zulassungsausschusses für Ärzte/Psychotherapie diese Veröffentlichung partiell überholt sein kann. Niederlassungswilligen Ärzten/Psychotherapeuten wird daher empfohlen, sich beim Zulassungsausschuss oder dem für den Niederlassungsort zuständigen KVH-BeratungsCenter über die Gültigkeit dieser Veröffentlichung zu informieren.

Matthias Mann
Rechtsanwalt
Vorsitzender des Landesausschusses

Bücher



Helmut Remschmidt:
Kontinuität und Innovation.
Die Geschichte der Kinder- und
Jugendpsychiatrie an der
Philipps-Universität Marburg

Verlagsgruppe Vandenhoeck & Ruprecht
V&R unipress, Göttingen 2018, 815 S.,
57 Abb, gebunden € 100, E-Book € 79,99
ISBN 9783847108313

Die Marburger Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie ist eine der Keimzellen und Wiegen des sich neu etablierenden Faches. Wie eng ihre Geschichte mit der regionalen, nationalen und internationalen Entwicklung verbunden war und ist, zeigt das monumentale Werk von Remschmidt, Direktor der Klinik von 1980 bis 2006, der als Zeitzeuge, aber auch als kritischer Forscher den Quellen nachspürt und ein umfassendes Bild von den Strömungen entwirft, die von Marburg aus gespeist wurden.

Einleitend ist die historische Entwicklung des Faches, ausgehend von der Psychiatrie des Erwachsenen und der Kinderheilkunde bzw. Heilpädagogik knapp aufgezeigt; die Wurzeln reichen mehr als hundert Jahre zurück. In Marburg hat Villinger, der seinem Lehrer Kretschmer 1946 folgte, eine eigene Station eingerichtet und 1950 das Institut für ärztlich-pädagogische Jugendhilfe mit Erziehungsberatungsstelle gegründet, dessen Bestand trotz mancher Schwierigkeiten über viele Jahre gesichert werden konnte. 1954 wurde ein Extraordinariat für das Fach eingerichtet und auf den Lehrstuhl Herrmann Stutte berufen, der mit der Fertigstellung eines modernen Klinikneubaus viele Akzente setzen konnte. Wichtige Initiativen waren die Etablierung einer Klinikschule und des Kerstin-Heims sowie die Gründung der Lebenshilfe für das geistig behinderte Kind. 1968 konnte der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie durchgesetzt werden; heute ist dieser an fast allen Universitäten vertreten, viele Lehrstühle sind von ehemaligen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Marbur-

ger Klinik besetzt. Zahlreiche Kurzbiografien belegen die gelebte Kontinuität, Hinweise auf wichtige innovative Forschungsprojekte die stete Weiterentwicklung.

Es ist besonders verdienstvoll, dass der Verfasser ausführlich auf die schwierigen unruhigen Jahre von 1968 bis 1980 eingeht und seine persönlichen Erlebnisse sowie Erfahrungen von Zeitzeugen einbringt. So wird deutlich, dass im Bestreben um Reformen manche Veränderung erzwungen wurde, die sich letztlich nicht bewährte. Die Besonderheiten medizinischer Fachbereiche und der Klinikorganisation fordern Lösungen, die sich zuerst am Wohl der Patienten bzw. der betreuten Kinder orientieren müssen. Nach der Berufung von Remschmidt als Nachfolger von Stutte konnte bald mit Zielstrebigkeit und Hartnäckigkeit eine Stabilisierung erreicht werden, die viele neue Initiativen ermöglichte und von der Nachfolgerin Katja Becker weitergeführt wird.

Eindrucksvoll ist deshalb die ausführliche Schilderung, in welcher konsequenter Weise Krankenversorgung, Forschung und Lehre ausgebaut und Kontakte zu den benachbarten Disziplinen in der Region, im In- und Ausland gepflegt wurden. Dies wird an zahlreichen Beispielen eindrucksvoll belegt; Tabellen, Übersichten und Zusammenfassungen erleichtern die Orientierung. Somit ist das Buch eine Fundgrube für jeden interessierten Leser.

Schwierigkeiten, die sich bei der Bewältigung der Vergangenheit ergaben, werden nicht ausgespart, vielmehr kritisch und objektiv beleuchtet. Dass Villinger und Stutte in Aktivitäten des Nazi-Regimes verwickelt waren, ist belegt; wenn sie in ihren Publikationen eine Terminologie verwenden, die uns heute unangemessen erscheint, ist dies aber dem Zeitgeist geschuldet. Ein Zwiespalt zwischen Mitfühlen und distanzierter Beurteilung wird deutlich und ist in der Rückschau nicht einfach zu vermitteln, hilft aber in der aktuellen Diskussion.

Das fundierte Werk ist mit seiner Vielfalt an Informationen nachdrücklich zu empfehlen.

