Hessisches Ärzteblatt

Online unter: www.laekh.de | 3 | 2017
Die Zeitschrift der Landesärztekammer Hessen | 78. Jahrgang

Wenn Kinder psychisch krank sind

Foto: Brian_Jackson – Fotolia.com

Qualitätssicherung
Ein Überblick über die Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie in hessischen Krankenhäusern

10. Ärztetag am Dom
Die Digitalisierung in der Medizin stand im Fokus der Fortbildungsveranstaltung in Frankfurt/Main

Ärztlicher Nachwuchs
Zwei Seminare: „Mein erster Nachtdienst“ für Junge Ärzte & Workshop „Let’s talk about sex“ für Medizinstudierende

© HMSI

SCHIRMHERR
STAATSMINISTER STEFAN GRÜTTNER
Hessischer Minister für
Soziales und Integration

11. GRÜNDER- & ABGEBERFORUM

UNABHÄNGIGKEIT

EIGENER CHEF

FÜHRUNGSPERSÖNLICHKEIT

PERSPEKTIVE

SELBSTSTÄNDIGKEIT

EXPERTE

FLEXIBILITÄT

UNABHÄNGIGKEIT

SICHERHEIT

EIGENER CHEF

BIETE PRAXIS

SA, 25. MÄRZ 2017
9:30 – 14 UHR

VERANSTALTUNGSORT:
WORTREICH GGMBH • BENNO-SCHILDE-PLATZ 1
36251 BAD HERSFELD

Unser erfolgreiches Gründer- und Abgeberforum: modern & digital.

Sie sind auf der Suche nach einer Praxis oder wollen Ihre Praxis abgeben? – dann kommen Sie zum Gründer- und Abgeberforum am 25.03.2017 in Bad Hersfeld!

SCHON MAL VORMERKEN:

Am 20. Mai 2017 findet das 12. Gründer- und Abgeberforum in Frankfurt am Main statt.

VORAB ANMELDEN UND PRÄSENT ERHALTEN:

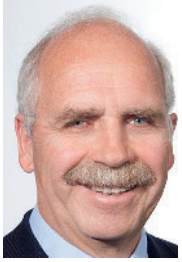
Melden Sie sich an entweder über **www.kvhessen.de/GAF** oder nach Scannen des untenstehenden QR-Codes. Jeder, der sich vorab anmeldet, erhält am Veranstaltungstag eine Powerbank ALU (Zusatzakku für Smartphone / Tablet) als kleines Begrüßungsgeschenk.

Veranstalter:

KV KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG HESSEN

Mit freundlicher Unterstützung von:

Landesärztekammer Hessen
Körperschaft des öffentlichen Rechts



© Foto: Vera Friederich

„Medizin ist Kommunikation“

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

das sagt der Kollege Dr. Johannes Wimmer, bekannt für seine Gesundheitstipps für Verbraucher als „TV- und Videoarzt“ im eigenen YouTube-Kanal. „Das ist mein Leitsatz und danach lebe ich jeden Tag. Das Gespräch, egal ob mit Patienten oder Freunden, die medizinischen Rat brauchen, ist der Kern der erfolgreichen Betreuung“, lesen wir auf seiner Homepage.

Dem ist nichts hinzufügen. Ja, auch die Politik lässt keine Gelegenheit aus, eine bessere Kommunikation in der Medizin zu fordern. Wir sollen besser zuhören, uns dem Patienten zugewandter widmen, ihn anfassen, also körperlich untersuchen, und uns nicht auf die reine Technik wie beispielsweise eine Computertomographie oder eine Magnetresonanztomographie verlassen und schon gar nicht als erstes die Patienten damit überfallen.

Ob jedoch die immer häufiger propagierte und ab Juli 2017 als EBM-Leistung vorgesehene Videokonsultation hier wirklich Besserung verspricht, möchte ich doch anzweifeln. Natürlich können Patienten so die eine oder andere Wegstunde zur Praxis einsparen, was eingeschränkt mobilen Patienten sicher entgegenkommt. Doch was ist mit der so oft beschworenen persönlichen Arzt-Patient-Beziehung?

Schon im Studium betont die Propädeutik, dass diese nicht über ein reines Frage-Antwort-Geschehen entsteht, sondern aller Facetten bedarf, wie der Wahrnehmung weiterer Informationen über Verhalten, Auftreten, Körperhaltung, Gestik, Mimik, Sprache und Affekte des Patienten. Kann eine Video-Übertragung dies gewährleisten?

Verstehen Sie mich bitte nicht falsch. Ich bin keineswegs ein Gegner des technischen Fortschritts, da wo er echten Nutzen und Entlastung bringt. Apps, die beispielsweise Diabetikern den Umgang mit ihrer Krankheiten erleichtern, sind zu begrüßen. Doch auch hier müssen Vorsichtsmaßnahmen beachtet werden. Dient die App lediglich der elektronischen Dokumentation des Blutzuckerprofils oder berechnet sie Insulindosierungen? Wie sieht es mit dem Datenschutz aus? Leitet die App persönliche Daten weiter? Schließlich gibt es Firmen, die mit der Sammlung von Daten, deren Auswertung und Weiterverkauf ihr Geld verdienen. Auf diese Weise könnten kritische Daten beispielsweise bei Versicherern landen und möglicherweise zu erhöhten Versicherungsprämien oder auch bei Bewerbungen um einen Arbeitsplatz zu Absagen führen. Auch telemedizinische Konsile, die beispielsweise bei der Versorgung von Schlaganfallpatienten gut erprobt sind, sind positiv zu bewerten. Wohlgemerkt ist in diesem Fall jedoch immer ein Arzt direkt beim Patienten.

Auch wenn es zunehmend Schwierigkeiten gibt, die ärztliche Versorgung insbesondere auf dem Land zu gewährleisten, stellt sich die Situation in Deutschland doch gänzlich anders dar als beispielsweise im viel dünner besiedelten Skandinavien. Die Möglichkeit, den Arzt oder die Ärztin seines Vertrauens frei wählen zu können, und ein persönliches Arzt-Patienten-Verhältnis, das von Angesicht zu Angesicht entsteht, sind von hohem Wert. Immer wieder stoße ich dabei auf den Faktor Zeit und Wertschätzung der ärztlichen Gesprächsführung. Wenn das ärztliche Gespräch endlich angemessen honoriert wird, ist dies die beste Maßnahme, um die sogenannte Drei-Minuten-Medizin einzudämmen. Ein Patient, dem der Arzt ausreichend Zeit widmen kann, wird eine höhere Adhärenz aufweisen und in der Folge weniger Probleme erleiden, die dann wiederum zu vermehrten Arztbesuchen führen. Damit würde sich ein Teil der Wartezeitenproblematik erübrigen und ganz nebenbei die Freude am ärztlichen Beruf mit Sicherheit deutlich gesteigert werden können.

Zeit für den Patienten brauchen alle Berufsgruppen, die mit Kranken umgehen, ganz besonders gilt dies für die Pflegeberufe. Deshalb begrüße ich die Ankündigung der Landesgesundheitsministerin Monika Bachmann (CDU) zu Mindestbesetzungen, das Saarland werde eines der ersten Bundesländer sein, das in der Krankenhausplanung solche verpflichtenden Vorgaben zur Besetzung von Pflegestellen aufnimmt. Würden diese Vorgaben von den Krankenhäusern nicht erfüllt, werde es Sanktionen gegen die Kliniken geben.

Ohne ausreichendes Personal, ob im ärztlichen, pflegerischen oder supportiven Bereich, ist eine der unabdingbaren Voraussetzungen für die Erbringung von Qualität, schlicht nicht gegeben.

Ihr

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

CME: Psychische und psychosomatische Störungen im Kindes- und Jugendalter
Die Fortbildung informiert über Grundlagen der Diagnostik und Therapie psychischer und psychosomatischer Störungen im Kindes- und Jugendalter. Die frühzeitige Diagnostik und Einleitung effektiver Therapien sind wesentlich, um eine Chronifizierung zu vermeiden.

142

Qualitätssicherung der gynäkologischen Operationen in hessischen Krankenhäusern
Der Beitrag bietet einen Überblick über die Qualitätssicherung der GQH in der operativen Gynäkologie in Hessen. Neben der Geschichte des Projekts und den Vorgehensweisen bei Auffälligkeiten werden außerdem einige Qualitätsindikatoren vorgestellt.

152

Editorial: „Medizin ist Kommunikation" **139**

Fortbildung
CME-Beitrag: Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter **142**
Qualitätssicherung der gynäkologischen Operationen in hessischen Krankenhäusern – ein Überblick **152**

Junge Ärzte und Medizinstudierende
Mein erster Nachtdienst – Rechte und Pflichten **171**
„Let's talk about sex": HIV/STI-Prävention als Ausbildungsmodul für Studierende der Humanmedizin **172**

Kongressbericht: Digitalisierung in der Medizin – 10. Ärztetag am Dom in Frankfurt am Main **156**

Ansichten und Einsichten: Ökonomie über Alles **151**

Bekanntmachungen

- **Fort- und Weiterbildungen für Ärzte:** Aktuelles Angebot der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung **163**
- **Fort- und Weiterbildungen für MFA:** Aktuelles Angebot der Carl-Oelemann-Schule **169**

- Bekanntmachungen der Landesärztekammer Hessen **182**

Parlando: Von Schmetterlingen zu Pop-Art und Installationen **161**
Ausstellung: Medizin in Marburg: Vom Elisabeth-Hospital zum Großklinikum **160**
Kinotipp: „Jackie" **177**

Foto: Caroline McKenney

10. Ärztetag am Dom
Die Digitalisierung schreitet voran und ist auch aus der Medizin nicht mehr wegzudenken. Doch was für Nutzen und Risiken bergen die technischen Entwicklungen und wie wirken sie sich auf die Arzt-Patienten-Beziehung aus? Diesen Fragen widmeten sich Referenten aus Medizin, Ethik, Recht und Technik.

156

Foto: Photographee.eu – Fotolia.com

Junge Ärzte und Medizinstudierende
Welche Rechte und Pflichten junge Ärztinnen und Ärzte bei ihrem ersten Nachtdienst allein auf Station haben, wird in einem Seminar des Marburger Bundes thematisiert.
Frankfurter Medizinstudierende lernen im Workshop „Let's talk about sex" die Kommunikation über Sexualität und sexuelle Gesundheit.

171/172

Recht: Verdacht auf Kindesmisshandlung contra ärztliche Schweigepflicht **174**

Medizinische Fachangestellte:
Abenteuer Europa – Die berufliche Mobilität von Medizinischen Fachangestellten **176**
Auffallend viele junge Männer zeigen Interesse – Ausbildungsmesse 2017 in Marburg **177**

Mensch und Gesundheit: 100 Jahre Dr. Senckenbergische Anatomie **158**

Berufspolitik: 40 Jahre „Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte" in der Landesärztekammer Hessen **162**

Schlaglichter, Notizen, Nachrichten **178**
Leserbriefe **179**
Personalia **181**

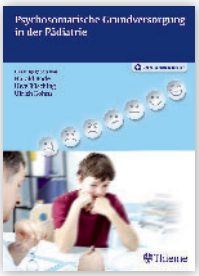
Impressum **186**

Bücher

Kompendium angeborene Herzfehler bei Kindern – Diagnose und Behandlung

Ulrike Blum, Hans Meyer, Philipp Beerbaum

S. 180



Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie

Harald Bode, Uwe Büsching, Ulrich Kohns (Hrsg.)

S. 180

Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

VNR: 2760602017065700000

Prof. Dr. med. Christine M. Freitag

Psychische und psychosomatische Störungen kommen im Kindes- und Jugendalter häufig vor. Wesentlich ist die frühzeitige Diagnostik und Einleitung einer effektiven Therapie, um eine Chronifizierung der Erkrankungen zu vermeiden. Dieser CME-Fortbildungsbeitrag soll selbstverständlich nicht Lehrbücher für Kinder- und Jugendpsychiatrie, -psychosomatik und -psychotherapie ersetzen, sondern fokussiert vor allem auf zentrale Symptome der Krankheitsbilder ab dem Kleinkindalter sowie eine Zusammenfassung evidenzbasierter Therapieverfahren.

Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter

Die populationsbasierte, repräsentative BELLA-Studie fand in Deutschland eine 6-Monats-Prävalenz von ca. 20 Prozent (%) an deutlich ausgeprägten psychischen Problemen bei Kindern und Jugendlichen zwischen sieben und 17 Jahren, von denen bei rund der Hälfte der Betroffenen von einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung ausgegangen werden kann [1, 2]. Besonders häufig liegen Angststörungen (ca. 10 %), Störungen des Sozialverhaltens (SSV, ca. 7 %), Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen (ADHS, ca. 5 %) sowie depressive Störungen (ca. 5 %) vor. Zwangs- und Tic-Störungen (einschließlich Tourette-Syndrom) sind im Vergleich dazu seltener (ca. 1 %). Symptome von Essstörungen haben viele Jugendliche [3], während manifeste Essstörungen bei ca. 0,5–2 % aller Jugendlichen vorkommen [LL 10▼]. Im Jugendalter manifestiert sich oft erstmals eine Bipolare Störung oder Schizophrenie; ebenso finden sich Substanzabusus und -intoxikation bis hin zur Substanzabhängigkeit.

Auch bereits im Säuglings- und Kleinkindalter liegen psychische Störungen bei etwa 5–10 % aller Kinder vor [LL 3▼]. In dieser Zahl sind Entwicklungsstörungen noch nicht erfasst, die ebenfalls häufig auftreten und frühzeitig diagnostiziert werden sollten: Intelligenzminderung (ca. 1 %, [LL 4▼]), Autismus-Spektrum-Störungen (ca. 1 %) [4], Sprach- und Sprechstörungen (ca. 10 % [LL 9▼]), Ausscheidungsstörungen (ca. 10 %) [5] sowie Teilleistungsstörungen des Lesens, Schreibens und Rechnens (ca. 10 % [LL 6▼]).

Hinzu kommen in allen Altersgruppen klassische psychosomatische Erkrankungen wie Dissoziative oder Somatoforme Störungen, zu denen keine populationsbasierten Studien vorliegen.

Zahlreiche dieser Krankheitsbilder kommen oft gleichzeitig bei einem Kind oder Jugendlichen vor – ein Phänomen, das mit der Bezeichnung „Komorbidität" ausgedrückt wird. Zudem ist der Schweregrad der Erkrankungen individuell unterschiedlich stark ausgeprägt, was sich leider im aktuellen Klassifikationssystem ICD-10* nicht widerspiegelt, aber für die Wahl der Therapie oft wichtig ist.

* ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems): Von der WHO herausgegebene internationale statistische Klassifikation von Krankheiten und verwandten Gesundheitsproblemen. Kapitel F der aktuell gültigen Version (ICD-10 aus dem Jahr 2016) behandelt psychische und Verhaltensstörungen sowie Störungen der psychischen Entwicklung.

** DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders): Der diagnostische und statistische Leitfaden psychischer Störungen ist ein Klassifikationssystem in der Psychiatrie. Die aktuellste Auflage DSM-5 stammt aus dem Jahr 2013.

*** Je höher die Evidenzklasse/Evidenzgrad (EG) einer klinischen Studie, desto breiter ist ihre wissenschaftliche Basis. Studien der Klasse Ia haben die höchste Evidenz, Studien der Klasse IV die geringste.

▼ siehe Tabelle A

▼ Tabelle A: Übersicht über die im Artikel zitierten Leitlinien

Leitlinie (LL) Nr. im Text zitiert	Diagnostik & Therapie	Klassifikation & AWMF Register Nr.
LL 1	Autismus-Spektrum-Störungen im Kindes-, Jugend- und Erwachsenenalter Teil I	S3 028/018
LL 2	Enuresis und nicht-organische (funktionelle) Harninkontinenz bei Kindern und Jugendlichen	S2k 028/026
LL 3	Psychische Störungen im Säuglings-, Kleinkind- und Vorschulalter	S2k 028/041
LL 4	Intelligenzminderung	S2k 028/042
LL 5	Depressive Störungen bei Kindern und Jugendlichen	S3 028/043
LL 6	Lese- und/oder Rechtschreibstörung bei Kindern und Jugendlichen	S3 028/044
LL 7	Schizophrenie	S3 038/009
LL 8	Bipolare Störungen	S3 038/019)
LL 9	Sprachentwicklungsstörungen (SES) unter Berücksichtigung umschriebener Sprachentwicklungsstörungen (USES)	S2K 049/006
LL 10	Essstörungen	S3 051/026

Alle Leitlinien, die zentral bei der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V.) registriert sind, finden sich im Internet zum Download in verschiedenen Versionen unter http://www.awmf.org.
Die Anzeige unter „Aktuelle Leitlinien" kann sortiert werden nach Fach oder Fachgesellschaft oder Registernummer.

Frühzeitiges Handeln wesentlich

Aufgrund der Häufigkeit von psychischen und Entwicklungsstörungen im Kindes- und Jugendalter ist es wesentlich, dass eine mögliche Erkrankung von Kinder- und Jugendärzten sowie Allgemeinmedizinern frühzeitig erkannt wird, damit die Familien zur Diagnostik und Therapie an die richtigen Stellen weiter verwiesen werden. Denn zahlreiche Erkrankungen können chronisch verlaufen, weshalb eine frühe Diagnostik und störungsspezifische Therapie schnell eingeleitet werden sollte [6]. Das Funktionsniveau im Alltag, die Ausprägung der familiären Belastung sowie die Schwere der Krankheitssymptomatik ist bei der Auswahl zwischen ambulanter, teilstationärer und stationärer Therapie wesentlich. Die Studienlage zu evidenzbasierter Diagnostik und Therapie hat sich in jüngerer Zeit deutlich verbessert, so dass in diesem Artikel ein Überblick über die häufigsten Krankheitsbilder und die entsprechenden evidenzbasierten Therapieverfahren gegeben werden soll (zum Weiterlesen z. B. [7]). Da alle Therapieverfahren ambulant oder (teil-)stationär eingesetzt werden können, wird auf das Setting im Folgenden nicht mehr Bezug genommen.

Hier können nicht alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen behandelt werden. Informationen zu den ebenfalls sehr wichtigen psychischen Störungen im Säuglingsalter, zu Intelligenzminderung, Sprachentwicklungsstörung und Teilleistungsstörungen sind aktuellen, Konsens- und Evidenz-basierten Leitlinien der AWMF (LL 3, LL 4, LL 6, LL 9)▼ zu entnehmen. Für schizophrene Psychosen und Bipolare Störungen sind Leitlinien für das Erwachsenenalter entwickelt worden, die auch für das Jugendalter anwendbar sind (LL 7, LL 8)▼, vgl. Tabelle A.

Diagnostik

Die Diagnose psychischer Störungen basiert derzeit auf der ICD-10*, Kapitel F. Die Kriterien aller in Kapitel F beschriebenen Krankheitsbilder treffen auch auf Kinder und Jugendliche zu, sind aber gemäß Alter und Entwicklungsstand des Kindes unterschiedlich ausgeprägt, was

bei der Interpretation der Symptome beachtet werden muss. Es ist klinisch notwendig, dass alle psychischen und psychosomatischen Erkrankungen gemäß ICD-10 diagnostiziert werden.

Korrekte Nomenklatur

Zahlreiche historisch gewachsene Beschreibungen einzelner Krankheitsbilder (zum Beispiel „funktionelle Bauchschmerzen", „psychogene Anfälle") sind nicht hilfreich, da damit die zugrunde liegende psychische Störung nicht korrekt erfasst wird (beispielsweise Soziale Phobie, dissoziative Störung) und folglich aufgrund der fehlenden korrekten Diagnose oft nicht die notwendige evidenzbasierte Therapie eingeleitet wird.

In der kinderärztlichen oder hausärztlichen Praxis ist es oft nicht möglich, eine ausführliche Diagnostik durchzuführen. Wesentlich ist es, führende Symptome zu erkennen und richtig einzuordnen. Diese werden entweder von Eltern oder Kind beschrieben, standardisiert durch kurze Screening-Fragebögen erhoben oder durch den Arzt bei der Untersuchung beobachtet.

Anlaufstellen

Bei konkretem Verdacht auf eine psychische oder psychosomatische Erkrankung sollte baldmöglichst eine ausführliche Diagnostik eingeleitet werden. In der Regel sollte diese Diagnostik durch einen Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie erfolgen – in einer psychiatrischen Institutsambulanz oder auch bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten. Bei akutem Auftreten, schwer ausgeprägter Symptomatik sowie Verdacht auf akute Suizidalität sollte eine stationäre Einweisung/Notfallvorstellung in einer kinder- und jugendpsychiatrischen Klinik in Betracht gezogen werden.

Im Bereich der Kinderheilkunde werden vor allem Kleinkinder mit psychischen Störungen oft an sozialpädiatrische Zentren überwiesen. Hier ist darauf zu achten, dass die notwendige Kinder- und Jugendpsychiatrische und psychotherapeutische Expertise vorhanden ist, wenn es um die Abklärung von psychischen und psychosomatischen Krankheitsbildern geht. Frühfördereinrichtungen sind dazu meist nicht geeignet, da hier oft die notwendige fachliche Expertise fehlt.

Bei Verdacht auf eine eher leicht ausgeprägte Angst-, Zwangs-, depressive, posttraumatische Belastungsstörung oder Störung des Sozialverhaltens, bei der zunächst die psychotherapeutische Behandlung im Vordergrund steht, kann ab dem Grundschulalter auch an approbierte Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten überwiesen werden, wenn diese die notwendigen Therapieverfahren anbieten. Sollte eine medikamentöse Behandlung erforderlich werden, ist in jedem Fall eine kinder- und jugendpsychiatrische Vorstellung notwendig.

Diagnostische Methoden

Zur ausführlichen Diagnostik gehört notwendigerweise immer eine semi-standardisierte Verhaltensbeobachtung des Kindes, je nach Alter und Fertigkeiten selbstverständlich das direkte Gespräch mit Kind/Jugendlichem sowie die Erhebung der akuten und Entwicklungsanamnese mit den Eltern/Sorgeberechtigten.

Zusätzlich sollten möglichst auch Informationen aus Kindergarten und Schule zur Symptomausprägung dort und zur Interaktion mit Gleichaltrigen erfragt werden. In der Regel erfolgen auch eine Entwicklungs- oder kognitive Testung sowie weiterführende Fragebogenuntersuchungen und bei entsprechender Indikation eine internistisch-neurologische Untersuchung sowie weiterführende apparative und Labordiagnostik.

Die standardisierte Beobachtung der Eltern-Kind-Interaktion ist vor allem bei Vorschulkindern hilfreich und empfohlen. Bei älteren Kindern und Jugendlichen können diese Aspekte meist auch gut über (getrennte) Gespräche geklärt werden. Bei Verdacht sollte eine psychische Störung eines Elternteils oder Geschwisters zusätzlich fachärztlich abgeklärt und behandelt werden.

Therapieverfahren

Aus historischen und teilweise auch aus kommerziellen Gründen gibt es ein breites Angebot an übenden und pädagogischen Therapieverfahren für Kinder und Jugendliche, das in Zeiten internetbasierter Werbung immer unüberschaubarer wird. Fallberichte sollen oft unterstreichen, dass ein Angebot notwendig und hilfreich ist. Dem gegenüber steht die evidenzbasierte Medizin, die klare Kriterien für die Wahl einer Therapie basierend auf der aktuellen Studienlage entwickelt hat, und Therapien in gut belegte, empfehlenswerte oder schlecht/nicht belegte Ansätze klassifiziert [26].

Hierbei stehen randomisiert-kontrollierte Studien an oberster Stelle (Evidenzgrad*** EG 1–2), Fallbericht und klinische Erfahrung dagegen an vorletzter Stelle (EG 4).

Grundsätzlich besteht im deutschen Gesundheitssystem eine Übereinstimmung, dass – wenn vorhanden – die am besten belegten, wirksamsten und zudem kosteneffektivsten Therapieverfahren eingesetzt werden sollen. Angesicht der hohen Prävalenz psychischer Störungen im Kindes- und Jugendalter sowie der zeitlichen, finanziellen und persönlichen Belastung von Eltern und Kindern/Jugendlichen durch ungeeignete Interventionen ist hier ein Umdenken vom „maximal Möglichen" zum „klinisch Notwendigen" erforderlich. Dies reduziert auch die aktuell teilweise hohen Wartezeiten und ermöglicht die erfolgreiche Behandlung einer höheren Patientenzahl.

Störungsspezifische Psychoedukation

Nach jeder Diagnose einer psychischen oder psychosomatischen Störung ist eine Aufklärung über die Diagnose sowie eine störungsspezifische Psychoedukation des Kindes/Jugendlichen und der Sorgeberechtigten indiziert. Dies beinhaltet:

- Grundcharakteristika des Krankheitsbildes,
- individualisiertes Störungsmodell basierend auf wissenschaftlich belegten Entstehungsfaktoren im aktuellen Querschnitt sowie der Lebensgeschichte des Kindes/Jugendlichen;
- Empfehlung zur notwendigen medikamentösen, übenden oder Psychotherapie (falls notwendig).

Komorbidität ist erfahrungsgemäß eher die Regel als die Ausnahme. In dieser Situation sind sowohl die Entstehungsbedingungen als auch die notwendige Therapie in der Regel häufig additiv, das

heißt, es wird eine Kombination von störungsspezifischen Therapieansätzen empfohlen (z. B. medikamentöse Therapie des ADHS sowie Elterntraining bei zusätzlicher Störung des Sozialverhaltens und Angststörung im Grundschulalter), die auch durch randomisiert-kontrollierte Studien gut belegt ist [8].
Neben der Psychoedukation der Patienten und Eltern sowie der medikamentösen Therapie hat sich bezüglich psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen vor allem die Verhaltenstherapie (VT) als wirksam und kosteneffektiv erwiesen. Störungsspezifische verhaltenstherapeutische Ansätze können je nach Erkrankung in der Elterngruppe („Elterntraining"), in der Kinder-/Jugendlichengruppe, als Einzeltherapie der Kinder/Jugendlichen unter Einbezug der Eltern oder als Eltern-Kind-Interaktionstherapie durchgeführt werden. Bei depressiven Episoden im Jugendalter ist zudem die individuelle interpersonelle Therapie wirksam. Bei Essstörungen muss in jedem Fall zusätzlich eine Ernährungstherapie unter Einbezug der Eltern sowie eine regelmäßige Gewichtskontrolle erfolgen. Psychotherapie, ebenso wie medikamentöse Therapie, sollte immer nur so kurz wie unbedingt notwendig durchgeführt werden, um die Selbstwirksamkeit der Kinder und Jugendlichen sowie ihrer Eltern/Familien zu fördern.

Ausgewählte Krankheitsbilder

1. Ausscheidungsstörungen
Die wichtigsten Ausscheidungsstörungen Enuresis (nächtliches Einnässen), funktionelle Harninkontinenz (Einnässen tagsüber), Dranginkontinenz sowie Enkopresis (Einkoten) kommen einzeln, aber häufig auch gemeinsam vor. Die Klassifikation der Enuresis in monosymptomatisch und nicht-monosymptomatisch ist entscheidend, um das richtige therapeutische Vorgehen zu wählen. Ebenso ist die Differenzierung von funktioneller Harninkontinenz und Dranginkontinenz wesentlich. Bei Enkopresis besteht ein wichtiger Unterschied bezüglich Formen mit und ohne Obstipation. Eine Diagnose sollte bei Kindern ohne Intelligenzminderung bzgl. Enkopresis erst ab dem Alter von vier Jahren, bei Einnässen ab dem Alter von fünf Jahren erfolgen. Komorbide psychische Störungen müssen vorher oder gleichzeitig mitbehandelt werden. Zum Weiterlesen [LL 2▼], [5].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Einnässen tagsüber/ nachts • Drangsymptomatik • Einkoten tagsüber/ nachts • Obstipation	Enuresis/ Dranginkontinenz: vor allem genetisch Funktionelle Harninkontinenz: habituell Enkopresis: Obstipation, fehlende Flüssigkeitszufuhr	Nur bei Obstipation (Movicol) Mittel der ersten Wahl, sonst zuerst Uro- und Verhaltenstherapie, ggf. in Kombination mit Anticholinergika (Dranginkontinenz), Desmopressin (Enuresis) (EG 2)	Funktionelle Harn-/ Dranginkontinenz / Enkopresis: Schickpläne (EG 2) Enuresis: Kalenderführung, apparative Verhaltenstherapie (EG 2)

Tabelle 1: Ausscheidungsstörungen EG: Evidenzgrad***

2. Autismus-Spektrum-Störungen
Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) sind definiert durch Schwierigkeiten der sozialen Interaktion, Kommunikation sowie stereotypes Verhalten und Sonderinteressen. Die Komorbidität mit anderen psychischen Störungen (ca. 80 %, v.a. ADHS, Angst-und oppositionelle Sozialverhaltensstörung) sowie IQ-Minderung (ca. 45 %) ist hoch. Zum Weiterlesen [LL 1▼], [9].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
Altersabhängig: • fehlende Sprache • kein Interesse an Gleichaltrigen • stereotypes Spiel (siehe LL 1▼)	Genetik zentral, dazu pränatale Risikofaktoren (Infektionskrankheiten der Mutter, Antiepileptika-einnahme u. a.)	Nur für komorbide Erkrankungen (vor allem ADHS) und aggressives / stereotypes Verhalten [10] (EG 1–2 = Evidenzgrad***)	Verhaltenstherapie: Autismusspezifische Frühtherapie (EG 2–3), Gruppentherapie (EG 1), schulische und berufliche Integrationsmaßnahmen (EG 4)

Tabelle 2: Autismus-Spektrum-Störungen (ASS) EG: Evidenzgrad***

3. Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen

Die Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) ist charakterisiert durch Alters-untypische Hyperaktivität, Impulsivität und Unaufmerksamkeit. Es ist sinnvoll, die Diagnose erst ab dem Alter von fünf Jahren zu vergeben. Es besteht eine hohe Komorbidität mit Störungen des Sozialverhaltens, depressiven und Angststörungen sowie Substanzmissbrauch und -abhängigkeit im Jugendalter.

