



Hessisches Ärzteblatt

Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen

Auch im Internet: www.laekh.de

2 | 2013

Februar 2013

74. Jahrgang



- **Themenheft Burnout**
 - Burnout – Modediagnose oder behandlungsbedürftige Erkrankung?
 - Burnout – die versteckte Depression? Definition und Abgrenzung
 - Psychische Gesundheit von Ärzten in Deutschland: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Risikofaktoren
 - Die Kehrseite der Medaille – psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten
 - Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf
 - Pharmakologisches „Cognitive Enhancement“
- **Der Arztberuf – Berufung und hohe Verantwortung**
- **Das Versorgungswerk informiert: Beiträge ab 1. Januar 2013**
- **Fortbildungsangebote der KV Hessen**

Villa „Sheherazade“
Einen Beitrag zum Thema „Austern, Harz und Spiritismus“ finden Sie auf Seite 117

Titelbild: © Martin Glauert, Kassel

Hessisches Ärzteblatt

Mit amtlichen Bekanntmachungen
der Landesärztekammer Hessen K.d.ö.R.
und der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen K.d.ö.R.

Impressum**Herausgeber:**

Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-0
Internet: www.laekh.de, E-Mail: info@laekh.de

Schriftleitung (verantwortlich):

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann
Vertreter des Präsidiums: Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der LÄK Hessen:
Dr. med. Peter Zürner
verantwortlich für Mitteilungen der Akademie:
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth

Presse- und Öffentlichkeitsarbeit:

Katja Möhrle, M. A.

Redaktions-Beirat:

Prof. Dr. med. Erika Baum, Biebental
Armin Beck, Flörsheim
Monika Buchalik, Hanau
Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Offenbach
Dr. med. Brigitte Hentschel-Weiß, Groß-Gerau
Prof. Dr. med. Dietrich Höffler, Darmstadt
Dr. med. Hans-Martin Hübner, Langgöns
Prof. Dr. med. Manuela Koch, Marburg
Dr. med. Snjezana Krückeberg, Bad Homburg
Martin Leimbeck, Braunfels
PD Dr. med. Ute Maronna, Frankfurt
Dr. med. Edgar Pinkowski, Pohlheim
Karl Matthias Roth, Fischbachtal
Christian Sommerbrodt, Wiesbaden
Dr. med. Gösta Strasding, Frankfurt
Prof. Dr. med. Michael Tryba, Kassel
Prof. Dr. med. Max Zegelman, Frankfurt

Arzt- und Kassenarztrecht:

Dr. Katharina Deppert,
Gutachter- und Schlichtungsstelle
Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen

Anschrift der Redaktion:

Angelika Kob, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M.
Fon: 069 97672-147, Fax: 069 97672-247
E-Mail: angelika.kob@laekh.de

Redaktionsschluss:

fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag, Anzeigenleitung und Vertrieb:

Leipziger Verlagsanstalt GmbH
Paul-Gruner-Straße 62, 04107 Leipzig
Fon: 0341 710039-90, Fax: 0341 710039-74 u. -99
Internet: www.l-va.de, E-Mail: lk@l-va.de

Verlagsleitung:

Dr. Rainer Stumpe

Anzeigendisposition:

Livia Kummer, Fon: 0341 710039-92, E-Mail: lk@l-va.de

Druck:

Brühsche Universitätsdruckerei GmbH & Co KG
Am Urnenfeld 12, 35396 Gießen

Layout-Design:

Kathrin Artmann, Schwäbisch-Hall
in Zusammenarbeit mit der LÄK Hessen

Zzt. ist Anzeigenpreisliste 2013 vom 1.1.2013 gültig.

Bezugspreis / Abonnementspreise:

Der Bezugspreis im Inland beträgt 125,50 € inkl. Versandkosten (12 Ausgaben), im Ausland 125,50 € zzgl. Versand, Einzelheft 13,00 € zzgl. 2,50 € Versandkosten. Kündigung des Bezugs 2 Monate vor Ablauf des Abonnements. Für die Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

ISSN: 0171-9661

Hessisches Ärzteblatt

**Editorial**

Hessischer Ärztetag am 20. April 2013 **76**

Programm und Anmeldung Hessischer Ärztetag **77**

Editorial zum Thema

Burnout – Modediagnose oder behandlungsbedürftige Erkrankung? **79**

Fortbildung

Burnout – die versteckte Depression? Definition und Abgrenzung **81**

Psychische Gesundheit von Ärzten in Deutschland: **86**

Prävalenz psychischer Erkrankungen und Risikofaktoren **86**

Die Kehrseite der Medaille – psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten **90**

Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf **95**

Pharmakologisches „Cognitive Enhancement“ **100**

Sicherer Verordnen **118**

Bücher

Landesärztekammer Hessen **94**

Der Arztberuf – Berufung und hohe Verantwortung **104**

Akademie für Ärztliche Fortbildung und Weiterbildung, Bad Nauheim **105**

Carl-Oelemann-Schule, Bad Nauheim **111**

Aktuelles

Serviceangebote AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken **113**

Bestmögliche Datenqualität für **114**

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) angestrebt! **114**

Parlando

Austern, Harz und Spiritismus **115**

Arzt- und Kassenarztrecht

4. Kölner Medizinrechtstag: „Das Patientenrechtegesetz“ **119**

Von hessischen Ärztinnen und Ärzten **120**

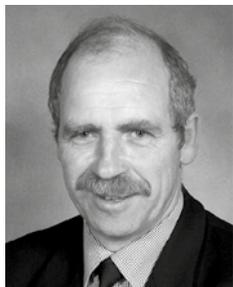
Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen **121**

Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen **126**

In dieser Ausgabe finden Sie eine Beilage der Regionalmanagement NordHessen GmbH, für deren Inhalt der Werbungtreibende verantwortlich ist.

Mit dem Einreichen eines Beitrages 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 Schriftleitung des „Hessischen Ärzteblattes“. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen bzw. bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. Alle Verwertungsrechte der gedruckten und der elektronischen Ausgaben sind der Leipziger Verlagsanstalt GmbH übertragen. Kopien in körperlicher und nichtkörperlicher Form dürfen nur zu persönlichen Zwecken angefertigt werden. Gewerbliche Nutzung ist nur mit schriftlicher Genehmigung durch die Leipziger Verlagsanstalt GmbH möglich. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Schriftleitung keine Verantwortung. Vom Autor gezeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Schriftleitung wieder. Die Veröffentlichung der Beiträge „Sicherer Verordnen“ erfolgt außerhalb der Verantwortung der Schriftleitung und des Verlages.

Hessischer Ärztetag am 20. April 2013



Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
(Foto: privat)

Liebe Kolleginnen und Kollegen, das in wenigen Wochen in Kraft tretende Patientenrechtgesetz war im vergangenen Jahr eines der großen Themen in der Gesundheitspolitik. Aus Erfahrung wissen wir, dass die Gesundheitspolitik eine Dauerbaustelle ist und bleibt.

Wie wird es beispielsweise mit der Krankenversicherung in Deutschland weitergehen? Bewährt sich das Versorgungsstrukturgesetz? Dieser und weiteren Fragen wollen wir am 20. April auf unserem Hessischen Ärztetag in Frankfurt nachgehen. Schließlich stehen uns hessischen Ärztinnen und Ärzten in diesem Jahr drei Wahlen vor der Tür: Kammerwahl, Bundestagswahl und Landtagswahl. Das Programm für den Hessischen Ärztetag finden Sie auf Seite 77. Wir werden nicht nur mit hessischen Politikern diskutieren, sondern Ihnen auch die Gelegenheit geben, das Gespräch mit Vertretern der für die Kammerwahl kandidierenden Listen zu suchen. Zudem werden Ihnen die Mitarbeiter der Landesärztekammer Hessen für Fragen und Beratung beispielsweise zur Weiterbildung gerne zur Verfügung stehen. Nutzen Sie diese Gelegenheit intensiv. Unsere Selbstverwaltung braucht Ihre Beteiligung. Ich freue mich auf Ihr zahlreiches Erscheinen und angeregte Diskussionen.

Diskutiert wurde in den letzten Wochen auch erneut, ob das Strafrecht ausgeweitet werden müsse, um Vertragsärztinnen und Vertragsärzte wegen Bestechlichkeit belangen zu können. Sie erinnern sich, dass der Bundesgerichtshof im Sommer

2012 entschieden hatte, dass niedergelassene Ärzte weder Angestellte noch Funktionsträger von Krankenkassen sind und so nicht wegen Bestechlichkeit angeklagt werden können. Dies lässt jedoch nicht den Rückschluss zu, dass Ärzten Korruption erlaubt ist. Erst wenn die Ärztekammer Kenntnisse von Vorwürfen eines möglichen Verstoßes gegen die Berufsordnung erlangt, kann bzw. muss sie tätig werden. Wenn das Präsidium feststellt, dass der Verdacht eines Verstoßes gegen die Berufsordnung vorliegt, ermitteln die Juristen der Berufsgerichtsabteilung selbständig, um dann dem Präsidium einen Vorschlag für die berufsrechtliche Behandlung des Falles zu unterbreiten. Kommt es zu einer Anschuldigung, vertreten die Juristen die Kammer bei dem zuständigen Berufsgericht für Heilberufe, Verwaltungsgericht Gießen. Das konsequente Vorgehen wegen Verstößen gegen berufsrechtliche Pflichten ist eine vornehme Aufgabe im Interesse nicht nur unserer Patientinnen und Patienten, sondern auch und gerade im Interesse aller korrekt handelnden Kolleginnen und Kollegen. Die einmal mehr medienwirksam verbreitete Ärzteschelte mit dem darin enthaltenen Generalverdacht der Bestechlichkeit in Ärztekreisen weise ich jedoch entschieden zurück. Lassen auch Sie sich nicht von solchen Anwürfen zermürben.

Im vorliegenden Heft, das sich dem Schwerpunktthema „Burnout“ widmet, finden Sie vielmehr handfeste Tipps und Anregungen, wie Ärztinnen und Ärzte gesund bleiben. Resilienz ist schließlich nicht nur ein Thema für unsere Patientinnen und Patienten, sondern auch für uns selbst. Es soll uns nicht wie dem sprichwörtlichen Schuster gehen, der die schlech-

testen Schuhe trägt. Gerade Ärztinnen und Ärzte neigen zur Selbstaussbeutung, denn sie stellen vielfach sehr hohe Anforderungen an sich selbst. Hinzu kommen äußere Belastungsfaktoren wie lange Arbeitszeiten, ausufernde Bürokratie, ökonomischer Druck und zunehmende Arbeitsverdichtung. Ich werde mich auch in diesem Jahr konsequent für eine Verbesserung der Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit einsetzen. Dazu gehören auch Verbesserungen in der Kammer selbst. Seit Januar bietet die Akademie für Fort- und Weiterbildung für drei- bis achtjährige Kinder von Veranstaltungsteilnehmern/-innen an Freitagnachmittagen sowie ganztätig an Samstagen eine Betreuung in Bad Nauheim an. Mit diesem Angebot trägt die Kammer aktiv zur Vereinbarkeit von Familie und Beruf bei, ist diese doch ein wichtiger Faktor für die Erhaltung der eigenen Gesundheit.

Haben Sie zu diesem oder anderen Themen weitere Ideen, Vorschläge, Lob oder auch Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Ich freue mich, wenn Sie mich in meiner „Telefonsprechstunde“ direkt ansprechen. Auch im Februar bin ich jeden Dienstagabend in der Zeit von 19:00 bis 20:00 Uhr unter 069 97672-777 persönlich für Sie da.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mitveranstalterin:
Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KV H)



Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) lädt ein zum

Hessischen Ärztetag

„Dschungel Gesundheitssystem“

am 20. April 2013 von 10 - 16 Uhr in den Mainarcaden Frankfurt* Kurt-Schumacher-Str. 10, 60311 Frankfurt

Vorträge und Diskussionen mit prominenten Referenten aus Politik, Ärzteschaft und Wirtschaft

Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Programm:

10:00 Uhr: Begrüßung und Moderation

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach,
Präsident der Landesärztekammer Hessen

10:10 Uhr: Musikalischer Auftakt

Gießener Studentenorchester

10:20 Uhr: Erfüllt das Versorgungsstrukturgesetz die Erwartungen aus Sicht der Landesregierung?

Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister

10:35 Uhr: Die Bürgerversicherung – Gefahr oder Chance für die Versorgung?

Dr. Thomas Spies, Sozialpolitischer Sprecher der hess. SPD-Landtagsfraktion

10:50 Uhr: Private Krankenversicherung – auf dem Weg zur letzten Ruhe?

Dr. Volker Leienbach, geschäftsführendes
Vorstandsmitglied des PKV-Verbands

11:05 Uhr: Musikalisches Intermezzo

Gießener Studentenorchester

11:10 Uhr: MFA-Bestenehrung und Ehrung langjähriger Ausbilder

Präsident Dr. von Knoblauch zu Hatzbach,
Stefan Grüttner, Hessischer Sozialminister

11:25 Uhr: Podiumsdiskussion „Dschungel Gesundheitssystem: Wenn Politik auf Wirklichkeit trifft“

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, Staatsminister Stefan Grüttner, Dr. Volker Leienbach, MdL Dr. Thomas Spies, N.N., KV Hessen, Monika Buchalik, Präsidiumsmitglied LÄKH, Dr. Susanne Johna, Marburger Bund
Moderation: Wolfgang van den Bergh, Chefredakteur der Ärztezeitung

12:30 Uhr: Eröffnung der Ausstellung zum Entzug der Approbation jüdischer Ärztinnen und Ärzte 1938 „Fegt alle hinweg“

13:00 Uhr bis 14:00 Uhr: Mittagspause mit Imbiss

14:00 Uhr – 16:00 Uhr: Vorträge und Podiumsdiskussion

Moderation: Dr. von Knoblauch zu Hatzbach

14:00 Uhr: Schlussfolgerungen aus kabarettistischer Sicht

Elephant toilet, Medizinerkabarett aus Gießen

14:15 Uhr: Selbstverwaltung – Lust oder Frust?

Dr. Roland Kaiser, Ärztlicher Geschäftsführer LÄKH,
Jörg Hoffmann, Geschäftsführer KVH

14:45 Uhr: Podiumsdiskussion mit dem Plenum - Was muss sich aus Sicht der Betroffenen in Klinik und Praxis ändern?

Dr. von Knoblauch zu Hatzbach, N. N., KV Hessen,
Dr. Susanne Johna, Marburger Bund, Cand. med. Jan Bauer
Moderation: Wolfgang van den Bergh

15:30 Uhr: Schlusswort

Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach

10:00 Uhr bis 15:30 Uhr: Parallele Info-Foren

Altersvorsorge in Klinik und Praxis - Versorgungswerk und
EHV der KVH informieren

Koordinierungsstelle Allgemeinmedizin

„Kammerarbeit persönlich“:

Kurzvorstellung der Abteilungen mit Sprechstunde: Weiterbildungsabteilung, Akademie für ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Schule, EDV

***Mainarcaden (im Haus der Stadtwerke Frankfurt, Nähe Konstablerwache)**

Anmeldung

zum Hessischen Ärztetag

„Dschungel Gesundheitssystem“

am 20.04.2013

Die Teilnahme an der Veranstaltung ist kostenlos.

Die Veranstaltung ist mit 5 Fortbildungspunkten zertifiziert.

Name/Vorname: _____

Anschrift: _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Information:

Katja Möhrle, Pressereferentin
der Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3
60488 Frankfurt
Fon: 069 97672-188
Fax: 069 97672-224
E-Mail: katja.moehrle@laekh.de

Anmeldung:

Stephanie Pfaff
Akademie für Ärztliche Fort- und
Weiterbildung der Landesärzte-
kammer Hessen
Fon: 06032 782-222
Fax: 069 97672-67222
E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

Burnout – Modediagnose oder behandlungsbedürftige Erkrankung?

Götz Mundle

Der Begriff Burnout erfährt aktuell eine kontroverse Diskussion. Befürworter des Begriffes Burnout sehen sich durch neuere Umfragen und Veröffentlichungen darin bestätigt, dass Burnout nicht nur aufgrund seiner gesundheitspolitischen und sozio-ökonomischen Bedeutung, sondern aufgrund des erheblichen individuellen Leidensdruckes und der Zunahme der Häufigkeit von psychischen Erkrankungen eine hohe gesellschaftliche und medizinische Relevanz hat. Einzelne Untersuchungen sprechen je nach Berufsgruppe von Burnout-Raten von 20 bis 30 %, wobei Ärzte und Therapeuten zu der Spitzengruppe gehören. In dem Ärztemonitor 2012 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), einer Befragung an knapp 11.000 niedergelassenen Ärzten, gaben über 90 % der Befragten an, ihre Arbeit als „nützlich und sinnvoll“ zu erleben und mit ihrer Arbeit zufrieden zu sein. Über 80 % empfanden ihren Beruf sogar als „Berufung“. Dennoch berichteten knapp 50 % der Ärzte, am Ende des Arbeitstages völlig erledigt zu sein und knapp 30 % fühlten sich durch die Arbeit ausgebrannt. Kritiker des Begriffes Burnout wenden ein, dass es keine einheitliche Definition gebe und Burnout als ein Sammelbegriff für unterschiedliche, arbeitsbezogene Erschöpfungszustände und psychische Erkrankungen ohne klare Abgrenzungen verwendet werde. Im ICD 10 ist Burnout keine Krankheitsdiagnose, sondern wird als „Restkategorie Z 73, Probleme verbunden mit der Lebensführung“ aufgeführt, im Diagnostischen Manual der Amerikanischen Psychiatrischen Vereinigung (DSM IV) gibt es den Begriff Burnout nicht. Aufgrund fehlender Diagnosekriterien seien keine genaue Aussagen über die Häufigkeit oder Kostenrelevanz von Burnout möglich. Burnout werde zudem als Ausweichdiagnose für zugrundeliegende psychische Störungen wie Depression, Angst-

oder Abhängigkeitserkrankungen verwendet und verhindere eine adäquate, leitliniengerechte Behandlung.

Aus der klinischen Praxis mit vielen individuellen Krankheits- und Leidensgeschichten von Patientinnen und Patienten unserer Kliniken wissen wir, dass beide Pole der Diskussion ihre Berechtigung haben. Burnout als chronische Überforderung am Arbeitsplatz stellt häufig Risikozustand und Auslöser einer psychischen Erkrankung dar. Im therapeutischen Kontext ist das Burnout-Konzept als Erklärung für individuelle Krankheitsentwicklungen mit äußeren, arbeitsplatzbedingten und inneren persönlichkeitsbedingten Faktoren sehr hilfreich. Es bietet Therapeuten und Patienten die Chance, Krankheitsentwicklungen auf dem Hintergrund beruflicher sowie individueller Stressoren zu verstehen, therapeutische Interventionen durchzuführen und Maßnahmen im Sinne der Verhaltensprävention vorzubereiten. Für viele Betroffene stellt der Begriff Burnout außerdem einen „Türöffner“ dar, um erstmals über psychische Probleme sprechen und sich selbst in Behandlung begeben zu können.

Gerade Ärzten fällt es schwer, die professionelle Rolle zu verlassen und sich selbst einzugestehen, Hilfe zu benötigen. Nicht nur für die Behandlung, auch für die Prävention ist diese Fähigkeit von zentraler Bedeutung. Ein Ziel dieses Themenheftes ist daher neben der fachlichen Diskussion über die Definition des Begriffes Burnout eine Sensibilisierung für Warnsignale einer möglichen Burnout-Entwicklung im Arbeitsalltag. In der heutigen Zeit der zunehmenden

Anforderungen und Belastungen im Gesundheitswesen ist es notwendig, frühzeitig Hinweise auf eigene Überforderungen zu erkennen und im Sinne der Resilienz konstruktiv mit all den fachlichen, ökonomischen und emotionalen Herausforderungen des (Berufs-)Alltages umzugehen. Die allermeisten Ärzte arbeiten mit großem Engagement und Idealen in ihrem Beruf und versuchen, selbst schwierigste Situationen kompetent zu meistern. Gelingt es nicht, frühzeitig eigene Grenzen und Überlastungen wahrzunehmen und aktiv damit umzugehen, kann für die Betroffenen kaum spürbar eine Spirale chronischer emotionaler und körperlicher Überforderung einsetzen. Das immer noch stark ausgeprägte Tabu, als Arzt selbst betroffen und erkrankt zu sein, und verinnerlichte Idealbilder, nicht nur Patienten, sondern auch sich selbst immer helfen zu können, verhindern Behandlungen und führen zu chronifizierten Krankheitsverläufen, die für Betroffene und Angehörige im privaten und beruflichen Umfeld sehr belastend sind. Dabei bietet gerade der Arztberuf in besonderem Maße Chancen für Sinngebung, Identität und Entfaltungspotentiale im Arbeitsalltag.

Kaum untersucht ist bisher die Fragestellung, wie bleibe ich „gesund“ und lebendig im heutigen Gesundheitswesen. Das von der Bundesärztekammer geförderte Forschungsprojekt „Resilienz im Arztberuf“ widmete sich in über 200 qualitativen Interviews mit Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen Fragen nach „gesunderhaltenden“ Strategien im Sinne der Resilienz und Salutogenese: Wie bleiben Ärzte

unter den heutigen Rahmenbedingungen im Gesundheitswesen gesund? Welche Faktoren führen zur Zufriedenheit am Arbeitsplatz? Wie können inmitten des heutigen Arbeitsalltages Sinnstiftung, Identität und eigene Werte gelebt werden? Wie können äußere Freiheitsgrade geschaffen und innere Freiheitsgrade ausgebaut werden? Wie kann jeder Einzelne seine eigenen Potentiale entfalten und hierdurch etwas für seine eigene Lebendigkeit und Gesundheit tun? Ein spannender und neuer Forschungsansatz, erste Ergebnisse dieser Untersuchungen werden in dem Beitrag „Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf“ dargestellt.

Zu den einzelnen Beiträgen: Matthias Berger et al., Freiburg, gehen auf die Differenzierung und Versachlichung der Definition des Begriffes Burnout ein, insbesondere in der Abgrenzung zur Depression. Geeignete Möglichkeiten der Intervention und Prävention werden vorgestellt und diskutiert. Michael Unrath stellt anhand einer systematischen Literatursuche die Prävalenz und Risikofaktoren psychischer Gesundheit bei deutschen Ärzten dar. Aufgrund der Studienlage ist davon auszugehen, dass Ärzte in Deutschland in der Tendenz häufiger von psychischen Erkrankungen betroffen sind als die Allgemeinbevölkerung. Kritisch angemerkt werden muss, dass viele dieser Untersuchungen alleine auf Screening-Instrumenten basie-

ren, die die Tendenz haben, Häufigkeiten zu überschätzen. Da in diesem Themenheft nicht nur Zahlen, sondern auch individuelle Entwicklungen von Krankheitsbildern vorgestellt werden sollen, handelt der Beitrag „Die Kehrseite der Medaille: Psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten“ von Erkrankungs- und Behandlungsverläufen von selbst betroffenen Ärztinnen und Ärzten. Jedes einzelne Schicksal zeigt, wie nahe Gesundheit und Krankheit beieinander liegen und Entwicklungen im Alltag schleichend und fast unbemerkt verlaufen können. Wie Ärzte ihren Arbeitsalltag gesund bewältigen können, beschreibt Julika Zwack, Heidelberg, die selbst die Untersuchung an über 200 Ärzten geleitet hat. Im Sinne der Resilienz wurde in dieser Untersuchung der Frage nachgegangen, welche Möglichkeiten gibt es im Arztberuf und im Privatleben gesund zu bleiben bzw. diesen gesund zu gestalten. Aufgezeigt werden eine Fülle salutogenetischer Strategien im Kontakt mit Patienten und Mitarbeitern, die wertorientiert und identitätsstiftend sind, die eigene Präsenz stärken und die Chance bieten, lebendig und gesund seinen Arbeits- und Lebensalltag zu gestalten. Andreas Franke und Klaus Lieb, Mainz, werden in ihrem Beitrag „Pharmakologisches Cognitive Enhancement“ eine Begriffsbestimmung zu dem Themenkomplex „Hirndoping“ vornehmen und aufzeigen, zu welchen „Mitteln“ Ärzte greifen, wenn keine Strate-

gien vorhanden sind, aktiv und „gesund“ mit Stress umzugehen. Neurodoping als heute „legale“ Form des Doping stellt gerade bei Ärzten aufgrund der Verfügbarkeit von Medikamenten ein wichtiges und kontrovers diskutiertes Thema dar.

Bei der Lektüre der folgenden Seiten wünsche ich Ihnen vielfältige Anregungen und Informationen. Wenn dieser Schwerpunkt dazu beiträgt, die Diskussion um den „Modebegriff“ Burnout zu versachlichen und betroffenen Patienten, auf der Basis einer adäquaten Diagnostik die notwendigen Hilfen und falls notwendig therapeutischen Maßnahmen anzubieten, wäre viel erreicht. Wenn dieser Schwerpunkt hilft, eine Diskussion über Strategien der Resilienz und Salutogenese als Basis für einen „gesunden“ Arbeitsalltag im Gesundheitswesen anzustoßen, würden Patienten und Ärzte profitieren. Bei dem heute bestehenden Ärztemangel muss diese Diskussion intensiv geführt werden.

Anschrift des Verfassers

Professor Dr. med. Götz Mundle

Ärztlicher Geschäftsführer

Oberbergkliniken

Charlottenstraße 60

10117 Berlin

Tel.: 030 319850400

Fax: 030 319850411, E-Mail:

goetz.mundle@oberbergkliniken.de

www.oberbergkliniken.de

Burnout – die versteckte Depression? Definition und Abgrenzung*

Prof. Mathias Berger¹, Dipl.-Psych. Carlotta Schneller², Prof. Wolfgang Maier³

Zunehmende Sorge um steigende psychische Belastungen in einer sich rasch wandelnden Arbeitswelt spiegeln sich in einer öffentlichen Debatte um den Schutz vor „Burnout“ oder Stress am Arbeitsplatz wider. Sich intensivierende berufliche Anforderungen stellen ein Problem für Menschen dar, die unabhängig von ihrer Arbeit psychisch erkrankt sind und an ihrem angestammten Arbeitsplatz verbleiben wollen.

Das Burnout-Phänomen

Burnout ist ein öffentlich viel beachtetes Thema mit exponentiell wachsendem Interesse geworden. Eine einfache Abfrage mittels der Internetsuchmaschine Google ergab 2010 noch 1,2 Mio, 2011 insgesamt 3,7 Mio und für 2012 bereits 5,8 Mio Treffer.

Leitsymptom des Burnout-Zustandes ist ein andauerndes Erschöpfungserleben, welches im zeitlichen Zusammenhang mit einer längeren Belastung, etwa einer Arbeitsbelastung, gebracht wird [4; 6; 15]. Daneben wurden, wie ein DiMDI-Report (Deutsches Institut für Medizinische Dokumente und Information) ergab, 120 verschiedene Beschwerden von unterschiedlichen Autoren dem Burnout zugeordnet. Eine einheitliche Definition existiert in der Fachwelt aber nicht. Der Begriff „Burnout“ stellt jedoch eine Art „Türöffner“ dar z.B. gegenüber Ärzten oder in der Öffentlichkeit über psychische Probleme zu sprechen. „Burnout“ wird als eine Störung der Leistungs-

starken, die sich für etwas „ausgebrannt“ haben, verstanden. So versucht man die Stigmatisierung psychischer Störungen zu umgehen. Die öffentliche Debatte um das Thema Burnout ist aus dieser Perspektive zunächst zu begrüßen. Außerdem sensibilisiert sie für die Zusammenhänge von Lebensführung, psychosozialen Belastungen und psychischen Beschwerden.

Zur Versachlichung und Bewertung der verfügbaren äußerst heterogenen epidemiologischen Daten halten wir einen konsequenten sprachlichen Gebrauch in der Darstellung von Facetten des sogenannten Burnouts sowie eine einheitliche Codierpraxis gemäß der ICD-10 für unerlässlich [4]. Die Zusammenhänge zwischen psychosozialen Belastungen am Arbeitsplatz, Burnout und psychischen und somatischen Erkrankungen sind in der Abbildung 1 dargestellt. In Abhängigkeit von individueller Disposition kann aus Bedingungen und Anforderungen am Arbeitsplatz eine Überforderung erwachsen, die als „Stress“ mit den psychischen und somatischen Begleitreaktionen erlebt wird (Abb. 1, Schritt 1). „Arbeitsüberforderung“ ist dabei als subjektiv erlebter psychischer Zustand gemeint, der z.B. durch ein das bisherige Leistungsprofil quantitativ und qualitativ übersteigendes aktuelles Tätigkeitsprofil bedingt sein kann. Es können vorübergehende Beschwerden auftreten, wie Erschöpfungsgefühl, Depersonalisation, die sich oft in Zynismus äußert, und eine Leistungsminderung. Diese klingen in der Regel zumindest anfänglich in arbeitsfreien Phasen wie an Wochenenden ab. Erst bei

andauernden Beschwerden und Einschränkungen von mehreren Wochen bis Monaten, die durch Regeneration, z.B. Urlaubszeiten nicht mehr rückläufig sind, sollte der Begriff „Burnout“ verwendet werden. Dabei ist die Schwelle zur manifesten Erkrankung oft noch nicht überschritten, was durch die Konsultation eines Arztes abgeklärt werden sollte. Auch wenn noch keine Krankheit vorliegt, sollte der Arzt diesen Risikozustand erkennen und als Z73 („Probleme mit Bezug auf Schwierigkeiten bei der Lebensbewältigung“) nach ICD-10 codieren (Abb. 1, Schritt 2). Dieses Kapitel Z der ICD-10 nennt Faktoren, welche den Gesundheitszustand beeinflussen und zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems führen, ohne dass bisher eine Krankheit vorliegt. Burnout, respektive Z73 wird jedoch als Risikozustand verstanden. Im Besonderen stellt es ein Risiko für somatische und psychische Folgeerkrankungen wie Hypertonie, Tinnitus oder Depressionen, Angsterkrankungen oder Medikamentenabhängigkeit dar (Abb. 1, Schritt 3). Die diagnostische Klärung dieser typischen Folgestörungen ist in jedem Fall unerlässlich, da diese das Rational zur Therapie bestimmen. Falls eine Erkrankung infolge eines Burnout eingetreten ist, sollte sie selbstverständlich ebenfalls kodiert werden und durch die Zusatzkodierung Z73 der Zusammenhang mit einer Arbeitsbelastung dokumentiert werden. Dies ist für die Therapie aber vor allem für die berufliche Wiedereingliederung und Rückfallprophylaxe von hoher Relevanz. Wie Abbildung 1 weiter darstellt (Schritt 4) kann es umgekehrt aber auch zu einem Burn-

* Dieser Artikel enthält Teile eines im „Nervenarzt“ (11/2012) publizierten umfangreicheren Beitrags zu dieser Thematik

¹ Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie, Albrecht-Ludwigs-Universität Freiburg, Universitätsklinik

² Geschäftsstelle der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde

³ Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Bonn

out-Erleben kommen, wenn eine körperliche oder psychische Erkrankung besteht und sich auf die Leistungsfähigkeit am Arbeitsplatz auswirkt. Beispielhaft sind hierfür Multiple Sklerose, Demenz, Tumor-erkrankungen oder Psychosen zu nennen. Sie können etwa durch eine verminderte Konzentration und andere kognitive Einschränkungen zu einer reduzierten Leistungsfähigkeit, Überforderung und Insuffizienzerleben führen.

Vor dem Hintergrund dieser Strukturierung wird die Notwendigkeit einer schärferen Trennung in der Begriffsverwendung offensichtlich. Dabei ist vor allem zwei

gängigen unsachlichen, missverständlichen Sichtweisen entgegenzutreten:

1) *Burnout als Sammelbegriff für psychische Erkrankungen am Arbeitsplatz.*

Diese Auffassung ignoriert die zwei gänzlich unterschiedlichen Pathogenesen, d.h. Burnout-Beschwerden entweder als Auslöser oder als Folge einer Erkrankung (Abb. 1, Schritt 3 und 4). Diese Differenzierung hat praktische Implikationen für die Behandlung und darf somit nicht durch eine „Pseudodiagnose Burnout“ verdeckt werden.

2) *Die Verwendung des Begriffes „Burnout“ für Depressionen bei Erwerbstätigen.*

Mit dem oft als weniger stigmatisierend empfundenen Label „Burnout“ besteht die Gefahr, dass eine Depression, die unter anderem auch Burnout ähnliche Beschwerden umfasst, verharmlost wird und die notwendigen leitlinienentsprechenden Behandlungsmaßnahmen nicht eingeleitet werden. Damit steigt u.a. das Risiko der Chronifizierung.

Die öffentliche Burnout-Diskussion hat verstärkt auch Politik und Sozialpartner auf die Brisanz des Themas psychische Erkrankungen in der Arbeitswelt aufmerksam gemacht. So wurde neuerdings der Schutz der Gesundheit bei arbeitsbedingten psychischen Belastungen als eines von drei zentralen Zielen der Gemeinsamen Deutschen Arbeitsschutzstrategie formuliert. Die Relevanz ergibt sich aus den Entwicklungen der Daten zur Arbeitsunfähigkeit. Der Anteil der psychischen Erkrankungen an den Arbeitsunfähigkeitstagen lag im Jahr 2010 bei 9,3 % gegenüber 6,2 % im Jahr 2000 und das bei insgesamt sinkenden bzw. konstant bleibenden AU-Zahlen [2]. Noch stärker ist diese Entwicklung an der Statistik der deutschen Rentenversicherung im Bereich der Rentenzugänge wegen verminderter Erwerbsfähigkeit abzulesen. Waren Anfang der 90er Jahre noch die Gruppe der Krankheiten des Muskel-Skelettsapparates führend, sinken diese Berentungszahlen über die vergangenen zwanzig Jahre kontinuierlich ab, während die Frühberentungen aufgrund psychischer Erkrankungen zunehmen und heute für knapp 40 Prozent aller Fälle von Frühberentung verantwortlich sind. Diese Verlagerung von somatische auf psychische Erkrankungen dürfte nicht nur ihren Grund in der schrittweisen Entstigmatisierung letzterer haben.

