

Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 9 | 2016
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 77. Jahrgang



Jubiläum:
90 Jahre
Hessisches
Ärzteblatt

HESSISCHES AERZTEBLATT

Offizielles Organ der Hessischen Ärztekammer und der ärztlichen
Standesvereine und ärztlichen wirtschaftlichen Verbände in Hessen

Herausgegeben von der Hess. Ärztekammer in Darmstadt, Wilhelminenplatz 7 / Schriftleitung: Sanitätsrat Dr. Heil
in Darmstadt, Roquetteweg 17 / Erscheint am 1. und 15. jeden Monats und wird allen Ärzten in Hessen zugestellt.
Bezugsgeld für sonstige Besteller 2 Mk. vierteljährlich.

Alleinige Anzeigen-Annahmestelle: **ALA Anzeigen-Aktiengesellschaft** in Interessengemeinschaft mit **Maassenstein & Vogler A.-G.**
und **Daube & Co. G.m.b.H. Frankfurt a.M.**, Augsburg, Berlin, Bremen, Breslau, Chemnitz, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Elberfeld,
Erfurt, Essen, Friedrichshafen, Hagen, Halle, Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kassel, Kiel, Köln a. Rh., Königsberg, Leipzig, Lübeck,
Magdeburg, Mannheim, München, Nürnberg, Stettin, Straubing, Stuttgart, Würzburg.

Nr. 1/24 1. Januar 1926 I. Jahrgang

Inhalt: Zur Einführung - Ärztekammer - Hess. Landesverband (Vertrag mit der Landesversicherungsanstalt) - Ärztlicher Landes-
verein. - Ergebnisse der neuen Pockenforschung. (Dr. P. Schmiedler). - Cavetetafel. - Präparate für die tägliche Praxis. - Eingezogene Sera.

Zur Einführung des „Hessischen Ärzteblattes“.

Das seit dem 1. Januar 1891 bestehende „Korrespondenzblatt der ärztlichen Vereine des Großherzogtums
Hessen“ mußte infolge der Schwierigkeiten der Nachkriegszeit sein Erscheinen im Juni 1920 einstellen. Auch der
Landesverein vermochte lange Zeit seine regelmäßigen Jahresversammlungen nicht mehr abzuhalten. Dieser Mangel
wurde von den meisten hessischen Ärzten immer mehr empfunden.

Die im vorigen Jahr durch Gesetz vom 15. Januar 1924 errichtete Hessische Ärztekammer hat das auch
und weil als die gesetzliche Vertretung der hessischen Ärzte das solange vermißte Organ wieder aufleben

Die Ärztekammer ist umso mehr dazu berufen, als ihr gemäß Art. 34 der hessischen Ärzteordnung die
obliegt, ihre Bekanntmachungen (Wahlen, Zusammensetzung und Beschlüsse) zu veröffentlichen. Die bis-
benutzte offiz. Darmstädter Zeitung kann jedoch den Hauptzweck der Bekanntgabe an die hessischen Ärz-
te erfüllen.

Deshalb soll unsere alte Zeitschrift mit dem 1. Januar 1926 wieder aufleben und unter dem Titel

„Hessisches Ärzteblatt“

Offizielles Organ der Hessischen Ärztekammer und der ärztlichen Standesvereine und ärztlichen wirtschaftlichen
am 1. und 15. jedes Monats erweitert und verbessert erscheinen.

Die Schriftleitung wird wie früher Herr San.-Rat Dr. Heil in Darmstadt die Güte haben zu über-
Schriftleitung rechnet dabei auf die rege Mitarbeit der hessischen Kollegen.

Selbstverständlich wird erwartet, daß sowohl die ärztl. Standesvereine wie wirtschaftlichen Organis-
Hess. Ärzteblatt ihre regelmäßigen Berichte zeitig zugehen lassen und das zweimal monatlich erschei-
auch für die Einladung zu ihren Sitzungen und Bekanntgaben benutzen.

Die Zahl der hess. Ärzte ist von rund 500 (486) im Jahre 1891 auf jetzt rund 1000 (992) ge-
Blatt wird allen hessischen Kollegen, einschl. der beamteten und Assistenzärzte, zugestellt.

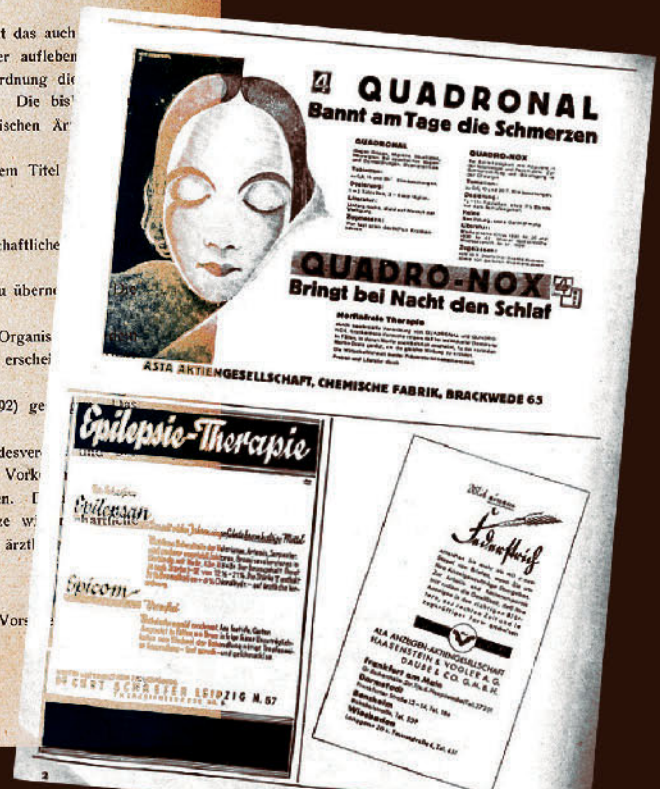
Das Hessische Ärzteblatt wird außer den Bekanntmachungen der Kammer, des ärztl. Landesver-
Standesvereine, der wirtschaftlichen Landes- und Prov.-Organisationen für Hessen, auch wichtige Vork-
Deutschen Ärztetage, des Deutschen Ärztevereinsbundes und des Hartmannbundes bekanntgeben. I-
statistische Mitteilungen und Berichte über Vorgänge in den benachbarten Ländern und kurze w-
Referate über bewährte neuere Therapie, sowie Berichte aus den wissenschaftlichen Sitzungen der ärztl-
(Redaktionschluss am 8. und 22. jeden Monats.)

Der Vorstand der Hessischen Ärztekammer

San.-Rat Dr. Vogel, Schriftführer.

Geh. San.-Rat Dr. Habicht, Vors.

Die Schriftleitung: San.-Rat Dr. Heil.



„Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“

Offizielle Vereinsgründung
und Wahl der Vorstandsmit-
glieder in der Landesärzte-
kammer Hessen

Sportmedizin

Zwei CME-Fortbildungen
informieren über bekannte
Phänomene beim Sport: der
plötzliche Herztod und der
komplexe Leistenschmerz

Ebola & Co

Prof. Dr. Dr. med. René Gott-
schalk referiert über Gefahren
und den richtigen Umgang mit
Infektionskrankheiten in einer
globalisierten Welt



Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts

Die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) lädt ein zum

Hessischen Ärztetag „60 Jahre Landesärztekammer Hessen - Wurzeln und Zukunft“

**am 03. September 2016 von 10 - 15:30 Uhr in den
Mainarcaden Frankfurt*, Kurt-Schumacher-Str. 10,
60311 Frankfurt**

Vorträge und Diskussionen mit prominenten
Referenten aus Politik und Ärzteschaft

Sie sind herzlich eingeladen!

Programm:

10:00 - 12:30 Uhr:

Begrüßung

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

Musikalisches Zwischenspiel

Grußwort

Staatsminister Stefan Grüttner

Musikalisches Zwischenspiel

Ergebnisse des Forschungsprojekts „Geschichte der Landesärztekammer Hessen von 1876-1956“

Prof. Dr. Benno Hafener, Marcus Velke, M.A.

Der freie Beruf - Auslaufmodell oder Erfolgsmotor?

Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.

Diskussion mit dem Podium und dem Auditorium: „Kann die Kammer Impulse geben oder arbeitet sie nur im stillen Kämmerlein?“

- Dr. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
- Staatsminister Stefan Grüttner
- Prof. Dr. med. Giovanni Maio, M.A. phil.
- Dr. Alexander Marković

Moderator: Wolfgang van den Bergh

„Bestenehrung“ des Abschlussjahrgangs 2016 der Ausbildung zum/zur Medizinischen Fachangestellten und der Aufstiegsfortbildung „Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung“

Musikalisches Zwischenspiel

Mittagspause mit Imbiss

14:00 - 15:30 Uhr:

Musikalisches Zwischenspiel

Können wir uns Ethik noch leisten?

- Vorstellung des Modellprojekts „ambulante Ethikberatung“
PD Dr. Carola Seifart
- „Unnötiges vermeiden“ - Vorbild für andere Fachgruppen
PD Dr. Stefan Sahn

Weiterbildung

- Weiterbildung in Hessen - besser als ihr Ruf?
Nina Walter
- Löst die Verbundweiterbildung viele Probleme? -
ein Erfahrungsbericht
Susanne Sommer
Michael Buff
Kristin von der Beeke
Andrea Weidmann

Anmeldung:

Beate Völker
Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsang 3
60488 Frankfurt
Fon: 069 97672-340
Fax: 069 97672-224
E-Mail: beate.voelker@laekh.de

*Mainarcaden: im Haus der Stadtwerke Frankfurt,
Nähe Konstablerwache



Geschichte der Landesärztekammer

Das Forschungsvorhaben zur „Geschichte der Landesärztekammer Hessen“ ist abgeschlossen. Die vollständigen Ergebnisse werden auf dem Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 vorgestellt. In diesem Heft erwartet Sie der dritte Teil der Serie, der sich mit der Geschichte des Hessischen Ärzteblatts befasst.

496



„Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“

In der hessischen Landesärztekammer fand die offizielle Gründung des Vereins und die Wahl des Vorstands statt, dessen Vorsitz Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach übernehmen wird. Mit der Vereinsgründung wird der Grundstein für die Tätigkeit der ehrenamtlichen Ethikberater gelegt.

500

Editorial: Der Arztberuf ist immer ein freier Beruf 494

Ärztchamber

Tobias Nowoczyn, Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, zu Besuch bei der LÄKH	517
20 Jahre Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH)	530
Acht Nationen in der Carl-Oelemann-Schule	533
Anette Jung – seit 25 Jahren in der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) tätig	534
Vorankündigung der Fachtagung „Traumafolgen verstehen und behandeln“	534
Ehrenplakette in Silber der LÄKH für Detlev Kann	537

Mensch und Gesundheit

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) – Teil I	512
Regionale Aktivitäten im Kampf gegen multiresistente Bakterien: neue Antibiotic-Stewardship-Arbeitsgruppe	514
Start des ambulanten Malteser Hospizdienstes in Frankfurt / Malteser Integrationslotsen	533

Bekanntmachungen

■ Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen	535
■ Medizinische Fachangestellte	540

Fort- und Weiterbildungen für Ärzte: Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung	521
Fort- und Weiterbildungen für MFA: Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule	527



Zertifizierte Fortbildungen Sportmedizin

Zwei CME-Beiträge in diesem Heft setzen sich mit Themen der Sportmedizin auseinander. Über das Paradoxon des Herztods beim Sport berichtet der erste Artikel. Ein zweiter Beitrag beleuchtet Diagnostik und Differenzialdiagnosen für das komplexe Problem des Leisten-schmerzes.

501/506



Sommerempfang der Heilberufe

Auf dem diesjährigen Sommerempfang der hessischen Heilberufe in Wiesbaden widmete sich Gastredner Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk in seinem Vortrag „Ebola & Co“ Infektionskrankheiten und den damit einhergehenden Gefahren und Herausforderungen in einer globalisierten Welt.

518

Gesundheitspolitik

Die Hessische Krankenhausgesellschaft – Interview mit Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz und Rainer Greunke 510

Parlando

Hadamar – eine Gedenkstätte am Ort des Verbrechens 520

Fortbildung

Bad Nauheimer Gespräch: Antibiotikaresistente Erreger – Austausch zwischen Mensch und Tier? 516

Tag der Arbeitsmedizin in Wiesbaden 2016 529

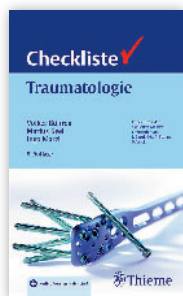
Ansichten und Einsichten

Protestnote zum „Asylpaket II“ des Frankfurter Arbeitskreises Psychoanalytische Psychotherapie (FAPP) 532

Impressum

542

Bücher



Checkliste Traumatologie

Volker Bühnen, Marius J. B. Keel,
Ingo Marzi et al.

S. 535



Sterbebegleitung im Alter – Hausärztliche Palliativmedizin im Team

Peter Landendörfer

S. 539



Der Arztberuf ist immer ein freier Beruf

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

an dieser Stelle möchte ich Sie noch einmal herzlich zum Hessischen Ärztetag einladen, mit dem wir das 60-jährige Jubiläum unserer Landesärztekammer begehen (Programm siehe Seite 491). In diesem Rahmen werden wir unter anderem auch die Zukunft des Arztberufes als freier Beruf beleuchten. Erlauben Sie mir, dazu einige Gedanken darzulegen.

Der Europäische Gerichtshof hat mit dem Urteil vom 11. Oktober 2001 die Freien Berufe wie folgt charakterisiert: Freie Berufe sind Tätigkeiten, die einen ausgesprochen intellektuellen Charakter haben, eine Qualifikation verlangen und gewöhnlich einer genauen und strengen berufsständischen Regelung unterliegen. Bei der Ausübung einer solchen Tätigkeit hat das persönliche Element besondere Bedeutung, und diese Ausübung setzt auf jeden Fall eine große Selbstständigkeit bei der Vornahme der beruflichen Handlung voraus.

Das deutsche Recht definiert den Freien Beruf in § 1 Abs. 2 S. 1 des Partnerschaftsgesellschaftsgesetzes als die im Allgemeinen auf der Grundlage besonderer beruflicher Qualifikation oder schöpferischer Begabung erbrachte persönliche, eigenverantwortliche und fachlich unabhängige Dienstleistung höherer Art im Interesse der Auftraggeber und der Allgemeinheit.

In Abschnitt I § 1 der Bundesärzteordnung heißt es zum ärztlichen Beruf: (1) Der Arzt dient der Gesundheit des einzelnen Menschen und des gesamten Volkes. (2) Der ärztliche Beruf ist kein Gewerbe; er ist seiner Natur nach ein freier Beruf. Hier betont der Gesetzgeber die Freiberuflichkeit der Ärzte ausdrücklich ohne Ausnahme.

Freiberuflichkeit ist wohlgemerkt nicht gleichzusetzen mit Selbstständigkeit, auch wenn dies umgangssprachlich häufig geschieht. Die ärztliche Tätigkeit erfolgt freiberuflich in Verantwortung für den einzelnen Patienten und damit auch in Verantwortung für die Gesellschaft und das Gesundheitssystem – und zwar sowohl im Angestelltenverhältnis als auch selbstständig in eigener Praxis. Auch in der Anstellung gilt die Unabhängigkeit der fachbezogenen Urteilsbildung des Arztes. Auch in der Anstellung trägt der Arzt die Verantwortung für sein Tun und steht als Berufsträger für die Qualität seiner Arbeit ein. Auch in der Anstellung ist das Verhältnis zum Patienten immer ein persönlich geprägtes Verhältnis.

Dieses persönliche Verhältnis ist getragen durch das Vertrauen des Patienten, denn das Arzt-Patienten-Verhältnis ist durch eine Informationsasymmetrie gekennzeichnet. Dem Patienten fehlt es in der Regel an eigenem Expertenwissen, um die Behandlung

beurteilen zu können. Der Arztberuf ist also ein typischer Vertrauensberuf. Der Patient muss auf die Fachlichkeit des Arztes, aber auch auf dessen lautere Absichten vertrauen können, dass ihm weder unzureichende noch nicht indizierte Leistungen zu teil werden.

Wie viele Freie Berufe ist der Arztberuf daher gesetzlichen und berufsrechtlichen Bestimmungen unterworfen, die die Berufsausübung und die Vergütung regeln. Dies dient nicht nur den Patienten, sondern auch den Ärzten und der Gesellschaft. So lautet § 11 der Bundesärzteordnung: „Die Bundesregierung wird ermächtigt, durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates die Entgelte für ärztliche Tätigkeit in einer Gebührenordnung zu regeln. In dieser Gebührenordnung sind Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen. Dabei ist den berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen.“ Insofern ist die Bundesregierung frei, Dritte mit der Weiterentwicklung der Gebührenordnung zu beauftragen.

Darüber hinaus bedarf es eines Berufsethos, also eines gemeinsamen Werteverständnisses der Standesangehörigen, das diese verbindet und von ihnen selbst überwacht und kontrolliert wird. Dies rechtfertigt das Vertrauen, das Patienten dem Arzt entgegenbringen und das für ein gedeihliches Arzt-Patienten-Verhältnis unabdingbar ist.

Der auch von interessierter Seite betriebene Wandel von einem „Arzt-Patienten-Verhältnis“ hin zu einer „Dienstleister-Kunden-Beziehung“ mindert das Vertrauen der Patienten und fördert ein Konsumentenverhalten. Er gaukelt Gesundheit als käufliche Ware vor und nimmt Ärzte in die Verantwortung verhandelbarer Preise. Dieses wiederum führt zu einer fortschreitenden Zerstörung des Arztbildes und damit der Erwartung, „Heilung, Linderung oder Trost“ als immateriellen Wert zu erfahren.

Auch wenn im Freien Beruf des Arztes das Interesse an einer maximalen Gewinnerzielung zurückgestellt ist, müssen und wollen auch Ärzte Geld verdienen und für ihren Einsatz angemessen entlohnt werden. Der ökonomische Druck in der sogenannten Gesundheitswirtschaft wird unterschiedlich erlebt und fördert die mangelnde Trennschärfe zwischen Freiberuflichkeit und Selbstständigkeit. Auch angestellte Ärzte sind in ihrer Tätigkeit nicht frei von ökonomischen Zwängen, die aus einer direkten Abhängigkeit vom Arbeitgeber herrührt und im schlimmsten Falle den Fortbestand des Arbeitsverhältnisses bedroht. Die in eigener Praxis selbstständige ärztliche Tätigkeit lässt die unmittelbare

Abhängigkeit vom wirtschaftlichen Erfolg oder Misserfolg noch deutlicher werden.

Viele Praxen geraten vermutlich deshalb in wirtschaftliche Bedrängnis, weil Ärztinnen und Ärzte die Patientenversorgung als oberstes Ziel haben und erst mit den Quartalsabrechnungen erfahren, dass ihr Tun nicht in gerechtem Honorar abgebildet wird, sondern sie aus einem zu kleinen Kuchen nur einen im Verhältnis zu anderen stehenden Anteil erhalten und sich womöglich wegen Überschreitung von Budgetgrenzen für ihre Arbeit auch noch rechtfertigen müssen.

Eigenverantwortliches Handeln im Interesse von Patienten kann jedoch nicht mehr erwartet werden, wenn immer mehr Ärzte in wirtschaftliche Abhängigkeiten oder Schwierigkeiten geraten, bzw. wenn sie nicht mehr in die Lage versetzt werden, ihre wirtschaftlichen Risiken zu überblicken.

Erstes Ziel des Arztes aber ist die zugewandte Versorgung des Patienten durch die Ausübung der „Heilkunst“, wohl gemerkt eine „Kunst“, die nicht den Erfolg garantiert und nicht in Formen zu pressen ist, aber unabdingbar von Fachkenntnis, Kompetenz, Verantwortung und Vertrauen getragen sein muss. Ziel der Ärzte ist es, die Patienten bestmöglich zu versorgen und nicht die Frage, ob genug finanzielle Mittel vorhanden sind.

Die unmittelbare wirtschaftliche Verantwortung, die Unkalkulierbarkeit und das Risiko der „Bestrafung durch Regress“ infolge eines Vergleiches mit nicht Vergleichbaren müssen unweigerlich das Gefühl der Unfreiheit auslösen.

Besorgnis lösen auch Bemühungen auf der europäischen Ebene aus, Gesundheitsleistungen zu normen, obwohl diese aus dem Anwendungsbereich der Dienstleistungsrichtlinie 2006/123/EG explizit herausgenommen wurden, denn eine Standardisierung wird den Besonderheiten von ärztlichen Dienstleistungen mit ihrer fachlichen und sozialen Komplexität nicht gerecht. Die Heilberufe sind verpflichtet, Qualitätsstandards vor dem Hintergrund einer individuellen Patientenbehandlung einzuhalten. Das Recht des Patienten auf eine seinen Bedürfnissen entsprechende individuelle Behandlung aber würde mit der Normierung heilberuflicher Leistungen gefährdet werden. Dessen ungeachtet initiierten einzelne Länder noch im ersten Halbjahr 2016 verschiedene neue internationale Normvorhaben für Gesundheitsdienstleis-

tungen. Erfreulicherweise werden diese Bestrebungen inzwischen sowohl auf nationaler wie auch auf europäischer Ebene zunehmend kritisch gesehen. Dies ist in besonderem Maße dem deutlichen Engagement der deutschen Ärztekammern zu verdanken. So hat sich die Europäische Kommission bis auf Weiteres von der Beauftragung entsprechender Normen distanziert und Gesundheitsdienstleistungen finden im jährlichen Arbeitsprogramm der Europäischen Union für europäische Normung 2016 im Gegensatz zu früheren Arbeitsprogrammen keine Erwähnung mehr. Die vom Europäischen Komitee für Normung (CEN) befürwortete Normung von Gesundheitsdienstleistungen wird inzwischen auch von einigen nationalen Normungsorganisationen, darunter auch das Deutsche Institut für Normung (DIN) in Frage gestellt.

Dieses hochaktuelle Beispiel zeigt einmal mehr, wie wichtig die Wahrung der ärztlichen Autonomie ist. Dies gilt gleichermaßen für die Einzelperson wie auch für die berufsständische Vertretung. Diese Autonomie muss auf der Basis ärztlicher Grundhaltungen bewahrt und immer wieder verteidigt werden. Jeder ältere Arzt ist persönlich gefordert, diese Haltung und deren Hintergründe der nachrückenden Generation plausibel zu machen und durch persönliches Engagement, das sich am Wohl anderer orientiert, ein Vorbild zu sein. Dies war auch der Appell der Bundesvertretung der Medizinstudierenden in Deutschland e. V. auf dem diesjährigen Deutschen Ärztetag in Hamburg auf die Frage, wie man mehr junge Ärzte für die Berufspolitik begeistern könne. Ärztliches Engagement war übrigens auch bei unserer Umfrage zur Verordnung von Antibiotika gefragt. Dafür danke ich allen Teilnehmern herzlich (Teil I der Ergebnisse siehe Seite 512 f). Ich freue mich, Sie am 3. September 2016 auf dem Hessischen Ärztetag in Frankfurt am Main begrüßen zu dürfen.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
Präsident

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten



Foto: Katja Kölsch

Telefonsprechstunde mit **Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach:**

Sie haben Vorschläge, Lob oder Kritik? Wie kann sich die Landesärztekammer noch besser für Sie und Ihre Anliegen engagieren? Die Telefonsprechstunde bietet Ihnen die Möglichkeit, direkt mit Kammerpräsident Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach Kontakt aufzunehmen.

Der Präsident der Landesärztekammer Hessen wird an folgenden Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

• **Dienstag, 13. September** • **Dienstag, 11. Oktober** • **Dienstag, 15. November 2016**

Einladung zur Zeitreise

Ein Vorgeschmack auf die Veröffentlichung zur Geschichte der Landesärztekammer Hessen

Die Geschichte der organisierten Ärzteschaft, der Standesorganisationen und Vertretung der ärztlichen Interessen sowie der Gesetzgebung reicht in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts zurück. Damals wurden die ersten regionalen Ärztekammern gegründet.

In einem historischen Forschungsprojekt hat sich die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) mit der eigenen Geschichte auseinander gesetzt. Das auf zwei Jahre angelegte und Ende Mai 2016 abgeschlossene Forschungsvorhaben, mit dem die Wissenschaftler Prof. Dr. phil. Benno Hafenecker (wissenschaftlicher Leiter), Marcus Velke (M. A.) und Lucas Frings (B. A.) beauftragt waren, wurde von einem Beirat

der LÄKH unter Federführung von Dr. med. Siegmund Drexler begleitet. Das Projekt befasst sich mit der Vorgeschichte der verfassten Ärzteschaft in Hessen, der Zeit des Nationalsozialismus und dem Zeitraum von 1945 bis zur Gründung der LÄKH als Körperschaft des öffentlichen Rechts im Jahr 1956. Nun liegt die gesamte Forschungsarbeit vor. Zum Hessischen Ärztetag am 3. September 2016 wird sie als Buch sowie als E-Book erscheinen und auf dem Ärztetag erstmals vorgestellt werden (Anmeldungen für den Ärztetag sind gerne noch möglich, siehe Seite 491).

Um das Interesse unserer Leserinnen und Leser schon jetzt zu wecken, laden wir Sie zu einer Zeitreise ein. In dieser Ausgabe

des Hessischen Ärzteblattes lesen sie den dritten und letzten Teil der Serie, die ausgewählte Ergebnisse des Forschungsprojekts präsentiert. Vorgestellt wird die Geschichte des Hessischen Ärzteblattes, das in diesem Jahr 90 Jahre alt wird.

Der erste Beitrag über die Kaiserzeit und die Weimarer Republik erschien in der Ausgabe 06/2016, ein weiterer Artikel befasste sich in Ausgabe 07/08 2016 mit der Zeit des Nationalsozialismus. Parallel zu dieser Ausgabe erscheint ein Sonderdruck mit allen drei Beiträgen, den wir auf Wunsch gerne zusenden.

E-Mail an: haebl@laekh.de.

Katja Möhrle

„Lest aber auch bitte unser Hessisches Ärzteblatt...“

Zur Geschichte des Publikationsorgans der hessischen Ärzteschaft 1926–1956

Benno Hafenecker, Lucas Frings, Marcus Velke

1926–1932

Das „Hessische Ärzteblatt“ (HÄBL) erschien seit dem 1. Januar 1926 im Volksstaat Hessen als offizielles publizistisches Organ der Hessischen Ärztekammer, der ärztlichen Standesvereine und der ärztlichen wirtschaftlichen Verbände wie beispielsweise der Hartmannbund. Das Blatt trat damit die Nachfolge des 1891 ins Leben gerufenen „Correspondenzblatt der ärztlichen Vereine des Großherzogtums Hessen“ an, das sein Erscheinen im Juni 1920 im Gefolge der wirtschaftlichen Probleme der Nachkriegszeit des Ersten Weltkriegs hatte einstellen müssen.

Mit der Gründung des HÄBL kam die hessische Ärzteschaft einer Pflicht nach, die sich aus Art. 34 der hessischen Ärzteordnung von 1924 ergab: Gemäß dieses Artikels hatte die Kammer ihre Bekanntmachungen und Beschlüsse zu veröffentli-



Dr. med. Carl Oelemann (1886–1960)

chen. Bislang war zu diesem Zweck die offiziöse „Darmstädter Zeitung“ genutzt worden. Offenbar hatte man auf diesem

Wege aber nicht immer alle Ärzte im Kammerbereich zuverlässig mit Informationen versorgen können. Erster Schriftleiter des neuen HÄBL wurde Sanitätsrat Dr. med. Karl Heil, der in der gleichen Funktion auch schon für das „Correspondenzblatt“ tätig gewesen war. Nach dessen Tod übernahm Dr. med. Carl Oelemann im Februar 1930 die Schriftleitung.

Die Themen des frühen HÄBL deckten den medizinischen Bereich (beispielsweise Impfpflicht, Kampagnen zur Eindämmung des Alkohol- und Nikotinmissbrauchs, Krankheiten aller Art und deren Therapie) genauso ab wie den Bereich der Standespolitik. Hier wurden insbesondere Berichte über die Erfolge der Kammerpolitik, über den Hartmannbund, den Ärztlichen Landesverein, die Kreisvereine, die Krankenkassen und die Ehrengerichtsverfahren abgedruckt. Hinzu kamen zum Bei-



spiel Informationen zur Gebührenordnung, zum Abrechnungswesen, über Fortbildungen, die zwei Hessischen Ärztetage 1926 und 1927 oder Konferenzberichte von nationalen und internationalen Kongressen.

Veröffentlicht wurden auch Erlasse und Verordnungen der Ministerialabteilung für öffentliche Gesundheitspflege und Stellungnahmen der Kammer zu Gesetzen des Hessischen Landtages, sofern sie die Ärzteschaft betrafen. Der Blick des HÄBL blieb aber nicht auf Hessen beschränkt: Auch die Entwicklungen in anderen Kammern oder die politischen Entwicklungen in Preußen und dem Reich wurden thematisiert.

In den letzten Jahren der Weimarer Republik nahmen dann im Rahmen der Notverordnungs politik von Reichskanzler Brüning und Reichspräsident Hindenburg Berichte über die vermeintliche und tatsächliche Not der Ärzte zu. Schon kurz vor der Machtübernahme der Nationalsozialisten wurden außerdem sogenannte eugenische Themen und Fragestellungen der „Rassenhygiene“ oder des Sozialdarwinismus ins HÄBL aufgenommen. Unter der Schriftleitung Oelemanns kamen noch Beiträge aus den Bereichen Wissenschaft, Kunst und Literatur hinzu sowie die Rubrik „Schimpf und Ernst“, unter der die hessischen Ärzte die Gelegenheit bekamen, Anekdoten und Gedichte einzureichen. Viele Autoren dieser Rubrik taten dies unter Pseudonym oder ganz anonym.

In seinem ersten „Editorial“ gab Oelemann sich 1930 betont kämpferisch als Vertreter der traditionellen Interessen der Ärzteschaft:

„Noch immer ringt unser Ärztestand schwer mit äußeren und inneren Feinden. Es geht ihm wie Deutschland im Weltkrieg: Feinde ringsum, Neider überall, leidet auch mancherlei Anzeichen von Zersetzung im Innern. Möge unserm einst so freien und geachteten Stande nicht das Schicksal des Vaterlandes beschieden sein! [...] Ärztekammer, ärztliche Standes- und Wirtschaftliche Vereine, sind Generalstab, sind Führer in unserem Kampf mit inneren und äußeren Feinden. Aber was nützt das beste Offizierkorps, wenn nicht jeder einzelne Soldat seine Pflicht bis zum äußersten tut. Diese Pflichten nach



Rubrik „Schimpf und Ernst“ aus dem Jahr 1930

innen und außen immer wieder zu betonen, die Kollegen wach zu halten gegen äußere und innere Feinde, dazu soll in erster Linie unser Ärzteblatt dienen.“

Oelemann erklärte 1930 die Lektüre der Standespresse zur ersten Bürgerpflicht des Arztes:

„Lest aber auch bitte unser Hessisches Ärzteblatt, es enthält so Wichtiges für den hessischen Arzt, was die anderen Zeitungen nicht zu ersetzen vermögen. Wie der Politiker, der Wissenschaftler, wie jeder Stand seine Presse heute unbedingt gebraucht zur Information über alle für ihn lebenswichtigen Fragen, so muß der in schwerem Ringen um die Freiheit seines Standes stehende Arzt seine Standespresse lesen und an ihr mitarbeiten. So wie der deutsche Arzt schlecht über die Interessen seines Standes unterrichtet und somit ein schlechter Kämpfer ist, wenn er nicht die Ärztlichen Mitteilungen und das Deutsche Ärzteblatt liest, so wird dem hessischen Arzt viel an seinem Rüstzeug fehlen, wenn er nicht den Inhalt seines heimatlichen Ärzteblattes kennt.“

1933

Schon im Vorfeld der Machtübernahme durch die Nationalsozialisten und umso mehr nach dem 30. Januar 1933 gerieten Oelemann und das HÄBL ins Visier Dr. med. Karl Barths, eines fanatischen Nazis und Funktionärs des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB) in Hessen. In seiner Eigenschaft als Schriftleiter des südhessischen NSDÄB-Blattes „Weckruf zum Volksgesundheitsdienst“ hatte Barth die Ärztekammern des „alten Systems“, deren Personal und auch das HÄBL und dessen Schriftleiter in so scharfer Form angegriffen, dass der Kammervorstand und Oelemann sich zu mehreren Entgegnungen im HÄBL genötigt sahen. Oelemann und Barth kannten sich aus Bad Nauheim, wo beide als Bade- bzw. Kurärzte praktizierten und Barth in der Zeit vor dem Nationalsozialismus offenbar einen schweren Stand bei den ärztlichen Kollegen gehabt hatte. So soll er sich unrechtmäßig den Titel eines „Hofrats“ zugelegt und als Vertrauensarzt der Bad Nauhei-

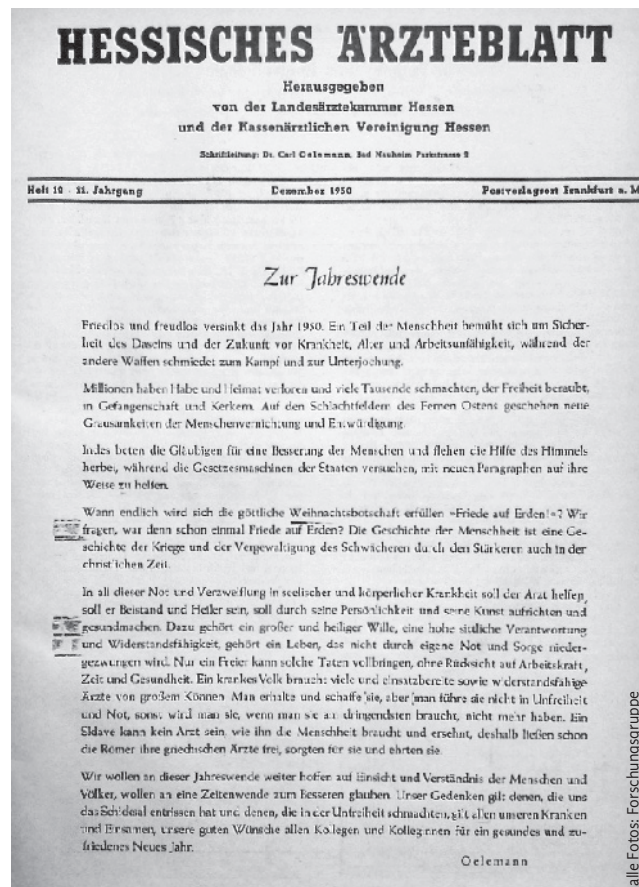


mer und Friedberger Ortskrankenkasse so massive Konflikte mit einzelnen Ärzten gehabt haben, dass das ärztliche Ehrengericht eingeschaltet werden musste. Dabei soll Barth von einem jüdischen Rechtsanwalt vor Gericht vertreten worden sein – ein Umstand, den Oelemann nun in seinen Repliken auf Barths Angriffe genüsslich ins Feld führte, um diesen zu diskreditieren. Zusätzlich unterstellte Oelemann dem NSDÄB-Funktionär, mit seinem Vorgehen gegen die „alte“ Ärzteschaft den „reinen Zielen des Nationalsozialismus“ zu schaden und dem Willen des „Führers“ zuwiderzuhandeln, der doch die „Nationale Revolution“ für beendet erklärt habe.