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Hyperaktivität • Impulsivität • Unaufmerksamkeit	Überwiegend genetische Risikofaktoren Rauchen in der Schwangerschaft	Grundsätzlich Mittel der Wahl: Methylphenidat, (Lis-)Dexamphetamin, Atomoxetin, Guanfacin (EG 1–2)*** [11, 12] VT (Elterntraining, Einzel-/ Gruppen-CBT) nur zusätzlich zu medikamentöser Therapie bei entsprechender Indikation (z. B. Verbesserung des Erziehungsverhaltens der Eltern)	*Nicht wirksam* (EG 1): Neurofeedback [13] & kognitive Trainings [14] *Wirksam:* Elterntraining führt zur Verbesserung des Erziehungsverhaltens (EG 1) [15] CBT im Jugendalter führt zur Verbesserung der Selbstorganisation (EG 1) [11]

Tabelle 3: Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörungen CBT: kognitive Verhaltenstherapie EG = Evidenzgrad*** VT = Verhaltenstherapie

4. Störungen des Sozialverhaltens

Störungen des Sozialverhaltens sind eingeteilt in die oppositionelle Störung, die überwiegend durch mangelnde Regeleinhaltung und häufige Wutanfälle charakterisiert ist, und schweren Störungen des Sozialverhaltens (Conduct Disorder), bei denen Lügen, Stehlen, absichtliches Ärgern anderer und stark aggressives Verhalten vorkommen. Auch hier sind zahlreiche komorbide psychische Erkrankungen sehr häufig. Die Krankheitsbilder können schon im Vorschulalter (ab ca. drei Jahren) gut erkannt werden und sollten sehr frühzeitig behandelt werden (Elterntraining), um eine Chronifizierung zu verhindern. Zum Weiterlesen [27].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Fehlende Regeleinhaltung • Wutanfälle • Stehlen • Lügen • aggressives Verhalten	Genetische und Umweltrisikofaktoren (= G x E) pränatal: Rauchen mangelnde elterliche Fürsorge, Misshandlung aggressive Gleichaltrige	Nur zusätzlich zu VT: bei starker Aggression Risperidon (EG 1), Methylphenidat und (Lis-)Dexamphetamin ebenfalls wirksam (EG 1) [16, 17]	*Absolut vorrangig:* Störungsspezifisches VT-Elterntraining (Fokus Eltern-Kind-Interaktion) bis in frühes Jugendalter hoch effektiv (EG 1). *Ab ca. 9 Jahren effektiv:* Gruppentherapie: soziale Kompetenz & Problemlösetraining (EG 1) *Nicht wirksam:* Einzel-Psychotherapie

Tabelle 4: Störungen des Sozialverhaltens VT: Verhaltenstherapie

5. Angststörungen inklusive Selektiver Mutismus

Emotionale Störungen des Kindesalters (F93*) sind überwiegend Angststörungen. Außerdem können Angststörungen gemäß Kriterien in Kap. F4 der ICD-10* diagnostiziert werden. Diese Erkrankungen werden sehr häufig im Kindes- und Jugendalter übersehen, da viele Betroffene nicht über ihre Ängste sprechen oder eine so starke Gewöhnung bzw. Vermeidung vorhanden ist, dass die Ängste nicht (mehr) auffallen. Viele Angststörungen beginnen schon im Vorschulalter. Die wesentlichen Angststörungen im Kindes- und Jugendalter sind spezifische Phobie, Trennungsangst, Soziale Angst/Phobie und Generalisierte Angststörung. Die Panikstörung tritt in der Regel erst bei älteren Jugendlichen/jungen Erwachsenen auf. Eine extreme Form der sozialen Phobie ist der Selektive Mutismus

(F94.0*), der durch Nicht-Sprechen mit unvertrauten Menschen bei unauffälliger Sprache mit Vertrauten charakterisiert ist. Angststörungen sind neben depressiven Episoden ein wesentlicher Grund für Schulabsentismus. Zum Weiterlesen [18, 19].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Inhibiertes Temperament • sehr vorsichtiges Verhalten • Weinen, Wutanfälle • Bauchschmerzen • Schwindel, Erröten • kein Übernachten bei anderen • fehlendes Sprechen bei Fremden	G x E, ängstliches Temperament Lernvorgänge: Angstauslösende Situation und Vermeidung notwendig protektive/überfordernde Erziehung	Bei mittlerer bis schwerer Ausprägung selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer (SSRI) ab Grundschulalter (EG 2). Bei Selektivem Mutismus SSRI schon im Vorschulalter (EG 3); immer zusammen mit Verhaltenstherapie (VT).	Verhaltenstherapie mit Kind/Jugendlichem: altersgemäße Expositions- und kognitive Verfahren. Einbezug der Eltern: Verminderung aufrechterhaltender Verhaltensweisen. Selektiver Mutismus: zusätzlich störungsspezifische Logopädie. (EG 2–3)

Tabelle 5: Angststörungen inklusive Selektiver Mutismus G x E: genetische und Umweltrisikofaktoren VT: Verhaltenstherapie

6. Dissoziative und Somatoforme Störungen

Diese Krankheitsbilder sind durch chronisch oder intermittierend auftretende körperliche Symptome gekennzeichnet, für die keine organische Ursache vorliegt. Bei Dissoziativen Störungen wird angenommen, dass die bewusste Kontrolle über Bewusstseinszustände und Körperfunktionen intermittierend gestört ist; bei Somatoformen Störungen liegen in der Regel chronische körperliche Symptome (Schmerzen, Atemnot, Durchfall) vor. Die Komorbidität mit Angst-, Zwangs- und depressiven Störungen ist hoch. Zentral bei Diagnostik und Therapie ist, die körperlichen Symptome ernst zu nehmen und anhand übender (Physiotherapie, Entspannungsverfahren) oder verhaltenstherapeutischer Verfahren mit zu behandeln. Es besteht eine hohe Gefahr eines Schmerzmittelabusus sowie nicht notwendiger medizinischer Diagnostik und Pharmakotherapie mit iatrogen verursachten Folgeerkrankungen.

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Intermittierende oder anhaltende Bewusstseins- /Bewegungs- oder Schmerzstörung ohne organisches Korrelat	Auslösende Faktoren: Überforderung, Angst Aufrechterhaltende Faktoren in Umgebung, sekundäre körperliche Folgen	Somatoforme Störungen: SSRI (EG 4) Dissoziative Störungen: keine medikamentöse Therapie (EG 4)	Reduktion von Überforderung, Aufbau von Kompetenzen, Entspannungsverfahren, Physiotherapie bei körperlichen Symptomen, Elternarbeit: Reduktion aufrechterhaltender Faktoren (EG 4)

Tabelle 6: Dissoziative und Somatoforme Störungen EG: Evidenzgrad***

7. Zwangsstörungen

Zwangsstörungen sind gekennzeichnet durch Zwangshandlungen, die beobachtet und in der Regel durch Eltern berichtet werden, sowie Zwangsgedanken, die in der Regel nicht spontan berichtet werden bzw. nicht beobachtet werden können und die sehr schambesetzt sind. Die aktuellen DSM**-5-Kriterien beschreiben das Krankheitsbild besser als die ICD-10 Kriterien, da im Kindesalter Zwangshandlungen und Zwangsgedanken seltener als im Erwachsenenalter als sich aufdrängend erlebt werden.

Zwangserkrankung treten häufig schon früh (teilweise im Vorschulalter) auf, werden aber in der Regel erst lange nach Erstauftreten diagnostiziert. Es sind – bei fehlender Therapie – chronische Erkrankungen, die sich durch Lernvorgänge fortlaufend verschlechtern und stabilisieren. In der Regel werden Eltern in das Zwangssystem der Kinder eingebunden, was zu einer sekundären, schweren Interaktionsstörung zwischen Eltern und Kind führen kann. Ebenso wie Angststörungen sind Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter unterdiagnostiziert. Es besteht vor allem im Jugendalter eine hohe Komorbidität mit depressiven Störungen. Zum Weiterlesen [28].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Zwangsgedanken: einschießend („compulsions“) und angst-neutralisierend („obsessions“) • neutralisierende Zwangshandlungen	Genetisches Risiko, Infektionskrankheiten, Chronifizierung und Stabilisierung durch Lerneffekte (Angst-Neutralisierung)	Nachrangig zu VT (nur bei nicht ausreichendem Erfolg): SSRI und atypische Neuroleptika (Risperidon) (EG 1)	Exposition mit Reaktionsverhinderung, Metakognitive Therapie (Zwangsgedanken). Elternberatung zur Reduktion von störungsaufrechterhaltendem Verhalten (EG 1)

Tabelle 7: Zwangsstörungen SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer VT: Verhaltenstherapie

8. Chronische Tic-Störungen/Tourette Syndrom

Tics sind charakterisiert durch plötzlich einschießende, kurze motorische oder sprachliche Äußerungen. Vorübergehende motorische Tics kommen bei sehr vielen Kindern vor. Erst wenn diese Symptome chronisch werden, das heißt mehr als zwölf Monate anhalten und eine Belastung für den Patienten oder die Umgebung darstellen, kann eine chronische Tic-Störung (entweder motorisch oder sprachlich) oder ein Tourette Syndrom (motorisch und sprachlich) diagnostiziert werden. Oft reicht eine Beratung aus. Eine Behandlung sollte nur bei chronischem Verlauf und deutlicher persönlicher Belastung erfolgen. Die Komorbidität mit ADHS, ASS und Zwangserkrankungen ist hoch.
Zum Weiterlesen [29].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Motorische und/oder verbale Tics, einschießend, partiell unterdrückbar • (Differentialdiagnosen: Zwangshandlungen, Manierismen)	Genetik pränatale Noxen immunologische Genese Infektionskrankheiten	Neuroleptika (Risperidon, Aripiprazol, Tiapridex) alpha-2 Antagonisten (Guanfacin) (EG 1–4)	Habit-reversal training (nur möglich bei älteren Kindern und Jugendlichen, die entsprechend kooperieren können) (EG 3)

Tabelle 8: Chronische Tic-Störungen/Tourette Syndrom EG: Evidenzgrad***

9. Posttraumatische Belastungsstörungen

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind durch anhaltende Erinnerungen bzw. Wiedererleben einer traumatischen Erfahrung sowie Vermeidung von Situationen, die an das Trauma erinnern könnten, gekennzeichnet. Zudem finden sich Ein- und Durchschlafstörungen, Reizbarkeit, Konzentrationsprobleme und Hypervigilanz. PTSD kommen schon im Kleinkind- und Vorschulalter vor. Es besteht eine hohe Komorbidität mit depressiven und Angststörungen. Zum Weiterlesen bzgl. Intervention: [20].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Beobachtung plötzlich auftretender Reizbarkeit • Albträume, Hypervigilanz • selten direkter Bericht durch Kind/Jugendlichen	Exposition mit auslösendem Trauma bei erhöhter Vulnerabilität durch frühe aversive Lebensereignisse sowie genetische Prädisposition	Keine	Möglichst frühzeitige Diagnose und Intervention: Stabilisierung des Umfeldes. Verhinderung weiterer Traumata. Individuell/Gruppe: Trauma-fokussierte kognitive Verhaltenstherapie (EG 1).

Tabelle 9: Posttraumatische Belastungsstörungen EG: Evidenzgrad***

10. Depressive Störungen

Depressive Episoden sind durch niedergedrückte Stimmung, Interessens- und Freudverlust an Aktivitäten sowie verminderten Antrieb und gesteigerte Ermüdbarkeit gekennzeichnet. Zusätzlich können ein Verlust von Selbstvertrauen, Selbstvorwürfe, Gedanken an den Tod/Suizid, Konzentrationsprobleme, Schlafstörungen, Appetitverlust/gesteigerter Appetit und – bei schweren Episoden – auch psychotische Symptome vorkommen.

Depressive Episoden können im Rahmen einer rezidivierenden depressiven Störung (unipolare affektive Störung) oder auch im Rahmen einer Bipolaren Störung auftreten [LL 8▼]. Die Tabelle 10 bezieht sich auf die unipolare depressive Störung.

Depressive Episoden kommen in jedem Alter vor, zeigen aber einen deutlichen Anstieg der Inzidenz im Jugendalter. Bei leichten depressiven Episoden reicht oft eine Beratung und aktives Abwarten, bei mittelgradigen Episoden ist eine medikamentöse oder Psychotherapie indiziert, bei schweren depressiven Episoden muss zwingend die Kombinationstherapie von medikamentöser und Psychotherapie durchgeführt werden. Die medikamentöse Therapie zeigte in allen Vergleichsstudien einen schnelleren Wirkungseintritt als die Psychotherapie. Zum Weiterlesen [LL 5▼].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Gedrückte Stimmung • Interessens- und Freudverlust • Schlafstörungen	• Chronische Konflikte (Familie, Gleichaltrige) • Misshandlung • Auslösefaktor oft: Verlust einer nahestehenden Person • Subtypen: erhöhtes genetisches Risiko	Ab dem Alter von 6 Jahren: Fluoxetin (EG 1), andere SSRI (Citalopram, Escitalopram, Sertralin) (EG 2)	Psychoedukation Eltern und Patienten. Ab dem Jugendalter: Individuelle kognitive VT, interpersonelle Therapie. Bei Kindern unter 12 Jahren bisher kein empirischer Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie [21]

Tabelle 10: Unipolare depressive Störungen SSRI: Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer VT: Verhaltenstherapie EG: Evidenzgrad***

11. Essstörungen

Es gibt zahlreiche Formen von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Die nach ICD-10 wesentlichsten und prognostisch ungünstigsten Erkrankungen sind die Anorexie und die Bulimie. Die Anorexie ist durch Nahrungsrestriktion, selbst herbeigeführte Gewichtsabnahme, Körperschemastörung und einhergehende endokrine Störungen gekennzeichnet; die Bulimie durch Heißhungeranfälle und gewichtsreduzierende Maßnahmen, insbesondere Erbrechen. Der typische Erkrankungsbeginn der Anorexie liegt bei ca. 10–15 Jahren; der Erkrankungsbeginn der Bulimie bei ca. 14–18 Jahren. Essstörungen sind komplexe, zu Chronifizierung neigende Erkrankungen, bei denen oft keine Krankheitseinsicht der Betroffenen vorliegt. Die Mortalität ist insbesondere bei Anorexie deutlich erhöht. Zum Weiterlesen [LL 10▼], [22].

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Ständige Beschäftigung mit Essen • Gewichtsabnahme • Gewichtsschwankungen • ungeklärte Elektrolytverschiebungen • Ausschluss organischer Befunde	genetischer Hintergrund Hormonumstellung in Pubertät Schlankheitsideal, Fasten als Auslösefaktor Anorexie: ängstlich-perfektionistisches Temperament Bulimie: impulsives Temperament	Keine Psychopharmaka indiziert **Cave:** körperliche Folgeerkrankungen müssen lege artis behandelt werden **Cave:** Re-Feeding-Syndrom	Psychoedukation, Einbezug der Familie, Ernährungstherapie. CBT mit Fokus auf Ernährungsregulation, Kompetenzaufbau, Bewältigung der Aufgaben der Pubertät, Verselbstständigung Umgang/Freundschaften mit Gleichaltrigen. Bei Körperschemastörung: Expositionsverfahren. Bulimie: Dialektisch-Behaviorale Therapie zur Förderung der Emotionsregulation. (EG 2–4)

Tabelle 11: Essstörungen CBT: kognitive Verhaltenstherapie EG: Evidenzgrad***

12. Substanzabusus und -abhängigkeit

Das Ausprobieren von unerlaubten Dingen gehört zum Jugendalter. Darunter fällt auch der Konsum von Drogen. Insbesondere Eltern, aber auch manchen Professionellen, fällt es gelegentlich schwer, einen schädigenden Umgang mit psychotropen Substanzen von alters-typischem Ausprobieren zu unterscheiden.

Wesentliche Aspekte, die das Risiko für eine Suchterkrankung erhöhen, sind folgende: vor dem Alter von 15 Jahren beginnender Substanzkonsum (auch Nikotin!), regelmäßiger Konsum, ADHS oder Störung des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter [23].

Insbesondere gefährlich ist die aktuelle Verharmlosung von Cannabis-Abusus bei Jugendlichen. Gerade im Jugendalter hat Cannabis deutliche Effekte auf die Gehirnentwicklung, die in bleibender, nicht-reversibler IQ-Minderung, Denkverlangsamung und Aufmerksamkeitsproblemen sowie einem früheren Auftreten von schizophrenen Psychosen bei Risikopersonen resultiert [24].

Im hausärztlichen oder kinder- und jugendärztlichen Bereich sollte regelmäßig nach Substanzkonsum bei Jugendlichen gefragt und die Jugendlichen und Eltern frühzeitig über eine mögliche Gesundheitsgefährdung aufgeklärt werden. Prävention und sehr frühe Intervention sind gerade bei Substanzabusus wesentlich.

Leitsymptome/ Screening	Entstehungsbedingungen	Medikamentöse Therapie	Psychotherapie / übende Verfahren
• Substanzkonsum • verändertes Verhalten: Vernachlässigung von Schule, Alltag, Freundschaften • Gleichaltrigengruppe, in der konsumiert wird	Individuell sehr unterschiedlich: • Drogen mit Abhängigkeitspotential • Gleichaltrigengruppe, die konsumiert • mangelnde elterliche Aufsicht • Misshandlungen • Traumata • genetische Prädisposition	Nur zur Unterstützung des stationären Entzugs bei Entzugserscheinungen. Keine systematischen Studien.	Motivationaler und entwicklungsorientierter Ansatz mit Fokus auf Lernen von Kompetenzen (soziale, emotionale und kognitive Entwicklung, Verantwortungsübernahme). Unterstützung der Abstinenz. Wechsel des Freundeskreises notwendig (EG 4)! Kurze präventive Gruppentherapien in der Schule bei Substanzgebrauch wirksam (EG 1) [25].

Tabelle 12: Substanzabusus und -abhängigkeit

EG: Evidenzgrad***

Schlussfolgerung

Die Diagnostik und Therapie von psychischen und psychosomatischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter hat sich in den vergangenen Jahrzehnten enorm verbessert. Evidenzbasierte Therapieansätze müssen allerdings noch mehr in die breite klinische Versorgung übernommen werden. Dazu will dieser Artikel einen Beitrag leisten. Zudem ist weiterführende Forschung bezüglich psychischer Störungen vor allem im Vorschul- und Grundschulalter, der Behandlung komorbider Erkrankungen, schwerer psychischer Störungen mit reduzierter Behandlungsmotivation sowie individualisierte Therapieansätze und die differenzierte Untersuchung medikamentöser und psychosozialer Interventionen erforderlich.

Prof. Dr. med. Christine M. Freitag
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Frankfurt am Main, Deutschordenstr. 50, 60528 Frankfurt/M
E-Mail: c.freitag@em.uni-frankfurt.de

Foto: privat

Die Literaturhinweise sowie weiterführende Kontakte und Links finden Sie auf unserer Website www.laekh.de unter der Rubrik „Hessisches Ärzteblatt“, Ausgabe 03/2017.

Multiple Choice-Fragen

Die Fragen zu dem Artikel **„Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter“** finden Sie im Mitglieder-Portal der Landesärztekammer Hessen (LÄKH) (https://portal.laekh.de) sowie auf den Online-Seiten des Hessischen Ärzteblattes (www.laekh.de). Die Teilnahme zur Erlangung von Fortbildungspunkten ist ausschließlich online über das Mitglieder-Portal (https://portal.laekh.de) vom **25.02.2017 bis 24.02.2018** möglich. Die Fortbildung ist mit zwei Punkten zertifiziert. Mit Absenden des Fragebogens bestätigen Sie, dass Sie dieses CME-Modul nicht bereits an anderer Stelle absolviert haben.

Literatur zum Artikel:

Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

von Prof. Dr. med. Christine M. Freitag

[1] Dopfner M, Breuer D, Wille N, Erhart M, Ravens-Sieberer U. How often do children meet ICD-10/DSM-IV criteria of attention deficit-/hyperactivity disorder and hyperkinetic disorder? Parent-based prevalence rates in a national sample--results of the BELLA study. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17 Suppl 1: 59–70.

[2] Ravens-Sieberer U, Wille N, Bettge S, Erhart M. [Mental health of children and adolescents in Germany. Results from the BELLA study within the German Health Interview and Examination Survey for Children and Adolescents (KiGGS)]. Bundesgesundheitsblatt. Gesundheitsforschung. Gesundheitsschutz. 2007; 50: 871–878.

[3] Herpertz-Dahlmann B, Wille N, Holling H, Vloet TD, Ravens-Sieberer U. Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2008; 17 Suppl 1: 82–91.

[4] Baird G, Simonoff E, Pickles A et al. Prevalence of disorders of the autism spectrum in a population cohort of children in South Thames: the Special Needs and Autism Project (SNAP). Lancet 2006; 368: 210–215.

[5] Von Gontard A. The impact of DSM-5 and guidelines for assessment and treatment of elimination disorders. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2013;22 Suppl 1: S61-S67.

[6] Costello EJ, Mustillo S, Erkanli A, Keeler G, Angold A. Prevalence and development of psychiatric disorders in childhood and adolescence. Arch. Gen. Psychiatry 2003; 60: 837–844.

[7] Lempp T. BASICS Kinder- und Jugendpsychiatrie. 3. 2016. München, Elsevier.

[8] Jensen PS, Hinshaw SP, Kraemer HC et al. ADHD comorbidity findings from the MTA study: comparing comorbid subgroups. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2001; 40: 147–158.

[9] Freitag CM, Kitzerow J, Medda J, Soll S, Cholemkery H. Leitfaden Autismus-Spektrum-Störungen. 2017. Göttingen, Hogrefe.

[10] Freitag CM, Jarczok TA. Autismus-Spektrum-Störungen. In: Gerlach,M, Warnke,A, Greenhill,L (eds.), Psychiatrische Pharmakotherapie im Kindes- und Jugendalter. Springer, Berlin, New York, 2016.

[11] Chan E, Fogler JM, Hammerness PG. Treatment of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder in Adolescents: A Systematic Review. JAMA 2016; 315: 1997–2008.

[12] Li Y, Gao J, He S, Zhang Y, Wang Q. An Evaluation on the Efficacy and Safety of Treatments for Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Children and Adolescents: a Comparison of Multiple Treatments. Mol. Neurobiol. 2016.

[13] Cortese S, Ferrin M, Brandeis D et al. Neurofeedback for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Meta-Analysis of Clinical and Neuropsychological Outcomes From Randomized Controlled Trials. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2016; 55: 444–455.

[14] Cortese S, Ferrin M, Brandeis D et al. Cognitive training for attention-deficit/hyperactivity disorder: meta-analysis of clinical and neuropsychological outcomes from randomized controlled trials. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2015; 54: 164–174.

[15] Daley D, van der Oord S, Ferrin M et al. Behavioral interventions in attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analysis of randomized controlled trials across multiple outcome domains. J. Am. Acad. Child Adolesc.
Psychiatry 2014; 53: 835–47, 847.

[16] Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 2: antipsychotics and traditional mood stabilizers. Can. J. Psychiatry 2015; 60: 52–61.

[17] Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. Can. J. Psychiatry 2015; 60: 42–51.

[18] Craske MG, Stein MB. Anxiety. Lancet 2016, epub ahead of print.

[19] Manassis K, Oerbeck B, Overgaard KR. The use of medication in selective mutism: a systematic review. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2016; 25: 571–578.

[20] Sachser C, Rassenhofer M, Goldbeck L. Traumafokussierte kognitive Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen – Klinisches vorgehen, Evidenzbasis und weitere Perspektiven. Zeitschrift fur Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 2016; 44: 479–489.

[21] Forti-Buratti MA, Saikia R, Wilkinson EL, Ramchandani PG. Psychological treatments for depression in preadolescent children (12 years and younger): systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2016; 25: 1045–1054.

[22] Lock J, La Via MC. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with eating disorders. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 2015; 54: 412–425.

[23] Copeland WE, Adair CE, Smetanin P et al. Diagnostic transitions from childhood to adolescence to early adulthood. J Child Psychol Psychiatry 2013; 54: 791–799.

[24] Camchong J, Lim KO, Kumra S. Adverse Effects of Cannabis on Adolescent Brain Development: A Longitudinal Study. Cereb. Cortex 2016, epub ahead of print.

[25] Carney T, Myers BJ, Louw J, Okwundu CI. Brief school-based interventions and behavioural outcomes for substance-using adolescents. Cochrane. Database. Syst. Rev. 2016; CD008969.

[26] siehe zum Beispiel www.cebm.net/index.aspx?o=5653

[27] Englische NICE-Guidelines zu antisozialem Verhalten und „Conduct Disorder“: www.nice.org.uk/guidance/cg158/chapter/1-Recommendations

[28] Health Technology Assessment (HTA)-Bericht; www.journalslibrary.nihr.ac.uk/hta/volume-20/issue-43#/abstract

[29] HTA-Bericht; www.journalslibrary.nihr.ac.uk/data/assets/pdf_file/0010/159832/FullReport-hta20040.pdf

Kontakte & weiterführende Links

Leitlinien: Die aktuellen Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) sind im Internet unter www.awmf.org abrufbar.

Link zu den Evidenzkritierien:
www.cebm.net/index.aspx?o=5653

Frankfurter Verein zur Unterstützung von psychisch kranken Kindern und Jugendlichen e. V.
an der Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters; Deutschordenstraße 50; 60528 Frankfurt/Main;
E-Mail: info@verein-kinderpsychiatrie.de
www.verein-kinderpsychiatrie.de

Deutsches Zentrum für Entwicklungspsychiatrie
Geschäftsstelle
c/o Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
Heinrich-Hoffmann-Str. 10
60528 Frankfurt am Main
E-Mail: d-zep@kgu.de; Internet:
www.entwicklungspsychiatrie.eu

Link zur fachübergreifenden **Studie „FemNAT-CD“**:
Das Projekt untersucht fachübergreifend Ähnlichkeiten und Unterschiede von Jungen und Mädchen bei der Hirnstruktur und Hirnfunktion, Hormonen, Genetik, Gefühlsverarbeitung und physiologischer Aktivität. Junge Teilnehmer-/innen (im Alter von neun bis 18 Jahren aus ganz Europa) werden gesucht.
Internet: www.femnat-cd.eu

Multiple Choice-Fragen:

Grundlagen der Diagnostik und Therapie bei psychischen und psychosomatischen Störungen im Kindes- und Jugendalter

VNR: 2760602017065700000

(nur eine Antwort ist richtig)

1. Welches Symptom weist auf eine mögliche Angststörung bei Grundschulkindern hin?
1) Traurige Stimmung
2) Streit mit Freunden
3) Streit mit Geschwistern
4) Kein Übernachten außerhalb des elterlichen Haushalts
5) Streit mit Eltern

2. Welche Therapie steht an erster Stelle bei einer diagnostizierten Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung ab dem Grundschulalter?
1) Glutenfreie Diät
2) Stimulantien
3) Neurofeedback
4) Gruppentherapie
5) Omega-3-Fettsäuren

3. Regelmäßiger Cannabis-Konsum im Jugendalter ist
1) relativ harmlos
2) ein seltenes Phänomen
3) sehr schädlich
4.) ein Risikofaktor für aggressives Verhalten
5) gut zur Entspannung

4. Essstörungen sind
1) potenziell tödlich verlaufende Erkrankungen
2) häufige Erkrankungen des Jugendalters
3) durch Traumata ausgelöst
4) leicht zu behandeln
5) bei Jungen häufiger als bei Mädchen

5. Die Behandlung depressiver Episoden im Kindes- und Jugendalter muss immer beinhalten
1) Emotionsregulationstraining
2) Medikamentöse Therapie mit einem Anti-Depressivum
3) Gruppentherapie
4) Elterntraining
5) Psychoedukation von Kind und Eltern

6. Zwangsstörungen sind unter anderem charakterisiert durch
1) spätes Auftreten
2) keine Wirksamkeit von Verhaltenstherapie
3) große Scham, Zwangsgedanken zu berichten
4) seltenes Auftreten von weiteren psychischen komorbiden Erkrankungen
5) entspannte Eltern-Kind-Interaktion

7. Genetische Risikofaktoren spielen eine eher untergeordnete Rolle in der Entstehung von
1) depressiven Episoden
2) Autismus-Spektrum Störungen
3) Schizophrenen Psychosen
4) Bipolarer Störung
5) Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung

8. Bauchschmerzen sind kein Symptom von
1) Obstipation
2) Angststörungen
3) Somatoformen Störungen
4) Esstörungen
5) Tic-Störungen

9. Die Therapie von Autismus-Spektrum-Störungen umfasst nicht
1) Verhaltenstherapeutisch basierte Frühintervention
2) Medikamentöse Therapie
3) Diät
4) Gruppentherapie
5) Elterntraining

10. Störungen des Sozialverhaltens im Kindes- und Jugendalter
1) Sind selten
2) Sollten möglichst früh diagnostiziert und behandelt werden
3) Treten nur im Rahmen der Pubertät auf
4) Müssen immer medikamentös behandelt werden
5. Sind selbstlimitierend

Ökonomie über Alles

Die Bundesregierung (der Gesundheitsminister) plant ein Gesetz zur einheitlichen Ausbildung der Pflegeberufe. Kinderkrankenschwestern, Krankenschwestern und Altenpfleger sollen über zwei Jahre gemeinsam ausgebildet werden, dann folgt eine einjährige „Spezialisierung". Das klingt zunächst vernünftig. Bei genauerem Hinsehen ist dieser Vorgang aber ein Hinweis auf eine zunehmende Ökonomisierung im Gesundheitswesen und eine Missachtung medizinischer Tätigkeiten. Sie ist die Blaupause für die Abwertung ärztlicher Tätigkeiten und deren Stellung im Gesundheitswesen.

Krankenschwestern und Krankenpfleger jeglicher Couleur sind gesucht. Der Beruf ist anstrengend und wird schlecht bezahlt. Die Stellen in den Krankenhäusern werden ausgedünnt, die Anforderungen durch Vorgaben zur Dokumentation etc. ständig erhöht. Medizinische Erfordernisse in den Kliniken führen heute zu hoch spezialisierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern. Man denke an die Klinikroutine auf Station und Intensivstationen, aber auch an die Assistenz bei Operationen, interventionelle Eingriffe oder Diabetesberatung. Ähnliches gilt für Kinderkrankenschwestern mit einer sehr frühen Ausrichtung auf „kleine Leute". Diese Ausbildung ist aus gutem Grund seit 100 Jahren eigenständig.

Ganz anders die Pflege alter Menschen. Früher häufig von Hilfskräften vorgenommen, erfordert sie heute eine zunehmende Spezialisierung – zum Beispiel in Richtung Medikation, Rehabilitation und Mobilisation oder auch Palliation. Gleichzeitig werden für die alternde Gesellschaft mehr Pflegekräfte in Heimen benötigt.

Es erscheint absurd, dieses weite Spektrum der Pflege in ein Korsett schnüren zu wollen. Anstatt eine frühe Spezialisierung zu ermöglichen, wird ein Einheitsbrei gerührt. Das Niveau der Ausbildung wird abgesenkt, um genügend Pflegekräfte zu rekrutieren. Eine differenzierte Pflege wird nicht mehr gewünscht. Pflegekräfte werden zur breit einsetzbaren Verfügungsmasse, die Ökonomie hat Vorrang.

Warum gehört diese Problem in das Hessische Ärzteblatt? Die Abwertung der Pflegeausbildung ist symptomatisch für den Umgang mit medizinischen Berufen in unserer Gesellschaft. Auch die Position von Ärztinnen und Ärzten wird abgewertet. Sie sind nicht mehr selbstständig und werden zunehmend angestellt. Sowohl in Klinik als auch in der Praxis unterliegen sie massiven Einschränkungen und Vorgaben von Krankenkassen und Verordnungsgebern wie dem Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA), dem Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) und anderen.

Medizinisches Handeln wird zunehmend von der Ökonomie beeinflusst und gesteuert. Staatliche Vorgaben wie § 299a oder das „Selbstverwaltungsstärkungsgesetz" ergänzen die Restriktionen.

Die Reform der Pflegeausbildung ist ein signum malis ominis auch für die Ärzteschaft. Es ist gut vorstellbar, dass der ärztliche Beruf über kurz oder lang seine Eigenständigkeit und Entscheidungsfreiheit verliert. Statt Streit über Partikularinteressen ist gemeinsames Handeln der Ärzteschaft gefordert.

Dr. med. Wolf Andreas Fach
Präsidiumsmitglied der Landesärztekammer Hessen, Berufsverband Deutscher Internisten e. V., Vorsitzender Landesverband Hessen

Foto: Vera Friederich

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

S3 Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten Erkrankungen. Zwar hat die Forschung in den vergangenen Jahren große Fortschritte gemacht, doch im Bereich der Versorgung und Therapie gibt es nach wie vor Verbesserungspotenzial.

Die nach zweijähriger Beratungsphase im März 2016 novellierte S3-Leitlinie Unipolare Depression soll dazu beitragen, die Erkennung, Diagnostik und Behandlung von Depressionen in Deutschland zu verbessern.

In der Ausgabe 11/2016 des Bayerischen Ärzteblattes wurde die novellierte S3-Leitlinie vorgestellt, frei zugänglich im Internet unter: www.bayerisches-aerzteblatt.de/fileadmin/aerzteblatt/ausgaben/2016/11/einzelpdf/BAB_11_2016_552_559.pdf

Die Leitlinie selbst steht unter www.leitlinien.de/nvl/html/depression/kapitel-1.