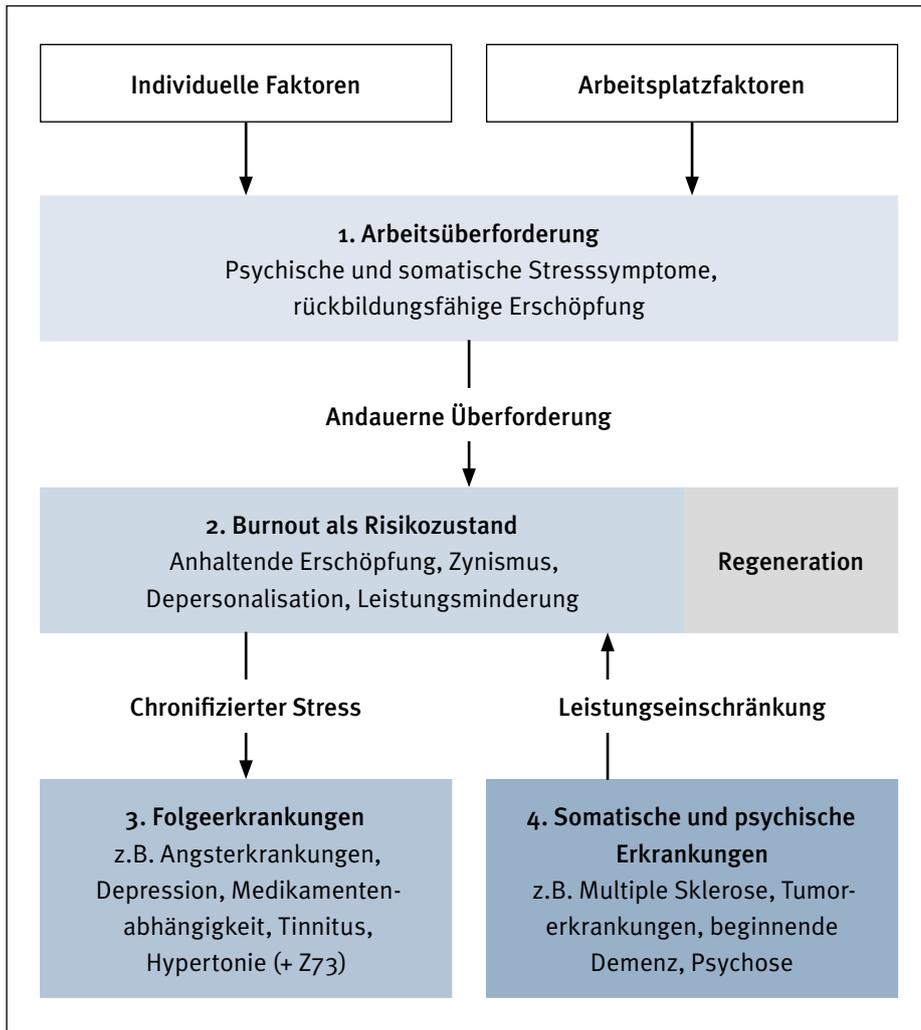


Abbildung 1: Klassifikation von Arbeitsüberforderung, Burnout und Krankheit

Risikofaktoren und Belastungen am Arbeitsplatz

Die moderne Arbeitswelt ist zunehmend technisiert, flexibilisiert und globalisiert. Diese Entwicklungen bergen trotz der an vielen Stellen eintretenden Arbeitserleichterung auch neue Risiken für die psychische und körperliche Gesundheit der Beschäftigten. An vielen Arbeitsplätzen sind die Arbeitsbedingungen durch Arbeitsverdichtung, steigenden Zeit- und Leistungsdruck oder ein Verwischen der Grenzen zwischen Arbeit- und Freizeit gekennzeichnet.

Neben genetischer Disposition, frühkindlicher Prägung und Persönlichkeitsmerkmalen haben vor allem Sozialisations- und Lebensbedingungen d.h. psychosoziale Belastungen Einfluss auf die Entstehung psychischer Störungen. Einflussreiche Modelle der Arbeitswissenschaft versuchen den Zusammenhang zwischen Arbeitsplatzbedingungen und psychischer Gesundheit zu beschreiben: das Effort Reward Imbalance Modell von Siegrist [19] sowie das Job-Demand-Control Modell [13]. Wissenschaftliche Studien zur Überprüfung der Modelle konzentrieren sich dabei überwiegend auf häufige Störungen wie Depression, Angsterkrankungen oder Anpassungsstörungen [17; 18; 20]. Beide Modelle sind evidenzbasiert. Als zusätzliche Risikofaktoren am Arbeitsplatz sind Rollenkonflikte, zu hohe Erfolgserwartungen der Beschäftigten, mangelnde Anerkennung und soziale Unterstützung bestätigt.

Erhaltung und Wiederherstellung psychischer Gesundheit von Arbeitnehmern

Angesichts der unsachgemäßen Verwendung des Begriffes „Burnout“ verwundert es wenig, dass in der Literatur über Gegenmaßnahmen gleichsam eine Verwirrung der Begriffe Prävention und Therapie an-

zutreffen ist. Eine Differenzierung der unterschiedlichen Aufgabenfelder anhand der in Abb. 1 beschriebenen Stadien soll zur Übersichtlichkeit beitragen: 1. Allgemeine Prävention von chronischen psychosozialen Überlastungen am Arbeitsplatz, 2. Gezielte präventive Maßnahmen zur Reduktion von Burnout-Beschwerden um das Risiko des Auftretens von somatischen oder psychischen Folgeerkrankungen zu senken, 3. Therapie von Erkrankungen, die als Folge eines Burnouts aufgetreten sind. Auf die Therapie und Wiedereingliederung der Erkrankungen, die unabhängig von der Arbeit aufgetreten sind (Schritt 4), aber die Arbeitsfähigkeit einschränken (Pseudo-Burnout), wird im Folgenden nicht weiter eingegangen.

Prävention bezüglich der Folgen psychosozialer Risikofaktoren am Arbeitsplatz

Zum Schutz vor gesundheitsschädigenden Auswirkungen von Arbeitsbedingungen werden Maßnahmen der Verhältnisprävention auf organisationaler Ebene von Maßnahmen, die auf das einzelne Individuum bezogen sind, die Verhaltensprävention, unterschieden. Nach geltendem Arbeitsschutzgesetz ist dabei verhältnispräven-

tiven Ansätzen Vorrang zu geben, welche an der Gestaltung von Arbeitsprozessen und betrieblichen Abläufen, Führung oder der Unternehmenskultur ansetzen. In der Praxis scheinen jedoch vor allem ausgewählte Programme der Verhaltensprävention umgesetzt zu werden wie Beratungsprogramme, Kommunikationstraining, Workshops zum Umgang mit Stress, Zeitmanagementkurse oder Entspannungsverfahren [5].

Es werden Maßnahmen der Verhältnisprävention und der Verhaltensprävention unterschieden.

Der Markt an verhaltenspräventiven Interventionen bei psychischen Belastungen am Arbeitsplatz ist unübersichtlich, so dass es sinnvoll scheint, Maßnahmen zur allgemeinen Prävention – Zielgruppe sind alle Beschäftigten – von der gezielten Prävention abzugrenzen, welche bei Beschäftigten mit ersten Burnout-Beschwerden oder in belasteten Arbeitsbereichen ansetzt. An der Wirksamkeit der Primärprävention von Beschäftigten ohne initiale Burnout-Beschwerden wurden aufgrund von Interventionsstudien erhebliche Zweifel geäußert [7]. Dabei sind die Interven-

tionen zur primären Prävention von psychosozialen Risiken am Arbeitsplatz, wie sie in Deutschland häufig im Rahmen von Programmen zur Betrieblichen Gesundheitsförderung angeboten werden, so gut wie nicht evidenzbasiert. Dabei gibt es aus anderen Bereichen der Gesundheitsförderung gute Beispiele zur theoriegeleiteten und evidenzbasierten Entwicklung von Programmen zur Gesundheitsförderung etwa zur Prävention von HIV oder der Raucherentwöhnung [11]. Bessere Evidenzen liegen für neuere Präventionsprogramme vor, die Verhaltens- und Verhältnisprävention kombinieren. Die günstige Wirkung auf die individuelle und betriebliche Ebene addieren sich dabei [22]. In der Praxis scheint trotz dieser positiven Effekte ein Umsetzungsdefizit zu bestehen. Laut einer Umfrage unter Betriebs- und Werksärzten sind Präventionsmaßnahmen im Bereich der psychischen Belastungen und Erkrankungen noch unzureichend verbreitet [8]. Die Befragten sehen in Unternehmen einen hohen Bedarf an Information und Aufklärung über den Umgang mit psychischen Erkrankungen. Dies gilt insbesondere für kleine und mittelständische Unternehmen.

Die Notwendigkeit, Arbeitsbedingungen im Sinne einer Verhältnisprävention belastungsarm zu gestalten, wird von den beteiligten Akteuren weitgehend anerkannt [1; 5]. Zur Abschätzung psychosozialer Risikofaktoren sind ebenso wie in anderen Bereichen wie Lärm, Toxine oder Ergometrie Gefährdungsbeurteilungen und -analysen durchzuführen. Die wenigen vorhandenen Studien zum Einsatz von Instrumenten der Gefährdungsbeurteilung von psychischen Belastungen deuten zumindest in Deutschland auf einen mangelhaften Einsatz hin [3]. Die Autoren kritisieren außerdem, dass nicht ersichtlich ist ob aus einer Mängelanalyse auch tatsächlich Maßnah-

men zur Verbesserung der Arbeitsbedingungen abgeleitet werden. Als hemmende Bedingungen wird unter anderem fehlendes Wissen und Qualifikation auf Seiten der betrieblichen Verantwortlichen genannt, sowie ein unübersichtliches Angebot der bestehenden Analyseinstrumente. Auch im aktuellen Newsletter der dem Bundesarbeitsministerium unterstellten Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin wird der Bedarf nach handhabbaren Verfahren zur Ermittlung der psychischen Belastung betont [1]. Hier sind neben der Wissenschaft Sozialpartner und Ministerien für Arbeit und Soziales bzw. für Gesundheit gefragt, die zurzeit zusammen mit den Betriebsärzten nach Lösungen für die Verbreitung und Umsetzung suchen. Dies ist im Sinne der EU, die bereits 2004 mit der Sozialpartner Vereinbarung auf den Handlungsbedarf zur Reduktion von arbeitsbedingtem Stress verwiesen hat. In der Folge haben eine Reihe von Mitgliedsstaaten, nicht jedoch Deutschland, entsprechenden Regelungen und Verordnungen eingeführt [12].

Gezielte Prävention zur Reduktion von Burnout als Risikozustand

An dieser Stelle sei erneut ausdrücklich darauf verwiesen, dass Burnout allein keine Erkrankung darstellt. Es ist folglich unsinnig Interventionen bei Burnout-Beschwerden als Therapie zu bezeichnen.

Die vorgeschlagenen präventiven Interventionsstrategien bei „Burnout-Syndromen“ ohne begleitende manifeste psychische oder körperliche Erkrankung sind zahlreich. Ein Großteil von ihnen wurde jedoch nie evaluiert, für einige liegen nur unzureichende Studien zum Wirkungsnachweis vor. Das DIMDI hat mit dem HTA-Bericht 120 [15] eine systematische Literaturrecherche zur Bewertung von so-

genannten Therapieverfahren bei Burnout mit all seinen diagnostischen Unschärfen vorgelegt. Die adressierten Interventionsmethoden umfassen Pharmakotherapie, Psychotherapie, dabei ganz überwiegend kognitive Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Rosenwurztherapie, Qigong-Therapie, Physiotherapie. Zwischen den für den HTA-Bericht ausgewählten Studien variieren Methoden der Probandenrekrutierung und bzgl. der Auswahlstrategie. Teilweise schließen Studien Personen mit manifesten psychischen Störungen ein, teilweise aus. Begleittherapien sind zudem kaum kontrolliert. Im HTA-Bericht wird – trotz der fehlenden Vergleichbarkeit zwischen den Studien der Versuch einer studienübergreifenden Wertung der Wirksamkeit von Interventionen unternommen. Alle – auch Treatment as usual – zeigten im zeitlichen Verlauf deutliche Besserung in Prä-Post-Vergleichen. Trotz der von den Autoren konstatierten erheblichen methodischen Mängel der Mehrheit der bewerteten Studien, wird für spezifische Interventionen gefolgert „der Einsatz der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) führt in der Mehrheit der Studien zu einer Verbesserung der emotionalen Erschöpfung“. Die Evidenz der Wirkung anderer Therapieverfahren wird als „uneinheitlich“ dargestellt.

Eine methodisch wesentlich gründlichere und damit aussagekräftigere Analyse der Cochrane-Collaboration konzentriert sich auf Beschäftigte im Gesundheitswesen [16]. Die dabei zugrunde gelegten Studien basieren nicht auf dem Konzept Burnout, sondern fokussieren auf „occupational stress“ als Auswahlkriterium. In dieser Analyse findet sich, dass spezifische personenzentrierte Interventionen mit nur schwacher Evidenz eine Reduktion von Erschöpfung und Burnout-Beschwerden gegenüber der Bedingung Treatment as usual erreichen können.

Zusammenfassend ist trotz der nur geringen, beobachtbaren Effekte bei psychotherapeutischen und anderen Interventionen zur Reduktion der Burnout-vermittelten Risiken die Relevanz von personenbezogenen Interventionen angesichts der großen Anzahl von potentiell Betroffenen hoch einzuschätzen. Arbeitsplatzbezogene Beratung und Training sind offenbar mindestens gleichermaßen angemessen. Der Arbeitsplatzbezug von beratenden und therapeutischen Interventionen ist zudem entscheidend, wenn neben der Reduktion psychischer Beschwerden auch eine Verringerung von Arbeitsausfallzeiten angestrebt ist.

Therapie von Krankheiten, die mit Burnout-Zustand einhergehen

Bei psychischer und somatischer Erkrankung in zeitlichem Zusammenhang mit einer Arbeitsüberlastung oder Burnout besteht zunächst die Notwendigkeit einer störungsspezifischen Therapie. Anderenfalls wird den Patienten möglicher therapeutischer Nutzen vorenthalten. Ein Großteil der Depressionen in Deutschland wird auch weiterhin nicht behandelt [10]. Hier müssen in der Versorgung die bestehenden

Ressourcen besser genutzt und Schnittstellen im Sinne eines Stepped-Care-Modells klarer definiert werden. Kann der Betriebsarzt erkrankte Beschäftigte mit einem Burnout-Zustand identifizieren, sollte er sie zur Behandlung an den Facharzt überweisen. Krankschreibungen verschaffen den Betroffenen zwar kurzfristig Entlastung, jedoch besteht mittel- und langfristig die Gefahr einer Entfremdung vom Arbeitsplatz, welche für die spätere Wiedereingliederung ungünstig scheint. Bestehende strukturelle Überforderungen am Arbeitsplatz würden bei der Rückkehr des Arbeitnehmers fortbestehen und eine erneute Erkrankung als Reaktion auf die Belastung wahrscheinlich machen. Während der Therapie und falls eine Krankschreibung oder ein stationärer Aufenthalt erfolgte im Zuge der Wiedereingliederung an den Arbeitsplatz, sollte der Betriebsarzt als Ansprechpartner mit den jeweiligen ambulanten bzw. stationären Behandlern Abstimmungen vornehmen. Entsprechende Modellvorhaben zur Versorgung psychisch kranker Arbeitnehmer, bei denen Arbeitsmediziner und Akteure im Versorgungssystem eng zusammenarbeiten, werden in den Niederlanden und Großbritannien erprobt [9; 21]. Es scheint

vielversprechend, unter Berücksichtigung der vorhandenen Strukturen in Deutschland entsprechende Pfade im Versorgungssystem zu optimieren. In der Praxis gilt es die Rahmenbedingungen hierfür zu optimieren und stärkere Anreize in der Honorierung der für niedergelassene Ärzte zeitaufwendigen Koordinationsprozesse zu setzen. Ihre aktuellen fallbezogenen Quartalspauschalen decken kaum sozialmedizinische Aufwendungen wie umfangreiche Abstimmungen mit dem Arbeitgeber oder dem Betriebsarzt.

Korrespondenzadresse

*Professor Dr. Mathias Berger
Universitätsklinikum Freiburg
Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg
Tel.: 0761 270-65060
Fax: 0761 270-65230
E-Mail:
mathias.berger@uniklinik-freiburg.de*

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

Literatur zum Beitrag

Burnout – die versteckte Depression? Definition und Abgrenzung

(Hessisches Ärzteblatt 2/2013, Seite 81)

1. Amtliche Mitteilungen der Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin (2012) *baua: Aktuell, Ausgabe 2/2012, Dortmund.*
2. Badura B, Ducki A, Schroder H et al. (2011). *Fehlzeiten-Report 2011. Springer, Berlin.*
3. Beck D, Richter G, Ertel M, Morschhäuser M (2012) *Gefährdungsbeurteilung bei psychischer Belastung in Deutschland. Präventiv Gesundheitsf 2: 115-119.*
4. Berger M, Linden M, Schramm E, Hillert A, Voderholzer U, Maier, W (2012) *Positionspapier der Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Burnout. Nervenarzt 4: 537-543*
5. Bundesministerium für Arbeit und Soziales (2011) *Psychische Gesundheit im Betrieb – Arbeitsmedizinische Empfehlungen, Berlin.*
6. Burisch M (2010) *Das Burnout-Syndrom. Theorie der inneren Erschöpfung. Springer, Berlin und Heidelberg.*
7. Corbière M, Shen J, Rouleau M, Deva CS (2009) *A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations. Work 33: 81-116.*
8. Dietrich S, Mergl R, Rummel-Kluge C, Stengler K (2012) *Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt aus der Sicht von Betriebs- und Werksärzten. Psychiatr Prax 39: 40-42.*
9. Gilbody S, Bower P, Rick, J (2012) *Better care for depression in the workplace: integrating occupational and mental health services. Br J Psychiatry 200; 442-443*
10. Jacobi F, Wittchen HU, Höltling C et al (2004) *Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). Psychol med, 34:1-15.*
11. Kok G, Schaalma H, Ruiters RAC, Brug J, Empelen PV (2004) *Intervention Mapping; a protocol for applying health psychology theory to prevention programmes. J Health Psychol 9: 85-98.*
12. Kothe W (2011) *Psychische Belastungen und arbeitsbedingter Stress – mögliche rechtliche und sonstige Regulierungen. In: Kamp L und Pickshaus K (Hrsg) Arbeit und Soziales. Dokumente und Gutachten der Hans Böckler Stiftung und IG-Metall: Regelungslücke psychische Belastungen schließen.*
13. Karasek RA, Theorell T (1990) *Healthy work. Stress, productivity and the reconstruction of working life. Basic Books, New York.*
14. Korczak D, Kister C, Huber B (2010) *Differentialdiagnostik des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 105). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.*
15. Korczak D, Wastian M, Schneider M (2012) *Therapie des Burnout-Syndroms. Schriftenreihe Health Technology Assessment (HTA) in der Bundesrepublik Deutschland (Bd. 120). Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), Köln.*
16. Marine A, Ruotsalainen JH, Serra C, Verbeek JH (2006) *Prevention occupational stress in healthcare workers. The Cochrane Collaboration, J Wiley & Sons.*
17. Nieuwenhuijsen K, Bruinvels D, Frings-Dresen M (2010) *Psychosocial work environment and stress-related disorders. A systematic review. Occup Med 60: 277-286.*
18. Rau R, Gebele N, Morling K et al. (2010) *Untersuchung von arbeitsbedingter Ursachen für das Auftreten von depressiven Störungen. Bundesanstalt für Arbeitsschutz und Arbeitsmedizin, Dortmund und Berlin.*
19. Siegrist J (1996) *Adverse Health Effects of High-Effort/Low-Reward Conditions. J Occup Health Psychol 1: 27-41.*
20. Stansfeld S, Candy B (2006) *Psychosocial work environment and mental health. A meta-analytic review. Scand J Work Environ Health 32: 443-462.*
21. Vlasveld MC, van der Feltz-Cornelis CM, Ader HJ et al. (2012) *Collaborative care for major depressive disorder in an occupational healthcare setting. Br J Psychiatry*
22. Walter U, Krugmann CS, Plaumann M (2012) *Burn-out wirksam prävenieren? Ein systematischer Review zur Effektivität individuumsbezogener und kombinierter Ansätze. Bundesgesundheitsbl 55:172-182.*

Psychische Gesundheit von Ärzten in Deutschland: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Risikofaktoren

Unrath, Michael

Hintergrund

Ärzte bilden eine Berufsgruppe, die mehreren spezifischen Arbeitsstressoren in hohem Maße ausgesetzt ist. Hierzu zählen ein großes Arbeitspensum, gekennzeichnet durch lange Arbeitszeiten und Tätigkeiten unter hohem Zeitdruck, sowie die Beschäftigung mit emotional und inhaltlich anspruchsvollen Aufgaben bei gleichzeitig hohem Anspruch, fehlerfrei zu arbeiten [1, 2]. Das anhaltende Auftreten solcher Stressoren kann langfristig zu Beeinträchtigungen im Bereich der psychischen und psychosomatischen Gesundheit führen. Entsprechend wurden in internationalen Ärztstudien häufig hohe Prävalenzen psychischer Krankheiten wie Depressionen, Suchterkrankungen oder Burnout beschrieben [3-5]. In Deutschland gibt es zu diesem Thema bislang nur wenig Forschung, und es mangelt an systematischen Reviews. Ziel dieses Überblickartikels war es deshalb, die existierenden wissenschaftlichen Studien zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Beschwerden bei deutschen Ärzten zusammenfassend darzustellen und mögliche Risiko- und Schutzfaktoren für die psychische Gesundheit zu identifizieren.

Methoden

Anhand einer systematischen Literatursuche wurden in den internationalen Literaturdatenbanken Pubmed, Scopus und PsycINFO Studien identifiziert, die die psychische Gesundheit von deutschen Ärzten untersuchten und Angaben zur Häufigkeit psychischer Erkrankungen und/oder diesbezüglicher Risiko- oder Schutzfaktoren machten. Dabei wurden auch Suchterkrankungen, das Burnout-Syndrom sowie psychisches Wohlbefinden berücksichtigt. Es wurden nur empirische Originalarbeiten

ausgewählt, die nach dem 31. Dezember 1996 veröffentlicht wurden. Die Auswahl der Studien wurde von zwei Reviewern beurteilt. Die Studien wurden schließlich anhand inhaltlicher und methodischer Kriterien zusammenfassend dargestellt.

Ergebnisse

Anzahl der Treffer und der ausgewählten Studien

Insgesamt ergab der verwendete Suchalgorithmus 58 Treffer in der Datenbank Pubmed, 107 Treffer in der Datenbank Scopus und 153 Treffer in PsycINFO. Von allen Treffern erfüllten zehn Artikel die inhaltlichen Kriterien sowie das Publikationsdatum, um in der Auswertung berücksichtigt zu werden. Aus der Datenbank Pubmed konnten sechs relevante Artikel gewonnen werden, die Datenbank PsycINFO lieferte vier zusätzliche Artikel. Eine Suche in den Literaturverzeichnissen ausgewählter Treffer ergab drei weitere relevante Veröffentlichungen. Ebenfalls berücksichtigt wurde eine dem Autor persönlich bekannte, in Pubmed gelistete Veröffentlichung, so dass in die Auswertung insgesamt 14 Artikel eingingen, die aus zwölf Studien stammten.

Untersuchungsdesigns, Stichproben, Rücklauf

Alle ausgewählten Studien verwendeten ein Querschnittsdesign. Die Stichprobengröße war unterschiedlich und reichte von $n = 22$ in einer eher qualitativ ausgerichteten Befragung von Ärzten verschiedener Fachrichtungen eines Krankenhauses [6] bis hin zu $n = 3.451$ in einer bundesweiten Befragung der in Deutschland tätigen Anästhesisten [7]. Insgesamt, d.h. über alle Stichproben hinweg, lag die mediane Stichprobengröße bei $n = 716$. Die Stichproben

waren auch hinsichtlich der beteiligten Fachrichtungen und Sampling-Strategien heterogen. In fünf Studien handelte es sich um eine hinsichtlich der Fachrichtung homogene Stichprobe (Urologen, Chirurgen, Anästhesisten, Psychiater, Hausärzte) [7-13]. Vier dieser Studien versuchten jeweils, alle Ärzte einer bestimmten Fachrichtung und/oder einer bestimmten Region in Deutschland und/oder einer bestimmten Arbeitsform (niedergelassen vs. Krankenhaus) zu befragen [7-10, 12, 13]. In zwei Studien wurden jeweils die Teilnehmer eines jährlichen stattfindenden Fachkongresses befragt [14, 15]. Nach Angaben der Autoren handelt es sich dabei um Stichproben von Psychiatern und Psychotherapeuten [14] bzw. Psychiatern und Nervenärzten [15]. Zwei weitere Studien zielten darauf ab, repräsentative Stichproben über mehrere Fachbereiche hinweg zu gewinnen [16, 17]. Eine der Studien spricht von einer repräsentativen Stichprobe deutscher Krankenhausärzte [16], die andere berichtet von einer stratifizierten Zufallsstichprobe aller Ärzte eines bestimmten Bundeslandes [17]. Die übrigen drei Studien fokussierten auf ausgewählte Fachrichtungen im niedergelassenen Bereich, Berufsanfänger in einer bestimmten Region oder Ärzte verschiedener Fachbereiche eines bestimmten Krankenhauses [6, 18, 19]. In vier Studien wurden die Ergebnisse der deutschen Ärztstichproben mit denen parallel erhobener weiterer Stichproben verglichen. Einmal handelte es sich dabei um andere Berufsgruppen, die im selben Fachgebiet arbeiteten [11], einmal um eine Stichprobe norwegischer Ärzte [16] und zweimal um Stichproben von Medizinstudenten [18, 19]. Der Rücklauf in den einzelnen Studien war variabel und reichte von 31,6 % [19] bis hin zu 73 % [6].

Tabelle 1: Erstautor, Publikationsjahr, Studiendesign, Stichprobengröße, beteiligte medizinische Fachrichtung und Rücklaufquote der ausgewählten Studien

Erstautor	Jahr	Studiendesign	Stichprobengröße	Fachrichtung	Rücklauf
Böhle	2001	Querschnitt	75	Urologen	58,6 %
Braun	2010	Querschnitt	1.089	Psychiater und Psychotherapeuten	51,8 %
Braun	2008	Querschnitt	829	Psychiater und Nervenärzte	52 %
Heinke	2011	Querschnitt	3.451	Anästhesisten	34,1 %
Jurkat	2003	Querschnitt	22	Chirurgen, Internisten, Anästhesisten u.a.	73 %
Klein	2010	Querschnitt	1.311	Chirurgen	36 %
Priebe	2005	Querschnitt	30	Psychiater	nicht angegeben für Ärztestichprobe
Rosta	2010	Querschnitt	1.898	Krankenhausärzte (alle Fachrichtungen)	58,2 %
Unrath	2012	Querschnitt	790	Hausärzte (Allgemeinmediziner, praktische Ärzte)	38,6 %
Voigt	2009	Querschnitt	642	Allgemeinmediziner und Chirurgen	41,6 %
Voltmer	2010	Querschnitt	549	Zufallsstichprobe verschiedener Fachrichtungen	61 %
Voltmer	2008	Querschnitt	381	Berufsanfänger verschiedener Fachrichtungen	31,6 %

Eine Studie machte keine Angabe zum Rücklauf in der Ärztestichprobe [11]. Die mediane Rücklaufquote betrug 51,8 %. Tabelle 1 gibt einen zusammenfassenden Überblick über Publikationsjahr, Studiendesign, Stichprobengröße, beteiligte medizinische Fachrichtung und Rücklaufquote der ausgewählten Studien.

Erhebungsmethoden und Häufigkeit psychischer Erkrankungen und Beschwerden

Alle zwölf Studien verwendeten Fragebögen zur Selbstbeurteilung, um Ausmaß und Häufigkeit psychischer Beschwerden zu identifizieren. Sechs der zwölf Studien erhoben die Häufigkeit bzw. das Ausmaß eines beruflichen Burnout-Syndroms. Dabei wurde viermal das Maslach Burnout Inventory

(MBI) eingesetzt [8, 11, 14, 15] und zweimal das Copenhagen Burnout Inventory (CBI) [7, 9, 10]. Zwei weitere Studien beschäftigten sich mit dem Stresserleben bzw. Coping-Verhalten der Ärzte, um im Hinblick auf die Entstehung eines Burnout-Syndroms ungünstige Erlebens- und Verhaltensweisen zu identifizieren. Hierbei wurde der AVEM-Fragebogen (Arbeitsbezogenes Verhaltens- und Erlebnismuster) eingesetzt [17, 19]. Vier Studien erhoben Häufigkeit und Ausmaß des Alkoholkonsums bzw. das Vorliegen alkoholbezogener Störungen. Zu diesem Zweck wurde zweimal der Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT-C) [15, 16] und einmal der CAGE-Screening-Fragebogen [13] verwendet. In einer der Studien wurde Häufigkeit, Menge und Typ des konsumierten Alkohols abgefragt [18]. Drei

Studien erhoben Ausmaß bzw. Häufigkeit depressiver Beschwerden, wobei zweimal das Beck-Depressions-Inventar (BDI) [14, 15] und einmal der Patient Health Questionnaire-2 (PHQ-2) [12] genutzt wurden. Zwei Studien erhoben Aspekte der psychischen Gesundheit anhand des SF-36 bzw. SF-12 [6, 17]. Weiterhin beschäftigten sich zwei Studien mit dem Medikamentenkonsum der Ärzte, wobei einmal die Häufigkeit des Psychopharmakakonsums im vorausgegangenen Jahr erhoben wurde [12], und in einer anderen Studie gezielt die aktuelle Einnahme von Antidepressiva und Sedativa [15]. Weiterhin wurden die Ärzte in jeweils einer Studie nach Suizidversuchen [14], einer aktuell vorliegenden psychischen Erkrankung [12] und dem Konsum illegaler Substanzen [18] befragt. In acht der 14 Veröffentlichungen wurden Ausmaß oder Häufigkeit der psychischen Erkrankungen und Beschwerden mit Referenzpopulationen aus der Allgemeinbevölkerung oder einer hinsichtlich des Berufs gemischten Referenzstichprobe verglichen.

Tabelle 2 zeigt die Häufigkeit von Burnout und Depression in den Ärztestichproben sowie die zur Erfassung eingesetzten Instrumente und Diagnosekriterien. Bezüglich des Burnout-Syndroms wird für das Messinstrument MBI jeweils die Häufigkeit hoher Werte auf der am stärksten betroffenen Dimension abgebildet. Die Prävalenz depressiver Beschwerden betreffend kommen alle drei Studien zu dem Schluss, dass die in der jeweiligen Stichprobe gefundene Depressionshäufigkeit höher ist als in der Allgemeinbevölkerung [12, 14, 15]. Bezogen auf das Burnout-Syndrom schlussfolgern die Autoren einer Studie [9, 10], dass die untersuchte Ärztestichprobe häufiger betroffen sei als andere Berufsgruppen. Die übrigen Studien stellen keine Vergleiche mit einer Referenzpopulation an [8, 11, 14, 15] oder kommen zum gegenteiligen Schluss [7].

Tabelle 2: Erstautor, Publikationsjahr, eingesetzte Messinstrumente, Diagnosekriterien und Häufigkeit von Burnout-Syndrom und Depression

Burnout-Syndrom				
Erstautor	Jahr	Instrument	Diagnosekriterien	Häufigkeit
Böhle	2001	MBI-D*	Vergleich mit amerikanischer Referenzstichprobe	Emotionale Erschöpfung: 50 % (Krankenhausärzte)
Braun	2010	MBI-D	Cut-Off > 4,5	Emotionale Erschöpfung: 12 %
Braun	2008	MBI-D	Cut-Off > 4,5	Emotionale Erschöpfung: 13 %
Heinke	2011	CBI**	Cut-Off ≥ 50	40,1 %
Klein	2010	CBI	Cut-Off ≥ 50	48,7 %
Priebe	2005	MBI	kein Cut-Off	nur absoluter Score angegeben
Depression				
Erstautor	Jahr	Instrument	Diagnosekriterien	Häufigkeit
Braun	2010	BDI***	Cut-Off ≥ 11	20,3 %, davon 14,6 % leichte Depression
		lebenszeit-bezogene Selbstangabe	ICD-10 Kriterien	41,6 %
Braun	2008	BDI	Cut-Off ≥ 11	19,7 %, davon 12,6 % leichte Depression
		lebenszeit-bezogene Selbstangabe	ICD-10 Kriterien	44,6 %
Unrath	2012	PHQ-2****	Cut-Off ≥ 3	23,0 %

*Maslach Burnout Inventory; **Copenhagen Burnout Inventory; ***Beck-Depressions-Inventar; ****Patient Health Questionnaire

Tabelle 3 gibt die Ergebnisse im Bereich Alkohol- und Medikamentenkonsum wider. Drei der vier Studien kommen zu dem Schluss, dass die Ärztetestsicherungen zumin-

dest in Teilen häufiger als die deutsche Allgemeinbevölkerung von alkoholbezogenen Störungen sowie riskantem oder schadhaftem Konsum betroffen seien [13,

Tabelle 3: Erstautor, Publikationsjahr, eingesetzte Messinstrumente, Diagnosekriterien und Häufigkeit von riskantem Alkoholkonsum bzw. alkoholbezogenen Störungen und Medikamentenkonsum

Riskanter Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen				
Erstautor	Jahr	Instrument	Diagnosekriterien	Häufigkeit
Braun	2008	AUDIT-C*	Cut-Off ≥ 3	67 % bzw. 40 % (korrigiert)
Rosta	2010	AUDIT-C*	Cut-Off ≥ 5	Männer: 28,7 %** Frauen: 8,0 %**
Unrath	2012	CAGE	Cut-Off ≥ 2	18,9 %
Voigt	2009	Konsum (Menge, Typ und Häufigkeit)	Männer: > 40g/d*** Frauen: > 20g/d***	Männer: 27,5 % Frauen: 7,7 %
Medikamentenkonsum				
Erstautor	Jahr	Instrument	Diagnosekriterien	Häufigkeit
Braun	2008	Selbstangabe	aktuelle Einnahme von Antidepressiva und Sedativa	9 %
Unrath	2012	Selbstangabe	Einnahme von Psychopharmaka im vorausgegangenen Jahr	17,5 %

*Alcohol Use Disorders Identification Test; **Altersklasse: 45-65 Jahre; ***Gramm pro Tag

15, 18]. Zwei Studien sahen ein erhöhtes Risiko insbesondere für weibliche Ärzte [13, 18]. Die Autoren einer Studie fanden hingegen einen im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung tendenziell höheren Abstinenzanteil in der Subgruppe junger Ärzte [16].