Der publizistische Schlagabtausch zwischen den beiden Ärzten des „alten“ und „neuen“ Systems endete mit der Entfernung Oelemanns und Barths aus ihren Posten als Schriftleiter. Das HÄBL wurde in diesem Zusammenhang im September 1933 ganz eingestellt und durch den schon genannten „Weckruf“ ersetzt.

1945–1949

Schon in der unmittelbaren Nachkriegszeit wurde in der hessischen Ärzteschaft die Einführung eines neuen Ärzteblattes diskutiert und Oelemann mit Vorarbeiten dazu beauftragt. Sogar die Gründung einer neuen „Großhessischen Medizinischen Wochenschrift“ wurde ins Auge gefasst, die sich zunächst vor allem der Fortbildung widmen sollte. Die aus dem Felde heimkehrenden hessischen Ärzte hatten – so die Argumentation – aufgrund ihrer kriegsbedingt einseitigen Tätigkeit an der Front und in den Lazaretten den Anschluss an die übliche alltägliche ärztliche Praxis verloren und mussten erst einmal wieder auf den neuesten Stand gebracht werden. Der zu gründenden „Großhessischen Medizinischen Wochenschrift“ sollte ein Beirat zur Seite stehen, für den etliche stark NS-belastete Mediziner vorgesehen waren, so zum Beispiel Prof. Dr. med. Ernst Kretschmer für den Bereich Psychiatrie, der u. a. während des Zweiten Weltkrieges als Ordinarius in Marburg mit Insulin-Schocks an Psychiatrie-Patienten experimentiert hatte. Die „Wochenschrift“ kam jedoch nie zustande: Zunächst verweigerte die amerikanische Mi-



Dr. med.
Carl Oelemanns Worte
zur Jahreswende
1950/51

litärregierung die Lizenzierung, vorgeblich wegen der nachkriegsbedingten Papierknappheit. 1946 dann konnte Oelemann einen Antrag auf Lizenzierung stellen, der aber offenbar im Sande verlief.

1947 einigte sich Oelemann mit dem „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ darauf, in diesem Blatt Bekanntmachungen der hessischen Ärzteschaft zu publizieren, wobei Oelemann Teil der Schriftleitung des „Südwestdeutschen Ärzteblattes“ wurde. Für die hessischen Ärzte erwies sich diese Kooperation jedoch als wenig zufriedenstellend, da das Blatt wegen des allgemeinen Papiermangels am regelmäßigen Erscheinen gehindert war und doch nicht alle hessischen Ärzte auf diesem Wege erreicht werden konnten. Der Kooperationsvertrag wurde im Sommer 1948 gekündigt und neue Verhandlungen mit der Militärregierung aufgenommen, die nun nicht mehr abgeneigt war, ein eigenes hessisches Ärzteblatt zuzulassen. Im November 1948 konnte dann endlich das Erscheinen eines neuen HÄBL ab dem 1. Januar 1949 als gemeinsames Publikations-

organ von Ärztekammer und Kassenärztlicher Vereinigung in Hessen angekündigt werden. Die Verhandlungen mit den Amerikanern zogen sich allerdings noch bis in den Mai 1949 hin, ehe die erste Ausgabe des neuen HÄBL erscheinen konnte.

1949–1956

Das erste Heft des neuen HÄBL – mit Oelemann als Schriftleiter – erschien am 20. Mai 1949 als Teil des 10. Jahrgangs. 1933, als das Blatt eingestellt wurde, hatte es sich noch im 8. Jahrgang befunden. Die Zählung ergibt nur Sinn, wenn man das Asyl, dass die hessische Ärzteschaft im „Südwestdeutschen Ärzteblatt“ genossen hatte, als 9. Jahrgang auffasst – diese Deutung ließ sich bislang zwar nicht zweifelsfrei beweisen, ist jedoch die Wahrscheinlichste.

Oelemann betonte im ersten Heft des Jahres 1949 – so wie er dies schon 1930 getan hatte – die schweren Zeiten und den schweren Kampf, dem sich die Ärzteschaft gegenüber sah, diesmal nach dem Zusam-



menbruch Deutschlands 1945. Eine kritische Auseinandersetzung mit der eigenen Rolle der Ärzteschaft im Nationalsozialismus suchen die heutigen LeserInnen – zeittypisch – vergeblich. Oelemann stilisierte sich dabei als eine Art Widerstandskämpfer, der sich geweigert habe, sich und das HÄBL den Nazis preiszugeben.

Eine Lektüre des HÄBL ab 1949 offenbart viele Kontinuitäten mit der NS-Zeit. So wurden zum Beispiel medizinische Forschungsergebnisse von NS-belasteten Medizinern wie dem Neuropathologen Prof. Dr. med. Hugo Spatz publiziert, der als Leiter des Kaiser-Wilhelm-Institut für Hirnforschung Berlin unter anderem Gehirne von Opfern der Höhenversuche an KZ-Häftlingen in Dachau untersucht hatte. Auch ein Blick auf die im HÄBL angekündigten Fortbildungen und Kongresse zeigt, dass stark belastete Ärzte und Ordinarien ohne Probleme ihrer Forschung weiter nachgehen und ihre Ergebnisse in Hessen präsentieren konnten – nun natürlich ohne Bezüge zu „Erbgesundheits“ und „Rassenhygiene“.

Das HÄBL aus der Zeit vor 1933 und ab 1949 unterscheiden sich nur graduell voneinander; äußeres Erscheinungsbild und Themenstruktur ähneln sich weitgehend. Die Rubrik „Schimpf und Ernst“ fiel 1949 weg; stattdessen wandte sich Oelemann nun immer in der Dezemberausgabe mit Worten „Zum neuen Jahr“ an die LeserInnen und ließ das vergangene Jahr in knapper Form Revue passieren. Nicht nur in dieser Rubrik äußerte er immer wieder

lebhaftestes Interesse am Schicksal der Spätheimkehrer unter den hessischen Ärzten, die er teilweise enthusiastisch nach langer Kriegsgefangenschaft in „Rußland“ wieder in der „Heimat“ begrüßte und denen er alle nur denkbare Unterstützung versprach. Ein ähnliches Engagement für die NS-verfolgten jüdischen und nichtjüdischen Kollegen ist im HÄBL dagegen nicht zu finden.

Auch die im HÄBL veröffentlichten Nachrufe und Gratulationen zu runden Geburtstagen offenbaren zeittypische Defizite im Umgang mit der NS-Vergangenheit vieler Geehrter. Deren Aktivitäten während der NS-Zeit wurden zumeist gar nicht erwähnt oder ohne jede Einordnung nur als Auflistung von Stellen und Tätigkeiten im Zeitraum 1933–1945. Wenn sich unter den Geehrten NS-Verfolgte befanden, wurde dies wortreich umschrieben oder verschwiegen.

So hieß es zum Beispiel 1951 anlässlich des 70. Geburtstags von Prof. Dr. med. Franz Maximilian Groedel, deutsch-jüdischer – zum Christentum konvertierter – Kardiologe und Direktor des Bad Nauheimer Kerckhoff-Instituts, der 1933 nach NS-Boykottmaßnahmen in die USA emigriert war: „Es kam das Jahr 1933 und ließ mit so vielen unserer Besten auch diesen Mann seiner geliebten Heimat den Rücken kehren.“ Umgekehrt wurde besonders hervorgehoben, wenn NS-belastete hessische Mediziner in irgendeiner Form mit dem Regime in Konflikt geraten waren.

Nach Gründung der heutigen LÄKH im Jahr 1956 hatte Oelemann die Schriftleitung des HÄBL noch bis 1958 inne. Nachfolger wurde Dr. med. Wilhelm Theopold.



Prof. Dr. Benno Hafeneeger, Lucas Frings, Marcus Velke (von links oben)

**Prof. Dr. phil. Benno Hafeneeger,
Lucas Frings (B.A.),
Marcus Velke (M.A.)**

E-Mail:

hafenege@staff.uni-marburg.de

Beirat des Forschungsprojektes

Dr. med. Siegmund Drexler (Vorsitzender)
Dr. med. Alfred Möhrle
Dr. med. Roland Kaiser
Sabine Goldschmidt M.A.
Olaf Bender

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe und Anregungen, Kommentare, Vorschläge, Lob oder auch Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor.

E-Mails richten Sie bitte an:

haebl@laekh.de;

Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Landesärztekammer Hessen, Im Vogelsang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Gründung des Vereins „Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“

Qualifizierte Berater sollen bei ethischen Konflikten zur Seite stehen



Gründungsversammlung des Vereins „Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“

„Durch die Gründung des Vereins wird eine Anlaufstelle für ethische Fragen geboten, an die sich alle Betroffenen wenden können – ob Patienten, Ärzte, Pfleger oder Angehörige. Es handelt sich um ein bisher einzigartiges Projekt, das die Angebotslücke der Ethikberatung im ambulanten Bereich schließen soll“, erklärt Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) anlässlich der Gründung des Vereins „Ambulante Ethikberatung in Hessen e. V.“

Die Idee zur Initiierung des Pilotprojekts ging bereits im Jahr 2012 vom hessischen Landesärztekammerpräsidenten aus – zwei Jahre später begannen die Planungen zur Umsetzung. Am 5. Juli 2016 folgte die offizielle Vereinsgründung, zu der sich Vertreter aus verschiedenen Bereichen der Gesundheitsbranche in der LÄKH versammelten. Neben der offiziellen Eintragung in den Vereinsregister wurden an diesem Abend auch die Vorstandsmitglieder gewählt, die zunächst für drei Jahre im Amt bleiben werden. Vorsitzender des Vorstands ist von Knoblauch zu Hatzbach, den zweiten Vorsitz übernimmt Kornelia Hoppi Götze, Projektleiterin der Arbeitsgruppe „Ambulante Ethikberatung Marburg“. Boris Knopf, geschäftsführender Teamleiter des PalliativTeams Frankfurt gemeinnützige GmbH und Verantwortlicher für die Modellregion Frankfurt am Main/Offenbach, übernimmt das Amt des Schriftleiters. Die Funktion des Kassenwarts hat Bernd Posdziach inne, Pfarrer Hans Karl

Müller aus Bad Schwalbach vervollständigt den Vorstand als weiteres Mitglied.

Großes Engagement bei ehrenamtlichen Beratern

In den vergangenen Monaten haben sich aus verschiedenen Fachrichtungen und Berufsgruppen bereits 27 Personen als Ethikberater qualifiziert, unter ihnen Ärzte, Pfleger, Juristen, Betreuer oder Theologen. Als Grundlage für die Ausbildung wurde das bundesweit anerkannte Curriculum für stationäre Ethikkommissionen der Akademie für Ethik in der Medizin für den ambulanten Bereich angepasst. Ab Herbst 2016 beginnen die Berater in den Regionen Marburg und Frankfurt am Main/Offenbach mit ihrer Tätigkeit. Die Projektgruppen freuen sich auf ihren Einsatz und tauschen sich bereits jetzt im Rahmen regelmäßiger Treffen aus. „Da alle Berater ehrenamtlich arbeiten, ist es von großer Bedeutung, durch die Gründung des Vereins den rechtlichen Rahmen zu schaffen, bevor die praktische Umsetzung starten kann“, erklärt von Knoblauch zu Hatzbach. Die LÄKH wird die Projektteams unter anderem bei der Annahme und Vermittlung von Anfragen unterstützen. Zu diesem Zweck wird bei den Bezirksärztekammern in Frankfurt und Marburg eine eigene Telefonnummer eingerichtet, an die sich die Betroffenen zunächst wenden können. Die Daten und das Anliegen werden von den Mitarbeitern dort aufgenommen und an die Berater vor Ort weitergeleitet. Zunächst wird dann darüber entschieden, ob es sich um einen ethischen, oder

möglicherweise um einen rechtlichen oder medizinischen Konflikt handelt.

Neutralität ist Voraussetzung bei der Beratung

Handelt es sich um eine ethische Fragestellung sieht der weitere Verlauf vor, dass alle beteiligten Parteien wie behandelnde Ärzte, Angehörige und der Patient selbst sich zum Austausch treffen. Es gilt, die Lebenswelt des Patienten in ihrer Gesamtheit zu erfassen, um alle relevanten Aspekte bei der Entscheidungsfindung einbeziehen zu können. Die Berater, die im Gespräch als Duo auftreten werden, erfüllen die Rollen des Moderators und des Protokollanten. Bei ihrer Arbeit kommt es vor allem darauf an, in der Auseinandersetzung mit allen Parteien die nötige Neutralität zu wahren und die verschiedenen Meinungen und Ansichten zu sammeln und offen zu legen. Dabei handelt es sich stets um Einzelfälle, die allen Beteiligten an die Substanz gehen und individuell beurteilt werden müssen. „Die Berater werden unter anderem mit Fragen zu ethischen Konfliktfällen am Lebensende von Patienten konfrontiert werden. Auch Uneinigkeiten bei der Behandlung oder in Versorgungsfragen werden auftreten“, so die Einschätzung von Boris Knopf. Unter Einbezug ethischer Kriterien soll zur individuellen Lösungsfindung im Sinne der Betroffenen beigetragen werden. Die Berater bieten hierbei jedoch lediglich Hilfestellung an, „die Entscheidungsverantwortung obliegt weiterhin den Ärzten“, so Kornelia Hoppi Götze. Der gesamte Vorgang wird protokolliert und für die Patientenakte dokumentiert. Eine ambulante Ethikberatung, die so viele verschiedene Perspektiven einbezieht und Ansprechpartner für eine Vielzahl von Interessengruppen ist, ist in dieser Form bisher einzigartig. Zukünftig will sich der Verein mit anderen Initiativen auf Bundesebene vernetzen und austauschen.

Caroline McKenney

Sportmedizin: Herztod und Leistenschmerz



Jedes Jahr erliegen in Deutschland mehrere hundert Menschen beim Sport einem plötzlichen Herztod.¹ Fast immer ist dabei Kammerflimmern oder eine andere so genannte schnelle Herzrhythmusstörung schuld. Der Herzmuskel zieht sich dann nicht mehr synchron zusammen. Der Blutkreislauf bricht zusammen. Das Gehirn wird nicht mehr ausreichend mit sauerstoffreichem Blut versorgt, woraufhin es innerhalb kürzester Zeit zur Bewusstlosigkeit kommt und ohne Gegenmaßnahmen rasch der Tod eintritt. Leider müssen wir seit Jahren feststellen, dass der plötzliche Herztod auch bei professionellen Sportlern nicht selten ist. Beim plötzlichen Herztod im Sport werden solche fatalen Herzrhythmusstörungen am häufigsten von Vorerkrankungen des Herzens hervorgerufen, die im Vorfeld nicht erkannt oder nicht ausreichend ernst genommen wurden. Bei Jugendlichen und

jungen Erwachsenen steht dabei an erster Stelle die so genannte „hypertrophe Kardiomyopathie“, die insbesondere bei hohen körperlichen Belastungen zu gefährlichen Herzrhythmusstörungen führen kann. Da im normalen Alltag meist keinerlei Beschwerden auftreten, bleibt diese Herzerkrankung oft lange unerkannt. Um Todesfälle aufgrund einer Kardiomyopathie zu vermeiden, ist es daher heute in vielen Sportarten Pflicht, dass Leistungssportler regelmäßig zur sportmedizinischen Untersuchung gehen müssen, bei der sich solche Kardiomyopathien erkennen lassen. In der Fußballbundesliga beispielsweise sind sportmedizinische Untersuchungen seit 1999 Pflicht. Teilnehmerinnen und Teilnehmer an Internationalen Wettbewerben der UEFA und der FIFA müssen obligatorisch bereits vor den Qualifikationsspielen sport-kardiologische Untersuchungen absolvieren.

Ein weiteres wichtiges Thema im Sport sind die sogenannten Leistenverletzungen, die oft schon frühzeitig wegen ihrer dauerhaften Einschränkungen der Beweglichkeit und den damit verbundenen Schmerzen die Karrieren von Amateur- und Profisportlern beeinträchtigen, ja beenden. Das Wissen, wann es sich um eine reversible funktionelle Störung zum Beispiel im Iliosakralgelenk (ISG) oder um tatsächliche Strukturprobleme handelt, die operativ therapiert werden müssen, ist auch in der Sportmedizin häufig nicht ausreichend vorhanden.

Prof. Dr. med. Toni Graf-Baumann

Mitglied der Sportmedizinischen Kommission des Deutschen Fußball-Bundes und Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie DIVS e. V.

¹ Vgl. Deutsche Herzstiftung 2014.

Der Herztod beim Sport – ein Paradoxon?

VNR 2760602016089980002

Wilfried Kindermann

Der kardiovaskuläre Effekt regelmäßiger körperlicher Aktivität ist durch zahlreiche Studien gut belegt. Morris et al. [22] haben bereits 1953 über eine geringere koronare Ereignisrate bei Londoner Busschaffnern im Vergleich zu anderen Busfahrern berichtet, wenn auch verschiedene Störfaktoren das Ergebnis beeinflusst haben. In den fol-

genden Jahrzehnten konnte durch gut designte Studien bestätigt werden, dass regelmäßige Bewegung und Sport Gesamtmortalität und kardiovaskuläre Mortalität signifikant senken [zum Beispiel 3, 14, 23, 24]. Sowohl vermehrte körperliche Aktivität per se als auch eine gute Fitness wirken risikomindernd.

Funktionelle Adaptationen

Gesundheitssportliche bzw. präventive Aktivitäten führen zu funktionellen Anpassungen [12]. Die Herzarbeit wird ökonomisiert, indem in Ruhe und auf vergleichbaren submaximalen Belastungsstufen die Herzfrequenz gesenkt

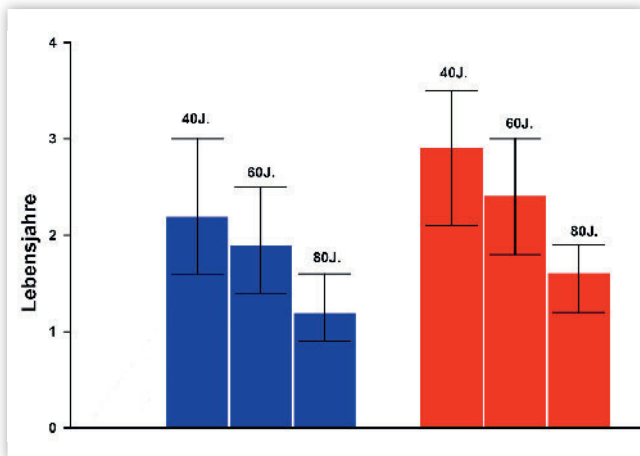


Abb. 1: Zunahme an Lebensjahren bei 40- bis 80-jährigen moderat körperlich aktiven Menschen (blaue Säulen Männer, rote Säulen Frauen). Modifiziert nach [10].

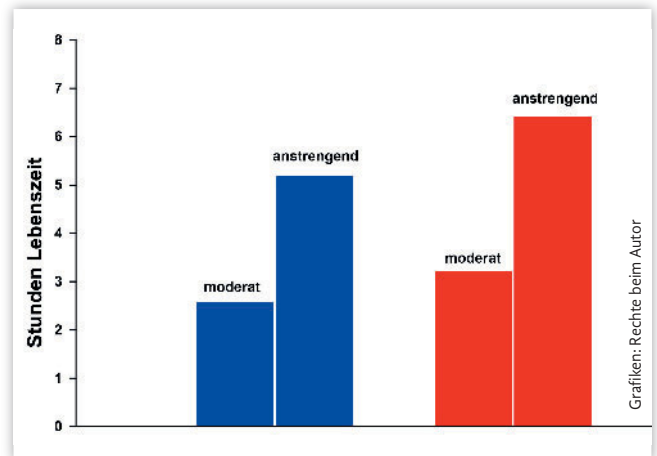


Abb. 2: Zunahme an Lebenszeit in Stunden pro eine Stunde moderate oder anstrengende körperliche Aktivität (blaue Säulen Männer, rote Säulen Frauen). Modifiziert nach [10].

und das Schlagvolumen gesteigert wird. Da bei unveränderter maximaler Herzfrequenz die Herzfrequenzreserve zunimmt, kann ein größeres maximales Herzzeitvolumen gefördert werden. Die Schlagvolumenzunahme wird ermöglicht durch eine verbesserte linksventrikuläre Füllungsdynamik und Abnahme des peripheren Gefäßwiderstands. Außerdem wird die endothelabhängige Vasodilatation durch eine angestiegene Produktion von Stickstoffmonoxid erhöht. Trainingsbedingte Adaptationen in der Skelettmuskulatur wie vermehrte Kapillarisation, Zunahme von Zahl und Größe der Mitochondrien und Anstieg der Aktivität oxidativer Enzyme beeinflussen zusätzlich die Hämodynamik.

Aktivitätsempfehlungen

Wer entsprechend den internationalen Empfehlungen wöchentlich 150 Minuten moderat körperlich aktiv ist (z. B. Walking oder Radfahren mit 15–20 km/h), gewinnt in Abhängigkeit vom Lebensalter ein bis zwei Jahre an Lebenszeit, Frauen sogar bis zu drei Jahre (Abb. 1). Interessant ist der Nettoeffekt. Man gewinnt mehr an Lebenszeit als Zeit durch Sport investiert wird. Eine Stunde moderates Sporttreiben bedeutet 2,6 Stunden mehr an Lebenszeit, bei anstrengenderem Sport (z. B. Joggen oder Radfahren bis 25 km/h) ist der Effekt sogar deutlich größer (Abb. 2) [10].

Sportherz

Mindestens fünf Stunden Ausdauersport pro Woche, wie bei vielen Wettkampfsportlern und auch einigen Freizeitsportlern üblich, können zu dimensional Veränderungen des Herzens führen. Es besteht aber eine große Variabilität zwischen Trainingsumfang und Herzgröße, was wahrscheinlich genetisch bedingt ist. Im Einzelfall kann ein Sportherz doppelt so groß sein wie das Herz eines gesunden Untrainierten [12].

Das Sportherz ist gekennzeichnet durch eine harmonische biventrikuläre exzentrische Hypertrophie (Abb. 3) [13, 28, 31, 32]. Die größten Sportherzen haben typische Ausdauerathleten wie Langstreckenläufer, Triathleten, Straßenradrennfahrer, Skilangläufer. Ballspielsportler, die viel laufen müssen, beispielsweise Fußballspieler, haben im Mittel leicht vergrößerte Herzen. Sportarten, bei denen Kraft und Schnelkraft oder koordinative Fähigkeiten dominieren, entwickeln in der Regel trotz eines hohen Trainingsumfangs keine Herzvergrößerung. Das postulierte Kraftsportherz, eine konzentrische linksventrikuläre Hypertrophie, wird kontrovers diskutiert und ist in vielen Fällen wahrscheinlich auf Anabolikamissbrauch zurückzuführen, was in früheren Studien kaum berücksichtigt worden ist [35, 36]. Die Rückbildung eines Sportherzens ist unterschiedlich und wahrscheinlich auch von der Trainingsdauer abhängig. Nicht selten besteht eine inkomplette Regression, wobei der linke Ventrikel leicht

vergrößert sein kann, die Wanddicken aber normal sind [13]. Neben genetischen Einflüssen scheint bei früheren hochtrainierten Ausdauerathleten ein reduzierter Belastungsreiz für eine Persistenz des kardialen Remodelings ausreichend zu sein.

Physiologische Limits

Bei einem physiologischen kardialen Remodeling haben ca. 15 Prozent der Sportler einen enddiastolischen Durchmesser des linken Ventrikels (LV EDD) von 60 mm oder mehr. Nur 2 Prozent haben Wanddicken zwischen 13 bis 15 mm [27]. Im Einzelfall wurden bei Kraftausdauerathleten wie Ruderern und Kanuten ein LV EDD bis 67 mm und Kammerwanddicken bis 15 mm gemessen. Bei diesen Athleten müssen die größeren Körperdimensionen berücksichtigt werden. Bei afro-karibischen Sportlern kann die linksventrikuläre Hypertrophie ausgeprägter sein [2]. Hingegen werden Marathonläufer mit einer Körperoberfläche von 1,60 bis 1,70 m² kaum einen LV EDD von 60 mm erreichen [13]. Die Vorhöfe sind in das kardiale Remodeling einbezogen. Bei 20 Prozent ist der linke Vorhof bis auf 45 mm vergrößert, bei großen Körperdimensionen wurden im Einzelfall 50 mm beschrieben [26].

Sportherz und Gesundheit

Viel diskutiert wird die Frage, ob extremer Ausdauersport das Herz schädigt. Bisher-

ge Studien weisen darauf hin, dass Vorhofflimmern bei Sportlern im mittleren und höheren Lebensalter, die seit vielen Jahren ein umfangreiches Ausdauertraining betrieben haben, häufiger ist als in der Normalbevölkerung [1]. Vorhofvergrößerung, angestiegener parasympathischer Tonus und atriale Fibrose werden vorrangig als Ursachen diskutiert. Letztere stützt sich aber ausschließlich auf tierexperimentelle Befunde mit Belastungsintensitäten, die selbst auf extreme Ausdauersportler nicht übertragbar sind. Freizeitsportler und jüngere Ausdauersportler haben kein erhöhtes Risiko für Vorhofflimmern [26]. Andere kardiale Arrhythmien wie ventrikuläre Extrasystolen und komplexe ventrikuläre Rhythmusstörungen können ebenfalls bei Sportlern auftreten. Langzeitstudien weisen bei unverändertem Training auf eine gute Prognose hin, vorausgesetzt es besteht keine kardiovaskuläre Erkrankung [6].

Nach erschöpfenden Ausdauerbelastungen wurde über eine reversible Dysfunktion insbesondere des rechten Ventrikels berichtet und eine belastungsinduzierte arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie vermutet [15]. Da bei einigen dieser Athleten belastungsunabhängig im Kardio-MRT ein Late Enhancement nachweisbar war, wurden myokardiale Fibrosen, verursacht durch extreme Ausdauerbelastungen, angenommen. Es bleibt offen, ob zwischenzeitliche Erkrankungen, insbesondere Infekte, diese Veränderungen verursacht haben. Prospektive Längsschnittstudien sind notwendig.

Belastungsinduzierte Anstiege, meist nach Ausdauerbelastungen, der kardialen Marker BNP bzw. NT-proBNP und Troponine sind häufig und in zahlreichen Studien untersucht [30]. Die mäßiggradigen Anstiege sind kurzzeitig und bei beschwerdefreien Sportlern ohne klinische Relevanz. Unter Ruhebedingungen sind die kardialen Marker bei Sportlern mit Sportherz nicht erhöht.

Das Sport-Paradoxon

Freizeit- und Gesundheitssport senken kardiovaskuläre Morbidität und Mortalität. Das kardiale Remodeling bei umfangreichem und intensivem Sport ist ein phy-

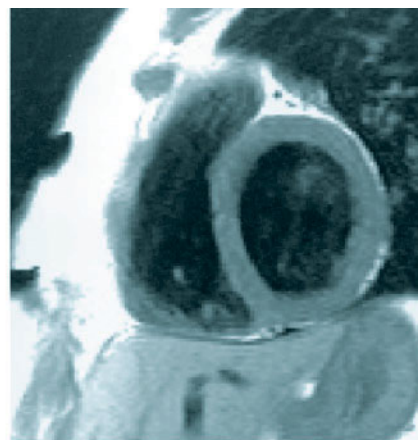
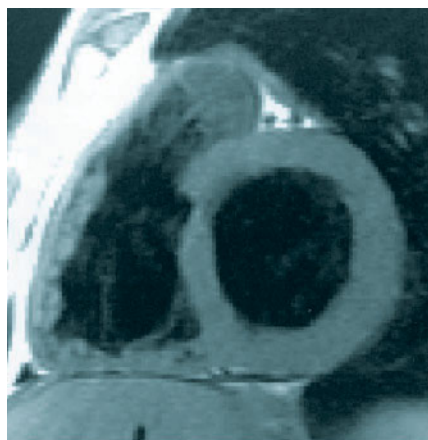


Abb. 3: Kardio-MRT Ausdauersportler (links) und Normalperson (rechts). Beide Ventrikel sind beim Ausdauersportler größer, die Kammerwände dicker. Die Proportionen zwischen linkem und rechtem Ventrikel sind unverändert [nach 32].

siologischer Anpassungsvorgang. Bei extremem Ausdauersport wird zwar über kardiale Veränderungen berichtet, deren Relevanz aber derzeit nicht eindeutig zu beurteilen ist. Die Lebenserwartung wird durch Leistungssport nicht gesenkt und ist sogar bei Ausdauersportlern erhöht [16, 33]. Deshalb stellt sich die Frage nach den Ursachen plötzlicher Herztodesfälle im Sport.

Epidemiologie des plötzlichen Herztods im Sport

Die öffentliche Aufmerksamkeit ist groß, wenn anscheinend gesunde und leistungsfähige Sportler auf dem Platz, teilweise vor laufenden Kameras, oder beim Marathonlauf kollabieren und einige trotz sofortiger Reanimation sterben. Das Risiko wird in den einzelnen Statistiken unterschiedlich angegeben und liegt im Mittel bei ein bis zwei plötzlichen Todesfällen pro 100.000 Sporttreibenden pro Jahr. Mehr als 90 Prozent treten im Freizeitsport auf. Sportbedingte plötzliche Todesfälle sind bei Sportlern oberhalb des 35. Lebensjahres häufiger als bei jüngeren. Junge Wettkampfsportler haben ein höheres Risiko als Gleichaltrige, die keinen Wettkampfsport betreiben [17]. Männer sind deutlich häufiger als Frauen betroffen. Was die Sportarten betrifft, treten in den USA plötzliche Todesfälle am häufigsten beim American Football und Basketball, in Deutschland beim Fußball und Joggen auf.

Kardiovaskuläre Ursachen

Bis zu einem Lebensalter von 35 Jahren dominieren angeborene Herz-Kreislauf-Erkrankungen, oberhalb dieses Lebensalters ist die koronare Herzkrankheit die häufigste Ursache [17, 20, 34]. In den meisten Statistiken ist die hypertrophe Kardiomyopathie die häufigste Ursache des plötzlichen Herztods bei jungen Sportlern [20, 34]. Sportler afro-karibischen Ursprungs sind häufiger betroffen als Weiße. Der plötzliche Herztod ist nicht selten die Erstmanifestation der Erkrankung. Das EKG zeigt in 75–90 Prozent Veränderungen, meist T-Negativierungen, die aber auch bei gesunden Sportlern möglich sind [7]. Eine Grauzone besteht zum Sportherz. Ein normal großer (LV EDD bis 55 mm) oder eher kleiner linker Ventrikel (LV EDD < 50 mm) bei verdickten Kammerwänden (> 13 mm) spricht bei Sportlern gegen ein physiologisches Remodeling. Meist ist auch die diastolische Funktion gestört. Die Empfehlungen hinsichtlich Wettkampfsport sind restriktiv, eine zuverlässige Risikoabschätzung ist mangels harter Daten nicht möglich.

Während die dilatative Kardiomyopathie eine eher seltene Ursache des plötzlichen Herztods bei Sportlern ist, scheint in manchen Regionen, beispielsweise Norditalien, die arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie als Todesursache häufiger vorzukommen [5]. Bei auffälligem EKG und echokardiographisch – soweit

beurteilbar – auffälligem rechtem Ventrikel ist ein Kardio-MRT notwendig. Ein hypertrabekularisierter linker Ventrikel ist bei Sportlern häufig und oft schwierig von einer Noncompaction-Kardiomyopathie abzugrenzen [9]. Verlässliche Daten als Ursache für den plötzlichen Herztod bei Sportlern existieren nicht.

Angeborene Koronaranomalien sind die zweithäufigste Ursache für Herztodesfälle beim Sport in den beiden ersten Lebensjahrzehnten. In diesem Lebensalter sind die Koronarostien bei einem Teil der Sportler echokardiographisch visualisierbar. Bei entsprechendem Verdacht sind MRT oder CT indiziert, wobei ersteres wegen der fehlenden Strahlenbelastung bei den meist jungen Sportlern bevorzugt werden sollte.

Entzündliche Herzerkrankungen, vorrangig die Myokarditis, werden heute aufgrund der neueren immunhistologischen Nachweisverfahren sehr viel häufiger diagnostiziert als früher mittels ausschließlich histologischer Untersuchungen [8]. Dementsprechend ist die Myokarditis die dritthäufigste kardiale Todesursache bei Sportlern. Besonders im Rahmen von Infekten kann es zu einer entzündlichen Mitbeteiligung des Herzens kommen. Wird in diesem Stadium Sport betrieben oder werden sogar Wettkämpfe bestritten, kann ein plötzlicher Herztod eintreten [18]. In den meisten Fällen heilt eine infektiobedingte kardiale Mitbeteiligung folgenlos aus. In einigen Fällen können Herzrhythmusstörungen oder chronische Verlaufsformen resultieren. Bezüglich der sportlichen Belastbarkeit bei und nach Infekten ist besondere Vorsicht geboten.