Vortragsreihe in Frankfurt/Main zu Alterserkrankungen des Gehirns

Seit Ende Januar 2017 läuft eine sechsteilige Veranstaltungsreihe an der Goethe-Universität Frankfurt, bei der führende Neurowissenschaftler den aktuellen Stand verschiedener Alterserkrankungen wie Demenz, Depression oder Hirntumore darstellen. Es schließen sich jeweils Podiumsdiskussionen mit bekannten Persönlichkeiten aus Politik, Wissenschaft und Praxis an. Die Ringvorlesung ist eine Kooperation der Gemeinnützigen Hertie-Stiftung, der Goethe-Universität und der Frankfurter Allgemeinen Zeitung (FAZ).

Infos zu den Terminen und Referenten finden sich im Internet unter: www.ghst.de/veranstaltungsreihe. Unter diesem Link werden außerdem alle Veranstaltungen dokumentiert. Alle Vorträge sind kostenfrei und öffentlich.

Ort: Festsaal des Casinos der Goethe-Universität Frankfurt am Main, Campus Westend.

Qualitätssicherung der gynäkologischen Operationen in hessischen Krankenhäusern – ein Überblick

Dr. med. Birthe Schmitt-Reißer, Dr. med. Björn Misselwitz, Dr. med. Philipp-Andreas Hessler, Dr. med. Klaus König, Prof. Dr. med. Uwe Wagner

Wie alles anfing – die Geschichte

Bereits 1992 wurde die Vollerhebung aller stationären gynäkologischen Eingriffe als Pilotprojekt der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe (DGGG) in Zusammenarbeit mit dem IMI Tübingen in einigen hessischen Kliniken eingeführt [1]. Ziel war die Entwicklung einer qualitätssichernden Maßnahme für die operative Gynäkologie im Rahmen des Sozialgesetzbuches (SGB V, § 137), das dies für alle Krankenhäuser verlangte. 1996 übernahm die Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen (GQH) das Projekt. Bereits 1997 wurde in Hessen als erstes Bundesland eine Teilnahme verpflichtend, ebenso wurde die EDV-Dokumentation auf Grundlage des DGGG-Pilotprojektes bindend. Damit nahm Hessen bezüglich der elektronischen Datenerfassung und -verarbeitung im Rahmen der externen Qualitätssicherung bundesweit eine Vorreiter-Rolle ein.

2002 begann die bundesweite Einführung des Projektes, beschränkt auf Fallpauschal- und Sonderentgelt-Fälle. Ein Jahr später folgte die Datensatz-Trennung der operativen Gynäkologie von der Mammachirurgie. Diese wurde zur adäquaten Abbildung der neuen S3-Leitlinie zur Behandlung des Mamma-Karzinoms notwendig. Der daraus entstandene neue Leistungsbereich erfuhr somit auch seine eigene Erfolgsgeschichte in Hessen [6].

2008 wurde die Vollerhebung in Hessen beendet und die zusätzlich zu dokumentierenden Eingriffe auf Fälle mit Hauptdiagnose „Leiomyom des Uterus“ reduziert. Auf Grund einer Initiative des GKV-Spitzenverbandes entfiel 2013 überraschend auf Bundesebene die Dokumentation der Hysterektomien und seit 2016 auch die der Konisationen.

Abbildung 1

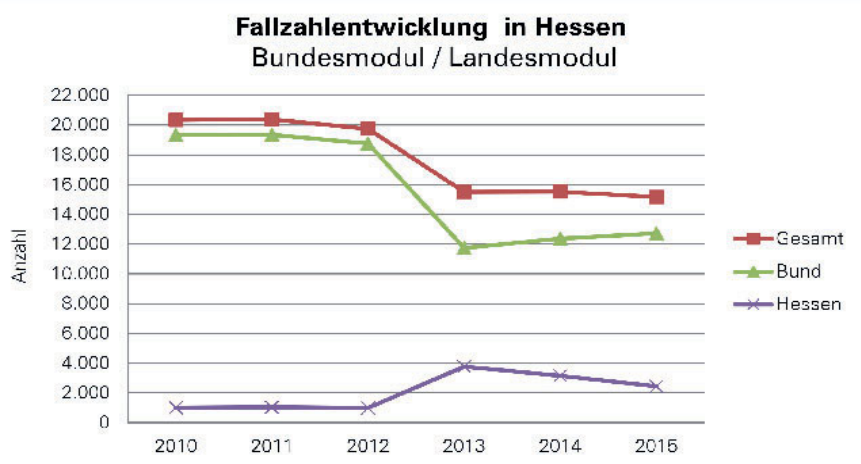
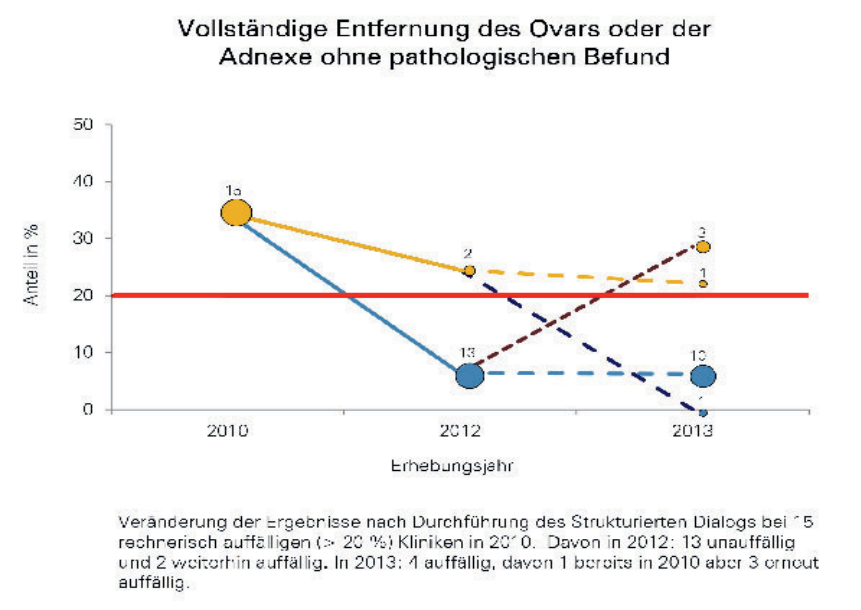


Abbildung 2



Qualitätsindikatoren und strukturierter Dialog

Wie in Abbildung 1 zu sehen ist, hat insbesondere der Wegfall der Dokumentationspflicht der Hysterektomien 2013 zu einem starken Rückgang der Bundes-Fallzahlen geführt. Dieser wurde in Hessen durch das Landesverfahren und die zu erhebenden Hysterektomien bei Uterus myomatosus zum Teil kompensiert.

Grundsätzlich werden die Daten anhand von Qualitätsindikatoren ausgewertet, die auf Bundesebene („Institut für Qualität und Transparenz im Gesundheitswesen“ –

IQTIG) entwickelt werden. Für das Hessen-Modul stellt der hessische Fachausschuss „Qualitätssicherung in der Gynäkologie“ die Rechenregeln und Referenzbereiche auf. Jede Klinik erhält ihre eigene Auswertung (Tab. 1).

Falls es rechnerische Auffälligkeiten (Abweichung vom Referenzbereich) gibt, erfolgt der strukturierte Dialog und die Kliniken werden um Stellungnahme gebeten. Diese Stellungnahmen wiederum werden anonymisiert dem Fachausschuss vorgelegt, der sie nach einem vom Gemeinsamen Bundesausschuss vorgegebenen Bewertungsschema bewertet. Diese Bewertung erhält die Klinik für den Qualitätsbericht zurück und kann sie ggf. kommentieren. Erfreulicherweise münden nur wenige rechnerische Auffälligkeiten auch in qualitative Auffälligkeiten.

Häufiger dagegen sind immer noch Dokumentationsprobleme anzutreffen. Die Qualitätsindikatoren teilen sich auf in Indikatoren zur Indikation von Operationen, zu den Prozessen und zu Ergebnissen. Im Folgenden werden einige Qualitätsindikatoren beispielhaft vorgestellt.

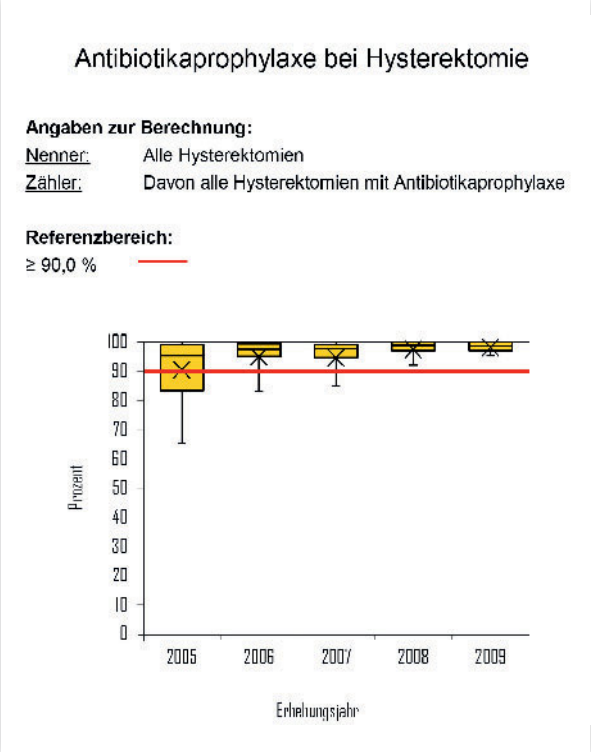
Indikator zur Indikationsqualität

Den Qualitätsindikator „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund“ gibt es bereits seit Beginn der Qualitätssicherung [1]. Dabei wird die angewandte Operation mit dem histologischen Ergebnis in Beziehung gesetzt. In die Grundgesamtheit gehen alle Patientinnen mit isoliertem Ovareingriff mit vollständiger Entfernung des Ovars oder der Adnexe und postoperativer Histologie ein. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit Adnektomie bei Mammakarzinom oder prophylaktischen Operationen am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Z40.00, Z40.01, Z80.3, Z85.3).

Gezählt werden Patientinnen, wenn die Histologie einen Normalbefund oder eine Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste ergab. Der Referenzbereich liegt bei <= 20 %, d.h. Kliniken mit einem Ergebnis von über 20 % sind rechnerisch auffällig. Der Hessen-Wert lag 2015 bei 13,29 %.

Wie sich in einer Follow-up-Erhebung zeigte (Abb. 2), werden viele rechnerisch auffällige Kliniken nach Durchführung eines strukturierten Dialoges in den Folgejahren unauffällig und bleiben es auch. So waren von den 15 abweichenden Kliniken aus 2010 immerhin zehn im Jahr 2013 mit ihren Ergebnissen unauffällig. Seit dem Erfassungsjahr 2013 gibt es eine korrespondierende Kennzahl „Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund“. Wie sich herausstellte, bestehen in vielen Kliniken Unsicherheiten bezüglich der Einordnung einiger histologischer Befunde. Die Bundesebene hat darauf reagiert: 2016 wurden neue Kodiermöglichkeiten der Histologie eingeführt. Grundsätzlich gibt es bei diesem Qualitätsindikator immer wieder Diskussionen, insbesondere um eine Altersgrenze, da viele Patientinnen in der Menopause aufgrund von Krebsangst oder aus Sorge vor einem möglichen weiteren operativen Eingriff die Entfernung des Ovars wünschen. Doch auch die ambulante Vorbehandlung und Beratung spielt eine Rolle für diese Kennzahl .

Abbildung 3



Der Boxplot stellt die Ergebnisse im zeitlichen Verlauf dar. Das hessische Ergebnis wird durch ein X dargestellt. Die Box umfasst das Ergebnis von 50 % der Krankenhäuser (von der 25 % Perzentile bis zur 75 % Perzentile). Die Länge der Box ist ein Maß der Streuung. Die senkrechten Striche geben die 10 % bzw. 90 % Perzentile an.

Indikator zur Prozessqualität

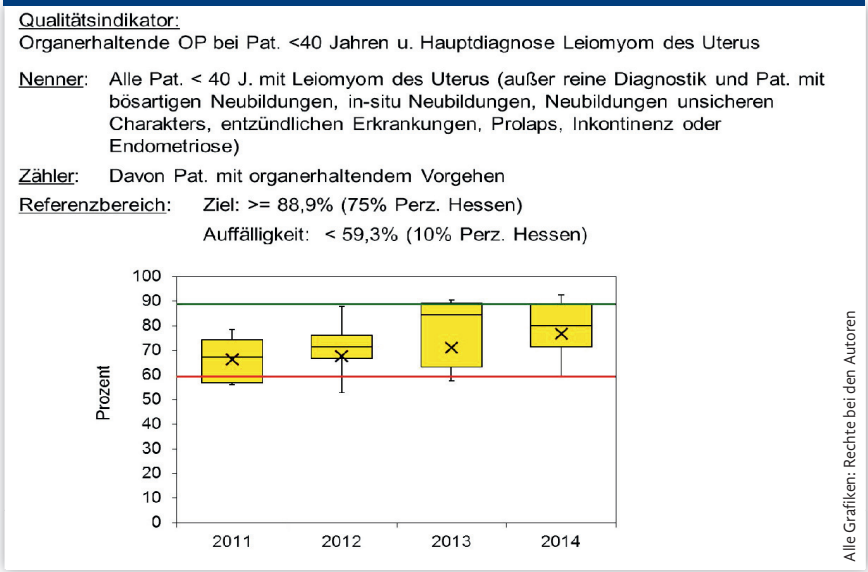
Die externe Qualitätssicherung entwickelt sich laufend weiter und es werden Anpassungen vorgenommen. Dies lässt sich zum Beispiel beim Qualitätsindikator zur „Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie“ (Abb. 3) beobachten. Wie der Boxplot der fünf Erfassungsjahre von 2005 bis 2009 zeigt, stieg die Akzeptanz der perioperativen Antibiotikaprophylaxe stark an. Zu Beginn der Qualitätssicherung lag das hessische Ergebnis noch recht niedrig, im Erfassungsjahr 2002 wurde nur bei 62 % aller Fälle eine perioperative Antibiotikaprophylaxe bei Hysterektomie durchgeführt.

Nachdem 2010 die Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft zur perioperativen Antibiotikaprophylaxe erschienen waren [2], hat der hessische Fachausschuss „Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“ den hessischen Qualitätsindikator analog der Empfehlungen der Paul-Ehrlich-Gesellschaft angepasst und verwendet ihn seitdem in dieser Form. Im Erfassungsjahr 2015 lag das Ergebnis in Hessen bei 96,4 %. Nur wenige Kliniken lagen unter dem Referenzbereich von 95 %. Die angeschriebenen und um Stellungnahme gebetenen Kliniken nannten meistens Dokumentationsprobleme als Grund.

Indikator zur Ergebnisqualität

Der Indikator „Organverletzung bei laparoskopischen Operationen“ wird schon seit Jahren berechnet, seit dem Erfassungsjahr 2013 wird zudem eine Risikoadjustierung (Observed/Expected) für den Indikator vorgenommen. Die Risikoadjustierung von Ergebnisindikatoren soll dazu führen, dass unterschiedliche Patientenrisiken zwischen den

Abbildung 4: Leiomyom des Uterus im Jahresvergleich



Erläuterung Boxplot siehe Abbildung 3

Kliniken ausgeglichen werden und eine validere Bewertung erfolgen kann. Als Regressionsgewichte werden Risikofaktoren gewählt, die in der QS-Dokumentation erfasst werden und für die im statistischen Schätzmodell relevante Effekte für das betrachtete Outcome nachgewiesen werden konnten.

Die Risikofaktoren im Erfassungsjahr 2015 waren: Alter, ASA, Voroperation im OP-Gebiet, Inzision des Ovars oder lokale Exzision und Destruktion von Ovarialgewebe, Adhäsiolyse am Ovar und Tuba uterina. Anhand dieser Risikofaktoren werden erwartete Raten (Expected) berechnet und die beobachteten Raten (Observed) dazu in Beziehung gesetzt. Bei Werten größer 1 ist das beobachtete Ergebnis schlechter als das erwartete Ergebnis und vice versa. Da der Referenzbereich bundesweit bei der 95%-Perzentile liegt, sind nur wenige Kliniken rechnerisch auffällig. Der hessische Fachausschuss geht schon seit vielen Jahren den Fällen mit Organverletzungen sehr akribisch nach. So konnte eine Klinik identifiziert werden, die aufgrund von Struktur-und Prozessmängeln in einem Jahr häufig urologische Organverletzungen zeigte. Die hierfür verantwortlichen Defizite wurden durch den strukturierten Dialog aufgedeckt und mit den Vertretern der Klinik besprochen.

Die Fälle, die im Sentinel-Event-Indikator „Organverletzungen bei laparoskopischer OP ohne Karzinom, Vorerkrankungen oder Endometriose“ (das heißt bei einem risikoarmen Kollektiv) auftreten, erfordern besondere Aufmerksamkeit. In Hessen werden zusätzlich auch die Organverletzungen bei Hysterektomie erfasst und im strukturierten Dialog geklärt.

Neue Qualitätsindikatoren

Ein neuer Sentinel-Event-Indikator seit dem Erfassungsjahr 2015 lautet „Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Patientinnen bis 45 Jahre“. Hier werden alle Patientinnen bis 45 Jahre in der Grundgesamtheit betrachtet, die einem isoliertem Ovareingriff mit beidseitiger vollständiger Entfernung der Ovarien oder der Adnexe unterzogen wurden. Ausgeschlossen werden Patientinnen mit Adnektomie bei Mammakarzinom oder prophylaktischen Operationen am Ovar wegen Risikofaktoren in Verbindung mit bösartigen Neubildungen (Z40.00, Z40.01, Z80.3, Z85.3).

Gezählt werden alle Patientinnen mit Follikel- bzw. Corpus luteum-Zyste oder Normalbefund als führendem histologischen Befund. Es handelt sich dabei nur um wenige Fälle. Für die Kliniken ist es wichtig, bei prophylaktischen Operationen die Z-Diagnosen auch mit anzugeben.

Hessen-Indikator: Leiomyom des Uterus

Neben den Bundesindikatoren gibt es in der hessischen Auswertung auch Qualitätsindikatoren, die nur in Hessen vorkommen (siehe Tab. 1). Grund hierfür ist die größere Datenmenge, die aus der Einbeziehung der Eingriffe beim Leiomyom des Uterus resultiert. Seit 2011 wird der Indikator „Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Diagnose Uterus myomatosus“ mit einem Ziel- und Auffälligkeitsbereich geführt. Im Laufe der Jahre ließ sich eine stetige Zunahme zum organerhaltenden Vorgehen feststellen.

Auch wenn sicherlich nicht jedes Leiomyom des Uterus organerhaltend operiert werden kann oder soll, so scheint mehr Organerhalt doch möglich (Abb. 4). Wie Hessler et al. in einem Artikel über Hysterektomien beim Uterus myomatosus in Hessen [3] darlegten, sollten die betroffenen Patientinnen umfassend über alle möglichen Therapieoptionen beraten werden, so dass diese auch vor dem Hintergrund individueller Erwartungen und Wertvorstellungen entscheiden können.

Ausblick

Die Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie muss ohne den Einbezug einer der häufigsten stationären Eingriffe, der Hysterektomie, als unvollständig bezeichnet werden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hatte die Aussetzung der Dokumentationspflicht für die Hysterektomien unter anderem damit begründet, dass eine Leitlinie fehle. Diese ist seit 2015 veröffentlicht. Deshalb sollte auch die Hysterektomie möglichst bald wieder in die Qualitätssicherung aufgenommen werden.

Da auch der ambulante Bereich eine zunehmende Anzahl an gynäkologischen Eingriffen vornimmt, sollte, wie beim Pilotprojekt der DGGG schon gefordert, diese Maßnahme auch sektorübergreifend eingesetzt werden.

Eine aktuelle Entwicklung gibt es bezüglich der planungsrelevanten Indikatoren im Sinne des § 136c Sozialgesetzbuch V (Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Qualitätssicherung und Krankenhausplanung). Der Gemeinsame Bundesausschuss hat hierzu in seiner Sitzung vom 15.12.2016 eine Richtlinie zu

Tabelle 1

Kennzahl Siehe Seite	Indikatoren zur Indikation und Prozessen	Referenzbereiche	Ergebnis 2015 Klinikwert [95 % CI]	Ergebnis 2014 Klinikwert [95 % CI]
12874	Fehlende Histologie nach isoliertem Ovareingriff mit Gewebsentfernung	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 5,00 % Ø in Hessen: 1,28 %	**1,28 %** [0,92 ; 1,77] 35 / 2736 Fällen	**1,19 %** [0,86 ; 1,66] 34 / 2849 Fällen
10211	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 20,00 % Ø in Hessen: 13,29 %	**13,29 %** [11,46 ; 15,36] 155 / 1166 Fällen	**11,78 %** [10,12 ; 13,68] 148 / 1256 Fällen
51907	Vollständige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund oder ohne eine spezifische Angabe zum Befund	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 48,15 % Ø in Hessen: 38,34 %	**38,34 %** [35,59 ; 41,16] 447 / 1166 Fällen	**35,99 %** [33,38 ; 38,68] 452 / 1256 Fällen
612	Organerhaltung bei Ovareingriffen bei Pat. ≤ 40 Jahre	Ziel: n.d. Auffälligkeit: < 78,37 % Ø in Hessen: 98,08 %	**98,08 %** [97,43 ; 98,57] 2246 / 2290 Fällen	**97,23 %** [96,49 ; 97,82] 2284 / 2349 Fällen
52283	Transurethraler Dauerkatheter länger als 24 Stunden	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 8,52 % Ø in Hessen: 3,32 %	**3,32 %** [2,94 ; 3,75] 251 / 7562 Fällen	**5,87 %** [5,36 ; 6,42] 447 / 7616 Fällen
HE15101	Antibiotikaprophylaxe (nach Empfehlungen der PEG) bei Hysterektomie bei Patientinnen mit Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus	Ziel: n.d Auffälligkeit: < 95,00 % Ø in Hessen: 96,36 %	**96,36 %** [95,38 ; 97,13] 1719 / 1784 Fällen	**97,24 %** [96,44 ; 97,86] 2008 / 2065 Fällen
HE15102	Hysterektomie bei Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus bei Patientinnen ohne malignen Befund und einem Alter unter 35 Jahren	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,99 %	**0,99 %** [0,69 ; 1,42] 29 / 2916 Fällen	**1,14 %** [0,82 ; 1,57] 36 / 3170 Fällen
HE15105	Organerhaltende OP bei Patientinnen unter 40 Jahren und Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus	Ziel: ≥ 84,50 % Auffälligkeit: < 55,70 % Ø in Hessen: 75,17 %	**75,17 %** [71,89 ; 78,19] 542 / 721 Fällen	**76,94 %** [73,82 ; 79,80] 584 / 759 Fällen
	Indikatoren zu Ergebnissen			
51417	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (nur Bundesfälle)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: n.d. Ø in Hessen: 0,54 %	**0,54 %** [0,41 ; 0,71] 49 / 9103 Fällen	**0,53 %** [0,40 ; 0,71] 46 / 8610 Fällen
51906	Verhältnis der beobachteten zur erwarteten Rate (O/E) an Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (nur Bundesfälle)	Ziel: ≤ 1,00 Auffälligkeit: > 4,13 Hessen:0,54% O/E= 0,83	**0,83** [0,63 ; 1,09] 49 / 9103 Fällen (0,54 %)	**0,86** [0,64 ; 1,14] 46 / 8610 Fällen (0,53 %)
HE15106	Organverletzungen bei laparoskopischen Operationen (alle Fälle)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 1,70 % Ø in Hessen: 0,53 %	**0,53 %** [0,41 ; 0,70] 54 / 10127 Fällen	**0,59 %** [0,46 ; 0,77] 56 / 9451 Fällen
HE15103	Organverletzungen bei Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 3,70 % Ø in Hessen: 1,01 %	**1,01 %** [0,73 ; 1,39] 37 / 3661 Fällen	**1,12** [0,83 ; 1,49] 45 / 4033 Fällen
HE15104	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit Hysterektomie (Hauptdiagnose Leiomyom des Uterus)	Ziel: n.d. Auffälligkeit: > 0,50 % Ø in Hessen: 0,50 %	**0,50 %** [0,26 ; 0,94] 9 / 1806 Fällen	**0,84 %** [0,53 ; 1,33] 18 / 2134 Fällen
	Sentinel Events			
51418	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (nur Bundesfälle)	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 10 Fälle	10 Fälle	14 Fälle
HE15107	Organverletzungen bei Patientinnen ohne Karzinom, Endometriose und Voroperation mit laparoskopischer Operation (alle Fälle)	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 13 Fälle	13 Fälle	17 Fälle
52535	Beidseitige Entfernung des Ovars oder der Adnexe ohne pathologischen Befund bei Pat. <45 J.	Auffälligkeit: Sentinel Event in Hessen: 3 Fälle	3 Fälle	0 Fall

Quelle: Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen

Weitere Informationen im Internet unter: www.gqhnet.de/leistungsbereiche/gynaekologie

planungsrelevanten Qualitätsindikatoren beschlossen [7]. Die hierzu gehörende Liste der planungsrelevanten Qualitätsindikatoren ist bereits in Kraft [8].
Diese Liste beinhaltet ausschließlich Qualitätsindikatoren aus dem gynäkologischen Fachgebiet, drei zu gynäkologischen Operationen, drei zur Mammachirurgie und fünf zur Geburtshilfe. Bereits im Vorfeld gab es hierzu Diskussionen [4, 5]. Insbesondere bezüglich der operativen Gynäkologie wurde viel Kritik laut, da nur der Teilbereich der Adnexeingriffe qualitätsgesichert wird und von diesem Teilbereich nicht automatisch auf die Versorgungsqualität der ganzen Abteilung geschlossen werden kann. Es bleibt abzuwarten, wie dieses Verfahren umgesetzt und ob ein zusätzlicher Nutzen erkennbar wird.

Dr. med. Birthe Schmitt-Reißer,
Dr. med. Björn Misselwitz
Geschäftsstelle Qualitätssicherung Hessen, Eschborn
Kontaktadresse via E-Mail:
bmisselwitz@gqhnet.de

Dr. med. Philipp-Andreas Hessler
Chefarzt Gynäkologie
Krankenhaus Sachsenhausen, Frankfurt/M

Dr. med. Klaus König
Facharzt für Gynäkologie (Steinbach),
Berufsverband der Frauenärzte e. V.

Prof. Dr. med. Uwe Wagner
Direktor der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe am Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Marburg

Literatur zum Artikel:

Qualitätssicherung der gynäkologischen Operationen in hessischen Krankenhäusern – ein Überblick

von Dr. med. Birthe Schmitt-Reißer, Dr. med. Björn Misselwitz, Dr. med. Philipp-Andreas Hessler, Dr. med. Klaus König und Prof. Dr. med. Uwe Wagner

[1] Geraesds, Max: Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie, Band 98, Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1998

[2] Perioperative Antibiotika-Prophylaxe – Empfehlungen einer Expertenkommission der Paul-Ehrlich-Gesellschaft für Chemotherapie e. V., Chemotherapie Journal 2010;19:70–84

[3] Hessler, PA, A. Scharl, B. Misselwitz und B.Schmitt-Reisser; Hysterektomie bei Uterus myomatosus in Hessen 2004–2012, Zugangswege, Komplikationen und regionale Verteilung, Gynäkologische Praxis, 40, 87–99 (2016) Mediengruppe Oberfranken

[4] AWMF-Stellungnahme zum Vorbericht des IQTIG „Planungsrelevante Qualitätsindikatoren – Vorbericht zur Auswahl und Umsetzung“ vom 18.07.2016, www.awmf.org/die-awmf/awmf-stellungnahmen.html

[5] Osterloh, Falk: Krankenhausplan: Wenn die Qualität die Planung bestimmt, Dtsch Arztebl 2016; 113(35–36): A-1525 / B-1286 / C-1266

[6] Jackisch C, Funk A, König K, Lubbe D, Misselwitz B, Wagner U, Disease Management Project Breast Cancer in Hesse – 5-Year Survival Data: Successful Model of Intersectoral Communication for Quality Assurance, Geburtshilfe Frauenheilkunde 2014 Mar;74(3):276–283.

[7] Richtlinie zu planungsrelevanten Qualitätsindikatoren, Erstfassung, https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2812/

[8] Liste planungsrelevanter Qualitätsindikatoren gemäß § 136c Abs. 1 SGB V https://www.g-ba.de/informationen/beschluesse/2816/

Mitglieder des GQH-Fachausschusses „Qualitätssicherung in der operativen Gynäkologie“

Dr. med. Philipp-Andreas Hessler
Gynäkologie und Geburtshilfe
Krankenhaus Sachsenhausen, Frankfurt

Prof. Dr. med. Christian Jackisch
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Sana Klinikum Offenbach

Dr. med. Elke Schulmeyer
Frauenklinik – Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Main-Kinzig-Kliniken, Gelnhausen

PD Dr. med. Marc Thill
Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe
Agaplesion Frankfurter Diakonie Kliniken

Prof. Dr. med. Uwe Wagner
Klinik für Gynäkologie, gyn. Endokrinologie und Onkologie
UKGM – Universitätsklinikum Gießen
und Marburg, Standort Marburg

Vertreterin des MDK Hessen:
Dr. med. Christine Eggert
Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen,
Oberursel

Berufsverband der Frauenärzte e. V.:
Dr. med. Klaus König
Facharzt für Gynäkologie,
Steinbach

Foto: Katja Kölsch

Ihr „Heißer Draht“ zum Präsidenten

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 folgendem Terminen von 19 bis 20 Uhr unter der Telefonnummer 069 97672-777 für Sie erreichbar sein:

- **Dienstag, 7. März 2017**
- **Dienstag, 4. April 2017**

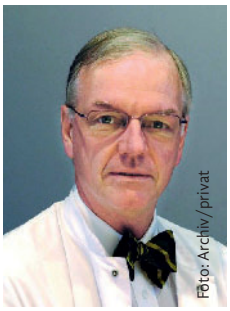
Paul Ehrlich- und Ludwig Darmstaedter-Preis 2017 für Forschungsarbeit zu Tumorviren vergeben

Die beiden US-Amerikaner Yuan Chang (57) und Patrick S. Moore (60) werden mit dem mit 120.000 Euro dotierten Paul Ehrlich- und Ludwig Darmstaedter-Preis ausgezeichnet. Das gab der Stiftungsrat der Paul Ehrlich-Stiftung bekannt.
Die beiden Preisträger haben zwei Tumorviren entdeckt und Methoden entwickelt, mit denen weitere, noch unbekannte Tumorviren gefunden werden können. Weltweit geht jede sechste Krebserkrankung auf eine Virusinfektion zurück. Dabei sind viral bedingte Tumore eigentlich biologische Unfälle – molekulare Sackgassen sozusagen – weil sich die Viren in den Tumorzellen in der Regel nicht mehr vermehren. Ihr Erbgut geht mit den Tumorzellen unter. Chang und Moore interessieren sich dafür, welche Rückschlüsse sich daraus für die Entstehung von Krebs ziehen lassen. Chang ist Professorin für Pathologie am „University of Pittsburgh Cancer Institute“. Moore ist Professor und Direktor des Krebsvirologie-Programms am „University of Pittsburgh Cancer Institute“. Die beiden sind miteinander verheiratet und arbeiten seit Anfang der 1990er-Jahre zusammen. Im Internet: www.paul-ehrlich-stiftung.de

Digitalisierung in der Medizin als Herausforderung in der Arzt-Patienten-Beziehung

10. Ärztetag am Dom in Frankfurt/Main

„Die Digitalisierung ist aus unserem Alltag nicht mehr wegzudenken. Wie sollen wir in der ärztlichen Praxis damit umgehen? Wann ist der Einsatz von Technik sinnvoll und wann braucht es den persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt?“ Mit diesen Fragen leitete Prof. Dr. med. Ulrich Finke, Vorsitzender des Arbeitskreises „Ethik in der Medizin im Rhein-Main-Gebiet“, den 10. Ärztetag am Dom am 4. Februar 2017 ein, den die Landesärztekammer Hessen als Mitveranstalterin unterstützte.