Bezüglich des Konsums von Medikamenten bzw. Psychopharmaka interpretieren die Autoren der beiden Studien die Ergebnisse in Richtung eines höheren Konsums als in Vergleichsgruppen anderer Berufsgruppen bzw. der Allgemeinbevölkerung [12, 15].

Risiko- und Schutzfaktoren

In den ausgewählten Studien zeigten sich häufig signifikante Unterschiede zwischen Subgruppen bezüglich der Häufigkeit und des Ausmaßes psychischer Beschwerden. Multivariable Modelle zur Vorhersage psychischer Beschwerden, in denen verschiedene Einflussfaktoren gleichzeitig berücksichtigt wurden, fanden jedoch nur in sechs der 14 Veröffentlichungen Verwendung. Die gefundenen signifikanten Unterschiede und Zusammenhänge lassen sich vor diesem Hintergrund und auch aufgrund der heterogenen Operationalisierung (unterschiedliche Fragebögen) und Modellierung (kontinuierliche Scores vs. dichotome Diagnosen mit unterschiedlichen Cut-Off-Werten) nur schwer hinsichtlich ihrer Größe vergleichen, weswegen auf eine detaillierte Darstellung verzichtet wird. Zusammenfassend ergeben sich Hinweise darauf, dass folgende Faktoren das Risiko eines Burnout-Syndroms erhöhen könnten: eine höhere Arbeitsbelastung (höhere Arbeitszeit, weniger freie Wochenenden, Zusatzarbeit) [15], arbeitsbezogener Stress (Ungleichgewicht zwischen Belohnung und Anstrengung und zwischen Anforderungen und Kontrolle) [9], jüngeres Alter (< 45 Jahre) [8], weibliches Geschlecht [7, 11], eine niedrigere berufliche Position (Assistenz- vs. Ober- oder Chefarzt) [7]

bzw. eine laufende Weiterbildung zum Facharzt [8]. Darüber hinaus ergaben sich Hinweise darauf, dass die Arbeit im Krankenhaus im Vergleich zum niedergelassenen Bereich mit höheren Burnout-Scores einhergehen könnte [7, 8]. Ungünstige Muster im Stresserleben bzw. Umgang mit Stress, die ein Risiko für das Entstehen eines Burnouts darstellen, wiesen Ärzte häufiger auf als Medizinstudenten [19].

Nach den Ergebnissen einer Studie könnten arbeitsbezogener Stress (berufliches Überengagement, Ungleichgewicht zwischen Belohnung und Anstrengung) und unzureichender Stressabbau in der Freizeit Risikofaktoren für Depressivität darstellen. Die so genannte Typ D-Persönlichkeit hing ebenfalls mit einer erhöhten Wahrscheinlichkeit depressiver Beschwerden zusammen. Ein Schutzfaktor könnte hingegen eine hohe Arbeitszufriedenheit sein [12].

Ärztinnen nehmen zwar weniger Alkohol zu sich als ihre männlichen Kollegen [16, 18], könnten jedoch im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung ein offenbar noch ungünstigeres Profil hinsichtlich Alkoholkonsum und Prävalenz alkoholbezogener Störungen aufweisen als männliche Ärzte [13, 18]. Zudem scheinen jüngere Ärzte häufiger abstinent zu sein und weniger häufig Alkohol zu trinken als ältere Kollegen [13, 16]. Unzureichender Stressabbau in der Freizeit könnte einen Risikofaktor für alkoholbezogene Störungen darstellen, das Persönlichkeitsmerkmal Resilienz hingegen einen Schutzfaktor, auch in Bezug auf häufigen Alkoholkonsum [13]. Hinsichtlich des Konsums von Psychopharmaka scheint eine hohe Arbeitszufriedenheit mit einer geringeren Einnahmewahrscheinlichkeit einherzugehen, während eine Typ D-Persönlichkeit die Wahrscheinlichkeit für die Einnahme psychotroper Substanzen erhöhen könnte [12].

Psychische Gesundheit nach dem SF-12 scheint mit größerer Berufserfahrung sowie der Erfüllung der eigenen Erwartungen an den Arztberuf zusammenzuhängen. Ungünstige Coping-Muster im Umgang mit Stress sowie das Fehlen einer Partnerschaft hingen negativ mit psychischer Gesundheit zusammen [17].

Schlussfolgerungen

Insgesamt interpretieren die Autoren der ausgewählten Studien ihre Ergebnisse recht konsistent als Hinweise darauf, dass Ärzte in Deutschland häufiger von bestimmten psychischen Erkrankungen und Beschwerden wie Burnout-Syndrom, Depression oder dysfunktionalem Substanzgebrauch betroffen sind als die Allgemein- oder die Arbeitsbevölkerung. Man sollte hier jedoch bedenken, dass die in den Studien eingesetzten Instrumente meist den Charakter von Screening-Fragebögen aufweisen, welche im Allgemeinen dazu neigen, die Häufigkeit von Beschwerden zu überschätzen. Sie sind außerdem nur bedingt dazu geeignet, klinisch relevante Diagnosen zu stellen. Weiterhin muss bei der Interpretation der hier angeführten Ergebnisse auf die meist mäßigen Rücklaufquoten der Studien hingewiesen werden, die die Gefahr systematischer Verzerrungen mit sich bringen (Selektionsbias). Ein weiterer kritischer Punkt ist die nicht einheitliche Operationalisierung psychischer Beschwerden. Dies spiegelt sich zum einen im Gebrauch unterschiedlicher Messinstrumente bei der Erfassung derselben Zielgrößen wider, aber auch in der Anwendung unterschiedlicher Diagnosekriterien (Cut-Off-Werte). Was das Burnout-Syndrom angeht, welches keine eigenständige ICD-Diagnose darstellt, müssen Definitionen darüber hinaus immer bis zu einem gewissen Grad willkürlich sein. Alle einbezogenen Studien verfügten über ein Querschnittsdesign. Es ist deshalb

schwierig, Aussagen über kausale Zusammenhänge zwischen den jeweils untersuchten mutmaßlichen Risiko- bzw. Schutzfaktoren und den psychischen Beschwerden zu treffen. Die verwandten statistischen Methoden waren darüber hinaus in vielen Fällen nicht geeignet, um die Einflüsse der untersuchten Faktoren unabhängig vom Einfluss anderer Variablen darzustellen (Mangel an multivariablen Analysen).

Insgesamt ergibt sich somit aus den wenigen bisher zum Thema der psychischen Gesundheit bei Ärzten in Deutschland durchgeführten Studien zwar ein relativ konsistentes, aber aufgrund methodischer Einschränkungen nicht ausreichend empirisch untermauertes Bild einer häufig von psychischen Beschwerden betroffenen Berufsgruppe. Es scheint demnach so zu sein, dass Faktoren der Arbeitsumgebung (berufliche Position, Arbeitsstress, Arbeitsumfang) – neben bestimmten Eigenschaften des Arztes – Risikofaktoren für psychische Beschwerden darstellen können. Mehr empirische Forschung, z.B. in Form von prospektiven Studien mit klar definierten Vergleichsgruppen, ist notwendig, um zu eindeutigeren Schlussfolgerungen zu gelangen.

Anschrift des Verfassers

*Dipl.-Psych. Michael Unrath, M.Sc.
(Epidemiology)
Westfälische Wilhelms-Universität Münster
Institut für Epidemiologie und
Sozialmedizin
Albert-Schweitzer-Campus 1
Gebäude D3, 48149 Münster
Tel.: 0251 83-57589, Fax: 0251 83-55300
E-Mail: unrathm@uni-muenster.de
www.epi.uni-muenster.de*

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

Literatur zum Beitrag

Psychische Gesundheit von Ärzten in Deutschland: Prävalenz psychischer Erkrankungen und Risikofaktoren

(Hessisches Ärzteblatt 2/2013, Seite 86)

- [1] McCue JD. The effects of stress on physicians and their medical practice. *N Engl J Med.* 1982;25;306(8):458-63
- [2] Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Clauss M, Escobar Pinzon LC. [Working Conditions and Health of General Practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany: First Results of a State-Wide Survey.]. *Gesundheitswesen.* 2012; 74(6): 399-96
- [3] Buddeberg-Fischer B, Klaghofer R, Stamm M, Siegrist J, Buddeberg C. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents. *Int Arch Occup Environ Health.* 2008;82(1): 31-8
- [4] Lee FJ, Stewart M, Brown JB. Stress, burnout, and strategies for reducing them: what's the situation among Canadian family physicians? *Can Fam Physician.* 2008; 54(2): 234-5
- [5] Sebo P, Bouvier Gallacchi M, Goehring C, Kunzi B, Bovier PA. Use of tobacco and alcohol by Swiss primary care physicians: a cross-sectional survey. *BMC Public Health.* 2007; 7:5
- [6] Jurkat HB, Vollmert C, Reimer C. [Conflict experience of physicians in hospitals]. *Z Psychosom Med Psychother.* 2003;49(3):213-31
- [7] Heinke W, Dunkel P, Brahler E, Nubling M, Riedel-Heller S, Kaisers UX. [Burnout in anesthesiology and intensive care: is there a problem in Germany?]. *Anaesthesist.* 2011; 60(12):1109-18
- [8] Bohle A, Baumgartel M, Gotz ML, Muller EH, Jocham D. Burn-out of urologists in the county of Schleswig-Holstein, Germany: a comparison of hospital and private practice urologists. *J Urol.* 2001;165(4):1158-61
- [9] Klein J, Grosse Frie K, Blum K, Siegrist J, dem Knesebeck O. [Effort-reward imbalance, job strain and burnout among clinicians in surgery]. *Psychother Psychosom Med Psychol.* 2010;60(9-10):374-9
- [10] Klein J, Grosse Frie K, Blum K, von dem Knesebeck O. Burnout and perceived quality of care among German clinicians in surgery. *Int J Qual Health Care.* 2010;22(6):525-30
- [11] Priebe S, Fakhoury WK, Hoffmann K, Powell RA. Morale and job perception of community mental health professionals in Berlin and London. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40(3):223-32
- [12] Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Escobar Pinzon LC. The mental health of primary care physicians in Rhineland-Palatinate, Germany: the prevalence of problems and identification of possible risk factors. *Dtsch Arztebl Int.* 2012;109(11):201-7
- [13] Unrath M, Zeeb H, Letzel S, Claus M, Escobar Pinzon LC. Identification of possible risk factors for alcohol use disorders among general practitioners in Rhineland-Palatinate, Germany. *Swiss Med Wkly.* 2012;142:w13664
- [14] Braun M, Schonfeldt-Lecuona C, Freudenmann RW, Mehta T, Hay B, Kachele H, et al. Depression, burnout and effort-reward imbalance among psychiatrists. *Psychother Psychosom.* 2010;79(5):326-7
- [15] Braun M, Schonfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann RW. Burnout, depression and substance use in German psychiatrists: Data of a pilot study. *Nervenheilkunde.* 2008;27(9):800-4
- [16] Rosta J, Aasland OG. Age differences in alcohol drinking patterns among Norwegian and German hospital doctors – a study based on national samples. *Ger Med Sci.* 2010;8:Doc05
- [17] Voltmer E, Schwappach DL, Frank E, Wirsching M, Spahn C. Work-related behavior and experience patterns and predictors of mental health in German physicians in medical practice. *Fam Med.* 2010;42(6):433-9
- [18] Voigt K, Twork S, Mittag D, Gobel A, Voigt R, Klewer J, et al. Consumption of alcohol, cigarettes and illegal substances among physicians and medical students in Brandenburg and Saxony (Germany). *BMC Health Serv Res.* 2009;9:219
- [19] Voltmer E, Kieschke U, Schwappach DL, Wirsching M, Spahn C. Psychosocial health risk factors and resources of medical students and physicians: a cross-sectional study. *BMC Med Educ.* 2008;8:46

Die Kehrseite der Medaille – psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten¹

Götz Mundle

Ärzte, die seelische Erkrankungen entwickeln, sind nicht grundverschieden von Ärzten, die gesund bleiben und sich Sinn und Freude im Beruf erhalten. Dieser Beitrag stellt daher exemplarisch drei Erkrankungs- und Behandlungsverläufe vor, die für viele Kollegen stehen, die über lange Phasen ihres Lebens hinweg außerordentlich engagiert, leistungsfähig und fachlich hoch kompetent arbeiten. Ihre Geschichten sollen verdeutlichen, welche prototypischen Verhaltensweisen die Krankheitsspirale in Richtung Burnout, Depression oder Suchterkrankungen (Hughes et al. 1992, Mundle 2006, Braun et al. 2008, Geuenich 2010, Knesebeck et al. 2010) in Gang setzen und aufrechterhalten – und welche Faktoren entscheidend sind für den Weg zurück in Gesundheit und Lebensqualität (Kabat-Zinn 2006, Grepmaier & Nickel 2007, Mundle et al. 2007, Siegrist 2009, Osterloh 2012).

Die Fallbeispiele handeln alle von Ärztinnen und Ärzten, die in den Oberbergkliniken Berlin Brandenburg, Schwarzwald oder Weserbergland behandelt wurden. Aufgrund der persönlichen Leidensgeschichte des Klinikgründers, Professor Dr. Matthias Gottschaldt, der selbst als Chefarzt einer neurologischen Abteilung in eine Burnout-Spirale geriet und eine Alkoholabhängigkeit entwickelte, wird in den Kliniken ein Behandlungsschwerpunkt „ÄrzteGesundheit“ für Kolleginnen und Kollegen angeboten, die u.a. als Folge eines Burnout eine stationär behandlungsbedürftige psychische Erkrankung, z.B. Depression, Angst- oder Abhängigkeitserkrankung entwickelt haben (Mundle & Gottschaldt 2008, Mundle et al. 2007, Unrath et al. 2012).

Fallbeispiel 1: 56-jähriger Chefarzt

Viel gearbeitet hat der 55-jährige Chefarzt schon immer. Bei Arbeitszeiten von 7 bis 21 Uhr und Wochenenden in der Klinik wird die Arbeitsstätte schleichend zum eigentlichen Zuhause. Lange Zeit erweist sich sein Engagement als erfüllend und lohnend. Immer neue herausfordernde, innovative und prestigeträchtige Projekte ziehen innerhalb und außerhalb der eigenen Klinik Erfolge und eine wachsende Reputation nach sich. Der Kontakt zu Ehefrau und Kindern ist auf ein Minimum reduziert. Bei höchster Leistungsfähigkeit geht die Wahrnehmung für eigene Überforderung und eigene Grenzen unbemerkt verloren. Irgendwann beginnt er, den Tag mit einem Glas Wein zu beschließen. Erst in der Retrospektive erkennt er, dass bereits früh der Alkohol als Ausgleich für die Daueranspannung und als Belohnung für den Dauerstress am Arbeitsplatz fungiert. Im Verlauf der Jahre nimmt der Alkoholkonsum zu, nie wird er exzessiv, aber ein ritueller Begleiter, auch nachmittags in der Klinik, wenn die Arbeit am Patienten beendet und nur noch Schreibtischtätigkeiten zu erledigen sind. Ein Bewusstsein für seine Überforderung, seine Erschöpfung, das Absterben der Beziehung zu seiner Ehefrau ist nicht vorhanden. Auch der Alkoholkonsum am Arbeitsplatz wird von ihm nicht als kritisch sondern als legitimer Ausgleich zur harten Arbeit wahrgenommen. Für Sucht und Burnout typische Verleugnungs- und Verdrängungsmechanismen setzen ein, die dazu führen, dass er immer tiefer in die Krankheitsspirale gerät. Erst als ein befreundeter Kollege ihn auf sein Verhalten anspricht und ihm

dringend rät, in Behandlung zu gehen, bevor sein Verhalten in der Klinik nach außen sichtbar wird oder ein Zwischenfall droht, kann er sich auf eine stationäre Behandlung einlassen.

In der mehrwöchigen Therapie zeigen sich die für eine Burnout-Entwicklung typischen Konstellationen. Zu Beginn stehen verlängerte Arbeitszeiten am Abend und an den Wochenenden, die zu einer Vernachlässigung der Familie und zum Wegfall von Ausgleichsaktivitäten führen. Die schleichende Verlagerung des Zuhauses an die Arbeitsstätte erweist sich auch als bedeutsam für den beginnenden Alkoholkonsum, der gefühlt im eigentlichen „Zuhause“ stattfindet und deshalb kaum als Problem wahrgenommen wird:

„Na ja, das ist ja wie mein Wohnzimmer hier [verweist auf seine Arbeitszimmer] – und das ist mein Problem. Ich habe meine Bibliothek und alles hier, habe schwerpunktmäßig alles von hier aus gemacht und nichts mit nach Hause genommen. Ich habe drei, vier Zimmer hier und hatte dann nach meiner Arbeit oder den Sitzungen den Verwaltungskram hier gemacht. So wie andere sich abends ihren Cognac oder so nehmen habe ich hier meinen Wein getrunken. Ich hatte nicht mehr das Gefühl in der Klinik zu sein.“

Die radikale Auszeit während der Therapie verschafft erstmalig nach vielen Jahren genug Ruhe und Abstand, um von außen auf die eigenen Lebensgewohnheiten zu blicken. Dies ist der Ausgangspunkt für bewusste Entscheidungen zugunsten einer Begrenzung seiner Arbeitszeit und einer Wiederbelebung seines Privatlebens:

¹ Dieser Artikel enthält Teile eines Buchbeitrages in „Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz statt Burnout“ Thieme, 2013

„Ich war mir selber gar nicht so bewusst, dass ich Defizite hatte. Ich bin froh, dass ich in die Klinik gegangen bin, denn dort bin ich mal innerlich zur Ruhe gekommen. Mir ist klar geworden, dass ich mein Leben viel zu verzehrend gestaltet habe – körperlich und emotional. Das ist wesentlich besser geworden. Ich habe ein paar Sachen für mich umgestellt. Ich habe seit dem Klinikaufenthalt kein Wochenende mehr gearbeitet, komme meistens gegen 18 Uhr nach Hause und habe wieder angefangen, mit meiner Frau etwas zu unternehmen. Ich habe Dinge gefunden, um diese Lücken nun zu schließen: Wir reden nicht mehr davon ins Theater zu gehen, sondern machen es auch. Es geht auch ohne Samstag oder Sonntag in der Klinik zu sein.“

Woraus speist sich die innere Freiheit zu diesen Veränderungen? Wenn es all die Jahre gefühlt nicht möglich war, um 18 Uhr nach Hause zu kommen, wieso geht es jetzt? Aus Sicht des Chefarztes spielt hierfür eine gewachsene Selbstkenntnis eine entscheidende Rolle. Während der Therapie gewinnt er Einblicke in die inneren Antreiber, die sein Verhalten all die Jahre wesentlich leiten: Das Gefühl, nie gut genug zu sein, sich selbst für berufliche Erfolge nicht anerkennen zu können und ein ausgeprägter Ehrgeiz, der ihn immer weiter vorantreibt. Wie bei vielen Burnout-Betroffenen werden biographische Wurzeln dieser Antreiber deutlich. In diesem Fall entwickelt sich der berechtigte aber vergebliche Wunsch, als Kind vom Vater gesehen und anerkannt zu werden zum Motor für die berufliche Karriere. Obwohl die Karriere hocheffektiv verläuft, stellt sich das Gefühl zu genügen nicht ein. Es ist der falsche Kontext, in dem hier nach einer Lösung gesucht wird:

„Mein Hauptproblem ist sicherlich immer mein Ehrgeiz gewesen. Das hat zwar dazu geführt, dass ich sehr erfolgreich bin, aber

auch auf Kosten meiner Frau und Kinder, die jetzt 30 sind, gelebt habe. Der Ehrgeiz hat auch damit zu tun, dass ich versucht habe meinem Vater zu zeigen, dass ich es kann. ... Ich denke, ich war mir schon immer darüber im Klaren, dass ich sehr leistungsfähig war und gleichzeitig habe ich für mich immer unerklärliche Minderwertigkeitsgefühle mit mir rumgeschleppt. Leuten dies zu erklären ist schwer. Ich kann mich über Erfolge nicht freuen. Das konnte ich nie. Ich muss auch immer wieder Neues machen, denn das was ich erreicht habe bedeutet mir nichts mehr.

Als weiterer wichtiger Faktor für die Entwicklung seiner Erkrankung kristallisiert sich die einseitige nur auf den Beruf fixierte Lebensgestaltung heraus. Außer Klinik und Karriere gibt es keine anderen Standbeine in seinem Leben. Dies ändert sich durch Erfahrungen in der stationären Therapie, durch die seine im Laufe der Jahre verschütteten kreativen Seiten und anderweitigen Interessen geweckt und in konkrete Projekte umgesetzt werden. Sein früheres Interesse an Malerei und Kunst wird wieder belebt. Bewusst sucht er auch beruflich sinnstiftende Kontexte auf:

„Ich mache auch noch etwas in der Dritten Welt. Das schafft Ausgleich und gibt einem das Gefühl, dass man nicht nur in unserem scheiß System tätig ist. Was mich immer belastet hat ist alles, was nicht unmittelbar mit der Medizin zu tun hat.

Auch nach dem Klinikaufenthalt ist sein Arbeitsumfeld fordernd. Was bleibt, ist neben einer Wiederbelebung seines außerberuflichen Lebensumfeldes vor allem eine veränderte Grundhaltung, die mit veränderten Prioritäten einhergeht.

„Ich war zynisch und ich glaube das habe ich weitgehend abgelegt. Das bringt nichts. Wir können die Welt nicht ändern, nur in

Kleinigkeiten. Ich engagiere mich schon noch und werde es auch immer tun, aber diese 5 % mehr Gelassenheit tun schon gut. Aber solche Sache zu erkennen und die Konsequenzen daraus zu ziehen und auch mal andere Dinge zu machen, das war das Gute am Klinikaufenthalt.

Fallbeispiel 2: 48-jährige niedergelassene Gynäkologin

Eigentlich wollte sie in den Entwicklungsdienst, doch aufgrund einer Beziehung entscheidet sie sich für eine Tätigkeit in Deutschland als Gynäkologin. Nach der Facharztausbildung übernimmt sie rasch eine Praxis und ist viele Jahre erfolgreich als niedergelassene Gynäkologin tätig. Mit ihrer beruflichen Tätigkeit und ihrem Privatleben, verheiratet, zwei Kinder ist sie sehr zufrieden. Eine Krise ist nicht in Sicht, dass sie selbst einmal seelisch erkrankt, kann sie sich nicht vorstellen.

Aus dem Gleichgewicht gerät ihr Leben, als ihr Mann nach langer beruflicher Überlastung in eine chronische Erschöpfung gerät und selbst in einer Klinik stationär behandelt werden muss. In dieser Zeit reibt sie sich auf. Sie stellt den Anspruch an sich, perfekt weiter zu funktionieren und den Ausfall ihres Mannes vollständig und im Alleingang zu kompensieren.

„Ich hatte das Gefühl, alles ausgleichen und alleine machen zu müssen. Das ist auch ein persönlicher Anteil bei mir: Alles immer selber machen und es alleine schaffen. Ich bin in eine Aktivitätsmühle geraten, wo ich dann nur noch gerädelt habe und die Nerven verlor, wenn es nicht lief wie ich es mir gedacht hatte. Ich war extrem störungsanfällig und fuhr ständig Beulen oder Kratzer in den Wagen, da ich nicht mehr aufpasste ... innerlich baute sich immer mehr Druck auf, ich verlor zunehmend die Nerven, auch mit den Patienten, so dass ich dann auch keine Patienten

mehr annahm. Alles war mir zu viel – ich war nicht mehr in der Lage, den Oleander im zweiten Stock zu gießen. In der Zeit als mein Mann in der Klinik war konnte ich dann auch nicht mehr schlafen, habe nachts angefangen zu bügeln und habe unheimlich abgenommen. Schließlich habe ich die Praxis von heute auf morgen geschlossen und mich in stationäre Therapie begeben.“

Zu Beginn der Therapie fällt es ihr schwer, anzukommen und über ihre Erschöpfung zu sprechen. Aufgrund ihres Musters, für alles sofort Lösungen parat haben zu müssen, ist sie zu Beginn kaum in der Lage, abzuschalten und Hilfe anzunehmen. Einige Wochen in Therapie zu sein und sich Zeit für sich selbst zu nehmen, ist für sie nicht vorstellbar. Nicht unmittelbar lösbare Probleme, wie z.B. die Erkrankung ihres Mannes, lösen massive Unruhezustände aus, in Verbindung mit der eigenen Erschöpfung steigern sich diese zu leidvollen Panikattacken. Auf die Frage nach der wichtigsten Lernerfahrung im Rahmen der stationären Therapie antwortet sie:

„Persönlich denke ich, das wichtigste, was ich aus der Therapie mitgenommen habe ist das Gefühl für Zeit. Dass Dinge Zeit brauchen. Nach zwei Wochen sprach meine Therapeutin von Verlängerung und ich dachte erst: Was, verlängern? Wir krepeln die Arme hoch und packen das – und gleichzeitig dachte ich oh je, ich kriege die Panik. Ich bin doch noch in den Startlöchern. Dieser Zeitaspekt, Geduld mit mir selber, das habe ich in den Beruf mitgenommen. Ich weiß jetzt, wie lange es dauert bis man ankommt und sagt, es geht mir ganz beschissen.“

Die Bewusstwerdung des eigenen Anspruchs, anderen immer sofort helfen zu können, ist ein wichtiger Baustein in der

Therapie. Das gerade für Ärzte typische Idealbild, immer für andere da zu sein und vor allem sofort helfen zu können, ist bei ihr stark handlungsleitend. Eigene Ohnmachtsgefühle im Arztberuf wie auch im familiären Kontext, insbesondere rund um die Erkrankung des Ehepartners sind nur schwer auszuhalten, sie werden mit Hyperaktivität kompensiert. Entscheidend im therapeutischen Prozess ist ein wachsendes Bewusstsein dieser inneren Muster. Die Grundüberzeugung, für alles und jeden eine sofortige und funktionierende Lösung haben zu müssen wird erstmalig hinterfragt. Erst dadurch wird es ihr möglich, in Krisensituationen sowohl den Hilfeimpuls als auch die eigenen Grenzen und Bedürfnisse wahrzunehmen. Mit der Zeit entwickelt sich eine neue Form der inneren Freiheit: Sich Zeit für Entscheidungen nehmen zu dürfen und nicht mehr Getriebene eigener überhöhter Ansprüche zu sein, ermöglicht ihr eine neue Arbeits- und Lebensqualität. Als hilfreich auf diesem Weg sind für sie vor allem Übungen der Achtsamkeit und Meditation, in denen sie einen neuen Zugang zu ihren eigenen Ressourcen und inneren Kraftquellen entwickelt.

„Rückfallgefährdend sind für mich vor allem Situationen im persönlichen Umfeld, in denen ich merke, dass ich anderen nicht helfen kann. Zum Beispiel wenn die Kinder wegen etwas verzweifelt sind und ich sehe, ich kann nicht helfen. Ich versuche mir dann zu sagen: Ich kann jetzt nichts tun und mir selber gut zuzusprechen, mir selber Partnerin, Beraterin zu sein. Ich übe. Ich denke innezuhalten, das zu merken, dass etwas nicht stimmt, mich zu fragen: wie geht es mir, Achtsamkeit und Meditation, und ein Raum für mich, das tut mir gut. Das Innehalten war auch ein Schlüsselerlebnis in der Körpertherapie. Da kam so eine Traurigkeit und Tränen –

meine Tendenz war wieder „nicht so schlimm, tapfer sein“ und da sagte die Körpertherapeutin: „Das lassen wir jetzt mal so stehen. Da gehen wir mal nicht drüber hinweg.“ Das war ein wichtiges Erlebnis, dass man nicht gleich alles gut machen muss.“

Die Erfahrung, auch mit schmerzlichen Entdeckungen fürsorglich umzugehen, nicht immer und sofort fit und leistungsfähig sein zu müssen, schafft ein neues Grundverständnis für ihren Lebens- und Arbeitsalltag. Lebendigkeit und Lebensqualität bedeutet für die Patientin erstmals die Akzeptanz all ihrer Gefühle und Gedanken. Raum für Erschöpfung, Erlaubnis für Frustration und Hilflosigkeit werden zur Grundlage einer neuen achtsamen Selbstfürsorge. Das vertraute Motto, „immer fit und immer hilfsbereit für andere“, wandelt sich in ein Bemühen um wohlwollende Akzeptanz auch gegenüber „negativen“ Gedanken, Gefühlen und körperlichen Erschöpfungszuständen. Diese Haltung ermöglicht eine neue Form der Selbstfürsorge, Lebendigkeit und Authentizität.

Fallbeispiel 3: 35-jähriger Assistenzarzt der Anästhesie

Studium, Familie und eine rasche berufliche Karriere als Assistenzarzt in der Anästhesie, der bald seinen Facharzt abschließen kann und anschließend als Oberarzt schon vorgesehen ist. Eigentlich eine Erfolgsgeschichte.

Allerdings gibt es auch die andere Seite der Medaille. Schichtdienste, Nachtdienste, Notarzdienste und eine Familie mit drei Kindern sind eine ständige Herausforderung, die an die Grenzen der körperlichen und emotionalen Kräfte geht. Nach einem strapazierenden Arbeitstag nach Hause zu kommen und sofort für die Betreuung der Kinder einspringen zu müssen, weil die Ehefrau nach einem anstrengenden

Tag mit drei Kindern froh ist, endlich Verantwortung abgeben zu können. Der Spagat zwischen gutem Arzt, gutem Vater und eigener Selbstfürsorge gerät immer stärker außer Kontrolle. Die innere Anspannung und Unruhe steigen, Schuldgefühle und das Gefühl, in keinem Lebensbereich mehr gut genug zu sein werden immer häufiger und drängender. Selbstzweifel, Nervosität und Schlafstörungen führen schließlich dazu, dass die Einnahme von Beruhigungsmitteln zum naheliegenden Entlassungsversuch wird. Aus einer seltenen Einnahme bei ausgeprägten Schlafstörungen nach anstrengenden Nachtdiensten wird mit der Zeit ein regelmäßiger Konsum, um runterzukommen und abzuschalten. Zuletzt ist der Suchtkreislauf derart aktiviert, dass er auch tagsüber bei als besonders schwierig erlebten Situationen zu Beruhigungsmitteln greift. Ein Teufelskreis aus Überforderung, Schuldgefühlen, Substanzannahme, Vernachlässigung der Arbeit und der Familie entsteht. Als er selbst keinen Ausweg mehr sieht, spricht er mit seinem Vorgesetzten und seiner Ehefrau über seine Probleme. Beide reagieren überrascht, da sie zwar leichte Veränderungen wahrgenommen, diese aber auf die Doppelbelastung aus Beruf und Familie zurückgeführt hatten. An eine Suchterkrankung hatten beide nicht gedacht. Zentrale Themen zu Beginn der Therapie sind das Anerkennen und Benennen von eigenen Schwierigkeiten und Schuldgefühlen. Durch die Einnahme der Medikamente gelingt es, über Jahre Probleme zu verdrängen. Selbstzweifel und Schamgefühle werden mit Medikamenten betäubt, Schwierigkeiten aus dem Weg gegangen. Neben Medikamenten sind Rückzug und Schweigen zentrale Problemlösestrategien, die kurzfristig zu einer geringfügigen Entlastung, langfristig aber zu einer Zunahme der Schwierigkeiten und einer Verstärkung der Krankheitsspirale führen.

„Es war eine schwierige Zeit, weil ich mich mit den Medikamenten ganz erfolgreich abgeschottet hatte. Nun kamen all die Fragen auf, die ich die ganzen Jahre über betäubt hatte. Ich musste erst einmal mit mir selber klar kommen, mit den Selbstzweifeln und dem Gefühl, du bist doch das Letzte, wie konntest du das den anderen an tun. Ich hatte Schuldgefühle, ganz massiv und konnte mich überhaupt nicht selbst annehmen. Die Therapie war schon heilsam, aber ich möchte sie nicht noch einmal durchleben.“

Wichtige Faktoren für eine neue Arbeits- und Lebensqualität werden für ihn die Reaktivierung von Ausgleichsaktivitäten. Es wird deutlich, wie die Vernachlässigung von sportlichen Aktivitäten wie Radfahren oder Schwimmen, Zeit für die Kinder, die Partnerin oder sich selbst, in Stille oder mit Musik eine Abwärtsspirale eingeleitet hat. Die Wiederaufnahme dieser Kraftquellen wird zum Ausdruck einer neuen Selbstfürsorge.