Die koronare Herzkrankheit ist meist arteriosklerotisch bedingt und die häufigste Ursache des plötzlichen Herztods bei Sportlern oberhalb von 35 bis 40 Jahren. Plaqueruptur und thrombotischer Verschluss werden häufig beschrieben. Oft bestehen Risikofaktoren [34]. Auch bei jüngeren Sportlern sind Myokardinfarkte als Ursache eines plötzlichen Herztodes möglich.

Weitere kardiale Ursachen sind selten. Dazu gehören rupturierte Aortenaneurysmen, Aortenstenose, Mitralklappenprolaps, Myokardbrücken, WPW-Syndrom [20]. Oft unentdeckt bleiben Ionenkanal-

erkrankungen wie Long QT-Syndrom oder Brugada-Syndrom. Die normale Autopsie wird keinen Befund ergeben, so dass der plötzliche Tod ungeklärt bleibt. Erst eine post mortem durchgeführte molekulargenetische Untersuchung kann die Ursache klären. Eine Besonderheit ist die sehr seltene Commotio cordis. Eine stumpfe Schlägeinwirkung durch einen Ball oder Puck (Baseball, Hockey) auf den Brustkorb kann Kammerflimmern auslösen, wenn der Aufprall in die vulnerable Phase des Herzens, den aufsteigenden Teil der T-Welle, fällt [19].

Doping kann ebenfalls zu plötzlichen Herztodesfällen führen, die Beweislage ist aber im Einzelfall schwierig. Insbesondere aus den 1960er Jahren wurden Todesfälle berichtet, die durch den Missbrauch von Amphetaminderivaten verursacht worden sind. Die einzelnen Dopingsubstanzen können unterschiedliche pathologische kardiovaskuläre Veränderungen verursachen wie pathologische Hypertrophie, direkte Schädigung von Kardiomyozyten, vorzeitige Atherosklerose oder Bildung von Thromben. Für die Gruppe der anabol-androgenen Steroide existieren Querschnittsuntersuchungen und Kasuistiken sowie tierexperimentelle Studien [11].

Kardiovaskuläres Screening zur Beurteilung der Sporttauglichkeit

Ein kardiovaskuläres Screening kann das Risiko plötzlicher Herztodesfälle im Sport reduzieren [4]. Als kleinster gemeinsamer Nenner beinhalten alle Empfehlungen die Erhebung einer ausführlichen Anamnese und die Durchführung einer körperlichen Untersuchung. Die American Heart Association hält bei jungen Sportlern weitere Untersuchungen für nicht erforderlich [21], während die Europäische Gesellschaft für Kardiologie [25] und auch das Internationale Olympische Komitee zusätzlich ein Ruhe-EKG empfehlen. Das limitierte Untersuchungsspektrum wird neben Kosten-Nutzen-Aspekten vor allem mit falsch-positiven und falsch-negativen EKG-Befunden begründet. Falsch-positive Befunde würden zu weiteren kostenträchtigen Untersuchungen führen. Außerdem könnten fälschlicherweise Gesunde vom

Sport ausgeschlossen werden. Die Europäische Gesellschaft für Kardiologie weist demgegenüber auf den hohen negativ-prädiktiven Wert des Ruhe-EKG bei geringen Kosten hin. Bei der hypertrophen Kardiomyopathie, der häufigsten Ursache für den plötzlichen Herztod junger Sportler, zeigt das EKG in einem hohen Prozentsatz Veränderungen.

Im Sportler-EKG besteht eine Grauzone zwischen physiologischen und pathologischen Veränderungen. Bis zu 40 Prozent der Sportler, in ausgewählten Kollektiven liegen die Zahlen noch höher, haben unterschiedliche EKG-Veränderungen. Eine auf der Basis verschiedener Studien erfolgte Differenzierung zwischen gewöhnlichen trainingsbedingten und ungewöhnlichen nichttrainingsbedingten EKG-Befunden, zusammengefasst in entsprechenden Empfehlungen, konnte die Häufigkeit von als abnorm und damit abklärungsbedürftig beurteilten Befunden bis unter fünf Prozent reduzieren. Die deutlich verbesserte Spezifität geht nicht zu Lasten der Sensitivität [29]. Die revidierten Kriterien erleichtern die Beurteilung des Sportler-EKG im Rahmen von Sporttauglichkeitsuntersuchungen und relativieren die kritischen Einlassungen der US-amerikanischen Empfehlungen.

Bei Sportlern über 35 Jahren wird zusätzlich ein Belastungs-EKG durchgeführt. Die US-amerikanischen Empfehlungen beschränken das Belastungs-EKG auf über 40-jährige Sportler mit Risikofaktoren [21]. Im Spitzensport wird das Untersuchungsspektrum durch eine Echokardiographie ergänzt. Die Kosten-Nutzen-Relation ist zwar ungünstig, aber die regelmäßigen hohen Belastungen, die öffentliche Aufmerksamkeit und der häufig als Beruf ausgeübte Sport rechtfertigen den Aufwand.

Generell ist festzustellen, dass keine allgemein akzeptierten Standards für ein kardiovaskuläres Screening bei Sportlern existieren, aber Empfehlungen der internationalen kardiologischen Gesellschaften, des Internationalen Olympischen Komitees IOC und national der Deutschen Gesellschaft für Sportmedizin und Prävention DGSP. Darüber hinaus führen einige Sportverbände Sporttauglichkeitsuntersuchungen nach eigenen Richtlini-

en durch. Sämtliche deutsche Bundeskaderathleten haben einmal jährlich Anspruch auf eine sportmedizinische Gesundheitsuntersuchung einschließlich Ruhe- und Belastungs-EKG sowie Echokardiographie (letztere jedes zweite Jahr), finanziert vom Bundesministerium des Innern und durchgeführt in einem der 24 lizenzierten Untersuchungszentren, meist sportmedizinische Universitätsinstitute. Da Profifußballspieler in dieses Untersuchungssystem nicht integriert sind, verlangt der Deutsche Fußball-Bund (DFB) bzw. die Deutsche Fußball-Liga (DFL) vor Beginn einer jeden Saison von jedem Spieler der 1. und 2. Bundesliga eine Bescheinigung über die Sporttauglichkeit. Das kardiovaskuläre Spektrum ist identisch mit dem der Bundeskaderathleten. In einigen anderen europäischen Ländern werden die Spitzenathleten nach einem ähnlichen Spektrum wie in Deutschland untersucht. EKG und Echokardiographie gehören auch zum kardiovaskulären Screening der meisten Teams der großen nordamerikanischen Profiligen und vieler Collegeteams. Laktatdiagnostik und Spiroergometrie sind nicht Bestandteil einer sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchung. Werden sie damit kombiniert, können spezielle leistungsphysiologische Aussagen getätigt und das Training kann über geeignete Parameter gesteuert werden.

Fazit

Plötzliche Todesfälle bei anscheinend gesunden Sportlern haben meist eine Herzerkrankung als Ursache. Gute Leistungsfähigkeit und Beschwerdefreiheit bedeuten nicht immer Gesundheit, so dass sportmedizinische Gesundheitsuntersuchungen notwendig sind. Wenn plötzliche Herztodesfälle bei jüngeren nahen Verwandten aufgetreten sind, sollten erbliche Herzerkrankungen ausgeschlossen werden. Bei begründetem Verdacht ist eine genetische Untersuchung indiziert. Generell kann festgestellt werden, dass nicht der Sport per se sondern die nicht bekannte Herzerkrankung oder bei bekannter Herzerkrankung der falsche Sport die entscheidenden Risikofaktoren sind. So gesehen gibt es kein Sport-Paradoxon.

Univ.-Prof. em.
Dr. med.
Wilfried
Kindermann
Institut für
Sport- und
Präventivmedizin
Universität des
Saarlandes



Foto Wolfgang Sauer

Campus Gebäude B 8.2, 66123 Saarbrücken
E-Mail: w.kindermann@mx.uni-saarland.de

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

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „**Der Herztod beim Sport – ein Paradoxon?**“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungs-

punkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.08.2016 bis 24.08.2017** möglich.

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

Ratgeber

„Ich bin auch noch da“

Zum Thema Geschwisterkinder für Eltern von chronisch kranken und/oder behinderten Kindern gibt es einen neuen Ratgeber: „Ich bin auch noch da!“ Für Mütter und Väter in dieser besonderen Familiensituation bietet das Heft viele Informationen, Anregungen und Vorschläge, um die Geschwisterkinder nicht aus den Augen zu verlieren. Herausgeber: Novartis Stiftung Familienbande & Institut für Sozialmedizin in der Pädiatrie Augsburg.

- Download kostenlos unter Website: www.stiftung-familienbande.de
- Kontakt: Stiftung Familienbande
Öflinger Straße 44, 79664 Wehr

Multiple Choice-Fragen:

Der Herztod beim Sport – ein Paradoxon?

VNR 2760602016089980002

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Wieviel körperliche Aktivität wird empfohlen, um gesundheitsprotektive Effekte zu erzielen?

- 1) Einmal 30 Minuten Jogging pro Woche.
- 2) Zweimal 30 Minuten Walking pro Woche.
- 3) 150 Minuten moderate körperliche Aktivität pro Woche.
- 4) 300 Minuten Ausdauersport pro Woche.

2. Was ist NICHT typisch für Anpassungen durch Gesundheitssport?

- 1) Die Endothelfunktion verbessert sich.
- 2) Die Herzarbeit wird ökonomisiert.
- 3) Die Herzfrequenzreserve nimmt zu.
- 4) Die maximale Herzfrequenz nimmt ab.

3. Was ist typisch für ein Sporthertz?

- 1) Es besteht eine harmonische exzentrische Hypertrophie.
- 2) Der linke Ventrikel ist konzentrisch hypertrophiert.
- 3) Der rechte Ventrikel ist besonders groß.
- 4) Fußballspieler haben die größten Sportherzen.

4. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Vorhofflimmern ist bei Ausdauersportlern im mittleren und höheren Lebensalter häufiger als bei der gleichaltrigen Normalbevölkerung.
- 2) Troponine können insbesondere nach Ausdauerbelastungen ansteigen.
- 3) Leistungssport verkürzt die Lebenserwartung.
- 4) Ca. 2 Prozent aller Sportler haben echokardiographisch gemessene enddiastolische Kammerwanddicken zwischen 13 bis 15 mm.

5. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Junge Wettkampfsportler haben gegenüber gleichaltrigen Normalpersonen ein geringeres Risiko für den plötzlichen Herztod.
- 2) Die meisten plötzlichen Herztodesfälle im Sport treten beim Freizeitsport auf.
- 3) Plötzliche Herztodesfälle beim Sport treten bei Männern und Frauen gleich häufig auf.
- 4) In Deutschland treten die meisten sportbedingten plötzlichen Herztodesfälle beim Tennis auf.

6. Was ist die häufigste Ursache für den plötzlichen Herztod beim Sport bei über 35 bis 40-Jährigen?

- 1) Aortenstenose
- 2) Koronare Herzkrankheit
- 3) Hypertrophe Kardiomyopathie
- 4) Dilatative Kardiomyopathie

7. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Zwischen Sporthertz und hypertropher Kardiomyopathie besteht eine diagnostische Grauzone.
- 2) Die Myokarditis ist eine seltene Ursache für den plötzlichen Herztod beim Sport.
- 3) Ionenkanalerkrankungen führen nicht zum plötzlichen Herztod beim Sport.
- 4) Angeborene Koronaranomalien sind nur im höheren Lebensalter eine häufige Ursache für den plötzlichen Herztod beim Sport.

8. Welche Aussage zum Doping ist falsch?

- 1) Bereits in den 1960iger Jahren wurde über Todesfälle beim Sport infolge Missbrauch von Amphetaminderivaten berichtet.
- 2) Dopingsubstanzen können zu einer pathologischen Herzhypertrophie führen.
- 3) Dopingsubstanzen können zu einer vorzeitigen Arteriosklerose führen.
- 4) Ein Zusammenhang zwischen Missbrauch von Dopingsubstanzen und plötzlichem Herztod beim Sport kann bei einer Autopsie zuverlässig nachgewiesen werden.

9. Warum hält die American Heart Association das Ruhe-EKG zur Beurteilung der Sporttauglichkeit bei jungen Sportlern für nicht erforderlich?

- 1) Das EKG ist bei der hypertrophen Kardiomyopathie meist normal.
- 2) Bei Sportlern sind falsch positive Befunde im EKG häufig.
- 3) Der negativ-prädiktive Wert des EKG ist gering.
- 4) Ionenkanalerkrankungen werden im EKG nicht erkannt.

10. Was gehört NICHT zu einer sportmedizinischen Gesundheitsuntersuchung deutscher Bundeskaderathleten?

- 1) Ruhe-EKG
- 2) Belastungs-EKG
- 3) Spiroergometrie
- 4) Echokardiographie

Literatur zum Artikel:

Der Herztod beim Sport – ein Paradoxon?

von Prof. Dr. med. Wilfried Kindermann

- [1] Abdulla J, Nielsen JR. Is the risk of atrial fibrillation higher in athletes than in the general population? A systematic review and meta-analysis. *Europace* 2009; 11:1156–1159.
- [2] Basavarajaiah S, Boraita A, Whyte G, et al. Ethnic differences in left ventricular remodeling in highly-trained athletes. Relevance to differentiating physiologic left ventricular hypertrophy from hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol* 2008; 51:2256–2262.
- [3] Berry JD, Willis B, Gupta S, et al. Life-time risks for cardiovascular disease mortality by cardiorespiratory fitness levels measured at ages 45, 55, and 65 years in men. The Cooper Center Longitudinal Study. *J Am Coll Cardiol* 2011; 57:1604–1610.
- [4] Corrado D, Basso C, Pavei A, et al. Trends in sudden cardiovascular death in young competitive athletes after implementation of a preparticipation screening program. *JAMA* 2006; 296:1593–1601.
- [5] Corrado D, Basso C, Thiene G, et al. Spectrum of clinicopathologic manifestations of arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy/dysplasia: a multicenter study. *J Am Coll Cardiol* 1997; 30:1512–1520.
- [6] Delise P, Sitta N, Lanari E, et al. Long-term effect of continuing sports activity in competitive athletes with frequent ventricular premature complexes and apparently normal heart. *Am J Cardiol* 2013; 112:1396–1402.
- [7] Drezner JA, Ackerman MJ, Cannon BC, et al. Abnormal electrocardiographic findings in athletes: recognising changes suggestive of primary electrical disease. *Br J Sports Med* 2013; 47:153–167.
- [8] Eckart RE, Scoville SL, Campbell CL, et al. Sudden death in young adults: a 25-year review of autopsies in military recruits. *Ann Intern Med* 2004; 14:829–834.
- [9] Gati S, Chandra N, Bennett RL, et al. Increased left ventricular trabeculation in highly trained athletes: do we need more stringent criteria for the diagnosis of left ventricular non-compaction in athletes? *Heart* 2013; 99:401–408.
- [10] Janssen I, Carson V, Lee IM, et al. Years of life gained due to leisure-time physical activity in the U.S. *Am J Prev Med* 2013; 44:23–29.
- [11] Kindermann W. Cardiovascular side effects of anabolic-androgenic steroids. *Herz*. 2006; 31:566–573.
- [12] Kindermann W. Physiologische Anpassungen des Herz-Kreislauf-Systems an körperliche Belastung, in: Kindermann W, Dickhuth HH, Nieß A, Röcker K, Urhausen A (Hrsg): *Sportkardiologie – körperliche Aktivität bei Herzerkrankungen*. Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2. Auflage, 2007, 1–20.
- [13] Kindermann W, Scharhag J. The physiological hypertrophy of the heart (athlete's heart). *Dtsch Z Sportmed* 2014; 65:327–332.
- [14] Kodama S, Saito K, Tanaka S, et al. Cardiorespiratory fitness as a quantitative predictor of all-cause mortality and cardiovascular events in healthy men and women: a meta-analysis. *JAMA* 2009; 301:2024–2035.
- [15] La Gerche A, Burns AT, Mooney DJ, et al. Exercise-induced right ventricular dysfunction and structural remodelling in endurance athletes. *Eur Heart J* 2012; 33:998–1006.
- [16] Marijon E, Tafflet M, Antero-Jacquemin J, et al. Mortality of French participants in the Tour de France (1947–2012). *Eur Heart J* 2013; 34:3145–3150.
- [17] Marijon E, Tafflet M, Celermajer DS, et al. Sports-related sudden death in the general population. *Circulation* 2011; 124:672–681.
- [18] Maron BJ. Sudden death in young athletes. Lessons from the Hank Gathers affair. *N Engl J Med* 1993; 329:55–57.
- [19] Maron BJ. Sudden death in young athletes. *N Engl J Med* 2003; 349:1064–1075.
- [20] Maron BJ, Doerer JJ, Haas TS, et al. Sudden deaths in young competitive athletes: analysis of 1866 deaths in the United States, 1980–2006. *Circulation* 2009; 119:1085–1092.
- [21] Maron BJ, Thompson PD, Ackerman MJ, et al. Recommendations and considerations related to preparticipation screening for cardiovascular abnormalities in competitive athletes: 2007 update: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism: endorsed by the American College of Cardiology Foundation. *Circulation* 2007; 115:1643–1655.
- [22] Morris JN, Heady JA, Raffle PA, et al. Coronary heart disease and physical activity of work. *Lancet* 1953; 265:1111–1120.
- [23] Myers J, Prakash M, Froelicher V, et al. Exercise capacity and mortality among men referred for exercise testing. *N Engl J Med* 2002; 346: 793–801.

- [24] Paffenbarger RS Jr, Hyde RT, Wing AL, et al. Physical activity, all-cause mortality, and longevity of college alumni. *N Engl J Med* 1986; 314:605–613.
- [25] Pelliccia A, Fagard R, Bjørnstad HH, et al. Recommendations for competitive sports participation in athletes with cardiovascular disease: a consensus document from the Study Group of Sports Cardiology of the Working Group of Cardiac Rehabilitation and Exercise Physiology and the Working Group of Myocardial and Pericardial Diseases of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2005; 26:1422–1445.
- [26] Pelliccia A, Maron BJ, Di Paolo FM, et al. Prevalence and clinical significance of left atrial remodeling in competitive athletes. *J Am Coll Cardiol* 2005; 46:690–696.
- [27] Pelliccia A, Maron BJ, Spataro A, et al. The upper limit of physiologic cardiac hypertrophy in highly trained elite athletes. *N Engl J Med* 1991; 324: 295–301.
- [28] Reindell H. Herz, Kreislaufkrankheiten und Sport. Johann Ambrosius Barth Verlag, München, 1960.
- [29] Riding NR, Sheikh N, Adamuz C, et al. Comparison of three current sets of electrocardiographic interpretation criteria for use in screening athletes. *Heart* 2015; 101:384–390.
- [30] Scharhag J, George K, Shave R, et al. Exercise-associated increases in cardiac biomarkers. *Med Sci Sports Exerc* 2008; 40:1408–1415.
- [31] Scharhag J, Löllgen H, Kindermann W. Competitive sports and the heart: benefit or risk? *Dtsch Arztebl Int* 2013; 110:14–23.
- [32] Scharhag J, Schneider G, Urhausen A, et al. Athlete's heart: right and left ventricular mass and function in male endurance athletes and untrained individuals determined by magnetic resonance imaging. *J Am Coll Cardiol* 2002; 40:1856–1863.
- [33] Teramoto M, Bungum TJ. Mortality and longevity of elite athletes. *J Sci Med Sport* 2010; 13:410–416.
- [34] Thompson PD, Franklin BA, Balady GJ, et al. Exercise and acute cardiovascular events placing the risks into perspective: a scientific statement from the American Heart Association Council on Nutrition, Physical Activity, and Metabolism and the Council on Clinical Cardiology. *Circulation* 2007; 115:2358–2368.
- [35] Urhausen A, Kindermann W. Sports-specific adaptations and differentiation of the athlete's heart. *Sports Med* 1999; 28:237–244.
- [36] Utomi V, Oxborough D, Ashley E, et al. Predominance of normal left ventricular geometry in the male 'athlete's heart'. *Heart* 2014; 100:1264–1271.

Der Leistenschmerz in der Sportmedizin: Diagnostik und Differenzialdiagnosen

VNR 2760602016089280007

Götz Dimanski

Einführung

Der Leistenschmerz ist eines der schwierigsten und komplexesten Probleme der Sportmedizin. Im Profifußball beispielsweise stellen Leistenbeschwerden die zweithäufigste Verletzung dar (zehn bis 18 Prozent). Nur Verletzungen der ischio-kruralen Muskulatur sind häufiger (sechs bis sieben versus vier bis fünf Verletzungen/Saison bei einem Kader von 25 Spielern).

Hinzu kommen die sehr langen Ausfallzeiten (Sportpausen von sechs bis neun, teilweise zwölf bis 24 Monaten sind nicht ungewöhnlich) und die höchste Rezidivrate aller Verletzungen im Fußball. Diese ist mit acht bis zwölf Prozent vier bis sechs Mal so hoch wie die zweithäufigste Rezidivrate (Rückenschmerzen mit zwei Prozent). Die Ausfallzeit bei Rezidivverletzungen ist noch einmal 30 Prozent länger als die der Initialverletzung. Somit stellen Leistenverletzungen ein sehr ernst zu nehmendes Ärgernis für den praktisch tätigen Sportmediziner dar. Die sichere und zügige Diagnostik ist dabei unabdingbare Voraussetzung für die richtige Wahl der effektiven Therapie.

Die Diagnostik des Leistenschmerzes

Die Diagnostik beim Leistenschmerz stützt sich auf folgende Schwerpunkte:

- Erhebung einer genauen Anamnese,
- Durchführung zielgerichteter Untersuchungen,
- Abgleich der Ergebnisse mit bekannten Diagnosen.

Anamnese

Die Anamnese beim Leistenschmerz bietet keinerlei Geheimnisse mehr. Alle Symptome sind bekannt!

Die differenzierende Anamnese umfasst:

- Schmerzlokalisierung,
- Schmerzentstehung,
- Schmerzexazerbation,
- Alter.

Während die wichtigsten Diagnosen mit dem Symptom Leistenschmerz altersbezogen in den folgenden Übersichten aufgeführt sind, finden sich die Differenzierungen zu Lokalisation, Entstehung und Exazerbation des Leistenschmerzes in der Tab. 1.

Kindheit/Jugend

Typisch für die frühesten Ursachen des Leistenschmerzes im Sport sind folgende Diagnosen:

- Überlastungsarthritis coxae,
- Labrumläsionen bei femoroazetabulärem Impingement,
- Coxitis fugax,
- Avulsionsfrakturen,
- Morbus Perthes.

Jüngeres Erwachsenenalter

In diesem Alter treten üblicherweise folgende Diagnosen auf:

- Hernia incipiens (Weiche Leiste),
- Beckenringinstabilitäten,
- Stressreaktion Os pubis, Symphysisitis,
- Insertionstendinosen, Sehnen-/Muskel(teil)rupturen,
- Hüftkopfnnekrosen,
- Labrumläsionen bei femoroazetabulärem Impingement.

Späteres Erwachsenenalter

Sporttreibende höheren Alters bieten eher folgende Diagnosen:

- Coxarthrose,
- L3-Kompression.

Gerätetechnische Diagnostik

Folgende technische Verfahren finden sinnvollerweise Anwendung im diagnostischen Prozess beim Leistenschmerz:

1. Sonographie:

Die Sonografie erhält ihre hauptsächliche Bedeutung bei der Diagnostik folgender Verletzungen:

- Weiche Leiste (Hernia incipiens),
- Tendinosen,
- Muskelfaserrisse (Adduktoren, selten Musculus rectus abdominis).

2. Konventionelles Röntgen:

Hier finden in erster Linie die Beckenübersichtsaufnahme Anwendung zur Diagnostik von:

- Coxarthrose,
- Avulsionsfrakturen,
- Osteonekrose des Os pubis oder Spezialaufnahmen bei
- V.a. femoroazetabuläres Impingement oder die sogenannte Flamingo-View-Aufnahme zur Verifizierung der
- Beckenringinstabilität.

3. MRT:

Die Magnetresonanztomografie findet Anwendung zur Dokumentation von

- Insertionstendinosen, Tendinosen,
- Muskelfaserrissen,
- Arthritiden (Symphyse, Hüftgelenk),
- Markraumödeme/-äquivalente, Stressfrakturen,
- femoroazetabulärem Impingement, Labrumläsionen.

In Kombination mit einer Arthrografie können Hinweise auf Gelenkinstabilität der Symphyse erhalten werden.

4. Szintigraphie:

Die Szintigrafie gibt unter anderem Hinweise zur Aktivität im Bereich der Ilios-

Tabelle1: Anamnese beim Leistenschmerz

Frage	Antwort (und/ oder)	mögliche Diagnose
Schmerzlokalisierung?	Unterbauch, Symphysenregion Leistenbandbereich (ein- oder beidseitig), teilweise auch proximale Oberschenkelinnenseite und/oder Scrotum	„weiche Leiste“ (Hernia incipiens), Kompressionsneuropathien
Schmerzlokalisierung?	Symphysenregion, Leistenbandbereich, Adduktorenansatzgebiet (ein- oder beidseitig), Dammregion	Symphysitis, Stressreaktion Os pubis, femoroazetabuläres Impingement, Labrumläsion
Schmerzlokalisierung?	Leistenregion (evtl. tiefer Dammschmerz, Trochanterschmerz, Gesäßschmerz)	(Überlastungs-) Arthritis coxae, beginnende Coxarthrose
Schmerzlokalisierung?	Adduktorenansatzgebiet, proximaler medialer Oberschenkel	Insertionstendinosen, Sehnenrupturen, Muskelverletzungen (Faser- oder Teilrupturen oder Tonusstörungen)
Schmerzentsstehung?	allmählich (über Wochen und Monate)	Hernia incipiens, Symphysitis, Stressreaktion Os pubis, Coxarthrose, Beckenringinstabilitäten, femoroazetabuläres Impingement
Schmerzentsstehung?	schnell zunehmend (wenige Tage)	(Überlastungs-) Arthritis coxae, Tonusstörung der Adduktoren
Schmerzentsstehung?	schlagartig, plötzlich	alle Arten von Rupturen oder Avulsionsfrakturen (z. B. Teilabrisse der Adduktoren, Insertionen, Muskelfaserrisse der Adduktoren, Avulsionsfrakturen der Spina iliaca anterior superior oder inferior), Beckenringinstabilitäten, Beckenverwringung, Labrumläsion
Schmerzexazerbation?	Husten, Niesen, Pressen	Hernia incipiens, Kompressionsneuropathie der inguinalen Nerven, Insertionstendinosen des M. rectus abdominis (oder Muskelfaserrisse bzw. Tonusstörungen dieses Muskels), aber auch Stressreaktion Os pubis
Schmerzexazerbation?	nächtlicher Schmerz	ausgeprägte Formen der Symphysitis, Stressreaktion des Os pubis oder Coxarthrose
Schmerzexazerbation?	Gehen, Laufen, Sprinten, Kicken eines Fußballs etc.	ist für alle Formen des „Leistensyndroms“ typisch und daher nicht differenzierend

kralgelenke oder der Symphysenregion bei Beckenringinstabilität.

5. CT:

In seltenen Fällen kommt die Computertomografie zum Einsatz bei: Osteomalazie oder Osteonekrosen.

6. SPECT-CT:

Der hilfreiche Einsatz des sogenannten Spect-CT ist beschrieben für Fälle von „sacroiliac joint incompetence“ [1]. Manchmal ist es nötig, die Diagnostik um Herdsuche, Labordiagnostik und Konsultationen anderer Fachkollegen (siehe Tab. 2) zu komplettieren.

Klinische Diagnostik

Trotz der erwähnten weitreichenden Möglichkeiten der modernen Diagnostik bleibt festzuhalten, dass selbst nach inzwischen mehr als 80 Jahren nach der Erstbeschreibung des Leistenschmerzes bei Sportlern („Osteitis pubis“ bei Fechtern) durch Spinelli im Jahre 1932 die Diagnostik des Leistenschmerzes immer noch reinste Erfahrungsmedizin ist. Es mangelt an jeglicher höhergradiger Evidenz. Dieser Umstand findet seinen Ausdruck in treffenden Umschreibungen des Leistenschmerzes in der sportmedizinischen Literatur vergangener Jahre:

- „Longstanding unexplained groin pain“ (Ekberg 1988)
- „Chronic undiagnosed groin pain“ (Mallycher 1992)
- „Obscure groin pain in athletes“ (Azurin 1997)
- „Chronic groin injury – troublesome condition, perplexing problem“ (Verrall, 2007).
- „The groin area: the Bermuda triangle of sports medicine?“ (Bizzini 2011)
- „Chamäleon der Sportmedizin“ (GOTS-Meeting Schweiz 2013).

Geradezu entwaffnend ist das Fazit, das der Australier Verrall im Jahre 2008 nach einem umfassenden Literaturreview, publiziert im AJSM, zog: „In chronic groin injury the final diagnosis depends on the belief of the examining clinician.“

Schwer verständlich ist, woher diese Unsicherheit resultiert. Eine Erklärung könnte sein, dass es bisher nicht in ausreichen-

dem Maße gelungen ist, die Vielzahl der (bekannten) Symptome und gerätetechnischen Befunde zu einer echten klinischen Diagnose zusammen zu führen, die dann eine adäquate (erfolgreiche) Behandlung begründet.

Doch was ist die Ursache dafür? Die Antwort hierauf findet man in den Abschnitten der sportmedizinischen Literatur, die der klinischen Untersuchung gewidmet sind. Die Autoren konzentrieren sich hier fast ausschließlich auf Befunde zu:

- Hüftgelenksbeweglichkeit
- Muskeldehnungen
- Widerstandstests (Adduktoren, Mm. rect. abd.)
- Druckschmerzen (Palpation)
- Speziellen Tests (z. B. Squeeze-Test, Lateral pelvic springing test, etc.).

Die Erfahrung aus der sportmedizinischen Praxis zeigt jedoch, dass eine derartig begrenzte klinische Diagnostik den Anforderungen der Komplexität des Beschwerdebildes nicht gerecht werden kann. Es kommt vielmehr darauf an, eine standardisierte klinische Untersuchung anzuwenden, die alle bekannten Ursachen des Leistenschmerzes (siehe Tab. 3) einbezieht. Unter Rückbesinnung auf die Basistugenden der ärztlichen Kunst muss das Ziel der klinischen Untersuchung ein komplexes Befundmuster sein, das folgendermaßen aufgebaut ist:

- Visuelle Befunde
- Aktive und passive Bewegungen: frei – eingeschränkt
schmerzfrei – schmerzhaft
- Widerstandstests: kräftig – abgeschwächt
schmerzfrei – schmerzhaft
- Spezielle Tests: negativ – positiv

Dabei müssen folgende mögliche Schmerzquellen erfasst werden (Tab. 3):

1. Vertebrale Ursachen
 - L1/2 – Kompression
 - L3 – Kompression
 - diskogen
 - neurogen (Neurinom)
 - andere seltene Ursachen (Ganglion)
2. Bauchwandbezogene Ursachen
 - Weiche Leiste (Hernia incipiens)
 - Inguinale Kompressionsneuropathie
 - Myogen (Bauchmuskulatur):
 - Tonusstörung
 - Muskel(faser-)riss
 - Insertionspathologien

Tabelle 2: Leistenschmerz – Ursachenspektrum

enterologisch
nephrologisch
urologisch
gynäkologisch
venerologisch
angiologisch
orthopädisch

3. Beckenringbezogene Ursachen

- Beckenringinstabilität
- Beckenverwringung
- Symphysitis
- Stressreaktion des Os pubis („Osteitis pubis“)
- andere ossäre Stressreaktionen

4. Arthrogene Ursachen (Hüftgelenk)

- (Überlastungs)arthritiden coxae
- Femoroacetabuläres Impingement (FAI) (CAM und Pincer)
- Labrumläsion
- Coxarthrose
- seltene andere Ursachen

5. Adduktorenbezogene Ursachen

- Tonusstörung
- Muskel(faser-)riss
- Insertionspathologien
 - Tendinitis/-ose
 - (Partial)Risse
 - Avulsionsfrakturen

6. Fascien

Eine Untersuchung, die diese Anforderungen erfüllt, könnte folgendermaßen aufgebaut sein:

Praktischer Ablauf einer klinischen Routineuntersuchung beim Symptom Leistenschmerz

1. Im Stehen:

- Inspektion
- HWS-Flexion
- LWS-Extension
- LWS-Seitneigung
- LWS-Flexion (FBA, Vorlaufphänomen)
- Spine-Test
- Ggf. Step-Test

Tabelle 3: Wesentliche orthopädische Ursachen des Leistenschmerzes

Vertebrale Ursachen	< 5 %
Bauchwand bezogene Ursachen	15–20 %
Beckenring bezogene Ursachen	60–70 %
Arthrogene Ursachen (Hüftgelenk)	5–10 %
Adduktoren bezogene Ursachen	5–10 %
(6. Fascien bezogene Ursachen)	?
	Σ 90–115 %

2. In Rückenlage (Testung jeweils beidseits):

- Ggf. PSR
- Hüftgelenks-Flex/-IR/-AR
- Impingement-Test
- Viererzeichen
- isometrische Widerstandstests
- Adduktion/Abduktion/Flexion/gestreckte Beinhebung
- Squeeze-Test
- Rumpfaufrichten
- Symmetrie SIAS (Beinlängendifferenz)
- Ggf. ISG-Provokationstest

3. In Bauchlage:

- Hüftgelenks-IR/-Ext
- Ggf. umgekehrter Laségue/Femoralisdehnstest
- ISG-Provokationstest
- Symmetrie-SIPS
- Ggf. Springing-Test

4. In Seitlage:

- Isometrischer Widerstandstest: Abduktion
- 5. Ggf. gezielte Palpation
- 6. Im Stehen:
 - Valsalva-Mannöver

Die klinische Untersuchung hat gegenüber den gerätetechnischen Ergebnissen in der Diagnosefindung den absoluten Vorrang. Die Interpretation der erhobenen Befunde ist dann der entscheidende Schritt. Hierbei ist die Kenntnis der Cyriax'schen Systematik äußerst hilfreich. Notwendig ist ebenfalls das Beherrschen der manualmedizinischen Grundlagen.

