

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 7/8 | 2022
Mitteilungen für Ärztinnen und Ärzte der Landesärztekammer Hessen | 83. Jahrgang



Deutsch-italienisches Symposium

126. Deutscher Ärztetag

Bericht über den ersten Ärztetag in Präsenz seit der Pandemie sowie Eindrücke hessischer Abgeordneter

CME: Prähabilitation

Zertifizierte Fortbildung über Bewegungstherapien vor chirurgischen Eingriffen und einer App der Autoren

Medizingeschichte

Der als Kliniker und Iatrochemiker bedeutsame Mediziner Franziskus Sylvius (1614–1672), Hanau

Genug gedacht, jetzt handeln

Ein Ärztetag ist anstrengend, aber immer lohnend, besonders wenn er wieder in körperlicher Präsenz stattfinden kann. Das habe ich ebenso wie meine Kolleginnen und Kollegen wirklich sehr genossen, denn uns allen haben in den vergangenen zweieinhalb Pandemie Jahren viele persönliche Kontakte gefehlt und dies trotz noch so praktischer Videokonferenzen. War das schon für Erwachsene eine sehr lange Zeit, so war es für Kinder und Jugendliche eine noch viel längere Zeit, die sich auch nicht nachholen lässt. Sicher haben Sie die Berichterstattung über den Deutschen Ärztetag verfolgt, der sich ausführlich mit den Auswirkungen der Coronapandemie auf Kinder und Jugendliche beschäftigte und zu dem wenig überraschenden Schluss kam, dass die junge Generation über Gebühr belastet wurde.

Die Vulnerabilität dieser Altersgruppe, weniger die somatische, sondern vielmehr die psychische und seelische Verletzlichkeit fand viel zu wenig Beachtung. Nun muss alles daran gesetzt werden, deren Folgen möglichst rasch zu mildern und wissenschaftlich und ethisch nicht begründbare Einschränkungen im Herbst auszuschließen. Wenn die Zukunft in unseren Kindern liegt, dann müssen wir ihnen eine gesunde Basis zur Verfügung stellen. Der 126. Deutsche Ärztetag hat die Länder auch aufgefordert, ein eigenständiges Schulfach „Gesundheit und Nachhaltigkeit“ einzuführen. Diese Forderung unterstütze ich bekanntermaßen ausdrücklich. Viele Berichte über den Deutschen Ärztetag aus hessischer Sicht finden sich auf den Seiten 410 bis 422 sowie S. 445.

Die Diskussion über die elektronische Patientenakte und den Datenschutz wird sicher weiter geführt werden, auch wenn sich die Abgeordneten des Deutschen Ärztetages nach einer engagiert geführten Diskussion mit knapper Mehrheit für das Opt-out-Verfahren bei der Anlage einer elektronischen Patientenakte ausgesprochen haben. Die Vielschichtigkeit der Argumente beider Seiten ist mir wohl bewusst, muss aber gestehen, dass ich den Ausspruch meines rheinland-pfälzischen Amtskollegen Dr. Günther Matheis, dass der Datenschutz in zehn Jahren nicht die häufigste Todesursache werden dürfe, teile. Es sollte nicht vergessen werden, dass die elektronische Patientenakte nur mit einem elektronischen Heilberufsausweis geöffnet werden kann. Die ärztliche Schweigepflicht gilt im Übrigen unabhängig von der Speicherform der Patientenakte und ist selbstverständlich zwingend einzuhalten. Auch der Schutz gegen unberechtigte Zugriffe auf Patientenakten von außen unterscheidet sich bei Opt-out und Opt-in nicht und sollte immer dem höchsten Sicherheitsstandard entsprechen. Diese Anforderungen sind schwierig und anspruchsvoll, aber dennoch lösbar, wie es andere europäische Staaten schon lange vormachen.

Vielleicht ist wirklich etwas dran an dem Deutschlandbild, das das Ausland teilweise von uns hat. Die deutsche Gründlichkeit, aber vielleicht auch die „german Angst“ stehen uns manchmal im Weg. Das Motto, erst zu denken und dann zu reden oder han-

deln, ist vollkommen richtig, aber inzwischen kann wohl nicht mehr bezweifelt werden, dass wir in den vergangenen Jahren, ja sogar Jahrzehnten viel gedacht haben. Kein Wunder, sind wir doch das Volk der Dichter und Denker, möchte ich jetzt augenzwinkernd anmerken. Nun wird es jedoch wirklich Zeit, die Digitalisierung endlich zum Laufen zu bringen. Und zwar so, dass es den Nutzerinnen und Nutzern, seien es Ärztinnen und Ärzte oder Patientinnen und Patienten, nutzt. Hoffentlich muss diese eigentlich banale Selbstverständlichkeit in absehbarer Zeit nicht mehr betont werden.

Viel nachgedacht wurde auch über den Mutterschutz, der leider bei schwangeren Ärztinnen noch immer viel zu pauschal und restriktiv gehandhabt wird und so deren Weiterbildung und berufliche Karriere erheblich behindert. Auch das hat der Deutsche Ärztetag zu Recht bemängelt. Statt Überregulierung ist auch hier Augenmaß gefordert.

Mit der Übergabe eines gedruckten Exemplars der konsentierten neuen GOÄ an Bundesgesundheitsminister Lauterbach untermauerte Bundesärztekammerpräsident Reinhardt eindrücklich und anschaulich die Forderung nach Umsetzung der neuen GOÄ. Die Argumentation des Ministers, diese Umsetzung habe für ihn keine Priorität, weil man in der Bundesregierung abgemacht habe, dass man nichts unternehmen wolle, was das Gleichgewicht zwischen der PKV und der GKV verschiebe, war mir genau wie den anderen Anwesenden nicht verständlich. Nach der von Lauterbach zugesagten vorurteilsfreien Prüfung der mit Augenmaß erarbeiteten GOÄ bleibt dem Ministerium meines Erachtens nur noch deren Umsetzung, womöglich sogar digital.



Foto: Peter Jülich

Dr. med. Edgar Pinkowski
Präsident

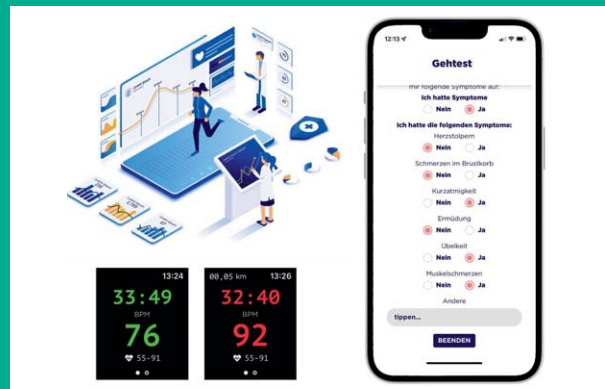


Foto: Manuel Maier

126. Deutscher Ärztetag in Bremen

Das „Parlament der Ärzteschaft“ ist wieder zusammengetreten und hatte viele aktuelle Themen auf der Tagesordnung. Wir werfen einen Blick auf die Schwerpunkte. Einige hessische Abgeordnete ziehen außerdem ihr persönliches Fazit vom 126. Deutschen Ärztetag in der Hansestadt Bremen.

407, 410–422 & 445



Grafik © Rechte bei den Autoren

CME: Prähabilitation vor großen Eingriffen

Der Begriff Prähabilitation beschreibt den präoperativen Aufbau von Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer durch individuelle Bewegungs- und Sporttherapien. Im zertifizierten Fortbildungsartikel befassen sich die Autoren mit den verschiedenen Aspekten der Prähabilitation und stellen dazu eine eigene App vor.

428

Editorial: Genug gedacht, jetzt handeln **407**

Aus dem Präsidium: Neuer Besen?! **410**

Ärzttekammer

Probleme im Fokus: Blick auf die Eröffnung des 126. Deutschen Ärztetages **411**

Forderung nach Reformen im Gesundheitswesen – 126. Deutscher Ärztetag in Bremen **412**

Protest zu Beginn des Ärztetages: Junge Ärztinnen und Ärzte fordern bessere Ausbildungsbedingungen **416**

Die Macht des Geldes über ärztliche Entscheidungen? Dialogforum Junge Ärztinnen und Ärzte **417**

Eindrücke hessischer Abgeordnete vom 126. Deutschen Ärztetag **418**

Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium: Kampf gegen das Virus **423**

Nachwuchskongress „Operation Karriere“: Persönlicher Austausch nach zweijähriger Pause **433**

Dr. med. Edgar Pinkowski mit Verdienstkreuz des Souveränen Malteser-Ritterordens ausgezeichnet **447**

Serie Teil 17: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung – KV Hessen: QS & QM **450**

CME-Fortbildung: Prähabilitation vor großen chirurgischen Eingriffen **428**

Im Gespräch: Dr. med. Klaus Doubek, neuer Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte, über seine Ziele **442**

Bekanntmachungen

■ **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung **434**

Repetitorium Radiologie der Akademie der LÄKH **456**

■ **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule **440**

■ **Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen** **457**



Foto: Katja Kölsch

Deutsch-italienisches Symposium

Seit 2017 verbindet die Landesärztekammer Hessen und die Ärzte- und Zahnärztekammer Salerno eine enge Partnerschaft. Wegen der Pandemie war erst im Juni 2022 wieder eine persönliche Begegnung möglich. Thema des Symposiums: Wie Hessen und die Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen.

423



Foto: © Publiek domein/Rijksmuseum

Medizingeschichte: Franciscus Sylvius

Franz de le Boe, mit latinisiertem Namen Franciscus Sylvius, wurde 1614 in Hanau geboren. Der als Kliniker und Iatrochemiker bedeutsame Mediziner gilt als der Begründer der naturwissenschaftlichen Medizin und der Klinischen Chemie. Der Autor befasst sich auch mit der Legende der Erfindung des Gins durch Sylvius.

453

Medizingeschichte: Was hat der Gin mit Hanau zu tun? Der Kliniker und Iatrochemiker Franciscus Sylvius	453
Berufspolitik: Medinetze kämpfen für anonymen Behandlungsschein	456
Mensch und Gesundheit: Grenzen der Freiheit? Urteil zum assistierten Suizid aus evangelischer Perspektive	446
Ansichten und Einsichten: Und täglich grüßt das Wirtschaftstier	445
Junge Ärzte und Medizinstudierende: Persönlicher Bericht über ein Praktisches Jahr (PJ) in Südkorea	448
Aus den Bezirksärztekammern: Hessen gegen Krebs	458
Personalia	458
Bücher: Hartmut Gaulrapp, Christina Binder (Hrg.): Grund- und Aufbaukurs Sonografie	433
Impressum	482

Hinweis der Redaktion

Bitte beachten Sie in dieser Ausgabe den ausführlichen Teil der amtlichen Bekanntmachungen mit dem Abdruck von drei Satzungsänderungen der Landesärztekammer Hessen. Zudem befinden sich auf S. 487 (Umschlagseite hinten) weitere redaktionelle Inhalte, u. a. Infos zur Fortbildung in Grado.

Sprache im Hessischen Ärzteblatt

Wo immer möglich, verwenden wir in Texten des Hessischen Ärzteblattes beide Geschlechter. Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird manchmal nur die weibliche oder nur die männliche Form gewählt, auch wenn sich die Formulierungen auf Angehörige diverser Geschlechter beziehen. Außerdem

benutzen wir, sofern vorhanden, Geschlechter übergreifende Begriffe; verzichten aber auf Gender-Stern, Gender-Gap oder Binnen-I. Unseren Autorinnen und Autoren sind wir für die freiwillige Beachtung dieser Hinweise dankbar, greifen aber nicht redigierend ein. (red)

Neuer Besen?!

Der neue Gesundheitsminister Prof. Lauterbach hat sich nach mehr als 150 Tagen Amtszeit persönlich vor den Ärztetag in Bremen gestellt und seine Konzepte angesprochen. Corona kann er, trotz vieler Widerstände von Querdenkenden, da gibt es gar keinen Zweifel. Als Arzt zu Ärzten und zur Öffentlichkeit zu sprechen, das kam an. Chapeau! Aber substanzvoll, zukunftsorientiert, handlungswillig und zielgenau an der Großbaustelle Gesundheitspolitik eingreifen? Dem Mangel an Ärzten und Pflegepersonen und den hochbrisanten Themen der rasant kommerzialisierten Gesundheitswirtschaft entgegen treten? Wird eine Orientierung auf Klimaneutralität im Gesundheitswesen und planetary health erkennbar? Die kurzweilige Grußbotschaft blieb an solchen Kernpunkten unkonkret.

Beispiel Vergütungssystem im Krankenhaus: 16 Köpfe sind nun erst einmal in einen wissenschaftlichen Think-Tank berufen, „ergebnisoffen“. Nachwuchs für die Gesundheitsberufe: vage Ansätze, x-fach diskutiert, ohne weitreichende Strategie und keine klaren Handlungsansagen. Stetig wachsende Kommerzialisierung durch Finanzinvestoren, die Millionen Euro Renditen aus dem Gesundheits- und Steuersystem abziehen: offenbar Nebensache. Beispiel GOÄ: Ausweichen, wie schon von den Ministern Gröhe und Spahn geübt, schlichtes Vertagen. Weiterer Klärungsbedarf stünde nach vielen Jahren hochkarätiger Vorbereitung durch die Beteiligten immer noch entgegen. Obwohl der Minister diese gesetzliche Gebührenordnung von Amts wegen in eigener Verantwortung zu erlassen hat.

Im Herbst 2021 hatten wir an dieser Stelle zum vorherigen Gesundheitsminister Spahn gesagt: „Ärztinnen und Ärzte erwarten mehr!“ Es könnte sein, dass wir vom neuen Amtsträger das auch nicht bekommen. Es braucht robuste Hemmnisse gegen den rein kommerziellen Aufkauf von hunderten Augenarztpraxen, Zahnarztpraxen, medizinischen Laboren, ambulanten Radiologie-, Dialyse- und Kinderwunschzentren und anderen. Auch der so in 20 Jahren unkontrolliert gewachsene Bestand solcher Konstrukte muss zurückgeführt werden. Verschleiernde Abführungsverträge, die dem Verbergen meist zweistelliger Renditen und dem Lenken der Gewinne in weltweite Steuerschlupflöcher dienen, müssen systematisch aufgeklärt und abgestellt werden. Dem Patientenwohl verpflichtete und unternehmerisch selbstständige Ärzte dürfen nicht weiter vordergründig zum „hochpreisig aus-



Foto: Katarina Ivanisevic

„Dem Patientenwohl primär verpflichtet.“

gekauft werden“ freistehen, sondern zum Bleiben motiviert werden.

In den privatwirtschaftlich geführten Kliniken ist es mit den Zielen der Renditeerzielung nicht viel anders, auch wenn die Wege andere sind. Gute Daseinsvorsorge braucht auch hier den entschiedenen und von den Behörden abzurufenden Willen, Vorhaltekosten in der gesundheitlichen Daseinsvorsorge vor eventuellen Gewinnabführungen darzustellen. Geld dafür, sowohl im Bundes- wie im Länderbereich, darf nicht aus den Behandlungskosten für den einzelnen Patienten erwirtschaftet werden, zu Lasten der persönlichen Fürsorge und entgegengerichtet zu hoher personeller (!) und materieller Behandlungsqualität. Zuschüsse dazu und stete Kontrollen der Vorsorge-Investments muss der Staat für seine

Bürger bewusst und viel konsequenter leisten, als das seit zwei Jahrzehnten getan wurde.

Praktische Impulse dazu werden seit wenigen Jahren unter neuen Gedanken formuliert: Statt geldmarktorientiertem Handeln und Beziehen von Investorenkapital zukünftig vorzugsweise die Player fördern, die sich dem Patientenwohl primär verpflichten und ihr Wirtschaften damit auf jederzeit prüfbare Ziele eines „Verantwortungskapitals“ ausrichten. Nichts anderes tun manche Landkreise und Kommunen oder gemeinnützig orientierte Träger noch heute. Sie tragen die Qualität der Versorgung ihrer Region aus dem regionalen Säckel bewusst mit, auch wenn vordergründig das Jahresergebnis einer Klinik oder Versorgungsstruktur rote Zahlen schreibt. Das ist leider eine von harten Investiv-Ökonomen oder schwachen Gesundheitspolitikern nicht selten abschätzig belächelte Minderheit geworden. Auch im ambulanten Bereich sollten sich KV'en und die Zulassungsgremien für solche Ansätze gedanklich neu aufstellen und aus der Bundespolitik anderen politischen Rückenwind und entsprechende Verordnungen erhalten.

Herr Bundesminister, wir brauchen von Ihnen jetzt sehr bald kräftige Impulse dafür! Hin zu bewusst nachhaltiger und klar patientenorientierter Gesundheitsversorgung, ambulant wie stationär.

Dr. med. H. Christian Piper
Präsidiumsmitglied
der Landesärztekammer Hessen

Doppelausgabe Juli/August

Mit dieser Doppelausgabe für die Monate Juli und August wünschen wir unseren Leserinnen und Lesern eine schöne

Sommerzeit und erholsame Ferien. Die September-Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes erscheint am 25. August 2022.



Probleme im Fokus

Blick auf die Eröffnung des 126. Deutschen Ärztetages

Auf dem Weg zur Eröffnungsveranstaltung hören wir einen ohrenbetäubenden Lärm. An einem SPD-Stand versucht Bundesgesundheitsminister Lauterbach mit der Bevölkerung Kontakt aufzunehmen, wird aber durch eine Gruppe mit Megafon und Hupen und einem Geschrei „Lauterbach muss weg“ daran gehindert. Ein Polizeiaufgebot schützt ihn vor dem Mob. Die Stimmung ist beängstigend aggressiv und bei seiner Rede spürt man, dass der Minister sichtlich beeindruckt ist. Am Eingang des Konzerthauses „Glocke“ in Bremen bringen Mitglieder des Hartmannbundes den Besuchern im Rollenspiel die schwierige Arbeitssituation junger Ärztinnen und Ärzte nahe. (Siehe dazu den Beitrag von Svenja Krück auf S. 416.)

Bundesärztekammerpräsident Klaus Reinhardt weist einleitend auf die Kriegssituation in der Ukraine hin, beschreibt die gezielte Zerstörung der medizinischen Infrastruktur und versichert den Kolleginnen und Kollegen der Ukraine unsere Unterstützung. Die Bundesärztekammer habe eine Plattform geschaffen, auf der sich Ärztinnen und Ärzte melden können, die in der Ukraine helfen wollen. Hier hätten sich bisher ca. 2.000 gemeldet. Anwesend ist Andrij Basylewytch, Vorstandsmitglied der Ukrainian Medical Association, der mit stehendem Applaus empfangen wird und eine kurze Ansprache hält.

Solidarität mit der Ukraine

Auch Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach betont die Solidarität der Bundesregierung mit der Ukraine und erklärt, dass in deutschen Krankenhäusern schwer verletzte Ukrainer versorgt werden. Weiter werde in der Ukraine mit deutscher Hilfe Zentren für Brandverletzte aufgebaut.

In seiner Rede nimmt der Bundesärztekammerpräsident wohlabgewogen und im Einzelnen präzise zu den aktuellen Problemen des Gesundheitswesens Stellung. Hier einige Stichpunkte:

Hier einige Stichpunkte:

Das Gesundheitsministerium plant eine Krankenhausreform unter Ausschluss der

Ärzeschaft durch Wissenschaftler und ohne das erforderliche Fachwissen aus der Praxis. Dem widerspricht Lauterbach. Zu einem späteren Zeitpunkt werden auch die ärztlichen Gremien gehört, die dann das Geplante umsetzen sollen. Reinhardt fordert, dass die verfasste Ärzteschaft strukturell eingebunden und eine Mitsprache erhalte solle.

Eine auskömmliche Finanzierung der Krankenhäuser gebe es seit Jahren nur in Sonntagsreden, die montags bereits vergessen seien. Es sei ein Praxiszukunftsgesetz nötig mit interoperablen Ausbau der Vernetzung von Praxen und Kliniken. Dies müsse von Bund und Ländern finanziert werden.

Digitale Stolpersteine

Die Digitalisierung der Medizin soll sich an den Bedürfnissen von Patienten und Ärzten orientieren und intuitiv bedienbar sein. Sie müsse – eigentlich eine Selbstverständlichkeit – auch stabil laufen, so dass sie nicht zu regelmäßiger Doppelarbeit führe. Eine wie bisher nicht ausreichend getestete Software zerstöre die Akzeptanz der Digitalisierung, die die Ärzteschaft vorbehaltlos unterstütze. Ein Negativ-Beispiel ist das E-Rezept. Bis zum Jahresende seien 42 E-Rezepte ausgestellt worden und Millionen auf dem Papier. Reinhardt bedankt sich für die Verschiebung der verpflichtenden Einführung des E-Rezepts und eine erneute Testung unter realen Bedingungen.

In der medizinischen Versorgung werden mehr und mehr Kapitalinteressen durchgesetzt. Die medizinischen Maßnahmen werden bei Private Equity-Eigentümern rigoros einer Gewinnmaximierung unterzogen, um Jahresrenditen von 10–15 % zu erzielen. Kommerzieller Druck beeinflusst zunehmend ärztliche Entscheidungen. Dies muss dringend ein Ende haben.

Die Förderung der Gesundheitskompetenz der Bevölkerung muss verbessert werden. Hier sollten neue Wege gesucht werden, da zur Zeit große Gruppen nicht erreicht werden. Ein Schulfach Gesund-



Foto: © Jürgen Gebhardt/BAK

Rede im Konzerthaus: Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach.

heitskompetenz sei hier hilfreich. Die Ärzteschaft sei im Sinne Virchow der Gesamtbevölkerung verpflichtet.

Zur GOÄ (Gebührenordnung für Ärztinnen und Ärzte): Hier sei die Ärzteschaft in Vorleistung gegangen und habe mit der PKV (Verband der Privaten Krankenversicherung) ein konsentiertes Modell entwickelt. Eine neue GOÄ wird von der Politik seit drei Jahrzehnten verschleppt. Zur Zeit werden viele Prozesse einer dynamisch entwickelnden Medizin nicht abgebildet und es werden notdürftig Analogleistungen entwickelt, die dann zu viel Verunsicherung und Streit führen. Die dadurch entstehende Intransparenz muss beendet werden. Ärzte haben Anspruch darauf persönlich erbrachte Leistungen angemessen vergütet zu bekommen. Das nicht Handeln der Politik wird als Affront betrachtet. Zum Ende seiner Rede übergibt Reinhardt dem Minister ein gedrucktes Exemplar der neuen GOÄ, die von Lauterbach nur widerwillig entgegengenommen wird.

Auf die Rede des Ministers gehe ich nicht weiter ein. Eine kleine Lehrstunde zu neuen Coronavarianten, viel Eigenlob und wolkige Versprechen ohne konkrete Zusagen. So ist es leicht mehr Studienplätze zu fordern, wenn die Länder zuständig sind. Eine neue GOÄ wird es wohl nicht geben, sie störe das labile Gleichgewicht von GKV (gesetzliche Krankenversicherungen) und privaten Kassen. Mit talkshowreifen populistischen Sprüchen heischt er dennoch reichlich Beifall ein.

Die Ärzteschaft ist eben höflich.

Dr. med. Peter Zürner



Forderung nach Reformen im Gesundheitswesen

126. Deutscher Ärztetag in Bremen

Hervorragende Akustik und Art-Déco-Ambiente in direkter Nachbarschaft zum historischen Marktplatz: Am 24. Mai bot das Konzerthaus „Die Glocke“ den Rahmen für den Auftakt des 126. Deutschen Ärztetages in Bremen. Nach zwei Jahren Pandemie trafen sich die Vertreterinnen und Vertreter der deutschen Ärzteschaft erstmals wieder persönlich zu lebhaften Diskussionen, um gemeinsam Beschlüsse zu fassen. Dabei standen drängende Fragen des Gesundheitswesens wie Fachkräftemangel, ärztlicher Versorgungsbedarf in einer Gesellschaft des langen Lebens und die gesundheitlichen Folgen der Pandemie für Kinder und Jugendliche im Fokus.

Ruf nach Reformen

In seiner Eröffnungsrede forderte Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt dringend notwendige Reformen. So stehe man in Kliniken und Praxen vor einer enormen Ruhestandschwelle unter Ärztinnen und Ärzten. Die Bundesländer müssten umgehend rund 6.000 zusätzliche Medizinstudienplätze schaffen, um diesen Wegfall zu kompensieren. Gleichzeitig müsse die Finanzierung der Kliniken, die Planung der Krankenhauslandschaft und die Zusammenarbeit von Praxen, Kliniken und anderen Einrichtungen des Gesundheitswesens vollkommen neu gestaltet und enger vernetzt werden. In der Forderung nach Schaffung neuer Medizinstudienplätze waren sich Reinhardt und Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach einig.

Dank für Einsatz in Pandemie

„Die Pandemie ist nicht vorbei“, stellte Reinhardt fest und dankte den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Gesundheitswesens, durch deren großes Engagement das System habe aufrecht erhalten

werden können. Trotz schlechter Vorbereitung sei Deutschland bisher einigermaßen gut durch die Corona-Pandemie gekommen, urteilte Lauterbach. Mehrfach dankte er Ärztinnen und Ärzte ausdrücklich für ihren herausragenden Einsatz zur Eindämmung der Pandemie. Wie Reinhardt betonte auch der Minister, dass man für den diesjährigen Herbst vorbereitet sein müsse. Reinhardts Forderung nach Einführung eines Schuljahres Gesundheit begrüßte Lauterbach ausdrücklich. Der Präsident der Bundesärztekammer hatte erklärt, die Pandemie habe gezeigt, wie wichtig es sei, die Gesundheitskompetenz in der Bevölkerung zu fördern.

Krankenhausstrukturreform

Es blieb jedoch nicht bei der Bekundung übereinstimmender Positionen von Politik und Ärzteschaft. Deutlich kritisierte Reinhardt die Länder, die ihren Investitionsverpflichtungen für die Krankenhäuser bereits seit Jahren nicht nachkämen – mit der Folge, dass Kliniken Investitionen aus Mitteln finanzieren müssten, die eigentlich für die medizinische Versorgung vorgesehen seien. Hier müsse der Bund Verantwortung übernehmen und die Investitionskosten kofinanzieren. Reinhardts Vorwurf, die Ärztekammern und das Know-how der Praktiker vor Ort würden nicht an der neuen Regierungskommission zur anstehenden Krankenhausstrukturreform beteiligt, wies Lauterbach zurück. So würden die Grundlagen zwar zunächst von Wissenschaftlern erarbeitet, doch sollen anschließend die ärztliche Selbstverwaltung und die Länder mit einbezogen werden, um praxistaugliche Lösungen für eine Krankenhausreform zu finden. Lauterbach kündigte an, dass man aus der Kommission heraus das Fallpauschalen-System (DRG) in der Kinderheilkunde sowie in der Geburtshilfe überarbeiten werde.



Viele Anträge standen beim Deutschen Ärztetag auf der Tagesordnung, über die auch die hessischen Abgeordneten abstimmten.

Vernetzung der Versorgung

Seit Jahren werde die sektorenübergreifende Versorgung beschworen, aber passiert sei bisher wenig, warf der Bundesärztekammerpräsident der Politik vor. In der Pandemie sei die Notwendigkeit einer engeren Zusammenarbeit von Praxen, Kliniken und anderen Gesundheitseinrichtungen deutlich geworden. Die Ärzteschaft stehe einer intensiveren Zusammenarbeit mit anderen Gesundheitsberufen offen gegenüber. Reinhardt appellierte an den Bundesgesundheitsminister, die Ankündigungen im Koalitionsvertrag für eine engere personelle und digitale Vernetzung der Versorgungsbereiche schnell und umfassend umzusetzen. Man wolle die Vernetzung von ambulanter und stationärer Versorgung verbessern und strebe eine Reformierung der Notfallversorgung an, versprach Lauterbach. Er erklärte außerdem, dass ein eigener Tarifvertrag für den Öffentlichen Gesundheitsdienst kommen müsse.

Die wachsende Digitalisierung des Gesundheitswesens bewertete Reinhardt positiv. Vor einem verpflichtenden bundesweiten Einsatz neuer digitaler Anwendungen sei es allerdings notwendig, umfangreiche Tests zur Praxistauglichkeit und zum medizinischen Nutzen der digitalen Tools durchzuführen, betonte er. Um die Einführung sinnvoller digitaler medizinischer Anwendungen zu beschleunigen, sei ein Praxiszukunftsgesetz erforderlich, mit dem Investitionshilfen der öffentlichen Hand möglich werden sollen. Lauterbach

Foto: Manuel Maier

sprach sich für eine Opt-out-Lösung zur elektronischen Patientenakte (ePA) aus. Damit würde die ePA nur dann nicht erstellt, wenn der Versicherte widerspreche.

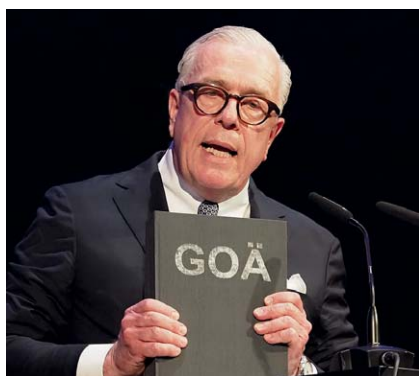
Wenig Annäherung bei GOÄ

Wenig Annäherung zeigte sich bei der seit Jahrzehnten unveränderten „Gebührenordnung für Ärzte“ (GOÄ). Reinhardt hatte angemahnt, diese endlich zu modernisieren, damit sie den aktuellen Stand der Medizin abbilde. Er überreichte Lauterbach ein umfangreiches Werk – den von Ärzteschaft und Privater Krankenversicherung (PKV) erarbeiteten Entwurf der neuen GOÄ. Der Minister hielt das Buch schmunzelnd in die Höhe und sagte zu, es vorurteilsfrei zu prüfen.

Unterstützung der Ukraine

„Was Sie und Ihre Kolleginnen und Kollegen in Ihrem Land leisten, ist im besten Sinne ärztlich“: Mit diesen Worten wandte sich Reinhardt direkt an den anwesenden Vertreter der Ukrainian Medical Association, Prof. Dr. Andrij Basylewytch. „Seien Sie versichert, Sie haben unsere volle Unterstützung.“

Foto: Manuel Maier



Eine gedruckte GOÄ hat Dr. med. Klaus Reinhardt (Foto) als Geschenk für Gesundheitsminister Lauterbach dabei.

Reinhardt berichtete außerdem, dass sich über 1.600 Ärztinnen und Ärzte bei der Bundesärztekammer für einen Einsatz in der Ukraine und in den Nachbarstaaten hätten registrieren lassen. Sobald die Bundesregierung Hilfe im Rahmen internationaler Einsätze anfordert, könne die BÄK Ärztinnen und Ärzte vermitteln.

„Vom Minister kam zur Gesundheitspolitik gar nichts“

Die Debatte am Nachmittag begann mit viel Lob für Reinhardts Rede. Überwiegend kritisch kommentierten dagegen auch zahlreiche hessische Abgeordnete die Äußerungen Karl Lauterbachs: „Vom Minister kam zur Gesundheitspolitik gar nichts. Das ist bestürzend“, sagte Dr. med. Wolf Andreas Fach (Liste der Fachärztinnen und Fachärzte Hessen). „Für uns ist das die Chance, einen Zehn-Punkte-Plan aufzustellen. Hier müssen wir als Bundesärztekammer voran gehen und der Bevölkerung unsere Vorstellungen darlegen.“ Alle Reformen müssten unter einem Fokus stehen und das sei der Fachkräftemangel, betonte Dr. med. Susanne Johna (Marburger Bund Hessen). Seitens der Politik passiere gar nichts: „Wir bilden unter Bedarf aus.“ Dr. med. Lars Bodammer (Marburger Bund Hessen) wandte sich gegen den Vorrang der Ökonomie in medizinischen Fragen: „Die DRG sollten abgeschafft werden.“

Maßnahmen gegen Ärztemangel

Mit überwältigender Mehrheit forderte der Deutsche Ärztetag den Gesetzgeber auf, wichtige Reformen im Gesundheitswesen jetzt umzusetzen. Wichtig seien insbesondere Maßnahmen gegen den drohenden Ärztemangel. „Wir hatten noch nie so viele Ärzte gehabt wie jetzt“, meldete sich Michael Andor zu Wort. Das könne nicht die Lösung sein: „Wir müssen neu denken wie wir damit umgehen.“ Darauf, dass Zahlen alleine nicht aussagekräftig seien, wies Dr. med. Ellen Lundershausen, Vizepräsidentin der Bundesärztekammer, hin. Zu berücksichtigen seien auch der hohe Versorgungsaufwand in einer Gesellschaft des langen Lebens, die Altersstruktur von Ärztinnen und Ärzten, mehr Teilzeitarbeit und die Balance von Beruf und Freizeit.

„Die Vereinbarkeit von Familie und Beruf ist eine legitime Forderung der jungen Ärztegeneration“, betonte Lundershausen. Wegen der starken Arbeitsverdichtung und struktureller Verwerfungen des Gesundheitssystems entschieden sich insbesondere junge Ärztinnen und Ärzte für eine Teilzeittätigkeit. Es reiche deshalb

nicht aus, nur die Köpfe zu zählen. Entscheidend sei die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit – und die nehme kontinuierlich ab.

Mehr Studienplätze

Um eine bedarfsgerechte ärztliche Versorgung in allen Regionen Deutschlands sicherstellen zu können, forderten die Abgeordneten mehr Studienplätze in der Humanmedizin an staatlichen Universitäten. Die Nachfrage übersteige die Zahl der Studienplätze deutlich. Eine Lücke, die zunehmend private Hochschulen mit eher praxisorientierten privaten Ausbildungsangeboten in der Humanmedizin ausfüllen. Um deren Qualität sicherzustellen, müssten sie kontinuierlich vom Wissenschaftsrat überprüft werden. Wissenschaftlichkeit sei maßgeblich für eine qualitativ-hochwertige ärztliche Ausbildung. Druck machte der Deutsche Ärztetag auch bei der Novellierung der Approbationsordnung: „Das Medizinstudium muss endlich an die aktuellen Herausforderungen der medizinischen Versorgung angepasst werden.“ Die Abgeordneten forderten das Bundesgesundheitsministerium zur Wiederaufnahme des entsprechenden Gesetzgebungsverfahrens auf.

Rahmenbedingungen verbessern

Neben einer konsequenten Nachwuchsförderung müssten auch die Rahmenbedingungen für ärztliche Arbeit neu gestaltet werden, erklärte die Ärztevertreterinnen und -vertreter. Nur so könnten möglichst viele Ärztinnen und Ärzte in der Patientenversorgung gehalten werden. Scharf kritisiert wurde, dass ökonomische Ziele die Arbeit in Klinik und von Private Equity gesteuerten Medizinischen Versorgungszentren bestimmten. In der Medizin dürfe nicht in rein betriebswirtschaftlichen Dimensionen gedacht werden. Der kommerzielle Druck müsse ein Ende haben.

In seinem mit großer Mehrheit angenommenen Antrag sprach sich der hessische Abgeordnete Wolf Andreas Fach für eine Stärkung der ärztlichen Position in Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) aus. Der Deutsche Ärztetag forderte, die ambulante und stationäre Versorgungsstruktur

turen patientengerecht, sektorenverbindend und digital vernetzt auszugestalten. Die Gesundheitskompetenz der Bevölkerung müsse gestärkt sowie die Forschungsförderung zur Pandemieprävention ausgebaut werden.

Neu: Digitales Instrument zur Personalbemessung

Dr. Susanne Johna, Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, und Prof. Dr. med. Henrik Herrmann, Präsident der Ärztekammer Schleswig-Holstein, stellen ein digitales Instrument vor, das bei einer besseren Personalbemessung in Krankenhäusern helfen soll. Es ist ein Ergebnis der Arbeitsgruppe „Personalvorgaben für Ärzte im Krankenhaus III“ der Bundesärztekammer. Gerade die zunehmende Bürokratisierung und Ökonomisierung belastete viele Ärztinnen und Ärzte. Als Zielvorgabe für das Programm habe man nicht eine Personaluntergrenze gesetzt, sondern eine adäquate Quote in allen Krankenhausbereichen. Die Personalbemessung müsse zukünftig von der Ärzteschaft gesteuert werden, so Johna, deshalb sei das Instrument auch flexibel gestaltet worden, um den unterschiedlichen Ansprüchen im stationären Bereich gerecht zu werden. So habe man beispielsweise 23 verschiedene Patientengruppen sowie 101 zusätzliche ärztliche Aufgaben und Pflichten kategorisiert, diese könnten allerdings auch erweitert werden.

Herrmann ging auf Details des Personalbemessungsinstruments ein, das mit hinterlegten Tabellen für einzelne Aufgaben am Ende auch die Anzahl der benötigten Stellen errechnet. Zunächst sei das Instru-



Foto: Manuel Maier

ment noch auf Basis einer Excel-Tabelle, soll allerdings eventuell in Zukunft in andere Formate übergehen. An einem Beispiel zeigte Herrmann die Kalkulation anhand zweier fiktiver Kliniken. Die einzelnen Zeiten von verschiedenen Aufgaben könne dabei immer wieder individuell angepasst werden.

Johna sagte, dass es ein „Instrument von Ärztinnen und Ärzte für Ärztinnen und Ärzte“ sei, dass zu einem Paradigmenwechsel weg von der ökonomischen Betrachtung, hin zu einer patientenorientierten Bemessung führe. Das Instrument wurde von vielen Abgeordneten wohlwollend aufgenommen und in den Reden gelobt.

Johna sagte, dass es ein „Instrument von Ärztinnen und Ärzte für Ärztinnen und Ärzte“ sei, dass zu einem Paradigmenwechsel weg von der ökonomischen Betrachtung, hin zu einer patientenorientierten Bemessung führe. Das Instrument wurde von vielen Abgeordneten wohlwollend aufgenommen und in den Reden gelobt.

Einbindung bei Triagegesetz

Nach heftiger Debatte bekräftigten die Abgeordneten die Forderung der Ärzteschaft, in die aktuellen Beratungen über ein Triagegesetz im Gesundheitswesen eingebunden zu werden. Dabei sei zu berücksichtigen, dass sich Ärztinnen und Ärzte im Fall einer pandemiebedingten Triage in einer extremen Entscheidungssituation befinden. „Wir brauchen klare Vorgaben, wie wir mit der Triage umzugehen haben, auch gesellschaftliche Vorgaben“, unterstrich Fach: Wenn es in Pandemien und anderen Situationen eng werde, seien klare Vorgaben hilfreich.

Streichung des § 219a StGB

Die vom Deutschen Bundestag angestrebte Streichung des § 219a StGB wurde von den Abgeordneten ausdrücklich begrüßt. Bisher regelt der Paragraph das Verbot, für Schwangerschaftsabbrüche zu werben. Schon die Ankündigung, in einer ärztlichen Institution Schwangerschaftsabbrüche durchzuführen, konnte zu Strafverfolgung führen. Dieser Rechtszustand sei für Ärztinnen und Ärzte unhaltbar; außerdem habe der § 219a StGB dazu beigetragen, dass betroffenen Frauen der Zugang zum Schwangerschaftsabbruch erschwert wurde.

Sachstand Weiterbildung

In der Diskussion erklärte Wolf Andreas Fach, dass die Ziele der Weiterbildung

2030 definiert werden müssten. Die föderale Umsetzung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (M-WBO) solle möglichst einheitlich durch Abgleich der Vorgehensweisen der Landesärztekammern erfolgen. Auch seien die Ärztekammern weiter uneingeschränkt für die Weiterbildung zuständig, Gebiete und Schwerpunkte unterlägen ihrer unmittelbaren Kontrolle – nach einer Zertifizierung und ggf. durch entsprechend supervidierte Prüfungen durch die Ärztekammern, z. B. durch Berufsverbände und Fachgesellschaften.