Schlussfolgerungen

Die Darstellungen der drei Fallbeispiele zeigen typische Verhaltensmuster auf, die in kleinen, aber kontinuierlichen Schritten in eine Krankheitsspirale führen. Sie sollen ein Verständnis dafür entwickeln, dass es nicht gesunde oder kranke Ärzte gibt, sondern Krankheit und Gesundheit wesentlich vom bewussten und gestaltenden Umgang mit Herausforderungen im Arbeits- und Lebensalltag abhängen. Wir alle tragen in uns die Fähigkeit und Verantwortung, bewusst und gesund zu handeln. Wir alle tragen aber auch destruktive Muster in uns, die zu einer Krankheitsspirale führen können.

Die typischen Stufen und Symptome eines Erkrankungsverlaufs sind, dass auf eigene Bedürfnisse nicht mehr geachtet

und Konflikten am Arbeitsplatz oder in der Familie aus dem Weg gegangen wird. Innerlich herrscht das Gefühl vor, nie gut genug zu sein und immer noch mehr leisten zu müssen. Die Sicherheit, den eigenen Arbeits- und Lebensalltag zumindest teilweise gestalten zu können, weicht dem Gefühl, Getriebener der äußeren Umstände zu sein. Gemeinsam ist auch der Verlust der Erfahrung der Sinnhaftigkeit der ärztlichen Tätigkeit – trotz hoher fachlicher Kompetenz. Im Vordergrund stehen ausschließlich äußere Anforderungen des Arbeitsplatzes oder der Familie. Eigene Wünsche, Werte und Grenzen werden nicht mehr gesehen (Mundle et al. 2010).

Die eigene Überforderung wird häufig erst dann bewusst wahrgenommen, wenn zusätzlich andere Belastungsfaktoren, z.B. eine Krankheit oder Schicksalsschläge in der Familie hinzukommen. Leitsätze, wie z.B. „alles muss klappen, damit es mir gut geht“ sind erste Warnsignale. Auch aus den Erfahrungen des Anästhesisten können wir entnehmen, wie gefährlich es ist, eigene Überforderungs- und Unzufriedenheitsgefühle zu betäuben statt auszuwerten.

Die Fallbeispiele zeigen auch, dass Überforderungen am Arbeitsplatz, Grenzerfahrungen, Burnout oder andere seelische Krisen Auslöser für einen bewussten und gestaltenden Umgang mit dem Arbeitsalltag, den eigenen Beziehungen und außerberuflichen Interessen sein können. Sie sind ein Beleg dafür, dass Veränderungen auch in schwierigen Lebenssituationen möglich sind und Krisen zu Wendepunkten im Hinblick auf eine gesunde und genussvolle Lebensweise werden können (Mundle et al. 2007, 2010, Mundle & Gottschaldt 2008).

Im Wechselspiel von Beruf, Familie, Freizeit und der eigenen Persönlichkeit Anfor-

derungen und eigene Ressourcen immer wieder neu zu balancieren ist ein lebenslanger Prozess. Notwendig hierfür ist eine Bewusstseinskultur am Arbeitsplatz: Der kontinuierliche Abgleich zwischen äußeren Anforderungen und der eigenen Innenwelt mit ihren Wünschen, Werten und Grenzen (Siegrist 2009). Dies setzt Kontakt mit der eigenen Innenwelt einschließlich der persönlichen Sinnkriterien voraus. Übungen der Stille, Achtsamkeit und Meditation sind einfache und im Arbeitsalltag anwendbare Praktiken, um die Wahrnehmung für innere und äußere Prozesse zu sensibilisieren und die Gesundheitsför-

derung als einen aktiven Abgleich von beiden Prozessen zu stärken (Anderssen-Reuster 2007, Grepmaier & Nickl 2007). Wer beides, Fach- und Persönlichkeitskompetenz als Notwendigkeit und Chance begreift und neben ärztlicher Kompetenz auch eine gesunde Wahrnehmung für Möglichkeiten und Grenzen der eigenen Veränderungspotentiale entwickelt, hat eine hohe Chance, seinem Beruf als nützlich und sinnvoll zu erfahren. Dies ist die Grundvoraussetzung für innere Zufriedenheit, Wertschätzung und Gesundheit im Sinne der Salutogenese (Zohar 2000, Kabat Zinn 2006).

Anschrift des Verfassers

*Professor Dr. med. Götz Mundle
 Ärztlicher Geschäftsführer
 Oberbergkliniken
 Charlottenstraße 60, 10117 Berlin
 Tel.: 030 319850400
 Fax: 030 319850411
 E-Mail:
 goetz.mundle@oberbergkliniken.de
 www.oberbergkliniken.de*

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

Bücher

H. M. Kulke: **THORAX RÖNTGENDIAGNOSTIK – Von der Deskription zur Diagnose.** Verlag D. E. Wachholz K.G, Nürnberg. 36 Seiten. 22 z.T. farbige Abbildungen. Taschenbuch 12x21 cm. Glanzfolienkaschierung, Klammerheftung. ISBN-978-3-8133-5262-6. Euro 18,-.

Soeben erschien in der bekannten Reihe der Kompendien „Scripta norica“ aus dem Wachholz-Verlag ein neues kurzes Lehrbuch, das sich der bisher unübersichtlichen und großenteils auch missverständlichen Begriffsvielfalt der Befundbeschreibungen annimmt. Dem Autor H. M. Kulke ist es gelungen, durch eine systematisch und didaktisch klug angelegte Terminologie mit

zahlreichen Bildbeispielen aus der Thorax-Pathologie nützliche Straffung und Ordnung in die immer noch herrschende Begriffsvielfalt zu bringen.

Das Kompendium in den Händen haltend fragt man sich erstaunt, wieso in der über 100-jährigen Geschichte der Röntgendiagnostik bisher noch keine einheitliche Terminologie der bildhaften Beschreibung eines Befundes festgelegt oder zumindest nachdrücklich empfohlen worden ist.

Bereits die Mannigfaltigkeit vergleichender Definitionen verlangt nach einer gestrafften, wissenschaftlich untermauerten und zugleich sinnfälligen Ausdrucksform.

Es vermeidet Fehldeutungen und ermöglicht dem Therapeuten, sich bereits ohne Röntgenbild eine Vorstellung vom Ausmaß des pathologischen Befundes zu machen. Aber auch die spätere Bewertung einer schon länger zurückliegenden Erkrankung, deren Befunde nur noch als Aufzeichnung vorliegen, wird durch die Aussagekraft einer exakten Formulierung wesentlich erleichtert oder erst hinreichend sicher ermöglicht.

Allein aus den genannten Gründen erscheint mir für dieses Kompendium eine hohe Akzeptanz geradezu geboten.

*Dr. med. B. Söller, Radiologe,
 Aschaffenburg*

Literatur zum Beitrag

Die Kehrseite der Medaille – psychische Erkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten

(Hessisches Ärzteblatt 2/2013, Seite 90)

1. Anderssen-Reuster U: Achtsamkeit in Psychotherapie und Psychosomatik. Haltung und Methode, Stuttgart 2007
2. Braun M, Schönfeldt-Lecuona C, Kessler H, Beck J, Beschoner P, Freudenmann R.W.: Burnout, Depression und Substanzgebrauch bei deutschen Psychiatern und Nervenärzten – Ergebnisse einer Pilotstudie. Nervenheilkunde 2008; 27: 800-4
3. Geuenich, K: Berufliche Überbelastung: Sind gestresste Ärzte die depressiven Patienten von morgen? PP 9, Ausgabe September 2010, Seite 411
4. Grepmaier L, Nickel M: Achtsamkeit des Psychotherapeuten Wien 2007
5. Hughes PH, Brandenburg N, Baldwin DC, Storr CL, Williams KM, Anthony JC, Sheehan DV: Prevalence of substance use among physicians. J Am Med Assoc 1992; 6: 2333-39 [Heft 267]
6. Kabat Zinn J: Gesund durch Meditation. Das große Buch der Selbstheilung. Frankfurt 2006
7. Knesebeck O, Klein J, Frie KG, Blum K, Siegrist J: Psychosoziale Arbeitsbelastungen bei chirurgisch tätigen Krankenhausärzten: Ergebnisse einer bundesweiten Befragung. Dtsch Arztebl Int 2010; 107(14): 248-53;
8. Mundle G: Jeder fünfte Arzt ist ausgebrannt. Ärztliche Praxis, 2006; (38) 5
9. Mundle G, Gottschaldt E (2008). Abhängigkeitserkrankungen bei Ärztinnen und Ärzten – Spezifische Behandlungsangebote ermöglichen eine erfolgreiche Therapie. Deutsche Medizinische Wochenschrift (DMW) 2008; 17-20
10. Mundle G, Gottschaldt E. (2008). Emotionale Krankheitsakzeptanz – ein Weg zur seelischen Gesundheit. Prävention, 2; 54-56
11. Mundle G, Jurkat H. B, Reimer C, Beelmann K, Kaufmann M, Cimander K.F: Suchttherapie bei abhängigen Ärzten (Strategien der Prävention und Therapie) Psychotherapeut 2007 (52); 273 – 279
12. Mundle G, Paulus HR, Gottschaldt E: Einfluss von Arbeitsbedingungen auf Depressionen und Abhängigkeitserkrankungen bei Ärzten: Kasuistiken. In: Schwartz FW, Angerer P (Hrsg). Arbeitsbedingungen und Befinden von Ärztinnen und Ärzten Befunde und Interventionen Deutscher Ärzte-Verlag 2010 ISBN 978-3-7691-3438-4
13. Osterloh, Falk Ärztemonitor: Ärzten macht ihre Arbeit Spaß. Dtsch Arztebl 2012; 109(24)
14. Siegrist (2009) Werteorientierte Gratifikationssysteme im Gesundheitswesen In: Gottschaldt E (Hrsg). Gesundheit im Gesundheitswesen. Edition Oberberg Stiftung, Potsdam 2009; 67-78
15. Unrath, M; Zeeb, H; Letzel, S; Claus, M; Pinzón, LCE: Psychische Gesundheit von Hausärzten in Rheinland-Pfalz: Prävalenz psychischer Beschwerden und Identifikation möglicher Risikofaktoren. Dtsch Arztebl Int 2012; 109(11): 201-7
16. Zohar D, Marshall I: SQ – Spirituelle Intelligenz. Bern, München, Wien 2000

Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf

Julika Zwack

Zum Alltag im Arztberuf gehören zahlreiche Stressoren. Das Spektrum umfasst emotionale Herausforderungen wie der Umgang mit den Grenzen des medizinisch Machbaren oder (über-)fordernden Patienten in einem Klima, das vielerorts wesentlich durch Einzelkämpfertum bestimmt ist [Jurkat, Raskin et al. 2006; Laubach und Fischbeck 2007]. Hinzu kommen physische Belastungen durch Schlafmangel, Daueranspannung und Überstunden [Rosta und Gerber 2008]. Zu den zentralen Belastungsfaktoren gehören zudem die Rahmenbedingungen ärztlicher Arbeit, die häufig von hierarchischem wie ökonomischem Druck, ausufernder Bürokratie, langen Arbeitszeiten und zunehmender Arbeitsverdichtung bestimmt sind. Inmitten dieser Arbeitsbedingungen die eigenen Sinnkriterien zu schützen, mit den eigenen Ressourcen so zu haushalten, dass Gesundheit und Freude erhalten bleiben, ist eine andauernde Herausforderung. Die Frage, wie Ärzte mit dieser Herausforderung umgehen, stand im Mittelpunkt des von der Bundesärztekammer geförderten Forschungsprojektes „Resilienz im Arztberuf.“ In über 200 qualitativen Interviews mit Ärzten unterschiedlichster Fachrichtungen und aller Hierarchieebenen gingen wir der Frage nach: Wie lassen sich Gesundheit, Sinnerleben, Freude und Wirksamkeitserfahrung im Arztberuf auch unter widrigen Arbeitsbedingungen erhalten? Was tun bzw. lassen resiliente Ärzte, v.a. im Arbeitskontext, aber auch darüber hinaus?

Resilienz – Widerstandskraft und Wachstum

Der Resilienz begriff, zu Beginn reserviert für psychische Widerstandsfähigkeit insbesondere von Kindern und Jugendlichen in traumatischen Extremsituationen, meint heute allgemein die Fähigkeit, mit Belastungen in gesundheitserhaltender Weise

umzugehen [Earvolino-Ramirez 2007]. Während die Resilienzforschung in ihren Anfängen stark an konstitutionellen Merkmalen, insbesondere Persönlichkeitseigenschaften ausgerichtet war, wird Resilienz heute als dynamisches Produkt der Interaktionen zwischen Individuum und Umwelt verstanden, das sich im Lebenslauf entwickelt und Veränderungen durch Interventionen zugänglich ist [Luthar, Cicchetti et al. 2000]. Entsprechend verfolgte unsere Studie das Ziel, lehr- und lernbare Praktiken, Strategien und Haltungen zu identifizieren, die sich im Umgang mit den spezifischen Widrigkeiten, Belastungen und Herausforderungen des Arztberufes in den Kontexten Krankenhaus und Niederlassung bewähren. Der vorliegende Artikel fasst einige wesentliche Erkenntnisse zusammen. Weiterführende Darstellungen der Empirie finden sich bei Zwack, Abel et al. [2011] und Zwack, Bodenstein et al. [2012]. Zu den praktischen Schlussfolgerungen vgl. Zwack [2013].

Antrittsmotive schützen – Gratifikationsquellen erhalten

Wenn Sie noch einmal vor der Wahl stünden, würden Sie wieder Arzt werden? Und wenn ja, warum? Diese Frage stand zu Beginn unserer Gespräche. In den Antworten wurde deutlich, dass sich Freude und Sinnerleben im Arztberuf wesentlich aus zwei Quellen speisen: Gratifikationen aus der unmittelbaren Arzt-Patient-Beziehung einerseits und Erfahrungen direkter medizinischer Wirksamkeit andererseits. So naheliegend diese Antwort, so häufig wird der Patientenkontakt in Zeiten von Fließbandmedizin und Kostendruck auf das unbedingt notwendige reduziert. Im Kontrast hierzu zeigen die Gespräche unserer Studie, dass besonders die Ärzte ihre Arbeit als abwechslungsreich und befriedigend empfinden, die bestimmte Ansprüche an die Beziehungsqualität mit ihren Pati-

enten stellen und für diese bewusst eintreten: *„Medizinische Arbeit, wie ich sie verstehe, ist erst mal primär eine beziehungsorientierte Behandlung. Die ärztliche Tätigkeit besteht vorwiegend in der Herstellung von einer therapeutischen Arbeitsbeziehung ... und ohne diese Bindung zu den Patienten kann man kein vernünftiger Mediziner sein, auch keine vernünftige Kardiologie – nichts kann man machen, nicht einmal gescheit operieren.“* (Facharzt für Psychiatrie/Neurologie (58 J.).

Im konkreten Kontakt geht es dabei sowohl um aktives Interesse an der „Person hinter den Symptomen“, wie auch um die Fähigkeit, eine fachlich-persönliche Kontur zu zeigen („Wofür stehe ich (nicht)?“). Wesentlich ist ein bewusster Umgang mit Grenzüberschreitungen aller Art – aber auch das souveräne Bekenntnis zu eigenen Grenzen. In den Worten eines Oberarztes in der Psychiatrie (47 J.): *„Früher habe ich natürlich gedacht, wir müssen alles hinkriegen und möglichst gut sein und so. Nein, müssen wir nicht! Wir müssen schauen, dass wir selber morgens noch aufrecht in den Spiegel gucken können. Und dafür kann es auch nötig sein, dass wir in manchen Gebieten sagen, andere sind besser und dann sollen die Patienten auch dort hingehen.“*

Im Hinblick auf Komplikationen und Behandlungsfehler treten die Ärzte unserer Studie für einen proaktiven und offenen Umgang ein – im Kontakt mit dem Patienten selbst, aber auch dem professionellen Umfeld: *„Man neigt ja dann zu einem Fluchtverhalten, möchte den Fehler nicht mehr sehen und genau das Gegenteil muss man tun. Auf den Patienten und seine Angehörigen zugehen und sagen: Das ist jetzt nicht gut gelaufen.“* (Chefarzt in der Unfallchirurgie, 65 J.).

Die zweite zentrale Gratifikationsquelle des Arztberufes sind Erfahrungen medizinischer Wirksamkeit im engeren Sinne: Leiden zu lindern, Symptome zu kurieren, Leben zu verlängern oder zu retten. Das eigene fachliche Feuer am Brennen zu halten setzt ebenfalls bewusste Investitionen voraus. Hierzu gehört neben der Teilnahme an kollegialen Austauschforen u.a. die aktive Suche nach Fort- und Weiterbildungsangeboten, die weniger im Modus des ressourcenschonenden „Punktesammelns“ abgewickelt, sondern als Ausdruck professioneller Selbstpflege verstanden werden: *„In den letzten zwölf Jahren habe ich angefangen, intensiv Weiterbildungsveranstaltungen sowohl zu buchen, als auch selbst zu organisieren, als auch selbst Vorträge zu halten. Man kann ungefähr sagen, ohne Weiterbildung kann ich vielleicht sieben Jahre befriedigend arbeiten. Aber dann beginnt es alter Käse zu sein, was du im Kopf hast“* (niedergelassener Psychiater, 61 J.).

Jeder zweite Arzt unserer Studie beschrieb darüber hinaus die versichernde und motivierende Wirkung eines unterstützenden kollegialen Umfeldes. Kollegialen Austausch bewusst zu suchen, lieber einmal zu viel als zu wenig zum Hörer zu greifen und kollegiale Rücksprache zu halten, reduziert fachliche Unsicherheiten und hinterlässt das gute Gefühl, professionell eingebunden zu sein und gewertschätzt zu werden. Ein Kardiologe, 49 J.: *„Ich kann dazu nur raten: Was ich immer wieder propagiere ist, wenn was nicht gut läuft, das mit den Kollegen telefonisch zu besprechen, die einem den Patient geschickt haben. Man baut ein Netzwerk auf, das einen nicht nur manchmal Zeit kostet, einen nicht nur bekannt macht in so einer Klinik, sondern einem eine ungeheure menschliche Sicherheit gibt in seiner medizinischen Tätigkeit.“*

Wie auch im Patientenkontakt sind gegenüber Kollegen, Mitarbeitern und Vorgesetzten neben Investitionen in Fairness, Freundlichkeit und Unterstützung auch Abgrenzungsleistungen erforderlich. Diese setzen den Mut voraus, ggf. auch entgegen der Hierarchie Grenzüberschreitungen als solche zu markieren. Anders als oft befürchtet, münden Abgrenzungen gegenüber Abwertungen oder nicht leistbaren Aufträgen mittelfristig eher in Respekt als in Ausgrenzung. So beschreibt ein Funktionsoberarzt in der Allgemeinchirurgie, 39 J.: *„Als ich im PJ war, gab`s einen Oberarzt, der hat ständig die Leute zur Schnecke gemacht und ich war bei dem unten im OP und der hat mich ständig geschimpft, ich würde den Haken falsch halten und was weiß ich was. Und irgendwann war der Punkt, wo sich bei mir so ein Schalter umgelegt hat und ich wusste gar nicht mehr, was ich sagte, auf jeden Fall habe ich im OP den Oberarzt angebrüllt, er soll seinen Assistenten gefälligst anhalten, mir den Haken richtig zu geben und ich weiß nicht mehr, was noch. Und danach war Schluss, danach war Ruhe. Von dem bin ich nie wieder blöd angemacht worden oder so, der hat mich am nächsten Tag gefragt: „Wie geht's Ihnen denn, haben Sie gut geschlafen? Sie machen das ja alles toll.“ Und ich denke, das ist ganz, ganz wichtig, dass die Leute den Mund aufmachen, dass sie lernen, den Mund aufzumachen und sich zu wehren. Ich muss nicht das Burnout-Syndrom behandeln, sondern ich muss mich zur Wehr setzen, ich muss sagen: Bis hierher und Schluss.“*

Woher kommt die Kraft für die oben beschriebenen Abgrenzungs- und Hinwendungsleistungen im Patienten- und Kollegenkontakt? Woher die Energie für den potentiell anregenden Fachartikel, die Investitionen in ein tragfähiges kollegiales Netzwerk oder die anregende Kongress-

teilnahme? Hier werden psychophysiologische Reserven vorausgesetzt, die zu nächst einmal aufgebaut bzw. erhalten werden wollen.

Äußere Freiheitsgrade schaffen – innere Freiheitsgrade ausbauen

„Mit dem zweiten steht man besser“ – die Pflege außerberuflicher Standbeine

Zu den bedeutsamsten gesunderhaltenen Strategien gehört für 80 Prozent der von uns befragten Ärzten die Pflege außerberuflicher Interessen. Sportliche und/oder kulturelle Aktivitäten dienen der unmittelbaren Spannungsreduktion, erleichtern das Abschalten und befördern das Gefühl innerer Unabhängigkeit. Eine Allgemeinärztin (55 J.) erzählt: *„Ich muss sehr darauf achten raus zu kommen. Es hilft mir in die Natur zu gehen, joggen zu gehen, da fällt der Stress dann auch ganz gut ab; oder mir eine Belohnung setzen, so wie mit einer Freundin Kaffee trinken, oder mal mit meinem Mann ins Kino oder Theater. Das ist wichtig: Raus gehen und spüren, dass es die Dinge, die man gerne gemacht hat immer noch gibt und ich sie noch machen kann.“*

Zu den wichtigen Resilienzfaktoren gehören darüber hinaus Investitionen in Partnerschaft, Familienleben und Freundschaften. *„Was mir bei meiner Arbeit sehr hilft, ist, dass mir immer klar war: Mein wirkliches Leben findet zu Hause statt. Das sind die Menschen, für die ich mich entschieden habe, bzw. die komplett abhängig von mir sind. Meine Kinder können nicht ohne mich sein. Mir ist wichtig, dass die im Leben glücklich sind und denen zuzuschauen, wie sie sich entwickeln und dabei Hilfestellung zu geben, das ist mir wichtig und das gibt mir Kraft. Ich freue*

mich, wenn die ein Tor schießen oder Interesse haben mit mir nach Paris zu fahren, sich Bilder im Louvre anzusehen. ... Ich begeistere mich auch sehr für Freundschaft. Ich habe nicht viele Freunde, aber die, die ich habe sind echte Freunde. Die stecken alle auch in anstrengenden Berufen, die viel Zeit einfordern. Wir treffen uns einmal im Monat, das ist ein fixer Termin und das genieße ich“ (leitender Oberarzt der Unfallchirurgie, 46 J.).

So unbestritten wie die Bedeutung dieser zweiten Standbeine ist, so herausfordernd scheint es doch, sich hierfür die notwendigen zeitlichen Ressourcen zu schaffen. Resiliente Ärzte beschreiben, wie ihnen insbesondere fest verankerte Rituale dabei helfen, denn: Alles was ritualisiert ist, ist bereits entschieden, und muss nicht mühsam innerlich und äußerlich verteidigt werden. Ebenfalls hilfreich ist die Kultivierung der eigenen Präsenz, also der Fähigkeit, da und nur da zu sein, wo man sich gerade aufhält. Interessant sind die positiven Wechselwirkungsprozesse zwi-

schen gepflegten Beziehungen und Interessen einerseits und subjektiven professionellen Freiheitsgraden andererseits: Wer eine lebendige Beziehung hat, *nimmt* sich die Zeit, zumindest ab und an früher nach Hause zu gehen, wer ein stärkendes Hobby hat, *nimmt* sich die Zeit ihm nachzugehen. Kurz: Wer ein oder mehrere außerberufliche Standbeine hat, fällt mit größerer Wahrscheinlichkeit kongruente Entscheidungen über Abgrenzung und Investition im Beruf.

Rahmenbedingungen im Rahmen halten – die Bedeutung guter Selbstorganisation

Im Mittelpunkt einer guten Selbstorganisation stehen für die befragten Ärzte die Schaffung von Ablaufroutinen und ein bewusstes Zeitmanagement. In dem Maße, wie diese für das professionelle Umfeld transparent und berechenbar werden, reduzieren sich unnötige Unterbrechungen und der Verschleiß durch Doppelanfragen bzw. ein immer wieder neues Aufnehmen bereits begonnener Aufgaben.

Ein niedergelassener Hals-Nasen-Ohrenarzt, 51 J.: *„Was ich über die Jahre gelernt habe, ist, dass man in seinem Umfeld einfach strukturieren muss. Das heißt, ständig wiederkehrende Ereignisse, ständig wiederkehrende Krankheitsbilder, ständig wiederkehrende Fragestellungen, dafür muss es Bewältigungsstrategien geben, so dass man nicht jedes Mal neu das Rad erfinden muss, wenn man mit diesen Dingen konfrontiert wird. Dadurch entledigt man sich vieler Dinge, die einen sonst müde machen können.“*

Die bewusste Planung des Arbeitstages hilft zudem, die eigene Tätigkeit nicht ausschließlich von außen herangetragenem Dringlichkeiten bestimmen zu lassen: *„Ich denke es ist ganz wichtig für die Stressbewältigung, dass man mental immer in einem Viererkreuz arbeitet. Es gibt wichtige und dringliche Dinge und weniger wichtige und weniger dringliche Dinge. Und was häufig verwechselt wird, und was Stress macht, ist wichtig und dringlich zu verwechseln. Wenn man damit bewusst umgeht,*

dann bekommt man sich ganz gut sortiert und kommt auch ganz gut rum. So geht es mir zumindest“ (Neuroradiologe, 43 J.).

Neben lokal passenden Ablaufroutinen entwickeln viele Ärzte auch individuelle „Abkürzungsstrategien“. Beispiele hierfür sind die Nutzung informeller Kommunikationskanäle zur unbürokratischen Regelung von Anfragen oder die Dokumentation in Anwesenheit des Patienten.

„Es geht nicht ohne“ – Pausen, Urlaub und Begrenzung der Arbeitszeit

Für jeden dritten Arzt unserer Studie gehört die bewusste Begrenzung der eigenen Arbeitszeit zu den wichtigen gesunderhaltenden Faktoren. Beschrieben wird ein Lernprozess über die Zeit, innerhalb dessen zunehmend besser einschätzbar wird, welcher Arbeitsumfang nachhaltig leistbar ist: *„Das muss man ganz aktiv machen. Darauf achten, dass diese Zeit, die man sich vornimmt wirklich frei bleibt. Das Problem ist nämlich, wenn wir hier viel arbeiten, dann sammelt sich Arbeit an, die dann auf den freien Tag automatisch draufgewälzt wird. Dann denkt man: „Ich muss eigentlich unbedingt noch das machen.“ Ich muss meine Freizeit so einteilen, als ob sie jetzt wichtige Arbeitszeit wäre, sonst geht das bei mir nicht. Ich habe immer so viel zu tun, auch forschungsmäßig, dass ich immer arbeiten könnte, auch vierundzwanzig Stunden am Tag ohne Probleme. Deswegen muss ich an einem bestimmten Punkt sagen: „Okay jetzt ist Schluss!“ Den Punkt muss ich auch gezielt festlegen.“ (Oberarzt in der Neurochirurgie, 39 J.).*

Ebenfalls bedeutsam sind strategische, d.h. bewusst geplante und regelmäßige Urlaube. Konkret lautete die wiederkehrende Empfehlung: Plane deinen Urlaub

am Anfang des Jahres für den Rest des Jahres. So entstehen verlässliche Vorfreude und verlässliche Auszeiten.

Für die mittel- und langfristige Leistungsfähigkeit und Motivation entscheidend sind jedoch nicht allein Urlaube, sondern vor allem auch kurze, über den Tag oder die Woche verteilte Auszeiten *innerhalb* des professionellen Alltags, z.B. in Form kurzer Trinkpausen, Povernaps, oder einem ritualisierten Rückzug. So beschreibt ein niedergelassener Allgemeinarzt (49 J.): *„Das hat sich auch geändert nach dem Hörsturz. Im Terminkalender steht der Patient „Luft“ drinnen und das heißt: Da ist Luft für mich. Oder der Patient „Frühstück“, der sitzt in meiner Warteliste, da weiß ich, an der Stelle gehe ich frühstücken, wenn nicht gerade jemand dringend drankommen muss. Das hat dann auch Priorität.“*

„Wissen, was mich treibt“ – Selbstwahrnehmung und Selbstkenntnis als Voraussetzung für Wahlfreiheiten

Die enormen Arbeitsbelastungen im Arztberuf münden unreflektiert oft in den Versuch, durch immer weitere Erhöhung der eigenen Anstrengungen den vielfältigen Anforderungen doch noch „irgendwie gerecht zu werden.“ Das begleitende Grundgefühl lässt sich auf den Nenner bringen: *„Ich muss so handeln“ bzw. „es muss so sein“.* Im Gegenzug beschreiben Ärzte, wie ihnen unterschiedliche Facetten der Selbstreflexion dabei helfen, auch unter Stress im Einklang mit eigenen Zielen und Prioritäten zu handeln und ein Gefühl der Selbstbestimmung aufrecht zu erhalten.

Ein gutes Drittel der Befragten praktiziert regelmäßige Ziel- und Standortbestimmungen. Ein Oberarzt der Kieferchirurgie (47 J.): *„Ich stelle mir in regelmäßigen Abständen folgende Fragen: „Wo bin ich heute? Wo*

will ich hin? Was stört mich? Warum bin ich unzufrieden? Was kann ich ändern?“ Außerdem noch gut ist, wenn man das zu einem bestimmten Zeitpunkt macht. Einfach mal zu schauen, wo waren denn letztes Jahr meine Tortenstücke gewesen, und wo sind meine Tortenstücke für dieses Jahr?“ Jeder zweite Arzt unserer Studie verwies darüber hinaus auf die Bedeutung einer guten Selbstkenntnis im Sinne einer aktiven Auseinandersetzung mit biographischen Mustern und eigenen Ansprüchen. Ein Chefarzt in der Kardiologie, 59 J.: *„Ich bin der ältere Bruder. Der bin ich immer für alle gewesen. Ich war auch immer ein dickes Kind, ein unbeholfenes, unsportliches Kind, das mit seinen, sagen wir mal, anderen Erfolgen in der Gruppe glänzen musste. Ich war Klassensprecher, Schulsprecher, im Fachbereichsrat, im Fakultätsrat als Vertreter der wissenschaftlichen Mitarbeiter. Ich bin immer in so eine halb Führungs-, halb Fürsprecherrolle reingewachsen in meinem Leben und das treibt mich natürlich in dieser Situation jetzt auch. Von daher weiß ich, dass ich lernen muss, zu unterscheiden, was mache ich mit, was trage ich nicht mit, wo gehe ich ernsthaft gegen vor und was nehme ich einfach so hin, weil es nicht so wichtig ist.“*

Fazit – was eint resiliente Ärzte?

Wie viele andere Berufsgruppen auch, stehen Ärzte alltäglich vor der Herausforderung, einen guten Umgang mit potentiell unbegrenzten Anforderungen und endlichen äußeren und inneren Ressourcen zu finden. Resiliente Ärzte zeichnen sich dabei nicht dadurch aus, dass sie das Unmögliche schaffen – auch der Tag eines resilienten Arztes hat nur 24 Stunden. Sie weisen aber einige Gemeinsamkeiten auf:

- 1) Sie treffen immer wieder **bewusste Entscheidungen**, worauf sie ihre knappe Zeit und Aufmerksamkeit richten. Indem

sie Verführungen zu reaktiver Hektik zumindest überwiegend widerstehen, machen sie die Erfahrung, dass für sie persönlich bedeutsame Handlungen *abgeschlossen* werden. Dies ist angesichts der Dauerunterbrechung und Fragmentierung der meisten Berufsalltage keine Selbstverständlichkeit – und setzt ein Minimum an achtsamer Selbstwahrnehmung und bewusste Grenzziehung bzw. Hinwendung voraus.

- 2) Sie betreiben **Diversifikation statt Monokultur**, d.h. sie setzen nicht alles auf eine, z.B. die berufliche Karte, sondern investieren auch in außerberufliche Beziehungen und Interessen. Hier zeigt sich ein interessantes zirkuläres Phänomen: Wer außerberufliche Kraftquellen pflegt, erfährt durch sie Stärkung und erlebt sich subjektiv mehr als selbstbestimmt. Er kann sich dadurch auch leichter gegenüber beruflichen Stressoren abgrenzen bzw. weniger reaktiv entscheiden, wie er mit akuten Belastungen umgeht. Auf diese Weise entstehen sich selbst verstärkende positive Wechselwirkungen: „Wer hat, dem wird gegeben.“
- 3) Resiliente Ärzte **kennen sich in ihren Zielen, Grenzen und biographischen Vulnerabilitäten**. Ein bewusster Umgang mit den eigenen Ressourcen setzt voraus, die eigenen Motive zu kennen: Was treibt mich? In welchen Situationen bin ich leicht verführbar, eigene Grenzen zu überschreiten? Was erlaube ich mir nicht – obwohl es mir und meiner Arbeit mittel- und langfristig dienlich wäre? Die bewusste Auseinandersetzung mit diesen Fragen trägt ebenfalls zu einem Mehr an Selbstbestimmung bei.
- 4) Sie erleben sich als **wirksam in der Beziehungsgestaltung** zu Vorgesetzten, Kollegen und Patienten. Es wird deutlich: Wer in Beziehungskompetenz in-

vestiert, investiert in seine seelische Widerstandsfähigkeit.