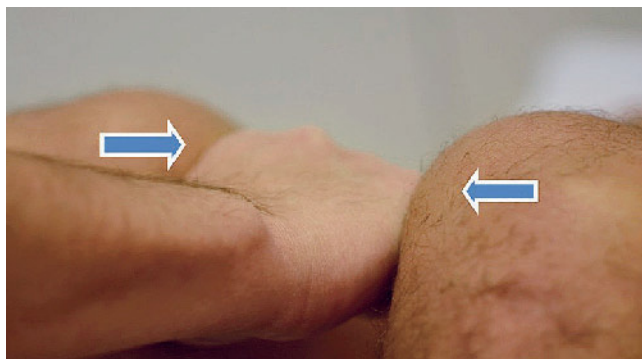


Abb. 1: Squeeze-Test



Abb. 2: Die Daumen des Untersuchers sind von kaudal an die Spinae iliacae anteriores superiores gelegt

Den Ablauf eines kompletten diagnostischen Prozesses finden Sie auf der Website des Hessischen Ärzteblattes im Artikel dieser Ausgabe. Beispielhaft sollen hier nur die wichtigsten Befundmuster dargestellt werden.

Interpretationen wichtiger Befundmuster

Beckenringinstabilität

Die Stabilität ist die Eigenschaft eines Gelenkes, nach einer Störung wieder in die Ausgangslage zurückzukehren [2]. Diese Fähigkeit kann bei den Gelenken des Beckenringes (meist Symphyse und ein Ileosakralgelenk) reversibel gestört sein. Eine solche Situation ist dann anzunehmen, wenn in Rückenlage die gestreckte Beinhebung (ein- oder beidseitig) und/oder der Squeeze-Test positiv sind (siehe Abb. 1). Die Beckenringinstabilität ist wahrscheinlich die häufigste Ursache des „komplexen Leistensyndroms“ des Sportlers.

Beckenverwringung

Diese entsteht im Rahmen einer Beckenringinstabilität. Eine solche Situation ist im dargestellten Untersuchungsablauf in Rückenlage (Asymmetrie der SIAS) und in Bauchlage (gegenläufige Asymmetrie der SIPS) erkennbar (siehe Abb. 2).

Osteitis pubis

Entgegen weitverbreiteter Meinung ist die „Osteitis pubis“ keine eigenständige Verletzung, sondern lediglich ein Symptom. Sie ist auch nicht Ausdruck eines entzündlichen Prozesses, sondern eine Stressreaktion des Os pubis. Diese entsteht aus einer lange genug übersehenen Beckenverwringung.

Die klinische Untersuchung ist die einzige Möglichkeit, ein symptomatisches von einem (im Sport durchaus häufigen) asymptomatischen Ödemäquivalent des Knochenmarks des Os pubis zu unterscheiden. Die in Seitlage zu testende Abduktion des gestreckten Beines gegen isometrischen Widerstand ist im Falle einer floriden Stressreaktion des Os pubis (wie auch der Symphyse) schmerzhaft. Dieser hochsensible Test eignet sich auch wesentlich besser zur Verlaufskontrolle als etwa ein MRT.

Weiche Leiste

Die Erfahrung zeigt, dass die diagnostische Unsicherheit in Bezug auf diese spezielle Funktionsstörung der Fascia transversalis besonders ausgeprägt ist. Eine positive Sonografie wird klinisch in vielen Fällen durch ein spezielles Phänomen begleitet, das beim vom Patienten gekannt ausgeführten Valsalva-Manöver im Stehen zu einer deutlichen Aktivität des M. cremaster auf der betroffenen Seite führt. Ist dieses Zeichen positiv, ist jegliche konservative Therapie vergebens.

Fazit

Die Diagnostik des Leistenschmerzes stellt sowohl hinsichtlich der Bedeutung dieses Symptoms im Sport als auch in Bezug auf die Komplexität des Ursachenspektrums eine besondere Herausforderung für den Sportmediziner dar. Eine standardisierte klinische Untersuchung ist der Schlüssel zur sicheren Diagnose als Basis für eine effektive Therapie.

Dr. med. Götz Dimanski

RehaZentrum
Bremen
Abteilung
Sportmedizin und
Physiotherapie
Senator-
Weßling-Str. 1a,
28277 Bremen

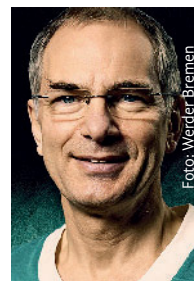


Foto: Werder Bremen

Weitere Abbildungen zur Diagnostik und die Literaturhinweise finden sich auf der Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“.

Multiple Choice-Fragen

Die Multiple Choice-Fragen zu dem Artikel „Der Leistenschmerz in der Sportmedizin: Diagnostik und Differenzialdiagnosen?“ finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer (<https://portal.laekh.de>) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungs-

punkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (<https://portal.laekh.de>) vom **25.08.2016 bis 24.08.2017** möglich.

Mit Absenden des Fragebogens bestätige ich, dass ich dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert habe.

Multiple Choice-Fragen:

Der Leistenschmerz in der Sportmedizin: Diagnostik und Differenzialdiagnosen

VNR 2760602016089280007

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Die Diagnostik des Leistenschmerzes des Sportlers

- 1) ist in der sportmedizinischen Literatur der vergangenen Jahre so ausführlich beschrieben, dass keine Fragen offen bleiben.
- 2) ist eine Domäne der Radiologie.
- 3) erfordert neben ungewöhnlicher Begabung auch eine tiefgreifende osteopathische Ausbildung und Erfahrung.
- 4) gelingt nur unter Anwendung einer systematischen Befragung, einer standardisierten körperlichen Untersuchung und der gezielten Ergänzung um gerätetechnische Befunde.

2. Das Symptom „Leistenschmerz“

- 1) ist ein Synonym für die „Schambeinentzündung“.
- 2) tritt niemals bei der Coxarthrose auf.
- 3) ist eines der vielschichtigsten und komplexesten Probleme der Sportmedizin.
- 4) ist ausschließlich für die Hernia incipiens zutreffend.

3. Die Osteitis pubis des Sportlers ist

- 1) eine Entzündung des Schambeins, die Ruhigstellung und die Verordnung entzündungshemmender und schmerzstillender Medikamente verlangt.
- 2) eine chronische Verletzung, die sich sehr gut im Ultraschallbild darstellen lässt.
- 3) ein moderner Begriff, der nach neueren Erkenntnissen den Begriff einer „Stressreaktion des Os pubis“ ersetzen sollte.
- 4) in der sportmedizinischen Literatur erstmals bereits im Jahr 1932 beschrieben worden (Spinelli).

4. Die sogenannte „weiche Leiste“ des Sportlers

- 1) verursacht niemals Schmerzen beim Husten, Niesen und Pressen.

- 2) ist nach neusten wissenschaftlichen Erkenntnissen als „diagnostischer Begriff“ nicht mehr haltbar.

- 3) lässt sich beim im Stehen durchgeführten Valsalva-Manöver durch Aktivität des M. cremaster erkennen.

- 4) wird sinnvoller Weise mit einem festen Beckengurt behandelt.

5. Die Beckenringinstabilität

- 1) ist diagnostisch ausschließlich durch gezielte Befragung zu erkennen.

- 2) kann radiologisch sehr gut durch den sogenannten „Flamingo-View“ dargestellt werden.

- 3) ist bei gezielter Anwendung modernster Therapien innerhalb weniger Tage heilbar.

- 4) entzieht sich der klinischen Diagnostik völlig.

6. Welche Aussage ist richtig?

- 1) Das Hüftgelenk kommt als Schmerzsache beim Sportler im Kindes- und Jugendalter praktisch überhaupt nicht vor.

- 2) Die Beteiligung des Os pubis an der Schmerzsache lässt sich unter anderem in Seitlage des Patienten und Hebung des gestreckten Beines (Abduktion) gegen Widerstand des Untersuchers nachweisen.

- 3) Avulsionsfrakturen können, insbesondere im Jugendalter, nicht physiotherapeutisch behandelt werden, sondern bedürfen der operativen Therapie.

- 4) die gezielte Palpation ist das sicherste diagnostische Instrument zur Differenzierung der Ursache beim Symptom Leistenschmerz.

7. Die Beckenverwringung

- 1) lässt sich klinisch eindeutig durch den Stand der vorderen und hinteren Darmbeinstachel identifizieren.

- 2) ist leider diagnostisch nur anhand einer Spezialaufnahme erkennbar.

- 3) spricht therapeutisch sehr gut auf hyperbare Oxygenierung und Vitamin-D-Substitution an.

- 4) führt zu pathognomonischem Husten- und Niesschmerz.

8. Das femoroacetabuläre Impingement-syndrom (FAI)

- 1) ist die eigentliche Ursache des komplexen Leisten-Syndroms des Sportlers.

- 2) erfordert neben der klinischen Diagnostik Röntgen- und Kernspindiagnostik.

- 3) erfordert zur diagnostischen Sicherung CT und Szintigraphie.

- 4) geht meist mit einer funktionellen Beinlängendifferenz einher.

9. Welche Aussage ist falsch?

- 1) Verletzungen mit Leistenschmerz stellen die zweithäufigste Verletzung im Profifußball dar.

- 2) Leistenverletzungen weisen im Profifußball die zweithöchste Rezidivrate auf.

- 3) Avulsionsfrakturen treten als Ursache für Leistenschmerzen eher im Jugendalter auf.

- 4) Bei der Diagnostik des Leistenschmerzes herrscht immer noch ein erheblicher Mangel an wissenschaftlicher Evidenz.

10. Die wahrscheinlich häufigste Ursache des „komplexen Leistensyndroms“ des Sportlers ist

- 1) die Adduktorenüberlastung.

- 2) das femoroacetabuläre Impingement (FAI).

- 3) die Beckenringinstabilität.

- 4) die weiche Leiste.

Literatur zum Artikel:

Der Leistenschmerz in der Sportmedizin: Diagnostik und Differenzialdiagnosen

von Dr. med. Götz Dimanski

- [1] Cusi, MF. et al.: Metabolic disturbances identified by SPECT/CT in patients with a clinical diagnosis of sacroiliac joint incompetence. In: Eur Spine J (2013)
- [2] Vleeming, A. et al.: Evidenz für die Diagnose und Therapie von Beckengürtelschmerz – Europäische Leitlinien. Physioscience 2006; 2:48–58.
- [3] Azurin DJ, Go LS, Schuricht A, McShane J, Bartolozzi A. Endoscopic preperitoneal herniorrhaphy in professional athletes with groin pain. J Laparoendosc Adv Surg Tech A 1997;1:7–12
- [4] Baumgartner H, Bischoff HP, Dvorak J, Frisch H, Frölich, E, Graf-Baumann T, Möhrle AR, Psczolla M, Roex J, Sachse J, Schildt-Rudloff K. Grundbegriffe der Manuellen Medizin. Terminologie. Diagnostik. Therapie. Springer 1993
- [5] Best R, Nieß A, Striegel H. Die „Weiche Leiste“ als Differentialdiagnose chronischer Leistenbeschwerden beim Sportler. Dt Z Sportmed 2010;2:33–39
- [6] Bizzini M. The groin area: the Bermuda triangle of sports medicine? Br J Sports Med 2011;45:1
- [7] Cyriax JH. Textbook of orthopaedic medicine. Vol 1, Bailliere Tindall 1994, 8. Auflage
- [8] Dimanski G. Navigieren beim Leistenschmerz. Sportmedizin im Bermudadreieck für immer verschollen? Medicalsports network 2013;2:18–20
- [9] Ekberg O, Persson NH, Abrahamsson PA, Westlin NE, Lilja B. Longstanding groin pain in athletes. A multidisciplinary approach. Sports Med 1988; 1:56–61
- [10] Ekstrand J, Häggglund M, Walden M. Injury incidence and injury patterns in professional football: the UEFA injury study. Br J Sports Med 2011;45:553–558
- [11] Freyschmidt J. Skeletterkrankungen: Klinisch-radiologische Diagnose und Differenzialdiagnose. Springer 2007, 3. Auflage
- [12] Hopp S, Kelm J, Pohlemann T, Culemann U. Symphysen-assoziierte Beschwerden beim Sportler – Welche Rolle spielt die Symphysenmorphologie? Eine prospektive Studie. 2012, 27. GOTS-Kongress Salzburg, Abstracts V24
- [13] Leumann A, Pagenstert G, Valderrabano V. Rund ums Hüftgelenk. Einladung-Grusswort. GOTS Wintertreffen 2013, Basel
- [14] Lewit K. Manuelle Medizin. Johann Ambrosius Barth 1997, 7. Auflage
- [15] Malycha P, Lovell G. Inguinal surgery in athletes with chronic groin pain: the „sportman’s“ hernia. Aust N Z J Surg 1992;2:123–125
- [16] Pajajani H, Hermunen H, Karonen J. Pubic magnetic resonance imaging findings in surgically and conservatively treated athletes with osteitis pubis compared to asymptomatic athletes during heavy training. Am J Sports Med 2008;1:117–121
- [17] Spinelli A. Nuova malattia sportiva: La pubialgia degli schernitori. Ortopedia E Traumatologia Dell Apparato Motore. 1932;4:111–127
- [18] Verrall GM, Henry L, Fazzalari NL, Slavotinek JP, Oakeshott RD. Bone biopsy of the parasymphseal pubic bone region in athletes with chronic groin injury demonstrates new woven bone formation consistent with a diagnosis of pubic bone stress injury. Am J Sports Med 2008;12: 2425–2431
- [19] Verrall GM, Slavotinek JP, Fon GT, Barnes PG. Outcome of conservative management of athletic chronic groin injury diagnosed as pubic bone stress injury. Am J Sports Med 2007;3:467–474
- [20] Vitanzo PC, McShane JM. Osteitis pubis. Solving a perplexing problem. Phys Sportsmed 2001;7:1–7
- [21] Werner J, Häggglund M, Walden M, Ekstrand J. UEFA injury study: a prospective study of hip and groin injuries in professional football over seven consecutive seasons. Br J Sports Med 2009;43:1036–1040

Aufgaben und Ziele der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V.

Ein Gespräch mit Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz und Rainer Greunke

Die Hessische Krankenhausgesellschaft e. V. (HKG) ist der Verband der Krankenhäuser in Hessen, in dem sich aktuell rund 170 Mitglieder freiwillig zusammengeschlossen haben. Er wurde 1948 gegründet. Die HKG ist strukturell unterteilt in eine hauptamtliche Geschäftsstelle, die seit 2009 von Rainer Greunke als Geschäftsführender Direktor geleitet wird, sowie in einen ehrenamtlichen Vorstand mit Prof. Dr. iur. Dr. phil. Reinhard Wabnitz im Amt des Präsidenten.

Mit beiden haben wir über Aufgaben und aktuelle Herausforderungen in der Krankenhauslandschaft gesprochen.

Die HKG besteht aus sehr unterschiedlichen Gruppierungen mit jeweils unterschiedlichen Interessen, z. B. Universitätskliniken, private oder städtische Krankenhäuser. Wie schaffen Sie es, zu einem Interessensausgleich zu kommen?

Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz: Zunächst verfolgen ja alle Krankenhäuser ein einheitliches und gemeinsames Ziel, nämlich die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung. In diesem Punkt sind sich alle Krankenhäuser und Trägergruppen einig. Dafür müssen aber auch die Rahmenbedingungen stimmen, und die sind in den letzten Jahren deutlich schwieriger geworden. Wenn der Druck von außen größer wird, ist ein einheitliches Auftreten schwieriger. Aber das ist ein Problem, das alle Verbände, z. B. auch die der Krankenkassen, kennen. Bisher ist es im Vorstand der HKG immer gelungen, gute und tragfähige Kompromisse und somit einen Interessensausgleich zu finden. Das Stichwort Interessensausgleich führt dann gleich zu den wesentlichen Aufgabenbereichen der HKG. Eine Aufgabe der HKG ist die Vertretung der Interessen der Mitglieder gegenüber Politik, Öffentlichkeit und Krankenkassen.

Rainer Greunke: Als Trägerverband nimmt die HKG auch gesetzlich übertragene Aufgaben wahr und wirkt unter anderem in den für die Krankenhausplanung und Krankenhausfinanzierung zuständigen Landesgremien mit. Die HKG ist Ansprechpartner für das Hessische Ministerium für Soziales und Integration (HMSI) und wird regelmäßig an Gesetzgebungsverfahren, die das Gesundheitswesen in Hessen betreffen, in Form von Anhörungen beteiligt. Auch ist die HKG Vertragspartner der Verbände der Krankenkassen in Hessen für krankenhausbegleitende Grundlagenverträge und Rahmenvereinbarungen. Solche Vereinbarungen sind entweder verbindlich für alle hessischen Krankenhäuser und Krankenkassen – dazu zählt insbesondere die Verhandlung des Landesbasisfallwerts als Preisgrundlage für die Abrechnung der Fallpauschalen in hessischen Kliniken – oder sie dienen als Empfehlungsvereinbarung der Unterstützung individueller Verhandlungen vor Ort.

Daneben unterstützt die HKG ihre Mitglieder durch individuelle Beratung und bietet regelmäßig Weiterbildungsveranstaltungen an.

Ein seit Jahren aktuelles Thema ist der steigende Ökonomisierungsdruck in den Krankenhäusern. Jedoch wird die Frage danach, wie die medizinische Versorgung der Bevölkerung konkret aussehen soll, dabei nicht diskutiert. Wie beurteilen Sie das?

Wabnitz: Die zentralen Ziele der Politik sind nicht klar. Was steht an erster Stelle: Beitragssatzstabilität oder Versorgungsqualität? Diese Diskussion wird immer nur punktuell geführt. Auch wird auf Bundesebene zu viel an den Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) delegiert, statt konkrete politische Vorgaben zu machen. Die Politik hat sich in der Sozialpolitik generell in vielen Feldern zurückgezogen. Für uns als HKG hat das zwar auch positive Seiten, aber gesamtgesellschaftlich

Vita Prof. Dr. iur. Dr. phil. Reinhard Wabnitz

Prof. Dr. Dr. Reinhard Wabnitz, Jurist und Sozialwissenschaftler, ist Professor für Rechtswissenschaft am Fachbereich Sozialwesen der Hochschule RheinMain in Wiesbaden, Beauftragter für das Krankenhauswesen beim Vorstand der Diakonie Hessen sowie stellvertretender Vorsitzender des Aufsichtsrats von Agaplesion gAG und seit 2016 Präsident der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. Wabnitz, Jahrgang 1952, studierte Rechtswissenschaft, Politikwissenschaft, Soziologie, Verwaltungs- und Wirtschaftswissenschaften an der Johannes-Gutenberg-Universität Mainz und an der damaligen Hochschule (heute: Deutschen Universität) für Verwaltungswissenschaften



Foto: privat

Speyer. Er wurde 1980 in Mainz zum Dr. phil. und 2005 an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt zum Dr. iur. promoviert.

Vor seinem Wechsel an die Hochschule RheinMain war Wabnitz unter anderem viele Jahre lang Referatsleiter für Krankenhauswesen im damaligen Ministerium für

Umwelt und Gesundheit Rheinland-Pfalz, Gruppenleiter Planung und Koordination im Hessischen Sozialministerium und später als Ministerialdirektor Leiter der Abteilung Kinder und Jugend, Zivildienst im damaligen Bundesministerium für Frauen und Jugend sowie Leiter der Abteilung Kinder und Jugend im Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend.

schaftlich betrachtet ist der Rückzug der Politik aus wesentlichen Gestaltungsbe-
reichen kritisch zu sehen.

Greunke: Das ist sicher ein sehr wichtiges Thema, zu dem es an konkreten Definitionen seitens der Politik fehlt. Was heißt zum Beispiel „flächendeckende“ oder „wohnortnahe“ Versorgung in der konkreten Umsetzung? Es ist Aufgabe des Staates, das im gesellschaftlichen Diskurs zu formulieren. In der Schweiz werden z. B. regelmäßig politische Gesundheitsziele definiert. So etwas brauchen wir auch.

Wie kann und soll es aus Ihrer Sicht weitergehen?

Greunke: Die demographische Entwicklung wird sich künftig noch stärker in der Krankenhausplanung widerspiegeln. Geplant ist deshalb in Hessen eine indikationsbezogene Bedarfsplanung unter Berücksichtigung des Zensus und der voraussichtlichen Bevölkerungsentwicklung. Das macht Sinn und wird voraussichtlich nach sich ziehen, dass wir regional sehr unterschiedlich aufgestellt sein werden. In Nord- und Osthessen ist dann damit zu rechnen, dass wir vermehrt Einrichtungen haben werden, die sich im weitesten Sinne um Altersmedizin kümmern, zum Beispiel mit geriatrischen Abteilungen. Ganz anders wird das im Ballungsgebiet Rhein-Main aussehen. Es ist ein interessantes Konzept, das ich für zielführend halte.

Wabnitz: Im zukünftigen Krankenhausplan wird es um die Faktoren Standort, Fachabteilung und besondere Aufgaben gehen. Die Strukturierung der Notfallversorgung wird ebenso wie die Berücksichtigung krankenhausesplanerischer Qualitätsindikatoren eine neue und besondere Rolle spielen. Insgesamt eine vernünftige Konstruktion.

Welche konkreten Ziele verfolgt die Hessische Krankenhausgesellschaft? Was sind Ihre Pläne?

Wabnitz: Ein qualitativ hochwertiges und quantitativ ausreichendes Krankenhaus-system ist zentrales Element der medizinischen Versorgung. Ziel und Aufgabe der Krankenhausversorgung ist daher, allen

Vita Rainer Greunke

Seit 2009 ist Rainer Greunke Geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft e. V. (HKG). Greunke, Jahrgang 1958, ist Diplom-Mathematiker. Sein Studium absolvierte er an der Technischen Hochschule Darmstadt sowie an der University of Alaska, Anchorage, USA. Seine berufliche Laufbahn begann er 1986 als Trainee im Klinikum Darmstadt. Er war dort bis zu



Foto: privat

seinem Wechsel zur HKG in verschiedenen Positionen tätig, ab 2003 als Verwaltungsdirektor. Seit 2004 war der Klinikmanager als Vertreter der städtischen Krankenhäuser Mitglied im Vorstand und Vorsitzender des Ausschusses für Krankenhausfinanzierung der HKG. Seit 2005 war Greunke Mitglied der Verhandlungskommission zum Landesbasisfallwert Hessen.

Bürgerinnen und Bürgern innerhalb eines angemessenen Zeitraums und in angemessener Nähe Zugang zu den Behandlungsleistungen zu ermöglichen, die dem jeweiligen Stand der Medizin unter Berücksichtigung der gesundheitspolitischen Zielsetzung entsprechen. Dazu brauchen wir auch vermehrt Konzepte der Vernetzung des ambulanten und stationären Bereiches, zum Beispiel in der ambulanten Notfallversorgung oder der fachärztlichen Versorgung. Die Krankenhäuser übernehmen dabei Verantwortung für eine hochwertige medizinische Versorgung der Bevölkerung in Hessen. Aber die Sicherstellung der medizinischen Gesamtversorgung der Bevölkerung ist staatliche Aufgabe bzw. Aufgabe der Politik. Die Krankenhäuser sind jedoch bereit und dazu in der Lage, die Politik bei dieser Aufgabe zu unterstützen.

Greunke: Aufgabe des Staates ist es, unter Berücksichtigung des medizinischen Fortschritts und auf der Grundlage von gesellschaftlichem Konsens Rahmenvorgaben für die medizinische Versorgung der Bevölkerung zu treffen. Dies insbesondere in Form von quantitativen und qualitativen Vorgaben. Die Politik hat aber auch die Aufgabe, für die Bereitstellung der dafür erforderlichen Ressourcen zu sorgen.

Wabnitz: Wichtig ist, dass Ökonomie dabei nicht an erster Stelle stehen darf. Aber man muss akzeptieren, dass sie zwangsläufig dazu gehört.

Interview:
Dr. med. Peter Zürner
und Maren Grikscheit

Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA)

Teil I: Ergebnisse einer Befragung niedergelassener Ärzte in Hessen 2016 im Vergleich zur bundesweiten Befragung 2008

Acht Jahre nach der ersten bundesweiten Studie zu Einflussfaktoren auf die Verordnung von Antibiotika (EVA) wurde diese Umfrage – mit leichten Modifikationen und Ergänzungen – im März/April 2016 in Hessen wiederholt. Die Umfrage wurde als Online-Befragung gestaltet, wobei die meisten Fragen durch Anklicken zu beantworten waren. Darüber hinaus konnten Wünsche und Anregungen in Freitexten angegeben werden. Von 6333 im April 2016 per E-Mail kontaktierten niedergelassenen Ärzten in Hessen, nahmen 14,2 Prozent teil. In beiden

Untersuchungen wurden Erfahrungen mit dem Einsatz von Antibiotika, Einstellungen zum Umgang mit Antibiotika und Verbesserungsvorschläge erhoben. In der aktuellen Umfrage in Hessen (2016) wurden darüber hinaus Kenntnisse und Erfahrungen mit MRE-Netzwerken und mit der Aktion „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ erfragt. In dieser Ausgabe werden die Antworten der niedergelassenen Ärzte in Hessen (2016) mit den Daten des Abschlussberichts der bundesweiten Untersuchung (2008) verglichen. Im nächsten Teil dieser Serie informieren wir Sie – differenziert nach Facharztgruppe – über das unterschiedliche Antwortverhalten der niedergelassenen Ärzte in Hessen. Der dritte Teil wird auf die Antibiotikaverordnungen bei Atemwegs- und Harnwegsinfektionen sowie Infektionen aus dem HNO-Bereich – auch unter Berücksichtigung aktueller Leitlinien – eingehen. Außerdem werden wir Ihnen die Antworten zu den MRE-Netzwerk-Fragen und der Aktion „Weniger ist mehr – Antibiotika verantwortungsvoll einsetzen“ präsentieren.

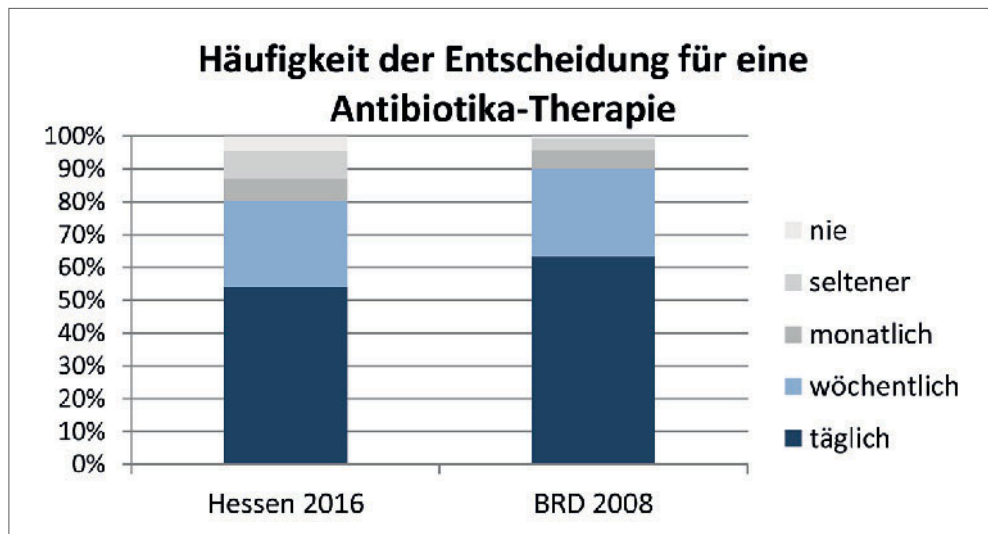


Abbildung 1: Häufigkeit der Entscheidung für eine Antibiotikatherapie in Hessen 2016 (792 Ärzte) im Vergleich mit Deutschland 2008 (1839 Ärzte)

Antworten der Ärzte in Hessen 2016 im Vergleich zur bundesweiten Befragung 2008

Die Altersverteilung und die Verteilung auf die verschiedenen Facharztgruppen (soweit angegeben) unterschieden sich in beiden Umfragen nicht, jedoch nahmen in Hessen 2016 signifikant mehr Ärztinnen als in der bundesweiten Umfrage im Jahr 2008 teil (siehe Tab. 1).

Ärzte verordnen Antibiotika seltener und zurückhaltender als noch 2008

Gefragt nach der Häufigkeit der Entscheidung für den Beginn einer Antibiotikatherapie gaben die Ärzte in Hessen 54 Prozent täglich und 26,3 Prozent mindestens wöchentlich an, eine deutliche Abnahme (BRD 2008: 63,3 Prozent täglich; 26,8 Prozent wöchentlich) im Vergleich zur bundesweiten Umfrage 2008 (siehe Abb. 1).

Neun Fragen resp. Feststellungen zur Antibiotikaverordnung waren mit einer 5-stufigen Likert-Skala zu beantworten. Hier zeigten sich bei fast allen Fragen

signifikante Unterschiede im Vergleich zur bundesweiten Umfrage (jeweils Hessen 2016 vs. BRD 2008): Die hessischen Ärzte gaben signifikant seltener an („stimme zu“ und „stimme ganz entschieden zu“), ein Antibiotikum zu verordnen, „wenn ich als Ärztin/Arzt den Eindruck habe, dass die Patientin oder der Patient sich damit gut behandelt fühlt“ (9,1 Prozent vs. 12,9 Prozent), „wenn eine Patientin oder ein Patient unbedingt arbeiten möchte“ (9,3 Prozent vs. 19,1 Prozent), „wenn eine Verlaufsunter-suchung wegen eines langen An-fahrtsweges erschwert ist“ (9,4 Prozent vs. 12,8 Prozent), „wenn ich wegen der Kosten auf weiterführende Laborunter-suchungen verzichte“ (5,1 Prozent vs. 5,8 Prozent), um „auf der sicheren Seite zu stehen“ (21,4 Prozent vs. 27,0 Prozent), „wenn ich Angst vor juristischen Konsequenzen bei Nichtbehandlung habe“ (12,5 Prozent vs. 15,4 Prozent). Kein signifikanter Unterschied ergab sich bei den Angaben, denen bereits 2008 sehr selten zugestimmt wurde, nämlich „wenn eine Patientin oder ein Patient ein

Antibiotikum fordert“ (7,2 Prozent vs. 7,8 Prozent), „um die Dauer der Konsultation zu verkürzen“ (3,1 Prozent vs. 4,1 Prozent) und „wenn ich mir oder meinen Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern zusätzliche Arbeit ersparen möchte“ (2,0 Prozent vs. 1,3 Prozent) (siehe Tab. 2 und Abb. 2). Diese Antworten gehen mit der Angabe konform, seltener Antibiotika zu verordnen (siehe Abb. 1).

Problematik der Antibiotika-Resistenz wird relevanter

Im Jahr 2016 hielten in Hessen 85 Prozent der Befragten die Problematik der Antibiotika-Resistenz an ihrem Arbeitsplatz für relevant, im Vergleich zum Jahr 2008 mit 67 Prozent im Bundesdurchschnitt. 62 Prozent der Ärzte in Hessen meinten, dass ihr Verordnungsverhalten Einfluss auf die Antibiotika-Resistenz-Situation in der Region hat, verglichen mit 51 Prozent der Ärzte in der BRD im Jahr 2008 (sign.). Das heißt, der Problematik der Antibiotika-Resistenzen wird mehr Aufmerksamkeit und Bedeutung beigemessen als noch vor acht Jahren. 77 Prozent der teilnehmenden Ärzte in Hessen gaben an, bereits Erfahrung mit Therapieversagen bei resistenten Erregern zu haben und sich in ihrer täglichen Arbeit an Empfehlungen oder Leitlinien zu orientieren. 82 Prozent fühlten sich über Antibiotika gut informiert. Diese Werte unterschieden sich nicht von den bundesweit erhobenen Daten im Jahr 2008 (Abb. 3).

Verbesserungsbedarf bei der Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen...