Prof. Dr. med. Gerhard Neuhäuser
Linden

Anlage 1

HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

PLANUNGSBEREICH	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte	PLANUNGSBEREICH	Hausärzte
Allendorf (Eder)/Baitenberg	Hofgeismar	5,00		4,00
Alsfeld	Homburg (EiZe)	3,50		1,00
Bad Arolsen	Hünfeld	ÜV		ÜV
Bad Hersfeld	Idstein	ÜV		10,50
Bad Homburg/Oberursel/Friedrichsdorf	Kassel-Nord	1,50		1,00
Bad Orb	Kassel-Stadt	ÜV		ÜV
Bad Schwalbach	Kassel-Süd	ÜV		6,50
Bad Wildungen	Kirchhain	ÜV		1,50
Bebra/Rotenburg a.d.Fulda	Königstein/Kronberg/Schwalbach/ Bad Soden/Eschborn	1,50		3,00
Bensheim/Heppenheim	Korbach	4,00		5,50
Biedenkopf	Lampertheim/Viernheim	6,50		8,00
Borken (Hessen)	Lauterbach	2,00		1,50
Büdingen	Lich/ Hungen/Reiskirchen	6,00		3,00
Butzbach	Limburg	0,50		4,00
Darmstadt	Marburg	7,50		ÜV
Dieburg/Groß-Umstadt	Melsungen	21,00		1,50
Eitville	Michelstadt	ÜV		2,00
Erbach	Neu-Isenburg/Dreieich/ Langen	4,00		7,00
Eschwege	Nidda	4,50		ÜV
Frankenberg (Eder)	Offenbach	2,00		1,00
Frankfurt	Rüdesheim/Geisenheim	1,50		ÜV
Friedberg/Bad Nauheim	Rüsselsheim	2,50		13,50
Fritzlar	Schlüchtern	ÜV		1,50
Fulda	Schwalmsstadt	ÜV		3,50
Geinhausen	Seigenstadt	4,00		ÜV
Giessen	Sontra	2,50		4,00
Gladenbach	Stadtilendorf	ÜV		1,50
Groß-Gerau	Taunusstein	11,00		1,50
Grünberg/Laubach	Udingen	ÜV		1,00
Haiger/Dillenburg	Wächtersbach/Bad Soden-Salmünster	3,50		4,50
Hanau	Weilburg	9,50		ÜV
Hattersheim/Hofheim/Keikheim	Wetzlar	1,50		ÜV
Herborn	Wiesbaden	2,00		ÜV
Heringen (Werra)	Witzenhausen	ÜV		2,00
Hessisch Lichtenau	Wolfhagen	ÜV		0,50
Heusenstamm/Rödermark/Rodgau/Dietzenbach/Oberfischhausen	freie Arztitze gesamt	21,50		223,50
Hochheim/Fürsheim		ÜV		

Beschluss Landesausschuss 23.05.2019
Arztbestand 01.03.2019

ÜV - Überversorgung
 Versorgungsgrad 100 bis 110 %
 Versorgungsgrad unter 100 %
 drohende Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 2

ALLGEMEINE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Beschluss Landesausschuss 23.05.2019
Arztbestand 01.03.2019

PLANUNGSBEREICH	Augenärzte	Chirurgen und Orthopäden	Frauenärzte	Hautärzte	HNO-Ärzte	Kinderärzte	Nervenärzte	Urologen	Psychotherapeuten	freie Arztsttze gesamt
Darmstadt, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Frankfurt am Main, Stadt	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	4,00**	5,50
Offenbach am Main, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Wiesbaden, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Bergstraße	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	1,00
Landkreis Darmstadt-Dieburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Kreis Groß-Gerau	ÜV	ÜV	0,50	0,50	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	1,50**	4,00
Hochtaunuskreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Main-Kinzig-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	1,00	ÜV	2,00**	3,50
Main-Taunus-Kreis	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	1,00**	2,00
Odenwaldkreis	2,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	4,00
Landkreis Offenbach	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,00
Rheingau-Taunus-Kreis	3,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,50
Wetteraukreis	2,50	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	3,00
Landkreis Gießen	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Lahn-Dill-Kreis	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	1,50
Kreis Limburg-Weilburg	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Landkreis Marburg-Biedenkopf	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Vogelsbergkreis	ÜV	ÜV	2,50	1,00	1,00	ÜV	ÜV	ÜV	0,50**	5,00
Kassel, Stadt	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Stadt und Landkreis Fulda	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50**	0,50
Landkreis Hersfeld-Rotenburg	ÜV	ÜV	ÜV	1,50	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,50**	2,00
Landkreis Kassel	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	ÜV	0,00
Schwalm-Eder-Kreis	0,50	ÜV	1,00	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	ÜV	2,00
Landkreis Waldeck-Frankenberg	ÜV	ÜV	0,50	0,50	ÜV	0,50	ÜV	ÜV	1,50**	2,50
Landkreis Werra-Meißner	ÜV	ÜV	ÜV	0,50	1,00	ÜV	1,00	1,00	2,00**	5,50
freie Arztsttze gesamt	10,50	0,00	7,00	5,00	5,00	0,50	3,50	2,00	13,50	47,00

ÜV - Überversorgung

* geöffnet für KJP

** geöffnet für ÄPT

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Anlage 3

Beschluss Landesausschuss 23.05.2019
Arztbestand 01.03.2019

SPEZIALISIERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

Planungsbereich	Anästhesisten	Fachinternisten	Kinder- und Jugendpsychiater	Radiologen	freie Arztstze gesamt
Mittelhessen	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Nordhessen	ÜV	ÜV	0,50	ÜV	0,50
Osthessen	ÜV	ÜV	4,00	ÜV	4,00
Rhein-Main	ÜV	ÜV	9,00	ÜV	9,00
Starkenburger	ÜV	ÜV	3,00	ÜV	3,00
freie Arztstze gesamt	0,00	0,00	17,00	0,00	17,00

ÜV - Überversorgung

Versorgungsgrad 100 bis 110 %

Versorgungsgrad unter 100 %

Unterversorgung nach § 100 Abs. 1 SGB V

Anlage 4

Beschluss Landesausschuss 23.05.2019
Arzibestand 01.03.2019

GESONDERTE FACHÄRZTLICHE VERSORGUNGSEBENE