Wie Ärzte gesund bleiben inmitten der Anforderungen und Rahmenbedingungen ihrer Arbeit – darüber wird nach Aussage der meisten befragten Ärzte im Kollegenkreis wenig gesprochen. Die Auseinandersetzung mit dem salutogenetischen Erfahrungswissen innerhalb des Berufsstandes bietet jedoch eine Fülle bewährter Strategien, im Kontakt mit Patienten, Kollegen und Vorgesetzten die eigene Präsenz zu stärken, persönliche Sinnquellen zu erhalten, private Ressourcen auszubauen und die individuellen Entscheidungsspielräume zu vergrößern [Zwack 2013] – und damit die Chancen auf Sinn und Freude zu verwirklichen, die der Arztberuf in besonderem Maße bietet.

bern [Zwack 2013] – und damit die Chancen auf Sinn und Freude zu verwirklichen, die der Arztberuf in besonderem Maße bietet.

Anschrift der Verfasserin

Dr. Julika Zwack, Dipl.-Psych.

Institut für Medizinische Psychologie

Zentrum für Psychosoziale Medizin

Universitätsklinikum Heidelberg

Bergheimerstraße 20, 69115 Heidelberg

E-Mail: julika.zwack@med.uni-heidelberg.de

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

Literatur zum Beitrag

Wie Ärzte gesund bleiben – Resilienz im Arztberuf

(Hessisches Ärzteblatt 2/2013, Seite 95)

Earvolino-Ramirez, M. (2007). „Resilience: A concept analysis.“ *Nursing Forum* 42(2): 73-81

Jurkat, H. B., K. Raskin, et al. (2006). „German medical hierarchy: the ladder to quality of life?“ *Lancet* 368(9540): 985-6

Laubach, W. and S. Fischbeck (2007). „Job Satisfaction and the Work Situation of Physicians at a German University hospital.“ *International Journal of Public Health* 52: 54-59

Luthar, S., D. Cicchetti, et al. (2000). „The Construct of Resilience: A Critical Evaluation and Guidelines for Future Work.“ *Child Dev* 71(3): 543-562

Rosta, J. and A. Gerber (2008). „Arbeitszufriedenheit bei Krankenhausärzten und -ärztinnen in Deutschland. Ergebnisse einer bundesweiten Erhebung im Herbst 2006.“ *Gesundheitswesen* 70: 519-24

Zwack, J. (2013). *Wie Ärzte gesund bleiben. Resilienz statt Burnout*. Stuttgart, Thieme

Zwack, J., C. Abel, et al. (2011). „Resilienz im Arztberuf. Salutogenetischen Praktiken und Einstellungsmuster erfahrener Ärzte.“ *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 12 495-502

Zwack, J., U. Bodenstein, et al. (2012). „Salutogenetische und pathogenetische Aspekte der Ärztesundheit. Eine qualitative Katamnese betroffener Ärzte.“ *Psychiatrische Praxis* 39: 181-188

Pharmakologisches „Cognitive Enhancement“

Andreas G. Franke, Klaus Lieb

Die Begriffe „Pharmakologisches Cognitive Enhancement“, „Academic Performance Enhancement“ oder „Pharmakologisches Neuroenhancement“ (PN) beschreiben die Einnahme psychoaktiver Substanzen aller Art durch Gesunde ohne medizinische Notwendigkeit mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung. „Hirndoping“ dagegen bezeichnet die missbräuchliche Einnahme von verschreibungspflichtigen Medikamenten oder illegalen Drogen wie zum Beispiel (Psycho-)Stimulantien (verschreibungspflichtige und illegale Amphetamine/AMPH, Methylphenidat/MPH), Modafinil oder Antidementiva ohne medizinische Notwendigkeit mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung. Davon kann der Begriff des „Mood Enhancements“ (ME) abgegrenzt werden, der die Einnahme von Antidepressiva (vor allem selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer, SSRI) beschreibt, um die eigene Stimmung über ein durchschnittliches Maß hinaus zu verbessern oder etwa selbstsicherer in Gesellschaft aufzutreten. Der Terminus des „Hirndopings“ ist eng an den Begriff des körperlichen Dopings im Sport angelehnt, der die Einnahme „verbotener“ Medikamente zur körperlichen Leistungssteigerung bezeichnet [1, 2].

Somit erscheint PN nicht nur für Schüler und Studierende interessant, um die eigene geistige Leistungsfähigkeit und den eigenen affektiven Zustand über ein durchschnittliches Maß hinaus zu steigern. Auch für Berufstätige, die hohen Anforderungen gerecht werden müssen und nach einer Möglichkeit der Reduktion von Müdigkeit, einer Steigerung ihrer Vigilanz, Aufmerksamkeit und Konzentration oder sogar des Gedächtnisses suchen, erscheint PN auf den ersten Blick erstrebenswert. Insbesondere bei überlangen Arbeitszeiten, Nacharbeit/Nachtschicht und anstrengen-

Definition „Pharmakologisches Neuroenhancement“

Pharmakologisches (Neuro-)Enhancement beschreibt den Gebrauch aller Arten von psychoaktiven Substanzen durch Gesunde mit dem Ziel der Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit, zum Beispiel bezüglich Vigilanz, Aufmerksamkeit, Gedächtnis oder Stimmung.

Definition „Hirndoping“

„Hirndoping“ bezeichnet in Anlehnung an den Doping-Begriff im Sport die Einnahme von „verbotenen“ Substanzen durch Gesunde mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung. Dazu zählen verschreibungspflichtige Medikamente wie zum Beispiel (Psycho-)Stimulantien (Methylphenidat), Modafinil, Antidementiva, aber auch illegale Drogen wie zum Beispiel illegale Amphetamine, Kokain und weitere psycho-stimulative Drogen.

den Tätigkeiten, die ein hohes Maß an kognitiver Performance bedürfen, wie es insbesondere auch bei Ärzten häufig der Fall ist, könnten Anreize für die Einnahme von pro-kognitiv wirksamen Substanzen bestehen.

Prävalenzraten für PN und „Hirndoping“

Die meisten Untersuchungen zur Häufigkeit von PN bzw. Hirndoping liegen für Schüler und vor allem Studierende vor. Eine systematische Befragung unserer Arbeitsgruppe unter 1.500 Schülern und Studierenden zeigte, dass bereits vor Beginn des Berufslebens der Kenntnisstand zum PN sehr ausgeprägt ist. Immerhin verfügten über 80 % der Befragten über

Kenntnisse des PN, wobei der Kenntnisstand unter Studierenden signifikant höher war als unter Schülern [3]. Über die Hälfte der Befragten hatte bereits Kaffee gezielt zur geistigen Leistungssteigerung eingesetzt. 40 % hatten bereits Energy Drinks gezielt eingesetzt und immerhin 11 % hatten die zwar rezeptfreien, aber zumindest apothekenpflichtigen Koffeintabletten mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung eingenommen. Die Ein-Jahres- sowie Ein-Monats-Prävalenzen lagen sowohl für Kaffee als auch für Energy Drinks und für Koffeintabletten knapp unter 10 % [3]. Ca. 4 % der Befragten hatten bereits mindestens einmal verschreibungspflichtige oder illegale Stimulantien (Methylphenidat, MPH oder Amphetamine, AMPH) mit dem Ziel der geistigen Leistungssteigerung eingenommen [4]. Vergleicht man die von uns gefundenen Prävalenzraten von Hirndoping mit körperlichem Doping im Sport, muss man allerdings davon ausgehen, dass wie beim körperlichen Doping die Dunkelziffer auch für das PN und vor allem Hirndoping viel höher liegt. Dies liegt daran, dass die Befragten trotz anonymer Fragebögen nicht „mit der Wahrheit herausrücken“ – schließlich handelt es sich bei der Einnahme verschreibungspflichtiger Stimulantien ohne ärztliche Verschreibung nach dem Betäubungsmittelgesetz (BtmG) und beim Konsum illegaler Stimulantien um illegale und prinzipiell strafbare Verhaltensweisen.

Wir haben daher an der Universität Mainz eine noch größere Stichprobe von etwa 2.500 Studierenden befragt, wobei die hier verwendete Fragetechnik der Randomized Response Technik (RRT) den Antwortenden eindeutig und erkennbar absolute Anonymität zusicherte. Bei dieser Befragung zeigte sich wie erwartet eine viel höhere Prävalenzrate für Hirndoping. Ge-

fragt wurden die Teilnehmer nach der Einnahme von „Medikamenten oder illegalen Drogen, die man nicht in einer Drogerie kaufen kann und die den Probanden nicht wegen einer Erkrankung verschrieben wurden“, sondern die gezielt zur geistigen Leistungssteigerung eingenommen wurde. Die Ein-Jahres-Prävalenzrate lag bei 20 % [5] und damit viermal so hoch wie in der ersten Studie mit anonymisierten Fragebögen ohne Anwendung der RRT-Technik [4].

Befragungen an Universitäten anderer Länder zeigten in Anbetracht unterschiedlich angewendeter Befragungsmethoden und unterschiedlich befragter Kollektive (Schüler, Studierende, verschiedene Schulen/Colleges/Universitäten, unterschiedliche Fakultäten, etc.) unterschiedlich hohe Prävalenzraten zwischen wenigen einstelligen Prozentwerten und unteren zweistelligen Prozentwerten. Eine aktuelle Befragung unter 8.000 Studierenden an deutschen Hochschulen und Fachhochschulen zeigte, dass bei einer Response Rate von ca. 1/3 84 % der Befragten Kenntnisse über die Möglichkeit des so genannten „pharmakologischen Hirndopings“ besitzen. Die Studie weist auf eine Prävalenzrate von 5 % zum „pharmakologischen Hirndoping“ hin, wobei allerdings die Definition der Studie von pharmakologischem Hirndoping neben verschreibungspflichtigen Medikamenten auch „Schmerzmittel“ und „Beruhigungsmittel“ mit einschließt. 5 % werden zu den „Soft-Enhancenden“ gezählt, worunter die Einnahme von Vitaminpräparaten, homöopathischen und pflanzlichen Substanzen und Koffein oder ähnlichen Substanzen von den Autoren verstanden wird [6]. Eine große US-amerikanische Meta-Analyse über den generellen Missbrauch von (Psycho-)Stimulantien an über 100.000 Studierenden zeigt eine Ein-Jahres Prävalenzrate von 5 bis 35 % an Highschools, Colleges und Universitäten [7].

Eine der ersten Studien zum PN unter Berufstätigen wurde von der Deutschen Angestellten Krankenkasse durchgeführt [8]. Diese zeigte bei einer Response Rate von nur 15 % unter 20.000 Mitgliedern der DAK, dass insgesamt 17 % der Befragten „bereits Medikamente zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit oder psychischen Befindlichkeit eingenommen“ hatten. Die erste Befragung deutscher Ärzte zum PN wurde von unserer Arbeitsgruppe durchgeführt. Die Studie, die gerade zur Publikation eingereicht wurde, weist ebenfalls auf hohe Prävalenzraten der Einnahme von verschreibungspflichtigen und illegalen Substanzen unter Chirurgen hin.

Einstellungen zum PN bzw. Hirndoping

Daten zu Einstellungen zum PN bzw. Hirndoping liegen in Deutschland bisher nur für Schüler und Studierende vor. Grundsätzlich zeigte sich bei den von unserer Arbeitsgruppe befragten Schülern und Studierenden eine hohe Bereitschaft zur Einnahme von PN-Substanzen unter der Voraussetzung, dass sie frei verfügbar, sicher und ohne Nebenwirkungen sind und nicht zu Abhängigkeit führen. Gefragt nach der Erwünschtheit der Einnahme von

PN-Substanzen durch Berufsgruppen mit hochgradig verantwortungsvollen Tätigkeiten wie Piloten oder Ärzten zeigte sich, dass sich immerhin 20 % der befragten Schüler und Studierenden für die Einnahme von PN-Substanzen durch Piloten oder Ärzte aussprachen [9].

Nutzen-Risiko-Verhältnis von Substanzen zum PN bzw. Hirndoping

In einem Fortbildungsartikel und einer Übersichtsarbeit unserer Arbeitsgruppe haben wir die vorliegende Evidenz für die Wirksamkeit von potentiellen Neuroenhancern anhand randomisierter, doppelblinder, Placebo kontrollierter Studien (RCTs) zusammengestellt; darüber hinaus liegen äquivalente Ergebnisse von Repantis und Kollegen vor [2, 11, 12]. Hier zeigte sich, dass Substanzen wie Koffein (Kaffee, Energy Drinks und Kaffeetabletten) und (Psycho-)Stimulantien wie AMPH oder MPH und Modafinil bei gesunden Probanden ohne bestehendes Schlafdefizit im Vergleich zu Placebo nur gering bessere pro-vigilante Effekte aufweisen, die sich unter anderem in einer verkürzten Reaktionszeit auf einfache Reize widerspiegeln. Gleichzeitig fanden sich keine bis sehr ge-

ringförmig positive Effekte auf das Gedächtnis. Die Effekte der Stimulantien waren denen von Koffein weitgehend vergleichbar und nur vereinzelt und kaum überlegen. Darüber hinaus zeigten sich deutlichere Effekte aller Substanzen unter bestehendem Schlafdefizit der Probanden. Allerdings ergab sich auch unter Schlafmangel nur ein unwesentlich ausgeprägter Effekt auf Gedächtnisleistungen. Das zeigt zunächst, dass Vigilanz und Aufmerksamkeit unter „normalen“ Bedingungen (kein Schlafmangel) wenig steigerbar sind. Unter Schlafentzug jedoch ergeben sich auf einfache kognitive Funktionen deutlichere Effekte aller PN-Substanzen. Antidementiva, die bei Patienten mit Alzheimer-Demenz pro-kognitive Effekte haben, zeigten sich in unserer Übersichtsarbeit bei Gesunden völlig wirkungslos. Für Ginkgo biloba ergaben sich ebenso keine pro-kognitiven Effekte. Gleiches gilt für Antidepressiva wie unsere Arbeitsgruppe in Übereinstimmung mit Repantis und Kollegen zeigen konnte: Antidepressiva vom SSRI-Typ verbesserten bei Gesunden die Affektlage nicht [2, 11, 13]. Somit haben die potentiellen Substanzen zum ME keinerlei und die potentiellen PN-Substanzen nur sehr gering bessere Effekte als Placebo auf „einfache“ kognitive Domänen wie Vigilanz.

Bei Betrachtung der unerwünschten Nebenwirkungen (UAWs) muss man die einmalige Einnahme von einer dauerhaften Einnahme unterscheiden. Darüber hinaus sind die UAW je nach Substanz sehr unterschiedlich ausgeprägt; sehr häufig bis häufig werden aber bei nahezu allen Substanzen gastrointestinale UAW (Übelkeit, Diarrhoe, etc.), Kopfschmerzen, Schwindel, etc. beobachtet. Darüber hinaus wird vor allem bei Stimulantien ein Missbrauchs- und Abhängigkeitspotential diskutiert [1, 2, 11, 14]. Weitere UAW von Nicht-Stimu-

lantien wie Unruhe, Zitterigkeit, Schlaflosigkeit, etc. sind zu berücksichtigen.

Zusammengefasst zeigen die zur Verfügung stehenden Substanzen zum PN bzw. Hirndoping ein ungünstiges Nutzen-Risiko-Verhältnis. Die Wirksamkeit ist zum großen Teil auf Placeboeffekte (Erwartung, „Wunschdenken“ etc.) zurückzuführen, und die Risiken können teilweise erheblich sein.

Hirndoping und Burnout

Unter Burnout verstehen wir keine eigentliche psychische Störung, sondern einen chronischen Stresszustand infolge andauernder Arbeitsüberlastung, der sich in emotionaler Erschöpfung, kritischer Distanz zur Arbeit, Leistungsminderung und vegetativen Stresssymptomen zeigt. Bei entsprechender Veranlagung kann ein Burnout im Sinne des Vulnerabilität-Stress-Modells die Entwicklung einer psychischen Störung, etwa einer Depression, einer Suchterkrankung oder Angststörung, begünstigen.

Gerade bei Menschen, die infolge Arbeitsüberlastung nicht mehr in der Lage sind, durch notwendige Phasen der Ruhe neue Kräfte zu schöpfen, kann PN bzw. Hirndoping eine Möglichkeit darstellen, noch die letzten Kraftreserven zu mobilisieren, also z.B. bei Müdigkeit diese mittels Substanz-einnahme zu überwinden. Dadurch kann aber ein gefährlicher Teufelskreis entstehen: Das PN bzw. Hirndoping führt zu weiterer Anspannung, die notwendigen Ruhephasen bleiben aus, und das Burnout wird aufrecht erhalten, statt beseitigt. Somit dürfte auch die Entwicklung psychischer Störungen durch Hirndoping indirekt befördert werden.

Empfehlungen

Was können Sie Ihren Patienten raten, die nach der Möglichkeit der geistigen Leistungssteigerung oder direkt nach Mög-

lichkeiten des PN bzw. Hirndopings fragen? Und was können Sie als Alternativen zum PN bzw. Hirndoping empfehlen?

Zunächst sollten Sie Informationen über das ungünstige Nutzen-Risiko-Verhältnis von Substanzen zum Hirndoping geben und darauf hinweisen, dass die Effekte der Substanzen im Wesentlichen auf Placebo-Effekten beruhen. Darüber hinaus ist es wichtig, Informationen darüber zu geben, dass es sich bei verschreibungspflichtigen Medikamenten zum Hirndoping um Medikamente handelt, die bestimmte Indikationen haben (Methylphenidat → ADHS, Antidepressiva → Depressionen, etc.) und weder zur Verbesserung der geistigen Leistungsfähigkeit entwickelt wurden noch in dieser Indikation zugelassen sind. Daher dürfen auch keine „Privatrezepte“ zur Verordnung dieser Substanzen ausgestellt werden.

Werden Sie von Klienten nach alternativen Möglichkeiten zu Hirndopingmitteln gefragt, so lässt sich zunächst auf andere pharmakologische Neuroenhancer verweisen: Koffein, so haben vorangegangene Studien gezeigt, hat Stimulantien wie Amphetamine und Methylphenidat ebenbürtige Effekte und ist nur vereinzelt und kaum unterlegen. Dabei ist die Einnahme von Koffein (Kaffee, Energy Drinks, Koffeintabletten) im Gegensatz zu illegalen Drogen (vor allem Amphetamine) und verschreibungspflichtigen Medikamenten (vor allem Methylphenidat oder Modafinil) uneingeschränkt möglich. Sie sollten aber auch darauf hinweisen, dass trotz Arbeitsüberlastung Phasen ausreichenden Schlafs essentiell sind, um langfristig eine hohe Arbeitsfähigkeit zu erhalten. Auch Sport – wenn er nicht zu exzessiv betrieben wird – und eine gesunde, ausgewogene Ernährung tragen nicht nur zu körperlicher, sondern auch zu geistiger „Fitness“ bei. Nicht zuletzt hat ein effektives Zeitmanagement mit dem rechtzeitigen Beginn von planba-

ren Tätigkeiten eine hohe Priorität und kann einem Burnout vorbeugen.

Alternativen zum Hirndoping

- Für ausreichend Schlaf sorgen
- Körperliche Aktivitäten/Sport
- Gesunde, ausgewogene Ernährung
- Möglichst langfristiges Zeitmanagement
- Konsum von Koffein in Maßen

Korrespondenzadresse

Dr. med et Dr. disc. pol.
 Andreas G. Franke, M.A.
 Klinik für Psychiatrie und
 Psychotherapie der
 Universitätsmedizin Mainz
 Untere Zahlbacher Straße 8
 55131 Mainz
 Tel.: 06131 17-2920
 Fax: 06131 17-6690
 E-Mail: afranke@uni-mainz.de

Buchtipp: Klaus Lieb: Hirndoping.
 Artemis & Winkler, 2010
 Es wurde nur ausgewählte Literatur
 zitiert; weitere Literatur beim Verfasser.

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

The Lickin' Boyz



Ärzte rocken für einen guten Zweck

Schirmherr:

Bürgermeister Jürgen Hoffmann

2. Feb. 2013

Benefizkonzert zugunsten eines
 Krankenhauses in Madagaskar

Beginn: 20 Uhr | Eintritt: 15 Euro
 Vorverkauf:

info@openstage-rodgau.de
 Open-Stage-Halle Jügesheim
 Stettiner Str. 17

Open Stage

Kulturinitiative Rodgau e.V.
www.OpenStage-Rodgau.de



© Wolfgang Willnat

Literatur zum Beitrag

Pharmakologisches „Cognitive Enhancement“

(Hessisches Ärzteblatt 2/2013, Seite 100)

- [1] Lieb K (2010): Hirndoping – Warum wir nicht alles schlucken sollten. Artemis & Winkler, Düsseldorf
- [2] Franke AG, Lieb K (2010) [Pharmacological neuroenhancement and brain doping: Chances and risks]. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 53: 853-859
- [3] Franke AG, Christmann M, Bonertz C, Fellgiebel A, Huss M, Lieb K (2011) Use of Coffee, Caffeinated Drinks and Caffeine Tablets for Cognitive Enhancement in Pupils and Students in Germany. *Pharmacopsychiatry* 44(7): 331-338
- [4] Franke AG, Bonertz C, Christmann M, Huss M, Fellgiebel A, Lieb K (2011) Non-medical use of prescription stimulants and illicit use of stimulants for cognitive enhancement in pupils and students in Germany. *Pharmacopsychiatry* 44(2): 60-66
- [5] Dietz P, Striegel H, Franke AG, Lieb K, Simon P, Ulrich R (2012): Randomized Response Estimates for the One-Year Prevalence of Cognitive Enhancement in University Students. *Pharmacotherapy (in press)*
- [6] Middendorff E, Poskowsky J, Isserstedt W (2012): Formen der Stresskompensation und Leistungssteigerung bei Studierenden. HISBUS-Befragung zur Verbreitung und zu Mustern von Hirndoping und Medikamentenmissbrauch. Hochschul-Informations-System (HISBUS), Hannover
- [7] Wilens TE, Adler LA, Adams J, Sgambati S, Rotrosen J, et al. (2008) Misuse and diversion of stimulants prescribed for ADHD: a systematic review of the literature. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 47: 21-31
- [8] Deutsche Angestelltenkrankenkasse (DAK) (2009) Gesundheitsreport 2009. Analyse der Arbeitsfähigkeitsdaten. Schwerpunktthema Doping am Arbeitsplatz. Februar 2009, Berlin/Hamburg
- [9] Franke AG, Bonertz C, Christmann M, Engesser S, Lieb K (2012): Attitudes towards cognitive enhancement in users and non-users of stimulants for cognitive enhancement: a pilot study. *AJOB Prim. Res.* 3(1): 48-57
- [10] Warren OJ, Leff DR, Athanasiou T, Kennard C, Darzi A (2009) The neurocognitive enhancement of surgeons: an ethical perspective. *J Surg Res* 152: 167-172
- [11] Franke AG, Lieb K (2009): Missbrauch von Psychopharmaka zum „Cognitive Enhancement“. Mit Hirndoping zu intellektuellen Spitzenleistungen? *Info Neurologie und Psychiatrie* 11(7-8): 42-51
- [12] Repantis D, Schlattmann P, Laisney O, Heuser I (2010): Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: A systematic review. *Pharmacol Res* 62: 187-206
- [13] Repantis D, Schlattmann P, Laisney O, Heuser I (2009): Antidepressants for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. *Poiesis Prax* 6: 139-174
- [14] Franke AG, Konrad A, Lieb K, Huss M (2011): [Stimulant and Non-Stimulant Medication in Current and Future Therapy for ADHD]. *Fort-schr Neurol Psychiatr.* 79:1-11

Der Arztberuf – Berufung und hohe Verantwortung

Ärztekammerpräsident betont Aktualität des Hippokratischen Eides auf Examensfeier in Marburg und Gießen



Dr. von Knoblauch zu Hatzbach gratuliert den Gießener Absolventinnen und Absolventen
(Foto: Peter Unkel)

„Leistungserbringer“ betrachteten, basiere das ärztliche Selbstverständnis auf einem Freien (Heil-)Beruf, der nach akademischer Ausbildung und Weiterbildung auf die Heilung des Patienten ausgerichtet sei.

„Ein Beruf mit Berufung und hoher Verantwortung“, so von Knoblauch zu Hatzbach: „Wir Ärztinnen und Ärzte nehmen uns eines kranken Menschen an, der sich Hilfe suchend an uns wendet. Für seine Behandlung sind Weisungsunabhängigkeit, Diagnose und Therapiefreiheit der Ärztin/ des Arztes sowie absoluter Vertrauensschutz unverzichtbar.“ Dass der immer größer werdende Anteil von Frauen an der Ärzteschaft die vollkommen berechtigte Forderung nach Chancengleichheit und Freiheit bei der Gestaltung eigener Lebensentwürfe beinhalte, sollte heute eigentlich selbstverständlich sein, fügte von Knoblauch zu Hatzbach hinzu. „Die Ärztekammer setzt sich mit allen ihr verfügbaren Mitteln für die Freiheit des ärztlichen Berufes und für berufliche Rahmenbedingungen ein, die eine individuelle Lebensplanung ermöglichen.“

Katja Möhrle

„Willkommen in einem ebenso herausfordernden wie erfüllenden Beruf“, begrüßte Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, am 15. Dezember 2012 154 Absolventinnen und Absolventen des Medizinstudiums auf ihrer Examensfeier in der Alten Universität in Marburg. Auch auf dem Examensball der Gießener Universität überreichten von Knoblauch zu Hatzbach und Studiendekan Professor Dr. med. Joachim Kreuder am selben Abend neben den Examensurkunden Faltblätter mit den Texten des Hippokratischen Eides und des Genfer Gelöbnisses an 93 frisch approbierte Ärztinnen und Ärzte. Der Eid des Hippokrates, benannt nach dem griechischen Arzt Hippokrates von Kós (um 460 bis 370 v.Chr.), gilt als erste grundlegende Formulierung einer ärztlichen Ethik. Seine zeitgemäße Version, das Genfer Gelöbnis, wurde in Gießen von der Studienabsolventin Claudia Heinrich vorgelesen und der abschließende Satz von allen Absolventen gemeinsam gesprochen. Von Knoblauch zu Hatzbach unterstrich die Aktualität des Hippokratischen Eides.

In einem von zunehmender Ökonomisierung geprägten Gesundheitswesen müsse die Zuwendung zum Patienten wieder im Mittelpunkt der ärztlichen Tätigkeit stehen. Voraussetzung dafür sei, dass der Arztberuf ein Freier Beruf bleibe, der sich nicht durch Ökonomen versklaven lasse, sondern sich durch Kompetenz auszeichne. „Keines Menschen Herrn, keines Menschen Sklave“, forderte der Ärztekammerpräsident mit den Worten Marc Aurels. Während Politiker und Ökonomen Ärzte als



Gruppenbild der Absolventenfeier in der Universität Marburg

(Foto: Barbara Köhler)

Kinderbetreuung für Kinder von drei bis acht Jahren ab 1. Januar 2013 Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich!

Im Modellprojekt vom 1. Januar – 30. Juni 2013 kostenfrei!

Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

I. Seminare / Veranstaltungen zur permanenten Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 110!

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mittwoch, 06. Feb. 2013, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Teilnahmebeitrag: € 110 (Akademiemitgl. € 99)
max. Teilnehmerzahl: 25
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau B. Sebastian, BZÄK Wiesbaden,
Fon: 0611 977-4812, Fax: -4841,
E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de
Weitere Termine 2013: 13. März, 24. Apr., 15. Mai, 12. Juni,
25. Sep., 30. Okt., 13. Nov., 11. Dez.

Depression vom Burnout-Typ – Geschlechtsspezifische Diagnostik und Therapie

Samstag, 23. Feb. 2013, 09:30 – 16:00 Uhr **9 P**
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 75 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,
Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,
E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

21. Bad Nauheimer Symposium in der Klinischen Hämostaseologie

Gemeinschaftsveranstaltung der Fachgebiete Angiologie-
Hämostaseologie, Kardiologie und Klinische Pharmakologie
Praxisrelevante Entscheidungen bei Thromboembolien 2013
Eine interaktive interdisziplinäre Veranstaltung mit
Falldemonstrationen.

Samstag, 09. März 2013, 09:00 – 15:00 Uhr **7 P**
Themen: Thrombophilie-Diagnostik bei venöser Thromboembolie;
Nicht-fulminante Lungenembolie; Akute Therapie der Becken-
venenthrombose; Primäre Thromboseprophylaxe bei erhöhtem
kardiovaskulärem Risiko?; Vorhofflimmern
Leitung: Prof. Dr. med. Viola Hach-Wunderle, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. Sebastian Harder, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. Thomas Wendt, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 80 (Akademiemitgl. € 30)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Ittner, Akademie,
Fon: 06032 782-223, Fax: 069 97672-223,
E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Hautkrebs-Screening

Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der
Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.
Freitag, 15. März 2013, 13:00 Uhr – 21:00 Uhr **11 P**
Leitung: Dr. med. Philipp Deppert, Bechtheim
Dr. med. Katharina Wiest, Ludwigshafen
Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,
Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,
E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

28. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums
der J. W. Goethe-Universität.
Montag, 18. – Freitag, 22. März 2013
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer, Frankfurt a. M.
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner, Frankfurt a. M.
Teilnahmebeitrag: € 550 (Akademiemitgl. € 495)
Tagungsort: Frankfurt a. M., Universitätsklinikum
Seminarraum Zi. 330, Haus 11, 3. Stock
Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,
Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,
E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Ärztliches Peer-Review

Der besondere Reiz dieses Verfahrens liegt für Ärzte/innen auf
der Intensivstation in der freiwilligen Teilnahme an einer Auditie-
rung und Fremdbetrachtung auf Augenhöhe durch intensivmedi-
zinisch versierte und im Peer-Review-Verfahren geschulte Ärzte
und Pflegekräfte in gehobenen Positionen (z.B. Chefarzte, Ober-
ärzte, Pflegeleitungen).
Die LÄKH koordiniert und begleitet das Peer-Review-Verfahren Inten-
sivmedizin in Kooperation mit der Ärztekammer des Saarlandes.
Die Schulung ist als Blended-Learning-Maßnahme konzipiert.
Telelernphase: Di., 02. Apr. – Do., 02. Mai 2013 **insg. 16 P**
Präsenzphase: Fr., 03. Mai – Sa., 04. Mai 2013
Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Fulda
Prof. Dr. med. H.-B. Hopf, Langen
Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Max. Teilnehmerzahl: 16
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
E-Mail: heike.cichon@laekh.de





10. Kasseler Gesundheitstage

In Kooperation mit der Akademie der Landesärztekammer Hessen.

Freitag, 22. – Samstag, 23. März 2013

Leitung: Prof. Dr. med. H. Melchior, Kassel

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Tagungsort: Kassel, Kongress Palais Kassel – Stadthalle, Friedrich-Ebert-Straße 152

Information und Anmeldung: Regionalmanagement Nordhessen, Frau M. Willmann, Fon: 0561 970-6216, Fax: 0561 970-6222
E-Mail: willmann@regionnordhessen.de

Moderatorentaining

Freitag, 19. – Samstag, 20. Apr. 2013 **20 P**

Leitung: Prof. Dr. rer. nat. H. Haid, Konstanz

Teilnahmebeitrag: € 360 (Akademiemitgl. € 324)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Freitag, 03. – Samstag, 04. Mai 2013 **22 P**

Leitung: PD Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Rheumatologie

Rheuma an einem Tag

Mittwoch, 30. Okt. 2013 **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 50 (Akademiemitgl. kostenfrei)

Tagungsort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

4. Neuroethik-Seminar

In Kooperation der Klinik für Neurologie der Dr. Horst Schmidt Klinik.

Mittwoch, 20. März 2013, 17:00 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. G. F. Hamann, Wiesbaden

Teilnahmebeitrag: kostenfrei

Tagungsort: Wiesbaden, Dr. Horst Schmidt Klinik

Auskunft und Anmeldung: Frau Hannelore Noll,

Fon: 0611 43-2376, Fax: 0611 43-2732,

E-Mail: hannelore.noll@hsk-wiesbaden.de

Repetitorium Innere Medizin 2013

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

Montag, 22. – Samstag, 27. Apr. 2013 **insg. 51 P**

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. W. Faßbinder, Fulda

Teilnahmebeitrag insg.: € 495 (Akademiemitgl. und Mitgl. des

BDI und der DGIM € 445)

Einzelbuchung pro Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des

BDI und der DGIM € 135)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

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

Samstag, 15. – Sonntag, 16. Juni 2013 **16 P**

Leitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

II. Kurse zur Fort- und Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise auf Seite 110!

Grundlagen der medizinischen Begutachtung (40 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Modul I **Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013** **12 P**

Modul II **Freitag, 26. – Samstag, 27. Apr. 2013** **12 P**

Modul III **Freitag, 21. – Samstag, 22. Juni 2013** **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: Modul I/II je € 174 (Akademiemitgl. € 157)

Modul III € 232 (Akademiemitgl. € 208)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Medizinische Rehabilitation

16-Stunden-Kurs gem. neuer Reha-Richtlinie (§135 Abs.2 SGB V)

Mittwoch, 10. Apr. 2013, 13:30 – 20:45 Uhr **21 P**

Leitung: Dr. med. W. Deetjen, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 200 (Akademiemitgl. € 180)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de



**Grundausbildung Zusatzbezeichnung Akupunktur (200 Std.)**

In Kooperation mit der Deutschen Ärztesellschaft für Akupunktur e.V./DÄGfA gemäß Curriculum der BÄK.