Dem Antrag der hessischen Abgeordneten Dr. med. H. Christian Piper und Fach auf einheitliche Gestaltung der ärztlichen Weiterbildung (Nr. IVe 11) wurde zugestimmt. Um eine einheitliche Vorgehensweise zu ermöglichen, werden der Vorstand der Bundesärztekammer und die Ständige Konferenz Weiterbildung aufgefordert, die Inkongruenzen bei der Umsetzung der M-WBO auf föderaler Ebene zu identifizieren und zu bewerten.

Um dem voreiligen Ausschluss von schwangeren Ärztinnen aus dem Arbeitsalltag entgegenzuwirken, stellten Vorstandsmitglieder der Bundesärztekammer und Abgeordnete der Landesärztekammern Bayern, Hessen, Bremen, Niedersachsen und Nordrhein einen Antrag auf Anerkennung von Weiterbildungsstätten nur mit Gefährdungsbeurteilung nach Mutterschutzgesetz. Nach § 10 MuSchG müssen Arbeitgeber im Rahmen der Beurteilung der Arbeitsbedingungen nach § 5 ArbSchG für jede Tätigkeit eine Gefährdungsbeurteilung vornehmen. Diese beinhaltet die Identifikation von Gefährdungen am Arbeitsplatz für schwangere bzw. stillende Frauen und deren Kinder. Auf Basis dieser Beurteilung wird entschieden, ob für die weitere Ausübung der Tätigkeiten keine weiteren Schutzmaßnahmen erforderlich sind, ob eine Umgestaltung der Tätigkeit vorgenommen werden muss oder ob die werdende oder stillende Mutter ihre Arbeit an diesem Arbeitsplatz nicht weiter fortführen kann.

Die Antragsstellenden gehen davon aus, dass eine Unterlassung der Gefährdungsbeurteilung zur Folge habe, dass schwangere Ärztinnen präventiv von der beruflichen Teilhabe ausgeschlossen werden und baten deshalb erfolgreich um Unterstützung für den Antrag Nr. IVe 04.



Foto: Manuel Maier



Der Präsident der Landesärztekammer Hessen:
Dr. med. Edgar Pinkowski.

Für ärztliche Psychotherapeutinnen und -therapeuten ein großer Erfolg war die Zustimmung des Deutschen Ärztetags zum Antrag Nr. IVe 02 auf Prüfung der Möglichkeiten für eine Schärfung ihrer Fachbezeichnung durch das Weiterbildungsgremium. Um die Eigenständigkeit und Besonderheit der ärztlichen Psychotherapie zu bewahren, müsse eine klare Unterscheidung zu den Psychologischen Psychotherapeuten (PP), Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KJP) und den Absolventen und Absolventinnen des Studiengangs Psychotherapie möglich sein. Mit einer Abgrenzung der Begriffe würde dem Verlust an Sichtbarkeit der ärztlichen Psychotherapie entgegenge- wirkt.

Ein weiterer wichtiger Beschluss unter dem Tagesordnungspunkt Weiterbildung war die verpflichtende Einführung eines Weiterbildungsplans und dessen anschließende Dokumentation im elektronischen Logbuch. Das ausführliche Weiterbildungsprogramm umfasst eine Gliederung der räumlichen und zeitlichen Aspekte, der detaillierten Weiterbildungsinhalte und der verantwortlichen Personen. Für die Umsetzung der Maßnahme sind die Landesärztekammern verantwortlich. Sie können gegebenenfalls fehlende Einträge im eLogbuch zur Kenntnis nehmen.

Zwar abermals kontrovers diskutiert, in diesem Jahr jedoch mehrheitlich beschlossen, wurde die Streichung der Zusatzbezeichnung Homöopathie aus der M-WBO. In der Begründung heißt es: „Wissenschaftliche Studien, die einen evidenzbasierten Einsatz der Homöopathie belegen, fehlen.“ Der Wissenserwerb in der Weiterbildung könne demnach nicht überprüft werden, da die notwendigen Grundsätze fehlten.

Ausschließlich vier von 17 Landesärztekammern führen die Zusatzbezeichnung noch in ihren Weiterbildungsordnungen.

Auch dem Klimawandel wurde auf dem 126. Deutschen Ärztetag Rechnung getragen. Auf Antrag des hessischen Abgeordneten Dr. Lars Bodammer fordert der Deutsche Ärztetag die Landesärztekammern auf, die Weiterbildungsordnungen regelmäßig mit Hinblick auf die Themen Klimaschutz und klimabedingte Gesundheitsgefahren zu überprüfen und die Mustercurricula „Klimawandel und Gesundheit“ für Ärztinnen und Ärzte als auch für MFA umzusetzen.

Der Ärztetag beschloss zudem, die Inhalte der M-WBO zur Zusatzweiterbildung Intensivmedizin zu ergänzen. Die Mindestanforderung beinhaltet nun eine Facharztanerkennung in den Gebieten Anästhesiologie, Chirurgie, Innere Medizin, Kinder- und Jugendmedizin, Neurochirurgie oder Neurologie. In einem weiteren Beschluss stellte der Deutsche Ärztetag fest, dass die Anerkennung von Approbationen und Facharzttiteln ausländischer Ärztinnen und Ärzte angesichts des bekannten Fachkräftemangels dringend beschleunigt werden müsse.

Corona & Kinder und Jugendliche

„Kinder und Jugendliche hatten in den letzten zweieinhalb Jahren der Pandemie eine besonders große Last zu tragen“, sagte Bundesärztekammer-Präsident Dr. Klaus Reinhardt zur Einleitung des Tagesordnungspunktes. Die Pandemie treffe Kinder und Jugendliche aufgrund der sensiblen Entwicklungsphasen in diesen Lebensabschnitten in besonderer Weise. Heute wisse man, welche enormen Schäden die Schul- und Kita-Schließungen, diese monatelange Isolation durch die Kontaktbeschränkungen bei Kindern und Jugendlichen angerichtet hätten.

An die Vorträge von vier Expertinnen und Experten – Prof. Dr. med. Reinhard Berner, Univ.-Prof. Dr. med. Fred Zepp, Prof. Dr. med. Martin Holtmann, und Dr. med. Annic Weyersberg – schlossen sich intensive Beratungen auf dem Deutschen Ärztetag an. Im ersten Vortrag betonte Reinhard Berner, Direktor der Klinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin des Universitätsklinikums Carl Gus-

tav Carus in Dresden, dass die Eindämmung des Virus zu Lasten von Kindern und Jugendlichen gegangen sei und diese mehr leiden mussten als notwendig. Die primäre Krankheitslast bei der Altersgruppe sei eher gering und laut Zahlen der Deutschen Gesellschaft für Pädiatrische Infektiologie (DGPI) mussten vergleichsweise nur wenige Kinder und Jugendliche in Folge einer Infektion auf einer Intensivstation behandelt werden. Durch die Einschränkungen im täglichen Leben habe es allerdings beispielsweise einen sprunghaften Anstieg des Body-Mass-Index (BMI) gegeben. Laut Berner müssen Maßnahmen ergriffen werden, um die Folgen für Kinder und Jugendliche aufzufangen.

Fred Zepp, ehemaliger Direktor des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin der Universitätsmedizin in Mainz und Mitglied der Ständigen Impfkommission (STIKO), erläuterte das Vorgehen bei den Impfempfehlungen. Die STIKO hatte kürzlich eine Impfempfehlung für die Fünf- bis Elfjährigen ausgesprochen, um auf den kommenden Herbst und Winter vorbereitet zu sein. Zepp erläuterte die Vorteile einer Impfung, wie beispielsweise die Hybridimmunität durch Infektion und Impfung, sprach aber auch von Aspekten, die gegen eine Impfung sprechen, wie zum Beispiel dass Kinder kaum schwere Erkrankungen haben sowie das Risiko einer Peri- und Myokarditis.

Auf die Psyche und die schulischen Kompetenzen legten Martin Holtmann, Ärztlicher Direktor der Universitätsklinik Hamm, Fachklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, und Weyersberg von der Klinik und Poliklinik für Kinderheilkunde der Universitätsklinik Köln in ihren Vorträgen ihr Hauptaugenmerk. Laut Holtmann sei der erste Lockdown von den Kindern und Jugendlichen noch gut überwunden worden, erst der zweite Lockdown habe vermehrt zu Stress und psychischen Belastungen geführt. Er sehe allerdings keine „verlorene Generation“. Dennoch haben durch die Pandemiemaßnahmen unter anderem Depressionen, Social-Media-Konsum, Magersucht und auch häusliche Gewalt zugenommen, so der Ärztliche Direktor. Holtmann forderte, dass Schulen und Kitas in Zukunft unbedingt offen bleiben sollten, da sie wie eine Art Frühwarnsystem Veränderungen bei den Kindern und Jugendlichen erfassen. Außerdem



Foto: Manuel Maier



Mit vielen Redebeiträgen: Michael Andor.

müssten Sozialarbeiter dauerhaft an Schulen etabliert werden.

Weyersberg verwies darauf, dass sich die bereits bestehenden Bildungsdefizite weiter vergrößert haben. Der Rückstand – gerade bei den sozioökonomisch schlechter aufgestellten Schülerinnen und Schülern könne vermutlich nicht mehr aufgeholt werden. Die Defizite würden im späteren Leben auch zu einem geringerem Einkommen führen. Laut der Ärztin sei die Corona-Debatte vor allem aus der Sicht der Erwachsenen geführt worden.

In der anschließenden Debatte forderten die Abgeordneten nachdrücklich, pandemiebedingte Schließungen von Kitas und Schulen künftig nur noch in extremen Krisensituationen in Erwägung zu ziehen. Bei allen künftigen Maßnahmen der Pandemie-

bekämpfung müssten Bund und Länder das Wohl von Kindern und Jugendlichen umfassend berücksichtigen. Der Deutsche Ärztetag forderte die Einrichtung eines Expertenrates, um konkrete Maßnahmen für die Bundes- und Landesebene zu entwickeln. Die Expertise der Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie sei dabei zwingend einzubeziehen.

Digitalisierung

Bei der Digitalisierung des Gesundheitswesens komme es auf den Bedarf der Patientenversorgung an, so das Votum auf dem Deutschen Ärztetag. In den Fokus müssten daher digitale Anwendungen rücken, die einen messbaren Nutzen in der medizinischen Versorgung haben. Dazu zähle vor allem der Notfalldatensatz auf der elektronischen Gesundheitskarte. Bundesgesundheitsministerium und Gematik wurden aufgefordert, zeitnah eine dauerhafte Testregion zu etablieren, um die Erprobung von Anwendungen und Komponenten zu ermöglichen.

Nachdrücklich forderte der Deutsche Ärztetag ein Praxiszukunftsgesetz. Die digitale Kompetenz der Ärztinnen und Ärzte in der vertragsärztlichen Versorgung sei ein Baustein zur erfolgreichen Digitalisierung

und werde zunehmend von Patientinnen und Patienten erwartet. Für Praxen stelle die zunehmende Digitalisierung jedoch eine wirtschaftliche Herausforderung dar, da die notwendige technische Ausstattung eingeführt und aus sicherheitstechnischen Gründen fortlaufend aktuell gehalten werden müsse. So erfordere der digitale Ausbau des ambulanten Sektors enorme Investitionen, die nicht den Praxisinhabern allein aufgebürdet werden könnten.

Emotionale Diskussionen ums Gendern

Anträge von Abgeordneten der Landesärztekammern Berlin, Baden-Württemberg und Nordrhein stießen im Plenum eine intensive Debatte zum Thema der sprachlichen Repräsentation und der Verwendung gendersensibler Sprache an. Einige der Abgeordneten sprachen sich auf dem Podium gegen die Anträge TOP 1c 46/48 aus, eine Mehrheit jedoch unterstütze sie mit deutlichen Worten. So forderte die hessische Abgeordnete Anne Kandler „ein Zeichen vom Deutschen Ärztetag“. Beide Anträge wurden in der Folge angenommen.

**Katja Möhrle,
Marissa Leister,
Lukas Reus**

Protest zu Beginn des Ärztetages

Junge Ärztinnen und Ärzte fordern bessere Ausbildungsbedingungen

Vor dem Eingang der ÖVB-Arena, wie die Stadthalle Bremen heißt, in dem der Deutsche Ärztetag 2022 stattfand, machte der ärztliche Nachwuchs des Hartmannbundes auch dieses Jahr wieder auf Missstände im Praktischen Jahr (PJ) und der Weiterbildungszeit aufmerksam. In der symbolischen Aktion waren zu sehen: ein durch Bürokratie und merkantile Zwänge an den Schreibblock gefesselter Arzt in Weiterbildung sowie eine PJ-lerin, die unter Zeitdruck pflegerische Aufgaben an der Patientin übernahm.

Die jungen Kolleginnen und Kollegen kritisierten damit vordringlich die aus ihrer Sicht mangelhafte Lehre sowohl im Studium als auch den ersten Jahren des Berufsle-

bens. Grund dafür ist weniger die unzureichende Motivation erfahrener KollegInnen, ihr Wissen weiterzugeben, sondern der Zeitmangel in Kliniken. Die Ursachen dafür sind vielfältig: So ist der Fachkräftemangel in der Pflege ursächlich, so dass eine Aufgabenverschiebung der Studierenden im Praktischen Jahr in diesen Bereich stattfindet. Ärztliche Kompetenzen geraten dabei immer weiter aus dem Fokus. Leistungsdruck, hohe Patientenzahlen, die überbordende Bürokratie verbunden mit unzureichender Digitalisierung und natürlich der finanzielle Druck in der stationären Versorgung hindern wiederum die KollegInnen in Weiterbildung an der angemessenen Patientenversorgung, aber auch daran, die

Studierenden im PJ angemessen zu betreuen. Gleiches gilt auch für Fach-, Ober- und Chefärztinnen, die keine Möglichkeit haben, ihr Wissen zu vermitteln. Dazu sagt die Vorsitzende des Ausschusses Medizinstudierender im Hartmannbund, Anna Finger: „Ärztliche Aus- und Weiterbildung sollte ärztliche Kompetenzen beinhalten. Zeitdruck, Bürokratie und Kommerzialisierung sollten nicht die Vorgaben für diese sein. Sondern es sollte der Anspruch sein, gute Ärztinnen und Ärzte auszubilden, sowohl im PJ als auch in der Facharztweiterbildung!“ Dem ist nichts hinzuzufügen.

Svenja Krück
Junge Ärztinnen und Ärzte in Hessen,
Präsidiumsmitglied der LÄKH

Die Macht des Geldes über ärztliche Entscheidungen?

Diskussionen und Erfahrungsaustausch beim Forum für junge Ärztinnen und Ärzte

Im Vorfeld des deutschen Ärztetages tagte auch dieses Jahr wieder das Forum „Dialog für junge Ärztinnen und Ärzte“, diesmal mit dem Thema „Kommerzialisierung der Medizin“. In der Diskussionsrunde wurde – immer abwechselnd – auch ein Gast aus der Zuschauerreihe für Fragen und Beiträge auf die Bühne gebeten (sog. Fishbowl-Diskussionsführung).

Der erste Teil der sehr gut besuchten Veranstaltung wurde von Dr. med. Ellen Lundershausen, Präsidentin der Landesärztekammer Thüringen, eröffnet. Werden bereits junge Kolleginnen und Kollegen in ihren ärztlichen Entscheidungen durch die Ökonomisierung beeinflusst? Sollten die angehenden Fachärztinnen und Fachärzte verstärkt einen Kodex für ärztliches Handeln vermittelt bekommen, um sich dem wirtschaftlichen Druck erwehren zu können? Darf eine wirtschaftliche Denkweise im Alltag Einfluss auf ärztliche Entscheidungen nehmen? Die Diskussionsrunde dazu wurde von der Vizepräsidentin der Bremer Landesärztekammer Christina Hilbrecht moderiert.

Anschließend stellte die Aktionsgruppe „Bunte Kittel“ ihr Projekt zur Aufklärung über ökonomische Zwänge und bessere Arbeitsbedingungen im klinischen Alltag zusammen mit einer Petition gegen den Kommerzialisierungsdruck vor. Anschaulich stellten die beiden Kollegen Dr. med. Frieder Hummes und Luca Kemmesies dar, dass Profitstreben meist in weniger Zeit für die Patienten endet – insbesondere verursacht durch den Personalmangel im pflegerischen und ärztlichen Bereich, spürbar aber auch für weitere Berufsgruppen einer Klinik – wie im Servicebereich. Auf vielen Entscheidungsebenen, so machten beide kritisch deutlich, beeinflussen wirtschaftliche Aspekte die medizinischen Entscheidungen – auch gegen ethische Grundsätze der Gleichbehandlung.

Es wurde auf die Gefahr hingewiesen, dass Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sich diese ökonomische Denkweise aneignen und verlernen, gegen diese Entwicklung aufzubegehren. Als Grundübel dieser Entwicklung wurde das DRG-Abrechnungssystem genannt, welches seit fast 20 Jah-

ren die Krankenhauslandschaft nachhaltig verändert.

Prof. Dr. med. Petra-Maria Schumm-Draeger stellte von Seiten der Deutschen Gesellschaft für Innere Medizin den Kodex „Medizin vor Ökonomie“ für Ärztinnen und Ärzte vor. Dieser stellt das Patientenwohl in den Mittelpunkt. Auch in Zukunft müssen die behandelnden Berufsgruppen den fachlichen und ethischen Erwartungen der Menschen gerecht werden. Um dies umzusetzen, wurde vorgeschlagen, Ombudsstellen einzusetzen sowie individuelle Beratung durch die Kammern sowie in ethischen und juristischen Fragen Schulungen anzubieten.

Erfreulicherweise waren in der Podiumsdiskussion zum Abschluss des ersten Teils alle ärztlichen Altersgruppen vertreten. Dass sich die Ärzteschaft gemeinsam gegen eine weitere Kommerzialisierung der Medizin stellen muss, darin war man sich weitgehend einig. Gesundheit dürfe nicht zu einer Ware werden. Die finanziellen Mittel müssen im Gesundheitssystem verbleiben und nicht der Rendite von Finanzinvestoren dienen.

Der zweite Teil stand unter dem Thema „Ambulante Versorgung: Selbstausbeutung oder Selbstbestimmung“, moderiert vom Präsidenten der Hamburger Ärztekammer Pedram Emami. Es diskutierten die beiden niedergelassenen Ärztinnen Lundershausen und Dr. med. Lara Serowski sowie die ehemals in Anstellung ambulant tätige Dr. med. Corinna Schilling wiederum mit wechselnden Teilnehmenden aus dem Publikum. Im Zentrum stand die Hoffnung stationär tätiger jüngerer Kolleginnen und Kollegen, in die ambulante Medizin flüchten zu können und dort Freiheiten und Mitgestaltungsmöglichkeiten zu finden.

Diese Erwartungen an die Eigenverantwortlichkeit konnten von den niedergelassenen Kolleginnen bestätigt werden, jedoch betonten sie, dass der Arbeitsaufwand nicht unterschätzt werden dürfe. Der Kostendruck hingegen wurde trotz der hohen Investitionssummen zu Beginn einer Niederlassung und der finanziellen Verantwortlichkeit als eher gering be-

schrieben. Dies gelte jedoch explizit nicht für die Niederlassung in einem Angestelltenverhältnis, wenn privatwirtschaftliche Investoren im Spiel seien (Beispiel MVZ) und hohe Renditen erwirtschaftet werden müssen. Der Druck, der in solchen Fällen vielerorts auf die dort arbeitenden Kolleginnen und Kollegen ausgeübt werde, sei wesentlich direkter als in vielen Kliniken und gefährde die Grundlagen der ärztlichen Freiberuflichkeit, hieß es.

Daher wurde, wie zuletzt oft, der Wunsch eines staatlichen Verbots von Private Equity im Bereich der ambulanten Medizin gefordert. Das Publikum brachte weitere Aspekte ein. So bestand bei vielen der Wunsch, die Niederlassung selbst sowie dafür relevante Themen wie betriebswirtschaftliche und organisatorische Grundlagen stärker in die Aus- und Weiterbildung zu integrieren. Weiterhin wurde die Forderung nach Finanzierung der Weiterbildung im ambulanten Bereich laut. Auch der Vorschlag ethischer Fortbildungen zum Erkennen und Lösen von Konflikten zwischen Kostendruck und Freiberuflichkeit erhielt viel Zuspruch.

Eindrücklich in Erinnerung geblieben ist das sehr lebhaft etwa einjährige Kind einer Kollegin, das sie, während sie in der Schlange zur Teilnahme an der Diskussion stand, unter größten Anstrengungen zu unterhalten versuchte. Vorgelassen wurde diese Kollegin jedoch leider nicht. Dabei wäre dies ein guter Zeitpunkt gewesen, sich daran zu erinnern, dass die erfolgreiche Grundlage berufspolitischen Arbeitens nicht das wortreiche Beklagen der eigenen Probleme, sondern die innerärztliche Solidarität ist. (Siehe auch S. 445).



Fotos: Katarina Ivanisevic

Svenja Krück
Dr. med. Lars Bodammer
Präsidiumsmitglieder der LÄKH



Eindrücke hessischer Abgeordnete vom 126. Deutschen Ärztetag

Strittige Themen, die Rede von Minister Lauterbach und viele Anträge, über die diskutiert und abgestimmt wurde: Die hessischen Abgeordneten berichten von ihren Eindrücken des Deutschen Ärztetages und ziehen ein Fazit der Tagung. Es handelt sich hierbei um eine redaktionelle, stellenweise gekürzte Auswahl.

Eröffnung

- Wie bewerten Sie die Auftaktrede von Bundesärztekammerpräsident Dr. med. Klaus Reinhardt?

Dr. med. Ursula Stüwe: Er hat alle wesentlichen Probleme der Ärzteschaft und der Gesundheitsberufe angesprochen, entsprechend laut war auch der Beifall der Gäste. Neben Corona-Bewältigung, Digitalisierung und nicht zuletzt die „neue GOÄ“ waren Schwerpunktthemen der eingetretene und sich verschlimmernde Ärztemangel, das ist deutlich gesagt worden. Guter Schlusspunkt der Rede: die GOÄ an Bundesgesundheitsminister zu überreichen.

Pierre E. Frevert: Der Bundesärztekammerpräsident hat wichtige Herausforderungen für das Gesundheitssystem angesprochen. Hierzu zählt in erster Linie die rasante Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Daher ist es nachvollziehbar, dass der Kammerpräsident neben einem „Krankenhausfinanzierungsgesetz“ ein „Praxiszukunftsgesetz“ forderte. Allerdings blieb Dr. Reinhardt die Antwort schuldig, wie ein solches Gesetz aussehen sollte. Was mir nicht gefallen hat, ist die inszenierte Übergabe einer aktualisierten überdimensionierten „GOÄ-Bibel“ an den Bundesgesundheitsminister, als sei dies der Kern ärztlicher Berufspolitik! Es stellt sich die Frage, ob wir weiterhin ein Krankenversicherungswesen benötigen, das in privat und gesetzlich aufgespalten ist. Hier gehen die Ansichten in der Bevölkerung und in der Ärzteschaft auseinander. Sich für die überwiegend gesetzlich Versicherten in der Bevölkerung einzusetzen,

ist auf Ärztetagen noch immer keine Selbstverständlichkeit.

Dr. med. Christof Stork: Das Ambiente im Konzertsaal „Die Glocke“ war würdevoll, aber ungewohnt kuschlig eng nach der Pandemie. In der Auftaktrede präsentierte



Foto: Christof Mattes

Dr. med. Christof Stork, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte

Dr. Reinhardt die wichtigen Themen gut umrissen und rund. Lediglich das Ende/den Abgang mit der GOÄ fand ich unpassend. Diese kurze Hymne auf ein totes Pferd hätte es nicht gebraucht. Zum Glück fand es auch in der Berichterstattung nach außen wenig Beachtung.

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMed-Sci: Grundsätzlich hat seine Rede meine (nicht so hohen) Erwartungen durchaus übertroffen. Seine Idee, Prof. Lauterbach eine gedruckte Fassung der GOÄ mitzubringen und „als Geschenk“ zu überreichen, war zwar im ersten Moment ganz nett. Ich wäre jedoch sehr erstaunt, wenn sich die Aktion langfristig nicht als reine Papierverschwendung entpuppen sollte.

Dr. med. Christine Hidas: Die Rede von Klaus Reinhardt war inhaltlich sehr gut, er hat auf alles Wichtige des vergangenen Jahres Bezug genommen und dem Gesundheitsminister die richtigen Fragen gestellt sowie Aufträge mitgegeben. Dieser ist – wie zu erwarten – weder auf die Frage

noch auf die Aufträge eingegangen, sondern hat in erzählerischer Ich-Sicht von den vielen Ausschüssen etc. berichtet, an denen er teilnimmt. Zudem wurden wir von ihm über die Pathophysiologie der Covid-Erkrankung aufgeklärt. Er hat den Ärztetag mit einer Talkshow verwechselt – leider.

Dr. med. Barbara Jaeger: Die Rede von Herrn Dr. Reinhardt ist aus meiner Sicht auf alle wichtigen Themen aktuell eingegangen. Ein Augenmerk hat er auch auf die Folgen der Kommerzialisierung und dabei auf die immer häufigere Gründung von MVZ – Private Equity – im ambulanten Bereich geworfen. Gefehlt hat mir dabei die Rolle der Großkonzerne im ambulanten und im stationären Bereich, die als Profitgier immer mehr Druck auf die Angestellten und darüber auch auf die ärztlichen Leistungen ausüben.

- Hat die Rede von Bundesgesundheitsminister Prof. Dr. med. Karl Lauterbach Ihren Erwartungen entsprochen? Konnte Lauterbach Fragen zur Bewältigungsstrategie der Pandemie aus Ihrer Sicht zufriedenstellend beantworten und neue Perspektiven für die Gesundheitspolitik aufzeigen?

Stüwe: Leider viel „Politikergeschwätz“. Schade, er hätte die Chance des DÄT besser nutzen können. Man merkt, dass Lau-



Foto: privat

Dr. med. Ursula Stüwe, Ehrenpräsidentin der Landesärztekammer Hessen

terbach nicht als Arzt wirklich „praktisch“ mit Patienten gearbeitet hat, er ist Theoretiker. Sonst hätte er sich mehr befasst mit den Themen, die tagtäglich in Kliniken und Praxen anfallen und weiterhin einer Lösung bedürfen – nicht zuletzt auch der Personalmangel. Er war sichtlich überrascht und zunächst auch konsterniert über die geschenkte GOÄ. Sein überwältigender Dank an die Ärzteschaft in der Coronapandemie kam schon anbiederisch rüber. Alle Themen, die die Ärzteschaft umtreiben, umschiffte er großflächig. Klar angesprochen hat er aber dann letztendlich das Thema GOÄ – für die schon erbrachte Vorleistung der Ärzteschaft jedoch kein Dank! Und schon gar keine Bereitschaft, das Thema endlich mal anzugehen! – Seine Pläne für das Gesundheitssystem sind nicht klar geworden!



Foto: Peter Beckmann

Dr. med. Paul Otto Nowak,
Liste Marburger Bund

Dr. med. Paul Otto Nowak: Entgegen früheren Ärztetagen, bei dem die jeweilige Minister auf Konfrontationskurs gingen, war Prof. Lauterbach auf einen Schmusekurs mit der deutschen Ärzteschaft eingestimmt, nur zum Thema GOÄ wollte er sich nicht äußern und versprach eine Prüfung. Ich kann mich seit dem 100. Ärztetag an keinen Gesundheitsminister erinnern, der so viel Applaus und keine Buh-Rufe erhielt. Er verstand es, als Arzt unter Ärzten einen Dissens mit der Ärzteschaft zu vermeiden.

Frevert: Um es vorwegzunehmen: Das Lauterbach-Bashing hat in der deutschen Ärzteschaft Tradition und wurde in so



Foto: Manuel Maier

Pierre E. Frevet, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte

manchem Redebeitrag auf dem Ärztetag bestätigt. Seine Beiträge zu einer neuen Impfstrategie und zu Long Covid in den Fokus zu nehmen, fand ich gut. Seine Hinweise auf die Entwicklung neuer Pandemien und die beunruhigenden, weil sehr gefährlichen, weltweiten Antibiotikaresistenzen fanden auf dem Ärztetag kaum Resonanz. Seine Warnung, dass die Auswirkungen des Klimawandels (oder genauer: der Klimakatastrophe) auf die Gesundheit unterschätzt werden, teile ich unbedingt und dies fand auf dem 126. Ärztetag breite Zustimmung. Nun müssen Taten folgen. Die größte Schwäche des neuen Gesundheitsministers sehe ich darin, dass er nicht klar aufzeigt, wohin sich das Gesundheitswesen jenseits der Pandemie entwickeln soll und mit welchen Schritten und Maßnahmen sein Ministerium gedenkt, diese Entwicklung zu lenken und voranzubringen.

Dr. med. H. Christian Piper: Ja, der Minister müht sich merklich und kann auf Augenhöhe von Arzt zu Arzt oder Ärztin formulieren. Hohen Respekt muss man seiner umfassende Belesenheit in Corona-Studien zollen und der tiefen Bindung an wissenschaftliche Erkenntnisse und valide Entscheidungsgrundlagen. Aber nach sechs Monaten im Amt spürt man nicht, dass dringende Entscheidungen wie nachhaltige Krankenhausstrukturreform, Ablösung oder Neuaufstellung der überbürokratisierten DRG-Abrechnungen, die zu viele Jahre in der Pipeline befindliche GOÄ-Reform und eine für den Patienten nutzenstiftende Digitalisierung von ihm als Führungsperson durchgesetzt werden

können. Dafür kam zu viel politischer Schönsprech vom Podium.

Dr. med. Peter Zürner: Der Minister ist talkshowgeschult und weiß wie man vom Publikum Beifall erhält. Dies hat er genutzt. Nebenbei hielt er einen kleinen pseudowissenschaftlichen Coronavortrag, forderte mehr Studienplätze, die die Länder bezahlen müssen und verzichtete auf eine programmatische gesundheitspolitische Rede. Bei der Überreichung der neuen GOÄ durch Reinhard machte er deutlich, dass er uns hier nicht unterstützen will. Es gelte das fragile Gleichgewicht zwischen gesetzlichen und privaten Krankenkassen zu wahren. Als ob es darum ginge...

Welche Themen und Beschlüsse des Deutschen Ärztetages aus den Bereichen Gesundheits-, Sozial- und ärztliche Berufspolitik waren für Sie besonders wichtig?

Jaeger: Erleichtert hat mich, dass das Thema Kommerzialisierung in der Breite der Ärzteschaft angekommen ist. Dr. Mattheis (Präsident der LÄK Rheinland-Pfalz) sprach sogar vom „Diebstahl am Allgemeingut“! Ich hoffe, dass vom DÄT das Signal ausgeht, dass Kommerzialisierung ein Riegel durch Gesetzgeber vorgeschoben werden muss. Auch die Auseinandersetzung mit der Personalbemessung und die Entwicklung eines Instrumentes, um diese abbilden zu können, ist ein wichtiger Schritt in eine gute Richtung. Letztendlich geht es darum, dass Arbeit für die Kolleg:innen wieder gut möglich ist, ohne permanente Überforderung; damit das Berufsbild wieder attraktiver zu gestalten



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Barbara Jaeger, Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte



Foto: privat

Dr. med. Hansjoachim Stürmer,
Liste Älterer Ärzte

und die Patient:innensicherheit auszubauen. Gefreut hat mich das eindeutige Signal, endlich §219a abzuschaffen.

Dr. med. Hansjoachim Stürmer: Wichtig waren vor allem die klaren Positionierungen gegen die Zunahme von investorengeführten MVZ mit ihrer gnadenlosen Tendenz zur Gewinnmaximierung unter Verdrängung des originären Auftrags zur Patientenversorgung unter rein medizinischen Gesichtspunkten.

Dr. med. Susan Trittmacher: Besonders wichtig waren für mich die Diskussionen zu den Themen „Aktualisierung der WBO“ und „Auswirkungen der Corona-Pandemie auf Kinder und Jugendliche“. Beiden Themen gemeinsam ist, dass sie sowohl eine inhaltlich-fachliche Komponente haben als auch eine sozialpolitische Dimension. Dabei ist die Umsetzung der inhaltlich-fachlichen Aspekte sicher der leichtere Teil, während die sozialpolitischen Aspekte in



Foto: Katja Möhrle

Dr. med. Susan Trittmacher, Liste Fachärztinnen
und Fachärzte Hessen

der Kommerzialisierung des Gesundheitswesens schlichtweg zu kurz kommen. Gerade die Diskussionsbeiträge der Kollegen und Kolleginnen, die Kinder und Jugendliche in dieser gesellschaftlichen Extremphase begleiten und behandeln, zeugten von der Not, ihre besonders vulnerable Klientel nicht ausreichend behandeln zu können, weil es an allen Mitteln (Zeit, Personal, medizinische Einrichtungen) fehlt. Auch das Thema „ärztliche Weiterbildung“ ist längst nicht ausreichend diskutiert, dabei sind die Probleme so offensichtlich und uns bricht der ärztliche Nachwuchs weg. Es ist doch so offensichtlich, dass der Faktor „Mensch“ in dem Finanzierungssystem viel zu kurz kommt. Und es stimmt mich traurig, dass es keine Form, keine Arbeitsgruppe gibt, die dieses Problem behandelt und Alternativen skizziert.

Wie beurteilen Sie die Entwicklungen des ärztlichen Versorgungsbedarfs in einer Gesellschaft des langen Lebens? Und machen sich die angesprochenen Entwicklungen bereits in Ihrem Berufsalltag bemerkbar?

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach: Das Thema ist sehr wichtig und es ist gut, dass die Bundesärztekammer es prominent auf dem DÄT behandelt. Bei allen aufgeführten Argumenten vermisste ich konstruktive Gedanken für Lösungen bei einem zunehmenden demografisch bedingten Fachkräftebedarf auf allen Ebenen. Denn in Zukunft fehlen nicht nur die Menschen im Bereich der medizinischen Versorgung, sondern in vielen Berufen. Auch die Ärzteschaft muss sich vor diesem Hintergrund Konzepte überlegen, wie die Aufgaben mit der knappen Ressource „Mensch“ in Zukunft zu erfüllen sind.

Jaeger: Zunächst müsste die Zahl der Medizinstudienplätze kurzfristig erhöht werden. Wir stehen vor einer enormen Ruhestandswelle. Wegen der starken Arbeitsverdichtung und wegen der zunehmenden Bürokratisierung des Gesundheitssystems entscheiden sich immer mehr Ärzt:innen für eine Teilzeittätigkeit, deshalb reicht es nicht aus. Nur Anzahl der Stellen zu zählen, ist deshalb irreführend. „Die zur Verfügung stehende ärztliche Arbeitszeit nimmt kontinuierlich ab“, warnte

mit Recht die BÄK-Vizepräsidentin Dr. Ellen Lundershausen. Die Rahmenbedingungen für ärztliche Arbeit müssen grundsätzlich neu gestaltet werden. Als Instrument dafür müssen valide Berechnungen für die patienten- und aufgabengerechte ärztliche Personalausstattung eingeführt werden – ein Personalbemessungsinstrument wurde vorgestellt.



Foto: Katja Möhrle

Dipl.-Psych. Frank Seibert-Alves, BMedSci,
Liste Marburger Bund

Seibert-Alves: Der Beschluss, das „Instrument zur Kalkulation patienten- und aufgabengerechter ärztlicher Personalausstattung“, welches bereits jetzt über eine beeindruckende Komplexität verfügt, weiterzuentwickeln, hat das Potenzial, sich mittelfristig als der Wichtigste dieses Ärztetages zu erweisen.

Nowak: Langsam ist auch in der Politik angekommen, dass wir zu wenig Ärzte haben. Sogar Prof. Lauterbach fordert 5.000 zusätzliche Studienplätze, die sich allerdings in der Praxis frühestens in zwölf Jahren bemerkbar machen. Auch ist die Kommerzialisierung in der Medizin kritisch zu betrachten, hier geht es um Profite der Konzerne und nicht um den eigentlichen Grund der Medizin: die Patienten. Für eine gute Patientenversorgung ist angemessene Personalausstattung sowohl in Krankenhäusern als auch Praxen erforderlich – und das kostet Geld.

Zürner: Die Gesellschaft und ihre Ärzte werden älter, was an sich eine gute Nachricht ist. Vielleicht sollten wir nicht den ärmeren Ländern ihre Ärzte wegnehmen, sondern stattdessen mehr Ärztinnen und



Ärzte ausbilden, da die nächste weibliche Generation kein Interesse daran hat, sich mit einer 60 bis 80 Stundenwoche selbst auszubeuten – und das Streben von Vereinbarkeit von Arbeit und Familie zu mehr Teilzeitarbeit führt.

Wurde das Thema **Ärztliche Weiterbildung ausreichend behandelt?**

Jaeger: Finde es wichtig, dass das Thema regelmäßig auf allen DÄT angesprochen wird. Dadurch wird deutlich, dass die WBO tatsächlich ein lernendes System ist. Die vorgeführte fortlaufende Evaluation der Weiterbildung und der Bericht über den Sachstand des eLogbuch waren interessant.

Zürner: Das eLogbuch macht gute Fortschritte. Allerdings ist jetzt aus meiner Sicht darauf zu achten, dass das eLogbuch nicht zu übermäßiger Kontrolle benutzt wird. Da es um Kompetenzen geht, ist dem Urteil der Weiterbilder grundsätzlich zu vertrauen. Wir müssen auch darauf achten, das Durchführen der Weiterbildung zu entbürokratisieren. Dass die Homöopathie jetzt auch aus der M-WBO entfernt wurde, ist angemessen.

Piper: Die beiden BÄK-Protagonisten Prof. Herrmann und Dr. Gehle können mit Offenheit zur Diskussion und kognitiver Prägnanz, aber immer mit selbstkritischer Begleitung des Fortschrittes bei der neuen M-WBO punkten. Sie überzeugen mit konsequentem Nachhalten von Verbesserungsprozessen. Die so eingebrachten und beschlossenen Ergänzungsbeschlüsse zur M-WBO 2018 waren exzellent in allen Fachgremien vorbereitet. Auch die eLogbuch-Entwicklung wird inhaltlich und technisch von bundesweit vernetzten Teams zu optimaler Usability und Barrierefreiheit vorangetrieben. Zukünftige Baustellen sind bereits benannt: bundesweit koordinierte, regelmäßige Evaluation der neuen WBO, die bereits in 15 von 17 Landesärztekammern in Kraft ist. Und: erste Vorschläge für eine zukünftig schlankere M-WBO 2030 wurden angestimmt. Chapeau!

Wie beurteilen Sie die Vorträge zur **Auswirkungen der Corona-Pandemie auf**

Kinder und Jugendliche? Decken sich die Erkenntnisse mit den Erfahrungen aus Ihrem Berufsalltag? Wenn möglich, nennen Sie ein Beispiel.

Stork: Der Donnerstagnachmittag zum Thema „Kinder- und Jugendliche in der Pandemie“ war gut gelungen. Die Referent*innen stellten ein breites Spektrum des Themas dar. Aus meinem eigenen Erleben als Kinder- und Jugendarzt war während der Pandemie zu beobachten, wie die verschiedenen Maßnahmen zur Kontaktbeschränkung Familien auf das höchste belastet haben. Der Beratungsbedarf in der Praxis stieg deutlich an. Trotz hoher Belastungen entwickelten viele Familien bewundernswerte Lösungsstrategien und behielten ihre positive Grundhaltung. Darin zeigt sich, dass in der nachwachsenden Generation ein hohes Anpassungs- und Bewältigungspotenzial steckt. Gleichzeitig wurde deutlich, dass bei Wegfall von Kompensationsmöglichkeiten wie Sport latent für psychische Erkrankungen prädestinierte Kinder- und Jugendliche manifeste Symptome entwickelten, welche zusätzliche Beratung oder auch Behandlung erforderten.

Hidas: Die Vorträge waren hervorragend, gut ausgewählt, aus allen wichtigen Bereichen der Versorgung Kinder und Jugendlicher. Das, was ich schon als Gefühl hatte – dass die Alten und die Jungen in der Pandemie am meisten beeinträchtigt waren – hat sich als richtig erwiesen.