Prof. Dr. med. Ulrich Finke führte als Moderator durch den Tag

Die Teilnehmenden erwartete eine Reihe spannender Vorträge, in denen sich Referentinnen und Referenten aus Medizin, Technik, Theologie, Recht, und Ethik dem Thema Digitalisierung widmeten. Es waren vor allem die vielen unterschiedlichen Perspektiven, die einen umfassenden und abwechslungsreichen Zugang zur digitalen Welt versprachen.

Kirche und Ärzteschaft verfolgen gemeinsame Ziele

Zum Auftakt der Fortbildungsveranstaltung hatten alle Beteiligten traditionsgemäß einen von Klinikpfarrer Matthias Struth zelebrierten Gottesdienst im Frankfurter Dom besucht. Anschließend begrüßte Finke, der den Tag als Moderator begleitete, die Anwesenden im Haus am Dom.

Der Bischof von Limburg, Dr. theol. Georg Bätzing, nutzte den Anlass für ein Grußwort: „Die heutige Veranstaltung zeigt, dass die Kirche großen Wert auf den Austausch mit der Ärzteschaft legt. Sie verfolgen einen fachlich und zwischenmenschlich anspruchsvollen Beruf und haben – ebenso wie wir als Kirche – den ganzen Menschen und dessen Wohlbefinden im Blick.“ Die Digitalisierung sei bereits fester Bestandteil des Alltags und eine Herausforderung, der man sich gemeinsam stellen müsse. Die Kirche sei sich der Chancen technischer Entwicklungen durchaus bewusst, führte der Bischof aus. Besonders die Möglichkeit, durch sie „direkt bei den Menschen zu sein“ hob er hervor. Da Nutzen und Risiken jedoch bislang nicht vollumfänglich einschätzbar seien, müsse man stets auch die Grenzen im Blick haben. „Diese sind erreicht, wenn es um die Sicherheit der Daten geht. Diese Gewährleistung müssen wir gemeinsam politisch einfordern“, appellierte Bätzing.

„Ich muss Herr meiner Daten sein“

Den ersten Vortrag des Tages hielt Prof. Thomas Friedl vom Fachbereich Gesundheit der Technischen Hochschule Mittelhessen. „Im medizinischen Bereich ist die Digitalisierung bereits verankert. Auf technische Neuerungen wie das MRT oder das Sonographiegerät kann und will keiner mehr verzichten. Aber wir müssen uns bewusst sein, dass dadurch im ärztlichen Umfeld ständig digitale Daten produziert werden“, so der ehemalige Leiter der EDV-Abteilung der Landesärztekammer Hessen. Als besonders problematisch bezeichnete er die Pläne der Politik, künftig alle Gesundheitsdaten auf einem zentralen Server zu speichern.

Denn sollte jemand Zugang zu diesem Server erhalten, bedeute dies Zugriff auf Millionen von Gesundheitsdaten, warnte Friedl und schlug als Alternative die digitale Patientenakte vor, über die der Patient selbst verfügen und entscheiden könnte, wo seine Daten gespeichert werden und wer auf sie zugreifen kann. „Ich muss Herr meiner Daten sein“, forderte Friedl und plädiert dafür, die „Dateninseln“ – also Server von Krankenhäusern, Praxen etc. – weiterhin zu trennen. Denn digitale Daten machen nur dann Sinn, wenn sie sich in den richtigen Händen befinden, resümierte der Referent. Mit Blick auf eine aktuelle Datenklau-Statistik verdeutlichte er abschließend die Relevanz des Themas: Die Grafik zeigt, dass es vor allem die Gesundheitsdaten sind, die angegriffen werden.

„Sprechende Medizin“

Im Anschluss an den technischen Zugang widmete sich Aspasia Coppus, Fachärztin für Neurologie, Psychiatrie & Psychotherapie, dem kommunikativen Aspekt des Themas und stellte das Konzept der „Sprechenden Medizin“ vor. „Die kommunikative Aufgabe liegt beim Arzt“, betonte Coppus. „Letztlich müssen wir den Patienten dazu befähigen, selbst Entscheidungen treffen zu können.“ Eine besondere Herausforderung sei, dass im digitalen Zeitalter Raum und Zeit, wie wir sie bislang kennen, verloren gingen. „Der Raum, in dem wir uns bewegen, wird unübersichtlich und zudem sind wir ständig erreichbar. Das führt dazu, dass wir unruhig werden und Stress ausgesetzt sind“, erklärte Coppus die Problematik. Mit Hilfe von Kommunikationsmodellen zeigte sie den Anwesenden Möglichkeiten zur Patientenkommunikation auf, die diese Aspekte einbeziehen.

Bürger bestimmen den Wert des Datenschutzes

Die juristische Perspektive auf die Digitalisierung erfolgte durch Prof. Dr. jur. Hans-Hermann Dirksen, Rechtsanwalt in einer Frankfurter Kanzlei für Wirtschafts- und Gesundheitsrecht. Zunächst stellte Dirksen die Grundlage für das heutige Verständnis von Datenschutz vor, das Gesetz zum „Informationellen Selbstbestimmungsrecht“. Dieses legt die Anonymität bei der Datenerfassung fest, damit Bürger selbstbestimmt leben können.

Für die Medizin ermögliche die Digitalisierung viele neue Möglichkeiten im Diagnostik-Bereich, aber auch Fortschritte in

der individualisierten Medizin und die schnellere Kommunikation zwischen Arzt und Patient – und dies sei erst der Anfang, so Dirksen. Die Bürgerinnen und Bürger, das ergaben Umfragen, wollen diese Entwicklung. „Der Siegeszug der Wearables und Apps zeigt, dass den Technologie-Unternehmen etwas gelungen ist, woran die elektronische Gesundheitskarte bislang scheiterte: Nutzer können ihre Gesundheitsdaten sammeln und damit arbeiten."
Das Paradoxe sei, dass die Bürgerinnen und Bürger den Unternehmen ihre Daten freiwillig geben, obwohl sie wüssten, dass deren Schutz nicht gewährleistet ist. „Dabei bestimmt der Umgang mit den Daten, welchen Wert wir dem Datenschutz beimessen", betonte Dirksen. Da die Entwicklung nicht umkehrbar sei, müsse man nun schleunigst entsprechende Rahmenbedingungen schaffen.

Von Big Date zu Huge Data?

Im vierten und letzten Vortrag des Vormittags befasste sich Prof. Dr. phil. Rafael Capurro mit den ethischen Aspekten der Digitalisierung. „Normen und Werte unterliegen einem ständigen Wandel und passen sich den Lebenswelten an. Ethik ist eine Reflexion dieser Umstände, daher kann man von einer sogenannten „digitalen Ethik" sprechen", so Capurro.
Der ständige Austausch von Informationen und Daten über Maschinen führe dazu, dass die Menschen den Einfluss verlieren und ihre Handlungsmöglichkeiten eingeschränkt werden. Darin läge eine große Gefahr. „Allerdings müssen wir berücksichtigen, dass nicht die Geräte positive oder negative Eigenschaften haben. Diese werden ihnen lediglich zugeschrieben", erklärte Capurro.
Am Beispiel der Automobilindustrie zeigte der Referent, der u.a. Mitglied des Beirats für Integrität und Unternehmensverantwortung der Daimler AG ist, das Ausmaß der Vernetzungsstruktur auf. „Der Begriff „Big Data" umfasst das gar nicht mehr – wir müssten inzwischen von „Huge Data" sprechen!"
Dennoch, so betonte der Ethiker abschließend, seien es nicht die Werkzeuge, sondern deren Hersteller und Nutzer, die sich mit den moralischen Problemen auseinandersetzen müssen.

Teilnehmer der Podiumsdiskussion (von links): Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ, Prof. Dr. jur. Hans-Hermann Dirksen, Prof. Dr. phil. Rafael Capurro, PD Dr. med. Stephan Sahm (Moderation), Aspasia Coppus und Prof. Thomas Friedl

„Wilder Westen" im Datendschungel

Im Anschluss an das Vormittagsprogramm bot ein gemeinsames Mittagessen die Möglichkeit zum Austausch, bevor der zweite Teil der Fortbildung eingeleitet wurde. Die Podiumsdiskussion am Nachmittag stand vor allem im Fokus der Arzt-Patienten-Beziehung: Diese würde sich zwar durch die technischen Entwicklungen verändern, das persönliche Arzt-Patienten-Gespräch könne dennoch nicht ersetzt werden, darin waren sich alle einig. „Die ganzen Daten müssen immer noch durch einen Arzt interpretiert werden", so Prof. Dr. theol. Josef Schuster SJ und Coppus ergänzte: „Die persönliche Beziehungsebene kann nicht durch Technik ersetzt werden." Die bisherigen Asymmetrien zwischen Arzt und Patient würden daher weiterhin bestehen bleiben.
Auch das Thema Datenschutz wurde ausgiebig diskutiert. Friedl betonte noch einmal, wie wichtig es sei, dass die Menschen die Kontrolle über ihre Daten erlangen. Auf eine entsprechende Nachfrage des Moderators der Diskussion, PD Dr. med. Stephan Sahm, entgegnete Dirksen, dass die Bevölkerung mehr Möglichkeiten habe, diese Entwicklung zu steuern, als sie bislang nutze. Außerdem sei problematisch, ergänzte Sahm, dass die entscheidenden Institutionen keiner demokratischen Kontrolle unterliegen würden. „Das stimmt! Hinsichtlich der Rechtsprechung beim Thema Datenschutz befinden wir uns noch im Wilden Westen", bestätigte Dirksen. „Die Rechtsordnung kann nun mal nur auf die gesellschaftlichen und politischen Entwicklungen reagieren."

„Dr. Google" sorgt für Verwirrung

Auch die mitunter unübersichtlichen medizinischen Informationen aus dem Internet waren ein Thema am Nachmittag. Durch die Geschwindigkeit der Digitalisierung sei kaum Zeit für Aufklärung geblieben, so Capurro. „Meine Patienten kommen mit selbst recherchierten Diagnosen von ‚Dr. Google' zu mir", berichtete ein Teilnehmer. „Sie können aber mit diesen Informationen gar nichts anfangen und lassen sich dann von mir bestätigen, dass sie gesund sind." Um für solche Fälle eine Orientierung zu geben, so war sich die Runde einig, wären Zertifizierungen für Internetquellen sinnvoll.
Die Vorteile der technischen Entwicklungen wurden insbesondere mit Blick auf die Versorgungssituation thematisiert: „Die Telemedizin kann eine große Hilfe dabei sein, Patienten besser zu verteilen und zu betreuen", merkte Friedl an. Von der Erleichterung im Arbeitsalltag durch digitale Assistenten berichteten ebenfalls einige Teilnehmende. Die Abrechnung telemedizinischer Sprechstunden oder die Verknüpfung von Digitalisierung und Ökonomisierung, die dazu führt, dass die Industrie in der Gesundheitsbranche marktwirtschaftlichen Logiken folgt, wurden als Schwierigkeiten angeführt.
Dennoch – darin waren sich die Anwesenden letztlich einig – sind die Entwicklungen nicht aufzuhalten, geschweige denn umkehrbar. Dies sei auch gar nicht gewünscht. Es gelte nun vielmehr, gemeinsam geeignete Rahmenbedingungen für die Digitalisierung zu erarbeiten.

Caroline McKenney

100 Jahre Dr. Senckenbergische Anatomie

Statistiken und Schicksale aus dem anatomischen Institut in Frankfurt/Main

Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf (1), Dr. med. Thomas Theo Brehm (1), Prof. Dr. med. Dr. phil. Udo Benzenhöfer (2), PD Dr. rer. nat. Christof Schomerus (1), PD Dr. rer. nat. Helmut Wicht (1)

Die Gedenktafel für die Todesopfer des sog. Dritten Reiches hat einen festen Platz im Foyer des Instituts

Anlässlich des 100-jährigen Jubiläums der Goethe-Universität Frankfurt im Jahr 2014 wurde die Geschichte der Dr. Senckenbergischen Anatomie, eines der Gründungsinstitute der Stiftungsuniversität, im Rahmen einer medizinischen Inaugural-Dissertation aufgearbeitet [1]. Die Ergebnisse sind in zwei Originalarbeiten [2, 3] ausführlich dargestellt. Die Analyse umfasst den Zeitraum von 1914–2013, wobei ein besonderer Fokus auf die Jahre 1933–1945 gelegt wurde.

Studierendenzahlen im Verlauf

In den vergangenen 100 Jahren nahmen ca. 31.500 Studierende an den Präparationskursen der Dr. Senckenbergischen Anatomie teil. Die höchste Teilnehmerzahl der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts wurde im Jahr 1919 mit über 400 Studierenden pro Kurs verzeichnet. Dieser Höchststand ist auf die Einführung zusätzlicher Zwischensemester und Kurse für Kriegsteilnehmer nach Ende des Ersten Weltkrieges zurückzuführen. In den 1920er-Jahren ging die Studierendenzahl deutlich zurück – ein verspätetes Resultat der hohen Anzahl an Approbationen direkt nach Kriegsende und der Auswirkungen der Wirtschaftskrise.
Infolge der Wiedereröffnung der Universität 1946 kam es erneut zu einem Anstieg der Studierendenzahlen, aber erst in den 1970er-Jahren wurde der „Rekord" von 1919 überboten, nachdem das Bundesverfassungsgericht die Anzahl der Studienplätze an die Kapazitäten der Fakultät gekoppelt hat. Seither ist die Zahl der Kursteilnehmer konstant hoch (ca. 600).

Körperspendewesen löst Sozialleichen ab

In den Jahren 1914 und 1957 standen dem Institut lediglich neun Leichen zur Verfügung – ein absoluter Tiefstand in der Geschichte der Dr. Senckenbergischen Anatomie. Den höchsten Stand erreichte man im Jahr 1917 (66 Leichen), die genauen Zahlen für die Jahre 1939 und 1940 lassen sich bis heute nicht ermitteln. Rückblickend auf den gesamten Untersuchungszeitraum, in dem das Institut insgesamt mindestens 3.150 Leichen erhielt, sind die Zahlen mit durchschnittlich ca. 32 Leichen pro Jahr jedoch relativ stabil.
In der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts waren die Mehrzahl der Leichname sog. „Sozialleichen", also Körper von Angehörigen gesellschaftlicher Randgruppen, Selbstmördern, Heimbewohnern oder Gefängnisinsassen. In den 1960er- und 1970er-Jahren kam das Körperspendewesen auf, welches letztlich die Verwendung von „Sozialleichen" vollständig ablöste.

Verhältnis von Studierenden- zu Leichenzahlen steigt

Das Verhältnis von Studierenden- zu Leichenzahlen in den Präparationskursen ist im Verlauf stark gestiegen: Während zwischen 1917 und 1933 durchschnittlich 5,2 Studierende gemeinsam eine Leiche präparierten, waren es 1970 bereits 9,8 und im Jahr 2013 28,9 Studierende pro Leiche. Bis in die 1940er-Jahre zeigten Studierenden- und Leichenzahlen koordinierte Fluktuationen. Diese resultieren vermutlich aus der Möglichkeit, die Leichenzahlen gezielt zu steuern und den Studierendenzahlen anzupassen. Die Verwendung von „Sozialleichen" ermöglichte eine schnellere Reaktion auf den Bedarf an Leichen als es heute bei Körperspendern möglich ist. Nicht die mangelnde Bereitschaft zur Körperspende, sondern infrastrukturelle, personelle und finanzielle Gegebenheiten führten zum ausbleibenden Anstieg der Leichenzahlen, der notwendig gewesen wäre, um die steigenden Studierendenzahlen zu kompensieren.

Die Herkunft von Leichen zwischen 1933 und 1945

Im Zuge der Forschungsarbeit wurde erstmals die Herkunft der 474 Leichen genauer untersucht, die zwischen 1933 und 1945 im Institut nachweislich Verwen-

dung fanden. In dieser Zeit kam es deutschlandweit zu einem dramatischen Anstieg an Hinrichtungen: Während zwischen 1907 und 1932 jährlich im Schnitt 13 Personen hingerichtet wurden, erhöhte sich diese Zahl im sog. Dritten Reich auf über 1.000 [4]. Gründe für den Anstieg waren vor allem die Ausweitung der Todesstrafe auf politische Opposition und geringfügige Delikte. Ab 1939 wurden elf zentrale Hinrichtungsstätten eingeführt, eine von ihnen im Strafgefängnis Preungesheim [4]. Die staatliche Verordnung sah vor, dass diese Hinrichtungsstätte im Norden Frankfurts die Leichen fortan zu gleichen Teilen den anatomischen Instituten in Marburg, Gießen und Frankfurt zur Verfügung zu stellen hatte.

1944/45 wurden in der Dr. Senckenbergischen Anatomie fast ausschließlich die Leichen Exekutierter verwendet. Ein wichtiger Grund hierfür war logistischer Art. So beklagt sich der damalige Institutsdirektor Hans Schreiber gegen Kriegsende in diversen Briefen über Probleme beim Transport von Leichen, die von außerhalb kamen. Das Strafgefängnis Preungesheim dagegen lag nicht weit entfernt von der Dr. Senckenbergischen Anatomie. So erfuhr man dort bereits im Vorfeld von den Hinrichtungen und konnte die Lieferungen gut planen. Das Institut bemühte sich folglich aktiv um diese Leichen und so wurde dem Anliegen von Hans Schreiber aus dem Jahr 1944, in dem er einen höheren Anteil der Hingerichteten aus Preungesheim forderte, stattgegeben [5].

Suche nach Identitäten

Nach ausgiebiger Recherche konnten für 51 Hingerichtete Namen und verfügbare biografische Angaben sowie die jeweiligen Todesurteile in Erfahrung gebracht werden. Zwei von ihnen waren Frauen, darunter eine, die wegen Beherbergung von Juden verurteilt wurde. Nur neun der Häftlinge wurden wegen Kapitalverbrechen, die große Mehrheit wegen kleinerer Delikte wie Diebstahl oder Plündern zum Tode verurteilt. Sieben Häftlinge wurden wegen politischer Opposition hingerichtet. 15 Exekutierte waren „Zivilarbeiter"; ausländische Arbeitskräfte, die als Zwangsarbeiter eingesetzt wurden, um die Kriegswirtschaft aufrechtzuerhalten.

Neben den Hingerichteten wurden weitere Leichen aus dem Strafgefängnis Preungesheim an das Institut geliefert. Fünf von ihnen hatten im Gefängnis Suizid begangen, von sechs Insassen konnte die Todesursache nicht festgestellt werden. Bei acht Häftlingen wurde im Leichenschein eine natürliche Todesursache eingetragen, wobei hier der Tod infolge Folter oder Vernachlässigung nicht ausgeschlossen werden kann. Es wurden außerdem auch die Körper acht russischer und polnischer Staatsbürger, die in Arbeitslagern verstorben waren, in die Dr. Senckenbergische Anatomie transportiert.

„Euthanasie der zweiten Phase"

Neben den Exekutierten fanden zwischen 1933 und 1945 auch 357 „Sozialleichen" im Institut Verwendung. Um herauszufinden, ob darunter auch Opfer der NS-Euthanasieprogramme sein könnten, wurde das Augenmerk besonders auf die Tötungsanstalt in der psychiatrischen Klinik Hadamar sowie die Landesheilanstalten für psychisch Kranke in Eichberg im Rheingau und in Köppern im Taunus gelegt.

Hadamar war eine Tötungsanstalt im Rahmen der sogenannten „Aktion T4", der systematischen Ermordung von Menschen mit geistigen und körperlichen Behinderungen in Gaskammern. Für das anatomische Institut in Würzburg wurde die Verwendung von Euthanasieopfern aus Hadamar bereits relativ sicher belegt [6]. Nach Frankfurt wurden aus Hadamar lange vor Beginn, jedoch nicht während des Euthanasieprogramms Leichen geliefert.

Schwieriger ist die Identifizierung von Patienten, die in psychiatrischen Einrichtungen durch Nahrungsmittelentzug, absichtliche Vernachlässigung und Überdosierung von Beruhigungsmitteln starben. Diese Tötungen werden auch als „Euthanasie der zweiten Phase" bezeichnet, da sie nach Einstellung der Aktion T4 durchgeführt wurden [7]. Sie erfolgten dezentral; die jeweiligen Leichenscheine wurden gefälscht, sodass es heute nahezu unmöglich ist, individuelle Todesursachen in Erfahrung zu bringen.

In der Landesheilanstalt Eichberg wurden während der Kriegsjahre nachweislich psychisch Kranke getötet [8] und auch für Morde in Köppern gibt es zumindest Hinweise [9]. Daher kann nicht ausgeschlossen werden, dass sich unter den insgesamt 52 Leichen, die zwischen 1940 und 1945 aus diesen Einrichtungen an die Dr. Senckenbergische Anatomie geliefert wurden, auch Opfer der sogenannten „Euthanasie der zweiten Phase" befanden.

Forschung im „Dritten Reich"

Neben ihrer Verwendung in Anatomiekursen nahm auch die Forschung an Hingerichteten im sog. Dritten Reich stark zu.

Anzeige

So beruhen unter anderem einige Veröffentlichungen des damaligen Institutsdirektors Hans Schreiber auf der Forschung an Exekutierten. Für eine Publikation aus dem Jahr 1938 bspw. präparierte er die Füße eines 20-jährigen und eines 22-jährigen Hingerichteten [10]. In Veröffentlichungen der Jahre 1939 [11, 12], 1942 [13] und 1943 [14] über Histologie und makroskopische Anatomie der Gallenblase verwendete er Organe von mindestens acht weiteren Exekutierten. Für diese Forschungsprojekte fuhr Schreiber auch persönlich in die Hinrichtungsstätte Preungesheim. Dort perfundierte er die Dekapitierten nur Minuten nach dem Tod in aufrecht stehender Position mit Formalin, um die anatomischen Lagebeziehungen der Oberbauchorgane im Stand zu untersuchen. Anderen Exekutierten entnahm er die unfixierten Gallenblasen und brachte sie mit Bariumchlorid zur Kontraktion, um deren Muskelstruktur zu erforschen. Er fertigte weiterhin anatomische Präparate der Hingerichteten an, wovon eines in einer der Publikationen abgebildet ist. Diese Präparate sind nicht mehr vorhanden, sie sind vermutlich zusammen mit dem Institutsgebäude bei einem Bombenangriff im März 1944 zerstört worden.

Schreiber äußerte an keiner Stelle moralische Bedenken oder Skrupel bezüglich der Arbeit an Hingerichteten, sondern bemühte sich im Gegenteil aktiv um sie. Er berief sich darauf, „im Interesse der Wissenschaft, der wir ja in diesem Falle allein zu dienen haben“ [5] zu handeln. Diese Distanz zum Schicksal der Hingerichteten teilt Schreiber mit den meisten Anatomen seiner Zeit. Sie äußert sich auch sprachlich in der Verwendung des Begriffs „Material“ für die Organe der Hingerichteten [5].

Hans Schreiber und die Verantwortlichen an seinem Institut waren Mitwisser der Verbrechen des Nationalsozialismus und profitierten durch die Verwendung Exekutierter in Forschung und Lehre sogar von diesen. So wurde auch an der Dr. Senckenbergischen Anatomie während des „Dritten Reiches“ die Würde der Hingerichteten, unter welchen die Mehrheit als Opfer des NS-Regimes zu bezeichnen ist, in vielen Fällen verletzt. Das zu recherchieren, zu dokumentieren und dem „Material“ und den nackten Zahlen, wieder Schicksal, Geschichte und Namen zu geben, war das Hauptanliegen der Untersuchung. Mit der Arbeit stellt sich die Dr. Senckenbergische Anatomie Frankfurt auch den Forderungen der Anatomischen Gesellschaft an ihre Mitgliedern, sich mit diesem Thema auseinanderzusetzen [15].

Korrespondenzadresse:
Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf
Dr. Senckenbergische Anatomie (1) und
Dr. Senckenbergisches Institut für Geschichte und Ethik der Medizin (2)
Fachbereich Medizin der Goethe-Universität Frankfurt am Main
Theodor-Stern-Kai 7
60590 Frankfurt

Foto: privat

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

Ausstellung

Medizin in Marburg
Vom Elisabeth-Hospital hin zum Großklinikum

In einer Ausstellung im Hessischen Staatsarchiv Marburg können Besucher eintauchen in die Entwicklung der Medizin in Marburg von der Hospitalgründung der Hl. Elisabeth bis ins heutige Zeitalter. Der Fokus wurde dabei vor allem auf neue Entwicklungen und Impulse in der Universitätsmedizin seit 1527 gelegt. Die Themen reichen von der Ausbildung neuer Fächer bis hin zu normativen Vorgaben und gezielten Fördermaßnahmen bei der Krankenversorgung.

Die Ausstellung ist noch bis zum 31. März 2017 kostenfrei zu sehen.

Ort: Hessisches Staatsarchiv Marburg, Friedrichsplatz 15, 35037 Marburg

Öffnungszeiten:
Mo und Fr 8.30–16.30 Uhr,
Di bis Do 8.30–19.00 Uhr

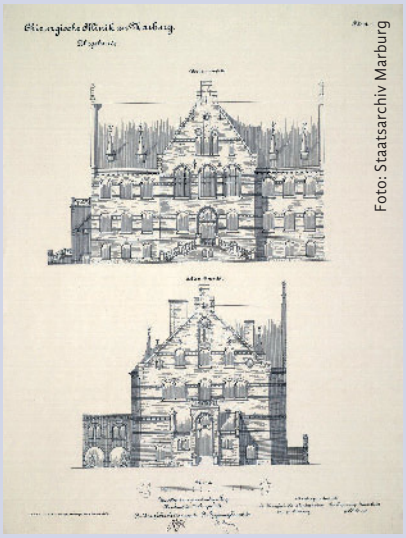


Foto: Staatsarchiv Marburg

Architekturzeichnung zum Neubau der Chirurgischen Universitätsklinik, 1896

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)

Der interessante Fall: Kasuistiken erwünscht!

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

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

Literatur zum Artikel:

100 Jahre Dr. Senckenbergische Anatomie

Statistiken und Schicksale aus dem anatomischen Institut in Frankfurt am Main

von Prof. Dr. med. Horst-Werner Korf, Dr. med. Thomas Theo Brehm, Prof. Dr. med. Dr. phil. Udo Benzenhöfer, PD Dr. rer. nat. Christof Schomerus und PD Dr. rer. nat. Helmut Wicht

[1] Brehm TT. 2015. On the history of the Dr. Senckenbergische Anatomie in Frankfurt/Main. Dissertation, Fachbereich Medizin, Goethe Universität Frankfurt

[2] Brehm TT, Korf HW, Benzenhöfer U, Schomerus C, Wicht H. 2015. Notes on the history of the Dr. Senckenbergische Anatomie in Frankfurt/Main. Part I. Development of student numbers, body procurement, and gross anatomy courses from 1914 to 2013. Annals of Anatomy 201: 99–110

[3] Brehm TT, Korf HW, Benzenhöfer U, Schomerus C, Wicht H. 2015. Notes on the history of the Dr. Senckenbergische Anatomie in Frankfurt/Main. Part II. The Dr. Senckenbergische Anatomie during the Third Reich and its body supply. Annals of Anatomy 201: 111–119

[4] Waltenbacher T. 2008. Zentrale Hinrichtungsstätten: Der Vollzug der Todesstrafe in Deutschland von 1937–1945; Scharfrichter im Dritten Reich. Berlin: Zwilling-Berlin

[5] Wiesbaden, Hessisches Hauptstaatsarchiv, Abteilung 458a-627: Vollstreckung der Todesstrafe (Einzelfälle), 1938 – 1945. Staatsanwaltschaft beim OLG Frankfurt am Main

[6] Blessing T, Wegener A, Koepsell H, Stolberg M. 2012. The Würzburg Anatomical Institute and its supply of corpses (1933–1945). Annals of Anatomy 194: 281–285

[7] Benzenhöfer U. 2010. Euthanasia in Germany before and during the Third Reich. Münster/Ulm: Klemm und Oelschläger

[8] Dickel H. 1991. Alltag in einer Landesheilanstalt im Nationalsozialismus – Am Beispiel Eichberg. In: Landeswohlfahrtsverband Hessen (Hrsg.), Euthanasie in Hadamar. Die nationalsozialistische Vernichtungspolitik in hessischen Anstalten. Eigenverlag des Landeswohlfahrtsverbandes Hessen, Kassel

[9] Leuchtweis-Gerlach B. 2001. Das Waldkrankenhaus Köppern (1901–1945): Die Geschichte einer psychiatrischen Klinik. Frankfurt: Mabuse-Verlag

[10] Schreiber H. 1938. Zur Entstehung der Längsgewölbe des menschlichen Fußes. Gegenbaurs Morphologisches Jahrbuch 81:158–186

[11] Schreiber H. 1939. Die Bedeutung des Collum-Cysticus-Klappenapparates des Menschen für die Strömung der Galle. Pflügers Archiv 243: 141–180

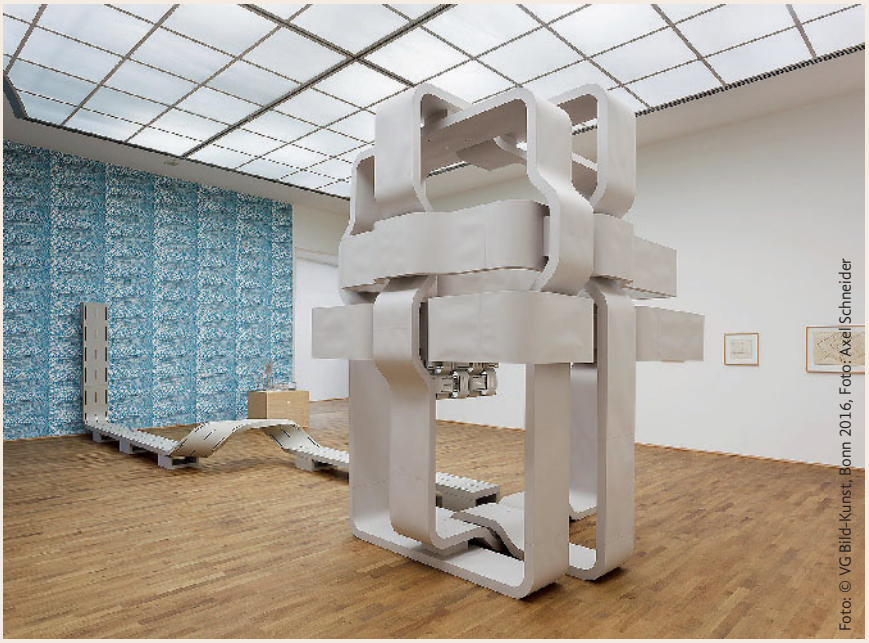
[12] Schreiber H. 1939. Zum Bau und Entleerungsmechanismus der Gallenblase. Anatomischer Anzeiger 87: 257–275

[13] Schreiber H. 1942. Das Muskellager der menschlichen Gallenblasenwand im Vergleich zu der vierfüßiger Säuger. Zeitschrift für Anatomie und Entwicklungsgeschichte 111: 91–150

[14] Schreiber H. 1943. Konstruktionsmorphologische und topische Betrachtungen über die menschlichen extrahepatischen Gallenwege und ihre Bedeutung für den Entleerungsmechanismus der Gallenblase. Klinische Wochenschrift 22: 511–515

[15] Stellungnahme der Anatomischen Gesellschaft zur Geschichte der Anatomie im Dritten Reich vom 9.11.2013. http://anatomische-gesellschaft.de/index.php?id=geschichte-der-anatomie-im-dritten-reich

Von Schmetterlingen zu Pop-Art und Installationen



Thomas Bayrle, Autobahn-Objekte (Autobahn, 2003) und Chrysler-Tapete (1970/97), MMK Museum für Moderne Kunst Frankfurt am Main

Jubiläumsschau im Frankfurter Museum für Moderne Kunst

Anlässlich seines 25-jährigen Jubiläums zeigt das Frankfurter Museum für Moderne Kunst (MMK) in seinem Stammhaus in der Domstraße noch bis zum 30. April 2017 eine Ausstellung mit Neuerwerbungen. Neben den klassischen Gattungen Malerei, Grafik und Skulptur werden gleichberechtigt andere künstlerische Medien – wie Installation, Fotografie, Film, Video und Performance – ausgestellt.
Mit dem Ankauf von Werken aus der ehemaligen Sammlung Karl Ströher hatte die Stadt Frankfurt schon in den frühen 1980er-Jahren den Aufbau der Sammlung des MMK ermöglicht. Die überwiegend in den 1960er-Jahren entstandenen Werke, u. a. von Andy Warhol, Roy Lichtenstein und Joseph Beuys, gehören der amerikanischen Pop-Art und dem Minimalismus an. In den Folgejahren erweiterte das Museum seine Sammlung durch Arbeiten internationaler Künstlerinnen und Künstler der Gegenwart. Die Jubiläumsausstellung legt den Schwerpunkt auf die Erwerbungen der letzten Jahre. Thomas Bayrle ist mit einer umfangreichen Werkgruppe zu einem seiner zentralen Themen, der Autobahn, vertreten. Ein besonderes Augenmerk richten die Ausstellungsmacher auch auf On Kawaras Datumsbilder, die 2014 um neun Werke sowie den „One Hundred Years Calendar“ des Künstlers erweitert wurde.
MMK Frankfurt,
Domstraße 10, 60311 Frankfurt am Main

Katja Möhrle

On Kawara, NOV. 23, 1977, 1977 – MMK Museum für Moderne Kunst Frankfurt/Main

Wiederbegegnung mit Maria Sibylla Merian

Ein pelziger Körper, dem zwei ausgebreitete Flügel Eleganz und Schönheit verleihen. Das wie mit einem bunten Pinsel aufgetupfte Augenpaar gibt dem Schmetterling seinen Namen: Abendpfauenauge. Schon als Kind begann die Frankfurter Verlegertochter Maria Sibylla Merian (1647–1717) im elterlichen Garten die Natur zu erforschen. Sie beschäftigte sich nicht nur wissenschaftlich mit Pflanzen, Tieren und Insekten, sondern hielt diese auch in ihren Skizzenbüchern fest.