I. Teil Theorie (120 Std.)

Freitag, 08. – Sonntag, 10. Feb. 2013	G4-G6
Freitag, 19. – Sonntag, 21. Apr. 2013	G7-G9
Freitag, 28. – Sonntag, 30. Juni 2013	G10- G12
Samstag, 24. – Sonntag, 26. Aug. 2013	G13-G14
Samstag, 14. Sep. 2013	G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Samstag, 09. – Sonntag, 10. Feb. 2013	GP
Sonntag, 30. Juni 2013	GP
Sonntag, 15. Sep. 2013	GP

Prüfungsvorbereitungskurse für die Prüfung vor der Ärztekammer**Termine in Planung!**

Leitung: Dr. med. W. Marić-Oehler, Bad Homburg
Teilnahmebeitrag: auf Anfrage
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,
 Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,
 E-Mail: melanie.turano@laekh.de
oder Frau A. Bauß, Deutsche Ärztesellschaft für Akupunktur e.V.
 Fon: 089 71005-11, Fax: -25, E-Mail: bauss@daegfa.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD) und dem Hessischen Hausärzterverband; zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.

Mittwoch, 20. März 2013, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 5: Herz, Blutdruck und Gefäße

Teil 6: Auge, Niere, Fuß

Leitung: C.-D. Möller, Frankfurt a. M.
 Dr. med. M. Braun, Schlüchtern

Teilnahmebeitrag: € 30 (Akademiemitgl. kostenfrei)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,
 Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,
 E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

weitere Termine 2013: 19. Juni 2013 Teile 1 / 2,
 25. Sep. 2013 Teile 3 / 4, 27. Nov. 2013 Teile 5 / 6

Hämotherapie**Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter**

Freitag, 14. Juni – Samstag, 15. Juni 2013 **16 P**

Leitung: Dr. med. M. Weippert-Kretschmer, Rostock
Teilnahmebeitrag: € 340 (Akademiemitgl. € 306)
Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen
Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,
 Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,
 E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung (EBM 35100/35110)

Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35 100 / 35 110). Es handelt sich um eine integrierte Veranstaltung.

Enthalten sind hierin die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Wissen, d. h. insgesamt 80 Stunden. **Die Balintgruppenarbeit (Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung) ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.**

19. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung

Freitag, 08. – Sonntag, 10. März 2013	20 P
Freitag, 12. – Sonntag, 14. Apr. 2013	20 P
Freitag, 21. – Sonntag, 23. Juni 2013	20 P
Freitag, 23. – Sonntag, 25. Aug. 2013	20 P
Freitag, 08. – Sonntag, 10. Nov. 2013	20 P

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

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Teilnahmebeitrag: pro Block (20 h) € 330 (Akademiemitgl. € 297)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Flören-Benachib, Akademie,

Fon: 06032 782-238, Fax: 069 97672-67238,

E-Mail: andrea.floeren-benachib@laekh.de

Arbeits- und Betriebsmedizin (360 Std.)

„Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen (G35)“ ist in den Kurs B2 integriert.

C1 Samstag, 13. Apr. – Samstag, 20. Apr. 2013 **60 P**

A2 Samstag, 14. Sep. – Samstag, 21. Sep. 2013 **60 P**

B2 Samstag, 26. Okt. – Samstag, 02. Nov. 2013 **60 P**

C2 Samstag, 30. Nov. – Samstag, 07. Dez. 2013 **60 P**

Leitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Prof. Dr. med. H.-J. Woitowitz

Teilnahmebeitrag pro Kursteil: € 490 (Akademiemitgl. € 441)

Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Belastungen (G35)

Integriert in den Kurs B2 der arbeitsmedizinischen Weiterbildung zum Facharzt für Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin.

Freitag, 01. Nov. 2013, 09:00 – 16:30 Uhr **insg. 16 P**

Samstag, 02. Nov. 2013, 09:00 – 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. U. Klinsing / Dr. med. R. Snethlage, Bad Nauheim

Teilnahmebeitrag: € 280 (Akademiemitgl. € 252)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau L. Stieler, Akademie,

Fon: 06032 782-283, Fax: 069 97672-67283,

E-Mail: luise.stieler@laekh.de





Ernährungsmedizin (100 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **insg. 100 P**

Teil I Freitag, 08. – Samstag, 09. Feb. 2013

Teil II Freitag, 22. – Samstag, 23. Feb. 2013

Teil III Freitag, 08. – Samstag, 09. März 2013

Teil IV Freitag, 12. – Samstag, 13. Apr. 2013

Teil V Freitag, 14. – Samstag, 15. Juni 2013

plus Hospitation, plus Klausur

Leitung: Prof. Dr. med. Dr. oec. troph. J. Stein, Frankfurt a. M.
Dr. med. K. Winckler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsorte: Teil I bis IV: Bad Nauheim, FBZ der LÄK Hessen

Teil V und Hospitation: Frankfurt a. M.,
Krankenhaus Sachsenhausen

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Die Kurse können in beliebiger Reihenfolge absolviert werden.

Weiterbildungsordnung ab 01. Nov. 2005

Kurs C 16. Feb. 2013 10 Std. 10 P

Psychosomatische Grundversorgung unter speziellen Gesichtspunkten der Allgemeinmedizin – verbale Interventionstechniken Entscheidungsfindung, Prävention, Hausbesuch, Multimorbidität und Priorisierung, Sterbebegleitung, Angehörigengespräche, professionelles Selbstverständnis

Leitung: Prof. Dr. med. Erika Baum, Marburg
Dr. med. Robert Gerst, Baden-Baden

Kurs A 07./08. Juni 2013 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Theorie: Kenntnisse in psychosomatischer Krankheitslehre, Anamnese, Befunderhebung, Diagnose und Klassifizierung, Abgrenzung psychischer Störungen von Neurosen und Psychosen, psychische Störungen

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

Kurs B 20./21. Sept. 2013 20 Std. 20 P

Psychosomatische Grundversorgung – Vermittlung und Einübung verbaler Interventionstechniken: verbaler Inhalt und Körpersprache des Patienten/des Arztes, klientenzentriertes Gespräch, Techniken: Konfrontation, Interpretation, paradoxe Reaktion, Wahrnehmung des latenten Konfliktes

Leitung: Dr. med. Wolfgang Hönnmann, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: 10 Std. € 150 (Akademiemitgl. € 135),
20 Std. € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Notfallmedizinische Fortbildung

Kurs Ärztlicher Leiter Rettungsdienst

Mittwoch, 06. – Samstag, 09. Feb. 2013 **33 P**

Leitung: Dr. med. E. Wranze-Bielefeld, Dautphetal

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst ÄBD

Freitag, 01. – Sonntag, 03. März 2013

Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg, M. Leimbeck, Braunfels

Teilnahmebeitrag: € 400 (Akademiemitgl. € 360)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Seminar Leitender Notarzt

Samstag, 02. – Dienstag, 05. Nov. 2013

Leitung: D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 740 (Akademiemitgl. € 666)

Tagungsort: Kassel

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Samstag, 23. Nov. 2013

Leitung: G. John, D. Kann, N. Schmitz, Kassel

Teilnahmebeitrag: € 240

Tagungsort: Kassel

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de

Marburger Kompaktkurs „Zusatzbezeichnung Notfallmedizin“

Kursteile A – D gemäß Richtlinien der BÄK (80 Std.)

In Zusammenarbeit mit dem Zentrum für Notfallmedizin des Uniklinikums Gießen/Marburg und dem DRK Rettungsdienst Mittelhessen.

Freitag, 01. – Samstag, 09. März 2013

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

Teilnahmebeitrag: € 770 inkl. Verpflegung

Tagungsort: Marburg, Universitätsklinikum Gießen/Marburg, Hörsaalgebäude 3, Conradstr.

Auskunft und Anmeldung: DRK Rettungsdienst Mittelhessen, Bildungszentrum, Postfach 1720, 35007 Marburg,

Fon: 06421 950-220, Fax: -225, E-Mail: info@bzmmh.de

Palliativmedizin

– **Aufbaukurs Modul I:**

Dienstag, 12. – Samstag, 16. März 2013

– **Aufbaukurs Modul II:**

Mittwoch, 12. – Sonntag, 16. Juni 2013

– **Fallseminar Modul III:**

Montag, 25. – Freitag, 29. Nov. 2013

– **Basiskurs:**

Dienstag, 03. – Samstag, 07. Dez. 2013

Teilnahmebeiträge:

Basiskurs/Modul I/II: € 600 (Akademiemitgl. € 540)

Fallseminar Modul III: € 700 (Akademiemitgl. € 630)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Auskunft und Anmeldung: Frau V. Wolfinger, Akademie,

Fon: 06032 782-202, Fax: 069 97672-67202,

E-Mail: veronika.wolfinger@laekh.de



**Suchtmedizinische Grundversorgung (50 Std.)**

In Kooperation mit der Akademie für Ärztliche Fortbildung in Rheinland-Pfalz.

Die Module sind inhaltlich so konzipiert, dass z. B. Modul I in Hessen Modul I in Rheinland-Pfalz entspricht.

Frühjahr 2013 Hessen

Modul II/III **Freitag, 01. – Samstag, 02. Feb. 2013**
 Modul IV und Wahlthema **Freitag, 15. – Samstag, 16. Feb. 2013**
 Modul V **Freitag, 01. – Samstag, 02. März 2013**

Leitung: D. Paul, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag pro Wochenende: € 165

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Sozialmedizin (insg. 320 Std.)

Mit Wirkung vom 1. Juni 2012 müssen alle Teilnehmer zuerst die erforderlichen Grundkurse absolvieren um anschließend mit den Aufbaukursen abzuschließen. Von dieser Regelung ausgenommen bleibt aber die Reihenfolge innerhalb der Grund- und Aufbaukurse.

Für die Teilnehmer, die vor dem Stichtag (1. Juni 2012) bereits mit einem Aufbaukurs begonnen haben, werden Übergangsbestimmungen eingeräumt, so dass diese, ausgenommen der neuen Regelung, die Zusatzbezeichnung „Sozialmedizin“ erwerben können.

AK II Mittwoch, 06. Feb. – Freitag, 15. Feb. 2013 **80 P**
GK I Mittwoch, 10. Apr. – Freitag, 19. Apr. 2013 **80 P**
GK II Mittwoch, 21. Aug. – Freitag, 30. Aug. 2013 **80 P**
AK I Mittwoch, 30. Okt. – Freitag, 08. Nov. 2013 **80 P**

Leitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: pro Teil € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau C. Cordes, Akademie,

Fon: 06032 782-287, Fax: 069 97672-67287,

E-Mail: claudia.cordes@laekh.de

Ärztliches Qualitätsmanagement

Dieser Kurs wird gem. Curriculum der BÄK in Zusammenarbeit mit der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen angeboten. Er umfasst insgesamt 200 Fortbildungsstunden und erfüllt die Voraussetzungen für den Erwerb der Zusatzbezeichnung „Ärztliches Qualitätsmanagement“ gem. Weiterbildungsordnung der LÄKH. Der Kurs besteht aus Präsenzphasen, einer E-Learning-Phase, Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative/Heimarbeit zu bearbeiten ist.

Block I: **Dienstag, 12. – Samstag, 16. Feb. 2013**
 Block II a: **Mittwoch, 17. – Samstag, 20. Apr. 2013**
 Block II b: **Mittwoch, 19. – Samstag, 22. Juni 2013**
 Block III a: **Mittwoch, 25. – Samstag, 28. Sep. 2013**
 Telelernphase: **Sonntag, 29. Sep. – Sonntag, 13. Nov. 2013**
 Block III b: **Donnerstag, 14. – Samstag, 16. Nov. 2013**

Leitung: N. Walter / Dr. med. H. Herholz, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: Block I: € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Block II a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Block III a + b: € 1.500 (Akademiemitgl. € 1.350)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Block A 09./10. März 2013 in Bad Nauheim **20 P**

Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel

Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf

Block D 08./09. Juni 2013 in Bad Nauheim **20 P**

Leitung: Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt a. M.

Block C 14./15. Sep. 2013 in Bad Nauheim **20 P**

Leitung: Dr. med. W. Merkle, Frankfurt a. M.

Block B 02./03. Nov. 2013 in Kassel **20 P**

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

Teilnahmebeitrag pro Block: € 240 (Akademiemitgl. € 216)

Auskunft und Anmeldung: Frau A. Zinkl, Akademie,

Fon: 06032 782-227, Fax: 069 97672-67227,

E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz für Ärzte gem. RÖV

Kenntniskurs (theoretische und praktische Unterweisung)

Samstag, 30. Nov. 2013

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: gesamt € 140 (Akademiemitgl. € 126)

Theoretische Unterweisung: € 100 (Akademiemitgl. € 90)

Praktische Unterweisung: € 50 (Akademiemitgl. € 45)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Grundkurs

Samstag, 16. – Sonntag, 17. Feb. 2013 **20 P**

Praktikumstermine zur Auswahl:

Montag, 18. Feb. 2013 oder Dienstag, 19. Feb. 2013

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Hochwaldkrankenhaus Bad Nauheim

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde

Mittwoch, 20. Feb. 2013 **8 P**

Samstag, 23. März 2013 in Kassel **8 P**

Samstag, 12. Okt. 2013

Teilnahmebeitrag: auf Anfrage

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 130 (Akademiemitgl. € 117)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Kassel, Kongress Palais – Stadthalle

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Samstag, 17. – Sonntag, 18. Aug. 2013

Praktikumstermine auf Anfrage

Leitung: Dr. med. S. Trittmacher, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: Frankfurt, Krankenhaus Nordwest

Spezialkurs Computertomographie

Termine in Planung

Spezialkurs Interventionsradiologie

Termine in Planung

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de





Aufbaumodul Tabakentwöhnung mit strukturiertem Therapieprogramm

Das Modul baut auf das zwanzigstündige Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ der Bundesärztekammer auf, in dem Kenntnisse zur Tabakabhängigkeit und Beratungstechniken sowie Interventionstechniken zur Entwöhnung vermittelt werden.

Samstag, 23. Feb. 2013, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr **8 P**

Samstag, 07. Dez. 2013, 09:00 Uhr – 16:15 Uhr **8 P**

Leitung: Dr. W. Köhler, Frankfurt a. M.

Teilnahmebeitrag: € 170 (Akademiemitgl. € 153)

max. Teilnehmerzahl: 12

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau I. Krahe, Akademie,

Fon: 06032 782-208, Fax: 069 97672-208,

E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ultraschallkurse

Abdomen

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Prof. Dr. med. C. Dietrich,
Dr. med. H. Sattler, Dr. med. W. Stelzel

Aufbaukurs **40 P**

Samstag, 20. und Sonntag, 28. Apr. 2013 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Abschlusskurs **29 P**

Samstag, 02. Nov. 2013 (Theorie)

+ 2 Termine Praktikum (jew. 5 Std.) € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Gefäße

Leitung: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Dr. med. J. Bönhof

Interdisziplinärer Grundkurs **29 P**

Donnerstag, 14. – Freitag, 15. Feb. 2013 (Theorie)

Samstag, 16. Feb. 2013 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 440 (Akademiemitgl. € 396)

Aufbaukurs (periphere Arterien und Venen) **25 P**

Donnerstag, 13. – Freitag, 14. Juni 2013 (Theorie)

Samstag, 15. Juni 2013 (Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 380 (Akademiemitgl. € 342)

Abschlusskurs (periphere Arterien und Venen) **20 P**

Freitag, 29. – Samstag, 30. Nov. 2013 (Theorie + Praktikum)

Teilnahmebeitrag: € 320 (Akademiemitgl. € 288)

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Jost,

Fon: 069 97672-552, Fax: -555, E-Mail: marianne.jost@laekh.de

Verkehrsmedizinische Qualifikation

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer.

Freitag, 28. – Samstag, 29. Juni 2013 **16 P**

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

Teilnahmebeitrag: € 250 (Akademiemitgl. € 225)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

Krankenhaushygiene

Modul I: Montag, 18. – Freitag, 22. Feb. 2013, Gießen **40 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann

Termine für Module II bis VI in Planung

Teilnahmebeitrag: je Modul € 650 (Akademiemitgl. € 585)

Auskunft und Anmeldung: Frau H. Cichon, Akademie,

Fon: 06032 782-209, Fax: 069 97672-67209,

E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Einführung in die Schlafmedizin – Qualifikation nach den BUB-Richtlinien

Kurs zur Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den BUB-Richtlinien (anerkannt von der DGSM und der KV). In Kooperation mit der Gesellschaft für Schlafmedizin Hessen e.V. (GSMH).

Freitag, 24. – Sonntag, 26. Mai 2013 **insg. 30 P**

Samstag, 29. – Sonntag, 30. Juni 2013

Leitung: Dr. med. J. Heitmann, Gießen

PD Dr. med. Dr. med. habil. T.O. Hirche, Wiesbaden

Prof. Dr. med. R. Schulz, Gießen

Teilnahmebeitrag: € 590 (Akademiemitgl. € 531)

Max. Teilnehmerzahl: 32

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Praktikum: **Gießen**, UKGM GmbH Schlaflabor Med. Klinik II

Auskunft und Anmeldung: Frau M. Turano, Akademie,

Fon: 06032 782-213, Fax: 069 97672-67213,

E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Reisemedizinische Gesundheitsberatung – Basisseminar – Strukturierte curriculäre Fortbildung (32 Std.)

Kurs gemäß Curriculum der Bundesärztekammer. **32 P**

Freitag, 27. – Samstag, 28. Sep. 2013

Freitag, 22. – Samstag, 23. Nov. 2013

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

Teilnahmebeitrag: € 480 (Akademiemitgl. € 432)

Tagungsort: Bad Nauheim, Fortbildungszentrum der LÄK Hessen

Auskunft und Anmeldung: Frau R. Heßler, Akademie,

Fon: 06032 782-203, Fax: 069 97672-67203,

E-Mail: renate.hessler@laekh.de

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Bitte haben Sie Verständnis, dass wir uns kurzfristige Änderungen vorbehalten müssen.

Anmeldung: Ihre unterschriebene Anmeldung gilt als verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Wenn wir Veranstaltungen kurzfristig absagen müssen, werden Sie von uns benachrichtigt. Bitte beachten Sie die AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Eine verbindliche Anmeldung ist auch im Internet unter <https://portal.laekh.de> oder auf der Homepage der Akademie www.akademie-hessen.de schnell und kostenfrei möglich.

Kinderbetreuung: Für Kinder von drei bis acht Jahren Freitag nachmittags und Samstag ganztags möglich! Im Modellprojekt vom 1. Januar – 30. Juni 2013 kostenfrei (siehe Seite 105, oben)! Telefonische Informationen: Frau C. Ittner, Akademie, Fon: 06032 782-223

Teilnahmebeitrag: gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung (sofern nicht anders angegeben).

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Teilnahmebeiträge für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. Der Jahresbeitrag der Akademie-Mitgliedschaft beträgt € 100. Während der Zeit der Weiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit € 50. Für Studenten der Medizin ist die Mitgliedschaft kostenfrei. Der Jahresbeitrag gilt unabhängig vom Eintrittstag für das laufende Kalenderjahr. Weitere Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de





Prüfungsvorbereitungskurse

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Termin: Sa., 09.03.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.) oder
Mi., 27.03.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ/UV-GOÄ (PVK 2)

Termin: Sa., 20.04.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)

Termin: Sa., 27.04.2013 (9 Std.) oder
Mo., 29.04.2013 (9 Std.) oder
Di., 30.04.2013 (9 Std.)
jeweils 09:00 – 17:45 Uhr

Gebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Termin: Sa., 16.03.2013 und Sa., 23.03.2013
jeweils 10:00 – 16:30 Uhr (insgesamt 14 Std.)

Gebühr: € 125

Praktische Laborkunde und EKG-Übungen (PVK 5)

Termin: Sa., 13.04.2013, 09:15 – 17:30 Uhr (9 Std.)

Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 1

„Verwaltung und Wirtschaftskunde“ (PVK 6)

Termin: Sa., 02.03.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 2

„Verwaltung und Wirtschaftskunde“ (PVK 7)

Termin: Sa., 06.04.2013, 10:00 – 16:30 Uhr (7 Std.)

Gebühr: € 75

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Moderation (PAT 3)

In der Fortbildung lernen Sie kostengünstige Präsentationsmedien kennen, die bei Patienteninformation, Mitwirkung bei Patientenschulungen sowie zur Vorbereitung von Teambesprechungen eingesetzt werden können.

Termin: Do., 07.03.2013, 10:00 – 17:30 Uhr (8 Std.)

Gebühr: € 95

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

Beschwerde- und Konfliktmanagement (PAT 4)

Inhalte: Teamarbeit ist im Praxisalltag eine wichtige Voraussetzung, um Beschwerden und Konflikte von/mit den Patienten durch Fach- und Sachkompetenz zu lösen. Zielsetzung der Veranstaltung ist u.a., Lösungsstrategien für die vielfältigen, schwierigen Praxissituationen zu entwickeln.

Termin: Interessentenliste (8 Std.)

Gebühr: € 95

Wiedereinstieg in das Berufsleben (PAT 10)

Ziel der Fortbildung ist es, mutig und selbstbewusst wieder in der Praxis einsteigen zu können. Erneuern Sie Ihr eigenes Verständnis zum Beruf, bringen Sie sich die häufigsten Krankheitsbilder wieder in Erinnerung. Sie erfahren die Neuerungen der Abrechnung, das Wichtigste zum Thema Arbeits- und Praxishygiene und frischen Ihre Kenntnisse zur Blutentnahme und Präanalytik wieder auf.

Termin: Interessentenliste, 6 Termine (insgesamt 44 Std.)

Gebühr: € 550

Information: Annegret Werling, Fon: 06032 782-193, Fax: -180

Schwerpunkt Patientenbetreuung / Praxisorganisation

Kultursensible Betreuung in der Arztpraxis (PAT 13)

Inhalte:

- Interkulturelle Aspekte in der Praxissituation
- Migration in Deutschland und deren Auswirkung auf die Arztpraxis
- Kommunikation im Praxisalltag
- Institutionen und Kontaktpartner für Fragen im Praxisalltag
- Erarbeitung von Lösungsstrategien anhand von Fallbeispielen

Termin: Interessentenliste (8 Stunden)

Gebühr: € 95

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

Ambulante Versorgung älterer Menschen

Organisation und Koordination in der ambulanten Versorgung (AVÄ 5)

Inhalte: Informationsmanagement und Koordination, Mitwirkung bei Einweisung und Entlassung, Kooperation im Team mit externen Partnern und Versorgungseinrichtungen, Dokumentation/Abrechnung/Qualitätsmanagement

Termin: Mittwoch, 24.04.2013, 09:30 – 12:45 Uhr

Gebühr: € 70

Hausbesuche und Versorgungsplanung (AVÄ 3)

Inhalte: Rechtliche und medizinische Rahmenbedingungen von Hausbesuchen, häusliche Rahmenbedingungen einschätzen und Verbesserungsmöglichkeiten aufzeigen, Hausbesuchstasche kontrollieren, Hausbesuchsprotokoll führen, Versorgungs- und sozialrechtliche Anträge begleiten

Termin: Mittwoch, 24.04.2013, 13:30 – 16:45 Uhr

Gebühr: € 70

Wundmanagement (AVÄ 4)

Inhalte: Wundarten/-heilung/-verläufe einschätzen, Wundheilungsstörungen und Interventionsmaßnahmen, Wundversorgung, Verbandstechniken, Wundprophylaxe, Wundbehandlung dokumentieren, Hebe- und Lagerungstechniken

Termin: Do., 25.04.2013, 15:15 – 16:45 Uhr und

Fr., 26.04.2013, 09:30 – 16:45 Uhr (insgesamt 10 Std.)

Gebühr: € 150

Krankheitsbilder in der ambulanten Versorgung älterer Menschen (AVÄ 1)

Inhalte: altersmedizinische Grundlagen, demenzielles Syndrom, Diabetes und Folgekrankheiten, Krankheiten mit erhöhtem Sturzrisiko, Dekubitus, Schwerstkranke und Palliativpatienten begleiten

Termin: Do., 25.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

Gebühr: € 95

Geriatrisches Basisassessment (AVÄ 2)

Inhalte: Verfahren zur Funktions- und Fähigkeitseinschätzung, Beurteilung der Sturzgefahr, Beurteilung der Hirnleistung, Beurteilung von Nutrition und Kontinenz

Termin: Sa., 27.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr

Gebühr: € 95

Die Fortbildungen werden anerkannt bei den Qualifizierungen „Nichtärztliche Praxisassistenten“ und „Ambulante Versorgung älterer Menschen“.

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





Palliativversorgung für Medizinische Fachangestellte

Die Fortbildungen „PAL“ werden anerkannt beim Qualifizierungslehrgang „Palliativversorgung“. Nähere Informationen hierzu finden Sie in unserem Fortbildungsprogramm und auf unserer Homepage.

Sterben und Trauer (PAL 4)

Termin: Fr., 15.03.2013 und Sa., 16.03.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (insgesamt 12 Std.)

Gebühr: € 150

Ethik und Recht (PAL 5)

Termin: Fr., 12.04.2013, 09:30 – 15:00 Uhr (6 Std.)

Gebühr: € 95

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

Betriebsmedizinische Assistenz

Allgemeine Grundlagen der Betriebsmedizin (BET 1)

Inhalte: System der sozialen Absicherung, Gesetzliche Grundlagen, Gefahrstoffe, Belastungen am Arbeitsplatz, Rehabilitation aus betriebsärztlicher Sicht, EDV im betriebsärztlichen Dienst; Praxismanagement/Terminverwaltung

Termin: Mi., 10.04.2013 – Sa., 13.04.2013

Gebühr: € 350

Information: Elvira Keller, Tel.: 06032 782-185, Fax: -180

Patientenbegleitung und Koordination

Inhalte: Die Unterstützung des Arztes/der Ärztin in der Versorgung chronisch kranker Patienten. Die Fortbildung umfasst 40 Stunden fachtheoretischen Unterricht und beinhaltet eine Lernerfolgskontrolle. Die Fortbildung wird modular durchgeführt und unterteilt sich in die Module „Kommunikation und Gesprächsführung“ (PAT 1), „Wahrnehmung und Motivation“ (PAT 2) sowie die fachspezifischen Inhalte, die im Modul Patientenbegleitung und Koordination vermittelt werden.

Termin PBK 1: Do. 21.06.2013 - Sa. 23.06.2013 (40 Std.)

Gebühr: € 280

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

Elektronische Praxiskommunikation und Telematik

Der Qualifizierungslehrgang besteht aus vier Bausteinen zu je 20 Stunden:

Baustein 1: Datenschutz und Datensicherheit

Baustein 2: Informations- und Kommunikationstechnologie

Baustein 3: Telemedizinische Grundlagen

Baustein 4: Telemedizinische Anwendungen

Die Bausteine 1 und 2 werden in der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“ vollständig mit 40 Stunden anerkannt.

Termin: Interessentenliste

Gebühr: € 255 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung

Die Aufstiegsfortbildung richtet sich an Medizinische Fachangestellte oder Arzthelfer/innen, die spezifische Fach- und Führungsaufgaben im Praxisteam oder in mittleren Gesundheitseinrichtungen bereits übernommen haben oder eine leitende Position anstreben. Durch die Kombination von 300 Stunden Pflichtteil und 120 Stunden medizinischen Wahlteil hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagement, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Eine Tätigkeitsbeschreibung finden Sie auch unter: www.fortbildung-mfa.de

Als medizinischer Wahlteil werden u.a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u.a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind.

Der Pflichtteil der Aufstiegsfortbildung umfasst folgende Module:

- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit und Gesundheitsschutz
- Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung
- Lern- und Arbeitsmethodik

Termin: ab 17.10.2013

Gebühr Pflichtteil: € 1.480

Prüfungsgebühren: € 200

Es besteht die Möglichkeit der Teilnahme an einzelnen Modulen. Teilnahmegebühr auf Anfrage.

Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax: -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an. Eine Bestätigung der Anmeldung erfolgt schriftlich. Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-0, Fax: 06032 782-180, Homepage: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: soweit nicht anders angegeben, finden die Veranstaltungen im Seminargebäude der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, statt.

Übernachtungsmöglichkeit: Im Gästehaus der LÄKH können wir Übernachtungsmöglichkeiten direkt im Fortbildungszentrum bieten. Für nähere Informationen wenden Sie sich bitte an: Mirjana Redzic, Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule, Carl-Oelemann-Weg 26, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-140, Fax: 782-250, E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de



Serviceangebote

AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken

Die AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken stehen, wie die meisten anderen Kliniken in Ballungsbieten auch, in einem zunehmenden Wettbewerb um qualifizierte Kräfte. Daher hat man frühzeitig damit begonnen, Strukturen und Serviceangebote aufzubauen, die die Attraktivität der Einrichtung als Arbeitgeber steigern.

Zu den einzelnen Angeboten:

Kinderferienbetreuung

Die Kinderferienbetreuung erfolgt während der Schulferien in Hessen. Die Betreuung findet von 7:30-17:00 Uhr für Kinder im Alter von 6-13 Jahren statt. Für Eltern, die vor 7:30 Uhr ihre Arbeit aufnehmen, besteht die Möglichkeit das Kind zwischen 6:00-7:30 Uhr im Kindergarten „Rappelkiste“ beaufsichtigen zu lassen. Die Kinder spielen, basteln und machen Ausflüge in der näheren Umgebung, wie beispielsweise Skaten im Nidda-Park, Kommunikationsmuseum, Eislaufen, Senckenbergmuseum, Frei-/Hallenbad etc..

Kindergarten

Am Standort AGAPLESION MARKUS KRANKENHAUS können Kinder im Alter von 1-6 Jahren ganztags in der betriebsnahen Kindertagesstätte „Rappelkiste“ aller aktiven Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der AGAPLESION Frankfurter Diakonie Kliniken und deren Tochtergesellschaften betreut werden. Diese ist von Montag bis Freitag, von 5:45 Uhr bis 18:00 Uhr geöffnet.

Betreutes Kinderzimmer

Erweiternd zu den Öffnungszeiten des Kindergartens wird ein „betreutes Kinderzimmer“ für maximal fünf Kinder in den Räumlichkeiten des Kindergartens von 18:00 – 20:00 Uhr vorgehalten. Dieses Angebot können Eltern in Anspruch nehmen, die aus dienstlichen Gründen verhindert sind.

Notfallbetreuung

Die Notfallbetreuung erfolgt in Kooperation mit einer externen Gesellschaft. Hier können Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Notfällen schnell eine Betreuung für

ihre Kinder/zu pflegenden Angehörigen für sich organisieren.

Hausaufgabenbetreuung

Aufgrund der Ergebnisse einer Mitarbeiterbefragung zum Thema „Lebensphasengerechtes Arbeiten“ wird derzeit eine bedarfsorientierte Hausaufgabenbetreuung etabliert.

Als zertifizierte Einrichtung gemäß „audit berufundfamilie“ sind derzeit weitere Projekte in Planung.

Anschrift des Verfassers

Dr. Dennis Göbel

Geschäftsführer

AGAPLESION

Frankfurter Diakonie Kliniken gGmbH

Ginnheimer Landstraße 94

60487 Frankfurt

Tel.: 069 9533-2260

E-Mail: dennis.goebel@fdk.info

www:fdk.info

Interessenkonflikt

Autoren sind aufgefordert, mögliche Interessenkonflikte offenzulegen. Eine entsprechende Erklärung ist dem Manuskript beizufügen: „Die Autoren erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben.“, oder: „Die Autoren XX und YY erklären, dass sie keine finanziellen Verbindungen mit einer für den Artikel relevanten Firma haben. ZZ ist für die Firma ABC tätig.“ oder: „Die Arbeit wurde durch die Firma ABC unterstützt.“

LÄKH

6. Ärztetag am Dom**DEMENZ****eine wachsende Herausforderung für die ärztliche Praxis**

Samstag, 2. Februar 2013

Haus am Dom

10:00 – 15:00 Uhr

Domplatz 3, 60311 Frankfurt

Anmelde-Nr. A 130202DS

weitere Informationen finden Sie unter www.hausamdom-frankfurt.de

Bestmögliche Datenqualität für Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) angestrebt!

Im Nachgang zu dem im Hessischen Ärzteblatt publizierten Beitrag „Hessen vorn – Flächendeckende Qualitätssicherung (QS) dokumentiert Verbesserung der Schlaganfallversorgung“ (HÄB 3/2012) erreichten die GQH positive aber auch kritische Rückmeldungen, welche der hessische Fachausschuss nicht unkommentiert lassen möchte.

Unabhängig von den – offenbar durch unseren Artikel angestoßenen – Reflexionen über das eigene Handeln bezogen sich die kritischen Rückmeldungen auf grundsätzliche und ethisch schwierige Aspekte ärztlichen Alltagshandelns, aber auch auf die Datenqualität der hessischen Schlaganfall-Qualitätssicherung.

Wie jede Erhebung ist auch die Qualitätssicherung Schlaganfall vor Missbrauch nicht geschützt. Mit ihrer flächendeckenden Einführung sollte ein Instrument der QS ergänzend zu den klinikinternen QS-Maßnahmen eingeführt werden, welches unter anderem ermöglicht, landesweit und regional Strukturprobleme aufzudecken und somit Ansatzpunkte für eine Verbesserung der Schlaganfallversorgung zu geben. In dem Artikel wurde die über die Jahre hin zunehmende Verbesserung dieser Qualität beschrieben. Mögliche Fehlerquellen fließen Jahr für Jahr in gleicher Form ein, so dass (angenommen es handelt sich nicht um systematische Fehler) für den Zeittrend keine wesentliche Beeinflussung erfolgen dürfte. Es ist allerdings keinesfalls die Intention, dass diese Erhebung durch „Fehlnutzung“ zum wirt-

schaftlichen Druckmittel gegen ärztliche Kollegen oder Chefärzte umgestaltet wird.