Nowak: Alle Referenten hielten hervorragende Vorträge. Sie stellten die negativen



Dr. med. Christine Hidas, Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen



Foto: Vera Friederich

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Liste Fachärztinnen und Fachärzte Hessen

Auswirkungen, insbesondere psychischer Art, durch Schulschließungen und Quarantäne dar. Nach heutigen Erkenntnissen haben die Schulschließungen den Kindern und Jugendlichen insbesondere bei deren Entwicklung und psychisch mehr geschadet als Schäden durch Infektionen verhindert.

Frevort: Die Vorträge am Donnerstag zu dem Thema waren alle hervorragend. Neben der Vernachlässigung der vulnerablen Gruppe der ganz jungen Generation durch die Pandemie in den Beiträgen der Professoren Berner, Dresden, und Holtmann, Hamm, sowie Dr. Weyersberger (Köln), hat mir die Hervorhebung der Unabhängigkeit und wissenschaftlichen Ernsthaftigkeit der STIKO bei ihren Entscheidungen zu den Impfungen der Kinder- und Jugendlichen, vertreten durch das ehrenamtliche Mitglied Prof. Zepp (Mainz), besonders gut gefallen. Hier müssen sich alle Ärzteverbände in der neuen Pandemieperiode im Herbst ohne Wenn und Aber klar auf die Seite der jungen Generation stellen.

Zürner: Wir werden uns in Hessen diesem Thema widmen und planen zu diesem Thema ein Schwerpunkttheft des Hessischen Ärzteblattes.

Digitalisierung im Gesundheitswesen: In welchem Bereich hakt es Ihrer Meinung nach am meisten? Und wo gab es gute Fortschritte?

Stork: Sehr begrüßenswert fand ich auch den Beschluss, dass sich die BÄK wieder fi-

nanziell bei der Gematik beteiligen wird. Es war der deutliche Wille hör- und spürbar, dass sich die Ärzteschaft „An die Spitze des Zuges setzen müsse“, um die Digitalisierung zum Wohl der Patienten und der eigenen Arbeitsbedingungen voranzutreiben. Die elektronische Patientenakte wurde als vorrangig diskutiert und nicht eRezept oder eAU. Mit dem Fokus auf einen möglichst sicheren Datenschutz und der Wahrung der Schweigepflicht im digitalen Umfeld wurde deutlich, dass im Rahmen der von der Mehrheit befürworteten Opt-out-Version einer ePatientenakte noch viele Schritte technisch und rechtlich klar strukturiert werden müssen. Außerdem wurde in der Diskussion deutlich, dass der Kenntnisstand zur Digitalisierung im Plenum äußerst heterogen mit teils eklatanten Lücken war.

Von Knoblauch zu Hatzbach: Es fehlt in vielen Regionen die erforderliche Telematik-Infrastruktur. Die Ärztinnen und Ärzte werden nicht mitgenommen bei der Entscheidung zur Ausrüstung mit Konnektoren und dem jetzt erforderlichen Wechsel. Die Finanzierung der erforderlichen Ausrüstung und des notwendigen Austausches wird nicht von den Veranlassern getragen, sondern denen angelastet, die gezwungen werden, die Technik einzusetzen. Normal ist: Wer anordnet (bestellt), bezahlt – unabhängig davon, ob die Technik sinnvoll ist oder nicht. Eine moderne Kommunikation ist zum Vorteil der Patientinnen und Patienten. Dazu muss aber ein funktionierendes System angeboten werden. Letztlich kann aber das System nur weiter entwickelt werden, wenn es eingesetzt und dann immer upgedatet wird.

Piper: Ein starker, emotionalisierender Impuls „Jetzt handeln“ vom Kliniker PD Dr. Bobbert aus Berlin kennzeichnet sein Referat. Dr. Bodendieck aus Sachsen ergänzte mit vielen Beispielen das bisherige Behördenversagen und die unerfüllten, notwendigen Umsetzungsbedarfe in den Praxen. Beide kämpften dafür, als Ärzteschaft eine proaktive Rolle zu übernehmen und nicht als Bremser dazustehen. Gleichwohl bleibt viel Entwicklungsarbeit zu tun, um damit vor allem mehr Nutzen an den Patienten heranzubringen und



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. H. Christian Piper,
Liste Marburger Bund

vordringlich eine hohe Qualität der Behandlung zu sichern. Noch wird die Digitalisierung im Gesundheitswesen von kaufmännischen Abrechnungsinteressen dominiert.

Hidas: Fortschritte gibt es scheinbar nur im privatwirtschaftlichen Bereich (z. B. Apps). In der Klinik bekommen wir weiterhin viel Papier (das wird eingescannt und dann entsorgt), aber die Informationen müssen durch die Ärztinnen und Ärzte mit viel Tipparbeit eingepflegt werden. Bezüglich der Gesundheitsdaten der Patientinnen und Patienten scheint mir die Datensicherheit und die Datenhoheit das größte noch nicht gelöste Problem zu sein.

Zürner: Das eLogbuch zeigt, wie ein Digitales System kontinuierlich angepasst werden kann. Eine funktionierende elektronische Patientenakte ist ein Gebot der Zeit – aber bitte so, dass eine dezentrale Speicherung erfolgt und nicht alle Konzerne und Geheimdienste dieser Welt Zugang zu den Patientenakten haben.

Ihr Fazit des 126. Deutschen Ärztetages lautet?

Piper: Es hat sich sehr gelohnt, wieder in Präsenz zu tagen und viele Kontakte und Zwischentöne im kollegialen Gespräch zu pflegen und zu vertiefen. Von der Umsetzung der Thematik, den exzellenten Beiträgen und der guten Organisation, vor Ort und für manche zu Hause per Livestream, ist der Bremer Ärztetag aus mei-

ner Sicht zweifelsfrei gelungen. Zu wünschen bleibt, dass ausufernde und vielfach redundante und oft zeitintensive Debattenbeiträge vermieden werden könnten. Eine öffentliche Anregung in Bremen begrüße ich: A priori maximal drei Minuten Redezeit für Diskutanten. Und weiter wäre zu fragen, ob ein Abgeordnetenticket z. B. für maximal fünf Diskussionsbeiträge je Ärztetag nicht reichen kann!?

Hidas: Wie immer anstrengend mit viel Terminen neben den Sitzungen, aber trotz allem sehr schön, dass man sich mit den Kolleginnen und Kollegen wieder austauschen konnte, ohne auf einen Bildschirm schauen zu müssen.

Stürmer: Es war ein sehr arbeitsreicher Ärztetag mit Entscheidungen nach intensivem Meinungsaustausch in konstruktiver Atmosphäre unter professioneller Leitung des Präsidenten



Foto: Katarina Ivanisevic

Dr. med. Peter Zürner, Liste Fachärztinnen
und Fachärzte Hessen

Zürner: Es war sehr schön, sich wieder persönlich zu treffen. Der Austausch auf dem Ärztetag und drum herum zeigte, wie sehr wir darauf angewiesen sind uns mit realen Menschen zu treffen und nicht nur mit Bildschirmen. Auf dem Ärztetag wurde sehr sachlich diskutiert. Die Ärzteschaft hält eine Meinungsvielfalt gut aus, was ich als sehr ermutigend wahrnehme.

**Katja Möhrle
Lukas Reus**



Deutsch-italienisches Fortbildungssymposium

Kampf gegen das Virus: Wie Hessen und die Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen

Seit 2017 verbindet die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und die Ärzte- und Zahnärztekammer Salerno eine enge Partnerschaft. Vor fünf Jahren schlossen beide Ärztekammern eine Vereinbarung zur gegenseitigen Anerkennung ärztlicher Fortbildungspunkte und setzten damit ein Zeichen für künftige Generationen: In einem zusammenwachsenden Europa wird ein Austausch über nationale Grenzen hinweg immer wichtiger. Obwohl der fachliche und kulturelle Austausch auch während der Corona-Pandemie nicht unterbrochen, war erst im Juni 2022 wieder eine persönliche Begegnung möglich. Im Rahmen des viertägigen Besuchs der Kolleginnen und Kollegen aus Salerno lud die hessische Ärztekammer am 10. Juni zu dem gemeinsam organisierten deutsch-italienischen Fortbildungssymposium „Kampf gegen das Virus“ ein. In Vorträgen und Diskussionen setzten sich italienische und deutsche Expertinnen und Experten aus Klinik, Praxis und Öffentlichem Gesundheitsdienst damit auseinander, wie Hessen und die Region Kampanien die Corona-Pandemie bewältigen.



Foto: Katja Kölsch

Begrüßung durch den Gastgeber:
LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski.

„Es ist mir eine große Freude, Sie endlich hier in Frankfurt persönlich begrüßen zu dürfen“, wandte sich Ärztekammerpräsident Dr. med. Edgar Pinkowski zum Auftakt des Symposiums „Kampf gegen das Virus“ an die über 60 italienischen und deutschen Gäste. „Darauf haben wir alle



Foto: Katja Kölsch

Referenten und Symposiumsteilnehmer aus Hessen und Salerno im Innenhof der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt am Main.

sehnlich erwartet, denn so nützlich moderne Kommunikationsmittel wie Videokonferenzen auch sind, sie können doch das persönliche Beisammensein nicht ersetzen.“ Es gehe darum, beisammen und zusammen zu sein. Dazu diene das Symposium als Ausdruck der auf den Tag genau vor fünf Jahren gegründeten deutsch-italienischen Partnerschaft der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) und des Ordine dei Medici di Salerno. Zugleich wolle man mit der Veranstaltung auch die Solidarität mit den ukrainischen Kolleginnen und Kollegen zum Ausdruck bringen. Sowohl die aktuellen weltpolitischen Ereignisse als auch das Hauptthema der deutsch-italienischen Fortbildung verdeutlichten, dass eine Vereinzelung weder politisch noch zwischenmenschlich gut tue.

„Wir haben viel gelernt“

In den vergangenen zweieinhalb Jahren seien viele Menschen Opfer eines bis dahin unbekanntem Coronavirus, nämlich Sars-CoV-2, geworden. Millionen Menschen seien isoliert worden, um andere und sich selbst zu schützen. „Wir alle haben es am eigenen Leib erlebt und zum Teil auch erlitten.“ Doch andererseits seien aus dieser menschlichen Krise auch

neue Kräfte und Ideen erwachsen, betonte Pinkowski. In einer bis dahin unvorstellbaren Geschwindigkeit seien Impfstoffe entwickelt worden, die unzählige Menschenleben gerettet hätten. Internationale Forschergruppen hätten sich quasi in Echtzeit ausgetauscht, um Medikamente und Behandlungskonzepte gegen das Virus zu entwickeln. „Wir haben in dieser Zeit unglaublich viel gelernt.“

Solidarität zwischen den Ländern

Der hessische Sozialminister Kai Klose dankte in seiner Rede zunächst der Arbeit und dem Engagement der Ärzteschaft



Foto: Katja Kölsch

Besuch aus der Landeshauptstadt Wiesbaden:
Sozialminister Kai Klose.



während der Pandemie. „Die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte waren das Rückgrat unserer Impfkampagne“, sagte der Staatsminister. Weil Viren und Krankheiten keinen Halt vor Grenzen machen, sei eine Kooperation wie zwischen den Ärztekammern in Hessen und in Salerno sehr wertvoll.

Der Frankfurter Generalkonsul Andrea Esteban Sama lenkte anschließend den Blick auf die ersten Wochen und Monate der Coronapandemie. Damals hatte Deutschland 44 Intensivpatienten aus Italien aufgenommen. Er sei sehr dankbar für die Solidarität zwischen den Ländern, erklärte Sama und betonte zudem die Verbindung zwischen den Ärztinnen und Ärzten der beiden Länder. Auf die nun fünfjährige Freundschaft zwischen den Ärztekammern sei er besonders stolz.

Dott. Giovanni D'Angelo, Präsident der Ärztekammer Salerno, bezeichnete die Coronapandemie als erste richtige Pandemie, da sich bis auf wenige Flecken auf dem Globus überall Menschen infizierten. Die Ärzteschaft müsse sich in Zukunft häufiger auf solche Lagen einstellen, zumal es voraussichtlich bis 2050 viele Antibiotikaresistenzen geben werde. „Das wird unsere Arbeit erschweren“, sagte D'Angelo. Die Entwicklung könne die Menschheit wieder vor eine Situation stellen, von der man dachte, sie in der Vergangenheit überwunden zu haben. Deshalb sei nach der globalen wirtschaftlichen auch die globale medizinische Zusammenarbeit in Zukunft von großer Bedeutung.

Medizinische Aspekte, therapeutische Möglichkeiten

In simultan übersetzten Vorträgen in italienischer und deutscher Sprache beschäftigten sich die italienischen und deutschen Referentinnen und Referenten unter anderem mit dem Verlauf der Pandemie, Maßnahmen zu ihrer Eindämmung in Hessen und Kampanien, medizinischen Aspekten einer Corona-Infektion und therapeutischen Möglichkeiten. Moderiert wurden die Veranstaltung und die Diskussionen von Prof. Dr. med. Ursel Heudorf und Dr. med. Christine Hidas. Ein besonderer Fokus lag auf Unterschieden und Gemeinsamkeiten bei der Bekämpfung der Pandemie. Während sich in Deutsch-

land die Unterteilung in einen ambulanten und einen stationären Sektor auch in der Pandemie bewährt habe, so Pinkowski – „Die Arztpraxen warten der Schutzwall für die Krankenhäuser“ – gibt es in Italien keine Arztpraxen, an die sich Patienten mit Symptomen einer Covid-19-Erkrankung hätten wenden können. Wer in Italien medizinische Hilfe benötige, komme ins Krankenhaus, sagte D'Angelo. Im März 2020 war der Ansturm auf die Kliniken so groß, dass er nicht mehr bewältigt werden konnte. Doch die Situation hat sich längst geändert. So steht Italien etwa bei den Impfraten und der Erhebung der statistischen Daten in der Pandemie inzwischen besser da als Deutschland.

LÄKH-Umfrage zu Impfungen

Pinkowski blickte eingangs auf das Impfgeschehen in Hessen zurück, konkret auf die Bereitschaft der hessischen Ärztinnen und Ärzte, sich selbst gegen das Coronavirus impfen zu lassen. Dazu hatte die LÄKH im Juli 2021, als es in Deutschland noch keine Impfpflicht für Beschäftigte in Gesundheitseinrichtungen gab, eine quantitative Online-Umfrage unter ihren berufstätigen Mitgliedern durchgeführt. Diese ergab zum einen, dass der Anteil an Covid-19-infizierten Ärztinnen und Ärzten circa 50 Prozent über der hessischen Bevölkerung lag, und zum anderen, dass die Impfquote in der hessischen Ärzteschaft etwa 93 % betrug.

Die Wirkung der Impfung habe sich daran gezeigt, so Pinkowski, dass die Infektionsfälle der Ärztinnen und Ärzte nach Impfbeginn im Dezember 2020 ab Januar 2021 stetig abnahmen, während die Anzahl an

Neuinfektionen in Hessen von Februar bis April 2021 weiter angestiegen sei, da die Allgemeinbevölkerung nicht auf einen Schlag, sondern in einer nach Gefährdung priorisierten Reihenfolge geimpft wurde. Bezogen auf die Mitte März 2022 eingeführte einrichtungsbezogene Impfpflicht habe es in Deutschland genau wie in Italien große Befürchtungen gegeben, dass viele Beschäftigte lieber kündigen würden statt sich impfen zu lassen, sagte Pinkowski. Dass diese Befürchtungen glücklicherweise nicht eingetreten seien, spreche unter anderem für ein hohes Verantwortungsbewusstsein der Beschäftigten.

SARS-CoV-2-Epidemiologie in der Provinz Salerno

Über Impfraten und SARS-CoV-2-Epidemiologie in der Provinz Salerno referierte Dott. Arcangelo Saggese Tozzi, Direktor der Abteilung für öffentliche Hygiene/Prävention ASL Salerno. In der aus 158 Gemeinden bestehenden Provinz Salerno verteilen sich mehr als eine Million Einwohner auf die dicht besiedelten Gebiete im Norden und im Zentrum sowie auf den Süden mit vielen kleinen Kommunen. Der Komplexität dieser territorialen Gliederung habe man durch die Einrichtung von über 190 Impfstellen Rechnung getragen, die sich je nach Bevölkerung und Gebiet voneinander unterschieden. Die größten Impfstellen (PVO) seien in Krankenhäusern eingerichtet worden, in allen 13 Gesundheitsdistrikten des ASL (Azienda Sanitaria Locale „Salerno“= lokale Gesundheitsagentur) sowie in einigen territorialen Zweigstellen territoriale Impfzentren. So habe sichergestellt werden können, dass fast 90 % der Bevölkerung gegen Covid geimpft wurden.

Infektiologische Vorsicht

In der Region Kampanien habe die Covid-Pandemie mit der ersten Einlieferung in das Krankenhaus D. Cotugno in Neapel am 25. Februar 2020 begonnen, berichtet Dott. Rodolfo Punzi, Direktor der Abteilung für Infektionskrankheiten und infektiöse Notfälle des Krankenhauses Cotugno.

Von da an sei die Zahl der Infektionen schrittweise und in schwindelerregender



Generalkonsul Andrea Esteban Sama über die Zusammenarbeit der beiden Länder.

Foto: Katja Kölsch



Foto: Beate Völker

Matinée mit Ausstellung in der Deutsch-Italienischen Vereinigung in Frankfurt am Main.

Weise angestiegen: In Italien gab es bis zum 9. Mai 16.800.000 Fälle mit 164.000 Todesfällen. In der Region Kampanien wurden bis zum gleichen Datum insgesamt 1.649.000 Fälle mit 1.350 Todesfällen verzeichnet.

Seit den ersten Krankenhauseinweisungen im Februar 2020 habe der Krisenstab der Region Kampanien Strategien zur Bekämpfung der „Seuche“ entwickelt, so Punzi weiter. Die zeitliche Verzögerung im Vergleich zur raschen Ausbreitung der Epidemie in Regionen wie der Lombardei und Venetien habe den Entscheidungsträgern in Kampanien die Möglichkeit gegeben, sich auf einen Kampf gegen den unbekanntes Feind vorzubereiten. Das Krankenhaus von Cotugno, seit jeher regionaler Bezugspunkt für Infektionskrankheiten, sei, so Punzi, zum Vorposten für den Kampf erklärt worden. Dank infektiologischer Vorsicht, eines von Anfang an ausreichenden Vorrats an Masken und Schutzkleidung und des kontinuierlich aktualisierten Pandemieplans sei das Krankenhaus in der Lage gewesen, der Welle von Krankenhauseinweisungen und dem enormen Zulauf der Notaufnahme standzuhalten. Bis heute wurden 4.700 Patienten mit Covid-19 im Krankenhaus von Cotugno aufgenommen.

Fähigkeit zum Speziessprung

„Die Pandemie hat unsere Welten verändert: Masken, Kontakteinschränkungen, Ausgangssperren. Es wird Zeit, dass wieder Normalität einzieht!“. Mit diesen Worten leitete der Radiologe Prof. Dott./Univ. Pisa Volkmar Jacobi seinen Vortrag ein, der zum besseren Verständnis der Erkrankung beitrug. Coronaviren seien nichts Neues,

unter Säugern und Vögeln weitverbreitet und „in normalen Jahren für 4–5 % aller Erkältungskrankheiten ursächlich“. Wie die Influenza besäßen sie eine hohe Fähigkeit zur Rekombination und die Fähigkeit zum Speziessprung. Jacobi schilderte, wie sich die vom Virus befallene Wirtszelle vermehrt. Die Vielzahl der Zellen mit ACE2-Rezeptoren bedinge die Vielzahl der Symptome. Von dem Frühsymptom Anosmie über Fieber und Kopfschmerzen bis zum Befall der Lunge. Verantwortlich für Lungenschädigung sei allerdings nicht eine direkte Zerstörung der Lunge durch die Vermehrung des Virus. Vielmehr seien entzündliche Prozesse und das Endothel der Lunge maßgeblich an schweren Verläufen beteiligt. Mit Röntgen- und MRT-Aufnahmen zeigte Jacobi, was das Virus im Körper anzurichten vermag und schloss seinen Vortrag mit einer Übersicht über Therapieansätze.

Impfung und Myokarditis

Dass Covid-19 das Risiko von Herzerkrankungen erhöht habe, machte Dott. Giovanni D'Angelo in seinem Vortrag deutlich. Grund dafür waren nicht zuletzt die Rahmenbedingungen der Pandemie. So sei die kardiovaskuläre Versorgung sowohl für präventive Therapien als auch für akute Interventionen stark reduziert worden – mit der Folge einer kurz- und langfristig gestiegenen Mortalität. Die Patienten hätten sich erst in fortgeschrittenen Stadien der Herz-Kreislauf-Erkrankung vorgestellt, was zu einer prognostischen Verschlechterung geführt habe. Bei von Covid-19 betroffenen Probanden habe es einen Anstieg von 20–25 % aller Herz-Kreislauf-Erkrankungen gegeben.

Detailliert setzte sich D'Angelo mit dem möglichen Zusammenhang zwischen der Impfung gegen SARS-CoV-2 und einer Herzmuskelentzündung auseinander. Unter anderem wies er auf die am 20. April 2022 online veröffentlichten Ergebnisse einer großen Kohortenstudie (Nordic Cohort Study) hin, die zeigten, dass sowohl die erste als auch die zweite Dosis von mRNA-Impfstoffen mit einem erhöhten Risiko für Myokarditis und Perikarditis verbunden waren. Die möglicherweise tiefere Immunantwort des mRNA1273-Impfstoffs könne für das höhere Risiko einer

Myokarditis ursächlich sein, allerdings müsse diese Hypothese weiter untersucht werden: „Das Risiko einer Myokarditis im Zusammenhang mit der Impfung gegen SARS-CoV-2 muss gegen den Nutzen dieser Impfstoffe abgewogen werden.“

Gastrointestinale Beteiligung

Seit dem ersten Nachweis des neuen Coronavirus SARS-CoV-2 in Wuhan im Dezember 2019 habe es Hinweise auf eine gastrointestinale Beteiligung gegeben, informierte Dott. Attilio Maurano, Direktor der U.O.C. Gastroenterologie/Endoskopie der Universitätsklinik Salerno und Vizepräsident der Ärztekammer von Salerno. Aus pathophysiologischer Sicht sei die gastrointestinale Beteiligung von SARS-CoV-2 durch den selektiven Agonismus des Spike-Proteins des Virus mit dem ACE2-Rezeptor bedingt, der nicht nur auf Alveolarzellen vom Typ II, sondern auch auf der Schleimhaut des Magen-Darm-Trakts vorhanden sei. Bereits im ersten Monat der Pandemie hätten wissenschaftliche Studien das Vorhandensein von viraler RNA und Nukleokapsid auf Magen-, Zwölffingerdarm- und Rektumschleimhaut durch endoskopische Biopsie nachgewiesen.

Dies bestätige auch eine mögliche orofäkale Übertragung, wie sie bei früheren Coronaviren nachgewiesen worden sei, so Maurano. Allerdings habe die Pandemie die endoskopische Tätigkeit erheblich eingeschränkt, da sie ein hohes Infektionsrisiko berge. Aus diesem Grund seien während der Pandemie elektive Eingriffe gestrichen worden, um Notfalleingriffe gewährleisten zu können.



Foto: Katja Kölsch

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



Foto: Katja Kölsch

LÄKH-Präsident Dr. med. Edgar Pinkowski mit den Moderatorinnen Prof. Dr. med. Ursel Heudorf (links) und Dr. med. Christine Hidas.

Müdigkeit beim Post-Covid-Syndrom und Long Covid

Nach dem Ausbruch der SARS-CoV-2-Pandemie, die Italien buchstäblich überwältigt habe, stehe man mit dem Post-Covid-19-Syndrom und Long Covid vor einer neuen großen Herausforderung: der Behandlung einer aufkommenden Erkrankung, die durch Plurikronizität aufgrund des gleichzeitigen Vorhandenseins verschiedener Erkrankungen mit unterschiedlichen Ursachen gekennzeichnet sei, berichtete Dott. Natalino Barbato, Salerno.

Zu den Symptomen von Long Covid zählten Fatigue (physisch und mental), Dyspnoe, Brustschmerzen, Herzklopfen, Schlafstörungen und kognitive Störungen wie etwa Gedächtnisprobleme, erklärte Barbato. Bei der Fatigue handele es sich um ein mehrdimensionales Konstrukt mit einer körperlichen, kognitiven und emotionalen Dimension. Während Männer ein höheres Risiko für einen schweren Covid-19-Krankheitsverlauf aufwiesen, schienen Frauen bis zum Alter von 60 Jahren doppelt so häufig an Long Covid zu erkranken und eine Fatigue zu entwickeln wie Männer, stellte Barbato weiter fest. So litten nach einer Erhebung 54,3 % aller weiblichen Patienten unter mäßiger oder schwerer Müdigkeit, verglichen mit 29,6 % der männlichen Patienten. Es lasse sich daher ein Zusammenhang zwischen Geschlecht und Fatigue vermuten. Das weibliche Geschlecht scheine eine vom Virus demaskierte Autoantikörperreaktion zu entwickeln, die eine wichtige Rolle bei

der Entstehung von Long-Covid-Symptomen spielen könnte. Allerdings betonte Barbato, dass das Wissen über die Biologie und Pathophysiologie nach einer SARS-CoV-2-Infektion beim Menschen noch begrenzt sei.

Post-Covid aus neurorehabilitativer Sicht

Dr. med. Christoph Berwanger, Ärztlicher Direktor an der Hardtwaldklinik I, der Neurologischen Akutklinik und des Neurologischen Zentrums Bad Zwesten, nahm in seinem Vortrag auf die klinische Falldefinition einer Post-Covid-19-Erkrankung gemäß Delphi-Konsens Bezug. Danach trete die Post-Covid-19-Erkrankung bei Personen mit einer wahrscheinlichen oder bestätigten SARS-CoV-2-Infektion in der Regel drei Monate nach dem Auftreten von Covid-19 mit Symptomen auf, die mindestens zwei Monate andauerten und nicht durch eine andere Diagnose zu erklären seien. Zu den allgemeinen Symptomen zählten Erschöpfung, Kurzatmigkeit, kognitive Fehlleistungen sowie weitere, die sich im Allgemeinen auf den Tagesverlauf auswirkten. In den ersten zwei bis drei Covid-19-Wellen habe es wenig Betroffene gegeben, die Erkrankten der vierten und fünften Welle seien noch nicht in der Post-Covid-Phase angekommen. Es gebe eine erhebliche Forschungsaktivität, aber noch kein allgemein akzeptiertes Krankheitskonzept. Dennoch stoße die Post-Covid-19-Erkrankung auf erhebliche öffentliche und publizistische Wahrnehmung. Laut zweier Studien sei die Chance auf vollständige Genesung nach zwölf Monaten mit 13 und 29 % recht gering. Prädiktoren seien Krankenhausaufenthalt wegen Covid-19, Analgetikabedarf in der Akutphase, das Gesamtausmaß an Komorbidität sowie das weibliche Geschlecht. Anschließend ging Berwanger auf die Neuro-Rehabilitation ein. In deren Fokus stehe mehr die selbstbestimmte Teilhabe statt die vollständige Heilung des Patienten, sie ist interdisziplinär und multiprofessionell. Berwanger stellte das Vorgehen am Neurologischen Zentrum vor: Es finde eine umfassende Diagnostik mit MRT, EEG, gegebenenfalls Liquor und Neuropsychologie sowie eine Syndromorientierte Behandlung unabhängig von

der Ätiologie statt. Zusammenfassend gebe es bisher keine Aussagen zum Langzeitverlauf des Syndroms, auch sei noch keine evidenzbasierte medikamentöse Therapie etabliert, weshalb eine Behandlung pragmatisch und symptomorientiert sein soll.

Long-Covid-Checks und -Sprechstunde

In einem Kurzreferat stellte Torsten Eyferth, Oberarzt an der BG Unfallklinik Frankfurt, den Publikum die Organisation des Long-Covid-Checks zur Differenzierung der Covid-Folgesymptomatik vor. Zum Angebot der BG Kliniken gehören demnach die Post-Covid-Beratung, die ambulante Post-Covid-Sprechstunde und der Post-Covid-Check für alle gesetzlich unfallversicherten Covid-19-Erkrankten. Zunächst gab Eyferth einen Überblick über die Covid-19-Nomenklatur: Bis zu vier Wochen spreche man von der regulären Covid-19-Infektion, da solange die Symptome andauern können, mit ihren unterschiedlichen Ausprägungen. Von Woche vier bis Woche zwölf von dem Post-Akut-Covid-Syndrom, welches durch Rekonvalenz geprägt sei. Nach dem dritten Monat beginne dann das Post-Covid-Syndrom, das unter anderem von Fatigue, Leistungsminderung und Muskelschmerz geprägt sei. Ab dem zweiten Stadium spreche man auch vom Long-Covid-Syndrom. Im Folgenden ging Eyferth genauer auf die verschiedene Häufigkeit von Post-Covid-Symptomen und deren betroffenen Fachbereiche ein. Für die Fallkategorisierung sei ein „Ampelsystem“ entwickelt worden, in dem die einzelnen Patienten je nach Symptomschwere einge-

Foto: Isolde Asbeck



LÄKH-Stabsstellenleiterin Katja Möhrle mit Dott. Giovanni D'Angelo (l.) und Referent Prof. Dott. Volkmar Jacobi.



Foto: Beate Völker

Ausflug an den Rhein: Mit dem Schiff geht es von St. Goarshausen bis Rudesheim.

ordnet werden und das weitere Vorgehen vorgegeben ist. Abschließend kam Eyferth auf die möglichen Komponenten einer Post-Covid-19-Rehabilitation zu sprechen. Dies könne individuell unterschiedlich sein und beispielsweise Schlaflabor, Ergotherapie oder auch Ernährungsberatung beinhalten.

Kritik an deutschen Covid-19-Maßnahmen

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, ehemaliger Leiter des Frankfurter Gesundheitsamtes und Leiter des Kompetenzzentrums für hochpathogene Infektionserreger (KHPI), referierte über die Rolle und Aufgaben des Öffentlichen Gesundheitsdienstes in Hessen bei der Bekämpfung der Coronapandemie und übte Kritik an den erlassenen Maßnahmen. Er ging dabei zunächst auf die Struktur in Deutschland ein, die durch einen föderalen Aufbau und durch die Zuständigkeit von rund 400 Gesundheitsämtern geprägt ist. Bei der Coronapandemie gab es, so Gottschalk, viele Besonderheiten in der öffentlichen Diskussion und Bekämpfung. So sei beispielsweise die Ständige Impfkommission (STIKO) von Politikern diskreditiert worden oder aber auch die wissenschaftliche Evidenz zunehmend in den Hintergrund gedrängt worden. Als Beispiel nennt Gottschalk, dass die schlichte Melderate von Coronainfizierten fälschlicherweise als Inzidenz bezeichnet und die Letalität fälschlich mit Mortalität gleichgesetzt worden ist. Außerdem seien die Schutzmaßnahmen zwar großflächig angeordnet, aber nicht darauf geachtet worden, ob diese

überhaupt sinnvoll gewesen seien. Laut Gottschalk hätte man sich bei den Schutzmaßnahmen viel mehr auf die vulnerablen Gruppen wie Personen über 60 oder Menschen mit verschiedenen Grunderkrankungen konzentrieren sollen. Dabei haben die zuständigen Behörden grundsätzlich die Möglichkeit verschiedene Grundrechte einzuschränken, doch sei der Ermessensspielraum bei Covid-19 nicht genutzt worden. In seinem Fazit verdeutlichte Gottschalk, dass viele Grundrechtseinschränkungen auf Basis falscher Annahmen initiiert wurden. Für viele der angeordneten Maßnahmen gebe es bis heute keine Evidenz.

Zusammenarbeit in der Pandemie

Dr. med. Vincenzo Mancuso, in Italien geboren und in Hessen als Orthopäde und Unfallchirurg tätig, warf abschließend einen Blick auf die Zusammenarbeit von Deutschland und Italien während der Covid-19-Pandemie in den Jahren 2020 bis 2021. Als europäisches Land mit der höchsten Zahl an Pflegeintensivstationen habe Deutschland große Solidarität sowie die Bereitschaft zur Aufnahme und Behandlung italienischer Covid-Patienten gezeigt. Die ersten sechs aus Bergamo stammenden Patienten – jener Stadt, die zu Beginn der Pandemie mit Bildern von überfüllten Krankenstationen und Leichenwagen traurige Bekanntheit erlangte – seien damals in Sachsen behandelt worden; weitere Bundesländer, darunter Hessen, hätten Intensivbetten zur Verfügung gestellt. Nachdem sich auch in Deutschland im Laufe des Jahres 2020 die

Situation zugespitzt habe und im Herbst in Bayern eine Intensivstation kollabiert sei, habe man den ersten Patienten von dort nach Italien verlegt. Bereits im April 2020 habe die italienische Ärzteschaft in Deutschland die Gruppe „Vicini-Vinciamo“ gegründet, in der Ärzte und Psychologen durch telefonische Beratung zu verhinderten versucht hätten, dass Menschen bei jedem vermuteten Corona-Symptom eine Notaufnahme aufsuchten, ergänzte Mancuso.

Kultureller Austausch

Eingebettet war das von der Stabsstelle Medien der LÄKH organisierte Symposium in ein abwechslungsreiches Rahmenprogramm, das dem persönlichen und kulturellen Austausch diene: Angefangen von einem Abendessen bei Dr. med. Annemarie Illes in Erinnerung an ihren verstorbenen Mann, den Frankfurter Arzt Andreas Illes – treibende Kraft und neben dem früheren Ärztkammerpräsidenten Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach sowie Dr. Mancuso, Prof. Jacobi, Dr. Pinkowski und Dr. Zürner einer der Mitinitiatoren der deutsch-italienischen Partnerschaft – über einen Tagesausflug an den Rhein bis zu einer Matinée in der Deutsch-Italienischen Vereinigung in Frankfurt. Zum Abschied betonte Dott. D'Angelo nochmals die gemeinsame europäische Identität. Die deutsch-italienische Begegnung der beiden Ärztkammern trage zur Stärkung von Solidarität und Freundschaft bei.

**Katja Möhrle
Lukas Reus**

Prähabilitation vor großen chirurgischen Eingriffen – strukturiert, risikobasiert, interventionell und digital

VNR: 2760602022205170007

Dr. med. Svenja Sliwinski, Dr. med. Sara Fatima Faqar Uz Zaman, Charlotte Detembele, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Johannes Fleckenstein, Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer

Herausforderungen in der großen Chirurgie und Lösungsansätze

Der Begriff Prähabilitation beschreibt den präoperativen Aufbau von Kraft, Beweglichkeit und Ausdauer durch individuell angepasste präoperative Bewegungs- und Sporttherapien [1]. Die chirurgische Arbeitsgruppe „Prähabilitation“ am Universitätsklinikum Frankfurt am Main arbeitet intensiv an der Entwicklung einer digitalen Lösung (App), um diese Form der Patientenvorbereitung vor großen chirurgischen Eingriffen zu vereinfachen. Prähabilitation ist dabei ein recht neues Feld in der Medizin, um Patienten in bestmöglichem Zustand einer Operation zuzuführen.

Obwohl es für die Prähabilitation seit etwa fünf Jahren gute und vielversprechende Daten aus klinischen Studien gibt, ist die Umsetzung dieses Ansatzes im täglichen medizinischen Ablauf bis dato nicht optimal gelöst. Ebenso gibt es von Seiten der Krankenkassen keine Kostenerstattung für diesen sinnvollen und überzeugenden Teilbereich der perioperativen Medizin. Dieser Beitrag soll ein grundlegendes Verständnis für die verschiedenen Aspekte der Prähabilitation vermitteln. Dies soll dazu beitragen, Prähabilitation als sinnvolles und Versorgungsqualität verbesserndes Instrument wahrzunehmen. Die Medizin und die chirurgischen Fächer sehen sich gewaltigen Herausforderungen gegenübergestellt. Vor allem der demografische Wandel ist hier von herausragender Bedeutung. Dabei wird die Anzahl der über 65-Jährigen in den nächsten Jahren weiter ansteigen, sodass eine von sechs Personen bis 2050 über 65 Jahre alt sein wird – was 1,5 Milliarden Menschen weltweit entspricht [2, 3]. Zudem liegt das Durchschnittsalter bei Krebserkrankungen bei etwa 65 Jahren, was ebenso zu einer erhöhten Anzahl an

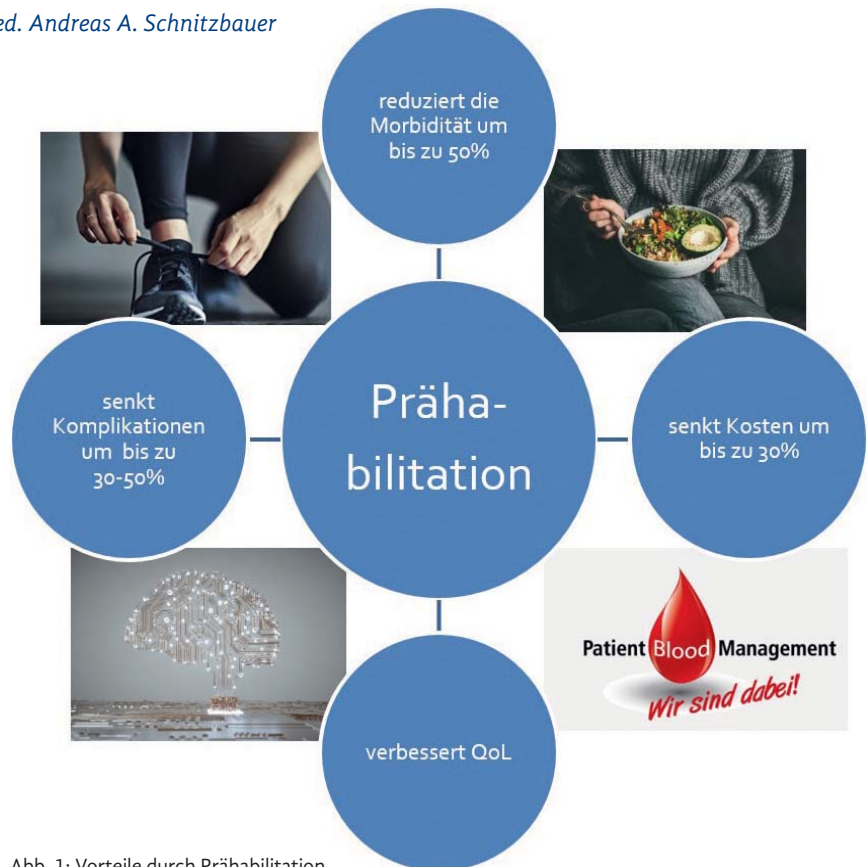


Abb. 1: Vorteile durch Prähabilitation.