Die Meinung zu Vorschlägen zur Verbesserung der Antibiotikatherapie wurde mit einer 4-stufigen Likert-Skala (sehr wichtig, wichtig, weniger wichtig, nicht wichtig) erfragt. Demnach stuften mehr als die Hälfte der Ärzte die Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen mit geeigneter Rückmeldung für behandelnde Ärzte, bundesweit einheitliche und unabhängige Leitlinien, Beseitigung der finanziellen Nachteile durch Laboruntersuchungen bei Infektionserkrankungen als „sehr wichtig“ ein. Mehr als ein Drittel wünschten sich mehr finanzielle Unterstützung für eine im Praxisalltag nutz- und finanzierbare „point of care“ Diagnostik wie CRP oder Procalcitonin. Ein Viertel der Befragten hielt die Erfassung individueller Antibiotika-Verordnungen mit

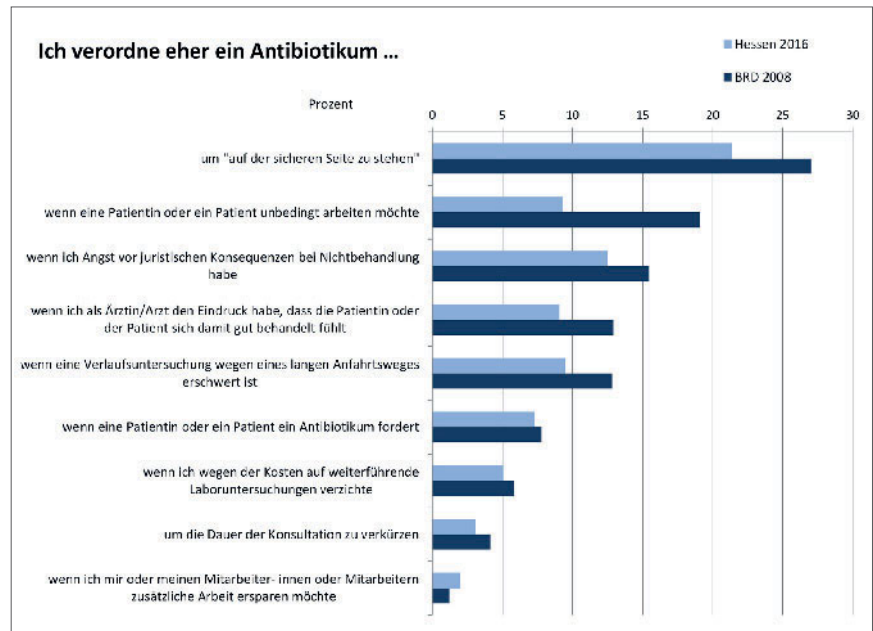


Abbildung 2: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika unter Ärzten – Vergleich Hessen 2016 mit BRD 2008 („stimme ganz entschieden zu“ und „stimme zu“)

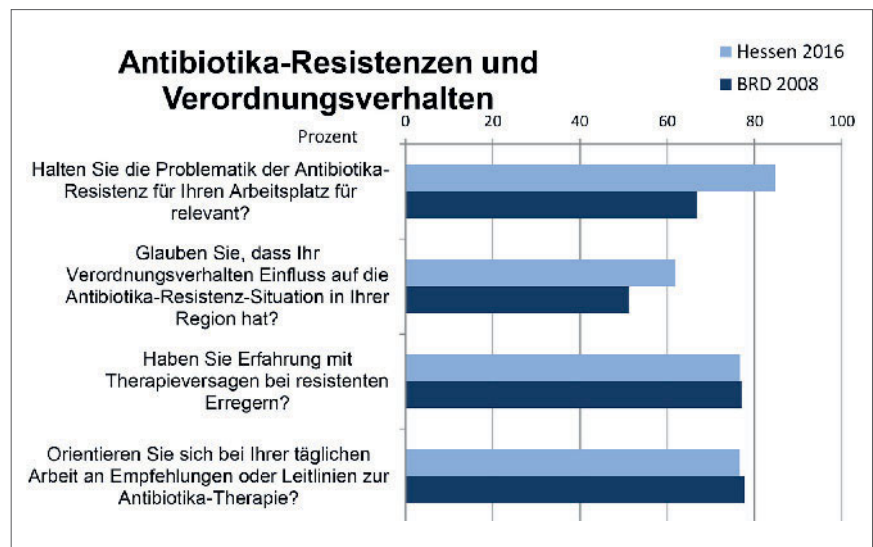


Abbildung 3: Antibiotikaresistenzen und Verordnungsverhalten – Vergleich Hessen 2016 mit BRD 2008

geeigneten Rückmeldungen für behandelnde Ärzte sowie die Einschränkung der Antibiotika-Auswahl durch eine Positivliste für „sehr wichtig“ (siehe Tab. 3).

...und praxisnaher Leitlinien sowie der Beseitigung finanzieller Nachteile durch Laboruntersuchungen

Auffallend ist, dass 2016 signifikant häufiger die Erfassung regionaler Antibiotikaresistenzen (55,4 Prozent vs. 49,4 Prozent), die Erfassung individueller Antibiotikaverordnungen und Rückmeldung

(24,8 Prozent vs. 14,8 Prozent), ebenso wie die Einschränkung der Antibiotikatherapie durch eine Positivliste (24,1 Prozent vs. 16,7 Prozent) als „sehr wichtig“ angegeben wurde; aber auch die Beseitigung finanzieller Nachteile bei Laboruntersuchungen wurde für bedeutsamer gehalten als 2008 (sehr wichtig: 50,6 Prozent vs. 39,0 Prozent). Weniger als 20 Prozent der befragten hessischen Ärzte sahen eine kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Antibiotika-Therapie durch Antibiotika-Experten (Bera-

tung, Audits, Feedback) oder den Aufbau eines Internetportals der Landesärztekammer oder der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zur Antibiotika-Therapie und Infektiologie als „sehr wichtig“ an. 75 Prozent der befragten Ärzte wünschen sich jedoch mehr praxisorientierte

Fortbildungsangebote der Kammer resp. KV zur rationalen Antibiotikatherapie (27,4 Prozent „sehr wichtig“).

Prof. Dr. med. Ursel Heudorf,
Angelika Hausemann
MRE-Netz Rhein-Main

André R. Zolg, M.Sc.
Landesärztekammer Hessen

Korrespondenzadresse:
MRE-Netz Rhein-Main
Breite Gasse 28, 60313 Frankfurt am Main
E-Mail: ursel.heudorf@stadt-frankfurt.de

Tab. 1: Teilnehmer der EVA-Befragung in Hessen 2016 im Vergleich mit der Befragung in Deutschland insgesamt 2008 – Alter, Geschlecht und Facharztweiterbildung

		Hessen 2016 %	BRD 2016 %
Altersgruppe	< 30 Jahre	0,7	0,1
	30–39 Jahre	10,7	6,8
	40–49 Jahre	27,4	37,6
	50–59 Jahre	40,2	37,1
	> 59 Jahre	21,0	18,4
	Summe Antworten (n)	(858)	(1861)
Geschlecht	männlich	52,5	63,8
	weiblich	47,5	36,2
	Summe Antworten (n)	(845)	(1830)
Facharztweiterbildung	Allgemeinmedizin	39,6	52,9
	Innere Medizin	14,3	
	Gynäkologie	7,8	13,0
	Kinder- und Jugendmedizin	5,9	10,2
	Chirurgie	4,0	11,1
	HNO	3,9	4,5
	Orthopädie/Unfallchirurgie	3,9	k.A.
	Psychiatrie/Psychosomatik	3,3	k.A.
	Dermatologie	2,6	4,4
	Anästhesie	2,5	k.A.
	Urologie	2,1	3,4
	Augenheilkunde	1,7	k.A.
	Radiologie/Nuklearmedizin	1,0	k.A.
	MKG	0,5	k.A.
	Keine	6,8	0,5
	Summe Antworten (n)	(841)	(1796)

Tab. 2: Einflüsse auf die Verordnung von Antibiotika unter Ärzten – Vergleich Hessen 2016 mit BRD 2008

		Hessen 2016 %	BRD 2008 %
Ich verordne eher ein Antibiotikum....			
... wenn eine Patientin oder ein Patient ein Antibiotikum fordert (n.s.)	stimme ganz entschieden zu	0,5	0,3
	stimme zu	6,7	7,5
	neutral	9,8	11,8
	stimme nicht zu	46,3	42,9
	stimme ganz und gar nicht zu	36,6	37,5
	Summe Antworten (n)	(756)	(1850)
... wenn ich als Ärztin/Arzt den Eindruck habe, dass die Patientin oder der Patient sich damit gut behandelt fühlt (p<0,05)	stimme ganz entschieden zu	1,6	1,7
	stimme zu	7,5	11,2
	neutral	17,2	17,3
	stimme nicht zu	42,5	40,2
	stimme ganz und gar nicht zu	31,3	29,5
	Summe Antworten (n)	(751)	(1841)
... wenn eine Patientin oder ein Patient unbedingt arbeiten möchte (p<0,01)	stimme entschieden zu	0,8	0,8
	stimme zu	8,5	18,3
	neutral	19,4	21,2
	stimme nicht zu	38,5	35,1
	stimme ganz und gar nicht zu	32,8	24,6
	Summe Antworten (n)	(751)	(1839)
... um die Dauer der Konsultation zu verkürzen (n.s.)	stimme ganz entschieden zu	0,3	0,5
	stimme zu	2,8	3,6
	neutral	6,9	8,2
	stimme nicht zu	34,4	35,7
	stimme ganz und gar nicht zu	55,5	51,9
	Summe Antworten (n)	(749)	(1841)
... wenn eine Verlaufsuntersuchung wegen eines langen Anfahrtsweges erschwert ist (p<0,01)	stimme ganz entschieden zu	0,5	0,3
	stimme zu	8,9	12,5
	neutral	13,0	14,6
	stimme nicht zu	40,7	39,8
	stimme ganz und gar nicht zu	36,8	32,8
	Summe Antworten (n)	(749)	(1841)

Fortsetzung Tabelle 2:

		Hessen 2016 %	BRD 2008 %
Ich verordne eher ein Antibiotikum....			
... wenn ich mir oder meinen Mitarbeiter- innen oder Mitarbeitern zusätzliche Arbeit ersparen möchte (n.s.)	stimme ganz entschieden zu	0,4	0,2
	stimme zu	1,6	1,1
	neutral	4,9	1,1
	stimme nicht zu	30,5	32,5
	stimme ganz und gar nicht zu	62,6	65,2
	Summe Antworten (n)	(752)	(1793)
... wenn ich wegen der Kosten auf weiterführende Laboruntersuchungen verzichte (p<0,05)	stimme ganz entschieden zu	1,2	0,6
	stimme zu	3,9	5,2
	neutral	8,4	7,9
	stimme nicht zu	32,0	37,2
	stimme ganz und gar nicht zu	54,5	49,0
	Summe Antworten (n)	(752)	(1838)
... um „auf der sicheren Seite zu stehen“ (p<0,01)	stimme ganz entschieden zu	2,1	1,2
	stimme zu	19,3	25,8
	neutral	28,6	29,8
	stimme nicht zu	29,0	31,0
	stimme ganz und gar nicht zu	21,1	12,1
	Summe Antworten (n)	(753)	(1827)
... wenn ich Angst vor juristischen Konsequenzen bei Nichtbehandlung habe (p<0,01)	stimme ganz entschieden zu	2,5	1,5
	stimme zu	10,0	13,9
	neutral	16,7	19,6
	stimme nicht zu	35,3	39,5
	stimme ganz und gar nicht zu	35,5	25,4
	Summe Antworten (n)	(753)	(1828)

Tab. 3. Vorschläge zur Verbesserung der Antibiotika-Therapie – Vergleich der Teilnehmer in Hessen 2016 mit Deutschland 2008

		Hessen 2016 %	BRD 2008 %
Erfassung individueller Antibiotika-Verordnungen mit geeigneter Rückmeldung für behandelnde Ärztinnen und Ärzte (p<0,01)	sehr wichtig	24,7	14,8
	wichtig	48,0	46,2
	weniger wichtig	21,3	30,6
	nicht wichtig	6,0	8,3
	Summe Antworten (n)	(684)	(1811)
Erfassung regionaler Antibiotika-Resistenzen mit geeigneter Rückmeldung für behandelnde Ärztinnen und Ärzte (p<0,01)	sehr wichtig	55,4	49,4
	wichtig	40,0	44,9
	weniger wichtig	3,6	4,7
	nicht wichtig	1,0	1,0
	Summe Antworten (n)	(690)	(1835)
Bundesweit einheitliche, von der Industrie unabhängige Leitlinien zur Diagnostik und Therapie bakterieller Infektionen (nicht sign.)	sehr wichtig	50,6	52,3
	wichtig	41,7	37,3
	weniger wichtig	5,7	8,7
	nicht wichtig	2,0	1,6
	Summe Antworten (n)	(696)	(1832)
Einschränkung der Auswahl von Antibiotika durch eine Positivliste (p<0,01)	sehr wichtig	24,1	16,7
	wichtig	37,4	34,7
	weniger wichtig	27,2	35,1
	nicht wichtig	11,3	13,4
	Summe Antworten (n)	(690)	(1845)
Kontinuierliche Verbesserung der Qualität der Antibiotika-Therapie durch Antibiotika-Experten (Beratung, Audits und Feedback) (p<0,01)	sehr wichtig	18,1	23,6
	wichtig	50,7	55,3
	weniger wichtig	25,3	17,7
	nicht wichtig	5,9	3,4
	Summe Antworten (n)	(724)	(1829)
Beseitigung der finanziellen Nachteile durch Laboruntersuchungen bei Infektionserkrankungen (p<0,01)	sehr wichtig	50,6	39,0
	wichtig	29,0	39,6
	weniger wichtig	16,3	19,0
	nicht wichtig	4,0	2,4
	Summe Antworten (n)		

Fortsetzung Tabelle 3:

Aufbau eines Internetportals der Landesärztekammer/KV für Ärzte zum Thema Antibiotika-Therapie und Infektiologie (p<0,01)	sehr wichtig	19,6	27,0
	wichtig	44,1	47,9
	weniger wichtig	29,5	20,8
	nicht wichtig	6,8	4,3
	Summe Antworten (n)	(694)	(1838)
Mehr Unterstützung (auch finanziell) für eine im Praxisalltag nutz- und finanzierbare „point of care“-Diagnostik wie CRP, Procalcitonin	sehr wichtig	37,1	Nicht erfragt
	wichtig	34,3	
	weniger wichtig	24,5	
	nicht wichtig	4,1	
	Summe Antworten (n)	(682)	
Mehr praxisorientierte Fortbildungsangebote der Kammer/KV zur rationalen Antibiotikatherapie für niedergelassene Ärzte	sehr wichtig	27,4	Nicht erfragt
	wichtig	49,1	
	weniger wichtig	20,3	
	nicht wichtig	3,3	
	Summe Antworten (n)	(691)	

Regionale Aktivitäten im Kampf gegen multiresistente Bakterien

Antibiotic-Stewardship-Arbeitsgruppe (ABS-AG) im Rahmen des MRE-Netzes Rhein-Main gegründet

„Die Zeit wird kommen, in der Penicillin von jedermann in Geschäften gekauft werden kann. Dadurch besteht die Gefahr, dass der Unwissende das Penicillin in zu niedrigen Dosen verwendet. Indem er die Mikroben nun nichttödlichen Mengen aussetzt, macht er sie resistent. Ein hypothetisches Beispiel: Mr. X hat eine Halsentzündung. Er kauft Penicillin und nimmt es ein. Jedoch in Mengen, die nicht ausreichen, um die Streptokokken abzutöten, aber sehr wohl genügen, um sie resistent zu machen. Dann steckt Mr. X seine Frau an. Mrs. X bekommt eine Lungenentzündung und wird mit Penicillin behandelt. Weil die Streptokokken nun resistent gegenüber dem Penicillin sind, schlägt die Behandlung fehl. Mrs. X stirbt. ... Moral: Wenn du Penicillin benutzt, dosiere es ausreichend!“ (Alexander Fleming „Penicillin“; Nobel Lecture; 11. Dez. 1945)

Dieses Zitates von Alexander Fleming stammt aus seiner Rede anlässlich der Nobelpreisverleihung im Jahre 1945. Was am 28. September 1928 als eine der wichtigsten Entdeckungen der Medizingeschichte bezeichnet werden kann (Alexander Fleming entdeckte Staphylokokkenkulturen, die sich durch Schimmelbefall nicht mehr vermehren konnten – das Penicillin war entdeckt!) gerät heute, fast 90 Jahre nach dieser sensationellen Beobachtung, leider in Gefahr! Antibiotikaresistenzen nehmen weltweit zu! Hauptgrund ist, dass Antibiotika (AB) zu häufig und oft auch unsachgemäß eingesetzt werden – in der Humanmedizin, in der Tierzucht und sogar in der Landwirtschaft. Ein weiteres Problem: Viel zu oft werden Antibiotika verordnet, die eigentlich schweren Infektionen vorbehalten bleiben sollten, sogenannte „Breitband“-Reserveantibiotika. Direkte Folge dieses intensiven Antibiotikaeinsatzes ist eine zunehmende Resistenz von Keimen, immer häufiger sogar gegenüber allen aktuell verfügbaren Antiinfektiva.



ABS-AG in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt am Main am 28. Juni 2016 (von links); hinten: Dr. med. Jörn-Peer Oeltze, Dr. med. Christine Piper, Prof. Dr. med. Klaus-Peter-Hunfeld, PD Dr. med. Bernhard Jahn-Mühl, Dr. med. Helen Bernard, Peter Roos, Dr. phil. nat. Rüdiger Warlich vorn: Dr. med. Andreas Marx, Maria Schilay, Dr. med. Rolf Teßmann, Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, Dr. med. Johanna Kessel, Dr. Marius Müller, David Villingner

Ärzte können nicht mehr helfen

Im europäischen Vergleich liegt die AB-Verbrauchsichte (zum Beispiel angewendete AB-Dosen pro 1000 Versicherte) in Deutschland zwar im unteren Mittelfeld, aber der häufige Einsatz von Breitband-AB führt bei uns leider zu einer verstärkten Multiresistenz der Bakterien. In den vergangenen Jahren standen vor allem grampositive Erreger im Fokus des öffentlichen Interesses, zum Beispiel MRSA (= MethicillinResistenter Staphylococcus Aureus) oder VRE (= VancomycinResistente Enterokokken).

Heute wird mit Sorge das zunehmende Auftreten von gramnegativen Infektionserregern beobachtet (zum Beispiel Enterobacteriaceae, Pseudomonas aeruginosa und Acinetobacter spp.), die gegenüber (fast) allen AB resistent sind. Eine schwere Infektion mit diesen Keimen endet häufig tödlich. Wir Ärzte können nicht mehr helfen! Gerade die deutlich zunehmende Resistenzentwicklung und die zugleich nicht in Aussicht stehende Neuentwicklung von Antibiotika machen es wichtiger denn je, umsichtig, kontrolliert und angemessen

mit Antibiotika umzugehen. Insbesondere um den durch übermäßigen bzw. unsachgemäßen Antibiotikaeinsatz ausgeübten Selektionsdruck zu reduzieren, wurden sogenannte ABS-Programme entwickelt. ABS heißt: Antibiotic Stewardship. Diese ABS-Programme tragen auch dem Umstand Rechnung, dass Resistenzen von Bakterien von Mensch zu Mensch, von Tier zu Tier, von Tier zu Mensch, von Tier zur Umwelt und von Umwelt zu Tier übertragen werden können. Besorgniserregende Daten aus Indien oder China belegen, dass sich dort Antibiotikaresistenzgene im Trinkwasser finden lassen.

Netzwerkstrukturen für Infektions- und Resistenzprävention

Das MRE-Netz Rhein-Main, welches mittlerweile auf eine extrem erfolgreiche sechsjährige Arbeit zurückblickt, hat sich schon bei der Gründung zum Ziel gesetzt, das Entstehen und die Ausbreitung von multiresistenten Erregern zu bekämpfen. An dieser Stelle sei nur auf zwei Publikationen im Hessischen Ärzteblatt von 2010 und 2015 hingewiesen [1/2].

Anlässlich einer in der Berufsgenossenschaftlichen Unfallklinik Frankfurt/M von Dr. med. Rolf Teßmann organisierten Veranstaltung wurde unter der Schirmherrschaft des MRE-Netzes eine ABS-Arbeitsgruppe (AG) gegründet, als deren Sprecher Teßmann fungiert. Ziel der ABS-AG soll sein, ABS-Programme in medizinischen Einrichtungen zu etablieren, um die Qualität der Verordnung von Antiinfektiva bezüglich Auswahl der Substanzen, Dosierung, Applikation und Anwendungsdauer kontinuierlich zu verbessern. Dies erscheint notwendig, um beste klinische Behandlungsergebnisse unter Beachtung einer Minimierung von Toxizität für den Patienten sowie Resistenzentwicklung und Kosten zu erreichen (S 3-Leitlinien „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotikaaanwendung im Krankenhaus“ [3]). Auch die hierzu publizierte Cochrane-Übersicht von 2013 kommt zu dem Schluss, dass ABS-Maßnahmen effektiv sind hinsichtlich Resistenzminimierung, Reduktion von nosokomialen Infektionen und verbesserter individueller Behandlungsergebnisse [4].

Derzeit setzt sich die ABS-AG aus interessierten Fachleuten aus Kliniken des MRE-Netzwerks zusammen, begrüßt aber ausdrücklich die Teilnahme niedergelassener Kolleginnen und Kollegen aus ambulanten Versorgungsstrukturen.

Instrumente für ABS-Programme (im Krankenhaus)

Einzelne ABS-Maßnahmen werden in ABS-Programmen gebündelt und führen nach deren Etablierung schließlich zu einer ABS-Struktur in den betreffenden Einrichtungen. Eine wesentliche ABS-Maßnahme ist die Gründung eines multidisziplinären ABS-Teams/-Arbeitsgruppe, welche von der Krankenhausleitung berufen und beauftragt wird. Geleitet werden soll diese Arbeitsgruppe von einem Infektiologen bzw. geschulten ABS-Experten und einem Apotheker. Das ABS-Team soll in der Arzneimittelkommission vertreten sein, es sollen quantitative Ziele definiert werden und hausinterne Vorgaben zur Präanalytik für mikrobiologische Proben definiert werden.

Fazit

Die Ausbildung zu ABS-Experten (Ärzte, Krankenhaus-Apotheker oder Apotheker)

Gründungsteilnehmer ABS-AG

- BGU Frankfurt – Anästhesist, Krankenhaushygieniker, HFK
- Agaplesion Kliniken – Leitender Hygieniker
- Hochtaunus-Kliniken Bad Homburg – Krankenhaushygiene
- Krankenhaus Nordwest – Labor, Mikrobiologe, ärztl. Laborleiter
- Krankenhaus Sachsenhausen – HFK, infektiologischer Konsiliar
- Main-Kinzig-Kliniken – Internist
- St. Josefs-Hospital Rheingau – Internistin/Krankenhaushygiene
- MRE-Netzwerk Rhein-Main – Ärztliche Leiterin)
- Sana Klinikum Offenbach – Apotheker
- Schwanen-Apotheke – Apotheker/Hausapotheke BGU
- Uniklinik Frankfurt – Mikrobiologe, Infektiologe, Krankenhaushygiene
- Klinikum Frankfurt Höchst – Leitende Ärztin Altersmedizin
- St. Elisabethen-Krankenhaus Ffm. – Pneumologie

muss gefördert werden! Formale Voraussetzung für die Qualifikation als ABS-Experte ist die Teilnahme an einem mindestens 160 Stunden umfassenden Kurs, der von einem Facharzt mit Anerkennung Infektiologie geleitet wird (zum Beispiel ABS-Fortbildungen der DGKH (Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene, ECDC-zertifiziert im Rahmen des TRICE-Projektes) oder der DGI (Deutsche Gesellschaft für Infektiologie)). Die strukturellen Voraussetzungen, die die Leitlinie weiterhin fordert, sind über das MRE-Netz Rhein-Main schon größtenteils erbracht. Hier sollen neben Zahlen zum Verbrauch von Antiinfektiva (Tagesdosen pro 100 Pflegetage oder Fälle) – heruntergebrochen auf Abteilungen oder Abteilungsgruppen, differenziert nach konservativen versus operativen Abteilungen, usw. für die wichtigsten Antibiotikaklassen erhoben werden. Zudem soll die Rate oraler versus parenteraler Verordnungen der wichtigsten AB mindestens einmal jährlich für verschiedene Abteilungen oder Struktureinheiten erfasst werden. Weiterhin soll die Resistenzrate und zugehörige Inzidenzen (klinische Isolate) zugänglich sein.

Wichtiges Instrument einer guten ABS-Struktur (Bündelung der sogenannten ABS-Kernstrategien) ist das Erstellen und das „Leben“ lokaler Behandlungsleitlinien sowie die Verfügbarkeit einer AB-Hausliste. Ziel der Antiinfektiva-Hausliste ist auch, neben den empfohlenen Antibiotika solche als Reserveantibiotika zu definieren, die gegebenenfalls mit Sonderrezeptstatus oder Freigaberegulungen zu versehen sind. Wesentliches Merkmal einer guten ABS-Struktur innerhalb einer Einrichtung

ist zudem die Festlegung der initialen Therapiedauer sowie die Evaluation einer (kalkulierten) Antibiotikatherapie spätestens nach vier oder fünf Tagen. Schließlich soll auch der Übergang zu einer oralen Therapie geregelt werden.

Die ABS-AG innerhalb des MRE-Netzwerks Rhein-Main hat zum Ziel, die Strategien der S 3-Leitlinie für einen möglichst großen Anwenderkreis praktikabel zu gestalten, eigene Expertise einfließen zu lassen, um auch andere an einer rationalen Antibiotikaaanwendung teilhaben zu lassen. Es ist vorgesehen, die konsentierten Ergebnisse dieser ABS-AG auf der Homepage des MRE-Netzwerks Rhein-Main zu publizieren, ebenso soll regelmäßig bei den MRE-Netzwerktreffen über die Aktivitäten berichtet werden.

Weitere Teilnehmer der ABS-AG sind gerne willkommen.

Dr. med. Rolf Teßmann

Chefarzt der Abteilung Anästhesie, Intensivmedizin und Schmerztherapie
BG Unfallklinik Frankfurt am Main
gGmbH
Friedberger Landstr. 430
60389 Frankfurt am Main

Anmeldung für die ABS-AG:

E-Mail: anaesthesie@BGU-Frankfurt.de
Fon: 069 475-1542

Informationen zum MRE-Netz:

www.mre-rhein-main.de

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

Literatur zum Artikel:

Regionale Aktivitäten im Kampf gegen multiresistente Bakterien

Antibiotic-Stewardship-Arbeitsgruppe (ABS-AG) im Rahmen des MRE-Netzes Rhein-Main gegründet

von Dr. med. Rolf Teßmann

[1] Heudorf U. Auftraktveranstaltung des MRE-Netzes Rhein-Main. Erfreulicher Anlass mit ernstem Hintergrund. Hessisches Ärzteblatt (2010) 70:493–495

[2] Heudorf U. Das MRE-Netz Rhein-Main blickt auf fünf Jahre erfolgreiche Arbeit zurück. Hessisches Ärzteblatt (2015) 76: 551–552

[3] S3-HABS-LL S3-LL-2013 „Strategien zur Sicherung rationaler Antibiotika-Anwendung im Krankenhaus“ AWMF-Registernummer 092/001 (www.awmf.org)

[4] Davey P; Brown E et al. „Interventions to improve antibiotic prescribing practices for hospital inpatients“ Cochrane Database, Syst Rev. 2013;4:CD 003543

Bad Nauheimer Gespräch:

Antibiotikaresistente Erreger – Austausch zwischen Mensch und Tier?

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) erklärte Antibiotikaresistenter Erreger zu einer der größten Gefahren für die Menschheit – ein Problem, das nicht nur die Human-, sondern auch die Tiermedizin betrifft. Bereits 1961 wurde der multi-resistente Erreger MRSA entdeckt, 20 Jahre später wurde dieser auch bei Tieren nachgewiesen, erläuterte Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich, 1. Geschäftsführendes Vorstandsmitglied des Förderkreises Bad Nauheimer Gespräch e. V., bei der am 9. Juli 2016 stattgefundenen Veranstaltung: „Ungefähr zwei Drittel aller Antibiotika werden im Bereich der Massentierhaltung in der Tierzucht verbraucht und ein Drittel in der Humanmedizin“, so Hasselblatt-Diedrich. Sie machte außerdem auf das Problem mangelnden Fachpersonals im Bereich Krankenhaushygiene aufmerksam. Mit PD Dr. med. Robin Köck, Facharzt für Mikrobiologie, Virologie, Infektionsepidemiologie sowie Facharzt für Hygiene und Umweltmedizin referierte ein Experte auf diesem Gebiet, der sowohl in Forschung, Lehre als auch in Kliniken und entsprechenden Gremien im Robert-Koch-Institut sowie im Europäischen Zentrum für Krankheitsprävention tätig ist.

Antibiotikaresistente Erreger – was heißt das eigentlich?

„Antibiotikaresistente Erreger sind etwas ganz natürliches. Auch bei Bevölkerungsgruppen, die nie mit Antibiotika in Kontakt gekommen sind, finden sich solche Erreger auf der Haut und im Darm“, erklärte Köck. Problem sei demnach nicht das Vorkommen und die Besiedlung per se. Erst wenn ein Selektionsmechanismus ausgelöst werde, zum Beispiel durch ein Antibiotikum, könne es gefährlich werden. „Wenn wir dann die Situation haben, dass die resistente Variante einen Selektionsvorteil bekommt, weil durch das Antibiotikum die anderen Erregern absterben, entsteht für den resistente Variante erst die Möglichkeit, sich immer mehr anzuei-



PD Dr. med. Robin Köck

chern und zu verbreiten.“ Passiert dies im Krankenhaus, wo viele Menschen aufeinander treffen, werden relativ hohe Keimzahlen des Erregers erreicht, die dann wiederum einfacher übertragen werden können. Die Verbreitung antibiotikaresistenter Erreger nimmt in der Bevölkerung so seinen Lauf. Dieser Mechanismus vollzieht sich nicht nur beim Menschen, sondern auch parallel in der Landwirtschaft und insbesondere in der landwirtschaftlichen Nutztierhaltung, wo Antibiotika vermehrt zum Einsatz kommen. Aber auch zwischen Mensch und Nutztier oder Haustier komme es zu Übertragungen, so Köck.

ESBL und MRSA

Im Zusammenhang mit dem Austausch antibiotikaresistenter Erreger zwischen Mensch und Tier sind im Wesentlichen zwei Bakteriengruppen von Relevanz: (1) Escherichia coli-Bakterien, die im Darm des Menschen zur Normalflora gehören. Infektionen löst es nur dann aus, wenn das Bakterium in Körperregionen gelangt, wo dieser eigentlich nicht hingehört. Am häufigsten sind dies zum Beispiel Harnwegsinfektionen. (2) Staphylococcus aureus: Ein weit verbreiteter Keim, der bei fast jedem zweiten Menschen in der Nase oder auf der Haut nachweisbar ist und bei Schnitt-



Dr. med. Ingrid Hasselblatt-Diedrich

verletzungen zum Beispiel Hautinfektionen verursachen kann.

Das Problem sieht Köck in der Resistenzentwicklung. So hat es bei der Behandlung von E. Coli-Erregern in den vergangenen zehn Jahren eine Verdopplung der Resistenzrate in Deutschland gegeben von sechs auf zwölf Prozent. Positiver ist hingegen die Entwicklung bei Staphylococcus aureus, bei dem die Resistenzentwicklung rückläufig ist – von über 20 auf heute nur noch rund 13 Prozent. Bei den resistenten E. coli-Bakterien spricht man auch von „ESBL“, bei resistenten Staphylococcus aureus von „MRSA“.

In Deutschland sind ca. ein Prozent der Allgemeinbevölkerung ohne besondere Risikofaktoren mit MRSA besiedelt, vier bis sechs Prozent mit ESBL im Darm. Weite Verbreitung findet sich hier in der Nutztierhaltung – so findet man in knapp 70 Prozent der Schweinebetriebe MRSA-Keime und sogar in 50–100 Prozent der Betriebe sind ESBL-Keime bei den Tieren, im Staub oder in der Gülle nachweisbar.

Potenzielle Übertragungswege zwischen Mensch und Tier

Mehrere Studien belegen, dass insbesondere MRSA aber auch ESBL bei Berufsgruppen wie Landwirten, Tierärzten oder

Schlachthofmitarbeitern, die viel mit Nutztieren in Kontakt kommen, häufiger vorkommen als in der Allgemeinbevölkerung und diese somit eine Risikogruppe für Infektionen mit antibiotikaresistenten Erregern darstellen. Bei Krankenhausaufenthalt sollte daher bei diesen Personengruppen bei Einweisung ein Screening in Form eines Nasenabstrichs erfolgen und besondere Hygienemaßnahme (zum Beispiel Unterbringung im Einzelzimmer) ergriffen werden, empfahl Köck.

Etwa zwei bis drei Prozent aller MRSA-Infektionen in Deutschland seien auf den Kontakt zwischen landwirtschaftlichem Nutztier und Mensch zurückzuführen. Im Umkehrschluss bedeutet das, dass 97 Prozent der MRSA-Infektionen durch den klassischen Krankenhaus-MRSA zu erklären sei. Dies sei aber von Region zu Region unterschiedlich und von der Verbreitung der Nutztierhaltung abhängig, betonte Köck.

Bei einer am Klinikum Münster durchgeführten Studie konnte außerdem gezeigt werden, dass ungefähr 38 Prozent der Patienten, die eine nutztierassoziierte MRSA aufweisen, keinen direkten Kontakt zu

Nutztieren hatten. Eine Übertragung über den indirekten Weg, zum Beispiel über den Kontakt zu Landwirten, ist somit ebenfalls möglich.

Viel diskutiert und auch Gegenstand zahlreicher Untersuchungen sind zudem Übertragungswege über Lebensmittel. In bis zu 70 Prozent finden sich diese Erreger zum Beispiel in Puten- und Hähnchenfleisch, bestätigt Köck. Die Frage sei jedoch, ob dies auch ein Vehikel dafür sei, dass der Mensch sich zunehmend mit diesem Keim besiedelt. Um sich zu schützen, rät Köck zu entsprechender Küchenhygiene, die jeder beachten sollte. „Für MRSA geht man davon aus, dass das Risiko für den Verbraucher relativ gering ist“, so Köck. Bei ESBL sei die Wahrscheinlichkeit hingegen größer, dass die Erreger auch über Lebensmittel übertragbar sind.

Neben der Etablierung neuer gesetzlicher Vorgaben zum rationalen Antibiotika-Einsatz in der Tiermedizin – jeder Antibiotikagebrauch muss gemeldet werden und bei Überschreitung eines bestimmten Durchschnittswerts werden Maßnahmen ergrif-

fen – wären andere Haltungsbedingungen für die Tiere wünschenswert. Diskutiert werde außerdem die Desinfektion des Fleisches selbst. Köck erinnerte jedoch daran, dass bei dieser Diskussion nicht vergessen werden dürfe, dass die Antibiotikaabgabe in der Humanmedizin eine mindestens ebenso große, wenn nicht sogar die Hauptrolle spiele. Zwar sei Deutschland im europäischen Vergleich bei der Abgabe von Antibiotika im allgemeinmedizinischen Bereich mengenmäßig am unteren Ende der Skala. Kritisch bewertete Köck allerdings den zunehmenden Einsatz von breitwirksamen Antibiotika im hausärztlichen Bereich: „Es ist nicht so sehr das Mengenproblem, sondern an der Qualität der Antibiotikaabgabe müssen wir in Deutschland arbeiten.“ Eine einseitige Schuldzuweisung von Human- und Tiermediziner ist für die Lösung des Problems nicht sinnvoll. Die sich an den Vortrag anschließende intensive Diskussion zeigte, wie wichtig der Austausch und die Zusammenarbeit beider Seiten sind.