Trotzdem gaben einige Rückmeldungen den Mitgliedern des Fachausschusses „Schlaganfall“ der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen zu denken. Rückfragen bei wesentlich beteiligten Kliniken ergaben, dass zumindest hier krankenhauses- und abteilungsintern kein Druck ausgeübt wird, die Ergebnisse der QS zu schönen. Andererseits ist die Präzision der Dokumentation der Daten von Anfang an eine anspruchsvolle Aufgabe gewesen. Durch eine kontinuierliche Anpassung der Abfrageitems wurde hier nachjustiert, ohne den Fundus für eine Bewertung der Langzeitentwicklung aufzugeben. Neben der Anwendung von Plausibilitätsroutinen bereitet sich der Fachausschuss schon seit längerem darauf vor, in Zukunft stichprobenartig Überprüfungen bei den teilnehmenden Kliniken durchzuführen, um zu sehen, inwieweit die Dokumentation der tatsächlichen Abbildung der Behandlung entspricht.

Im Sinne der Daten- und Qualitätssicherung ist es sicher notwendig, zum einen die erforderlichen Daten im Krankenhausinformationssystem (KIS) verfügbar zu machen und zum anderen die GQH-Bögen zeitnah durch medizinische Dokumentationsassistenten, die an der Qualität der Datenerhebung interessiert sind und kein eigenes Interesse an „Schönfärbungen“ haben, ausfüllen zu lassen.

Wir müssen uns als Autoren und Mitglieder des Fachausschusses dagegen ver-

wehren, dass die Daten nicht hinreichend valide seien. In allen Publikationen, die aus der Schlaganfalldatenbank in Hessen hervorgehen, weisen wir kritisch auf Probleme solcher Datenbanken hin. Dass die Qualitätssicherung sinnlose „Schönfärberei“ ist, d.h. im Sinne der Kollegen letztlich eine „optimierte Anpassung“ an Soll-Vorgaben ist, kann so ebenfalls nicht stehen gelassen werden. Die GQH gibt nicht nur durch solche Artikel Rechenschaft über ihre Arbeit ab, sondern führt anonym einen strukturierten Dialog mit auffällig gewordenen Kliniken durch. Die Kliniken konnten damit im Einzelfall erhebliche strukturelle Verbesserungen (24 Stunden CT Verfügbarkeit, logopädische Versorgung, etc.) erreichen, bis hin zu Neugründungen von Stroke Units, um den Versorgungsanspruch der Patienten sicher zu stellen. Das Werkzeug der Qualitätssicherung ist sicherlich nicht dazu geeignet, als Machtmittel zwischen Verwaltung und Ärzten missbraucht zu werden.

Der Fachausschuss Schlaganfall der GQH ist sich bewusst, dass die Qualität der Datenerhebung zwischen Kliniken variiert und will dieses Problem nicht beschönigen. In Zukunft aber sollten, wie oben ausgeführt, diese Einschränkungen geringer werden und die Validität der Daten im Jahresverlauf, aber vor allem im Langzeitverlauf, hierunter nicht leiden.

*Fachausschuss Qualitätssicherung
Schlaganfall
Geschäftsstelle Qualitätssicherung
Hessen*

Austern, Harz und Spiritismus

Martin Glauert

Arcachon liegt an einem Meeresbecken, das der Atlantik sich ins Land gegraben hat. Die nette kleine Stadt ist ein beliebter Urlaubsort. An der Promenade sitzen Touristen in den Cafés und schauen auf die bunten Fischerboote, die gemütlich auf dem Wasser dümpeln. Kinder spielen am Strand, am hölzernen Pier weht die Trikolore im Wind. Kaum einer der zahlreichen Urlauber ahnt, dass dieser Ort geprägt ist von seiner medizingeschichtlichen Vergangenheit.

Eine skurrile Notiz macht den Anfang. Im Jahr 1744 beschwerten sich die Fischhändler, dass sie alleine die Erneuerung der Straßen bezahlen sollen, wo doch auch immer mehr Bürger aus Bordeaux hierher kämen, die „das Malheur, die Hundetollwut zu haben, die ganze Strecke bis zum Meer führt.“ Tatsächlich stehen die kleinen Fischerdörfer bereits zu dieser Zeit in dem Ruf, Tollwut, Cholera und auch Wahnsinn zu heilen. Aber erst hundert Jahre später geht es richtig los, als die Verfechter der Balneotherapie diesen Küstenstreifen als idealen Heilort entdecken.

Der wissenschaftliche Boden war längst bereitet. Bereits 1750 publizierte in England ein gewisser Doktor Richard Russel eine Abhandlung über „Die Nutzung des Meereswassers bei Erkrankungen der Drüsen“ – natürlich auf Latein, der damaligen Weltsprache. Seine Erfahrungen aus 25 Jahren Wassertherapie, die in mehreren Auflagen gedruckt wurden, galten bald als medizinisches Standardwerk. Die Quintessenz war ebenso radikal wie einfach: „Man muss Meereswasser trinken, im Meer baden und alle Dinge, die im Meer vorkommen und damit seine guten Wirkungen in sich haben, essen!“

Da ist man in Arcachon genau an der richtigen Adresse. Wasser reichlich für jeden Badegeschmack, ob im geschützten Meeres-

becken oder direkt im rauen Atlantik, Fische ohne Ende und die berühmten Austernbänke direkt vor der Haustür. Zunächst kommen die wenigen Besucher in den Hütten der Fischer und Harzbauern unter. 1823 gründet Kapitän Francois Legallais am Strand ein kleines Hotel namens „Bel-air“, rasch findet das Haus Zuspruch bei der wohlhabenden Klientel in Bordeaux. Man baut an, und bereits 1858 verfügt die Anlage über 89 Zimmer. Die Bungalows geben sich einen kolonialen Anstrich und treffen damit den imperialen Zeitgeist. Man sitzt auf der offenen Veranda, unter einem Schirm geschützt gegen Sonne, Wind und Regen und genießt die wunderbare Aussicht auf das Meeresbecken. Da kann das erschöpfte städtische Wesen genesen.

Bald lassen sich Konkurrenten in der Nähe nieder. Neue Unterkünfte entstehen im Rokokostil. Und damit niemand auf die Idee käme, dass es sich hier um Vergnügen handelt statt um harte Heilarbeit, geschieht alles unter der strengen Aufsicht von Ärzten. Die Vorwände – pardon: Indikationen – für einen Strandurlaub sind zahllos. 1835 empfiehlt Docteur Jean Hammeau den Aufenthalt am Meer als Heilung für solche Neigungen wie „allgemeine Schwäche oder solche der Muskulatur, lymphatische Stauungen, Rheumatismus, Hysterie, Hypochondrie, nervliche Leiden, Wahnsinn und andere mentale Veränderungen“, die er um „Asthma, Zittern, Veitstanz“ erweitert. Auch das genüssliche Aalen am Strand wird zum „Sandbad“ deklariert und soll sich günstig auf „Lähmungen, Rheumatismus und das lymphatische Gemüt“ auswirken. Um der moralischen Etikette Genüge zu leisten, werden neue Vorschriften erlassen. Bis dahin unbekannte Umkleidekabinen schießen entlang der Küste aus dem Boden, schließlich ist laut Stadtverordnung das Betreten des Meeres nur in einem Badeanzug gestattet, der von Kopf bis Fuß reicht. Sogar neue Berufe

entstehen: da den städtischen Urlaubern das Meer instinktiv Angst macht und kaum jemand von ihnen schwimmen kann, werden nun ortsansässige Fischer dafür zuständig, die Kurgäste nach medizinischer Anweisung ins Meer zu führen. Entsprechend der Krankheit wird der Klient vom „Kurbegleiter“ langsam oder plötzlich ins Wasser eingetaucht, mit dem Kopf oder den Füßen voraus.

Die Erfolge eines solchen Heilaufenthaltes waren bemerkenswert, wurden durch Mundpropaganda verstärkt und durch Presseberichte in sagenhafte Dimensionen erhoben. So konnte man in der lokalen Presse lesen: „Wir möchten signalisieren, dass ein (hier namentlich nicht genannter) Herr vor 15 Tagen in Paris auf einer Tragbahre in den Zug nach Arcachon gesetzt wurde. Nach acht Tagen im Hotel konnte dieser Herr ohne jede Hilfe wieder spazieren gehen.“

Doch das war nur der Anfang

Wer sich heute von der Kurpromenade und dem goldgelben Sandstrand losreißen kann und nur zehn Minuten ins Ortsinnere läuft, entdeckt einen architektonischen Schatz, ein komplett erhaltenes Villenviertel der Gründerzeit, eingebettet in Gärten und kleine Wälder: „Ville d’hiver“, die Winterstadt. Die Straßen verlaufen in Kurven und Halbkreisen, einem regelrechten Labyrinth „gewundener windbrechen-



Die Gärten in der Winterstadt sind regelrechte Parks

Parlando

der Alleen“, wie es ein alter Werbeprospekt beschreibt. Da klingt es schon an: der ganze Stadtteil wurde unter gesundheitlichen Gesichtspunkten geplant und gebaut.

Die ursprüngliche Motivation war recht banal, Profitsucht und Spekulation. Um ihre private Bahnlinie zwischen Arcachon und Bordeaux rentabler zu machen, kauften die Gebrüder Emile und Isaac Péreire 1861 die riesige Düne im Süden der Stadt und begannen ein ehrgeiziges Projekt. Zusammen mit einem jungen Doktor namens Rollet entwarfen sie eine etwa 100 Hektar



Typisches Boot der Austernfischer, im Hintergrund die Düne von Pila

große Stadt im Grünen, ein Viertel voller Luxusvillen, errichtet nach medizinischen Aspekten, immer im Blick ihr Klientel: eine zahlungskräftige, kränkelnde Kundschaft. Die Sanatorien in den Schweizer Bergen waren aus der Mode gekommen, der Zauberberg hatte seinen Glanz verloren, die Schönen und Reichen entdeckten das Meer. Spätestens nach dem Kurzurlaub des Kaisers Napoleon III. im Jahr 1858 war es très chic, einen Kurlaub in Arcachon zu verbringen. Was Rang und Namen hatte, stellte sich nun ein: König Alfons XIII. von Spanien, Winston Churchill, Henri Toulouse-Lautrec (der seinem Kormoran Tom im Lokal Absinth servieren ließ), Jean Cocteau, Jean-Paul Sartre. Selbst der preußische Botschafter in Paris, ein gewisser Otto von Bismarck, badete im Atlantik und erlag nebenbei einer Liaison mit einer russischen Adelligen.



Villa Faust: trutzig wie eine Burg

Die Winterstadt von Arcachon bot ihnen allen eine frische salzhaltige Meeresbrise, Freiluftinhalation im harzigen Pinienhain und das standesgemäße Ambiente. Die großzügigen Villen waren ausgestattet mit Schlafgemächern, Empfangssalons und Speisesälen. Dabei hat jedes Haus einen ganz individuellen und eigenwilligen Stil. Die Villa „Toledo“ aus Backstein und Fachwerk ist rundum umgeben von typisch spanischen Balkonen, Treppenaufgängen und feinen hölzernen Verzierungen, die wie filigrane Stickerei wirken. Gleich um die Ecke dagegen liegt die Villa „Faust“. Passend zu ihrem Namen wirkt sie regel-



„Sheherazade“, Prototyp des maison hygiénique

recht trutzig, der achteckige Turm aus grobem Feldstein lässt an eine mittelalterliche Burg denken. In der Allée Pasteur steht die Villa „Alexandre Dumas“, verkleidet mit bunten Jugendstilfliesen, verspielten Terrakottaknöpfen, dazwischen Nischen mit Frauenbüsten wie in einem Museum. Bei aller Verschiedenheit lässt sich doch das Grundmuster des maison hygiénique erkennen: eine helle Bauweise mit hohen Fenstern, manchmal sogar über zwei Stockwerke, die Licht und Luft herein lassen; Balkone und Terrassen; ein Garten. Ein typisches Beispiel ist die Villa „Sheherazade“. Im frühen Morgenlicht wirkt sie tatsächlich so traumhaft und unwirklich wie aus tausendundeiner Nacht. Inmitten eines Rosengartens steht unter Palmen das Haus aus Sandstein, an den Ecken mit roten Klinkern abgesetzt. Wandhohe bunte Bleiglasfenster führen auf einen weißen hölzernen Erker, der verspielt auf Stelzen ruht, ein kleines Lustschloss, in dem es sich sicher gut gesunden ließ.

Nicht weit davon steht die „Rose des Sables“, die Strandrose. Das ehemals herrschaftliche Etablissement ist in die Jahre gekommen, immerhin ist es 110 Jahr alt. Heute verdient es sich sein Gnadensbrot als etwas verblichene Rehaklinik, dabei kann es auf eine stolze Geschichte zurückblicken. Dr. Lorentz Monod erwarb es Anfang des letzten Jahrhunderts und nannte es romantisch „Les Elfes“. Hier begründete er eine „Sanatoriums-Anstalt, speziell eingerichtet für die doppelte Heilung durch das Klima und die Methode des Pneumothorax“, damals medizinisch absolut auf der Höhe der Zeit. Die aber war unruhig und für die Arztfamilie verhängnisvoll. 1940 gelang es Dr. Monod, die Ausreise von Manuel Azana zu organisieren, des Präsidenten der spanischen Republik und seiner Familie, die vor den Verfolgungen Francos nach Arcachon geflohen waren. Sein eigener Sohn Jacques Monod aber wurde an der spanischen



Verspielte Villa

Grenze aufgegriffen, als er sich den französischen Truppen in Nordafrika anschließen wollte. Er wurde deportiert und starb am 27. März 1944 im Vernichtungslager Majdanek.

Wir lassen die Winterstadt hinter uns und fahren mit dem Fahrrad an der Strandpromenade entlang nach Süden. Der Weg führt durch kleine Kiefernwälder, die intensiv duften. 1835 fiel einem gewissen Doktor Auguste Lalesque auf, dass die ärmlichen Arbeiter, die das Harz der Kiefern sammeln, eine höhere Geburtsquote hatten als die sesshaften und gut genährten Einwohner. Die Erklärung lag ihm auf der Hand: die Nadelhölzer mussten eine aphrodisierende Wirkung auf den menschlichen Organismus haben, die er auch gleich wissenschaftlich mit den „térébenthinischen Ausdünstungen“ zu erklären wusste. Da war es nur folgerichtig, dass etwas später Doktor Sarranméa die Luft Arcachons als Genesungsmittel für „empfindliche, appetitlose Kinder“ verordnete, sowie für junge, bleiche Mädchen und „junge Frauen, die frühzeitig ihre sexuelle Lust verloren haben“. Innerhalb weniger Jahre erwarb sich Arcachon den Ruf als Ort, wo man Appetitlosigkeit, Menstruationsprobleme, Lungenbeschwerden, Knochen- und Muskelerkrankungen loswerden konnte, selbst bei psychischen Problemen, anhaltender Müdigkeit und Kraftlosigkeit, Anämie und Neurasthenie fand man hier Heilung. Am Ende half die Kraft der Kiefer sogar gegen Falten und andere Anzeichen

des Alterns. Irgendwann kam ein kluger Mediziner auf die Idee, den Kiefernsaft zu trinken. Doktor Amédée Keredan bezeugte, dass der Kiefernsaft bei „chronischen Phlegmasyen (Entzündungen) der Lungenschleimhaut“ helfe. Von nun an wurden Kiefernsaft-Tees angeboten, Sirups, Pastillen und Tabletten. Kiefernsaft kam als Zusatz in Schokolade und wurde als Räucherstäbchen für den häuslichen Gebrauch verkauft. Noch heute ist heißer Kakao mit Kiefernsaft eine Spezialität, die in den Cafés von Arcachon angeboten wird.

In einem kleinen Kieferwäldchen steht die lebensgroße Figur eines vollleibigen Mannes mit dicken Ringen an den Fingern, der auf den ersten Blick aussieht wie ein mächtiger Mönch. Selbstherrlich steht er da, in hellem Sandstein. Dabei war Robert Martin eine eher obskure Gestalt. Wäh-



Selbstherrlich: Robert Martin, der selbsternannte „spirituelle Führer der Heiler“

rend eines Studienaufenthaltes in England begann er damit, Krankheiten durch Auflegen der Hände zu heilen. Allein deshalb bezeichnete er sich als „Metaphysiker“. Er eröffnete 1952 eine Privatpraxis in Arcachon und praktizierte offenbar sehr erfolgreich. Sehr schnell verbreitete sich sein Ruhm in ganz Frankreich und darüber hinaus. Er erklärte sich selbst zum „Heiler gemäß der heiligen Schriften“ oder auch zum „spirituellen Führer der Heiler“. Seine Patienten kamen aus allen Schichten der Bevölkerung. Der „Professor“, wie er ge-

nannt wurde, behandelte gerne auch auf weite Distanz, das nannte er den „telepsychischen Weltendienst“. Mittels Briefen, Haarsträhnen, Kleidung oder Fotografien der Erkrankten stellte er seine Diagnose und übermittelte seine Therapie. Höchste Ehrung und tiefer Absturz lagen nah beieinander: am 11. November 1965 erfolgte durch den „Heiligen Stuhl der Kirche zu Genf“ seine Anerkennung, zudem wurde er zum „Titularbischof von Glastonbury“ ernannt. Leider aber wurde er noch im selben Jahr zu einer Vorladung vor ein weltliches Strafgericht zitiert wegen illegaler Ausübung der Medizin. Die Rechnungen wurden an höherer Stelle gelöst – er verstarb nur wenige Monate später.

Und schließlich gelangen wir zur sprichwörtlichen Quelle des heilsamen Wassers, der „Source d’Abatilles“. In einem offenen Pavillon aus Holz mit bunten Glasscheiben an den Seiten steht ein gemauerter Brunnen mit orientalischen Mosaiken. Aus kleinen Rohren fließt Wasser in alle vier Himmelsrichtungen. Ein freundliches junges Mädchen reicht einen Becher mit frischem Wasser, es schmeckt wirklich gut, nicht bitter und auch nicht zu gesund. Dieses Wasser hat den Ruhm Arcachons als Heilbad und Thermalbad begründet. Direkt nebenan steht eine große Fabrik zum Abfüllen in Flaschen, von hier aus wird es in alle Regionen Frankreichs geliefert. Nur wenige hundert Meter davon entfernt liegt das moderne Zentrum für Thalassotherapie. In dem massiven Komplex unterziehen sich die Kurgäste unter Neonlicht ihren Anwendungen im durchgeplanten Minutentakt. Da war früher ein gewagtes Meeresbad mit galantem Kurbegleiter allemal romantischer!

Anschrift des Verfassers

*Martin Glauert
Arzt für Innere Medizin
Zwehrener Weg 44
34121 Kassel*

Sicherer Verordnen

Kognitionseinschränkende Pharmaka im Alter

Kognitionseinschränkungen im Alter sind nicht immer bedingt durch organische Demenzen: neben u.a. Dehydratation, Elektrolytentgleisungen und Infektionen verursachen Arzneimittel zwölf bis 39 % der Erkrankungen zum Teil oder sogar erheblich. Psychopharmaka sind hauptsächliche Auslöser, wobei die anticholinerge Aktivität nicht immer ausschlaggebend ist: Benzodiazepine haben z.B. nur eine geringe anticholinerge Potenz, nach einer neuen Fallkontrollstudie könnte das Risiko, unter der Einnahme eines Benzodiazepins an einer Demenz zu erkranken, um 60 % erhöht sein.

Der Autor vermutet, dass alle delirogenen Substanzen bei chronischer Gabe zu einer Einschränkung kognitiver Leistungen führen können. Speziell gilt dies z.B. für trizyklische Antidepressiva, Opiate, sedierende H₁-Antihistaminika, zentrale Anticholinergika wie Parkinsonmittel, Lithium, Fluorchinolone. Diskutiert werden über 600 Substanzen, so dass nach Ansicht des Autors vor allem eine Polypharmazie zu den stärksten Risikofaktoren für eine Kognitionseinschränkung zählt.

Ein Blick in die Priscus-Liste z.B. könnte bei der Auswahl eines Medikamentes für einen älteren Patienten hilfreich sein. Nach einer neuen Auswertung des ZI (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung) erhielten zwar über 20 % der Patienten über 65 Jahren einen „ungeeigneten“ Arzneistoff, die meisten jedoch nur kurzzeitig. Zu hinterfragen sind daher nur jene 5,2 % der Patienten, die eine Dauertherapie mit einem dieser Arzneistoffe erhielten.

Quellen: Pharm. Ztg. 2012; 157(41): 3470 und 157(44): 3826; Internist 2012; 53: 1240-7

α-Glukosidasehemmer: intestinale intramurale Gaszysten

α-Glukosidasehemmer zur Diabetestherapie wie Acarbose (Glucobay[®], Generika) oder Miglitol (Diastabol[®]) verursachen vor allem zu Beginn einer Therapie erhebliche gastrointestinale unerwünschte Wirkungen.

Ein Grund bei andauernden Beschwerden könnte sein, dass sich in der Darmwand Gaszysten bilden können, die sich in einigen Fällen auch systemisch ausbreiten. Betroffene Patienten mussten multiple Untersuchungen auf sich nehmen, bis die Diagnose feststand. Bei einer Patientin war z.B. bereits eine Hemikolektomie geplant. In Anbetracht des nicht nachgewiesenen Nutzens bezüglich Mortalität und Diabetes-bedingter Komplikationen empfehlen die Autoren, α-Glukosidasehemmer nicht mehr einzusetzen.

Quelle: Prescr. Internat. 2012; 21:212-3

Tokolytika – nicht vollständig überzeugende Therapie

In einer amerikanischen Metaanalyse wurden verschiedene tokolytisch wirkende Arzneistoffe verglichen. Eines der Ziele einer tokolytischen Therapie ist eine Verzögerung der Geburt unreifer Foeten um 48 Stunden, um eine antenatale Gabe von Glukokortikoiden zur Reduktion frühkindlicher Komplikation bis hin zum Exitus zu ermöglichen. Dies gelang am erfolgreichsten mit Prostaglandin-Inhibitoren wie Indomethacin, gefolgt von Magnesiumsulfat, Kalziumantagonisten wie Nifedipin, Betamimetika wie Terbutalin und dem Oxytocinrezeptorblocker Atosiban.

Primäres Ziel einer Tokolyse soll jedoch sein, Mortalität und Morbidität des Kindes zu senken und die Mutter zu schonen. Der Endpunkt neonatale Mortalität scheiterte an einer zu geringen Anzahl von Todesfällen, beim Endpunkt Atemnotsyndrom des Neugeborenen war keines der Arzneistoffe statistisch besser als Placebo. Zusammengefasst scheinen jedoch Prostaglandinhemmer und Kalziumantagonisten am besten geeignet zu sein, auch aufgrund ihrer geringeren unerwünschten Wirkungen (UAW) bei der Mutter. Unter Betamimetika und Magnesiumsulfat musste die Medikation aufgrund von UAW signifikant häufiger gewechselt werden. Die Ergebnisse dieser Metaanalyse führten in einem Editorial zu Zweifeln über den Sinn einer Tokolyse.

Quelle: www.bmj.com/content/345/bmj.e6226

Ungewöhnliche Sexualhormonübertragungen

Es ist schon lange bekannt, dass die Anwendung von Estrogen-haltigen Vaginalcremes beim jeweiligen männlichen Geschlechtspartner zu einer Gynäkomastie führen kann. Nach einem neuen Bericht funktioniert die Übertragung auch in Richtung des weiblichen Geschlechtes: eine 52-jährige bekam plötzlich Geheimrats-ecken und eine Tonsur. Grund: erhöhte Testosteronwerte, verursacht durch eine Testosteron-haltige Hautcreme, die der männliche Partner auf die Oberarme auftrug. Berichte aus 2007 und 2010 weisen darauf hin, dass insbesondere die Haut von Kindern Sexualhormone leicht resorbieren kann. Ein 16 Monate und ein vier Jahre alter Junge zeigten Virilisierungserscheinungen (vergrößerter Penis, Schambehaarung). Beide schliefen oft in den Betten der Eltern, die Ehemänner wandten topische Testosteroncremes an.

Die Haut und insbesondere die Schleimhaut können bei längerer Exposition auch ohne Resorptionsvermittler wie Dimethylsulfoxid Arzneistoffe resorbieren – mit entsprechenden UAW bei hochwirksamen Arzneistoffen. Tragisch endete ein Fall einer hysterektomierten Frau, der über längere Zeit (Kontraindikation!) Framycetin-haltige Kegel vaginal appliziert wurden. Nach drei Wochen entwickelte sich eine irreversible Schwerhörigkeit, eine typische unerwünschte Wirkung systemischer Aminoglykoside.

Quellen: Brit.med.J. 2007; 335:310 und 2010; 340: 1137, Ärztezeitung vom 4.10.2012, S. 12

Dr. G. Hopf

Nachdruck aus:
Rheinisches Ärzteblatt 12/2012

Eine Übersicht über weitere Veröffentlichungen finden Sie unter:
www.aerzteblatt-hessen.de

4. Kölner Medizinrechtstag: „Das Patientenrechtegesetz“

Am 30. November 2012 fand der 4. Kölner Medizinrechtstag zu dem Thema „Das Patientenrechtegesetz – Neue Regeln, besseres Recht?“ in der Aula der Universität zu Köln statt. Über dreihundert Teilnehmer aus Medizin, Rechtswissenschaft und Rechtspraxis, Versicherungswirtschaft und Politik fanden zu der vom Institut für Medizinrecht der Universität zu Köln veranstalteten Tagung zusammen, um aus verschiedenen Blickwinkeln Chancen und Risiken des neuen Gesetzes zu diskutieren.

Mit dem Patientenrechtegesetz (PatRG) will die Politik mehr Transparenz und Rechtssicherheit schaffen und die Rechtsdurchsetzung stärken. Zentrales Element ist die Kodifizierung des Behandlungsvertrages in einem neuen Vertragstyp des BGB. Die Regelungen der §§ 630 a-h BGB bilden im Wesentlichen die geltende Rechtsprechung zur Arzthaftung ab. Bis heute ist das Gesetz umstritten. Während einerseits vor den mit einer Kodifizierung verbundenen Gefahren, etwa der Festschreibung auf den status quo gewarnt wird, verlangen andere Kritiker weitergehende Rechte für Patienten.

Die Sonderbeauftragte für das Patientenrechtegesetz im Bundesministerium der Justiz (BMJ), Dr. Larissa Thole, erläuterte den Werdegang der aktuellen Fassung des Patientenrechtegesetzes und stellte die Regelungen zum Behandlungsvertrag im Einzelnen dar. Der Präsident der Bundesärztekammer und der Ärztekammer Hamburg Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery merkte zu den strengen Informations-, Aufklärungs- und Dokumentationspflichten an, dass diese zu einer noch stärkeren Bürokratisierung führten und die Haftungsrisiken für die Ärzte weiter erhöhten. Der Vorsitzende Richter des Arzthaftungsseminars am Oberlandesgericht Köln Dr. Peter Thurn setzte sich sehr kritisch mit den



v. li.: Dr. Peter Thurn, Timmy Klebb, Professor Dr. Christian Katzenmeier, Dr. Larissa Thole, Professor Dr. Dieter Hart, Professor Dr. Frank Ulrich Montgomery

einzelnen Normen auseinander, er hielt das Gesetz für gänzlich überflüssig, regte statt dessen Aufweichungen des im Schadensrecht geltenden Alles-oder-Nichts-Prinzips sowie die Stärkung der außergerichtlichen Streitbeilegung und des Schmerzensgeldes an. Timmy Klebb, Mitglied des Vorstands der Deutschen Ärzteversicherung AG, wies darauf hin, dass das Gesetz das drängende Problem der aktuellen Schadensentwicklung bei den Berufshaftpflichtversicherungen, die zu immer häufigeren Schwierigkeiten für Ärzte führt, ihr Haftpflichtrisiko abzusichern, nicht adressiere. Professor Dr. Christian Katzenmeier, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Medizinrecht der Universität zu Köln, setzte sich mit den Forderungen nach einer weitergehenden Stärkung der Patientenrechte auseinander. Einer generellen Beweislastumkehr erteilte er ebenso eine Absage wie einer Wahrscheinlichkeitshaftung oder der Einführung eines Haftungsfonds. Er benannte stattdessen aktuelle Herausforderungen zur Verbesserung des Arzt-Patienten-Verhältnisses, die durch das

Gesetz nicht gelöst werden. Schließlich referierte Professor Dr. Dieter Hart, Geschäftsführender Direktor des Instituts für Gesundheits- und Medizinrecht der Universität Bremen a.D., zum Thema Patientensicherheit. Diese werde besonders im zivilrechtlichen Teil des Gesetzes vernachlässigt. Auch er stellte heraus, dass letztlich die Rechtsprechung der entscheidende Akteur im Arzthaftungsrecht bleibt.

An die eindrucksvollen Referate schlossen sich rege Diskussionen an, das Patientenrechtegesetz und seine Folgen für die Rechtspraxis wurden aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet. Einmal mehr gelang es dem Kölner Medizinrechtstag, ein aktuelles Thema in den Fokus zu rücken und wichtige Impulse für die weitere Entwicklung des Medizinrechts in Deutschland zu setzen. Die Referate erscheinen im Frühjahr 2013 in der Zeitschrift „Medizinrecht“.

Rechtsanwalt und Akad. Rat
Björn Schmitz-Luhn, Köln

Professor Dr. med. Peter Griss ist verstorben



Professor Dr. med. Peter Griss ist verstorben. Nach kurzer, schwerer Krankheit ist der ehemalige Direktor der orthopädischen Universitätsklinik der Philipps-Universität Marburg Professor Dr. med. Peter Griss am 27. Juli 2012 verstorben.

Professor Griss wurde am 15. November 1941 im Breisgau geboren. Nach dem Abitur am Gymnasium in Schwetzingen studierte er Medizin in Freiburg, Tübingen und Heidelberg. Die Promotion erfolgte am pathologischen Institut der Universität Heidelberg, wo er seine berufliche Tätigkeit 1968 begann.

1971 wechselte er in die chirurgische Universitätsklinik Heidelberg, danach in die orthopädische Klinik Mannheim, wo er 1974 die Anerkennung als Facharzt für Orthopädie erhielt. 1975 wurde er zum Oberarzt an der orthopädischen Klinik in Mann-

heim ernannt. Die Habilitation erfolgte 1976.

1980 wurde Professor Griss zum kommissarischen Direktor der orthopädischen Klinik in Mannheim ernannt. 1982 erfolgte die Ernennung zum außerplanmäßigen Professor. 1984 wechselte er und folgte dem Ruf auf den Lehrstuhl für Orthopädie an die Universität Marburg.

Unter der Leitung von Professor Griss wurde die Marburger Orthopädie zu einem der führenden Zentren in Deutschland. Seine klinischen Schwerpunkte setzte Professor Griss in der Endoprothetik und Wirbelsäulenchirurgie. Schwerpunkte der wissenschaftlichen Arbeiten waren Untersuchungen zur Gelenkbeanspruchung, Zellbiologie, Biomaterialienforschung, Bandscheibenerkrankung und Biomechanik. Unter der Leitung von Professor Griss sind in der orthopädischen Universitätsklinik in Marburg viele Arbeitsgruppen entstanden.

Professor Griss unterhielt einen regen wissenschaftlichen Austausch mit ausländischen Kollegen.

Sein Literaturverzeichnis umfasst über 200 wissenschaftliche Originalarbeiten, in denen ein großer Teil in international renommierten Zeitschriften erschienen ist.

Als Hobby pflegte Professor Griss das Bergsteigen, zu dem er auch die ärztlichen Kollegen seiner Abteilung häufig mitnahm. Ferner war er interessiert an der Archäologie, Byzantinistik und mittelalterlichen Geschichte.

Professor Griss trat 2004 in den Ruhestand und widmete sich in der nachfolgenden Zeit intensiv orthopädischen Projekten in der Dritten Welt, insbesondere in Ruanda und Eritrea.

Seine Persönlichkeit und sein Engagement als Wissenschaftler und Hochschullehrer werden unvergessen bleiben und leben an vielen orthopädisch-unfallchirurgischen Kliniken weiter, an denen seine Schüler als Chefarzte tätig sind.

*Professor Dr. Dr. Axel Wilke
Elisabeth-Klinik, Bigge-Olsberg*

Vertragsabsichten der AOK Hessen zur Versorgung von Patienten mit chronischer Hepatitis C

Die AOK Hessen bietet ab 1. Januar 2013 einen Versorgungsvertrag nach § 73 c SGB V zur besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung im Rahmen der Hepatitis C Behandlung an. Ziel des Vertrages ist die Erhöhung der Ausheilungsrate bei chronischer Hepatitis C, durch die Steigerung von Therapieabschlüssen im Rahmen der Tripel-Therapie (Proteasehemmer und Standardtherapie). Dazu wurden spezielle Adhärenzprogramme entwickelt, die den Patienten in der Therapieumsetzung unterstützen sollen.

Alles Wichtige zum Vertragsabschluss sowie Informationen zur Vergütung finden Sie unter www.aok-gesundheitspartner.de/he unter Arzt und Praxis, – Ausschreibungen und Vertragsabsichten –.

Hinweis der Redaktion

Ob und ggf. wann auch andere gesetzliche Krankenkassen vergleichbare Verträge anbieten werden, ist der Redaktion des HÄBL bei Redaktionsschluss dieser Aufgabe nicht bekannt.

Bezirksärztekammer Darmstadt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Franz Lang, Groß-Umstadt, am 9. März.

Bezirksärztekammer Frankfurt

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Gießen

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Kassel

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Dr. med. Werner Beck, Kaufungen, am 7. März.

Bezirksärztekammer Marburg

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Im Bereich unserer Bezirksärztekammer vollenden die Kolleginnen und Kollegen

Goldenes Doktorjubiläum

Professor Dr. med. Hans-Heinrich Schassan, Wiesbaden, am 4. März.

Wir gratulieren den Kolleginnen und Kollegen zu ihrem Geburtstag und wünschen ihnen für das kommende Lebensjahr alles Gute.