Patienten führen wird. Ältere Menschen haben ein erhöhtes Risiko für Gebrechlichkeit. Die Prävalenz beläuft sich aktuell auf Werte zwischen 4 und 17 %, im chirurgischen Patientengut sogar auf 28 % [4, 5]. Gebrechlichkeit (englisch: Frailty) ist dabei definiert als ein medizinisches Syndrom mit multiplen Ursachen, welches durch verminderte Kraft, Ausdauer und physiologische Funktion charakterisiert ist und die Vulnerabilität eines Individuums, eine erhöhte Abhängigkeit zu entwickeln oder zu versterben, erhöht [4]. Damit steigt die Wahrscheinlichkeit für postoperative Komplikationen. Diese treten in 25 % aller Patienten nach operativen Eingriffen auf und sind in 22 % der Fälle schwer [2, 6, 7]. Das wiederum verursacht enorme Kosten für das Gesundheitssystem. Jeder siebte Euro wird für

die Behandlung von Komplikationen ausgegeben. Dabei handelt es sich letztendlich um weiter ansteigende Kosten [2, 8–10]. Wie können wir diese Probleme von steigenden Gesundheitskosten, steigenden Fallzahlen, einer Zunahme an Komplikationen und Mortalität sowie von Frailty angehen? Zum einen wird Chirurgie weiter ein essenzieller Baustein in der Behandlung von soliden Tumoren sowie bei älteren Patienten bleiben. Die Chirurgie ist eine wesentliche therapeutische Säule in der Behandlung der meisten soliden Tumore und hat einen vergleichsweise großen Nutzen für das Langzeitüberleben bei geringen Kosten [11, 12]. Zum anderen ist die klinische Chirurgie in jüngerer Zeit zunehmend fokussiert auf patientenzentrierte Herangehensweisen. Die Versorgungsqualität hat in den ver-

gangenen Jahren durch Zentrumsbildung, Mindestzahlen und Zertifizierungen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Allgemein und Viszeralchirurgie, DGAV, sowie Krebsgesellschaft) deutlich zugenommen. Vor allem durch Register wie beispielsweise die Studienregister der DGAV wird durch die risikoadjustierte statistische Herangehensweise Vergleichbarkeit zwischen Versorgungsstufen hergestellt. Es kristallisiert sich mehr und mehr heraus, dass multimodale Prähabilitationsprogramme in der Lage sind, Komplikationen zu verhindern, bevor sie überhaupt auftreten. Die Literatur zeigt hier, dass Prähabilitation Komplikationen senkt, die Kosten verringert und gleichzeitig die Lebensqualität der Patienten erhöht. Sie hat damit einen großen Einfluss für modifizierbare Faktoren vor einem chirurgischen Eingriff und möglicherweise bei vielen anderen chronischen

Krankheitsbildern [13,14]. Ein gutes Prähabilitationsprogramm besteht aus folgenden Säulen: funktionelles aerobes Ausdauertraining, eine proteinreiche ausgewogene Ernährung, Lifestyle-verändernde Maßnahmen mit Alkohol- und Nikotinkarenz sowie Verbesserung des psychosozialen Wohlbefindens [15]. Diese Modalitäten stehen im Einklang mit dem Europäischen Kodex zur Krebsbekämpfung (<https://cancer-code-europe.iarc.fr/index.php/de/>).

Vorteile digitaler Lösungen

Die Frankfurter Arbeitsgruppe fokussiert sich darauf, eine digitale, kostengünstige, auch von fernzusteuernde Patientenautonomie-fördernde Lösung mit Risikostratifizierung und real-time Datenerhebung zu entwickeln. Gerade pandemiebedingt werden Programme, die die Patienten von

zu Hause aus mit digitalem Tracking durchführen können, immer wichtiger. Prähabilitation funktioniert bis dato praktisch nur gut in Studien. Hier gibt es Finanzierung, ausreichend Personal und eine gute Infrastruktur für Patienten. Im normalen Leben fehlen diese Komponenten trotz enormen Potenzials. Dabei scheitern strukturierte, mehrwöchige Programme zumeist an der Logistik, wie beispielsweise der Anreisewilligkeit der Patienten in die Klinik.

Entwicklung einer Prähabilitations-App

Wir entwickeln seit 18 Monaten eine App-basierte, arztgesteuerte Prähabilitations-Software. Eine Individualisierung wird, neben der klinischen Einschätzung durch einen ärztlichen Kollegen, durch die Einbeziehung von Risikoscores sowie relevanter

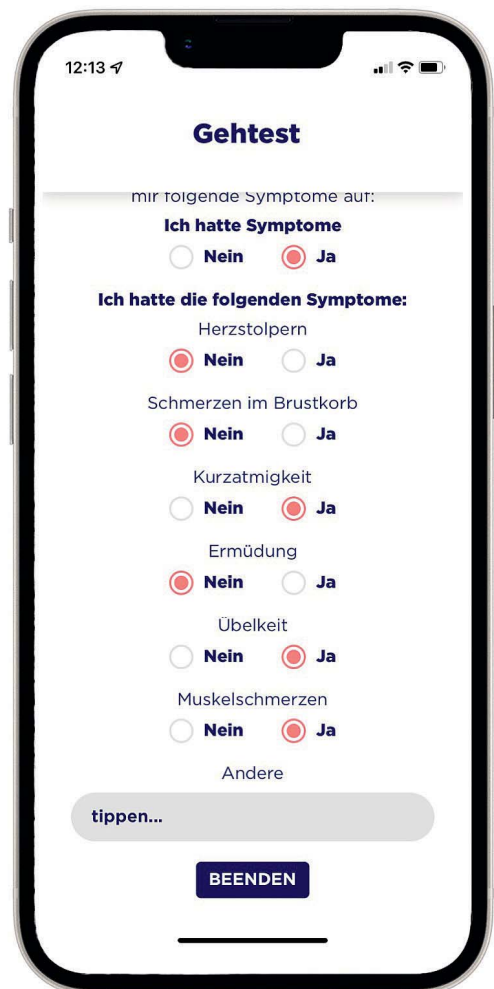


Abb. 2: Intervalltraining/Gehtest mit der neu entwickelten App.

Vitalparameter (Herzfrequenz) erreicht. Hier konnte auf die Erfahrungen des gut etablierten Patient Blood Managements als Bestandteil von Prähabilitation in den chirurgischen Abteilungen am Universitätsklinikum Frankfurt zurückgegriffen werden [16]. Die eigene Klinik verwendet ein strukturiertes Gebrechlichkeitsscreening vor großen chirurgischen Eingriffen, das den **RAI-C-Score**, den **ECOG-Score**, den **Charlson-Komorbiditätsindex**, den **Timed „Up and Go“-Test**, die Anämie und den **ASA-Score** nutzt, um Patienten vor großen chirurgischen Eingriffen näher zu charakterisieren. Diese Instrumente wurden komplett digital in der elektronischen Patientenakte implementiert und bieten so ein strukturiertes Instrument zur Risikoabschätzung, das klar mit dem postoperativen Ergebnis korreliert. Die App-basierte Lösung berechnet basierend auf den Risikodaten und unter Anwendung der **Karvonen-Formel** ein individuelles aerobes Übungsprogramm für die Patienten. — Die angegebenen Scores werden nachfolgend näher erläutert.

Vorteile strukturierter Datenerhebung in digitalen Lösungen

Es gibt zahlreiche validierte klinische Risikoscores. Um klinisch erfolgreich eingesetzt werden zu können, müssen diese zügig und optimalerweise ohne Hilfsmittel durchführbar sein, gut in den Anamneseablauf integrierbar und derart gestaltet sein, dass sie präoperativ modifizierbare Faktoren abbilden und identifizieren. Der **RAI-C-Score** ist ein prospektiver Score für chirurgische Patienten mit einer Sensitivität von 0,50 und einer Spezifität von 0,82 in der Vorhersage der 180-Tage-Mortalität [10, 17, 18]. Er basiert auf der Angabe von 14 Variablen und kann Werte von 0 bis 81 annehmen. Höhere Punktzahlen zeigen eine höhere Gebrechlichkeit an [19]. Varley et al. zeigten, dass die mediane Zeit zur Erstellung des Scores bei 33 Sekunden [IQR 23–53] liegt und dass die Höhe des Scores signifikant mit dem Risiko zu versterben einhergeht (HR:1,099 [95 % KI.: 1,091–1,106], $p < 0,001$) [18]. Der positive prädiktive Wert für die 30- und 90-Tage-Rate für eine Wiederaufnahme war ein RAI-Score Cut off von > 37 mit 14,8 % und 26,2 %. Sie konnten außer-

dem zeigen, dass das Risiko zu versterben je RAI-C-Score-Anstieg um einen Punkt um 9,9 % anstieg. Der Score wurde bereits an mehr als eine Mio. Patienten validiert [17–20]. In einer retrospektiven Studie von 476 Patienten vor nicht-kardialen Operationen > 90 Jahre, zeigten Iwasaki et al., dass der **Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG) Score** als weiteres Instrument im Vergleich zu anderen Risikoassessment-Scores die 30-Tage-Mortalität am besten vorhersagen konnte (area under curve (AUC), ECOG: 0,98, $p < 0,001$; mFI-5: 0,86, $p < 0,001$; **Charlson Score**: 0,53, $p = 0,71$; Sturzrisikoassessment: 0,55, $p = 0,44$) [21]. Die Score-Einteilung erfolgt in die Grade 0–5 (keine Einschränkungen/Komorbiditäten bis zum Tod). Bei Patienten mit einem ECOG-Score von 0–1 war das postoperative progressionsfreie Überleben signifikant länger, nämlich ca. 10,8 Wochen im Gegensatz zu solchen mit einem Score von 2–5 (drei Wochen). Auch eine systematische Übersichtsarbeit von 39 Studien zeigte, dass ein ECOG-Score > 1 mit einer höheren Mortalität einhergeht: ECOG 1+ (HR 2,03; 95 % CI 1,44–2,86) und ECOG 2+ (HR 4,06; 95 % CI 2,36–6,98) [22]. Eine aktuelle prospektive Studie vergleicht zudem den ECOG-Score mit dem **American Society of Anaesthesiologists (ASA) Score**, dem modifizierten Frailty Index und der klinischen Frailty Scala. Die Studie kommt zu dem Schluss, dass ein hoher ECOG Score prädiktiv ist für einen verlängerten postoperativen Krankenhausaufenthalt, wiederum der erhöhten 30-Tage-Mortalität und der Gesamtmortalität, aber nicht mit der Wiederaufnahme eines Patienten [23]. Im Vergleich dazu waren der ASA-Score und die Clinical Frailty Scala (CFS) ebenso prädiktiv für die Rate an Wiederaufnahmen. Ein anderer Test zur Risikostratifizierung, aber auch zur Abschätzung des postoperativen Outcomes, ist der **Timed „Up and Go“ Test (TUG)**. Die Ergebnisse dieses Tests sind ein gut untersuchter und valider Prädiktor für erhöhte postoperative Mortalität [24]. Dieser zeitliche Test startet damit, dass die Patienten von einem Stuhl aufstehen, drei Meter gehen, zum Stuhl zurückkehren und sich hinsetzen. Er wird weiterhin zur Beurteilung von Balance und funktionaler Mobilität, wie etwa Einschätzung der

Sturzneigung verwendet [25]. Robinson et al. gruppieren die Ergebnisse wie folgt: schnelle Durchführung in < 10 Sekunden, mittel 11–14 Sekunden, langsam bei über 15 Sekunden. Bei Anwendung zeigte sich in einer Population von > 65 -Jährigen vor elektiven Herz- oder kolorektalen Operationen eine signifikante Assoziation zwischen einer erhöhten postoperativen Komplikationsrate mit einem schlechteren Testergebnis (kolorektal schnell 13 %, mittel 29 %, langsam 77 %; $P < 0,001$) (kardial schnell 11 %, mittel 26 %, langsam 52 %; $P < 0,001$). Ein langsamer TUG Test war ebenso mit einer erhöhten Einjahres-Mortalität assoziiert (kolorektal schnell 3 %, mittel 10 %, langsam 31 %; $P = 0,006$) (kardial schnell 2 %, mittel 3 %, langsam 12 %; $P = 0,039$). Auch andere Untersuchungen zeigten, dass dies ein reliabler und valider Test ist, um die Fähigkeit zu messen, ob jemand alleine und sicher nach draußen gehen kann und dass eine Korrelation mit dem **Barthel-Index** besteht ($r = -0,78$) [26]. Daher wird der Test als einfach durchzuführender Standard und besser als andere komplexere

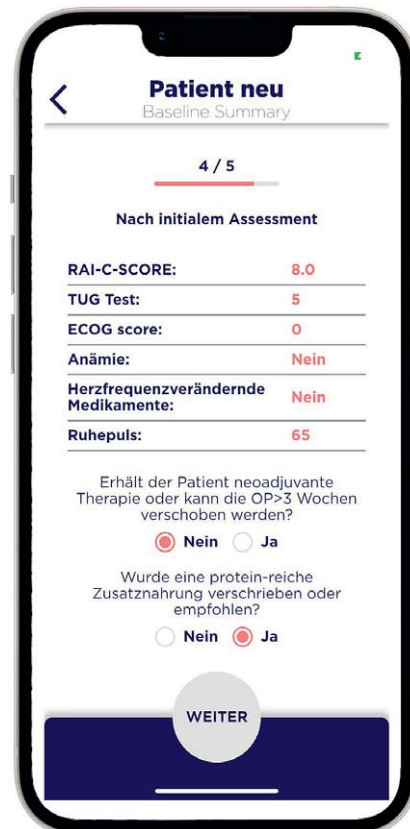


Abb. 3: Smartphone-Oberfläche der eigenentwickelten App mit Risikoscreening.

Tests gewertet, der die Ein-Jahres-Mortalität oder die Rate an postoperativen Komplikationen in chirurgischen Fachrichtungen vorhersagen kann [24].

Karvonen-Formel

Die Karvonen-Formel dient vor allem in der Sportmedizin, aber auch in der Prähabilitation zur Bestimmung der Trainingsintensität über die Berechnung der optimal zu erreichenden Herzfrequenz [27]. Sie wird aus der maximalen und der Ruher Herzfrequenz sowie einer zu erreichenden Intensität berechnet. Diese Methode wird zur Kalkulation eines individuellen aeroben Ausdauertrainings für den Patienten in der App verwendet.

Eine App als eigene Entwicklung

Mit der eigens entwickelten App als Lösung wurden alle Risikoinstrumente, die ohne zusätzliche Hilfsmittel am Patienten angewandt werden können, zur Risikostratifizierung eingesetzt. Aus einem definierten Algorithmus mit Anwendung der Karvonen-Methode errechnet sich das App-basierte aerobe Intervalltraining. Dabei werden zunächst Patienten vor majorchirurgischen Eingriffen auf die Operation vorbereitet. Die App wird derzeit in einer Gebrauchstauglichkeits- und Validierungsstudie am Universitätsklinikum Frankfurt und dem Sportmedizinischen Institut der Goethe-Universität getestet, ehe sie im klinikfernen Einsatz zur Vorbereitung auf große chirurgische Eingriffe eingesetzt werden kann.

Effekte der Prähabilitation

Gebrechliche Patienten kosten durchschnittlich 5.893 Euro mehr und verursachen so Opportunitätskosten von 579 Euro pro Tag [28]. Dabei belaufen sich die Kosten für ein Prähabilitationsprogramm auf etwa 300–700 Euro [29]. Positive Effekte durch Prähabilitation zeigen sich insbesondere in geringeren postoperativen Komplikationsraten, einer kürzeren Krankenhausaufenthaltsdauer und einer damit einhergehenden Reduktion der Behandlungskosten. Im Mittel konnten durch ein multimodales Prähabilitationsprogramm in einer Studie aus den USA etwa 21.946

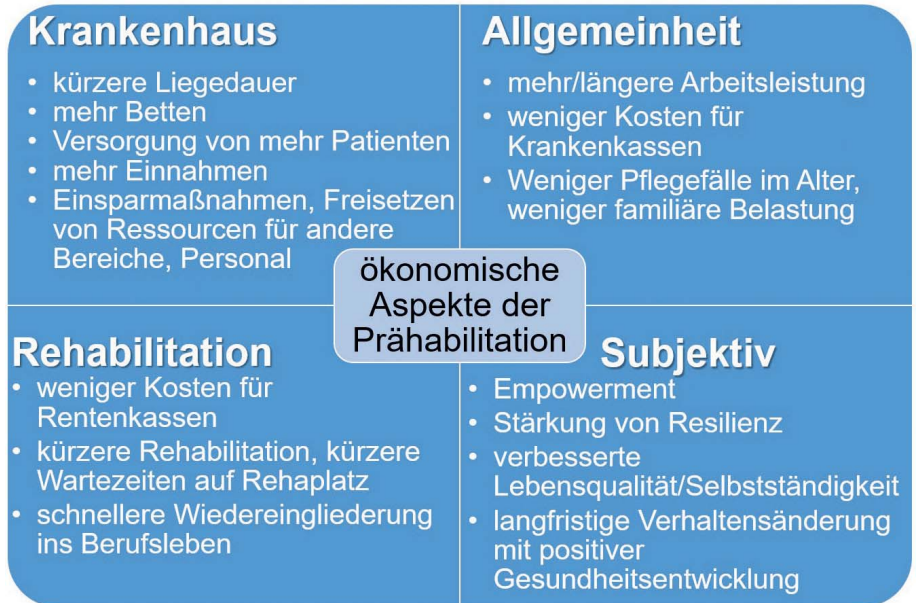


Abb. 4: Ökonomische Aspekte der Prähabilitation.

US-Dollar pro Patient eingespart werden [30]. Dies geschieht insbesondere durch weniger Behandlungstage auf einer Intensivstation, durch ein Senken der Komplikationsrate um bis zu 30 %, weniger Transfusionen und einen um zwei bis fünf Tage verkürzten Krankenhausaufenthalt [28, 30–33]. Sogar unimodale Programme können einen Return on Investment von 800 % bei einer Einsparung von 458 US-Dollar pro Patient verzeichnen [32]. Durch Prähabilitation profitieren alle Stakeholder im Gesundheitswesen: Der einzelne Patient hat eine geringere Wahrscheinlichkeit Komplikationen zu erleiden. Treten diese auf, besteht eine höhere Wahrscheinlichkeit diese gut zu überstehen. Die Kosten im gesamten Gesundheitswesen sinken, die Versorgungsqualität und Strukturqualität steigen dadurch. Das langfristige bis dato noch nicht näher untersuchte Potenzial liegt in kürzeren Rehabilitationszeiten, einer schnelleren Eingliederung in das Berufsleben sowie einer potenziell niedrigeren Zahl an Pflegefällen mit einer verminderten familiären Belastung, gesteigerter Resilienz und Stärkung der Patientenautonomie [34].

Fazit

Prähabilitation ist ein hervorragendes und bis dato nur gering systematisch genutztes Instrument für eine alternde und gebrechlicher werdende Gesellschaft, um das

postoperative Ergebnis zu verbessern. Prähabilitation geht mit einer Reduktion der Komplikationen und der Kosten einher. Die Wirksamkeit ist limitiert durch die Compliance der Patienten und fehlende Langzeitdaten. Digitale, auch von fernzusteuerte Lösungen mit real-time Assessment und Individualisierbarkeit stärken die Patientenautonomie und können in zeitlich begrenzt angewandten Interventionen mit hohem Motivationspotenzial der Patienten zu den gewünschten Erfolgen führen.

- Dr. med. Svenja Sliwinski¹
- Dr. med. Sara Fatima Faqar Uz Zaman¹
- Charlotte Detemle¹
- Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein¹
- Dr. med. Johannes Fleckenstein²
- Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer¹

Kontakt zu den Autoren per E-Mail:
svenja.sliwinski@kgu.de

¹ Universitätsklinikum Frankfurt, Goethe Universität Frankfurt am Main, Klinik für Allgemein-, Viszeral-, Transplantations- und Thoraxchirurgie

² Goethe Universität Frankfurt am Main, Institut für Sportmedizin

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

Fotos: Rechte bei den Autoren

Multiple-Choice-Fragen: Prähabilitation vor großen chirurgischen Eingriffen...

VNR: 2760602022205170007

(eine Antwort ist richtig)

1. Welches Element ist nicht Teil der Prähabilitation?

- 1) Enhanced recovery after surgery
- 2) Bewegungs- und Sporttherapie
- 3) Ernährungsscreening- und Beratung
- 4) Psychosoziale Unterstützung
- 5) Patient Blood Management

2. Wie hoch ist die Gebrechlichkeit im elektiv chirurgischen Patientengut?

- 1) 5 %
- 2) 16 %
- 3) 28 %
- 4) 35 %
- 5) 67 %

3. Wie hoch ist die Komplikationswahrscheinlichkeit nach einem chirurgischen Eingriff?

- 1) 5%
- 2) 10%
- 3) 15%
- 4) 20%
- 5) 25%

4. Welcher Score/Test hilft nicht bei der Einschätzung der Gebrechlichkeit vor chirurgischen Eingriffen?

- 1) ASA-Score
- 2) ECOG-Score
- 3) RAI-C-Score
- 4) Timed „Up and Go“-Test
- 5) De Ritis-Quotient

5. Was kann man mit der Karvonenmethode gut abschätzen?

- 1) Die Trainingsintensität und -herzfrequenzbereiche.
- 2) Die Komplikationswahrscheinlichkeit nach einem chirurgischen Eingriff.
- 3) Die Krankenhausverweildauer.
- 4) Die Revisionswahrscheinlichkeit nach chirurgischen Eingriffen.
- 5) Die Delirwahrscheinlichkeit nach chirurgischen Eingriffen.

6. Welcher Effekt trifft am ehesten nicht auf die Prähabilitation zu?

- 1) Kostenersparnis
- 2) Reduktion der Komplikationsraten
- 3) Verbesserung der individuellen chirurgischen Fähigkeiten
- 4) Reduktion der Wiederaufnahmen
- 5) Verbesserung der Ergebnisqualität

7. Welche Eigenschaft sollten Scores nicht haben, damit sie gut digital erfasst werden können?

- 1) Sie sollten einfach ohne weitere Hilfsmittel erfassbar sein.
- 2) Sie sollten möglichst alle Aspekte umfassend abdecken.
- 3) Sie sollten modifizierbare Faktoren identifizieren.
- 4) Sie sollten validiert sein.
- 5) Sie sollten in den Anamneseprozess integrierbar sein.

8. Welche Aussage zum RAI-C-Score trifft nicht zu:

- 1) Er hat eine Spezifität von etwa 80 %.
- 2) Je höher der Score ist, desto gesünder sind die Patienten.
- 3) Er erfasst zuverlässig die perioperative Gebrechlichkeit.
- 4) Er integriert einen modifizierten Barthel-Index.
- 5) Er kann zügig ohne Hilfsmittel eingesetzt werden.

9. Was trifft auf die Ergebnisse des Timed „Up and Go“-Tests und chirurgischen Eingriffen zu:

- 1) Er darf nicht mit Hilfsmitteln (Gehstock) durchgeführt werden.
- 2) Der Patient muss sechs Minuten gehen.
- 3) Er ist zur Einschätzung der Fallneigung ungeeignet.
- 4) Ein schnelles Ergebnis geht mit niedriger Komplikationsrate einher.
- 5) Ein langsames Ergebnis senkt die Ein-Jahres-Mortalität.

10. Welche Aussage zu den Effektgrößen, die man mit Prähabilitationsmaßnahmen erreichen kann, trifft zu?

- 1) Prähabilitation verbessert die Ergebnisse jedes Patienten.
- 2) Prähabilitation kann die Komplikationswahrscheinlichkeit um bis zu 50 % senken.
- 3) Die Kosten halbieren sich.
- 4) Kurze Programme haben in der Regel keinen Effekt.
- 5) Die Compliance steigt durch tägliche ambulante Prähabilitation in der Klinik.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Prähabilitation vor großen chirurgischen Eingriffen – strukturiert, risikobasiert, interventionell und digital“ von Dr. med. Svenja Sliwinski und Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer et al. finden Sie hier abgedruckt und im Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über

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

Literatur zum Artikel:

Prähabilitation vor großen chirurgischen Eingriffen – strukturiert, risikobasiert, interventionell und digital

von Dr. med. Svenja Sliwinski, Dr. med. Sara Fatima Faqar Uz Zaman, Charlotte Detembele, Prof. Dr. med. Wolf O. Bechstein, Dr. med. Johannes Fleckenstein und Prof. Dr. med. Andreas A. Schnitzbauer

- [1] Bloch W (2017) Fit werden für eine Operation. Dtsch Arztebl Int 114:224–237
- [2] WHO WHO Guidelines for Safe Surgery 2009
- [3] United Nations, Department of Economic and Social Affairs PD (2019). (2019) World Population Ageing 2019: Highlights
- [4] Morley J, Al (2014) NIH Public Access Frailty consensus. J Am Med Dir Assoc 14:392–397. <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2013.03.022>. Frailty
- [5] Hewitt J, Moug SJ, Middleton M et al. (2015) Prevalence of frailty and its association with mortality in general surgery. Am J Surg 209:254–259. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2014.05.022>
- [6] Kable AK, Gibberd RW, Spigelman AD (2002) Adverse events in surgical patients in Australia. Int J Qual Heal care J Int Soc Qual Heal Care 14:269–276. <https://doi.org/10.1093/intqhc/14.4.269>
- [7] Gawande AA, Thomas EJ, Zinner MJ, Brennan TA (1999) The incidence and nature of surgical adverse events in Colorado and Utah in 1992. Surgery 126:66–75. <https://doi.org/10.1067/msy.1999.98664>
- [8] Nepogodiev D, Martin J, Biccard B et al. (2019) Global burden of postoperative death. Lancet 393:401. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)33139-8](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)33139-8)
- [9] Shah R, Attwood K, Arya S et al. (2018) Association of frailty with failure to rescue after low-risk and high-risk inpatient surgery. JAMA Surg 153:. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2018.0214>
- [10] Hall DE, Arya S, Schmid KK et al. (2017) Development and initial validation of the Risk Analysis Index for measuring frailty in surgical populations. JAMA Surg 152:175–182. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4202>
- [11] Rossi L, Stevens D, Pierga JY et al. (2015) Impact of adjuvant chemotherapy on breast cancer survival: A real-world population. PLoS One 10:1–13. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0132853>
- [12] Atun R, Jaffray DA, Barton MB et al. (2015) Expanding global access to radiotherapy. Lancet Oncol 16:1153–1186. [https://doi.org/10.1016/S1470-2045\(15\)00222-3](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(15)00222-3)
- [13] Minnella EM, Awasthi R, Bousquet-Dion G, et al. (2019) Multimodal Prehabilitation to Enhance Functional Capacity Following Radical Cystectomy: A Randomized Controlled Trial. Eur Urol Focus 3–9. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2019.05.016>
- [14] Piringer G, Holzner B, Mayrbaeurl B et al. (2020) Influence of a Structured Exercise Training on Patients Reported Quality of Life in Colorectal Cancer Patients After Adjuvant Chemotherapy: A Pilot Study. Integr Cancer Ther 19:. <https://doi.org/10.1177/1534735420938458>
- [15] Tew GA, Ayyash R, Durrand J, Danjou GR (2018) Clinical guideline and recommendations on pre-operative exercise training in patients awaiting major non-cardiac surgery. Anaesthesia 73:750–768. <https://doi.org/10.1111/anae.14177>
- [16] Neef V, Piekarski F, Choorapoikayil S et al. (2022) Physician’s Subjective Increase in Awareness towards Perioperative Anaemia, Patient’s Blood Resource, and Transfusion after the Implementation of Patient Blood Management: A Nationwide Multi-centre Survey. Acta Haematol 145:38–45. <https://doi.org/10.1159/000517607>
- [17] Shah R, Borrebach JD, Hodges JC et al. (2020) Validation of the Risk Analysis Index for Evaluating Frailty in Ambulatory Patients. J Am Geriatr Soc 68:1818–1824. <https://doi.org/10.1111/jgs.16453>
- [18] Varley PR, Borrebach JD, Arya S et al. (2020) Clinical Utility of the Risk Analysis Index as a Prospective Frailty Screening Tool within a Multi-practice, Multi-hospital Integrated Healthcare System. Ann Surg Publish Ah:1–8. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000003808>
- [19] Arya S, Varley P, Youk A, et al. (2020) Recalibration and External Validation of the Risk Analysis Index: A Surgical Frailty Assessment Tool. Ann Surg 272:996–1005. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003276>

- [20] Hall DE, Arya S, Schmid KK et al. (2020) U. S. Department of Veterans Affairs Measuring Frailty in Surgical Populations. 152:175–182. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2016.4202.Development>
- [21] Iwasaki M, Ishikawa M, Namizato D, Sakamoto A (2021) A worse ECOG-PS is associated with 30-day mortality among patients over 90 years old in non-cardiac surgeries: A single-center retrospective study. *J Nippon Med Sch.* https://doi.org/10.1272/jnms.jnms.2022_89-304
- [22] Owusuua C, Dijkland SA, Nieboer D et al. (2022) Predictors of Mortality in Patients with Advanced Cancer – A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel)* 14:1–20. <https://doi.org/10.3390/cancers14020328>
- [23] Philip FA, Jagathnath Krishna KM, Bhargavan RV et al. (2022) Comparison of preoperative assessment tools in older patients undergoing cancer surgery: A prospective study. *J Geriatr Oncol.* <https://doi.org/10.1016/j.jgo.2021.12.013>
- [24] Robinson TN, Wu DS, Sauaia A et al. (2013) Slower walking speed forecasts increased postoperative morbidity and 1-year mortality across surgical specialties. *Ann Surg* 258:582–588. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3182a4e96c>
- [25] Riebe D, Ehrman J, Liguori G, Magal M (2018) ACSM's Guidelines for Exercise Testing and Prescription
- [26] Podsiadlo D; Richardson S (1991) The Timed Up and Go: A Test of Basic Functional Mobility for Frail Elderly Persons. *J Am Geriatr Soc* 39:142–148
- [27] Karvonen MJ, Kentala E, Mustala O (1957) The effects of training on heart rate; a longitudinal study. *Ann Med Exp Biol Fenn* 35:307–315
- [28] Fuertes-Guiró F, Viteri Velasco E (2020) The impact of frailty on the economic evaluation of geriatric surgery: hospital costs and opportunity costs based on meta-analysis. *J Med Econ* 23:819–830. <https://doi.org/10.1080/13696998.2020.1764965>
- [29] Barberan-Garcia A, Ubre M, Pascual-Argente N et al. (2019) Post-discharge impact and cost-consequence analysis of prehabilitation in high-risk patients undergoing major abdominal surgery: secondary results from a randomised controlled trial. *Br J Anaesth* 123:450–456. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.05.032>
- [30] Howard R, Yin YS, McCandless L et al. (2019) Taking Control of Your Surgery: Impact of a Prehabilitation Program on Major Abdominal Surgery. *J Am Coll Surg* 228:72–80. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2018.09.018>
- [31] Wang B, Shelat VG, Chow JLL et al. (2020) Prehabilitation Program Improves Outcomes of Patients Undergoing Elective Liver Resection. *J Surg Res* 251:119–125. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.01.009>
- [32] Boden I, Robertson IK, Neil A et al. (2020) Preoperative physiotherapy is cost-effective for preventing pulmonary complications after major abdominal surgery: a health economic analysis of a multicentre randomised trial. *J Physiother* 66:180–187. <https://doi.org/10.1016/j.jphys.2020.06.005>
- [33] Barberan-Garcia A, Ubré M, Roca J et al. (2018) Personalised Prehabilitation in High-risk Patients Undergoing Elective Major Abdominal Surgery: A Randomized Blinded Controlled Trial. *Ann Surg* 267:50–56. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000002293>
- [34] Grocott MPW, Ludbrook GL (2019) Economic evaluation of prehabilitation: a true return on investment? *Br J Anaesth* 123:710–712. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2019.09.008>



Persönlicher Austausch nach zweijähriger Pause

Landesärztekammer Hessen auf dem Nachwuchskongress „Operation Karriere“

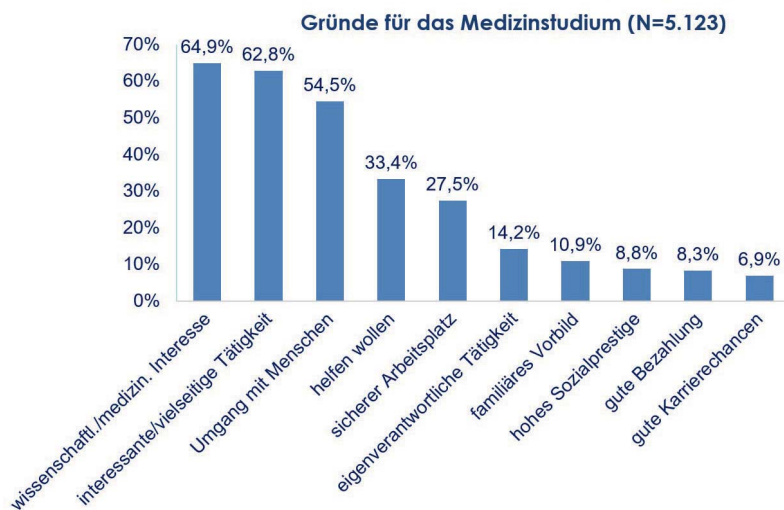
Nach einer zweijährigen coronabedingten Pause fand wieder der beliebte Nachwuchskongress des Deutschen Ärzteverbandes „Operation Karriere“ am 14. Mai in Frankfurt am Main statt.

Der auf dem Campus Westend der Goethe-Universität stattfindende Kongress richtete sich an Medizinstudierende, Absolventinnen und Absolventen und Ärztinnen und Ärzte in Weiterbildung sowie an Arbeitgeber aus Kliniken, Verbänden und der Industrie mit dem Ziel, beide Interessengruppen zusammenzuführen. Auch die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) war diesmal wieder vertreten.

In zahlreichen Workshops und Vorträgen informierten sich die Nachwuchsmedizinerinnen und -mediziner über Themen wie „Fernweh: Was bringt eine Famulatur im Ausland?“ und „Vom Studium bis zur Praxis – Dein (digitaler) Weg“ sowie zum ersten Arbeitsvertrag.

Die neue Weiterbildungsordnung 2020, eLogbuch, Fortbildungsmöglichkeiten und allgemeine Informationen zur Karriereplanung nach dem Medizinstudium – das waren einige der Themen, die in diesem Jahr am Beratungsstand der LÄKH zur Sprache kamen. Neben der Abteilung Ärztliche Weiterbildung war auch die Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung vor Ort. Flyer für verschiedene Fortbildungskurse, unter anderem für die Psychosomatische Grundversorgung, wurden von den jungen Ärztinnen und Ärzten interessiert entgegengenommen.

Welche Gründe waren für Sie persönlich für die Wahl des Medizinstudiums am wichtigsten? (Mehrfachnennung möglich)



Grafik: LÄKH

Berufswünsche bleiben konstant

Neben dem Informationsstand hielt Nina Walter, ärztliche Leiterin der Stabsstelle Qualitätssicherung und stellvertretende ärztliche Geschäftsführerin der LÄKH, Grußworte und den Impulsvortrag: „Beruf und Karriere – Was junge Mediziner wirklich wollen“ und präsentierte die aktuellen Kernergebnisse der Befragungsprojekte der LÄKH zum ärztlichen Nachwuchs. Die Daten aus der Absolventenbefragung, die seit 2009 von der LÄKH erhoben werden, verdeutlichen, dass fast zwei Drittel der Medizinstudierenden weiblich sind und dass die Berufsziele „Oberarzt/-ärztin im Krankenhaus“ und „fachärztlich selbstständige Tätigkeit“ am beliebtesten sind. Prinzipiell

kann über die Erhebungsjahre hinweg eine Kontinuität in den Antworten hinsichtlich der Gründe für das Medizinstudium und der beruflichen Pläne beobachtet werden. Die Vertreterinnen und Vertreter der LÄKH zogen ein positives Resümee: Es sei interessant und erkenntnisreich, nach einer zweijährigen Kongress-Pause wieder mit dem ärztlichen Nachwuchs persönlich ins Gespräch zu kommen. Der direkte Austausch sowie die Kongress-Atmosphäre können nicht durch eine digitale Veranstaltung ersetzt werden.

Dr. Dipl.-Soz. Iris Natanzon

Wissenschaftliche Referentin
Stabsstelle Qualitätssicherung und
Gesundheitssystemanalyse der LÄKH

Bücher

Hartmut Gaulrapp, Christina Binder (Hrg.): Grund- und Aufbaukurs Sonografie

2 Bände, Urban & Fischer Verlag/Elsevier
2020, ISBN 9783437221293, € 155

Gaulrapp und Binder fassen als langjährige Ausbilder der DEGUM (Deutsche Gesellschaft für Ultraschall in der Medizin) ihre

große Erfahrung in einer systematischen Darstellung der Sonografie der Bewegungsorgane zusammen. Zielgruppe sind Kolleginnen und Kollegen, die in der Traumatologie und Rheumatologie tätig sind. Auch in der Allgemeinmedizin ist die Kenntnis der dargestellten Inhalte ausgesprochen hilfreich. Anschaulich mit vielen Bildern werden die Untersuchungsschritte fotografisch dokumentiert, die anatomischen Strukturen im Bild und schematisch dargestellt und die sonografischen Auf-

nahmen entsprechend zugeordnet. Auch wenn die zwei Bände als Begleitmaterial konzipiert sind, die im Grundkurs durch die normalen anatomischen Strukturen und deren monografisches Äquivalent führen und im Aufbaukurs die wichtigsten morphologischen Äquivalente von Erkrankungen und Verletzungen erläuternd darstellen, sind sie auch hervorragend für das Selbststudium und für die Vertiefung des Erlernenen geeignet.

Dr. med. Peter Zürner



Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

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

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Innere Medizin

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

Aktuelle Diabetologie

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

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

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

Geriatric

Geriatric Grundversorgung

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

Palliativmedizin

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

Arbeits- und Betriebsmedizin

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI: **Mi., 17. August 2022 (Zusatztermin)**
FOBI: **Mi., 14. Dezember 2022**
Gebühr: je 160 € (Akademiestatistiker 144 €)
MIMA: **Mi., 18. Januar 2023**
Gebühr: auf Anfrage

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

Notfall- und Intensivmedizin

47. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

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

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

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst

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

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt Kassel

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

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

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

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

Telelernphase: 07.–30.09.2022

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

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

Intensivkurs Hygiene in Arztpraxen
Mi., 28. September 2022

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

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

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

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

Gebühr: 240 € (Akademiestatistiker 216 €)

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

Fachkunde im Strahlenschutz

Aktualisierungskurs

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

Gebühr: 220 € (Akademiestatistiker 198 €)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

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

Praktikum: Termin auf Anfrage

Gebühr: 420 € (Akademiestatistiker 378 €)

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

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Grundkurs Schwangerschaftskonfliktberatung

Fr., 08.–Sa., 09. Juli 2022

Leitung: Dr. med. A. Valet, Herborn

Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

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

Begutachtung

Medizinische Begutachtung

Modul II: Sa., 08. Oktober 2022

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

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

Gebühr: 400 € (Akademiestatistiker 360 €)

Verkehrsmedizinische Begutachtung

Modul IV Fr., 15.–Sa., 16. Juli 2022

Gebühr: 330 € (Akademiestatistiker 297 €)

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

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

Ärzte und Apotheker im Dialog

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer.

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

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

Ort: Frankfurt, Hanauer Landstraße 152

Gebühr: 30 € (Akademiestatistiker 27 €)

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

Ethik

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

Refresher: Mi., 13. Juli 2022

Gebühr: 250 € (Akademiestatistiker 225 €)

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

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

Transplantationsmedizin

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Kriseninterventionsseminar: Mi., 06. Juli 2022

Gebühr: 200 € (Akademiestatistiker 180 €)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz

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

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

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter/Leiter Blutdepot Refresher

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

Gebühr: 160 € (Akademiemitgl. 144 €)

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

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

Infektiologie

Antibiotic Stewardship (ABS):

Modul 2 – Aufbaukurs Infektiologie

Mo., 10.–Fr., 14. Oktober 2022 40 P

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

Gebühr: 1.100 € (Akademiestudent 990 €)

Weitere Module unter www.akademie-laekh.de.