Maren Grikscheit



Ärzttekammer



Tobias Nowoczyn, seit 2016 neuer Hauptgeschäftsführer der Bundesärztekammer, war im Juli zu Besuch bei der Landesärztekammer Hessen: Monika Kinscher (Mitarbeiterin Carl-Oelemann-Schule), Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach (Präsident), Wolfgang Römer (Leiter Technische Dienste), Tobias Nowoczyn, Dr. rer. nat Aline Zetsche (Leiterin Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung), Sandra Bauer (Leiterin Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung), Nina Walter (Leiterin Stabsstelle QS), Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Vorsitzender Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung), Manuel Maier (Justitiar) (v. l.)

Ebola und Co – eine Gefährdung für die westliche Welt?

Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk hält Gastvortrag auf dem Sommerempfang 2016 der hessischen Heilberufe

Zum dritten Mal lud das Bündnis heilen & helfen im Juli zum Sommerempfang der hessischen Heilberufe in das Wiesbadener Opelbad auf dem Neroberg ein. Umgeben von Wäldern und Weinbergen genossen fast 200 Gäste aus Politik, Wirtschaft, Wissenschaft und Presse bei Sonnenschein die wunderbare Sicht auf die hessische Landeshauptstadt. Vor der Kulisse der unter Denkmalschutz stehenden Gebäude bot der Empfang den Teilnehmern die Möglichkeit des direkten Austauschs mit Vertretern verschiedener Fachrichtungen in einem herrlichen Ambiente. Das Bündnis eint seit acht Jahren unterschiedliche Körperschaften des Gesundheitswesens, um gemeinsam die Anliegen der Heilberufe (Ärzte, Zahnärzte, Apotheker, Psychotherapeuten und Tierärzte) in die Öffentlichkeit zu tragen.

Stefan Grüttner dankt Heilberufen

Den formellen Teil des Abends leitete Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer Hessen, durch eine kurze Begrüßung der Anwesenden ein. Bezug nehmend auf das Motto des Abends „Ebola und Co – eine Gefährdung für die westliche Welt?“ äußerte sich von Knoblauch zu Hatzbach kritisch über den Umgang der westlichen Welt mit der Gefahr: „Erst als es um die Bedrohung wirtschaftlicher Interessen in der Welt ging, wurde man wach.“ Anschließend übergab er das Wort an Stefan Grüttner, den Hessischen Minister für Soziales und Integration, der an diesem Abend das Grußwort hielt. Grüttner thematisierte die Gefahren und Herausforderungen, die Infektionskrankheiten in einer globalisierten Welt mit sich bringen. So seien sowohl schnelle Hilfe für betroffene Länder als auch der Selbstschutz vor Infektionen wichtig. „Mit hohem Aufwand, dafür aber sehr erfolgreich, wurden Strukturen geschaffen, die letztendlich zeigen, was das



Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk, Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt am Main

medizinische Personal zu leisten in der Lage ist“, so Grüttner. Zur Bewältigung dieser Herausforderungen sei der ganzheitliche, fachübergreifende One-Health-Ansatz bedeutsam, wie ihn auch die Weltgesundheitsorganisation propagiere. Dieser berücksichtigt sowohl die Gesundheit von Mensch und Tier als auch Umweltbedingungen, Lebensmittelproduktion und Landwirtschaft. Grüttner bedankte sich außerdem bei den anwesenden Repräsentanten der Heilberufe für ihre Unterstützung bei der Untersuchung und Behandlung der

Flüchtlinge in Hessen. Sie hätten dazu beigetragen, „dass viele Befürchtungen und Ängste über mögliche Krankheiten, die nach Deutschland mitgebracht würden, eingedämmt werden konnten. Ohne Mithilfe aller Beteiligten wäre die Bewältigung dieser Aufgabe nicht möglich gewesen“.

Infektiologie ist eine wesentliche Herausforderungen

Mit Prof. Dr. Dr. med. René Gottschalk konnte ein Experte für das Gebiet der In-



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



Stefan Grüttner, Hessischer Minister für Soziales und Integration



fektionskrankheiten als Gastredner des Abends gewonnen werden. Gottschalk ist Leiter des Gesundheitsamts Frankfurt und des Kompetenzzentrums für hochinfektiöse, lebensbedrohliche Erkrankungen. „Wir brauchen uns keine Sorgen vor Ansteckung zu machen, wenn wir gut informiert sind und uns richtig verhalten“ – so die Hauptbotschaft des Impulsvortrags, in dem der Experte unterhaltsam und anschaulich zugleich über die Gefahren hochpathogener Krankheitserreger informierte. Ebola rufe auch in Krankenhäusern zunächst Angst hervor, dabei sei die Krankheit weniger infektiös, als häufig angenommen. Alle Krankenhäuser seien verpflichtet, infizierte Patienten zu behandeln: „Zwar gibt es in Deutschland sieben Kompetenz- und Behandlungszentren, aber wenn der Patient ankommt und noch nicht feststeht, ob er unter einem Erreger leidet, landet er möglicherweise zunächst in einem kleineren Krankenhaus. Auch solche Einrichtungen müssen mit diesen Patienten umgehen.“ Eine Behandlung sei in jedem Kreiskrankenhaus möglich, da die medizinischen und hygienischen Verhältnisse extrem gut seien, so Gottschalk weiter. Frühzeitige Information und Sachverstand seien in solchen Situationen besonders gefragt. Den Umgang mit den betroffenen Patienten lobte Gottschalk, das medizinische Personal hätte hervorragende



alle Fotos: Maren Grikscheit

Ursula Funke, Präsidentin der Landesapothekerkammer Hessen

de Arbeit geleistet. Die Erreger – und dies hob er besonders hervor – seien für Deutschland kein Problem. „Vor Masern und Grippe habe ich mehr Angst!“, so Gottschalk, „wenn jemand hier Masern hat, dann ist der Erreger noch zwei Stunden später im Raum. Ebola ist aus dem Raum, sobald der Infizierte diesen verlassen hat“. Der Experte zog zum Ende seines Vortrags das Fazit, dass die Infektiologie eine der wesentlichen Herausforderungen des öffentlichen Gesundheitswesens und vor allem auch der Kliniken sei. Aktuell verfüge man jedoch über Instrumentarien, die ausreichend seien, um alle Erreger zu bekämpfen.

Neue Aufgaben fordern Heilberufe

„Wer Fakten über Erreger kennt, kann die Bedrohung einschätzen, richtig agieren und reagieren“, schloss Ursula Funke, Präsidentin der Apothekerkammer Hessen, an den Impulsvortrag an. Sie betonte in ihrem Schlusswort die informierende, aufklärende und beratende Rolle der Heilberufe sowie die Notwendigkeit des ganzheitlichen One-Health-Ansatzes, um medizinische und gesundheitspolitische Herausforderungen zu bewältigen. „Wir, die Heilberufe, stehen zu unserer Verantwortung und unseren Aufgaben, und wir stellen uns den Herausforderungen der Weiterentwicklung unseres Gesundheitswesens. Wir packen unsere Aufgaben an und werden uns effizient und schnell koordinieren, wenn neue Problemfälle auftreten.“ Mit diesen Worten beendete Funke den offiziellen Teil des Abends, an dessen Anschluss ein gemeinsames Barbecue auf die Teilnehmenden wartete. Die interessanten Reden des Abends boten ausreichend Impulse für anschließende Dialoge und so ließen die Teilnehmer den informativen Abend bei angeregten Gesprächen und mediterranem Buffet in entspannter Atmosphäre ausklingen.

Caroline McKenney

Erratum

Zu Veröffentlichungen der KV Hessen im HÄBL 7/8 2016, S. 471 ff.:

Die Kassenärztliche Vereinigung Hessen hat in der Ausgabe 7/8 2016 des Hessischen Ärzteblattes (HÄBL) die Wahlbekanntmachungen für die Wahl zur Vertreterversammlung und die Wahl zum Beirat für die Erweiterte Honorarverteilung veröffentlicht. Bei der Angabe der ab 1. September 2016 gültigen Postadresse des Landeswahlleiters ist ein Fehler bei der Postleitzahl unterlaufen. Die neue Anschrift des Landeswahlleiters lautet ab 1. September 2016 wegen Umzugs richtig: Rechtsanwalt Matthias Mann
Kassenärztliche Vereinigung Hessen
Europa-Allee 90
60486 Frankfurt am Main

Multiresistente Erreger (MRE) in der Arztpraxis – Was tun?

Das MRE-Netzwerk Mittelhessen lädt zur Ärztlichen Fachtagung am 12. November 2016 in die Klinik Sonnenblick in Marburg ein

Multiresistente Erreger sind auf dem Vormarsch. Diese sind längst nicht mehr nur im stationären Bereich zu finden. Daher liegt das Schwerpunktthema der diesjährigen landesweiten Aktivitäten der MRE-Netzwerke auf dem Umgang mit multiresistenten Erregern im Aufgabenbereich der niedergelassenen Ärzte.

Ein Baustein der Aktivitäten ist diese Fachtagung am 12. November, die in Zusammenarbeit mit der KV Hessen und dem Hessischen Ministerium für Soziales und Integration die Arbeit des MRE-Netzwerks darstellt und die Problematik Multiresistenter Erreger in der Praxis aufgreift. Informationen unter: www.mre-netzwerk-mittelhessen.de

Hadamar – eine Gedenkstätte am Ort des Verbrechens



An die „Grauen Busse“, die auch nach Hadamar fuhren, erinnert ein mobiles und begehbare Wanderdenkmal der Künstler Andreas Knitz und Horst Hoheisel

Die Gedenkstätte Hadamar ist mittlerweile die größte hessische Gedenkstätte, die an die Zeit des Nationalsozialismus in Deutschland erinnert. Mehr als 19.000 Besucher und Besucherinnen haben den Ort im Jahre 2015 besucht. Über 630 Führungen und 51 Studientage fanden hier statt. Die Gedenkstätte befindet sich heute am Ort der Verbrechen. Besucher des Erinnerungs- und Lernorts haben hier die Möglichkeit, sich mit der Geschichte der NS-Euthanasie, des nationalsozialistischen Gesundheitswesens und ganz allgemein mit der Zeit des Nationalsozialismus auseinanderzusetzen. Träger der Einrichtung ist der Landeswohlfahrtsverband (LWV) Hessen.

In der Zeit des Nationalsozialismus richteten sich die ersten Schritte der Vernichtungsmaschinerie gegen angeblich Nichtproduktive. Sie betrafen insbesondere Menschen, die wegen vermeintlicher „Erbkrankheiten“ oder psychischer Leiden nicht mehr „nützlich für das Volk“ waren. Insgesamt fielen rund 215.000 Menschen der NS-Euthanasie zum Opfer, 15.000 von ihnen wurden in Hadamar ermordet.

Die Frage, wie in einer Gesellschaft mit unheilbar kranken Menschen umgegangen werden sollte, wird seit jeher erörtert. Im 19. Jahrhundert wurde die moderne Medizin dafür kritisiert, dass sie Schwache am Leben erhalte und so die „natürliche Auslese“ verhindere. Immer mehr Gesunde müssten sich um immer mehr Kranke oder Hilfsbedürftige kümmern und würden dabei notwendige Ressourcen verbrauchen. Zwangssterilisationen waren in den 1920er-Jahren in den USA, der Schweiz

oder auch im Baltikum erlaubt und wurden praktiziert. Auch in der Weimarer Republik wurde ein entsprechender Gesetzentwurf vorbereitet. Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ gehörte zu den ersten Gesetzen, das die Nazis nach ihrer Machtergreifung verabschiedeten. Etwa 400.000 Menschen wurden daraufhin zwangssterilisiert. Hierfür eingerichtete Gesundheitsgerichte ordneten die Durchführung der Unfruchtbarmachung an, die dann in fast allen großen Städten oder kommunalen Krankenhäusern durchgeführt wurde. Von 1941 bis 1945 wurden in der ehemaligen Landesheilanstalt Hadamar zudem Kranke ermordet.

Die Kategorisierung nach vermeintlichen „Rassen“ und die Ausgrenzung von Menschen mit Behinderungen sind keine nationalsozialistische Erfindung. Antisemitismus, rassistisches und eugenisches biologisches Gedankengut, das sich der Ausgrenzung und Ermordung von politisch, ideologisch oder gesellschaftlich „Unerwünschten“ verschrieb, erreichte im nationalsozialistischen Staat jedoch die Möglichkeit der realen politischen Durchsetzung. Eine Vielzahl von Täterinnen und Tätern waren auf allen gesellschaftlichen und staatlichen Ebenen beteiligt – auch innerhalb der Ärzteschaft. Seit 1933 verschlechterte sich die Versorgung der betroffenen Patienten kontinuierlich. Nahrungsmittelrationen wurden reduziert und Medikamente gezielt überdosiert. Zugleich wurden als „erbkrank“ bezeichnete Menschen der Zwangssterilisation unterworfen, im Zuge der Entwicklung des Euthanasie-Programms erfasst und an die Organisation

„T4“ – benannt nach der Tiergartenstr. 4 in Berlin, dem Zentrum der organisierten Morde – gemeldet.

Hadamar gehörte zu den sechs Mordanstalten in Deutschland und wurde als letzte ihrer Art eingerichtet. Die Leitung oblag zwei Ärzten. Während des Jahres 1941 arbeiteten etwa hundert Menschen in der Anstalt – zu ihnen gehörten Pflegekräfte, Küchenpersonal, aber auch die sogenannten Brenner, die die Krematorien bedienten. Seit Januar 1941 trafen aus sogenannten Zwischenanstalten regelmäßig die zum Tode bestimmten Menschen mit den „Grauen Bussen“ in Hadamar ein. Bis zum Ende der T4-Aktion im August 1941 wurden dort mehr als 10.000 Patientinnen und Patienten vergast und in den Öfen verbrannt.

Ab 1942 wurden Patienten, psychisch kranke Soldaten, Bombengeschädigte und Zwangsarbeiter, aber auch Kinder und Jugendliche nach Hadamar geschickt, wo mit Hilfe überdosierter Medikamente und durch Nahrungsmittelentzug weitere 5.000 Menschen ermordet wurden. Am 26. März 1945 marschierten amerikanische Truppen in die Stadt Hadamar ein und befreiten die Patientinnen und Patienten. Im Oktober 1945 fand vor einem amerikanischen Militärgericht in Wiesbaden der erste Prozess gegen einige Beteiligte statt.

Eine kontinuierliche wissenschaftliche und öffentlichkeitswirksame Auseinandersetzung mit den Verbrechen der NS-Zeit begann in den 1980er-Jahren. 1983 wurden die historischen Kellerräume der Öffentlichkeit zugänglich gemacht und eine erste, noch provisorische Ausstellung gezeigt. Seit 1986 existiert eine hauptamtlich verwaltete Gedenkstätte als Erinnerungs- und Bildungsort. 1991 konnte die Dauerausstellung der Bevölkerung übergeben werden. Seit 1998 existiert ein Förderverein mit einem wissenschaftlichen Beirat, der die Arbeit der Gedenkstätte unterstützt. Ein Besuch fördert das Reflektieren gesellschaftlicher Probleme der Geschichte und hilft beim künftigen Umgang mit ethischen Herausforderungen in unserer Gesellschaft, aber auch in unserem Beruf als Ärztinnen und Ärzte.

Dr. med. Siegmund Drexler

Kinderbetreuung für Kinder von 3 bis 8 Jahren

Freitags und samstags ganztags möglich!

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

I. Fortbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Aktuelle Diabetologie

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

Mi., 28. September 2016, 15:30 – 20:00 Uhr **6 P**

Teil 3: Die nichtmedikamentöse Diabetestherapie

Teil 4: Insulintherapie für die Praxis

Leitung: Dr. oec. troph. J. Liersch, Gießen
Dr. med. H.-J. Arndt, Nidda

Gebühr: € 75 (Akademiestudienmitglieder kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227,
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs

Sa., 10. September 2016

(theoretische und praktische Unterweisung)

Gebühr:

Theorie € 100 (Akademiestudienmitglieder € 90)

Praxis € 60 (Akademiestudienmitglieder € 54)

Spezialkurs Röntgendiagnostik

Sa., 24. – So., 25. September 2016, 09:00 – 16:30 Uhr **20 P**

+ 2 Praktikumstermine zur Auswahl: 27./28. September 2016

Gebühr: € 320 (Akademiestudienmitglieder € 288)

Aktualisierungskurs zum Erhalt der Fachkunde im Strahlenschutz

Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 16:15 Uhr **8 P**

Gebühr: € 140 (Akademiestudienmitglieder € 126)

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

Innere Medizin / Rheumatologie

In Kooperation mit der Kerckhoff-Klinik Bad Nauheim

Mi., 02. November 2016, 15:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. U. Lange, Bad Nauheim
Ort: Bad Nauheim, Kerckhoff-REHA-Zentrum

Teilnahmegebühr: € 50 (Akademiestudienmitglieder kostenfrei)

Max. Teilnehmerzahl: 40

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

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

Mi., 21. September 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Mi., 05. Oktober 2016, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden

Gebühr: € 110 (Akademiestudienmitglieder € 99)

Max. Teilnehmerzahl: 25

Auskunft/Anmeldung: B. Sebastian, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: barbara.sebastian@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Hygienebeauftragter Arzt, Refresher

gem. Hess. Hygieneverordnung (HHyGVO nach § 10 Abs. 2)

Mi., 09. – Do., 10. November 2016 **16 P**

Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Gießen

Gebühr: € 280 (Akademiestudienmitglieder € 252)

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

Medizinische Begutachtung

Modul II: Sa., 17. September 2016

Gebühr: € 120 (Akademiestudienmitglieder € 108)

Modul III

Orthopädie/Unfallchirurgie und Psychiatrie /Psychotherapie:

Fr., 14. – Sa., 15. Oktober 2016

Gebühr: € 240 (Akademiestudienmitglieder € 216)

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

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

Frauenheilkunde

Wiederholungsseminar Schwangerschaftskonfliktberatung nach § 218 StGB

Sa., 12. November 2016, 09:00 – 16:15 Uhr

Leitung: Dr. med. A. Goldacker, Hanau

Gebühr: € 160 (Akademiestudienmitglieder € 144)

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



Lungen - und Bronchialheilkunde, Onkologie, Innere Medizin, Pathologie, Allgemeinmedizin

In Kooperation mit dem Frankfurter Arbeitskreis Pneumologie, Allergologie (FAPA) e.V. und dem Nordwestkrankenhaus. DMP-zertifiziert nach Asthma bronchiale und COPD.

Interdisziplinäres Forum Frankfurt 2016:

Was gibt es Neues in der Pneumologie 2016?

5 P

Sa., 26. November 2016, 09:00 – 13:00 Uhr

Leitung: Dr. med. P. Kardos, Frankfurt
Gebühr: kostenfrei
Ort: Frankfurt, Nordwestkrankenhaus
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Rechtsmedizin

Leichenschau

Theorie und Praxis der Leichenschau werden im Institut für Rechtsmedizin in insgesamt vier Kursteilen erarbeitet.

Mi., 07. September 2016, Mi., 14. September 2016,

Mi., 21. September 2016, Mi., 28. September 2016

jeweils 15:00 – 16:45 Uhr

Leitung: Prof. Dr. med. Verhoff, Frankfurt
Teilnahmegebühr: € 180 (Akademiestmitgl. € 162)
Ort: Frankfurt, Institut für Rechtsmedizin
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art“

Mi., 21. September 2016 Neonatologie, Stoffwechsel

Leitung: Prof. Dr. med. R. Schlösser, Frankfurt
Gebühr: € 75 (Akademiestmitglieder kostenfrei)

Mi., 22. März 2017 Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle

Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Infektiologie

ABS-beauftragter Arzt

Mo., 28. November – Fr., 02. Dezember 2016

(gem. Curriculum der BÄK „Antibiotic Stewardship (ABS)“ Modul I)

Leitung: Prof. Dr. med. V. Kempf, Prof. Dr. med. H.-R. Brodt, Dr. med. J. Kessel
Gebühr: € 900 (Akademiestmitglieder € 810)
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)

Fr., 04. – So., 06. November 2016

30 P

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

Gebühr: € 400 (Akademiestmitglieder € 360)

Wiederholungsseminar Leitender Notarzt

Sa., 26. November 2016

Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Dipl.-Ing. N. Schmitz, Kassel
Ort: Kassel, Hess. Landesfeuerwehrschule
Gebühr: € 260 (Akademiestmitglieder € 234)
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Geriatrische Grundversorgung

Block I: Fr., 09. – So., 11. Dezember 2016

24 P

Leitung: PD Dr. med. M. Pfisterer, Darmstadt

Gebühr: € 360 (Akademiestmitglieder € 324)

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

Max. Teilnehmerzahl: 30

Transplantationsmedizin

Curriculum „Transplantationsbeauftragter Arzt“

Kriseninterventionsseminar : Mi., 05. Oktober 2016

Gebühr: € 150 (Akademiestmitglieder € 135)

Qualifikationskurs nach HAGTPG für erfahrene Transplantationsbeauftragte

Di., 15. November 2016, 09:30 – 17:30 Uhr

10 P

Gebühr: € 150 (Akademiestmitgl. € 135)

Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.flören@laekh.de

Qualifikation Tabakentwöhnung

Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“

Blended Learning Veranstaltung

Fr., 07. Oktober 2016 (1. Präsenzphase)

insg. 20 P

Sa., 08. Oktober – Fr., 02. Dezember 2016 (Telelernphase)

Sa., 03. Dez. 2016 (2. Präsenzphase mit Lernerfolgskontrolle)

Gebühr: € 240 (Akademiestmitglieder € 216)

Leitung: D. Paul, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Ultraschall**Gefäße**

Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der extrakraniellen hirnversorgenden Gefäße 20 P

Fr., 25. November 2016 (Theorie)

Sa., 26. November 2016 (Praktikum)

Gebühr: € 320 (Akademiestatistiker € 288)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Nordwestklinikum

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

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

Abdomen

Abschlusskurs 29 P

Sa., 05. November 2016 (Theorie)

+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum

Gebühr: € 350 (Akademiestatistiker € 315)

Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt

Kurs und Modul: Farb- und Spektral-Dopplersonographie abdomineller Gefäße

Sa., 15. Oktober 2016, 09:00 – 18:00 Uhr

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ort: **Groß-Umstadt**, Kreisklinik

Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Dr. med. W. Schley

Kurs und Modul: Elastographie

Sa., 03. Dezember 2016, 09:00 – 18:00 Uhr 9 P

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum

Leitung: Prof. Dr. med. M. Friedrich-Rust,
Frankfurt

Auskunft/Anmeldung:

A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,

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

Begutachtung

Nervenarzt und Sozialrichter im kritischen Dialog

Mi., 12. Oktober 2016 4 P

Leitung: Prof. Dr. med. F.-L. Welter,
Dr. iur. C. Offczors

Gebühr: € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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

Impfkurs

Sa., 08. Oktober 2016, 09:00 – 17:30 Uhr 11 P

Leitung: Dr. med. P. Neumann

Gebühr: € 180 (Akademiestatistiker € 162)

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

Intensivmedizin

35. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar

In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe Universität

Mo., 26. – Fr., 30. September 2016 30 P

Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga,
Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer,
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,
Frankfurt a. M.

Gebühr: € 590 (Akademiestatistiker € 531)

Ort: Frankfurt a. M. Universitätsklinikum

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

Einführung in das Medizinrecht

28. September 2016, 16:00 – 21:00 Uhr 6 P

Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth
Rechtsanwältin M. Strömer

Gebühr: € 90 (Akademiestatistiker € 81)

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

Fachgebundene genetische Beratung

Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung

Blended Learning Veranstaltung in Kooperation mit der Laborarztpraxis Dres. Walther, Weindel und Kollegen.

Modul 3: Frauenheilkunde und Geburtshilfe

Sa., 10. September 2016 38 P

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Beginn Telelernphase: Mi., 10. August 2016

Ort: **Bad Nauheim**

Gebühr:
Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)
Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)

Modul 4: Kinder- und Jugendmedizin

Sa., 08. Oktober 2016

(Im Anschluss wird eine Wissenskontrolle angeboten)

Ort: **Frankfurt**

Gebühr:
Veranstaltung: € 200 (Akademiestatistiker € 180)
Wissenskontrolle € 50 (Akademiestatistiker € 45)
Leitung: Dr. med. Dipl. Biol. E.-M. Schwaab,
Wiesbaden

Wissenskontrolle zum Nachweis der Qualifikation zur fachgebundenen genetischen Beratung für zahlreiche Fachgebiete:

Sa., 10. September, Sa., 12. November 2016

Gebühr: je € 50 (Akademiestatistiker € 45)

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



Aktuell und Interdisziplinär

Substanzinduzierte Notfälle

Sa., 24. September 2016, 09:00 - 14:00 Uhr 5 P

Leitung: Dr. med. K. Heid, Darmstadt
Prof. Dr. med. A. Klimke, Friedrichsdorf

Teilnahmegebühr: € 75 (Akademiestudierende kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-781
katja.baumann@laekh.de

Hämotherapie

Transfusionsverantwortlicher/-beauftragter

Do., 10. – Fr., 11. November 2016 16 P

Leitung: PD Dr. med. Y. Schmitt

Ort: Darmstadt, Marienhospital

Gebühr: € 340 (Akademiestudierende € 306)

Max. Teilnehmerzahl: 30

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

Reisemedizinische Gesundheitsberatung - Basisseminar

Fr., 07. – Sa., 08. Oktober + Fr., 11. – Sa., 12. November 2016

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt

Gebühr: € 520 (Akademiestudierende € 468)

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

Chirurgie

Übergewicht und seine Folgen chirurgisch heilen und und plastisch-chirurgisch therapieren

Sa., 24. September 2016, 09:00 – 12:15 Uhr 3 P

Leitung: PD Dr. med. U. Rieger, Frankfurt

Gebühr: € 50 (Akademiestudierende kostenfrei)

Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-781
katja.baumann@laekh.de

Transfusionstherapie

Qualitätsbeauftragter Arzt Hämotherapie

40 P

Mo., 12. – Fr., 16. Dezember 2016

Leitung: Prof. Dr. med. G. Bein, Gießen

Gebühr: € 800 (Akademiestudierende € 720)

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Peer Review Verfahren – Cholezystektomie

16 P

Blended-Learning-Veranstaltung

Beginn Telelernphase: Mo., 07. November 2016

Präsenzphase: Mi., 07. Do., 08. Dezember 2016

Leitung: Prof. Dr. med. C.-A. Greim, Prof. Dr. med. H.-B. Hopf

Gebühr: € 360 (Akademiestudierende € 324)

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

Weiterbildung

Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)

Fr., 09. – So., 11. September 2016 G10 – G12

Fr., 18. – So., 20. November 2016 G13 – G15

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)

Sa., 10. – So., 11. September 2016 GP

Sa., 10. – So., 11. Dezember 2016 GP

Leitung: H. Luxenburger, München

Gebühr: auf Anfrage

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

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden:

Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II

(diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Fallseminar Modul III: Mo., 21. – Fr., 25. Nov. 2016 40 P

Leitung: Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

Basiskurs: Di., 29. Nov. – Sa. 03. Dez. 2016 40 P

Leitung: Dr. med. K. Mattek, Hanau

Gebühren: Basiskurs:

€ 630 (Akademiestudierende € 567)

Fallseminar Modul III:

€ 740 (Akademiestudierende € 666)

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

Allgemeinmedizin**Repetitorium Allgemeinmedizin**

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

Sa., 09. – So., 10. Juni 2017

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage

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

Sozialmedizin

AK I: Mi., 01. – Fr., 10. Februar 2017

AK II: Fr., 19. – Fr., 28. April 2017

Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage

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

Arbeitsmedizin

Weiterbildungskurs zum Erwerb der Gebietsbezeichnung Arbeitsmedizin in sechs Kursblöcken.

Die Blöcke werden als Blended-Learning-Kurse angeboten, ihnen geht eine Telelernphase voraus.

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

A2: Präsenzphase: Sa., 03. – Fr., 09. September 2016
 (Beginn der Telelernphase: Fr., 05. August 2016)

B2: Beginn der Telelernphase: Fr., 14. Oktober 2016

B2: Präsenzphase: Sa., 12. – Fr., 18. November 2016

C2: Beginn der Telelernphase: Fr., 04. November 2016

C2: Präsenzphase: Sa., 03. – Fr., 09. Dezember 2016

Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Gebühr: je Kurs: € 550 (Akademiestmitgl. € 495)

Arbeitsmed. Vorsorge: Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen Bedingungen

Sa., 12. – So. 13. Nov. 2016, 09:00 – 16:15 Uhr **16 P**

Leitung: Dr. med. U. Klinsing, Frankfurt
 Dr. med. R. Snethlage, Wiesbaden

Teilnahmegebühr: € 280 (Akademiestmitgl. € 252)

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

Frauenheilkunde und Geburtshilfe**Repetitorium Frauenheilkunde**

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

Do., 10. – So., 13. November 2016

Gesamtleitung: Prof. Dr. med.
 Dr. med. h.c. H.-R. Tinneberg, Gießen
Gebühr ges.: € 480 (Akademiestmitglieder € 432)
Gebühr / Tag: € 150 (Akademiestmitglieder € 135)

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

Ärztliches Qualitätsmanagement

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

Block III a: Mi., 21. – Sa., 24. September 2016
Telelernphase: So., 25. Sep. – Di., 15. November 2016

Block III b: Mi., 16. – Sa., 19. November 2016

Leitung: N. Walter, Frankfurt

Gebühren: je Block € 750
 (Akademiestmitglieder € 675)

Auskunft/Anmeldung: S. Pfaff, Fon: 06032 782-222,
 E-Mail: stephanie.pfaff@laekh.de

**Marburger Kompaktkurs
(Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)**

In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH

Fr., 07. – Sa., 15. Oktober 2016

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

Ort: Marburg, Universitätsklinikum

Gebühr: € 770 (€ 695 für Mitarbeiter UKGM)

Auskunft/Anmeldung: Simulationszentrum Mittelhessen,
 Fon: 06421 950 2140
 E-Mail: simulations@rdmh.de

Psychosomatische Grundversorgung

22. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Termine 2016 bereits ausgebucht!

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

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

Repetitorium Innere Medizin

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

Mo., 14. – Sa., 19. November 2016 **insg. 63 P**

vorgesehenes Programm:

Mo., 14. November 2016 **12 P**

Rheumatologie / Pneumologie

Prof. Dr. med. U. Lange, Prof. Dr. med. C. Vogelmeier

Di., 15. November 2016 **11 P**

Internistische Hämatologie / Onkologie

Prof. Dr. med. L. Bergmann, Prof. Dr. med. A. Neubauer

Internistische Intensivmedizin

Prof. Dr. med. H.-D. Walmrath

Mi., 16. November 2016 **11 P**

Angiologie / Nephrologie

Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle

PD Dr. med. H.-W. Birk, Prof. Dr. med. W. Faßbinder

Donnerstag, 17. November 2016 **12 P**

Gastroenterologie / Kardiologie

Prof. Dr. med. K. Haag

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm

Freitag, 18. November 2016 **11 P**

Kardiologie

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. C. Hamm

Endokrinologie / Diabetologie

Dr. med. C. Jaurisch-Hancke, Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann

Samstag, 19. November 2016 **6 P**

Fallseminar

Dr. med. R. Brandt, Prof. Dr. med. W. Faßbinder,

Prof. Dr. med. K. Haag, Prof. Dr. med. U. Lange

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

Gebühr ges.: € 540 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 486)

Gebühr/Tag: € 150 (Akademiemitgl. und Mitgl. des BDI und der DGIM € 135)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Spezielle Schmerztherapie

Kurs zum Erwerb der Zusatzbezeichnung

Block C: Fr., 09. – Sa., 10. September 2016 **20 P**

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

Block B: Fr., 04. – Sa., 05. November 2016 **20 P**

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

Ort: Kassel, Klinikum

Gebühr: je Block € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227
E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs B: Fr., 23. – Sa., 24. September 2016 **20 P**

Leitung: Dr. med. W. Hönnmann, Frankfurt

Gebühr: € 300 (Akademiemitgl. € 270)

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Programme: Kurzfristige Änderungen vorbehalten.

Anmeldung: Im Internet schnell und kostenfrei unter <https://portal.laekh.de> oder <http://www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot> möglich. Gerne können Sie sich auch schriftlich zu den Veranstaltungen anmelden: Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung, Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim, Fon: 06032 782-200, Fax: 06032 782-220. Erst nach Rücksendung Ihrer unterschriebenen Anmeldeunterlagen ist Ihre Anmeldung verbindlich. Sie erhalten keine weitere Bestätigung. Bitte beachten Sie die AGB und etwaige Teilnahmevoraussetzungen! Wenn Veranstaltungen kurzfristig absagt werden müssen, werden Sie von der Akademie benachrichtigt.

Veranstaltungsort (sofern nicht anders angegeben):

Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen,
Carl-Oelemann-Weg 5, 61231 Bad Nauheim

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

Gebühr (sofern nicht anders angegeben):

Gilt inkl. Seminarunterlagen und Pausenverpflegung.

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

Akademie-Mitgliedschaft: Akademie-Mitglieder zahlen in der Regel ermäßigte Gebühren für Akademieveranstaltungen und können kostenfrei an ausgewählten Veranstaltungen teilnehmen. 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. Informationen erhalten Sie von Cornelia Thriene, Fon: 06032 782-204, E-Mail: cornelia.thriene@laekh.de.

Akademie online:

www.akademie-laekh.de

E-Mail: akademie@laekh.de





► NEU ► ► Impfmanagement ► ► NEU ►

Fachkraft für Impfmanagement (IMP)

Inhalte: Der 40-stündige Qualifizierungslehrgang gliedert sich in vier Themenschwerpunkte: Medizinische Grundlagen, organisatorische Grundlagen, Erarbeitung einer Fallstudie, „Best practice“ des Impfmanagements. Das Lehrgangskonzept kombiniert die theoretische Wissensvermittlung mit einer intensiven Transferlernphase. Die Teilnehmer/innen erarbeiten hierbei konkrete Praxisfälle, die anschließend unter der Überschrift „Best practice“ reflektiert und Verbesserungspotenziale erarbeitet werden.

Die Teilnahme an der achtstündigen Fortbildung „Impfen“ wird beim Qualifizierungslehrgang „Impfmanagement“ anerkannt.

Termine: Fr., 07.10.2016 – Sa., 08.10.2016 und
Fr., 04.11.2016 – Sa., 05.11.2016

Gebühr: € 480 inklusive Lernerfolgskontrolle

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

Schwerpunkt Medizin

Sonderkurs zur Fortgeltung der Fachkunde und der erforderlichen Kenntnisse im Strahlenschutz nach § 18a RöV (MED 2)

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

Termin: Fr., 07.10.2016, 08:30 – 16:00 Uhr und
Sa., 08.10.2016, 08:30 – 17:00 Uhr

Gebühr: € 245 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Wundmanagement – Aufbaufortbildung (MED 16)

Inhalte: Die Fortbildung ist für Teilnehmer/innen mit fortgeschrittenem Kenntnisstand in der Wundbehandlung ausgerichtet. Dekubitus, Kompressionstherapie und zeitgemäße Wundauflagen sind Themen, ergänzt mit praktischen Übungen.

Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 – 15:00 Uhr

Gebühr: € 105

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

Onkologie

Qualifizierungslehrgang Onkologie (120 Stunden)

Nach der „Onkologievereinbarung“ können bei der Behandlung von Onkologiepatienten in begründeten Fällen MFA hinzugezogen werden. Der 120-stündige Qualifizierungslehrgang zur qualifizierten Unterstützung des Arztes bei der Behandlung von Patienten in onkologischen Schwerpunktpraxen wird in Modulform angeboten. Infos zum Lehrgang, einzelnen Modulen, Terminen und Gebühren finden Sie im Fortbildungsprogramm und auf der Website. Gerne senden wir den Informationsflyer zu.

Beginn: ab Do., 29.09.2016

Aufbaufortbildungen Onkologie

Die nachfolgenden Aufbaumodule Onkologie werden angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

„Psychoonkologie“ Aufbaufortbildung (PAT 15)

Inhalte: Die Inhalte orientieren sich an der im Januar 2014 veröffentlichten S3-Leitlinie „Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten“.

Termin: Do., 06.10.2016 bis Sa., 08.10.2016, (insg. 24 Std.)

Gebühr: € 280

Qualitätsmanagement und Good Clinical Practice (GCP) in der onkologischen Praxis – Aufbaufortbildung (ONK A2)

Inhalte: Der inhaltliche und zeitliche Schwerpunkt der Fortbildung ist auf die Themenfelder GCP hin ausgerichtet. Es werden relevante Themen des Qualitätsmanagements in der onkologischen Praxis besprochen. Hierbei werden Grundlagenkenntnisse im Qualitätsmanagement vorausgesetzt.

Die vorliegende Veranstaltung ist im Sinne der Onkologievereinbarung (§ 7 Abs. 3) als onkologische Fortbildungsveranstaltung anerkannt.

Termin: Fr., 18.11.2016, 13:00 – 16:00 Uhr und
Sa., 19.11.2016, 08:30 – 15:00 Uhr (insg. 10 Std.)

Gebühr: € 150

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

NäPA (Nichtärztliche/r Praxisassistent/in)

Die Fortbildung zur/zum NäPA basiert auf dem Curriculum der Bundesärztekammer. Vor dem Hintergrund des Ärztemangels können NäPA wichtige Aufgaben in der hausärztlichen Versorgung übernehmen. Sie führen nach Delegation des Arztes Hausbesuche, bei denen der direkte Arztkontakt nicht medizinisch indiziert ist, durch. Sie übernehmen unter anderem die Steuerung und Überwachung der Patienten innerhalb strukturierter Behandlungsprogramme sowie Medikamentenkontrolle und Maßnahmen im Rahmen der Prävention. **Flyer mit Terminen sind auf unserer Website (www.carl-oelemann-schule.de) eingestellt.** Gerne übersenden wir Ihnen auf Anfrage eine Information zur Fortbildung. Fragen bitte per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de

Notfallmanagement – Aktualisierungskurs (MED 7_2)

Berufstätige im Bereich und mit der Zusatzqualifikation „Nichtärztliche Praxisassistent“ (NäPA) müssen laut Delegationsvereinbarung einen 20-stündigen Kurs „Notfallmanagement“ nachweisen, der alle drei Jahre wiederholt werden muss. Die Teilnahme ist auch für andere interessierte MFA möglich.

Beginn: Do., 17.11.2016 – Sa., 19.11.2016, (insgesamt 20 Std. zzgl. Lernerfolgskontrolle)

Gebühr: € 315 inkl. Lernerfolgskontrolle

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



NEU ► ► ► Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin

Arbeitsmedizin / Betriebsmedizin Aufbaulehrgang

Inhalte: Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz“ der Landesärztekammer Hessen entwickelt, die ihre Qualifikation auf das Niveau des neuen 140-stündigen Curriculums erweitern möchten. Angesprochen sind Inhaber des Zertifikates „Betriebsmedizinische Assistenz“ sowie Teilnehmer/innen, denen zur Ausstellung des Zertifikates nur noch das Modul „Allgemeine Grundlagen“ fehlt.

Beginn: Mi., 26.10.2016

Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung/ mcPraxisorganisation

Einführung in die ärztliche Abrechnung (PAT 5)

Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Berufsanfänger und Wiedereinsteiger/innen, für die das Tätigkeitsgebiet der ärztlichen Abrechnung neu ist. Durch praktische Übungen und anhand von Fallbeispielen werden die vermittelten Kenntnisse vertiefend geübt.

Termin: Sa., 12.11.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Teilnahmegebühr: € 105

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

Für MFA-Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr

Auch 2016 finden wieder die Fortbildungen „Flops – vermeiden“ für Auszubildende im 1. Ausbildungsjahr statt. Der Flyer zur Fortbildung steht zum Herunterladen auf der Homepage der Carl-Oelemann-Schule bereit.

Themen des 5-stündigen Workshops im Überblick:

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

Termine: Mi., 05.10.2016, 11:00 – 16:00 Uhr oder
Mi., 12.10.2016, 11:00 – 16:00 Uhr oder
Mi., 02.11.2016, 11:00 – 16:00 Uhr oder
Mi., 07.12.2016, 11:00 – 16:00 Uhr

Gebühr: € 70,00

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

Aufbereitung von Medizinprodukten (SAC 5)

Die Aufbereitung von Medizinprodukten darf gemäß § 4 in Verbindung mit § 3 Abs. 2 des MPBetreibV nur entsprechend qualifiziertem Personal übertragen werden.

Inhalte: Risikobewertung und Einstufung von Medizinprodukten sowie betriebliche Anforderungen als Voraussetzung zur Aufbereitung, Mikrobiologie und Aufbereitungsschemie, Dekontamination, Sichtkontrolle, Pflege und Funktionskontrolle bei der Aufbereitung, Packen und Verpacken von Medizinprodukten, Sterilisation und Freigabe zur Anwendung.

Termin: ab Do., 01.12.2016 (insgesamt 24 Std.)

Gebühr: € 340,00 inkl. Lernerfolgskontrolle

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

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Auszubildende

Abrechnung: EBM (PVK 1)

Im Kurs werden die Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung“ und „Formularwesen“ wiederholt und vertieft.

Termin: Sa., 10.12.2016, 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 75,00

Medizinische Fachkunde (PVK 4)

Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.

Termin: Sa., 26.11. und Sa., 03.12.2016, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr

Gebühr: € 130

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

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte melden Sie sich schriftlich oder per Fax zu den Veranstaltungen an, eine Bestätigung erfolgt schriftlich.

Carl-Oelemann-Schule (COS) | Carl-Oelemann-Weg 5
61231 Bad Nauheim | Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180
Website: www.carl-oelemann-schule.de

Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben)
Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen
61231 Bad Nauheim | Carl-Oelemann-Weg 5

Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:
Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320
E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Tag der Arbeitsmedizin in Wiesbaden 2016

Mit über 100 Teilnehmern fand der „Tag der Arbeitsmedizin 2016“ in Wiesbaden Anfang Juni großen Zuspruch. „Damit kann die Tradition der bisherigen Tagungsreihe ‚Rhein-Main-Arbeitsmedizin‘ fortgesetzt werden“, sagte Prof. Dr. med. Thomas Weber, langjähriger Tagungsleiter aus Wiesbaden, bei der Begrüßung im dortigen Kurhaus. Die Veranstaltung fand erstmals als „Dialogforum Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit“ in Kooperation zwischen der Deutschen Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e. V. (DGAUM) und der Agentur „RG Gesellschaft für Information & Organisation“ als Partner statt. Ziel des Dialogforums ist „der wissenschaftlich fundierte und praxisorientierte Austausch zwischen Arbeitsmedizin und Arbeitssicherheit zum Wohl der arbeitenden Menschen“, betonte Prof. Dr. med. Dipl. Ing. Stephan Letzel (Mainz), Vizepräsident der DGAUM und Wissenschaftlicher Leiter der Tagung. In seinem Grußwort machte Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak für die Landesärztekammer Hessen (LÄKH) deutlich, dass diese Tagung die derzeit einzige dieser Art in Hessen sei, und auch der Vernetzung der Kolleginnen und Kollegen in der Region diene. Die LÄKH hat sich für die betriebsärztliche Betreuung durch Änderung der Weiterbildungsordnung Arbeitsmedizin, der Umsetzung der EU-Berufsanerkennungsrichtlinie und der Implementierung der alternativen bedarfsorientierten Betreuung von Arztpraxen (AbBA) besonders engagiert.

Chancen des Präventionsgesetzes

Es wurde erstmals in diesem Rahmen das Präventionsgesetz vorgestellt. Weber konnte im Besonderen auf die gestärkte Bedeutung der Prävention und Gesundheitsförderung in Betrieben eingehen. Für Weber liegt ein klarer Schwerpunkt des Präventionsgesetzes im Settingansatz (Lebensweltenansatz). Dieser hat die Förderung von Gesundheit in alltägliche Lebensbereiche hinein verlegt, beispielsweise Wohnen, Schule und – ganz besonders – den Betrieb. Das Präventionsgesetz sehe auch finanzielle Mittel vor. So werden



pro Versichertem gesetzlicher Krankenkassen sieben Euro aufgewandt, zwei Euro davon für Gesundheit im Betrieb. Kontrovers diskutiert wurde die Realisierung der im Gesetz vorgesehenen Einbindung von Betriebsärzten in die mit Krankenkassen abrechenbaren Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen.

Telemedizin in der Arbeitsmedizin

Über Chancen und Risiken der Telemedizin in der Arbeitsmedizin, auf Grundlage des Dialogprozesses „Arbeit 4.0“ des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, referierte Letzel. Die Telemedizin könne den persönlichen Arztkontakt nicht ersetzen. Sie könne jedoch hilfreich sein, wenn z. B. Arbeitnehmer oder Arbeitgeber, die weit entfernt tätig sind, zu einer ersten Einschätzung zu Arbeitsplatzproblemen ihren Arbeitsmediziner per Telemedizin kontaktieren könnten.

Bandbreite moderner Arbeitsmedizin

Im Rahmen des Impfforums wurden Aspekte arbeitsmedizinisch relevanter Impfungen von Prof. Dr. med. Dirk-Matthias Rose (Mainz) dargestellt. Die Themen reichten von Impfgängsten in Teilen der Bevölkerung über die Stärkung der Impfprävention durch das neue Präventionsgesetz bis zu der nun lebenslangen Gültigkeit der Gelbfieberimpfungen. Prof. Dr. med. Dennis Nowak (München) gab ein praxisbezogenes Update „Pneumologie“. So be-

richtete er von der Sinnhaftigkeit eines neuen Früherkennungsverfahrens für Atemwegserkrankungen analog dem bei Hautkrankheiten erfolgreichen Hautarztverfahren. Praxisrelevant war auch die Vorstellung deutlich individuellerer neuer GLI (Global lung function initiative) Lungenfunktionsreferenzwerte. PD Dr. med. Christoph Oberlinner (Ludwigshafen) stellte das globale Betriebliche Gesundheitsmanagement anhand seiner vorbildlichen Entwicklung bei BASF dar, lange bevor es heutige Arbeitsschutzgesetze oder das Präventionsgesetz gab.

Anlass zur Diskussion gab Rose mit dem Thema „Fume Events: das Sick Building Syndrom im Flugzeug“. Smoke- und Smell-Events (Fume-Events), so Rose, sind ein „extrem seltenes Vorkommnis“ und treten in zirka 0,15 Prozent aller Flüge der zivilen Verkehrsflughfahrt auf. Dabei klagen einzelne Fluggäste und Besatzungsmitglieder über Geruchsbelästigung mit einhergehenden körperlichen Krankheitssymptomen wie Übelkeit und Schwindel. Die Messungen der Kabinenluft hätten bislang keine eindeutigen Ergebnisse geliefert. Dr. med. Jörg Hedtmann (Hamburg) zeigte die Herausforderungen und Tücken der Fahrerlaubnisverordnung für Arbeitsmediziner auf.

Beate Weber-Schnee

Medizinjournalistin

Schuppstr. 37

65191 Wiesbaden

E-Mail: beate.weber-schnee@medcomm.de



20 Jahre Qualitätssicherung in Hessen

Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) feiert Jubiläum mit einem Symposium in der Deutschen Nationalbibliothek in Frankfurt am Main

Am 21. Juni 1995 wurde in einer konstituierenden Sitzung der Grundstein für die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen gelegt, die im November 1995 unter der Leitung von Dr. med. Christof Kugler ihre Arbeit mit drei Projekten aufnahm. Heute betreut die GQH 22 Projekte in elf Fachausschüssen mit über 80 Experten.

Rainer Greunke, Vorsitzender des Lenkungsgremiums der GQH und geschäftsführender Direktor der Hessischen Krankenhausgesellschaft (HKG), eröffnete die Feierlichkeiten und betonte, dass die Entwicklung der GQH auf einer guten und vertrauensvollen Zusammenarbeit zwischen GQH, Leistungserbringern und Trägerorganisationen basiere. Er richtete seinen besonderen Dank an die anwesenden Gründungsväter der GQH, Dr. med. Hubert Schindler (Verband der Ersatzkassen) und Manfred Reeg (HKG) und wies darauf hin, dass die Arbeit der Landesgeschäftsstellen für Qualitätssicherung (LQS) und insbesondere der GQH durch eine Zentralisierung von Aufgaben der Qualitätssicherung auf Bundesebene nicht beschnitten und gefährdet werden dürfe. Projekte samt Datenerhebungen und Datenauswertungen sollten auf Landesebene vielmehr bestehen bleiben. Auch der Leiter der Gesundheitsabteilung des Hessischen Ministeriums für Soziales und Integration (HMSI), Dr. iur. Stephan Hölz, würdigte in seinem Grußwort die Leistungen der GQH und überreichte einen Förderbescheid über 25.000 € im laufenden Jahr für das aktuelle Multi-Resistente-Erreger-Projekt Hessen.

Qualitätsoffensive durch Krankenhausstrukturgesetz (KHSG)?

In einer Podiumsdiskussion, die die Frankfurter Journalistin Petra Boberg moderierte, wurden verschiedene Fragen zum KHSG diskutiert. Als Referenten nahmen teil: Dr. med. Christof Veit (Leiter des Instituts für Qualitätssicherung und Transparenz im Gesundheitswesen, IQTiG),

Dr. med. Regina Klakow-Franck (unparteiisches Mitglied im Gemeinsamen Bundesausschuss, G-BA), Hans Rohn (Patientenvertreter), Jochen Metzner (Leiter des Referats Krankenhausversorgung im HMSI), Rainer Greunke (Vorsitzender des Lenkungsgremiums der GQH und geschäftsführender Direktor der HKG) und Thomas Burmann (AOK Hessen).

Die Qualität der Versorgung in hessischen Krankenhäusern sei bereits gut, könne aber noch besser werden, betonte Metzner. Klakow-Franck wies darauf hin, dass „im internationalen Vergleich in kaum einem anderen Land die stationäre Qualitätssicherung soweit fortentwickelt ist wie in Deutschland“. Mit dem Krankenhausstrukturgesetz sollen noch vorhandene Qualitätsdefizite, wie z.B. bei der Hygienequalität, abgebaut werden. Drei Ziele stünden dabei im Fokus: die Verbesserung der Transparenz, die Einhaltung von Mindestanforderungen und die Weiterentwicklung der Krankenhausplanung unter Einbeziehung von Qualitätsindikatoren. Veit betonte, dass mit den im KHSG geforderten Qualitätsindikatoren eine qualitativ hochwertige Versorgung gewährleistet und die Funktionsweise des Gesundheitssystems für Patienten verbessert werden solle. Er fordert in diesem Zusammenhang, dass die Qualitätsberichte transparenter werden sollten, um den Patienten „orientierende Antworten geben zu können“. Er lobte diesbezüglich die „sehr guten“ Berichte der GQH. Metzner und Burmann waren sich einig, dass Krankenhäuser, die Qualitätsdefizite bei bestimmten Leistungen nicht beheben, diese Leistungen möglicherweise nicht mehr anbieten können. Nach transparenter Umsetzung der Qualitätsindikatoren sollten die Patienten selbst entscheiden können, wo sie sich behandeln lassen, forderte Rohn. Veit ergänzte, dass nicht das Gesamtgeschehen qualitativ mit Indikatoren abzubilden sei, sondern vielmehr einzelne Strukturen, Prozesse und Ergebnisse. Klakow-Franck kündigte an, dass das Verfah-

ren zur Identifikation der Qualitätsindikatoren schrittweise umgesetzt würde. Zunächst werde geprüft, ob bereits bestehende Qualitätsindikatoren für diese Fragestellung relevant seien. In einem zweiten Schritt würden neue Strukturanforderungen konzipiert und anschließend fachabteilungsbezogene Qualitätsindikatoren entwickelt. Auch die Frage nach Mindestmengen in der stationären Versorgung wurde kontrovers diskutiert. Während Burmann Mindestmengen für notwendig hält, um eine qualitativ hochwertige Versorgung in hessischen Krankenhäusern anbieten zu können, forderte Metzner, dass es auch Ausnahmen geben müsse. Häuser, die (z.B. aufgrund von Besonderheiten ihres Versorgungsauftrages) Mindestmengen für bestimmte Leistungen nicht erreichen können, sollten diese trotzdem anbieten können, sofern deren Qualität gewährleistet sei. Die Diskussions Teilnehmer waren sich einig, dass Mindestmengen nur ein Parameter von vielen für die qualitätsorientierte Krankenhausplanung sein können. Vermehrt sollten dagegen Versorgungsdaten der Krankenkassen und Ergebnisse gezielter Patientenbefragungen zur Qualitätsmessung stationärer und sektorenübergreifender Versorgung genutzt werden.

Bunter Mix an Diskussionsthemen

Multiresistente Erreger, Qualitätssicherungsmaßnahmen in der stationären Versorgung und externe Qualitätssicherung waren weitere Themen der Diskussion. So stellte Prof. Dr. med. Ursel Heudorf, stellvertretende Leiterin des Gesundheitsamtes Frankfurt am Main, das MRE-Netzwerk Rhein Main vor. Zu Wort kamen außerdem PD Dr. med. Christian Brandt (Zentrum der Hygiene am Universitätsklinikum Frankfurt am Main) mit einer aktuellen Übersicht über MRE als Problem im Krankenhaus und Dr. med. Christiane Langendörfer (ärztliche Referentin der Geschäftsstelle Qualitätssicherung Baden-



Württemberg) über das MRE-Projekt in Baden-Württemberg. Dr. med. Björn Misselwitz (Leiter der GQH) präsentierte das MRE-Projekt Hessen. Nicht unerwähnt blieb die bereits über 20 Jahre andauernde erfolgreiche Projektarbeit der GQH, die von deren Projektleiterin Dr. med. Birthe Schmitt-Reiher präsentiert wurde. Prof. Dr. med. Manfred Kaps (Direktor der Neurologischen Klinik am Universitätsklinikum Gießen) erläuterte, wie gute Daten der externen stationären Qualitätssiche-

rung eine verbesserte Schlaganfallversorgung ermöglichen und Prof. Dr. med. Andreas Zielke (Chefarzt am Diakonie-Klinikum Stuttgart) berichtete über die Revitalisierung des Strukturierten Dialoges Cholezystektomie durch das Peer Review Verfahren (siehe Kasten). Prof. Dr. med. Rolf Maier (Direktor der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin, Universitätsklinikum Marburg) schloss diesen Themenblock mit einem Vortrag über die hessische Perinatalerhebung im europäischen Vergleich.

Dr. med. Björn Misselwitz
Leitung der Geschäftsstelle

Claudia Herrler
Projektmanagement

Geschäftsstelle
Qualitätssicherung Hessen
Frankfurter Straße 10–14
65760 Eschborn

Peer Review Cholezystektomie

Ein Qualitätssicherungsprojekt der GQH und der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) zur Verbesserung der stationären viszeralchirurgischen Versorgung

Im Auftrag der Hessischen Selbstverwaltung (Krankenkassenverbände und Krankenhausgesellschaft) und in Kooperation mit der LÄKH führt die GQH seit September 2014 Peer Reviews im Leistungsbe- reich Cholezystektomie durch. Peer Review in der Medizin bedeutet die Konsultation eines ärztlichen Kollegen, der auf Augenhöhe und im kollegialen Miteinander medizinische Sachverhalte analysiert und Verbesserungspotenziale inklusive Lösungsansätze aufzeigt. Das Verfahren basiert auf den Prinzipien Freiwilligkeit, Vertrauen, Respekt, Wertschätzung und der Bereitschaft, voneinander lernen zu wollen. Es erhebt, analysiert und bewertet die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität in Kliniken mit Hilfe eines standardisierten Vorgehens und hat zum Ziel, die ärztliche Behandlungsqualität zu verbessern.

Grundsätzlich ist das Peer Review Cholezystektomie eng an das von der Bundesärztekammer entwickelte Curriculum angelehnt. Es beinhaltet spezifische Aspekte (z. B. Beobachtung einer Gallenblasenoperation), die es von bereits etablierten Verfahren (z.B. Peer Review in der Intensivmedizin) abhebt. Auch die Anbindung an die externe stationäre Qualitätssicherung (esQS) ist neu und könnte sowohl für weitere Verfahren der esQS, als auch für zukünftige sektorübergreifende QS-Verfahren Vorbildcharakter haben.

Ein Peer Review Team umfasst mindestens zwei geschulte viszeralchirurgische Peers, einen im Verfahren geschulten Mitarbeiter der GQH und optional einen Mitarbeiter der LÄKH. Voraussetzung für eine Peertätigkeit sind eine langjährige klinische Tätigkeit als Facharzt für Chirurgie mit dem Schwerpunkt Visceralchirurgie in verantwortlicher Position (Chefarzt oder leitender Oberarzt) sowie die Teilnahme an der Qualifizierungsmaßnahme zum Peer gemäß dem Curriculum „Ärztliches Peer Review“ der Bundesärztekammer.

Ein Peer Review Verfahren ist mit einem Arbeitstag angesetzt. Es beginnt mit einem Vorgespräch der Peers zu den vorliegenden Dokumenten (Selbstauskunftsbogen der besuchten Klinik und Sichtung der Auswertungen zur Qualitätssicherung im Modul Cholezystektomie). Nach der Begrüßung der Teilnehmer wird der Selbstauskunftsbogen (Fragebogen zu Parametern der Struktur- und Prozessqualität der Abteilung) mit dem Chefarzt und ggf. den beteiligten Oberärzten besprochen. Hier werden u. a. folgende Aspekte hinterfragt und von den Peers ggf. neu bewertet:

- Prozessorganisation der Dokumentation der Daten für die gesetzliche Qualitätssicherung Cholezystektomie
 - Organisation der prä- und postoperativen Behandlung der Cholezystektomie
 - Organisation der Abläufe im OP bei der Cholezystektomie
 - Prozesse zur Sicherheitskultur
- Zentraler Aspekt des Projekts ist die beobachtende Teilnahme an einer Cholezystek-

tomie. Hierbei werden von den viszeralchirurgischen Peers die Abläufe von der Ein- bis zur Ausschleusung des Patienten aus dem OP beobachtet und mit Hilfe einer Checkliste strukturiert bewertet. Parallel dazu erfolgt die Validierung zufällig und gezielt ausgewählter Akten im Kontext der entsprechenden Dokumentation im Rahmen der esQS durch den Mitarbeiter der GQH. Die nachfolgende Besprechung aller Peers dient zum einen der inhaltlichen Begutachtung bestimmter „Problemfälle“ anhand der Akte (z. B. aufgetretene Komplikationen oder Todesfälle), zum anderen der abschließenden Bewertung der Prozess- und Strukturqualität in der besuchten Abteilung. Beides wird im Anschluss daran mit dem Chefarzt und ggf. weiteren Mitarbeitern der Klinik in Form einer sogenannten SWOT-Analyse besprochen. In einem weiteren Schritt erfolgt die gemeinsame Definition von Zielen samt der Festlegung eines Zeitpunktes, um die Ziele im Rahmen einer Nachbefragung sechs Monate nach der Begehung zu überprüfen.

Mittlerweile erfolgten zehn Peer Reviews in hessischen sowie in einer saarländischen Klinik, weitere acht Begehungen sind im Laufe dieses Jahres noch geplant.

Die nächste Schulung für Peer-Review Verfahren Cholezystektomie findet vom 8.–9.12.2016 in Bad Nauheim statt. Informationen/Anmeldung siehe Seite 524 (Qualitätsmanagement) und im Internet unter: www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/Aerztliches_Peer-Review_Cholezystektomie

Protestnote zum „Asylpaket II“

des Frankfurter Arbeitskreises Psychoanalytische Psychotherapie (FAPP)

Der Frankfurter Arbeitskreis Psychoanalytische Psychotherapie (FAPP) ist ein seit 30 Jahren bestehender Zusammenschluss von etwa 110 Ärztinnen und Ärzten im Rhein-Main-Gebiet. Die meisten sind Fachärztinnen und Fachärzte verschiedener Fachrichtungen (vorwiegend Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sowie Fachärzte für Psychosomatik und Psychotherapie). Gemeinsam ist allen, dass sie eine psychotherapeutische Zusatzausbildung haben in tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie oder Psychoanalyse.

Wir nehmen hiermit Stellung zu dem im Februar dieses Jahres beschlossenen „Gesetz zur Einführung beschleunigter Asylverfahren (genannt „Asylpaket II“). Dieses bezieht auch Menschen mit ein, die unserer Fachkompetenz bedürfen.

Das Gesetz behandelt unter anderem politisch beschlossene Grundlagen für eine Abschiebung kranker Flüchtlinge. In § 60 Abs.7 wird ausgeführt, dass nur eine erhebliche und konkrete Gefahr aus gesundheitlichen Gründen ein Abschiebehindernis ist. Diese erhebliche und konkrete Gefahr bestehe aber nur dann, wenn lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen vorliegen. Eine Posttraumatische Belastungsstörung sowie bereits vor der Einreise nach Deutschland bestehende Krankheiten stehen nach Gesetzesbegründung einer Abschiebung nicht grundsätzlich entgegen. Nur mit einer „qualifizierten ärztlichen Bescheinigung“ könne der Betroffene einer Abschiebung entgegenste-

hende gesundheitliche Gründe vorbringen. Eine solche „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ vermag den kranken Flüchtling vor Abschiebung aber auch nur dann schützen, wenn diese Bescheinigung unverzüglich, das heißt ohne schuldhaftes Verzögern von den Betroffenen, der zuständigen Behörde vorgelegt wird. Zwei Wochen dürfen ohne Begründung nicht überschritten werden.

Als Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des FAPP bestehen wir auf dem Recht psychisch Kranker auf einen sachgerechten, professionellen Umgang mit ihnen. Auf unser Fachgebiet bezogen heißt dies, dass die Anwendung von psychiatrischem und psychotherapeutischem Fachwissen durch darauf spezialisierte Kolleginnen und Kollegen zur Anwendung kommen muss. Wir befürchten, dass wir als kompetente Berufsgruppe aus der Entscheidungsfindung, ob ein Flüchtling schwer psychisch krank ist und deshalb nicht abgeschoben werden kann, ausgeschlossen werden.

Einem hier fremden, psychisch besonders schwer belasteten Menschen wird de facto abverlangt, innerhalb kurzer Zeit eine „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ vorzulegen. Dies, und erst recht die Vorstellung bei einem Facharzt für Psychiatrie oder Psychosomatik oder einem Psychotherapeuten, stellt für manche Betroffenen eine unüberwindliche Barriere dar: Man muss in einem engen Zeitfenster einen entsprechenden Facharzt oder Psychotherapeuten finden, die Sprachbarriere überwinden, die Diagnostik durchlaufen und eine entsprechende Bescheinigung ausgestellt bekommen. Wir sind der Meinung, dass eine derartige Barriere einen menschlich und fachlich adäquaten Umgang für die Betroffenen und die medizinischen Fachkräfte behindert oder manchmal sogar verhindert.

Ein oberflächliches und verkürztes Verfahren, ohne ausreichende Fachkunde und Zeit, nimmt weder die Erkrankten noch die Behandler ernst, denn ein solcher Umgang mit psychischen Krankheiten ver-

mittelt den Eindruck, dass psychische Krankheiten „doch nicht so schlimm sind“. Eine Posttraumatische Belastungsstörung ist eine schwere Krankheit und sie, wie auch andere psychische Krankheiten (schwere Depressionen und Psychosen), können lebensbedrohlich sein, weil sie zum Suizid führen können oder zu einer solchen Verschlechterung, dass das (Über-)Leben im Herkunftsland nicht sicher oder bezüglich der psychischen und somatischen Gesundheit nicht gewährleistet ist. Dieses zu beurteilen, obliegt unserer Fachkompetenz.

Eine Beschleunigung des Verfahrens in der Weise, dass psychiatrisch-psychotherapeutisches Wissen eher umgangen als genutzt wird, ist weder professionell noch human. Das Gebot der Humanität speist sich bei uns in Deutschland tätigen Ärzte und Psychotherapeuten auch aus dem Gedanken an den Umgang von großen Teilen der deutschen Ärzteschaft mit psychisch Kranken während der Zeit des Nationalsozialismus.

Unser Protest als Mitglieder der FAPP-Ärzte appelliert an die Zuständigen, ihre Entscheidungen entsprechend sorgfältig zu überdenken und so zu korrigieren, dass eine sachgerechte Entscheidung möglich wird.

Im Auftrag der Mitglieder und des Vorstandes des FAPP:

Maja Vukmanic
Psychoanalytikerin,

Dr. med. Brigitte Wiemann-Djafari
Ärztin für Psychiatrie und
Psychotherapie, Psychotherapeutin,
FAPP-Vorstandsvorsitzende

Genderneutrale Sprache

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

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

Vgl. zum Thema die Berichterstattung im HÄBL 05/2016, S. 267–279

Start des ambulanten Malteser Hospizdienstes in Frankfurt

25 qualifizierte Ehrenamtliche begleiten am Lebensende

Die Hospizarbeit ist für die Malteser nicht neu, doch in Frankfurt am Main gab es einen entsprechenden Dienst bisher noch nicht. Die Nachfrage nach einer psychosozialen Begleitung als Ergänzung des gut etablierten Palliativ- und Hospiznetzwerkes ist jedoch vorhanden und wird in Zukunft weiter zunehmen. Daher möchte der ambulante Malteser Hospizdienst künftig auch in Frankfurt aktiv werden. Die ehrenamtlichen Helfer werden zu Wegbegleitern am Lebensende ausgebildet und während ihrer Einsätze durch qualifizierte hauptamtliche Mitarbeiter und durch Supervision betreut. Der Hospizdienst wird von den Krankenkassen gefördert

und ist für den Patienten und seine Angehörigen kostenfrei.

Durch das qualifizierte bürgerschaftliche Engagement möchte der ambulante Malteser Hospizdienst dazu beitragen, dass kranke, alte und sterbende Menschen ihren Platz in der Frankfurter Gesellschaft behalten und ihrem Wunsch entsprechend Zuhause und in Pflegeeinrichtungen sterben können.

Ansprechpartnerin:
Kathrin Sommer, M.A.
Koordinatorin ambulanter Malteser
Hospizdienst Frankfurt
Schmidtstraße 67, 60326 Frankfurt
www.malteser-frankfurt.de

Integrationslotsen

„Integrationslotsen“ ist ein neues Projekt von Malteser für den ehrenamtlichen Dienst mit Asylbewerbern, anerkannten Flüchtlingen und Zuwanderern. Die Integrationslotsen übernehmen Patenschaften und unterstützen Flüchtlinge beim Ankommen in Deutschland. Die Lotsen sind in ihrem Umfeld gut vernetzt und kennen lokale Herausforderungen und mögliche Stolpersteine. Sie geben Orientierung bei alltäglichen Problemstellungen begleiten beim Gang zu Ämtern oder Behörden. Darüber hinaus verschaffen die Lotsen ihren Paten soziale Kontakte mit Deutschen, unterstützen sie beim Erlernen und der Anwendung der deutschen Sprache und bringen ihnen die deutsche Kultur näher.