Wir gedenken der Verstorbenen

- Rudi Braune, Frankfurt
* 19.11.1946 † 24.11.2012
- Dr. med. Monika Brück, Wettengel
* 30.3.1924 † 6.12.2012
- Dr. med. Wolfgang Ernst, Kassel
* 4.4.1921 † 21.10.2012
- Dr. med. Renate Hänel, Bad Nauheim
* 15.3.1922 † 22.11.2012
- Dr. med. Manfred Herrmann, Frankfurt
* 5.5.1938 † 15.4.2012
- Dr. med. Ellen Horsch, Schaafheim
* 24.5.1915 † 22.10.2012
- Dr. med. Gerhard Hütwohl, Frankfurt
* 15.7.1926 † 7.12.2011
- Dr. med. Franz Kauf, Frankfurt
* 26.11.1919 † 28.1.2010
- Dr. med. Hermann Klöckner, Mainz
* 15.2.1917 † 21.11.2012
- Obermedizinalrätin i.R. Maria Krebs, Heppenheim
* 3.8.1920 † 3.8.2011
- Dr. med. Gertrud Leutke, Frankfurt
* 25.11.1921 † 17.11.2011
- Dr. med. Richard Löblich, Schwalbach
* 7.12.1942 † 22.7.2012
- Dr. med. Younes Moani, Frankfurt
* 23.3.1935 † 1.11.2012
- Dr. med. Margarete Niemann, Frankfurt
* 15.12.1923 † 13.9.2012
- Dr. med. Juergen Peter, Herborn
* 20.5.1941 † 9.5.2012
- Dr. med. Brigitte Pfeiffer, Kassel
* 13.1.1919 † 6.12.2011
- Dr. med. Johannes Rost, Rödermark
* 10.3.1922 † 14.5.2012
- Dr. med. Elisabeth Schaab, Dietzenbach
* 8.7.1937 † 11.1.2011
- Dr. med. Hans Yoerg Schneider, Bensheim
* 30.5.1936 † 11.7.2012
- Dr. med. Erich Stein, Butzbach
* 10.3.1920 † 12.10.2008
- Dr. med. Hans-Joachim Urban, Sinn
* 6.2.1918 † 5.5.2011
- Dr. med. Elmar Wehr, Hünfeld
* 1.3.1951 † 16.8.2012
- Petra Wroblewski, Heuchelheim
* 16.4.1947 † 23.11.2012

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und werden hiermit für ungültig erklärt.

Arztausweis-Nr. 060015559, ausgestellt am 28.1.2010 für Dr. med. Dorothee Albers, Bern,

Arztausweis-Nr. 060018096, ausgestellt am 30.8.2010 für Dr. med. Ina Berghaus, Glashütten,

Arztausweis-Nr. HS/F/15107, ausgestellt am 10.6.2008 für Sarah Corzilius, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060023538, ausgestellt am 3.1.2012 für Dr. med. Josef Dechent, Budenheim,

Arztausweis-Nr. 060025857, ausgestellt am 3.5.2012 für Caroline Duddek, Marburg,

Arztausweis-Nr. 060026302, ausgestellt am 20.6.2012 für Martin Grexa, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. HS/G/6478, ausgestellt am 21.2.2006 für Dr. med. Barbara Groß-Fengels, Langgöns,

Arztausweis-Nr. 060027006, ausgestellt am 28.8.2012 für Professor Dr. med. Jean Peter Haas, Davos Dorf,

Arztausweis-Nr. 060017817, ausgestellt am 6.8.2010 für Dr. med. Eva Lenz, Alsfeld,

Arztausweis-Nr. 060022122, ausgestellt am 5.9.2011 für Oliver Löffke, Bad Schwalbach,

Arztausweis-Nr. 060016896, ausgestellt am 17.5.2010 für Dr. med. Juergen Merx, Schlangenbad,

Arztausweis-Nr. 060026226, ausgestellt am 13.6.2012 für Dr. medic/IM Temeschburg Viktor Popp, Frankfurt,

Arztausweis-Nr. 060013776, ausgestellt am 20.8.2009 für Dr. med. Martin Schmidt, Modautal,

Arztausweis-Nr. HS/F/14803, ausgestellt am 25.1.2008 für Julia Schwarz, Offenbach,

Arztausweis-Nr. 060013704, ausgestellt am 13.8.2009 für Dr. med. Andrea Schwedler, Wetzlar.

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Hessisches Ärzteblatt

– Leserbrief –
Redaktion Hessisches Ärzteblatt
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt

E-Mail: angelika.kob@laekh.de
Telefax 069 97672-247



Ehrung langjährig tätiger Arzthelferinnen

Wir gratulieren den Arzthelferinnen zum **10-jährigen Berufsjubiläum**

Melanie Wiemer, tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

und zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Selwa Demsas, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

Meike Senger, seit 20 Jahren tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen
die Arzthelferinnen-Brosche in Gold ausgehändigt.

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir den Arzthelferinnen

Maria Bauer, tätig bei Dr. med. M. Schütz und Dr. medic. S. Tarcea,
Bensheim

Claudia Bender, tätig bei Dr. med. A. Steiner und U. Tillmann-Korn,
vormals Praxis Dr. med. A. Steiner, Haiger

Iris Straub, tätig bei R. Winnige, Mühlheim

In Anerkennung ihrer treuen Dienste wurde diesen Arzthelferinnen
eine Ehrenurkunde ausgehändigt.

Wir gratulieren den Helfer/innen zum **10-jährigen Berufsjubiläum**

Monika Ost, tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer, H. J. W. Lange,
Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer und
Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

und zum **mehr als 10-jährigen Berufsjubiläum**

Monika Kornisch, seit 11 Jahren tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

Doris Lange, seit 12 Jahren tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

Helga Bleile, seit 21 Jahren tätig bei Dr. med. H.-U. Preisendörfer,
H. J. W. Lange, Dr. med. M. Bolczek, Dr. med. F. Freytag, E. Mauerer
und Dr. med. H. Zappe, Neu-Isenburg

Zum **25-jährigen Berufsjubiläum** gratulieren wir der Helferin

Anke Fichtl, tätig bei Dr. med. W. Schnell, Kirchhain

In Anerkennung Ihrer treuen Dienste wurde dieser Helferin eine
Urkunde ausgehändigt.



Ausschreibung

„Margret Elisabeth Strauß-Projektförderung“ der Deutschen Herzstiftung auf dem Gebiet der Therapie der Dilatativen Kardiomyopathie

Bewerbungsschluss: 2. April 2013

Die Deutsche Herzstiftung vergibt im Jahr 2013 einmalig die Margret Elisabeth Strauß-Projektförderung, dotiert mit 90.000 Euro. Bewerben können sich Ärztinnen und Ärzte aus Deutschland mit einem Forschungsprojekt auf dem Gebiet der Therapie der Dilatativen Kardiomyopathie. Außer dem Ziel der Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden umfasst der definierte Förderrahmen die Finanzierung von Geräten, Instrumenten und Verbrauchsmaterial sowie mit dem Projekt verbundene Gastaufenthalte. Das Forschungsvorhaben darf nicht der Zusatz- oder Zwischenfinanzierung der Stelle des/der Antragstellers/Antragstellerin dienen und sollte den Zeitraum von zwei Jahren nicht überschreiten.

Anträge für die Vergabe der „Margret Elisabeth Strauß-Projektförderung“ sind mit tabellarischem Lebenslauf und einer Einverständniserklärung der Klinik- bzw. Institutsleitung und zusätzlich in einer anonymisierten Fassung ausschließlich als PDF-Datei auf einem Datenträger bis spätestens 2. April 2013 (Poststempel) zu senden an: Deutsche Herzstiftung e.V., Vogtstraße 50, 60322 Frankfurt am Main. Alternativ kann die Bewerbung auch online erfolgen unter <http://www.herzstiftung.de/Margret-Strauss.html> (die elektronische Version muss der Papierform entsprechen).

Über die Vergabe des Projekts wird in der Zeitschrift „HERZ HEUTE“ und im Rahmen der Pressearbeit der Deutschen Herzstiftung berichtet. Weitere Informationen sind zu erhalten durch die Geschäftsstelle der Deutschen Herzstiftung, Valerie Popp (Tel.: 069 955128-119) oder im Internet unter www.herzstiftung.de abrufbar.

Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung

Nachfolgend haben wir die **Voraussetzungen für die vorzeitige Zulassung zur Abschlussprüfung** in Verbindung mit den neuen Prüfungsterminen dargestellt.

Über die vorzeitige Zulassung erhält der Auszubildende Gelegenheit, an der Abschlussprüfung teilzunehmen, die seiner regulären Abschlussprüfung **unmittelbar** vorausgeht. Die Zulassung erfolgt nur, wenn seine Leistungen während der **gesamten Ausbildungszeit** dies rechtfertigen.

In der Prüfungsordnung vom 12. Dezember 2006 wurden neue Zulassungsvoraussetzungen festgelegt:

Die Zulassung zur Abschlussprüfung vor Ablauf der Ausbildungszeit ist gerechtfertigt,

wenn die Leistungen des Auszubildenden während der Ausbildungszeit		
in den Lerngebieten des berufsbezogenen Unterrichts der Berufsschule – mit mindestens 2,0 und	von dem Auszubildenden – im Durchschnitt mit mindestens „gut“ beurteilt werden und	wenn die Leistungen in der Zwischenprüfung – im Durchschnitt der fünf Prüfungsbereiche mindestens befriedigende Ergebnisse erbracht haben.

(Die neuen Voraussetzungen gelten für Auszubildende, die ihre Ausbildung ab 1. August 2007 begonnen haben.)

Erhebliche **Fehlzeiten** in Ausbildungspraxis und Berufsschule können auch einer Prüfungszulassung entgegenstehen. Nach § 43 Berufsbildungsgesetz, der die Zulassungsvoraussetzungen festlegt, ist die Zulassung zur Abschlussprüfung u.a. nur möglich, wenn die Ausbildungszeit zurückgelegt wurde. Zum Ausfüllen dieses unbestimmten Rechtsbegriffs hat die Landesärztekammer Hessen folgende Verwaltungsrichtlinie erlassen:

Fehlzeiten-Regelung

(1) Die Ausbildungszeit ist (im Hinblick auf § 43 Abs. 1 Ziff. 1 BBiG) auch zurückgelegt bei Unterbrechungen durch

1. Urlaub bis zur Dauer von sechs Wochen pro Ausbildungsjahr,
2. Krankheit oder andere Gründe bis zur Gesamtdauer von **90 Werktagen** (außer Sonn- und Feiertagen), bei vorzeitiger Teilnahme an der Abschlussprüfung gemäß § 9 Abs. 1 Prüfungsordnung für die Durchführung von Abschlussprüfungen im Ausbildungsberuf Medizinische/r Fachangestellte/r bis zu höchstens **75 Werktagen**, bei verkürzter Ausbildungszeit gemäß § 8 Abs. 1 Berufsbildungsgesetz bis zu höchstens **75 Werktagen** bei halbjähriger Verkürzung und **60 Werktagen** bei einjähriger Verkürzung,
3. Inanspruchnahme der Schutzfristen nach dem Mutterschutzgesetz,
4. Fehlzeiten in der Berufsschule bis zu **30 Berufsschultagen**.

(2) Auf Antrag können auch darüber hinausgehende Fehlzeiten berücksichtigt werden, soweit Umstände vorliegen, deren Nichtberücksichtigung eine besondere Härte bedeuten würde und zur Erreichung des Ausbildungsziels keine Verlängerung der Ausbildungszeit erforderlich ist (Einzelfallentscheidung).

Sofern die in Ziffer 2 und 4 angegebenen Fehlitage überschritten wurden (wobei die 30 Fehlitage in der Schule in den 90/75/60 Werktagen enthalten sind), erfolgt eine Einzelfallprüfung. Ausschlaggebend für eine Zulassung sind begründete Fehlzeiten und Leistungen, die eine Zulassung rechtfertigen.

Falls eine Zulassung nicht erfolgen kann, wird seitens der Landesärztekammer Hessen eine Verlängerung entsprechend der Fehlzeiten empfohlen. Die Verlängerung muss vom Auszubildenden beantragt werden und bedarf der Genehmigung der Landesärztekammer Hessen. Der auszubildende Arzt erhält Gelegenheit, zur Verlängerung Stellung zu nehmen.

Auch Auszubildende mit bereits verkürzter Ausbildungszeit können die Abschlussprüfung vorzeitig ablegen. Es müssen aber mindestens 18 volle Ausbildungsmonate absolviert werden.

Wir bieten folgende Prüfungstermine an:

Sommerprüfung 2013

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 24. April 2013
 Praktischer Prüfungsteil und ergänzende mündliche Prüfung: 10. Juni bis 26. Juli 2013
 (Praktischer Teil in Bad Nauheim: 10. Juni bis 20. Juli 2013)

Winterprüfung 2013/2014

Schriftlicher Prüfungsteil: Mittwoch, den 15. Januar 2014
 Praktischer Prüfungsteil und ergänzende mündliche Prüfung: 17. Februar bis 7. März 2014
 (Praktischer Teil in Bad Nauheim: voraussichtlich in der Zeit vom 17. Februar bis 1. März 2014)

Die Anmeldefristen liegen jeweils zwei bis drei Monate vor dem Termin der schriftlichen Prüfung.

Weitere Fragen beantworten wir und die Mitarbeiter/innen der zuständigen Bezirksärztekammer.

Landesärztekammer Hessen
 Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Das Versorgungswerk informiert:

Wichtige Mitteilung für alle Mitglieder des Versorgungswerkes Beiträge ab 1. Januar 2013

Gemäß § 13 der Versorgungsordnung richten sich die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen nach den jeweils geltenden Bestimmungen des § 161 Abs. 1 und 2 SGB VI (Sozialgesetzbuch VI).

Der Beitragssatz zur gesetzlichen Rentenversicherung und zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen beträgt 18,9 % des monatlichen sozialversicherungspflichtigen Einkommens, soweit dieses die Beitragsbemessungsgrenze von 5.800,00 € monatlich (alte Bundesländer) bzw. 4.900,00 € monatlich (neue Bundesländer) nicht überschreitet.

Ab 1. Januar 2013

betragen daher die monatlichen Pflichtbeiträge zum Versorgungswerk der Landesärztekammer Hessen:

- für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI befreit sind:

**18,9 % der maßgebenden Bruttobezüge,
höchstens monatlich**

alte Bundesländer	1.096,20 €
neue Bundesländer	926,10 €

- für angestellte Ärztinnen und Ärzte, die keinen Befreiungsantrag von der Versicherungspflicht gemäß § 6 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGB VI gestellt haben und eine Beitragsermäßigung gemäß § 9 Abs. 3 der Satzung des Versorgungswerkes erhalten haben:

**9,45 % der maßgebenden Bruttobezüge,
höchstens monatlich**

alte Bundesländer	548,10 €
neue Bundesländer	463,05 €

- für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen mit rechtskräftiger Zulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (früher RVO-Kassenpraxis):

monatlich	548,10 €
------------------	-----------------

- für niedergelassene Ärztinnen und Ärzte in Hessen ohne Vertragsarztzulassung nach § 18 der Zulassungsverordnung und niedergelassene Ärzte außerhalb Hessens gilt:

monatlich

alte Bundesländer	1.096,20 €
neue Bundesländer	926,10 €

- für selbständig Tätige - außer Punkt 3. und 4.:

monatlich

alte Bundesländer	1.096,20 €
neue Bundesländer	926,10 €

- für alle Ärztinnen und Ärzte, die den Mindestbeitrag nach § 13 der Versorgungsordnung entrichten gilt:

monatlich

alte Bundesländer	109,62 €
neue Bundesländer	92,61 €

Für die Überweisung des für Sie zutreffenden neuen, monatlichen Beitrages laut Punkt 1. – 6. bitten wir, Sorge zu tragen.

Höherversorgung:

Der Höchstbeitrag (Pflichtbeitrag und Höherversorgung) zum Versorgungswerk beträgt ab 1. Januar 2013:

monatlich

alte Bundesländer	2.192,40 €
neue Bundesländer	1.852,20 €

Die Vornahme einer Höherversorgung ist bis zu dieser Grenze auf schriftlichen Antrag – aber nicht rückwirkend – möglich.

*Versorgungswerk der
Landesärztekammer Hessen*

Die besten Geheimtipps aus dem Internet!

Das neue Web-Adressbuch für Deutschland mit einem Special der besten Web-Seiten

Die neue Ausgabe des führenden deutschen Internet-Guides „Das Web-Adressbuch für Deutschland“ präsentiert die besten und wichtigsten Internet-Adressen auf einen Blick!

Zu über tausend Themenbereichen werden jeweils die zwei bis zehn absoluten Top-Adressen aus dem Internet übersichtlich im Web-Adressbuch präsentiert. Die Redaktion testet, bewertet und vergleicht jedes Jahr aufs Neue alle Web-Seiten und hat aus den Tiefen des Internets auch diesmal wieder das Beste herausgefischt. Darunter sind auch viele neue, eher unbekanntes Surf-Tipps zu den aktuellen Trends.

Mit Hilfe des Web-Adressbuches spart man sich somit das ewige Herumsurfen und Durcharbeiten der Trefferlisten in Suchmaschinen und stößt auf viele interessante und praktische Web-Seiten, die bei den Suchmaschinen im Netz gar nicht oder nur sehr schwer zu finden sind!

Für nur 16,90 Euro ist „Das Web-Adressbuch für Deutschland 2013“ überall im Buch- und Zeitschriftenhandel erhältlich. (ISBN 978-3-934517-15-8). Die 16. Auflage ist Anfang Oktober erschienen und wird erstmals auch in einer E-Book-Ausgabe erscheinen. Weitere Informationen finden Sie unter: www.web-adressbuch.de

Feuer! ... es brennt!!! Brandschutz in der Arztpraxis

Haben Sie sich schon gefragt, was zu tun ist, wenn es brennt? Sind die Abläufe in Ihrer Praxis geregelt? Haben Sie in Punkto Patientensicherheit ausreichend vorgesorgt? Wie werden z. B. Ihre mobilitätseingeschränkten Patienten gerettet?

Wir geben Ihnen einen Einblick in die Optionen des vorbeugenden und abwehrenden Brandschutzes sowie deren Umsetzung.

Inhalte:

- gesetzliche Grundlagen
- Rettungswege
- Evakuierung
- vorbeugender Brandschutz
- Brandursachen
- Brandklassen und Löschmittel
- Brandbekämpfung (nur theoretisch)
- beispielhafter Ablaufplan

Zielgruppe: Ärzte, Psychotherapeuten, Mitarbeitende
Arztpartner, Praxismitarbeiter

Teilnahmegebühr: 70,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke

Dauer: 2 Stunden

Gruppengröße: 24 Teilnehmer maximal

Referent: Jörn Dutz

Termin:

Kurs 1206	Mi.	13.03.2013	KVH Frankfurt	15.00 – 17.00 Uhr
------------------	-----	------------	---------------	-------------------

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Georg-Voigt-Str. 15, 60325 Frankfurt am Main

Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
Fax: (06151) 1 58-517
E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: 3 Fortbildungspunkte sind beantragt.

Erfolgreich ohne auszubrennen Workshop zur eigenen Burnout-Prophylaxe

Ihre Praxis verfügt über einen niedrigen Krankenstand? Wie kann nachhaltig gesichert werden, dass dies so bleibt? Wie leistungsfähig ist Ihr Praxisteam? Die WHO hat Stress zur größten Gesundheitsgefahr des 21. Jahrhunderts erklärt. Das wesentliche Kriterium für nachhaltigen Erfolg ist, die Verantwortung für die eigene Gesundheit zu übernehmen.

Inhalte:

- Unterscheidung von gesundem und krankmachendem Stress
- Phasen der Burnout-Entwicklung
- Selbsttest
- bewusstes Umgehen mit eigenen Ressourcen
- Erlernen von praxistauglichen Sofortmaßnahmen zur Entspannung

Zielgruppe: Ärzte, Psychotherapeuten, Mitarbeitende
Arztpartner, Praxismitarbeiter

Teilnahmegebühr: 110,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke

Dauer: 4 Stunden

Gruppengröße: 12 Teilnehmer maximal

Referent: Petra Oehme-Gruppenbacher

Termin:

Kurs 1193	Fr.	15.03.2013	Rotenburg a.d. Fulda	15.00 – 19.00 Uhr
------------------	-----	------------	-------------------------	-------------------

Ort: BKK Akademie
Am Alten Feld 30, 36199 Rotenburg a.d. Fulda

Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
Fax: (06151) 1 58-517
E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: 6 Fortbildungspunkte sind beantragt.

Medical English for doctor-patient communication

Die Zahl der Patienten, die kein Deutsch sprechen, wächst. Dies kann eine Herausforderung für Praxisinhaber sowie für Praxismitarbeiter sein. Englisch kann dann als „Brückensprache“ fungieren. Dies ist wichtig, um nicht nur die Beschwerden des Patienten zu verstehen, sondern auch, um den Patienten gut zu beraten und zu behandeln. In diesem Kurs haben Sie Gelegenheit, wichtige Begriffe und Formulierungen in Englisch zu hören und zu sprechen, um Ihre Kenntnisse zu verbessern.

In diesen Kurs lernen Sie in Englisch:

- wie Patienten ihre Beschwerden schildern
- Fragen, um eine Anamnese zu erheben
- Begriffe, um eine Diagnose mitzuteilen und Therapiealternativen zu erläutern
- Empfehlungen zur Vorbeugung von Krankheiten zu formulieren
- Fragen des Patienten zu beantworten

Hinweis: Grundkenntnisse in Englisch sollten vorhanden sein. Bitte bringen Sie ein Deutsch-Englisch-Wörterbuch zum Seminar mit.

Zielgruppe: Ärzte, Mitarbeitende Arztpartner
Teilnahmegebühr: 200,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke, Pausensnack und Mittagessen
Dauer: 8 Stunden
Gruppengröße: 16 Teilnehmer maximal
Referent: Yvonne Ford
Termin:

Kurs 1190	Sa.	09.03.2013	KVH Frankfurt	9.00 – 17.00 Uhr
------------------	-----	------------	---------------	------------------

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Georg-Voigt-Str. 15
 60325 Frankfurt am Main
Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
 Fax: (06151) 1 58-517
 E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: **10 Fortbildungspunkte sind beantragt.**

English for counselling and psychotherapy

Fachenglisch für beratende und therapeutische Patientengespräche

Sie sind als Psychotherapeut tätig oder führen als Arzt therapeutische Gespräche mit Patienten durch? Dieser Kurs bietet Ihnen Hilfestellung, um die ersten Kontakte zu gestalten. Schwerpunkt ist die direkte Kommunikation mit dem Patienten. Individuelle Themenwünsche können mit Ihnen am Anfang des Kurses vereinbart werden. Um Ihr Hörverständnis zu trainieren, werden kurze Video-Clips in diesen Kurs integriert. Vokabelübungen und Rollenspiele geben Ihnen Gelegenheit, das Gelernte direkt zu üben.

In diesen Kurs lernen Sie in Englisch:

- wie Sie Ihre Therapierichtung für Patienten verständlich beschreiben können
- wie Sie die „Grundregeln“ der Zusammenarbeit darstellen können
- wie Sie die ersten Gespräche in englischer Sprache führen können (Begriffe, die Patienten verwenden, um ihre körperlichen Symptome und psychische Befindlichkeit, ihre aktuelle Beziehungssituation, Arbeit, u. a. zu beschreiben)

Hinweis: Grundkenntnisse in Englisch sollten vorhanden sein. Bitte bringen Sie ein Deutsch-Englisch-Wörterbuch zum Seminar mit.

Zielgruppe: Ärztliche und Psychologische Erwachsenenpsychotherapeuten
Teilnahmegebühr: 200,00 € je Teilnehmer inkl. Getränke, Pausensnack und Mittagessen
Dauer: 8 Stunden
Gruppengröße: 16 Teilnehmer maximal
Referent: Yvonne Ford
Termin:

Kurs 1203	Sa.	20.04.2013	KVH Frankfurt	9.00 – 17.00 Uhr
------------------	-----	------------	---------------	------------------

Ort: Kassenärztliche Vereinigung Hessen
 Georg-Voigt-Str. 15
 60325 Frankfurt am Main
Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
 Fax: (06151) 1 58-517
 E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: **10 Fortbildungspunkte sind beantragt.**

Erste Hilfe – Notfalltraining für Arztpraxen

Ein lebensbedrohlicher Notfall oder Zwischenfall stellt auch die erfahrensten Praxisteams vor eine große Herausforderung. Zu Recht erwarten die Patienten mehr als nur die „normalen“ Erste-Hilfe-Leistungen. Wir zeigen Ihnen, wie Sie im Rahmen von Qualitätsmanagement (QM) einen Notfallplan mit Zuständigkeiten und Abläufen etablieren und umsetzen können. Dazu gehört eine sinnvolle Ausstattung mit Geräten, Materialien und Medikamenten.

Theoretisch und praktisch üben wir mit Ihnen die Abläufe und Techniken, insbesondere bei der Reanimation nach den aktuellen Richtlinien.

Inhalte:

- Notfallmanagement nach QM (kurze Wiederholung)
- Notfalltraining
- Techniken (Diagnostik, RR, Puls, SpO₂, EKG-Grundlagen, BZ, Temperatur, Hautkolorit)
- Reanimation (Herzdruckmassage, Beatmung mit Hilfsmitteln, Defibrillation)
- Atemwegsmanagement (Larynx-Tubus)
- Infusion und Injektion (auch intraossär)
- Notfallmedikamente (Auswahl, Aufbereitung)
- Anstoßen und Abarbeiten des Notfallplans (realistische Notfallsimulation)
- Exkurs: Eigenverletzung/Kontamination (Postexpositionsprophylaxe)

Hinweise: Verpflegungsmöglichkeiten finden Sie in unmittelbarer Nähe. Bringen Sie nach Möglichkeit Ihre Notfallausrüstung mit. Bitte tragen Sie bequeme Kleidung, da praktische Übungen durchgeführt werden.

Zielgruppe: Ärzte, Mitarbeitende Arztpartner, Praxismitarbeiter
Teilnahmegebühr: 150,00 € je Teilnehmer exklusive Verpflegung
Dauer: 8 Stunden
Gruppengröße: 15 Teilnehmer maximal
Referent: Jan C. Behmann
Termin:

Kurs 1184	Sa.	23.02.2013	Rotenburg a.d. Fulda	9.00 – 17.00 Uhr
------------------	-----	------------	-------------------------	------------------

Ort: BKK Akademie
Am Alten Feld 30
36199 Rotenburg a.d. Fulda
Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
 Fax: (06151) 1 58-517
 E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: **10 Fortbildungspunkte sind beantragt.**

Medizinproduktegesetz – Anforderungen praxisgerecht umsetzen

Um die Betreiber- und Anwenderpflichten des Medizinproduktegesetzes (MPG) und der Medizinproduktebetriebsverordnung (MPBetreibV) ranken sich viele Gerüchte. Wir wollen Ihnen zeigen, wie Sie die Anforderungen praxisgerecht umsetzen und so für Sicherheit sorgen.

Inhalte:

- das Medizinprodukterecht (kurzer Überblick)
- allgemeine Anforderungen an Betreiber und Anwender
- Bestandsverzeichnis und Medizinproduktebücher
- sicherheits- und messtechnische Kontrollen
- Meldung von Vorkommnissen
- Aufbereitung/Schnittstelle Hygieneplan

Zielgruppe: Ärzte, Psychotherapeuten, Mitarbeitende Arztpartner, Praxismitarbeiter

Teilnahmegebühr: 110,00 € je Teilnehmer exklusive Verpflegung
Dauer: 3 Stunden
Gruppengröße: 15 Teilnehmer maximal
Referent: Christopher Bulle
Termin:

Kurs 1187	Mi.	06.03.2013	Frankfurt	15.00 – 18.00 Uhr
------------------	-----	------------	-----------	-------------------

Ort: medicteach GmbH
Hanauer Landstraße 204
60314 Frankfurt am Main
Anmeldung unter: www.kvhessen.de/Veranstaltungsbuchung
 Fax: (06151) 1 58-517
 E-Mail: QM-info@kvhessen.de

Punkte: **4 Fortbildungspunkte sind beantragt.**

Folgende Vertragsarztsitze werden nach § 103 Abs. 4 SGB V zur Besetzung ausgeschrieben. Die Zulassung des Vertragsarztes/der Vertragsärztin endet und soll durch einen Praxisnachfolger fortgeführt werden:

Planungsbereich Darmstadt-Stadt

Darmstadt	Chirurgin/Chirurg (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Darmstadt	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Darmstadt	Internistin/Internist – fachärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Darmstadt-Dieburg

Seeheim-Jugenheim	Orthopädin/Orthopäde
-------------------	----------------------

Planungsbereich Landkreis Bergstraße

Lampertheim	Hautärztin/Hautarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-------------	---

Planungsbereich Odenwaldkreis

Beerfelden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Beerfelden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –

Planungsbereich Landkreis Groß-Gerau

Bischofsheim	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bischofsheim	Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Groß-Gerau	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Kelsterbach	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Rödermark	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
-----------	---

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Darmstadt, Pallaswiesenstraße 174, 64293 Darmstadt** zu senden.

Planungsbereich Frankfurt am Main

Bergen-Enkheim	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Sachsenhausen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Sachsenhausen	Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bahnhofsviertel	Hautärztin / Hautarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Sachsenhausen Bornheim	Internistin / Internist – fachärztlich – Kinderärztin / Kinderarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Alt-Bornheim	Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Oberrad	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Nieder-Erlenbach	Psychotherapeutisch tätige Ärztin/ Psychotherapeutisch tätiger Arzt
Bornheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Westend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Heddernheim	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Nordend	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Nordend	Kinder- u. Jugendlichen-Psychothera- peutin/Kinder- u. Jugendlichen-Psycho- therapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Nordend	Kinder- u. Jugendlichen-Psychothera- peutin/Kinder- u. Jugendlichen-Psycho- therapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Offenbach am Main

Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut
Innenstadt	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Kassenärztliche Vereinigung Hessen

Innenstadt
Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- u. Jugendlichen-Psychotherapeut (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Bad Homburg HNO-Ärztin/HNO-Arzt
Bad Homburg Hautärztin / Hautarzt
Kronberg Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Ärztin/Arzt für Psychotherapeutische Medizin (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Kronberg Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Homburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – mit Anstellung (über 30 Std. pro Woche)

Planungsbereich Main-Kinzig-Kreis

Hanau Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Gelnhausen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Nidderau Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Schlüchtern Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Schöneck Frauenärztin / Frauenarzt
Hanau Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Schöneck Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Main-Taunus-Kreis

Main-Taunus-Kreis Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Flörsheim Augenärztin/Augenarzt (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Offenbach

Neu-Isenburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich –
Mühlheim Frauenärztin/Frauenarzt
Langen Internistin / Internist – fachärztlich –

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Frankfurt, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Gießen

Allendorf/Lda. Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Gießen Internistin/Internist – fachärztlich – Schwerpunkt: Endokrinologie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Gießen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Lahn-Dill-Kreis

Herborn Neurologin und Psychiaterin/ Neurologe und Psychiater (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Leun Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Marburg-Biedenkopf

Fronhausen Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Marburg Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Marburg Orthopädin/Orthopäde

Planungsbereich Wetteraukreis

Ober-Mörlen Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Bad Nauheim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Bad Nauheim Orthopädin/Orthopäde
Bad Vilbel Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Gießen, Bachweg 1, 35398 Gießen** zu senden.

Planungsbereich Landkreis Fulda

Fulda	Ärztin/Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Neuhof	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Fulda	Orthopädin/Orthopäde (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Planungsbereich Landkreis Hersfeld-Rotenburg

Bad Hersfeld	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
--------------	--

Planungsbereich Kassel Stadt

Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Hälftiger Versorgungsauftrag, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Kassel	Frauenärztin/Frauenarzt (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kassel	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Landkreis Kassel

Immenhausen	Ärztin/Arzt für Kinder- und Jugendmedizin (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Kaufungen	Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)

Planungsbereich Schwalm-Eder-Kreis

Melsungen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung, Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
Melsungen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)
Melsungen	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (1 x volle oder 2 x halbe Zulassung)

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Kassel, Karthäuserstraße 7-9, 34117 Kassel** zu senden.

Planungsbereich Wiesbaden

Wiesbaden	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeutin/Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Wiesbaden	Allgemeinärztin/Allgemeinarzt oder Internistin/Internist – hausärztlich – (Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)

Planungsbereich Rheingau-Taunus-Kreis

Idstein	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
---------	--

Planungsbereich Limburg-Weilburg

Bad Camberg	Psychotherapeutisch tätige/r Ärztin/Arzt (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Limburg	Psychologische Psychotherapeutin/ Psychologischer Psychotherapeut (Hälftiger Versorgungsauftrag)
Weilburg	Augenärztin/Augenarzt

Planungsbereich Hochtaunuskreis

Usingen	Augenärztin/Augenarzt (Hälftiger Versorgungsauftrag, Überörtlicher Berufsausübungsgemeinschaftsanteil)
---------	--

Bewerbungen bitten wir binnen eines Monats nach Erscheinen dieser Ausgabe des Hessischen Ärzteblattes an **die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Beratung Wiesbaden, Abraham-Lincoln-Straße 36, 65189 Wiesbaden**, zu senden.

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Körperschaft des Öffentlichen Rechts, vermittelt für ihre Mitglieder**Praxisvertreter/-innen**

für Praxisvertretungen im Land Hessen.

Ärzte, die einen Vertreter benötigen und Ärzte, die selbst eine Vertretung übernehmen möchten, werden gebeten, sich an die **Kassenärztliche Vereinigung Hessen, Georg-Voigt-Straße 15, 60325 Frankfurt/M., Fon: 069 79502-604** zu wenden.

Der Arzt, der sich in seiner Praxis vertreten lässt, hat sich nach § 20 Berufsordnung der Ärzte in Hessen zu vergewissern, dass der Vertreter die Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Vertretung erfüllt.