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

Rechtsmedizin

Leichenschau

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

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

(nur gemeinsam buchbar)

Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin

Gebühr: 200 € (Akademiestudent 180 €)

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

Teil 1: Verletzungsdokumentation

Mittwoch, 19. Oktober 2022

Gebühr: 100 € (Akademiestudent 90 €)

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

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

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“ – Diabetologie,

Fortsetzung Gastroenterologie, Perinatalmedizin

Mi., 21. September 2022

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

Gebühr: 80 € (Akademiestudent kostenfrei)

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

Qualitätsmanagement

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

Peer-Review in der Intensivmedizin

Mo., 12.–Di., 13. Dezember 2022

Telelernphase: 14.11.–09.12.2022

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

Gebühr: 390 € (Akademiestudent 351 €)

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

Ultraschall

Gefäße

Doppler-Duplex-Sonographie

der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße

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

Teilnahmegebühr: 510 € (Akademiestudent 459 €)

Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle,
Dr. med. F. Präve, Frankfurt

Abdomen und Retroperitoneum

Abschlusskurs

Theoretischer Teil: Sa. 08. Oktober 2022

Gebühr: 500 € (Akademiestudent 450 €)

Praktischer Teil: in Planung

Leitung der Kurse für Abdomen: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt,
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Ultraschall Modul Schilddrüse II

Sa., 26. November 2022

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

Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum

Gebühr: 310 € (Akademiestudent 279 €)

Auskunft/Anmeldung: J. Schwab, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: juliane.schwab@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung

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

Teil 2: Fr., 10.–Sa., 11. März 2023

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

Gebühr: 720 € (Akademiestudent 648 €)

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

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

II. Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Manuelle Medizin

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

Grundkurs:

Modul IV: Do., 14.–Sa., 16. Juli 2022

Beginn Telelernphase: 14.06.2022

Gebühren: je 660 € (Akademiestudenten 594 €)

Aufbaukurs:

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

Beginn Telelernphase: 21.09.2022

Gebühr: 1.090 € (Akademiestudenten 981 €)

Leitung: Dr. med. R. Lüders, Wiesbaden

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

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

Palliativmedizin

Kurs-Weiterbildung Di., 19.–Sa., 23. Juli 2022 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau
Dr. med. M.-C. Hentrich, Wiesbaden

Gebühren: 870 € (Akademiestudenten 783 €)

Fallseminar Modul III Mo., 21.–Fr., 25. November 2022 40 P

Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden

Gebühr: 980 € (Akademiestudenten 882 €)

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14.–Sa., 19. November 2022

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Fassbinder, Künzell
Gebühr ges.: 770 € (Akademiestudenten, BDI und DGIM 693 €)

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

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

Allgemeinmedizin

Psychosomatische Grundversorgung

für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

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

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

Gebühr: 380 € (Akademiestudenten 342 €)

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

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Mo., 05.–Fr., 09. Dezember 2022

Gebühren: 610 € (Akademiestudenten 549 €)

Gesamtleitung: Dr. med. A. Wunder, Frankfurt

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

Repetitorium Frauenheilkunde und Geburtshilfe

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

Mi., 09.–Sa., 12. November 2022

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

Gebühr: 640 € (Akademiestudenten 576 €)

Gebühr/Tag: 200 € (Akademiestudenten 180 €)

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

Sozialmedizin und Rehabilitationswesen

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

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

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

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

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

Psychosomatische Grundversorgung

28. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

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

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

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

Block III:	Fr., 01.–Sa., 02. Juli 2022	16 P
Block IV:	Fr., 07.–Sa., 08. Oktober 2022	16 P
Block V:	Fr., 11.–Sa., 12. November 2022	16 P
Block VI:	Fr., 16.–Sa., 17. Dezember 2022	16 P

Gebühren: je Block 310 €
(Akademiestudenten 279 €)

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

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

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

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

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

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage

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

Arbeitsmedizin

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

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

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

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

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

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

Sportmedizin

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

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

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

Ernährungsmedizin

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

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

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

Auskunft/Anmeldung: D. Fricke, Fon: 06032 782-225,
E-Mail: dietmar.fricke@laekh.de

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

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

Gebühren:

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

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

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

Auskunft/Anmeldung:

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

Repetitorium Radiologie

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

Mo., 12.–Sa., 17. September 2022

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

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

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung.

Modul IV: Fr., 16.–Sa., 17. September 2022 20 P
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
 Dr. med. W. Merkle, Frankfurt

Modul II: Fr., 04. –Sa., 05. November 2022
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
 Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Ort: Kassel

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

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

ALLGEMEINE HINWEISE

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

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

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

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

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

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

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

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

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

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

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





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

Patientenbegleitung und Koordination (PBK) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang besteht aus vier Modulen, die in drei Veranstaltungsblocken angeboten werden:

- Kommunikation und Gesprächsführung (8 Std.)
- Wahrnehmung und Motivation (8 Std.)
- Interaktion mit chronisch Kranken (8 Std.)
- Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (16 Std.)

Kommunikation und Gesprächsführung (PAT 1)

Termin: Fr., 16.09.2022, 09:30–16:45 Uhr
weitere Termine auf Anfrage

Gebühr: 105 €

Wahrnehmung und Motivation (PAT 2)

Termin: Sa., 17.09.2022, 09:30–16:45 Uhr
weitere Termine auf Anfrage

Gebühr: 105 €

Interaktion mit chronisch Kranken und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen (PBK)

Termin: Do., 28.07.2022, 09:30–16:45 Uhr und
Fr., 29.07.2022, 08:30–16:45 Uhr und
Sa., 30.07.2022, 08:30–16:45 Uhr

Gebühr: 310 € inkl. Lernerfolgskontrolle

Kontakt: Katja Rühlmann, Fon: 06032 782-176

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC) 24 Stunden

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

Termine:

SAC 3: Do., 25.08.2022–Sa., 27.08.2022 und
Sa., 10.09.2022 oder

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

Gebühr: 370 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Kardiologie (KAR) 120 Stunden

Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang vermittelt spezielle Kenntnisse von Krankheitsbildern in der Kardiologie und befähigt dazu, den Arzt/die Ärztin bei der Vorbereitung, Durchführung und Nachbereitung ambulanter nicht-invasiver, invasiver diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen zu

unterstützen. Zusätzliche Themen der Fortbildung sind: Koordination und Organisation von Therapie- und Sozialmaßnahmen, Patientenschulungen, Telemedizin, Kommunikation und Motivation zu Verhaltensänderungen. Nähere Informationen zum Gesamtlehrgang finden Sie auf unserer Website.

Termin KAR: Interessentenliste

Gebühr: 1.300€ zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

NEU Assistenz Wundmanagement (WUN) 40 Stunden

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

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

Für die Lehrgangsteilnahme führen wir bereits eine Interessentenliste. Personen auf der Interessentenliste werden vorrangig über die nächsten Lehrgangstermine informiert.

Gebühr: 530 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Aktualisierungskurs „Kenntnisse im Strahlenschutz“

Ziel der Veranstaltung ist die Aktualisierung der Fachkunde und erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 49 Abs. 3 Strahlenschutzverordnung (StrlSchV). Zielgruppe sind Medizinische Fachangestellte, Arzthelfer/-innen und Personen mit einer abgeschlossenen sonstigen medizinischen Ausbildung, MTA, MTRA und MTLA.

Termin STR A 1_3: Sa., 10.09.2022, 08:30–17:00 Uhr

Gebühr: 125 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Qualitätsmanagement (FAW 3_3z)

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

Termin FAW 3_3z: Fr., 09.09.–Sa., 10.09.2022 und
Do., 29.09.–Fr. 30.09.2022

Gebühr: 530 €

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



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

EBM – Vertiefung des Grundlagenwissens „Ärztliches Abrechnungswesen“ (PAT 12)

Die Veranstaltung baut auf dem Kenntnisstand der Fortbildung „Einführung in das ärztliche Abrechnungswesen – EBM“ auf. Sie richtet sich auch an Interessierte, die ihren Kenntnisstand aktualisieren und erweitern möchten.

Inhalte:

- Vermeidung von Abrechnungsfehlern bei Anwendung des EBM
- Was wird bei der vertragsärztlichen Abrechnung nach dem EBM oft vergessen?
- Erläuterung der Honorarsystematik: Einzelleistungen, Regelleistungsvolumina (RLV) sowie qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV)
- Extrabudgetäre Leistungen und deren Besonderheit
- Checkliste zur Vorbereitung der Quartalsabrechnung

Termin PAT 12: Sa., 23.07.2022, 09:30–15:00 Uhr

Gebühr: 125 €

Kontakt: Tanja Oberwallner, Fon: 06032 782-131, Fax: -180

mationen zum Lehrgang finden Sie auf unserer Website.

Termine IMP: Fr., 26.08.2022–Sa., 27.08.2022 und Fr., 09.09.2022–Sa., 10.09.2022

Gebühr: 455 € inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Ernährungsmedizin (ERM) 120 Stunden

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

Termin (ERM): Interessentenliste

Gebühr: 1.050 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

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

Nichtärztliche Praxisassistenten (NäPA)

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

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

Termin 22_NäPA 2_COS 27: ab 30.08.2022

Gebühr: 1.925 € zzgl. 60 € Lernerfolgskontrolle

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

Tagesaktuelle Informationen zu unserem Fortbildungsangebot

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

Nebenstehender QR-Code für Smartphones führt Sie direkt dorthin.



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

Fachkraft für Impfmanagement (IMP) 40 Stunden

Der Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Schwerpunkte:

- Medizinische Grundlagen
- Organisatorische Grundlagen des Impfmanagements
- Fallarbeit: Impfmanagement in der Praxis
- Best practice des Impfmanagements

Die Fortbildung beinhaltet eine zeitliche Anerkennung von zehn Stunden, die von den Teilnehmer/-innen in Form einer Selbstlernphase erbracht werden. In dieser findet eine Fallbearbeitung statt, die im Rahmen der Lerneinheit „best practice“ vorgestellt und im Erfahrungsaustausch beraten wird. Infor-

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Schriftlich oder per Fax. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Anmeldeformular: siehe Website.

Carl-Oelemann-Schule | Carl-Oelemann-Weg 5 | Bad Nauheim
Fax: 06032 782-180 | Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort soweit nicht anders angegeben:
Bildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
61231 Bad Nauheim, Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Buchungsanfrage:

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



Dr. med. Klaus Doubek aus Wiesbaden, Delegierter der Landesärztekammer Hessen, ist neuer Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte.

Dr. med. Klaus Doubek aus Wiesbaden hat Anfang 2022 die Präsidentschaft des Berufsverbandes der Frauenärzte e. V. (BVF) übernommen. Im Interview mit Dr. med. Peter Zürner, Verantwortlicher Redakteur des Hessischen Ärzteblattes, und Katja Möhrle, Leiterin der Stabsstelle Medien der Landesärztekammer Hessen, stellt Doubek seine Ziele vor.

Dr. med. Peter Zürner: Der 126. Deutsche Ärztetag liegt wenige Tage zurück. Welche Eindrücke sind Ihnen besonders in Erinnerung geblieben?

Dr. med. Klaus Doubek: Die Bandbreite der Themen war bemerkenswert. Zwei Dinge haben mich besonders beeindruckt: Die Art und Weise, wie Bundesgesundheitsminister Karl Lauterbach dozierend über Pandemie-Erreger, Subtypen und den kommenden Herbst sprach. Diesen leidenschaftlichen wissenschaftlichen Diskurs zu Lasten einer gesundheitspolitischen Erörterung hielt ich für fehl am Platz. Kritik will ich nicht auf ihn als Person beziehen, sondern auf eine meisterliche Art der Unverbindlichkeit. So würde ich seine Aussagen klassifizieren, expressis verbis zu unserem legitimen Anspruch auf eine für einen freien Beruf unabdingbare moderne Gebührenordnung, die nun in

„Wir müssen unser Augenmerk auf den Umgang mit anderen medizinischen Berufen richten“

Im Gespräch mit Dr. med. Klaus Doubek, Präsident des Berufsverbandes der Frauenärzte

nahezu vollständig konsentierter Form vorliegt. Dass er sich auf die Koalitionsvereinbarung zurückzieht und dabei im Nebulösen belässt, was dies für ihn konkret bedeuten soll, hat mich nach all den Vorgesprächen schon ein wenig gefuchst.

Die andere Sache, die mich thematisch auch verbandsseitig betrifft, ist eine gesellschaftliche Diskussion auf dem Deutschen Ärztetag, die mich sehr nachdenklich gestimmt hat. Wenn hier aus den eigenen Reihen die Terminologie „alte weiße Männer“ benutzt wird, möchte ich dringend anregen, sich mal die Mühe zu machen zu schauen, vor welchem politischen Hintergrund diese Formulierung gewählt wurde. Die Verwendung dieses Konzeptes empfand ich stereotypisierend; diese Herangehensweise wird meiner Meinung nach einem konstruktiven innerärztlichen Diskurs nicht gerecht. Wenn wir die Bedeutung von Gleichstellung und Gleichberechtigung und die damit verbundenen Chancen für einen fairen Diskurs wahrhaft ernstnehmen, dann sind solche Idiome dem Ganzen wirklich völlig abträglich.

Es ist eine Tatsache, dass unser ärztlicher Nachwuchs überwiegend weiblich ist und die Demografie viele Diskussionen um ihre Sichtbarkeit auflösen wird, ohne dass wir jetzt vorweg, sagen wir mal „krawallig“, eine Auseinandersetzung suchen müssen. Das sind keine medizinischen Themen, aber sie beeinflussen auch unsere medizinische Denke im täglichen Miteinander.

Zürner: Ja, das sehe ich ganz genauso. Ich bin auch ziemlich entsetzt, wie dieser „wokeness“-Kulturkampf aus den amerikanischen Eastcoast-Universitäten die Welt erobert. Die meisten scheinen gar nicht bemerken, was sie da tun. Und es führt auch dazu, dass unbeliebte Meinungen, die gerade nicht mehrheitsfähig sind, gar nicht mehr geäußert werden dürfen. Das ist eine

sehr gefährliche Entwicklung und man muss vorsichtig sein, dass hier nicht die freie Gesellschaft verloren geht.

Doch nun zu Ihrem Fach und Ihrem berufspolitischen Engagement.

Katja Möhrle: Sie sind Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Warum haben Sie sich für dieses Fachgebiet entschieden?

Doubek: Auf meiner Urkunde der Landesärztekammer Hessen aus dem Jahre 1991 steht noch „Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe“, da war mal kurze Zeit das „Fach“ verschwunden. Es ist aber dann doch ein paar Jahre später wieder eingeführt worden. Deswegen muss ich an dieser Stelle ein bisschen schmunzeln. Warum ich mich für das Fach entschieden habe? Die Überschrift wäre: „Es gibt im Leben einfach Menschen und Wegegabelungen.“ Meine Entscheidung reicht mit Sicherheit zurück ins Studium; Mit-Auslöser war wohl eine Famulatur in einer hiesigen Frauenklinik. Die Möglichkeit ergab sich, da ich in diesem Haus bereits als Student Nachtwachen auf verschiedenen Stationen machen durfte. Die Teile meiner Krankenpflegeausbildung im Sanitätsdienst der Bundeswehr vor Studienbeginn waren dazu hilfreich.

Ja, und dann gab es das immer wieder ergreifende Erlebnis im Kreißaal: eine Geburt. Etwas, was mich auch heute noch bewegt, ist, wenn so ein kleines Lebewesen seinen ersten Schrei tut. Es kam dann die Begeisterung für das Manuelle, das Handwerkliche des Operierens hinzu. Im Studium der Humanmedizin erschien manches oft so fern und theoretisch. Dann aber am Krankenbett, gerade wenn ich an onkologische Patientinnen denke, war es die tiefe Erfahrung, die Endlichkeit des letzten Lebensweges mitzuerleben.

Also stets im Fokus: der Mensch. Es war ein großartiges Klinik-Team, das ich in den Zeiten der Famulatur kennengelernt habe. Es waren Vorbilder, es waren Arztbilder, die dazu geführt haben, dass mein Interesse an der Frauenheilkunde und Geburtshilfe gewachsen ist. Und letztlich hatte Anfang der 1980er-Jahre meine Dissertation zum Mammakarzinom mit dem Anti-östrogen Tamoxifen an der Universitäts-Frauenklinik in Frankfurt ihren Anteil im Entscheidungsprozess für das Fachgebiet. Es handelte sich um eine experimentelle Arbeit am Nacktmausmodell mit xenotransplantiertem Mammakarzinomgewebe, direkt aus dem OP. Das sind alles Weichenstellungen dafür gewesen, warum man dort landet, wo es einen im Leben hin spült. Aber keineswegs gab es irgendwann in der Oberstufe die Feststellung „Du wirst mal Frauenarzt werden“. Dass Menschen so etwas beschließen würden, wird gerne mal kolportiert. Aber das war bei mir ganz und gar nicht der Fall.

Zürner: Dann hat Sie das Schicksal an die Spitze des Berufsverbandes der Frauenärzte gespült. Wie kam es dazu?

Doubek: Auch hier: Man beschließt doch eher nicht für sich allein irgendwann, an die Spitze eines Verbandes zu kommen. Es sind vielmehr die zahlreichen Stufen und Abschnitte im Leben, die auch etwas mit Interesse und Engagement zu tun haben. Mein erster Chef an der Wiesbadener Paulinenklinik war ein Mann der Ärztekammer, auf Bezirks- und auf Landesebene. Und da habe ich als junger Assistenzarzt – das hieß seinerzeit noch so – das eine oder andere von der Bedeutung einer berufsständischen Kammerarbeit mitbekommen, sei es das Versorgungswerk, sei es auch die Gutachter- und Schlichtungsstelle, und vieles mehr. Über die Wege der Bezirkswahlen und Wahlen zum Landesvorsitz bis in die Vertreterversammlung des Berufsverbandes gab es immer wieder Menschen um mich herum, die meinten, ich könne das schon und solle mich zur Wahl stellen. Und so gelangt man mit der Zeit dorthin. Stets im Auge das ärztliche Berufsbild, auch in fachärztlicher Abgrenzung zu den Begehrlichkeiten anderer Berufsbilder, Gesundheits- und Gesundheitsfachberufen; zu Ansprüchen durch Akade-

misierung und so weiter. Das hat dazu geführt, für das eigene Berufsfeld aktiv und streitbar unterwegs zu sein. Frauenheilkunde und Geburtshilfe ist ein schönes Querschnittsfach der Medizin; da lassen wir Frauenärztinnen und Frauenärzte nicht einfach links und rechts etwas wegknabbern.

Zürner: Ihr erster Chef hat in der Ärztekammer ja auch einen Namen!

Doubek: Ja, Dr. Ulrich Lang war mein erster Weiterbilder und Lehrer, zugleich war er Vorsitzender der Bezirksärztekammer Wiesbaden. Von ihm habe ich in der Facharztweiterbildung auch so einiges über das traditionelle Arztbild gelernt. Ebenfalls über die ärztliche Selbstverwaltung; wo beispielsweise die Aufgaben einer Ärztekammer im Vergleich zu denen einer Kassenärztlichen Vereinigung liegen...

Möhrle: Welche berufspolitischen Themen sind für Sie besonders wichtig? Welche Ziele haben Sie sich im Berufsverband der Frauenärzte gesetzt?

Doubek: Angetreten bin ich zum einen für den Erhalt eines starken Fachgebietes. Zur fachärztlichen Abgrenzung und den Begehrlichkeiten anderer Berufsgruppen, innerhalb und außerhalb der Medizin, hatte ich bereits ausgeführt. Es ist für mich auch keine Selbstverständlichkeit, dass ein großer Verband wie unser BVF einfach so erfolgreich wie ein Selbstläufer weiter besteht. Da muss man ständig daran arbeiten. Unser Verband muss „jünger“ werden, auch dafür bin ich seinerzeit angetreten. Und wir müssen auch im Verband „digitaler“ werden. Im Rahmen der Flexibilisierung von Arbeitszeiten und Anstellung habe ich für ein weiteres Ziel den Terminus „teilzeitiger“ gewählt. Ehrenamtliches Engagement muss damit vereinbar sein. All das bedarf einer enormen Neuaufstellung mit einer attraktiven modernen Kommunikation nach innen und nach außen. Zu den Mandatsträgerinnen und Mandatsträgern, und auch zu allen Mitgliedern im Verband. Man muss eben, und das ist auch bei der Diskussion zu Genderaspekten deutlich geworden, jedes Mitglied mitnehmen, mit all seinen Sorgen, Vorstellungen und Nöten. Transparenz zu

Entscheidungen ist ganz wichtig. Nur wenn ich versuche, die komplexen Mechanismen der Regelkreise in unserem Gesundheitswesen verständlich zu machen, kann ich auch meine Mitglieder mitnehmen. Für mich wichtig ist es ferner auch, den ärztlichen Nachwuchs zu hören. Die Stimmen des Nachwuchses und die Stimmen der Patientinnen sind es letztendlich, die uns dazu führen, in einem Gestaltungsprozess im Gesundheitssystem den rechten Weg zu suchen. Bei ärztlichem Nachwuchs denke ich sofort an die ärztliche Weiterbildung. Sie ist ein essenzieller Bestandteil in den Kliniken und, daran geht kein Weg vorbei, zunehmend auch in der Niederlassung, also in der Praxis.

Zürner: Stichwort Weiterbildung: Was ist Ihnen hier in der Frauenheilkunde wichtig?

Doubek: Wir haben verschiedene Bedürfnisse, sowohl von Arbeitgeberseite einer Klinik oder Praxis als auch von unseren Kolleginnen und Kollegen. Hier der Facharztstandard und dort ein Facharztstatus. Ein Lösungsansatz liegt für mich in der Verbundweiterbildung. Nur durch diesen Verbund können die Inhalte aus der Weiterbildung umfassend der jungen Fachärztin und dem jungen Facharzt mit auf den Weg und in die Praxis gegeben werden. Es geht nicht an, dass hier Weiterbildungsinhalte nur abgehakt werden. Dabei denke ich besonders an die ausschließlich in der ambulanten Versorgungsebene vorkommenden Behandlungsfälle zur Prävention, wie zum Beispiel im Rahmen der Krebsfrüherkennung oder der frauenärztlichen Mutterschaftsvorsorge.

Was mich weiter umtreibt, ist das Thema Mutterschutz bei schwangeren und stillenden Ärztinnen. Schwanger werden in der Weiterbildung ist für viele junge Kolleginnen eine echte Zäsur, da es viel zu oft für sie bedeutet, die Weiterbildung zu pausieren. Hier geht es mir darum, dass die anlassbezogene Gefährdungsbeurteilung viel stärker in den Fokus rücken muss, mehr als dies bisher vom Gesetz her über den betrieblichen Gesundheitsschutz ohnehin schon gefordert ist.

Aber die reale Welt sieht anders aus. Wir haben immer wieder Beschwerden, dass junge Kolleginnen, wenn sie ihre Schwangerschaft mitteilen, vom Arbeitgeber frei-

gestellt, also ins betriebliche Beschäftigungsverbot geschickt werden. Da ist Best Practice gefordert, da sind Gespräche mit den Arbeitgebern gefordert. Das ist ein Service, den wir auch von der Ärztekammer aus aufbauen können. Es geht darum, Fehlentscheidungen zu benennen und erfolgreiche Lösungen transparent zu machen. Auch können wir das für die Aufsicht beim Mutterschutz zuständige Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) mit ins Boot nehmen.

Möhrle: Frauenärztinnen und Frauenärzte sind in Klinik und Praxis tätig. Sie sind seit 1991 in eigener Praxis in Wiesbaden niedergelassen. Wo liegen die Unterschiede und Herausforderungen der Arbeit im stationären und im ambulanten Bereich?

Doubek: Aus meiner Sicht liegen große Differenzen oft im Verständnis für Regularien im jeweils anderen Sektor. Man betrachtet immer das eigene Umfeld und das ist ja auch völlig verständlich. Im klinischen Bereich stehen die Kranken und ihre Krankheiten im Zentrum und man hat mit den ganzen gynäkologischen Entitäten zu tun. Im ambulanten Sektor habe ich dagegen sehr viel mehr die präventiven Fragestellungen. Da suchen eher gesunde Frauen die Praxis auf – und es gilt bei all den unklaren Beschwerdebildern im Fachgebiet die Krankheitsrelevanz herauszuarbeiten. Das sind verschiedene medizinische Sichtweisen.

Thema Arbeitszeit: Da bleibt Zufriedenheit durch Arbeitsverdichtung in der Klinik auf der Strecke. Das haben wir stellenweise auch im ambulanten Bereich. Ist es die Bürokratie, die uns ärztliche Arbeitszeit kostet? Sicher ja, da können wir uns zwischen den Sektoren sofort verständigen. Aber wir müssen aufpassen, nicht diese bürokratischen Beschwerlichkeiten zu meinen, wenn wir von Substitution und Delegation sprechen. Bürokratische Maßnahmen gehören nicht dazu, sie kommen on top und müssen per se immer reduziert und ausgelagert werden.

Die Herausforderungen sind natürlich die Sichtweisen zur Ambulantisierung. Wenn es politischer Wille ist, zu ambulantisieren, verstehe ich sehr wohl, dass mancher Kliniksektor sich Gedanken macht, wie das zu stemmen sei. Die Erlöse hier, die Perso-

naldecke dort. Was wir beide wollen – ambulanter und stationärer Bereich – ist ein Quotient für Zuwendung und Zeit. Doch diese Freiheit, sich Zeit zu nehmen, ist einfach nicht da. Im Berechnungssystem, auch im ambulanten Sektor, wenn es nach Arztminuten geht, wird Zeit zum Luxus.

Eine Konfliktzone zwischen ambulante und stationärem Bereich haben wir auch, wenn wir auf andere Berufsgruppen schauen. Ich nehme jetzt mal die Hebammen in den Fokus: Sie sind zwingend notwendig und wichtig im klinischen Setting, nur ist dort ein Mangel zu verzeichnen und andererseits ein Überschuss im ambulanten Bereich. Kliniken haben da also ein echtes Personalproblem. Das geht zu Lasten der Patientinnen. Wenn ich andererseits einen Hebammen-geleiteten Kreißaal installiere, mag das politisch opportun sein, sogar bis hin in die nationalen Gesundheitsziele, aber was löst das? Ich nehme jungen Kolleginnen und Kollegen in ihrer klinischen Weiterbildungszeit die Chance weg, die Physiologie der Geburt kennenzulernen. Die frauenärztliche Weiterbildung darf unter solchen Modellen nicht leiden. An dieser Stelle wünsche ich mir deutlich mehr Verständigung.

Möhrle: Was empfehlen Sie jungen Kolleginnen und Kollegen, die überlegen, sich nach der Weiterbildung selbstständig zu machen?

Doubek: Das ist letzten Endes, so glaube ich, eine Mentalitätsfrage. Es ist so, wie ich eingangs sagte: Man lernt Menschen beispielsweise in der Famulatur kennen und sie werden zu Vorbildern. Irgendwann entscheidet man sich dann für einen wissenschaftlichen Weg, vielleicht auch universitär, oder für eine operative Laufbahn oder einen Schwerpunkt in der Klinik oder aber für die Selbstständigkeit in eigener Praxis. Die Breite des Faches lässt diese persönliche Entscheidung voll und ganz zu. Die Nachbesetzung von Praxisstellen ist bei Frauenärzten kein generelles Problem, hier spielt uns sicher der hohe Frauenanteil in die Karten. Viele schließen sich in Gemeinschaftsformen zusammen, um sich den Praxisalltag zu teilen.

Zürner: Der Deutsche Ärztetag hat die Gesetzesinitiative zur Aufhebung des

Werbeverbots für Schwangerschaftsabbrüche unterstützt. Wie positioniert sich der Berufsverband der Frauenärzte?

Doubek: Wir haben dazu bereits Ende Januar als Berufsverband gemeinsam mit unserer wissenschaftlichen Gesellschaft DGGG (Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe), eine entsprechende Pressemitteilung herausgegeben. Natürlich haben wir das Vorhaben begrüßt: Die Auseinandersetzung des Gesetzgebers mit dem sogenannten Werbeverbot war längst überfällig. Wir Frauenärztinnen und Frauenärzte müssen die medizinische und sachliche Information über die Methoden eines Schwangerschaftsabbruchs liefern können und dürfen. Wir leben in einem Informationszeitalter und da ist es einfach überholt, wenn Hilfe suchende Frauen in dieser besonderen Lebenssituation keinen Zugang zu solchen Informationen haben. Die gesetzlichen Hürden haben dies noch erschwert. Wir müssen mit der Begrifflichkeit Werbung vorsichtig umgehen. Einerseits haben wir unseren Staat sowie den Anspruch und die Ethik rund um den Schutz des ungeborenen Lebens und andererseits das Bedürfnis nach Information und Aufklärung. Die Rolle der Ärztekammer wird mit Blick auf die Berufsordnung gestärkt werden, damit die Information nicht werbewirksam angeboten werden kann. Hier werden auf die Ärztekammer noch große Herausforderungen zukommen.

Zürner: Gibt es vom Berufsverband noch spezielle Wünsche an die Ärztekammer?

Doubek (überlegt): Wenn ich jetzt mit einem spezifisch gynäkologischen Anliegen käme, ginge dies möglicherweise zu Lasten eines anderen Faches. Worauf wir jedoch meiner Meinung nach ein großes Augenmerk richten müssen, ist der Umgang mit anderen akademisierten medizinischen Berufen. Wenn unser Fach nicht abgeschafft werden soll, müssen wir hier genau hinschauen. Das Arztbild in seiner Komplexität und Verantwortung muss schon in die Ausbildung transportiert werden und darf nicht durch Delegation und Substitution aufgeweicht werden.

Interview: Dr. med. Peter Zürner und Katja Möhrle

Und täglich grüßt das Wirtschaftstier: Dialogforum zwischen Revolution und Routine

Subjektives Resümee des Dialogforums für junge Ärztinnen und Ärzte beim DÄT

„Aber was, wenn es kein Morgen gibt? Heute gab's nämlich auch keines!“, drängt Bill Murray im Film „Und täglich grüßt das Murmeltier“ voller Angst, als er realisiert, er könne für immer in einer Zeitschleife gefangen sein. Ähnliche Ängste beschleichen junge Kolleginnen und Kollegen, die den ewigen Widerstreit von Idealen und ökonomischen Zwängen ab Sekunde eins ihrer ärztlichen Tätigkeit mit voller Wucht zu spüren bekommen. Jeder Tag ist anders, doch der Konflikt mit der eigenen ärztlichen Tätigkeit scheint gleich.

Im diesjährigen Dialogforum vor dem deutschen Ärztetag in Bremen sollte genau dieser Konflikt mit viel Leidenschaft diskutiert werden. „Die Macht des Geldes über ärztliche Entscheidungen“ titelte die Veranstaltung im Stil einer Serien-Doku eines Streamingdienstes. Die Befürchtung, man würde nun zunächst bekannte Strophen aus dem Klagelied der Kommerzialisierung hören, wurde nicht bestätigt. Ganz im Gegenteil zeigten sich die Redner mit ihren Impulsvorträgen erfrischend konkret, konstruktiv und so, wie man es von jungen Ärztinnen und Ärzten erwartet: Revolutionär.

Allen voran die jungen Kollegen der Initiative Bunte Kittel, die durch politischen Druck „von der Straße“ und Netzwerken versuchen ein gerechteres Gesundheitssystem zu schaffen. Hier soll ganz klar nicht bei Deutschland aufgehört werden, sondern der gesamte Globus gerechter gestaltet werden. Den planetaren Anspruch bringt man auch so zum Ausdruck, dass vor dem Wandel des Gesundheitssystems erst der Klimawandel eingedämmt werden müsse. Die erfrischend sympathischen Kollegen sind anders und stehen dazu: Pferdeschwanz, Print-T-Shirt, lackier-



Foto: Manuel Maier

Impression vom Dialogforum auf dem 126. Deutschen Ärztetag in Bremen: Diskussionsrunde mit Dr. med. Cornelius Weiß (links).

te Fingernägel. Als dann ein Kollege des Bunte-Kittel-Duos schließlich noch berichtete, dass er seinem Chefarzt einen Termin einstellte, um ebendiesem Chef im Stile des jungen John Wayne, darauf aufmerksam zu machen, dass er sich nicht zu benehmen wisse, war endgültig klar, dass hier nicht täglich das Murmeltier grüßt, sondern frischer Wind weht.

Es findet derzeit eine kleine Zeitenwende im positiven Sinne statt, das wurde deutlich: Nicht nur, dass generell wieder viele junge Kolleginnen und Kollegen anwesend waren. Es zeigte sich auch jetzt schon der deutliche Trend zu einem mehrheitlich weiblichen Publikum. Hier besonders hervorzuheben ist, dass nicht wenige ihre Kinder mitbrachten und diese sogar auf die Bühne mitnahmen, als die jeweilige Mutter ihren Redebeitrag während der offenen Diskussion einbrachte. Vielleicht sehen wir im nächsten Jahr schon die ersten Papas mit Kind auf der Bühne. Zu wünschen wäre es. Was wäre noch zu wünschen für nächstes Jahr? Ein bisschen mehr Reibung.

So spannend und wichtig das Thema ist, es verpufft, wenn wir uns nur zwei Stun-

den gegenseitig auf die Schultern klopfen, uns bescheinigen, dass wir zu den Guten gehören und nur die Anderen ihre egoistischen Interessen verfolgen. Es wäre wünschenswert für das nächste Jahr, die andere Seite zu Wort kommen zu lassen.

Raus aus der Routine, rein in die Debatte. Wer hier dann nicht auf einen konstruktiven Dialog hofft, der kann sich wenigstens noch unterhalten lassen, denn schon Alfred Hitchcock pflegte zu sagen „Je besser der Antagonist, desto besser der Film“.

Dr. med. Cornelius Weiß

Delegierter der
Landesärztekammer
Hessen;
Bündnis Junge Ärzte



Foto: Mara Monetti

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

Weitere Leserbriefe zum Thema gendergerechte Sprache online

Die Diskussionen unserer Leserinnen und Leser zum Thema „gendergerechte Sprache“ gehen weiter. Wer sich dafür interessiert, kann online auf unserer Website www.laekh.de unter der Ausgabe 07/08 2022 weitere Stellungnahmen dazu finden. Wir be-

enden jedoch mit dieser Ausgabe das weitere Pro & Contra, da die Hauptargumente nun ausgetauscht wurden. Wie sich die HÄBL-Redaktion zu diesen Fragen positioniert hat, können Sie im sog. „Gender-Kasten“ im Inhaltsverzeichnis nachlesen. (red)



Grenzen der Freiheit?

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts zum assistierten Suizid in evangelischer Perspektive

Freiheit gibt es nie alleine, sondern immer nur gemeinsam.

Das Urteil des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur „Verfassungswidrigkeit des Verbots der geschäftsmäßigen Förderung der Selbsttötung“ und also des § 217 StGB vom 26. Februar 2020 ist nun zwei Jahre alt. Während etwa die Berufsordnungen der Bundesärztekammer und der Landesärztekammer Hessen entsprechend angepasst wurden, nimmt die vom BVerfG geforderte Neuregelung durch den Gesetzgeber – wohl bedingt durch den Bundestagswahlkampf des vergangenen Jahres sowie die andauernde Dominanz der Pandemiethematik – erst mit diesem Frühjahr langsam Fahrt auf. Doch ohnehin wird jede gesetzliche Neuregelung die einzelnen Pflegeeinrichtungen, die Ärztinnen und Ärzte nicht aus der persönlichen Verantwortung entlassen. Wie gestaltet sich hier das Feld in evangelischer Perspektive? Welche Leitplanken der Entscheidungsfindung lassen sich formulieren?

Vielstimmigkeit des Evangelischen, weil Glaube der Auslegung bedarf

Vorab: Die öffentlich – etwa in der Frankfurter Allgemeinen Zeitung – geführte Diskussion um eine evangelische Position zum Urteil des BVerfG gestaltete sich kontrovers, in Teilen sogar scharf. Dies ist meines Erachtens kein Defizit, sondern liegt in der Natur der Sache: Evangelischerseits kann es keine letzte kirchliche Instanz geben, die verbindlich die eine evangelische Position formulieren würde, auch nicht in puncto Assistierter Suizid. Zum Protestantismus gehören Vielstimmigkeit und Diskurs notwendig dazu, weil der Glaube und jeder Glaubensinhalt immer der Auslegung und Deutung bedürfen. Das gilt auch für die hier entscheidenden Größen der Menschenwürde, der Freiheit und des Lebensschutzes. Gleichwohl lassen sich Orientierungsmarken benennen, die für eine evangelische Positionierung bedeutsam sind.

Eingebundene Freiheit versus abstrakte Autonomie

Das BVerfG begründete sein Urteil bekanntlich mit Verweis auf das allgemeine Persönlichkeitsrecht, das im Sinne der persönlichen Autonomie des Einzelnen ein „Recht auf selbstbestimmtes Sterben“ umfasse. Zur unverlierbaren Würde gehöre das Recht, in einem „Akt autonomer Selbstbestimmung“ das eigene Leben zu beenden und dafür auch die Hilfe Dritter zu suchen und zu beanspruchen. Das Moment des Lebensschutzes, unter dem gemeinsamen Dach der Menschenwürde klassischerweise das auszutarierende Gegenüber des Freiheitsmomentes, tritt in den Hintergrund.

Diese starke Betonung der Autonomie des Freiheitsgebrauches – man könnte auch sagen: seine einseitige Überstrapazierung – überrascht nicht nur vor dem Hintergrund der bisherigen Rechtsprechung des BVerfG. Sie hat auch deutliche Kritik von evangelischer Seite erfahren, prominent z. B. vom ehemaligen Ratsvorsitzenden der Evangelischen Kirche in Deutschland, Prof. Dr. Dr. h. c. Wolfgang Huber.

Und das nicht, weil Freiheit nach evangelischem Verständnis keine Rolle spielen sollte. Der Freiheitsbegriff gehört vielmehr von Anfang an zum Kern des evangelischen Selbstverständnisses, begründet etwa in Martin Luthers Berufung auf das eigene Gewissen vor dem Wormser Reichstag 1521. Evangelischerseits ist aber entscheidend, Freiheit nicht einfach als abstrakte Autonomie des Einzelnen zu verstehen, ohne die konkreten Eingebundenheiten des Freiheitsgebrauchs zu berücksichtigen: Ich handle nie nur für mich alleine frei, sondern bin dabei immer eingebunden in soziale Beziehungen und größere Kontexte – beispielsweise Familie und Freunde, gesellschaftliche Vorstellungen vom Leben und Sterben, in einem letzten Glaubenshorizont im Gegenüber zu Gott. Zwischen Autonomie und Ge-

bundenheit tut sich so ein Spannungsfeld auf, in dem ich meine Entscheidungen treffe.

Das ist keine graue Theorie. Die praktische Bedeutung zeigt sich sofort, wenn es an die Gretchenfragen der Freiwilligkeit, Ernsthaftigkeit und Dauerhaftigkeit des Sterbewunsches geht, die vor jeder Suizidassistenz eindeutig geklärt sein müssen. Das Suizidbegehren steht nicht im luftleeren Raum, sondern in einem komplexen und beweglichen Beziehungssystem, das den Wunsch nach Leben oder Sterben mitbestimmt: Da sind die Angehörigen, Freunde und Begleiterinnen, die vom möglichen Suizid immer mitbetroffen sind und deren Positionierungen natürlich Rückwirkungen auf jenes Begehren haben. Da ist die gesellschaftliche Dimension, etwa wenn die im Vergleich zu psychotherapeutischen oder palliativmedizinischen Behandlungen geringeren Kosten möglicherweise einen Handlungsdruck zugunsten des Suizidwunsches erzeugen. Bis hin zu der Frage, wer denn konkret mit am Tisch sitzt, wenn jene Freiwilligkeit usw. des Sterbewunsches attestiert werden – auch Vertreter von Sterbeorganisationen? An keiner Stelle trifft hier ein autonomes Ich die Entscheidung zum eigenen Tod, unabhängig von einer Vielzahl von Variablen, die ebendiese Entscheidung mitbeeinflussen.

Bleibende Ambivalenzen

Gleichzeitig greift aber für eine evangelische Position auch eine einseitige Betonung des Lebensschutzes zu kurz, wenn dieser absolut gesetzt wird. Ein einfaches kategorisches Nein zur Suizidassistenz überspannt andersherum dieses Moment der Menschenwürde, jetzt auf Kosten des Freiheitsmomentes. Die evangelische Kirche schließt sich mit einer rein negativen Haltung von den Debatten und Entscheidungen einer Gesellschaft aus, die ersichtlich im Wandel begriffen ist. Christliche Po-

sitionen repräsentieren nicht mehr selbstverständlich gesellschaftliche Mehrheitsmeinungen – auch als Ausdruck dessen lässt sich das Urteil des BVerfG verstehen. Umso wichtiger ist hier die aktive Auseinandersetzung. Das ist das Wahrheitsmoment der innerevangelischen Gegenposition zu Huber, etwa des Präsidenten der Diakonie Deutschland, Ulrich Lillie. „Selbstbestimmung und Lebensschutz: Ambivalenzen im Umgang mit assistiertem Suizid“ – der Titel des Diskussionspapiers der Diakonie bringt auf den Punkt, wie komplex eine evangelische Position bei diesem Thema sein muss. Im Span-

nungsfeld von Freiheit einerseits und Lebensschutz andererseits stehen hospizlich-palliative Begleitung und das Drängen auf ein legislatives Schutzkonzept des Lebens sicherlich im Zentrum einer evangelischen Position.