Blick ins Diorama des Abendpfauenauges (Smerinthus ocellatus)

Schon mit elf Jahren stellte das junge Mädchen Kupferstiche her und entwickelte rasch einen persönlichen Malstil. Nach dem Vorbild der Utrechter Malerschule ergänzte sie ihre Blumenbilder mit kleinen Schmetterlingen und Käfern. Zur gleichen Zeit fing Maria Sibylla an, Seidenraupen zu züchten. Dabei beobachtete sie, wie sich Raupen zu Schmetterlingen entwickelten.
Merian war eine außergewöhnliche Frau: Mitbegründerin moderner, aufgeklärter Wissenschaften, Künstlerin und Gestalterin. Von 1699 bis 1701 reiste sie zu Forschungszwecken nach Südamerika und schuf nach ihrer Rückkehr ein bis heute bekanntes Werk zur Metamorphose der Insekten.
Anlässlich ihres 300. Todesjahres lädt das Museum Wiesbaden zu einer Wiederbegegnung mit faszinierenden Arbeiten der gebürtigen Frankfurterin ein. In einer Kabinettausstellung sind bis zum 9. Juli 2017 Dioramen mit von Merian gesammelten Tierpräparaten zu sehen.
Museum Wiesbaden,
Friedrich-Ebert-Allee 2, 65185 Wiesbaden

40 Jahre „Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte“ in der Landesärztekammer Hessen

Rede von Dr. med. Winfried Beck bei einer Demonstration gegen das AKW Biblis am 17. Dezember 1987

Fotos: privat

Ärztedemonstration nach einem Störfall im AKW Biblis am 3. Oktober 1989

Die Siebziger- und Achtzigerjahre waren geprägt vom Kalten Krieg und der damit verbundenen Angst vor einer weltumspannenden atomaren Katastrophe. Gleichzeitig führten die politischen Verhältnisse zu einer wachsenden Politisierung und Mobilisierung der Menschen.

Auch im Gesundheitswesen wuchs der Widerstand gegen die herrschenden Verhältnisse. Präsidenten der Bundesärztekammer waren die ehemaligen NSDAP-Mitglieder Erich Fromm (von 1959 bis 1973) und Hans-Joachim Sewering (Vizepräsident von 1959 bis 1973, dann bis 1978 Präsident). Keiner der Fachverbände hatte seine Kollaboration mit dem NS-Regime aufgearbeitet. Die Einführung eines Sanitätskorps in der Bundeswehr war auf Drängen der Ärzteschaft erfolgt. Die Regelung des § 218 wurde ärztlicherseits entscheidend im Sinne einer Verschärfung beeinflusst. Die kritiklose Unterstützung der Ärzteschaft durch die Pharmaindustrie erlebte jeder Berufsangehörige bei gesponserten Fortbildungsveranstaltungen. Umweltmedizin war ein Schimpfwort. Unter diesen Bedingungen trafen sich 1973 bei dem Kongress „Medizin und gesellschaftlicher Fortschritt“ in Marburg 1.500 Beschäftigte aus dem Gesundheitswesen, um gemeinsam mit Gewerkschaftern einen radikalen Umbau im Gesundheitswesen zu fordern. Sie kritisierten unter anderem die Zwangsmitgliedschaft in den Ärztekammern. Nach der Erkenntnis: „Weil wir nicht herauskönnen, müssen wir hineingehen!“ errang die „Liste demokratischer Ärzte“ (LDÄ) in Hessen als erste oppositionelle Liste einer westdeutschen Ärztekammer mit einem Stimmenanteil von 10,6 Prozent einen Überraschungserfolg. Es folgten erfolgreiche Kandidaturen in allen Kammerbezirken.

Dabei war der Begriff „demokratisch“ Programm: Man war sich einig im Anspruch auf eine Demokratisierung der berufsständischen Vertretungen, der Begegnung auf Augenhöhe zwischen Professionellen und Patientinnen, aber auch zu den anderen Berufsgruppen im Gesundheitswesen, auf die Ablehnung einer kommerzialisierten Medizin in Abhängigkeit von der Pharmaindustrie, auf die Forderung nach sozialer Dimension des ärztlichen Berufes.

Anträge in den Delegiertenversammlungen, die Einschätzung der traditionellen Verbände und Listen, die zahlreichen formalen Fragen der Kammertätigkeit, wie Beitragsordnungen, Wahlordnungen, Satzungsfragen usw. waren Anlass für die am 8. Dezember 1983 erfolgte Gründung der „Arbeitsgemeinschaft der Listen demokratischer Ärzte“ mit Sitz in Frankfurt. Die von der Standespolitik abweichenden Positionen trugen wesentlich dazu bei, dass die gewohnte konservativ-reaktionäre Eintönigkeit der Meinungsäußerung aus ärztlichem Munde zunehmend durchbrochen wurde. Die organisierte Ärzteschaft konnte durch unsere Einmischung nicht mehr mit einer Stimme sprechen.

Der Umgang der Kammern mit der für diese völlig ungewohnten Situation war gekennzeichnet durch Blockade. Noch bis 1984 wurde die Teilnahme von LDÄ-Delegierten – sie wurde 1988 in Liste demokratischer Ärztinnen und Ärzte (LDÄÄ) umbenannt – an den Deutschen Ärztetagen oder die Mitarbeit in Ausschüssen der Landesärztekammern vollständig unterbunden. Doch der von Jahr zu Jahr wachsende Stimmenanteil der Opposition ließ sich nicht aufhalten. Der Höhepunkt wurde 1992 erreicht als die LDÄ 20,4 Prozent der Stimmen erhielt, 1996 sank der Anteil erstmals auf 16,1 Prozent. Heute wird die LDÄÄ noch mit einem Stimmenanteil von 9 Prozent gewählt.

Warum diese Entwicklung? War die Opposition vielleicht zu erfolgreich? Hat sich die Ärzteschaft gewandelt? Die Kammerverwaltung ist transparent, die Militarisierung der Medizin wurde verhindert, das Deutsche Ärzteblatt ist pharmakritisch, auch die hessische Ärztekammer hat ihre Verstrickung in die Nazizeit aufgearbeitet, es gibt keine Kontroversen mehr zum § 218, die Umweltmedizin ist etabliert, die Kammer hat einen Menschenrechtsbeauftragten… Geblieben ist die eher wachsende Kommerzialisierung des Gesundheitswesens. Neue Auseinandersetzungen in der Flüchtlingsfrage deuten sich an. Auch wenn die Delegiertenversammlungen zukünftig einvernehmlich mit neuen Herausforderungen umgehen sollten, so verlangt der kritische Umgang mit der Standespolitik auch in Zukunft eine wachsame Opposition.

Dr. med. Winfried Beck
Offenbach am Main
„Listenführer“ und Delegierter der LDÄÄ in der LÄKH von 1976 bis 1996

Dr. med. Rolf Teßmann
Frankfurt
„Listenführer“ und Delegierter der LDÄÄ in der LÄKH seit 2013

Der Beitrag ist eine Kurzfassung des Artikels „Ärzteopposition in den 70er- und 80er-Jahren“ in: „Gesundheit braucht Politik – Zeitschrift für eine soziale Medizin“ Nr. 1/2016

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!

Qualifikation Tabakentwöhnung

Aufbaumodul Tabakentwöhnung
Sa., 17. März 2017
Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
Leitung: D. Paul, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208, E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Kinder- und Jugendmedizin

Pädiatrie „State of the Art"
Mi., 22. März 2017 Endokrinologie, Pädiatrische Notfälle 7 P
Leitung: PD Dr. L. Schrod, Frankfurt-Höchst
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Aktuelle Diabetologie

In Kooperation mit der Hessischen Fachvereinigung für Diabetes (HFD); zertifiziert als DMP-Fortbildung Diabetes mellitus Typ 2.
Mi., 29. März 2017, 15:30 – 20:00 Uhr 6 P
Teil 1: Prävention – Chancen und Umsetzungsmöglichkeiten
Teil 2: Metabolisches Syndrom – aktuelle therapeutische Strategien
Leitung: Dr. med. D. Winter, Bad Nauheim
Dr. med. B. Fischer, Gießen
Gebühr: € 75 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Zinkl, Fon: 06032 782-227, E-Mail: adelheid.zinkl@laekh.de

Psychosomatik

Interdisziplinäre Schmerztherapie und Psychosomatik
Sa., 04. März 2017 7 P
Leitung: Dr. med. A. Schüler-Schneider, Frankfurt
Gebühr: € 90 (Akademiemitglieder kostenfrei)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Infektiologie

Antibiotic Stewardship
Modul 2 – Aufbaukurs zum ABS-Beauftragten „Fellow"
Mo., 28. August – Fr., 01. September 2017
Leitung: PD Dr. med. B. Jahn-Mühl, Frankfurt
Prof. Dr. med. S. Herold, Gießen
Dr. med. J. Kessel, Frankfurt
Gebühr: € 1000 (Akademiemitglieder € 900)
Ort: **Frankfurt,** Hoffmanns Höfe
Max. Teilnehmerzahl: 30
Auskunft/Anmeldung: H. Cichon, Fon: 06032 782-209, E-Mail: heike.cichon@laekh.de

Veranstaltungsreihe Personalisierte Medizin

In Kooperation mit der Landesapothekerkammer Hessen.
Mi., 22. März 2017, Mi., 10. Mai 2017
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth, Bad Nauheim
Prof. Dr. rer. nat. D. Steinhilber, Frankfurt
Gebühr: jeweils € 60 (Akademiemitglieder € 54)
Ort: **Frankfurt,** Flemings Deluxe Hotel
Auskunft/Anmeldung: C. Ittner, Fon: 06032 782-223, E-Mail: christina.ittner@laekh.

EKG-Kurs mit praktischen Übungen

Fr., 19. – Sa., 20. Mai 2017
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Gebühr: € 320 (Akademiemitglieder € 288)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238, E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

Datenschutz und Datensicherheit in der Arztpraxis

Sa., 22. April 2017
Leitung: A. Zolg, M.Sc., A. Wolf, Frankfurt
Gebühr: € 70 (Akademiemitglieder € 63)
max. TN-Zahl: 16
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202 E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Intensivmedizin

36. Frankfurter Intensivmedizinisches Einführungsseminar
In Kooperation mit dem Zentrum Innere Medizin des Klinikums der J. W. Goethe-Universität
Mo., 27. März – Fr., 31. März 2017
Leitung: Prof. Dr. med. S. Fichtlscherer
Prof. Dr. med. T. O. F. Wagner,
Prof. Dr. med. Bojunga, Frankfurt
Gebühr: € 620 (Akademiemitglieder € 558)
Ort: Frankfurt, Universitätsklinikum
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Ultraschall

Gefäße
Aufbaukurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen
Do., 22. – Fr., 23. Juni 2017 (Theorie)
Sa., 24. Juni 2017 (Praktikum)
Gebühr: € 410 (Akademiemitglieder € 369)
Abschlusskurs der Doppler-Duplex-Sonographie der peripheren Arterien und Venen
Fr., 17. November 2017 (Theorie)
Sa., 18. November 2017 (Praktikum)
Gebühr: € 330 (Akademiemitglieder € 297)
Ort Praktikum: **Frankfurt**, Krankenhaus Nordwest
Leitung der Kurse für Gefäße: Prof. Dr. med. V. Hach-Wunderle, Frankfurt
Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden

Abdomen und Retroperitoneum (inkl. Schilddrüse)
Aufbaukurs
Sa., 11. und So., 12. März 2017 (Theorie)
+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 490 (Akademiemitglieder € 441)
Abschlusskurs
Sa., 28. Oktober 2017 (Theorie)
+ 2 Termine (je 5 Std.) Praktikum
Gebühr: € 360 (Akademiemitglieder € 324)
Ort Praktikum: **Frankfurt**, Kliniken Rhein-Main-Gebiet
Leitung: Dr. med. J. Bönhof, Wiesbaden
Dr. med. W. Schley, Groß-Umstadt
Aufbaumodul: Schilddrüse
Sa., 10. Juni 2017, 09:00 – 18:00 Uhr
Gebühr: € 250 (Akademiemitglieder € 225)
Ort: **Frankfurt**, Uniklinikum
Leitung: Prof. Dr. med. J. Bojunga, Frankfurt
Weitere Kurse unter www.akademie-laekh.de oder
Auskunft/Anmeldung:
A. Candelo-Römer, Fon: 06032 782-211,
E-Mail: adiela.candelo-roemer@laekh.de

Fachkunde im Strahlenschutz

Kenntniskurs
Fr., 28. April 2017 (theoretische + praktische Unterweisung)
Gebühr:
Theorie € 100 (Akademiemitglieder € 90)
Praxis € 60 (Akademiemitglieder € 54)
Leitung: PD Dr. med. Dr. med. habil. B. Bodelle
Auskunft/Anmeldung: M. Turano, Fon: 06032 782-213,
E-Mail: melanie.turano@laekh.de

Notfallmedizin

Seminar Ärztlicher Bereitschaftsdienst (ÄBD)
Fr., 17. – So., 19. März 2017
Gebühr: € 400 (Akademiemitglieder € 360)
Leitung: Dr. med. R. Merbs, Friedberg
M. Leimbeck, Braunfels
Seminar Leitender Notarzt
Sa., 22.– Di., 25. April 2017
Leitung: Dr. med. G. Appel, Kassel
Gebühr: € 780 (Akademiemitglieder € 702)
Ort: **Kassel,** Hess. Landesfeuerwehrschule
Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202
E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Alternative bedarfsorientierte betriebsmedizinische Betreuung von Arztpraxen (AbBA)

FOBI Mi., 08. März 2017, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
MIMA Mi., 19. April 2017, 14:00 – 19:00 Uhr **6 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Weber, Wiesbaden
Gebühr: € 110 (Akademiemitglieder € 99)
Max. Teilnehmerzahl: 25
Auskunft/Anmeldung: K. Kübler, Fon: 0611 977-4825,
E-Mail: karin.kuebler@laekh.de

Begutachtung

Medizinische Begutachtung
Modul Ia: **Fr., 10. – 11. März 2017** **12 P**
Gebühr: € 200 (Akademiemitglieder € 180)

Modul Ib: **Fr., 21. – Sa., 22. April 2017** **12 P**
Gebühr: € 200 (Akademiemitglieder € 180)

Modul Ic: **Fr., 12. – Sa., 13. Mai 2017** **16 P**
Gebühr: € 250 (Akademiemitglieder € 225)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de
Leitung: Prof. Dr. med. H. Bratzke, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: J. Jerusalem, Fon: 06032 782-203,
E-Mail: joanna.jerusalem@laekh.de

Arbeitsmedizinische Vorsorge: Lärm

ArbMedVV „Lärm“ ist als Blended Learning-Veranstaltung im Block B1 des Weiterbildungskurses integriert.

Präsenzphase: Sa., 11. – Fr., 17. März 2017
Beginn der Telelernphase: 11. Februar 2017
mit abschließender Lernerfolgskontrolle

Leitung: Dr. rer. nat. J. Kießling, Gießen,
Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Gebühr: € 360 (Akademiemitgl. € 324)
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283,
E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Dermatologie

Hautkrebs-Screening
Zertifizierte Fortbildung zur Durchführung und Abrechnung der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs.

Mi., 21. Juni 2017, 13:00 – 21:00 Uhr **11 P**
Leitung: Dr. med. P. Deppert, Bechtheim
Dr. med. K. Wiest, Ludwigshafen

Gebühr: € 180 (Akademiemitglieder € 162)
zzgl. € 70 Schulungsmaterial
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Hygiene und Umweltmedizin, Öffentliches Gesundheitswesen

Leitliniengerechter Einsatz von Antibiotika – Was gibt es Neues?
Mi., 28. Juni 2017

Leitung: Prof. Dr. med. U. Heudorf, Frankfurt
Gebühr: auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287
E-Mail: claudia.loeffler@laekh.de

Einführung in das Medizinrecht

Mi., 10. Mai 2017
Leitung: Prof. Dr. med. K.-R. Genth,
Bad Nauheim
RAin M.Strömer, Frankfurt
Gebühr: € 90 (Akademiemitglieder € 81)
max. TN-Zahl: 16
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 5: **Schwerpunkt Neurolologie/Innere / Allgemeinmedizin**
Präsenzveranstaltung **Fr., 19. – Sa., 20. Mai 2017** **27 P**
Beginn Telelernphase: **19. April 2017**
Gebühr: € 350 (Akademiemitglieder € 315)
Weitere Module unter www.akademie-laekh.de

Wissenskontrolle zum Nachweis der **Qualifikation zur fachgebunden genetischen Beratung** für zahlreiche Fachgebiete:
Sa., 25. März 2017
Gebühr: je € 50 (Akademiemitglieder € 45)

Fachgeb. gen. Beratung bei kardialen Erkrankungen
Sa., 11. März 2017
Leitung: Prof. Dr. med. J. Ehrlich, Wiesbaden
Gebühr: € 130 (Akademiemitglieder € 117)

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

Ambulante Ethikberatung

Blended Learning-Veranstaltung gem. Curriculum der AEM
Theorieteil: **Fr., 05. – Sa., 06. Mai 2017**
Mi., 17. Mai 2017, Mi., 31. Mai 2017
Mi., 14. Juni 2017
Moderationskurs: **Fr., 10. – Sa., 11. November 2017**
Leitung: PD Dr. med. C. Seifart, Marburg
Gebühren: Theorieteil / Moderationsteil
auf Anfrage
Auskunft/Anmeldung: K. Baumann, Fon: 06032 782-281,
E-Mail: katja.baumann@laekh.de

Curriculum Transplantationsbeauftragter Arzt

Blended Learning-Veranstaltung in Kooperation mit der Deutschen Stiftung Organspende (DSO).
Beginn Telelernphase: 19. Mai 2017
Theoretischer Teil: Fr., 19. – Mi., 21. Juni 2017
Kriseninterventionssemiar (folgende Termine zur Auswahl):
Mi., 28. Juni 2017 oder **Mi. 16. August 2017**
Leitung: Prof. Dr. med. W. Bechstein, Frankfurt
PD Dr. med. A. P. Barreiros, Mainz
Gebühren Theorie: € 600 (Akademiemitglieder € 540)
Kriseninterventionssemiar: € 150 (Akademiemitglieder € 135)
Auskunft/Anmeldung: A. Flören, Fon: 06032 782-238,
E-Mail: andrea.floeren@laekh.de

II. Weiterbildung
Bitte beachten Sie die Allgemeinen Hinweise!

Suchtmedizinische Grundversorgung

Kursteil 4: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017
Ort: **Friedrichsdorf,** Salus Klinik
Leitung: D. Paul, Frankfurt

Gebühr: € 180 je Kursteil
(Akademiemitglieder € 162)
Auskunft/Anmeldung: I. Krahe, Fon: 06032 782-208,
E-Mail: ingrid.krahe@laekh.de

Repetitorium Allgemeinmedizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Fr., 09. – Sa., 10. Juni 2017 **16 P**

Gesamtleitung: Dr. med. G. Vetter, Frankfurt
Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

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

Akupunktur

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

I. Teil Theorie (120 Std.)
Fr., 31. – So., 02. April 2017 **G4 – G6**
Fr., 23. – So., 25. Juni 2017 **G7 – G9**
Fr., 15. – So., 17. September 2017 **G10 – G12**
Fr., 01. – So., 03. Dezember 2017 **G13– G15**

II. Teil Praktische Akupunkturbehandlungen (80 Std.)
Sa., 01. – So., 02. April 2017 **GP**
Sa., 24. – So., 25. Juni 2017 **GP**
Sa., 23. – So., 24. September 2017 **GP**
Sa., 02. – So., 03. Dezember 2017 **GP**

Leitung: H. Luxenburger, München
Gebühren: auf Anfrage

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

Psychosomatische Grundversorgung

23. Curriculum Psychosomatische Grundversorgung
Der Kurs berechtigt zur Abrechnung der Leistungen im Rahmen der Psychosomatischen Grundversorgung (35100/35110). Es handelt sich um eine **integrierte** Veranstaltung. Enthalten sind die erforderlichen Anteile von 30 Stunden Reflexion der Arzt-Patienten-Beziehung (Balint), 30 Stunden Interventionstechniken, 20 Stunden Theorie, d. h. insgesamt 80 Stunden.
Die Balintgruppenarbeit ist in jeden Block inkludiert und somit bereits in den Teilnahmegebühren enthalten.

Fr., 19., – So., 21. Mai 2017 (ausgebucht) **20 P**
Fr., 18. – So., 20. August 207 (ausgebucht) **20 P**
Fr., 27. – So., 29. Oktober 207 (ausgebucht) **20 P**
Fr., 17. – So., 19. November 2017 (ausgebucht) **20 P**

Leitung: P. E. Frevert, Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühren je Block: € 350 (Akademiemitglieder € 315)

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

Palliativmedizin

Die Reihenfolge der Teilnahme muss eingehalten werden: Basiskurs – Aufbaukurs Modul I – Aufbaukurs Modul II (diese beiden sind tauschbar) – Fallseminar Modul III.

Aufbaukurs Modul I: **Di., 14. – Sa., 18. März 2017** **40 P**
Leitung: C. Riffel, Darmstadt

Aufbaukurs Modul II: **Mo., 28. Aug. – Fr., 01. Sep. 2017** **40 P**
Leitung: Dr. med. W. Spuck, Kassel

Fallseminar Modul III: **Mo., 20. – Fr., 24. November 2017** **40 P**
Leitung: Dr. med. L. Fendel, Wiesbaden
Dr. med. B. O. Maier, Wiesbaden

Basiskurs **Di., 05. – Sa. 09. Dezember 2017** **40 P**
Leitung: Dr. med. K. Mattekat, Hanau

Gebühren: Basiskurs, Aufbaukurs Modul I und II
je € 650 (Akademiemitglieder € 585)
Fallseminar Modul III € 750
(Akademiemitglieder € 675)

Auskunft/Anmeldung: B. Buß, Fon: 06032 782-202,
E-Mail: baerbel.buss@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 „Lärm" ist in den Block B1 und die ArbMedVV „Arbeitsaufenthalt im Ausland unter besonderen klimatischen und gesundheitlichen Bedingungen" in den Block B2 integriert.

B1: Präsenzphase: Sa., 11. – Fr., 17. März 2017
B1: Beginn der Telelernphase: Sa., 11. Februar 2017 **60 P**
C1: Beginn der Telelernphase: Sa., 24. März 2017
C1: Präsenzphase: Sa., 22. – Fr., 09. April 2017 **60 P**
A2: Beginn der Telelernphase: 30. Juli 2017
A2: Präsenzphase: 30. August – 06. September 2017
B2: Beginn der Telelernphase: 01. Oktober 2017
B2: Präsenzphase: 01. – 08. November 2017
C2: Beginn der Telelernphase: 29. Oktober 2017
C2: Präsenzphase: 29. November – 06. Dezember 2017

Gebühren: je Block € 570 (Akademiemitgl. € 513)
Gesamtleitung: Prof. Dr. med. D. Groneberg, Frankfurt
Auskunft/Anmeldung: S. Scherbel, Fon: 06032 782-283, E-Mail: sandra.scherbel@laekh.de

Notfallmedizin

Marburger Kompaktkurs (Zusatzbezeichnung Notfallmedizin)
In Kooperation mit dem Zentrum für Notfallmedizin am Universitätsklinikum Gießen und Marburg GmbH
Fr., 06. – Sa., 14. Oktober 2017
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: simulation@rdmh.de

Psychosomatische Grundversorgung für die Kurs-Weiterbildung Allgemeinmedizin

Kurs A: **Fr., 05. – Sa., 06. Mai 2017** **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Frankfurt
Kurs B: **Fr., 22. – Sa., 23. September 2017** **20 P**
Leitung: Dr. med. W. Hönmann, Frankfurt

Gebühren: Kurs A und B je Kurs € 300 (Akademiemitgl. € 270)
Für Teilnehmer des Weiterbildungskollegs der Kompetenzzentren gelten ermäßigte Gebühren. Bitte fragen Sie uns.

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

Krankenhaushygiene

Modul IV: Mo., 11. - Do., 14. September 2017 **32 P**
Leitung: Prof. Dr. med. T. Eikmann, Dipl. Ing. S. Harpel
Gebühr: € 590 (Akademiemitglieder € 531)
Ort: Gießen, Universitätsklinikum

Modul V: in Planung für 2017
Leitung: PD Dr. med. habil. B. Jahn-Mühl
Gebühr: € 590 (Akademiemitglieder € 531)

Modul VI: Mo., 29. Mai - Do., 01. Juni 2017 **32 P**
Leitung: Prof. Dr. med. Thomas Eikmann
Gebühr: € 590 (Akademiemitglieder € 531)

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

Repetitorium Innere Medizin

Ideal für die Vorbereitung zur Facharztprüfung oder zur Auffrischung vorhandener Kenntnisse.
Mo., 24. – Sa., 29. April 2017 **insg. 63 P**

Themenübersicht
Montag: Gastroenterologie – Kardiologie **12 P**
Prof. Dr. med. K. Haag,
Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. W. Hamm
Dienstag: Kardiologie – Pneumologie **11 P**
Dr. med. R. Brandt / Prof. Dr. med. C. W. Hamm
Prof. Dr. med. C. Vogelmeier
Mittwoch: Angiologie – Nephrologie **11 P**
Dr. med. F. Präve
PD Dr. med. H.-W. Birk / Prof. Dr. med. W. Fassbinder
Donnerstag: Internistische Hämatologie/Onkologie – Internistische Intensivmedizin **11 P**
Prof. Dr. med. L. Bergmann / Prof. Dr. med. A. Neubauer
Prof. Dr. med. K. Mayer
Freitag: Endokrinologie/Diabetologie - Rheumatologie
Dr. med. C. Jaursch-Hancke /
Prof. Dr. med. Dr. phil. P. H. Kann, M. A.
Prof. Dr. med. U. Lange
Samstag: Fallseminar **12 P**
Dr. med. R. Brandt, Prof. W. Fassbinder/Dr. med. M. Zieschang, Prof. K. Haag, Dr. med. I. Tarner

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 A: Fr., 03. – Sa., 04. März 2017 **20 P**
Leitung: Dr. med. K. Böhme, Kassel
Dr. med. T. Wiehn, Friedrichsdorf
Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Block D: Fr., 12. – Sa., 13. Mai 2017 **20 P**
Leitung: Dr. med. F. Kretschmer,
Dr. med. G. Neidhart, Frankfurt
Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Block C: Fr., 01. – Sa., 02. September 2017 **20 P**
Leitung: C. Drefahl, Frankfurt
Dr. med. W. Merkle, Frankfurt
Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

Block B: Fr., 03. – Sa., 04. November 2017 **20 P**
Leitung: PD Dr. med. M. Gehling, Kassel
Prof. Dr. med. M. Tryba, Kassel
Orte: Block A, C, D **Bad Nauheim,** FBZ
Block B **Kassel,** Klinikum
Gebühr: € 260 (Akademiemitgl. € 234)

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

Qualitätsmanagement

Ärztliches Qualitätsmanagement
Der Kurs besteht aus Präsenzphasen und Selbststudium sowie einem Teilnehmerprojekt, das überwiegend in Eigeninitiative in Heimarbeit zu erbringen ist.
Block I: Di., 07. – Sa., 11. November 2017 **40 P**
Vorgesehene Themen: Einführung in das QM, Einführung in die Gesundheitsökonomie, Rechtliche Aspekte: Berufsrecht, Sozialrecht, Haftungsrecht, Rechtskonflikte, Methoden des QM, Indikatoren und Externe QS, Prozessmanagement, QM-Handbuch und Dokumentenlenkung
Gebühr: Block I € 990 (Akademiemitgl. € 891)

Block II a: Do., 01. – Sa., 03. März 2018
Block II b: Mi., 13. – Sa., 16. Juni 2018
Block III a: Mi., 12. – Sa., 15. September 2018
Telelernphase: 16. September – 06. November 2018
Block III b: Mi., 07. – Sa., 10. November 2018
Gebühren: Block II a + b, III a + b ,
inkl. Telelernphase
je € 770 (Akademiemitgl. € 693)

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

Sozialmedizin

AK II: Mi., 19. – Fr., 28. April 2017
Gesamtleitung: Ltd. Med. Dir. Dr. med. R. Diehl, Frankfurt
Gebühren: je Kurs € 680 (Akademiemitgl. € 612)
Auskunft/Anmeldung: C. Löffler, Fon: 06032 782-287,
E-Mail: claudia.loeffler@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 AGBs 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. Ärztinnen/Ärzte in erster Facharztweiterbildung sowie in Elternzeit oder ohne ärztliche Tätigkeit zahlen die Hälfte des Jahresbeitrags (€ 50,00). Die Mitgliedschaft für Studenten/-innen der Medizin ist nach Vorlage einer gültigen Studienbescheinigung bis zur Mitgliedschaft in der Ärztekammer 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

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 einen Infoflyer. Fragen bitte per E-Mail an: verwaltung.cos@laekh.de
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Fortbildung für MFA in der Kinder- und Jugendarztpraxis

!!! NEU !!! Kommunikationstechniken „Das dritte Ohr und Auge!" (PAD 1)
Inhalte: Die Fortbildung richtet sich insbesondere an Medizinische Fachangestellte in Kinder- und Jugendarztpraxen. MFA nehmen viele Signale im Gespräch mit den Patienten auf, deren Informationsweiterleitung für den Arzt/die Ärztin wertvolle Hinweise sind. Ein Schwerpunkt der Fortbildung ist das Training von Kommunikationstechniken für die Kommunikation mit „unsicheren" Eltern und jugendlichen Patienten.
Termin: Interessentenliste
Gebühr: € 105

!!! NEU !!! Prävention ist mehr als ein Pieks – neue Kinderrichtlinie (PAD 2)
Inhalte: Zielsetzung der Veranstaltung „Prävention ist mehr als ein Pieks!" ist es, das Thema Prävention unter dem Aspekt Wissensmanagement zu betrachten, insbesondere mit dem Fokus auf die neuen „Kinder-Richtlinien".
Termin: Sa., 20.05.2017, 08:30 – 16:45 Uhr
Gebühr: € 105

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

Schwerpunkt Patientenbetreuung/ Praxisorganisation

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.
Termin: Sa., 18.03.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 105
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax -180

Schwerpunkt Medizin

Injektionen/Infusionen (MED 5)
Inhalte: Die Vorbereitung einer Injektion/Infusion steht neben den Übungen von Injektionstechniken im Mittelpunkt. Hierbei werden die rechtlichen Aspekte zu delegationsfähigen ärztlichen Leistungen sowie die aktuellen Forderungen der TRBA 250 berücksichtigt und als Lerninhalte vermittelt.
Termin: Sa. 01.04.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 105
Information: Elvira Günthert, Fon: 06032 782-132, Fax: -180

Wundmanagement – Aufbaufortbildung (MED 16)
Inhalte: Die Fortbildung ist für Teilnehmer/innen mit fortgeschrittenem Kenntnisstand und Erfahrungen in der Wundbehandlung ausgerichtet. Dekubitus, Kompressionstherapie und zeitgemäße Wundauflagen sind Themen der Fortbildung, die mit praktischen Übungen ergänzt werden.
Termin: Interessentenliste, samstags, 09:30 – 15:00 Uhr
Gebühr: € 105
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax -180

Aufbaufortbildung Onkologie

Die nachfolgende Fortbildung Onkologie wird angeboten unter Bezug auf die Onkologievereinbarung (Anlage 7, § 7 Abs. 3 zu den Bundesmantelverträgen).