Informationen finden Sie im Internet:
www.malteser-frankfurt.de

Ärztekammer

Acht Nationen in der Carl-Oelemann-Schule

Junge Migranten und Flüchtlinge informieren sich über Berufe im Gesundheitswesen

Zum zweiten Mal organisierte die Carl-Oelemann-Schule vom 20. bis 22. Juni 2016 das dreitägige Praktikum „HeFmediT“ (Heranführung von Flüchtlingen im jungen Erwachsenenalter an medizinische Themenfelder in der Berufsausbildung), an dem in diesem Jahr Schülerinnen und Schüler der Friedrich-Feld-Schule aus Gießen und der Martin-Behaim-Schule aus Darmstadt teilnahmen.

Gut vorbereitet zeigten sich die elf Schülerinnen und Schüler aus acht Nationen bei der einführenden Berufsorientierung. Hier lernten sie auch weniger geläufige medizinische Fachberufe kennen, erarbeiteten deren Aufgabenschwerpunkte und fanden Interesse an ihnen bisher unbekannten Berufen im Gesundheitswesen. In praktischen Übungen wie Blutzuckerbestimmung, Blutdruckmessen, Urin untersuchen, Mikroskopieren und Verbände anlegen, die übergreifend in vielen medizinischen Berufen ausgeführt werden, konnten die Teilnehmer medizinische Tätigkei-



Gruppenfoto der Praktikums Teilnehmer mit Lehrerin Christina Lang von der Friedrich-Feld-Schule (1. Reihe, 2. von links) und dem Unterrichtsteam der Carl-Oelemann-Schule (hintere Reihe)

ten ausprobieren. Die richtige Händedesinfektion als wichtiges Hygienethema konnten sie unter UV-Licht überprüfen. Das Praktikum bestärkte Najmeh aus Afghanistan in ihrem Berufswunsch „Medizinische Fachangestellte“: „Ich habe viel für mein Praktikum in der Arztpraxis gelernt.“ „Mir ist jetzt klar geworden, dass ich doch nicht in einem medizinischen Beruf arbei-

ten möchte“, war die Erkenntnis anderer Teilnehmer.

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer waren sich einig: Sie haben viel gelernt in den drei Tagen und sind in ihren Überlegungen zur Berufswahl ein gutes Stück weitergekommen.

Gabriele Brüderle-Müller
Assistentin der Schulleitung



Anette Jung – seit 25 Jahren in der Rechtsabteilung der Landesärztekammer Hessen tätig

Mit großer Sachkenntnis und viel Leidenschaft bearbeitet Anette Jung Anfragen rund um die Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ). Sie gibt fachlich fundierte Auskünfte an anfragende Kammermitglieder ebenso wie sie Patienten das Bearbeitungsprozedere einer Beschwerde über einen Arzt / einer ärztlichen Liquidation nahebringt.

Insbesondere bei dem Thema Abrechnung der ärztlichen Leichenschau vermag sie den Spagat zwischen einer unzulänglichen Honorierung dieser anspruchsvollen ärztlichen Leistung einerseits und dem durch den Verlust eines Angehörigen oftmals sehr sensiblen An-

fragenden andererseits durch ihre vermittelnde Art zu meistern.

Hier kommt Anette Jung, die ausgebildete Rechtsanwalts- und Notarfachangestellte ist und vor ihrem Eintritt in die Landesärztekammer Hessen in der Verwaltung eines Krankenhauses mit angegliederter Patientenbetreuung arbeitete, ihre Auszubildereignung für den öffentlichen Dienst zugute. Diese Befähigung erlangte sie durch das Hessische Ministerium des Inneren in 1996, ergänzt um die ein Jahr später von der IHK Frankfurt anerkannte Auszubildereignung für die gewerbliche Wirtschaft. Auch ihr Engagement als Personalratsmitglied über zwei Wahlperioden – da-

von eine als stellvertretende Personalratsvorsitzende – dürften viel dazu beigetragen haben, dass Anette Jung ein ausgeprägtes Gespür für die Anliegen aller zu „ihren“ Themen Ratsuchenden entwickelt hat.

Die Geschäftsführung der Landesärztekammer Hessen sowie alle Kolleginnen und Kollegen des Justitiariats gratulieren Anette Jung zu diesem Jubiläum verbunden mit einem herzlichen Dankeschön für das bisher Geleistete.

Manuel Maier

Justitiar der LÄKH

Cornelia Rupp-Siemer

Stellv. Justitiarin der LÄKH

Vorankündigung

Traumafolgen verstehen und behandeln

Gemeinsame Fachtagung der Landesärztekammer Hessen und der Psychotherapeutenkammer Hessen am 2./3. Dezember 2016 im Haus am Dom in Frankfurt

Die diesjährige Tagung widmet sich dem Thema Trauma und seinen möglichen, sehr verschiedenartigen Erkrankungsfolgen. Egal, ob Trauma in Form von Krieg, Folter, Verfolgung und Vertreibung ganze Volksgruppen bzw. Nationen trifft oder als Misshandlung, Unfall, Katastrophe nur ein Individuum bzw. eine umgrenzte Gruppe – es wird als äußeres Ereignis seelisch wie physisch im Einzelnen verarbeitet. Ein Trauma wirkt mehr oder weniger dauerhaft fort und hinterlässt im weiteren Lebensweg der Betroffenen entscheidende Spuren.

Anmelden können Sie sich unter:

<http://www.ptk-veranstaltung.de> oder per E-Mail an: veranstaltung@ptk-hessen.de

Kostenbeitrag: Die Teilnahme am Freitag ist kostenfrei. Die Tageskarte am Samstag kostet 80 Euro inklusive Verpflegung. Der Eintritt für Studierende und Psychotherapeuten in Ausbildung ist frei.

Freitag, 02. Dezember 2016

19:30 Uhr Begrüßung

Jochen Klauenflügel, Vorsitzender des Gemeinsamen Beirats

20:00 Uhr Flucht und Trauma bei Kindern und Erwachsenen

Dr. phil. Marianne Rauwald, Institut für Traumabearbeitung und Weiterbildung Frankfurt

Samstag, 03. Dezember 2016

09:00 Uhr Begrüßung und Eröffnung

Martin Franke, Vorsitzender des Gemeinsamen Beirats

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident der Landesärztekammer
Alfred Krieger, Präsident der Psychotherapeutenkammer Hessen

09:30 Uhr Frühkindliche Traumata und ihre Behandlung

Prof. Dr. phil. Éva Hédevári-Heller, Internationale Psychoanalytische Universität, Berlin

10:15 Uhr Psychosomatische Folgen extremer Traumatisierung

Prof. Dr. med. Johannes Kruse, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Gießen und Marburg (UKGM)

11:30 Uhr Wirksamkeit unterschiedlicher Interventionen bei Traumafolgestörungen

PD Dr. rer. nat. Regina Steil, Goethe Universität Frankfurt

12:15 Uhr Trauma und Psychose

Dr. med. Franz Ebner, Oberursel

ab 14:00 Uhr 5 Workshops zu unterschiedlichen Themen

Das vollständige Programm & Abstracts finden Sie im Internet:

<http://lppkjp.de/veranstaltungen-2016>

Medizin-Absolventenfeier in Marburg



Foto: Philipps-Universität, Fb. Medizin

Feierstunde zum bestandenen Examen in Humanmedizin (von links): Studiendekan Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger, Dekan Prof. Dr. Helmut Schäfer, Absolventinnen und Absolventen, Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf und Dr. med. Paul Otto Nowak

123 Absolventen, davon 74 Frauen (ein Anteil von 60 Prozent), haben erfolgreich ihr Examen in Humanmedizin an der Philipps-Universität Marburg abgelegt. In der historischen Aula der Alten Universität wurden den in Talaren und Doktorhut mit roter Quaste festlich gekleideten angehenden Ärztinnen und Ärzten die Urkunde durch den Dekan Prof. Dr. Helmut Schäfer, den Studiendekan Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger und den Vorsitzenden des Vereins „Alumni Medizin Marburg e. V.“

Prof. Dr. med. Rainer Moosdorf in einer würdigen Feier überreicht.

Als Vertreter der Landesärztekammer Hessen sprach der Bezirksvorsitzende Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak Grußworte, stellte die Ärztekammer vor und wünschte den neuen Kolleginnen und Kollegen viel Glück und Erfolg für ihren weiteren Weg. Sein Fazit: Die Medizin ist weiblich geworden.

Gabriele Stähr

Bezirksärztekammer Marburg

- 13.09.: Dr. med. Rosmarie Feig-Pontani, Weilburg, Bezirksärztekammer Wiesbaden
- 14.09.: Dr. med. Renate Naumann, Kassel, Bezirksärztekammer Kassel
- 24.09.: Prof. Dr. med. Volkmar Sigusch, Frankfurt, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 12.10.: Dr. med. Edgar Schmutte, Dreieich, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 13.10.: Dr. med. Rolf Croon, Bad Homburg, Bezirksärztekammer Frankfurt/Main
- 13.10.: Dr. med. Herbert Kaufmann, Biebertal, Bezirksärztekammer Gießen
- 18.10.: PD Dr. med. Georg Mühlberger, Weimar, Bezirksärztekammer Marburg
- 19.10.: Dr. med. Abbas Falsafi, Kassel, Bezirksärztekammer Kassel
- 20.10.: Dr. med. Hallfrid Otto, Kelkheim, Bezirksärztekammer Frankfurt/M
- 27.10.: Dr. med. Peter Rosenkranz, Gießen, Bezirksärztekammer Gießen

Bücher



Volker Bühren, Marius J. B. Keel, Ingo Marzi et al.: Checkliste Traumatologie

8. vollständig überarbeitete Auflage
Thieme Verlag 2016
656 S., 580 Abb., € 49.99
Print ISBN 9783135981086
E-Book: ISBN 9783132403550

Es handelt sich um ein handliches Taschenbuchformat im Softcover. Ein einmalig gültiger Zugangscode zum Schnellzugriff auf die Buchinhalte im Internet ist auf der Einbandrückseite mitgegeben. Die Kapitelteilung ist zum schnelleren Auffinden farblich abgesetzt. Das erste Kapitel (grau) umfasst die Erstversorgung mit diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen am Unfallort oder in der Ambulanz, ausgehend von Erstmaßnahmen bei Patienten ohne vitale Bedrohung. Es folgt das Management schwerer Verletzungsformen, Schockbehandlung, Zugangswege, apparative diagnostische Maßnahmen zu adjuvanten Verfahren und Therapien. Das zweite Kapitel (grün) beschreibt die Organtraumen von Schädel-Hirn-Traumen über Rückenmarksläsionen, Thorax-, Lungen-, Herzverletzungen, abdominelle Traumata, Urogenital-

verletzungen, Weichteilverletzungen, Sportverletzungen bis zu Komplikationsbehandlungen. Kapitel 3 (blau) listet die Traumatologie des Skelettsystems auf. Hier wird sehr ausführlich auf konservative und operative Frakturbehandlung eingegangen. Ein ausführlicher Unterpunkt ist den Handverletzungen gewidmet, von einfachen Traumata bis zum Management komplexer Handverletzungen.

Das letzte Kapitel (rot) beinhaltet allgemeine Techniken zum Thema, ausgehend von Wundversorgung, über Verbände und Schienen, Nahttechniken, Gewebetransfers und Osteosynthesetechniken bis zu funktionellen Nachbehandlung und Rehabilitation sowie Begutachtung. Die einzelnen Kapitel sind sehr übersichtlich und logisch gegliedert. Zahlreiche, sehr gut dargestellte Schemazeichnungen verdeutlichen zusätzlich. Wichtige Anmerkungen und Hinweise sind in farblich unterlegten Kästen schnell erkennbar aufzufinden. Zahlreiche Fotos und Röntgenbilder ergänzen die straffen, prägnanten Sätze bzw. Stichworte. Insgesamt ist das Buch vor allem für den jungen Kollegen in der Notfallambulanz ein wertvoller Helfer, um sich in Kürze über die wichtigsten Situationen zu informieren, aber es ist auch durchaus als Kompendium zum schnellen Auffrischen zwischendurch für den Erfahrenen bestens geeignet. Fazit: sehr empfehlenswert.

Michael Waldeck

Bezirksärztekammer Darmstadt

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060028681 ausgestellt am 29.01.2013 für Dr. med. Attila Bakk, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039398 ausgestellt am 04.08.2015 für Mariem Ben Salah, Ober-Olm

Arztausweis-Nr. 060042363 ausgestellt am 16.03.2016 für Dr. med. Sigrid Berger, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060033020 ausgestellt am 24.03.2014 für Dr. med. Wolfgang Braun, Schlüchtern

Arztausweis-Nr. 060042990 ausgestellt am 02.05.2016 für Dr. med. Onome Peter Edafiogho, Nieder-Olm

Arztausweis-Nr. 060026974 ausgestellt am 24.08.2012 für Dr. med. Harald Fischer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060035666 ausgestellt am 14.10.2014 für Sabine Fruth, Amöneburg

Arztausweis-Nr. 060030609 ausgestellt am 23.07.2013 für Johannes Gfesser, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060039861 ausgestellt am 10.09.2015 für Ammar Haeidar, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060023146 ausgestellt am 08.12.2011 für Prof. Dr. med. Joachim Hoyer, Marburg

Arztausweis-Nr. 060039790 ausgestellt am 07.09.2015 für Michaela Hubracht, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060043584 ausgestellt am 16.06.2016 für Doctor-medic Andrei Joita, Uslar

Arztausweis-Nr. 060028637 ausgestellt am 24.01.2013 für Svetlana Kaplun, Limburg

Arztausweis-Nr. 060022783 ausgestellt am 08.11.2011 für Dr. med. Ann-Christin Kirchner, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060028879 ausgestellt am 11.02.2013 für PD Dr. med. Michael Knipper, Gießen

Arztausweis-Nr. 060031349 ausgestellt am 14.10.2013 für Prof. Dr. med. Frank Koch, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060041675 ausgestellt am 28.01.2016 für Prof. Dr. med. Antonio Krüger, Marburg

Arztausweis-Nr. 060021769 ausgestellt am 02.08.2011 für Dr. med. Nona Mazhari, Gießen

Arztausweis-Nr. 060021916 ausgestellt am 12.08.2011 für Petra Michel-Leutheuser, Lich

Arztausweis-Nr. 060032745 ausgestellt am 27.02.2014 für Melanie Möck, Ilvesheim

Arztausweis-Nr. 060039004 ausgestellt am 06.07.2015 für Catharina Müller, Gießen

Arztausweis-Nr. 060025811 ausgestellt am 27.04.2012 für Dr. med. Ralph Petersen, Rüsselsheim

Arztausweis-Nr. 060043386 ausgestellt am 01.06.2016 für Dr. med. Rita Pinkowski, Pohlheim

Arztausweis-Nr. 060043682 ausgestellt am 22.06.2016 für Nadine Schickert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060042088 ausgestellt am 26.02.2016 für Bettina Schinhammer-Schmuck, Hadamar

Arztausweis-Nr. 060022943 ausgestellt am 23.11.2011 für Dr. med. Sabine Schmatloch, Kassel

Arztausweis-Nr. 060025758 ausgestellt am 24.04.2012 für Dr. med. Claudia Schmidt, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060043678 ausgestellt am 22.06.2016 für Horst Schmidt, Karben

Arztausweis-Nr. 060042939 ausgestellt am 29.04.2016 für Beate Schneider, Echzell

Arztausweis-Nr. 060024540 ausgestellt am 06.02.2012 für Paul Stegert, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060042983 ausgestellt am 02.05.2016 für Petra von Hillebrandt-Friedrich, Rödermark

Arztausweis-Nr. 060042441 ausgestellt am 22.03.2016 für Dip.-Med. Nokuthula Wolf, Hanau

Arztausweis-Nr. 060043730 ausgestellt am 27.06.2016 für Yonita Yancheva, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060033262 ausgestellt am 09.04.2014 für Mohamed Zedan, Kassel

Bezirksärztekammer Marburg

Bezirksärztekammer Wiesbaden

Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer für Detlev Kann

Für seine Verdienste um die Notfallmedizin ist der Arzt Detlev Kann mit der Ehrenplakette in Silber der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) ausgezeichnet worden, überreicht von Dr. med. Edgar Pinkowski als Vertreter des Prä-



Überreichung der Ehrenplakette: Dr. med. Edgar Pinkowski, Detlev Kann, Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak (von links)

sidiiums und Dr. med. Paul Otto Nowak, Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses Notfallversorgung und Katastrophenmedizin. Vita:

- 1975 Approbation als Arzt an der JLU Gießen, • 1981 Facharzt für Arbeitsmedizin, • 1995 Facharzt für Allgemeinmedizin, • 1984 Fachkunde Rettungsdienst, • 1989 Fachkunde Leitender Notarzt, • 2003 Fachkunde Ärztlicher Leiter Rettungsdienst und • 2005 Anerkennung Zusatzbezeichnung Notfallmedizin.

Kann arbeitete als Allgemein- und Arbeitsmediziner und bis zu seinem Ruhestand 2015 als Ärztlicher Leiter Rettungsdienst für die Stadt und den Landkreis Kassel. Seit 1975 ist er als Notarzt in Kassel im Einsatz, seit 1994 außerdem tätig als verantwortlicher Schularzt der Hildegard-Vötterle-Rettungsdienstschule des DRK-Kreisverbandes Kassel-Wolfhagen. Er hat bisher über 2500 Frauen und Männer im Bereich Rettungsdienst mitausgebildet. Seit 2001 ist Kann im Vorstand der Arbeitsgemeinschaft in Hessen tätiger Notärzte aktiv und seit 2008 als 1. Vorsitzender. Er ist Mitherausgeber der Zeitschrift „Der Notarzt“. 1989 war Kann Mitbegründer der LÄKH-Kurse zum Leitenden Notarzt (LNA) und hat sie von 1993 bis 2015 als Ärztlicher Kursleiter begleitet. Seit 2004 ist er Mitglied im LÄKH-Ausschuss „Notfallversorgung und Katastrophenmedizin“, dem er weiterhin angehört.

Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak

Vorsitzender des LÄKH-Ausschusses
Notfallversorgung und Katastrophenmedizin

Buchtipps

Klinisches Handbuch der WHO: Gesundheitliche Versorgung von Frauen, die Gewalt in der Partnerschaft oder sexuelle Gewalt erfahren (2. Auflage)

- Zielgruppe: Fachkräfte der Gesundheitsversorgung.
- Inhalt: Das Buch bietet praktische Hilfe für die Versorgung der Gewaltopfer, mit Tipps zur Gesprächsführung und Aspekten der medizinischen Behandlung.
- Das Handbuch kann kostenfrei bestellt werden per E-Mail unter: info@signal-intervention.de. Die pdf-Version kann auf der Website unter www.signal-intervention.de abgerufen werden.

Kongress: 20 Jahre Psychosomatik im Hospital zum Heiligen Geist

Kongress zum 20-jährigen Bestehen der Psychosomatischen Klinik im Hospital zum Heiligen Geist in Frankfurt, mit Vorträgen zu Schwerpunkten der psychosomatischen Forschung und Therapie.

- **Eintritt frei**
- **Termin:** 8. Oktober 2016, 9–13 Uhr
- **Ort:** Haus am Dom, Domplatz 3, 60311 Frankfurt
- **Vorträge:** 9.15–10.10 Uhr: Neurobiologie und Epigenetik in der Psychosomatik – Deutsche und internationale Trends in der psychosomatischen Behandlung (Prof. Dr. med. Harald Gündel)

10.10–11 Uhr: Depression und körperliche Erkrankung – Wechselwirkungen und psychosomatische Behandlung (Prof. Dr. med. Johannes Kruse)
11.30–12.30 Uhr: 20 Jahre Erfahrungstransfer nach China: Deutsche Psychosomatik und Psychotherapie in einer Umbruchgesellschaft (PD Dr. med. Dipl.-Soz. Alf Gerlach)

- **Wissenschaftliche Leitung:** Chefarzt Dr. med. Wolfgang Merkle Hospital zum Heiligen Geist
- **Informationen** zum Programm: www.hospital-zum-heiligen-geist.de
- **Ansprechpartner** per E-Mail: goebel.sabine@hohg.de

Wir gedenken der Verstorbenen

Dr. med. Wolfgang Böhmert,
Bad Sooden-Allendorf
* 12.09.1939 † 22.06.2016

Dr. med. Hannelore Ganu-Zahn,
Udenheim
* 25.10.1932 † 22.01.2016

Horst Karlheinz Grieser, Frankfurt/M
* 08.06.1962 † 01.05.2016

Dr. med. Marianne Groll,
Frankfurt/M
* 29.05.1921 † 17.03.2014

Dr. med. Gerhard Gutjahr, Wiesbaden
* 05.09.1952 † 10.03.2016

Prof. Dr. med. Klaus Havemann, Marburg
* 03.01.1932 † 29.05.2016

Dr. med. Rolf Hering, Hofgeismar
* 30.10.1937 † 02.07.2016

Prof. Dr. med. Ferdinand Klimt, Weimar
* 25.06.1927 † 02.05.2016

Peter Laß-Tegethoff, Gießen
* 21.10.1965 † 24.04.2016

dr. (MU Pecs) Gabor Anton Mischke,
Karlstein
* 28.03.1957 † 05.05.2016

Dr. med. Ulrich Christoph Mohs, Kassel
* 26.10.1931 † 21.03.2013

Dr. med. Dr. med. dent.
Joachim Neubert, Hammersbach
* 02.03.1952 † 13.05.2016

PD Dr. med. Volker Niemeier,
Gießen
* 02.02.1964 † 24.05.2016

Dr. med. Joseph Pannenbecker,
Bad Camberg
* 05.01.1916 † 16.05.2016

Dr. med. Juergen Renfer,
Staufenberg
* 09.03.1938 † 29.06.2016

Dr. med. Astrid Röger-Deussen,
Bad Hersfeld
* 29.03.1943 † 12.07.2016

Dr. med. Norbert Stahr, Dreieich
* 30.12.1934 † 27.08.2015

Dieter Turner, Büdingen
* 12.08.1952 † 02.05.2016

Ursula Katharina Völk, Lahntal
* 19.03.1952 † 28.05.2016

Dr. med. Albhard von der Emden,
Flörsheim
* 16.04.1929 † 04.05.2016

Dr. med. Friedrich Walbeck, Kassel
* 06.11.1931 † 01.07.2016

Dr. med. Gesa Werner, Bad Soden
* 17.04.1936 † 31.10.2015

Dr. med. Otto Erich Winter,
Pfungstadt,
* 01.09.1922 † 14.06.2016

Buchtipp

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) der KBV, Stand 1. Juli 2016

Band 1: Ausgabe mit Euro-Beträgen auf der Grundlage des bundeseinheitlichen Orientierungswertes

Band 2: Zuordnung der operativen Prozeduren nach § 295 SGB V (OPS) zu den Leistungen der Kapitel 31 & 36.
Deutscher Ärzteverlag 2016, ca. € 49,99

Der Einheitliche Bewertungsmaßstab ist die zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vereinbarte Abrechnungsgrundlage der ärztlichen Leistungen für Kassenpatienten. Die aktuellen Änderungen beinhalten u.a. die Anpassung des Orientierungswertes für das Jahr 2016 um 1,6 Prozent auf 10,4361 Cent. Komplette Ausgabe mit CD-ROM.

Richtige Antworten: CME-Beiträge aus den Ausgaben 06/2015 und 07/08 2015

Zu den Multiple Choice-Fragen „Diagnostik und Therapie des kolorektalen Karzinoms – Fortschritt durch Interdisziplinarität“, von Prof. Dr. med. Jörg Trojan et al. im Hessischen Ärzteblatt 06/2015, Seite 330 ff.

Frage 1	2	Frage 6	2
Frage 2	1	Frage 7	1
Frage 3	5	Frage 8	4
Frage 4	4	Frage 9	1
Frage 5	1	Frage 10	4

Zu den Multiple Choice-Fragen „Alltag der Arzneimitteltherapie in der Schwangerschaft“ von Klaus J. Doubek im Hessischen Ärzteblatt 07/08 2015, Seite 408 ff.

Frage 1	3	Frage 6	5
Frage 2	5	Frage 7	4
Frage 3	5	Frage 8	5
Frage 4	2	Frage 9	5
Frage 5	1	Frage 10	1

Zu den Multiple Choice-Fragen „Aktueller Stand der operativen Therapie benigner Schilddrüsenerkrankungen“ von Elisabeth Maurer und Detlef K. Bartsch im Hessischen Ärzteblatt 07/08 2015, Seite 413 ff.

Frage 1	3	Frage 6	3
Frage 2	1	Frage 7	4
Frage 3	1	Frage 8	2
Frage 4	4	Frage 9	3
Frage 5	3	Frage 10	4

Bücher



Peter Landendörfer: Sterbebegleitung im Alter – Hausärztliche Palliativmedizin im Team

Kirchheim-Verlag Mainz, 1. Auflage
2015, Softcover, 100 Seiten,
ISBN 9783874095891, € 14.90

Dies ist ein aktuelles und bestens zusammengestelltes Kompendium zu diesem Thema – interdisziplinär. Angesichts der alterstypischen demografischen Entwicklung und einer Medizin, die im Grundsatz fast alles kann, was zu einer Lebensverlängerung auch und gerade bei Schwerstkranken und alten Menschen beiträgt, wird die Sterbebegleitung allzu oft vergessen oder den sogenannten professionellen Organisationen überlassen wie Krankenhäuser, Altenwohnheimen, Demenzwohnheimen etc. Dieses kleine Buch aus der Schriftenreihe „Praxishilfen – Der ältere Patient beim Hausarzt“ (Hrsg. von Dr. med. Peter Landendör-

fer und Prof. Dr. med. Frank H. Mader) informiert kompakt über alle Aspekte der Sterbebegleitung im Alter. Das erfolgt mit so großer Praxisnähe, dass man die hausärztliche Erfahrung des Autors zwischen allen Zeilen erkennt.

Die Kapitel zur Schmerztherapie entsprechen dem aktuellen Wissensstand und bleiben doch „auf dem Boden“ des hausärztlich sinnvollen und machbaren Handelns in der ambulanten Sterbebegleitung. Dass auch der Spiritualität und den ethischen Fragen genügend Platz eingeräumt wird, macht diese Praxishilfe noch wertvoller. Auch die Bearbeitung der rechtlichen Aspekte genügt allen Anforderungen. Diesem kleinen Buch sei eine größtmögliche Verbreitung gewünscht, sowohl im hausärztlichen wie studentischen Bereich.

Prof. Dr. med. lic. iur. (CH) Toni Graf-Baumann

Präsident der Deutschen Interdisziplinären Vereinigung für Schmerztherapie DIVS e. V. und Präsidiumsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Medizinrecht DGMR e. V.

Ehrungen MFA/ Arzthelferinnen

Wir gratulieren zum **zehn- und mehr als zehnjährigen** Berufsjubiläum:

Katharina Bernhard,
tätig bei F. Bernhardt, Dr. med. D. Pohlmann, B. Koll, D. M. Handzel, FEBO, Hünfeld;

Gizela Cigler,
seit 15 Jahren tätig im Internistischen Praxiszentrum am Balserischen Stift, Gießen;

Patricia Engel,
tätig bei Dr. med. S. Salup, Dr. med. U. Goerttler, Dr. med. S. Föhrenbach-Adel, Wiesbaden;

Jessica Glaser,
tätig bei Dr. med. R. Ahl und Dr. med. J. Schuster, Darmstadt;

Irina Kremer,
tätig im Internistischen Praxiszentrum am Balserischen Stift, Gießen;

Sabrina Melcher,
tätig bei Dr. med. J. Simon, Dr. med. C. Schwuchow, Dr. med. A. Hölscher, Dr. med. C. Hölscher, I. Olbert und M. P. Conze, Fulda;

Janine Dülger,
seit elf Jahren tätig bei Dr. med. S. Salup, Dr. med. U. Goerttler, Dr. med. S. Föhrenbach-Adel, Wiesbaden;

Nikola Korn,
seit zwölf Jahren tätig bei Dr. med. S. Salup, Dr. med. U. Goerttler, Dr. med. S. Föhrenbach-Adel, Wiesbaden.

Medizinische Fachangestellte

Beginn des neuen Ausbildungsjahres

Informationen der LÄKH-Abteilung

Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte

Eignungstest

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

Der Eignungstest gliedert sich in:

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

Der Test ist **kostenfrei** und – ausschließlich für hessische Ärztinnen und Ärzte – über die Landesärztekammer Hessen erhältlich. Er kann telefonisch unter (069) 97672-154/155 oder per E-Mail: med.fachangestellte@laekh.de angefordert werden.

Vor dem Hintergrund sinkender Bewerberzahlen empfehlen wir Ihnen, frühzeitig Auszubildende auszuwählen.

Aktive Immunisierung gegen Hepatitis B

Die Landesärztekammer Hessen möchte Sie als ärztlichen Arbeitgeber/in auf Ihre gesetzlichen Verpflichtungen hinweisen:

- Beschäftigte, insbesondere auch die Auszubildenden, bei Aufnahme der Tätigkeit über die für sie in Frage kommenden Immunisierungsmaßnahmen zu informieren.
- Gemeinsam mit dem/der Arzt/Ärztin, der die arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchungen durchführt, festzulegen, welche Impfungen im Einzelfall notwendig sind, und die erforderlichen Impfungen kostenlos anzubieten.

Informationen können im Internet abgerufen werden unter:

www.laekh.de/aktuelles

**Landesärztekammer Hessen
Abteilung Ausbildungswesen:
Medizinische Fachangestellte**

Einser-Kandidaten in der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Sommer 2016

Bei der Abschlussprüfung Sommer 2016 haben drei Auszubildende zur Medizinischen Fachangestellten den praktischen und schriftlichen Teil der Abschlussprüfung mit der Note „sehr gut“ abgeschlossen:

Esther Bühler
Praxis Dr. med. Nick Albus, Kassel

Jasmin Fischer
Praxis Dr. med. Harry Roth, Erbach

Victoria Luisa Kibler
Praxis Dr. med. Carolina Simrock und
Dr./Univ. Firenze Alessandro Pira,
Frankfurt

AGape Förderpreis 2016

Der Förderverein AGape e. V. verleiht zum sechsten Mal einen Förderpreis.

- Dotierung: 2.000 Euro

Ausgezeichnet werden soll damit wieder ein innovatives, alltagsrelevantes kommunales Projekt aus den Bereichen der Alter(n)smedizin und Gerontologie.

- Einsendeschluss: 10. November 2016
- Preisverleihung beim Wiesbadener Geriatrie Kolloquium (26.11.2016)
- Informationen: Förderverein AGape e. V. | Fon: 0611-8472802 | E-Mail: info@agapeonline.de | Website: www.agape-foerderverein.de

Anmeldung MFA-Winterprüfung 2017

Anmeldung der Auszubildenden zur Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2017 vom 11. Januar 2017 bis zum 4. März 2017

Auszubildende, die an der Abschlussprüfung für Medizinische Fachangestellte im Winter 2017 teilnehmen wollen, sind zwischen dem

28. September und 5. Oktober 2016

bei der zuständigen Bezirksärztekammer anzumelden. Die Anmeldung erfolgt durch Einreichung des Anmeldeformulars.

Außerdem sind der Anmeldung beizufügen:

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

Es wird gebeten, die Unterlagen rechtzeitig und vollständig einzureichen.

Zur Abschlussprüfung im Winter 2017 sind anzumelden:

1. Auszubildende, deren Ausbildungszeit nicht später als am 4. Mai 2017 endet,
2. Auszubildende, die die Abschlussprüfung vorzeitig abzulegen beabsichtigen (i. d. R. ein Termin vor der regulären Abschlussprüfung),
3. Wiederholer/innen, die im vorangegangenen Prüfungstermin die Abschlussprüfung nicht bestanden haben,
4. sogenannte Externe, die gemäß § 45 Abs. 2 Berufsbildungsgesetz ca. 4,5 Jahre in dem Beruf der/des Arzthelferin/Arzthelfers tätig gewesen sind und beabsichtigen, die Abschlussprüfung abzulegen. Als Zeiten der Berufstätigkeit gelten auch Ausbildungszeiten in einem anderen, einschlägigen Ausbildungsberuf.

Informationen im Internet unter:
www.laekh.de/aktuelles

Zum **25- und mehr als 25-jährigen** Berufsjubiläum gratulieren wir:

Yvonne Blumenstein,
tätig bei M. Abdul Hassan und U. G. Hahn,
Witzenhausen;

Maria Geiger,
tätig bei Dr. med. T. Bonin, vormals Praxis
Dres. med. M. und U. Hütten,
Biebergemünd-Bieber;

Antje Walther,
tätig bei Dr. med. K. Anneken und Dr. med.
I. Schmerker-Schank-Goldschmidt,
Bad König;

Anja Anita Altetieman, seit 30 Jahren tätig bei
Dr. med. R. Schwabenland, Bensheim;

und zum **40- und mehr als 40-jährigen** Berufsjubiläum:

Johanna Ulrich,
tätig bei dr./Univ. Beograd G. Panic
und D. Kessel, Flurstadt;

Marlies Harf,
seit 45 Jahren tätig bei Dr. med. W. Schnell,
vormals Praxis Dr. med. H. Schnell,
Kirchhain;

Silvia Richtberg,
seit 45 Jahren tätig bei Dr. med. P. Jansen
und Dr. med. A. Wunder, vormals
in verschiedenen Praxen, Frankfurt.

Wir gratulieren der Helferin zum
25-jährigen Berufsjubiläum:

Gabriele Heller,
tätig im Internistischen Praxiszentrum
am Balserischen Stift, Gießen.

Prüfungstermine für Medizinische Fachangestellte 2017/2018

Zwischenprüfung 2017: Mittwoch, 29. März 2017

Abschlussprüfungen

Sommerprüfung 2017:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 3. Mai 2017

Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung: 16. Juni bis 26. Juli 2017 (Prüfungsblock in Bad Nauheim vom 16. Juni bis 22. Juli 2017)

Winterprüfung 2017/2018:

Schriftliche Prüfung: Mittwoch, 17. Januar 2018

Praktische Prüfung und Ergänzende mündliche Prüfung: 24. Februar bis 10. März 2018 (Prüfungsblock in Bad Nauheim voraussichtlich vom 24. Februar bis 7. März 2018)