Am Lebensende kann Suizid nur ein Grenzfall sein, nicht gleichwertige Option. Gleichwohl wird es – in evangelischer Perspektive meines Erachtens mit Gründen – Seelsorgerinnen und Seelsorger geben, die einen Menschen, der sich aufgrund äußerster Umstände zum Suizid entscheidet, und dessen soziales Umfeld auf den letzten Metern des Lebens nicht alleine lassen.

Pfarrer Dr. Lars Christian Heinemann

Evangelische
Kirchengemeinde
Frankfurt –
Bornheim
Internet: www.wir-in-bornheim.de



Foto: privat

Turmstr. 21
60385 Frankfurt
am Main

E-Mail: lars.heinemann@kirchengemeinde-bornheim.de

Ärzttekammer



Dr. med. Edgar Pinkowski mit Verdienstkreuz des Souveränen Malteser-Ritterordens ausgezeichnet

Auf der Hauptversammlung der Malteser Wetzlar am 14. Mai 2022 wurde Dr. med. Edgar Pinkowski, Präsident der Landesärztekammer Hessen, das Verdienstkreuz „pro merito melitensi“ des Souveränen Malteser-Ritterordens überreicht. Mit der Verleihung des Verdienstkreuzes durch Georg Khevenhüller, Präsident der Malteser Deutschland, ehrt der Souveräne Malteser-Ritterorden Menschen, die sich in besonderem Maße für den Orden verdient gemacht haben.

Pinkowski, Facharzt für Anästhesie, Intensivmedizin, spezielle Schmerztherapie, Palliativmedizin, Notfallmedizin sowie Qualifikation Leitender Notarzt, der den Maltesern Wetzlar seit 46 Jahren als Mitglied angehört, hat über viele Jahrzehnte ehrenamtlich in verschiedenen Führungspositionen Verantwortung getragen. In seiner Laudatio hob Malteser-Präsident Khevenhüller Pinkowskis „großartiges Engagement“ hervor: „Ihm ist es immer darum gegangen, die Malteser nach vorne zu bringen, um den Menschen der Region zu helfen.“ Dies sei Pinkowski über all die Jahre auf vorbildliche Weise gelungen.

Dr. Edgar Pinkowski, 1956 in Wetzlar geboren, begann seine Karriere im Sozial- und Gesundheitsbereich 1976 als aktives Mitglied des Malteser Hilfsdienstes e. V. Im gleichen Jahr nahm er das Studium der Humanmedizin an der Justus-Liebig-Universität Gießen auf, das er 1982 abschloss. Schon während des Studiums war er im Rettungsdienst der Malteser im Lahn-Dill-Kreis tätig und führt diesen seit über 30 Jahren als Ärztlicher Leiter.

Auch war Pinkowski während seines Studiums als Helfer im Katastrophenschutz, Rettungssanitäter, Erste-Hilfe-Ausbilder und Katastrophenschutzreferent für den Malteser Hilfsdienst tätig. Nach dem Examen übernahm er Führungsverantwortung in verschiedenen Positionen, u. a. als Kreis- und Stadtbeauftragter. Von April 1996 bis März 2021 war er ehrenamtlicher Leitender Notarzt für den Lahn-Dill-Kreis und ist seit über 40 Jahren Mitglied des Katastrophenschutzstabes des Lahn-Dill-Kreises.

Pinkowski, seit 1989 als Anästhesist und Schmerztherapeut im Raum Gießen niedergelassen, wurde 2012 in das Präsidium der Landesärztekammer Hessen gewählt,



Foto: Mohamad Osman/Malteser

Georg Khevenhüller (links) bei der Verleihung des Verdienstkreuzes „pro merito melitensi“ des Souveränen Malteser-Ritterordens an Dr. med. Edgar Pinkowski.

an deren Spitze er seit 2018 als Präsident steht.

Neben anderen Auszeichnungen der Malteser und des Landes Hessen hat Pinkowski nun mit der Verleihung des Verdienstkreuzes eine der höchsten Auszeichnungen erhalten, die der Malteser Orden vergibt. (möh)

Zwischen Innovation und Tradition

Persönlicher Bericht über ein Praktisches Jahr (PJ) in Südkorea

Einleitung

Das Praktische Jahr (PJ) findet im letzten Jahr des Medizinstudiums statt. Aykut Kaya berichtet über seine Erfahrungen während des PJ in Südkorea, welche Erwartungen er mitgebracht hat und was Medizinstudenten beachten müssen.

Motivation

Um im Hinblick auf meine zukünftige ärztliche Fähigkeiten weiteres Fachwissen zu erwerben und meine interkulturelle Kommunikation zu verbessern, habe ich mich einen zweimonatigen PJ-Aufenthalt an der südkoreanischen Gachon Universität entschieden. Vorherige Famulaturen in der Schweiz und der Türkei, ein zweimaliger Besuch bei der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und ein Austausch-Programm im Ausland boten mir den passenden Rahmen für internationale Begegnungen sowie einen ersten fundierten Einblick in andere Gesundheitssysteme, die mich weiter in meiner Entscheidung für ein Auslands-PJ bestärkten.

Außerdem erhoffte ich mir von solch einem Aufenthalt näheren Einblick in ein Land, das eine erstaunliche wirtschaftliche, politische und kulturelle Entwicklung hinter sich hat. Der ehemalige Agrarstaat Südkorea hat sich in den vergangenen Jahrzehnten in eine blühende Wirtschaftsnation verwandelt und ist nicht nur bekannt für seine Unterhaltungselektronik, sondern auch für innovative Medizintechnik und -produkte. Zudem interessierte mich der Umgang mit medizinischen Fragestellungen in diesem digitalisierten Land im Vergleich zu unserer westlichen Vorgehensweise.

Bewerbungen und Finanzielles

Beworben habe ich mich etwa acht Monate im Voraus direkt über das International Office der Medizinischen Klinik. Für die Bewerbung muss man einen Bogen mit Wunschfächern und -terminen ausfüllen, seinen Lebenslauf und den Nachweis



Foto: Aykut Kaya

Neben fachlichen Eindrücken bleibt auch noch Zeit, um das Land und die Kultur zu entdecken.

der Haftpflichtversicherung einreichen. Nachdem es eine verbindliche Zusage vonseiten der Universität gibt, muss man eine Bearbeitungs- bzw. Studiengebühr überweisen. Diese Gebühr umfasst die Miete in einem der Wohnheime und das Mittagessen in der Klinik. Das Flugticket sollte man ebenfalls frühzeitig, spätestens aber etwa drei Monate vor Reisebeginn buchen. Mittlerweile bietet eine koreanische Fluggesellschaft einen Non-Stop-Flug mit dem größten Passagierflugzeug der Welt – dem A380 – zum Beispiel von Frankfurt nach Seoul an. Im Voraus sollte ebenfalls geklärt werden, welche Unterlagen das jeweilige Landesprüfungsamt benötigt und ob die ausländische Klinik beim Landesprüfungsamt für Medizin schon bekannt ist, um Probleme bei der zukünftigen Anerkennung zu vermeiden. Zudem kann man sich um finanzielle Unterstützung in Form von Förderprogrammen bemühen, beispielsweise beim Deutschen Akademischen Austauschdienst (DAAD) das Promos-Stipendium.

Freizeit und Verständigung

Während ich wochentags im Krankenhaus arbeitete, standen die Wochenenden zur Verfügung, um das Land und die Umgebung ausgiebig zu erkunden und zu berei-

sen. Dabei hatte ich die Möglichkeit, die zweitgrößte Stadt Busan zu besichtigen, die Insel Jeju zu erkunden sowie in einem buddhistischen Tempel zu übernachten, fernab vom Lärm der Großstadt. Am Ende meines Aufenthalts war sogar noch Zeit für einen Kurztrip nach Japan. Diese Unternehmungen haben mir tiefe Einblicke in die koreanische Kultur und Lebensweise geboten, da man außerhalb von ausgetretenen Touristenpfaden wundervolle Landschaften und Menschen kennenlernen konnte. Natürlich ist die Landessprache Koreanisch, weshalb in weiten Teilen der ländlichen Gebiete kein Englisch gesprochen wird. Aufgrund dessen ist man in bestimmten Situationen auf Mimik, Gestik und mobile Übersetzungshilfen angewiesen. In Großstädten wie Seoul oder Busan spricht die Bevölkerung jedoch neben Koreanisch häufig auch Englisch. Auch im Krankenhaus war es größtenteils möglich, sowohl mit dem Pflegepersonal als auch mit ÄrztInnen zu kommunizieren, da diese einfaches bis gutes Englisch sprachen.

Land und Leute

Obwohl die koreanische Gesellschaft inzwischen eine digitale Revolution erlebt hat, steht sie weiterhin unter dem Einfluss der Lehren des Konfuzius und des

Buddhismus. Zurückhaltung, Unnahbarkeit, Höflichkeit und das Verbergen starker persönlicher Affektionen prägen die gesellschaftlichen Interaktionen und stehen im Vordergrund zwischenmenschlicher Beziehungen. Es ist beispielsweise üblich, sich zur Begrüßung nicht die Hand zu schütteln, sondern um 60 Grad zu Verbeugen, um seinem Gegenüber Respekt und Dankbarkeit zu zeigen. An ausländische Studierende hat man in der Hinsicht jedoch keine großen Erwartungen bezüglich der koreanischen Konventionen. Einheimische Studierende hingegen verbeugen sich vor jedem mit weißem Kittel.

Die Städte sind durch den wirtschaftlichen Aufschwung mit Zunahme der Bevölkerungszahl rapide gewachsen, weshalb die Städtelandschaft durch viele Hochhäuser und Wohnkomplexe, die pragmatisch-funktionell gebaut sind, geprägt ist. Die größeren Städte, die inmitten von bewaldeten Bergketten eingebettet sind, zeigen ein relativ modern und zukunftsorientiert ausgerichtetes Stadtbild mit wenigen Grünflächen im Zentrum, dafür aber sehr großen Einkaufszentren. Es gibt einige wenige historische Stadtteile, die in den vergangenen Jahren restauriert und der Öffentlichkeit zugänglich gemacht wurden. Tradition und Fortschritt werden so auf eigener Art und Weise in Einklang gebracht.

Fachliche Eindrücke

Das 1959 als gynäkologische Klinik gegründete Gil Medical Center ist ein Universitätsklinikum der südkoreanischen Gachon University in der Drei-Millionenstadt Incheon unweit der Hauptstadt Seoul und gehört mittlerweile mit seinen etwa 1.500 Betten verteilt auf mehr als 30 Stationen verschiedener Fachrichtungen zu den fünf besten Kliniken der Maximalversorgung des Landes. Zudem wird das Gil Medical Center als eines von den drei forschungsorientierten Kliniken des Landes herausgehoben, es wurde zudem als erstes regionales Trauma-Zentrum in Korea ausgezeichnet.

Am ersten Arbeitstag begrüßte mich der Oberarzt Prof. Yoon und ich wurde gebeten, mich offiziell am Ende der Stationsbesprechung kurz vorzustellen. Das gesamte Team der Abteilung war ausgesprochen

freundlich und sorgte sich ausgiebig um den Studierenden aus Europa. So wurde man von einigen der Ärzte, den OP-Assistenten und PflegerInnen zwischendurch auf einen Kaffee eingeladen. Gelegentlich wurde ich durch den einen oder anderen Oberarzt zu einem persönlichen Abendessen eingeladen.

Der Tag begann stets mit morgendlichen Fallbesprechungen sowie CT-, MRT- und Röntgenbesprechungen und anschließenden Patientenvisiten, die zu meinem Bedauern auf koreanisch abgehalten wurden. Jedoch gab es immer wieder einige bemühte Ärzte, die einem die Themen kurz auf Englisch zusammengefasst haben. Während meines Tertials musste ich ebenfalls die eine oder andere Präsentation über interessante traumatologische Themen und über meine Heimatuniversität für die Stationsbesprechung vorbereiten und vortragen. Tagsüber bekam ich die Möglichkeit, bei den unfallchirurgischen Operationen mit am Tisch stehend zu assistieren oder auch die Operationen aus unmittelbarer Nähe zu beobachten, um dem Operateur im Anschluss einige Fragen stellen zu können. Meistens waren die Operateure bemüht, während oder nach der OP den Fall mit mir durchzusprechen und den Eingriff in seinen Einzelheiten zu erklären. Hier gab es viele Eingriffe in Zusammenhang mit Verkehrsunfällen oder Stürzen aus großen Höhen (meist suizidale Absichten), aber auch kleinere Eingriffe, wie Implantatentfernungen oder Vakuum-Wechsel. Koreanische Studierende dürfen hingegen während ihrer Ausbildung einzig und allein beobachten und sich Notizen machen. Das führt dazu, dass sich viele Studierende im Bezug auf ihre Assistenzarztzeit schlecht vorbereitet fühlen.

Die fachlichen Kenntnisse der koreanischen Ärzte und die Qualität ihrer medizinischen Behandlungen und Eingriffe kann man, soweit ich es persönlich beurteilen kann, an deutschen Standards messen. Viele medizinische Geräte sind mit hiesigen vergleichbar und stammen oftmals sogar von namhaften deutschen Firmen. Die Patienten sind in der Regel in Vier- oder Sechsbettzimmer untergebracht. Die PflegerInnen haben in Südkorea mehr medizinische Verantwortung als in Deutschland und sind nicht für die direkte

Körperpflege der PatientInnen verantwortlich. Die allgemeine Körperpflege der Patienten wird von Familienangehörigen übernommen, die oft mit im Patientenzimmer untergebracht werden.

Fazit

Das PJ in Südkorea war sowohl kulturell, kulinarisch als auch fachlich ein lohnenswerter Einblick, der es mir ermöglicht hat, Medizin und Menschen außerhalb der mir üblichen Umgebung zu erfahren. Dieses kleine Land bietet unglaublich viele verschiedene Aspekte – von der landschaftlichen Kulisse bis hin zu kulturell-spirituellen Einzigartigkeiten, die mittlerweile mit der erlebten Innovation im Einklang stehen – und jeder davon ist ein Bericht wert, würde jedoch den hier vorgegebenen Rahmen sprengen.

Im Hinblick auf meine spätere ärztliche Handlungskompetenz hat mir der Auslandsaufenthalt geholfen, zusätzlich zur Bereicherung meiner fachlichen Erfahrung meine interkulturellen Kompetenzen auszubauen. Ich hatte die Möglichkeit, Menschen und deren Handlungsweisen kennenzulernen, die nach anderen Wertvorstellungen agieren. Ein entscheidender Mehrwert dieses Aufenthaltes war der Erhalt eines ersten fundierten Einblicks in die Funktionsweisen eines anderen Gesundheitssystems.

Erfahrungen zu bündeln und mittels eines kleinen Artikels wiederzugeben, kann manchmal sehr schwerfallen, denn was jene Erfahrungen wirklich ausmacht und was am Ende im Gedächtnis bleibt, sind vage kommunizierbare Bilder, Eindrücke und wortlose Gefühle, die während des Aufenthalts entstehen. Nichtsdestotrotz würde ich es jedem empfehlen, der Interesse an anderen Traditionen und Kulturen zeigt, dieses einzigartige Land zu besuchen und zu bereisen.

Aykut Kaya

Arzt in Weiterbildung Innere Medizin am St. Josefs Krankenhaus Baleserische Stiftung Gießen

E-Mail: aykut.kaya.med@gmail.com



Foto: privat



Serie Teil 17: Patientensicherheit – Start und Zielpunkt in der Qualitätssicherung

Kassenärztliche Vereinigung Hessen: Qualitätssicherung und -management

In der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) spielen Qualitätssicherung (QS) und -management (QM) eine tragende Rolle und sind fachlich in den Abteilungen „Qualitätsförderung“ und „Qualitätssicherung“ verortet. Evelyn Vollmer M. Sc., Jan Martens und Sascha Cibis geben einen Einblick in die Arbeit der Kassenärztlichen Vereinigung und deren Initiativen für die Förderung der Patientensicherheit im ambulanten Sektor in Hessen.

Wie ist das Thema Patientensicherheit in der KVH verortet?

Evelyn Vollmer: Die KVH steht ihren Mitgliedern auf allen Ebenen der ambulanten Versorgung bei der Verbesserung der Patientensicherheit zur Seite. So gibt es zur Unterstützung und Beratung unserer Mitglieder zwei organisatorische Einheiten – die Abteilung Qualitätsförderung, in der es primär um das QM und die Nachwuchsförderung geht, und die Abteilung Qualitätssicherung, die sich vorwiegend um die genehmigungspflichtigen Leistungen kümmert. Beider Ziel ist es, die hessischen Praxen so zu unterstützen, dass sie sich bestmöglich zum Thema Patientensicherheit aufstellen können.

Warum sind QM und QS bei der KVH in zwei verschiedenen Abteilungen organisiert?

Jan Martens: Zum 1. Januar 2006 hat die KVH mit dem Inkrafttreten der QM-Richtlinie [1] entschieden, den Qualitätsthemen eine sehr hohe Bedeutung einzuräumen. Dafür wurden die entsprechenden Strukturen geschaffen und die notwendigen Ressourcen zur Verfügung gestellt. Zwischen den beiden Abteilungen gibt es natürlich enge Verknüpfungen, wie beispielsweise bei Fortbildungsveranstaltungen oder der Qualitätszirkelarbeit. Ein aktuelles Ziel ist beispielsweise die flächendeckende Einführung eines einheitlichen QM-Systems für den ärztlichen Bereitschaftsdienst in Hessen bis Ende 2022.

Welche Aufgabenbereiche sind in der Abteilung Qualitätsförderung verortet?

Vollmer: Zum einen der Bereich der Nachwuchsförderung, der sich grundsätzlich mit der Gewinnung und der finanziellen Förderung des ärztlichen und psychotherapeutischen Nachwuchses für die ambulante Niederlassung beschäftigt. Andererseits umfasst die Arbeit der Abteilung das QM in den Praxen, das Veranstaltungsma-

agement für unsere Mitglieder und die Verwaltung und Unterstützung von Qualitätszirkeln.

Martens: Diese Qualitätszirkelarbeit trägt seit mehr als 20 Jahren zur QS in der ambulanten Versorgung bei. Bei diesem kollegialen Austausch werden in vielen Sitzungen neben Fallbesprechungen auch Fehler- und Risikomanagement thematisiert oder über vorgegebene Module der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) oder KVH verschiedenste Themen bearbeitet. Außerdem muss aktuell alle zwei Jahre gemäß Vorgabe der QM-Richtlinie [1] eine Stichprobenziehung durchgeführt werden. Hier wurden zuletzt 2021 knapp 350 hessische Einrichtungen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, angeschrieben und gebeten, den Einführungsstand zum einrichtungsinternen QM darzulegen. Die Ergebnisse der einzelnen KV'en werden bundesweit zusammengefasst, die Veröffentlichung ist für Mitte des Jahres 2022 geplant. Aus den Ergebnisberichten zur QM-Stichprobe werden dann bspw. seitens des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) Anpassungen an der QM-Richtlinie [1] vorgenommen.

Welche Angebote gibt es für Mitglieder im Bereich des QM?

Martens: Prinzipiell möchte die KVH beim Thema QM ihre Mitglieder kompetent beraten und setzt seit 2006 erfolgreich auf Freiwilligkeit, keinesfalls auf Sanktionen! Neben fünf speziellen QM-Fortbildungsveranstaltungen (siehe Abb. 1) bieten wir weitere kostenfreie Angebote rund um das QM für die Mitglieder an (siehe Abb. 2). Außer reinen QM-Beratungen vor Ort in den Praxen gibt es die beiden Serviceangebote Patientenbefragung und Einführung des für den ambulanten Bereich entwickelten QM-Systems „Qualität & Entwicklung in Praxen“ (QEP) [2]. Die Patientenbefra-



Foto: Judith Scherer

Sascha Cibis, Rechtsanwalt, ist Leiter der Abteilung Qualitätssicherung und Mitgliederservice Sonderverträge bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Nach seinem Studium der Rechtswissenschaften arbeitete er u. a. als Vertragsreferent beim BKK Landesverband Rheinland-Pfalz, Saarland, war Leiter der Kopfstelle Disease-Management-Programme Brustkrebs beim Verband der Ersatzkassen e. V. sowie als Referent Honorar/Bewertung bei der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz. Cibis hat einen Lehrauftrag an der Hochschule Ludwigshafen im Master-Studiengang Health-Care-Management inne.



KOSTENFREIE VERANSTALTUNGEN

GRUNDLAGEN

QM leben I

Diese Veranstaltung informiert Sie über die gesetzlichen Anforderungen und Gegebenheiten sowie über Grundlagen des einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

QM leben II

Die Selbst- und Fremdbewertung sowie der Umgang mit Fehlern und Risiken in Ihrer Praxis bilden den Schwerpunkt dieser Veranstaltung.

AUFBAUKURS

Erfahrungsaustausch / Best Practice

Im Kreise anderer QM-Verantwortlicher tauschen Sie sich über die besten Methoden und Umsetzungsinstrumente Ihrer individuellen QM-Systeme aus.

UMSETZUNG MIT DEM SYSTEM QEP®

QEP® Grundkurs

In diesem Kurs erlernen Sie den Aufbau von QEP® und den Umgang mit diesem System. Mit Unterstützung unserer QM-Beraterinnen und -Berater erarbeiten Sie Ihre ersten QEP®-Ziele.

QM in vier Schritten – zum „roten Faden“ mit QEP®

Sie kennen zwar den richtigen Umgang mit dem System QEP®, der Start und die Umsetzung sind aber dennoch ins Stocken geraten? In diesem Kurs erlernen Sie, wie Sie in vier nachvollziehbaren Schritten zum Ziel gelangen.

Abb. 1: Veranstaltungen der KV Hessen zu Qualitätssicherung (QS) und -management (QM). Anmeldung über die Website www.kvhessen.de.

gung beinhaltet die gesamte Bereitstellung und Auswertung der Fragebögen mit individueller Analyse sowie dem Benchmark mit vergleichbaren Einrichtungen. Für die Praxen ist dies mit wenig Aufwand verbunden. Die Einführung von QEP als Praxisprojekt erstreckt sich über einen Zeitraum von gut sechs Monaten und zielt darauf ab, dass die Praxis alle Vorteile eines etablierten QM-Systems im Alltag nutzen kann. Abgerundet werden diese Angebote durch Erfahrungsaustausche für QM-Verantwortliche. Des Weiteren sind unsere Mitglieder durch ihre Vertreterinnen und Vertreter beispielsweise in der QM-Kommission in Prozesse der Qualitätskontrolle und -weiterentwicklung einbezogen.

Welche Veranstaltungsformate gibt es und wie hat sich das Angebot über die Jahre entwickelt?

Martens: Die KVH bietet Fortbildungsveranstaltungen, Vorträge und Workshops, die in Präsenz oder online stattfinden an. Mit dem Hautkrebsscreening haben wir seit 2020 auch ein Blended Learning-Angebot. 2022 starten wir mit einem ersten eLearning zum Thema QM, dem noch

weitere folgen werden. Das gesamte Veranstaltungsmanagement der KVH umfasst inzwischen mehr als 90 unterschiedliche Themen. Von praktischen Übungen, wie bspw. Erste-Hilfe-Trainings oder Brandschutz, über Workshops zu „Patientenrechten im Alltag“ bis hin zu Qualifikationen zur Palliativmedizin. Ein großes Anliegen ist es uns dabei, das Angebot stets an den Bedarf unserer Mitglieder und die Förderung der Patientensicherheit anzupassen und gegebenenfalls immer wieder neu auszurichten.

Wie ist die Abteilung Qualitätssicherung organisiert?

Sascha Cibis: Die Teams der Qualitätssicherung sind mit Arbeitsinhalten rund um die Struktur- und Prozessqualität sowie die sektorenübergreifende QS befasst. Zur Abteilung gehört außerdem das Team Mitgliederservice Sonderverträge, das die in Hessen vertraglich geregelten Disease-Management-Programme sowie verschiedene Sonderverträge betreut. Weiterhin versorgen wir die Mitglieder mit den notwendigen Vordrucken für einen reibungslosen Praxisablauf.

Welche konkreten Aufgaben haben die Teams?

Cibis: Im Rahmen der Strukturqualität sind die Mitarbeitenden für die Antragsbearbeitung der genehmigungspflichtigen Leistungen zuständig und prüfen bei über 70 verschiedenen Themen, ob die Vorgaben der jeweiligen Qualitätssicherungsvereinbarungen (QSV) bzw. Richtlinien vom Antragstellenden erfüllt werden. Neben den fachlichen Voraussetzungen

müssen für Apparaturen und Räumlichkeiten bestimmte Anforderungen erfüllt sein, bevor die KV eine Genehmigung erteilt. So darf zum Beispiel ein Vertragsarzt Patienten erst röntgen, wenn er die entsprechende Genehmigung hierfür besitzt, also nachgewiesen hat, dass er es kann (fachliche Voraussetzung) und ein zugelassenes Gerät (apparative Voraussetzung) hierfür hat. Es gibt über 70 solcher Genehmigungen.

Für die Sicherstellung der Behandlungsqualität und Patientensicherheit sind vor allem die Einhaltung der in den QSV geforderten Mindest-Untersuchungszahlen sowie regelmäßige Fortbildungen der Ärztinnen und Ärzte entscheidend. Beides prüfen wir regelmäßig. Egal ob Initial-, Stichproben-, Turnus- oder Vollüberprüfung, die Dokumentation der am Patienten erbrachten Leistungen wird unangekündigt von der KVH beim Mitglied angefordert. Die (fach-)ärztlichen Kommissionen mit ihren weit über 180 Mitgliedern führen anhand der Dokumentation die fachliche Qualitätsprüfung durch. Daneben gibt es in manchen Bereichen Präparate- und Fallsammlungsprüfungen bei denen die Genehmigungsinhaber regelmäßig ihre Eignung nachweisen müssen. Die KVH koordiniert und organisiert die Arbeit der Kommissionen und setzt die fachlichen Prüfergebnisse im Rahmen des behördlichen Verwaltungshandelns um.

Welche Kooperationen gibt es zur Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit?

Cibis: In Hessen setzt die Landesarbeitsgemeinschaft Qualitätssicherung Hessen



Jan Martens studierte Betriebswirtschaft mit einer Vertiefung der Sozial- und Gesundheitswirtschaft. Er ist Teamleiter des Bereichs Qualitäts- und Veranstaltungsmanagement bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und übernimmt Referententätigkeiten für verschiedene Fortbildungsveranstaltungen – beispielsweise im Kurs „Ärztliches Qualitätsmanagement“ bei der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der Landesärztekammer Hessen.

Foto: Judith Scherer



(LAGQH) die sektorenübergreifende Qualitätssicherung (sQS) um. Sie wird getragen von: KVH, Kassenzahnärztlicher Vereinigung Hessen (KZVH), Hessischer Krankenhausgesellschaft (HKG) und Verbänden der hessischen Krankenkassen. Die Datenerhebung bei den dokumentationspflichtigen Vertragsärzten koordiniert eine Datenannahmestelle (DAS), angesiedelt bei der KVH. Die sQS verfolgt das Ziel, die Qualität im stationären und vertragsärztlichen Sektor durch einheitliche Vorgaben und Prüfkriterien vergleichbar zu machen. Die Vorgaben für die Verfahren der sQS sind ebenfalls über Richtlinien geregelt. Patienten erhalten somit bei Leistungen, die in beiden Sektoren durchgeführt werden können, eine vergleichbare, qualitätsgesicherte Behandlung.

Wie arbeiten Sie mit den Mitgliedern zusammen, um Qualität und Patientensicherheit in Hessen zu verbessern?

Cibis: Unsere Abteilung informiert die Mitglieder stets unverzüglich über neueste Erkenntnisse und anstehende Änderungen. Somit können Patienten der vertragsärztlichen Versorgung in Hessen sicher sein, dass unsere Mitglieder immer nach den aktuellen Vorgaben handeln. Im jährlich erscheinenden Fortbildungsprogramm gibt

QM Angebote im Überblick



Abb. 2: Angebote der KV Hessen zum Qualitätsmanagement. Anmeldung über die Website www.kvhessen.de.

© Abb. 1 & 2: KVH

es unter anderem einen Kurs für die Sonografie, in dem die Mitglieder die Möglichkeit haben, eigenständig an Probanden zu schallen und direkt ein Feedback der ärztlichen Kommission zu erhalten. Weiterhin gibt die KVH Hinweise zu den verwaltschaftsseitigen Anforderungen der QSV an die Leistungsdokumentation und die Vorgaben der Evidenzbasierten Medizin (EbM). Darüber hinaus sind wir in unterschiedlichen Gremien und Arbeitsgruppen

zu Themen der Qualitätssicherung auf Länder- und Bundesebene tätig.

Was wünschen Sie sich aus Sicht der KVH für die Zukunft der Patientensicherheit bezogen auf Hessen?

Martens: Mit den gesetzlichen Anpassungen unter anderem aus dem Patientenrechtegesetz ist die Patientensicherheit stärker in die Prozesse der Versorgung integriert worden. Besonders das Fehler- und Risikomanagement verstärken in der QM-Richtlinie [1] die Rechte der Patienten. Dies ist aus unserer Sicht eine sehr positive Entwicklung, die fortgesetzt werden sollte, da es für alle Prozessbeteiligten eine wichtige Rolle spielt. Außerdem wünschen wir uns weiterhin eine konstruktive und gute Zusammenarbeit der verschiedenen Institutionen, um eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität und Patientensicherheit für die hessischen Praxen zu erzielen.

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



Foto: Judith Scherer

Evelyn Vollmer ist Leiterin der Abteilung Qualitätsförderung bei der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessen. Nach ihrem Diplom-Studium der Wirtschaftswissenschaften war sie unter anderem als Unternehmensberaterin im Finanzdienstleistungssektor und als Prokuristin und kaufmännische Leiterin des MVZ an den Dr. Horst-Schmidt-Kliniken in Wiesbaden tätig. Sie absolvierte den Studiengang Master of Science Gesundheitsmanagement.

Literatur:

[1] Richtlinie über grundsätzliche Anforderungen an ein einrichtungsinternes Qualitätsmanagement für Vertragsärztinnen und Vertragsärzte, Vertragspsychotherapeutinnen und Vertragspsychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren, Vertragszahnärztinnen und Vertragszahnärzte sowie zugelassene Krankenhäuser – QM-RL; im Internet: <https://www.g-ba.de/richtlinien/87> (Zugriff 20.05.22)

[2] Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung. QEP – Qualität und Entwicklung in Praxen; im Internet: <https://www.kbv.de/html/qep.php> (Zugriff 30.05.2022)

Was hat der Gin mit Hanau zu tun? Der Kliniker und Iatrochemiker Franciscus Sylvius (1614–1672)

Prof. Dr. med. Ulrich Koehler

Teile dieses Beitrags sind dem Artikel „Franciscus Sylvius: Ein Leben für Klinik, Forschung, Lehre und ein bisschen Gin“ von Ulrich Koehler, Niklas Koehler und Andreas Weissflog entnommen (Deutsche Medizinische Wochenschrift DMW Ausgabe 25, Vol. 145, Dezember 2020).

Franz de le Boe, mit latinisiertem Namen Franciscus Sylvius, wurde am 15. März 1614 im hessischen Hanau geboren. Seine Familie kam aus der Stadt Cambrai im damaligen Südflandern und gehörte zu denjenigen Familien, die am Ende des 16. Jahrhunderts die Hanauer Neustadt gründeten [1–3]. Sylvius wuchs in Hanau auf, begann dort die Schule und beendet diese in Sedan. Das Studium der Medizin absolvierte er an den Universitäten Leiden und Basel.

Nahezu zwei Jahre arbeitete er dann als praktischer Arzt in Hanau. Von 1638–1641 praktizierte Sylvius privaten anatomischen Unterricht in Leiden. Da sich eine akademische Karriere in Leiden nicht zu realisieren schien, zog Sylvius 1641 nach Amsterdam, um dort eine Praxis zu gründen. Während dieser Zeit, in der er als praktisch tätiger Arzt sehr erfolgreich war, setzte er sich weiterhin mit der Anatomie sowie wissenschaftlichen Fragestellungen auseinander.

Erst 1658 bekam der 44-jährige Sylvius einen Ruf an die Universität Leiden, am 17. September hielt er dort seine Antrittsrede. Von 1669–1670 war er Rektor der Universität Leiden [1–3]. 1647 heiratete Sylvius Anna de Ligne, die Tochter eines Rechtsanwalts. Anna war 13 Jahre jünger als Sylvius. Zwei seiner Kinder aus dieser Ehe verstarben in sehr frühem Alter, Anna verstarb 1657. 1666 heiratete Sylvius erneut; die zweite Ehefrau verstarb drei Jahre nach der Hochzeit. Sylvius selbst starb

im Alter von 58 Jahren. Begraben wurde er in der Pieterskerk in Leiden.

Die Iatrochemie als physiologisches Denkmodell (17. Jahrhundert)

Die Iatrowissenschaften umfassen drei wissenschaftliche Bereiche, die Iatromathematik, die Iatrochemie und die Iatrophysik. Diese drei Denkmodelle entstanden zu damaliger Zeit aus dem Bemühen heraus, der Heilkunde eine theoretische Grundlage zu vermitteln. Die Iatrochemie war ein gegen die Säftelehre gerichtetes Gesamtkonzept, das alle physiologischen und pathophysiologischen Phänomene des Körpers im Sinne chemischer Vorgänge interpretierte [4, 5]. Die Iatrochemiker vertraten die Auffassung, dass die Ursachen von Krankheiten in einer Änderung der chemischen Zusammensetzung der Körpersäfte lagen. Sylvius war, neben Theophrast Bombast von Hohenheim, genannt Paracelsus, Jan Baptist von Helmont, dem Engländer Thomas Willis und Johann Rudolph Glauber, mit dem er gut befreundet war, einer der Hauptverfechter der iatrochemischen Lehre [5]. Der Ausgangspunkt seiner Lehren ist der Begriff der „Fermentation“.

Der Körper als „chemisches Laboratorium“

Im Vergleich zu Descartes sah Sylvius den menschlichen Körper nicht als eine Maschine, sondern als ein chemisches Laboratorium. Sylvius Krankheitstheorie fußte auf der Lehre der Gärungsvorgänge, er unterschied eine saure und eine alkalische Gärung [5, 6]. Einer seiner berühmtesten Schüler, Rainier de Graaf (1641–1673), entdeckte 1664 den Pankreassaft [5]. Sylvius erkannte die Bedeutung des Speichels, des Pankreassafts und der Galle für



Foto: © Publiek domein/Rijksmuseum

Franciscus Sylvius (* 15. März 1614 in Hanau; † 14. November 1672 in Leiden), war ein hessisch-niederländischer Arzt, Anatom und Naturwissenschaftler flämischer Abstammung. Der als Kliniker und Iatrochemiker bedeutsame Mediziner gilt als Begründer der naturwissenschaftlich ausgerichteten Medizin und der Klinischen Chemie. Auch schon zu seiner Zeit galt er als charismatischer, gut aussehender Hochschullehrer. Der Kupferstich ist datiert auf 1659.

die Verdauung: Durch Gärung werde die Nahrung umgewandelt, dies geschehe unter Einwirkung von saurem Speichel, saurem Pankreassaft und alkalischer Galle („Triumvirat der Flüssigkeiten“).

Er vertrat fälschlicherweise die Auffassung, dass der Pankreassaft sauer sei. Aufbrausen und Gasentwicklung im Darm seien für den Gärungsvorgang beweisend. Würden die normalen Gärungsvorgänge beeinträchtigt, so ergebe sich ein Ungleichgewicht von sauren und alkalischen Stoffen [4–7]. Die Lebensgeister müssten demzufolge das Gären und Aufbrausen beim Verdauungsprozess regulieren. Sylvius sprach von einer pathologischen Schärfe (Acrimonia), wenn ein Übermaß an sauren bzw. alkalischen Stoffen vorliegt. Er sah als Hauptursache von Fieber die alkalische Schärfe der Galle an. Bei saurer Schärfe erzeuge die Galle Stockungen und mechanische Verstopfungen. Laufe das Aufbrausen des Pankreassaftes mit der Galle auf anormale Weise, so entstünden scharfe Dünste, die Epilepsie, Ohnmachten und Herzklopfen erzeugen würden.

Wechselfieber werde durch die saure Schärfe des Pankreassaftes hervorgerufen.

Behandlung krankhafter Verdauungsvorgänge

Die Veränderungen der Säfte ermittelte Sylvius durch Inspektion, er beurteilte Menge, Konsistenz, Farbe und Geruch. Zeigt das Blut eine dunkle Färbung, so spricht dies für ein Vorherrschen von Säure. Ist das Blut rot, so ist darin ein alkalischer Stoff im Überfluss vorhanden. Aufgrund seiner profunden chemischen Kenntnisse war Sylvius natürlich auch daran gelegen, krankhafte Verdauungsvorgänge zu behandeln. Es galt das jeweilige Überwiegen von Säure oder Alkali zu antagonisieren. Im Bereich der Arzneimittellehre wurde zu damaliger Zeit insbesondere auf die Kräuterlehre und Botanik zurückgegriffen. Methoden wie Aderlass, Schröpfen und Abführen hatten über Jahrhunderte hinweg die therapeutische Behandlung bestimmt. Sylvius war ein Kritiker der Aderlasstherapie. Bei Sodbrennen und Verdauungsstörungen mischte er Wacholderbeeren, Kräuter und Alkohol zu einem heilsamen Trunk.

Sylvius als Anatom, Kliniker und medizinischer Lehrer

Im 16. Jahrhundert erblühte die ärztliche Ausbildung vor allem an den medizinischen Fakultäten der italienischen Universitäten. Im 17. Jahrhundert waren die niederländischen Universitäten führend, wobei insbesondere die Universität in Leiden alle übertraf [3, 8]. Man erfreute sich eines regen Zuspruchs vieler Medizinstudenten aus Mitteleuropa und England. Leiden hatte zu damaliger Zeit brillante Kliniker und medizinische Lehrer. Vor Sylvius war es Otto van Heurne (1577–1652), nach Sylvius Hermann Boerhaave (1668–1738).

Sylvius etablierte als Verantwortlicher für die Praktische Medizin den Unterricht am Krankenbett als Teil des medizinischen Curriculums. Sein Enthusiasmus in der studentischen Lehre war so groß, dass er die zuvor nur an zwei Tagen der Woche durchgeführten Visiten am Krankenbett täglich praktizierte [6, 7]. Nach seiner Theorie basierte medizinisches Lernen

auf drei Säulen: dem Unterricht am Krankenbett, der anatomischen Betrachtung sowie dem Experiment. Im Spital „St. Caecilie Gasthuis“ führte Sylvius praktische Übungen und Unterricht am Krankenbett, ganz nach dem Vorbild der Schule von Padua, durch. Dazu standen ihm Patienten aus zwei Abteilungen mit je sechs Betten für Männer und Frauen zur Verfügung. Mitarbeiter des Caecilien-Hospitals sollen sich über die häufigen Visiten von Sylvius bei der Spitalleitung beschwert haben.

Aufgrund seines vornehmen Charakters, seiner Empathie und dem mit viel Engagement durchgeführten Unterricht konnte Sylvius eine große Anzahl von Studenten aus vielen europäischen Ländern für Leiden begeistern. Anhand der Zergliederung des toten Körpers – Sylvius führte in Leiden immerhin über dreihundert Sektionen durch – konnte er seinen Studenten die Diagnose, zuvor falsch oder richtig gestellt, widerlegen oder beweisen. Die anatomischen Demonstrationen waren seitens der Studenten so gut besucht, dass das theatrum anatomicum sogar vergrößert werden musste.