Versorgung und Betreuung von Patienten mit oralen Tumortherapeutika (ONK A1_2)
Inhalte: Medizinische Grundlagen oraler, zytoreduktiver Therapien, Arzneimittelversorgung, altersunabhängige, therapierelevante Multimorbidität, Recherchen, Patienten- und Angehörigenedukation. Die Inhalte der Aufbaufortbildung „Versorgung und Betreuung von Patienten mit subkutanen Therapien" werden vorausgesetzt.
Termin: Interessentenliste, (24 Std.)
Gebühr: € 280
Information: Elvira Keller, Fon: 06032 782-185, Fax -180

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin

Arbeitsmedizin/Betriebsmedizin Aufbaulehrgang
Inhalte: Der Aufbaulehrgang wurde für Absolventen des 60-stündigen Curriculums „Betriebsmedizinische Assistenz" der LÄKH 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., 26.04.2017 (72 Stunden)
Gebühr: € 950 zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Information: Karin Jablotschkin, Fon: 06032 782-184, Fax: -180

Prüfungsvorbereitungskurse für MFA-Azubi

Abrechnung: EBM (PVK 1)
Inhalte: Lerninhalte in den Fächern „Abrechnung" und „Formularwesen" werden wiederholt und vertieft.
Termin: Sa., 01.04.2017, 10:00 – 16:30 Uhr oder
Di., 23.05.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 75

Abrechnung: GOÄ / UV-GOÄ (PVK 2)
Inhalte: Im Kurs werden die Kernelemente der GOÄ und die Abrechnung von Arbeitsunfällen wiederholt und vertieft.
Termin: Sa., 22.04.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 75

Abschlussprüfung praktischer Teil (PVK 3)
Inhalte: Der Kurs bietet die Möglichkeit, die Prüfungssituation in den Räumen der COS exemplarisch kennen zu lernen.
Sa., 13.05..2017, 09:30 – 17:45 Uhr oder
Fr., 26.05.2017, 09:30 – 17:45 Uhr oder
Sa., 10.06.2017, 09:30 – 17:45 Uhr
Gebühr: € 95

Medizinische Fachkunde (PVK 4)
Inhalte: Im Kurs werden prüfungsrelevante Themenbereiche besprochen und mit Hilfe aktiver Übungen wiederholt.
Termin: Sa., 11.03. und 18.03.2017, jeweils 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 130

Präsenzlabor und EKG praktisch (PVK 5)
Inhalte: Glucose- und Cholesterinmessungen mit Kapillarblut, BSG-Bestimmung, Urinuntersuchungen inkl. Keimzahlbestimmung, Screening-Test auf „Occultes Blut im Stuhl", Mikroskopierübungen: Harnsediment, Leukozytenzählung, Blutdruckmessung und Pulsfrequenzmessung, Ruhe-EKG, Messungen zur BMI-Bestimmung
Termin: Mo., 22.05..2017, 09:15–17:30 Uhr oder
Sa., 03.06.2017, 09:15 – 17:30 Uhr
Gebühr: € 95

Praxisorganisation Teil 1 „Verwaltung und Wirtschaftskunde" (PVK 6)
In Teil 1 stehen der Zahlungsverkehr und die allgemeine Praxisorganisation im Mittelpunkt.
Termin: Sa., 25.03.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 75

Praxisorganisation Teil 2 „Verwaltung und Wirtschaftskunde" (PVK 7)
In Teil 2 werden rechtliche Grundlagen behandelt.
Termin: Sa., 08.04.2017, 10:00 – 16:30 Uhr
Gebühr: € 75

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

Klinikassistenz (KLA)

Die Fortbildung „Klinikassistenz" umfasst 100 Unterrichtsstunden sowie ein 20-stündiges Praktikum. Klinikassistenz heißt, Aufgaben zu übernehmen, die an nichtärztliches Personal zu delegieren sind und nicht zum Bereich Pflege gehören.
Inhalte: DRG-Kodierung, Grundlagen krankenhausrelevanter Gesetzgebung, Ablauforganisation im Krankenhaus, Verwaltung von Patientenakten, EDV, Formular- und Abrechnungswesen, Gesprächsführung, Praktikum
Termin: ab 16.03.2017
Gebühr: € 1.180, zzgl. € 60 Lernerfolgskontrolle
Information: Monika Kinscher, Fon: 06032 782-187, Fax -180

Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Aufstiegsfortbildung (FAW 2)

Die Aufstiegsfortbildung umfasst im Pflichtteil die Module:
- Betriebswirtschaftliche Praxisführung
- Patientenbetreuung und Teamführung
- Risikopatienten und Notfallmanagement
- Einsatz von Informations- und Kommunikationstechnologien
- Arbeitssicherheit/Gesundheitsschutz • Qualitätsmanagement
- Durchführung der Ausbildung • Lern- und Arbeitsmethodik

Durch die Kombination von **300 Stunden Pflichtteil** und **120 Stunden medizinischen Wahlteil** hat der/die Fachwirt/in für ambulante medizinische Versorgung Kompetenzen sowohl im Bereich des Praxismanagements, wie auch in den Bereichen Patientenkoordination und Medizin. Als medizinischer Wahlteil werden u. a. Fortbildungskurse gemäß den Mustercurricula der Bundesärztekammer anerkannt. Gerne übersenden wir Ihnen das Fortbildungsprogramm der Carl-Oelemann-Schule, in dem u. a. die Qualifizierungslehrgänge, die als Wahlteil angeboten und anerkannt werden, beschrieben sind. Tätigkeitsbeschreibung siehe im Internet unter: www.fortbildung-mfa.de.
Termin: ab 18.05.2017
Gebühr Pflichtteil: € 1.560, **Prüfungsgebühren:** € 200
Teilnahme an einzelnen Modulen möglich, Gebühr auf Anfrage.
Information: Monika Kinscher, Tel.: 06032 782-187, Fax -180

ALLGEMEINE HINWEISE

Anmeldung: Bitte schriftlich oder per Fax an die Carl-Oelemann-Schule. Eine Bestätigung erfolgt ebenfalls schriftlich.
Veranstaltungsort: (soweit nicht anders angegeben):
Carl-Oelemann-Schule (COS) | www.carl-oelemann-schule.de
Carl-Oelemann-Weg 5 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-100 | Fax: 06032 782-180
Übernachtungsmöglichkeit und Anmeldung:
Gästehaus der Carl-Oelemann-Schule
Carl-Oelemann-Weg 26 | 61231 Bad Nauheim
Fon: 06032 782-140 | Fax: 06032 782-320
E-Mail: gaestehaus@fbz-hessen.de

Mein erster Nachtdienst – Rechte und Pflichten

Veranstaltungsreihe des Marburger Bundes

Früher oder später kommt der Moment – der erste Nachtdienst alleine steht an: Viele junge Ärzte sind aufgeregt, haben Angst oder sind unsicher. Einem Großteil von ihnen gehen in den Tagen vor dem ersten Dienst viele Fragen durch den Kopf. Das Seminar des Marburger Bundes „Mein erster Nachtdienst" bietet nicht nur medizinische Vorträge – Ärzte erfahren auch, welche Rechte und Pflichten sie haben.

Lernen Sie Ihren Arbeitsplatz kennen! Achten Sie auf Ihr eigenes Wohlbefinden – ein fitter Arzt ist besser als ein grimmiges Nervenbündel. Und fragen Sie nach, wenn Sie etwas nicht wissen. Diese und noch einige andere wertvolle Tipps geben Experten jungen Ärztinnen und Ärzten, die vor ihrem ersten Nachtdienst stehen.

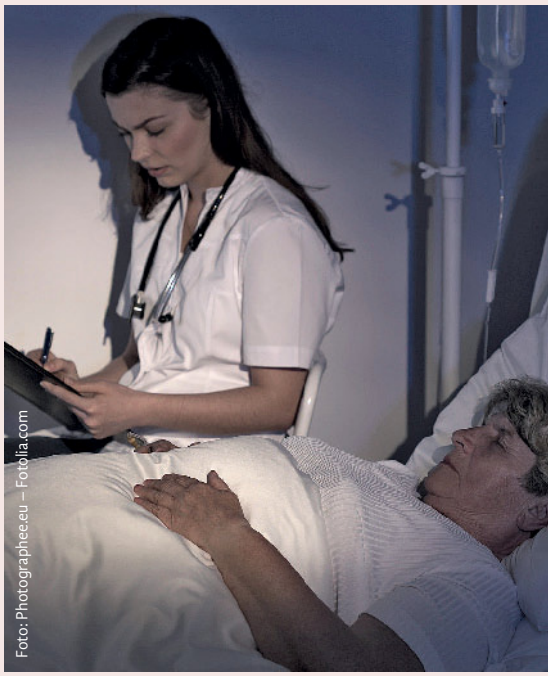
Die beiden Ärzte, Dr. med. Andreas Fischbach, Klinikdirektor der Klinik für Notfallmedizin an den Helios HSK Kliniken Wiesbaden, und sein Kollege Marc Dierhoff, Oberarzt in der Klinik für Notfallmedizin, informierten die Teilnehmer der gut besuchten Veranstaltung nicht nur allgemein, was beim ersten Dienst wichtig ist, sondern gaben auch ausführliche medizinische Tipps und erklärten, auf was im Ernstfall alles zu achten ist, etwa wie Notfälle medizinisch zu behandeln sind.

Fischbach berichtete auch von seinem ersten Nachtdienst: „Ein Patient hatte damals einen kardiogenen Schock entwickelt und ist verstorben. In einer solchen Situation ist es natürlich wichtig zu wissen, wo der Notfallkoffer steht und wie man einen Beatmungsbeutel hält. Aus meiner Zeit im Rettungsdienst hatte ich da zum Glück Erfahrung. Aber auch den Totenschein auszufüllen und mit den Angehörigen zu sprechen, gehört dann dazu." Auch hatte er einen betrunkenen Patienten, der sich selbst entlassen hat. Hier sei es wichtig zu wissen: Welchen rechtlichen Rahmen gibt es? „Darf ich ihn festhalten? Hole ich die Polizei? Hier hilft es, sich kurz mit dem Unterbringungsgesetz zu beschäftigen, das in jedem Bundesland anders aussieht", riet Fischbach.

Es gebe viele Ereignisse im ersten Nachtdienst, die parallel auftreten können, zum Beispiel: Ein Patient fällt aus dem Bett, einer hat plötzlich hohes Fieber, ein anderer Brustschmerzen oder akute Atemnot. „Es erwartet einen das gesamte medizinische Spektrum, was eine Herausforderung ist. Da hilft es, wenn man vorbereitet ist. Sich im Vorfeld ein Konzept zu machen, was in welchen Fällen getan werden muss und dies, gestützt von Notizen, zu kennen, ist hilfreich. Denn viel Zeit zum Nachlesen hat man während des Nachtdienstes meist nicht", sagte Fischbach.

Auf viele typisch auftretende Situationen können sich Ärzte vorbereiten. Wichtig sei sich mit dem Haus und der Logistik vorab vertraut zu machen: Wer sind die Mitstreiter in der Nacht? Wo steht der Reanimationskoffer? Wo kann ich Hilfe holen? Habe ich alle wichtigen Telefonnummern in der Tasche? Wer hat Hintergrunddienst? Auch könne es sinnvoll sein, sich im Vorfeld auf Station vorzustellen und nach kritischen Patienten direkt zu fragen und welche Versorgung vorgesehen ist. „Je besser man sich vorbereitet hat, desto weniger Stress gibt es."

Rechtsanwalt Andreas Wagner, Geschäftsführer des Marburger Bundes Hessen, informierte zudem über rechtliche Knackpunkte. Wagner erläuterte das Thema Bereitschaftsdienst und ging bei dem Thema Haftung unter anderem auf den Unterschied zwischen Organisationsverschulden und Übernahmeverschulden ein.



Bereitschaftsdienst im Krankenhaus: Seminare für Einsteiger, zum Beispiel beim Marburger Bund oder der Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung der LÄKH, informieren über ärztliches Handeln bei notfallmedizinischen Krankheitsbildern, Rechte & Pflichten und organisatorische Fallstricke (siehe Kasten)

Seminare für Einsteiger

Einsteigerseminar der LÄKH-Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung
Themen: Bereitschaftsdienste im Krankenhaus: Notfallmedizinische Krankheitsbilder, rechtliche Rahmenbedingungen und organisatorische Fallstricke.
Termin: 25.10.2017; 9 bis 17.30 Uhr
Ort: Bad Nauheim
Im Internet: www.laekh.de/aerzte/aerzte-fortbildung/akademie/veranstaltungsangebot/veranstaltung/
Infos per E-Mail: baerbel.buss@laekh.de

Veranstaltung des Marburger Bundes Hessen: „Mein erster Nachtdienst – was kommt auf mich zu?"
Themen: Arbeiten, wenn andere schlafen – Management von Notfällen im Krankenhaus. Rechte und Pflichten – von Arbeitszeiten bis Haftung.

Der nächste Termin und weitere Informationen werden auf der Website des Marburger Bundes www.mbhessen.de bekannt gegeben.

Kerstin Mitternacht
Marburger Bund Hessen e. V.
E-Mail: mitternacht@mbhessen.de

„Let's talk about sex"

HIV/STI-Prävention als Ausbildungsmodul für Studierende der Humanmedizin

Wie spreche ich meine Patienten auf das Thema Sexualität an? Wie formuliere ich Fragen, ohne zu tief zu bohren? Was steht mir als Ärztin oder Arzt zu? Wann überschreite ich möglicherweise Grenzen?
Ärzte können zur sexuellen Gesundheit ihrer Patienten viel beitragen, doch die dafür notwendige Kommunikation ist für alle Beteiligten oftmals eine echte Herausforderung. Um angehende Ärztinnen und Ärzte auf diese Situation vorzubereiten, wird am Universitätsklinikum Frankfurt am Main seit dem Wintersemester 2014/2015 der Workshop „Let's talk about sex" angeboten – ein Kommunikationstraining zum Arzt-Patienten-Gespräch über Sexualität.
Ende Januar hat unsere Autorin an einem solchen Kurs teilgenommen und eine kleine Gruppe von Studierenden dabei begleitet, wie sie sich mit Fragen rund um das Thema Kommunikation über Sexualität und sexuelle Gesundheit auseinandersetzen.

Pilotprojekt: Kurs für Frankfurter Studierende verpflichtend

Etwa 800 Studierende der Humanmedizin haben den dreistündigen Workshop in Frankfurt bereits durchlaufen. „Es handelt sich hierbei um ein Pilotprojekt", erklärt Dr. med. Björn Steffen, Oberarzt Hämatologie/Medizinische Onkologie und Unterrichtsbeauftragter des Zentrums der Inneren Medizin. „Wir sind die erste Universität, an der die Teilnahme am Workshop verpflichtend ist."
Dr. med. Annette Haberl, Leiterin des Bereichs HIV und Frauen am HIVCENTER des Universitätsklinikums, ist Vorstandsmitglied der Deutschen AIDS-Gesellschaft und sitzt im wissenschaftlichen Beirat des Ärzteprojekts. „Ich habe spontan in Frankfurt nachgefragt, ob Interesse am Projekt besteht – und dann ging alles ganz schnell! Nachdem die Deutsche Aids-Hilfe Ende 2014 ein Kommunikationstraining für Dozentinnen und Dozenten hier bei uns in der Klinik organisiert hatte, startete der erste Kurs bereits im Januar 2015", erzählt Haberl. Im selben Jahr gewann das Projekt auf dem Deutsch-Österreichischen AIDS-Kongress (DÖAK) bereits den Posterpreis der Hector-Stiftung.
Der Workshop findet im Rahmen des Blockpraktikums „Innere Medizin" statt, so könne man den Studierenden „kommunikatives Handwerkszeug" für das anschließende Stationspraktikum mitgeben, merkt Steffen an. Dass das Projekt so schnell umgesetzt werden konnte, sei auch dem Engagement der Dozentinnen und Dozenten, der Infektiologie, die für die Besetzung der Workshops verantwortlich ist und der Allgemeinmedizin zu verdanken, die das Vorhaben von Anfang an mit begleitet hat. Derzeit sind in Frankfurt 20 Workshopleiter aus Klinik, AIDS-Hilfe und niedergelassenen Schwerpunktpraxen für das Projekt tätig. „Der Kurs lebt davon, dass die Dozenten über eigene Erfahrungen mit dem Thema verfügen. Für die Lehrenden gehört die Kommunikation über Sexualität zum täglichen Brot, deshalb können sie mögliche Herausforderungen so gut vermitteln", so Haberl.

Ziel: offene und vorurteilsfreie Arzt-Patienten-Kommunikation

Durch Rollenspiele sollen die Studierenden einen Eindruck davon erhalten, wie schwierig es sowohl für den Arzt als auch für den Patienten sein kann, offen und vorurteilsfrei über Sexualität zu sprechen. Auch die Aufmerksamkeit für die wichtige, aber oftmals vernachlässigte Sexualanamnese soll so noch einmal geschärft werden. „Gerade im HIV-Bereich haben wir immer noch viele „Late presenter", unter anderem weil Indikatorkrankheiten nicht erkannt wurden. Hier zeigt sich, dass die Arzt-Patienten-Kommunikation häufig nicht richtig funktioniert", merkt Haberl an.
Die Angst vor Diskriminierung sei oft ausschlaggebend dafür, dass wichtige Informationen in der Arztpraxis nicht thematisiert werden. Jeder Mensch habe Vorurteile, die Kommunikationsprozesse beeinflussen, doch Ärzte müssten in der Lage sein, wertfrei zu kommunizieren. „Für uns war es daher wichtig, den Workshop früh in die Lehre zu integrieren", erklärt Steffen. So biete man den Studierenden die Möglichkeit, eigene Vorurteile zu reflektieren.
Natürlich könne man in dem Kurs keinen „Leitfaden" für eine Sexualanamnese erstellen. Vielmehr soll das Projekt ein Anstoß dafür sein, die eigene Haltung zu überdenken und diese Erkenntnisse mit in spätere Gespräche zu nehmen. „Wir möchten den Studierenden zeigen, wie Kommunikation auch

„Let's talk about sex" – HIV/STI-Prävention in der Arztpraxis

Sowohl Patienten als auch Ärzten fällt es oftmals schwer, über sexuell übertragbare Erkrankungen zu sprechen. Gemeinsam mit verschiedenen medizinischen Fachgesellschaften sowie der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung hat die Deutsche AIDS-Hilfe daher das Fortbildungsmodul „Let's talk about sex" entwickelt. In Rollenspielen lernen die Teilnehmenden eine auf sexuell übertragbare Infektionen fokussierte Sexualanamnese. Diskussionen und Vorträge regen dazu an, normative Haltungen über Sexualität zu identifizieren, zu problematisieren und zu dekonstruieren, damit für Arzt und Patient ein diskriminierungsfreies und angenehmes Gesprächsumfeld entsteht.
Seit 2010 wurden bundesweit 80 Workshops von speziell geschulten Dozenten durchgeführt.

Das Fortbildungsseminar wird kostenfrei für Kliniken, Hochschulen oder niedergelassene Praxen angeboten.

Informationen im Internet:
www.hiv-sti-fortbildung.de

dann möglich ist, wenn uns die Lebenswelten der Patienten fremd oder unverständlich erscheinen", so Steffen. Außerdem, ergänzt Haberl, solle ein Gespür für Grenzsituationen vermittelt werden.

Do's und Don'ts bei der Sexualanamnese

Der von Haberl geleitete Workshop startet damit, dass die kleine Gruppe zunächst von eigenen Erfahrungen zum Thema Sexualanamnese berichtet. Wie sich herausstellt, können die angehenden Ärztinnen Ärzte bereits einiges dazu beitragen – auch wenn vor allem die Studentinnen erzählen, dass sie aus dem Raum geschickt worden seien, wenn das Gespräch mit männlichen Patienten in diese Richtung steuerte. „In solchen Fällen gilt es, den Wunsch des Patienten zu respektieren", betont Haberl. „Die Umstände müssen so sein, dass der Patient sich wohl fühlt, damit er sich dem Arzt anvertrauen kann."

Mit den Berichten im Hinterkopf erarbeiten die Studierenden anschließend gemeinsam mit ihrer Dozentin eine Liste mit Do's und Don'ts für die Gesprächssituationen. Als Do's – Faktoren für das Gelingen eines Gesprächs – werden der geschützte Raum, ausreichend Zeit, Empathie, Souveränität und Agieren auf Augenhöhe genannt. Zu den Don'ts – Störfaktoren – zählen die Studierenden Handyklingeln, zu wenig Privatsphäre und Stress aufgrund von Zeitdruck.

Doch nicht nur für Patienten sind die Gespräche schwierig: „Fremde Lebensformen können für Sie schwer nachvollziehbar oder verständlich sein. Souveränität bedeutet aber auch, dass man nachfragt und sich Dinge erklären lässt. Natürlich gibt es auch Situationen, in denen die Empathie auf der Strecke bleibt – hier kommt jeder an seine Grenzen", merkt Haberl an. Genauso wichtig wie nachzufragen sei es auch, an der richtigen Stelle aufzuhören. Dieser Punkt sei erreicht, wenn weitere Fragen nicht mehr zielführend bzw. therapierelevant sind, sondern dem eigenen Interesse dienen, ergänzt eine Studentin.

Mehr als körperliche Symptome

Wo diese Grenzen liegen, und wie sich Arzt und Patient in einer solchen Gesprächssituation fühlen, erfahren die Studierenden im Anschluss: In Rollenspielen übernehmen jeweils zwei Teilnehmende die Rolle von Arzt und Patient und spielen Szenarien aus dem ambulanten und stationären Bereich nach, die so oder in ähnlicher Form schon vorgekommen sind. Im Anschluss werden die Szenen in der Gruppe diskutiert. „Es fiel mir schwer, mich in den Patienten hineinzuversetzen und mich diesem unangenehmen Gespräch zu stellen", so ein Teilnehmer, der einen Familienvater verkörpern sollte, der Angst hat, sich mit einer sexuell übertragbaren Krankheit infiziert zu haben.

Schnell reift in den Studierenden die Erkenntnis, dass es bei dieser Art der Gespräche weit mehr bedarf, als medizinische Hilfestellungen. „Die psychosoziale Ebene spielt hier eine ganz entscheidende Rolle", erklärt Haberl. „Sie haben es in solchen Situationen möglicherweise mit Menschen zu tun, die sich ihrer sexuellen Identität nicht sicher sind oder sich dieser schämen. Hier ist es wichtig, dass Sie dem Patienten Angebote für weiterführende Unterstützung mitgeben."

Die Gruppe nutzt den Nachmittag, um der Dozentin eine Vielzahl von Fragen darüber zu stellen, wie man sich in komplizierten Fällen zu verhalten habe. „Für eine Sexualanamnese braucht es ein gewisses Gespür dafür, wann „mehr dahinter steckt" als das, was der Patient sagt. Achten Sie besonders auf nonverbale Anzeichen oder das Ausweichen und Ablenken von bestimmten Fragen", rät Haberl. „Treten Sie souverän auf und vermitteln Sie dem Patienten, dass es sich um eine ganz normale Gesprächssituation handelt."

Herausforderung Sexualanamnese: Zwei Studierende spielen ein Arzt-Patienten-Gespräch nach.

„Reflektieren Sie Ihre eigene Haltung"

Eine weitere Erkenntnis des Tages: In ihrer Rolle als Ärztinnen und Ärzte nahmen die Studierenden Offenbarungen und Diagnosen ihrer Patienten positiv und verständnisvoll auf – in der Realität sieht das oftmals anders aus. Denn ob bewusst oder nicht: Unverständnis oder Vorurteile gegenüber Patienten und deren Lebensweisen werden häufig offen gezeigt. „Dabei sollte man sich immer vor Augen halten, dass die Person in der Situation ohnehin geschwächt ist. Sie sitzt beim Arzt, weil sie ein Problem hat und Hilfe braucht. In solchen Momenten über mögliche Risikokontakte, sexuell übertragbare Krankheiten oder ähnliches zu sprechen, bedarf großer Überwindung", fasst Haberl die besondere Problematik solch ablehnender Haltungen zusammen. „Umso größer ist die Verletzung, wenn man in diesem eigentlich geschützten Raum mit negativen Reaktionen konfrontiert wird."

Die abschließende Fragerunde und auch die Ergebnisse der Evaluation zeigen, dass die Studierenden die Relevanz des Themas erkannt haben und den Kurs sehr positiv bewerten. „Ich hoffe, Sie können etwas aus dieser Runde mitnehmen für Ihre späteren Gespräche. Auch wenn es sich um eine schwierige Situationen handelt, ist es im Sinne der Patienten wichtig, dass wir dem nicht ausweichen", appelliert Haberl an die Studierenden, bevor sie diese nach einem abwechslungsreichen Nachmittag aus dem Kurs entlässt.

Caroline McKenney

Foto: Marco2811 – Fotolia.com

Verdacht auf Kindesmisshandlung contra ärztliche Schweigepflicht

Der ärztliche Heilauftrag umfasst nicht nur das Erkennen und die Behandlung von Erkrankungen, sondern auch die Vermeidung von künftigen Gesundheitsgefährdungen. Es ist mithin ärztliche Pflicht, den Patienten auch vor zukünftigen Schädigungen zu bewahren. Diese Pflicht kann jedoch mit einer anderen ärztlichen Pflicht kollidieren. So sieht sich der Arzt aufgrund seiner Schweigepflicht oft gehindert, einen Verdacht auf Kindesmisshandlung den Behörden zu melden. Entsprechende Anzeigen unterbleiben oft aus Unsicherheit, was man in diesem Spannungsverhältnis der Pflichten nun „darf oder muss".

(1) Wann darf ein Patientengeheimnis rechtmäßig offenbart werden? Fünf Offenbarungsbefugnisse sind juristisch definiert

Die ärztliche Schweigepflicht ist bekanntlich eine Nebenpflicht aus dem Behandlungsvertrag. Nach der Bestimmung des § 203 I StGB ist der Arzt verpflichtet, über dasjenige zu schweigen, was ihm seine Patienten anvertrauen. Die Wahrung der ärztlichen Schweigepflicht ist zudem unter dem Schutz der ärztlichen Berufsordnungen der Ärztekammern in den Bundesländern gestellt, in Hessen ist es der § 9 BO-Ärzte.
Verboten ist aber nur das unbefugte Offenbaren von Patientengeheimnissen. Von der Rechtsprechung sind bis heute fünf Offenbarungsbefugnisse entwickelt worden, die es ermöglichen, ein Patientengeheimnis rechtmäßig zu offenbaren:

- Die Einwilligung.
- Die mutmaßliche Einwilligung.
- Die gesetzlichen Offenbarungspflichten und -rechte.
- Rechtfertigungsgründe aus der Sphäre des Arztes (zum Beispiel Verteidigung im Haftungsfall, Beitreibung von Honorarforderungen, etc.)
- Die Offenbarungsbefugnis aus dem sogenannten Güterabwägungsprinzip. Nach dem sogenannten rechtfertigenden Notstand (§ 34 StGB) darf der Arzt immer dann ein Patientengeheimnis offenbaren, wenn das Interesse, das dem Straftatbestand der ärztlichen Schweigepflicht zugrunde liegt, nämlich das Vertrauen des Patienten in die Verschwiegenheit seines Arztes gegenüber einem anderen Interesse, geringerwertig ist.

(2) Kindeswohl hat Vorrang vor den Bedürfnissen der Eltern

Erstmals hat im Jahre 2013 ein Obergericht* (KG, Urt. v. 27. 06. 2013, GesR 2013, 656 ff) rechtskräftig entschieden, dass und unter welchen Voraussetzungen gemäß § 34 StGB der Verdacht einer Kindesmisshandlung das Gebot der ärztlichen Schweigepflicht durchbrechen kann. Der Entscheidung liegt folgender Sachverhalt zugrunde:
Seitens ärztlicher Mitarbeiter der beklagten Klinik wurde während des Aufenthalts eines Kindes gegenüber den Kindeseltern der Verdacht der Kindesmisshandlung und eines hierdurch ausgelöstes „Schütteltraumas" geäußert. Die Kindeseltern – diese hatten die Verletzungen stets damit erklärt, dass sich ihr Kind den Kopf gestoßen habe, als der Vater mit dem Auto eine Kurve gefahren sei – verhielten sich zunächst „kooperativ", lehnten dann aber weitere Gespräche mit den Vertretern des Krankenhauses ab. Noch am selben Tag teilten die ärztlichen Mitarbeiter der Klinik dem Landeskriminalamt und dem Jugendamt mit, dass bei dem Kind für ein Schütteltrauma typische Verletzungen vorlägen, deren Herkunft ungeklärt sei. Diese Mitteilung führte – nach einer vorläufigen Festnahme der Eltern durch die Polizei – zu einem Ermittlungsverfahren wegen Kindesmisshandlung und zu Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls, wie unter anderem zu einer zeitweiligen Unterbringung des Kindes bei Pflegeeltern. Das Ermittlungsverfahren wurde eingestellt, da zwar ein Schütteltrauma vorlag, aber dessen Ursache nicht festgestellt werden konnte. Ebenso wurden die Maßnahmen zum Schutz des Kindeswohls rückgängig gemacht.
Mit ihrer Klage begehren die Kläger wegen der Anzeigen an das Landeskriminalamt und das Jugendamt durch die Ärzte der Beklagten und der damit einher gehenden Verletzung der ärztlichen Schweigepflicht, denn es habe keine hinreichenden Anhaltspunkte für eine Kindesmisshandlung gegeben, ein Schmer-

Erfahrungsberichte Kindeswohlgefährdung

Wie können wir Kinder besser schützen? Die Redaktion des Hessischen Ärzteblattes bittet Ärztinnen und Ärzte, die selbst schon Erfahrungen mit diesem schwierigen Themenfeld gemacht haben, um Erfahrungsberichte – gerne per E-Mail an: haebl@laekh.de | Fon: 069-97672-107 (Caroline McKenney)

zensgeld in Höhe von 40.000 Euro sowie Schadensersatz über 2.338,30 Euro. Denn die festgestellten Verletzungen hätten auch auf andere Art und Weise verursacht worden sein können. Die Klage wurde abgewiesen, die Berufung zurückgewiesen.

(3) Medizinisch begründeter Verdacht reicht aus: Ärzte müssen nicht „Detektiv spielen"

Der Senat erachtet die Anzeige der Ärzte im Rahmen der Güterabwägung nach § 34 StGB für rechtens und führt aus:

„Entscheidend ist, dass die Ärzte angesichts der für ein Schütteltrauma ‚typischen' Verletzungen annehmen durften, dass möglicherweise ein Fall der Kindesmisshandlung vorliegt. Denn es ist nicht ihre Aufgabe, einen Verdacht „zu ermitteln", das heißt definitiv zu klären, welche Ursache eine Verletzung hat. Es ist ausreichend, dass die betreffenden Verletzungen typischerweise durch Kindesmisshandlung hervorgerufen werden und somit ein „begründeter Verdacht" vorhanden ist, was aber nicht ausschließt, dass auch noch andere Geschehensabläufe, denen keine Kindesmisshandlung zugrunde liegt, denkbar sind."

Ärzte müssen Sachverhalt auch nicht strafrechtlich beurteilen

Soweit die Kläger einwenden, dass eine einmalige Körperverletzung des Kindes noch keine Kindesmisshandlung im strafrechtlichen Sinne darstelle, geht dieser Einwand an der Sache vorbei, denn es kann vom Arzt nicht verlangt werden, den Sachverhalt strafrechtlich zu beurteilen.
Im Raum steht hier vielmehr die Frage der Wiederholungsgefahr, denn nur dann ist es trotz ärztlicher Schweigepflicht gerechtfertigt – so der Senat –, dass der Arzt die Behörden informiert, um künftige Gesundheitsschäden abzuwenden. Sein Heilauftrag umfasst nicht nur das Erkennen und die Behandlung von Erkrankungen, sondern auch die Vermeidung von künftigen Gesundheitsgefährdungen. Liegen mehrere einem Kind vorsätzlich zugefügte Verletzungen vor (bzw. ist ein entsprechender Verdacht gegeben), so liegt die Wiederholungsgefahr auf der Hand. Aber auch, wenn „nur" eine vorsätzliche Körperverletzung im Raum steht, ist – zumindest bei schwerwiegenden Verletzungen, die lebensbedrohlich sind – von einer Wiederholungsgefahr auszugehen (!).

periculum in mora: Meldung zugleich an Jugendamt & Polizei kann bei Gefahr im Verzug vertretbar sein

Ob es angezeigt war, neben dem Jugendamt auch die Polizeibehörden einzuschalten, lässt der Senat dahingestellt; jedenfalls kann dies den Ärzten nicht zum Vorwurf gemacht werden. Es war zumindest vertretbar, auch das Landeskriminalamt einzuschalten und die Entscheidung hierüber nicht dem Jugendamt zu überlassen.
Der Senat verkennt nicht, dass der Verdacht auf Kindesmisshandlung und das Vorgehen der Ärzte das persönliche Leben der Eltern nachhaltig beeinflusst und schwerwiegende Folgen für diese ausgelöst hat. Jedoch haben Kindeseltern, die dem Verdacht einer Kindesmisshandlung ausgesetzt sind, Belastungen wie vorläufige Festnahme, Maßnahmen des Familiengerichts zum Schutz des Kindeswohls hinzunehmen, sofern die Maßnahmen in der Absicht getroffen werden, das vermeintlich gefährdete Kindeswohl, das Vorrang vor den Befindlichkeiten der Eltern hat, zu schützen.

- Im übrigen sind Ärzte für ein etwaiges Fehlverhalten oder eine „Überreaktion" der Strafverfolgungsbehörden oder des Jugendamtes nicht verantwortlich zu machen.

In einer älteren Entscheidung hatte das LG München (FamRZ 2009, 1629) Ansprüche auf Schadenersatz und Schmerzensgeld bejaht. Dort waren Eltern, deren Kind sich Hämatome zugezogen hatte, weil es beim Spielen gegen den Türrahmen der Wohnzimmertür gestürzt war, den Verdacht der Kindesmisshandlung ausgesetzt. Dieser Sachverhalt war aber ein völlig anderer, weil die Diagnose „Verdacht auf Kindesmisshandlung" unter Verstoß gegen die ärztliche Sorgfaltspflicht gestellt worden war, denn die Verletzungen des Kindes hätten lebensnah und zwanglos mit der Darstellung der Eltern erklärt werden können, da derartige „Spielunfälle" geradezu typisch für Kinder sind.

Fazit

- Kommt ein Arzt bei einer Behandlung eines Kindes nach ärztlichem Standard zu dem ernst zu nehmenden Verdacht einer Kindesmisshandlung, so ist die Verletzung seiner ärztlichen Schweigepflicht durch Information der Strafverfolgungsbehörden und des Jugendamtes entsprechend § 34 StGB gerechtfertigt.
- Zur Rechtfertigung muss eine Misshandlung nicht erwiesen sein. Auch ein hinreichender Tatverdacht (Definition: Die Verurteilung des mutmaßlichen Täters muss wahrscheinlich sein.) gemäß § 170 Abs. 1 StPO ist nicht erforderlich.
- Es ist nicht Aufgabe des Arztes, einen Verdacht zu ermitteln.
- Ausreichend ist, dass die festgestellten Verletzungen typischerweise durch eine Kindesmisshandlung hervorgerufen werden können.

Dr. iur. Thomas Heinz
Rechtsanwalt,
Fachanwalt
für Medizinrecht
E-Mail: dr.tkheinz@freenet.de

Foto: Jens Haensel

Vgl. auch §4 Bundeskinderschutzgesetz

* Obergerichte in Zivilsachen sind alle Oberlandesgerichte in Deutschland. Der Bundesgerichtshof (BGH) ist gewissermaßen der „Ausnahmegerichtshof", da die wenigsten Fälle dort landen. Die OLG-Senate sind per Gesetz gehalten, eine einheitliche Rechtsprechung zu gewährleisten. Das OLG Hamm soll bspw. eine Rechtsfrage nicht anders entscheiden als das OLG Frankfurt, wenngleich dies manchmal vorkommt. Ist dies der Fall, das heißt will ein Senat von der Rechtssprechung eines anderen Zivilsenats abweichen, dann lässt er im konkreten Fall von sich aus eine Revision zum BGH zu, so dass dieser die Rechtsfrage dann entscheidet (womit sie dann automatisch für alle Gerichte „gilt").

Abenteuer Europa

Die Willy-Brandt-Schule Kassel fördert die berufliche Mobilität von Medizinischen Fachangestellten

Seit 2013 pflegt die Willy-Brandt-Schule Kassel, die Berufliche Schule des Landkreises, im Rahmen des „Erasmus+"-Programms regelmäßigen Kontakt zum Taserudsgymnasiet, einer Beruflichen Schule in Arvika, Schweden. Die Schülerinnen und Schüler erhalten durch die Kooperation die Möglichkeit, während ihrer Ausbildung ein Auslandspraktikum zu absolvieren. Im vergangenen Jahr nutzen sechs angehende Medizinische Fachangestellte (MFA) diese Gelegenheit und verbrachten zwei Wochen in einem schwedischen Allgemeinkrankenhaus und einem Altenheim.

Die Teilnehmerinnen des Erasmus+-Programms 2016 (von links): Jessica Mieger, Saskia Heckmann, Angelika Miller, Alicia Heyer mit ihrer Erasmus-Koordinatorin Fr. Naujokat

In dieser spannenden und lehrreichen Zeit konnten die Auszubildenden aus Kassel das schwedische Gesundheitssystem kennenlernen, den Arbeitsalltag des Personals miterleben und auch selbst mithelfen. „Ich war zunächst in einem Demenzheim tätig. Die Menschen dort waren unglaublich nett und haben uns sofort herzlich aufgenommen", berichtet die Austauschschülerin Angelika Miller. „In unserer Freizeit haben wir die Umgebung erkundet und dabei interessante Menschen kennengelernt und neue Erfahrungen gesammelt, ich würde jedem einen solchen Austausch empfehlen!"

Eine der Herausforderungen für die Teilnehmerinnen war die Verständigung mit den schwedischen Partnern, die überwiegend auf Englisch erfolgte. Doch nach kurzer Zeit war auch dies kaum mehr ein Problem. „Der Austausch bietet eine gute Möglichkeit für Berufsschüler, ihr Englisch aufzufrischen und zu verbessern", findet die angehende MFA Alicia Heyer. Die Schweden seien zudem sehr freundlich, aufmerksam und hilfsbereit, sodass man sich schnell an die neuen Abläufe und die Sprache gewöhnen könne.

Im Anschluss an das Praktikum wurde den Auszubildenden der „Europass Mobilität" überreicht, in dem alle im Ausland gemachten Lernerfahrungen gesammelt und die erworbenen Qualifikationen, Fähigkeiten und Kompetenzen für das zukünftige Berufsleben dokumentiert werden. Der Pass ist ein Türöffner für das Lernen und Arbeiten in Europa und ein großes Plus bei der Bewerbung um einen Arbeitsplatz.

Im Vordergrund des Austauschprogramms stehen für die Auszubildenden die Förderung der interkulturellen Kompetenz, die Verbesserung der englischen Sprachkenntnisse sowie die Erweiterung der beruflichen Kompetenzen. Vor allem die Persönlichkeitsentwicklung, die Fähigkeit mit Menschen aus anderen Kulturen zusammenzuarbeiten sowie Teamfähigkeit sind wichtige Schlüsselqualifikationen, die durch einen Auslandsaufenthalt gestärkt werden.

Die Willy-Brandt-Schule Kassel wird auch 2017 den Auszubildenden zur MFA die Möglichkeit bieten, ein solches Auslandspraktikum zu absolvieren. Für die Dauer des Praktikums werden die Teilnehmerinnen von ihren Ausbildungspraxen freigestellt, die Vergütung läuft in diesem Zeitraum weiter. Die Unterstützung der Ausbildungspraxen ist besonders wichtig, da sie die Grundbedingung für die Teilnahme am Auslandspraktikum ist. Arbeitgeber, die junge Menschen bei einem solchen Schritt unterstützen, fördern nicht nur die Persönlichkeitsentwicklung ihrer Auszubildenden, sondern profitieren auch von den im Ausland erworbenen Kompetenzen. Denn eine solche Erfahrung steigert Motivation, Flexibilität, Selbstständigkeit und die berufliche Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter.

Charlotte Daum
Abteilungsleitung Gesundheit
Willy-Brandt-Schule Kassel
E-mail: c.daum@wbs-kassel.com

EU fördert „Erasmus+"

„Erasmus+" ist ein EU-Förderprogramm, das Lernaufenthalte im Bereich der Berufsbildung im europäischen Ausland für Auszubildende sowie für Berufsbildungspersonal unterstützt. Teilnehmende erhalten Zuschüsse bei Reise- und Unterkunftskosten.
Im Internet: www.erasmusplus.de

Englischkurs der COS

Die Carl-Oelemann-Schule bietet den Kurs „Englisch für Gesundheitsberufe" zur Überwindung von Sprachbarrieren an. Die Inhalte haben einen Bezug zum Arbeitsalltag. Der Kurs baut auf Schulenglisch-Grundkenntnissen auf.
Informationen: Elvira Günthert,
Fon: 06032 782-132

Auffallend viele junge Männer zeigen Interesse

Ärztekammer stellt auf Ausbildungsmesse 2017 in Marburg den Beruf der MFA vor

Auf der Ausbildungsmesse 2017 „Ansage Zukunft“ in Marburg wurde der Beruf der Medizinischen Fachangestellten vorgestellt. Volker Breustedt, Leiter der örtlichen Agentur für Arbeit, sowie die beiden Schirmherren der Veranstaltung, Oberbürgermeister Dr. med. Thomas Spies und der Erste Kreisbeigeordnete des Landkreises Marburg-Biedenkopf, Marian Zachow, kamen zu einem Informationsgespräch mit dem Ärztekammer-Bezirksvorsitzenden Dr. med. Dipl.-Chem. Paul Otto Nowak zu dem gut besuchten Messestand. Sie lobten das große Engagement des Standpersonals und der Ärztekammer, die bereits zum dritten Mal auf der Messe vertreten war.

Foto: Dr. Brigitte Seefeldt-Schmidt

Die Bezirksärztekammer Marburg organisierte den Messestand auf der dreitägigen Ausbildungsmesse in Marburg. Das Foto zeigt von links: eine Messebesucherin, die beiden MFA-Auszubildenden Michelle Kehl und Liana Miller, Marian Zachow (Erster Kreisbeigeordneter), den Bezirksärztekammervorsitzenden Dr. med. Paul Otto Nowak, Volker Breustedt (Leiter der Agentur für Arbeit Marburg) und Dr. med. Thomas Spies, Oberbürgermeister der Stadt Marburg

Der Stand war neben Auszubildenden zur Medizinischen Fachangestellten aus dem dritten Ausbildungsjahr auch noch mit Lehrerinnen und Lehrern der Kaufmännischen Schulen Marburg sowie dem Personal der Bezirksärztekammer Marburg besetzt. Hier konnten sich Schülerinnen und Schüler über den Beruf der/des Medizinischen Fachangestellten informieren, wobei diesmal auffallend viele männliche Kandidaten auftraten. Auf besonderes Interesse stieß die Durchführung der Blutentnahme am Punktionsarm, die von den MFA-Auszubildenden assistiert wurde. Während der dreitägigen Veranstaltung kamen rund 1.600 Schüler aus 20 Schulen zu den über 70 Ausstellern, die insgesamt 118 unterschiedliche Ausbildungsberufe vorstellten. Am dritten Messetag (Samstag) nutzten auch viele Eltern die Möglichkeit, sich zusammen mit ihren Kindern zu informieren.

Dr. med. Dipl.-Chem.
Paul Otto Nowak
Vorsitzender der Bezirksärztekammer Marburg und Delegierter der LÄKH

Kinotipp

Einprägsame Bilder: „Jackie“

Stilikone, Muse, Journalistin und Verlagslektorin: Die in den 1960er-Jahren als Ehefrau des US-amerikanischen Präsidenten John F. Kennedy bekannt gewordene Jacqueline „Jackie“ Kennedy war die drittjüngste First Lady der Vereinigten Staaten.

Nach der hautnah miterlebten Ermordung John F. Kennedys blieb die tragische Aura der Witwe, gepaart mit Selbstbeherrschung und Willensstärke, in besonderer Erinnerung. Mit einprägsamen Bildern vollzieht der chilenische Regisseur Paolo Caraiin in seinem Oscar nominierten Filmportrait nach, wie „Jackie“, gespielt von Natalie Portmann, als private und öffentliche Person mit ihrer Trauer umgeht und zugleich das Vermächtnis ihres verstorbenen Mannes nach ihren Vorstellungen gestaltet.

Erzählerischer Rahmen ist ein 1963 im „Life“-Magazin erschienenes Interview, in dem „Jackie“ erzählt, dass ihr Mann ihr abends Musikaufnahmen vorgespielt habe und sie sich an eine Liedzeile des Musicals „Camelot“ erinnere: Damit war der Mythos der Kennedy-Regierung als „amerikanisches Camelot“ geboren.

In Deutschland ist der Film, eine internationale Koproduktion, Ende Januar in die Kinos gekommen.

Katja Möhrle

Foto: Tobis Film

Volkskrankheit Arthrose: Neues Frankfurter Forschungszentrum

Millionen Deutsche leiden an Arthrose-Beschwerden, und es ist davon auszugehen, dass diese Zahl weiter steigen wird. Um die Gelenkkrankheit künftig zu verhindern bzw. rechtzeitig und richtig zu behandeln, hat die Orthopädische Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt/M. einen neuen Forschungsbereich ins Leben gerufen. In den nächsten sieben Jahren sollen in der Einrichtung unter anderem neue Therapien gegen Arthrose entwickelt werden. Das Forschungslabor ist direkt an den Klinikbetrieb angegliedert, so können die behandelnden Ärzte ihre Erfahrungen in die Forschungsarbeiten einfließen lassen und auf Patientenproben zurückgreifen. „Diese Nähe von Forschung und Klinikbetrieb ist in Deutschland im Bereich der Arthrose-Forschung bisher einmalig", sagt Professor Frank Zaucke, Leiter des Projekts.

Bürgerhospital Frankfurt nach PeriZert zertifiziert

Das Bürgerhospital Frankfurt/M. gehört seit Januar 2017 offiziell zu den nun zehn nach PeriZert zertifizierten Perinatalzentren Level 1 Deutschlands. Die Zertifizierung bestätigt, dass das Bürgerhospital als Perinatalzentrum der höchsten Versorgungsstufe die Anforderungen der PeriZert GmbH erfüllt. Perinatalzentren sind auf die Versorgung von Risikoschwangeren sowie Früh- oder kranken Neugeborenen spezialisiert. Um diese Versorgung sicherzustellen, arbeiten die Frauenklinik und die Klinik für Neonatologie und pädiatrische Intensivmedizin des Bürgerhospitals eng zusammen. Die Zertifizierung ist für drei Jahre gültig, PeriZert bewertet jährlich in sogenannten Überwachungsaudits die Entwicklung des Zentrums.

Depressionen schlagen auf das Herz wie Übergewicht und Cholesterin

Laut Angaben der Weltgesundheitsorganisation WHO leiden weltweit 350 Millionen Menschen an Depressionen. Die Krankheit beeinträchtigt aber nicht nur den seelischen Zustand, sondern kann sich auch auf körperliche Prozesse auswirken. „Mittlerweile gibt es kaum einen Zweifel daran, dass Depressionen ein Risikofaktor für Herzkreislauferkrankungen sind", erklärt Karl-Heinz Ladwig, Gruppenleiter am Institut für Epidemiologie II des Helmholtz Zentrums München und Professor für psychosomatische Medizin am Klinikum rechts der Isar der TU München sowie Wissenschaftler am DZHK. In Untersuchungen fanden Ladwig und sein Team heraus, dass das Risiko für eine tödliche Herzkreislauferkrankung in Folge einer Depression für Männer fast ebenso hoch ist, wie bei zu hohen Cholesterinwerten oder Fettleibigkeit.

Migräne-App verbindet mit hessischen Schmerzspezialisten

Jeder vierte Erwachsene in Hessen leidet häufig oder dauerhaft unter Kopfschmerzen und Migräne. Eine neue Migräne-App, die gemeinsam von Experten der Schmerzklinik Kiel, dem bundesweiten Kopfschmerzbehandlungs-Netzwerk und der Techniker Krankenkasse (TK) entwickelt wurde, hilft den Betroffenen, Schmerzattacken vorzubeugen und unterstützt bei der Akutbehandlung. Kopfschmerz- und Migränepatienten können sich mit Hilfe der App mit Schmerztherapeuten des Kopfschmerzbehandlungs-Netzwerks Hessen vernetzen, die auf die fachübergreifende Versorgung von Patienten mit schweren chronischen Kopfschmerzen spezialisiert sind. Aus Hessen sind dort 30 Schmerzspezialisten unterschiedlicher Fachrichtungen zu finden.

Das Versteckspiel der Leukämiezellen

Trotz intensiver Therapien ist die Prognose für erwachsene Patienten mit akuter lymphatischer Leukämie häufig schlecht, denn im Gegensatz zu anderen Leukämiearten können Aussehen und Identität der Leukämiestammzellen bei dieser Form der Erkrankung bis heute nicht definiert werden. Ärzte und Wissenschaftler des Universitätsklinikums Frankfurt/Main haben nun herausgefunden, dass lymphatische Leukämiestammzellen ihr Aussehen spontan verändern und somit dem Abtöten durch Medikamente entgehen können. „Wir haben eine bislang unbekannte Fähigkeit der lymphatischen Leukämiezellen gefunden, einige Oberflächenproteine dynamisch hoch- und runterregulieren zu können", erklärt Dr. med. Fabian Lang, Assistenzarzt der Medizinischen Klinik II und Erstautor der Studie. Die Erkenntnisse sind maßgeblich für die weitere Erforschung dieser Zellen als Grundlage zukünftiger Therapien.

Hebammenwesen ist Immaterielles Kulturerbe

Im Dezember 2016 hat die Deutsche Unesco-Kommission das Hebammenwesen in das Bundesweite Verzeichnis des Immateriellen Kulturerbes aufgenommen und würdigt damit die historische und aktuelle Bedeutung des Berufs. Die Kommission begründet ihre Entscheidung mit dem über einen langen Zeitraum erworbenen Wissen im Umgang mit der Natur und dem Leben: „Dass dieses Wissen und Können auch dann abrufbereit und einsatzbereit ist, wenn die technische Infrastruktur der Medizin nicht verfügbar ist, überzeugt von seinem Charakter als Immaterielles Kulturerbe. (...) Das Hebammenwesen vereint verschiedene Kulturtechniken und besitzt einen hohen sozialen und kulturellen Wert, der sich in der engen Begleitung werdender Mütter vor, während und nach der Geburt ausdrückt."

15. Down-Sportlerfestival

Am 20. Mai 2017 wird in der Leichtathletik-Anlage Kalbach in Frankfurt/M. das 15. Down-Sportlerfestival stattfinden.

Informationen im Internet:
www.down-sportlerfestival.de

Zur Frage, wie künftig im Hessischen Ärzteblatt mit einer genderkorrekten Schreibweise umgegangen werden soll und zum Leserbrief „Nur noch die weibliche Form verwenden" (HÄBL 01/2017, S. 51) sind zwei Zuschriften eingegangen:

Haben wir keine ernsteren Probleme?

Mittlerweile kann ich nur noch den Kopf schütteln über den Stellenwert der gendergerechten Sprache in unserer Gesellschaft. So nimmt das Hessische Ärzteblatt „…Hinweise dazu sehr ernst". Haben wir im Gesundheitswesen keine ernsteren Probleme und Ungereimtheiten, als diese kindische Streiterei um Binnen-I, Schrägstrich/innen und ähnlichen Unsinn?

Wie wäre es, wenn wir uns um bessere, patientenzugewandtere Medizin bemühten, angemessenere Bezahlung für genaues Zuhören anstelle von immer mehr Apparatemedizin – statt diese ausufernden Luxusdebatten zu führen und unsere Sprache immer nachhaltiger zu verhunzen? Die Bibel zum Beispiel, in gendergerechter Sprache, ist doch an Gespreiztheit kaum zu überbieten: Die Ajatollahs haben die Sittenpolizei, brauchen wir jetzt eine denunziatorische Sprachpolizei, damit uns ja niemand beleidigt? Sind wir Frauen immer noch nicht selbstbewusst genug, um uns bei sprachhistorisch begründeten männlichen Formen ganz selbstverständlich auch angesprochen zu fühlen? Sind die alten Schlachten zwischen Männern und Frauen immer noch zu schlagen?

Wie eine kindische Trotzreaktion mutet der Vorschlag an, nach Jahrhunderten männlicher Form jetzt nur noch die weibliche zu verwenden. Haben die Frauen von heute das wirklich nötig? Lächerlich!

Wir sind doch längst angekommen, die meisten Medizinstudenten sind – weiblich! Ich habe 1978 mit der Facharztausbildung Chirurgie begonnen, war die einzige Frau im Team, in weiteren Teams, zuletzt in der Weiterbildung Plastische-Hand- und Wiederherstellungschirurgie. Freuen wir uns doch: Wir haben offensichtlich überzeugen können durch Fleiß, Disziplin, akribische Arbeit – und hoffentlich auch durch unsere weibliche Herangehensweise und Charme: Also, lasst uns gelassen bleiben und das Hessische Ärzteblatt kein „Ärztinnenblatt" werden. Meine beiden besten Freundinnen sind ebenfalls Fachärztinnen mit bewundernswerter Karriere und standen und stehen bis heute über diesen kleingeistigen Sprachscharmützeln.

Dr. med. Birgitta Höckmayr
Langen

Unsere Sprache nicht nach ideologischen Kriterien verändern

Wenn in der Zeitung gemeldet wird, der Karnevalsumzug habe ca. 6.000 Zuschauer gehabt, so denkt niemand, es habe sich dabei nur um Männer gehandelt. Wer das behauptet, verfolgt entweder ein ideologisches Ziel oder stellt sich dumm.

Die Idee, dass man immer beide Geschlechter nennen müsse, da andernfalls die Frauen diskriminiert würden, ist eine Hypothese des Feminismus.

Nun könnte auch jemand auf die Idee kommen, das sächliche Geschlecht immer auch zu nennen, da sonst das Kind vernachlässigt wird. Beim Karnevalsumzug waren schließlich auch Kinder zugegen, das muss doch zum Ausdruck kommen. Dort, wo man er/sie oder jeder/jede schreibt, müsste auch „es" bzw. „jedes" ergänzt werden. Wer dagegen ist, wird als „kinderverachtend" hingestellt.

Wenn man beginnt, die deutsche Sprache nach ideologischen Kriterien zu verändern, so kommen Ungetüme wie „Studierendenwerk", „Mitarbeitende" und „Pflegende" oder unter Umständen „Hessisches Ärzte- und Ärztinnenblatt" heraus. Die Sprache verliert ihre Leichtigkeit und Flüssigkeit und ähnelt einem juristischen Text.

Nur Menschen, die gar kein Sprachgefühl haben, können so etwas wünschen. Bitte erlauben Sie keinen ideologisch begründeten Eingriff in die Sprache des Hessischen Ärzteblattes.

Dr. med. Alexander Iwantscheff
Frankfurt am Main

Schreiben Sie uns Ihre Meinung

Die Beiträge im Hessischen Ärzteblatt sollen zur Diskussion anregen. Deshalb freut sich die Redaktion über Leserbriefe, Vorschläge, Lob oder Kritik. Grundsätzlich behält sich die Redaktion Kürzungen jedoch vor. E-Mails richten Sie bitte an: haebl@laekh.de; Briefe an das Hessische Ärzteblatt, Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main.

Einsendungen für die Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende"

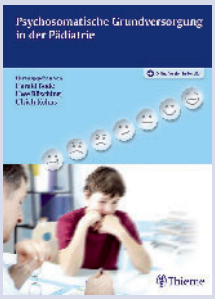
Mit der Rubrik „Junge Ärzte und Medizinstudierende" möchten wir Ihnen – Ärztinnen und Ärzten in Weiterbildung & Medizinstudierenden – eine Plattform für Gedankenaustausch und Informationen bieten. Sie entscheiden, worüber Sie schreiben wollen: Studientipps, Berufsstart, Rat für Kolleginnen und Kollegen, Teamwork im Krankenhaus oder in der Forschung, Wünsche für Weiterbildung oder Vereinbarung Familie & Beruf: Was bewegt Sie, das auch andere bewegen könnte?
Schicken Sie Ihre Texte bitte per E-Mail an:
katja.moehrle@laekh.de

Ulrike Blum, Hans Meyer, Philipp Beerbaum: Kompendium angeborene Herzfehler bei Kindern – Diagnose und Behandlung

Springer-Verlag 2016
Softcover ISBN 9783662478660, € 59.99
E-Book ISBN 9783662478677, € 46.99

Das Kompendium richtet sich in erster Linie an Ärzte ohne spezielle kinderkardiologische oder kinderkardiochirurgische Kenntnisse, die Kinder mit angeborenen Herzfehlern betreuen.
Zunächst wird im allgemeinen Teil des Buches die Entwicklung des Herzens und des Gefäßsystems detailliert besprochen und das Zustandekommen von typischen kardialen Fehlbildungen erläutert. Wesentliche Informationen über Ursachen und Häufigkeiten einzelner Herzfehler folgen und werden ergänzt durch Informationen über Chromosomenanomalien und Syndrome, die mit Vitien einhergehen. Schließlich werden diagnostische Verfahren wie Echokardiographie, Magnetresonanztomographie und Herzkatheter hinsichtlich Durchführung und diagnostischer Relevanz besprochen und anschließend allgemeine Informationen zu interventionellen Herzkatheteruntersuchungen und kardiochirurgischen Eingriffen gegeben.
Im speziellen Teil des Buches werden 27 verschiedene Herz- und Gefäßfehlbildungen detailliert besprochen gegliedert nach: Septale Defekte, Rechtsherzvitien, Linksherzvitien und Komplexe Vitien. Jedes Kapitel ist identisch strukturiert mit der Abfolge Anatomie, Verlauf, Symptomatik, Diagnostik, Therapie und Weitere Informationen. Ergänzt werden die jeweiligen Kapitel durch informative Tabellen und vielfältige schematische Darstellungen der Hämodynamik sowie der OP-Verfahren bei den einzelnen Vitien.
Insgesamt ein hilfreiches Nachschlagwerk für Kinderärzte, Hausärzte und andere, die in die Betreuung herzkranker Kinder und Jugendlichen eingebunden sind. Auch seltene und komplexe Herzfehler werden hier detailliert besprochen. Auch hinsichtlich Prognose und zu erwartenden Problemen bei verschiedensten Vitien und OP-Techniken gibt dieser Ratgeber kompetent Auskunft.

PD Dr. med. Jürgen Bauer
Kinderherzzentrum Gießen
der Universitätsklinik Gießen und Marburg
Facharzt für Kinder und Jugendmedizin
SP: Kinderkardiologie/Neonatologie
ZW: Magnetresonanztomographie
Pädiatrische Intensivmedizin



Harald Bode, Uwe Büsching, Ulrich Kohns (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung in der Pädiatrie

Thieme-Verlag 2016, 288 Seiten,
16 Abbildungen, € 99.99
Print: ISBN 9783132023314
E-Book: ISBN 9783132023413

Der Alltag einer Kinder- und Jugendarztpraxis hat während der vergangenen Jahrzehnte grundlegende Änderungen erfahren. Infektionskrankheiten sind nicht besiegt, haben aber als Massenphänomen entscheidend an Bedeutung verloren.
Die Behandlung der sogenannten Neuen Kinderkrankheiten beansprucht zunehmend Raum und Zeit. Und das vor dem Hintergrund enger Zeitbudgets und allenfalls marginaler Vermittlung von Inhalten psychosomatischer Medizin in der Aus- und Weiterbildung.
Die Herausgeber dieses Psychosomatik-Ratgebers für die pädiatrische Praxis – Harald Bode, Uwe Büsching und Ulrich Kohns – haben sich, zusammen mit weiteren 14 erfahrenen Autoren, der Herausforderung gestellt, die Komplexitität der Fragestellungen abzubilden und anhand der meisten alltagsrelevanten Symptomatologien zu konkretisieren. Alle wichtigen Basics der Entwicklungspsychologie, der Affekt- und Bindungsentwicklung, werden ebenso dargestellt und (!) zusammengefasst wie psychosomatische Krankheitsmodelle, Technik der Gesprächsführung, Erhebung biografisch psychosomatischer Anamnese usw.
Im Hauptteil werden wichtige und häufige Krankheitsbilder ausführlich dargestellt: Regulationsstörungen, Ess- und Ausscheidungsstörungen, nichtorganische Schmerzen, respiratorische Störungen, um neue einige zu nennen. Verhaltensstörungen, psychosomatische Aspekte spezifischer körperlicher Erkrankungen (Asthma bronchiale, Neurodermitis, Adipositas usw.) finden angemessene Darstellung.
Nicht zuletzt widmen sich die Autoren der Frage, wie die Umsetzung psychosomatischer Grundversorgung in der Praxis erfolgen kann.
Herausgebern und Autoren ist es gelungen, Allgemeines und Konkretes in diesem Buch zu vereinen. Wertvoll und hilfreich sowohl zu Beginn als auch im weiteren Verlauf pädiatrischer Tätigkeit. Die digitale Verfügbarkeit ist zeitgemäß und alltagspraktisch.

Gerhard Bleckmann
Kinder- und Jugendarzt,
Baunatal

Foto: privat

Foto: Uniklinik Friedrichsheim

Prof. Dr. med. Ingo Marzi (l.) und Prof. Dr. med. Andrea Meurer (r.)

Prof. Dr. med. Ingo Marzi (57), Direktor der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Frankfurt/Main, ist der neue Präsident der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Unfallchirurgie e. V. (DGOU). **Prof. Dr. med. Andrea Meurer** (50), Ärztliche Direktorin und Geschäftsführerin der Orthopädischen Universitätsklinik Friedrichsheim in Frankfurt/M., wurde zur stellvertretenden DGOU-Präsidentin gewählt. Meurer ist damit die erste Frau an der Spitze der DGOU. Beide übernehmen außerdem 2017 die Präsidentschaft ihrer jeweiligen Muttergesellschaften. Präsident der Deutschen Gesellschaft für Unfallchirurgie e. V. ist nun Prof. Dr. Marzi. Die Präsidentschaft der Deutschen Gesellschaft für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie e. V. hat Prof. Dr. Meurer nun inne (siehe auch HÄBL 06/2016, S. 357).

Foto: privat

Die Universität Craiova in Rumänien hat **Prof. Dr. med. Christian Heiß** (46) aus Gießen die Ehrendoktorwürde (Dr. h.c.) verliehen und ihn zum Mitglied der Professorenschaft der Medizinischen Fakultät und der Universität Craiova ernannt. Der Senat der Uni begründete die Ernennung von Heiß mit seinem Engagement in der Ausbildung ärztlicher Kollegen in der Traumatologie, in der Lehre von Studenten im Fach Orthopädie & Unfallchirurgie, bei der Unterstützung von Forschungsaktivitäten in der musculoskelettalen Forschung und beim Aufbau von medizinischen Versorgungsstrukturen in Craiova und Oltenien in Rumänien. Prof. Heiß ist Direktor der Klinik und Poliklinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie am Universitätsklinikum Gießen-Marburg, Standort Gießen, und Direktor des Institutes für Experimentelle Unfallchirurgie der Justus-Liebig-Universität Gießen.

Dr. med. Moritz H. Albrecht (28) vom Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie des Universitätsklinikums Frankfurt/Main wurde im Rahmen des jährlich stattfindenden Kongresses der North American Society for Cardiovascular Imaging (NASCI) mit dem Young Investigator Award (erster Platz) der American Heart Association ausgezeichnet.*

Foto: privat

Prof. Dr. med. Matthias Rothmund, ehemaliger Dekan des Fachbereichs Medizin der Philipps-Universität Marburg, wurde für seine Verdienste als Dekan bei den Verhandlungen und Diskussionen um die Konzeption der Universitätsmedizin in den Jahren 2012 & 2013 mit der Euricius-Cordus-Medaille ausgezeichnet. Dies ist die höchste Ehrung des Fachbereiches Medizin der Philipps-Universität Marburg: Rothmund habe in besonderer Weise die Anliegen der medizinischen Forschung und Lehre vertreten sowie entscheidend zu einer guten Zukunftsentwicklung des Fachbereichs und des Universitätsklinikums Marburg beigetragen.

Foto: FB Medizin Uni Marburg

Die Frauenklinik am St. Marienkrankenhaus Frankfurt/Main hat eine neue Chefärztin: **Dr. med. Rita Steinwasser**. Sie ist dort seit 2001 als Oberärztin für Gynäkologie und Geburtshilfe tätig, seit 2008 als leitende Oberärztin. Im Herbst zieht das St. Marienkrankenhaus vom Nordend in den Neubau am St. Elisabethen-Krankenhaus im Stadtteil Bockenheim, das ebenfalls zur Gruppe Katharina Kaspar gehört. Dort gibt es bislang keine Geburtshilfe. Im Marienkrankenhaus kommen rund 1.300 Kinder pro Jahr zur Welt.

Foto: St. Marienkrankenhaus

Einsendungen für diese Rubrik per E-Mail an: isolde.asbeck@laekh.de

Frank Dastych und Dr. med. Eckhard Starke in den Vorstand der KV Hessen gewählt

Foto: KVH/Ramirez

Die Vertreterversammlung (VV) der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen (KVH) hat Frank Dastych (Foto links) aus Bad Arolsen im Amt des Vorsitzenden des Vorstandes bestätigt. Zum stellvertretenden Vorsitzenden des Vorstandes wählte das Gremium den Offenbacher Allgemeinmediziner Dr. med. Eckhard Starke (Foto rechts). Er folgt in diesem Amt auf Dr. med Günter Haas, der nicht mehr kandidiert hatte. Dastych vertritt als HNO-Arzt weiterhin den fachärztlichen Versorgungsbereich im Vorstand. Er erhielt 47 der 49 abgegebenen Stimmen. Starke war bislang stellv. Vorsitzender der VV und wurde nun mit 49 von 50 abgegebenen Stimmen zum Vertreter des hausärztlichen Versorgungsbereiches in den Vorstand gewählt. Bei der anschließenden Wahl zum Vorsitzenden des Vorstandes, die wie schon die beiden Wahlgänge um die Vorstandsposten zuvor ohne Gegenkandidaten verlief, erlangte Frank Dastych 49 von 50 abgegebenen Stimmen. (KVH)

* Quelle: Aus Wissen wird Gesundheit 04/2016, Universitätsklinikum Frankfurt

CME-Beiträge aus den Ausgaben 01 & 02 2016: Richtige Antworten

Zu den Multiple Choice-Fragen „Akute Appendizitis: Moderne Diagnostik und Therapie“ von Dr. med. Michael Braun im Hessischen Ärzteblatt 01/2016, Seite 17 ff.

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

Zu den Multiple Choice-Fragen „Weißer Hautkrebs und Melanom – eine aktuelle Übersicht“ von Dr. med. Hans-Martin Hübner im Hessischen Ärzteblatt 02/2016, Seite 74 ff:

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

Zu den Multiple Choice-Fragen „Nahrungsmittelallergien und -Intoleranzen: Eine interdisziplinare Bestandsaufnahme: Teil 1: Allergien auf Nahrungsmittel“ von Prof. Dr. med. Ludger Klimek und Prof. Dr. med. Klaus-Michael Keller im Hessischen Ärzteblatt 02/2016, Seite 79 ff:

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

Ungültige Arztausweise

Folgende Arztausweise sind verloren gegangen und hiermit ungültig:

Arztausweis-Nr. 060024851 ausgestellt am 29.02.2012 für Eva Augustat, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060046429 ausgestellt am 05.01.2017 für Anna-Valeska Bäumer, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060041804 ausgestellt am 08.02.2016 für Mattias Boecker, Gießen

Arztausweis-Nr. 060036689 ausgestellt am 06.01.2015 für Dr. med. Horst Darmstädter, Kaufungen

Arztausweis-Nr. 060040311 ausgestellt am 19.10.2015 für Dr. med. Christine Heller, Idstein

Arztausweis-Nr. 060043004 ausgestellt am 03.05.2016 für Phiipp Kent, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060046073 ausgestellt am 14.12.2016 für Nizar Latif-Richter, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060034033 ausgestellt am 20.06.2014 für Hanna Lee, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060037519 ausgestellt am 27.02.2015 für Dr. med. Jürgen Leicher, Hünstetten

Arztausweis-Nr. 060045259 ausgestellt am 20.10.2016 für Dr. med. Hans-Henning, Peters Eschwege

Arztausweis-Nr. 060035528 ausgestellt am 07.10.2014 für Martin Ramloch, Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060025490 ausgestellt am 05.04.2012 für Dr. med. Ute Reißig, Frankfurt

Arztausweis-Nr. 060041065 ausgestellt am 16.12.2015 für Homaira Sayedi, Rodgau

Arztausweis-Nr. 060026749 ausgestellt am 01.08.2012 für Dr. med. Ralf Schattschneider, Wiesbaden

Arztausweis-Nr. 060034053 ausgestellt am 23.06.2014 für Dr. med. Birgit Schleep, Einhausen

Arztausweis-Nr. 060028851 ausgestellt am 08.02.2013 für Prof. Dr. med. Alexander Schleppers, Kelkheim

Arztausweis-Nr. 060031415 ausgestellt am 21.10.2013 für Dr. med. Christina Schüller, Marburg

Arztausweis-Nr. 060031506 ausgestellt am 29.10.2013 für Dr. med. Kuno Schwendemann, Bruchsal

Arztausweis-Nr. 060023955 ausgestellt am 11.01.2012 für Kerstin Zimmermann, Mühltal

Herzmedizin auf einen Blick: Der neue Deutsche Herzbericht 2016

Der jährlich erscheinende Herzbericht ist die wichtigste sektorenübergreifende Analyse der kardiologischen und herzchirurgischen Versorgung in Deutschland. Erschienen im Januar 2017, gibt er wieder wichtige Informationen zur Versorgung von Herzpatienten. Seit 2012 wird der Herzbericht von der Deutschen Herzstiftung in Zusammenarbeit mit den drei ärztlichen Fachgesellschaften herausgegeben. Der Herzbericht 2016 kann kostenfrei angefordert werden unter www.herzstiftung.de/herzbericht oder per Telefon unter 069 955128-400.

Einladung zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen 15. Wahlperiode 2013–2018

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

zur 12. ordentlichen Delegiertenversammlung der Landesärztekammer Hessen der Wahlperiode 2013–2018 lade ich Sie für

Samstag, 25. März 2017, 9:00 Uhr s.t.

in das Seminargebäude im Fortbildungszentrum der Landesärztekammer Hessen, Carl-Oelemann-Weg 7, 61231 Bad Nauheim, ein.

TAGESORDNUNG

1. **Begrüßung**
2. **Genehmigung ggf. Ergänzung der Tagesordnung**
3. **Genehmigung des Beschlussprotokolls der 11. ordentlichen Delegiertenversammlung vom 26. November 2016**
4. **Bericht des Präsidenten und Aussprache**
5. **Versorgungswerk**
   a) Bericht der Vorsitzenden / des stv. Vorsitzenden des Vorstandes
   b) Wahl der Mitglieder des Vorstandes für die Wahlperiode 2017–2022
6. **Verwaltungssitz der Landesärztekammer Hessen in Frankfurt**
7. **Änderungen von Rechtsquellen der Landesärztekammer Hessen**
   a) Änderung der Weiterbildungsordnung
   b) Änderung der Satzung der Ethik-Kommission
   c) Änderung der Meldeordnung
   d) Änderung der Kostensatzung
   e) Änderung der Entschädigungsregelung für ehrenamtlich Tätige der Landesärztekammer Hessen und des Versorgungswerkes der Landesärztekammer Hessen
   f) Änderung der Haushalts- und Kassenordnung
8. **(Muster-)Weiterbildungsordnung**
9. **Betriebliche Altersversorgung der Mitarbeiter der LÄKH**
10. **Akademie für Ärztliche Fort- und Weiterbildung**
11. **Anträge zum Bericht des Präsidenten**
12. **Verschiedenes**

– Eine Änderung der Tagesordnung bleibt vorbehalten –

Frankfurt am Main, 1. Februar 2017

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach
– Präsident –

Wir gedenken der Verstorbenen

Mechtilde Bollin-Dersch, Kelkheim
* 13.10.1948 † 30.12.2016

Dr. med. Dieter Brandau, Wetzlar
* 04.04.1927 † 25.09.2015

Dr. med. Gisela Bremer, Frankfurt
* 22.04.1922 † 28.07.2015

Dr. med. Eberhard Crayen, Marburg
* 05.04.1949 † 15.12.2016

Dr. med. Irmtraut Fabricius, Neu-Isenburg
* 06.02.1922 † 20.12.2013

Dr. med. Ilse Harenberg, Egelsbach
* 23.04.1932 † 24.09.2016

Dr. med. Edelgard Höer, Kronberg
* 22.12.1926 † 20.11.2016

Dr.-medic. Ronald Horn, Eschborn
* 26.05.1932 † 16.03.2016

Dr. med. Joachim Klug, Gilserberg
* 11.08.1949 † 13.12.2016

Dr. med. Elisabeth-Charlotte Lohmann-Hrycak, Bad Homburg
* 08.11.1958 † 18.12.2016

Dr. med. Brigitte Meurer-Witt, Frankfurt
* 17.11.1947 † 16.12.2016

Prof. Dr. med. Hanns Peter Nast, Offenbach
* 07.04.1936 † 16.12.2016

Dr. med. Mario German Nunez-Pelaez, Heusenstamm
* 27.05.1942 † 29.01.2013

Dr.-medic Harold Heinrich Oplesch, Marburg
* 01.08.1952 † 05.10.2016

Dr. med. Jürgen-Rainer Renne, Weilburg
* 06.02.1938 † 30.12.2016

Prof. Dr. med. Jochen Thormann, Bad Nauheim
* 26.04.1937 † 02.07.2016

Dr. med. Jürgen Troß, Gießen
* 27.01.1942 † 09.01.2017

Dr. med. Ulrich Wagenmann, Wiesbaden
* 08.11.1930 † 13.12.2016

Ingo Weckenmann, Seeheim-Jugenheim
* 09.06.1957 † 19.01.2017

Alexander Wittmer, Wächtersbach
* 17.01.1964 † 12.12.2016

Die LÄKH-Abteilung Ausbildungswesen: Medizinische Fachangestellte informiert

Praktikanten in Arztpraxen – Ein Informationsblatt für Ärzte

Praktikanten* sind Teil des Arbeitsalltags von Einrichtungen im Gesundheitswesen. Praktika unterschiedlichster Art werden auch in Arztpraxen angeboten. Sie können einen hilfreichen Beitrag zu einer gut vorbereiteten und begründeten Berufswahl in einem Gesundheitsberuf wie dem der/des Medizinischen Fachangestellten leisten. Damit Praktika in Arztpraxen überhaupt durchführbar sind, bedürfen sie klarerer Reglungen in Bezug auf Arbeits- und Gesundheitsschutz, Schweigepflicht und Datenschutz sowie den Schutz der Intimsphäre des Patienten.
Informationen können im Internet unter: http://www.laekh.de/images/MFA/Berufsausbildung/Betriebspraktika/Merkblatt_Schuelerpraktika.pdf abgerufen werden.

* Schülerbetriebspraktika der allgemeinbildenden Schulen sowie Praktika innerhalb der zweijährigen Berufsfachschule und der Fachoberschule Gesundheit in Arztpraxen

Förderkreis Bad Nauheimer Gespräche e. V.

Gesellschaftspolitisches Forum

---

veranstaltet am

Dienstag, 21. März 2017, um 19 Uhr

in der
Landeszahnärztekammer Hessen (LZKH)
Rhonestraße 4, 60528 Frankfurt a. M. (Bürostadt)

eine

AUTORENLESUNG

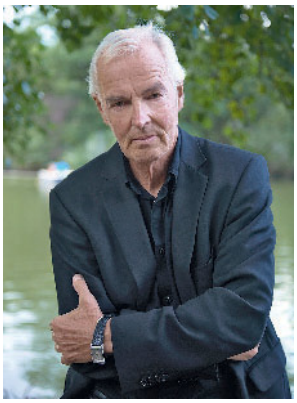


Foto: Laura J. Gerlach

BODO KIRCHHOFF

„Widerfahrnis“

Deutscher Buchpreis 2016
(Frankfurter Verlagsanstalt,
Frankfurt am Main, 2016)

„Bodo Kirchhoff erzählt vom unerhörten Aufbruch zweier Menschen, die kein Ziel, nur eine Richtung haben – den Süden. Es treibt sie die alte Sehnsucht nach der Liebe, nach Rotwein, Italien, einem späten Abenteuer. Als sie eine junge Streunerin auflesen, begegnen sie den elementaren Themen ihrer Vergangenheit wieder: Verlust, Elternschaft, radikaler Neuanfang. Kirchhoff gelingt es, in einem dichten Erzählgeflecht die großen Motive seines literarischen Werks auf kleinem Raum zu verhandeln. Gleichzeitig erzählt er von unserer Gegenwart und davon, wie zwei melancholische Glückssucher den Menschen begegnen, die in der Jetztzeit den umgekehrten Weg von Süden nach Norden antreten. Kirchhoffs „WIDERFAHRNIS“ ist ein vielschichtiger Text, der auf meisterhafte Weise existentielle Fragen des Privaten und des Politischen miteinander verwebt und den Leser ins Offene entlässt.“ (Begründung der Jury Deutscher Buchpreis).

Die Veranstaltung ist öffentlich, der Eintritt ist frei!

Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/Main Fon/Fax: 069 766350
www.bad-nauheimer-gespraeche.de E-Mail: info@bad-nauheimer-gespraeche.de

Impressum

Hessisches Ärzteblatt

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

Herausgeber: Landesärztekammer Hessen, vertreten durch
Dr. med. Gottfried von Knoblauch zu Hatzbach, Präsident

Verantwortlicher Redakteur (i.S.d. Presserechts): Dr. med. Peter Zürner,
Mitglied des Präsidiums der LÄK Hessen

Redaktion: Katja Möhrle M.A., Leitende Redakteurin
Dipl. Soz. Maren Grikscheit, stv. Ltd. Redakteurin
Caroline McKenney, stv. Ltd. Redakteurin
Redaktionsassistenz: Dipl.-Theol. (ev.) Isolde Asbeck
Mitglieder der Redaktionskonferenz:
Dr. med. Alexander Marković (Ärztlicher Geschäftsführer)
Sabine Goldschmidt M.A. (Ärztliche Referentin des Präsidiums)
Dr. med. H. Christian Piper (Vertreter des Präsidiums)
Prof. Dr. med. Klaus-Reinhard Genth (Akademie)

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

Redaktionsbeirat: siehe online unter www.laekh.de (Hessisches Ärzteblatt)

Arzt- und Kassenrecht: Manuel Maier, Justitiar der LÄK Hessen
Dr. iur. Katharina Deppert, Gutachter- und Schlichtungsstelle

Versorgungswerk: Dr. med. Brigitte Ende

Anschrift der Redaktion: Isolde Asbeck, Landesärztekammer Hessen
Im Vogelsgesang 3, 60488 Frankfurt/M. | E-Mail: haebl@laekh.de
Tel.: +49 69 97672-196, Fax: +49 69 97672-224

Redaktionsschluss: fünf Wochen vor Erscheinen

Verlag: Deutscher Ärzteverlag GmbH
Dieselstr. 2, 50859 Köln, Postfach 40 02 65, 50832 Köln
Tel.: +49 2234 7011-0, www.aerzteverlag.de

Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim (Verleger), Jürgen Führer

Leiterin Produktbereich: Katrin Groos

Produktmanagement: Marie-Luise Bertram,
Tel.: +49 2234 7011-389, E-Mail: ml.bertram@aerzteverlag.de

Abonnementservice: Tel.: +49 2234 7011-520, Fax: +49 2234 7011-6314
Abo-Service@aerzteverlag.de

Erscheinungsweise: 11 x jährlich, Jahresbezugspreis Inland € 128,00
Ermäßigter Preis für Studenten jährlich € 80,00
Einzelheftpreis € 13,25, Preise inkl. Porto und 7 % MwSt.

Die Kündigungsfrist beträgt 6 Wochen zum Ende des Kalenderjahres.
Gerichtsstand Köln. Für Mitglieder der Landesärztekammer Hessen ist der Bezugspreis durch den Mitgliedsbeitrag abgegolten.

Leiterin Anzeigenmanagement und verantwortlich für den Anzeigenteil:
Katja Höcker, Tel.: +49 2234 7011–286, E-Mail: hoecker@aerzteverlag.de

Leiter Anzeigenverkauf Stellen-/Rubrikenmarkt: Michael Laschewski,
Tel.: +49 2234 7011-252, E-Mail: laschewski@aerzteverlag.de

Verkaufsleiter Medizin: Eric Henquinet, Mobil:+49 172 2363754,
E-Mail: henquinet@aerzteverlag.de

Key Account Manager: Medizin Marek Hetmann,
Tel.: +49 2234 7011-318, E-Mail: hetmann@aerzteverlag.de

Sales Management: Nicole Ohmann, Tel.: +49 2234 7011-307,
E-Mail: ohmann@aerzteverlag.de

Verkaufsgebiete

Nord: Götz Kneiseler, Tel.: +49 30 88682873, Mobil: +49 172 3103383,
E-Mail: kneiseler@aerzteverlag.de

Süd: Claudia Soika, Tel.: +49 89 15907146, Mobil: +49 172 2363730,
E-Mail: soika@aerzteverlag.de

Non-Health: Eric Le Gall, Tel.: +49 2202 9649510,
Mobil: +49 172 2575333, E-Mail: legall@aerzteverlag.de

Herstellung: Bernd Schunk, Tel.: +49 2234 7011-280,
E-Mail: schunk@aerzteverlag.de

Alexander Krauth, Tel.: +49 2234 7011-278, E-Mail: krauth@aerzteverlag.de

Layout: Stephanie Schmitz

Druckerei: L.N. Schaffrath Druck Medien, Marktweg 42–50, 47608 Geldern

Bankverbindungen:
Deutsche Apotheker- und Ärztebank, Köln
Kto. 010 1107410, (BLZ 30060601)
IBAN: DE 2830 0606 0101 0110 7410, BIC: DAAEDEDD
Postbank Köln, Kto. 192 50-506 (BLZ 37010050)
IBAN: DE 8337 0100 5000 1925 0506, BIC: PBNKDEFF

Zurzeit gilt Anzeigenpreisliste Nr. 3, gültig ab 01.01.2017

Auflage Lt. IVW 3. Quartal 2016:
Druckauflage: 34.600 Ex.; Verbreitete Auflage: 34.289 Ex.

Diese Zeitschrift ist der IVW-Informationsgemeinschaft zur Feststellung der Verbreitung von Werbeträgern e.V. angeschlossen.

Mitglied der Arbeitsgemeinschaft LA-MED Kommunikationsforschung im Gesundheitswesen e. V.

78. Jahrgang

ISSN 0171–9661

Urheber- und Verlagsrecht

Mit dem Einreichen eines Beitrags zur Veröffentlichung erklärt der Autor, dass er über alle Rechte an dem Beitrag verfügt. Er überträgt das Recht, den Beitrag in gedruckter und in elektronischer Form zu veröffentlichen, auf die Redaktion des Hessischen Ärzteblatts. Das Hessische Ärzteblatt ist in seiner gedruckten und in der elektronischen Ausgabe durch Urheber- und Verlagsrechte geschützt. Das Urheberrecht liegt bei namentlich gezeichneten Beiträgen beim Autor, sonst bei der Landesärztekammer Hessen. Mit Annahme des Manuskriptes gehen das Recht der Veröffentlichung sowie die Rechte zur Übersetzung, zur Vergabe von Nachdruckrechten, zur elektronischen Speicherung in Datenbanken, zur Herstellung von Sonderdrucken, Fotokopien und Mikrokopien an die Deutsche Ärzteverlag GmbH über. Jede Verwertung außerhalb der durch das Urheberrechtsgesetz festgelegten Grenzen ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Anzeigen und Fremdbeilagen stellen allein die Meinung der dort erkennbaren Auftraggeber dar. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Besprechungsexemplare usw. übernimmt die Redaktion keine Verantwortung. Vom Autor gekennzeichnete Artikel geben nicht unbedingt die Meinung der Redaktion wieder.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in dieser Publikation berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese frei benutzt werden dürfen. Zumeist handelt es sich dabei um Marken und sonstige geschützte Kennzeichen, auch wenn sie nicht als solche bezeichnet sind.

Haftungsausschluss:

Die in dieser Publikation dargestellten Inhalte dienen ausschließlich der allgemeinen Information und stellen weder Empfehlungen noch Handlungsanleitungen dar. Sie dürfen daher keinesfalls ungeprüft zur Grundlage eigenständiger Behandlungen oder medizinischer Eingriffe gemacht werden. Der Benutzer ist ausdrücklich aufgefordert, selbst die in dieser Publikation dargestellten Inhalte zu prüfen, um sich in eigener Verantwortung zu versichern, dass diese vollständig sind sowie dem aktuellen Erkenntnisstand entsprechen und im Zweifel einen Spezialisten zu konsultieren.

Verfasser und Verlag übernehmen keinerlei Verantwortung oder Gewährleistung für die Vollständigkeit, Richtigkeit und Aktualität der in dieser Publikation dargestellten Informationen. Haftungsansprüche, die sich auf Schäden materieller oder ideeller Art beziehen, die durch die Nutzung oder Nichtnutzung der in dieser Publikation dargestellten Inhalte oder Teilen davon verursacht werden, sind ausgeschlossen, sofern kein nachweislich vorsätzliches oder grob fahrlässiges Verschulden von Verfasser und/oder Verlag vorliegt.

© Copyright by Deutscher Ärzteverlag GmbH, Köln

Armin Mueller-Stahl

Dynamische Farbradierungen des malenden Schauspielers

EDITION
Deutscher Ärzteverlag

Bob Dylan, 2016

Farbradierung und Aquatinta, Format 60 x 80 cm
Darstellungsformat 44 x 62 cm

Auflage 180 Exemplare, nummeriert und handsigniert.

Unter säurefreiem Passepartout,
wahlweise gerahmt in 3 cm Holzleiste ca. 66 x 86 cm.

€ 890,- (gerahmt)
€ 725,- (ungerahmt)

Die blaue Stunde, 2016

Farbradierung und Aquatinta
Format 40 x 50 cm
Darstellung 27 x 38 cm

Auflage 180 Exemplare,
nummeriert und handsigniert.

Unter säurefreiem Passepartout,
wahlweise gerahmt in 3 cm Holzleiste
mit Silberfolienauflage ca. 50 x 60 cm

€ 550,- (gerahmt)
€ 375,- (ungerahmt)

Rapsfeld in Blüte, 2016

Farbradierung und Aquatinta, Format 21 x 29 cm
Darstellungsformat 14,5 x 20 cm

Auflage 200 Exemplare, nummeriert und handsigniert.

Unter säurefreiem Passepartout, wahlweise gerahmt
in 2 cm Holzleiste ca. 30 x 40 cm.

€ 350,- (gerahmt)
€ 275,- (ungerahmt)

Entdecken Sie mehr aus der Kunst- und Schmuckwelt: **www.aerzteverlag.de/edition**

Für Ihre Bestellung

Bitte einsenden an: EDITION Deutscher Ärzteverlag GmbH, Dieselstraße 2, 50859 Köln

Ja, ich bestelle mit 14-tägigem Widerrufsrecht
(nur unversehrt und als frankiertes Paket):

	gerahmt	ungerahmt
_ Expl. Bob Dylan	€ 890,–	€ 725,–
_ Expl. Die blaue Stunde	€ 550,–	€ 375,–
_ Expl. Rapsfeld in Blüte	€ 350,–	€ 275,–

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Angebot freibleibend.
Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln.
Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Führer

Alle Preise verstehen sich inkl. 19% MwSt. und zzgl. € 15,– Versandkosten.

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefon

Email-Adresse

Datum / Ort

Unterschrift

Deutscher Ärzteverlag

Internet: www.aerzteverlag.de/edition
Email: edition@aerzteverlag.de

Telefon: 02234 7011 - 324
Telefax: 02234 7011 - 476

ÄNGEBOTE.

Von Ä bis Z gut eingestellt: Weil wir die größte Auswahl im ärztlichen Stellenmarkt haben. Wöchentlich im Deutschen Ärzteblatt, online unter **www.aerztestellen.de** sowie in der mobilen Version und der App des Deutschen Ärzteblattes.

Besuchen Sie uns auch auf Facebook!

ÄRZTESTELLEN
DIE ERSTE ADRESSE. IM DEUTSCHEN ÄRZTEBLATT UND ONLINE.

Deutscher Ärzteverlag

Ihr aktuelles Fachwissen:

Nutzen Sie Ihre steuerliche Gestaltungsspielräume!

- Einkünfte und Aufwendungen des angestellten Arztes
- Besteuerungskonsequenzen von Praxisgründung, -übernahme und -abgabe
- Einkommensteuer, Gewerbesteuer, Umsatzsteuer, Grunderwerbsteuer
- Praxisbewertung bei Abgabe, Scheidung oder vorweggenommener Erbfolge

Gehen Sie auf Nummer sicher und vermeiden Sie schon in der Startphase Probleme mit dem Finanzamt durch eine kluge Steuerstrategie.

2015, 105 Seiten,
mit zahlreichen Tabellen
ISBN 978-3-7691-3435-3
broschiert Einzelbezug € 39,99
im Abonnement € 29,99

Grundlagen der Betriebswirtschaft für Arztpraxen, Kooperationen, MVZ

- Praxisorganisation und Personalführung
- Marketing und Kommunikation
- Finanzmanagement und Abrechnung
- Buchführung und Steuern
- Rechtliche Grundlagen
- Risikomanagement

Grundlagen der Betriebswirtschaft. Mit vielen praxisnahen Tipps. Wertvolle Unterstützung erhalten Sie durch erfahrene Autoren.

3. Auflage 2013, 327 Seiten,
26 Abbildungen, 27 Tabellen
ISBN 978-3-7691-3499-5
broschiert, € 39,95

Praxisübernahme, Neugründung, Kooperationen richtig durchführen

- Welche Praxisform eignet sich für mich?
- Wie finde ich die richtige Praxis?
- Ist mein Vorhaben wirtschaftlich tragfähig?
- Wie finaziere ich die Niederlassung?
- Wer hilft mir bei der Organisation?
- Wo liegen die Fallstricke bei Verträgen und Steuern?

Das Versorgungsstrukturgesetz ermöglicht neue Formen der Kooperation. Der Wegweiser gibt Ihnen professionelle Antworten auf Ihre Fragen.

3. Auflage 2013, 201 Seiten,
23 Abbildungen, 24 Tabellen
ISBN 978-3-7691-3517-6
broschiert, € 29,95

Ihr Wegweiser für die Praxisabgabe

- Praktikable Ratschläge für die Nachfolgersuche und die Verhandlungsführung
- Alle Neuerungen zu Vertragsarztrecht und Praxiswertermittlung
- Strategien für eine ausreichende Finanzkraft und Sicherheit im Ruhestand

2. Auflage 2014, 143 Seiten,
12 Abbildungen, 23 Tabellen
ISBN 978-3-7691-3486-5
broschiert, € 29,95

Jetzt kostenlos downloaden!
shop.aerzteverlag.de/datenvernichtung

Sichern Sie sich jetzt das aktuellste Fachwissen!

Direkt bestellen: www.aerzteverlag.de/buecher

>Versandkostenfreie Lieferung innerhalb Deutschlands bei Online-Bestellung
E-Mail: bestellung@aerzteverlag.de | Telefon: 02234 7011-314

Deutscher Ärzteverlag

Ausfüllen und an Ihre Buchhandlung oder den Deutschen Ärzteverlag senden. Fax und fertig:

02234 7011-476
oder per Post

Deutscher Ärzteverlag GmbH
Kundenservice
Postfach 400244
50832 Köln

Ja, hiermit bestelle ich mit 14-tägigem Widerrufsrecht

____ Ex. Riedel, **Ambulante Versorgung, € 39,95**
ISBN 978-3-7691-3499-5

____ Ex. Kirschner, **Niederlassung, € 29,95**
ISBN 978-3-7691-3517-6

Ex. Scheen, **Steuerwissen,**
ISBN 978-3-7691-3435-3
____ **Einzelbezug € 39,99**
____ **Abonnement € 29,99**

____ Ex. Kirschner, **Praxisabgabe, € 29,95**
ISBN 978-3-7691-3486-5

☐ Herr ☐ Frau

Name, Vorname

Fachgebiet

Klinik/Praxis/Firma

Straße, Nr. PLZ, Ort

E-Mail-Adresse ☐ (Die Deutsche Ärzteverlag GmbH darf mich per E-Mail zu Werbezwecken über verschiedene Angebote informieren)

Datum Unterschrift

A51218MM1//HEÄ

Irrtümer und Preisänderungen vorbehalten. Preise zzgl. Versandkosten € 4,50. Deutscher Ärzteverlag GmbH – Sitz Köln – HRB 106 Amtsgericht Köln. Geschäftsführung: Norbert A. Froitzheim, Jürgen Führer