Sylvius bestätigt die „Zirkulationstheorie“ von William Harvey

Die Bekanntheit von Sylvius und sein Wissen hinsichtlich Anatomie und „Physiologie“ trugen in erheblichem Maße dazu bei, dass die Herz-Kreislauf-Theorie des Engländers William Harvey Anerkennung fand. Sylvius war einer der ersten Wissenschaftler, der Harveys Theorie vom Herz-Kreislauf-System anhand eigener Tierversuche bestätigt und auch gegenüber Harveys Widersachern eifrig verteidigte. Und noch eines gilt es unter dem Aspekt der anatomischen Forschung von Sylvius zu erwähnen: Die Furche zwischen Scheitel- und Schläfenlappen in der Großhirnrinde, der sulcus lateralis, wurde erstmals von ihm beschrieben und zu seinen Ehren als „Fissura Sylvii“ bezeichnet. Der aequeductus mesencephali, auch als „Aequeductus Sylvii“ bekannt, ist wohl nicht nach Franciscus Sylvius, sondern nach seinem Pariser Kollegen, dem Anatomen Jakobus Sylvius, dem Lehrer des Anatomen Vesal, benannt [6, 9].

Praktisches Experiment und Streitgespräch – ausdrücklich erwünscht

Praktische Experimente, von den Studenten selbst durchgeführt, waren für Sylvius die Grundvoraussetzung zum Erwerb eines Verständnisses für die im Körper ablaufenden Vorgänge. Sylvius unterschied die anatomischen von den chemischen und den praktischen Experimenten [5, 6, 7]. Der Unterrichtsablauf war ganz im Sinne eines pragmatischen Erkennens strukturiert, es gab keine dogmatisch ausgerichtete Lehre. Sylvius war bemüht, seinen Studenten auf experimentellem Wege die klinische Medizin nahe zu bringen. Er ließ sich jedoch auch von seinen Studenten belehren.

So vertrat er beispielsweise die Auffassung, dass die Galle in der Gallenblase produziert wird und dann erst in die Leber gelangt. Studenten, die die experimentell-anatomischen Studien von Marcello Malpighi kannten, konnten ihn davon überzeugen, dass die Leber der eigentliche Ursprungsort der Galle ist. „Experimente vor übernommener Meinung“, das war die Devise. Das Verhältnis der Studenten zu ihren Professoren muss zu damaliger Zeit in Leiden sehr freundschaftlich gewesen sein, Streitgespräche waren ausdrücklich erwünscht. Berühmte Schüler von Sylvius waren Reinier de Graaf (Graaf-scher Follikel, Pankreassaft), Jan Swammerdam (Mikroskopie), Fredrick Ruysch (Klappen im lymphatischen System) und Niels Stensen (Parotisgang) [3, 5, 6].

Iatrochemie

Die Iatrochemie – abgeleitet von griechisch: *ιατρός* (*iatrós* = Arzt) und *χημεία* (*chemeia* = wörtlich „die Kunst der [Metall]gießerei“, „Chemie“) – und auch als Chemiatrie, Chemiatrik oder Chymiatrie bezeichnet, ist eine vor allem von Paracelsus im 16. Jahrhundert verbreitete Nutzbarmachung der Alchemie (als Grundlage zur Herstellung möglichst reiner Heilmittel) für die Medizin.

Quelle: Wikipedia

Ist Sylvius wirklich der „Erfinder des Gins“?

Der Legende nach hat Sylvius diese Mischung als Genever in den Handel gebracht, wobei sich in England später der Name Gin eingebürgert hat. Wenn man sich die geschichtlichen Daten ansieht, so wird jedoch deutlich, dass Sylvius vermutlich nicht der erste gewesen ist, der sein Kräuterelixier Genever genannt hat [10]. Es gibt schriftliche Zeugnisse von Genever in Brügge aus dem 13. Jahrhundert, in Antwerpen aus dem 16. Jahrhundert. Auch Hanau, die Geburtsstadt von Sylvius, bezeichnet sich heute als eine „Geburtsstätte des Gins“.

Der Dry Gin mit dem Namen „Francois“ ist als eine Hommage an den berühmten Sohn der Stadt Hanau zu verstehen. Sylvius hat nur eine kurze Wegstrecke seines Lebens in Hanau verbracht, er wurde dort geboren und ist dort auch zur Schule gegangen.

Dass zwei junge Hanauer den „Francois-Gin“ nach Sylvius benannt haben, hätte

ihn sicherlich gefreut und wäre ganz in seinem Sinne gewesen. Die braune Flasche ist bewusst im klassischen medizinischen Design gehalten, die Jahreszahl 1650 verdeutlicht vermutlich das Jahr, in dem das Alkohol-Kräutergemisch erstmalig durch Sylvius in Verkehr gebracht wurde. Das rot berandete Kreuz, eher einem + -Zeichen entsprechend, soll eine Verbindung zwischen Francois und dem weißen Schwan, dem Wappentier von Hanau, darstellen. Der Geschmack des Francois-Gins ist eine Kombination aus bekannten Botanicals sowie einer fruchtigen Zitrusnote aus verschiedenen Früchten.

Wenn man mit der Namensgebung eines Gins einen berühmten Sohn seiner Stadt ehrt, so ist das eine vornehme Geste. Mit diesem Artikel soll noch ein weiterer Beitrag geleistet werden, um die außergewöhnlichen klinischen, wissenschaftlichen und auch pädagogischen Leistungen des Franciscus Sylvius zu würdigen. Sylvius leistete einen elementaren Beitrag dazu, die medizinische Fakultät der Universität Leiden weltbekannt zu ma-

chen. Mit Hermann Boerhaave erreichte Leiden dann den endgültigen Zenit als medizinische Fakultät der Universität.

Prof. Dr. med. Ulrich Koehler

Klinik für Innere Medizin,
SP Pneumologie,
Intensiv- und
Schlafmedizin,
Universitätsklinikum
Gießen und Marburg
Standort Marburg
E-Mail: koehleru@med.uni-marburg.de



Foto: UKGM

Vom Autor ist u. a. noch erschienen (nur online publiziert): „Jean-Nicolas Corvisart (1755–1821) – Leibarzt Napoleons, Retter der Auenbruggerischen Perkussion und Pionier der Herzerkrankungen“; DOI 10.1055/a-1396–8067; Pneumologie 2021; 75: 536–538

Gerätespenden sowie Verbandsmaterialien für die MFA-Ausbildung gesucht

Die Berufsschulen, an denen Klassen für Medizinische Fachangestellte eingerichtet sind, sowie die Carl-Oelemann-Schule für die Überbetriebliche Ausbildung wären sehr dankbar, wenn Geräte (z. B. EKG-Geräte, Blutdruckmessgeräte, Zentrifugen, Mikroskope, Photometer), die in der Praxis nicht mehr benötigt werden, den Schulen zur Verfügung gestellt würden. Die Geräte müssen funktionsfähig sein. Auch werden Verbandsmaterialien für Übungszwecke von den Berufsschulen und der Carl-Oelemann-Schule dringend benötigt. Ansprechpartner sind die jeweiligen Bezirksärztekammern. Über zahlreiche Spenden würden wir uns sehr freuen.

Vielen Dank im Voraus.

Berufsbildungsausschuss der LÄKH

Zwei neue Referenten in der Stabsstelle Medien

Mit Marissa Leister und Lukas Reus haben zwei neue Referenten ihre Tätigkeit für die Stabsstelle Medien der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) begonnen.

Marissa Leister

(Kontakt per E-Mail: marissa.leister@laekh.de; Fon: 069 97672-107), die zuvor Kommunikationswissenschaft an der Otto-

Friedrich-Universität Bamberg studiert und anschließend ein Volontariat bei der Alten Oper Frankfurt absolviert hat, steht als Ansprechpartnerin für die Presse zur Verfügung und widmet sich unter anderem der Gestaltung unserer Social-Media-Kanäle.



Foto: PicturePeople Frankfurt

Lukas Reus

(Kontakt per E-Mail: lukas.reus@laekh.de; Fon: 069 97672-341) hat an der Goethe-Universität Frankfurt

Geschichte, Politik und Wirtschaft (Lehramt) studiert und anschließend ein Volontariat bei der Tageszeitung Offenbach Post absolviert. Nach einem Jahr als Redakteur wechselte er jetzt zur LÄKH. Er widmet sich vor allem der redaktionellen Arbeit für das Hessische Ärzteblatt.

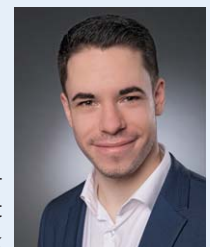


Foto: privat

Die Stellvertretende Leiterin der Stabsstelle Medien, Maren Siepmann, ist seit Ende Mai in Mutterschutz.

Ärztekammer

Repetitorium Radiologie der Akademie der LÄKH

Das Repetitorium Radiologie der Akademie der Landesärztekammer Hessen richtet sich an Kollegen und Kolleginnen am Ende ihrer Weiterbildung im Gebiet Radiologie und bietet die Möglichkeit, den eigenen Wissensstand zu überprüfen und gegebenenfalls Lücken zu schließen.

Nach einem theoretischen Input zu Aspekten des Strahlenschutzes wird an jedem Veranstaltungstag die Methodenzusammenfassung zu wesentlichen radiologischen Untersuchungsverfahren, inklusive MRT und Sonografie, vermittelt. Im An-

schluss daran werden durch Fachvorträge die Möglichkeiten der bildgebenden Diagnostik und Intervention bei Erkrankungen des Thorax, des Abdomens, des Skelettsystems (einschließlich Wirbelsäule und Gelenke), der Gefäße und der Mamma vorgestellt. Abgerundet wird der Themenkatalog mit Vorträgen zur radiologischen Diagnostik in der Urologie und der Gynäkologie sowie zu den Gebietschwerpunkten Kinder- und Neuroradiologie. Jeder Veranstaltungstag schließt mit Fallvorstellungen und praktischen

Übungen, so dass am Ende der Woche ein konzentrierter Überblick über den aktuellen Stand von Klinik, Wissenschaft und Technik im Gebiet Radiologie vermittelt wurde. **Anmeldung: siehe Seite 439.**

Dr. med. Susan Trittmacher

Fachärztin für Radiologie
und ärztliche Leiterin des Repetitoriums Radiologie



Foto: Isolde Asbeck

Berufspolitik

Medinetze kämpfen für anonymen Behandlungsschein

Bündnis erntet parteiübergreifend Zustimmung für seine Petition an den Landtag

Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen haben ihn wiederholt gefordert. Er steht im schwarz-grünen Koalitionsvertrag: Alle befürworten den anonymen Krankenschein, und dennoch geht es damit nicht voran. Die Medinetze Gießen und Marburg wollen mehr tun, als die Folgen für Betroffene zu mindern. Nach ihrer Erfahrung kann die individuelle Vermittlung eines Arztes nicht ein vom Staat finanziertes Hilfsangebot ersetzen. Deshalb sind die Medizinstudentinnen und Medizinstudenten politisch aktiv geworden: Sie haben für eine Petition rund 2.100 Unterschriften gesammelt, die die Medinetze mit anderen Bündnispartnern jüngst der Landespolitik übergaben: „Wir fordern eine flächendeckende und anonyme Möglichkeit zur medizinischen Behandlung (Anonymer Behandlungsschein) und Krankenversicherungs-Beratung (Clearingstellen) in Hessen!“

Das Wort flächendeckend ist den Initiatoren wichtig. Denn in Hessen gibt es neben ehrenamtlichen Initiativen nur vereinzelt öffentlich finanzierte Anlaufstellen für Menschen mit keiner oder unzureichender Krankenversicherung. Beispiel Wiesbaden: Die vom Diakonischen Werk betriebene Teestube hat im Dezember 2020 ihre humanitäre Sprechstunde um eine „Krankenversicherungsclearingstelle“ erweitert. Neben konkreter Einzelhilfe erfahren Betroffene, wie sie in die gesetzliche oder private Krankenkasse kommen

können. Die Beratung erfolgt kostenfrei, vertraulich und auf Wunsch anonym. Sie wird gefördert vom städtischen Amt für Zuwanderung und Integration.

Oder Frankfurt: Im Februar 2021 startete am Gesundheitsamt das zunächst auf zwei Jahre angelegte Pilotprojekt „Clearingstelle 1.0“. Mittwochnachmittags können Bürgerinnen und Bürger in den Räumen der Humanitären Sprechstunden ihre Fragen zu Sozial- und Krankenversicherung stellen. Das Personal für die Beratung kommt vom Fachbereich „Soziale Arbeit und Gesundheit“ der Frankfurt University of Applied Sciences, die Kosten trägt das Jugend- und Sozialamt. Angeschlossen ist das Projekt an einem bundesweit bestehenden Netzwerk von Clearingstellen, wie es sie in Berlin, Hamburg, Thüringen oder Nordrhein-Westfalen schon länger gibt.

Der Haken: Die Angebote wenden sich alleine an Hilfesuchende aus den beiden Städten. Wer im Odenwald wohnt oder im Schwalm-Eder-Kreis hat schlechte Karten, hieß es bei der Kundgebung im Anschluss an die Petitionsübergabe. Die gesundheitspolitischen Sprecherinnen und Sprecher der Landtagsfraktionen erhielten Gelegenheit, Stellung zu beziehen. Die Linke verwies auf einen Gesetzentwurf dazu, den sie vor zwei Jahren in den Landtag eingebracht hatte. Die FDP zeigte sich „sehr aufgeschlossen“. Die SPD begrüßte ebenfalls die Initiative und nahm die Peti-

tion zum Anlass noch einmal Anfragen an die Regierung gestellt. Der Vertreter der Union versprach, dass die schwarz-grüne Koalition noch in dieser Legislatur liefern werde. Pandemie und der Krieg in der Ukraine seien schuld an der Verzögerung. Der Sprecher der Grünen sicherte ebenfalls seine Unterstützung zu, kündigte aber in zwei Punkten Bedenken an: Die Übernahme der Kosten für Selbstständige, die aus der Privatversicherung rausgeflogen sind, könnte zu Missbrauch führen. Und eine Clearingstelle in jedem Landkreis sowie jeder Kommune sei nicht zwingend.

Wie aus einer Antwort auf eine SPD-Anfrage hervorgeht, prüft die Landesregierung derzeit ein von den Medinetzen Gießen und Marburg erstelltes Konzeptpapier. Expertise hole man sich beim Sozialministerium in Rheinland-Pfalz, das seit September 2019 eine Clearingstelle betreibt, und beim Gesundheitsamt Frankfurt. Laut Koalitionsvertrag will Schwarz-Grün die Einführung eines Fonds zur anonymen Krankenbehandlung prüfen. „Dabei können Modelle des anonymen Krankenscheins aus anderen Ländern Vorbild sein.“

Jutta Rippgather



Foto: Katja Kölsch

**Einladung zur
13. ordentlichen Delegiertenversammlung
der Landesärztekammer Hessen
16. Wahlperiode 2018–2023**

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
zur 13. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen
der Wahlperiode 2018–2023 lade ich Sie ein für

Mittwoch, 21. September 2022

Online-Veranstaltung

Beginn: 17 Uhr s. t.

Das Präsidium hat hierzu am 1. Juni 2022 einen Beschluss gemäß § 18a Abs. 1 S. 1 Nr. 1 Heilberufsgesetz gefasst, den Mitgliedern der Delegiertenversammlung zu ermöglichen, an der Sitzung ohne Anwesenheit am Sitzungsort teilzunehmen und Mitgliederrechte im Wege der elektronischen Kommunikation auszuüben.

T A G E S O R D N U N G

1. Begrüßung
2. Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung
3. Genehmigung des Beschlussprotokolls der 12. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 26. März 2022
4. Versorgungswerk
 - a) Jahresabschluss 2021
 - b) Erhöhung der Renten zum 1. Januar 2023, Erhöhung der erworbenen Anwartschaften
 - c) Bestimmung der Wirtschaftsprüfer für die Jahresabschlussprüfung 2022
5. Verschiedenes

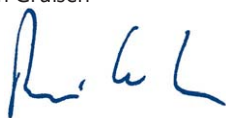
– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Aktuelle Informationen zur Teilnahme an der Delegiertenversammlung finden Sie unter: <https://www.laekh.de/ueber-uns/delegiertenversammlung>

Frankfurt am Main, 1. Juni 2022

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –



Paten für ukrainische Geflüchtete gesucht!

Wir bitten Kolleginnen und Kollegen, sich bei Interesse bei Kommunen, Landkreisen und kreisfreien Städten zu melden, um als Paten den ukrainischen Geflüchteten – und darin insbesondere den ärztlichen Kolleginnen und Kollegen – zu helfen. Kenntnisse der ukrainischen oder auch russischen Sprache wären von Vorteil, sind aber nicht Bedingung.

Die Möglichkeiten reichen von der Unterstützung bei Behördengängen und dem Ausfüllen von Formularen über Hilfe bei der Kontaktaufnahme mit dem Hessischen Prüfungsamt für Heilberufe (HLPUG) sowie Unterstützung bei Übersetzungen oder eventuelle Unterkunftangebote. (red)

Hessen gegen Krebs: Krebsinformations- und Aktionstag

Die Hessische Krebsgesellschaft e. V. veranstaltet in Zusammenarbeit mit weiteren Partnergesellschaften nach einer pandemiebedingten Pause wieder den Aktionstag „Hessen gegen Krebs“ unter dem bekannten Motto „Du bist kostbar“.

Termin: Sa., 9. Juli 2022, 9:30–13 Uhr
Ort: Kurhaus Kolonnaden | Wiesbaden

Betroffene, Angehörigen und Interessierte finden die Möglichkeit, sich zu Ernährung, Psychoonkologie und dem Thema Reha und Nachsorge zu informieren sowie sich von abwechslungsreichen Mitmachangeboten inspirieren zu lassen. Darüber hinaus besteht die Möglichkeit zur Klärung individueller Fragestellungen mit Fachleuten zu Krebserkrankungen wie Brust-, Darm-, Haut-, Lungen- und Prostatakrebs.



Zahlreiche Informationsstände von onkologischen Einrichtungen, gemeinnützigen Organisationen, Selbsthilfegruppen, Vereinen sowie dem Hessischen Krebsregister werden ebenfalls dabei sein.

Von 11:30 Uhr bis 12:30 Uhr beraten zu individuelle Fragestellungen:

Brustkrebs: Dr. Anne-Rose Luise Schardt
Prostatakrebs: Dr. Michael Weidenfeld
Darmkrebs: Olav Heringer
Lungenkrebs: Dr. Wolfgang Blau
Hautkrebs: Prof. Dr. Thomas Wehler

- Die Teilnehmerzahl ist begrenzt. Anmeldungen sind bis 30. Juni 2022 möglich. E-Mail an: berg@hessische-krebsgesellschaft.de

Personalia



Foto: BezÄK Marburg

Prof. Dr. med. Inga Peters (Foto) ist seit Juni neue Chefarztin an der Klinik für Urologie am Krankenhaus Nordwest in Frankfurt/M. Sie hat die Nachfolge von

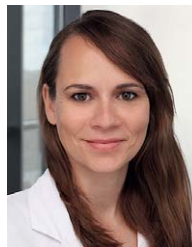


Foto: Krankenhaus Nordwest

Prof. Dr. med. Dr. hc. Eduard W. Becht übernommen. Die klinischen Schwerpunkte der Expertin für urologische Onkologie sind

Stargast: Der Vorsitzende der Bezirksärztekammer Marburg, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (links) konnte jetzt am Standort Marburg des Universitätsklinikums Gießen-Marburg den Kollegen Dr. med. Eckart von Hirschhausen als neues Mitglied der hessischen Landesärztekammer begrüßen. Der neu ernannte Honorarprofessor wird zukünftig an der Ausbildung von Medizin-Studierenden der Philipps-Universität mitwirken, vorrangig im Bereich „Klimawandel & Medizin“ sowie „Sprache in der Medizin“.

neben der robotischen Chirurgie und der offenen Tumor Chirurgie auch die Fokale Therapie von urologischen Tumoren sowie die Endourologie. Peters war zuvor mehr als zwölf Jahre als Urologin an der Medizinischen Hochschule Hannover (MHH) tätig.

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

Wir gedenken der Verstorbenen



Foto: © kentauros - stock.adobe.com

Goldenes Doktorjubiläum

Aufgrund §§ 1 und 17 Absatz 1 Nr. 3 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 3. Februar 2022 (GVBl. S. 79), i. V. m. § 5 Absatz 3 Satz 2 und 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 54), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 54), wird wie folgt geändert:

1.) § 1 Absatz 4 wird wie folgt neu gefasst:

„(4) Amtliches Veröffentlichungsorgan ist das „Hessische Ärzteblatt“. Das Hessische Ärzteblatt erscheint in elektronischer Form und wird dauerhaft im Internet auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“ bereitgestellt. Die Landesärztekammer Hessen informiert ihre Kammerangehörigen und die sonstigen Bezieher des Hessischen Ärzteblattes elektronisch über das Erscheinen der jeweiligen Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes. Ergänzend können die Mitglieder und sonstigen Bezieher das Hessische Ärzteblatt auch in Papierform abonnieren.“

2.) In § 1 wird der bisherige Absatz 5 zu Absatz 6 und folgender neuer Absatz 5 eingefügt:

„(5) Die Landesärztekammer Hessen stellt für ihre Kammerangehörigen ein elektronisches Postfach im Portal der Landesärztekammer Hessen <https://portal.laekh.de/> bereit.“

3.) Nach § 15 wird folgender neuer § 16 eingefügt:

„§ 16 Ladungen

Die Kammerangehörigen sind verpflichtet, Ladungen der Kammer Folge zu leisten. In der Ladung ist der Grund für die Ladung anzugeben.“

4.) Der bisherige § 16 wird zu § 17 und wie folgt neu gefasst:

„§ 17 Ordnungsgeld

Kammerangehörige und Berufsangehörige nach § 3 Abs. 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes, die ihren Pflichten aus:

1. § 16 der Hauptsatzung,
2. § 1 bis 3 und 8 der Meldeordnung,
3. § 2 Abs. 6 der Berufsordnung,
4. der Berufsordnung,

nicht nachkommen, können nach vorheriger schriftlicher Ankündigung mit einem Ordnungsgeld bis zu einem Betrag von 5.000 Euro belegt werden.

Das Ordnungsgeld wird in den Fällen der Ziffern 1–3 vom Vorstand der jeweils zuständigen Bezirksärztekammer und im Fall der Ziffer 4 vom Präsidium der Landesärztekammer Hessen verhängt. Gegen ein Ordnungsgeld in Fällen der Ziffern 1–3 ist der Widerspruch bei der Bezirksärztekammer, die den Bescheid erlassen hat, oder bei der Landesärztekammer Hessen zulässig. Gegen ein Ordnungsgeld in Fällen der Ziffer 4 ist der Widerspruch bei der Landesärztekammer Hessen zulässig.

5.) Der bisherige § 17 wird zu § 18.

II. In-Kraft-Treten

Artikel I. Nr. 1 der Satzung tritt am 15. Juli 2023 in Kraft.
Artikel I. Nr. 2 der Satzung tritt am 1. Januar 2023 in Kraft.
Im Übrigen tritt die Satzung am 1. Juli 2022 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.
Frankfurt, 29. März 2022



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

**Genehmigungsvermerk: Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
V8-18b2120-0001/2008/008**

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 3. Mai 2022
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060065157 ausgestellt am 20.04.2020 für Dr. med. Dietrich Doering, Kassel

Arztausweis-Nr. 060176457 ausgestellt am 14.02.2022 für Jolien Fabisiak, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060055620 ausgestellt am 10.09.2018 für Eva-Maria Grabowski, Gießen

Arztausweis-Nr. 060065156 ausgestellt am 20.04.2020 für Edgar Hoffmann, Darmstadt

Arztausweis-Nr. 060055824 ausgestellt am 26.09.2018 für Klaus-Peter Kiermayr, Kassel

Arztausweis-Nr. 060176692 ausgestellt am 15.02.2022 für Dr. med. Michael Müller, Dreieich

Arztausweis-Nr. 060058143 ausgestellt am 26.02.2019 für Dr. med. Manfred Piegsa, Wetztenberg

eHBA-Nr. 80276001081000046885 ausgestellt am 19.01.2021 für Dr. med. Juergen Reusch, Steinbach

Arztausweis-Nr. 060055088 ausgestellt am 02.08.2018 für Thomas Schröder, Edermünde

Arztausweis-Nr. 060057330 ausgestellt am 14.01.2019 für Lukas Urbanek, Mainz

Arztausweis-Nr. 060064707 ausgestellt am 24.03.2020 für Prof. Johannes Vermehren, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060049867 ausgestellt am 30.08.2017 für Dr. med. Tobias Wege-Rost, Ebsdorfergrund

Arztausweis-Nr. 060175655 ausgestellt am 10.02.2022 für Désirée Wiedemann, Püttlingen

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Gießen

0

Bezirksärztekammer Kassel

Die LÄKH-Abteilung „Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte“ informiert

Einschulungstermine der Berufsschulen

Die Sommerferien enden in diesem Jahr am 2. September 2022. Die Einschulungstermine der Berufsschulen liegen somit Anfang September.

Die Einschulungstermine der für Ihre Auszubildende zuständigen Berufsschule können im Internet unter: <https://www.laekh.de/mfa/berufsausbildung/berufsschulen> eingesehen werden.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztliche 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 dem Arzt/der Ärztin, der/die die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen vornimmt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

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

MFA-Winterprüfung 2022/2023

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2022/2023 vom 30. November 2022 bis zum 31. Januar 2023

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2022/2023 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

3. und 10. August 2022

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars. Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

- 1) der Ausbildungsnachweis (Berichtsheft) mit Beurteilungsprotokoll,
- 2) der Fragebogen über die Tätigkeit der Auszubildenden,
- 3) ggf. eine Bescheinigung über Art und Umfang einer Behinderung,
- 4) bei vorzeitiger Abschlussprüfung zusätzlich: Die notwendige Notenbescheinigung der Berufsschule.

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2022/2023 sind anzumelden:

- 1) Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 31. März 2023 endet,
- 2) Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (in der Regel ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
- 3) Wiederholer/-innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
- 4) sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter <https://www.laekh.de/aktuelles>.

Landesärztekammer Hessen
Abteilung: MFA-Ausbildungswesen

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 Artikel 3 des Gesetzes vom 3. Februar 2022 (GVBl. S. 79), 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 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 54), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020)

I.

Die Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) vom 26. November 2019 (HÄBL 6/2020 – Online-Sonderausgabe Weiterbildungsordnung 2020 – www.laekh.de Rubrik Weiterbildung), geändert am 16. September 2020 (HÄBL 11/2020, S. 630), zuletzt geändert am 28. November 2020 (HÄBL 1 /2021, S. 33) wird wie folgt geändert:

- 1.) In Abschnitt A „Paragraphenteil“ wird in § 4 Abs. 1 S. 4 das Wort „Ermächtigten“ durch das Wort „Befugten“ ersetzt. Der Satz lautet dann:
„Zahnärztliche Tätigkeiten unter Leitung eines zur Weiterbildung im Gebiet Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Befugten werden mit bis zu zwei Jahren auf diese Facharzt-Weiterbildung angerechnet.“
- 2.) In Abschnitt A „Paragraphenteil“ wird § 4 Abs. 4 S. 6 um ein „insbesondere“ vor der Auflistung der Ausnahmetatbestände ergänzt. Der Satz lautet dann:
„Dies gilt nicht für Unterbrechungen von insgesamt nicht mehr als sechs Wochen im Kalenderjahr insbesondere wegen Krankheit, Schwangerschaft, Elternzeit, Betreuungszeit und Wehr-, Zivil- und Katastrophendienst, Freiwilliges Soziales Jahr oder Entsprechendes.“
- 3.) In Abschnitt B „Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B“ (S. 20) wird folgendes im Abschnitt „Patientenbezogene Inhalte“, in der Spalte „Kognitive und Methodenkompetenz – Kenntnisse“ hinter „Psychosoziale, umweltbedingte und interkulturelle Einflüsse auf die Gesundheit sowie Zusammenhang zwischen Krankheit und sozialem Status“ (Zeile 7 der patientenbezogenen Inhalte) und vor „Besondere Situationen bei der Betreuung von Schwerstkranken und Sterbenden“ (Zeile 8 der patientenbezogenen Inhalte, neue Zeile 9) eingefügt:
„Auswirkungen des Klimawandels auf die Gesundheit“
- 4.) In Abschnitt B „Gebiet Innere Medizin“, wird der Bereich „Infektionen im Gebiet der Inneren Medizin“ in allen Facharztgebieten komplett gestrichen.
- 5.) In Abschnitt B „Gebiet Innere Medizin“, in den Facharztbezeichnungen „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Angiologie“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Gastroenterologie“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Nephrologie“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Pneumologie“, „Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Rheumatologie“ wird jeweils nach dem Bereich „Hämatologische und onkologische Basisbehandlung“ und vor dem Bereich „Kardiologische Basisbehandlung“ der folgende Bereich neu eingefügt:

Ehrungen MFA

Wir gratulieren zum zehnten und mehr als zehnjährigen Berufsjubiläum:

Infektiologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Infektionskrankheiten		
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz		
	Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten	
	Management bei therapieresistenten Erregern	

6.) In Abschnitt B „Gebiet Innere Medizin“, in den Facharztbezeichnungen „Facharzt / Fachärztin für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie“ wird nach dem Bereich „Geriatrische Basisbehandlung“ und vor dem Bereich „Kardiologische Basisbehandlung“ der folgende Bereich neu eingefügt:

Infektiologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Infektionskrankheiten		
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz		
	Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten	
	Management bei therapieresistenten Erregern	

7.) In Abschnitt B wird im Gebiet Innere Medizin nach dem Facharzt für Innere Medizin und Hämatologie und Onkologie der neue Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie folgendermaßen eingefügt:

Gebiet Innere Medizin
Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin und Infektiologie
 (Infektiologe/Infektiologin)

Gebietsdefinition	Das Gebiet Innere Medizin umfasst die Vorbeugung, (Früh-)Erkennung, konservative und interventionelle Behandlung sowie Rehabilitation und Nachsorge der Gesundheitsstörungen einschließlich geriatrischer Krankheiten und Erkrankungen der Atmungsorgane, des Herzens und Kreislaufs, der Verdauungsorgane, der Nieren und ableitenden Harnwege, des Blutes und der blutbildenden Organe, des Gefäßsystems, des Stoffwechsels und der inneren Sekretion, des Immunsystems, des Stütz- und Bindegewebes, der Infektionskrankheiten und Vergiftungen sowie der soliden Tumore und der hämatologischen Neoplasien. Das Gebiet umfasst auch die Gesundheitsförderung und die Betreuung unter Berücksichtigung der somatischen, psychischen und sozialen Wechselwirkungen und die interdisziplinäre Koordination der an der gesundheitlichen Betreuung beteiligten Personen und Institutionen.
Weiterbildungszeit	<p>72 Monate im Gebiet Innere Medizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon</p> <ul style="list-style-type: none"> • müssen 36 Monate in Innere Medizin und Infektiologie abgeleistet werden, davon - können zum Kompetenzerwerb bis zu 6 Monate Weiterbildung in Hygiene und Umweltmedizin, Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie und/oder in Öffentlichem Gesundheitswesen angerechnet werden • müssen 24 Monate in mindestens zwei anderen Facharztkompetenzen des Gebiets abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Notfallaufnahme abgeleistet werden • müssen 6 Monate in der Intensivmedizin abgeleistet werden <p>Insgesamt müssen 48 Monate in der stationären Patientenversorgung abgeleistet werden.</p>

Weiterbildungsinhalte der Facharzt-Kompetenz

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
---	--	-----------

Allgemeine Inhalte der Weiterbildung für Abschnitt B unter Berücksichtigung gebietsspezifischer Ausprägung

Gemeinsame Inhalte der Facharzt-Weiterbildungen im Gebiet Innere Medizin		
Übergreifende Inhalte im Gebiet Innere Medizin		
Wesentliche Gesetze, Verordnungen und Richtlinien		
	Beratung bezüglich gesundheitsfördernder Lebensführung	
	Schulung bei ernährungsbedingten Gesundheitsstörungen	
	Begutachtung der Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit	
	Begutachtung der Arbeitsunfähigkeit und Erwerbsminderung	
	Begutachtung der Pflegebedürftigkeit	
	Beratung und Führung Suchtkranker sowie Suchtprävention	
Grundlagen der medikamentösen Tumorthherapie		
	Basisbehandlung palliativmedizinisch zu versorgender Patienten	
	Beratung zu Patientenverfügungen und Vorsorgevollmachten einschließlich Organspende	
Fachgebundene genetische Beratung		
Grundlagen hereditärer und multifaktorieller Krankheitsbilder und Entwicklungsstörungen		
Interpretation und Aussagekraft genetischer Untersuchungsergebnisse (Sensitivität, Spezifität, prädiktiver Wert)		
Methodische, psychosoziale und ethische Aspekte der genetischen Beratung und Diagnostik einschließlich pharmakogenetischer Tests		
	Erkennung fachbezogener genetisch bedingter Krankheitsbilder oder Entwicklungsstörungen	
	Fachgebundene genetische Beratung bei diagnostischer und prädiktiver genetischer Untersuchung	
Notfall- und intensivmedizinische Maßnahmen im Gebiet Innere Medizin		
	Stufendiagnostik und Therapie bei akut einsetzenden Leitsymptomen, z. B. Dyspnoe, Thoraxschmerz, Bauchschmerz, passagere und persistierende Bewusstseinsstörungen, Fieber, Erbrechen, Durchfall	
	Diagnostik und Therapie akuter und vital bedrohlicher Erkrankungen und Zustände, insbesondere	
	- respiratorische Insuffizienz	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	- Schock	
	- kardiale Insuffizienz	
	- akutes Nierenversagen	
	- sonstiges Ein- und Mehrorganversagen	
	- Koma und Delir	
	- Sepsis	
	- Intoxikationen	
	Kardiopulmonale Reanimation	
	Intensivmedizinische Behandlung von Patienten mit Funktionsstörungen von mindestens zwei vitalen Organsystemen	
	Analgosedierung von intensivmedizinischen Patienten	
	Atemunterstützende Maßnahmen bei intubierten und nicht-intubierten Patienten einschließlich Beatmungsentwöhnung bei langzeitbeatmeten Patienten	
Differenzierte Beatmungstechniken		
	Therapie von Stoffwechsellstörungen	
	Notfallsonographie	
	Notfallbronchoskopie	
	Passagere Schrittmacheranlage	
	Punktions- und Katheterisierungstechniken, insbesondere	
	- zentralvenöse Zugänge	
	- arterielle Gefäßzugänge	
	Endotracheale Intubation	
Infektionen im Gebiet Innere Medizin		
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz		
	Vorsorge und Behandlung häufiger Infektionskrankheiten	
	Management bei therapieresistenten Erregern	
Funktionelle Störungen im Gebiet Innere Medizin		
	Basisbehandlung psychosomatischer Krankheitsbilder	
Krisenintervention unter Berücksichtigung psychosozialer Zusammenhänge		
Diagnostische Verfahren im Gebiet Innere Medizin		
	Durchführung von ultraschallgestützten Punktionen bei Pleuraerguss und Aszites	
	B-Modus-Sonographie der Schilddrüse	
	Elektrokardiogramm	
	Langzeit-Elektrokardiogramm	
	Ergometrie	
	Langzeitblutdruckmessung	
	CW-, PW-, Duplex-, Farbduplex-Sonographie der Arterien und Venen	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	B-Modus-Sonographie der peripheren Arterien und Venen	
	B-Modus-Sonographie des Abdomens und Retroperitoneums einschließlich der Nieren und ableitender Harnwege	400
	Spirometrische Untersuchung der Lungenfunktion	
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von Röntgen-Thorax-Untersuchungen	
Differentialdiagnosen atopischer Erkrankungen		
Therapeutische Verfahren im Gebiet Innere Medizin		
	Durchführung von Entlastungspunktionen und Drainagen bei Pleuraerguss und Aszites	
	Enterale und parenterale Ernährung einschließlich Sondentechnik mit Berechnung des Energie- und Nährstoffbedarfs sowie Erstellen eines Ernährungsplans	
	Infusionstherapie	
	Transfusions- und Blutersatztherapie	
Angiologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen		
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen von Arterien, Venen, Kapillaren und Lymphgefäßen	
Endokrinologische und diabetologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation endokriner Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen		
	Internistische Basisbehandlung von endokrinen Erkrankungen einschließlich assoziierter Stoffwechselstörungen	
	Behandlung des Diabetes mellitus	
Gastroenterologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege		
	Internistische Basisbehandlung von Krankheiten der Verdauungsorgane sowie der exokrinen Verdauungsdrüsen und ihrer Ableitungswege	
Geriatrische Basisbehandlung		
Spezielle geriatrische Behandlungsmöglichkeiten mit dem Ziel der Erhaltung und Wiederherstellung größtmöglicher Selbstständigkeit		
	Behandlung von Erkrankungen und Behinderungen des höheren Lebensalters einschließlich interdisziplinärer Aspekte bei Multimorbidität	

Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Hämatologische und onkologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien		
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Blutes, der blutbildenden und lymphatischen Organe, des Immunsystems, der Hämostase sowie von malignen Neoplasien	
Kardiologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs		
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs	
Nephrologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenaler Komplikationen		
	Internistische Basisbehandlung von akuten und chronischen Nierenkrankheiten sowie deren extrarenale Komplikationen	
Pneumologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation der Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen		
	Internistische Basisbehandlung von Erkrankungen der Atemwege, der Lunge, des Lungenkreislaufs, des Mediastinum, der Pleura, der Atempumpe einschließlich schlafbezogener Atmungsstörungen sowie der extrapulmonalen Manifestationen pulmonaler Erkrankungen	
Grundlagen allergologischer Erkrankungen		
Rheumatologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation entzündlich-rheumatischer Systemerkrankungen sowie entzündlicher Erkrankungen des Bewegungsapparates		
	Internistische Basisbehandlung von entzündlich-rheumatischen Systemerkrankungen sowie entzündlichen Erkrankungen des Bewegungsapparates	
Spezifische Inhalte der Facharzt-Weiterbildung Innere Medizin und Infektiologie		
Infektionsprävention und Infektionsschutz		
Individuelle und öffentliche Infektionsprävention, Prävention der Übertragung infektiöser Erreger		
	Meldung und Dokumentation gemäß Infektionsschutzgesetz	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	Planung und Durchführung von infektionsepidemiologischen Erhebungen, Präventionsmaßnahmen und Schulungen	
	Impfprophylaxe einschließlich Impf-Empfehlungen und Impfpläne, aktive und passive Immunisierung	
	Spezifische Impfberatung auf Grundlage der STIKO-Empfehlung	
Nosokomiale Infektionen		
Screening und Dekolonisation von Infektionserregern einschließlich multiresistenter Erreger		
Methoden, Anwendungsmöglichkeiten und Grenzen der molekularen Epidemiologie von nosokomialen Erregern		
	Erkennung, Verfolgung und Unterbrechung von Infektionsketten bei nosokomialen Erregern	
	Behandlung von Infektionen mit multiresistenten Erregern	
	Behandlung von Infektionen mit hochresistenten Pathogenen	
Infektionsdiagnostik		
Pathomechanismen und Epidemiologie von Bakterien, Pilzen, Parasiten, Viren und anderen infektiösen Agenzien einschließlich ihres lokalisations- und erkrankungsspezifischen Erregerspektrums		
Testbedingungen, Validierung und Qualitätskriterien von Laborbefunden		
	Differenzierung und Behandlung von Infektionen versus Kolonisation	
Erregerspezifische Prä- und Postanalytik		
	Indikationsstellung zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Verfahren sowie Auswahl geeigneter Untersuchungsmaterialien und deren Befundinterpretation	
	Differentialdiagnostische Abklärung und therapeutisches Management von Patienten mit unklaren Entzündungskonstellationen	
	Gewinnung von Proben von Körperflüssigkeiten und Geweben zur Erregerdiagnostik, auch mittels Ultraschalltechnik	
Verfahren der mikrobiologischen und virologischen Diagnostik, insbesondere zur Identifizierung sowie Empfindlichkeitstestung		
	Bewertung und Prozessoptimierung von Schnellverfahren der Erreger- und Entzündungsdiagnostik	
	Bewertung von Resistenztests im klinischen Kontext	
	Interpretation der spezifischen Resistenzmuster von multiresistenten Erregern und daraus abgeleitete Behandlung	
	Indikationsstellung und Befundinterpretation von bildgebenden Verfahren bei Infektionskrankheiten	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Antiinfektive Therapie		
Pharmakologie, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Wirkungsspektrum, Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen und Interaktionen von Antiinfektiva		
	Therapieempfehlung, Indikationsstellung sowie Auswahl, Dosierung, Therapiedauer und Applikation von Antiinfektiva	
	Indikationsstellung zur Messung von Antibiotikakonzentrationen zur Therapiesteuerung und deren Befundinterpretation	
	Erstellung von Behandlungskonzepten unter Berücksichtigung von therapeutischem Drug Monitoring (TDM), insbesondere bei Patienten mit eingeschränkten Organfunktionen	
	Interpretation von Resistenzstatistiken	
Grundlagen der in vitro-Empfindlichkeitsprüfung		
	Indikationsstellung und spezifischer Einsatz von Reserveantibiotika	
Perioperative antibiotische Prophylaxe		
	Mitwirkung bei der Erstellung von lokalen Empfehlungen zur prophylaktischen Verordnung von Antiinfektiva bei internistischen Erkrankungen und internistischen Eingriffen	
Antibiotic Stewardship (ABS)		
Prinzipien und Methoden von Antibiotic-Stewardship, Nebeneffekte der antiinfektiven Therapie und deren Prävention		
	Erfassung und Bewertung des Antiinfektiva-Verbrauchs	
	Anwendung der Empfehlungen zur Verordnung	
	Teilnahme am fachübergreifenden Antibiotic-Stewardship-Team	
	Durchführung von ABS-Visiten	30
	Durchführung von Punkt-Prävalenzerhebungen	
	Erstellung von einrichtungsspezifischen Diagnostik- und Therapieempfehlungen anhand von Erreger- und Resistenzstatistiken	
	Mitwirkung in klinikweiten Kommissionen zur Erstellung von Leitlinien zum Einsatz von Antiinfektiva	
Infektiologische Notfälle		
Akute lebensbedrohliche Infektionen und infektiologische Notfälle		
	Beurteilung des Schweregrads von Infektionen	
	Erkennung und Behandlung einschließlich Erstversorgung von Infektionen mit hoher Kontagiosität	
	Interdisziplinäre Beratung und Behandlung bei lebensbedrohlichen Infektionen	30
	Erkennung und Therapie der Sepsis und des septischen Schocks, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Systemische und Organ-Infektionen		
Epidemiologie, Pathophysiologie, Prävention und Prognosebeurteilung von Infektionskrankheiten einschließlich auf den Menschen übertragbarer Zoonosen		
Einfluss des Lebensalters auf das Immunsystem und Infektionsrisiko		
	Durchführung von infektiologischen Konsilen	400
	Behandlung insbesondere schwerer und komplikativer Verläufe, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit, von	
	- Blutstrominfektionen	
	- Infektionen der Lunge, der Pleura und der oberen Atemwege	
	- kardiovaskulären Infektionen	
	- Harnwegs- und Niereninfektionen	
	- abdominellen und gastrointestinalen Infektionen	
	Mitbehandlung von schweren und komplikativen Verläufen	
	- Infektionen des Nervensystems, parainfektiose neurologische Manifestationen	
	- Infektionen der Knochen und Gelenke	
	- Haut- und Weichgewebeinfektionen	
	- Postoperative Wundinfektionen	
	- Fremdkörper-assoziierte Infektionen	
Fieber unklarer Genese		
Spezielle Pathophysiologie von Inflammation und Fieber		
Spezielle Epidemiologie von Fieber unklarer Genese in verschiedenen Patientengruppen		
	Differentialdiagnose und Behandlung bei unklarem Fieber	
Besondere Fragestellungen der Infektiologie		
Indikationen und Limitationen einer ambulanten parenteralen Therapie mit Antiinfektiva (APAT)		
	Behandlung ambulant erworbener und nosokomialer System- und Organinfektionen bei schweren Verläufen	
	Mitbehandlung von intensivpflichtigen Patienten mit schweren Infektionskrankheiten einschließlich Sepsis und septischem Schock	
	Behandlung von besonderen Infektionen	20
	- Mykobakteriosen	
	- Pilzinfektionen	
	- parasitäre Erkrankungen	
Chronische Infektionen		
	Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Infektionen, insbesondere	20
	- HIV-Infektion	
	- chronische Virushepatitis	
	Suppressionstherapie bei nicht kurativ behandelbaren Organinfektionen	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Infektionsepidemiologie und Ausbruchmanagement einschließlich Pandemien		
Spezielle Epidemiologie, Dynamik und Übertragungsmechanismen von Infektionskrankheiten		
Charakteristika von Epidemien und Pandemien sowie Maßnahmen zu deren Kontrolle		
Prinzipien und Methoden von Public Health bezüglich Infektionskrankheiten		
Bedeutung von Global Health und des Klimawandels hinsichtlich der Verbreitung von Infektionskrankheiten		
	Management von Ausbruchssituationen	
	Mitwirkung bei der Erstellung und Umsetzung von Plänen zur Kontrolle von einrichtungsbezogenen Infektionsausbrüchen	
	Interdisziplinäre Beratung und Kooperation insbesondere mit	
	- Öffentlichem Gesundheitswesen	
	- Hygiene und Umweltmedizin	
	- Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie	
Seltene Infektionskrankheiten		
Erreger und Toxine als Biowaffen		
Seltene einheimische und nicht einheimische Infektionskrankheiten wie M. Whipple, Echinokokkose, Creutzfeld-Jakob-Krankheit, Chagas-Erkrankung, Leishmaniose, Zoonosen		
Infektionen bei besonderen Patientengruppen		
Besonderheiten bei Infektionen von geriatrischen Patienten		
Infektionen während der Schwangerschaft		
	Mitbehandlung bei komplizierten Infektionen von Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Nieren-, Leberinsuffizienz	
Infektionen bei Fernreisenden einschließlich Prävention		
Infektionen bei Tropenrückkehrern		
	Behandlung von Fieber nach Tropenaufenthalt	
Sexuell übertragbare Infektionen (STI)		
Spezielle Pathophysiologie und Infektionsrisiken bei angeborenen, erworbenen und medikamentös induzierten Immundefizienzen		
	Prophylaxe und Prävention von häufigen und opportunistischen Infektionskrankheiten je nach Art und Schweregrad der Immundefizienz	
	Behandlung komplizierter Infektionen einschließlich opportunistischer Infektionen im Rahmen einer Immundefizienz	30

- 8.) In Abschnitt B „Gebiet Innere Medizin“, in den Facharztbezeichnungen „Facharzt / Fachärztin Innere Medizin und Kardiologie“ wird nach dem Bereich „Hämatologische und onkologische Basisbehandlung“ und vor dem Bereich „Kardiologische Basisbehandlung“ der folgende Bereich neu eingefügt:

Infektiologische Basisbehandlung		
Weiterführende Diagnostik, Therapie und Rehabilitation von Infektionskrankheiten		
Meldepflichten gemäß Infektionsschutzgesetz		
	Internistische Basisbehandlung von Infektionskrankheiten	
	Management bei therapieresistenten Erregern	

- 9.) In Abschnitt B „Gebiet Kinder- und Jugendmedizin“, in der Facharztbezeichnung „Facharzt / Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin“ wird im Abschnitt „Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege“ in der Spalte „Handlungskompetenz“ in der dritten Zeile „Therapie von Miktionsstörungen“ ersetzt durch „Therapie von Blasenfunktionsstörungen.“

Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege		
Akute und chronische Erkrankungen der Niere und der ableitenden Harnwege		
	Behandlung häufiger nephro-urologischer Erkrankungen einschließlich der Indikationsstellung zur weiterführenden Behandlung	
	Diagnostik und konservative Therapie von Blasenfunktionsstörungen und Inkontinenz	
	Mitbehandlung komplexer Erkrankungen der Nieren und der ableitenden Harnwege	
	Behandlung akuter Störungen des Wasser-, Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes	
	Behandlung des Bluthochdrucks	

- 10.) In Abschnitt B „Gebiet Kinder- und Jugendmedizin“, in der Facharztbezeichnung „Facharzt / Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin“ wird im Abschnitt „Diagnostische Verfahren“ in der Spalte „Handlungskompetenz“ in der siebten Zeile die Anzahl der „Sonographien einschließlich Dopplertechnik“ bei Schilddrüse von „150“ auf „50“ reduziert.

Diagnostische Verfahren		
	Sonographie einschließlich Dopplertechnik	
	- des Abdomens und des Retroperitoneums einschließlich Urogenitalorgane	200
	- der Nieren und ableitenden Harnwege	100
	- des Gehirns	100
	- der Gelenke und Weichteile	50
	- der Säuglingshüfte	200
	- der Schilddrüse	50

11.) In Abschnitt C wird die „Zusatzweiterbildung Infektiologie“, wie folgt neu gefasst:

Zusatz-Weiterbildung Infektiologie

Die Inhalte der Zusatz-Weiterbildung Infektiologie sind integraler Bestandteil der Weiterbildung zum Facharzt für Innere Medizin und Infektiologie.

Definition	Die Zusatz-Weiterbildung Infektiologie umfasst in Ergänzung zu einer Facharztkompetenz die Vorbeugung, Erkennung und Behandlung erregerbedingter Erkrankungen sowie die interdisziplinäre Beratung bei Fragen, die Infektionskrankheiten oder deren Ausschluss betreffen.
Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none"> – Facharztanerkennung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung oder in Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie oder in Hygiene und Umweltmedizin und zusätzlich – 12 Monate Infektiologie unter Befugnis an Weiterbildungsstätten

Weiterbildungsinhalte der Zusatz-Weiterbildung

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
Infektionsprävention und Infektionsschutz		
Individuelle und öffentliche Infektionsprävention, Prävention der Übertragung infektiöser Erreger		
	Meldung und Dokumentation von Infektionen/Infektionsketten, Mitwirkung bei infektionsepidemiologischen Erhebungen und bei Präventionsplanungen	
Impfprophylaxe einschließlich Impf-Empfehlungen und Impfpläne, aktive und passive Immunisierung		
Nosokomiale Infektionen		
Screening und Dekolonisation von Infektionserregern einschließlich multiresistenter Erreger		
	Behandlung nosokomialer Infektionen	
	Behandlung von Patienten mit Infektionen durch multiresistente Erreger, Meldung und Maßnahmen zur Übertragungsprävention, Dokumentation von Übertragungen und Management von Ausbrüchen	
Infektionsdiagnostik		
Pathomechanismen und Epidemiologie von Bakterien, Pilzen, Parasiten, Viren und anderen infektiösen Agenzien einschließlich ihres lokalisations- und krankheitsspezifischen Erregerspektrums		
Unterscheidung zwischen Kolonisation und Infektion		
Erregerspezifische Prä- und Postanalytik		
	Indikationsstellung zu diagnostischen und differentialdiagnostischen Verfahren sowie Auswahl geeigneter Untersuchungsmaterialien	
Verfahren der mikrobiologischen und virologischen Diagnostik, insbesondere zur Identifizierung und Empfindlichkeitstestung		
	Interpretation von Untersuchungsergebnissen	

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
	Indikationsstellung und Befundinterpretation bildgebender Verfahren bei Infektionskrankheiten	
Antiinfektive Prophylaxe/Therapie		
Pharmakologie, Pharmakokinetik und Pharmakodynamik, Wirkungsspektrum, Resistenzentwicklung, Nebenwirkungen und Interaktionen von Antiinfektiva		
	Therapieempfehlung, Indikationsstellung sowie Auswahl, Dosierung, Therapiedauer und Applikation Antiinfektiva	
	Bewertung von Konzentrationsmessungen von Antiinfektiva in Körperflüssigkeiten	
Interpretation von Resistenzstatistiken		
	Bewertung von Resistenztests im klinischen Kontext	
Perioperative antibiotische Prophylaxe		
Antibiotic Stewardship (ABS)		
Prinzipien und Methoden von Antibiotic-Stewardship, Nebeneffekte der antiinfektiven Therapie und deren Prävention		
	Bewertung des Antiinfektiva-Verbrauchs	
	Anwendung der Empfehlungen zur Verordnung von Antiinfektiva	
	Teilnahme am fachübergreifenden Antibiotic-Stewardship-Team	
Infektiologische Notfälle		
Akute lebensbedrohliche Infektionen und infektiologische Notfälle		
	Beurteilung des Schweregrads von Infektionen	
	Erkennung von Infektionen mit hoher Kontagiosität	
	Therapie der Sepsis, auch in interdisziplinärer Zusammenarbeit	
Systemische und Organ-Infektionen		
Epidemiologie, Vorbeugung, Pathophysiologie, Symptomatik, Erregerspektrum, operative und antimikrobielle Strategien, Wundbehandlung, operative und interventionelle Fokuskontrolle von Infektionskrankheiten		
	Interdisziplinäre infektiologische Beratung zu Differentialdiagnostik und Therapieoptionen systemischer und Organ-Infektionen einschließlich der Mitwirkung bei der Erstellung von Behandlungsplänen (infektiologischer Konsiliarservice) in Fällen	100
Stufendiagnostik, Differentialdiagnose und Therapieoptionen bei		
- Blutstrominfektionen		
- Infektionen der Lunge, der Pleura und der oberen Atemwege		
- kardiovaskulären Infektionen		

Kognitive und Methodenkompetenz Kenntnisse	Handlungskompetenz Erfahrungen und Fertigkeiten	Richtzahl
- Harnwegs- und Niereninfektionen		
- abdominellen und gastrointestinalen Infektionen		
- Hepatitis		
- Infektionen und Infektionsprophylaxe bei Immundefekten und bei erworbener Immundefizienz		
- HIV-Infektionen und ihren Komplikationen		
- Infektionen des Nervensystems, parainfektiose neurologische Manifestationen		
- Infektionen der Knochen und Gelenke		
- Haut- und Weichgewebeinfektionen		
- postoperative Wundinfektionen		
- Fremdkörper-assoziierte Infektionen		
- Fieber unklarer Genese		
Infektiologische Behandlung		
	Behandlung von schweren und/oder komplikativen infektiologischen, fachspezifischen Erkrankungen	
	Behandlung opportunistischer Infektionen einschließlich Beherrschen der Infektionskomplikationen im Rahmen einer Immundefizienz	
Mykobakterien und parasitäre Erkrankungen		
	Behandlung von Pilzinfektionen	
	Behandlung ambulant erworbener und nosokomialer System- und Organinfektionen bei schweren Verläufen	
	Behandlung fremdkörper-assoziiierter Infektionen	
	Mitbehandlung von intensivpflichtigen Patienten mit schweren Infektionskrankheiten einschließlich Sepsis und septischem Schock	
	Langzeitbehandlung von Patienten mit chronischen Infektionen	
Infektionen bei besonderen Patientengruppen		
Infektionen bei pädiatrischen und geriatrischen Patienten sowie während der Schwangerschaft		
Infektionen bei Patienten mit chronischen Erkrankungen wie Diabetes, Nieren-, Leberinsuffizienz		
Infektionen bei Reisenden und Tropenrückkehrern		
Sexuell übertragbare Infektionen		

12.) In Abschnitt C „Zusatzweiterbildung Notfallmedizin“, wird im Kasten „Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO“ der zweite Spiegelstrich wie folgt neu gefasst: „- 6 Monate in der Intensivmedizin oder in Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären Notfallaufnahme“. Gegenüber der vorherigen Version wird das Wort „interdisziplinären“ ergänzt.

Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none">- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung im stationären Bereich unter Befugnis an Weiterbildungsstätten, davon<ul style="list-style-type: none">- 6 Monate in der Intensivmedizin, in Anästhesiologie oder in einer interdisziplinären Notfallaufnahme und zusätzlich <ul style="list-style-type: none">- 80 Stunden Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in allgemeiner und spezieller Notfallbehandlung und anschließend <ul style="list-style-type: none">- 50 Notarzteinsätze im öffentlichen Rettungsdienst (Notarzteinsatzfahrzeug oder Rettungshubschrauber) unter Anleitung eines verantwortlichen Notarztes, davon können bis zu 25 Einsätze im Rahmen eines standardisierten Simulationskurses erfolgen
--	---

13.) In Abschnitt C „Zusatzweiterbildung Tropenmedizin“, wird im Kasten „Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO“ am Ende „und Medizinische Parasitologie“ gestrichen.

Mindestanforderungen gemäß § 11 WBO	<ul style="list-style-type: none">- 24 Monate Weiterbildung in einem Gebiet der unmittelbaren Patientenversorgung und zusätzlich- 9 Monate Tropenmedizin unter Befugnis an Weiterbildungsstätten und zusätzlich- 9 Monate tropenmedizinische Tätigkeit in einer medizinischen Einrichtung in den Tropen und zusätzlich- 3 Monate Kurs-Weiterbildung gemäß § 4 Abs. 8 in Tropenmedizin
--	---

14.) Im Übrigen werden redaktionelle Korrekturen vorgenommen, die keine Auswirkungen auf den Inhalt haben.

II.

In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für Ärztinnen und Ärzte in Hessen 2020 (WBO 2020) wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 29. März 2022

Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –



Genehmigungsvermerk:

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium für Soziales und Integration
V8-18b2120-0001/2008/004

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Weiterbildungsordnung für die Ärztinnen und Ärzte in Hessen der Landesärzte-

kammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.
Wiesbaden, 3. Mai 2022
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Aufgrund §§ 5 Absatz 1 und 15 Absatz 1 des Heilberufsgesetzes in der Fassung der Bekanntmachung vom 7. Februar 2003 (GVBl. I S. 66–87), zuletzt geändert durch Art. 2 des Gesetzes vom 3. Februar 2022 (GVBl. S. 79), i.V.m. § 5 Absatz 6 Buchstabe „a“ der Hauptsatzung der Landesärztekammer Hessen vom 17. Juli 1995 (HÄBL 9/1995, S. 293–295), zuletzt geändert durch Satzung vom 30. November 2021 (HÄBL 1/2022, S. 54), hat die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 folgende Satzung beschlossen:

Satzung zur Änderung der Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

I.

Die Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen vom 10. April 2007 (HÄBL 05/2007, S. 335–336) wird wie folgt geändert:

Satzung zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen

§ 1 Allgemeines

- (1) Die Delegiertenversammlung der Landesärztekammer besteht aus achtzig Kammerangehörigen.
- (2) Die Delegiertenversammlung wird von den Kammerangehörigen auf die Dauer von fünf Jahren in allgemeiner, gleicher, geheimer und direkter Wahl nach den Grundsätzen der Verhältniswahl gewählt. Das Land bildet einen Wahlkreis. Bei der Aufstellung von Wahlvorschlägen sollen Frauen und Männer angemessen berücksichtigt werden.
- (3) Die Wahl der Delegiertenversammlung wird als Briefwahl durchgeführt.

§ 2 Wahlrecht

- (1) Kammerangehörige besitzen das aktive und passive Wahlrecht zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen.
- (2) Nicht wahlberechtigt ist,
 1. wer infolge Richterspruchs das Wahlrecht nicht besitzt,
 2. eine berufsangehörige Person im Sinne des § 2 Abs. 1 Satz 1 des Hessischen Heilberufsgesetzes, für die zur Besorgung aller Angelegenheiten ein Betreuer nicht nur durch einstweilige Anordnung bestellt ist; dies gilt auch dann, wenn der Aufgabenkreis der Betreuungsperson die in § 1896 Abs. 4 und § 1905 des Bürgerlichen Gesetzbuches bezeichneten Angelegenheiten nicht erfasst,
 3. wem nach § 50 Abs. 1 Nr. 3 des Hessischen Heilberufsgesetzes das Wahlrecht zeitweilig entzogen worden ist,
 4. wer das Wahlrecht auf Grund des § 50 Abs. 2 des Hessischen Heilberufsgesetzes nicht besitzt.Das Wahlrecht ruht für Kammerangehörige, die sich auf Grund einer Anordnung nach § 63 des Strafgesetzbuches in einem psychiatrischen Krankenhaus befinden.
- (3) Nicht wählbar sind wahlberechtigte Kammerangehörige, die infolge Richterspruchs die Wählbarkeit oder die Fähigkeit zur Bekleidung öffentlicher Ämter nicht besitzen.

§ 3 Wahlfrist

Das Präsidium der Landesärztekammer Hessen setzt eine Frist fest, innerhalb derer die Wahl vorzunehmen ist (Wahlfrist). Sie beträgt mindestens einundzwanzig Tage und ist im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekanntzumachen. Die Bekanntgabe soll auch auf der Website der Landesärztekammer Hessen www.laekh.de in der Rubrik Kammerwahl erfolgen.

§ 4 Wahlausschuss, Wahlleitung und Wahlausschreiben

- (1) Das Präsidium beruft einen aus fünf Mitgliedern und zwei Ersatzmitgliedern bestehenden Wahlausschuss. Mitglied des Wahlausschusses kann nicht sein, wer sich um einen Sitz in der Delegiertenversammlung bewirbt.
- (2) Das Präsidium beruft aus dem Wahlausschuss eine Person zur Wahlleitung und eine Person als deren Stellvertretung. Die Wahlleitung führt die Wahl durch. Die Wahlleitung und ihre Stellvertretung sollen die Befähigung zum Richteramt haben. Sitz des Wahlausschusses ist der Sitz der Kammer.
- (3) Der Wahlausschuss entscheidet in den ihm übertragenen Fällen mit Stimmenmehrheit. Bei Stimmgleichheit gibt die Stimme der Wahlleitung den Ausschlag.

- (4) Die Sitzungen des Wahlausschusses können – soweit sich aus dieser Satzung nichts anderes ergibt – auch dergestalt stattfinden, dass alle oder einzelne Mitglieder per Video- oder Telefonkonferenztechnik an der Sitzung teilnehmen. Der Wahlausschuss ist beschlussfähig, wenn die Mehrheit seiner Mitglieder persönlich oder unter Nutzung von Video- oder Telefonkonferenztechnik anwesend ist. Darüber hinaus sind Beschlussfassungen im Umlaufverfahren schriftlich oder in Textform möglich.

§ 5 Unterstützung von Wahlvorschlägen

- (1) Die Wahl erfolgt aufgrund von Wahlvorschlägen, die von mindestens dreißig wahlberechtigten Mitgliedern unterschrieben sein müssen (Unterstützende).
- (2) Jedes wahlberechtigte Mitglied darf nur einen Wahlvorschlag unterschreiben.

§ 6 Gebrauch des Wahlrechts

Ein wahlberechtigtes Mitglied kann nur von seinem Wahlrecht Gebrauch machen, wenn es im Wählerverzeichnis eingetragen ist.

§ 7 Wählerverzeichnis

- (1) Die Wahlleitung stellt anhand der ihr vom Präsidium überlassenen Unterlagen das Wählerverzeichnis auf. Das Wählerverzeichnis hat die Privatadressen der wahlberechtigten Mitglieder zu enthalten und ist in achtfacher Ausfertigung zu erstellen.
- (2) Die Wählerverzeichnisse der wahlberechtigten Mitglieder sind mindestens acht Wochen vor dem Beginn der Wahlfrist am Sitz der Landesärztekammer Hessen, bei den Bezirksärztekammern und bei dem Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen öffentlich auszulegen. Die Auslegungsfrist beträgt vier Wochen.
- (3) Die Wahlleitung gibt Ort und Zeit der Auslegung im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekannt. § 3 Satz 3 gilt entsprechend. In der Bekanntgabe ist darauf hinzuweisen, dass spätestens bis 18:00 Uhr des auf das Ende der Auslegungsfrist folgenden Tages bei der Wahlleitung Ansprüche auf Aufnahme und Einwendungen gegen die Aufnahme in das Wählerverzeichnis schriftlich erhoben werden können.
- (4) Das Wählerverzeichnis ist zu ändern, wenn während der Auslegungsfrist durch die Kammer ein Mangel festgestellt wird, ein Kammermitgliedschaftsverhältnis begründet oder beendet oder wenn die Änderung auf Grund von Ansprüchen oder Einwendungen erforderlich wird.
- (5) Über Ansprüche und Einwendungen entscheidet innerhalb von zwei Wochen nach Beendigung der Auslegungsfrist der Wahlausschuss. Das Wählerverzeichnis ist sodann endgültig abzuschließen.

§ 8 Einreichung von Wahlvorschlägen

- (1) Die Wahlvorschläge müssen den Familiennamen, den Vornamen und die Anschrift der bewerbenden Personen enthalten und müssen spätestens siebenzig Tage vor dem Beginn der Wahlfrist eingereicht werden.
- (2) Den Wahlvorschlägen müssen ferner Erklärungen der Bewerber beigefügt sein, dass sie mit der Aufnahme in diesen Wahlvorschlag einverstanden sind. Die Einverständniserklärung kann nur für einen Wahlvorschlag abgegeben werden.
- (3) In jedem Wahlvorschlag sind eine Vertrauensperson und eine Stellvertretung namhaft zu machen, die zur Abgabe von Erklärungen gegenüber der Wahlleitung und dem Wahlausschuss ermächtigt sind. Fehlt diese Angabe, so gilt die an erster Stelle genannte vorgeschlagene Person als Vertrauensperson, die zweite als Stellvertretung.
- (4) Der Wahlausschuss beschließt den Beginn der Frist zur Einreichung von Wahlvorschlägen (§ 8 Abs. 1), die mindestens 130 Tage vor Beginn der Wahlfrist liegen soll. Die Wahlleitung fordert die Kammerangehörigen durch Bekanntgabe der Fristen im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt auf, Wahlvorschläge bei ihr einzureichen (Wahlausschreiben). § 3 Satz 3 gilt entsprechend. Vor der Einreichungsfrist bei der Wahlleitung eingegangene Wahlvorschläge gelten als innerhalb der Wahlfrist eingegangen.

§ 9 Prüfung der Wahlvorschläge

Der Wahlausschuss prüft die Wahlvorschläge und teilt der Vertrauensperson oder seiner Stellvertretung etwaige Mängel mit, welche bis spätestens fünfzig Tage vor Beginn der Wahlfrist abgestellt sein müssen.

§ 10 Zulassung der Wahlvorschläge

- (1) Die Wahlleitung gibt die vom Wahlausschuss zugelassenen Wahlvorschläge bis spätestens dreißig Tage vor Beginn der Wahlfrist im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekannt. § 3 Satz 3 gilt entsprechend.
- (2) Die Wahlvorschläge werden in der Reihenfolge nummeriert, die sich nach der Zahl der Stimmen ergibt, die sie bei der letzten Wahl erreicht haben; die übrigen Wahlvorschläge schließen sich in der Reihenfolge an, die sich aus dem von der Wahlleitung zu ziehenden Losverfahren ergibt. Die Auslosung der Nummern dieser Wahlvorschläge ist öffentlich. Die Kandidatinnen und Kandidaten der Wahlvorschläge sind mit fortlaufender Nummer, Titel, Name, Vorname und Wohnort anzugeben.

§ 11 Stimmzettel

Die Wahlleitung stellt die Stimmzettel her und nimmt die zugelassenen Wahlvorschläge in der sich aus § 10 Abs. 2 ergebenden Reihenfolge unter fortlaufenden Nummern in den Stimmzettel auf. Sie hat dabei die Namen und Anschriften der ersten drei auf der Liste Kandidierenden anzugeben.

§ 12 Wahlbriefunterlagen

Die Wahlleitung hat nach endgültiger Feststellung der Wählerliste und nach Fertigstellung der Stimmzettel spätestens bis zum dritten Werktag vor Beginn der Wahlfrist an jedes in die Wählerliste aufgenommene wahlberechtigte Mitglied einen Stimmzettel und zwei Umschläge zu übersenden, von denen der eine den Aufdruck „Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“ und die fortlaufende Nummer des betreffenden wahlberechtigten Mitglieds im Wählerverzeichnis sowie als Adresse die Anschrift der Wahlleitung, der zweite den Aufdruck „Stimmzettel zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“ trägt.

§ 13 Stimmabgabe

- (1) Das wahlberechtigte Mitglied setzt auf den Stimmzettel hinter den Wahlvorschlag, dem es seine Stimme geben will, ein Kreuz. Enthält der Stimmzettel nur einen Wahlvorschlag, so setzt das wahlberechtigte Mitglied ein Kreuz entweder unter ein neben dem Wahlvorschlag angebrachtes „Ja“ oder unter ein ebenso angebrachtes „Nein“.
- (2) Dann legt es den Stimmzettel in den Umschlag, der durch den Aufdruck „Stimmzettel zur Wahl der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“ gekennzeichnet ist und verschließt den Umschlag. Darauf legt es diesen Umschlag in den Umschlag, der die Aufschrift „Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“, die Wählerverzeichnisnummer und die Anschrift der Wahlleitung trägt, verschließt auch diesen Umschlag und übersendet ihn der Wahlleitung.
- (3) Vor Beginn der Wahlfrist bei der Wahlleitung eingehende Stimmabgaben gelten als innerhalb der Wahlfrist beim Wahlausschuss eingegangen.

§ 14 Wahlauszählung

- (1) Sofort nach Ablauf der Wahlfrist stellt der Wahlausschuss in öffentlicher Sitzung die Zahl der eingegangenen Umschläge fest. Dann stellt er aufgrund der auf dem Umschlag vermerkten Wahlnummer die Wahlberechtigung der absendenden Person durch Vergleichen mit dem Wählerverzeichnis fest und öffnet den Umschlag mit der Aufschrift „Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“. Nachdem sämtliche Umschläge, die den Aufdruck „Stimmzettel zur Wahl zur Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen“ tragen, durcheinandergemischt sind, werden diese Umschläge geöffnet und die auf die einzelnen Wahlvorschläge entfallenden gültigen Stimmen festgestellt.
- (2) Die hiernach auf die einzelnen Wahlvorschläge entfallenden Sitze werden nach dem Höchstzahlverfahren (d'Hondt'sches Verhältniswahlssystem) ermittelt.
- (3) Über den ganzen Vorgang ist eine Niederschrift aufzunehmen, die vom Wahlausschuss zu unterzeichnen ist.
- (4) Ist nur ein Wahlvorschlag zugelassen und erhält dieser nicht die Mehrheit der abgegebenen Stimmen, dann findet eine Wiederwahl nach den für die Neuwahl geltenden Vorschriften statt.

§ 15 Ungültige Stimmzettel

- (1) Ungültig sind:
 1. Stimmzettel, die von einer nicht wahlberechtigten oder nicht in die Wählerliste eingetragenen Person abgegeben worden sind;
 2. Stimmzettel, die sich nicht in dem verschlossenen Umschlag mit der Aufschrift „Stimmzettel zur Wahl der Landesärztekammer Hessen“ befunden haben;
 3. Stimmzettel, die irgendeine Kennzeichnung außer dem Kreuz enthalten;
 4. Stimmzettel, auf denen mehr als ein Wahlvorschlag angekreuzt worden ist.
- (2) Mehrere in einem Umschlag enthaltene Stimmzettel gelten als ein Stimmzettel, wenn sie gleich lauten oder nur einer von ihnen gekennzeichnet ist; sonst zählen sie als ungültige Stimmzettel.

§ 16 Wahlergebnis

- (1) Über die Gültigkeit von Stimmzetteln entscheidet der Wahlausschuss.
- (2) Der Wahlausschuss stellt das Gesamtwahlergebnis fest und teilt es der Aufsichtsbehörde mit. Die Wahlleitung teilt ferner den gewählten Personen ihre Wahl mit und fordert sie zur Erklärung über die Annahme innerhalb einer Frist von einer Woche auf. Geht innerhalb der Frist keine Erklärung ein, so gilt die Wahl als angenommen.
- (3) Die Wahlleitung gibt das Wahlergebnis im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekannt. § 3 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 17 Einwendungen gegen die Wahl

- (1) Einwendungen gegen die Rechtsgültigkeit der Wahl kann jede wahlberechtigte Person binnen zwei Wochen nach der Bekanntgabe des Wahlergebnisses im Staatsanzeiger bei der Aufsichtsbehörde erheben.
- (2) Die Einwendungen können nur darauf gestützt werden, dass gegen das Gesetz oder gegen die aufgrund des Gesetzes erlassene Wahlsatzung verstoßen worden ist, und dass der Verstoß geeignet war, das Ergebnis der Wahl zu beeinflussen.
- (3) Wird die Feststellung des Wahlergebnisses (§ 16 Abs. 2) für unrichtig erachtet, so hebt die Aufsichtsbehörde sie auf und ordnet eine neue Feststellung an.
- (4) Wird festgestellt, dass bei der Wahlhandlung Verstöße gegen die Wahlvorschriften vorgekommen sind, die geeignet sind, das Wahlergebnis wesentlich zu beeinflussen, so erklärt die Aufsichtsbehörde die Wahl für ungültig und ordnet unverzüglich eine Neuwahl an.

§ 18 Nachrückende

- (1) Lehnt ein gewähltes Mitglied der Delegiertenversammlung die Annahme der Wahl vor der konstituierenden Delegiertenversammlung ab oder scheidet ein gewähltes Mitglied vor der Konstituierenden Delegiertenversammlung aus, so tritt an seine Stelle dasjenige Mitglied, das im Wahlvorschlag dem bisher Gewählten folgt. Die Feststellungen trifft die Wahlleitung und gibt sie im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekannt. § 3 Satz 3 gilt entsprechend.
- (2) Scheidet ein Mitglied der Delegiertenversammlung nach der Konstituierenden Delegiertenversammlung aus oder lehnt ein gewähltes nachrückendes Mitglied die Annahme der Wahl ab, so tritt an seine Stelle dasjenige Mitglied, das im Wahlvorschlag dem bisher Gewählten folgt. Die Feststellungen trifft die Präsidentin oder der Präsident und gibt sie im Staatsanzeiger für das Land Hessen und im Hessischen Ärzteblatt bekannt. § 3 Satz 3 gilt entsprechend.

§ 19 Konstituierende Delegiertenversammlung

Die Delegiertenversammlung tritt spätestens drei Monate nach der Wahl zusammen.

II. In-Kraft-Treten

Diese Satzung tritt am 1. Juli 2022 in Kraft.

Die vorstehende, von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Wahlsatzung der Landesärztekammer Hessen wird hiermit ausgefertigt und im Hessischen Ärzteblatt verkündet.

Frankfurt, 12. April 2022



Dr. med. Edgar Pinkowski
– Präsident –

Genehmigungsvermerk:
Hessisches Ministerium
für Soziales und Integration
V8-18b2120-0001/2008/014

Die von der Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen am 26. März 2022 beschlossene Satzung zur Änderung der Wahlsatzung der Landesärztekammer Hessen wird von mir gemäß § 17 Abs. 2 des Heilberufsgesetzes genehmigt.

Wiesbaden, 3. Mai 2022
Im Auftrag gez. Dr. Stefan Herb

Hessisches Ärzteblatt

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

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

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

Dr. med. Peter Zürner

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

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin

Dipl. Soz. Maren Siepmann, Stv. Ltd. Redakteurin

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

Mitglieder der Redaktionskonferenz:

Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)

Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)

Prof. Dr. med. Hans-Rudolf Tinneberg (Akademie)

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

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

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

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

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH

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

Geschäftsführung: Jürgen Führer, Patric Tongbhoyai

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

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

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 140,00

Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00

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

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

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

Leiter Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil

Industrie: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt und verantwortlich für

den Stellen- und Rubrikenmarkt: Marcus Lang, Tel.: +49 2234 7011-302,

E-Mail: lang@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Marek Hetmann, Tel.: +49 2234 7011-318,

E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,

E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verlagsrepräsentanten Industrieanzeigen

Gebiet Nord: Miriam Fege, Tel. +49 4175 4006499,

Mobil +49 172 5792180, fege@aerzteverlag.de

Gebiet Süd: Claudia Soika, Tel. +49 89 15907146,

Mobil +49 172 2363730, soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Petra Schwarz, Tel.: +49 2234 7011-262,

E-Mail: schwarz@aerzteverlag.de

Herstellung:

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278,

E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Petra Möller

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

Bankverbindungen:

Deutsche Apotheker- und Ärztekasse, Köln

Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)

IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEEDDD

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

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

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 8, gültig ab 01.01.2022

Auflage Lt. IVW 4. Quartal 2021:

Druckauflage: 38.717 Ex.; Verbreitete Auflage: 38.452 Ex.

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

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

83. Jahrgang

ISSN 0171-9661

Urheber- und Verlagsrecht

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

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

Haftungsausschluss:

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

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

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Fachtag am 20. Juli: Schutzbedürftig in Hessen

Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte

Veranstalter: Hessisches Bündnis zur verbesserten gesundheitlichen Versorgung psychisch kranker Geflüchteter

Termin: Mi. 20. Juli 2022, 9:30–19:30 Uhr

Ort: Haus am Dom, Frankfurt/Main

Anmeldung: Bis 1. Juli per E-Mail an: veranstaltungen@liga-hessen.de

Zertifizierung bei der LÄKH beantragt

Gebühr: 40 Euro (erm. 20 Euro)

Geflüchtete und Menschen mit Zuwanderungsgeschichte, die psychisch erkrankt sind, werden im deutschen Gesundheitssystem oftmals nicht adäquat versorgt. Gerade sie haben häufig Gewalt erfahren und leiden unter den psychischen Folgen. Vertreter aus der Pra-

xis, aus psychiatrischen Krankenhäusern, der freien Wohlfahrtsverbände sowie der psychosozialen Versorgung Geflüchteter, die sich im o. g. Bündnis zusammengeschlossen haben, veranstalten den Fachtag mit sechs Workshops, der die bestehenden Lücken der psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Zuwanderungsgeschichte zum Thema hat. Der Fachtag ist Teil einer Kampagne, die 2021 mit einem Positionspapier gestartet wurde, das unter anderem von der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit unterzeichnet wurde. Informationen dazu finden sich **im Internet:** www.liga-hessen.de/termine/aktuelle-termine/ (red)

Orientierungshilfe zur Covid-19-Therapie

Die federführenden Fachgesellschaften der S3-Leitlinie zur stationären Therapie von Covid-19-Patienten (u. a. die Deutsche Interdisziplinäre Vereinigung für Intensiv- und Notfallmedizin) haben gemeinsam mit der Fachgruppe Intensivmedizin, Infektiologie und Notfallmedizin am Robert Koch-Institut eine Online-Entscheidungshilfe entwickelt. Das Tool berücksichtigt die zeitliche Phase der Covid-Erkrankung, die aktuelle respiratorische Unterstützung, Risikofaktoren des Patienten sowie dessen Impfstatus. Die Orientierungshilfe ist veröffentlicht unter <https://www.dgiin.de/covriin/index.html#/> Der QR-Code führt dorthin.



GRADO

53. Internationaler Seminarkongress

28. August bis 02. September 2022

in Grado/Italien

Vorläufiges Programm:

- **Notfallversorgung** u. a. des pädiatrischen Notfalls (Anerkennung als D-Arzt-Fortbildung)
- **Aktuelles aus der Rheumatologie:** Rückenschmerz, Muskelschmerz, Erschöpfung
- **Innere Medizin:** Differentialdiagnose im fachspezifischen Austausch
- **Seltene Erkrankungen:** Diagnostik unter Einbeziehung digitaler Anwendungen
- **Umweltmedizin, Reisemedizin** im Zeitalter der Globalisierung und des Klimawandels
- **Ethische Beratung** in der ambulanten und stationären Versorgung
- **Psychosomatische Grundversorgung** (Theorie)
- **Gesundheitspolitik:** Neuausrichtung der medizinischen Versorgung: national (Vorgaben der neuen Bundesregierung) und international im deutschsprachigen Raum
- **DMP:** KHK, Diabetes mellitus I und II, COPD/ Asthma

Für Rückfragen stehen Ihnen Frau Obermaier und Herr Schulte von der Bayerischen Landesärztekammer gerne zur Verfügung:

• a.obermaier@blaek.de – 089 4147-499 • j.schulte@blaek.de – 089 4147-381

Veranstalter:



Kooperationspartner:

